

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitievana - Tanindrazana - Fandrosoana



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2018-2022

« Elimination progressive du paludisme à Madagascar »

Novembre 2017



U.S. President's Malaria Initiative



Organisation
mondiale de la Santé

MOT DU MINISTRE

TABLE DES MATIERES

1. CONTEXTE	7
1.1. Contexte & justification.....	9
2 SITUATION ACTUELLE DU PALUDISME A MADAGASCAR.....	10
2.1 Epidémiologie du Paludisme	12
2.1.1 Stratification épidémiologique.....	12
2.1.2 Vulnérabilité	13
2.1.3 Evolution de l'incidence et de la prévalence parasitaire.....	14
2.1.4 Districts en pré-élimination.....	15
2.1.5 Évolution de la mortalité globale et par faciès.....	16
2.1.6 Parasites responsables du	17
2.1.7 Vecteurs du paludisme	17
2.1.8 Evolution du profil entomologique	18
2.2 Performance du Programme	21
2.2.1 Niveau d'atteinte des principaux indicateurs	21
2.2.3 Evolution de l'incidence selon les interventions par faciès	23
2.2.4 Lutte anti vectorielle	26
2.2.5 Prise en charge	28
2.2.6 Prévention du paludisme chez les femmes enceintes.....	30
2.2.7 Gestion du Programme	33
2.2.8 Suivi évaluation	34
2.2.9 Surveillance & réponse aux épidémies	35
2.2.10 Gestion et Approvisionnement du Stock (GAS).....	36
2.2.11 Communication pour un Changement Social de Comportement	38
2.2.12 Financement de la lutte	39
3. PLAN STRATEGIQUE 2018-2022	40
3.2 VISION	42
3.3 DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE	42
3.4 PRINCIPES DIRECTEURS.....	43
3.5 OBJECTIFS GENERAUX.....	44
3.6 OBJECTIFS SPECIFIQUES	44
3.7 AXES STRATEGIQUES ET ENJEUX	45
3.7.1 Renforcement de la gestion du Programme	46
3.7.2 Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock	50
3.7.3 Consolidation du cadre de prévention (GIV, MID, CAID, TPI).....	52
3.7.4 Renforcement du cadre de prise en charge	60
3.7.5 Amélioration des services offerts aux populations clés	64
3.7.6 Renforcement du cadre de communication.....	66
3.7.3 Amélioration du cadre de surveillance	69
3.7.8 SUIVI EVALUATION	72
ANNEXE I : PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2018-2022	74

1.1	Contexte du plan de suivi-évaluation	74
1.2	Analyse du système de suivi-évaluation précédent.....	74
1.3	Évaluation des impacts du programme et du financement	78
1.3.1	Impacts du programme	78
1.3.2	Analyse du financement du programme paludisme alloué au suivi-évaluation (2013-2017)	79
1.4	Processus d'élaboration du plan de suivi-évaluation.....	81
1.5	Cadres de suivi-évaluation du programme	82
1.5.1	Définitions opérationnelles	82
1.5.2	Modèle logique du plan de suivi-évaluation	84
1.5.3	Unité de suivi-évaluation du PSE Composition et fonctions	88
1.6	PLAN DE SUIVI-EVALUATION.....	90
1.6.1	Objectif général.....	90
1.6.2	Objectifs spécifiques	90
1.6.3	Interventions prioritaires pour renforcer le S&E	91
1.6.4	Indicateurs de mesure de la performance du plan de S&E	94
1.6.5	Résultats attendus du plan de suivi-évaluation	112
1.6.6	Cadre conceptuel de la mise en œuvre du suivi-évaluation	112
1.6.7	Indicateurs clés de suivi-évaluation de la performance	114
2	Sources de données et système de rapportage	130
2.1	Types de données	130
2.2	Système de collecte de données	133
2.3	Gestion et analyse des données	134
2.3.1	Mode de gestion.....	134
2.3.2	Infrastructures et équipements de travail	135
2.3.3	Assurance de la qualité des données	135
2.3.4	Analyse des données	139
2.3.5	Circuit et utilisation des données	140
2.3.6	Production des rapports.....	143
2.3.7	Diffusion des données.....	143
2.3.8	Utilisation des données	143
2.4	Évaluation d'impact du PSN 2018-2022	146
2.4.1	Méthodes projetées d'évaluation de l'impact des interventions	147
2.4.2	Impact attendu	148
2.5	Surveillance et Riposte	150
2.5.1	Objectif de la surveillance, enjeux et orientations	150
2.5.2	Interventions prioritaires	150
2.6	BUDGET DU PSE	152
2.7	COORDINATION ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS	164
2.7.1	Coordination et suivi de la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique.....	164
2.7.2	Partenariat en faveur du suivi/évaluation du paludisme.....	164
2.8	Autres domaines connexes couverts par le suivi-évaluation.....	165
2.8.1	Test de l'Efficacité Thérapeutique (TET).....	165
2.8.2	Suivi Gestion et Approvisionnement de Stock	166
2.8.3	Pharmacovigilance des médicaments	166
2.8.4	Suivi de la campagne MID et mise en œuvre de la CAID	167

2.8.5 Site sentinelle de fièvre	169
2.8.6 Mise en place des centres d'excellence pour l'amélioration de la qualité des données	169
BIBLIOGRAPHIE	179
Cadre de performance	181
ANNEXES	185
Madagascar en Bref	185
Organigramme Ministère de la Santé Publique et de la DLP	81

LISTE DES ACRONYMES

AC	Agent Communautaire
ACT	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AL	Arthémeter Luméfantrine
An	<i>Anopheles</i>
AS	Agent de Santé
ASAQ	Combinaison Artésunate Amodiaquine
CAID	Campagne d'Aspersion Intradomiciliaire
CCC	Communication pour le changement de comportement
CH	Centre Hospitalier
CIP	Communication Interpersonnelle
CPN	Consultation Prénatale
CPS	Chimio prévention Saisonnière
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DHIS2	District Health Information Software 2
DLP	Direction de Lutte contre le Paludisme
DS	District Sanitaire
FBP	Financement Basé sur le Performance
FM	Fonds Mondial
GA	Grossesse Attendue
GAS	Gestion des Achats et Stocks
GE	Goutte Epaisse
GIV	Gestion Intégrée des Vecteurs
HTC	Haute Terre Centrale
IEC	Information-Education-Communication
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPA	Indice Parasitaire Annuelle
MID	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	Maladie Non Transmissible
MSANP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid Term Review (Revue à Mi-Parcours)
NMF	Nouveau Modèle de Financement
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OTSS	Outreach Training and Support Supervision
PCIMEc	Prise en Charge Intégrée des Maladies Communautaires
PCP	Prise en Charge du Paludisme
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé

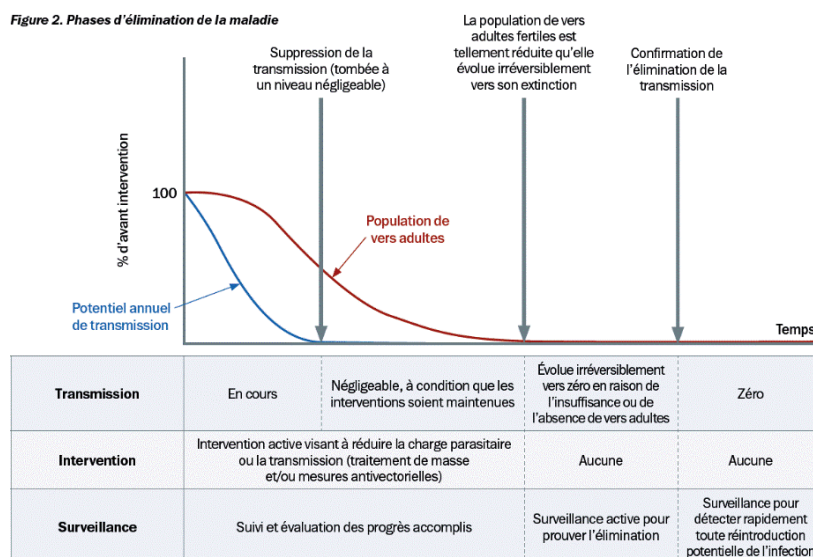
PEC	Price en Charge
PHAGECOM	Pharmacie de Gestion Communautaire
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PMI	President's Malaria Initiative
PRE	Plan de Riposte aux épidémies
PSI	Population Service International
PSN	Plan Stratégique National
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire technique et Financier
RBM	Roll Back Malaria
RCCS	Responsabilisation et Communication pour le Changement Social
RDT	Rapid Diagnostic Test (test de diagnostic rapide)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RLPR	Responsable de Laboratoire Paludisme Régionaux
RMA	Rapport Mensuel d'Activité
RPD	Responsable Paludisme de District
RPR	Responsable Paludisme Régional
SCOM	Service de la Communication
SDSP	Service de District de Santé Publique
SEI	Surveillance Epidémiologique Intégrée
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UCP	Unité de Coordination des Projets
USAID	United States Agency for International Développement
VAD	Visite à Domicile
3T	Test – Treat – Track

PREMIERE PARTIE

CONTEXTE

1. CONTEXTE

Figure 2. Phases d'élimination de la maladie



Depuis 2006, le principe de l'élimination du paludisme a été adopté par les chefs d'Etat africains pour les pays qui ont contrôlé avec succès la maladie. Madagascar a inscrit ce principe dans sa vision.

PSN Paludisme, Madagascar 2013-2017

1.1. Contexte & justification

Le paludisme demeure un problème de santé publique à Madagascar. Jusqu'en 2013 la notification annuelle du nombre de cas de paludisme simple confirmé au niveau des formations sanitaires était de 6,5% par rapport à l'ensemble des consultations externes. En 2016, cette proportion était de 5,6%. Le paludisme est ainsi la **quatrième** cause de morbidité dans les centres de santé et la **quatrième** cause de mortalité hospitalière.

A cause de sa fréquence et de sa gravité, le paludisme entrave la prospérité et le développement économique du pays. Le coût supporté par le pays est estimé à plus de **50 millions USD par an** si on considère les coûts directs et indirects liés à la maladie et les coûts macro-économiques (impact négatif sur le tourisme, commerce, investissements, etc.)

Depuis 2006, le principe de l'élimination du paludisme a été adopté par les chefs d'Etat africains pour les pays qui ont contrôlé avec succès la maladie. Madagascar a inscrit ce principe dans sa vision. La mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017 qui se fixait comme objectif de préparer le pays à la réalisation de cette vision en portant et en maintenant à l'échelle toutes les interventions au niveau du pays, arrive actuellement à son terme. Un nouveau Plan doit donc être élaboré et pour cela, conformément aux recommandations de l'OMS, **une Revue du Programme** a été effectuée Juillet 2017.

Les résultats de cette revue révèlent que malgré une réduction constante de la mortalité suite aux multiples interventions de prévention, de prise en charge et de soutien, le paludisme constitue encore un fardeau pour la santé des populations.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique finissant montre que la proportion d'activités mise en œuvre est de 88%. Le taux d'exécution du PSN reste donc modéré selon les critères de l'outil d'analyse de la performance de l'OMS.

Par ailleurs, après une augmentation du nombre de districts à transmission élevée passant de 48 en 2013 à 62 en 2015, il a été observé une diminution du nombre de ces districts en 2016 (39 districts) et en 2017 (23 districts). Il n'y a pas de changement dans la distribution spatiale des parasites au niveau du pays, mais les vecteurs deviennent **moins endophages et plus agressifs à l'extérieur**.

L'analyse du paysage de financement révèle quant à elle un taux global de décaissement insuffisant de 71,4%, une faible contribution de l'Etat et de faibles **stratégies innovantes de financement** impliquant les partenaires non traditionnels tels que le secteur privé national et les grandes multinationales.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'élaboration de ce nouveau plan stratégique 2018-2022.

DEUXIEME PARTIE

SITUATION DU PALUDISME A MADAGASCAR



2 SITUATION ACTUELLE DU PALUDISME A MADAGASCAR

En **2016, 41 districts** présentent une incidence **élevée** (**100 cas** pour 1000 habitants).

23 districts ont une incidence comprise entre **100 et 50** cas pour 1000 habitants

Les faits

16 districts ont une incidence entre **10 et 1 cas** pour 1000 habitants

Cinq districts ont une **incidence** ≤ 1 cas pour 1000 habitants

Selon le niveau d'incidence, 41 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 23 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 en moins de 1 cas pour 1000...



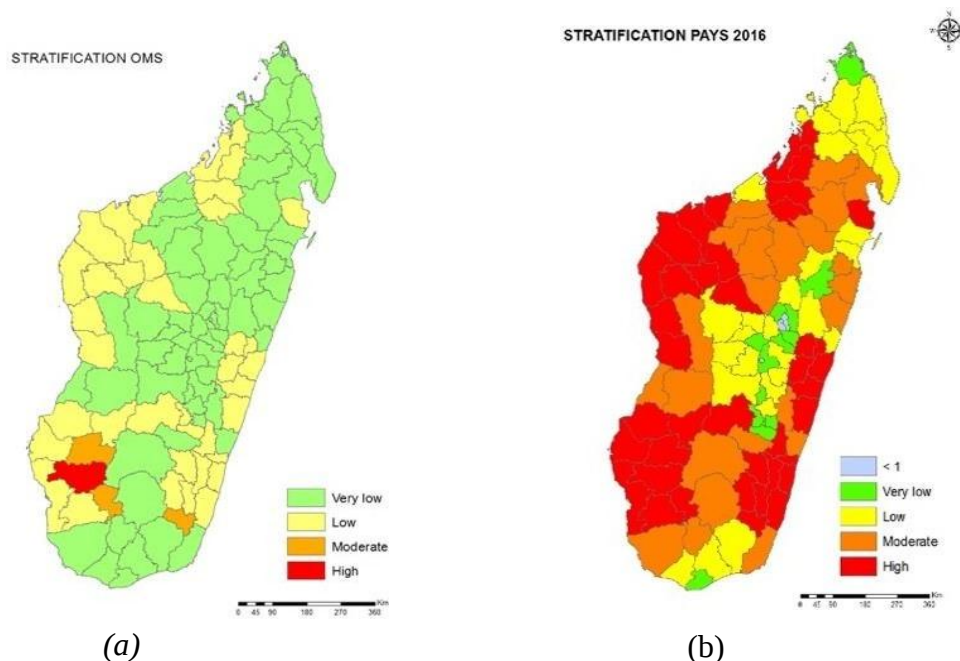
DLP Madagascar, 2013-2017

2.1 Épidémiologie du Paludisme

2.1.1 Stratification épidémiologique

Selon l'OMS, les strates épidémiologiques sont définies par les niveaux d'incidence : (i) **Haute** si elle est supérieure ou égale à 450, **Modérée** si entre 250 et 450, **Basse** si entre 100 et 250, **Très basse** si inférieure à 100 et **Free** si égale à 0. Appliquée à Madagascar, seul un district serait en strate de haute incidence en 2016. Ce qui pourrait sous-estimer le poids de la morbidité. (Figure 1.a)

En conséquence, une autre classification basée sur un choix raisonné plus proche de la réalité a été adoptée : (i) **Haute** si l'incidence est supérieure ou égale à 100‰, **Modérée** si entre 50 et 100‰, **Basse** si entre 10 à 50‰, **Très basse** si entre 1 à 9‰ et **Free** si égale à 0 (figure 1.b). Cette nouvelle stratification révèle qu'en 2016, 39 districts soit 21,6% de la population vivent en zone de haute incidence, 3 en pré élimination et 5 en élimination.



*Figure 1: (a) stratification de l'incidence selon les critères de l'OMS ; (b) stratification selon les critères adaptés au pays.
(Source : SNIS)*

2.1.2 Vulnérabilité

Le score de vulnérabilité a été défini selon quatre indicateurs : l'incidence annuelle, la létalité palustre, le taux de fréquentation des formations sanitaires et l'indice de pauvreté (par district). Un score a été affecté à chacun de ses critères allant de 1 à 6.

Ce score de vulnérabilité permettra de prioriser les districts pour la mise en œuvre des interventions.

Tableau 1 : Classification des districts selon le score de vulnérabilité

Vulnérabilité	Score	Nbre de Districts	Populations
Très vulnérable	≥ 4	29	5 338 371
Vulnérable	3	29	5 560 192
Vulnérabilité Modérée	2	31	7 648 649
Vulnérabilité Faible	≤ 1	25	5 602 294
			24 149 507

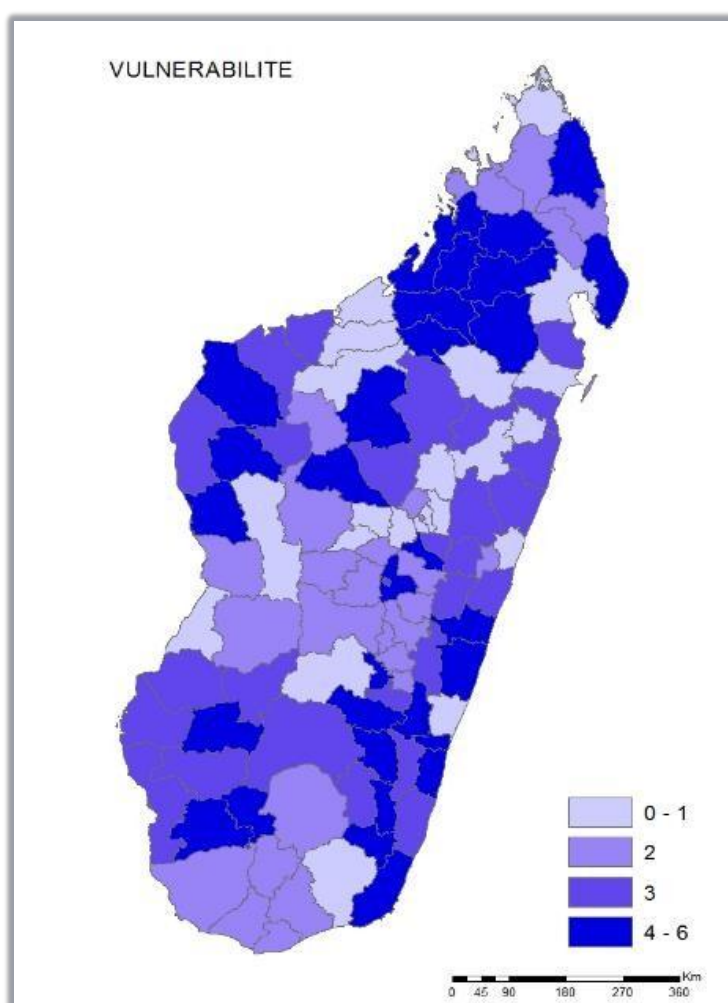


Figure 2. Cartographie de la vulnérabilité (Source : DLP)

2.1.3 Evolution de l'incidence et de la prévalence parasitaire

Entre 2013 et 2014, une réduction de l'incidence du paludisme a été constatée dans toute l'île passant de 97,72‰ en 2013 à 79,91‰ en 2014. Mais en 2015, on observait une augmentation des cas dans presque tout le pays (130,69‰), résultant de l'insuffisance de financement de l'année 2014 ainsi qu'aux problèmes de mise en œuvre. Les régions du Moyen Ouest, Sud-Est et du Sud-Ouest étaient particulièrement touchées (Figure 2). En 2016, l'évolution de l'incidence a connu un progrès par rapport au 2015. Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée, 25 modérée, 29 basse, 16 très basse et 5 en moins de 1 cas pour 1000.

Les deux indicateurs d'incidence et de prévalence parasitaire se concordent dans leur évolution (Figure 3).

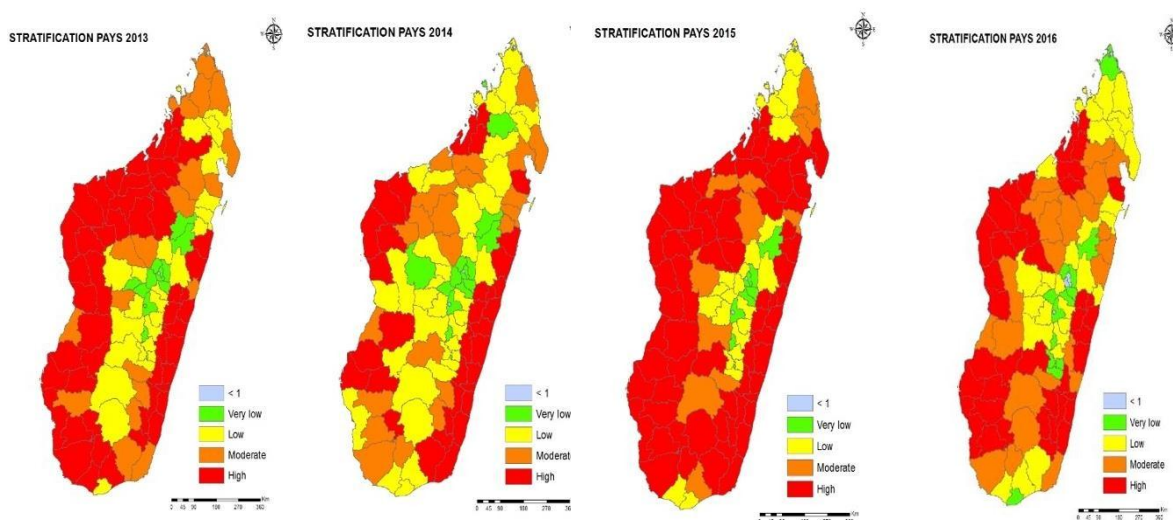


Figure 3. Evolution de l'incidence depuis 2013 à 2016 (Source : SNIS)

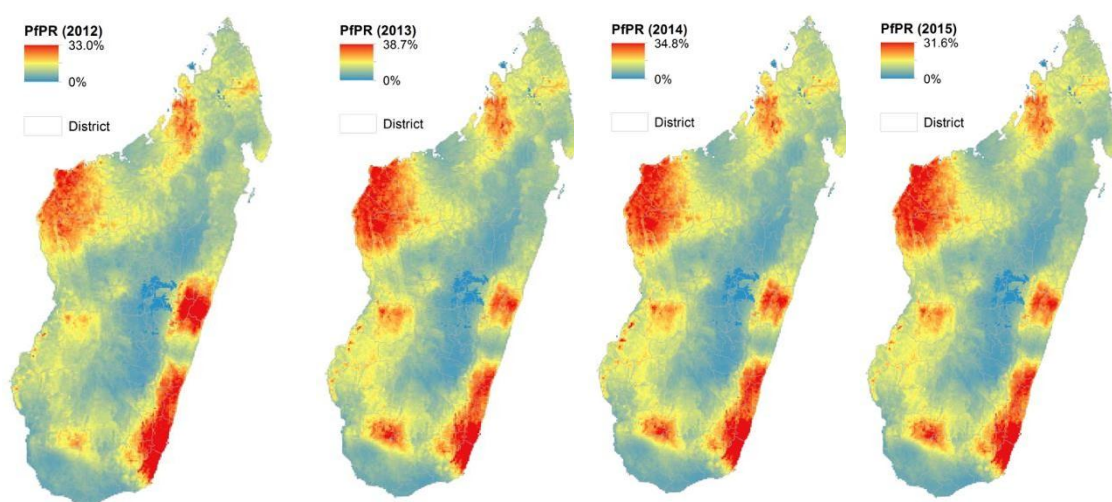


Figure 4. Evolution de la prévalence parasitaire depuis 2012 à 2015 (Source : Howes et al. Contemporary epidemiological overview of malaria in Madagascar: operational utility of reported routine case data for malaria control planning. Malar J (2016) 15:502).

2.1.4 Districts en pré-élimination

Depuis 2010, 16 districts ont eu à être en pré-élimination (Taux de positivité <5%), dont 8 sont repassés en phase de contrôle (tableau 1). En 2016, les districts qui restent en pré-élimination prédominent dans les Hautes Terres Centrales dont Antananarivo-Avaradrano, Antsirabe I, Antananarivo-Renivohitra, Antananarivo Atsimondrano, Manjakandriana, Antsirabe II ; un à l'Ouest (Mahajanga I) et un au Nord (Antsiranana I).

Tableau 2 : Evolution des districts en pré élimination (taux de positivité) entre l'année 2013 - 2016
(Source : SNIS)

District	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANTANANARIVO-AVARADRANO	3,64	2,97	3,80	3,32	4,15	2,35	1,06
ANTSIRANANA I	4,63	3,42	3,77	4,30	2,43	3,34	1,47
ANTSIRABE I	3,28	2,54	3,15	3,66	2,65	3,07	1,56
ANTANANARIVO-RENIVOHITRA	4,81	3,37	3,45	2,62	3,03	3,77	2,24
ANTANANARIVO-ATSIMONDRANO	5,65	4,94	5,61	4,43	3,79	5,45	2,67
MAHAJANGA I	9,40	4,57	9,63	8,81	5,42	12,05	4,17
MANJAKANDRIANA	6,26	4,19	3,05	3,53	6,36	5,74	4,55
ANTSIRABE II	10,86	13,80	11,22	11,01	10,66	9,43	4,76
FIANARANTSOA I	2,43	5,22	11,45	6,91	12,83	12,03	5,48
AMBATONDRAZAKA	16,88	5,73	3,25	9,96	6,33	6,87	5,90
AMBOHIDRATRIMO	3,99	3,27	4,34	5,35	8,73	26,72	6,35
AMPARAFARAVOLA	8,15	7,89	2,16	5,96	4,14	10,17	7,93
MANANDRIANA	4,26	1,27	4,49	4,58	6,70	10,20	8,80
ARIVONIMAMO	4,84	10,19	6,91	6,14	3,58	15,96	17,01
TOLIARY I	2,88	2,04	5,07	9,20	7,43	31,66	21,69
SOAVINANDRIANA	15,18	17,84	2,81	5,69	24,74	34,47	30,34

2.1.5 Évolution de la mortalité globale et par faciès

La gravité et le fardeau du paludisme se réfèrent aussi bien sur l'incidence que sur le taux de mortalité. Respectivement, le nombre de cas graves est passé de 10 777 cas à 8 136 et les décès de 667 à 423 décès soit une **diminution respective de 24,50% et de 36,58%** de 2013 à 2016. Chez les enfants de moins de 5 ans, la mortalité était globalement élevée dans tous les faciès en 2015, surtout dans les faciès Equatorial et Ouest (25,71%).



Figure 5. Evolution de la mortalité liée au paludisme : (a) taux de mortalité dans la population globale, (b) mortalité chez les enfants moins de 5 ans par faciès. (Source : SNIS)

2.1.6 Parasites responsables du paludisme

Quatre espèces plasmodiales sont présentes dans la Grande Ile (*Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium malariae*).

La présence de ces espèces est cependant surtout dominée par le *plasmodium falciparum* avec une proportion de plus de 90%.

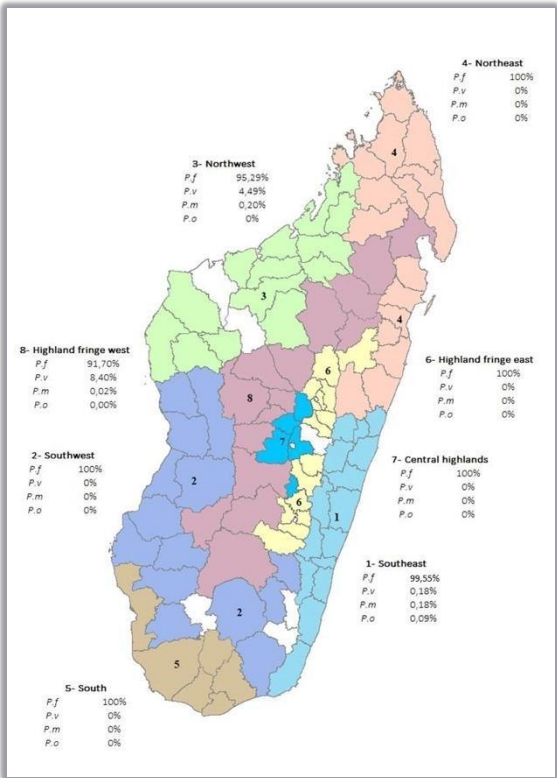
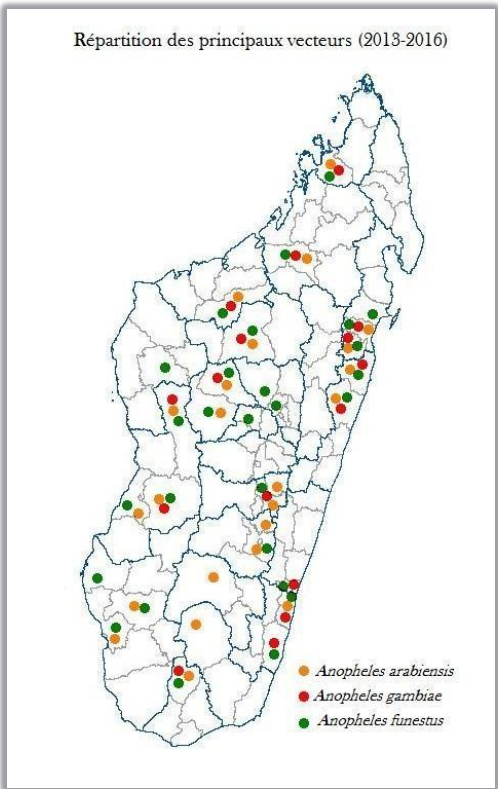


Figure 6. Répartition des espèces plasmodiales (Source : DLP, IPM)

2.1.7 Vecteurs du paludisme



Les résultats de la surveillance entomologique réalisée pendant la mise en œuvre du PSN 2013-2017 ont montré qu’aucun changement majeur n’a été observé sur la composition des espèces vectrices principales de l’agent du paludisme présente à Madagascar (figure 1 suivra). Toutefois, la présence d’*An. funestus* et d’*An. gambiae* s.s. dans plusieurs sites des Hautes Terres Centrales a été observée et mérite une surveillance étroite.

Quant aux espèces vectrices secondaires, la présence d’*An. mascarensis*, *An. merus*, *An. coustani* et *An. coluzzii* (rapport Abt Associates, 2016) à Madagascar a également été signalée pendant la même période.

Figure 7. Répartition géographique des vecteurs (Source : DLP, IPM)

2.1.8 Evolution du profil entomologique

Dans tous les faciès, depuis 2013, le taux d'endophagie d'*Anophele gambiae* s.l. est resté en dessous du seuil de 50% révélant un changement de comportement du vecteur qui pique de plus en plus en dehors des habitations. Ce taux a été de plus de 50% qu'en 2015 dans le faciès Nord-Ouest. Ceci pourrait prédire d'un changement majeur dans l'utilisation de laCAID

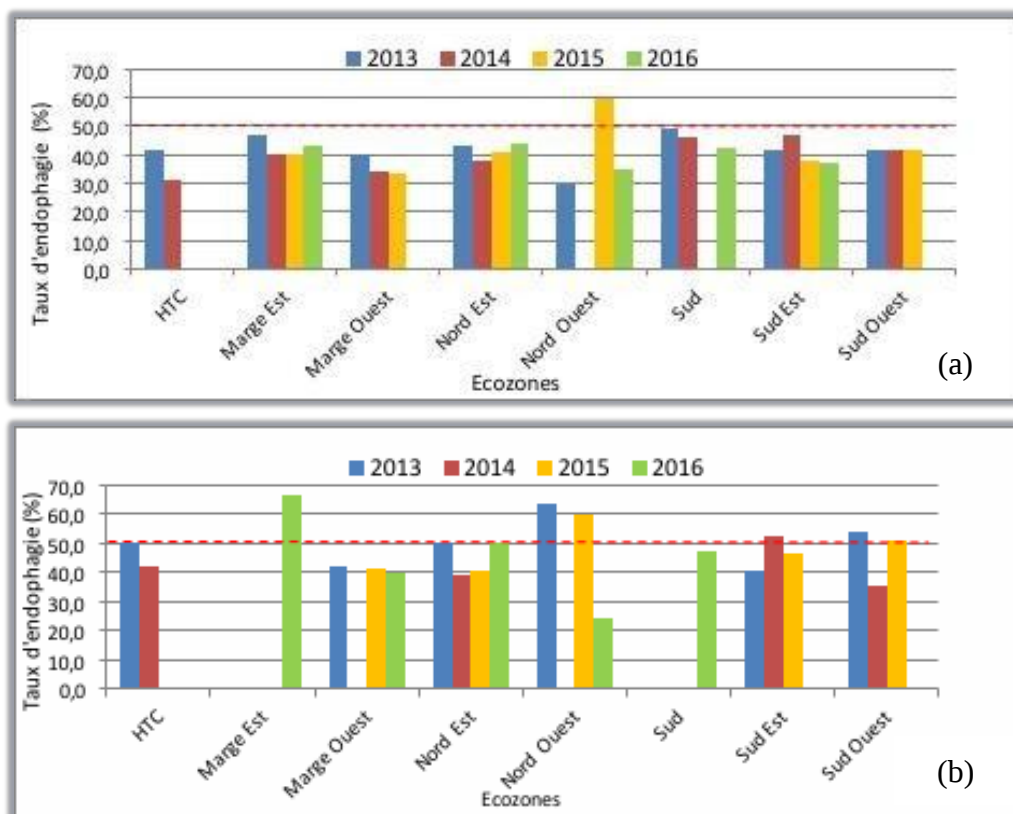


Figure 8. (a) Variation annuelle des taux d'endophagie d'*Anopheles gambiae* s.l. par écozones (2013-2016), (b) Variation annuelle des taux d'endophagie d'*Anopheles funestus* par écozone (2013-2016). (Source : SNIS)

Par ailleurs il a été aussi observé des changements sur les horaires des piqûres des moustiques qui deviennent de plus en plus tôt.

Mais le nombre et la répartition des sites ne représentent pas l'ensemble du pays. L'idéal est d'avoir assez de données sur les cinq strates. Le programme suit en ce moment 22 sites (1site/région).

En outre, les ressources humaines de l'équipe centrale d'entomologie restent insuffisantes pour réaliser les activités de surveillance dans les 22 sites (ressources humaines, moyens de déplacement), d'où la nécessité d'impliquer des équipes régionales.

Durant la mise en œuvre du PSN 2013-2017, les données entomologiques étaient insuffisantes avant et pendant les alertes épidémiques mais aussi après les ripostes pour l'évaluation des impacts.

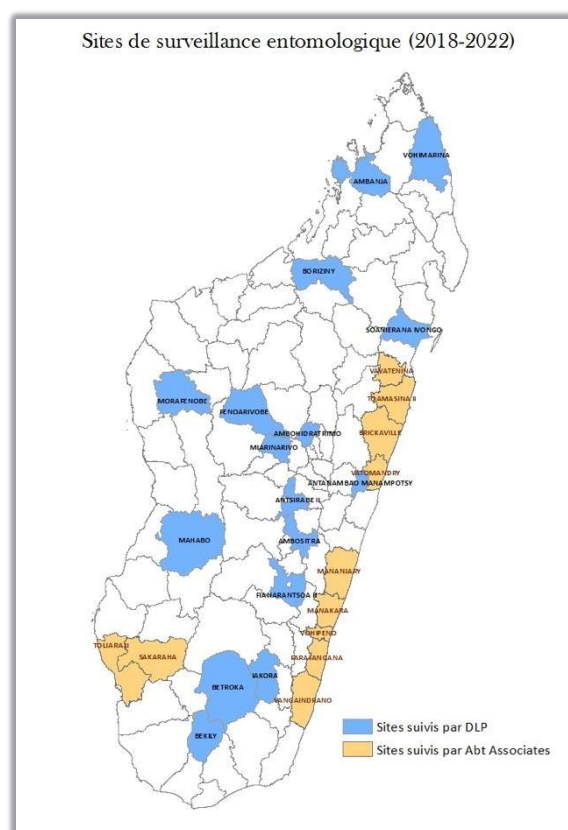


Figure 9. Répartition géographique des sites de surveillance épidémiologique. (Source : SNIS)

2.1.8.1 Sensibilité des vecteurs aux insecticides

Les principales espèces vectrices identifiées à Madagascar pendant la période de 2013 – 2016 sont encore sensibles à l'Actellic® (Organophosphoré), l'insecticide actuellement utilisé pour l'aspersion intradomiciliaire (AID). Par contre, une extension géographique de la résistance d'*An. gambiae* s.l. aux pyréthrinoides (insecticides utilisés sur les moustiquaires imprégnées) a été détectée pendant la même période.

2.1.8.2 Infection des vecteurs/Partie Profil

Deux des quatre espèces plasmodiales identifiées à Madagascar : *Plasmodium falciparum* et *P. vivax* ont été détectées dans six strates (Sud Est, Sud-Ouest, Nord-Ouest, Nord Est, Marge Ouest et Haute Terre Centrale chez les principales espèces vectrices. Par contre, seule l'espèce *P. falciparum* a été détectée chez *Anopheles gambiae* s.l. dans des zones d'étude de la Marge Est des Hautes Terres Centrales. La «non-détection» des autres espèces des autres espèces pourrait-être due au faible nombre de sites d'étude (1 par strate) et par conséquent le faible nombre d'échantillons de moustiques analysés.

Afin d'assurer l'efficacité des interventions de lutte, les activités entomologiques prévues dans le PSN 2018-2022 présenteront les trois défis majeurs suivants :

1. Une meilleure connaissance des espèces vectrices dans chacun des niveaux de transmission du paludisme par le renforcement du système de surveillance des vecteurs (décentralisation de surveillance entomologique, méthodes et augmentation de la fréquence de la surveillance adaptée à chaque niveau de transmission) ;
2. Un renforcement technique du laboratoire d'entomologie : recours systématique à la biologie moléculaire pour l'identification jusqu'au niveau spécifique des complexes d'espèces vectrices présents à Madagascar ; mise à disposition du programme des connaissances sur l'infection et le comportement trophique des vecteurs (technique immunoenzymatique) et une meilleure connaissance des méthodes d'interventions de lutte susceptible d'être appliquées à Madagascar.
3. Une mise en œuvre effective du Plan National de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

La réalisation de ces défis majeurs requiert la concrétisation des actions notamment en matière de fonctionnement des sites de surveillance épidémiologique, parasitologique et entomologique (sites mis en commun), du développement des ressources humaines, renforcement des compétences techniques du personnel, matériels et les locaux du laboratoire d'entomologie de la Direction de Lutte contre le paludisme.

2.2 Performance du Programme

Le taux d'exécution des activités planifiées durant le PSN 2013-2017 est de 88% du fait des nombreux obstacles qui ont entravé sa mise en œuvre parmi lesquels :

- La faiblesse du système de santé communautaire,
- La défaillance de la gestion logistique des intrants,
- L'absence de données complètes pour les besoins de quantification des intrants au niveau des districts,
- Le retard de démarrage des activités dû à l'allocation tardive de la subvention du Fonds Mondial.

2.2.1 Niveau d'atteinte des principaux indicateurs

Afin de déterminer le niveau de performance, le niveau d'atteinte de ces indicateurs et les domaines de prestation de service ont été évalués selon les scores suivants :

Tableau 3 : Codification du score de performance par DPS

	Fortement Adéquat	Adéquat	Existant mais pas adéquat	Pas du tout Adéquat
	3	2	1	0
Niveau de performance du programme				
1	Réduction observée du nombre et de l'ampleur des épidémies dans le temps			3
2	Réduction observée dans les districts à transmission de paludisme dans le temps			1
3	Réduction observée de la capacité vectorielle sur 5 ans			0
4	Taux de mortalité infanto-juvénile toutes causes confondues			0
5	Baisse (%) de cas de paludisme (Année -4 à Année 0)			0
6	Baisse (%) des décès dus au paludisme (Année - 4 à Année 0)			0
7	Cas de paludisme par 1 000 habitants			3
8	Prévalence de l'anémie : Enfants âgés de 6 à 59 mois avec une mesure d'hémoglobine de 8gm/dl			0
9	Décès dus au paludisme (par diagnostic du paludisme confirmé en milieu hospitalier) (proportion)			0
10	Taux de positivité des lamelles/TDR : Lamelles/TDR positifs parmi toutes les lamelles/tous les TDR effectués (pourcentage)			2
11	Baisse observée du taux de positivité des lamelles dans le temps			ND
12	Indice parasitaire annuel (IPA) : nombre de cas de paludisme confirmés par microscopie détectés par 1 000 habitants durant une année			2

13	Proportion d'hospitalisations pour paludisme (confirmé) parmi toutes les hospitalisations	2
14	% de cas de paludisme confirmé par microscopie ou TDR	2
15	% de cas de paludisme sans complications recevant un traitement prompt et efficace dans les 24 heures selon la politique nationale	0
16	Proportion de cas de paludisme/fièvre traités avec le traitement antipaludique de première ligne selon les recommandations nationales	2
17	% d'enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre qui ont reçu un traitement antipaludique par prise en charge à domicile	0
18	Proportion de ménage ayant au moins une MII/MID	0
19	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII/MID la nuit précédente	2
20	Proportion de membres du ménage qui ont dormi sous une MII/MID la nuit précédente	3
21	Proportion de ménages ayant au moins une MII/MID et/ou dont l'habitation a été aspergée par PID au cours des 12 derniers mois	0
22	Proportion de femmes qui ont reçu 2 doses ou plus de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (sur les 2 dernières années)	0
23	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement antipaludique selon la politique nationale de traitement dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	ND
24	Proportion de patients admis avec paludisme grave qui reçoivent un traitement correct aux formations sanitaires	ND
25	MI/MID distribuées au cours des 3 dernières années (à comparer avec le nombre de population divisé par deux)	3
26	Pourcentage de structures ciblées ou d'unités/murs dans les zones cibles de la PID traitées par PID au cours des 12 derniers mois	3
27	Pourcentage de ménages (dans les zones cibles) qui ont bénéficié de la pulvérisation dans le cadre d'une campagne de PID au cours des 12 derniers mois	ND
28	Proportion de formations sanitaires disposant de microscopie et/ou de TDR	ND
29	Proportion de formations sanitaires qui ne rapportent aucune rupture de stock de plus d'une semaine des antipaludiques selon les recommandations nationales, au cours des 3 derniers mois	ND

2.2.3 Evolution de l'incidence selon les interventions par faciès

Tableau 5 : Revue de la performance de l'Epidémiologie du paludisme

Réduction observée dans les tendances de cas dans le temps	0,00
Réduction observée dans les tendances de décès dans le temps	3,00
Réduction observée dans le nombre et l'ampleur des épidémies dans le temps	3,00
Baisse observée du taux de positivités de lamelles dans le temps	2,00
Réduction des cas et des décès de 50% tous les cinq ans	0,00
Réduction observée dans les districts à transmission du paludisme dans le temps	1,00
Réduction observée de la capacité vectorielle sur 5 ans	0,00

Lors des précédents plans, les stratégies ont été réalisées en fonction des faciès. Le pays était alors subdivisé en 4 faciès selon des critères bien définis dont la durée et l'intensité de la transmission. Mais une particularité sur les zones limitrophes des hautes terres centrales et des autres faciès à haute endémicité a conduit le pays à définir un cinquième faciès appelé les Marges.

