

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

PLAN DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PNDS 2017-2022

Validé le 07 Septembre 2017



TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTE DES FIGURES	iv
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	v
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : LE PNDS COMME BASE DE RESULTATS ET DE REDEVABILITE DU SECTEUR	2
1.1. RAPPEL DU CADRE STRATEGIQUE ET DES RESULTATS DU PNDS 2017-2022	2
1.1.1. Les axes stratégiques	2
1.1.2. Les résultats escomptés par axe.....	2
1.2. JUSTIFICATION ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION	3
1.2.1. Justification du plan de suivi évaluation / cadre de résultats et de la redevabilité	3
1.2.2. Objectifs du plan de suivi et evaluation	4
1.2.3. Processus d'élaboration du plan de suivi évaluation.....	4
CHAPITRE 2 : CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PNDS 2017-2022	5
2.1. CADRE CONCEPTUEL GENERAL	5
2.1.1. Principe directeur du Plan de Suivi et Evaluation (PSE) du PNDS 2017-2022	5
2.1.2. Logique et cadre général du processus de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022	5
2.1.3. Les indicateurs par axe stratégique du PNDS 2017-2022	7
2.2. INDICATEURS CLES DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION	9
2.2.1. Processus et critères de sélection des indicateurs clés	9
2.2.2. Indicateurs traceurs de progrès.....	12
2.2.3. Indicateurs traceurs d'impact	13
2.2.4. Répartition des indicateurs traceurs par axe stratégique du PNDS	14
2.2.5. Définition et mode de calcul des indicateurs traceurs de progrès.....	15
2.3. SOURCES DE DONNEES	29
2.3.1. Données de routine	29
2.3.2. Données d'enquêtes et d'études.....	29
2.3.3. Circuit des données et informations	30
2.3.4. Gestion des données	30
2.3.4.1. Base des données.....	30
2.3.4.2. Analyse des données et informations	31
2.3.4.3. Mécanisme de contrôle de la qualité des données	31
CHAPITRE 3 : DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DU SUIVI ET EVALUATION DU PNDS	32
3.1. COHERENCE ENTRE LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE SUIVI ET EVALUATION DU PNDS ET LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL NATIONAL DE COORDINATION, DE SUIVI ET DE L'EVALUATION DES POLITIQUES DE DEVELOPPEMENT	32
3.1.1 Mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation	32
3.1.2. Rôles et responsabilités des autres parties prenantes.....	33
3.2. ACTIVITÉS DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PNDS	35
3.2.1. Les activités de suivi de la mise en œuvre.....	35
3.2.1.1. La supervision	35
3.2.1.2. Le monitoring semestriel et les réunions mensuelles de coordination	36
3.2.1.3. Les revues sectorielles.....	36
3.2.1.4. Programmation des activités de suivi de la mise en œuvre	37
3.2.2. Les activités d'évaluation de la mise en œuvre.....	37
CHAPITRE 4 : PLAN D'ACTION BUDGETISE DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION DU PNDS	39
4.1. PLAN D'ACTION (ACTIVITES DE SUIVI ET EVALUATION)	39
4.2. BUDGET DU PLAN D'ACTION.....	40
CONCLUSION	43
ANNEXES	43
Annexe 1 : Définition des concepts de suivi, évaluation et de revue	44
Annexe 2 : Fiche de gestion quotidienne des activités	45
Annexe 3 : Indicateurs de suivi des pratiques ECD (IHP+).....	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Les axes stratégiques du PNDS 2017-2022 -----	2
Tableau II : Indicateurs par axe stratégique du PNDS 2017-2022 -----	7
Tableau III : Indicateurs de mortalité et morbidité liés à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent --	7
Tableau IV : Indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux maladies transmissibles-----	7
Tableau V : Indicateurs de mortalité liés aux principales maladies à potentiel épidémique-----	8
Tableau VI : Indicateurs des principales maladies non transmissibles -----	8
Tableau VII : Indicateurs de renforcement du système de santé-----	8
Tableau VIII : Liste des indicateurs clés selon la chaîne de résultats -----	10
Tableau IX : Liste des indicateurs traceurs pour le suivi de la performance -----	12
Tableau X : Liste des indicateurs traceurs d'impact-----	13
Tableau XI : Répartition des types d'indicateurs par axe stratégique du PNDS-----	14
Tableau XII : Définition et mode de calcul des indicateurs traceurs de progrès-----	15
Tableau XIII : Indicateurs clés de suivi de la performance du PNDS 2017-2022 -----	22
Tableau XIV : Rôles et responsabilités des différents organes de coordination et de suivi et évaluation ----	33
Tableau XV : Activités du Plan d'action du PNSE du PNDS 2017-2022 -----	39
Tableau XVI : Plan d'action budgétisé du PSE du PNDS 2017-2022 -----	41

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre logique de suivi et évaluation (renforcement du système de santé) -----	6
Figure 2 : Flux de l'information pour le suivi et l'évaluation du PNDS-----	30
Figure 3 : Architecture opérationnelle du DHIS2-----	31
Figure 4 : Organisation des revues des activités sanitaires par niveau-----	36
Figure 5 : Etapes de l'évaluation du PNDS 2017-2022 -----	38

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

AFD	: Agence Française de Développement
ARV	: Anti-Retro-Viraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCC	: Communication pour un Changement de Comportement
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agence
CCM	: Country Coordination Mechanism
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHD	: Centre Hospitalier de District
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNAO	: Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion
COSAN	: Comité de Santé
CPN	: Consultations Pré Natales
CRAO	: Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSS VIH/SIDA	: Comité Sectoriel Santé VIH/SIDA
CTP	: Chimiothérapie Préventive
DAF	: Direction des Affaires Financières
DDS	: Direction du District Sanitaire
DGEPIS	: Direction Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information Sanitaire
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DIPD	: Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des Politiques de Développement
DIS	: Division de l'Information
DISEM	: Direction des Infrastructures Sanitaires, des Equipements et de la Maintenance
DOTS	: Directly Observed Treatment Short course
DPML	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSCPA	: Division de la Santé Communautaire et des Personnes Âgées
DSIUSR	: Division de la surveillance intégrée des urgences sanitaires et de la riposte
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSMI/PF	: Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale
ECD	: Equipe Cadre de District
ECD	: Efficacité de la Coopération au Développement
ECR	: Equipe Cadre Régionale
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FDAL	: Fin de la Défécation à l'Air Libre
GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
GYTS	: Global Youth Tobacco Survey
HTA	: Hypertension artérielle
IHP+	: Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées
INH	: Institut National d'Hygiène
INSEED	: Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
INSP	: Institut National de Santé Publique
IST	: Infection Sexuellement Transmissibles
MDR-TB	: Multiple Drug Resistant Tuberculosis
MEG	: Médicament Essentiel et Générique
MICS	: Enquête par Grappe à Indicateur Multiple
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	: Maladies Non Transmissibles

ODD	: Objectif de Développement Durable
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSE	: Plan de Suivi et Evaluation
PSL	: Produit Sanguins et Labiles
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
QUIBB	: Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
RSI	: Règlement Sanitaire International
SARA	: Evaluation de la préparation et de la disponibilité des services
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis.
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SP/PNDS	: Secrétariat Permanent du Plan National de Développement Sanitaire
STEPS	: STEPwise de l'OMS pour la Surveillance ¹
TDM	: Traitement de Masse
TME	: Transmission de la Mère à l'Enfant
TPM-	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Négative
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UNFPA	: Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URD	: Unité de Recherches Démographiques
USP	: Unité de Soins Périphérique
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	: Water Sanitation and Hygiene promotion
WHO-PEN	: World Health Organization Package of Essential Non-Communicable Diseases

¹ Outil de surveillance recommandé par l'OMS pour les facteurs de risque des maladies chroniques, la morbidité et la mortalité dues aux maladies chroniques.

INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, avec l'appui des partenaires, a élaboré un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2017-2022. Ce plan stratégique propose des solutions aux problèmes dégagés par l'évaluation conjointe du PNDS 2012-2015 et s'aligne sur les Objectifs du Développement Durable (ODD) adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015.

L'élaboration d'un plan unique de suivi et d'évaluation, destiné à soutenir la mise en œuvre de ce nouveau plan stratégique, s'inscrit dans la dynamique en cours dans le secteur depuis 2010 dans le cadre du processus du Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées (IHP+).

En effet, le présent Plan National de Suivi et Evaluation (PSE) est élaboré sur la base des éléments et attributs de la plateforme du pays pour l'information et la redevabilité adoptée par les partenaires IHP+ en novembre 2011. Ce document fournit un cadre commun de suivi de la progression dans l'atteinte des résultats et l'évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et implique toutes les parties prenantes et groupes d'intérêts du secteur de la santé.

Il est le fruit d'un processus participatif impliquant à toutes les étapes les principales parties prenantes, y compris le secteur privé, les organisations de la société civile, les PTF et les institutions universitaires et de recherche qui a permis d'obtenir un consensus sur **une liste restreinte** d'indicateurs clés dits traceurs capables de produire des informations pertinentes sur la mise en œuvre du PNDS et les progrès réalisés.

Il se fonde sur une série de **60** indicateurs clés (**34** indicateurs traceurs de progrès et **26** indicateurs traceurs d'impact), tirés de la matrice exhaustive des 131 indicateurs que compte le PNDS 2017-2022.

A ces indicateurs, s'ajoutent **12** indicateurs pour le suivi de la pratique de l'Efficacité de la Coopération au Développement (ECD) dans le secteur de la santé (voir annexe 3).

En plus, le PSE définit et précise les procédures et mécanismes pour collecter, évaluer la qualité des données, procéder aux analyses, produire les informations de qualité, communiquer et diffuser les résultats à différents niveaux de la pyramide sanitaire et aux parties prenantes du PNDS.

Il constitue un cadre de référence pour orienter les acteurs, décideurs, partenaires et communautés sur le suivi de la mise en œuvre des interventions du PNDS et l'appréciation des progrès vers l'atteinte des résultats escomptés. Il contribue ainsi à guider l'ensemble des acteurs vers une meilleure harmonisation des approches, une même compréhension des concepts et la production d'informations stratégiques de qualité des différents domaines programmatiques du PNDS.

1.1. RAPPEL DU CADRE STRATEGIQUE ET DES RESULTATS DU PNDS 2017-2022

1.1.1. Les axes stratégiques

Le PNDS 2017-2022 est décliné en cinq axes stratégiques en cohérence avec les priorités nationales et internationales, les enjeux et les défis majeurs du secteur. Les cinq axes sont organisés en quatre axes d'action couvrant (i) la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ; (ii) la lutte contre les maladies transmissibles ; (iii) la sécurité sanitaire ; (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles, et en un axe transversal de renforcement du système de santé dans le but d'un soutien aux quatre axes d'action et d'un accès universel aux services essentiels (Cf. tableau I).

Tableau I : Les axes stratégiques du PNDS 2017-2022

Types d'axe	Enoncés des axes			
QUATRE (4) AXES D'ACTION	<u>AS1</u> : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	<u>AS2</u> : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	<u>AS3</u> : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	<u>AS4</u> : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé
UN (1) AXE DE SOUTIEN	<u>AS5</u> : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle y compris la santé communautaire			

1.1.2. Les résultats escomptés par axe

Conformément au principe de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), le PNDS définit pour chaque axe stratégique, des orientations stratégiques permettant l'atteinte des résultats d'impact et d'effet.

- ✓ **Axe stratégique 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents**

La mise en œuvre de cet axe va surtout permettre de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour atteindre respectivement les cibles de 250 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, de 17 décès néonataux et de 59 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1.000 naissances vivantes en fin 2022. Ces cibles correspondent à une réduction annuelle de 7% pour ce qui concerne la mortalité maternelle et néonatale et de 5% pour la mortalité infanto-juvénile.

- ✓ **Axe stratégique 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles**

A travers cet axe, il sera question de réduire d'ici à 2022 : la prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans de 2,5% à 1,82% ; la mortalité spécifique du VIH de 83,19 à 30,56 pour 100 000 habitants ; l'incidence du Paludisme de 161 à 40 ‰ ; l'incidence de la tuberculose de 58 à 23 ‰ et la prévalence des Schistosomiasis de 5,0% à 0,2%.

- ✓ **Axe stratégique 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique**

Concernant l'axe 3, il s'agit de réduire d'ici à 2022, la létalité liée à la méningite de 6,4% à moins de 3%, létalité liée au choléra de 4,5% à moins de 1%, la létalité liée aux fièvres hémorragiques de 50% à moins de 20% et maintenir la létalité liée à la rougeole à 0%.

✓ **Axe stratégique 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé**

Dans le domaine du renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé, l'objectif visé est de réduire d'ici à 2022, la mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants) de 679 à 500 ; la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans de 8,10% à 6% ; la prévalence de l'obésité de 11,2% à 9% ; la prévalence de la cécité de 0,7% à 0,5% ; le taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires de 305 à 150 ; la prévalence de l'Hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus de 31,5% à 25% ; (vi) la prévalence du Diabète de 8,3% à 5,6% ; le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus (p. 100 000 habitants) de 30 à 13 ; le taux de mortalité liée aux accidents de la route (p. 100 000 habitants) de 17 à 10¹.

✓ **Axe stratégique 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), y compris la santé communautaire**

L'objectif global visé est de renforcer les six piliers du système de santé pour permettre un accès universel aux services préventifs et curatifs en vue d'une réduction durable de la mortalité et de la morbidité.

Pour ce faire , l'accent sera mis sur : (i) le renforcement de la gouvernance du secteur ; (ii) l'amélioration du financement de la santé à travers le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle ; (iii) le renforcement des ressources humaines en vue d'atténuer les besoins, de réduire les inégalités dans leur répartition et d'améliorer leurs compétences et performances ; (iv) le développement d'une offre de services et soins de santé facile d'accès et de qualité sur l'ensemble du territoire ; (v) l'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité dans les formations sanitaires y compris les produits sanguins labiles sécurisés ; (vii) l'accélération de la réforme du système national d'information sanitaire et la promotion de la recherche en santé.

1.2. JUSTIFICATION ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

1.2.1. Justification du plan de suivi évaluation / cadre de résultats et de la redevabilité

L'évaluation du PNDS 2012-2015 et l'analyse de la situation sanitaire du Togo réalisée en août 2016 dans le cadre du processus d'élaboration du nouveau PNDS ont révélé que malgré les efforts de modernisation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) depuis 2014, l'accès à une information sanitaire opportune et fiable venant de toutes les sources pertinentes et son usage pour appuyer les décisions d'orientation politique, d'allocation des ressources et de gestion, reste toujours à améliorer.

En raison du sous-investissement dans le renforcement des capacités de collecte, d'analyse, de diffusion et d'utilisation des données sanitaires, les cadres de concertation institutionnels de suivi et évaluation que sont les réunions de coordination au niveau des régions et districts, le comité sectoriel, les revues semestrielles (au niveau régional) et annuelles conjointes ont vu leur contenu se vider progressivement pour laisser place à des activités de nature symbolique et administrative. Ces séances se résumaient à des rencontres de comptes rendus des activités sans analyse approfondie des performances.

