

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice



MINISTRE DE LA SANTÉ

**PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2017-2020**

Volume 4 : Le Plan de Suivi et Evaluation(PSE)

Mai 2017

Table des matières

Liste des acronymes et abréviations	3
Liste des tableaux	4
Liste des graphiques	4
Introduction	5
Chapitre 1 : Rappel sur le PNDS 2017-2020	6
2.1. Vision, but et principes.....	6
2.2. Architecture programmatique et principaux résultats	6
2.3. Principales enveloppes du CDMT.....	7
Chapitre 2 : Plan de suivi et évaluation du PNDS.....	9
2.1. But et objectifs du plan de suivi et d'évaluation	9
2.2. Cadre institutionnel du suivi et de l'évaluation.....	9
2.3. Mécanismes et outils de suivi et d'évaluation.....	11
2.4. Cadre de performance et Indicateurs stratégiques clés	13
2.5. Circulation des données	23
2.5.1. Données de routine.....	23
2.5.2. Rapports d'enquêtes	24
2.5.3. Rapports de supervision, d'audit ou de contrôle	24
2.5.4. Rapport de réunions de suivi et de revues.....	25
Conclusion.....	26
ANNEXES	27
Définition des indicateurs.....	27

Liste des acronymes et abréviations

AC	Administration centrale
AFD	Agence Française de Développement
AL	Administration locale
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
APD	Aide publique au développement
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
AVP	Accidents de la voie publique
BDD	Base de données
BID	Banque Islamique de Développement
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CCSC	Communication pour le changement social et de comportement
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CME	Centre mère et enfant
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNC	Centre national de cardiologie
CNH	Centre national d'hygiène (actuel INRSP)
CNO	Centre national d'oncologie
CNORF	Centre national d'orthopédie et réadaptation fonctionnelle
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CONAP	Comité national de pilotage du PNDS
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de santé
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CTA ou ACT	Combinaison thérapeutique antipaludéenne
DMH	Direction de la médecine hospitalière
DPCIS	Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire
DPL	Direction de la pharmacie et des Laboratoires
DPS	Dépense publique de santé
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins
GRH	Gestion des ressources humaines
HTA	Hypertension artérielle
IEC	Information éducation communication
IHP+	Partenariat international pour la santé
INRSP	Institut national de recherche en santé publique (ex-CNH)

Liste des tableaux

Tableau 1: Tendence d'évolution du taux de mortalité maternelle.....	6
Tableau 2: Tendence d'évolution du taux de mortalité infanto-juvénile et néonatale.	6
Tableau 3 : Composantes budgétaires annuelles du CDMT 2017-2020.....	7
2.4.1. Tableau 4: Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire.....	13
2.4.2. Axe 2 Tableau 5: Accélération de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile	16
2.4.3. Axe 3: Tableau 6: Prévention, lutte contre la maladie et gestion des urgences de santé publique.....	17
2.4.4. Axe 4 Tableau 7: Renforcement du Système de santé orienté vers CSU.....	20

Liste des graphiques

Figure 1: <i>Schéma de collecte et de circulation de l'information.....</i>	23
------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Introduction

La première phase du PNDS 2012-2020 a pris fin en 2015 et, comme initialement prévu, une revue à mi-parcours a été conduite avec un léger retard (au cours de l'année 2016) ; cette revue a permis de dégager un ensemble de constats et de recommandations qui ont fait l'objet de validation en octobre 2016.

Les différentes conclusions de cette revue ont d'abord servi à élaborer la nouvelle Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 – en totale harmonie avec la SCAPP – qui servira d'orientation de base à l'action sectorielle ; puis elles ont servi à réviser les choix stratégiques pour la deuxième phase du PNDS couvrant la période 2017-2020.

En effet, il avait été prévu que cette deuxième phase du PNDS soit révisée à la lumière de ces conclusions. S'ajoute à cela l'adoption, au niveau mondial, de nouveaux objectifs de développement durable (ODD) dont le 3^e vise à offrir aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges. Enfin, l'élaboration de la nouvelle stratégie gouvernementale nationale (SCAPP 2016-2030) et le démarrage futur de plusieurs projets d'envergure pour la santé en Mauritanie ont nécessité l'adoption d'une solide stratégie sectorielle, en cohérence avec les engagements nationaux et internationaux, et pouvant servir d'orientation de base pour les projets et programmes engagés dans le département de la santé.

L'adoption d'une nouvelle Politique de santé, mettant en avant le besoin d'un renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur, a poussé à réviser tous les choix stratégiques initialement prévus dans le PNDS 2012-2020 en mettant l'accent sur les problèmes prioritaires de santé, mais en proposant de nouvelles solutions consensuelles tenant compte des leçons apprises de la mise en œuvre de la première phase du PNDS.