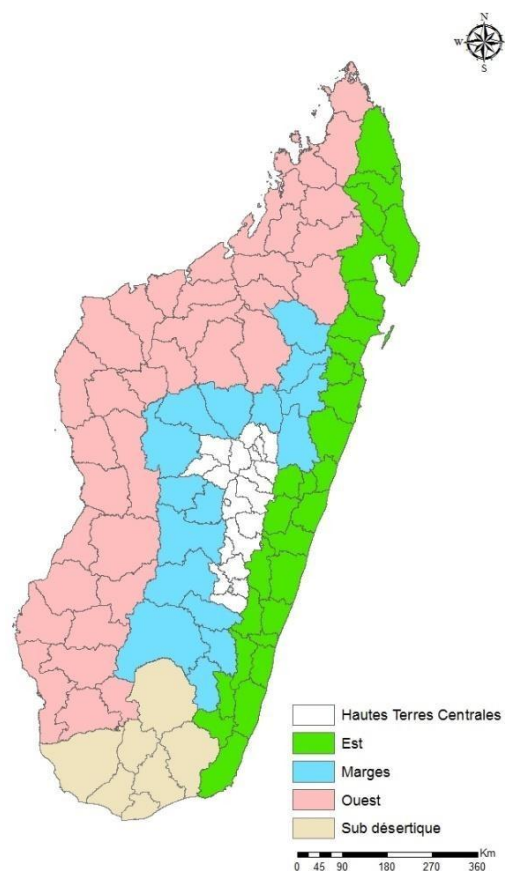
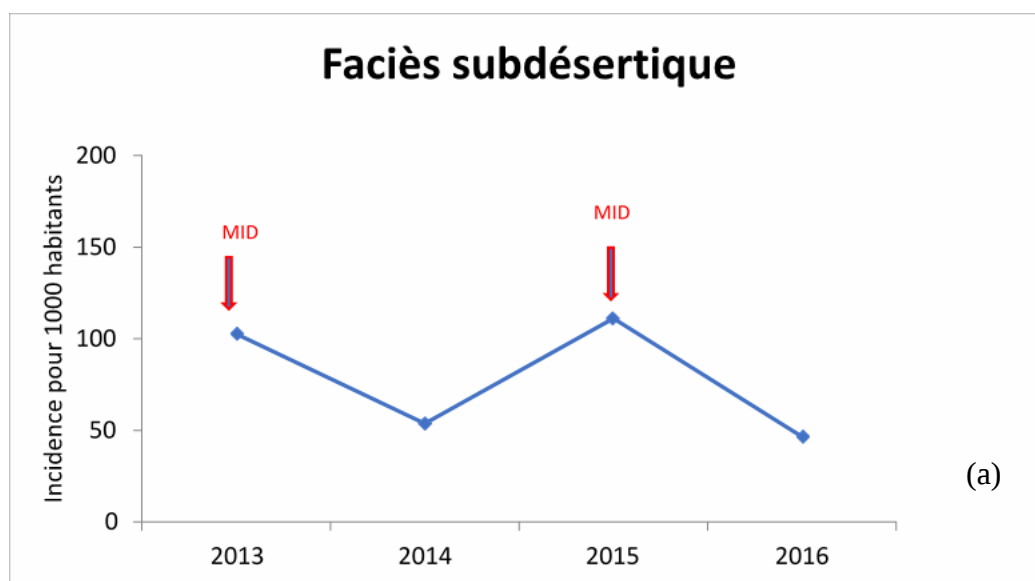
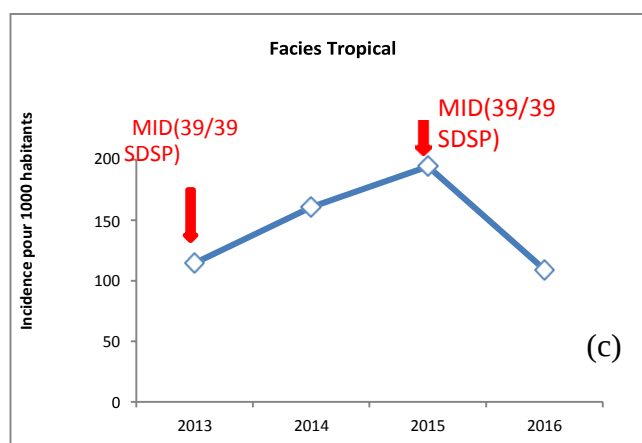
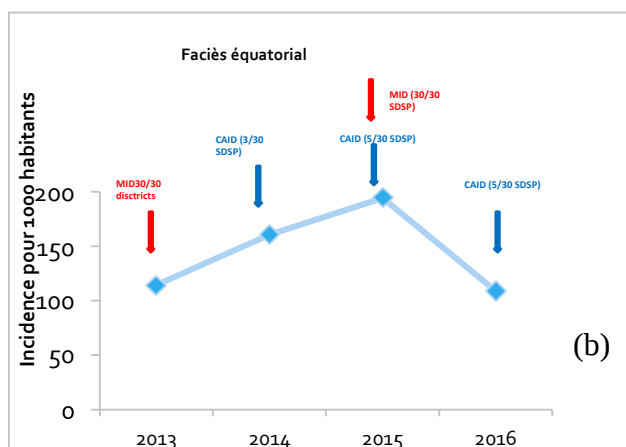


Figure 10. Les quatre faciès du PSN 2013-2017

Selon les interventions réalisées dans chaque faciès, les courbes suivantes démontrent l'évolution de l'incidence du paludisme. Chaque faciès a ses interventions spécifiques.



Dans le faciès subdésertique, en 2013, après la réalisation des CAID généralisées et la distribution des MID, une diminution temporaire de nombre de cas a été observée. Puis en 2015, un rehaussement de l'incidence est constaté motivant une riposte de la part de la DLP à travers un traitement ciblé des enfants de moins de 15 ans dans ces zones (Cf. figures 10 a).



Malgré les interventions réalisées en 2013 dans les faciès Equatorial et Tropical, le nombre de cas n'a pas diminué révélant les taux de couverture en MID faibles au niveau des zones enclavées de ces faciès. L'amélioration des modalités de distribution et de choix des MID lors de la campagne de 2015 (le polyester étant mieux accepté par la population) a permis cependant de noter une diminution de l'incidence entre 2015 et 2016. (Cf. figures 10b 10c).

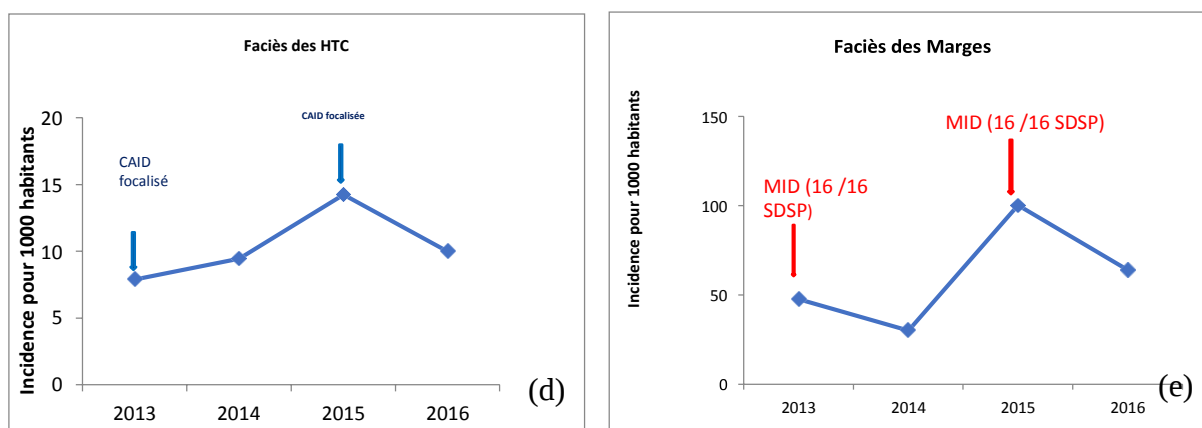


Figure 11: Evolution de l'incidence selon les interventions par faciès ; (a) faciès subdésertique, (b) faciès équatorial, (c) faciès haute terre centrale, (d) faciès marges, (e) faciès tropical. (Source : SNIS)

Au niveau des marges où on observe moins des zones enclavées, les campagnes de MID de 2013 et 2015 ont permis d'observer des diminutions temporaires de l'incidence suivie d'une remontée dans le 12 mois (Cf. figures 10d).

Au niveau des HTC où les principales interventions de prévention demeurent les CAID, il n'a été observé une diminution de l'incidence qu'après la campagne de 2015. Il est à rappeler qu'en 2015 l'alphacyperméthrine (6 mois de rémanence) a été utilisé dans les 40 communes ciblées alors qu'en 2013, seules 12 soit 30% ont bénéficié de l'alphacyperméthrine ; les 28 communes restantes ayant bénéficié du carbamate qui a une durée de rémanence beaucoup plus courte (3 mois).

2.2.4 Lutte anti vectorielle

Tableau 6 : Revue de la performance de la Prévention

Utilisation des MID comme principale stratégie de prévention communautaire	2,70
Pulvérisation intra-domiciliaire rémanente	2,75
Gestion intégrée des vecteurs	2,13

▪ CAID

Les stratégies de la lutte anti vectorielle sont une approche de prévention de la transmission du paludisme. Les interventions visent à réduire le contact homme-vecteur. Ainsi, les cibles sont bien déterminées en relation avec les indicateurs et les données de base.

De 2013 à 2017, la CAID de prévention prévue au niveau des HTC n'a pas pu être réalisée régulièrement par faute de financement. Il faut cependant noter qu'en 2015, le pourcentage de la population protégée par la pulvérisation intra domiciliaire était de 98,43 % soit 950 111 populations protégées au niveau des 100 communes cibles des HTC.

Avec l'appui des partenaires et dans le cadre d'une démonstration, des CAID de réduction de la transmission ont été effectuées au niveau de 7 districts de Haute terre centrale, 7 districts du Sud, 3 districts de l'Est et 5 districts du Sud-Est depuis 2012 avec un taux de couverture moyenne de 95%.

Il faut noter que des CAID de riposte ont été effectuées dans les zones de HTC et du Sud-Ouest suite à une recrudescence.

Pour 2017, une CAID focalisée sera effectuée au niveau des 19 districts des Hautes Terres Centrales avec une rotation triennale des insecticides (Organophosphoré : Actellic CS300, Pyréthrine : Alphacyperméthrine).

Cependant, de grands défis devront être relevés pour le respect de la mise en œuvre de cette intervention. Il s'agit de la dépendance du financement aux bailleurs, de la limitation des zones d'intervention après recrudescence (CAID focalisée de riposte), de l'enclavement des zones ciblées et de la lourdeur logistique de mise en œuvre (transport de matériel, nombre élevé d'applicateur à recruter et à former etc.).

▪ MID

Les MID représentent l'une des interventions de prévention qui couvre la grande majorité de la population à travers les distributions de masse et de routine. Chez les groupes vulnérables regroupant les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, l'objectif de 88 % du PSN finissant est presque atteint avec 80% de couverture en 2016.

Le taux d'utilisation est cependant relativement bas. En effet la proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide n'est que de 68,2% (Rurale : 67,5% ; Urbain : 74,2%) et la proportion parmi les personnes disposant d'une MID est de 85,7 % (Masculin : 84,3% ; Féminin : 87,1%, Riches : 81,8% ; Pauvres : 86,7%) selon le MIS 2016. Il est donc nécessaire d'adopter de nouvelles méthodes d'IEC pour aller vers l'appropriation des MID.

La distribution des MID a été effectuée dans les 92 districts des zones endémiques où 88,4% de la population disposant d'une MID ont déclaré avoir dormi sous moustiquaire imprégné contre 75,5% dans les zones non endémiques.

Afin de maintenir la couverture universelle, les autres canaux de distribution utilisés sont la distribution continue communautaire, la distribution de routine dans les formations sanitaires et le marketing social à un prix fortement subventionné (3.000 Ar/1 USD par MID).

Lors de sa mise en œuvre, la distribution des MID s'est heurtée à des difficultés, essentiellement liées à l'enclavement ou l'insécurité de certaines zones, à la logistique d'acheminement, à la non fiabilité des données de dénombrement, à la surcharge de travail des personnels au niveau périphérique, à l'absence de supervision et de suivi à toutes les étapes de la distribution, au système de rapportage des données et à la dépendance au financement extérieur. Pour la distribution continue, les rares problèmes identifiés demeurent le rapportage des données sur les moustiquaires distribuées par les AC.

2.2.5 Prise en charge

Tableau 7 : Revue de la performance de la Prise en charge des cas de paludisme

Diagnostic du paludisme	2,13
Traitement du paludisme	2,75
Paludisme chez la femme enceinte (TPIg)	3,00
Gestion de l'approvisionnement du programme	1,50
Suivi de l'efficacité potentielle des médicaments	2,00
Pharmacovigilance	2,50
Supervision et renforcement de capacité en matière de PCP	1,86

La prise en charge des cas dans les formations sanitaires et au niveau communautaire constitue l'un des axes principaux de la lutte contre le paludisme à Madagascar basée sur les directives « 3T » de l'OMS, Test-Treat-Track.

Cette stratégie a comme objectifs de :

- (i) Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.
- (ii) Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de paludisme au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans.

Une confirmation par un RDT est recommandée dans les Centres de santé et les sites communautaires. Au niveau des centres hospitaliers un RDT est effectué pour les cas simple et un examen parasitologique (goutte épaisse, et frottis mince) est requis pour les paludismes graves. Malgré ceci, un très faible taux de demande d'examen microscopique en cas de suspicion de paludisme grave est constaté.

Le traitement du paludisme simple se fait par la combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (ACT).

L'Artesunate + Amodiaquine (ASAQ) est le médicament de première intention tandis que l'Arthémeter Luméfantrine (AL) est utilisé en deuxième intention.

Pour les zones en pré-élimination, une dose unique de Primaquine est administrée avec l'ACT.

La prise en charge du paludisme grave quant à elle se fait par l'Artesunate injectable en première intention et par la quinine injectable en seconde intention.

Ces nouvelles directives de prise en charge ont été adoptées depuis 2013.

Le diagnostic et le traitement du paludisme sont gratuits dans les formations sanitaires publiques.

En général, les sites communautaires sont fonctionnels et contribuent à la prise en charge des enfants de moins de 5 ans. Cependant, certains sites enregistrent des ruptures fréquentes en intrants. Cette prise en charge communautaire ne prend pas encore en compte les enfants de plus de 5 ans.

L'évaluation de l'efficacité médicamenteuse réalisée n'a été réalisée jusqu'à présent que sur l'ASAQ et la SP.

La figure 10 montre une bonne prise en charge des cas de paludisme confirmé par RDT. Mais le nombre de cas attendus reste élevé par rapport aux cas rapportés.

La PEC fait face cependant à de nombreux problèmes :

- Rupture de stock liée le plus souvent à l'acheminement des produits (niveau district vers CSB ou sites communautaires),
- Transfert des données (communautaires et secteur privé en général)
- Application des directives de prise en charge,
- Retard de recherche de soins.

Au niveau de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé, les RDT et les ACT de qualité existent à prix subventionné. Mais le respect effectif de la politique de prise en charge n'est pas encore satisfaisant.

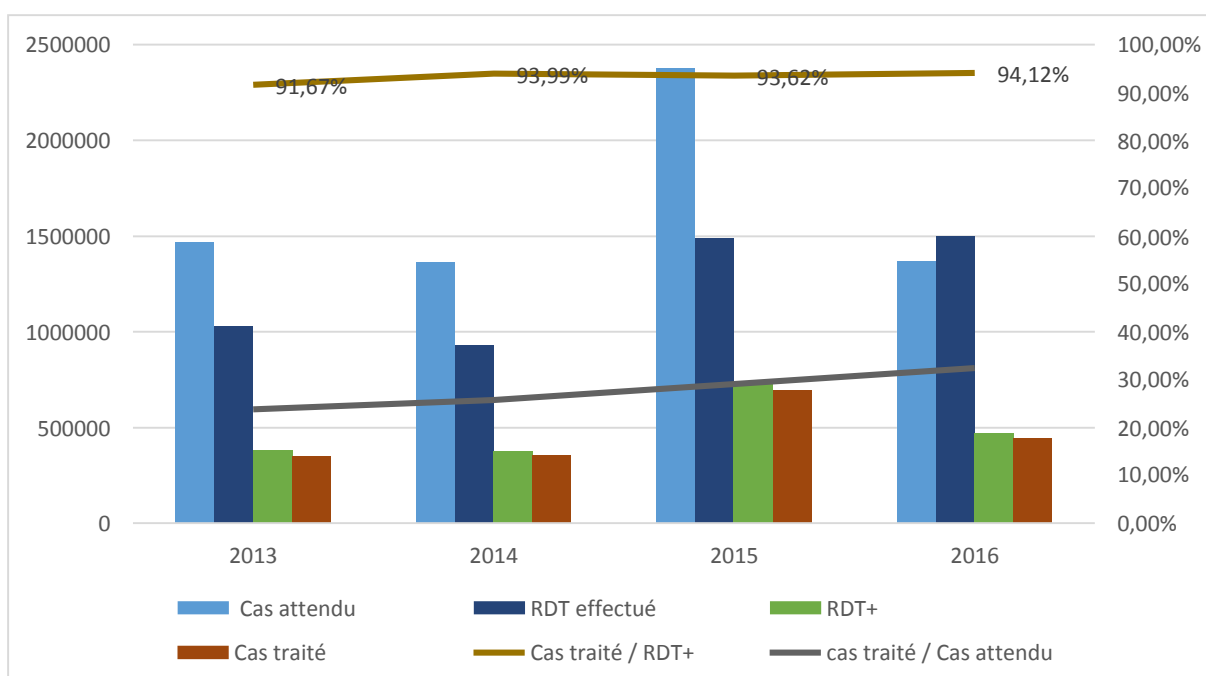


Figure 12: Evolution de la prise en charge des cas de paludisme depuis 2013- 2016.

(Source : SNIS)

2.2.6 Prévention du paludisme chez les femmes enceintes

Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte a été introduit à Madagascar en 2004. Le PSN actuel a pour objectif d'amener au moins 80% des femmes enceintes à observer les trois doses de TPI dans les 93 districts en phase de contrôle. Cette cible n'est pas encore atteinte et de nombreux efforts restent à faire.

Depuis 2013, la couverture en TPI 1 varie entre 34% et 57% parmi les femmes vues en CPN 1 (Système d'Information Sanitaire). En 2016 une tendance à une diminution a été même constatée due essentiellement à une longue rupture en sulfadoxine pyriméthamine (SP). Le TPI 3, introduit en 2015 dans le pays selon les recommandations de l'OMS reste encore très faible, le taux de couverture a été de 17% en 2016 parmi les grossesses attendues.

Il a été aussi constaté une diminution progressive de la couverture des femmes enceintes en MID depuis 2013.

Ces deux facteurs expliquent probablement l'augmentation du nombre de femmes enceintes testées positives entre 2015 et 2016 (figure 11).

Par ailleurs, l'analyse de la performance de TPI montre des taux de couvertures faibles, alors qu'il a été observé une augmentation du nombre de femmes enceintes vues en CPN entre 2013 et 2016.

Il faut noter d'autre part que c'est dans les strates à incidence haute que les taux de TPI 1 les plus faibles ont été retrouvés (figure 12).

Tableau 4 : Evolution de la couverture du TPI

Années	2013	2014	2015	2016
Couverture TPI 1 par rapport CPN 1	34 %	35 %	57 %	-
Couverture TPI 2 par rapport CPN 1	23 %	21 %	42 %	-
Couverture TPI 3 par rapport CPN 1	-	-	16 %	17 %

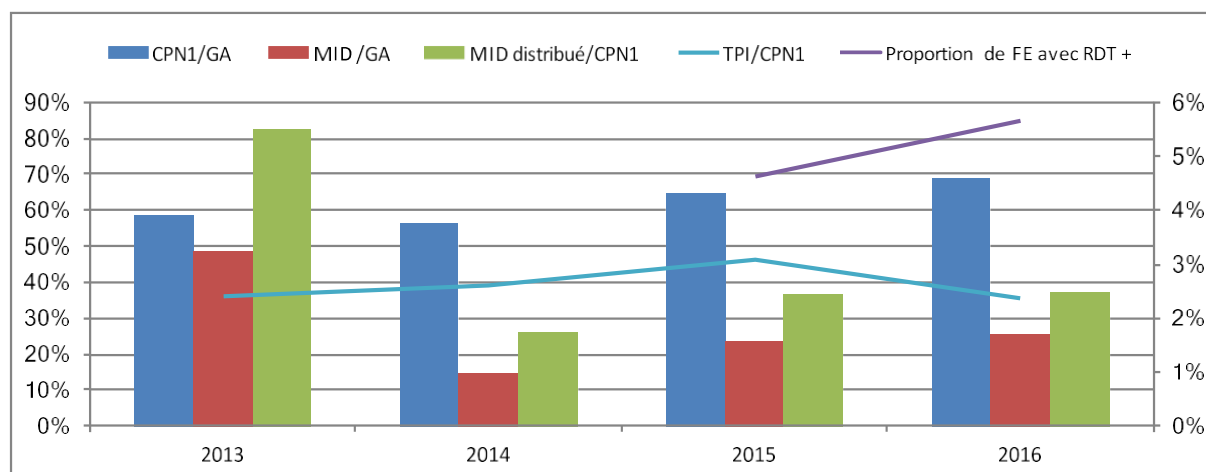


Figure 13: Evolution du taux de CPN, TPI et distribution des MID chez les femmes enceintes entre 2013-2016. (Source : SNIS)

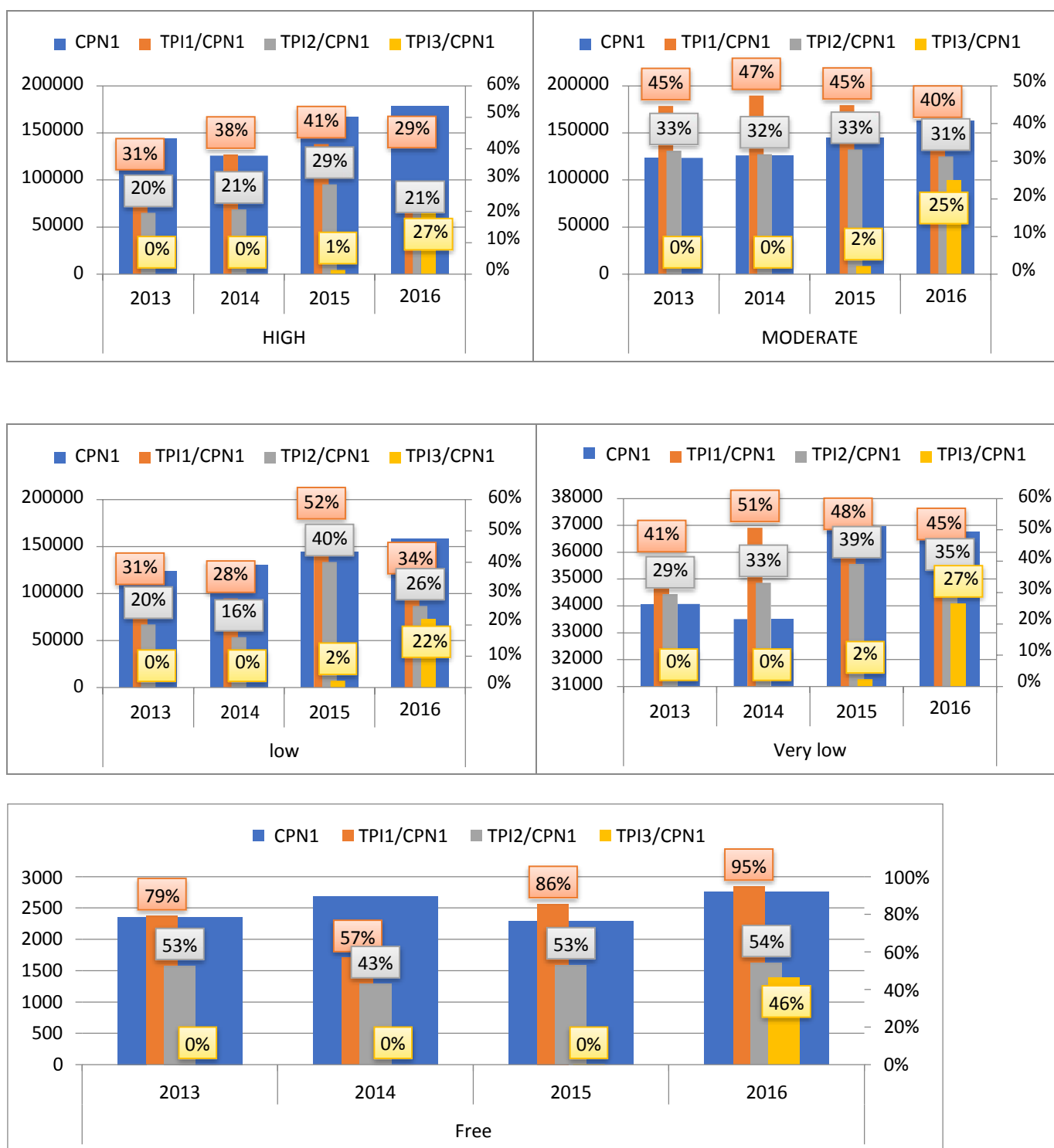


Figure 14: Evolution des taux de CPN, TPI 1-3 selon les strates;(a) high, (b) moderate, (c) low, (d) very low, (e) free.

(Source : SNIS)

Les défis à relever pour l'amélioration de la couverture du TPI chez les femmes enceintes restent multiples. Il s'agit entre autres de :

- la remise à niveau des prestataires avec la formation d'un deuxième prestataire en TPI au niveau de chaque structure qui offre ce service.
- la disponibilité permanente des intrants à travers l'implication du secteur privé dans l'amélioration de l'acheminement sur les derniers Kilomètres,
- le renforcement du système de suivi/évaluation de la consommation et de la disponibilité des intrants,
- la mise en œuvre progressive du TPI communautaire,
- le renforcement de la sensibilisation des prestataires et des bénéficiaires,
- la recherche des pertes de vue.

2.2.7 Gestion du Programme

Tableau 8 : Revue de la performance de la Gestion du Programme

Place de la lutte contre le paludisme dans le Programme national de développement	0,20
Place de la lutte contre le paludisme dans le Système de santé	3,00
Adéquation de l'organisation et de la gestion du programme national de lutte contre le paludisme	2,06

Le programme est ancré au sein du ministère de la santé publique. Avec l'engagement des leaders politiques et la contribution de multiples partenaires, l'atteinte des cibles définies dans cette unité a connu des progrès.

Le Partenariat Roll Back Malaria National est actif et appuie le programme dans les efforts de coordination et d'harmonisation, dans les orientations stratégiques, les mobilisations des ressources ainsi que dans le suivi de la mise en œuvre. Ceci sur la base de la complémentarité. Le Programme dispose d'une infrastructure lui permettant de mener à bien ses activités selon les normes requises.

L'unité de coordination de la DLP comprend 41 cadres techniques dont 17 Spécialistes en Santé Publique, 3 Epidémiologistes, 7 Paludologues, 8 Entomologistes, 2 Spécialistes en CCSCC, et 4 Techniciens de laboratoire et du personnel de soutien (assistants administratifs et financiers, chauffeurs, techniciens de surface, gardiens etc.). Elle est constituée de cinq services : Prise en charge, Lutte Antivectorielle, Laboratoire, Communication, Suivi et Evaluation des performances.

Il est retenu de scinder le service de laboratoire en deux entités (Parasitologie, Entomologie) au cours de la mise en œuvre du nouveau plan stratégique.

Au niveau périphérique, le programme ne dispose que d'un point focal au niveau de chacun des 113 districts sanitaires et des 22 régions. Il paraît urgent de renforcer ces points focaux au niveau régional avec un entomologiste et un responsable GAS au moins.

L'approche de la mise en œuvre tend vers le renforcement de la coordination intra sectorielle (avec les autres départements du MSANP) et extra sectorielle représentée par les partenaires regroupés au sein du comité RBM.

Il faut noter par ailleurs que l'insuffisance des ressources humaines, logistiques et financières entrave la performance du programme et rend la mise en œuvre de la stratégie difficile.

Une assistance technique est en place pour renforcer la coordination de la gestion logistique et le suivi stratégique des financements du programme.

Les procédures d'exécution budgétaire devront être aussi améliorées avec l'appui d'une agence fiscale.

2.2.8 Suivi évaluation

Tableau 9 : Revue de la performance du Suivi Evaluation

Suivi de programme	2,00
Evaluation de programme	2,80
Recherche opérationnelle	1,50
Stockage et utilisation de données et site web	2,00

Le programme dispose d'un plan de suivi évaluation couvrant la période 2013-2017 et plus de la moitié (53%) des activités planifiées dans ce plan ont été réalisées dont :

- (i) La mise en place du système de surveillance électronique intégrée,
- (ii) La mise à jour et diffusion des grilles de supervision,
- (iii) La revue mensuelle des qualités des données du Programme au niveau central avec toutes les directions concernées du Ministère,
- (iv) Les enquêtes périodiques,
- (v) La MTR en 2014 et Revue Finale du Programme en 2017,
- (vi) La mise en place des outils de gestion et de collecte de données au niveau des points de prestation de service,
- (vii) La publication de la première édition de Bulletin trimestriel d'information sur le Paludisme en 2017,
- (viii) La supervision intégrée périodique à tous les niveaux du système de santé,
- (ix) La formation des formateurs centraux et régionaux en Suivi et Evaluation,
- (x) Le déclenchement des processus et des activités pour la mise en place du système DHIS2 national.

Malgré toutes ces interventions, certains défis sont à relever, tels que :

- Le faible taux de rapportage et de promptitude des données y compris les données communautaires,
- Le retard de prise de décision à tous les niveaux face aux situations de recrudescence,
- La non disponibilité des procédures d'archivage des rapports de supervision et des investigations,
- Le retard de déblocage des fonds et la lourdeur des procédures administratives,

2.2.9 Surveillance & réponse aux épidémies

Tableau 10 : Revue de la surveillance et de la réponse aux épidémie

Système de PRE de paludisme fonctionnel	2,25
Réponse efficace aux épidémies de paludisme et aux urgences	2,33
Plan de surveillance, de suivi et d'évaluation	2,67
Capacité de surveillance, de suivi et d'évaluation	2,75
Surveillance	2,38
Sites sentinelles de surveillance	2,20

En collaboration avec plusieurs entités du Ministère de la Santé et des partenaires, le programme s'est fixé comme objectif la détection et la gestion correcte de 100% des épidémies.

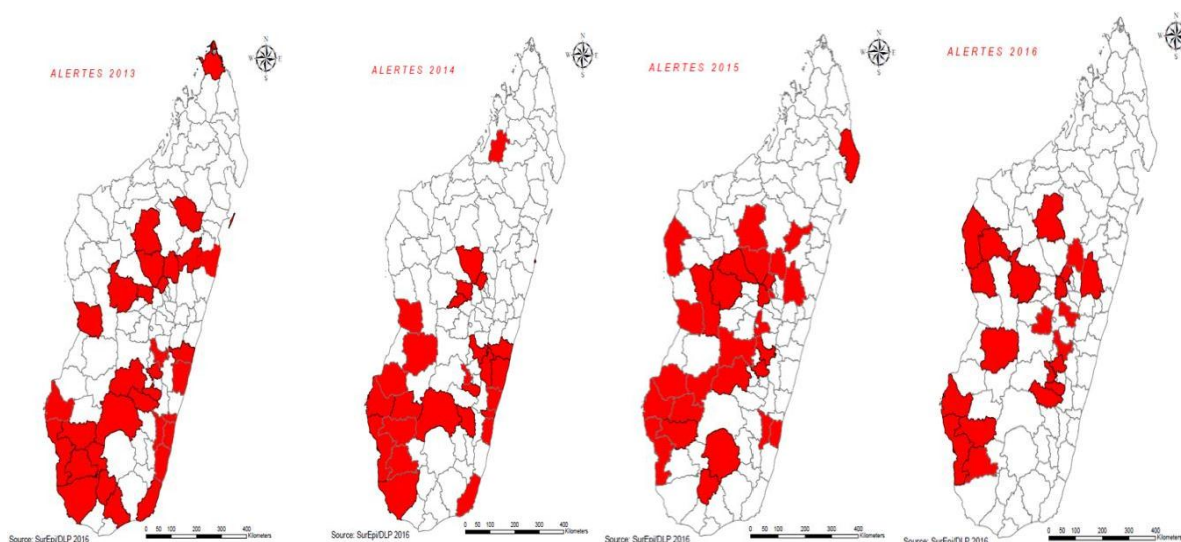
Les outils de gestion des épidémies sont disponibles au niveau des formations sanitaires avec un seuil épidémiologique bien défini et une courbe de surveillance hebdomadaire.

Actuellement, la surveillance se fait hebdomadairement à partir des données collectées par l'Institut Pasteur de Madagascar à travers les sites sentinelles et les données de la surveillance électronique intégrée qui ne concerne que 29 districts sanitaires.

Les zones à potentiel épidémique sont bien identifiées. Un bulletin de la situation épidémiologique du paludisme est partagé à tous les partenaires RBM ainsi que les régions et les districts concernés par la situation de recrudescence, hebdomadairement, pour permettre des actions de riposte concertées.

Les alertes sont notifiées par les AS et envoyés au niveau des DS. La vérification, les investigations et les ripostes sont attribués aux DS avec appui éventuel du niveau régional et le niveau central. Ainsi, 91% des alertes ont été vérifiées en 2016, XX% ont été confirmées et 100% des alertes confirmées ont été maîtrisées suivant le protocole national au cours de l'investigation des urgences.

L'analyse de l'évolution des alertes montre une prédominance dans le Sud-Ouest de Madagascar.



*Figure 15: Evolution de la répartition géographique des alertes notifiées depuis 2013 en 2016.
(Source : SNIS)*

2.2.10 Gestion et Approvisionnement du Stock (GAS)

Tableau 11 : Revue de la performance du GAS

Gestion de l'approvisionnement du programme	1,5
---	-----

La gestion de l'approvisionnement a pour objectif d'assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostiques et thérapeutiques dans au moins 95% des formations sanitaires.

Les canaux d'approvisionnement des intrants antipaludiques ne sont pas encore harmonisés. Les circuits d'achat des principaux partenaires financiers du programme restent distincts. Cependant, tous les intrants sont stockés et acheminés par la centrale d'achat SALAMA jusqu'au niveau des districts. L'acheminement des intrants du district vers les CSB et les sites communautaires reste encore à améliorer.

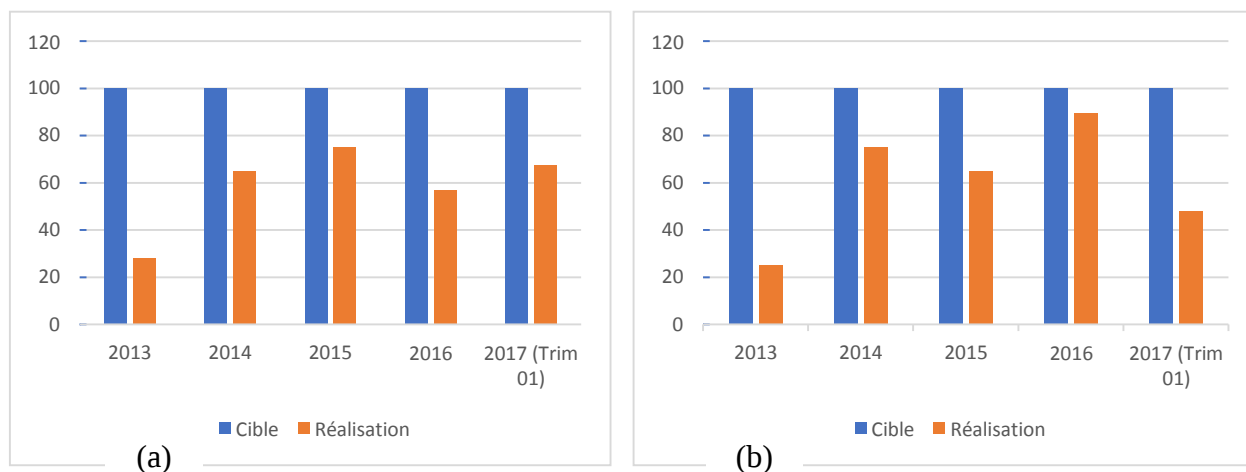
Le nombre de structures sanitaires n'ayant pas signalé une rupture de stocks reste toujours en deçà des cibles, même si la proportion est passée de 25% à 89,86% de 2013 à 2016 concernant les ACT (Figure 16).

L'estimation des besoins se fait à partir des données du rapport périodique des activités qui notifie la consommation et les stocks des formations sanitaires et sites communautaires.

Le programme a mis en place depuis 2011, un comité de travail afin d'estimer les besoins annuels en intrants. Ce comité se réunit deux fois par an. L'atelier de quantification de 2017 permettra de définir les besoins en intrants pour le prochain PSN.

Les principaux problèmes notés restent liés à l'incomplétude, la promptitude et à la qualité des données de GAS. Mais surtout le problème d'acheminement des intrants entre les Districts Sanitaires et les Formations sanitaires exposant aux ruptures fréquentes.

Le renforcement de la collaboration entre DLP et ses partenaires (FM, USAID/PMI, UCP, PSI, SALAMA, Secteur privé etc...) permettra d'améliorer l'acheminement des intrants jusqu'aux bénéficiaires.



*Figure 16: Courbe d'évolution des pourcentages des établissements sanitaires n'ayant pas déclaré des ruptures de stock en intrant ; (a) SP, (b) RDT et ACT.
(Source : SNIS)*

2.2.11 Communication pour un Changement Social de Comportement

Tableau 12 : Revue de la performance d'CCSC

Communication pour un changement de comportement et mobilisation communautaire

1,5

La réussite des stratégies de la lutte contre le paludisme repose surtout sur le changement de comportement de la population. L'CCSC est une stratégie de soutien qui accompagne les stratégies de prévention et de contrôle pour ce changement de comportement.

Les stratégies de proximité s'avèrent être plus efficaces pour atteindre les cibles. Les interventions sur l'IEC et la mobilisation communautaire sont mises à échelle dans toute l'île avec un niveau de mise en œuvre peu satisfaisant. Peu d'activités d'évaluation ont été cependant menées.

D'autres défis restent à relever dont l'harmonisation des supports CCSC, le renforcement du suivi des Agents Communautaires, le faible niveau d'éducation des AC, le suivi régulier de la mise en œuvre des activités CCSC, l'implication des tradipraticiens et matrones sur la recherche de soins des populations.

Par ailleurs le faible accès de la population aux mass média (faible possession de radio et de télé) constitue encore un obstacle à la mise en œuvre des interventions de communications.

2.2.12 Financement de la lutte

En 2016, la lutte contre le paludisme était financée à plus de 95% sur des ressources extérieures, principalement par President's Malaria Initiative (PMI) et le FM. D'autres financements extérieurs provenaient de la Principauté de Monaco, OMS, UNICEF, Banque Mondiale.

La contribution effective du gouvernement était de 5%, affectée essentiellement aux ressources humaines et au fonctionnement. Les interventions des bailleurs sont bien cartographiées par zone et par domaine de prestation de services. De plus, le gouvernement a consenti un montant de USD 9.835.000 comme contrepartie financière à la subvention du NMF1 dont USD 5.388.369 pour la composante paludisme.

Pour la période de 2013 - 2017, le budget du PSN était de **685 733 388** USD dont 286 361 055 USD pour la surveillance épidémiologique soit 41,6% du budget Total. La CAID s'élève à 16,3% du budget tandis que les MID représentent 19,2% et la prise en charge à 8,8%. Le financement alloué était de 156 095 393 USD.

Certaines interventions essentielles ont pu être réalisées grâce aux bons taux de mobilisation et d'exécution des financements notamment la PEC (les tests de diagnostic rapide et les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémésinine), le traitement préventif intermittent (TPI) des femmes enceintes, la pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent dans les zones en pré élimination et lors des ripostes et la distribution des MILDA.

Le taux d'exécution budgétaire (71,42%) a été globalement satisfaisante, particulièrement avec l'USAID et la Chine (100%).

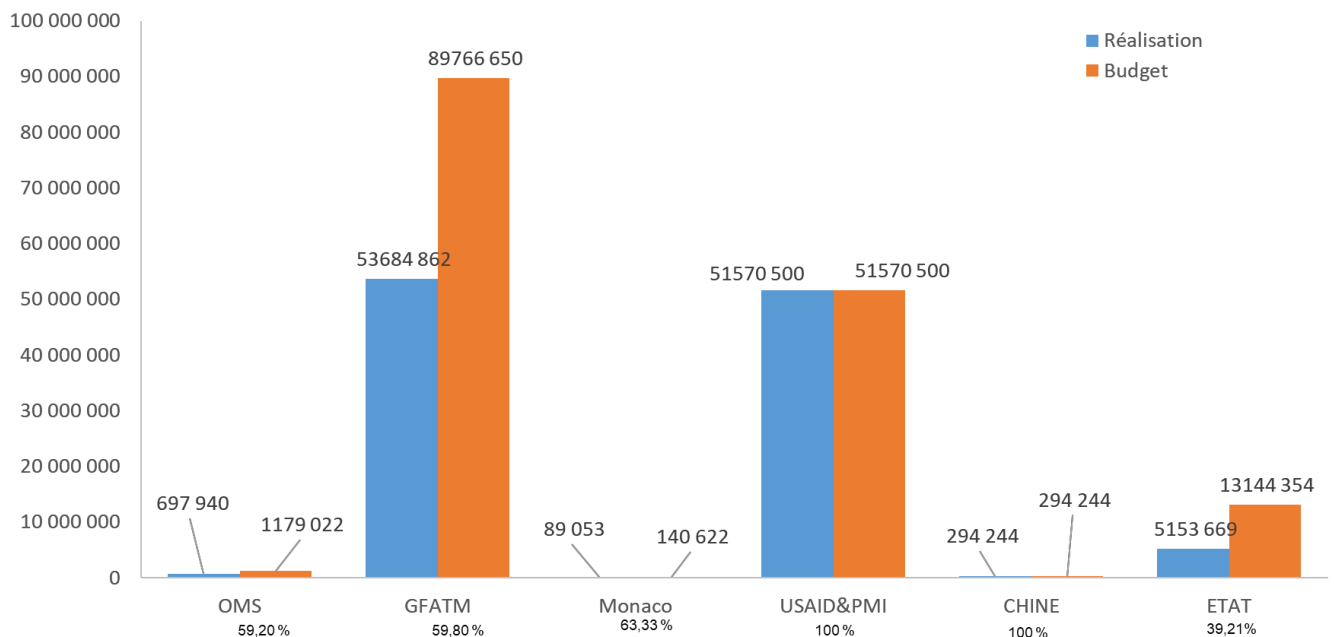


Figure 17. Taux de réalisation par partenaire

TROISIEME PARTIE

PLAN STRATEGIQUE 2018-2022



3. PLAN STRATEGIQUE 2018-2022



Nous,
Ministère de la Santé Publique
Et les Partenaires du Programme National de Lutte contre le Paludisme...

... Prenons l'engagement de poursuivre la mise à échelle des interventions et de mettre en œuvre les recommandations de la Revue du Programme pour une couverture universelle et un impact durable, avec pour objectif prioritaire, l'élimination du paludisme à Madagascar.

Comité RBM, Madagascar

3.2 VISION

Madagascar sans paludisme.

3.3 DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE

Les défis du plan stratégique permettront une meilleure réorientation politique et stratégique. Ils sont articulés autour de trois grands axes :

La nouvelle vision des décideurs du Ministère de la Santé qui sera à la base du leadership et de l'impact transformationnel. Cette nouvelle vision permettra une meilleure orientation des interventions du programme. En effet, un comité de pilotage et un comité d'exécution sont mis en place au sein du Ministère. Ils tiennent le rôle de catalyseur de changement et permettra de définir les interventions prioritaires afin d'élaborer un cadre d'investissement.

L'approche intégrée : Il s'agit de l'intégration des activités des différents programmes au niveau du Ministère de la Santé. Afin de capitaliser les ressources et d'éviter le chevauchement d'une même activité par des personnes de plusieurs Directions voir d'une même Direction envoyée au même moment et au même endroit. Elle inclut aussi un "Capacity Building" permanent.