Dans cette perspective, pour faciliter le dialogue politique sectoriel autour de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022, il est essentiel de renforcer le cadre commun de suivi, d'évaluation et des revues du secteur mis au point conformément au cadre d'examen des progrès et de la performance du système de santé selon les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement².

Cette déclaration implique l'existence de processus transparents bien établis pour le suivi des progrès et de la performance aux différents échelons, qui s'appuient sur un système d'information sanitaire efficace, sur des processus d'examen réguliers par plusieurs parties prenantes et sur une action systématique.

¹ Actions intersectorielles entre le ministère en charge de la santé et le ministère en charge de la sécurité.

² La redevabilité ; la redevabilité mutuelle entre les citoyens, les décideurs et la communauté internationale est définie comme un processus cyclique de suivi, d'examen et d'action (corrective).

L'ensemble de ces constats supposent qu'il faut renforcer les capacités institutionnelles et humaines en matière de suivi et évaluation axée sur les résultats et d'améliorer l'approche méthodologique des revues et de gestion de l'information sanitaire.

1.2.2. Objectifs du plan de suivi et évaluation

L'objectif général du PSE est de faciliter le suivi des progrès et performances du secteur de la santé et le dialogue politique sectorielle autour de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022.

Il s'agit plus spécifiquement de :

- Orienter les parties prenantes sur le suivi de la mise en œuvre du PNDS pour une meilleure harmonisation des approches ;
- Apprécier les progrès vers l'atteinte des résultats escomptés ;
- Renforcer les capacités techniques et humaines en matière de suivi et évaluation ;
- Fournir des informations stratégiques de qualité sur les différents domaines programmatiques et financiers du PNDS pour la prise de décision.

1.2.3. Processus d'élaboration du plan de suivi et évaluation

Le présent PSE est élaboré de manière transparente dans le cadre du renforcement du dialogue politique sectoriel et du partenariat innovant enclenché par le Gouvernement depuis 2010 suite à l'adhésion du Togo au Compact mondial IHP+. Il est le résultat d'un processus participatif impliquant toutes les parties prenantes du secteur de la santé, notamment le Gouvernement, le secteur privé, les organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers et les institutions universitaires et de recherche.

Ce processus a suivi les étapes clés suivantes:

- **Mars 2017** : (i) mise en place d'une équipe technique sous la coordination de la Direction Générale des Etudes de la Planification et de l'Information Sanitaire (DGEPI) et (ii) élaboration des fiches d'indicateurs traceurs par l'ensemble des programmes, directions et services ;
- **Avril 2017** : analyse et consolidation des indicateurs proposés par les programmes et services au regard des engagements du secteur ;
- **11 au 13 juin 2017** : (i) priorisation des indicateurs proposés par les programmes et services et (ii) rédaction du draft initial par l'équipe technique avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers ;
- **11 au 14 juillet 2017** : revue et rédaction du draft consolidé à Kpalimé avec l'appui technique d'experts internationaux et la participation des partenaires techniques et financiers, du secteur privé, des organisations de la société civile, des institutions universitaires et de recherche en vue d'obtenir leurs contributions ;
- **05 au 07 septembre 2017** : validation du plan de suivi évaluation à un atelier national à Tsévié ;
- diffusion du plan de suivi et évaluation.

2.1. CADRE CONCEPTUEL GENERAL

2.1.1. Principe directeur du Plan de Suivi et Evaluation (PSE) du PNDS 2017-2022

Le Plan de Suivi et Evaluation du PNDS 2017-2022 est élaboré sur la base du principe directeur du cadre de mise en œuvre du PNDS 2017-2022 relatif à la « *responsabilité mutuelle pour les résultats à travers le renforcement des cadres conjoints de suivi et évaluation des résultats du PNDS* ».

Ce principe est également conforme aux éléments et attributs de la plateforme de pays pour l'information et la redevabilité adoptée par les partenaires IHP+ en novembre 2011.

La responsabilité mutuelle est l'obligation pour les parties prenantes de rendre compte des ressources mobilisées par rapport aux engagements et résultats obtenus dans la mise en œuvre du PNDS.

En effet, ce plan de suivi et évaluation est destiné à soutenir la responsabilité mutuelle. Il a pour but d'optimiser l'organisation de la collecte d'informations valides et fiables afin d'évaluer les progrès et la performance du PNDS de façon exhaustive pour le système national de santé. Il spécifie les mécanismes et le rôle des parties prenantes du développement sanitaire ainsi que les résultats escomptés dont-elles sont redevables. Il clarifie ensuite les processus et mécanisme nationaux de suivi et évaluation et de revue des activités du secteur. Il précise enfin les modalités d'harmonisation des procédures conjointes de suivi et évaluation du PNDS.

C'est un outil qui guide les acteurs à produire et rendre disponibles les informations de qualité qui facilitent la prise de décision.

2.1.2. Logique et cadre général du processus de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022

Le processus de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022 se fonde sur un cheminement clair et logique axé sur des résultats. La figure 1 ci-dessous donne une représentation logique, sous la forme d'une chaîne de résultats, de la composante de suivi et évaluation du PNDS.

Le cadre général du suivi et évaluation comprend quatre (4) grands domaines à savoir : les intrants et les processus, les produits/extrants, les effets et les impacts. Il montre que chaque domaine d'indicateurs est lié préférentiellement à une source de données et que les intrants (p. ex. financement, infrastructure) et les processus (p. ex. chaîne logistique) du système de santé se reflètent dans les résultats directs (p. ex. disponibilité des services et des interventions), les résultats finaux (p. ex. couverture des interventions) et l'impact (p. ex. amélioration des résultats sanitaires).

En effet, ce cadre va servir à démontrer l'efficacité des stratégies et interventions de mise en œuvre des cinq (5) axes stratégiques du PNDS. Il facilite non seulement l'identification des indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultats, mais aussi il permet de relier ces indicateurs à des méthodes de collecte des données. Il souligne ensuite la nécessité d'analyser et de synthétiser les données provenant de plusieurs sources, et d'évaluer la qualité. Il montre enfin que les données doivent être communiquées et servir à la prise de décisions à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

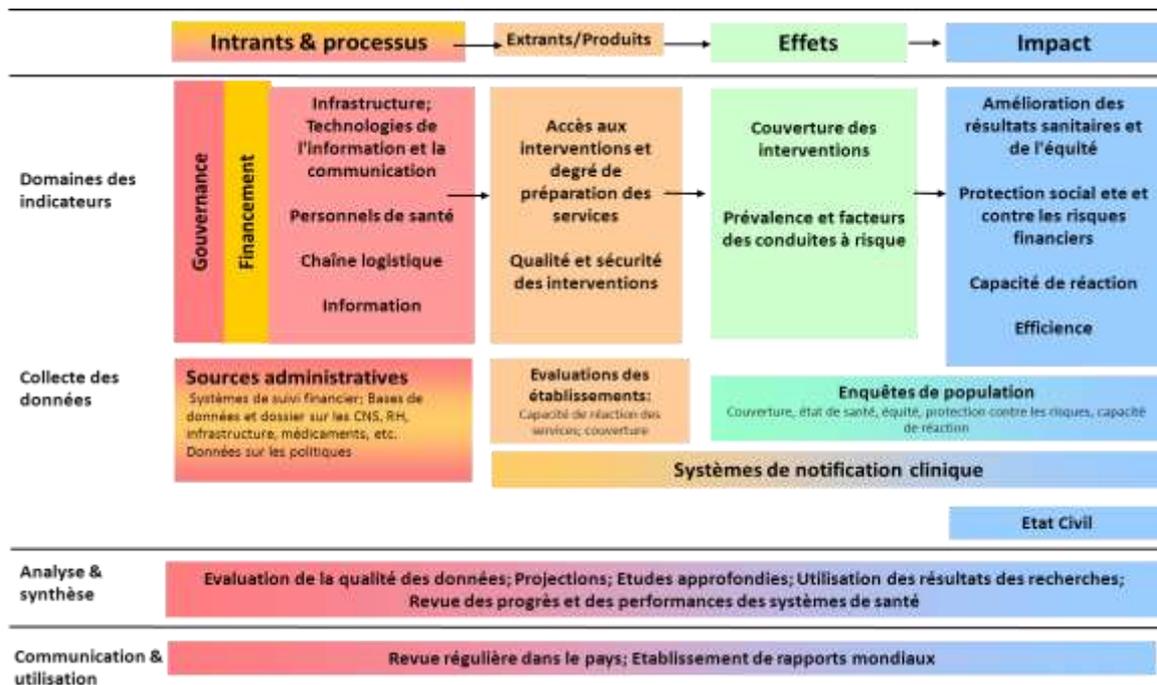


Figure 1 : Cadre logique de suivi et évaluation (renforcement du système de santé)

Source : Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité : IHP+ OMS

En d'autres termes, il s'agit d'un plan opérationnel de suivi et évaluation qui permet de poser les questions adéquates pour prendre en compte les événements associés et déterminer ainsi les indicateurs correspondants (chaînes de résultats). Il s'agit essentiellement des questions clés ci-après :

Qu'est-ce qui est investi ? Intrants	Il s'agit de déterminer les indicateurs d'intrants pour les ressources nécessaires à utiliser : par ex. personnels, équipements, fournitures, logistiques
Qu'est-ce qui a été réalisé ? Processus	Il s'agit de déterminer les indicateurs de processus pour les activités notamment les formations, les renforcements des capacités institutionnelle et organisationnelle (par ex. nombre de réunions de coordination, nombre de personnels formés, nombre de supervisions ou stratégies avancées réalisées)
Quels ont été les résultats directs ? Produits	Il s'agit de déterminer les indicateurs de produits pour les prestations de services : par ex. nombre de nouveau cas de tuberculose détectés, nombre de MILDA distribués, nombre de patients sous ARV, etc.
Quels ont été les résultats à court et moyen terme ? Effets	Il s'agit de déterminer les indicateurs d'effets en rapport avec le système de santé (fonctionnalité des structures, gestion efficace et efficiente) ; les couvertures des structures et les changements de comportement (ex : taux d'accouchement assistés par un personnel qualifié, pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la veille de l'enquête, pourcentage des femmes enceintes ayant reçu le TPI, nombre de Couples-Années –Protection, couverture vaccinale)
Quels ont été les résultats à long terme (les changements) ? Impacts	Il s'agit de déterminer les indicateurs d'impact sur la santé de la population : par ex. incidence et prévalence des maladies, taux de mortalité des moins de 5 ans ; impact économique liées aux maladies, etc.

2.1.3. Les indicateurs par axe stratégique du PNDS 2017-2022

Tableau II : Indicateurs par axe stratégique du PNDS 2017-2022

Types	Axes du PNDS	Nombre d'indicateurs par axe du PNDS
AXES D'ACTION	AS1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	46
	AS2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	30
	AS3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	12
	AS4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé	18
AXE DE SOUTIEN	AS5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle y compris la santé communautaire	25
Total indicateurs prévus dans le PNDS		131

- ✓ **Axe stratégique 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents**

Tableau III : Indicateurs de mortalité et morbidité liés à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Indicateurs	Baseline		Cibles fin 2022
	Valeurs	Sources	
Mortalité maternelle (MM) (p100.000)	401	EDSTIII, 2014	250
Mortalité néonatale (MNN) (p1 000)	27	EDSTIII, 2014	17
Mortalité infanto-juvénile (MIJ) (p1 000)	88	EDSTIII, 2014	59
Prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans (p 100)	6,5	EDSTIII, 2014	3,0
Prévalence de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans (p 100)	27,5	EDSTIII, 2014	10,0
Taux de natalité chez les adolescentes (p 1000) ¹	85,0	EDSTIII, 2014	56,0

- ✓ **Axe stratégique 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles**

Tableau IV : Indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux maladies transmissibles

Indicateurs	Baseline		Cibles fin 2022
	Valeurs	Sources	
Nombre de nouvelles infections à VIH	4 766	EPP Spectrum 2015	1 049
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans	2,5%	EDSTIII, 2014	1,8
Mortalité spécifique due au VIH (p100.000)	83,19	PNLS, 2015	30,6
Proportion des jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH	1,2%	PNLS, 2014	1,0
Incidence du Paludisme (p.1000)	153,0	PNLP, 2015	40,0
Mortalité spécifique due au Paludisme (p100.000)	0,2	PNLP, 2015	0,1
Prévalence de la Tuberculose (p100.000)	81,6	PNLT, 2014	51,1
Incidence de la tuberculose (p.1000)	58,0	PNLT, 2014	23,0
Prévalence de la Filariose lymphatique	<1%	Rapport d'évaluation TDM, 2015	0,0
Prévalence de l'Hépatite B	10%	ASADH, 2015 ²	6%

¹ Taux de natalité chez les adolescentes (15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge (EDST 3, 2014).

² Association sauvons l'Afrique des hépatites

- ✓ **Axe stratégique 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique**

Tableau V : Indicateurs de mortalité liés aux principales maladies à potentiel épidémique

Indicateurs	Baseline		Cibles fin 2022
	Valeurs	Sources	
Taux de létalité liée à la méningite ¹	6,4%	DSIUSR* 2016	< 3%
Taux de létalité liée au cholera	4,5%	DSIUSR* 2015	<1%
Taux de létalité liée aux FH	50%	DSIUSR* 2016	<20%
Taux de létalité liée à la rougeole	0%	DSIUSR* 2016	0%

* DSIUSR : Division de la Surveillance Intégrée, des Urgences Sanitaires et de la Riposte

- ✓ **Axe stratégique 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé**

Tableau VI : Indicateurs des principales maladies non transmissibles

Indicateurs	Baseline		Cibles fin 2022
	Valeurs	Sources	
Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants)	679	OMS, 2015	500
Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans	8,10%	Global Youth Tobacco Survey (GYTS), 2013	6%
Prévalence de l'obésité	11,2%	OMS, 2015	9,0%
Prévalence de la cécité	0,7%	ARCE, 2014	0,5%
Taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires (p. 100 000 habitants)	305	OMS, 2015	150
Prévalence de l'Hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus	31,5%	OMS, 2015	25,0%
Prévalence du Diabète	8,3%	OMS, 2015	5,6%
Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus (p. 100 000 habitants)	30	OMS, 2015	13
Taux de mortalité liée aux accidents de la route (p. 100 000 habitants)	17	OMS, 2015	10

- ✓ **Axe stratégique 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), y compris la santé communautaire**

Tableau VII : Indicateurs de renforcement du système de santé

Indicateurs	Baseline		Cibles fin 2022
	Valeurs	Sources	
Taux d'accessibilité géographique	70,9 %	CS, 2015	90%
Taux d'utilisation des soins curatifs	30%	DIS, 2015	50%
Pourcentage de villages ruraux qui disposent d'un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme)	44,0 %	Rapport performance MSPS, 2015	80,0%
Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	6,9	Rapport provisoire CS, 2015	10,0
Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	62,4%	Rapport provisoire CS, 2015	90,0%
Taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire	ND		80,0%