La responsabilisation du gouvernement : Les programmes du Ministère de la Santé sont dépendant des bailleurs. Le budget de l'Etat attribué à la Santé ne cesse de diminuer. Les approches suscitées permettront, en premier lieu de prioriser les interventions et d'établir un cadre d'investissement dans l'objectif à moyen et à long terme de « ne demander aux partenaires que ce que le pays ne peut pas faire ». Ce cadre d'investissement bien ficelé permettra d'effectuer un plaidoyer au niveau des différents responsables afin d'obtenir l'engagement, la contribution et l'investissement de l'Etat dans la lutte contre le paludisme.

La prise en charge de ces défis lors de la mise en place de ce nouveau plan stratégique permettra à la DLP de renforcer :

1. La prise en charge précoce de tous les cas simples dans tous les secteurs et jusqu'au niveau des sites communautaires et la disponibilité permanente des intrants en paludisme,
2. La prise en charge adéquate et universelle de tous les cas graves afin d'aboutir à zéro décès lié au paludisme,
3. La protection effective des femmes enceintes, des enfants et des populations clés par des moyens de prévention et de prise en charge efficaces,
4. Le monitoring continu de la distribution des parasites et des changements de comportements du vecteur au niveau de toutes les strates, ceci afin d'adapter continuellement la lutte anti vectorielle,
5. L'analyse périodique des données de routine et de surveillance et la diffusion des informations clés pour prise de décision à tous les niveaux,

6. La décentralisation effective de la lutte contre le paludisme au niveau des régions et districts (budget régional dédié à la lutte contre le paludisme, renforcement des équipes régionales à travers le recrutement d'épidémiologistes, d'entomologistes, d'experts GAS et appui à la mobilisation des ressources des plans régionaux).

3.4 PRINCIPES DIRECTEURS

Le succès de la lutte contre le paludisme à Madagascar dépendra essentiellement des principes directeurs suivants :

- (1)** Une approche intégrée, complémentaire et multidimensionnelle fondée sur la collaboration entre les différents secteurs et partenaires et la coordination à tous les niveaux,
- (2)** Un engagement et une mobilisation de la communauté qui sera renforcée par la santé communautaire,
- (3)** La lutte contre les inégalités sociales à travers le renforcement du partenariat public-privé et l'offre de services particuliers aux populations clés.

3.5 OBJECTIFS GENERAUX

- Réduire à zéro la mortalité liée au paludisme d'ici 2022.
- Amener le nombre de districts en phase de pré-élimination de 3 à 74 d'ici 2022.
- Amener le nombre de districts en phase d'élimination de 5 à 16 d'ici 2022.

3.6 OBJECTIFS SPECIFIQUES

Pour atteindre ces objectifs généraux, douze (12) objectifs spécifiques sont définis à travers cinq objectifs stratégiques :

A. Renforcer la Gestion et la Coordination du Programme

1. Renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux.
2. Assurer une disponibilité permanente en médicaments et en produits de lutte contre le paludisme dans tous les secteurs et à tous les niveaux.

B. Assurer la protection de toute la population à travers les interventions de prévention les plus efficaces

3. Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblées par la CAID et les MID.
4. Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI conformément aux directives nationales.

C. Prendre en charge correctement tous les cas de paludisme simples et graves

5. Diagnostiquer 100% des cas suspects de paludisme par TDR ou Goutte épaisse selon les directives nationales.
6. Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales.

D. Renforcer le cadre de communication et de mobilisation sociale

7. Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme.

E. Améliorer le cadre de surveillance

8. Détecter dans la semaine 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce et contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.
9. Dans les zones de pré-élimination, renforcer le système de surveillance afin de cartographier les groupes de population à forte incidence et les sources de l'infection.
10. Dans les zones d'élimination, mettre en place un système performant d'investigation des cas confirmés.

F. Améliorer le cadre de suivi évaluation

11. Intégrer les données du paludisme dans le DHIS2.
12. Maintenir à au moins 90% le taux de promptitude et de complétude des rapports de toutes les structures sanitaires.

3.7 AXES STRATEGIQUES ET ENJEUX

Au cours de la période 2018-2022, le Ministère de la Santé Publique et son réseau de partenaires relèveront les défis à travers huit axes stratégiques et onze domaines de prestations de services.

- **Axe Stratégique 1** : Renforcement de la gestion et de la coordination du Programme.
 - DPS 1 : Gestion du Programme
- **Axe Stratégique 2** : Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock.
 - DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)
- **Axe Stratégique 3** : Consolidation du cadre prévention.
 - DPS 3 : Gestion Intégrée des Vecteurs (GIV)
 - DPS 4 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)
 - DPS 5 : Aspersions Intra Domiciliaire (AID)
 - DPS 6 : Traitement Préventif Intermittent (TPI)
- **Axe Stratégique 4** : Renforcement du cadre de prise en charge.
 - DPS 7 : Prise en Charge
- **Axe Stratégique 5** : Amélioration des services offerts des populations clés
 - DPS 8 : Services spécifiques des Populations Clés
- **Axe Stratégique 6** : Renforcement du cadre de communication
 - DPS 9 : Communication et Mobilisation sociale
- **Axe Stratégique 7** : Amélioration du cadre de surveillance.
 - DPS 10 : Surveillance et Riposte
- **Axe Stratégique 8** : Amélioration du cadre de suivi évaluation.
 - DPS 11 : Suivi et évaluation

AXE STRATEGIQUE 1

RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

3.7.1 Renforcement de la gestion du Programme

DOMAINE DE PRESTATION 1

GESTION ET COORDINATION

Renforcer les capacités institutionnelles, techniques et managériales à tous les niveaux.

Enjeux	Orientations
Réorganisation de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux afin de bien coordonner la mise en œuvre des activités.	La mise en œuvre des activités prévus dans le PTA à tous les niveaux, est réalisée à 95% avec les compétences nécessaires et les documents technique mise à jour. L'identification de goulot d'étranglement avec des interventions correctrices et réorientation stratégique.

Interventions prioritaires

Cet axe stratégique concerne surtout les approches visant à améliorer la gestion de programme, aussi bien au niveau central que périphérique afin d'atteindre les objectifs spécifiques du programme. La disponibilité des ressources techniques sera renforcée afin d'améliorer la mise en œuvre des activités.

- Réactualisation des documents cadres de la lutte contre le paludisme incluant le Plan Stratégique 2018 - 2022, le Plan de Suivi Evaluation, les nouvelles normes et procédures seront disséminés et seront utilisés comme documents de base à tous les niveaux.
- Renforcement du partenariat : un plaidoyer sera mené auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et auprès du gouvernement pour une meilleure coordination surtout dans la prise en charge de l'acheminement des intrants du niveau district jusqu'au niveau CSB et communautaire.
- Renforcement de l'unité de coordination du programme :
 - Organisation d'un audit institutionnel et organisationnel de la DLP afin de mieux informer la réorganisation du programme.
 - Réorganisation interne du programme afin d'avoir un maximum de rentabilité/efficacité et éviter toute surcharge de travail du chef de service.

- Afin d'harmoniser et coordonner la mise en œuvre des activités prévues dans l'actuelle Plan Stratégique, des revues de programmes seront envisagées pour détecter à temps les goulots d'étranglement et d'apporter des interventions correctrices dont les revues semestrielles avec les partenaires et les 22 RPR, les revues semestrielles avec les RPR et les RPD de chaque Région, les revues annuelles avec toutes les parties prenantes, les revues à mi-parcours et finale du programme.
- Renforcement de la capacité de gestion à tous les niveaux : La capacité des Responsables Paludisme Régionaux (RPR) et les Responsables Paludisme Districts (RPD) en matière de la Gestion de l'Approvisionnement et des Stock (GAS), en Entomologie, en Epidémiologie et en Suivi Evaluation. Un plan de formation sera ainsi élaboré. Ce développement de capacité sera réalisé durant la première année de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique.
- Décentralisation des activités du programme conditionnée par :
 - La disponibilité des ressources humaines, financières et logistiques au niveau des services déconcentrés (région et district) pour qu'ils puissent assumer leurs responsabilités, de même au niveau des Centres de Santé de Base (CSB) et au niveau des Sites Communautaires.
 - Les ressources humaines au niveau des CSB, en priorisant les zones enclavées, doivent inclure 1 chef CSB, 1 responsable CPN et 1 responsable de PHAGECOM. La situation actuelle au niveau du MSANP montre que 1 148 CSB sur 2 653, soit 34 % des CSB, sont tenus par un seul agent de santé. Ce manque de personnel entrave la réalisation des paquets d'activités y compris la lutte contre le paludisme. Un plaidoyer sera donc mené par le MSANP auprès du Ministère des Finances et du Budget. Les agents de santé recrutés et travaillant au niveau des CSB tenus par un seul agent de santé s'engagerait d'une manière quadriennale suivant les directives du Ministère de la Santé Publique et avec un plan de carrière bien précis.
 - La couverture des sites communautaires fonctionnels : pour avoir une couverture nationale de prévention et de prise en charge précoce du paludisme des enfants moins de 5 ans au niveau communautaire, les 16 346 sites communautaires, en plus des sites appuyés par l'USAID, doivent être fonctionnels. Ceci nécessite la dotation de lot de démarrage et des outils de gestion, ainsi que la mise à disponibilité continue des intrants au niveau des sites communautaires.
 - Renforcement de l'intégration des activités communautaires : supervision des AC, intégration des données communautaires dans le SNIS et quantification des besoins en intrants par les CSB.

□ Résultats stratégiques 1

Résultat Stratégique 1 - RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

1.1	Le PSN 2018-2022 est disponible chez tous les acteurs de la lutte (Ministère, autres directions, partenaires) et à tous les niveaux avant Décembre 2018
1.2	Un Audit institutionnel et organisationnel réalisé avant Décembre 2018
1.3	Les recommandations de l'audit seront mise en œuvre avant fin 2019
1.4	Le plan d'investissement du PSN est disponible avant Juin 2018
1.5	Le manuel des normes et procédures à jour est disponible chez tous les acteurs de la lutte (Ministère, autres directions, partenaires) et à tous les niveaux avant fin Décembre 2018
1.6	Le laboratoire national est réorganisé en deux services (Parasitologie et Entomologie) avant juin 2018
1.7	Les 22 RPR sont formés en GAS, en entomologie et en épidémiologie en Juin 2018
1.8	Les 113 RPD sont formés en GAS, en entomologie et en épidémiologie avant Septembre 2018
1.9	Deux agents du laboratoire d'entomologie (1 entomologiste et/ou 1 technicien entomologiste) participent au trimestre 2 des années 2019 et 2020 à des échanges d'expériences avec un pays endémique du paludisme en matière de surveillance entomologique
1.10	Quatre entomologistes participent annuellement à une réunion scientifique internationale en T4 de chaque année
1.11	Deux techniciens entomologistes sont formés sur les études moléculaires et métaboliques des mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides
1.12	Un entomologiste et un gestionnaire de données ont participé à un stage d'imprégnation sur l'évaluation des impacts du plan national de gestion de la résistance
1.13	Les 5 équipes d'entomologie (5 entomologiste + 10 techniciens d'entomologie) et 3 agents d'insectarium sont formés pour le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides, l'analyse des mécanismes et le contrôle de l'efficacité des interventions anti-vectorielles (MID, CAID)
1.14	Un responsable qualité du laboratoire d'entomologie est recrutée
1.15	Un responsable de la gestion des données est recruté pour la gestion et l'analyse des données entomologiques
1.16	Les infrastructures du laboratoire d'entomologie de la DLP sont réhabilitées le premier semestre de l'année 2019
1.17	Les matériels du laboratoire et les matériels de terrain des 5 équipes d'entomologie sont entretenus une fois par an
1.18	Présence permanente d'un point focal paludisme dans les 22 régions et les 113 districts
1.19	Deux revues semestrielles sont tenues tous les ans avec les partenaires et les 22 régions
1.20	Deux revues semestrielles sont tenues tous les ans avec les 22 RPR et les 113 RPD
	Une Revue par an est tenue avec les PTF et les autres directions du MSANP

AXE STRATEGIQUE 2

AMELIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK

3.7.2 Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock

DOMAINE DE PRESTATION 2

GESTION APPROVISIONNEMENT ET STOCK (GAS)

Disponibilité permanente en médicaments et en produits de lutte contre le paludisme pour au moins 90% des structures sanitaires.

▫ Enjeux	▫ Orientations
Quantification et émission des commandes à tous les niveaux en respectant les normes et le délai.	Renforcement de capacité en gestion d'intrants à tous les niveaux.
Acheminement et livraison des intrants jusqu'au niveau communautaire.	

▫ **Interventions prioritaires**

- Quantification des intrants :
 - Maintenir une quantification et une revue pour mise à jour par an,
 - Sensibiliser les AC, CSB, SDSP à envoyer à temps les rapports, les commandes par trimestre pour les SDSP accessibles, par semestre pour les SDSP enclavés, tous les deux mois pour les CSB en respectant le calendrier d'approvisionnement.
- Acquisition des intrants au niveau national :
 - Etablir les spécifications techniques et orienter le choix sur des fournisseurs pouvant répondre aux besoins du pays au niveau quantité, qualité, délai de livraison, documentation administrative,
 - Prévoir le délai imparti pour les procédures administratives,
 - Procéder à l'acquisition des intrants par le Programme pour les produits antipaludique et par la centrale d'achat pour les produits FANOME.
- Planification et régularité de l'acheminement et de la livraison des intrants.
- Stockage :
 - Au niveau SDSP, stocker les intrants à la Pha-G-Dis pour être gérés par le prestataire,
 - Au niveau CSB, stocker les intrants à la Pha-Ge-Com pour être gérés par le comité de gestion communautaire,
 - Assurer le suivi des normes de stockage,
 - Mettre à jour les fiches de stock.

- Distribution :
 - Du niveau central à la Pha-G-Dis : pour une meilleure distribution, les commandes doivent être parvenues à la DLP au préalable afin de pouvoir respecter le planning cyclique de SALAMA,
 - De la Pha-G-Dis à la Pha-Ge-Com : les CSB récupèrent les intrants à la Pha-G-Dis moyennant un frais d'acheminement de ces intrants,
 - De la Pha-Ge-Com aux AC : les AC récupèrent les intrants au CSB moyennant un frais d'acheminement de ces intrants.
- Suivi des Commandes et de la consommation :
 - Supervision formative :
 - Norme de stockage,
 - Respect du Min /Max suivant le niveau,
 - Rappel sur le respect du planning cyclique de SALAMA,
 - Intégration de la gestion des intrants,
 - Gestion de stock,
 - Seuil d'alerte.
 - Au niveau SDSP, suivi des PVRD.

□ Résultats stratégiques 2

Résultats Stratégiques 2 - AMELIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK

2.1	Une quantification et une revue de mise à jour réalisées annuellement
2.2	Commandes trimestrielles des SDSP accessibles et commandes semestrielles des SDSP enclavés reçues délais
2.3	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés à SALAMA pour le niveau central
2.4	Tous les SDSP ont reçu leurs intrants conformément à leur commande 15 jours après l'envoi par la centrale d'achat
2.5	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés au niveau des Pha-G-Dis pour le niveau district
2.6	Tous les CSB ont reçu leurs intrants conformément à leur commande 15 jours après l'envoi
2.7	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés au niveau des Pha-Ge-Com pour le niveau CSB
2.8	Tous les intrants commandés par les AC sont acheminés jusqu'au niveau des sites communautaires
2.9	Les besoins quantifiés pour les zones d'accès difficile périodiques (période de pluies) sont livrés durant la période d'accessibilité

AXE STRATEGIQUE 3

CONSOLIDATION DU CADRE DE PREVENTION (GIV, MID, CAID, TPI)

3.7.3 Consolidation du cadre de prévention (GIV, MID, CAID, TPI)

DOMAINE DE PRESTATION 3

GESTION INTEGREE DES VECTEURS (GIV)

Protéger au moins 90% de la population avec la CAID et les MID à travers une approche de mise en œuvre et de gestion intégrée des vecteurs

▫ Enjeux	▫ Orientations
Prise en compte du processus et du plan GIV pour assurer la mise en œuvre et la gestion intégrée des vecteurs.	Stratégie basée sur la gestion intégrée des vecteurs : CAID, MID, gestion des gîtes larvaires, aménagement environnemental, protection individuelle et lutte biologique. Implication des acteurs et niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ **Interventions prioritaires**

Le pays s'est engagé à mener une lutte intégrée des vecteurs incluant ceux du paludisme depuis 2016. Un comité composé du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de l'environnement, du Ministère de l'Agriculture, du Ministère de la Population, Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la Décentralisation sera érigé au niveau national.

La mise en œuvre de la GIV implique plusieurs secteurs. Cette stratégie nécessite une collaboration multisectorielle forte. Ainsi, un plaidoyer auprès de tous les acteurs est l'une des activités de base pour la lutte intégrée des vecteurs. Dans le cadre du PSN 2013-2017, les activités liées au GIV menées par le programme se sont concentrées uniquement sur la CAID et le MID. Cet axe stratégique concerne le renforcement du GIV, la protection des populations à travers la CAID dans les zones à haut risque, les zones de pré-élimination et les localités présentant des épidémies (CAID de riposte).

Une élaboration d'un plan de gestion intégrée des vecteurs permettant d'identifier les besoins, les moyens et les possibilités existantes pour la lutte anti vectorielle est prévu en 2018. Ce plan inclura les stratégies et les plans nationaux de gestion intégrée des vecteurs pour toutes les maladies à transmission vectorielle.

Afin de renforcer la lutte anti vectorielle, une formation en Gestion Intégrée des Vecteurs sera réalisée à l'endroit des techniciens de District, des chefs CSB, des AC, des représentants des autres secteurs locaux pour mettre en place un mécanisme intersectoriel opérationnel pour la collaboration et la coordination multisectorielle. Il existe différents types de lutte intégrée adaptée aux zones de stratifications.

- **Gestion de l'environnement** : réduction des gîtes larvaires (assainissement environnemental, lutte anti larvaire), adaptation de l'habitat des vecteurs (sensibilisation pour la fermeture de toiture des maisons...). Elle est effectuée dans les zones de contrôle à titre pilote au niveau des districts où les gîtes larvaires sont peu nombreux, fixes, faciles à contrôler et repérables.
- **Lutte mécanique** : poser un écran anti moustique aux fenêtres et aux portes. Elle est réalisée dans les zones de pré élimination.
- **Lutte biologique** : introduction du poisson larvicide et autres prédateurs. Cette lutte n'est réalisable que dans les gîtes larvaires bien déterminés et faciles à contrôler.
- **Protection individuelle** : utilisation des produits répulsifs. Elle dépend des données anthropologiques et entomologiques. Mais en général, elle s'effectue dans les zones très vulnérables et vulnérables.
- **Lutte chimique** : CAID, MID.

Pendant la mise en œuvre des stratégies de lutte, une supervision des activités de l'équipe centrale tous les 6 mois sera planifiée afin de mesurer l'impact de la lutte intégrée de même qu'une réunion d'évaluation annuelle de tous les acteurs de la GIV.

□ Résultats stratégiques 3

Résultats Stratégiques 3 - GESTION INTEGREE DES VECTEURS

3.1	Plan de lutte anti vectorielle élaboré et distribué à tous les PTF avant Décembre 2018
3.2	Plan de gestion intégrée des vecteurs élaboré et distribué à tous les PTF avant Décembre 2018
3.3	Les impacts des interventions de lutte sur les populations vectrices sont connus pendant les 4 années qui suivent la première année d'interventions
3.4	Les informations sur la gestion de la résistance aux insecticides sont publiées chaque année
3.5	Planification en GIV effectuée tous les ans avant le troisième mois de l'année
3.6	Les résultats d'une étude d'identification des gîtes larvaires sont disponibles avant 2019
3.7	Les huit acteurs du SLAV, SCOM et le Laboratoire d'entomologie ont reçu une formation en GIV avant Avril 2018
3.8	Les responsables du Districts (Chef CSB, AC, autres secteurs) ont reçu une formation en GIV avant Juin 2018
3.9	Une réunion d'évaluation en GIV des autres secteurs effectués tous les ans à partir de l'année 2019
3.10	Une réunion d'évaluation en GIV des AC effectuée tous les ans à partir de l'année 2019
3.11	Les 120 agents communautaires des 2 districts sont formés en gestion des gîtes à larves d'anophèles (deux formations soit une formation par district)
3.12	La sensibilité des larves de vecteurs aux insecticides est suivie annuellement dans 5 districts d'élimination, à Nosy Be et à Sainte Marie
3.13	Une réunion annuelle de coordination entre le Service de Lutte anti vectorielle, le Laboratoire d'entomologie de la DLP et les partenaires impliqués dans la stratégie MID est organisée avant Décembre 2018

DOMAINE DE PRESTATION 4

MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE (MID)

Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblées par les MID

▫ Enjeux	▫ Orientations
Couverture universelle en MID afin de protéger les populations ciblées à travers divers canaux de distribution.	Approches basées sur la stratification et la classification des districts en considérant les données épidémiologiques actuelles. Implication des acteurs et des niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ Interventions prioritaires

Afin de promouvoir l'utilisation des MID au niveau des populations dans les zones ciblées, le pays a priorisé la distribution de MID comme principal moyen de prévention du paludisme dans les zones à forte endémicité et a opté pour la mise à l'échelle de la distribution de MID depuis 2007. Une première grande campagne universelle de MID a eu lieu en 2009. Pour atteindre toute la population, cette approche a impliqué plusieurs secteurs dont les partenaires, les services décentralisés, les représentants de la communauté et les agents communautaires.

Cet axe stratégique consistera alors à la mise en œuvre des différents canaux de distribution de MID à savoir la campagne de distribution universelle, la distribution de routine pour les femmes enceintes et enfants moins de 1 an, la distribution continue à base communautaire et le marketing social. Les MID seront aussi distribués lors des urgences et les catastrophes.

En 2018, une campagne de distribution universelle de MID sera réalisée dans les 106 districts en phase de contrôle. Pour assurer le niveau de couverture et d'efficacité, une distribution continue sera effectuée dans les zones à haut niveau d'endémicité pendant les quatre années à venir.

Pour assurer la bonne couverture des interventions liées au MID durant la campagne universelle, de nouvelles approches et recadrage seront prévus : renforcement des approches multisectorielles, la décentralisation de la gestion et de la coordination, le renforcement du système de santé dans la mise en œuvre de la campagne afin d'en assurer la pérennité.

Des efforts seront aussi entrepris pour améliorer les méthodes de suivi et collecte de données, ainsi que le suivi de la Campagne pour toutes les phases, dans la gestion du fonds concernant le paiement des activités communautaires, l'utilisation des cartes MID pour le suivi de l'effectivité de la présence de MID au niveau de chaque ménage. Des études anthropologiques seront également menées pour analyser les obstacles liés aux us et coutumes afin d'identifier les actions efficaces pour l'amélioration de l'utilisation des MID. Des études sur la durabilité des MID et l'efficacité des insecticides seront aussi menées.

Selon les approches par strates adoptés pour le nouveau plan stratégique, les zones ciblées par la Campagne passeront de 106 districts en 2018 à 91 districts en 2021 en fonction de la diminution attendue de l'incidence.

Tableau 5 : Nombre de district ciblés par les distributions de MID par année

Mode distribution	2018	2019	2020	2021	2022
Campagne	106			97	
Routine	106	106	91	87	81
Continue	39	39	39	39	39
Marketing Social	Zones urbaines au niveau de 21 Régions				

□ **Résultats stratégiques 4**

Résultats Stratégiques 4 - UTILISATION EFFICIENTE DES MID PAR LES POPULATIONS CIBLES

4.1	Quantification des MID effectuée avant fin 2017
4.2	Acquisition et disponibilité des MID au niveau du pays au moins trois mois avant le début des distributions
4.3	Le contrôle de la qualité des nouvelles MID arrivées au pays est effectué systématiquement (à chaque arrivée pour 4 vagues)
4.4	Tous les ménages bénéficiaires sont identifiés en vulgarisant la Carte MID (avant Février 2018)
4.5	Un plaidoyer sur la Campagne MID, avant Février 2018, est réalisé au niveau des 22 régions
4.6	22 Comités Régionaux ainsi que les techniciens nationaux sont formés sur la MID, avant Fin Février 2018
4.7	106 Comités de District formés sur les MID au moins trois mois avant le début de la campagne
4.8	Un Comité par Commune est formé sur les MID au moins trois mois avant le début de la campagne
4.9	Les MID sont disponibles au niveau du magasin au niveau des sites de distribution
4.10	Les agents responsables du suivi de tous les processus sont recrutés et opérationnels au niveau des 106 districts
4.11	Analyse disponible sur des modalités, us et coutumes, caractère des ménages face à l'utilisation des MID, 1 an après la campagne
4.12	Atelier d'évaluation finale de la Campagne MID et dissémination nationale des résultats six mois après la Campagne
4.13	Acheminement par les SDSP vers les CSB selon quantification pré établie
4.14	Une campagne est réalisée sur les 106 districts en phase de contrôle en novembre 2018.
4.15	Suivi de l'effectivité de la distribution par tous les niveaux réalisés.
4.16	Réunion à tous les niveaux pour la réalisation du rapportage de l'activité
4.17	Les MID pour la distribution continue sont acquis selon la quantification du pays.
4.18	Plaidoyers au niveau des différentes collectivités décentralisées effectués pour la réalisation de la distribution continue de 2019, 2020, 2021 et 2022
4.19	Les MID sont disponibles au niveau des Districts et stockés au niveau des magasins adéquats
4.20	MID positionnés au niveau des communautés
4.21	Les agents communautaires sont dotés en kits de distribution.
4.22	Revue trimestrielle effectuée après trois mois de la mise en œuvre.
4.23	Atelier de dissémination des résultats effectué pour chaque fin d'année de distribution.
4.24	L'efficacité des 5% des MID utilisées dans 2 districts de chaque strate à MID ou 2 sites par strates (= 8 sites) est évaluée semestriellement

DOMAINE DE PRESTATION 5

ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE (AID)

Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblées par l'AID

▫ Enjeux	▫ Orientations
Réduction rapide de la transmission en augmentant les zones ciblées par l'AID.	Approches basées sur la stratification et la classification des districts en considérant les données épidémiologiques actuelles. Implication des acteurs et des niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ **Interventions prioritaires**

Depuis 2013, le pays a mis en œuvre la campagne d'aspersion intra-domiciliaire de manière généralisée au niveau des hautes terres centrales. L'approche a été changée en CAID focalisé à partir de 2015 ciblant surtout les localités où la transmission reste élevée. La non disponibilité à temps des financements en 2014 et 2015 n'a pas permis de mener une campagne dans les districts ciblés.

Pour les prochaines années de mise en œuvre, la CAID généralisée d'élimination sera effectuée au niveau de tous les districts qui passent en phase de pré-élimination pendant deux ans, afin de consolider les résultats obtenus.

A titre de démonstration, des CAID de réduction de transmission seront mis en œuvre dans quatre districts du Sud-Est et deux districts du Sud-ouest.

Au niveau des districts identifiés pour la CAID, une rotation triennale des insecticides sera effectuée pour la gestion de la résistance.

La CAID de riposte sera réalisée suivant les déclarations du service de Surveillance Epidémiologique.

□ **Résultats stratégiques 5**

Résultats Stratégiques 5 - UTILISATION EFFICIENTE DE LA CAID AU NIVEAU DES ZONES CIBLEES

5.1	Deux plaidoyers multisectoriels sont effectués au niveau national avant la mise en œuvre des activités en 2018
5.2	Un Plaidoyer annuel est effectué au niveau des Districts à partir du 1 ^{er} semestre de l'année 2018
5.3	Une CAID généralisée d'élimination est effectuée au niveau des districts en pré élimination à partir de l'année 2019
5.4	Une CAID de riposte est réalisée dans les zones déclarantes des recrudescence ou épidémie
5.5	Deux supervisions semestrielles de l'AID sont effectuées par an
5.6	La rémanence des insecticides de l'AID est déterminée dans au moins trois districts en pré-élimination
5.7	Le plan de gestion de résistance aux insecticides est correctement mis en œuvre

DOMAINE DE PRESTATION 6

TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)

Protéger au moins 90 % des femmes enceintes par le TPI conformément aux directives nationales

▫ Enjeux	▫ Orientations
Amélioration de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes par l'augmentation de la couverture en TPI au niveau de tous les établissements de santé y compris le niveau communautaire.	Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte dans tous les établissements de santé. Introduction de la délivrance du TPI au niveau communautaire à partir du TPI2 dans les zones à incidence haute et modérée.

▫ **Interventions prioritaires**

Des nouvelles recommandations de l'OMS ont été émises stipulant que le TPI doit être administré à partir de la 13^{ème} semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement dans les zones ciblées.

Madagascar a adopté cette stratégie qui consiste à donner au moins 3 doses de 3 comprimés de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) espacées de 1 mois à partir de 13 semaines de grossesse jusqu'à l'accouchement. Suivant les nouvelles stratifications du nouveau PSN, **le TPI sera administré chez les femmes enceintes vivant dans les districts en phase de contrôle qui sont au nombre de 106 en 2018.**

Le TPI est en effet le moyen de réduire l'anémie maternelle chez la femme enceinte, de réduire d'environ 21% le risque de faible poids à la naissance et de 61 % la mortalité néonatale. L'accent sera mis sur l'appropriation et l'engagement de tous les prestataires publics et privés pour l'application des nouvelles directives.

Les compétences de tous les prestataires que ce soient hospitaliers, publics ou privés sont renforcées par des formations et des suivis périodiques en collaboration avec le programme de santé maternelle et reproductive. Le dispositif CPN sera mis à contribution pour le suivi de cette stratégie. En fonction des résultats du projet de démonstration, les offres de services préventifs vont faire l'objet d'une extension de la délivrance de TPI au niveau communautaire.

La coordination entre les professionnels de la santé et les agents communautaires chargés de cette activité sera renforcée.

□ **Résultats stratégiques 6**

Résultats Stratégiques 6 - UTILISATION EFFICIENTE DU TPI AU NIVEAU DES ZONES CIBLEES

6.1	Normes et procédures de TPI à jour disponible au niveau central avant Mars 2018
6.2	Normes et procédures disponibles auprès des formations sanitaires publiques avant juin 2018
6.3	Normes et procédures disponibles auprès de 686 formations sanitaires privées avant juin 2018
6.4	Les 1250 prestataires de secteur privé formé sur les nouvelles directives PPG/TPI avant Juin 2019
6.5	Deux cents agents de santé du secteur public nouvellement recrutés formés sur les directives PPG/TPI tous les deux ans
6.6	Les outils de travail et de gestion des AC sont disponibles au niveau central avant Février 2019
6.7	Tous les AC des trois districts de démonstration du TPI communautaire sont formés sur la délivrance du TPI avant Mars 2018

AXE STRATEGIQUE 4

RENFORCEMENT DU CADRE DE PRISE EN CHARGE

3.7.4 Renforcement du cadre de prise en charge

DOMAINE DE PRESTATION 7

PRISE EN CHARGE

Prendre en charge correctement 100% des cas de paludisme diagnostiqués

Enjeux	Orientations
Prise en charge correcte conformément à la politique nationale de tous les cas de paludisme au niveau de tous les établissements de santé y compris le niveau communautaire et le privé.	Amélioration des compétences des prestataires. Extension de la prise en charge au niveau communautaire de 6 à 15 ans dans les zones à incidence haute et modérée. Mise à disponibilité continue des intrants

Interventions prioritaires

Un ancrage solide de la prise en charge sera une priorité suivant les nouvelles stratifications. L'accent sera mis sur le renforcement de l'assurance performance et qualité des soins conformément aux normes et procédures de la prise en charge qui est basée sur les 3T de l'OMS (Test-Treat-Track) et sur le renforcement de capacité de tous les prestataires des établissements sanitaires publics et privés. Les prestataires seront appelés à appliquer les protocoles de diagnostic et de traitement du paludisme. La prise en charge précoce et correcte sera renforcée à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

Le diagnostic biologique est OBLIGATOIRE devant tout cas suspect de paludisme. Une confirmation par un RDT sera effectuée avant tout traitement dans les Centres de Santé et les sites communautaires, et le couplage RDT ou Goutte Epaisse (GE)/frottis mince (FM) dans les Centres Hospitaliers et dans quelques CSB2 ayant un microscope.

Le traitement des cas de paludisme simple à *Plasmodium falciparum* est la combinaison Artésunate-Amodiaquine ou Artéméther-Luméfantrine.

Dans les zones en pré-élimination une dose unique de Primaquine sera ajoutée à l'ACT. La Primaquine est contre-indiquée chez les femmes enceintes et les enfants de moins de six mois.

Chez la femme enceinte la prise en charge est faite avec la quinine sous forme comprimé pendant le premier trimestre de la grossesse. L'ACT est recommandé à partir du deuxième trimestre de la grossesse.

Un accès palustre chez un malade infecté par le VIH et sous *zidovudine* ou *efavirenz* est traité avec l'Artéméter-Luméfantrine.

Au niveau des hôpitaux, l'Artésunate Injectable sera utilisé pour la prise en charge des cas graves et à défaut la quinine en perfusion sera employée.

Au niveau des CSB, l'Artésunate Injectable sera mis en place pour le traitement pré-référentiel, De même qu'au niveau communautaire où l'Artésunate suppositoire sera mis à la disposition des AC.

Les infections à *P. vivax* seront traitées par ACT. Afin de prévenir les rechutes, la Primaquine sera ajoutée au traitement ; le dosage et la fréquence d'administration devront être ajustés en fonction de l'activité enzymatique de la glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD).

La Primaquine est contre indiquée chez les femmes enceintes, chez les femmes allaitantes d'un enfant de moins de 6 mois, et chez les enfants de moins de 6 mois. Pour cela, le statut de chaque patient vis-à-vis de G6PD doit être confirmé par un *POC G6PD* avant toute administration de traitement. Pour les personnes présentant de la déficience en G6PD il est recommandé une dose de 0,75mg/kg une fois par semaine pendant 8 semaines.

L'association Atovaquone-Proguanil (*Malarone*®) est proposée comme prophylaxie pour les voyageurs non immuns. Ceci doit commencer au moins 24 h avant de pénétrer dans la zone impaludée, durant tout le séjour et pendant les sept jours qui suivent le départ de la zone de transmission.

Les RMA des hôpitaux seront mis à jour afin d'améliorer la cartographie des espèces plasmodiales et le rapportage des données sera renforcé. Il en est de même pour le système d'approvisionnement des hôpitaux en kit diagnostic microscopique qui sera amélioré.

Des lames standardisées suivant les directives de l'OMS seront mises en place pour servir de support de formation des techniciens de laboratoire (création d'une banque de lames). Des séries de formations et supervisions à différents niveaux seront effectuées du fait du nombre insuffisant des formateurs nationaux accrédités.

Le défi du laboratoire de parasitologie est de devenir un laboratoire de référence sur le paludisme au niveau national. Un renforcement du système de management qualité à tous les départements sera alors effectué progressivement par l'équipe du laboratoire central, et un nouveau système de contrôle qualité des lames sur le terrain sera mis en place avec l'appui des experts qualifiés OMS.

Les compétences des prestataires seront renforcées sur la conduite à tenir et les directives à respecter surtout dans les zones de pré-élimination avec l'introduction de la dose unique de Primaquine lors du traitement.

Les offres de services curatifs communautaires qui concernent les enfants de moins de cinq ans feront l'objet d'une extension **à la tranche d'âge de 6 à 15 ans** dans les zones enclavées.

La mise en œuvre effective de la prise en charge communautaire par l'approche PCIMEc au niveau national sera donc renforcée par des suivis périodiques des activités des agents communautaires par leur CSB de rattachement, et par la mise à disponibilité permanente effective des intrants antipaludiques.

La sécurité pharmacologique constitue une des conditions de réussite du traitement dans la lutte contre les maladies y compris la lutte contre le paludisme. La Pharmacovigilance sera ainsi renforcée avec une remise à niveau des points focaux régionaux.

La pérennisation de la surveillance de l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques sera un objectif à atteindre à travers la mise en place de sites communs pour la surveillance épidémiologique, entomologique et parasitologique.

□ **Résultats stratégiques 7**

Résultats Stratégiques 7 - RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE A TOUS LES NIVEAUX

7.1	Les documents de formation sur la prise en charge du paludisme chez les enfants de plus de cinq ans dans les zones enclavées sont disponibles avant Juin 2018
7.2	Le Kit de formation de diagnostic est mis à jour avant Juin 2018 incluant le volet biologie moléculaire selon les directives de l'OMS
7.3	Les RMA mis à jour sont disponibles au niveau de tous les centres hospitaliers avant Juin 2018
7.4	Les 12 techniciens de laboratoire régionaux et centraux sont accrédités tous les trois ans selon le cursus de l'OMS à partir de 2018.
7.5	Les 22 responsables de laboratoire régionaux (RLPR) sont formés par des formateurs nationaux accrédités selon le cursus OMS, en 2018 pour identifier et augmenter le pool de formateurs
7.6	Les 199 techniciens de laboratoire des centres hospitaliers publics et privés sont formés /remis à niveau par les responsables régionaux qualifiés ou à défaut les experts centraux qualifiés, tous les 2 ans à partir de 2018.
7.7	Les 1935 personnels de garde au niveau des 129 Centre Hospitaliers Publics sont formés/remis à niveau en cascade, annuellement, sur la confection des lames à partir 2018
7.8	Les 900 Agents de santé au niveau des CSB des districts en phase de pré-élimination et des 2 petites îles sont formées sur la confection, la coloration des lames et sur la confection des confettis annuellement, par les techniciens de laboratoires des CH pour compléter les données sur la surveillance parasitologique infra-microscopique, jusqu'en 2022
7.9	Les 30 000 frottis standardisés (banque de lames) selon les directives de l'OMS sont disponibles à partir de 2018
7.10	Dix pour cent des lames lues au niveau district sont contrôlées sur terrain semestriellement
7.11	Les 5 services par CH (645 services) effectuant la confection des lames pendant la garde sont supervisés en OTSS annuellement par les techniciens de laboratoire des CH, à partir de 2018
7.12	Les AS des districts en phase de pré-élimination et les 2 petites îles sont supervisés après la formation en OTSS par les techniciens de laboratoire des CH
7.13	Les 1250 Prestataires du secteur privés sont formés sur la PEC et le TPI avant Décembre 2018
7.14	Deux cents agents de santé nouvellement recrutés sont formés sur la PEC et le TPI tous les 2 ans
7.15	Deux cent cinquante prestataires des CH sont formés sur la PEC du paludisme grave avant Décembre 2018
7.16	Tous les agents de santé sont formés sur l'utilisation de la Primaquine dans les zones en pré élimination avant Décembre 2018
7.17	Le contrôle qualité des lots de RDT (le premier test à l'arrivée des RDT au pays et le deuxième test sera effectué 6 mois avant la date de péremption) sont effectués à partir de 2018
7.18	La notification sur les effets indésirables disponible au niveau central sera effectuée au plus tard dans les sept jours suivant leur apparition.
7.19	Les 26 sites <i>in vitro</i> communs pour la surveillance épidémiologique, entomologique et parasitologique pour la DLP, seront mise en place à partir de 2018
7.20	Les dix confettis par mois et par site sont collectés au niveau des 26 sites de surveillance moléculaire

AXE STRATEGIQUE 5

AMELIORATION DES SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS CLES

3.7.5 Amélioration des services offerts aux populations clés

DOMAINE DE PRESTATION 8

SERVICES SPECIFIQUES DES POPULATIONS CLES

Rendre accessible les services de lutte contre le paludisme à au moins 80% des populations clés recensées

1. Enjeux	2. Orientations
Etendre l'ensemble des services de lutte contre le paludisme à toutes les populations clés recensées.	Cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone des résidences, nombre, barrières à l'accès aux services). Identification d'interventions pertinentes et définition des modalités d'offre de services aux populations clés.

3. Interventions prioritaires

En plus de la politique de gratuité de l'Etat envers les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans pour tous les intrants de lutte contre le paludisme, une analyse approfondie des populations clés a été effectuée permettant d'identifier plusieurs groupes de populations clés que sont : les travailleurs saisonniers, les minorités autochtones (Mikéas), les sans-abris, les populations carcérales, les populations indigentes, les groupements spéciaux constitués des populations vivant dans les orphelinats ou les hôpitaux, les populations ayant un faible accès aux services de santé et les populations vivants dans les zones minières.

L'ensemble de ces populations ont un accès limité aux services offerts par le programme du fait de plusieurs obstacles qui ont été identifiés. Il s'agit notamment d'obstacles financiers, géographiques, socio-culturels, d'obstacles liés au faible niveau d'offre des services ou à la mobilité permanente de certains groupes de population.

Ces obstacles ont été analysés et des approches spécifiques vont être développées. (cf Annexe 3).

C'est ainsi qu'il a été retenu entre autres de procéder à : (1) des distributions de moustiquaires périodiques au niveau des groupes de migrants, des orphelinats, des hôpitaux avec l'appui des ONGs travaillant avec ces groupes et les responsables des structures hospitalières, (2) de renforcer les capacités des points focaux des associations de prise en charge des enfants de la rue en prise en charge du paludisme et de les doter d'ACT et de TDR , (3) de renforcer la capacité des infirmiers des maisons carcérales en prise en charge du paludisme et de les doter en ACT et de TDR , (4) d'impliquer des pairs

comme points focaux dans la communauté minoritaire (Mikéas) et de renforcer leur capacité en prise en charge du paludisme et de leur doter d'ACT et de TDR, (5), de procéder à la PID ciblée dans les maisons carcérales, les orphelinats et les hôpitaux.

Par ailleurs, il est prévu de mener une étude sur le paludisme au sein de ces populations en 2018.

▫ Résultats stratégiques 8

Résultats Stratégiques 8 - SERVICES SPECIFIQUES DES POPULATIONS CLES

8.1	La cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone de résidence, nombre, barrières à l'accès aux services) est disponible avant Mars 2018
8.2	L'évaluation des besoins de prévention et de prise en charge des populations clés est effectuée avant Mars 2018
8.3	Le Rapport d'étude sur le risque et la vulnérabilité des populations clés vis-à-vis du paludisme disponible avant Juin 2018
8.4	Les rapports d'activité de mise en œuvre des interventions spécifiques aux populations clés sont élaborés et partagés à tous les acteurs trimestriellement

AXE STRATEGIQUE 6

RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION

7.3.6 Renforcement du cadre de communication

DOMAINE DE PRESTATION 9

COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Faire adopter à au moins 80% de la population des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme

□ Enjeux	□ Orientations
L'atteinte des objectifs de prévention et de prise en charge à travers un changement de comportement favorable à la santé.	Renforcement de l'approche enfant-communauté (école). Elargir les cibles de la sensibilisation en intégrant les hommes, les beaux -parents, les jeunes et les enfants de 6 à 15 ans tout en considérant également les groupes de population clés.

□ **Interventions prioritaires**

La réussite des stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme repose surtout sur l'adoption de comportements favorables aux interventions de lutte par la population malagasy. Les stratégies de proximité s'avèrent plus efficaces pour atteindre les cibles.

Il s'agira d'identifier clairement les messages clés pour la lutte contre le paludisme afin d'élaborer et de diffuser des informations, d'éducation et de communication à travers les médias appropriés, y compris la radio et la télévision et sous forme d'affiches, de brochures, boîtes à image, stickers, spots, de jingles, supports pour les écoliers types dessins animés, bandes dessinées, de chansons, de films et de marionnette.

L'utilisation des marionnettes dans les transmissions des messages cadrent dans l'approche « divertir pour éduquer ». Seulement, sa couverture reste encore limitée. Ces supports adaptés par les cibles doivent être accompagnés par la Communication Interpersonnelle CIP sans occulter la communication de masse.

Les agents de santé et surtout les agents communautaires, ainsi que les autorités, les leaders traditionnels, les chefs religieux seront les acteurs clés de la mobilisation sociale. Ces entités mobilisatrices contribuent à la sensibilisation en utilisant les supports adaptés et disponibles selon les cibles.

La coordination des intervenants sera renforcée sous le leadership du MSANP.