¹ Selon l'OMS la létalité liée à la méningite doit être <10%

Indicateurs	Baseline		Cibles fin 2022
	Valeurs	Sources	
Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	39,0%	Enquête SARA 2012	80,0%
Proportion des besoins non satisfaits en matière de transfusion sanguine	30%	CNTS, 2015	≤5%
Nombre de laboratoire de biologie médicale ayant progressé d'une étoile par outil SLIPTA par année	0	Div Laboratoires	10
Part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	6,07%	MSPS, DAF, 2015	12,0%
Dépense de santé des ménages (Out of Pocket)	47,3 %	CNS, 2010	21,9%
Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	73,6%	MSPS, 2015)	95,0%
Dépense de santé du reste du monde en pourcentage des dépenses totales de santé	12, 3%	WHO-AFRO, 2016	≥12%
Part de la dépense publique de santé du niveau périphérique (district USP, niveau communautaire) en pourcentage des dépenses publiques de santé	70,1%	Rapport 2014 DAF	75,0%
Pourcentage d'établissements scolaires (avec un effectif ≥ à 1000 élèves) disposant d'une infirmerie avec un personnel qualifié	30,0%	Div SJA 2013	80,0%
Pourcentage de districts disposant d'un centre d'écoute spécifique pour jeune	48,0%	Div SJA 2015	90,0%
Pourcentage de la population couverte par un mécanisme de partage de risque	5,8%	WHO-AFRO, 2016	10%
Couverture des services de santé essentiels (Indice Global de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé	60%	SARA, 2012	80%
Pourcentage d'établissements offrant des services de soins obstétricaux d'urgence fonctionnels	65%	Enquête SONU 2015	90%
Pourcentage d'hôpitaux offrant la césarienne disposant les éléments traceurs le jour d'évaluation	57%	SARA, 2012	80%
Taux d'infections post opératoires	ND		Réduction de 75% d'ici 2022
Taux de complétude des données du SNIS	ND		80%
Pourcentage de structures sanitaires inspectées	ND		80%
Pourcentage des recommandations de l'organe de coordination sectorielle mises en œuvre	20%	RAP, MSPS, 2015	80%
Pourcentage de COGES fonctionnels	30%	RAP, MSPS, 2015	90%

2.2. INDICATEURS CLES DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

2.2.1. Processus et critères de sélection des indicateurs clés

Le Plan de Suivi et Evaluation du PNDS 2017-2022 se fonde sur un cadre logique global basé sur une série de **60** indicateurs clés d'intrant/processus, d'extrait/produits, d'effet et d'impact dont la mesure permettra de faire le suivi et l'évaluation de la performance des interventions du PNDS.

Les indicateurs clés retenus pour le suivi et l'évaluation sont tirés de la matrice des indicateurs de résultats du PNDS 2017-2022. Ces indicateurs clés ont été sélectionnés en fonction de leur utilité pour les décideurs, des engagements internationaux notamment les ODD liés à la santé et de la disponibilité des données (données de routine, financement probable d'enquêtes).

Ces indicateurs ont été retenus selon un processus participatif impliquant les principales parties prenantes.

Définition d'un indicateur traceur :

Un indicateur traceur est un indicateur qui est susceptible de montrer plus précisément les progrès réalisés sur une période donnée. On admet alors que lorsque cet indicateur évolue, les autres aussi évoluent.

Par conséquent, son changement dans le sens positif ou négatif permet d'apprécier la performance du secteur.

Tableau VIII : Liste des indicateurs clés selon la chaîne de résultats

Nombre total d'indicateurs clés : 60

(*) Indicateur ajouté par l'équipe de rédaction

INTRANTS ET PROCESSUS	EXTRANTS/PRODUITS	EFFETS	IMPACT
<p>Financement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taux de recouvrement des recettes 2. Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé 3. Taux d'exécution des dépenses publiques de santé <p>Infrastructure sanitaire</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Taux d'accessibilité géographique 5. Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 hbts <p>Personnels de santé</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins 7. Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants) <p>Gouvernance</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Pourcentage de COGES fonctionnels <p>Information</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Complétude des rapports du SNIS 	<p>Interventions et préparation des services</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN 11. Nombre de Couple Année Protection 12. Proportion de femmes césariées ayant bénéficié de la subvention 13. Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue) 14. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI pendant la grossesse 15. Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse 16. Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3) 17. Proportion de personnes traitées à l'ivermectine dans la population éligible 18. Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR) 19. Taux d'utilisation des soins curatifs 20. Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition) 21. Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois) <p>Qualité et sécurité</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié 23. Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement 24. Nombre de laboratoire de biologie médicale ayant progressé d'une étoile par outil SLIPTA par année 	<p>Couverture des interventions</p> <ol style="list-style-type: none"> 32. Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS 33. Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 adolescentes (15 à 19 ans) du même groupe d'âge 34. Taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes 35. Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans 36. Taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib1/VAR 37. Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée 38. Pourcentage de personnes vivant avec un handicap prises en charge en réadaptation physique <p>Prévalence et facteurs des conduites à risque</p> <ol style="list-style-type: none"> 39. Prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans 40. Prévalence du retard de croissance globale chez les enfants de moins de 5 ans 41. Pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre 42. Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans 43. Taux d'infections post opératoire 44. Létalité liée à la méningite 45. Létalité liée au choléra 46. Létalité liée aux Fièvres Hémorragiques 	<p>Amélioration des résultats sanitaires et de l'équité</p> <ol style="list-style-type: none"> 47. Ratio de Mortalité Maternelle, pour 100.000 nais. Vivantes 48. Taux de Mortalité néonatal, pour 1000 nais. Vivantes 49. Taux de Mortalité infanto-juvénile, pour 1000 nais. Vivantes 50. Incidence du Paludisme (p.1000) 51. Mortalité spécifique due au Paludisme (p100.000) 52. Incidence de la tuberculose (p.1000) 53. Prévalence du VIH chez les 15-49 ans 54. Prévalence onchocercarienne 55. Taux de mortalité liée aux accidents de la route (p. 100 000 habitants) 56. Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants) 57. Prévalence de l'Hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus 58. Prévalence du Diabète <p>Protection sociale et contre les risques financiers</p> <ol style="list-style-type: none"> 59. Dépense de santé des ménages (Out of Pocket) <p>Réponse aux attentes</p> <ol style="list-style-type: none"> 60. (*)Satisfaction des utilisateurs des services de santé

INTRANTS ET PROCESSUS	EXTRANTS\PRODUITS	EFFETS	IMPACT
	<p>25. Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge</p> <p>26. Pourcentage de formations sanitaires pratiquant la PCI</p> <p>27. Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification</p> <p>28. Pourcentage de villages certifiés FDAL</p> <p><i>Evaluation des établissements (capacité de réaction des services, couverture, ...)</i></p> <p>29. Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)</p> <p>30. Taux de disponibilité moyenne des médicaments</p> <p>31. Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle de services</p>		

En effet, les 60 indicateurs sont classés en deux (2) catégories : les indicateurs traceurs de progrès (34) et les indicateurs traceurs d'impact (26).

Les indicateurs traceurs de progrès permettent d'évaluer les avancées des actions que le secteur de la santé a engagées durant la période de mise en œuvre du PNDS, tandis que les indicateurs traceurs d'impact permettent de mesurer l'impact des actions du secteur sur la santé de la population durant la même période.

2.2.2. Indicateurs traceurs de progrès

Les indicateurs traceurs de progrès sont au nombre de 34. Ils feront l'objet d'appréciation chaque année lors des revues des activités du secteur aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Tableau IX : Liste des indicateurs traceurs pour le suivi de la performance

Axes	N°	Libellé de l'indicateur
Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	1	Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS
	2	Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN
	3	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié*
	4	Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention
	5	Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)
	6	Nombre de Couple Année Protection
	7	Pourcentage des enfants avec malnutrition aiguë sévère ayant bénéficié d'une prise en charge
	8	Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)
	9	Taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib1/VAR**
	10	Pourcentage de villages certifiés FDAL
Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	11	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI pendant la grossesse
	12	Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans
	13	Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée
	14	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse
	15	Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement
	16	Proportion de personnes traitées à l'ivermectine dans la population éligible
Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	17	Pourcentage de formations sanitaires pratiquant la PCI***
	18	Taux d'infections post opératoires
	19	Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification
Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé	20	Pourcentage de personnes vivant avec un handicap prises en charge en réadaptation physique
	21	Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)
Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la	22	Pourcentage de COGES fonctionnels
	23	Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins

CSU y compris la santé communautaire

24	Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)
25	Taux d'accessibilité géographique
26	Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants
27	Taux d'utilisation des soins curatifs
28	Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)
29	Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)
30	Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges
31	Complétude des rapports du SNIS
32	Taux de recouvrement des recettes
33	Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé
34	Taux d'exécution des dépenses publiques de santé

* Professionnel de santé ayant un diplôme délivré par une institution de formation reconnue par l'Etat

**VAR sera remplacé par le vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR) à partir de 2018

*** **Composante et critères de l'évaluation de la pratique PCI** : (1) Hygiène des mains : disponibilité de l'eau, du savon et du dispositif de lave main ; (2) Promotion de l'asepsie au moment des soins (sécurité des injections), port des EPI : blouse, gants, bavette, bonnet, bottes, lunettes de protection, tablier ; (3) Bonne gestion de l'environnement : nettoyage et désinfection des surfaces, des murs et des instruments chirurgicaux ; (4) Gestion des déchets solides et liquides : tri à la source, incinération dans de bonne condition, eaux usées bien gérées ; (5) Gestion efficace des linges souillés ; (6) Disponibilité des affiches montrant la procédure de la mise en œuvre du critère.

2.2.3. Indicateurs traceurs d'impact

Les indicateurs traceurs d'impact sont au nombre de 26. Ils feront l'objet d'appréciation à l'évaluation à mi-parcours (en 2019) et l'évaluation finale du PNDS (en 2022).

Tableau X : Liste des indicateurs traceurs d'impact

Axes	N°	Libellé de l'indicateur
Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infant-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	1	Ratio de Mortalité Maternelle, pour 100.000 naissances Vivantes
	2	Taux de Mortalité néonatale, pour 1000 naissances Vivantes
	3	Taux de Mortalité infant-juvénile, pour 1000 naissances Vivantes
	4	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 adolescentes (15 à 19 ans) du même groupe d'âge
	5	Taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes
	6	Prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans
	7	Prévalence du retard de croissance globale chez les enfants de moins de 5 ans
	8	Pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre
Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	9	Incidence du Paludisme (p.1000)
	10	Mortalité spécifique due au Paludisme (p100.000)
	11	Incidence de la tuberculose (p.1000)
	12	Prévalence du VIH chez les 15-49 ans
	13	Prévalence onchocerquienne
	14	Létalité liée au choléra

Axes	N°	Libellé de l'indicateur
Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	15	Létalité liée aux Fièvres Hémorragiques
	16	Létalité liée à la méningite
Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé	17	Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants)
	18	Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans
	19	Prévalence de l'Hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus
	20	Prévalence du Diabète
	21	Taux de mortalité liée aux accidents de la route (p. 100 000 habitants) ⁷
Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire	22	Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle de services
	23	Taux de disponibilité moyenne des médicaments
	24	Nombre de laboratoire de biologie médicale ayant progressé d'une étoile par outil SLIPTA par année
	25	Dépense de santé des ménages (Out of Pocket)
	26	Satisfaction des utilisateurs des services de santé

2.2.4. Répartition des indicateurs traceurs par axe stratégique du PNDS

Le tableau XI donne la répartition des indicateurs par axe stratégique selon la chaîne de résultats.

Tableau XI : Répartition des types d'indicateurs par axe stratégique du PNDS

Axes stratégiques	Indicateurs intrants/processus	Indicateurs extrants/produits	Indicateurs d'effets	Indicateurs d'impacts	Total
AS1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	0	8	3	7	18
AS2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	0	4	2	5	11
AS3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	0	2	1	3	6
AS4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé	0	1	1	5	7
AS5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle y compris la santé communautaire	9	7	0	2	18
Total	9	22	7	22	60

⁷ Décès immédiats après admission dans les structures de soins. Perspectives d'amélioration pour l'enregistrement de tous les cas de décès liés aux accidents de la route : Créer un registre de déclaration obligatoire des décès liés aux accidents au niveau des communes et préfectures.

2.2.5. Définition et mode de calcul des indicateurs traceurs de progrès

Tableau XII : Définition et mode de calcul des indicateurs traceurs de progrès

Axes du PNDS	N°	Libellé de l'indicateur	Mode de calcul		Interprétation	Remarques pour le calcul	Source de vérification	Service responsable
			Numérateur	Dénominateur				
Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	1	Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	Nombre de décès maternels de causes obstétricales directes dans les formations sanitaires	Nombre de femmes traitées pour une complication obstétricale direct	Cet indicateur permet d'apprécier l'efficacité dans la prise en charge des complications obstétricales		Registres de la maternité Dossiers d'hospitalisation Rapports d'activités	DSMI/PF/SNIS
	2	Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN	Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins 04 consultations prénatales	Nombre de femmes enceintes attendues	Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de suivi de la grossesse		Registres de la maternité Rapports d'activités Enquêtes	DSMI/PF/SNIS
	3	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Nombre d'accouchement pratiqué par un personnel qualifié	Nombre de grossesses attendues	Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de l'accouchement		Registres de la maternité Rapports d'activités Enquêtes	DSMI/PF/SNIS
	4	Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de la subvention de la césarienne	Nombre de femmes enceintes césarisées	Cet indicateur permet d'apprécier taux de couverture de la subvention de la césarienne		Rapports d'activités Enquêtes	DSMI/PF/SNIS
	5	Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	Nombre de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	Nombre de décès maternels notifiés	Cet indicateur contribue à l'amélioration de la qualité des prestations de services de Santé Maternelle par la prise correcte en charge des dysfonctionnements		Rapports d'audits Rapports d'activités Dossiers d'hospitalisation	DSMI/PF/SNIS
	6	Nombre de Couple Année Protection	Quantité de la méthode PF distribuée ou vendue aux clients sur une période de 12 mois à multiplier ou à diviser par le facteur de conversion pour la méthode	NA	Estimation de la protection contre la grossesse fournie par les services PF sur un an basé sur la quantité de tous les contraceptifs vendus ou distribués aux clients pendant cette même année		Registre PF Rapport d'activités PF Carte PF	DSMI/PF/SNIS
	7	Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	Nombre d'enfants souffrants de malnutrition aigüe sévère pris en charge	Nombre d'enfants souffrants de malnutrition aigüe sévère enregistrés	Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévères		Registres Rapports d'activités des CRENI et CRENAS	Division Nutrition/SNIS

Axes du PNDS	N°	Libellé de l'indicateur	Mode de calcul		Interprétation	Remarques pour le calcul	Source de vérification	Service responsable
			Numérateur	Dénominateur				
	8	Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	Nombre d'enfants de moins de 11 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent	Population d'enfants de 0 à 11 mois	Cet indicateur permet d'apprécier la couverture en vaccin Pentavalent et de mesurer la capacité du PEV à atteindre sa population cible y compris les zones d'accès		Registres de vaccination Rapport d'activités	DI/SNIS
	9	Taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib1/VAR	Différence entre nombre d'enfant ayant reçu la première dose de Pentavalent et nombre d'enfant ayant reçu le VAR*	Nombre d'enfant ayant reçu la première dose de Pentavalent	Cet indicateur permet d'apprécier le taux l'utilisation continue des services de vaccination		Registres de vaccination Rapport d'activités	DI/SNIS
	10	Pourcentage de villages certifiés FDAL	Nombre de villages certifiés FDAL	Nombre total de village	Cet indicateur permet de suivre les progrès réalisés dans les déclenchements des ménages pour la réalisation et l'utilisation des ouvrages d'assainissement à travers l'approche ATPC		Rapports d'activités Enquêtes	DHAB/SNIS
Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	11	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI pendant la grossesse	Nombre femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de la sulfadoxine pyriméthamine au cours des CPN x 100	Nombre de femmes enceintes ayant fait la 1ère CPN	Le TPI 3 à au moins 80% permet de réduire de façon significative les risques liés au paludisme encourus par les femmes enceintes et le produit de conception (anémie, mort-née, naissance de faible poids, avortement, accouchement prématuré, paludisme néonatal). Cet indicateur permet d'apprécier le niveau d'administration de la sulfadoxine pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes lors des CPN.		SNIS, Rapport PNLN, Rapports DSMI/PF	PNLNP
	12	Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans décédés de paludisme grave	Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme grave reçus	Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de la prise en charge. Il permet également d'apprécier la		SNIS, Rapport PNLN, Rapports DSMI/PF	PNLNP

Axes du PNDS	N°	Libellé de l'indicateur	Mode de calcul		Interprétation	Remarques pour le calcul	Source de vérification	Service responsable
			Numérateur	Dénominateur				
					fonctionnalité de la référence contre référence, le recours précoce aux soins, la promptitude dans la prise en charge			
	13	Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée	Nombre total de patients tuberculeux confirmés bactériologiquement déclarés guéris ou traitement terminé au sein d'une cohorte annuelle	Nombre total de patients tuberculeux confirmés bactériologiquement notifiés au cours de l'année de la cohorte	Cet indicateur permet de juger de l'adhésion au traitement des patients, l'effectivité du suivi des patients sous traitement et de l'efficacité du traitement ; C'est en observant l'évolution des données relatives à cet indicateur dans le temps que l'on pourra s'assurer de la coupure de la chaîne de transmission et de la performance du programme		Rapport d'activité du PNLT, Registre du traitement TB, Fiche de traitement TB	PNLT
	14	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement	Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au cours des 12 derniers mois.	Cet indicateur sera utilisé pour suivre l'avancement des progrès pour réaliser les objectifs nationaux d'éradiquer la transmission mère-enfant, pour apporter des informations intéressant la planification des directives et des stratégies, pour le plaidoyer, ainsi que pour augmenter les ressources en vue d'accélérer l'intensification des programmes. Il permet en outre aux pays de suivre la couverture de la provision d'antirétroviraux chez les femmes enceintes séropositives dans le but de réduire le risque de		Numérateur : Registre PTME, rapport PNLS Dénominateur : Rapport d'estimation EPP/SPECTRUM	PNLS

Axes du PNDS	N°	Libellé de l'indicateur	Mode de calcul		Interprétation	Remarques pour le calcul	Source de vérification	Service responsable
			Numérateur	Dénominateur				
					transmission mère-enfant du VIH. Lorsque les données qui lui sont relatives sont ventilées, cet indicateur peut indiquer un accès accru à des traitements antirétroviraux plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.			
	15	Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie 12 mois après le début du traitement	Nombre total d'adultes, adolescents et d'enfants qui ont initié un traitement antirétroviral dont les résultats étaient attendus à 12 mois, (pendant la période couverte par les données, incluant ceux qui sont décédés depuis le début de leur traitement, ceux qui ont arrêté leur traitement, et ceux qui sont perdus de vue à 12 mois).	Cet indicateur évalue dans quelle mesure le traitement peut prolonger la vie d'une PVVIH. Un taux élevé de rétention des PVVIH sous TARV est une mesure importante de la réussite du programme et de sa qualité globale. L'obtention des données sur la répartition des PVVIH qui ne sont plus sous thérapie antirétrovirale doit être envisagée : décédés, interruptions de traitement, ou perdus de vue. Si les données sont disponibles, une évaluation de la population de perdus de vue permettra peut-être de comprendre s'il s'agit de personnes décédées ; ayant arrêté leur traitement ; transférées ailleurs. .	Rapport de suivi de programme, registre TARV, carnet de prise en charge médicale des patients, Rapport PNLS	PNLS	
	16	Proportion de personnes traitées à l'ivermectine dans la population éligible	Population traitée	Population à risque	Une couverture thérapeutique de 80% sur plusieurs années peut faire chuter le taux d'infection dans la population et le taux d'infectivité des vecteurs	La population de la zone ciblée est considérée comme à risque, mais la population éligible est constituée de cette population	Rapport de traitement de masse	PIMTN

Axes du PNDS	N°	Libellé de l'indicateur	Mode de calcul		Interprétation	Remarques pour le calcul	Source de vérification	Service responsable
			Numérateur	Dénominateur				
						exceptés les femmes enceintes, les malades grabataires et les enfants de moins de 5 ans		
Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	17	Pourcentage de formations sanitaires pratiquant la PCI	Nombre de formations sanitaires pratiquant la PCI	Nombre total de formations sanitaires	Cet indicateur permet d'apprécier la sécurité des soins	Critère à respecter par formation pratiquant réellement la PCI	Rapport d'activité, rapport d'évaluation	DHAB
	18	Taux d'infection post opératoire	Nombre de malades avec infection post opératoire	Nombre total de malades opérés	Cet indicateur permet d'apprécier la qualité des soins	Mettre en place un support de notification de suppurations post opératoire	Dossiers de patients et fiches de notification	DESR
	19	Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	Nombre d'épidémies notifiées ayant fait l'objet de réponse dans les 14 jours	Nombre total d'épidémies notifiées	Cet indicateur permet d'apprécier la promptitude de la riposte aux épidémies		Rapport de surveillance épidémiologique (SIMR)	DSIUSR
Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé	20	Pourcentage de personnes vivant avec un handicap prises en charge en réadaptation physique	Nombre de personnes handicapées reçues dans les différents services de réadaptation ayant bénéficié d'une prise en charge	Nombre de personnes handicapées reçues dans les différents services de réadaptation	Permet d'apprécier le pourcentage de personnes handicapées ayant bénéficiées des soins de réadaptations au TOGO		Registre de prise en charge ; registre de counseling et de suivi ; rapports mensuel et annuel d'activités	CNAO / PITR /RBC
	21	Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	Nombre total de formations sanitaires publiques mettant en œuvre le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	Nombre total de formations sanitaires publiques	Permet d'apprécier l'évolution vers la mise à échelle du WHO-PEN	Formations sanitaires publiques considérées : USP et Hôpitaux	Registre de prise en charge, rapports mensuel et annuel d'activités	PNLMNT
Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire	22	Pourcentage de COGES fonctionnels	Nombre de COGES fonctionnels selon les critères de fonctionnalité	Nombre total de COGES	Cet indicateur permet d'apprécier la participation communautaire	Le dénominateur prend en compte toutes les FS qui disposent de COGES	Rapport de performance MSPS	DSCPA
	23	Couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	Nombre de FS dont le personnel de santé répond aux normes au niveau primaire de soins (USP)	Nombre de formations sanitaires (USP)	Cet indicateur permet de suivre la satisfaction en ressources humaines au niveau USP		Rapport de performance MSPS	DRH

Axes du PNDS	N°	Libellé de l'indicateur	Mode de calcul		Interprétation	Remarques pour le calcul	Source de vérification	Service responsable
			Numérateur	Dénominateur				
	24	Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	Nombre de personnels technique traceur de santé (Médecin, Assistant médical, Infirmiers, Sage-femme et Accoucheuse)	Population desservie	Il permet de suivre l'évolution de la densité de personnels par rapport à la population desservie pour déterminer les sous-effectifs/sur effectif		Rapport de performance MSPS	DRH
	25	Taux d'accessibilité géographique	Population située à moins de 5 Km d'une formation sanitaire	Population desservie	Il permet d'apprécier l'accessibilité aux services de santé		Rapport de performance MSPS	DPCS
	26	Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	Nombre de lits d'hospitalisation	Population desservie	Il permet d'apprécier la disponibilité des lits pour hospitalisation		Rapport de performance MSPS	DESR/SNIS
	27	Taux d'utilisation des soins curatifs	Nombre de nouveaux et anciens cas de consultation curative	Population desservie	Il permet d'apprécier l'utilisation des services de soins		Rapport de performance MSPS	DESR
	28	Pourcentage de villages ruraux qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)	Nombre de villages au-delà de 5 km d'un centre de santé qui disposent d'un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition) ou PCIMNE communautaire	Nombre de villages au-delà de 5 km d'une FS	Cet indicateur permet d'apprécier la disponibilité des soins primaires au niveau des villages situés à plus de 5 km		Rapport de performance MSPS	DSCPA
	29	Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	Nombre d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	Nombre total d'établissements de santé	Cet indicateur permet d'apprécier la disponibilité des médicaments essentiels dans les FS		Rapport de performance MSPS	DPML
	30	Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	Nombre de concentrés de globules rouges (CGR) demandés non disponibles	Nombre de concentrés de globules rouges (CGR) servis et non servis	Cet indicateur traduit le niveau de satisfaction des besoins des populations	Les autres PSL étant disponibles (plasma et plaquettes)	Rapports d'activités CNTS, CRTS	CNTS
	31	Complétude des rapports du SNIS	Nombre de FS ayant fourni des rapports complets	Nombre de FS devant fournir des rapports	Cet indicateur est important pour s'assurer de la complétude des informations générées		Rapport de performance MSPS	SNIS

Axes du PNDS	N°	Libellé de l'indicateur	Mode de calcul		Interprétation	Remarques pour le calcul	Source de vérification	Service responsable
			Numérateur	Dénominateur				
	32	Taux de recouvrement des recettes ¹	Recettes perçues	Recettes attendues	Cet indicateur renseigne sur la viabilité financière des FS. C'est un indicateur de contrôle de la perception des recettes et plus largement de la fonctionnalité du système de gestion	Recettes perçues = montant perçu par paiement direct des consultations curatives (nouveaux cas) inscrites dans les livres de caisse Recettes attendues = nombre de consultations curatives effectuées et soumises à tarification pendant la même période x prix unitaire	Rapport de performance MSPS	DAF
	33	Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	Budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	Budget général de l'Etat	Il permet de mesurer le niveau d'atteinte des engagements d'Abuja (15%)		Rapport de performance MSPS	DAF
	34	Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	Total des dépenses publiques de santé exécutées	Total du budget alloué au secteur de la santé	Permet de mesurer la capacité d'absorption du budget alloué au secteur de la santé	Les dépenses exécutées prennent en compte les engagements	Rapport de performance MSPS	DAF

¹ Il est souhaitable que chaque centre de recettes de la formation sanitaire puisse atteindre un taux de recouvrement de 100%. Un écart de quelques % peut-être observé en raison de petites erreurs de report. Mais si l'écart observé est jugé trop important, l'ECD devra procéder une analyse approfondie du système de gestion.

2.2.6. Cadre de suivi des performances du PNDS 2017-2022 (indicateurs clés avec valeurs de base et valeurs cibles)

Tableau XIII : Indicateurs clés de suivi de la performance du PNDS 2017-2022

Axes	Domaines	N°	Libellé de l'indicateur	Type d'indicateur	Valeur de base			Niveau de calcul	Périodicité de calcul	Valeurs cibles						
					Valeur	Année	Sources de données			2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	Amélioration de la santé maternelle	1	Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	Effet	1,2%	2016	Registre de maternité	Tous (district, région, national)	Annuelle	1,1%	1,05%	1,02%	1,0%	0,9%	0,7%	
		2	Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN	Extrant	57,20%	2014	EDSTIII	Tous (district, région, national)	Annuelle	61%	65%	69%	72%	76%	80,0%	
		3	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Extrant	61,50%	2014	EDSTIII	Tous (district, région, national)	Annuelle	66%	71%	76%	81%	85%	90,0%	
		4	Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention	Extrant	87,5%	2016	Rapport DSMI/PF	Tous (district, région, national)	Annuelle	89,3%	91,0%	92,9%	94,7%	96,6%	98,5%	
			5	Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	Extrant	43,0%	2015	Rapport revue nationale de décès maternels	Tous (district, région, national)	Annuelle	51%	59%	67%	74%	82%	90,0%
		6	Ratio de Mortalité Maternelle, pour 100.000 nais. Vivantes	Impact	401	2014	EDST III	National	Quinquennale	375,8	350,7	325,5	300,3	275,2	250,0	
		Amélioration de la santé du nouveau-né	7	Taux de Mortalité néonatal, pour 1000 nais. Vivantes	Impact	27	2014	EDST III	National		25%	24%	22%	20%	19%	17
		Amélioration de la santé infantile et infanto-juvénile	8	Taux de Mortalité infanto-juvénile, pour 1000 nais. Vivantes	Impact	88	2014	EDST III	National	Quinquennale	78%	67%	57%	46%	36%	25
		Amélioration de la santé des jeunes et adolescents	9	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 adolescentes (15 à 19 ans) du même groupe d'âge	Impact	85,0	2014	EDST III	National	Quinquennale	76%	66%	57%	47%	38%	28,0

Axes	Domaines	N°	Libellé de l'indicateur	Type d'indicateur	Valeur de base			Niveau de calcul	Périodicité de calcul	Valeurs cibles					
					Valeur	Année	Sources de données			2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Renforcement de la Planification Familiale	10	Nombre de Couple Année Protection	Extrant	297 735	2016	Rapport DSMI/PF	Tous (district, région, national)	Annuelle	347 500	398 000	448 500	499 000	549 500	600 000
		11	Taux de prévalence de la contraception pour les méthodes modernes	Impact	16,70%	2014	EDST III	National	Quinquennale	20%	23%	26%	29%	32%	35,5%
	Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles	12	Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	Extrant	33%	2015	Rapport d'activités 2015, Div. Nutrition	Tous (district, région, national)	Annuelle	35%	38%	39,5%	42%	44,5%	47%
		13	Prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans	Impact	6,5%	2014	EDST	National	2 ans ou 5 ans	6%	6%	5%	5%	<5%	<5%
		14	Prévalence du retard de croissance globale chez les enfants de moins de 5 ans	Impact	27,5%	2014	EDST III	National	2 ans ou 5 ans	25%	25%	23%	22%	20%	20%
	Renforcement du PEV	15	Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	Extrant	89%	2016	Rapport PEV 2016 Rapport Conjoint OMS/Unicef 2016	Tous (district, région, national)	Annuelle	89%	90%	92%	93%	94,8%	96,0%
		16	Taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib1/VAR	Effet	7%	2016	Rapport PEV, 2016	Tous (district, région, national)	Annuelle	6%	6%	6,0%	6%	5,3%	5,0%
	Promotion des pratiques familiales essentielles	17	Pourcentage de villages certifiés FDAL	Extrant	17,0%	2015	Rapport d'activités GSF	National	Annuelle ou biannuelle	19,4%	21,7%	24,1%	26,4%	28,8%	31,1%
18		Pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre	Effet	54,5%	2014	EDST III	National		48,8%	43,0%	37,3%	31,5%	25,8%	20,0%	
Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les	Lutte contre le Paludisme	19	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	Extrant	38,0%	2015	PNLP	Tous (district, région, national)	Annuelle	46,7%	55,4%	64,1%	72,8%	81,5%	90,2%