Chaque année la célébration de la journée Mondiale de lutte contre le paludisme sera une opportunité pour « sensibilisation-mobilisation » de la communauté à grande échelle. Des journées de sensibilisation au niveau des régions, districts, communes victimes de forte incidence du paludisme sont des compléments de cette sensibilisation.

La sensibilisation avant les périodes de haute transmission sera renforcée. Les activités IEC/CCC optées seront similaires dans les zones de contrôle et de pré-élimination mais le contenu des messages doit être adapté au contexte et les us et coutumes locales. Les messages à transmettre doivent être toujours Massive-Répétitive-Intense-Persistante (MRIP).

Le suivi-évaluation des activités CCSC et la responsabilisation à tous les niveaux sont aussi des éléments importants à renforcer pour mieux cibler les interventions. L'amélioration de la coordination des intervenants sous le leadership du MSANP s'avère aussi capital avec la mise en place d'une armoire virtuelle pour tous les supports CCSC paludisme.

Pour la riposte aux épidémies, les actions de communication réalisées au niveau de la communauté seront effectuées à travers les actions de plaidoyers, de communication interpersonnelle et de la communication de masse en utilisant les différents canaux de communication.

Pour cela, il est nécessaire de mobiliser tous les acteurs clés de communication à tous les niveaux pour l'implication et surtout pour leur participation active aux activités de sensibilisation pré, per et post épidémie.

Il sera procédé à des enquêtes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques en rapport avec le paludisme et les interventions de lutte.

▫ Résultats stratégiques 9

Résultats Stratégiques 9 RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION ET DE MOBILISATION SOCIALE

9.1	Le Plan de communication 2018-2022 est élaboré et distribué à tous les PTF avant Juin 2018
9.2	L'Armoire virtuelle de tous les supports CCSC de lutte contre le paludisme est mise en place avant juin 2018
9.3	Les SMS sur le paludisme continuent à être diffusés à travers les usagers des opérateurs téléphoniques
9.4	Des spots spécifiques sont diffusés dans les radios locales au niveau des zones de pré élimination et au niveau des autres districts (36 diffusions par trimestre par districts) à partir du 3ème trimestre 2018
9.5	Des spots TV sont diffusés dans la station TV nationale (12 Diffusions par trimestre) à partir du 3ème trimestre 2018
9.6	Les émissions radio " Feon'ny Fahasalamana" (thème Paludisme) sont diffusées dans la station radio nationale (trois émissions par trimestre) à partir du 3ème trimestre 2018
9.7	Les messages du théâtre radiophonique "Tia Miaina" sont diffusés à partir de juin 2018 (18 Diffusions par trimestre)
9.8	Le curriculum CCC / dialogue communautaire pour les AC est disponible avant fin juillet 2018
9.9	Une séance de formation des formateurs (20 formateurs par séance) sur l'approche enfant communauté et sur la technique CCC /dialogue communautaire est réalisée pour les districts en phase de contrôle à partir de 2019

9.10	Cinq marionnettistes par district en phase de contrôle sont formées sur le théâtre de marionnette et sur les messages clés de la lutte contre le paludisme
9.11	Tous les AC dans les districts en phase de contrôle sont formés en technique CCC /dialogue communautaire et en approche enfant communauté avant fin 2019

AXE STRATEGIQUE 7

AMELIORATION DU CADRE DE SURVEILLANCE

3.7.3 Amélioration du cadre de surveillance

DOMAINE DE PRESTATION 10 SURVEILLANCE ET RIPOSTE

Détection dans la semaine de 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce et contrôle de 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.

Dans les zones de pré-élimination, renforcement du système de surveillance pour la cartographie des groupes de population à forte incidence et des sources d'infection.

Dans les zones d'élimination, mise en place d'un système performant d'investigation des cas confirmés.

▫ Enjeux	▫ Orientations
Renforcement du système de surveillance épidémiologique du paludisme, de la préparation et de la riposte aux épidémies au niveau national.	Disponibilité d'une base de données de qualité sur le paludisme. Renforcement de la capacité de réponse aux épidémies.

▫ **Interventions prioritaires**

- Prédiction et détection des épidémies :

A Madagascar, la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique dont le paludisme relève du Ministère de la Santé Publique. Le système de surveillance mis en place est composé d'outils, de procédures, du personnel et des structures produisant les informations sur le paludisme.

Par rapport à l'objectif du PSN 2018-2022, le système de surveillance épidémiologique sera renforcé pour pouvoir détecter précocement les épidémies en vue d'une riposte immédiate et à temps, mais aussi pour la cartographie des groupes de population à forte incidence et la mise en place d'un système performant d'investigation des cas confirmés.

Cet axe stratégique consistera donc au renforcement de la mise en place du système d'information unique à travers le DHIS 2. C'est ainsi que le pays envisage de mettre en place une base de données sanitaire unique. La DLP continuera à rendre effective la mise en place de ce système intégré.

Afin qu'on puisse améliorer la promptitude et la disponibilité des données de surveillance, la mise à l'échelle de la surveillance électronique intégrée (SEI) utilisant les nouvelles technologies au niveau de tous les districts sanitaires sera priorisée. Aussi, le système de surveillance communautaire sera particulièrement renforcé sur la base de l'expérience des ONG à travers la SEI.

Madagascar devra alors tenir compte des directives de l'OMS en matière de qualité de données et ainsi entretenir des échanges avec la communauté internationale. Ainsi, le système du contrôle de la qualité des informations produites sera renforcé à tous les niveaux du système de santé.

Dans les zones à basse transmission, la surveillance concernera les groupes de population subissant la plus forte incidence du paludisme et constituant des sources probables d'infection. Un traitement ciblé sera alors réalisé en cas de besoin.

Par contre, dans les zones en phase d'élimination, la surveillance reposera sur l'identification des cas qui feront l'objet d'investigations notamment épidémiologique, parasitologiques et entomologiques. Des équipes d'investigation seront constituées et formées sur ces différents domaines au niveau des régions et districts.

Un plan de surveillance, d'investigation et de riposte sera ainsi élaboré afin de permettre aux différents acteurs de s'approprier des stratégies.

L'implication des secteurs privés doit être effective par le développement d'un cadre de collaboration et un renforcement de capacité.

Des centres d'excellence de surveillance épidémiologique, parasitologique et entomologique seront mis en place au niveau de certains districts choisis comme sites sentinelles.

Une base de données d'investigation des cas et des foyers sera mise en place au niveau périphérique et central afin de guider la mise en œuvre du programme, servir de référence à l'avenir et constituer un corpus de preuves pour l'éventuelle certification du pays en tant qu'exempt de paludisme.

- Préparation et Riposte aux épidémies et aux recrudescences

Pour que la riposte soit efficace une bonne préparation est nécessaire afin de pouvoir contrôler à temps la situation et sauver plus de vies. Le plan de riposte sera mis à jour et dispatché pour aboutir à de nouvelles orientations menant à la prise de décisions adéquates, prompt et à la disponibilité d'un personnel performant.

La coordination entre les différents acteurs sera renforcée pour harmoniser la mise en œuvre des diverses activités sous la tutelle du Ministère de la Santé. Un plaidoyer en vue de redynamiser les comités de lutte du niveau central et périphérique sera conduit périodiquement et renforcer avant la période de transmission.

Dans le cadre de la préparation aux épidémies, le pré-positionnement des stocks épidémiques d'intrants de prise en charge au niveau national sera réalisé. Les insecticides et les matériels CAID ainsi que les MID d'urgence seront pré-positionnés dans les régions et les districts à risque de recrudescence.

Une distribution de MID d'urgence est effectuée en cas de catastrophe naturelle (incendie, cyclone...). Par contre, la CAID de riposte sera réalisée dans toutes les zones quels que soit leurs

statuts en cas d'épidémie ou de recrudescence. Ainsi, les responsables régionaux et des districts seront formés pour la mise en œuvre de la CAID et la distribution de MID de riposte.

Les compétences des responsables de districts et les chefs CSB en termes de surveillance et de riposte seront aussi renforcées.

La coordination entre les différents acteurs sera à renforcer continuellement pour harmoniser la mise en œuvre des diverses activités sous la tutelle du Ministère de la Santé afin d'assurer une meilleure efficacité.

□ Résultats stratégiques 10

Résultat Stratégique 10 - RENFORCEMENT DU CADRE DE SURVEILLANCE ET DE LA RIPOSTE

10.1	D'ici 2022, la surveillance électronique intégrée sera mise en place dans toutes les formations sanitaires du pays
10.2	La transmission à temps des données au niveau central par les formations sanitaires (CSB, CHRD, CHU, ES) est effectuée hebdomadairement pour les données de surveillance et mensuellement pour les données de routine
10.3	L'ensemble des données communautaires sont transmises à temps au même moment que les données des formations sanitaires
10.4	Les notes de rétro-informations sur la qualité de données sont envoyées mensuellement au niveau des 22 régions
10.5	Les responsables régionaux et des districts sont formés en surveillance, investigations et ripostes
10.6	Les stocks épidémiques ainsi que les intrants et matériels sont pré-positionnés dans les zones à risque de recrudescence ou d'épidémie avant la période de haute transmission
10.7	L'intégralité des alertes notifiées sont vérifiées dans la semaine de leur apparition
10.8	Toute la population des zones d'alerte est testée lors de l'investigation/riposte
10.9	L'ensemble des cas confirmés sont traités correctement selon le protocole national au cours de l'investigation
10.10	La totalité des épidémies détectées/situations d'urgences sont contrôlées respectivement dans le délai de deux semaines de leur survenue/détection

AXE STRATEGIQUE 8

AMELIORATION DU CADRE DE SUIVI EVALUATION

DOMAINE DE PRESTATION 11

3.7.8 SUIVI EVALUATION

Intégration de toutes les données du paludisme dans le DHIS2.

Maintenir à au moins 90% le taux de promptitude et de complétude des rapports de toutes les structures sanitaires.

▫ Enjeux	▫ Orientations
Renforcement du système de suivi et évaluation du Programme à tous les niveaux.	Mise en place du système DHIS2. Disponibilité d'une base de données de qualité sur le paludisme intégré au DHIS2.

▫ Interventions prioritaires

Le but en suivi-évaluation du PSN 2018-2022 est de fournir des informations fiables sur les progrès en matière de lutte contre le paludisme.

Afin de mesurer les progrès pour l'atteinte des objectifs et des résultats escomptés, plusieurs stratégies sont prévues pour évaluer le niveau d'atteinte des différents indicateurs du programme conformément aux cibles fixées. Ces stratégies seront orientées sur deux grands axes le renforcement de capacité en suivi évaluation des responsables à tous les niveaux et le renforcement des capacités du système de collecte et d'analyse des données à tous les niveaux.

Renforcer la capacité en suivi évaluation implique une mise à jour et une distribution des documents, références et informations sur le programme ainsi que le renforcement de la coordination et l'harmonisation des activités de lutte contre le Paludisme. Un système de motivation sera mis en place afin de primer les Districts et les CSB performants sur le rapportage des données et la diminution de la morbidité palustre. La capacité du programme sur le suivi des intrants sera aussi améliorée.

La collecte, l'analyse des données et leur utilisation pour la prise de décision à tous les niveaux ne dépendent pas seulement du programme. L'opérationnalisation du DHIS2 par le Ministère de la Santé permettra d'assurer la fiabilité et la disponibilité de données, à temps réel et de diffuser ces tous les partenaires. En collaboration avec les autres directions du Ministère, l'intégration des données du PNLP dans le DHIS2 permettra une meilleure organisation de la collecte à tous les niveaux de la

pyramide sanitaire. Garantissant ainsi une meilleure complétude et une meilleure promptitude des données à l'échelle nationale.

Dans le domaine des évaluations, des enquêtes nationales sur les indicateurs du paludisme sont menés tous les trois ans. Les rapports finaux sont diffusés auprès de tous les partenaires et acteurs. Ce présent plan stratégique fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours qui permettra de réorienter le programme en fonction des résultats obtenus. Des revues annuelles seront effectuées pour suivre la performance.

Afin de renforcer la lutte antivectorielle, il sera procédé à une **recherche opérationnelle centrée sur la lutte biologique et l'utilisation des répulsifs naturels**.

L'utilisation des prédateurs dans la lutte anti-moustique est pratiquée depuis longtemps. Le plus prometteur de ces prédateurs est un poisson larvivore appelé *Gambusia affinis* (J. GHRAB et A. BOUATTOUR, 1999). Cette lutte biologique pourrait présenter plusieurs avantages :

- Pas de risque pour la santé humaine et pour l'environnement,
- La grande plasticité écologique de ce poisson lui permettant de s'adapter à la majorité des collections d'eau naturelles ou artificielles et sa prolifération rapide (une femelle peut donner des alevins toutes les 3 à 5 semaines),
- Le coût bas de cette méthode (ces poissons sont répandus dans la majorité des collections d'eau et ne coûte pas chers,
- La facilité d'application de cette méthode et l'appropriation communautaire de cette approche,
- L'efficacité prouvée par l'expérience sur le terrain et par les études de recherche.

Devant le changement de comportement de moustique qui devient de plus en plus exophage et qui pique de plus en plus tôt, il devient urgent d'expérimenter des stratégies de prévention complémentaires. L'utilisation de l'huile de la cataire (*dihydronépétalactone*) en est une.

Le département de recherche de l'université de l'Iowa a constaté que l'huile essentielle extraite à partir de la *Nepeta Cataria*, appelée « Essence de Népéta » s'est avérée être 10 fois plus efficace pour repousser les moustiques que le *N-diethyl-m-toluamide* (DEET) qui est présentement le produit répulsif le plus utilisé. La synthèse du *dihydronépétalactone* peut être obtenue par hydrogénation du népétalactone. C'est un insectifuge qui se présente comme une alternative valable au DEET.

Il est à rappeler que le DEET est entièrement synthétique et peut causer des réactions allergiques ou toxiques chez certains enfants contrairement à la cataire qui peut être utilisée sans risque chez de très jeunes enfants et chez la femme enceinte.

La cataire est une plante très facile à cultiver et pousse dans tout type de terre. Elle demande beaucoup de lumière, donc s'adapte bien au climat de l'Afrique et de Madagascar en particulier. Les graines semées germent au bout de 7 à 20 jours. Le taux de germination est très élevé. Elle repousse à partir de ses racines après la moisson.

ANNEXE I : PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2018-2022

1.1 Contexte du plan de suivi-évaluation

L'élaboration du présent PSE du PSN2018-2022 va en droite ligne avec le processus d'élaboration du PSN 2018-2022 dont il est sensé accompagner la mise en œuvre afin d'aider à la documentation des résultats clés afin d'assurer que le programme atteindra ses objectifs.

Il est la suite logique du processus d'élaboration du PSN dont une des composantes clés est le plan de suivi-évaluation.

En effet, le processus d'élaboration du PSN 2018-2022 a débuté avec la réalisation de la conférence scientifique internationale et la tenue de la Revue de la performance du programme au cours des cinq dernières années (2013-2017) avec la participation des experts internationaux mais aussi ceux de MEASURE Evaluation. Cette évaluation approfondie de la performance du programme avait pour objectif de développer une meilleure planification adaptée au nouveau profil épidémiologique guidant l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National 2018-2022 intégrant le Plan de Suivi-Evaluation.

Ce Plan de Suivi-Evaluation va guider toutes les parties prenantes de la lutte contre le Paludisme en leur donnant un cadre de mise en œuvre des activités avec les résultats attendus à court terme ainsi qu'à moyen et à long terme. De ce fait, le Plan de Suivi-Evaluation est un outil qui interpelle la Direction de lutte contre le Paludisme et ses partenaires à rendre compte à travers un processus plus transparent et bien coordonné.

Comme innovation majeure, ce PSE a l'avantage d'être intégré au PSN conformément aux recommandations de USAID/PMI et du RBM afin de rationaliser l'utilisation des ressources et être plus efficace dans la mise en œuvre du PSE qui ne saurait-être un document conçu en dehors du PSN.

1.2 Analyse du système de suivi-évaluation précédent

L'analyse de système de S&E précédant est une étape très importante car permet de relever les forces et les faiblesses de sa mise en œuvre. Elle doit passer en revue tous les systèmes de production de données pour alimenter le SNIS (SISR, enquêtes, etc.).

Le système de rapportage épouse l'architecture du système de santé et du circuit de l'information sanitaire qui suit les trois niveaux:

- **Le niveau central :**

Il est composé d'un certain nombre de Directions clés jouant un rôle dans la gestion de l'information sanitaire à savoir ; la Direction des Etudes et de la Planification (DEP), la Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique (DVSSE) et Direction du Système d'Information (DSI). En matière de la lutte contre le paludisme, le

suivi évaluation du programme a sa spécificité mais doit se conformer aux directives de la DEP et de la DVSSE. Quant à la DSI, elle représente l'entité responsable de la gestion du parc informatique et des différentes applications utilisées par le MSANP

▪ Le niveau intermédiaire

Comprend la région sanitaire, l'entité chargée de la coordination des activités du niveau périphérique.

Le niveau périphérique

Le District, niveau opérationnel, regroupe les Centres de Santé de Base, les Centres Hospitaliers et les sites communautaires.

Ainsi, l'analyse FFOM doit intéresser tous les niveaux du système impliqués dans la production des données, mais également d'autres sources de productions comme les enquêtes spécifiques.

Le tableau I récapitule les FFOM issues de l'analyse du système précédent.

Tableau 1: Analyse FFOM du système de S&E précédent

1. Système de rapport de routine des services de santé		
Forces	Faiblesses	Recommandations
- Utilisation de canevas de collecte de donnée standard (RMA, Registre de consultation externe). - Existence d'un logiciel Gesis. - Collaboration entre le SSS/DEP et la DLP pour le partage des données. - Réunion périodiques de contrôle qualité des données. - Existence de responsable/point focal paludisme - Utilisation de support informatique pour la gestion des données - Disponibilité des responsables SIG au niveau de 114 SDSP. - sites sentinelles fonctionnelles - Appui des PTF à l'acquisition des tablettes pour la transmission des données de surveillance de routine (SEI) - Appui multiples pour le niveau communautaire (Direction centrale du Ministère, Mikolo, Mahefa etc.).	- Faible promptitude et complétude des données - Faible disponibilité des données communautaires. - Insuffisance des données provenant du secteur privé. - Faible retro information - Rupture fréquente d'outils de collecte des données. - Faible utilisation des données par niveau - Manque de retro-information. - Manque de réunion de validation des données. - Non-utilisation des données pour prise de décision et action. - Mauvaise utilisation des documents de suivi pour les niveaux périphériques (auto-évaluation). - Forte mobilité du personnel - Non maîtrise des logiciels GESIS, CHANNEL et le site web (GMW) - Mauvaise utilisation des documents de suivi pour les niveaux périphériques - Supervision insuffisante - Faible remontée de données au niveau des CH. - Faible disponibilité des outils de collecte - Outils de Gestion insuffisants pour les 17 000 sites	- Améliorer la promptitude des données en utilisant la connexion internet. - Intégrer tous les indicateurs du programme dans le système de collecte de donnée de routine. - Faire la saisie des données communautaires et du secteur privé sanitaire - Mettre en ligne les données du Gesis. - Assurer la disponibilité des outils à tous les niveaux jusqu'au niveau des sites communautaires. - Effectuer la retro-information par niveau. - Collaborer avec les opérateurs sur les transferts des données (Zone à faible ou sans réseau). - Tenir de revues semestrielles régionales pour validation de données. - Impliquer les CH à la revue semestrielle. - Effectuer des supervisions périodiques trimestrielles des districts par le niveau régional. - Améliorer l'archivage des rapports. - Assurer la coordination interne au niveau du district : répartition des tâches des personnels. - Impliquer les CH à la revue trimestrielle. - Effectuer des supervisions périodiques trimestrielles des CSB par le niveau district

	communautaires. - Non envoi des données des sites vers les CSB et districts	- Mettre à l'échelle SEI - Effectuer des revues mensuelles avec les AC au niveau des CSB. - Effectuer des supervisions périodiques mensuelles des AC par les CSB. - Améliorer l'archivage des rapports Mettre en place un système de motivation des AC - Rendre disponible les outils au niveau communautaire - Effectuer des revues mensuelles avec les AC au niveau des CSB (données et rapports) - Archiver les rapports des AC
Opportunités	Menaces	
- Existence partenaires dévoués pour accompagner le MS - Mise en place prochaine du DHIS2 et SEI. - Disponibilité de fonds pour les activités de SE du Programme (supervision trimestrielle). - Disponibilité des documents de référence en suivi et évaluation à tous les niveaux (PSE, Manuel) Nationale de Santé Communautaire (PNSC) - Volonté des PTF affichée à appuyer le volet communautaire	- Changement fréquent de leadership des structures - Dépendance au financement des PTF (Fin de projet) - Faible engagement financier de l'Etat dans la pérennisation du système. - Instabilité politique - Faible engagement financier de l'Etat dans la pérennisation du système. - Insécurité, enclavement des zones	
2. Sous-système d'information pour la surveillance épidémiologique		
Forces	Faiblesses	Recommandations
- Existence de canevas de SIMR - 180 Sites sentinelles de fièvre fonctionnelles - Laboratoire National de référence du paludisme. - Existence des sous-comités SUREPI. - Procédure et mécanismes de notification des données standardisées. - Disponibilité du Plan stratégique national de surveillance de la Santé Publique révisé. - Financement des activités de SE du Programme par les PTF - Déploiement prochain du DHIS2 en support à la gestion des données	- Faible promptitude des alertes. - Données hebdomadaire non contrôlées. - Couverture non universelle de la SEI. - Insuffisance de collaboration au niveau central (DVSSE, DLP, IPM). - Insuffisance d'outils de collecte de données dans certains centres de santé (pour les CSB non prévues SEI). - Données non accessibles en ligne.	- Mettre à l'échelle la SEI. - Mener des suivis formatifs des CSB utilisant le SEI. - Assurer une meilleure disponibilité des outils de collecte des données - mettre en place un plan de préparation et de riposte aux catastrophes naturelles, changement climatique
Opportunités	Menaces	
- Utilisation des TIC pour la Surveillance communautaire (USAID Mikolo, Mahafa). - Collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers. - Mise en place SEI	- Catastrophes naturelles (cyclones, changement climatique) un danger pour la mise en œuvre des interventions. - Accessibilités géographiques des sites.	

3. Sous-système d'information pour la gestion des programmes de santé (Paludisme)

Forces	Faiblesses	Recommandations
- Portail webmalaria pour la saisie des données du Paludisme - Disponibilité des logiciels (GESIS, CHANNEL) - Existence de guide d'utilisateurs et directives liée à la gestion de données (manuel d'utilisation de données, suivi et évaluation. Etc.).	-Faible promptitude et complétude des données. - Faible capacités des acteurs de la collecte - faible accès à l'internet dans quelques districts enclavés. - Faible niveau de mise en œuvre de la supervision intégrée - Faible remonté de donnée des Centres hospitaliers.	- Doter en équipement et matériels informatique les responsables (SE/DLP). -Renforcer les capacités des personnels responsables des collectes des données - Collaborer avec les opérateurs sur les transferts des données (Zone à faible ou sans réseau). - Assurer le contrôle qualité des données à tous les niveaux. - Renforcer le plaidoyer auprès des PTF sur la pertinence des activités planifiées. - Tenir des réunions d'information avec les responsables des hôpitaux sur les données des CH.
Opportunités	Menaces	
- Fonds Mondial appui la MEO - Disponibilité des documents de référence en suivi et évaluation à tous les niveaux (PSE, Manuel,) (autodidacte) - Multiple : PTF (GF, PMI/Measure Evaluation, OMS, OMS/GEF.... - Existence des ATR pour appui	- Dépendance au financement des PTF (Fin de projet). - Faible engagement financier de l'Etat dans la pérennisation du système. - Instabilité politique	- susciter l'utilisation des manuels au niveau des régions. - Effectuer des supervisions périodiques semestrielles des régions par le niveau central.

Systèmes des Enquêtes/recherches et études spécifiques

	Forces	Faiblesses	Recommandations
- MICS - MIS - Palvalues (IPM) - ACT Watch 2016 (PSI) - Etude qualitative dans les secteurs privés sur les RDT 2013 - Exit interview TDR. Pour les secteurs privés 2014, 2015,2016 (PSI) - Etude formative dans les secteurs privés UNITAID - Enquête ménage UNITAID	- Mise en œuvre de enquête MIS 2016 - Bonne représentativité des enquêtes (communautaire, ménage, formation sanitaire), - Utilisation des résultats pour apprécier les performances du programme	- Faible implication des équipes de S&E du programme. - Non partage des résultats des enquêtes avec l'équipe S&E du programme. - Résultats de certaines enquêtes non conformes aux besoins du programme	- Impliquer les équipes SE dans la mise en œuvre des enquêtes MIS, EDS, du programme dès le début de la conception jusqu'à la publication des résultats. - Adapter les enquêtes/ recherches/ études aux besoins du programme - Utiliser les résultats des études pour le recadrage du programme
	Opportunités - Existence des partenaires. - Disponibilité du plan de suivi évaluation du programme (Matrices des indicateurs).	Menaces - Problème de sécurité contraignant l'atteinte de zones ciblées de l'enquête, source de biais des résultats escomptés. - Dépendance aux partenaires.	- Promouvoir une large diffusion des résultats des enquêtes

1.3 Évaluation des impacts du programme et du financement

1.3.1 Impacts du programme

Au cours de la période 2013-2017, l'équipe de suivi-évaluation du PSE a effectué des évaluations d'impacts à mi-parcours mais aussi à travers la revue de la performance du programme sur la base du cadre de performance 2013-2017 défini.

En dépit des efforts déployés par le pays dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, l'incidence du paludisme au niveau national demeure toujours élevée autour de 17,5 pour 1000 en octobre 2017. De même, la mortalité globale imputable au paludisme dans la population générale dépasse les 10% (Figure 3 et 4).

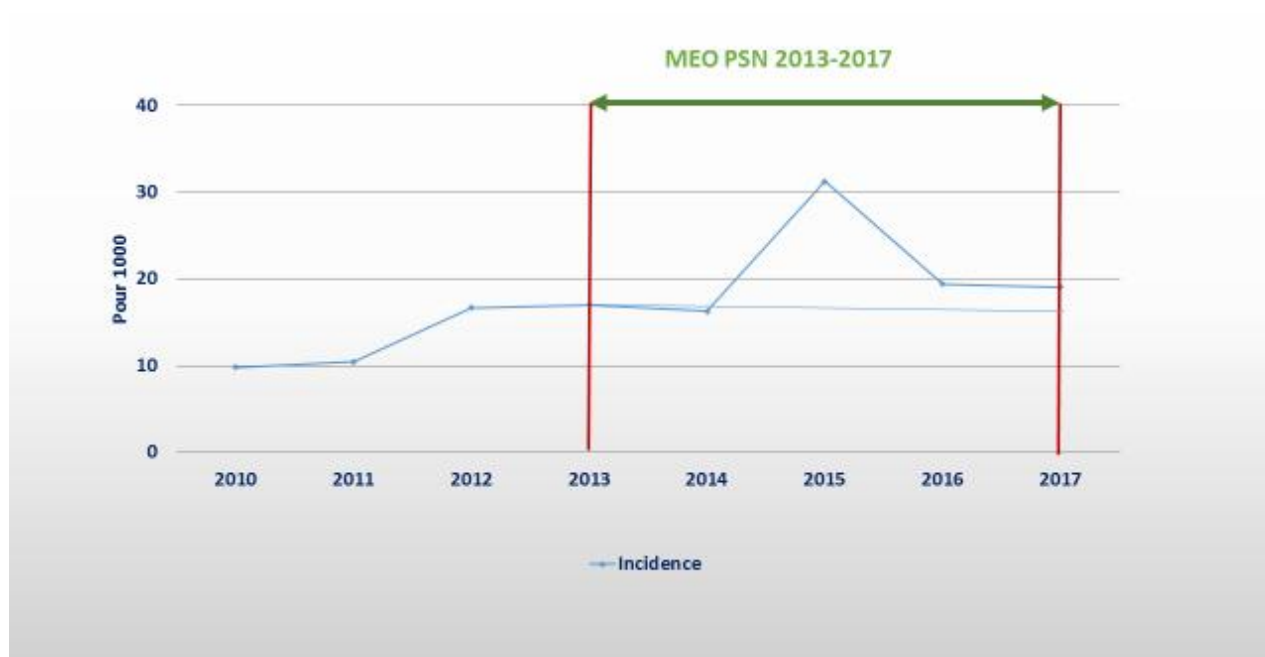


Figure 3: Evolution de l'incidence du paludisme 2013-2017

Commentaires : la morbidité liée au paludisme a été plus élevée durant l'année 2015. L'évaluation d'impact en termes de réduction de l'incidence n'est pas significative.

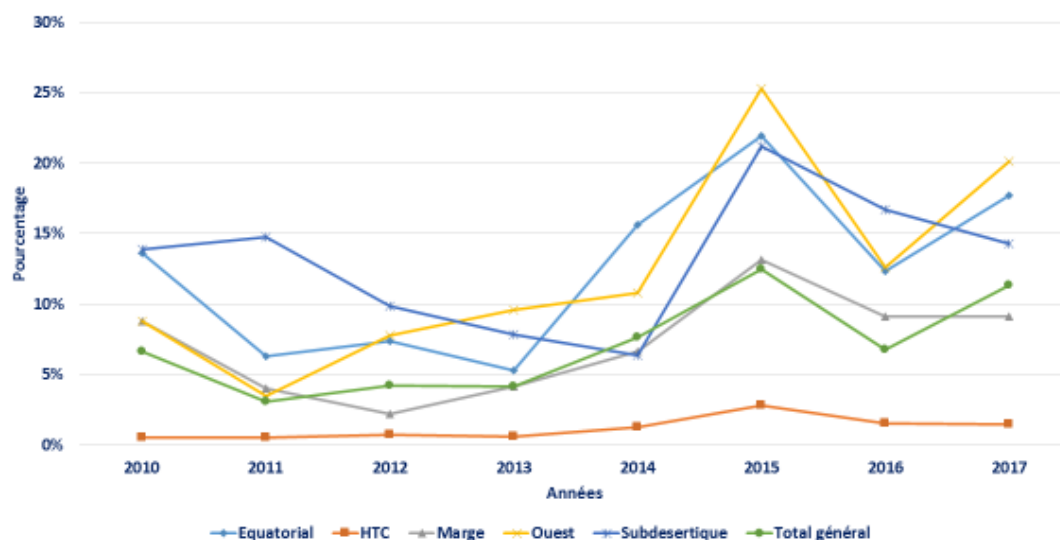


Figure 4 : Tendence annuelle de la mortalité par facies

Commentaires : la tendance de la mortalité liée au paludisme parmi les décès toutes causes confondues est la plus élevée durant l'année 2015 et a commencé à diminuer au début de l'année 2016.

1.3.2 Analyse du financement du programme paludisme alloué au suivi-évaluation (2013-2017)

A partir de 2013, plusieurs bailleurs contribuent pour mettre en œuvre les activités prévues dans le Plan Stratégique de lutte contre le Paludisme et son plan de suivi-évaluation. Le Fonds Mondial (NSA1, NSA2) constitue les principaux bailleurs qui s'engagent dans l'élimination du paludisme à Madagascar. Durant 2016-2017, le programme a été financé par le Fonds mondial (NMF1), USAID/PMI, OMS, UNICEF, Monaco et d'autres bailleurs avec une contribution de l'Etat.

Le tableau II montre l'évolution des financements du paludisme, volet suivi-évaluation entre 2013-2017.

Tableau 2 : Evolution du financement du paludisme de 2013-2017

Année	2013	2014	2015	2016	2017	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'exécution
Etat	nd	16 000 000	nd	32 000 000	32 000 000	nd	80 000 000	
OMS	4 404 000	309 320 000	237 511 800	54 031	3 789 333 000	4 340 622 831	514 025 341	12%
Fonds Mondial	35 692 440 649	5 718 736 814	7 131 400 110	11 938 365	2 207 156 000	50 761 671 939	10 504 529 480	21%
PMI	1 202 536 191	1 203 399 900	10 274 100 000	620 000 000	82 072	13 300 118 163	5 956 956 677	45%

Source : PTA du Programme Paludisme et Rapport Annuel du Programme de 2013 à 2017

Commentaires

Le système de suivi/évaluation bénéficie d'un appui financier de l'Etat et des partenaires au développement, notamment le Fonds Mondial, USAID/PMI, OMS, CHINE, RBM.

Tandis que l'UNICEF contribue pour combler les Gaps. Madagascar bénéficie des financements importants qui permettent de renforcer le système du suivi évaluation.

Ainsi, entre 8-10% du budget du PSN 2013-2017 avait été consacré au volet PSE.

La lourdeur des procédures de déblocage de fonds entraine la perturbation de la mise en œuvre des activités prévues d'où la diminution du taux d'exécution.

1.4 Processus d'élaboration du plan de suivi-évaluation

Le but du Plan de suivi-évaluation du Paludisme est de fournir des informations fiables sur les progrès en matière de lutte contre le paludisme. Ce plan s'inspire fortement des objectifs et résultats attendus définis dans le Plan Stratégique National 2018-2022.

Le présent plan faisant partie intégrante du nouveau Plan Stratégique National 2018-2022, il a été élaboré suivant le processus d'élaboration de ce PSN. De nombreuses étapes ont été ainsi suivies respectant les procédures selon les normes de l'OMS.

Novembre 2016: Le processus a commencé depuis la tenue de la Conférence scientifique internationale qui s'est déroulée au Centre de Formation sur le Paludisme à la Direction de Lutte contre le Paludisme. Cet atelier a réuni tous les acteurs de la lutte contre le Paludisme aussi bien nationaux qu'internationaux. De nombreux experts venus de l'extérieur ont été conviés et ont effectivement participé aux travaux de la conférence. A l'issue des discussions, des réorientations stratégiques ont été retenues.

Mai 2017 : Revue du Programme Paludisme

La revue s'est déroulée suivant les quatre phases de la conduite du MPR conformément aux procédures de l'OMS en vue de l'élaboration du Plan Stratégique National qui arrive à son terme d'ici fin 2017 :

Phase I : Planification de la revue

Phase II : Revue thématique selon les stratégies du programme

Phase III : Evaluation externe avec signature de l'Aide-Mémoire

Phase IV : Rédaction finale et suivi des recommandations

La participation active de tous les partenaires notamment l'USAID/PMI avec toutes ses agences techniques d'exécution tels que : PSI, MCSP, Mikolo, Mahefa Miaraka, PSM, MEASURE EVALUATION, a été notée. D'autres partenaires et ONG ont également contribué à ce forum à savoir : OMS, UNICEF, Monaco, ASOS, IPM, CRS, et d'autres directions du Ministère de la Santé Publique.

Des recommandations issues de cet atelier ont été prises en compte dans le nouveau PSN.

Août 2017 : Signature de l'AIDE-MEMOIRE : Tout le processus de la conduite du MPR est résumé dans ce document et rapportant particulièrement toutes les recommandations retenues lors des différentes étapes du MPR. Cette phase a été surtout honorée par la présence des hauts responsables de différentes institutions dont notamment le Président du Sénat et son Directeur du Cabinet, un représentant de la Primature, Mr le Ministre de la Santé Publique et son Directeur du Cabinet et des représentants d'autres Ministères impliqués dans la lutte ainsi que tous les grands partenaires appuyant le programme . L'évènement a été clos par la signature des Hauts responsables

présents à la cérémonie.

Notons que les recommandations figurant dans « l'Aide-Mémoire » ont été traduites en stratégies d'interventions dans le nouveau PSN 2018-2022

La réalisation de la Revue notamment dans sa 3ème et 4ème phase a été appuyée par deux Consultants, national et international.

Mi-Août 2017 : L'atelier d'élaboration du PSN avec l'appui d'un consultant international s'est déroulé à Majunga toujours avec la participation de tous les partenaires et à l'issue duquel un 1er draft a été élaboré.

Faisant suite à l'atelier sur le PSN, l'atelier d'élaboration du PSE a été réalisé pour être en phase avec la dynamique d'intégration prônée par le Ministère de la Santé et les PTF. Les participants étaient constitués par une équipe restreinte dont les membres sont des responsables du Suivi-Evaluation de chaque domaine de prestation ainsi que ceux des partenaires. Des représentants des autres directions telles que la Direction des Etudes et Planification et le Responsable du paludisme au niveau régional (RPR) ont également pris part à l'atelier. Cet atelier a abouti à un 1er draft de PSE qui sera soumis pour validation avec le PSN 2018-2022.

1.5 Cadres de suivi-évaluation du programme

La mise en œuvre du PSE nécessite de définir le cadre logique ou le modèle logique soutenant la logique de l'intervention, mais aussi le cadre de performance qui est la référence pour la mesure d'impact et ou de résultat du programme.

Toutefois, il est important pour les utilisateurs de s'accorder sur un certain nombre de définitions usuelles couramment retrouvées dans le modèle logique ou le cadre logique dont les principales sont :

1.5.1 Définitions opérationnelles

Suivi: Collecte continue et systématique d'informations pour la gestion d'un Programme et la prise de décision. Son but est de fournir les informations afin d'identifier et résoudre les problèmes de mise en œuvre et apprécier les progrès par rapport au plan initial.

Evaluation: Collecte périodique d'information sur la pertinence, l'efficacité, l'impact et la pérennisation d'un Programme par rapport aux objectifs fixés. Son but est de revoir les réalisations en relation avec les résultats attendus.

Système de suivi/évaluation : c'est l'ensemble des processus de planification, de collecte et de synthèse de l'information, de réflexion et de présentation de rapports, indiquant les moyens et compétences nécessaires pour que les résultats du suivi/évaluation apportent une contribution utile à la prise de décisions et à la capitalisation dans le cadre d'un Programme.

Monitoring : C'est une technique d'évaluation rapide qui permet de suivre l'avancement d'un programme pendant l'action, d'identifier le problème au fur et à mesure qu'ils se posent, de choisir et de mettre en œuvre des actions correctrices afin d'assurer le bon déroulement des activités.

Intrants : Ce sont les ressources pour mettre en œuvre un projet ou un Programme : personnels, finances, matériels, fournitures.

Processus: Ce sont les activités dans lesquelles les ressources sont associées pour réaliser des résultats : nombre de réunions, d'ateliers; de fournitures.

Produits: Ce sont les résultats immédiats des activités : nombre de supervisions, nombre de missions, nombre de rapports, nombre de matériels/fournitures achetées et/ou distribuées, nombre de personnels formés.

Résultats: Ce sont les résultats à court terme, y compris le changement de comportement et habituellement ils concernent le niveau de couverture de la population par les interventions : possession des MII par les femmes enceintes ou les enfants de moins de 5 ans, etc.

Impacts: Ce sont les effets à long terme du Programme: réduction de la morbidité et de la mortalité, changements dans le statut socio-économique.

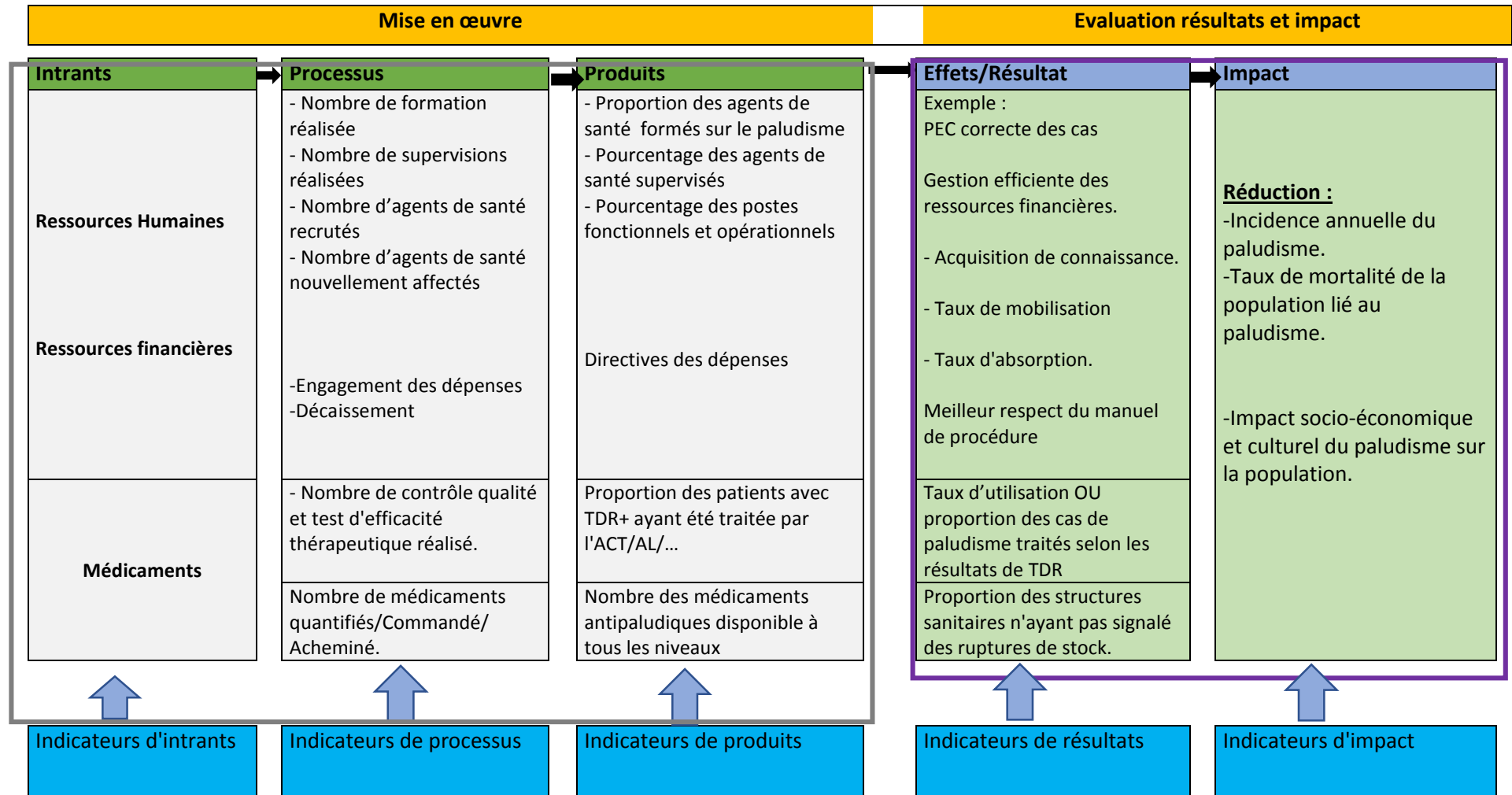
Indicateur : C'est une donnée qui fournit une information à propos de ou prédit le statut d'une activité pour un projet ou un Programme.

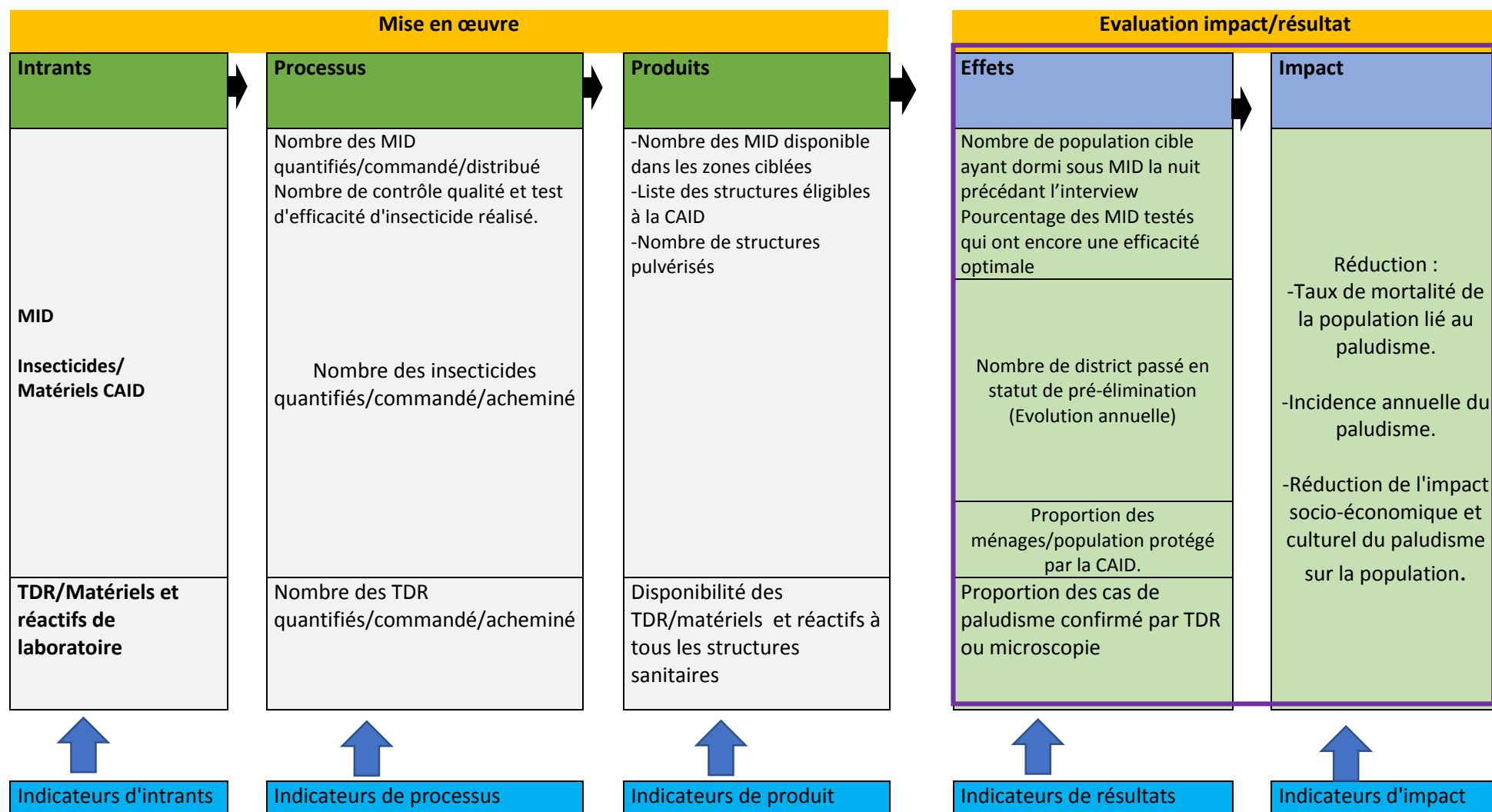
Surveillance : Processus continu systématique d'appréciation de l'état de santé d'une population incluant quatre activités principales : La collecte de données pertinentes, l'agrégation et la tabulation des données, l'analyse et l'interprétation des données, la dissémination et l'utilisation des données pour la prise de décision.

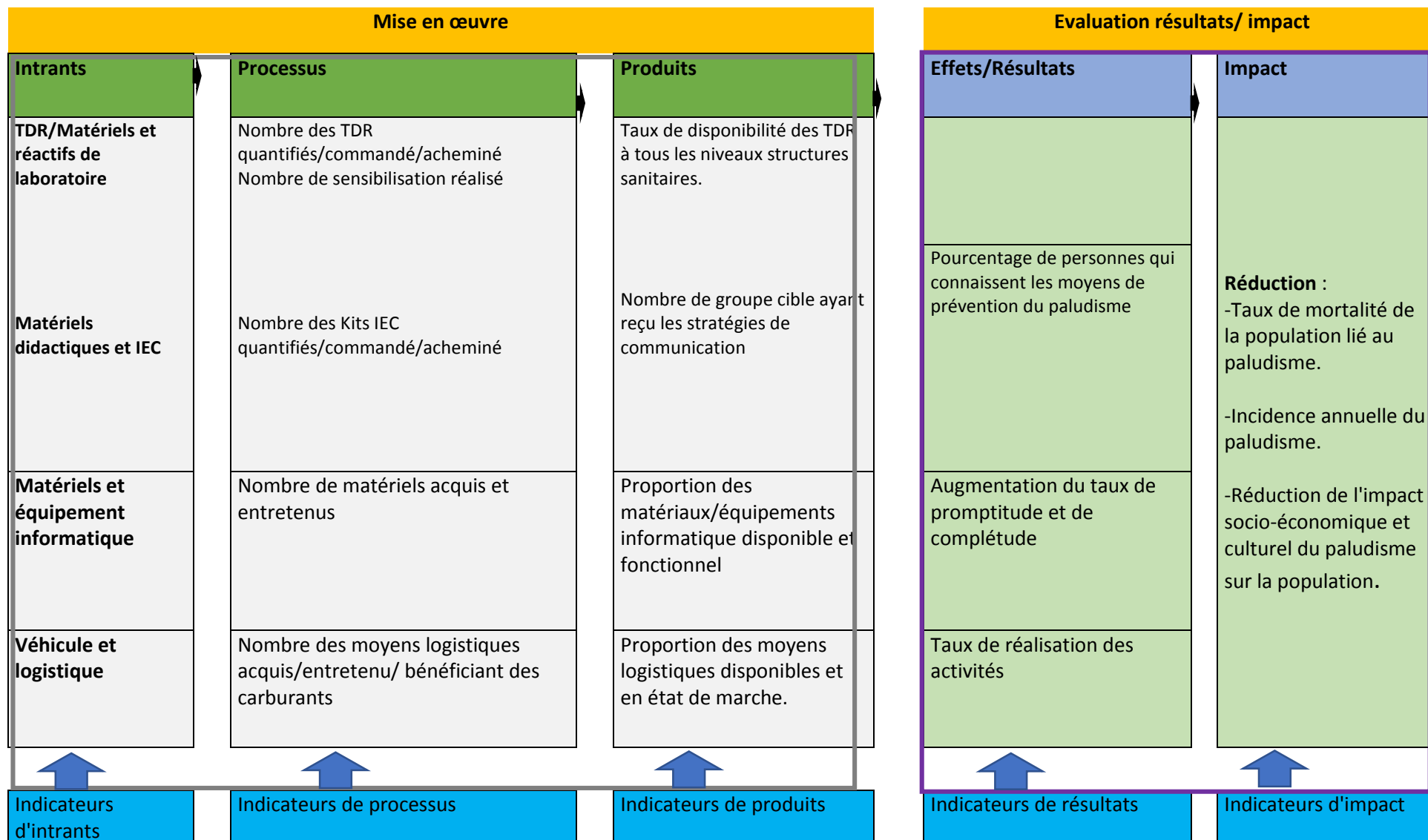
1.5.2 Modèle logique du plan de suivi-évaluation

La réalisation de la mise en œuvre du suivi-évaluation dans le cadre du modèle logique est la combinaison des ressources pour produire des résultats issus de la mise en œuvre des activités. Il s'agit d'un enchainement logique sous forme de chaine de résultats avec pour but ultime la production d'impacts significatifs pour atteindre les objectifs du programme. Le schéma ci-dessous illustre le modèle logique du programme montrant les liens à chaque niveau avec ses indicateurs correspondants.

MODELE LOGIQUE DU PLAN







1.5.3 Unité de suivi-évaluation du PSE Composition et fonctions

a) Organisation.

Sous la supervision directe du Directeur du programme et du Chef de Service, la Cellule de Suivi-Evaluation des Performances, la Cellule de S&E comprend les sous- unités suivantes:

- Suivi et évaluation
- Planification
- Banque de données
- Gestion de Riposte

La Cellule de Suivi-Evaluation des Performances collabore étroitement avec les directions et services au sein du Ministère de la Santé suivant:

- Service des Statistiques Sanitaires et Démographiques
- Service de Suivi de l'Exécution du Plan de Développement du secteur Santé
- Service d'Appui à la Recherche et de la Gestion des Connaissances
- Service de la Programmation Stratégique
- Direction de la Veille Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique

De plus, elle collabore avec d'autres Ministères, comme :

- Ministère de l'Economie et du Plan à travers le Service des Statistiques Nationales
- Ministère de Transport et de la Météorologie à travers le Service des adaptations aux techniques de pointe

Le personnel de la cellule de suivi/évaluation et de la Performance du Programme se compose comme suit:

b) Fonctions

La Cellule de suivi et évaluation et de la Performance du Programme a comme principales fonctions de:

- Collecter et compiler les informations sur le paludisme au niveau pays ;
- Suivre la gestion des données au niveau district et régional ;
- Maintenir un lien fonctionnel avec les partenaires impliqués dans le S&E du paludisme, incluant ceux au niveau du ministère de la santé et toute autre structure impliquée dans l'information sanitaire comme l'Institut National des Statistiques (INSTAT);
- Analyser et interpréter les données du Programme pour faire ressortir des résultats en rapport avec les indicateurs qui reflètent l'état d'avancement du pays vers l'élimination du paludisme.
- Mettre à jour le profil épidémiologique du pays sur le paludisme ;
- Elaborer et diffuser les bulletins d'information et de retro information, les rapports trimestriels et annuels sur le suivi du paludisme ;
- Promouvoir le partage des informations à travers le site web du programme ;
- Développer les capacités en S&E pour le niveau périphérique (régions, districts) ;
- Exploiter les rapports périodiques d'activités émanant de tous les niveaux opérationnels et des différents partenaires pour extraire les informations utiles au programme
- Planifier les activités du programme (annuel, trimestriel et mensuel) ;
- Assurer la mise en œuvre et le suivi évaluation des activités programmées ;

- Collaborer étroitement avec les Responsables de suivi – évaluation de chaque Domaine de Prestation de Service (DPS) ;
- Assurer le suivi de l'exécution du Programme d'investissement public du Programme Paludisme ;
- Organiser les réunions/revues de suivi du Programme que ce soit national ou international ;
- Participer aux réunions/revues de suivi du Programme que ce soit national ou international
- Participer aux enquêtes concernant la lutte concernant le Paludisme ;
- Détecter les alertes aux épidémies de paludisme de façon précoce ;
- Effectuer des investigations et ripostes en cas d'épidémies de paludisme ;
- Superviser les activités du programme à tous les niveaux (collecte, contrôle qualité, rapportage, utilisation, etc.).
- Renforcer les compétences des responsables régionaux, des districts, des formations sanitaires en suivi évaluation et surveillance y compris la riposte du paludisme ;
- Renforcer la collaboration avec les autres ministères en particulier le ministère des transports et de météorologie dans la prédiction des zones exposées aux risques épidémiques de paludisme afin d'améliorer le système d'alerte précoce.

1.6 PLAN DE SUIVI-EVALUATION

1.6.1 Objectif général

Améliorer les performances du Programme paludisme en matière de Suivi & Evaluation à tous les niveaux par la mise à disposition d'informations fiables pour la prise de décision.

1.6.2 Objectifs spécifiques

- Renforcer les compétences en matière de S & E des responsables de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux
- Rendre disponible les outils de collecte de données (supports physiques et électroniques)
- Améliorer le système de collecte, d'analyse et d'utilisation des données à tous les niveaux
- Assurer le suivi continu de la mise en œuvre des interventions
- Evaluer le PSN à mi-parcours et en fin 2022
- Améliorer la disponibilité et la qualité des données en temps réel ainsi que sa diffusion à tous les partenaires
- Assurer la dissémination des résultats pertinents de recherche (conférences scientifiques)

1.6.3 Interventions prioritaires pour renforcer le S&E

Afin de relever le défi pour le suivi du nouveau PSN 2018 – 2022, la mise en œuvre coordonnée d'un certain nombre d'interventions prioritaires est nécessaire. Ces interventions ont été définies en fonction de la nouvelle stratification épidémiologique.

Les interventions suivantes définies en fonction de la nouvelle stratification épidémiologiques, constituent la base du suivi-évaluation du PSN 2018-2022.

1. Le renforcement de la coordination/harmonisation/intégration des activités avec les PTF pour la mobilisation des ressources
2. Mise en place du cadre de concertation avec les responsables des hôpitaux sur les données et l'application des directives de prise en charge du paludisme grave au niveau des Centres Hospitaliers
3. Collaboration avec les opérateurs sur les transferts des données (zone à faible ou sans réseau).
4. Redynamisation de sous-comité RBM de la cellule suivi évaluation de performance
5. Renforcement des capacités des personnels impliqués dans la gestion des données du paludisme en Suivi-Evaluation et Surveillance.
6. Dotation en équipement et matériels informatiques les responsables au niveau district
7. Amélioration de la disponibilité des outils à tous les niveaux
8. Amélioration de collecte et transmission des données (DHIS2, GESIS, ...).
9. Amélioration du contrôle/qualité des données à tous les niveaux.
10. Amélioration de l'analyse, utilisation et la diffusion des données à tous les niveaux
11. Amélioration de l'exécution budgétaire pour la mise en œuvre des activités
12. Renforcement de la supervision intégrée à tous les niveaux
13. Revue de la performance du programme paludisme
14. Mise en œuvre de recherches opérationnelles/évaluation afin de constituer une base factuelle pour le programme
15. Mise à jour de la stratification du risque de paludisme tous les deux ans
16. mise en œuvre de la surveillance active dans les zones de pré-élimination, et plan de riposte face aux épidémies
17. Renforcement de la surveillance de routine dans les zones contrôle

Le tableau 4 décrit les interventions de suivi-évaluation en fonction des strates.

Tableau 3: Stratification épidémiologique et choix des interventions

Stratification Epidémiologique	Classification		Objectifs	Interventions	Nombre de Districts concernés	Populations Couvertes	Numéro des Interventions prioritaires
≥ 100	Contrôle	Incidence ≥ 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité ≥ 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, CAID de gestion de résistance, TPI, PEC, Surveillance (<100), Interventions de soutien (IEC, SE)	25	3 466 336	1 à 15 et 17
	Contrôle	Incidence < 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité < 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, TPI, PEC, Surveillance (<100), Interventions de soutien (IEC, SE)	14	1 751 470	1 à 15 et 17
50 - 100	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 50	MID, TPI, PEC, surveillance (<50), Interventions de soutien	25	5 366 047	1 à 15 et 17
10 -- 50	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 10	MID, TPI, PEC, surveillance (<10), Interventions de soutien	29	6 923 542	1 à 15 et 17
1 -- 10 et TP ≥ 5%	Contrôle		Aller vers la pré élimination	MID, TPI, PEC, surveillance, Interventions de soutien	13	3 132 994	1 à 15 et 17
1 - 10 et TP < 5%	Pré élimination		Aller vers l'élimination	CAID Focalisée, PEC, Surveillance, Dépistage Actif (<1), Interventions de soutien	3	1 024 444	1 à 16

< 1	Elimination	Eliminer le paludisme	Surveillance active (investigation autour d'un cas & traitement radical (0), Interventions de soutien	5	2 484 673	1 à 16
				114	24 149 507	

Tableau 4 : Cadrage des interventions de suivi-évaluation avec la stratification épidémiologique

Stratification Epidémiologique	Classification		Objectifs	Interventions	Interventions du suivi-évaluation
≥ 100	Contrôle	Incidence ≥ 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité ≥ 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, CAID de gestion de résistance, TPI, PEC, Surveillance Interventions de soutien (IEC, SE)	1 à 15 et 17
	Contrôle	Incidence < 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité < 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, TPI, PEC, Surveillance Interventions de soutien (IEC, SE)	1 à 15 et 17
50 - 100	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 50	MID, TPI, PEC, surveillance, Interventions de soutien	1 à 15 et 17
10 - 50	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 10	MID, TPI, PEC, surveillance, Interventions de soutien	1 à 15 et 17
1 - 10 et TP ≥ 5%	Contrôle		Aller vers la pré-élimination	MID, TPI, PEC, surveillance, Interventions de soutien	1 à 15 et 17
1 - 10 et TP < 5%	Pré élimination		Aller vers l'élimination	CAID Focalisée, PEC, Surveillance, Dépistage Actif (<1), Interventions de soutien	1 à 16
< 1	Elimination		Eliminer le paludisme	Surveillance active (investigation autour d'un cas & traitement radical (0), Interventions de soutien	1 à 16

1.6.4 Indicateurs de mesure de la performance du plan de S&E

En plus des indicateurs de suivi-évaluation du programme définis dans la matrice des indicateurs, des indicateurs spécifiques de suivi de la mise en œuvre des activités du PSE ont été définis.

Tableau 5: Indicateurs de mesure de la performance du plan de Suivi-Evaluation par rapport aux interventions prioritaires

Niveau de mise en œuvre	Indicateurs	Sources de données	Périodicité	Responsables	Mode de calcul	observations
Intervention prioritaire 1. Le renforcement de la coordination/harmonisation/intégration des activités avec les PTF pour la mobilisation des ressources						
Niveau central	Proportion de réunion de planification tenue avec la participation des PTFs intervenant dans le financement	Rapport de réunion DLP	Trimestrielle	Direction Responsable du partenariat RBM	Nombre de réunions tenues avec PTFs / nombre total de réunions prévues	Meilleure coordination et intégration des activités
	Validation des documents stratégiques (PSN, PSE, Manuel de S&E) avec les PTFs et autres parties prenantes	Rapports de validation	Annuel	DLP	Nombre de session de validation organisée avec les partenaires	Tous les documents programmatiques doivent être validés avec les partenaires
	Proportion d'activités réalisée avec la participation des partenaires	Rapport d'activités conjointes	Trimestriel	DLP/PTFs	Nombre d'activité réalisé avec les PTFS/Total activités prévues avec les PTFs	
	Proportion de formation réalisée avec l'implication des autres partenaires	Rapport de formation	Trimestriel	DLP/Partenaires	Nombre de formation réalisée avec les partenaires/total formation planifiée	
	Proportion de session de financement tenue avec les PTFs	Rapport de session	Annuel	DLP/PTFs	Nombre de session de financement organisé	

Intervention prioritaire 2 : Mise en place du cadre de concertation avec les responsables des hôpitaux sur les données et l'application des directives de prise en charge du paludisme grave au niveau des Centres Hospitaliers						
Niveau CSBc et ACs	Pourcentage des alertes ou évènements transmis à temps	Rapport	Hebdomadaire, Mensuelle, annuelle	Chef CSB et AC	Nombres des alertes ou évènements transmis à temps/ Nombre total des alertes ou évènements transmis à temps	
Niveau régions et districts	Taux de promptitude	Rapport SIG et électronique SDSP et DRSP	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre des rapports journalier ou hebdomadaires ou mensuels transmis à temps / nombre des rapports attendus	Promptitude > 75%
	Taux de complétude	Rapport SIG et électronique SDSP et DRSP	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre des rapports journaliers ou hebdomadaires ou mensuels reçus / nombre des rapports attendus	Complétude > 90%
	Proportion des alertes investiguées	Rapport d'investigation	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre d'alertes investiguées/Nb alertes reçus	Taux d'investigation 100%
	Taux de létalité spécifique par cause	Rapport trimestriel	Mensuel	Central et DRSP	Nombre de décès par maladie spécifique/Nb population à risque	
	Nombre d'alertes/signalements confirmées	Rapport FSH, électronique	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre d'alertes/signalements confirmées/Nb alertes/signalements reçus	
	Taux de mortalité générale dans la population	EDS, annuaire statistique, enquête ménage	Annuel, triennal	DEP, INSTAT, DVSSE	Nombre de décès dans la population générale/Nb population totale	

Niveau central	Pourcentage des épidémies et ou risques sanitaires détectés	Rapport statistique	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nb des épidémies et ou risques sanitaires détectés/Nb total des épidémies et ou risques sanitaires	
	Proportion des alertes investiguées	Rapport d'investigation	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre d'alertes investiguées/Nb alertes reçus	Taux d'investigation 100%
	Taux de mortalité spécifique par maladie épidémique	EDS, annuaire statistique, enquête ménage	Annuel, triennal	DEP, INSTAT, DVSSE	Nombre de décès par maladie spécifique /Nb population à risque	
	Taux de morbidité spécifique par maladie épidémique	EDS, annuaire statistique, enquête ménage	Annuel, triennal	DEP, INSTAT, DVSSE	Nombre de cas de maladie spécifique /Nb population à risque	
	Taux de létalité spécifique par maladie	Rapport trimestriel	Hebdomadaire, mensuelle	DEP, INSTAT, DVSSE	Nombre de décès par maladie spécifique /Nb population à risque	
Intervention prioritaire 3 .Collaboration avec les opérateurs sur les transferts des données (zone à faible ou sans réseau).						
Niveau CSBs et ACs	Proportion de centres de santé qui disposent des outils de gestion (fiche d'alerte, FSH, RCE,)	Districts (RMA) Régions	Mensuelle, annuelle	SIG SDSP, SIG régional	Nombre de CSB disposant de tous les outils / nombre total des CSB	
	Proportion de centres de santé qui disposent des outils de gestion électronique (téléphone, tablette)	Districts, régional, central (DVSSE, DLP, IPM, DSI) rapports	Annuelle	SDSP, région, central	Nombre de CSB disposant de tous les outils électroniques/ nombre total des CSB	

Niveau régions et districts	Proportion de districts et régions qui disposent des outils de gestion (rapport de compilation)	Rapport	Mensuelle et trimestrielle	Ministère/PTF	Nb de districts et région disposent des outils de gestion / Nb régions et districts	
	Proportion de districts et régions qui disposent d'outils de gestion électronique (téléphone, tablette, ordinateur)	Rapport	Annuelle	Ministère/PTF	Nb de districts et région disposent des outils de gestion électronique / Nb régions et districts	
Niveau central	Disponibilité des outils clés de gestion de l'information (impression en quantité suffisante de tous les supports pour le niveau opérationnel)	Etat de répartition	Trimestriel et annuel	DEP, DVSSE, DLP, DLT	Nombre de FS en rupture de support/Nb total FS	
Intervention prioritaire 4 : Redynamisation de sous-comité RBM de la cellule suivi évaluation de performance						
Niveau CSBs et ACs	Proportion de prestataire et utilisateur formé en gestion de données (collecte et analyse)	Rapport de formation	Annuelle	Districts et régions	Nb de prestataire et utilisateur formé en gestion de données/ total des prestataires	
Niveau régions et districts	Proportion de responsables surveillance formé en gestion de données (collecte et analyse)	Rapport de formation	Annuelle	EMAR /EMAD	Nb de responsables de surveillance formé en gestion de données/ Nb total des districts	

	Proportion de responsables surveillance qui maîtrisent l'analyse, la présentation des données	Rapport de supervision, évaluation	Trimestrielle, annuelle	EMAR /EMAD	Proportion de responsables surveillance qui maîtrisent l'analyse, la présentation des données/ Nb total des districts	
Niveau central	Proportion de personnels formés en traitement et analyse de données	Rapport de formation	Annuelle	Ministère (DVSSE, DEP, DLP, et autres programmes)	Nb de personnels formés en traitement et analyse de données /Nb de personnels impliqués dans l'analyse	
Intervention prioritaire 5 : Renforcement des capacités des personnels impliqués dans la gestion des données du paludisme en Suivi-Evaluation et Surveillance.						
Niveau régions et districts	Nombre de responsables des données paludisme régional et district formes	Rapport de formation en S&E	Annuelle	MEASURE Evaluation	Nb pers formées/Nb prévues	36 personnes du niveau régional et district à former
Niveau Central	Proportion de gestionnaire des bases de données du niveau central formée en analyse des données	Rapport de formation en analyse des données soutenues avec un logiciel statistique	Annuelle	MEASURE Evaluation	Nb pers formées/Nb prévues	15 personnes du niveau central à former
Niveau central	Taux de supervision des districts et régions	Rapport de supervision des districts et régions	Trimestrielle	Central (toutes les directions)	Nb supervision réalisée/Nb supervision programmée	
	Taux de supervision des CVSF	Rapport de supervision	Trimestrielle	SVSF/DVSSE	Nb site supervisé /Nb site total	
	Contrôle de qualité des données des districts et régions	Rapport de vérification et validation par le niveau central	Semestrielle	Central (toutes les directions)		
	Analyse et utilisation des données	Rapport d'analyse	Mensuelle et trimestrielle	Central (toutes les directions)		

	Taux de rétro information	Bulletin épidémiologique d'information	Hebdomadaire, Mensuelle et trimestrielle	DVSSE, IPM, DLP, autres programmes	Nb de bulletin édité et diffusé/Nb total prévu	
	Taux de tenue de réunion de cadre de concertation (DVSSE, DLP, DEP) et autres partenaires (IPM, PSI, Mikolo, Mahefa,)	Rapport de réunion	Mensuelle et trimestrielle	Ministère de la santé/ DVSSE	Nb réunion tenue/ Nb réunion prévue	
	Evaluation interne et externe du PSNSSP	Rapport d'évaluation	A mi-parcours et fin 2020	DVSSE/structure indépendante		
Intervention prioritaire 6 : Dotation en équipement et matériels informatiques les responsables au niveau district						
Niveau régions et districts	Proportion de centre d'excellence de la qualité des données du paludisme dotée en outils informatique	PV de livraison et de réception	Annuelle	MEASURE Evaluation	Nombre de districts/CoE dotes/Nombre prévue	2 CoE prévus d'être équipés par MEval
Niveau national	Proportion de services de la DLP pourvus en matériel informatique et péri-informatique	PV de livraison	Annuel	DLP	Nombre de service pourvus/service ayant exprimé des besoins	
Intervention prioritaire 7 : Amélioration de la disponibilité des outils à tous les niveaux						
Niveau CSBs et ACs	Proportion des centres de santé qui disposent des outils intègres de suivi des activités paludisme (Fiche hebdomadaire, Registre de consultation externe, registre CPN	Districts/ Régions Etat de répartition des outils par niveau	annuelle	DLP/DSI/DEP/DVSS E	Nombre de CSB disposant de tous les outils / nombre total de CSB visites	Tous les CSB et ACs doivent disposer en permanence des outils et en quantité suffisante
	Taux de rupture des	Rapport de	Trimestriel	DS/Régions	Nombre d'outils	Liste type des outils par

	outils de gestion	supervision districts			absents/nombre d'outils requis	niveau doit être disponible au niveau CSB
	Proportion de centres de santé/sites de surveillance qui disposent des outils de gestion électronique (téléphone, tablette)	central (DVSSE, DLP, IPM, DSI)	Annuelle	DLP/DSI/DVSSE	Nombre de CSB ou sites de surveillance disposant de tous les outils électroniques/ nombre total des CSB	
	Taux de disponibilité des directives de prise en charge et autres documents programmatiques	Rapport supervision district	Trimestriel	EMAD	Nombre de CSBs/ACs disposant de directives/Nombresupervisés	-PEC - Guide SIMR - Guide Diagnostic et Thérapeutique -PTA - Manuel suivi-évaluation -guide supervision intégrée
Niveau régions et districts	Proportion de districts et régions qui disposent des outils de gestion (rapport de compilation des données par niveau)	Niveau Région et District	trimestrielle	DLP/DSI/DEP	Nb de districts et région disposent des outils de gestion / Nb régions et districts supervisés	
	Proportion de districts et régions qui disposent d'outils de gestion électronique (téléphone, tablette, ordinateur)	Région et District	Annuelle	DLP/DSI/DVSSE/DE P	Nb de districts et région disposent des outils de gestion électronique / Nb régions et districts visites	
	Proportion de régions et districts qui ont accès permanent au portail web	Site web	Annuelle	Ministère/PTF	Nb de régions et districts qui ont accès permanent au portail web/Nb régions et districts	

Niveau central	Disponibilité d'un plan prévisionnel d'acquisition des outils de gestion des données	Etat des acquisitions niveau central	Annuel	DLP/DSI/DEP	Plan des acquisitions disponible	
	Disponibilité de stock suffisant pour 3 mois des outils nécessaire à la gestion des données du SNIS	Situation des stocks au niveau central	Trimestriel	DLP/DSI/DEP	Nombre d'acquisition réalisée/Nombre prévus	
Intervention prioritaire 8: Amélioration de collecte et transmission des données (DHIS2, GISIS, ...).						
Niveau régions et districts	Proportion de régions et districts qui disposent des outils de compilation	RMA ou rapports trimestriels	Mensuelle, trimestrielle	Points focaux (PF) SDSP et régions	Nombre de SDSP et région qui disposent le total des outils / nombre total des SDSP et régions	
	Proportion de régions et districts qui ont accès permanent au portail web	Site web	Annuelle	Ministère/PTF	Nb de régions et districts qui ont accès permanent au portail web/Nb régions et districts	
	Proportion de districts et région disposent de GISIS/DHIS2 fonctionnel	Rapport GISIS/DHIS2	Mensuelle et trimestrielle	Ministère/PTF	Nb de districts et région disposent de GISIS/ Nb régions et districts	

	Taux de promptitude des rapports des données compilées	Rapports district et région	Hebdomadaire et mensuelle Trimestrielle	Central et DRSP	Nombre des rapports des données compilées transmis à temps / nombre des rapports attendus	Promptitude > 75%
	Pourcentage des districts qui ont soumis 100% des rapports mensuels attendus dans l'année	Archives RMA DS niveau DRS	Annuelle	Région	Nombre de RMA reçu des DS/Nombre total RMA attendus	12 Rapports attendus par DS
	Proportion de régions et districts qui disposent des outils de compilation	RMA ou rapports trimestriels	Mensuelle, trimestrielle	Points focaux SDSP et régions	Nombre de SDSP et région qui disposent le total des outils / nombre total des SDSP et régions	
Niveau national	Taux de complétude des rapports des données compilées	Rapports district et région	Journalière, hebdomadaire et mensuelle	Central et DRSP	Nombre des rapports des données compilées reçus / nombre des rapports attendus	Complétude > 90%
	Pourcentage de rapports mensuels attendus des districts reçu au cours des 12 mois précédents par le niveau central					12 rapports attendus dans l'année
Intervention prioritaire 9 : Amélioration du contrôle/qualité des données à tous les niveaux.						
Niveau CSBs et ACs	Taux de réalisation des sessions de validation des données	Rapport des sessions	Mensuelle	Equipe CSB	Nombre de session de validation tenue/nombre planifié	
	Taux de saisie des rapports ACs dans le	Rapport RMA CSB	Trimestrielle	EMAD	Nombre de rapports ACs intègres dans le	100% des rapports ACs pris en compte dans le RMA CSBs

	RMA CSBs				RMA/Rapports attendus	
	Taux de remplissage correct des rapports mensuels communautaire par les ACs	Rapports ACs	Mensuel	Equipe CSB	Nombre de rapports transmis avec tous les items correctement remplis/total des rapports	100% des items du rapport ACs remplis
	Taux de promptitude des rapports hebdomadaire	RSH				
	Taux de complétude des rapports hebdomadaire	RSH	Hebdomadaire			
	Taux de complétude Des rapports mensuels	RMA	mensuelle	SIG SDSP, SIG régional	Nombre des rapports hebdomadaires ou mensuels reçus / nombre des rapports attendus	Complétude > 90%
	Taux de promptitude des rapports mensuels	RMA				
	Qualité des données (validité, fiabilité, concordance)	RSH, RMA	Hebdomadaire et mensuelle	SIG SDSP, SIG régional	Qualité des données >90%	Co-financement MEval
Niveau Région et Districts	Proportion de régions et districts qui disposent des outils de compilation	RMA ou rapports trimestriels	Mensuelle, trimestrielle	Points focaux (PF) SDSP et régions	Nombre de SDSP et région qui disposent le total des outils / nombre total des SDSP et régions	
	Proportion de régions et districts qui ont accès permanent au portail web	Site web	Annuelle	Ministère/PTF	Nb de régions et districts qui ont accès permanent au portail web/Nb régions et districts	
	Proportion de	Rapport GSIS/DHIS2	Mensuelle et	Ministère/PTF	Nb de districts et	

	districts et région disposent de GSIS/DHIS2 fonctionnel		trimestrielle		région disposent de GSIS/ Nb régions et districts	
	Taux de promptitude des rapports des données compilées	Rapports district et région	Hebdomadaire et mensuelle Trimestrielle	Central et DRSP	Nombre des rapports des données compilées transmis à temps / nombre des rapports attendus	Promptitude > 75%
	Pourcentage des districts qui ont soumis 100% des rapports mensuels attendus dans l'année	Archives RMA DS niveau DRS	Annuelle	Région	Nombre de RMA reçu des DS/Nombre total RMA attendus	12 Rapports attendus par DS
	Proportion de régions et districts qui disposent des outils de compilation	RMA ou rapports trimestriels	Mensuelle, trimestrielle	Points focaux SDSP et régions	Nombre de SDSP et région qui disposent le total des outils / nombre total des SDSP et régions	
	Taux de réalisation des réunions de revue de la qualité des données	Rapport de rencontre	Trimestrielle	DLP	Nombre de rencontre tenues/Nbre planifiés	Financement Evaluation
	Taux de participation aux sessions de validation des données	Rapport des sessions de validation des équipes EMAD	Trimestrielle	DLP	Nombre de participation/Nombre prévus	Financement Evaluation
	Taux de concordance des données entre CSB et DS	Rapport de supervision/vérification des données DLP	Trimestrielle	DLP	Nombre de rapports avec données discordantes/total des rapports	
	Nombre des formations sanitaires présentant une incohérence entre le nombre de	RMA DS	Trimestrielle	DLP	Nombre de FS présentant des incohérences/total de rapports	

	consultants et le cas de fièvre ou signes évocateurs					
	Nombre des formations sanitaires présentant une incohérence entre le nombre de cas de fièvre ou signes évocateurs et RDT effectués	RMA DS	Trimestrielle	DLP	Nbre de FS présentant une incohérence des cas de fièvre et RDT effectues/total RMA	Cohérence doit être supérieure à 90%
	Nombre des formations sanitaires présentant une incohérence entre le nombre de RDT effectués et le nombre total RDT positifs	RMA DS	Trimestrielle	DLP	Nombre de FS avec RDT incohérente/total de rapports visites	
	Nombre des formations sanitaires présentant une incohérence entre le nombre total de RDT positif et le nombre de RDT positif traité à l'ACT	RMA DS	Trimestrielle	DLP	Nombre de rapport avec incohérence/total des rapports reçus	
	Pourcentage des DS avec moins de 90% de valeurs manquantes dans les RMA transmises au niveau région	Rapport compile niveau région	Trimestrielle	DLP	Nombre de Rapports compiles avec moins 90% de valeurs manquantes/total rapports visites	
	Nombre (%) de tous les cas suspects de paludisme confirmé par RDT	RMA Districts	Trimestrielle	DLP	Nombre de RDT faits/nombre cas suspects	100% suspects doivent bénéficier de RDT

Niveau central	Audit de la qualité des données (validité, fiabilité, concordance)	RSH, RMA	Semestrielle	SIG SDSP, SIG régional	Audit de la qualité des données (échantillon des rapports)	Qualité des données >90%
	Taux de promptitude des RMA	RMA Compile région	Mensuelle	RPD Région	Nombre de rapports reçus à temps/total rapport attendus de la période	100% des RMA transmis selon les délais requis
	Taux de complétude des RMA	RMA Compile région	Mensuelle	RPD Région	Nombre de rapports envoyés/total rapport attendus de la période	100% des RMA attendus de la période sont transmis au niveau région
Intervention prioritaire 10. Amélioration de l'analyse, utilisation et la diffusion des données à tous les niveaux						
Niveau CSBs et ACs	Taux de réalisation des sessions internes d'analyse des données pour la prise de décision	PV d'analyse mensuelle des données avec liste des participants élargie aux ACs	Mensuelle	Chef CSB	Nombre de sessions tenues/Total planifié	Une réunion d'analyse des données par mois est optimale
	Proportion de responsables paludisme formée en analyse et utilisation des données	Rapport de formation	Annuelle	DLP	Nombre de RGD forme/existent	Financement MEval
	Proportion de gestionnaire de données niveau DS et région qui utilise les données (affichage, tableaux et graphique de tendance mensuelle, preuve de dissémination)	-Tableau d'affichage dans bureau responsable gestion des données - supports de retro-information	Trimestrielle	DLP	Nombre de DS/Régions qui pratique l'affichage/total visite	Pratique de l'utilisation des données doit être régulière avec des supports adaptés
Niveau national/Central	Nombre de bulletin épidémiologique d'information élaboré	Archives bulletins au niveau DLP	Annuelle	DLP	Nombre de bulletin mensuel produit/total prévu dans l'année	100% des bulletins prévus élaborés
	Nombre de bulletin épidémiologique de surveillance édité et diffusés en	Archives DLP	Trimestrielle	DLP	Nombre de bulletin trimestriel édité/nombre attendus	4 bulletins de SIMR édités avec DVSSE et IPM

	partenariat avec DVSSE/IPM					
	Rapports de retro-information du SNIS reçus des Directions en charge	Archives rapports retro-information	Trimestrielle	DSI/DEP/DVSSE	Nombre de rapports reçus des Directions centrales/Rapports attendus	DSI/DEP doit diffuser trimestriellement un rapport de retro-information des données du SNIS à tous les acteurs
	Proportion de rapports de recherche partagés/diffusés avec les parties prenantes	Rapport de recherche/résumés synoptique	Annuelle	DLP	Nombre de rapport de recherche diffuses/recherches achevées	100% des résultats de recherche terminés sont partagés avec tous les acteurs
	Taux d'acceptation des abstracts soumis à des conférences	Rapports/Livre des abstracts	Annuelle	DLP	Nombre d'abstracts acceptés/nombre soumis	Au moins 50% des abstracts soumis acceptés
	Diffusion du rapport annuel PTA/ S&E a tous les acteurs et partenaires			DLP		
Intervention prioritaire 11. Amélioration de l'exécution budgétaire pour la mise en œuvre des activités						
Niveau national	Taux de mobilisation	Rapport financier trimestriel du service comptable	Annuel	DLP/Service comptabilité	Budget du PSN mobilise/Budget prévu	100% des accords de financement mobilises avant fin 2018
	Taux de décaissement/Absorption dont part consacre aux activités de suivi-évaluation	Rapport financier trimestriel du service comptable	Trimestriel	DLP/Service comptabilité	Montant total des activités du trimestre dépensé/sur budget alloue et part proportionnelle pour le S&E	100% du budget alloue décaissé et consommé
	Taux d'absorption des ressources financières allouées	Rapport financier trimestriel du service comptable	Trimestriel	DLP/Service comptabilité	proportion des dépenses réalisées par rapport au montant alloué	
Intervention prioritaire 12. Renforcement de la supervision intégrée à tous les niveaux						
Niveau CSB et	Proportion des AC	Rapport de	Trimestrielle	Chef CSB	Nombre d'AC	100% des AC de l'aire du CSB

AC	ayant reçu une supervision trimestrielle des équipes CSB	supervision CSB			supervises/AC fonctionnels	supervisées
Niveau districts	Proportion des CSB supervisée par trimestre	Rapports de supervision DS	Trimestrielle	Med Inspecteur SDSP	Nombre de CSB supervise/Total CSB de l'aire du DS	100% des CSB supervises par trimestre
Niveau régions	Proportion des DS supervisés par trimestre	Rapports de supervision régions	Trimestrielle	DRSP	Nombre de DS supervises par trimestre/total DS de la région	100% des DS supervisées
Niveau national/Central	Proportion de supervision intégrée effectuée vers les régions/DS	Rapports de supervision DLP	Trimestrielle	DLP	Nombre de régions/DS supervises/Total DS et régions	100% des structures bénéficient de supervision intégrée
Intervention prioritaire 13. Revue de la performance du programme paludisme						
Niveau Central/DLP	Evaluation du PTA	Rapport d'évaluation	Annuelle	DLP	1 Evaluation annuelle du PTA	Le PTA doit être évalué par an sur les 5 ans
	Revue à mi-parcours du PSN2018-2022 et du PSE	Rapport de revue	2,5 ans	DLP	1 Revue à mi-parcours	Obligation de faire la revue à mi-parcours pour le recadrage
	Mise à jour du profil épidémiologique du pays	Rapport de stratification a 2 ans	2 ans	DLP	Mise à jour a 2 ans	Important pour l'orientation des interventions
Intervention prioritaire 14. Mise en œuvre de recherches opérationnelles/évaluation afin de constituer une base factuelle pour le programme						
Niveau Central	Taux de mise en œuvre des thèmes pertinents de recherches opérationnelles identifiées	Rapports de recherche (Evaluation campagne MID 2018, Evaluation cout-efficacité CPS dans 10 DS	Annuel	DLP	Nombre de RO mise en œuvre/thèmes identifiés	Financement MEASURE Evaluation
	Tenue de cadre de concertation et d'échange sur les	PV de réunions avec recommandations	Semestrielle	DLP	Nombre de réunions tenues/programmées	

	résultats de recherche avec les partenaires					
	Proportion de recherche opérationnelle sur le paludisme financée	Accord d'allocation budgétaire	Annuel	DLP/Service comptable	Nombre de RO financé/nombre soumis	
Intervention prioritaire 15. Mise à jour de la stratification du risque de paludisme tous les deux ans						
Niveau central/DLP	Proportion de districts sanitaires géo référencée/disposant d'une carte sanitaire	Rapport de cartographie	2 ans	DLP/Service SIG	Nombre de district avec coordonnées GPS/Total des districts	
	Proportion de district classifié selon le niveau OMS de risque paludique (contrôle, pré-élimination et élimination)	Rapport de cartographie	2 ans	DLP/SIG	Nombre de districts classifié selon le profil épidémiologique OMS	Stratification du pays permet de cibler les interventions
	Mise à jour du profil épidémiologique du pays	Rapport de stratification a 2 ans	2 ans	DLP	Mise à jour a 2 ans	Important pour l'orientation des interventions
Intervention prioritaire 16. La mise en œuvre d'un protocole de surveillance active dans les zones en pré-élimination, et plan de riposte face aux épidémies						
Niveau Central/DLP	Protocole de surveillance active du paludisme élaboré et valide	Protocole de surveillance validé	Annuel	DLP	1 protocole de surveillance active valide et utilise par la DLP	Financement MEASURE Evaluation
	Proportion des alertes investiguées	Rapports (RSH, physique, électronique)	Journalière, hebdomadaire, mensuelle,	DLP/DVSSE	Nombre des alertes investiguées / nombre total des alertes reçues	100% des alertes doivent faire l'objet d'une investigation
	Existence d'un plan de préparation et de riposte aux	Plan de riposte aux épidémies	5 ans	DLP	1 plan opérationnel de riposte validé	

	épidémies/recrudescence					
Intervention prioritaire 17. Renforcement de la surveillance de routine dans les zones contrôle						
Niveau CSB/ACs	Proportion d'AC formée la surveillance à base communautaire du paludisme	Rapport de formation	Annuelle	DLP	Nombre d'AC forme/nombre AC fonctionnels	100% des AC forme à la SBAC du paludisme
	Proportion d'AC dotes en outils de SBAC paludisme	Etat de dotation	Annuel	DLP	Nombre d'AC dotes/total AC fonctionnels	
	Proportion de CSB qui pratique la surveillance électronique intégrée des maladies	Rapport des données de surveillance hebdomadaire	Hebdomadaire	EMAD	Nombre de CSB équipés en tablette qui envoi des données/total CSB dotées en tablette	
Niveau District	Proportion de CSB qui met en œuvre la surveillance hebdomadaire de routine	Rapports hebdomadaire	Hebdomadaire	EMAD	Nombre de CSB qui rapporte/total CSB	
	Proportion d'alertes notifiées par les CSB au DS	Fiche de notification			Nombre d'alerte avec fiche de notification remplie/total des alertes du DS	
	Proportion d'alertes investiguées	Rapport d'investigation	Hebdomadaire/Mensuelle		Nombre d'alerte investigue/total des alertes notifiés	
Niveau région	Proportion de districts qui effectuent la surveillance hebdomadaire des maladies	Rapport d'envoi des fiches hebdomadaire	Hebdomadaire	EMAD		
	Proportion de districts qui notifie les alertes d'épidémies	Fiche de notification des alertes	Hebdomadaire	EMAR		

	au niveau central					
--	-------------------	--	--	--	--	--

1.6.5 Résultats attendus du plan de suivi-évaluation

- Le plaidoyer auprès des PTF sur la pertinence des activités planifiées est réalisé ;
- Un cadre de concertation avec les responsables des hôpitaux est mis en place pour une meilleure application des directives de prise en charge et de production des données ;
- La collaboration avec les opérateurs de téléphonie mobile est améliorée pour l'appui au transfert des données ;
- Le sous-comité RBM de la cellule suivi-évaluation des performances est redynamisé ;
- Les capacités du personnel impliqué dans la gestion du programme paludisme sont renforcées en suivi-évaluation du paludisme ;
- Les unités de suivi-évaluation du paludisme au niveau des districts sont dotées en équipement et matériels informatique pour la gestion des données ;
- La disponibilité des outils de collecte des données est améliorée à tous les niveaux ;
- La collecte et la transmission des données sont améliorées ;
- Le contrôle qualité des données est effectué à tous les niveaux ;
- L'analyse, l'utilisation et la diffusion des données est améliorée à tous les niveaux ;
- L'exécution du budget du PSN est satisfaisante ;
- La supervision intégrée est renforcée à tous les niveaux ;
- La revue de la performance du programme paludisme est effectuée.