Axes	Domaines	N°	Libellé de l'indicateur	Type d'indicateur	Valeur de base			Niveau de calcul	Périodicité de calcul	Valeurs cibles					
					Valeur	Année	Sources de données			2017	2018	2019	2020	2021	2022
maladies transmissibles		20	Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	Effet	1,3%	2015	PNLP	Tous (district, région, national)	Annuelle	1,2%	1,0%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%
		21	Incidence du Paludisme (p.1000)	Impact	153,0	2015	PNLP	Tous (district, région, national)	Annuelle	134,1	115,3	96,50	77,6	58,8	40,0
		22	Mortalité spécifique due au Paludisme (p100.000)	Impact	0,2	2015	PNLP	Tous (district, région, national)	Annuelle	0,18	0,17	0,15	0,13	0,12	0,1
	Lutte contre la tuberculose	23	Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée	Effet	87,0%	2015	PNLT	Tous (district, région, national)	Annuelle	88,3%	89,7%	91,0%	92,3%	93,7%	95,0%
		24	Prévalence de la Tuberculose (p100.000)	Impact	81,6	2014	PNLT	Tous (district, région, national)	Annuelle	76,5	71,4	66,4	61,3	56,2	51,1
	Lutte contre le VIH	25	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	Extrant	90,0%	2015	PNLS	Tous (district, région, national)	Annuelle	91,7%	93,3%	95,0%	96,7%	98,3%	100,0%
		26	Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	Extrant	86,0%	2015	PNLS	Tous (district, région, national)	Annuelle	88,0%	90,0%	92,0%	94,0%	96,0%	98,0%
		27	Prévalence du VIH chez les 15-49 ans	Impact	2,5%	2014	EDST III	National	Quinquennale	2,4%	2,3%	2,2%	2,0%	1,9%	1,8%
Lutte contre les MTN	28	Proportion de personnes traitées à l'ivermectine dans la population éligible	Extrant	80,0%	2015	Rapport d'évaluation TDM, 2015	National	Annuelle	80,8%	81,7%	82,5%	83,3%	84,2%	85,0%	

Axes	Domaines	N°	Libellé de l'indicateur	Type d'indicateur	Valeur de base			Niveau de calcul	Périodicité de calcul	Valeurs cibles					
					Valeur	Année	Sources de données			2017	2018	2019	2020	2021	2022
		29	Prévalence onchocercarienne	Impact	0,7%	2015	PNLO	National	Triennale	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%
Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	Prévention et contrôle de l'infection	30	Pourcentage de formations sanitaire pratiquant la PCI	Extrant	19,0%	2016	DESR	Tous (district, région, national)	Annuelle	32,5%	46,0%	59,5%	73,0%	86,5%	100,0 %
		31	Taux d'infections post opératoires	Effet	ND	-	-	Tous (district, région, national)	Annuelle	5,8%	5,3%	4,7%	4,1%	3,6%	Réduction de 75% d'ici à 2022
	Renforcement de la surveillance épidémiologique	32	Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	Extrant	33,0%	2016	DSIUR	Tous (district, région, national)	Annuelle	44,2%	55,3%	66,5%	77,7%	88,8%	100,0 %
		33	Létalité liée au choléra	Impact	4,5%	2015	DSIUR	Tous (district, région, national)	Annuelle	4,5%	4,0%	3,5%	3,0%	2,5%	< 1%
		34	Létalité liée aux Fièvres Hémostatiques	Impact	50,0%	2016	DSIUR	Tous (district, région, national)	Annuelle	45,0%	40,0%	35,0%	30,0%	25,0%	< 20%
		35	Létalité liée à la méningite	Impact	6,4%	2016	DSIUR	Tous (district, région, national)	Annuelle	3,9%	3,3%	2,8%	2,2%	1,6%	< 3%
Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non	Prise en charge des MNT	36	Pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique	Extrant	2,0%	2015	CNAO/PITR	Tous (district, région, national)	Annuelle	3,0%	4,0%	5,0%	6,0%	7,0%	8,0%

Axes	Domaines	N°	Libellé de l'indicateur	Type d'indicateur	Valeur de base			Niveau de calcul	Périodicité de calcul	Valeurs cibles					
					Valeur	Année	Sources de données			2017	2018	2019	2020	2021	2022
transmissibles et la promotion de la santé	Réduction des facteurs de risques liés aux MNT	37	Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	Produit	5,0%	2015	PNLMNT	Tous (district, région, national)	Annuelle	10,0%	25,5%	45,7%	70,1%	85,6%	100,0 %
		38	Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants)	Impact	679	2015	OMS	National	Annuelle	649,2	619,3	589,5	559,7	529,8	500
		39	Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans	Impact	8,1%	2013	Global Youth Tobacco Survey (GYTS)	National	Triennale	7,8%	7,4%	7,1%	6,7%	6,4%	6,0%
		40	Prévalence de l'Hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus	Impact	31,5%	2015	OMS	National	Annuelle	30,4%	29,3%	28,3%	27,2%	26,1%	25,0%
		41	Prévalence du Diabète	Impact	8,3%	2015	OMS	National	Annuelle	7,9%	7,4%	7,0%	6,5%	6,1%	5,6%
		42	Taux de mortalité liée aux accidents de la route (p. 100 000 habitants)	Impact	17	2015	OMS	National	Annuelle	75,8	62,7	49,5	36,3	23,2	10
Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire	Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	43	Pourcentage de COGES fonctionnels	Intrant	30,0%	2015	Rapport de performances MSPS	Tous (district, région, national)	Annuelle	40,0%	50,0%	60,0%	70,0%	80,0%	90,0%
	Développement des Ressources humaines en santé	44	Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	Intrant	62,4%	2015	Rapport provisoire CS, 2015	Tous (district, région, national)	Annuelle	67,0%	71,6%	76,2%	80,8%	85,4%	90,0%
		45	Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	Intrant	6,9	2016	Rapport provisoire CS, 2015	Tous (district, région, national)	Annuelle	7,4	7,9	8,5	9,0	9,5	10,0

Axes	Domaines	N°	Libellé de l'indicateur	Type d'indicateur	Valeur de base			Niveau de calcul	Périodicité de calcul	Valeurs cibles					
					Valeur	Année	Sources de données			2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Développement d'une offre de services et soins de santé facile d'accès et de qualité sur l'ensemble du territoire	46	Taux d'accessibilité géographique	Intrant	70,9%	2015	Rapport provisoire CS, 2015	Tous (district, région, national)	Annuelle	74,1%	77,3%	80,5%	83,6%	86,8%	90,0%
		47	Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	Intrant	7	2015	DIS	Tous (district, région, national)	Annuelle	7,8	8,7	9,5	10,3	11,2	12
		48	Taux d'utilisation des soins curatifs	Extrant	30,0%	2015	DIS	Tous (district, région, national)	Annuelle	33,3%	36,7%	40,0%	43,3%	46,7%	50,0%
		49	Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)	Extrant	44,00%	2015	Rapport performance MSPS	Tous (district, région, national)	Annuelle	50,0%	56,0%	62,0%	68,0%	74,0%	80,0%
		50	Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle de services	Extrant	60,0%	2012	SARA	Tous (district, région, national)	Annuelle	63,3%	66,7%	70,0%	73,3%	76,7%	80,0%
		51	Satisfaction des utilisateurs des services de santé	Impact	91,6%	2015	QUIBB	National	Quinquennale				95,5%		
	Amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité	52	Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	Extrant	39,0%	2012	Enquête SARA	Tous (district, région, national)	Tous les 2 ans	45,8%	52,7%	59,5%	66,3%	73,2%	80,0%
		53	Taux de disponibilité moyenne des médicaments	Extrant	ND			Tous (district, région, national)	Annuelle	50,0%	56,0%	62,0%	68,0%	74,0%	80,0%
	Renforcement de la disponibilité des produits sanguins labiles (PSL) sécurisés dans les	54	Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	Extrant	30%	2015	Rapports d'activités CNTS/CRTS	National	Annuelle	25,8%	21,7%	17,5%	13,3%	9,2%	≤5%

Axes	Domaines	N°	Libellé de l'indicateur	Type d'indicateur	Valeur de base			Niveau de calcul	Périodicité de calcul	Valeurs cibles					
					Valeur	Année	Sources de données			2017	2018	2019	2020	2021	2022
	formations sanitaires														
	Renforcement des capacités du secteur de la biologie médicale pour améliorer la qualité de l'offre de services	55	Nombre de laboratoire de biologie médicale ayant progressé d'une étoile par outil SLIPTA par année	Extrant	0	2016	Rapports d'activités Div. Laboratoires	National	Annuelle	2	4	5	7	8	10
	Renforcement du système d'information sanitaire et recherche en santé	56	Complétude des rapports du SNIS	Intrant	ND	-	-	Tous (district, région, national)	Annuelle	42,5%	50,0%	57,5%	65,0%	72,5%	80%
		57	Taux de recouvrement des recettes	Intrant	ND	-	-	Tous (district, région)	Annuelle	75,0%	80,0%	85,0%	87,5%	89,0%	90,0%
	Amélioration du financement de la santé	58	Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	Intrant	6,07%	2015	Rapport DAF, 2015	National	Annuelle	7,1%	8,0%	9,0%	10,0%	11,0%	12,0%
		59	Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	Intrant	73,6%	2015	DAF, 2015	National	Annuelle	77,2%	80,7%	84,3%	87,9%	91,4%	95,0%
		60	Dépense de santé des ménages (Out of Pocket)	Impact	47,3%	2010	CS, 2010	National	Biennale	43,1%	38,8%	34,6%	30,4%	26,1%	21,9%

2.3. SOURCES DE DONNEES

Différentes sources d'informations alimenteront la matrice de suivi et d'évaluation. Les principales sources de données pour le calcul des principaux indicateurs sont les suivantes :

2.3.1. Données de routine

Elles sont constituées des données des formations sanitaires issues de deux systèmes de collecte (supports fixes et supports mobiles) et de deux systèmes de production (information sur les soins internes et les soins externes).

Les informations sur l'enregistrement continu des naissances et des décès sont fournies par les services d'Etat Civil qui constituent la meilleure source.

En effet, le Plan de Suivi et Evaluation du PNDS 2017-2022 sera d'abord basé sur le système de collecte de données de routine pour alimenter sa base de données. De ce point de vue, le circuit classique de collecte des données, marqué par une faible efficacité et une faible cohérence des données déjà relevées par l'évaluation du PNDS 2012-2015, devra être amélioré.

Plusieurs mesures devront être prises ; il s'agira entre autres de : (i) l'accélération du passage à échelle nationale du District Health Information Système (DHIS2) incluant l'harmonisation des outils et des procédures de collecte des données ; (ii) la désignation au niveau du district et de la région, d'un seul responsable chargé de la consolidation et du traitement de l'information provenant de différents programmes (cette responsabilité pourrait être confiée à une unité de suivi-évaluation au niveau district et régional) ; (iii) l'amélioration du système de validation de l'information au niveau des districts et régions sanitaires (*une réunion de validation des données devra être organisée mensuellement au niveau district et trimestriellement au niveau région entre les acteurs afin que les différentes informations destinées aux programmes nationaux et celles destinées aux services centraux du ministère de la santé soient recoupées et harmonisées*) ; (iv) le renforcement de la supervision directe du SNIS vers les services déconcentrés pour le contrôle périodique de la qualité des données ; (v) le renforcement des capacités des acteurs sur le traitement des données et l'analyse des données; (vi) l'amélioration de l'informatisation du système, et installation d'une maquette de saisie des données au niveau du poste de santé.

2.3.2. Données d'enquêtes et d'études

D'autres sources alimenteront la matrice des données de suivi et évaluation du PNDS, particulièrement pour ce qui est des indicateurs d'effets et d'impact. L'évaluation du PNDS portera sur les aspects quantitatifs et qualitatifs et sera effectuée à partir des principales sources de données d'enquêtes et d'études. Il s'agit entre autres des :

- Enquêtes de ménages (MICS, QUIBB, EDS) ;
- Enquêtes d'évaluation des programmes nationaux (STEPS, enquête CAP sur le VIH/sida, enquête de couverture d'utilisation des moustiquaires imprégnées, enquêtes nutritionnelles, enquêtes de prévalence) ;
- Enquêtes d'évaluation des capacités opérationnelles des établissements de soins (SARA, Evaluation des Technologies de la Santé « Health Technology Assessment ») ;
- Evaluations des flux financiers de la santé (Revue des dépenses publiques de santé, Comptes de Santé) ;
- Enquêtes sur la demande et l'utilisation des services de santé.

Ces sources d'information sont du ressort du Ministère de la santé et de plusieurs autres institutions nationales de recherche (INSEED, Université, Organisation de la société civile, ...).

Pour cela il s'avère nécessaire de respecter la périodicité de l'organisation de ces enquêtes et études, d'impliquer le ministère de la santé (Division de l'information sanitaire, Division des études et recherches et Programmes de santé) dans leur réalisation. Ceci permettra de prendre en compte les besoins spécifiques en information du ministère de la santé.

En résumé, le Ministère de la santé n'est pas le seul acteur en matière de production de l'information pour le suivi et l'évaluation de la performance du PNDS. Il est toutefois, appelé à jouer un rôle primordial pour la production des informations sur l'état de santé des populations, leurs comportements vis-à-vis de la santé et de la maladie, l'utilisation des services de santé, y compris la participation active dans les domaines où il n'a pas la principale responsabilité.

2.3.3. Circuit des données et informations

Le schéma ci-dessous modélise le circuit d'information intégrant ces différentes sources :

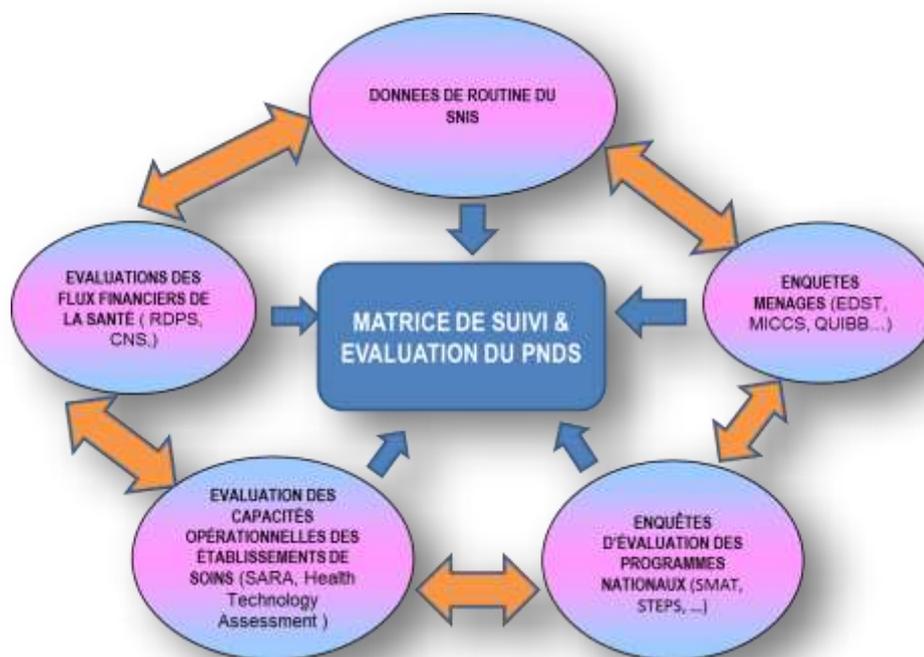


Figure 2 : Flux de l'information pour le suivi et l'évaluation du PNDS

Source : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2017

Comme suggéré par le schéma ci-dessus, il est important que le flux d'information entre les différentes sources d'informations alimentant la matrice soit permanent, pour une meilleure gestion de la qualité des données.