1.6.6 Cadre conceptuel de la mise en œuvre du suivi-évaluation

Le cadre conceptuel du plan de suivi-évaluation décrit les liens logiques entre la conjonction des ressources nécessaires à la mise en œuvre à l'obtention des impacts souhaités, qui passent par la mise en œuvre d'activités prioritaires qui doivent aboutir à des résultats tangibles et mesurables sur la base des données produites. Dans l'objectif d'améliorer la disponibilité des données de qualité pour mieux informer le programme, l'accent est mis sur les outils de collecte de données, la production d'information sanitaire synthétique issue de l'analyse des données, et l'utilisation de l'information pour mieux cibler les interventions nécessaires à la réduction de l'incidence et de la mortalité du paludisme.

La figure du cadre conceptuel ci-dessous illustre les différentes composantes du suivi-évaluation du PSN.

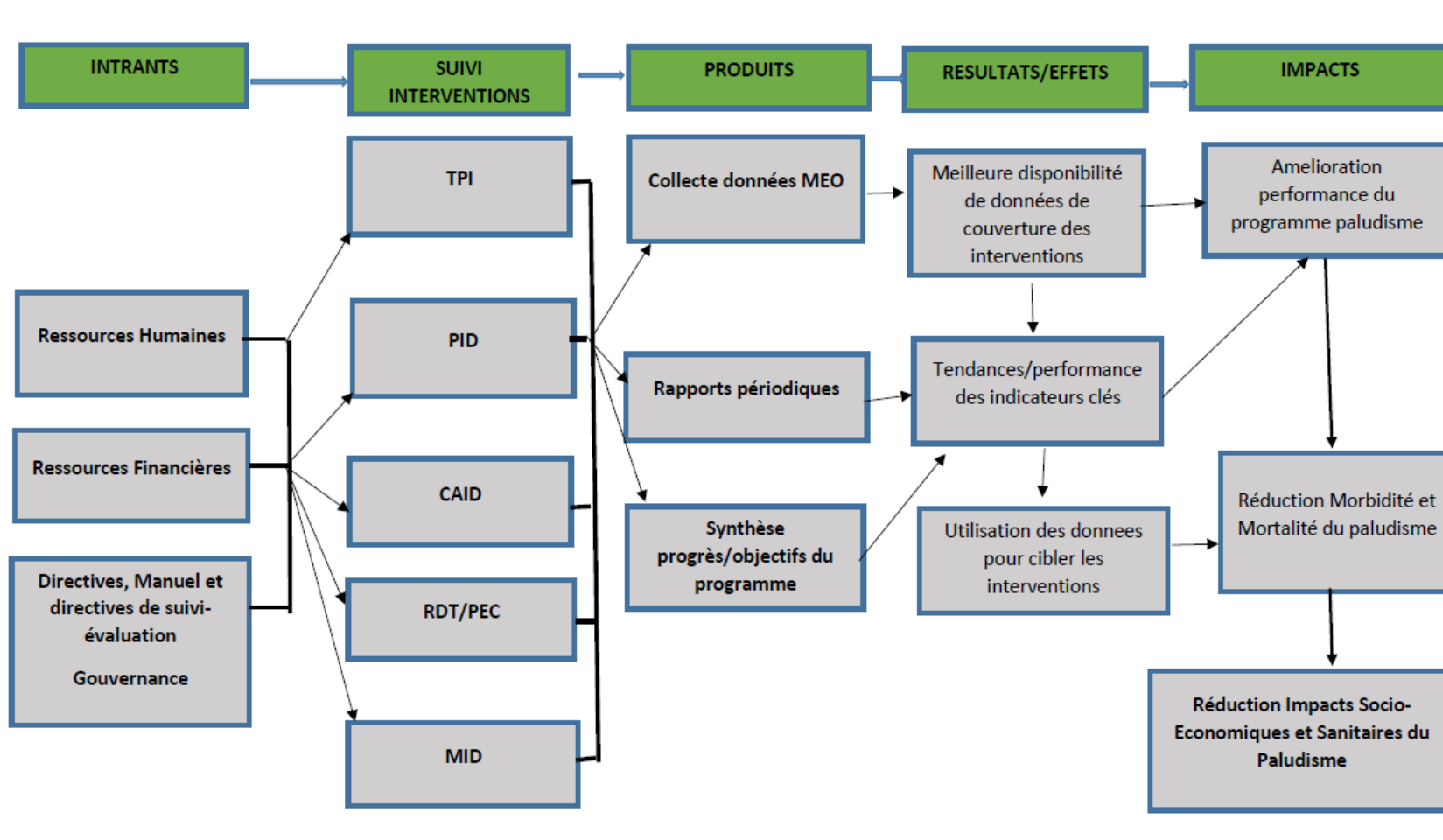


Figure 1 : Cadre conceptuel de la mise en œuvre du suivi-évaluation du PSN

1.6.7 Indicateurs clés de suivi-évaluation de la performance

Matrice des indicateurs

La matrice est la présentation idéale qui donne une synthèse des indicateurs y compris la source, la fréquence, le responsable de la collecte comme illustre dans le tableau de la matrice des indicateurs ci-dessous.

Tableau 6: Matrice des indicateurs de suivi-évaluation

Indicateurs	Définition opérationnelle	Méthode de collecte de données	Sources d'informations	Niveau de collecte des données	Périodicité de collecte des données	Responsable	Observations
INDICATEURS D'IMPACTS							
Incidence du paludisme (cas confirmés par TDR/microscopie) pour 1000 habitants par an	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) au niveau CSB et communautaire pendant une période donnée. Dénominateur : Nombre total de la population (tout tranche d'âge) x 1 000	Routine (SISR)	RMA CSB	CSB Sites communautaires	Mensuel	Agents communautaires CSB SSD DLP	Indicateurs permettant de mesurer l'incidence annuelle du paludisme au niveau de la population Objectif PMI : Réduire la morbidité liée au paludisme de 40% par rapport au niveau de base
Mortalité liée au paludisme (décès attribué au paludisme confirmé parmi tous les décès enregistrés au niveau des hôpitaux)	Numérateur : Nombre de décès (probables ou confirmés) du au paludisme enregistrés au niveau des hôpitaux. Dénominateur :	Routine (SISR)	RMA CH	Centres Hospitaliers	Mensuel	CH SSSD DLP	Indicateurs permettant de mesurer la mortalité liée au paludisme en milieu hospitalier Objectif PMI : réduire la mortalité liée au paludisme de ¾ par

	Nombre de décès toutes causes enregistrés x 100						rapport au niveau de base
Mortalité hospitalière dus au paludisme pour 1000 habitants et par an	Numérateur : Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme pour une période donnée. Dénominateur : Nombre de population x 1 000	Routine (SISR)	RMA CH	Centres Hospitaliers	Mensuel	CH SSSD DLP	Indicateurs permettant de mesurer la mortalité liée au paludisme au niveau de la population.
Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre	Numérateur : Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre. Dénominateur : Nombre total d'enfants de 6 à 59 mois testés durant l'enquête.	Dépistage	Enquête MIS	Enfants de 6 à 59 mois inclus dans l'échantillon et éligible pour le test	Tous les 2 ans	DLP	Indicateurs permettant de mesurer la prévalence du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois.
Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux	Numérateur : Nbre total de décès dus au paludisme grave chez les enfants moins de 5 ans enregistrés dans la formation sanitaire x1000 Dénominateur : Nbre total de cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans	1. Routine (SIS) 2. Enquêtes spéciales Enquêtes au niveau des formations sanitaires (Surveillance des patients hospitalisés)	1. Rapport SNIS 2. Rapports d'enquête	I. District, Régional, National	Annuelle	DLP/DEP/SSSD	Mesure de la mortalité du paludisme chez les enfants moins de 5 ans en milieu hospitalier du fait du paludisme grave

Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans au niveau de la communauté	Numérateur : Nbre total de décès dus au paludisme grave chez les enfants moins de 5 ans enregistrés au niveau communautaire x1000 Dénominateur : Nbre total de cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans	1. Routine (SIS) 2. Rapport d'investigation et riposte 3. Enquêtes spéciales Enquêtes au niveau des formations sanitaires (Surveillance des patients hospitalisés)	1. Rapport SNIS 2. Rapport d'investigation et riposte 3. Rapports d'enquête	Communautaire, District, Régional, National	Annuelle	DLP/DEP/SSSD	Mesure de la mortalité du paludisme chez les enfants moins de 5 ans au niveau communautaire du fait du paludisme grave
Mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	Numérateur : Nbre total de décès annuel du au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans x 1000 / Dénominateur : Population totale des enfants de moins de 5 ans en milieu d'année	1. Routine (SNIS) 2. Enquêtes et études spéciales 3. EDS 4. Enquêtes au niveau communauté	1. Rapport SNIS 2. Rapports EDS 3. Rapports SSD 4. Rapports d'enquête	1. District, Régional, National 2. Communautaire 3. Communautaire 4 District	1. Annuel 2. Tous les 5 ans 3. Continu 4. Tous les 2-3 ans	DEP/DLP/DS	Mesure de la mortalité du paludisme chez les moins de 5 ans
Indicateurs	Définition opérationnelle	Méthode de collecte de données	Sources d'informations	Niveau de collecte des données	Périodicité de collecte des données	Responsable	Observations

INDICATEURS D'EFFETS							
Proportion de cas de paludisme confirmé traités correctement (à l'ACT) aux niveaux des formations sanitaires	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple confirmé traités correctement (à l'ACT) au niveau des formations sanitaires Dénominateur : Nombre total des cas de paludisme simple confirmé dans les formations sanitaires sélectionnées x 100	Routine (SISR)	RMA	CSB	Mensuel	DLP	Performance du traitement à l'ACT
Proportion de cas de fièvre ayant subi un test parasitologique (RDT) au niveau des formations sanitaires.	Numérateur : Nombre de cas de fièvre testés par RDT Dénominateur : Nombre total de cas de fièvre (signes évocateurs) x 100	Routine (SISR)	RMA	CSB	Mensuel	DLP	Performance de l'utilisation du RDT
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe des CSB	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple confirmés par RDT au niveau CSB. Dénominateur : Nombre de consultations	Routine (SISR)	RMA CSB	Points de prestation de service (CSB, CH)	Mensuel	CSB SSD DLP	Indicateur permettant de mesurer la morbidité lié au paludisme

	externes x 100.						
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MID la nuit dernière Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi au sein du ménage enquêté la nuit dernière fois 100	Enquête au niveau de la population	ENSOMD Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 et 3 ans	DLP USAID	PMI Objective Enquête MIS co-financée par l'USAID et le Fonds Mondial Utilisation des MIDs chez les enfants de moins de 5 ans.
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous une MID la nuit dernière Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes enquêtées fois 100	Enquête au niveau de la population	ENSOMD Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 et 3 ans	DLP USAID	PMI outcome objective Enquête MIS cofinancé par l'USAID et le Fonds Mondial Utilisation des MIDs chez les femmes enceintes.
Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	Numérateur : Nombre de la population dormant sous MID la nuit précédente Dénominateur : Nombre total de la population dans l'échantillon d'enquête	Enquête au niveau de la population	ENSOMD Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 et 3 ans	DLP USAID	Enquête MIS cofinancée par l'USAID et le Fonds Mondial Utilisation des MIDs au niveau de la population globale dans les zones ciblées.
Proportion de ménage avec au moins une MID	Nombre total de ménage possédant une MID/Total	HHS/Enquête Ménage	EDS	Ménages			PMI Objective

	ménage enquêtes						
Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	Numérateur : Nombre total de ménage ayant au moins 1 MID Dénominateur : Nombre total de ménage dans l'échantillon d'enquête	Enquête au niveau de la population	ENSOMD Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 et 3 ans	DLP USAID	PMI Objective Enquête MIS cofinancée par l'USAID et le Fonds Mondial Possession de MID (conformément aux objectifs) au niveau des ménages.
Pourcentage de la population protégée par la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	Numérateur : Nombre de population ciblée protégée par les opérations de pulvérisation/'aspersion intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID/AID) durant les 12 derniers mois Dénominateur : Nombre total de population dans les zones ciblées et inclus dans l'échantillon.	Enquête au niveau de la population	ENSOMD Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 et 3 ans	DLP USAID	PMI Outcome objective Enquête MIS cofinancée par l'USAID et le Fonds Mondial Couverture en PID.
Proportion de ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes et/ou ayant fait l'objet de pulvérisation intra	Numérateur : Nombre de ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes et/ou ayant fait l'objet de pulvérisation intra	Enquête au niveau de la population	ENSOMD Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 et 3 ans	DLP USAID	Enquête MIS cofinancée par l'USAID et le Fonds Mondial Indicateur permettant de mesurer la couverture de l'un des principales mesures de préventions dans les ménages.

domiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	domiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours des 12 derniers mois. Dénominateur : Nombre total de ménages dans les zones ciblées et inclus dans l'échantillon						
Pourcentage de la population protégée par les lutttes antivectorielles intégrées	Numérateur : population protégées par les lutttes antivectorielles intégrées Dénominateur : Nombre de population enquêtée.	Enquête au niveau de la population	ENSOMD Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 et 3 ans	DLP USAID	Enquête MIS cofinancée par l'USAID et le Fonds Mondial Indicateur permettant d'évaluer si les populations utilisent l'un ou plusieurs méthodes de lutte antivectorielle intégrées
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant déclaré avoir reçu au moins 2 doses de SP Dénominateur : Nombre total de femmes interrogées qui ont eu de naissance vivante dans les deux dernières années	Enquête au niveau de la population	Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 ans	DSFA DLP	Indicateur permettant de mesurer le taux de couverture en TPI2
Pourcentage de femmes ayant reçu 2 doses de traitement préventif	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant	Routine (SISR)	RMA CSB	CSB	Mensuel	DSFA DLP	Indicateur permettant de mesurer la performance du TPI 2 par rapport aux

intermittent (TPI) pour le paludisme parmi les femmes enceintes vues en CPN1	déclaré avoir reçu au moins 2 doses de SP Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes venues en CPN1.						femmes enceintes vues en CPN1.
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les grossesses attendues	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant déclaré avoir reçu au moins 3 doses de SP Dénominateur : Nombre total de femmes interrogées qui ont eu de naissance vivante dans les deux dernières années	Enquête au niveau de la population	Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 ans	DSFA DLP	PMI Outcome objective Indicateur permettant de mesurer le taux de couverture en TPI3
Pourcentage de femme qui ont reçu deux doses ou plus de TPI durant leur dernière grossesse au cours des deux années précédentes	Nombre de femmes ayant reçu au moins deux doses de TPI/Total de femmes enquêtées	HHS/EM/EDS	Rapports EDS/HHS	Population /Ménages	Annuelle		PMI Outcome objective
Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals	Numérateur : Nombre de femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals. Dénominateur : Nombre de grossesse attendue.	Routine (SISR)	RMA CSB	CSB	Mensuel	DSFA DLP	PMI Outcome objective Indicateur permettant de mesurer d'une manière continue le taux de fréquentation des services de consultations prénatales au niveau CSB.

Pourcentage de personnes responsables d'enfants qui ont eu recours aux soins des AC dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	Numérateur : Nombre de personnes responsables d'enfants qui ont eu recours aux soins des AC dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans Dénominateur : Nombre de personnes responsables d'enfants enquêtés.	Enquête au niveau de la population	Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 ans	DLP	Indicateur permettant d'évaluer les connaissances des personnes ciblées (mères/responsables d'enfants) sur le paludisme
Pourcentage de personnes qui connaissent la cause du paludisme.	Numérateur : Nombre de personnes qui connaissent la cause du paludisme. Dénominateur : Nombre de personnes enquêtés.	Enquête au niveau de la population	Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 ans	DLP	Indicateur permettant d'évaluer les connaissances de personnes ciblées (mères/responsables d'enfants) sur le paludisme
Pourcentage de personnes qui connaissent le traitement recommandé pour le paludisme simple.	Numérateur : Nombre de personnes qui connaissent le traitement recommandé pour le	Enquête au niveau de la population	Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 ans	DLP	Indicateur permettant d'évaluer les connaissances de personnes ciblées (mères/responsables d'enfants) sur le paludisme

	paludisme simple. Dénominateur : Nombre de personnes enquêtés.						
Pourcentage de personnes qui connaissent les mesures préventives en lien avec le paludisme (MID).	Numérateur : Nombre de personnes qui connaissent les mesures préventives en lien avec le paludisme (MID). Dénominateur : Nombre de personnes enquêtés.	Enquête au niveau de la population	Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 ans	DLP	Indicateur permettant d'évaluer les connaissances des personnes ciblées (mères/responsables d'enfants) sur le paludisme
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre au cours de 2 semaines avant l'interview pour lesquels on a recherché des conseils et/ou un traitement.	Numérateur : Nombre de mères et/ou responsables d'enfants ayant affirmés recherchés des conseils et/ou un traitement pour leur enfant Dénominateur : Nombre de mères et/ou responsables d'enfants enquêtés	Enquête au niveau de la population	Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 ans	DLP	PMI Objective Indicateur permettant d'évaluer les connaissances des personnes ciblées (mères/responsables d'enfants) sur le paludisme
Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre au cours des deux semaines précédentes qui ont bénéficié d'un test	Nombre total de TDR effectue//Total d'enfant présentant une fièvre	Routine (SISR)	RMA	CSB, Hôpitaux	Mensuel	DLP	PMI Outcome Objective

rapide de dépistage du paludisme							
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un ACT parmi les cas de fièvre au cours des deux semaines précédentes testées positifs et traitement par n'importe lequel antipaludique	Nombre d'enfants ayant reçu un traitement par ACT/Total traitement avec n'importe lequel antipaludique	Routine (SISR)	RMA	CSB	Mensuel	DLP	PMI Outcome objective
Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont cité MID comme moyen efficace pour prévenir le paludisme.	Numérateur : Nombre de femmes de 15-49 ans qui ont cité MID comme moyen efficace pour prévenir le paludisme. Dénominateur : Nombre de femmes de 15-49 ans enquêtées	Enquête au niveau de la population	Malaria Indicator Survey	Ménages	Tous les 2 ans	DLP	Indicateur permettant d'évaluer les connaissances des personnes ciblées (mères/responsables d'enfants) sur le paludisme
Nombre de district passé en statut de pré-élimination (Evolution annuelle)	Nombre de district passé en statut de pré-élimination	Routine (SISR)	RMA	CSB	Annuelle	DLP	
Indicateurs	Définition opérationnelle	Méthode de collecte de données	Sources d'informations	Niveau de collecte des données	Périodicité de collecte des données	Responsable	Observations
INDICATEURS DE PROCESSUS							
Proportion de cas suspect de paludisme grave soumis à un diagnostic microscopique dans	Numérateur : Nombre de cas confirmés (par microscopie) de paludisme grave.	Routine (SISR)				CH	Indicateurs permettant de mesurer performance

les Centres Hospitaliers.	Dénominateur : Nombre de cas de paludisme grave déclarés au niveau du CH x 100		RMA CH Registre de laboratoire	Centres Hospitaliers	Mensuel	SSSD DLP	de la réalisation des tests à la microscopie et le respect du protocole de diagnostic.
Proportion de cas confirmé par diagnostic microscopique ventilée par espèces plasmodiales)	Numérateur : Nombre de cas confirmés par microscopie répartis par espèces plasmodiales. Dénominateur : Nombre total de cas positifs (par microscopie)	Routine (SISR)	RMA CH Registre de laboratoire	Centres Hospitaliers	Mensuel	CH SSSD DLP	Indicateurs permettant de répartir la répartition par espèces plasmodiales.
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers de campagnes à grande échelle	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers de campagnes à grande échelle	Suivi de la distribution	Rapport de distribution	Sites de distribution (Fokontany)	2018, 2012	DLP USAID SDSP	Indicateur spécifique liée à la campagne de MID universelle prévue pour 2018 et 2012
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles (Femmes enceintes, enfants <1	Total du nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribués aux groupes cibles de manière continue (femmes enceintes et enfants moins de 5	Routine (SISR)	RMA CSB Rapport spécifique de distribution.	CSB	Mensuelle	DLP USAID SDSP	Indicateur permettant de mesurer la couverture théorique en MID.

an)	ans)						
Pourcentage de test de sensibilité effectué	Numérateur : Nombre de test de sensibilité effectué. Dénominateur : Nombre de test de sensibilité prévu.	Etude sur terrain	Rapport de descente sur terrain	Sites entomologiques	Trimestriel	ENTOMO/DLP	
Proportion de sites où la résistance des vecteurs à au moins un insecticide a été détectée	Numérateur : Nombre de sites où la résistance des vecteurs à au moins un insecticide a été détectée. Dénominateur : Nombre total de site effectué.	Etude sur terrain	Rapport de descente sur terrain	Sites entomologiques	Trimestriel	ENTOMO/DLP	
Proportion de site où la durée de l'efficacité de l'insecticide correspond à la rémanence donnée	Numérateur : Nombre de sites où la durée de l'efficacité de l'insecticide correspond à la rémanence donnée Dénominateur : Nombre total de site effectué.	Etude sur terrain	Rapport de descente sur terrain	Sites entomologiques	Trimestriel	ENTOMO/DLP	
Proportion de MID testées qui ont encore une efficacité optimal	Numérateur : Nombre de de MID qui ont encore une efficacité. Dénominateur : Nombre de MID collectés sur le terrain.	Enquête	Enquête Net Durability	Ménage	3, 6, 12 et 24 mois après la campagne	DLP	Etude sur terrain pour évaluer l'efficacité des MIDs distribués au cours de la campagne.
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de	Numérateur : Nombre d'établissements de	Routine (SISR)					Indicateur permettant de suivre la situation des intrants au niveau des CSB.

stock de médicaments essentiels (ACT et RDT)	santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (Sans rupture d'un des 4 molécules d'ACT et RDT) Dénominateur: Nombre d'établissements ayant soumis des rapports.		RMA CSB Rapport intrants	CSB	Mensuel	DSFA DLP	Si le CSB n'a plus de stock de RDT ou l'un des 4 molécules d'ACT, ils sont considérés comme en situation de rupture.
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (Artesunate Injectable)	Numérateur : Nombre d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (Artesunate injectable) Dénominateur : Nombre d'établissements ayant soumis des rapports.	Routine (SISR)	RMA CH Rapport intrants	CH	Mensuel	DSFA DLP	Indicateur permettant de suivre la situation des intrants au niveau hospitalier
Pourcentage des activités réalisées par rapport aux activités mentionnées dans le Plan de Travail	Numérateur : Nombre d'activités réalisées . Dénominateur :	Compilation des réalisations mensuelles	Canevas suivi PTA	Services DLP/Partenaires	Trimestriel	Tous services DLP Partenaires RBM	Suivi du taux de réalisation technique et financière du programme.

Annuel du Programme.	Nombre d'activités mentionnées dans le PTA.						
Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	Numérateur : Nombre de districts ayant présentés leurs rapports dans les délais. Dénominateur : Nombre total de district x 100	Pointage des rapports reçus	Tableau de suivi	District	Mensuel	CSEP/DLP	Taux de promptitude
Proportion de rapport des districts reçu au niveau central ayant bénéficié un contrôle de qualité des données et avec retro informations fournis	Numérateur : de rapport des districts reçu au niveau central ayant bénéficié un contrôle de qualité des données et avec retro informations fournis. Dénominateur : Nombre total de district x 100	Pointage des rapports reçus	Tableau de suivi	District	Mensuel	CSEP/DLP	Qualité des données
Pourcentage d'épidémies/situations d'urgences détectées et contrôlées respectivement dans le délai de deux semaines de leur survenue et de détection	Numérateur : Nombre d'épidémie contrôlé. Dénominateur : Nombre de situation d'urgence détectés	Surveillance hebdomadaire	Rapports hebdomadaires	Communauté CSB SSD	Ponctuelle	CSEP/DLP	
Pourcentage d'alertes vérifiées sur alertes notifiées	Numérateur : Nombre d'alerte vérifié	Surveillance hebdomadaire	Rapports hebdomadaires Rapport de	Communauté é CSB SSD	Ponctuelle	CSEP/DLP	

	Dénominateur : Nombre d'alerte signalé quelques soit la source.		vérification d'alerte				
Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par recherche active : Nombre de cas testés/20% de la population du Fokontany x 100	Numérateur : Nombre de cas testés Dénominateur: Nombre total de la population du fokontany	Investigation	Rapport d'investigation	Fokontany Commune CSB	Ponctuelle	DLP / DVSSE	

2 Sources de données et système de rapportage

2.1 Types de données

Il existe différents types de données selon l'origine :

a) Données de routine

▪ *Données de routine des formations sanitaires*

La collecte des données de routine incombe au niveau opérationnel à travers les outils de collecte mis à leur disposition par le niveau central. Cette collecte suit le circuit normal du SNIS pour alimenter la base de données dont l'analyse permet de prendre des décisions. Ainsi, les données collectées au niveau des CSB y compris celle des agents communautaires sont compilées et envoyées au niveau des CSB qui les intègrent dans leur RMA. Les outils de collecte des données sont intégrés et prennent en compte les besoins de la DLP y compris les autres programmes en matière de demande de données.

▪ *Données de surveillance épidémiologique des maladies et la SIMR*

Elles sont recueillies à partir des outils de gestion, souvent agrégées selon la périodicité de collecte des différents rapports en particulier le rapport de surveillance hebdomadaire de paludisme et le rapport mensuel d'activités des sites communautaires et des formations sanitaires.

La surveillance sentinelle de fièvre, en collaboration avec l'Institut Pasteur de Madagascar, développe un système d'alerte précoce des syndromes fébriles, susceptibles d'avoir un impact en terme de santé et ce dans le but de déclencher une riposte rapide. Les données sont traitées au niveau de l'IPM et sont diffusées chaque semaine à la DLP, la Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique (DVSSE), au Service de Lutte contre les Maladies Emergentes et Négligées (SLMEN) et aux partenaires RBM.

A ce niveau, la Surveillance Electronique Intégrée (SEI) est développée à partir du guide de surveillance international standard de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle consiste à collecter en temps réel des données et à mettre à disposition de l'information par l'intermédiaire d'un cadre en ligne qui est accessible à tous les niveaux du ministère de la Santé. Le système de surveillance épidémiologique et d'alerte précoce est sous la responsabilité de la DVSSE qui en assure la coordination avec toutes les structures pourvoyeuses de données.

En partenariat avec l'institut Pasteur de Madagascar et l'OMS, la DVSSE pratique la surveillance électronique dans 54 CSB, 18 CHR et 108 structures communautaires. Il s'agit d'un partenariat qui permet de mettre à la disposition de la DVSSE des données des sites sentinelles de surveillance des fièvres gérées par l'IPM et de la surveillance communautaire gérée par MIKOLU/USAID y compris

celles du paludisme a la DLP.

La surveillance électronique contribue énormément à l'amélioration de la disponibilité des données à temps pour la prise de décision. Elle devrait néanmoins être renforcée pour couvrir un nombre plus important de CSB.

Toutefois, le non intégration des différents systèmes de surveillance entraine une inefficacité dans la gestion et l'utilisation des données qui ne sont pas souvent disponibles à temps pour la prise de décision. Un effort de coordination devrait être fait pour la mise en cohérence des différents systèmes et surtout d'affirmer le leadership du Ministère de la santé dans la centralisation des données et son utilisation pour la riposte face aux risques sanitaires.

▪ **Surveillance spécifique des médicaments**

La surveillance de l'efficacité thérapeutique (TET) des antipaludiques utilisés à Madagascar (ASAQ et AL) vis-à-vis des parasites s'avère importante pour évaluer l'efficacité clinique et parasitologique. L'Etude des bios marqueurs permet d'évaluer la proportion de souche mutante associée à la résistance.

Dans cette perspective d'un meilleur suivi de la pharmacovigilance, la décentralisation du Contrôle qualité des RDT à Madagascar a été instaurée par l'OMS et orientée sur l'étude des Effets Indésirables Médicamenteux (EIM).

▪ **Données météorologiques**

La Direction Générale de la Météorologie (DGM) envoie trimestriellement des données de prévision sur la température et la précipitation. Il s'agit des données synthétiques pour chaque région qui contribuent à orienter le programme. Toutefois, l'obtention de données primaires par district serait plus utile pour la DLP.

▪ **Données satellitaires/ SIG**

La Direction de Lutte contre le Paludisme utilise un logiciel ARGIS pour l'analyse spatialisée des données épidémiologiques. Ce logiciel est plus performant, coûte cher et l'utilisation est limitée à l'unité de base de données.

Pour disposer d'une analyse en temps réel, l'abonnement annuel pour l'importation des données satellitaires plus approfondies s'avère indispensable

b) Données périodiques

▪ **Recensement général de la population**

Le dernier recensement a été réalisé en 1993, la population totale de Madagascar est estimée annuellement par projection de ce dernier. Le nouveau recensement actuellement en cours de cette année 2017 donnera le chiffre plus près du nombre exact de la population répercutant aux valeurs des certains indicateurs.

- **Sectorisation harmonisée**

Il s'agit d'un recensement par secteur sanitaire avec un consensus entre les différents programmes. La sectorisation harmonisée comprend les informations suivantes : secteur géographique (Région, District, Commune, Fokontany), nombre de population, nombre des FS, accessibilité, distance.

- **Enquête sur les indicateurs du paludisme (enquête MEDALI, EIPM etc.)**

- L'enquête EIPM récolte des données sur tous les aspects du paludisme et effectuée tous les 3 ans. La dernière enquête a été réalisée en 2016.
- L'enquête MEDALI est une enquête de déterminants de l'accès aux méthodes de lutte antipaludique et de leur impact.
- L'enquête post campagne MID et CAID

- **Recherches opérationnelles**

Ce sont des études effectuées pour de possibles réorientations stratégiques (Gestion intégrée de vecteurs, Chimio Prévention Saisonnière (CPS), RDT au niveau du secteur privé, etc.) dont les résultats resteront à disséminer.

Classification des données

Les données sont groupées en données primaires, secondaires et tertiaires.

- **Données primaires**

Il s'agit des données obtenues à travers les supports primaires standardisés au niveau de services de santé et/ou de programme tels que les registres de consultation externe, d'hospitalisation, de consultation prénatale au niveau communautaire et des formations sanitaires.

- **Données secondaires**

Il s'agit des données compilées dans des canevas préétablis, établies par les formations sanitaires (Rapports mensuels d'activités, Annuaire statistique).

- **Données tertiaires**

Ce sont des données obtenues à partir de croisement de plusieurs sources dans des applications spécifiques (GESIS, Global Malaria Web, Channel,...).

2.2 Système de collecte de données

Le système de collecte des données est organisé selon les trois niveaux du système de santé.

Pour se faire, différentes méthodes de collectes des données sont utilisées pour suivre l'évolution des indicateurs clés du programme.

Au niveau périphérique

- Le niveau périphérique est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé chargée de la mise en œuvre et de suivi des activités par les AC et les agents de santé.
- Les agents communautaires se chargent de l'enregistrement des cas reçus, de la compilation des informations mensuelles relatives au cas traités, de la gestion des intrants et de rapporter les éventuelles épidémies au centre de santé de rattachement.
- Le renforcement des capacités des AC devrait leur permettre de jouer un rôle clé dans la mise en œuvre et le suivi des activités. L'intégration des activités des AC, telle que stipulée dans la politique nationale de santé communautaire, est un des défis majeurs dans la mise en œuvre des programmes de lutte mis en place.
- Les responsables des formations sanitaires (CSB, CHRD) sont chargés de l'enregistrement des cas, la production de l'information locale à travers la collecte ou la notification des cas, la compilation des rapports des sous-unités (sites communautaires), l'élaboration du rapport mensuel, l'investigation locale pour les maladies/ évènements sous surveillance. Les rapports mensuels d'activités ou RMA sont envoyés pour être analysés et synthétisés au niveau du Service de District de la Santé Publique (SDSP).
- Le SDSP notifie les évènements importants aux différents programmes de santé pour une action éventuelle et transmet les rapports mensuels en version électronique au niveau régional et Central. Le responsable statistique au niveau du district est chargé de compiler les rapports mensuels des centres de santé, élaborer un rapport mensuel à transmettre à la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) et au niveau central par le Service de la Statistique Sanitaire et Démographique (SSSD) pour une analyse des performances, réaliser le contrôle de qualité et assurer la retro-information.

Pour la Direction de Lutte contre le Paludisme, le logiciel Global Malaria Web (GMW) est utilisé à partir du niveau district.

Dans le cadre de SEI, les données sont saisies sur téléphone ou tablette et transmises via SMS ou internet. Elles sont stockées au niveau d'un serveur, puis consultables sur le Site web du Ministère de la Santé.

Au niveau intermédiaire

Représenté par la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP), il est le lieu de centralisation, vérification initiale des rapports des SDSP. Le responsable des statistiques au niveau régional est chargé de transmettre les rapports mensuels des SDSP au SSSD, analyser les performances et la valeur des indicateurs et envoyer la retro-information.

Au niveau Central

La structure centrale de la coordination est le SSSD. En plus de la collecte de données, cette structure est également chargée de coordonner, centraliser, analyser, actualiser et conserver l'information sanitaire. Ce niveau est également chargé d'élaborer les notes d'orientation pour soutenir le processus de prise de décision par le décideur du système de santé

2.3 Gestion et analyse des données

2.3.1 Mode de gestion

La base de données paludisme utilise 2 modes de gestion de données :

Données physiques

Ce sont des rapports périodiques d'activités, de monitoring et de supervision fournis, en version papier, par la DLP et les partenaires. Ces données sont stockées au niveau de la gestion de la base de données et traitées en fonction de la demande.

Données électroniques

Il s'agit des données électroniques relationnelles utilisant des liens avec un logiciel de cartographie. La Direction utilise le logiciel « Global Malaria Web » accessible par internet permettant de faciliter l'alimentation de la base de données par les districts et la visualisation des résultats par chaque responsable à chaque niveau du système : District, Région, Central, ainsi que les partenaires.

L'utilisation de ce site web a pour objectifs de:

- ✓ Disposer des informations en temps réel sur le progrès de la lutte contre le paludisme dans le pays ;

- ✓ Compiler les rapports d'activités des différents niveaux (partenaires, toutes les DPS, responsables régionaux, responsables districts) ;
- ✓ Compiler les données sur le paludisme par formations sanitaires et par districts incluant les données du niveau communautaire (morbidity, prévention, mortalité) ;
- ✓ Faciliter le suivi des indicateurs (processus, résultats, impacts) ;
- ✓ Compiler les indicateurs du Programme par niveau (indicateurs du PSE, cadre de performance)
- ✓ Mettre à jour régulièrement la base de données.

Dans les perspectives, il est prévu de mettre en réseau la base de données avec les partenaires RBM. Les données des enquêtes spécifiques qui seront menées, telles que les enquêtes de chimiorésistance des parasites aux antipaludiques et des vecteurs aux insecticides, les enquêtes démographiques de santé, progression des activités stratégiques, feront l'objet de traitement spécifiques.

2.3.2 Infrastructures et équipements de travail

La cellule de SE et de la performance du Programme se trouve au sein du CNLP et comprend deux divisions (Divisions BDD et SE).

Les deux divisions sont équipées de matériels informatiques ainsi que de mobiliers adéquats pour mener à bien son travail (ordinateurs, disques durs externes pour la sauvegarde périodique des informations, un serveur, etc.)

La cellule dispose également d'une connexion internet à haut débit pour l'accès et la mise à jour des données.

Toutefois la base de données n'a pas de serveur externe pour la sécurité des données en cas d'incendie, inondation, etc.

2.3.3 Assurance de la qualité des données

2.3.3.1 Qualité des données

L'importance de la qualité des données se trouve dans leur utilisation et les informations qu'elles génèrent pour orienter le processus de prise de décision. Les données dans la plupart des cas sont utilisées pour : orienter les activités, planifier les interventions, la prise de décision régulière, développer des politiques, stratégies, montrer l'ampleur d'une maladie ou d'un problème, et avoir l'adhésion des prestataires aux standards établis. Dans ce contexte, la mauvaise qualité des données va conduire à une mauvaise qualité des informations disponibles en rapport avec les projets ou

interventions, conduire à disséminer de faux résultats, à induire en erreur dans la prise de décision non basée sur les faits réels et une utilisation non efficace des ressources.

La qualité des données repose sur la capacité du système de gestion et de rapportage à produire des données de qualité. Pour que les données produites soient de bonne qualité, et suivent le circuit de gestion des données, il y a la nécessité d'avoir les composants clés d'un système de S & E fonctionnels à tous les niveaux du système de santé à savoir: le niveau de prestation des services (CSB), le niveau intermédiaire où les données sont compilées (DS, Régions) et l'unité de SE au niveau le plus élevé où les données sont rapportées (Niveau central). Cela suppose également de s'assurer qu'un certain nombre d'outils standardisés de suivi évaluation sont disponibles au niveau des services fournisseurs de données avec une définition claire des indicateurs à renseigner le tout soutenu par des normes et procédures connues et appliquées par les acteurs du système. La disponibilité des outils standards de rapportage des données, les données sources, les procédures de vérification et de validation des données devraient être en place.

L'assurance qualité des données implique également de s'assurer que toutes les dimensions de la qualité des données sont prises en compte dans le processus décisionnels, à savoir : la validité des données, leur fiabilité, leur précision, la complétude, la promptitude, l'intégrité des données et la confidentialité des données.

La qualité comprend tous les éléments d'une bonne information permettant une prise de décision adéquate et répondant exactement aux besoins des décideurs et des autres utilisateurs de l'information sanitaire. La qualité est constituée des dimensions suivantes: l'intégrité du système d'information, l'exactitude, la disponibilité, la rapidité de la transmission et d'accessibilité à temps réel des données, et la capacité d'agrégation des données et de l'interprétation de l'information.

Les données collectées doivent être de qualité avant d'être analysées et interprétées. Une validation régulière des données est un élément important de l'amélioration de la qualité des données. Elle consiste à apporter sur place les corrections des erreurs constatées dans les rapports. Cette session de validation des données est conduite semestriellement au niveau de chaque district. Le contrôle de qualité des données et leur validation sont faits au cours des supervisions (internes et externes), du monitoring semestriel et à l'occasion des réunions trimestrielles organisées au niveau des Districts. Ce contrôle de qualité doit être fait aussi bien pour les données de routine que pour les données d'enquête.

2.3.3.2 Obstacles à la production des données de qualité

La production de données de qualité peut être compromise par un certain nombre d'obstacles qu'il convient de lever dans le processus de gestion des données comme illustrée dans le tableau 5.

Tableau 7: Obstacles à la production de données de qualité et solutions pour les surmonter

Processus	Facteurs affectant la qualité des données	Solutions
Traitement et analyse des données	- Erreurs des utilisateurs - Calcul manuel - Analyse manuelle - Manque de plan d'analyse - Problèmes de compétences du staff - Comparaisons aux normes et aux objectifs	- Formation des utilisateurs - Automatisation des calculs des indicateurs - Elaborer un plan d'analyse des données - Former le staff au traitement des données - Fixer des normes réalistes
Rapports mensuels	- Données non analysées et non interprétées - Non validation des données en interne - Absence de canevas de rédaction - Duplication des rapports	- Former sur l'analyse et interprétation des données - Tenir des sessions de validation interne des données à tous les niveaux - Elaborer un canevas standard
Dissémination des données	- Feedback partiel sur les résultats clés - Pas de plan de dissémination - Faible connexion internet - Mauvaise allocation des ressources - Manque d'archivage à tous les niveaux	- Faire un feed-back régulier sur les résultats clés avec les acteurs à tous les niveaux - Améliorer le système d'archivage des données - Elaborer un plan de dissémination au niveau - Assurer une bonne connexion internet à tous les niveaux - Allouer les ressources sur la base de données probantes - Elaborer une note de rappel sur les normes de l'archivage (5 ans)

2.3.3.3 Contrôle qualité des données du paludisme

Le contrôle de la qualité des données est une activité systématique dès la collecte et ou la réception des données. Il a lieu avant, pendant et après la saisie des données dans une base. Elle permet de s'assurer de la cohérence des données qui sont liées ou supposées être liées. Les dimensions validité, fiabilité, complétude et probité sont évaluées de façon rapide lors du contrôle qualité des données.

Le contrôle qualité des données peut se faire de deux façons :

- **Soit manuel** : il consiste dans ce cas à parcourir les registres de consultation, les supports de collecte, les rapports pour identifier les problèmes de la qualité des données
- **Soit informatique** : il consiste dans ce cas à mettre en place des règles ou outils informatiques tels que les valeurs minimum, maximum, les graphiques, la triangulation des données, les systèmes d’alerte pour identifier les problèmes de qualité des données.

Le contrôle qualité des données doit se faire à tous les niveaux du système de santé à travers le SNIS intégré qui prend en compte les données du paludisme.

2.3.3.4 Contrôle qualité des données au niveau central

A ce niveau, le contrôle qualité des données saisies par les districts et hôpitaux se fait dans la base GESIS/Channel afin de déceler les incohérences, les valeurs manquantes. Le programme paludisme dispose d’une application Global Malaria Program web qui permet de faire la saisie des données au niveau district et région par les responsables paludisme.

La triangulation des données se fait en comparant les données du Programme avec les données de surveillance de l’IPM et de la DVSSE par l’équipe de la base de données. Celle-ci contribue à fournir des informations de qualité au programme paludisme.

Des sorties conjointes des équipes du niveau central, notamment la DLP, la DVSSE, la DEP et la DSI devraient se faire afin de toucher du doigt les réalités et apporter des solutions aux dysfonctionnements concernant la pratique du contrôle de la qualité des données à tous les niveaux.

2.3.3.5 Contrôle qualité des données au niveau régional

Le contrôle qualité des données doit se faire mensuellement dans la base GESIS par le responsable de gestion des données au niveau régional en collaboration avec le responsable paludisme régional.

La vérification doit prendre en compte les valeurs manquantes, aberrantes, cohérentes, les moyennes des indicateurs qui devront être comparés avec les données antérieures afin de déceler des phénomènes anormaux.

Dans le processus de contrôle qualité des données, un accent particulier doit être mis sur l’analyse des données sources qui pourra porter sur :

- l’archivage des rapports des districts sanitaires,
- les rapports mensuels d’activités des districts sanitaires,
- les autres rapports rédigés et transmis par les districts sanitaires,
- les rapports de supervision des districts sanitaires,
- les rapports de contrôle et de vérification des données avant la saisie dans GESIS/CHANNEL
- Les procédures standards de vérification et validation des données.

Il est recommandé que les régions organisent semestriellement des réunions de validation des données des districts sanitaires, des CHRD, des CHRR de leur ressort.

2.3.3.6 Contrôle qualité des données au niveau hospitalier

Le contrôle qualité des données doit être réalisé au niveau des services et des unités de soins. Ces activités de contrôle qualité consistent en une vérification du respect des méthodes et procédures de collecte, du remplissage correct des outils et de l'évaluation de la précision dans le rapportage. Ces activités sont assorties de rapports qui sont transmis à la région pour exploitation. Le niveau de concordance des données doit être vérifié et validé.

2.3.3.7 Contrôle qualité des données au niveau des districts

Le contrôle qualité des données doit se faire de façon systématique par les responsables de données des Districts dès la réception des rapports mensuels d'activités et des autres rapports en présence des chefs CSB ou de l'agent de santé qui transmet le rapport en question. Cette première vérification permet aux deux personnes de s'assurer de la complétude des items et de la cohérence entre certains indicateurs liés ou supposés liés. Une seconde vérification doit être faite par le RPD avant la saisie des données dans le **GESIS/CHANNEL**. Une fois les données saisies, les valeurs des indicateurs liés sont comparées entre elles. Les valeurs moyennes, les valeurs minimales et maximales sont calculées ou recherchées et comparées à celles des périodes antérieures.

L'EMAD doit conduire des visites de contrôle qualité des données dans les formations sanitaires. Ce contrôle met l'accent sur les formations sanitaires pour lesquelles les erreurs sont récurrentes pour certains indicateurs clés du paludisme.

Le contrôle qualité des données doit être réalisé au niveau des formations sanitaires. Ces activités de contrôle qualité consistent en une vérification du respect des méthodes et procédures de collecte, du remplissage correct des outils et de l'évaluation de la précision lors du rapportage. De façon mensuelle, avant la transmission des rapports au District, le chef CSB organise une réunion de partage et de validation des données avec tout le personnel de la formation sanitaire. Les différentes erreurs et les incohérences relevées de cette réunion devraient être corrigées avant la transmission du rapport au District. Il en fera de même avec les données transmis par les acteurs communautaires de l'aire de sa formation sanitaire.

2.3.4 Analyse des données

Elle fait référence à la façon dont l'information est interprétée, et dont la signification des résultats est évaluée.

Dans ce processus d'analyse des données, l'unité de Suivi-évaluation est chargée de la gestion de toutes les informations (techniques et financières) issues des différents niveaux de mise en œuvre et des partenaires.

L'amélioration des capacités d'analyse et d'interprétation des données sur la progression de l'offre et

de la demande de services de santé informe les décideurs sur les potentiels risques de maladies et contribue ses capacités à émettre des jugements et de proposer des solutions durables. Les normes et procédures du système d'information sanitaire et les directives/guides permettront de définir l'ensemble des techniques et méthodes d'agrégation des données et de calcul des indicateurs. Ils aident les superviseurs dans le contrôle qualité des données et les utilisateurs à donner une appréciation sur les tendances des agrégats de santé.

L'analyse des données se fait à chaque niveau du système de santé et au cours des supervisions, des réunions des comités techniques et lors du cadre de concertation. Les principaux indicateurs de supervision utilisés ont trait à la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation, la couverture adéquate et effective.

Toutefois, dans l'approche d'analyse des données, le choix des méthodes est important et dépend de l'objectif d'évaluation. Celle-ci devrait néanmoins recourir à des méthodes statistiques fiables afin de détecter le changement opéré sur le plan de résultats et ou de l'impact. Elle devrait dans la mesure du possible combiner une approche mixte, quantitative et qualitative qui est très souvent complémentaires pour documenter le changement et les facteurs explicatifs.

2.3.5 Circuit et utilisation des données

2.3.5.1 Circuit de l'information sanitaire de routine des formations sanitaires

Pour remédier aux retards de l'utilisation des données pour les prises de décisions et les planifications stratégiques, la transmission rapide et l'acceptabilité en temps réel des données sanitaires sont indispensables voire prioritaires. Des délais de rapportage sont définis par le Ministère pour assurer la complétude et la promptitude des données.

Les données sont transmises du niveau des formations sanitaires aux différents niveaux hiérarchiques de la pyramide sanitaire, depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central. Le schéma suivant résume les différents circuits des données ainsi que la périodicité de leur transmission.

Les CSB sont soumis à l'envoi de rapports mensuels aux districts qui à leur tour doivent envoyer des rapports synthèse au niveau régional. La région qui assure la coordination doit également envoyer des rapports au niveau central selon les délais définis dans le circuit de l'information sanitaire de routine.

Le circuit d'information de la DLP est harmonisé avec celui du SSSD. Pourtant, la promptitude de réception des rapports des points de prestations au niveau central a été améliorée en vue de mieux suivre les différents indicateurs clés du programme. Les rapports des centres de santé et agents communautaires devraient être disponibles dans un délai de 30 jours au niveau de la DLP.

Le circuit du SIS est recommandé pour assurer la collecte des rapports venant des ONGs responsables de la mise en œuvre des activités surtout au niveau communautaire.

Le service utilise le logiciel GESIS pour le stockage et traitement des données. Chaque programme y cherche les données pour leur base de données.

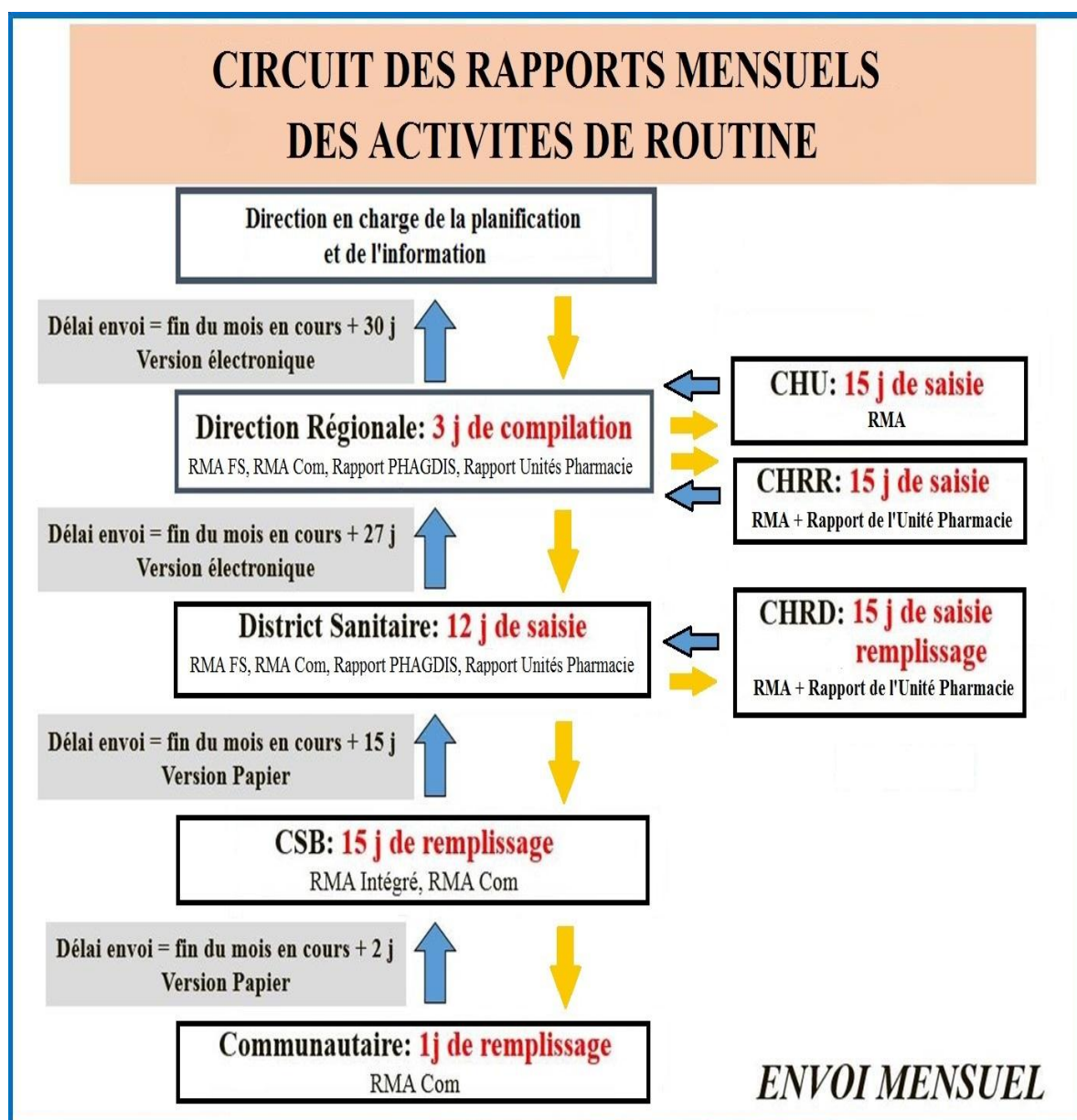


Figure 4 : Circuit de l'information sanitaire de routine : source SSSD/DEP/MSANP

2.3.5.2 Circuit de l'information de la Surveillance Electronique

Les données de la surveillance électronique sont collectées par un circuit standard géré par la DSI et la DVSSE dans le cadre de la SIMR. Il offre l'avantage de mettre les données de surveillance en temps réel à travers un portail web accessible par des acteurs autorisés et les services demandeurs de données.

La figure ci-dessous illustre le circuit de la SEI.

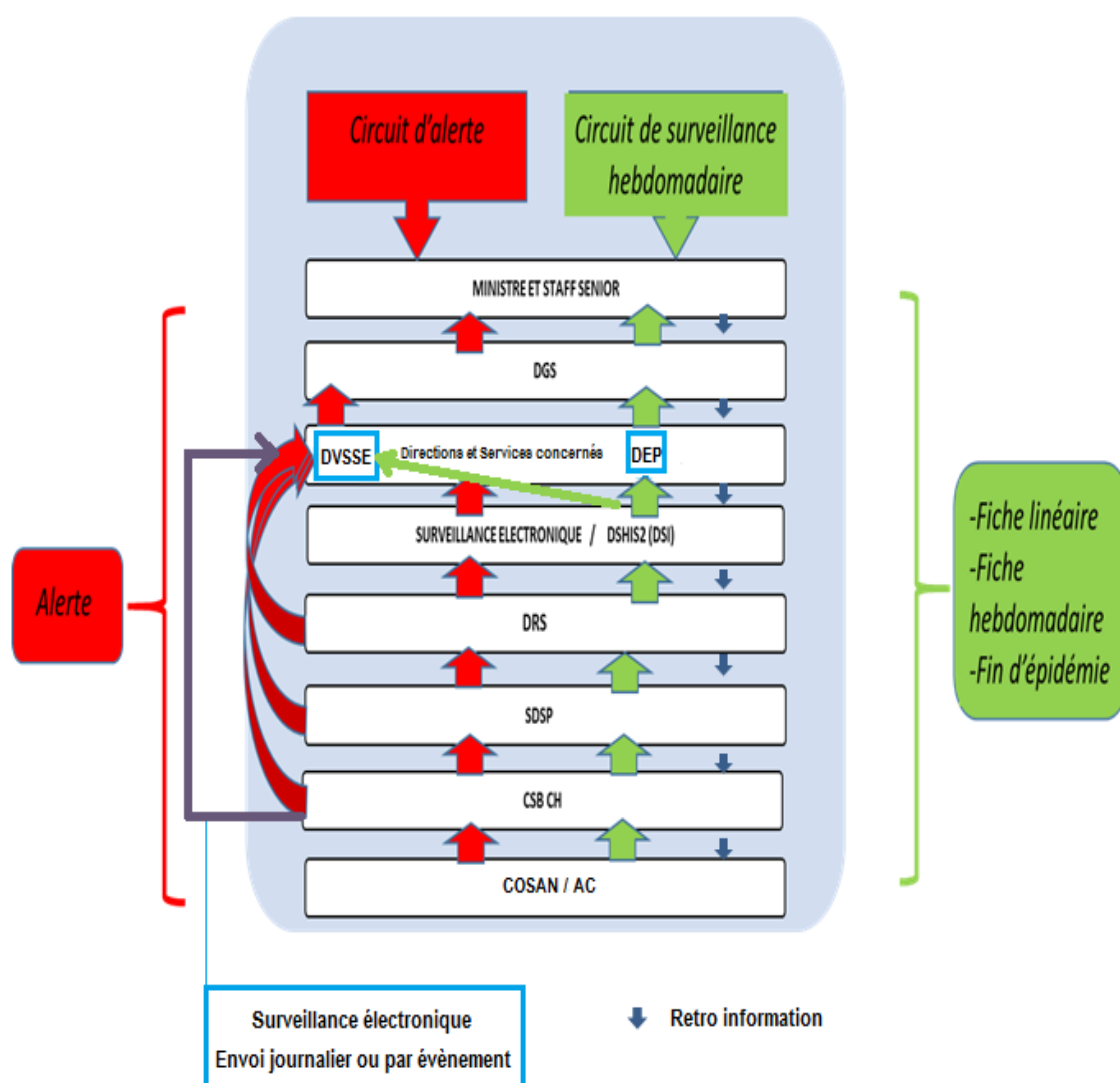


Figure 2: Circuit de l'information de la SEI

2.3.6 Production des rapports

La production des rapports se fait soit hebdomadairement (rapport de surveillance) mensuellement (RMA) à tous les niveaux du système de santé des canevas standard sont utilisés à cet effet.

2.3.7 Diffusion des données

La diffusion des données est une étape importante qui permet de mettre à la disposition des parties prenantes des informations utiles à la prise de décision.

Le SSSD élabore des documents de supports de diffusion de l'information tels que l'annuaire statistique, le bulletin Trimestriel de Santé. Par ailleurs, la DLP produit le Bulletin périodique sur le paludisme.

La diffusion de données peut se faire lors de conférences scientifiques nationale et internationale, sous forme de communication orale ou de poster.

2.3.8 Utilisation des données

L'utilisation des données est nécessaire pour l'action en santé. Pour se faire, un plan détaillé de dissémination des données et d'utilisation de l'information produite à tous les niveaux est indispensable, et doit être intégré dans le Guide technique de S&E.

Ainsi, l'information produite aidera à la prise de décision pour :

- Améliorer la mise en œuvre des interventions en apportant les corrections nécessaires,
- Contribuer aux engagements pris par le pays au niveau international et dans la sous-région,
- Rendre compte de l'utilisation des ressources
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources complémentaires
- Améliorer la gouvernance et la transparence dans la gestion du système de santé
- Mieux cibler les interventions à haut impact pour le Programme.

L'utilisation des données peuvent se faire à travers un plan d'utilisation des données comme représenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8: Plan d'utilisation des données

INDICATEUR	UTILISATIONS	PARTIES PRENANTES	MECANISME	FORMAT
Incidence du paludisme (p.1000)/ par an	Planifier la stratégie d'intervention	RBM,PMI/USAID, OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs E-mail Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Taux de mortalité imputable au paludisme	-Réviser les directives de prise en charge -Réviser les stratégies de lutte	RBM,PMI/USAID, OMS, NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs E-mail, Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes (nouveau)	Niveau de protection de la population, Planification des besoins en MILDA	RBM,PMI/USAID,OMS,NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs E-mail Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente	Niveau de protection des enfants Planification des besoins et stratégies de couverture	RBM,PMI/USAID,OMS,NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs E-mail Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente	Protection des femmes enceintes et prise de mesures pour combler le gap	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs MPR E-mail Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de femmes ayant reçu 3 doses ou plus de TPI lors des visites de la CPN lors de leur dernière grossesse	-Niveau de protection de la FE du paludisme à travers les CPN - Planifier les besoins en SP - Adapter les stratégies du TPI chez la FE	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs MPR Réunion périodique des partenaires	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant	Niveau de couverture du traitement par CTA	RBM PMI/USAID	Atelier de restitution Policy briefs	Résumés Présentation PowerPoint

reçu des CTA (ou autre traitement de première ligne), parmi les enfants avec un paludisme confirmé lors des 2 dernières semaines ayant reçu un traitement antipaludique quelconque		OMS NMF ONGs	MPR Réunion périodique des partenaires	
--	--	--------------------	---	--

2.4 Evaluation d'impact du PSN 2018-2022

Un des objectifs du plan de suivi-évaluation est d'améliorer la performance du programme paludisme en termes d'efforts de réduction de l'incidence du paludisme, de la mortalité du paludisme, mais aussi de l'impact socioéconomique et sanitaire du paludisme comme effort global du pays. Dans cette optique, l'utilisation de méthodes d'évaluation éprouvées avec une forte validité externe et différentielle est importante.

Toutefois, la méthode d'évaluation choisie devrait être adaptée en fonction de l'intervention du programme à mesurer, selon qu'il s'agit d'une évaluation du processus, des résultats/effets et ou d'impact.

Ainsi, pour le présent PSN 2018-2022, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale seront réalisées avec l'appui technique d'un groupe d'experts selon les normes de l'OMS. Elle va permettre de déterminer l'état d'avancement de Madagascar vers le processus de l'élimination du paludisme. Ceci va dicter les nouvelles réorientations stratégiques selon la nouvelle stratification et interventions spécifiques. Pour chacune des évaluations, un rapport complet sera élaboré et présenté au cours d'un atelier de restitution auquel prendront part toutes les parties prenantes ; Les recommandations issues des évaluations serviront à corriger les insuffisances de la mise en œuvre et à réaliser les planifications futures.

La méthodologie de la mesure d'impact du programme de lutte contre le paludisme consiste à mesurer le degré de mise œuvre des interventions de lutte contre le paludisme et leur mise à l'échelle ; à évaluer la tendance de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme ; à évaluer l'attribution plausible de la mise à l'échelle des interventions à l'évolution de la tendance de la morbidité et de la mortalité toutes causes confondues.

Pour ce faire, les méthodes suivantes, non exhaustives pourraient être privilégiées pour l'évaluation de la performance du programme comme illustrée dans le tableau ci-dessous.

2.4.1 Méthodes projetées d'évaluation de l'impact des interventions

L'évaluation d'impact des stratégies mises en œuvre utilisera une méthodologie rigoureuse sous forme d'évaluation pré et post intervention avec la randomisation des districts pour la mesure réelle de l'intervention et l'attribution de causales des stratégies. Les méthodes courantes sont résumées dans le tableau 8.

Tableau 8 : Vue d'ensemble des méthodes d'évaluation

INDICATEURS	METHODE D'EVALUATION	JUSTIFICATION DU CHOIX	INCONVENIENTS
MESURE DES IMPACTS DU PROGRAMME			
Morbidité (globale, enfant moins de 5 ans, femmes enceintes)	Enquêtes transversales (MIS, EDS, Etudes spécifiques) <u>Types</u> - Expérimentale, -Quasi-expérimentale, - Non expérimentale	Plus représentative de la population	Couteuse, irrégulière
	Revue périodique des données de routine <u>Type</u> - Aléatoire en grappe - de convenance - mixte avec volet qualitatif	-Collecte facile, -Moins couteuse	Données limitées
	Revue du programme : Enquête transversale stratifiée par grappe en fonction des écotones	-Données de performance pour les responsables de projet -Fournit des données aux bailleurs de fonds sur ce qui a été réalisé à travers leur investissement -Evaluation rapide d'impact	Nécessite plus de temps pour monter les progrès ou les résultats Problèmes de qualité de données Validité externe faible
Mortalité (globale, enfants moins de 5 ans)	- Revue périodique des données de routine (formation sanitaire, centre hospitalier, communauté) <u>Type : enquête transversale (MIS, EDS)</u> - Aléatoire en grappe - de convenance - mixte avec volet qualitatif	-Collecte facile, -Moins couteuse -Données en temps réel	-Complétude et promptitude limitées -Non représentative de la population (limitée au niveau des centres de santé. Absence de diagnostic pré et post mortem au niveau de la communauté)
Réduction densité des interventions vectorielles (PID, CAID)	Enquête entomologique transversale (densité des sites productifs, taux d'inoculation entomologique, capacité	-Facile à faire dans les zones/eaux de stagnation	- Demande beaucoup de ressources - cartographie exhaustive des gîtes larvaires difficile à avoir

	vectorielle etc.)		
Taux de résistance des parasites aux médicaments antipaludiques	Essai randomisé contrôlé de phase IV chez dans différents groupes d'âges a J7, J28 et J42	Screening facile des patients TDR+ avec paludisme simple	Demande beaucoup d'investissement matériel et financier

2.4.2 Impact attendu

2.4.2.1 Interventions selon les strates

Stratification Épidémiologique	Classification		Objectifs	Interventions	Nombre de Districts concernés	Populations Couvertes	Interventions Ponctuelles
>= 100	Contrôle	Incidence ≥ 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité ≥ 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID,CAID de gestion de résistance, TPI, PEC, Surveillance (<100), Interventions de soutien (IEC,SE)	25	3 466 336	CAID de riposte si recrudescence ou épidémie confirmée MDA si épidémie
	Contrôle	Incidence < 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité < 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, TPI, PEC, Surveillance (<100), Interventions de soutien (IEC,SE)	14	1 751 470	
50 - 100	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 50	MID, TPI, PEC, surveillance (<50),Interventions de soutien	25	5 366 047	
10 -- 50	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 10	MID, TPI, PEC, surveillance (<10),Interventions de soutien	29	6 923 542	
1 -- 10 et TP ≥ 5%	Contrôle		Aller vers la pré élimination	MID, TPI, PEC, surveillance,Interventions de soutien	13	3 132 994	
1 -- 10 et TP < 5%	Préélimination		Aller vers l'élimination	CAID Focalisée, PEC, Surveillance, Dépistage Actif (<1),Interventions de soutien	3	1 024 444	
< 1	Élimination		Éliminer le paludisme	Surveillance active (investigation autour d'un cas & traitement radical (0),Interventions de soutien	5	2 484 673	
					114	24 149 507	

2.4.2.2 Hypothèses d'impact

L'objectif du plan mondial de lutte contre le paludisme est de réduire l'incidence du paludisme d'au moins 75% en 2030 par rapport à 2015. Le présent PSN se base sur une hypothèse de diminution annuelle d'incidence de 40% par rapport aux chiffres de 2016 dans les districts à forte endémicité, et une diminution de 30% dans les autres districts. La réduction durant toute la durée de mise en œuvre du PSN est estimée à 80%.

2.4.2.3 Diminution de l'incidence annuelle

Suivant l'hypothèse de diminution annuelle de l'incidence de 40% dans les districts à forte endémicité et 30% dans les autres districts, Madagascar peut atteindre l'objectif d'élimination géographique progressive du paludisme. En effet, le nombre de district à forte endémicité devrait diminuer rapidement au cours de la mise en œuvre de l'actuel PSN, d'ici 2020 seul trois districts auront une incidence entre 50 et 100 pour mille. En parallèle, le nombre de district ayant atteint le niveau d'élimination devrait augmenter allant de six en 2018, à neuf en 2020 et à 16 districts en 2022.

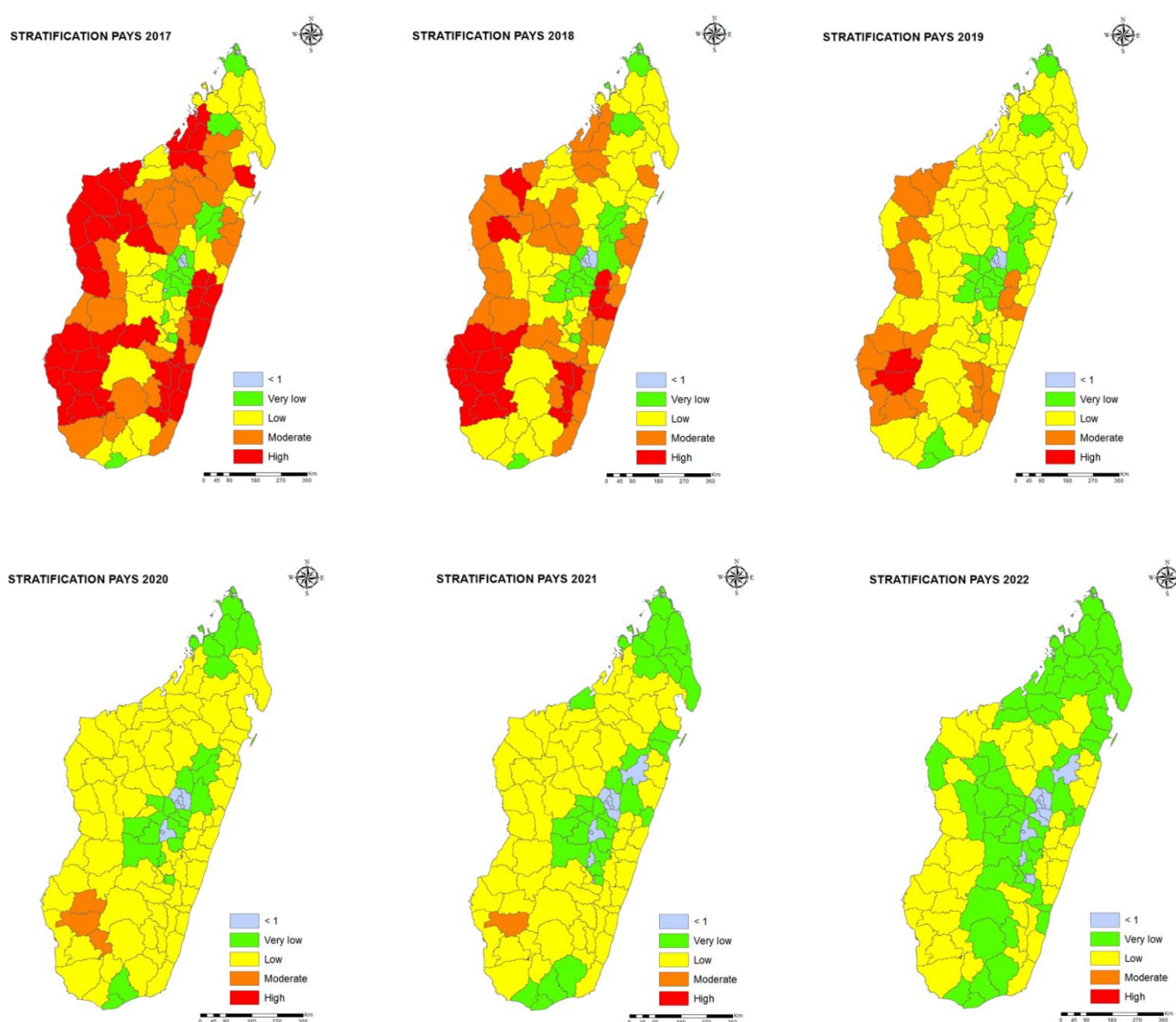


Figure 1: Evolution annuelle des districts en pré-élimination et en élimination.

2.5 Surveillance et Riposte

Il s'agit d'une composante importante dans le contrôle et l'élimination du paludisme, qui fera l'objet d'une attention particulière au cours des 5 ans à venir.

2.5.1 Objectif de la surveillance, enjeux et orientations

Détection de 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine après leur apparition avec un système d'alerte précoce.	
Réponse adéquate à 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines après leur apparition	
.	
▫ Enjeux	▫ Orientations
Renforcement du système de surveillance épidémiologique du paludisme au niveau national.	Disponibilité d'une base de données de qualité sur le paludisme. Renforcement de la capacité de réponse aux épidémies.

2.5.2 Interventions prioritaires

2.5.2.1 Prédiction et détection des épidémies :

A Madagascar, la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique dont le paludisme relève du Ministère de la Santé Publique. Le système de surveillance mis en place est composé d'outils, de procédures, du personnel et des structures produisant les informations sur le paludisme.

Par rapport à l'objectif du PSN2018-2022, le système de surveillance épidémiologique sera renforcé et doit être adapté à toutes situations pour pouvoir détecter précocement les épidémies en vue d'une riposte immédiate et à temps. C'est ainsi que le pays envisage de mettre en place une base de données sanitaire unique.

Cet axe stratégique consistera au renforcement de la mise en place du système DHIS2 intégré et d'une organisation de toutes les parties prenantes, présidée par le Secrétariat Général et visant à améliorer les synergies pour une productivité efficiente. Cette plate-forme assurera la coordination, la formulation des principes et priorités et le suivi stratégique.

Madagascar devra alors tenir compte des directives de l'OMS en matière de la qualité de données et ainsi entretenir des échanges avec la communauté internationale.

Par ailleurs, il a été observé qu'il existe un cadre de collaboration pour la disponibilité des données entre la Direction des Etudes et Planifications et la Direction de Lutte contre le Paludisme. En tant que programme, outre les données obtenues de la DEP, la DLP dispose des données qu'elle collecte au niveau de SDSP.

2.5.2.2 Riposte

Pour que la riposte soit efficace une bonne préparation est nécessaire afin de pouvoir contrôler à temps la situation et sauver plus de vies. Le plan de riposte sera mis à jour pour aboutir à de nouvelles orientations menant à la prise de décisions adéquates et à la disponibilité d'un personnel performant. De nouvelles stratégies seront appliquées au sein des districts en phase de pré-élimination.

La mise à l'échelle d'une surveillance électronique intégrée au niveau de tous les districts sanitaires, est prévue de même que la mise à jour des outils de collecte de données. La disponibilité des données garantira l'opérationnalisation du système de surveillance qui sera mis en place.

Les compétences des responsables de districts et les chefs CSB en termes de surveillance et de riposte seront aussi renforcées.

La coordination entre les différents acteurs sera à renforcer pour harmoniser la mise en œuvre des diverses activités sous la tutelle du ministère de la santé afin d'assurer une meilleure efficacité.

2.5.2.3 Indicateurs de mesure de la performance du système de surveillance

	INDICATEURS DE MESURE DE LA PERFORMANCE/SURVEILLANCE
1	Transmission à temps des données de routine au niveau central par toutes les formations sanitaires (CSB, CHRD/CHU/ES) / Quand ? Périodicité ?
2	Ensemble des données de Communautaire transmises au niveau central, Quand ? Périodicité ?
3	Rétro-informations sur la qualité de données envoyées au niveau régional (22 régions/mois) quand ? Périodicité ?
4	L'Ensemble des districts présentent une diminution d'incidence d'au moins 30% / tous les ans ?
5	L'intégralité des alertes notifiées sont vérifiées dans la semaine de leur apparition
6	Toute la population des zones d'alerte est testée lors de l'investigation/riposte
7	L'ensemble des cas confirmés sont traités correctement selon le protocole national au cours de l'investigation
8	La Totalité des épidémies détectées/situations d'urgences est contrôlée respectivement dans le délai de deux semaines de leur survenue/détection

2.6 BUDGET DU PSE

Tableau 8 : Budget prévisionnel du plan de S&E

ACTIVITES	PERIODE					Responsables	Financement	Cout en USD	Cout en Ar
	2018	2019	2020	2021	2022				
Renforcement en ressources humaines les régions par la continuité des contrat des ATR et GCR									
Payer les honoraires des ATR	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	440000	1,320,000,000
Payer les honoraires des GCR	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	308000	924,000,000
Renforcement de la coordination/harmonisation/intégration des activités avec les PTF pour la mobilisation des ressources									
Appuyer la participation de 2 techniciens de la DLP à la réunion de partage d'expérience avec d'autres sites MEASURE Evaluation en Afrique	X					CSEP/Meval	USAID/MEVAL	6,000	18,000,000
Tenir des réunions de coordinations semestrielles entre le niveau régional et le niveau central	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	75,379	226,137,000
Réaliser un atelier du Plan de travail annuel du Programme (PTA)	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	10,649	31947000
Organiser un atelier de mise à jour de document de PSN en 2022					X	CSEP	NMF2/FM	136,380	409140000
Organiser un atelier de mise à jour de PSE en 2022					X	CSEP	NMF2/FM	10,037	30 111 000
Organiser une revue de coordination des ATR, RRP et le niveau central		X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM		161,823,750

Mise en place du cadre de concertation avec les responsables des hôpitaux sur les données et l'application de directives de prise en charge du paludisme grave au niveau des Centres Hospitaliers									
Tenir deux revues d'information au niveau des centres hospitaliers dans les 6 ex-provinces en 2019 et 2021		X		X		CSEP	NMF2/FM	96,036.48	288108000
Renforcer la collaboration avec les opérateurs sur les transferts des données (zone à faible ou sans réseau).									
Doter en crédit de communication pour appel téléphonique l'unité de suivi et évaluation sur les situations réels des intrants	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	13,273	39819000
Assurer l'abonnement en internet des responsables paludismes régionaux et districts	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	583200	1,749,600,000
Doter en crédit de communication pour 22 AT ET 22 GCR	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	63360	190,080,000
Assurer l'abonnement en internet des ATR et GCR pour la remontée des données	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	63360	190,080,000
Redynamisation de sous-comité RBM de la cellule suivi évaluation de performance									
Former les responsables de l'unité de suivi et évaluation sur l'utilisation d'un support de partage des données et le diffusé	X					CSEP	NMF2/FM	1,961	5883000

au sein de RBM (type SCORE CARD)									
Tenir une fois par trimestre les réunions du sous-comité RBM S&E	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	PM	
Renforcement des capacités des personnels impliqués dans la gestion des données du paludisme en suivi-évaluation.									
Réaliser une mise à jour des compétences en cellule de suivi et évaluation sur l'utilisation de logiciel ARCGIS			X			CSEP	NMF2/FM	5,449	16347000
Former des responsables de districts /région en S&E et surveillance du paludisme	X					DLP/MEval	USAID/PMI	65000	195000000
Former les agents de la base de donnée en logiciel STATA	X					DLP/MEval	USAID/PMI	GAP Intégrée	0
Assurer le suivi-post formatif du cours de S&E	X					DLP/MEval	USAID/PMI	GAP Intégrée	0
Assurer le suivi formatif des responsables formés au niveau district par le niveau régional		X				CSEP	NMF2/FM	19,910	59730000
Dotation en équipement et matériels informatiques les responsables au niveau district									
Doter en matériels informatiques complets les 22 ATR (desktop, onduleur, imprimante/scan)	X					CSEP	NMF2/FM	11000	103,400,000

Renforcer en matériels informatiques de la cellule de base de données (laptop, disque dur externe)		X				CSEP	NMF2/FM	17120.52	33,000,000
Assurer le fonctionnement de la Cellule de suivi et Evaluation de et de Performance (rames et encre)	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	592145.6	51,361,570
Assurer le fonctionnement des 22 régions et 113 SDSP (encre)	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	167357.9	1,776,436,668
Doter en fourniture de bureau les 113 SDSP et 22 DRSP	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	11000	502,073,779
Equiper 3 Centres d'Excellence de la qualité des données	X					DLP/MEval	USAID/Meval	3000	9000,000
Amélioration de la disponibilité des outils à tous les niveaux									
Multiplier les documents de PSE	X				X	CSEP	NMF2/FM	4483	13449000
Reproduire et disséminer le protocole de revue de la qualité des données, ainsi que celui d'analyse et de d'utilisation	X				X	DLP/MEval	USAID/Meval	GAP	0
Multiplier et dispatcher les documents de PSN	X				X	CSEP	NMF2/FM	2,374	7122000

Organiser un atelier de mise à jour de manuel de suivi et évaluation du Programme 2022					X	CSEP	NMF2/FM	5,339	16017000
Multiplier le manuel de procédure en suivi et évaluation du Programme 2022					X	CSEP	NMF2/FM	2,198	6594000
Multiplier les documents de bonne pratique en matière de Lutte contre le Paludisme	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	1,327	3981000
Imprimer les RMA, RCE, RCPN, des formations sanitaires	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	530913.6	1,592,740,743
Amélioration du contrôle des qualités des données à tous les niveaux (DHIS2, GESIS, ...).									
Tenir une fois par trimestre la réunion de la revue qualité des données du paludisme	X					DLP/MEval	USAID/Meval	3000	9000000
Effectuer des CQD des données des SDSP à problème	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	89738.47	269,215,423
Effectuer une réunion sur la consolidation des rapports des descentes sur terrain (élaboration et partage des recommandations)	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	7181.643	21,544,928
Effectuer une validation des données au niveau régional/semestre	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	320801.4	962,404,258
Effectuer une validation des données avec les SDSP	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	2914062	8,742,186,619

au niveau district									
Amélioration de l'analyse, utilisation et la diffusion des données à tous les niveaux									
Former l'équipe de la base de données et les responsables régionaux et district en analyse, utilisation et présentation des données	X					DLP/MEval	USAID/Meval	GAP intégrée	PM
Appuyer la diffusion du bulletin mensuel épidémiologique d'information	X					DLP/MEval	USAID/Meval	GAP	PM
Appuyer la validation interne mensuelle des données du paludisme au niveau central/DLP	X					DLP/MEval	USAID/Meval	GAP	PM
Tenir un atelier trimestriel d'élaboration de bulletin d'information du Programme (réunion d'un jour pour chaque trimestre)	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	9,487	PM
Multiplier et diffuser les bulletins d'information du Programme	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	1,460	4380000
Organiser un atelier d'élaboration de la publication des documents de bonne pratique en matière de Lutte contre le Paludisme.	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	10,709	32127000

Dispatcher les documents de bonne pratique en matière de Lutte contre le Paludisme	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	133	399000
Amélioration de l'exécution budgétaire pour la mise en œuvre des activités									
Assurer les déplacements des ATR et GCR pour les suivis techniques et financiers des programmes						CSEP	NMF2/FM	PM	PM
Mettre à jour du site du Global Malaria Web	X			X		CSEP	NMF2/FM	PM	20,000,000
Acquérir un drone		X				CSEP	NMF2/FM	PM	PM
Assurer le fonctionnement de la Direction de Lutte contre le Paludisme et du niveau périphérique (maintenance du parc informatique)						CSEP	NMF2/FM	80185	240,555,000
Renforcement de la supervision intégrée et formative à tous les niveaux									
Effectuer périodiquement des supervisions intégrées trimestrielles par le niveau central	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	236,085	708255000
Effectuer périodiquement des supervisions intégrées trimestrielles par le niveau régional	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	143,685	431055000
Effectuer périodiquement des supervisions intégrées trimestrielles par le niveau district	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	943,268	2829804000

Mettre à jour de canevas de supervision intégrée du Programme en 2020			X			CSEP	NMF2/FM	1,483	4449000
Elaborer une lettre de rappel sur l'utilisation de canevas de supervision, multiplication, envoi à tous les responsables à chaque niveau. (version dure scannée)			X			CSEP	NMF2/FM	282	846000
Elaborer les termes de références et dispatcher une lettre de rappel sur la qualité des personnes apte à faire les supervisions du programme (version dure scannée)	X		X			CSEP	NMF2/FM	193	579000
Réalisation des revues de la performance du programme									
Inviter les districts en phase de pré-élimination ainsi que les districts avec une diminution de 20% de taux de positivité par an à assister à la célébration de la journée	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	23 908,02	71724000
Doter les CSB performants dans un district en pré-élimination d'un bicyclette/plaque solaire/téléphone (CSB en rural)	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	1,091	3273000

Doter les CSB performants dans un district en pré-élimination en Blouse : blouse blanche pour les prestataires de santé et blouse vert pour les personnels d'appui, bleu ciel pour les dispensateurs (trice) (CSB en urbain)	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	3,637	10911000
Faire participer les responsables (RPD) des districts en phase de pré-élimination ainsi que les districts avec une diminution de 20% de taux de positivité par an aux revues semestrielles du niveau centrale pour partage d'expérience	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	82,532	10911000
Effectuer des revues trimestrielles des CSB au niveau des districts de rattachement (114 districts)	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	648,697	247596000
Effectuer des revues semestrielles des responsables districts au niveau des régions de rattachement		X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	327,487	194609100 0
Effectuer une revue annuelle du Programme	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	17,667	982461000
Réaliser une réunion trimestrielle de partage d'informations périodique	X	X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	9,455	28365000

des descentes sur terrain									
Réaliser le MTR en 2020 (MID Technical Review) Consultation pour une semaine 8 éco zones 1 évaluateur de chaque éco zone en 2020. + ateliers			X			CSEP	NMF2/FM	107,834	323502000
Réaliser le MPR en 2022 3 ateliers Consultants internationaux					X	CSEP	NMF2/FM	114,401	343203000
Mise en œuvre des recherches opérationnelles/évaluation afin de constituer une base factuelle pour le programme									
Apporter un appui à la DLP pour concevoir et mettre en œuvre une évaluation de la campagne MID 2018	X					DLP/MEval	USAID/Meval	7500	22500000
Appuyer la DLP pour concevoir et mettre en œuvre la CPS dans 10 DS	X					DLP/MEval	USAID/Meval	GAP	PM
Appuyer la DLP pour l'évaluation cout-efficacité de la CPS dans 10 DS pilotes						DLP/MEval	USAID/Meval	GAP	PM
Apporter un appui à la DLP pour écrire et soumettre deux abstracts dans des conférences scientifiques internationales						MEval	USAID/Meval	106000	318000000
Effectuer deux enquêtes nationales transversales sur l'efficacité des MID (1 an après la distribution		X				CSEP	NMF2/FM	106,000	564063000

dans les zones cibles)									
Effectuer une enquête nationale transversale sur l'efficacité des CAID (3mois après la campagne dans les zones cibles)		X	X	X	X	CSEP	NMF2/FM	188,021	PM
Effectuer une recherche opérationnelle sur la faisabilité de TPI au niveau communautaire	X	X				DLP/JHPIEGO	USAID/TIPTOP	GAP	PM
Evaluer le projet de TPI communautaire dans les zones de démonstration (Base line, mi-parcours et fin du projet)	X	X				DLP/JHPIEGO	USAID/TIPTOP	GAP	PM
Effectuer périodiquement une recherche opérationnelle sur l'étude comportementale des gens face à la Lutte contre le Paludisme (étude anthropologique)				X		CSEP, SCOM/DLP	NMF2/FM	94,173	282519000
Effectuer une enquête sur l'indicateur d'impact du Programme Paludisme (RIA 2018, 2022)	X				X	CSEP	NMF2/FM	PM	PM
Réaliser deux enquêtes sur l'indicateur du Paludisme à Madagascar (EIPMD) MIS 2019- 2022		X				CSEP	NMF2/FM	824,000	2472000000
Renforcement de la surveillance du paludisme									

Mettre à jour de la stratification du risque de paludisme tous les deux ans		x		x		DLP/MEval	USAID/Meval	GAP	PM
Appuyer la DLP pour élaborer un protocole de surveillance active du paludisme dans les zones en pré-élimination	X					DLP/MEval	USAID/Meval	7000	21,000,000
Appuyer la surveillance de routine dans les zones contrôle						DLP/MEval	USAID/Meval	GAP	PM
Former les AS à l'utilisation du protocole de recherche active du paludisme	X					DLP/MEval	USAID/Meval	GAP	PM
Doter en crédit de communication pour appel téléphonique l'unité de suivi et évaluation sur les situations réels des intrants	X	X	X	X	X	CSEP	NMF	PM	PM
Evaluer l'efficacité de la MEO de SEI		X				CSEP	USAID/NMF	PM	PM
Appuyer la surveillance active à base communautaire (détection et rapportage des cas communautaire	X	X	X	X	X	CSEP	NMF	PM	PM
TOTAL								31,894,795,738 (Ar)	

2.7 COORDINATION ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS

2.7.1 Coordination et suivi de la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique

Le succès de la mise en œuvre du PSE nécessite la mise en place de mécanisme de coordination efficace avec de structure fonctionnelle.

L'élaboration du Plan S&E du DLP obéit au "principe des 3 un" dit "*three ones*" :

1. Un même mécanisme de coordination pour la lutte contre le paludisme dans le pays : qui se fait d'une part à travers le Comité RBM élargi, le CCM, et d'autre part à travers le Ministère de la Santé publique (MSANP).
2. Un même plan stratégique de lutte contre le paludisme pour le pays : l'actuel plan stratégique couvre la période de 2018-2022 pour permettre à la DLP d'accélérer le processus sur l'évolution selon le continuum de l'élimination.
3. Un même système national de suivi/évaluation pour la lutte contre le paludisme : Ce Plan de S&E 2018-2022 est le document de référence pour le suivi/évaluation. A chaque service, un responsable existe pour la collecte des données.