2.3.4. Gestion des données

La gestion des données concerne la collecte, le traitement, le stockage et l'analyse des données. Elle sera renforcée aux différents échelons de la pyramide sanitaire afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des données alimentant la matrice du suivi et évaluation du PNDS.

2.3.4.1. Base des données

Afin de disposer d'une base de données pour la gestion des informations, le Ministère de la santé a expérimenté le logiciel de gestion de l'information sanitaire « DHIS2 ». L'objectif visé à travers l'utilisation du DHIS2 est de permettre aux décideurs d'avoir la bonne information sanitaire en temps réel, sur les indicateurs de santé suivis, les risques d'épidémie et le fonctionnement global du système sanitaire. Le déploiement du logiciel dans l'ensemble des districts et régions sanitaires (processus en cours) va permettre de gérer efficacement les données et informations à tous les niveaux du système de santé.

En effet, le DHIS2 a l'avantage d'être un système convivial et flexible qui permet l'intégration de plusieurs sous-systèmes de bases de données. Il facilite l'interaction des acteurs et l'exploitation des données à tous les niveaux de la chaîne d'information. Toutes les données du système sont transmises dans un seul entrepôt de données et gérées collectivement ou individuellement selon les procédures retenues (cf. figure ci-après).

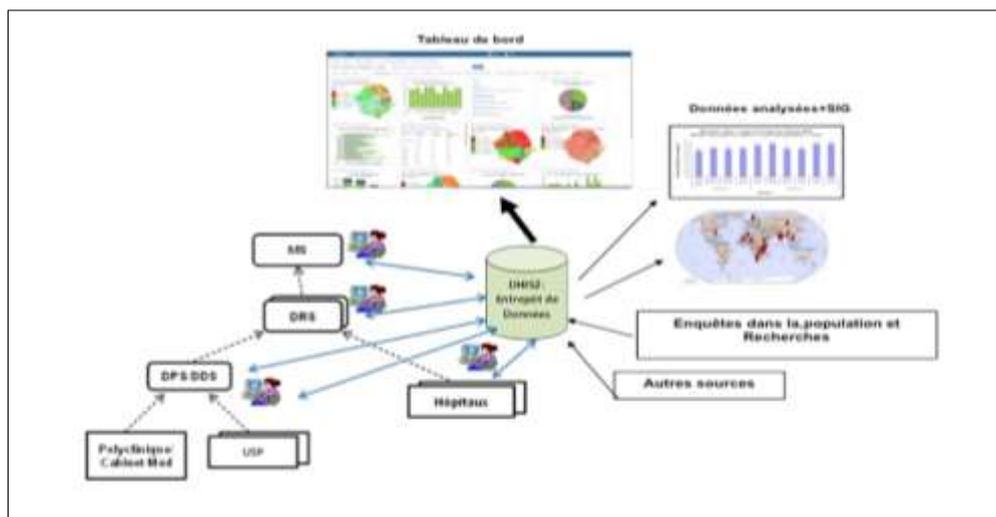


Figure 3 : Architecture opérationnelle du DHIS2
Source : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2017

2.3.4.2. Analyse des données et informations

L'analyse et la synthèse des données seront une composante essentielle du suivi et évaluation du PNDS 2017-2022. Cette analyse doit prendre en compte les données des différentes sources y compris les données qualitatives. Les rapports d'activités réguliers seront produits et diffusés à tous les échelons de la pyramide sanitaire. La participation des institutions nationales universitaires, de santé publique et de recherche permettra de mieux faire connaître les possibilités d'analyse et ainsi d'améliorer les statistiques liées à la santé.

Pour évaluer le niveau d'atteinte des objectifs du PNDS, les différents acteurs (depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central) de mise en œuvre devront collecter périodiquement les données, les analyser et sortir des indicateurs retenus pour l'évaluation du PNDS.

Les données de routine et d'enquêtes seront analysées et présentées sous forme désagrégée en tableau et graphiques et les résultats générés permettront de mesurer les progrès et les performances à chaque niveau. L'analyse des données se fera par les unités de suivi et évaluation du PNDS des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

- Au niveau du district, l'unité de suivi et évaluation saisit les données transmises par les structures sanitaires du district à partir du logiciel DHIS2, les traite et produit les tableaux de bord des indicateurs traceurs du PNDS puis élabore un rapport trimestriel de progrès du district ;
- Au niveau régional, l'unité de suivi et évaluation consolide les données des tableaux de bord des indicateurs traceurs du PNDS transmises par les districts sanitaires, les traite, les analyse et élabore un rapport trimestriel de progrès de la région ;
- Au niveau central, cette analyse est faite par l'unité de suivi et évaluation (rôle joué par le Secrétariat Permanent du PNDS) consolide les données des tableaux de bord envoyés par les régions. Cette analyse portera essentiellement sur la cohérence des données transmises par les régions et sur les données nationales consolidées à partir du logiciel DHIS2.

2.3.4.3. Mécanisme de contrôle de la qualité des données

Parmi les faiblesses relevées par l'évaluation finale du PNDS2012-2015, figuraient les disparités dans la mesure des indicateurs. Pour résoudre ce problème, le contrôle de la qualité des données sera rendu systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A cet effet, les actions de supervisions intégrées seront renforcées et orientées davantage sur le contrôle de qualité des données et incluront la confrontation des données avec leurs sources pour déceler et corriger les éventuelles erreurs.

Il sera organisé dans ce cadre, un audit annuel de la qualité des données notamment, dans le cadre de l'institutionnalisation des enquêtes SARA. Un protocole de correction des erreurs et des données manquantes sera élaboré et appliqué par tous les acteurs qualifiés.

3.1. COHERENCE ENTRE LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE SUIVI ET EVALUATION DU PNDS ET LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL NATIONAL DE COORDINATION, DE SUIVI ET DE L'EVALUATION DES POLITIQUES DE DEVELOPPEMENT

Le cadre institutionnel de suivi et évaluation du PNDS est conforme au Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD) institué en 2010 par le Gouvernement (Décret N°2010-170/PR du 13 décembre 2010).

En effet, le DIPD est le cadre de coordination, au plan national, des différents niveaux de suivi et évaluation des politiques de développement. Au niveau des différents secteurs, ce rôle est assuré par les comités sectoriels (CS)¹. Il en existe onze (11) dont celui du secteur de la santé dénommé Comité Sectoriel Santé et VIH/SIDA.

3.1.1 Mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation

La mise en œuvre du PNDS 2017-2022 et son Plan de Suivi et Evaluation ainsi que la coordination des interventions relèvent des organes des administrations nationales, régionales et locales de santé appuyés par les dispositifs institutionnels de pilotage et de coordination du secteur de la santé.

Au niveau central, le Comité Sectoriel Santé et VIH/SIDA est l'organe central de coordination, de suivi et évaluation de la politique de santé. Il assure la reddition de comptes vis-à-vis des populations en y associant tous les acteurs du développement sanitaire. Il traduit le leadership du Gouvernement dans le secteur de la santé et crée les conditions d'une plus grande synergie d'actions et d'un partenariat dynamique avec les partenaires techniques et financiers, le secteur privé et la société civile.

Outre cet organe central de coordination, de suivi et d'évaluation, il existe (i) des sous-comités (CCM, CCIA, ...) et (ii) des structures techniques de coordination et de suivi (le Secrétariat Technique du Comité Sectoriel Santé et VIH/SIDA, le Secrétariat Permanent du PNDS, ...). En effet, le Comité Sectoriel Santé et VIH/SIDA est doté d'un Secrétariat Technique ; il sera élargi aux autres sous-comités (CCM, CCIA, etc.) et aux commissions thématiques pour plus d'efficacité et de cohérence tandis que le Secrétariat Permanent du PNDS (SP/PNDS) jouera son rôle de coordination et de suivi opérationnels de la mise en œuvre du PNDS.

Il faut signaler qu'en dehors de ces différents cadres de coordination, de suivi et d'évaluation au niveau central, il existe des institutions connexes d'études et recherches qui participent activement à la production des données et informations nécessaires au suivi et à l'évaluation de la performance du secteur de la santé. Il s'agit essentiellement, de l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) et de l'Unité de Recherches Démographiques (URD).

Sur le plan inter sectoriel², il importe de s'assurer de l'implication et de la participation des acteurs des autres secteurs de développement au suivi et à la résolution de certains problèmes de santé qui ont un caractère multisectoriel, ou dont les causes sous-jacentes relèvent des autres secteurs.

A cet effet, il sera mis en place des cadres de collaboration fonctionnels avec les autres secteurs tels que : santé-environnement, santé-eau-assainissement, santé-élevage, santé-nutrition, santé-urgences et catastrophes, santé-éducation, santé-protection sociale, santé-service de santé des armées, santé-transport, santé-commerce, etc.

Au niveau intermédiaire (région) et opérationnel (district), il sera mis en place des organes régionaux et préfectoraux (de districts) de coordination, de suivi et d'évaluation du secteur de la santé (les textes équivalents à ceux de l'organe central pour le niveau régional et de district seront pris à cet effet en vue de garantir l'effectivité de l'approche sectorielle de la transparence, de la participation et de la redevabilité).

Le secrétariat technique des organes régionaux et préfectoraux (de district) de coordination, de suivi et évaluation sera assuré par les Equipes cadres des directions régionales et préfectorales de la santé.

¹ Les organes des comités sectoriels sont décrits par arrêté N°2011-066/PMRT

² Conformément à l'esprit de l'approche « Santé dans toutes les Politiques » (StP).

3.1.2. Rôles et responsabilités des autres parties prenantes

Le PNDS met l'accent sur la participation des autres parties prenantes à la coordination et au suivi et évaluation de la performance du secteur de la santé. Il s'agit des populations bénéficiaires, des organisations de la société civile, du secteur privé de soins, des partenaires au développement bi et multilatéraux, des Ordres et associations des professionnels de santé, des syndicats des professionnels et personnels de santé.

En résumé, aux différents niveaux (national, régional et périphérique), les rôles et responsabilités couvrent la collecte, la synthèse, l'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décisions. Ce processus doit être transparent afin de garantir sa crédibilité à chaque étape.

Tableau XIV : Rôles et responsabilités des différents organes de coordination et de suivi et évaluation

Organes ¹	Rôles et responsabilités	Points d'attention
I- NATIONAL		
Organe central de coordination, de suivi et évaluation de la politique de santé (Comité sectoriel Santé et VIH/Sida)	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner, suivre et apprécier les performances du secteur (suivi de l'évolution des indicateurs traceurs/validation du rapport de performance annuel) ; - Assurer le suivi des ODD du secteur santé ; - Veiller à la cohérence entre les stratégies du secteur de la santé et les stratégies nationales de développement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Affecter des ressources matérielles, financières et humaines au SP PNDS ; - Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ; - Suivre l'affectation des ressources mobilisées aux priorités du secteur telles que définies dans le PNDS ainsi que leur utilisation judicieuse ; - Mettre en place les commissions thématiques et les cadres de collaboration intersectorielle et suivre leurs actions ; - Elaborer un règlement intérieur.
Secrétariat Permanent PNDS	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans, programmes, suivi évaluation et projets ; - Compiler les bases de données des régions ; - Faire la synthèse des indicateurs traceurs et analyser leur évolution ; - Elaborer le rapport annuel de performance du secteur ; - Ressortir la contribution de chaque région sanitaire et des spécificités nationales dans la performance globale en vue de prendre des actions correctrices ; - Faire la restitution trimestrielle/semestrielle du tableau de bord des indicateurs traceurs du PNDS ; - Appuyer les régions à faire la revue de leurs activités, et veiller à ce que tous les services, les programmes, les hôpitaux et spécificités aient fait de même ; - Organiser la revue nationale du secteur et veiller à la participation de toutes les parties prenantes ; - Conduire les évaluations à mi-parcours et finale de l'exécution du PNDS et apporter son appui technique dans le cadre de cet exercice aux différents plans et programmes du secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en lien le SP/PNDS avec les sous-systèmes déjà existants ; - Evaluer les besoins nécessaires au fonctionnement du SP/PNDS.

¹ Une fiche est élaborée pour permettre aux responsables de coordination à différents niveaux de la pyramide sanitaire (district, région et central) d'assurer au quotidien la gestion des activités (voir annexe 2).

Organes ¹	Rôles et responsabilités	Points d'attention
Directions Centrales/Programmes/Spécificités Nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner et suivre la mise en œuvre des interventions relevant de leurs domaines respectifs ; - Suivre les indicateurs traceurs relevant de leurs domaines respectifs et analyser leur évolution dans le temps en mettant en exergue les disparités régionales en vue de prendre des actions correctrices. <p><i>Plus spécifiquement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - pour la DSNISI, coordonner le SNIS (de la collecte des données à la diffusion en passant par l'analyse et le traitement) et produire chaque année, les annuaires statistiques et les principaux indicateurs ; - pour la DER, conduire les principales études et enquêtes dans le secteur et rendre disponible les informations pour l'appréciation de la performance du secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des ressources nécessaires pour l'aboutissement du processus de mise à échelle du DHIS2 et la réalisation des principales études/enquêtes de santé (SARA, Comptes de la Santé, STEPS,)
II- REGIONAL		
Organe régional de coordination, de suivi et évaluation de la politique de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner, suivre et apprécier les performances du secteur au niveau régional (suivi au niveau régional de l'évolution des indicateurs traceurs /validation du rapport régional annuel de performance) ; - Suivre l'affectation des ressources mobilisées au niveau de la région aux priorités du secteur (priorités régionales) telles que définies dans le PNDS ainsi que leur utilisation judicieuse ; - Veiller à la cohérence entre les stratégies du secteur de la santé et les stratégies régionales de développement. 	<p>Les Equipes cadre régionales élargies aux acteurs de la société civile et du secteur privé de la santé vont jouer le rôle de l'organe régional de coordination, de suivi et d'évaluation du secteur de la santé</p>
Direction Régionale/Spécificités Régionales	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la coordination régionale de l'exécution des différents plans, programmes et projets ; - Compiler les bases de données des districts ; - Faire la synthèse des indicateurs traceurs et analyser leur évolution en mettant en exergue les disparités au niveau des districts et élaborer le rapport annuel de performance de la région); - Ressortir la contribution de chaque district sanitaire et des spécificités régionales dans la performance globale de la région en vue de prendre des actions correctrices ; - Faire la restitution trimestrielle/semestrielle du tableau de bord des indicateurs traceurs du PNDS au niveau de la région; - Appuyer les districts à faire la revue de leurs activités, et veiller à ce que les programmes (revue intégrées des programmes), les hôpitaux et spécificités régionales en fassent de même ; - Organiser la revue régionale du secteur et veiller à la participation de toutes les parties prenantes ; - Appuyer dans la région, les évaluations à mi-parcours et finale de l'exécution du PNDS et apporter son appui technique dans le cadre de cet exercice aux différents plans et programmes du secteur. 	<p>Mettre en place une unité de suivi et évaluation dans chaque région et l'équiper</p>
III- PERIPHERIQUE		
Organe de coordination, de suivi et d'évaluation de la politique de santé au niveau district	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner, suivre et apprécier les performances du secteur au niveau district (suivi au niveau district de l'évolution des indicateurs traceurs /validation du rapport annuel de performance du district) ; 	<p>Les Equipes cadres de districts élargies aux acteurs de la société civile et du secteur privé de la santé vont jouer le rôle de l'organe de coordination, de suivi</p>

Organes ¹	Rôles et responsabilités	Points d'attention
	<ul style="list-style-type: none"> - Suivre l'affectation des ressources mobilisées au niveau du district aux priorités du secteur (priorités du district) telles que définies dans le PNDS ainsi que leur utilisation judicieuse ; - Veiller à la cohérence entre les stratégies du secteur de la santé et les stratégies régionales de développement. 	et d'évaluation du secteur de la santé dans le district
Direction Préfectorale/Spécificité préfectorale	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la coordination de l'exécution des différents plans, programmes et projets au niveau du district; - Faire le monitoring semestriel des activités des FS ; - Compiler les bases de données des FS ; - Faire la synthèse des indicateurs traceurs et analyser leur évolution en mettant en exergue les disparités au niveau des FS et élaborer le rapport annuel de performance du district); - Ressortir la contribution de chaque FS dans la performance globale du district en vue de prendre des actions correctrices ; - Faire la restitution trimestrielle/semestrielle du tableau de bord des indicateurs traceurs du PNDS au niveau du district; - Appuyer les FS à faire le bilan de leurs activités ; - Organiser la revue des activités du district et veiller à la participation de toutes les parties prenantes ; - Appuyer dans le district, les évaluations à mi-parcours et finale de l'exécution du PNDS et apporter son appui technique dans le cadre de cet exercice aux différents plans et programmes du secteur. 	Mettre en place une unité suivi et évaluation dans chaque district et l'équiper

3.2. ACTIVITÉS DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PNDS

Le suivi et l'évaluation du PNDS seront essentiellement axées sur deux (2) types d'activités : (i) les activités de suivi de la mise en œuvre et, (ii) les activités d'évaluation de la mise en œuvre.

3.2.1. Les activités de suivi de la mise en œuvre

Elles sont constituées des activités de suivi/supervision, de monitoring et revues sectorielles.

3.2.1.1. La supervision

La supervision sera renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, chaque niveau de la pyramide sanitaire élaborera un plan de suivi et de supervision des activités sanitaires. La supervision s'effectuera en cascades comme suit : le niveau central supervisera les Equipes cadres régionales, qui à leur tour feront le suivi rapproché des équipes-cadres de districts sanitaires. Celles-ci assureront des supervisions intégrées des agents de santé des établissements du district selon la périodicité définie. Enfin, des mesures seront prises pour une présence plus fréquente et plus effective du personnel de santé au sein des communautés pour la supervision des activités communautaires menées ou appuyées par les ASC et les relais communautaires.

Il sera organisé avec les partenaires au développement, des missions conjointes annuelles de supervision afin de s'assurer de la bonne exécution des activités programmées sur le terrain. Le rapport de supervision sera assorti de recommandations qui feront l'objet d'un plan de mise en œuvre.

3.2.1.2. Le monitoring semestriel et les réunions mensuelles de coordination

L'institutionnalisation du monitoring devra être effective. Il sera organisé des sessions semestrielles de monitoring au niveau des formations sanitaires, basées sur l'analyse des goulots d'étranglement suivant les différents modes de prestations de services (communautaire, services orientés vers les populations et soins cliniques individuels) assorties de micro-plans de résolution.

Pour renforcer l'efficacité de ce mécanisme, le processus d'amélioration de son contenu sera engagé.

Outre le monitoring semestriel, les districts sanitaires organiseront des réunions mensuelles de coordination des activités des formations sanitaires.

3.2.1.3. Les revues sectorielles

Le Figure 4 ci-dessous décrit l'organisation des revues des activités aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (district, région et national).

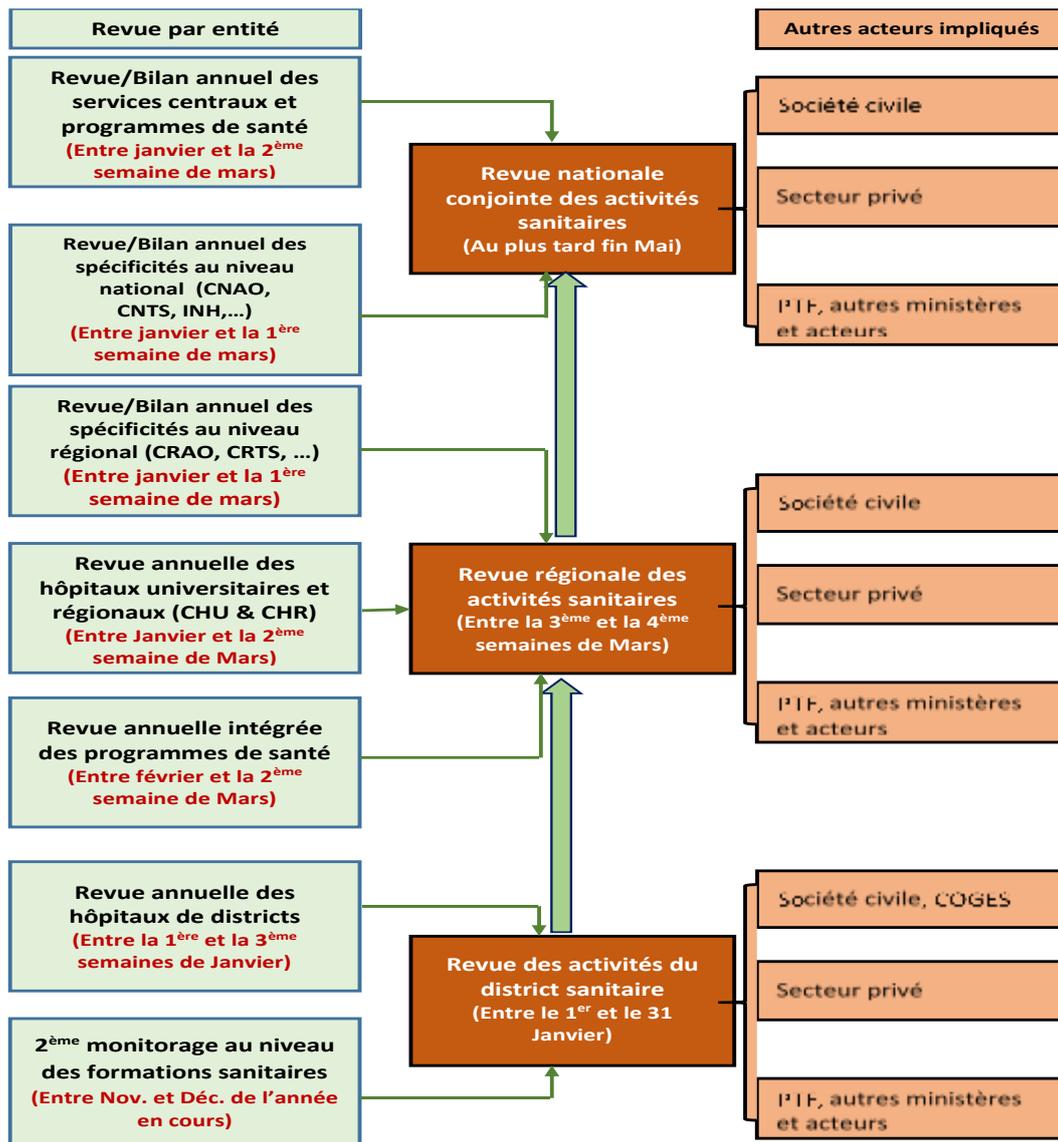


Figure 4 : Organisation des revues des activités sanitaires par niveau

Source : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2016

En effet, des revues (semestrielles et annuelles) seront organisées au niveau des régions sanitaires pour servir de cadre de réflexion en vue de veiller à l'efficacité de la mise en œuvre du PNDS. Celles-ci seront précédées des activités de monitoring au niveau du district sanitaire.

Une revue conjointe annuelle sera menée au niveau central pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des PAO. A l'issue de chaque revue annuelle, le Secrétariat Permanent du PNDS élaborera un rapport avec des recommandations précises et en assurera le suivi.

A ces revues s'ajouteront, la revue annuelle intégrée des activités des programmes de santé, la revue annuelle/bilan des activités des services centraux (directions générales et centrales) et la revue annuelle des activités des hôpitaux (CHP, CHR & CHU).

3.2.1.4. Programmation des activités de suivi de la mise en œuvre

Suivi/supervision

- Supervision intégrée semestrielle du niveau central vers les régions
- Supervision intégrée trimestrielle des Equipes cadres régionales vers les équipes de district
- Supervision intégrée trimestrielle des équipes-cadres de districts sanitaires vers les formations sanitaires
- Mission annuelle conjointe (MS, ME, MPD, OSC, Secteur privé, PTF) de suivi de la mise en œuvre
✚ **Période : Selon les dates définies par niveau**

Coordination au niveau du district sanitaire

- Réunion mensuelle de coordination des activités au niveau du district sanitaire

Période : Selon les dates définies par le district

Monitoring

- Monitoring semestriel des activités au niveau des formations sanitaires, basées sur l'analyse des goulots d'étranglement suivant les différents modes de prestations de services (services communautaires, services orientés vers les populations et soins cliniques individuels) assorties de micro-plans de résolution
✚ **1^{er} semestre : entre Juin et Juillet de l'année en cours**
✚ **2^{ème} semestre : entre Novembre et Décembre de l'année en cours**

Revues des activités au niveau du secteur

- Revues des activités au niveau des districts sanitaires
✚ **Revue annuelle : entre le 1^{er} et le 31 Janvier de chaque année**
- Revues des activités au niveau des régions sanitaires
✚ **Revue mi-parcours : au plus grand tard fin Août de l'année en cours**
✚ **Revue annuelle : 3^{ème} et 4^{ème} semaines de Mars de chaque année**
- Revue annuelle intégrée des activités des programmes de santé
✚ **Période : entre février et la 2^{ème} semaine de Mars de chaque année au plus grand tard**
- Revue annuelle/bilan des activités des services centraux (directions générales et centrales)
✚ **Période : entre janvier et la 2^{ème} semaine de mars de chaque année au plus grand tard**
- Revue annuelle des activités des hôpitaux (CHP, CHR & CHU)
✚ **CHP : entre la 1^{ère} et la 3^{ème} semaine de janvier de chaque année au plus grand tard**
✚ **CHR & CHU : entre Janvier et la 2^{ème} semaine de Mars de chaque année au plus grand tard**
- Revue annuelle des activités au niveau des spécificités (INH, CNAO & CRAO, CNTS & CRTS)
✚ **Période : entre janvier et la 1^{ère} semaine de mars de chaque année au plus grand tard**
- Revue conjointe annuelle des activités au niveau central :
✚ **Période : Fin Mai de chaque année au plus grand tard**

3.2.2. Les activités d'évaluation de la mise en œuvre

Une évaluation à mi-parcours du PNDS interviendra à la fin de l'année 2019 pour renforcer ou réorienter au besoin les orientations stratégiques. Elle portera à la fois sur les processus et les progrès réalisés (en termes d'amélioration des couvertures) vers les résultats d'impact attendus. L'évaluation à mi-parcours visera aussi

bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs intermédiaires du PNDS que des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans d'action opérationnels.

Il est prévu également une évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS en 2022 selon l'esprit de l'évaluation conjointe IHP+. Elle utilisera les données des enquêtes nationales telles que MICS, EDST, STEPS, QUIBB, SARA pour apprécier les résultats d'impact. L'évaluation finale portera également sur les financements mobilisés annuellement et globalement par rapport aux prévisions en utilisant les résultats de la Revue des dépenses publiques de santé (RDPS) ainsi que les Comptes de la Santé (CS).

Cette évaluation dont les objectifs seront définis en concertation avec les différents acteurs, contribuera à l'élaboration du prochain plan stratégique (Cf. Figure 5).



Figure 5 : Etapes de l'évaluation du PNDS 2017-2022

Source : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2016

4.1. PLAN D'ACTION (ACTIVITES DE SUIVI ET EVALUATION)

La mise en œuvre du plan de suivi et évaluation du PNDS nécessite une planification budgétisée des activités y a afférentes. Ces activités sont regroupées en cinq (5) catégories : (i) les activités de suivi, (ii) les activités d'évaluation, (iii) la réalisation des enquêtes/études, (iv) les activités de renforcement des capacités et (v) les activités de production et d'utilisation de l'information sanitaire.

Les activités de suivi sont les monitorages semestriels des districts sanitaires vers les formations sanitaires¹, les revues des activités du secteur (revues semestrielles des régions sanitaires et revue annuelle conjointe du secteur) ; les missions de suivi/supervision du niveau central vers le niveau régional, du niveau régional vers le niveau opérationnel (district).

Les activités d'évaluation comprennent (i) l'évaluation à mi-parcours du PNDS en 2019 et (ii) l'évaluation finale du PNDS en 2022².

Les principales enquêtes/études prévues sont l'enquête SARA, l'enquête STEPS, l'enquête CAP VIH/dangers liés à la grossesse, l'enquête « couverture et utilisation des moustiquaires imprégnées », les enquêtes nutritionnelles, les enquêtes de prévalence contraceptive, les Comptes de Santé, l'enquête d'évaluation de la satisfaction des populations.

Les activités de renforcement des capacités en suivi et évaluation concerneront les formations en Gestion Axée sur les Résultats (GAR), en planification du suivi et évaluation, en gestion du système intégré de suivi et évaluation.

En outre la dotation des unités de suivi et évaluation des niveaux central, région et district en outils de suivi et évaluation et en matériels informatiques sera prise en compte en matière de renforcement.

Les activités de production et d'utilisation de l'information seront essentiellement axées sur les principaux indicateurs, les annuaires statistiques et les bulletins d'information.

Le tableau XV ci-dessous donne les détails sur chaque activité.