Ainsi, toutes les activités de coordination de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme se feront à travers les instances de coordination et de gestion mises en place par le département de la santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire. L'élaboration de ce plan a été réalisée avec la contribution du partenariat RBM/MEASURE Evaluation.

2.7.2 Partenariat en faveur du suivi/évaluation du paludisme

Le partenariat S&E sera construit sur les acquis existants conformément aux axes du Plan stratégique de la DLP 2018-2022. Un des objectifs de ce plan S&E est l'harmonisation du système mis en place avec tous les partenaires du RBM. Dans le cadre de l'Initiative « RBM », les partenaires appuient le pays dans la mise en œuvre et le suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, notamment le Fonds Mondial, l'OMS, l'UNICEF, l'USAID/PMI (PSI, MEASURE Evaluation etc.), Principauté de Monaco, Institut Pasteur, INSTAT, Aussi, il existe des cadres de collaboration entre la DLP et les autres Directions du Ministère (DEP, DSI, DVSSE, etc...) d'une part et des ONG/Associations nationales

2.8 Autres domaines connexe couverts par le suivi-évaluation

2.8.1 Test de l'Efficacité Thérapeutique (TET)

L'évaluation de la proportion de parasites portant des signatures moléculaires associées à la résistance aux antipaludiques (mutation dans les gènes *pfprt*, *pfmdr 1*, *dhfr*, *dhps*, *pfk13* et variation du nombre de copie des gènes *pfmdr1*).

La mise en place d'un système pérenne de surveillance de la sensibilité/résistance des souches de *P.falciparum* vis-à-vis des principaux antipaludiques utilisés à Madagascar dans des sites de surveillance de la DLP est une réalité. En partenariat avec l'Institut pasteur de Madagascar (IPM), l'étude de l'efficacité thérapeutique (TET) sera réalisée dans les 10 sites TET (8 sites DLP et 2 sites IPM) avec l'ASAQ pour la première intention et l'Artésunate –Luméfantrine (AL) pour la deuxième intention dans le traitement des cas de paludisme simple selon les normes de l'OMS. Ces sites ont été choisis selon les faciès épidémiologiques.

Le TET se base sur l'efficacité clinique et parasitologie à J14 et J28 sur la population des enfants de moins de 15 ans et sur la sous population des enfants de moins de 5 ans en termes de :

- de tolérance clinique et biologique
- de temps de clairance parasitaire (parasites asexués et sexués)
- de temps de clairance thermique
- d'impact sur l'anémie

Notons que, pendant la période quinquennale de 2018 à 2022, il y aura différentes zones qui vont permettre la collecte des confettis pour tous cas de fièvre ou suspicion de paludisme à savoir :

- 16 sites de surveillance de la DLP en (2018) 19 en 2019, 21 en 2020, 24 en 2021 et 27 en 2022,
- 10 sites de suivi TET jusqu'en 2022 à raison de 4 sites tous les 2 ans ;
- 18 districts en phase de pré-élimination en 2018, 23 en 2019, 27 en 2020, 48 en 2021 et 90 en 2022.

2.8.2 Suivi Gestion et Approvisionnement de Stock

La GAS est un processus important dans le contrôle du paludisme en permettant la disponibilité des médicaments à tout moment.

Au début le comité GAS résolvait ses problèmes au cas par cas : état de distribution, recrudescence, gap analysis, rupture. Actuellement, suite à une réorganisation et surtout avec l'intégration des Intrants de Santé, l'adoption du système de réquisition et l'envoi des Intrants par circuit unique (via SALAMA), le comité GAS se réunit mensuellement sous l'égide de la DLP. La collaboration entre DLP, USAID PMI, UCP, SALAMA et les autres partenaires a amélioré la disponibilité des Intrants au niveau des bénéficiaires. Toutefois, la disponibilité des Intrants au niveau pays reste encore un grand défi en ce qui concerne : (ACT Nrs, ACT JE, ACT E, ACT A, RDT, SP, Artesunate Injectable, Quinine comprimée et injectable).

Les activités de Suivi pour le GAS consistent pour la plupart en :

- Suivi de gestion des intrants
- Supervision des PHa-G-Dis
- Collecte de données en vue de la préparation des envois cycliques au niveau SALAMA
- Redéploiement d'intrant inter région et district
- Envoi d'urgence d'intrants

Toutefois, pour améliorer l'application du système de réquisition opté, une sensibilisation s'avère indispensable, d'où nous recommandons la descente sur les régions enclavées pour expliquer quelles sont les mesures qui devraient accompagner l'application du système de réquisition.

2.8.3 Pharmacovigilance des médicaments

Ce système est mis en place en collaboration avec la Direction de l'Agence de Médicament (DAM) du Ministère de la Santé. Les agents de santé aussi bien dans les formations sanitaires publiques que privées sont formés pour identifier et notifier des effets secondaires des médicaments.

Les données sont analysées au sein de la Direction de l'Agence des Médicaments (DAM). Le système sera mis en place dans les 113 districts sanitaires de Madagascar. Une enquête sur les Effets Indésirables des Médicaments antipaludiques au niveau hospitalier sera programmée avec l'Université d'Antananarivo.

2.8.4 Suivi de la campagne MID et mise en œuvre de la CAID

Elle se fera en 2018 avec la mise en œuvre de la distribution universelle de MID prévue.

Suivi de la CAID (Campagne d'aspersion intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent)

C'est une stratégie de lutte efficace contre les moustiques vecteurs se reposant à l'intérieur des maisons. Elle représente la meilleure prévention de l'épidémie et de riposte et est surtout préconisée dans les zones à haut risque palustre et dans les zones de pré élimination du paludisme. Ainsi les pulvérisations intra-domiciliaires rémanentes avec l'utilisation des moustiquaires à imprégnation durable dans les zones à forte transmission constituent le pivot de la politique nationale 2018-2022.

Les activités de suivi prévu dans le cadre de la mise en œuvre de la CAID se résument aux suivantes :

Tableau 9 : Activités de suivi de la CAID

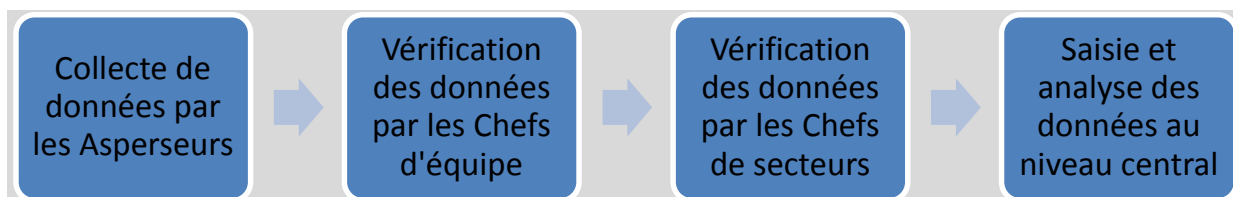
Activités	Acteurs
Organiser une réunion pour l'élaboration des micros plans et de formation des encadreurs technique	Coordonnateur national, Responsable technique national, Techniciens, Coordonnateurs régionaux, Chefs de zone, Chefs secteurs, Administratif, Responsable financier national
Effectuer une cartographie des structures visées par la CAID	Mise en œuvre: Mobilisateurs, Chefs de zone, Chefs de secteurs
	Supervision: Directeur de la DLP, Coordonnateur national, Responsable technique national, Responsable administratif national, Responsable financier national, Techniciens, Responsable IEC, Superviseur National, Coordonnateur régional, DRS, SDSP, Chefs CSB, Agents payeurs
Former tous les acteurs de la CAID avant la mise en œuvre	FDF: Chefs secteurs, Coordonnateur national, Responsable technique national, Techniciens, Responsable administratif national, Responsable financier national, Coordonnateurs régionaux
	Formation des Chefs d'équipe et Aspergeurs: Chefs d'équipe, Chefs de zones, Chefs de secteurs, Coordonnateur national, Responsable technique national, Techniciens, Aspergeurs, Coordonnateur régional
Assurer l'achat des fournitures de bureau pour les responsables centraux	Responsable administratif et financier du SLAV/DLP
Assurer le redéploiement des insecticides et des matériels d'aspersion	Redéploiement des matériels et insecticide: Chefs de zone

	Ramassage et réintégration des matériels et reliquats de l'insecticide: Coordonnateur national, Responsable technique national, Techniciens, Coordonnateur régional, Chefs de zone, Chefs de secteurs, SDSP et les Magasiniers
Mettre en place les équipes avant l'aspersion	Chefs d'équipe et Aspergeurs Supervision: Coordonnateur national, Responsable technique national, Techniciens, Coordonnateur régional, Chefs de zones, Chefs de secteurs, SDSP
Construire des puisards au niveau des communes	Construction des puisards/Commune: Chefs de zones, Chefs de secteurs, Chefs CSB Acquisition des médicaments pour la PEC des intoxications au cours de la CAID: Chefs de zones, Chefs de secteurs, Chefs CSB
Assurer la mise en œuvre de la CAID proprement dite	Mise en œuvre: Mobilisateurs, Aspergeurs, Chefs d'équipe, Chefs de zone, Chefs de secteurs, Coordonnateur national, Responsable technique national, Responsable administratif national, Responsable financier national, Techniciens, Agents payeurs, Magasiniers Supervision: Directeur de la DLP, Responsable IEC, Superviseur National, Coordonnateur régional, DRS, SDSP, Chefs CSB, Membres du staff MSANP, Responsable environnemental, Adjoint au directeur de la DLP
Effectuer une supervision du traitement de déchets	Techniciens CAID/SLAV
Organiser une réunion pour rédiger le rapport final de la CAID	Coordonnateur national, Responsable technique national, Techniciens, Coordonnateurs régionaux, Chefs de zone, Chefs de secteurs, Administratif, Responsable financier national
Assurer le transport des matériels et insecticide au niveau des communes	Chefs de zones, Chefs de secteurs et SDSP

Indicateurs de suivi de la CAID:

- le nombre moyen de structures qu'un Aspergeur a pu traiter dans une journée
- nombre moyen de structures traitées par bouteille d'insecticide
- le système de supervision permet de contrôler et vérifier la qualité d'aspersion effectuée par les asperseurs.

Système de collecte de données



Après le traitement des structures. Les asperseurs doivent marquer immédiatement les structures avec les codes spécifiques de la CAID, afin que les superviseurs puissent contrôler et vérifier la qualité d'aspersion effectuée par les asperseurs.

2.8.5 Site sentinelle de fièvre

La mise en place des sites sentinelles de surveillance des fièvres s'est faite en partenariat avec l'IPM, 72 sites (54 CSB et 18 hôpitaux) et 108 AC sont en place dans l'étendue du territoire. Les données sont traitées au niveau de l'IPM et sont diffusées chaque semaine au DLP, au SLMER, SUREPI et aux partenaires RBM. L'objectif principal de la surveillance sentinelle est de développer un système d'alerte précoce des syndromes fébriles, susceptibles d'avoir un impact en termes de santé et ce dans le but de déclencher une riposte rapide. La surveillance clinique est nécessairement couplée à une surveillance sentinelle biologique permettant alors de mettre en relation syndromes cliniques et circulation d'agents pathogènes (plasmodium, arbovirus, virus grippaux etc.). C'est la raison pour laquelle les sites identifiés réalisent systématiquement des RDTs du paludisme et représentent également des sites de surveillance de la résistance du paludisme (RER) ; de plus ils réalisent des prélèvements pour la surveillance de la grippe et des arboviroses à la demande. Quatre centres assurent aussi une surveillance biologique des arboviroses de façon continue.

2.8.6 Mise en place des centres d'excellence pour l'amélioration de la qualité des données

L'Equipe de la DLP a effectué un voyage d'étude en RDC pour s'inspirer de l'expérience de mise en place des centres d'excellence. Un protocole de mise en œuvre des centres d'excellence dans 8 centres d'excellence a raison de 4 quotas par strate épidémiologique a été retenu. Les CE seront

installées dans les zones de pré-élimination et contrôle du Paludisme. Le début de l'intervention est prévu pour décembre 2017.

ANNEXE 2 : Liste des participants

Noms	Structures/Fonction
Pr RATSIMBASOA Claude Arsene	Directeur de Lutte contre le Paludisme
Dr Maurice YE	Conseiller Résident MEASURE Evaluation ICF /DLP
Dr RASAMIMANANA Heriniaina Honore	Adjoint Technique du Directeur
Dr RAMIRANIRINA Brune	Chef de Service de la Cellule Suivi-Evaluation des Performances
Dr Thierry FRANCHARD	Chef de Division Base de données
Dr RANAIVOARISON Hanitra Irene	Chef de Division Suivi-Evaluation
Dr RASOLOMPIAKARANA Dolores	Assistante Technique/DLP
Dr RABESAHALA LALAO Sabas	Médecin d'appui, Division Suivi-Evaluation
Dr RAJAOBARY Solo Harimalala	Médecin, Division Base de données
Dr RAHANTAMALALA Mirana Ando	Service de la Cellule Suivi-Evaluation des Performances
Mr RAKOTORALAHY Andry	Consultant NMF
ANRIAMAMONJY Voahangy Fanomezana	Médecin d'appui, Division Suivi-Evaluation
Dr ANRIAMALALA Faly	Médecin d'appui, service de communication
Dr RAHARILALAO Nomenjanahary Jeanine	Médecin, service de prise en charge
Dr RAMASY RAZINDRAKOTON Rado	Consultant MPR
Dr RAHARIZO Miarimbola	Consultant MPR
Mr RAMIANDRISOA Hasina Harinjaka	Coordonnateur Technique MID
Mr RAMANDIMBIARIJAONA Herizo	Responsable CAID
Mr RAHARIMANGA	Entomologiste
Dr ANDRIALALASOAMAHAFALY Iréné	Responsable programme Paludisme/BOENY
Dr RAKOTOSON Clairaut	Responsable Suivi-Evaluation, DEP
Dr RANDRIANALY Lalanirina Julia	Suivi-Evaluation PSI
Mr Jaona	Suivi-Evaluation PSI
RATOARIVONY A Jocelyn	Responsable SLAV/DLP
RASON Marie Ange	SLAB
RAKOTO	

\

ANNEXE 3 : Tableaux de bord

INDICATEURS	Données de base			CIBLES PAR ANNEE					Atteinte de l'indicateur	Ecart	Explication des écarts	Responsable	Observation
	Valeurs	Année	Sources	2018	2019	2020	2021	2022					
INDICATEURS D'IMPACT													
Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) pour 1000 habitants par an.	18,5	2016	SNIS - Routine Data	12,95	9,07	6,35	4,44	3,11					
Pourcentage de décès attribué au paludisme confirmé parmi tous les décès enregistrés au niveau des hôpitaux.	6,70%	2017	SNIS - Routine Data	4,69%	3,28%	2,30%	1,61%	1,13%					
Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme pour 1000 habitants et par an.	14	2017	SNIS - Routine Data	10	7	5	3	2					
Létalité liée au paludisme en milieu hospitalier.		2016	SNIS - Routine Data	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%					
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe des CSB.	5,8%	2017	SNIS - Routine Data	4,06%	2,32%	1,62%	1,14%	0,80%					
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe au niveau des sites communautaires.	6,7%	2017	SNIS - Routine Data	4,69%	3,28%	2,30%	1,61%	1,13%					
Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre.	7%	2016	Malaria Indicator Survey	4,90%	3,43%	2,40%	1,68%	1,2%					

INDICATEURS	Données de base			CIBLES PAR ANNEE					Atteinte de l'indicateur	Ecart	Explication des écarts	Responsable	Observation
	Valeurs	Année	Sources	2018	2019	2020	2021	2022					
INDICATEURS D'EFFETS													
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	83,4%	2016	Malaria Indicator Survey	85%	85%	85%	85%	85%					
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	81,1%	2016	Malaria Indicator Survey	40%	60%	70%	80%	90%					
Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	53,10%	2016	Malaria Indicator Survey	75%	80%	85%	85%	90%					
Pourcentage de la population protégée par la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	6,90%	2016	Malaria Indicator Survey	95%	95%	95%	95%	95%					
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse	10,30%	2016	Malaria Indicator Survey	40%	60%	70%	80%	90%					
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les grossesses attendues	17%	2016	Enquête	20%	40%	60%	70%	80%					

Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals	36%	2016	SNIS - Routine Data	80%	82%	85%	87%	90%					
Pourcentage de personnes responsables d'enfants qui ont eu recours aux soins des AC dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.	ND		Malaria Indicator Survey	25%	45%	55%	75%	90%					
Pourcentage de personnes qui connaissent la cause du paludisme.	ND		Malaria Indicator Survey	50%	50%	60%	80%	90%					
Pourcentage de personnes qui connaissent les mesures préventives en lien avec le paludisme (MID).	ND		Malaria Indicator Survey	45%	75%	85%	90%	90%					
Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont cité MID comme moyen efficace pour prévenir le paludisme.	ND		Malaria Indicator Survey	40%	60%	80%	90%	90%					
Nombre de district passé en statut de pré-élimination (Evolution annuelle)	8	2016	SNIS - Routine Data	18	23	27	48	90					

INDICATEURS	Données de base	CIBLES PAR ANNEE	Atteinte de l'indicateur	Ecart	Explication des écarts	Responsable	Observation
-------------	-----------------	------------------	--------------------------	-------	------------------------	-------------	-------------

	Valeurs	Année	Sources	2018	2019	2020	2021	2022					
INDICATEURS DE PROCESSUS													
Proportion de cas suspect de paludisme grave soumis à un diagnostic microscopique dans les Centres Hospitaliers.	ND	-	SNIS - Routine Data	55%	65%	75%	85%	95%					
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers de campagnes à grande échelle.	10 640 000	2016	Rapport Campagne										
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles (Femmes enceintes, enfants <1 an).	309 687	2016	SNIS - Routine Data										
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (ACT).	89,46%	2016	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%					
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (SP).	56,80%	2016	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%					
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock en Artesunate Injectable.	ND	-	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%					
Nombre de partenaire et représentants d'autres secteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme.	38%	2016	Rapport annuel du programme	68%	98%	98%	98%	98%					

Proportion de personnels formés en matière de lutte contre le paludisme.		2016	Rapport annuel du programme	80%	85%	90%	95%	100%					
Taux d'absorption du budget alloué au paludisme.		2016	Rapport financier programme	80%	80%	85%	85%	90%					
Pourcentage des activités réalisées par rapport aux activités mentionnées dans le Plan de Travail Annuel du Programme.	38%	2016	Rapport annuel du programme	68%	98%	98%	98%	98%					
Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales.	40,00%	2017	SNIS - Routine Data	60%	80%	90%	90%	90%					
Pourcentage d'alertes vérifiées sur alertes notifiées.	73%	2016	Rapport d'investigation	100%	100%	100%	100%	100%					
Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par recherche active : Nombre de cas testés/20% de la population du Fokontany x 100.	ND	-	Rapport d'investigation	95%	95%	100%	100%	100%					
Pourcentage des rapports de suivi des intrants au niveau des PHAGDIS transmis au niveau de la direction.	ND	-	Rapport du SALAMA	90%	90%	95%	95%	95%					
Pourcentage des souches sensibles à l'ASAQ.	100%		Rapport d'étude	100%	100%	100%	100%	100%					

Annexe : Autres indicateurs spécifiques du suivi-Evaluation

	Indicateurs spécifiques
1	Les Districts et les CSB performants reçoivent leur prime annuelle (Diminution de l'incidence d'au moins 30%)
2	2 Réunions de coordination annuelle effectuée entre le niveau central et les responsables régionaux
3	Revue annuelle du programme effectuée avant le mois de Décembre de l'année en cours
4	Réunions de coordination entre le niveau central et les responsables des centres hospitaliers des 6 ex-provinces avant Janvier 2019
5	11 régions supervisées semestriellement par le niveau central à partir de 2018 jusqu'en 2022
6	57 districts supervisés trimestriellement par le niveau régional à partir de 2018 jusqu'en 2022
7	700 CSB supervisées trimestriellement par le niveau district à partir de 2018 jusqu'en 2022
8	Canevas de supervision intégrée du Programme à jour et distribuée auprès des partenaires avant Juin 2020
9	Deux enquêtes nationales transversales sur l'efficacité des MID seront effectuées un an après la distribution (campagne universelle)
10	Une enquête nationale transversale sur l'efficacité des CAID est effectuée 3 mois après chaque aspersion
11	Une étude sur la faisabilité de TPI au niveau communautaire réalisée (à partir de mars 2018)
12	Evaluation de projet de TPI communautaire dans les zones de démonstration effectuée (en moyen terme 2019, et à la fin du projet en 2022)
13	Deux études comportementales des gens face à la Lutte contre le Paludisme (étude anthropologique) réalisée jusqu'en 2022
14	Une Enquête sur l'indicateur d'impact du Programme Paludisme (RIA 2020) réalisée
15	Deux enquêtes sur l'indicateur du Paludisme à Madagascar (EIPMD) MIS 2019- 2022
16	Un Mid-term Review réalisé en 2020
17	Un Malaria Program Review réalisé en 2022
18	250 bulletins d'information trimestriels multipliés et diffusés trimestriellement à partir de 2017
19	25 personnels de suivi et évaluation du programme seront formés sur les méthodes de concepts statistiques liés au Paludisme
20	114 responsables au niveau district seront formés sur la connaissance en suivi et évaluation et surveillance
21	3000 AS des CSB privés et publiques seront formés sur le remplissage des outils de suivi et des surveillances
22	Suivi formatif des 22 régions formées en suivi et évaluation réalisé par le niveau central (en 2018)
23	Suivi formatif des 114 districts formés en suivi et évaluation réalisé par le régional (6 mois après la formation)
24	Formation des 15 responsables de l'unité de suivi et évaluation sur l'utilisation d'un support de partage des données avec diffusion au sein de RBM
25	Réalisation de la formation des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur les logiciels de suivi en 2018
26	Formation des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur la méthodologie d'élaboration des rapports des revues et d'évaluation en 2018
27	Mise à jour des compétences des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur l'utilisation de logiciel ARCGIS en 2020
28	Atelier de 35 personnes sur la publication des documents de bonne pratique en matière de Lutte contre le Paludisme (1 atelier par an).

Résultat Stratégique 11 - RENFORCEMENT DU CADRE DE SUIVI EVALUATION

11.1	Les Districts et les CSB performants reçoivent leur prime annuelle (Diminution de l'incidence conformément aux prévisions)
11.2	Les Deux Réunions de coordination annuelle sont effectuées entre le niveau central et les responsables régionaux
11.3	Revue annuelle du programme effectuée avant le mois de Décembre de l'année en cours
11.4	Réunions de coordination entre le niveau central et les responsables des centres hospitaliers des 6 ex-provinces avant Janvier 2019
11.5	11 régions supervisées semestriellement par le niveau central à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.6	57 districts supervisés trimestriellement par le niveau régional à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.7	700 CSB supervisées trimestriellement par le niveau district à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.8	Canevas de supervision intégrée du Programme est mise à jour et distribué auprès des partenaires avant Juin 2020
11.9	250 bulletins d'information trimestriels multipliés et diffusés trimestriellement à partir de 2017
11.10	25 personnels de suivi et évaluation du programme seront formés sur les méthodes de concepts statistiques liés au Paludisme
11.11	114 responsables au niveau district seront formés sur la connaissance en suivi et évaluation et surveillance
11.12	3000 AS des CSB privés et publiques seront formés sur le remplissage des outils de suivi et des surveillances
11.13	Suivi formatif des 22 régions formées en suivi et évaluation réalisé par le niveau central (en 2018)
11.14	Suivi formatif des 114 districts formés en suivi et évaluation réalisé par le régional
11.15	Formation des 15 responsables de l'unité de suivi et évaluation sur l'utilisation d'un support de partage des données avec diffusion au sein de RBM
11.16	Réalisation de la formation des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur les logiciels de suivi en 2018
11.17	Formation des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur la méthodologie d'élaboration des rapports des revues et d'évaluation en 2018
11.18	Mise à jour des compétences des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur l'utilisation de logiciel ARCGIS en 2020
11.19	Atelier de 35 personnes sur la publication des documents de bonne pratique en matière de Lutte contre le Paludisme (1 atelier par an).
11.20	Deux enquêtes nationales transversales sur l'efficacité des MID sont effectuées un an après la distribution (campagne universelle) et une enquête nationale transversale sur l'efficacité des CAID est effectuée 3 mois après chaque aspersions
11.21	Une étude sur la faisabilité de TPI au niveau communautaire réalisée (à partir de mars 2018)
11.22	Evaluation de projet de TPI communautaire dans les zones de démonstration effectuée (en moyen terme 2019, et à la fin du projet en 2022)
11.23	Deux études comportementales des gens face à la Lutte contre le Paludisme (étude anthropologique) réalisée jusqu'en 2022
11.24	Une Enquête sur l'indicateur d'impact du Programme Paludisme (RIA 2020) réalisée et Deux enquêtes sur l'indicateur du Paludisme à Madagascar (EIPMD) MIS 2019- 2022
11.25	Les Revues à mi-parcours et finale sont réalisées respectivement en 2020 et en 2022
11.26	Une étude sur la lutte biologique antilarvaire est effectuée avant fin 2019 et le rapport est partagé avec tous les partenaires
11.27	Une étude sur les produits répulsifs naturels est effectuée avant fin 2019 et le rapport est partagé avec tous les partenaires
11.28	Les rapports des recherches opérationnelles effectuées sont disponibles et partagés avec tous les acteurs

ANNEXE 7 : Liste de sous-comité RBM S&E

- Cellule de Suivi et Evaluation et de la performance de la DLP.
- Suivi et Evaluation de la DEP/MSANP (Direction d'étude et de la Planification).
- Direction de la veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologie (DVSSE/MSANP).
- Direction du Système d'information.
- OMS.
- USAID/Meval
- Suivi et Evaluation de PMI.
- Suivi et Evaluation des PR responsables ex : PSI, UCP.....
- Suivi et Evaluation des ONG Ex : Mahefa, Mikolo, MCSP, ASSOS,

BIBLIOGRAPHIE

1. BIBLIOGRAPHIE

1. INSTAT. Projection de la population de Madagascar à partir de RGPH de 1993.
2. PNLP. Rapport de la revue de performance 2013 – 2017, Madagascar, juillet 2017.
3. PNLP. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013 -2017, Madagascar.
4. INSTAT, PNLP, IPM, ICF. Enquête sur les indicateurs du Paludisme à Madagascar (EIPM). Rapport MIS 2016, Madagascar, janvier 2017.
5. Data PNLP. Donnée de routine, Programme National de Lutte contre le Paludisme Madagascar.
6. OMS. Stratégie technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2015. Disponible à l'
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176720/1/9789242564990_fre.pdf.
7. WHO. World Malaria Report 2016. Genève: WHO. 2017. Disponible à l'
http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/.
8. WHO. World Malaria Report 2016 – country profiles. Disponible à l'
<http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/WMR-2016-profiles.pdf>.
9. Celine ZDB, Albert K, Andrea B et al. Evaluation of community-based continuous distribution of long-lasting insecticide-treated nets in Toamasina II District, Madagascar. Malar J (2017) 16 : 327, DOI 10.1186/s12936-017-1985-7.
10. RBM. Guidelines For Core Population-Based Indicators. RBM TP.1; January 2009.
11. OMS. Programme mondial de lutte antipaludique, Terminologie OMS du paludisme. Genève : Organisation mondial de la Santé ; 2017. Disponible à l'
<http://www.who.int/malaria/fr>.
12. Global Fund. Monitoring and evaluation toolkit. Part2: Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening. Monitoring and Evaluation Toolkit - 3rd Edition English Hard Copy. Disponible à l'
<http://www.theglobalfund.org>.
13. RBM. Action and investment to defeat malaria 2016 – 2030. Geneva: World Health Organization, Roll Back Malaria.
14. Plan stratégique du Programme National de Lutte contre le Paludisme 2013 – 2017, Direction de la Lutte contre le Paludisme
15. Plan de Suivi et Evaluation du plan stratégique de 2013 – 2017, Direction de la lutte contre le paludisme.
16. Plan de Suivi et Evaluation de 2015 – 2017 révisé

17. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2016 – 2020, République du Sénégal
18. Plan de Suivi-Evaluation du PSN 2011-2015, République du Benin
19. Plan Stratégique 2011-2015 de lutte contre le Paludisme, de Burkina Faso, 2015.
20. Rapport de la revue de la performance du programme 2011, DLP, MPR 2011.
21. Rapport de la revue de la performance du programme paludisme, rapports de terrain MPR 2017
22. Guide de formation en Suivi et Evaluation de MEASURE Evaluation ; mise à jour juin 2017
23. Malaria Compendium indicator 2015
24. Data quality review: Toolkit for Facility Data quality Assessment; OMS 2015
25. Plan de riposte 2017 du programme national d lutte contre le Paludisme, draft1 2017.

1.1. Cadre de performance

INDICATEURS	Données de base			CIBLES PAR ANNEE				
	Valeurs	Année	Sources	2018	2019	2020	2021	2022
INDICATEURS D'IMPACT								
Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) pour 1000 habitants par an.	18,5	2016	SNIS - Routine Data	12,95	9,07	6,35	4,44	3,11
Pourcentage de décès attribué au paludisme confirmé parmi tous les décès enregistrés au niveau des hôpitaux.	6,70%	2017	SNIS - Routine Data	4,69%	3,28%	2,30%	1,61%	1,13%
Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme pour 1000 habitants et par an.	14	2017	SNIS - Routine Data	10	7	5	3	2
Létalité liée au paludisme en milieu hospitalier.	ND	2016	SNIS - Routine Data	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe des CSB.	5,8%	2017	SNIS - Routine Data	4,06%	2,32%	1,62%	1,14%	0,80%
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe au niveau des sites communautaires.	6,7%	2017	SNIS - Routine Data	4,69%	3,28%	2,30%	1,61%	1,13%
Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre.	7%	2016	Malaria Indicator Survey	4,90%	3,43%	2,40%	1,68%	1,2%
INDICATEURS DE PROCESSUS								
Proportion de cas suspect de paludisme grave soumis à un diagnostic microscopique dans les Centres Hospitaliers.	ND	-	SNIS - Routine Data	55%	65%	75%	85%	95%
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers de campagnes à grande échelle.	10 640 000	2016	Rapport Campagne					

Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles (Femmes enceintes, enfants <1 an).	309 687	2016	SNIS - Routine Data					
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (ACT).	89,46%	2016	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (SP).	56,80%	2016	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock en Artesunate Injectable.	ND	-	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Nombre de partenaire et représentants d'autres secteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme.	38%	2016	Rapport annuel du programme	68%	98%	98%	98%	98%
Proportion de personnels formés en matière de lutte contre le paludisme.		2016	Rapport annuel du programme	80%	85%	90%	95%	100%
Taux d'absorption du budget alloué au paludisme.		2016	Rapport financier programme	80%	80%	85%	85%	90%
Pourcentage des activités réalisées par rapport aux activités mentionnées dans le Plan de Travail Annuel du Programme.	38%	2016	Rapport annuel du programme	68%	98%	98%	98%	98%
Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales.	40,00%	2017	SNIS - Routine Data	60%	80%	90%	90%	90%
Pourcentage d'alertes vérifiées sur alertes notifiées.	73%	2016	Rapport d'investigation	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par recherche active : Nombre de cas testés/20% de la population du Fokontany x 100.	ND	-	Rapport d'investigation	95%	95%	100%	100%	100%

Pourcentage des rapports de suivi des intrants au niveau des PHAGDIS transmis au niveau de la direction.	ND	-	Rapport du SALAMA	90%	905	95%	95%	95%
Pourcentage des souches sensibles à l'ASAQ.	100%		Rapport d'étude	100%	100%	100%	100%	100%
INDICATEURS	Données de base			CIBLES PAR ANNEE				
	Valeurs	Année	Sources	2018	2019	2020	2021	2022
INDICATEURS D'EFFETS								
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	83,4%	2016	Malaria Indicator Survey	85%	85%	85%	85%	85%
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	81,1%	2016	Malaria Indicator Survey	40%	60%	70%	80%	90%
Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	53,10%	2016	Malaria Indicator Survey	75%	80%	85%	85%	90%
Pourcentage de la population protégée par la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	6,90%	2016	Malaria Indicator Survey	95%	95%	95%	95%	95%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse	10,30%	2016	Malaria Indicator Survey	40%	60%	70%	80%	90%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les grossesses attendues	17%	2016	Enquête	20%	40%	60%	70%	80%
Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals	36%	2016	SNIS - Routine Data	80%	82%	85%	87%	90%

Pourcentage de personnes responsables d'enfants qui ont eu recours aux soins des AC dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.	ND		Malaria Indicator Survey	25%	45%	55%	75%	90%
Pourcentage de personnes qui connaissent la cause du paludisme.	ND		Malaria Indicator Survey	50%	50%	60%	80%	90%
Pourcentage de personnes qui connaissent les mesures préventives en lien avec le paludisme (MID).	ND		Malaria Indicator Survey	45%	75%	85%	90%	90%
Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont cité MID comme moyen efficace pour prévenir le paludisme.	ND		Malaria Indicator Survey	40%	60%	80%	90%	90%
Nombre de district passé en statut de pré-élimination (Evolution annuelle)	8	2016	SNIS - Routine Data	18	23	27	48	90

ANNEXES

4. ANNEXES

5.1. Madagascar en Bref

- Carte administrative, géographie



L'île est située entre 11°57' et 25°30' de latitude Sud et 43°14' et 50°27' de longitude Est, dans l'hémisphère Sud, Sud-Ouest de l'Océan Indien, à cheval du tropique du Capricorne. Madagascar est un île continent, se trouvant au cinquième des plus grande île du monde avec une superficie de 587 401 km².

Le pays dispose administrativement 22 régions avec une subdivision de : 119 districts administratifs, 113 districts sanitaires, 1 693 communes et 18 251 Fokontany.

- Aspects démographiques et économiques

Selon les données démographiques d'INSTAT, la population est estimée à 24 430 325 d'habitants en 2016 avec une densité relative de 42 habitants au km² (projection RGPH 1993). Elle est surtout caractérisée par une population jeune avec une proportion de 42% des moins de 15 ans. Les enfants moins de 5 ans représentent 18% de la population. La densité populaire prédomine surtout dans l'haute terre centrale regroupant près de 45% de la population totale.

L'instabilité politique ayant frappé le pays a entraîné des impacts négatifs sur l'état économique du pays. Après la dernière crise politique de 2009, de 2011 en 2016, le taux moyen de 2,6% de la croissance de PIB a été dépassé. Malgré, un taux extrême de pauvreté de 77,8% en 2012 a été constaté. Le pays reste confronté à de nombreux défis : 90% de la population vit dans la pauvreté, le PIB par habitant s'élève à 420 dollars, un enfant sur deux des moins de 5 ans souffre de malnutrition chronique. Le pays se trouve au 154ème rang sur 187 pays selon l'indice de développement humain réalisé en 2015.

- Climat

Madagascar se trouve en majorité dans la zone intertropicale. Ainsi, le climat de l'île est déterminé par les grands centres d'action météorologique : d'une part, l'anticyclone des Mascareignes durant l'été et d'autre part par les basses pressions équatoriales situées au nord. En outre, le paludisme est une maladie infectieuse endémo-épidémique surtout importante pour les populations vivant dans les zones intertropicales.

L'île dispose principalement 5 régions climatiques : (i) littoral Est caractérisé par un climat chaud et humide, (ii) hautes terres jouissant un climat tropical d'altitude, (iii) Côte et région Ouest caractérisé par un été chaud et humide, (iv) extrême Sud avec un climat de type semi-aride et (v) région de Sambirano avec un climat analogue à celui de la côte Est.

Cependant, Madagascar est exposé à des risques élevés de changement climatiques. En corollaire, le développement des vecteurs dépend des conditions climatiques principalement de la chaleur et de l'humidité. En conséquence, des changements épidémiologique (parasitologique et

entomologique) ont été constaté, secondaire à la fois à ce changement climatique et aux interventions de lutte menées antérieurement.

- **Principaux indicateurs de santé**

Principaux indicateurs de Santé de Madagascar

Indicateurs	Valeurs
1. Population totale en 2016	24 894 551
2. Population âgée de 0 à 14 ans (% du total) en 2016	41,3
3. Espérance de vie à la naissance, total (années) en 2015	65,5
4. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) en 2016	34,0
5. Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000) en 2016	46,4
6. Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2016	37 373
7. Ratio de décès maternel (estimation nationale, pour 100 000 naissances vivantes) en 2013	480,0
8. Prévalence de la malnutrition (% des enfants de moins de 5 ans) en 2004	15,2
9. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (% du total) en 2013	44,3
10. Ratio de la population pauvre disposant de moins de \$ 1,90 par jour en 2012 (% de la population)	77,8
11. Dépenses en santé, total (% du PIB) en 2014	3,0
12. Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé) en 2014	48,4
13. Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement) en 2014	10,2
14. Dépenses en santé, privées (% du PIB) en 2014	1,6
15. Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus) en 2012	71,6
16. RNB par habitant, (\$ PPA internationaux courants) en 2016	35 962 140 356

Sources: World Bank staff estimates based

Situation sanitaire de Madagascar

Sur le plan sanitaire, des efforts ont été menés dans le but d'améliorer les disponibilités des soins de santé à Madagascar. Ils ont été surtout mis pour : réduire les mortalités maternelle et néonatale, améliorer la santé infantile, éradiquer la poliomyélite, lutter contre le paludisme et contre les maladies tropicales négligées. Cependant, la protection de la population face aux problèmes de santé reste insuffisant.

La mortalité infantile reste un grand défi à relever. Chaque année, environ 44.000 enfants âgés de moins de cinq ans meurent, soit 120 par jour suite à des causes qui peuvent être prévenues : pneumonie (21%), paludisme (20 %) et diarrhée (17 %). Le retard de croissance affecte 47% des enfants de moins de 5 ans. La mortalité maternelle est élevée, environ 3.000 femmes par an meurent de causes liées à la grossesse, soit 8 chaque jour.

Une lutte contre la poliomyélite a été menée en 2016 suite à la découverte des souches de virus en 2015. Une épidémie de peste est rapportée annuellement. L'incidence de la tuberculose ne cesse d'augmenter avec un rythme de croissance de l'incidence de 5%/an. En 2014, le taux de notification de la tuberculose était de 89/100 000 habitants.

Le pays est confronté à la fois au problème des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles. La filariose lymphatique fait partie des maladies tropicales négligées endémique dans 99 districts sur 113 du pays. La prévalence moyenne est de 8,91%. Les schistosomias, urinaire et intestinale, sont endémiques dans 106 districts. La lèpre reste un problème de santé publique avec plus de 1000 nouveaux cas par an.

Les maladies non transmissibles sont responsables de 49% des décès. L'HTA se voit chez 36% de la population. Environ 880 000 cas le nombre de diabétiques sont estimés. Pour les cancers, leur dépistage reste faible. Seulement 1500 cas par an de cancer sont dépistés pour un état estimé de 20 000 cas avec 50% de cancers gynécologiques.

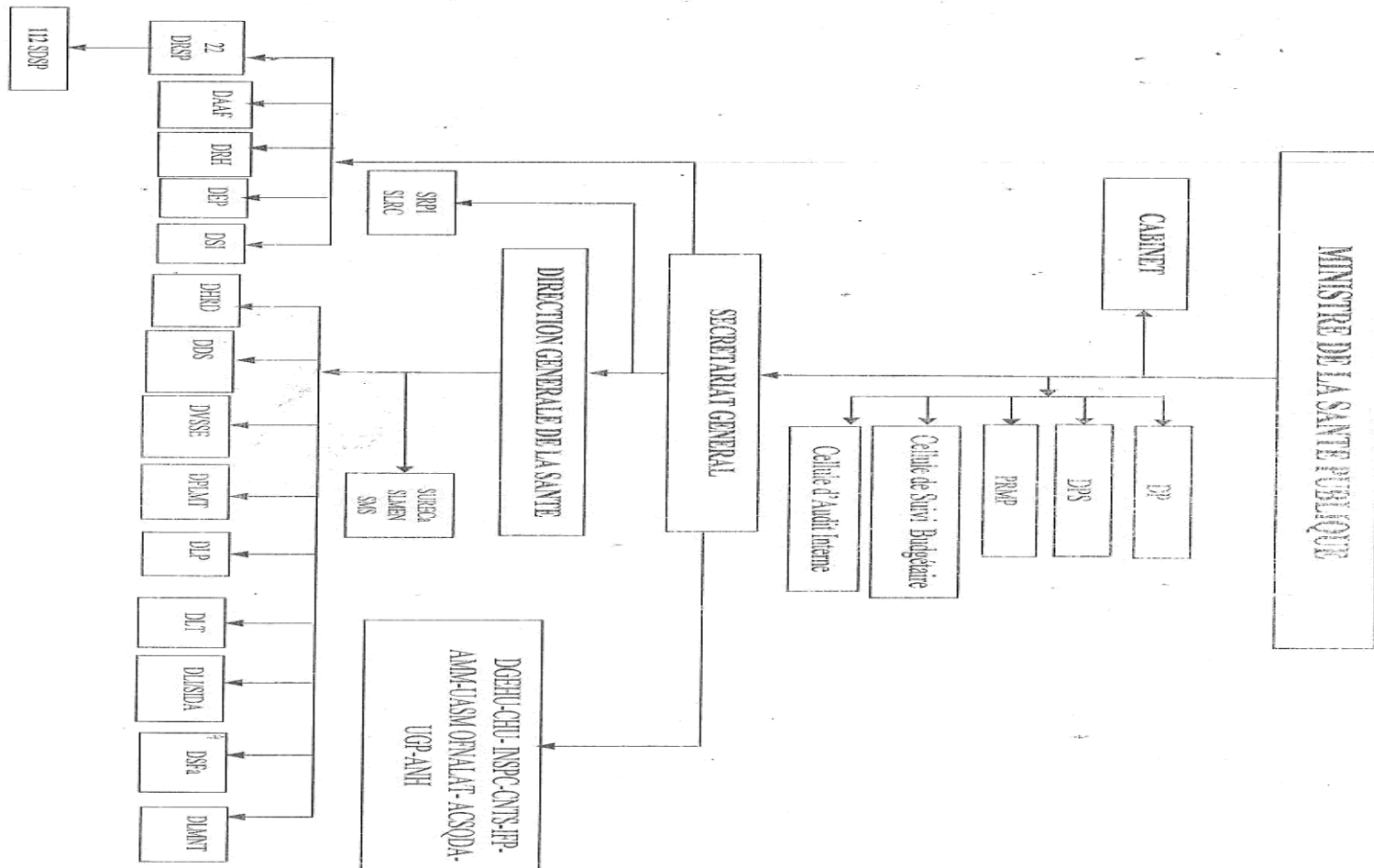
Système de santé de Madagascar

Relatif à l'organisation du système de santé, le pays possède un système pyramidal à 4 niveaux fonctionnels :

- Le niveau central responsable de l'orientation globale de la politique nationale, des grands axes stratégiques et de la mise en œuvre,
- Le niveau régional qui exécute et met en œuvre au niveau de la région et des districts sanitaires de rattachement,
- Le niveau district assure toutes les activités de lutte (au niveau des centres hospitaliers et des centres de santé de base, y compris le secteur privé). Ces formations sanitaires assurent les activités promotionnelles, préventives et curatives,
- Le niveau communautaire qui est à la fois un acteur et un bénéficiaire, à la base du système.

5.2. Organigramme Ministère de la Santé Publique et de la DLP

Meilleure
Qualité !!



DIRECTION DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



OCTOBRE 2017