Tableau XV : Activités du Plan d'action du PNSE du PNDS 2017-2022

N°	ACTIVITES	Années					
		2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	Organiser 3 ateliers régionaux de dissémination du présent Plan de suivi et évaluation	x	x				
2	Organiser 6 ateliers régionaux de formation en micro planification		x				
3	Mettre en place dans les régions et districts, des unités de suivi et évaluation et de planification		x				
4	Doter les unités de suivi et évaluation et de planification des districts et régions en matériels informatiques		x				
5	Actualiser les outils de planification et de rapportage (micro plan, PAO, canevas de rapports, référentiel des activités,...)	x					
6	Organiser les monitorages semestriels dans les formations sanitaires	x	x	x	x	x	x
7	Organiser des supervisions intégrées trimestrielles des districts vers les formations sanitaires	x	x	x	x	x	x
8	Organiser des supervisions intégrées semestrielles des régions vers les districts sanitaires	x	x	x	x	x	x
9	Organiser des supervisions intégrées semestrielles nationales vers les régions sanitaires	x	x	x	x	x	x

¹ Le monitoring du 2^{ème} semestre du district sanitaire constitue la revue annuelle de ses activités.

² Le processus d'évaluation finale d PNDS 2017-2022 commencera au second semestre de 2021.

N°	ACTIVITES	Années					
		2017	2018	2019	2020	2021	2022
10	Organiser des missions annuelles conjointes (MS, ME, MPD, OSC, Secteur privé, PTF) de suivi de la mise en œuvre du PNDS	x	x	x	x	x	x
11	Organiser un atelier national d'orientation et de préparation des revues annuelles		x				
12	Organiser les revues annuelles des districts sanitaires	x	x	x	x	x	x
13	Organiser les revues annuelles des régions sanitaires	x	x	x	x	x	x
14	Organiser les revues régionales annuelles intégrées des programmes de santé (VIH, Palu, TB, PEV, Nutrition, ...)	x	x	x	x	x	x
15	Organiser la revue annuelle conjointe	x	x	x	x	x	x
16	Organiser les réunions de coordination aux différents niveaux (Comité sectoriel "Santé & VIH/SIDA", ECR & ECD)	x	x	x	x	x	x
17	Organiser les réunions des groupes thématiques au sein du Comité sectoriel	x	x	x	x	x	x
18	Elaborer le rapport annuel de performance du ministère (élaboration, validation & diffusion)	x	x	x	x	x	x
19	Dynamiser le site web du Ministère de la santé ainsi que les sites des différents observatoires du secteur		x	x	x	x	x
20	Elaborer l'annuaire des statistiques sanitaires	x	x	x	x	x	x
21	Elaborer les principaux indicateurs de la santé	x	x	x	x	x	x
22	Produire trimestriellement les bulletins d'information de suivi de la mise en œuvre du PNDS	x	x	x	x	x	x
23	Faire l'évaluation à mi-parcours du PNDS			x			
24	Faire l'évaluation finale du PNDS					x	
*	Enquête CAP						
*	Enquête de couverture						
*	Enquête STEPS						
*	Monitoring SONU	x	x	x	x	x	x
*	Enquête SARA						
*	Evaluation des indicateurs de paludisme (EIP)						
*	Compte de la Santé (CS)						
**	Enquêtes SMART						
**	Enquête EDS						
**	Enquête QUIBB						
**	Enquête MICS	x			x		

*Enquêtes/études réalisées par le secteur de la santé

** Enquêtes/études d'envergure nationale (ou multisectorielles)

4.2. BUDGET DU PLAN D'ACTION

Le budget du plan d'action du PSE du PNDS 2017-2022 est estimé à **2 583 570 milliards** de F CFA soit, un coût moyen annuel de **516 714 millions** de F CFA (voir détails dans le tableau XVI).

Les enquêtes/études réalisées par le secteur de la santé ainsi que les enquêtes d'envergure nationale (ou multisectorielles) ne sont pas budgétisées dans le présent PSE. Elles feront l'objet de mobilisation de ressources au moment de leur mise en œuvre.

Tableau XVI : Plan d'action budgétisé du PSE du PNDS 2017-2022

N°	ACTIVITES	Années						Total
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	
1	Organiser trois (3) ateliers régionaux de dissémination du présent Plan de suivi et évaluation		15 000					15 000
2	Organiser six (6) ateliers régionaux de formation en micro planification		22 216					22 216
3	Mettre en place dans les régions et districts, des unités de suivi et évaluation et de planification		PM					-
4	Doter les unités de suivi et évaluation et de planification des districts et régions en matériels informatiques		88 000					88 000
5	Actualiser les outils de planification et de rapportage (micro plan, PAO, canevas de rapports, référentiel des activités,...)	18 387						18 387
6	Organiser les monitorages semestriels dans les formations sanitaires	44 000	44 000	44 000	44 000	44 000	44 000	264 000
7	Organiser des supervisions intégrées trimestrielles des districts vers les formations sanitaires	88 000	88 000	88 000	88 000	88 000	88 000	528 000
8	Organiser des supervisions intégrées semestrielles des régions vers les districts sanitaires	9 600	9 600	9 600	9 600	9 600	9 600	57 600
9	Organiser des supervisions intégrées semestrielles nationales vers les régions sanitaires	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	48 000
10	Organiser des missions annuelles conjointes (MS, ME, MPD, OSC, Secteur privé, PTF) de suivi de la mise en œuvre du PNDS	17 521	17 521	17 521	17 521	17 521	17 521	105 123
11	Organiser un atelier national d'orientation et de préparation des revues annuelles		15 300					15 300
12	Organiser les revues annuelles des districts sanitaires	26 422	26 422	26 422	26 422	26 422	26 422	158 532
13	Organiser les revues annuelles des régions sanitaires	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	90 000
14	Organiser les revues régionales annuelles intégrées des programmes de santé (VIH, Palu, TB, PEV, Nutrition, ...)	42 003	42 003	42 003	42 003	42 003	42 003	252 018
15	Organiser la revue annuelle conjointe	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	180 000
16	Organiser les réunions de coordination aux différents niveaux (Comité sectoriel "Santé & VIH/SIDA", ECR & EC)	4 002	4 002	4 002	4 002	4 002	4 002	24 013
17	Organiser les réunions des groupes thématiques au sein du Comité sectoriel	8 008	8 008	8 008	8 008	8 008	8 008	48 048

N°	ACTIVITES	Années						Total
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	
18	Elaborer le rapport annuel de performance du ministère (élaboration, validation & diffusion)	8 411	8 411	8 411	8 411	8 411	8 411	50 465
19	Dynamiser le site web du Ministère de la santé ainsi que les sites des différents observatoires du secteur		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
20	Elaborer l'annuaire des statistiques sanitaires	57 430	26 687	15 285	15 285	15 285	15 285	145 258
21	Elaborer les principaux indicateurs de la santé	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	210 000
22	Produire trimestriellement les bulletins d'information de suivi de la mise en œuvre du PNDS	18 000	18 000	18 000	18 000	18 000	18 000	108 000
23	Faire l'évaluation à mi-parcours du PNDS			40 271				40 271
24	Faire l'évaluation finale du PNDS						90 340	90 340
*	Enquête CAP							
*	Enquête de couverture							
*	Enquête STEPS							
*	Monitoring SONU							
*	Enquête SARA							
*	Evaluation des indicateurs de paludisme (EIP)							
*	Compte de la Santé (CS)							
**	Enquêtes SMART							
**	Enquête EDS							
**	Enquête QUIBB							
**	Enquête MICS							
Total		429 784	526 170	414 522	374 252	37 4252	464 592	2 583 570

*Enquêtes/études réalisées par le secteur de la santé non budgétisées dans le présent plan de suivi et évaluation

** Enquêtes/études d'envergure nationale (ou multisectorielles) non budgétisées dans le présent plan de suivi et évaluation

CONCLUSION

L'élaboration du présent Plan de suivi et évaluation s'est appuyé sur les leçons apprises de l'évaluation du PNDS 2012-2015. Le dispositif institutionnel qui le soutient est fondé sur une construction progressive mais efficace de l'approche sectorielle qui permettra à terme de renforcer l'esprit de rédevabilité dans le secteur, et de consolider la coordination technique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ce plan détermine la manière dont les données seront collectées, analysées et diffusées à tous les niveaux du système de santé dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022. Il précise également les acteurs impliqués, leurs rôles et responsabilités ; le cadre de suivi et évaluation des performances issues de la mise en œuvre du PNDS sur la base des indicateurs traceurs.

Enfin , la mise en œuvre de ce plan de suivi et évaluation permettra au secteur (i) d'identifier les priorités sur la base de l'analyse et l'évaluation des réalisations, des progrès et des difficultés ainsi que des limitations dans la performance du système de santé et (ii) de définir des mesures d'amélioration.

Annexe 1 : Définition des concepts de suivi, évaluation et de revue

Il est indispensable de rappeler les concepts afin de permettre aux parties prenantes d'avoir une même compréhension des éléments de base du cadre de suivi et d'évaluation du PNDS. Il s'agit des concepts de suivi, d'évaluation et de revue.

Le suivi : c'est la collecte continue et systématique des données ou informations pour la gestion du système national de santé et la prise de décision. Son but est de fournir les informations de qualité afin d'identifier et résoudre les problèmes de mise en œuvre et d'apprécier les progrès par rapport aux situations initiales. Il est utilisé à cette fin une série d'indicateurs et de cibles fondamentaux pour fournir aux parties prenantes, des informations précises en temps voulu afin de faciliter les revues des progrès et de la performance et le dialogue politique sectorielle.

L'évaluation : c'est la collecte périodique d'information sur la pertinence, l'efficacité, l'impact et la pérennisation des actions du PNDS par rapport aux objectifs fixés. Son but est d'apprécier les réalisations en relation avec les résultats attendus.

Les revues sont basées sur les données recueillies pendant le suivi. Elles exigent l'existence de mécanismes institutionnels nationaux auxquels participent plusieurs acteurs. Les procédures existant pour la revue du secteur de la santé au Togo sont un point de départ essentiel pour évaluer les progrès et la performance. Elles peuvent influencer sur la fixation des priorités et l'allocation des ressources. Elles constituent la base de la responsabilité mutuelle pour les résultats (redevabilité mutuelle).

Le système de suivi et 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 et évaluation apportent une contribution utile à la prise de décisions et à la capitalisation des actions dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS.

Annexe 2 : Fiche de gestion quotidienne des activités

**MINISTRE DE LA SANTE ET DE
LA PROTECTION SOCIALE**

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté – Patrie

CABINET

SECRETARIAT GENERAL

Secrétariat Permanent du PNDS

FICHE DE GESTION DES ACTIVITES

Date (DD/MM/YYYY) :

Nom du service/Programme :

Titre de l'activité :

Date prévue pour la réalisation de l'activité :

Objectif de l'activité :

Résultats attendu(s) de l'activité :

Lien de l'activité avec le PNDS 2017-2022 (à cocher) : Axe(s) stratégique (s) : Axe 1 Axe 2 Axe 3 Axe 4 Axe 5

Orientation(s) stratégique(s) du PNDS 2017-2022 :

Intervention(s) prioritaire(s) du PNDS 2017-2022 :

Coût de l'activité (F CFA) : Total :
Nature : Montant Investissements : Montant Fonctionnement :

Financement de l'activité (F CFA)

ETAT	Collectivités locales	Ressources propres	PTF 1
Montant :	Montant :	Montant :	Montant :
PTF 2	PTF 3	Autres (A préciser)	
Montant :	Montant :	Montant :	

Niveau concerné par l'activité : National Central Région District

Mode de prestation de référence de l'activité : Service à base communautaire Service orienté vers la population
Soins cliniques individuels

Structures/acteurs impliqués dans l'activité :

Observations du SP-PNDS (ou du Chargé planification si District ou Région) sur le lien de l'activité avec les orientations du PNDS :
.....
.....

PARTIE RESERVEE A L'AUTORITE (Ministre, Secrétaire Général, DRS, DPS)

Commentaire/Observations :

DECISION : ACTIVITE AUTORISEE ACTIVITE NON AUTORISEE

Nom, signature, date et cachet de l'autorité

PARTIE RESERVEE POUR LE SUIVI APRES REALISATION DE L'ACTIVITE

(A remplir par le SP-PNDS ou le Chargé planification si District ou Région)

Effectivité de l'activité : Activité réalisée OUI NON

Si NON, pour quoi ?

.....

Date effective de réalisation de l'activité :

Coût réel de l'activité (F CFA) :

Suivi effectué par : (Nom, signature, date et cachet)

N.B. :

- Cette fiche fait partie intégrante du dossier de l'activité soumis à l'autorité. Il est le premier élément d'information de l'autorité. Son absence entraîne le rejet automatique du dossier par l'autorité.
- La fiche originale visée par l'autorité est retournée au service responsable de l'activité accompagnée des autres éléments du dossier.
- Le SP-PNDS ou le Chargé planification si District ou Région conserve une copie de cette fiche pour le suivi après réalisation de l'activité.
- Le SP-PNDS ou le Chargé planification du District ou Région fait une copie de cette fiche après le suivi de la réalisation de l'activité à la Direction des Affaires Financières (DAF) si au niveau central ou au service en charge de la Comptabilité si au niveau District ou Région.
- Cette fiche doit être bien archivée ; elle servira d'élément de contrôle lors des différentes missions de suivi/supervision (suivi technique par le SP-PNDS/ECR/ECD, contrôle et audit internes, suivi financier, ...).

Annexe 3 : Indicateurs de suivi des pratiques ECD (IHP+)

PRATIQUE ECD		ENGAGEMENTS	Indicateurs de mesure
ECD 1	Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique	Engagement de mettre en place des stratégies sectorielles de santé robustes, de procéder à des revues conjointes et de renforcer la redevabilité	1. Nombre de PD ayant signé le Compact soutenant la mise en œuvre du PNDS 2017-2022 2. Nombre de revue annuelle conjointe organisée 3. Nombre de cadres de coordination fonctionnels
ECD 5	La redevabilité mutuelle est renforcée		
ECD2	La coopération au développement sanitaire est plus prévisible et l'aide à la santé s'inscrit dans le cadre des budgets nationaux	Engagement d'améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé	4. Nombre de PD ayant communiqué leurs fonds planifiés (ressources) au ministère de la santé 5. Taux de mobilisation des ressources des PD
ECD 3	Les systèmes de gestion des finances publiques (GFP) sont renforcés et utilisés	Engagement d'établir, renforcer et utiliser les systèmes du pays	6. Nombre de PD qui appuient le MS pour le renforcement du système de gestion des finances publiques 7. Nombre de PD qui utilisent le système national de passation de marchés et d'approvisionnement
ECD 4	Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont renforcés et utilisés		
ECD6	L'assistance technique est coordonnée et la coopération sud-sud intervient pour le transfert de compétences		
ECD7	Les organisations de la société civile sont engagées	Engagement d'établir un environnement favorable pour la participation des OSC et du secteur privé dans le secteur de la santé	10. Nombre d'OSC/réseaux d'ONG qui interviennent comme des partenaires d'exécution dans les projets/programmes de santé 11. Existence d'une Plateforme du secteur privé de la santé fonctionnelle 12. Nombre de textes d'application réglementant le secteur privé de la santé pris
ECD8	Le secteur privé est engagé		

ECD : Efficacité de la Coopération au Développement
PD : Partenaires au Développement