Dans le souci de faciliter son exploitation, la 2^e phase du PNDS fut adoptée sous forme de quatre volumes :

- **Volume 1** : Analyse de la situation du secteur en référence à la revue à mi-parcours du PNDS 1 (2012-2015) réalisée en 2016.
- **Volume 2** : Le PNDS II (2017-2020) dans ses parties (i) Rappel sur le contexte sanitaire national, (ii) Priorités stratégiques, (iii) cadre logique d'intervention et (iv) Cadre de financement, de mise en œuvre et de suivi et évaluation du PNDS.
- **Volume 3** : Le Cadre de dépenses à moyen terme.
- **Volume 4** : Le présent Plan de suivi et évaluation avec ses objectifs, son dispositif et son cadre de performance.

Chapitre 1 : Rappel sur le PNDS 2017-2020

2.1. Vision, but et principes

« La vision est celle d'un Pays où tous ses citoyens (i) prennent conscience des principaux dangers auxquels ils sont exposés, des opportunités pour y faire face et sont solidaires pour les affronter, (ii) ont accès sans distinction de race, de religion ou de niveau socio-économiques aux services essentiels de santé de qualité, (iii) participent de manière appropriée à la gestion de leur santé dans un environnement de décentralisation, de bonne gouvernance et de démocratie, un environnement où la gestion efficace, équitable et efficiente est la règle à tous les niveaux ».

Le but du PNDS 2017-2020 est d'améliorer durablement l'état de santé des populations par l'accès équitable à des services promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation de qualité auxquels participent de manière responsable tous les acteurs en particulier les usagers et les communautés.. Pour cela, l'action du secteur aura pour fondements (i) l'offre équitable de soins de qualité à tous les âges, (ii) le financement des services publics ou privés de santé, (iii) la bonne gestion des dépenses publiques et privées de santé, (iv) la mise progressive à échelle de la couverture santé universelle, (v) la régulation et la coordination de l'ensemble du secteur dans le cadre d'une gouvernance efficace et efficiente du système de santé et (vi) sa réactivité aux besoins émergents et aux situations d'urgence.

2.2. Architecture programmatique et principaux résultats

La Politique nationale de santé à l'horizon 2030 a fixé quatre orientations essentielles :

I. Une accélération de la réduction de la mortalité maternelle à moins de 320 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2020 afin d'atteindre 70 en 2030.

Tableau 1: Tendence d'évolution du taux de mortalité maternelle

Taux de mortalité	Scénario	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de mortalité maternelle (p 100.000 nv)	PNDS 2017-2020	582,0	496,2	424,5	365,5	317,0
	Tendance actuelle	582,0	581,4	579,5	577,6	575,6

II. Une réduction de la mortalité infanto-juvénile à moins de 35 décès p 1000 afin d'atteindre 20 décès p 1000 en 2030, avec un accent particulier sur la mortalité néonatale qui sera réduite à moins de 16 décès p 1000 en 2020 et 12 décès pour 1000 en 2030.

Tableau 2: Tendence d'évolution du taux de mortalité infanto-juvénile et néonatale

Taux de mortalité	Scénario	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de mortalité infanto-juvénile (p 1000)	PNDS 2017-2020	54,0	47,3	41,2	36,6	32,6
	Tendance actuelle	54,0	53,1	52,4	51,8	51,3
Taux de mortalité néo-natale (p 1000)	PNDS 2017-2020	29,0	24,5	20,7	18,0	15,7
	Tendance actuelle	29,0	28,5	28,1	27,6	27,1

III. Une prévention et un contrôle des maladies transmissibles en particulier les principales endémo-épidémies telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida et l'hépatite B avec leur élimination d'ici à 2030.

IV. Une réduction des facteurs de risque et une prise en charge adéquate permettant une réduction de la prévalence de l'HTA et du diabète type II (respectivement à moins de 5% et 2% en 2030) avec une élimination de leurs principales complications.

Pour assurer l'efficacité nécessaire et atteindre les résultats d'impact attendus, quatre axes stratégiques ont été retenus :

- ❖ Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire par une gestion efficace et efficiente des ressources, effectivement axée sur les résultats à tous les niveaux, et par le renforcement du financement et de la participation des acteurs du système de santé en particulier les communautés et le secteur privé.
- ❖ Accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale, infanto juvénile, de l'adolescent et du jeune à travers (i) des composantes dédiées au couple mère et enfant, à l'immunisation, à la nutrition, à la santé reproductive des jeunes et des adolescents, et à (ii) des composantes transversales de communication pour le développement, d'intégration et de décentralisation des services, d'équité en mettant l'accent sur les couches sociales et les zones géographiques les plus vulnérables, de renforcement de l'approche genre avec la pleine participation des communautés;
- ❖ Contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles par la surveillance, la recherche, la prévention, la prise en charge des cas et par une gestion multisectorielle efficace des événements de santé publique, des épidémies et des catastrophes, ainsi que la promotion d'un environnement favorable à la santé ;
- ❖ Renforcement du système de santé à travers ses piliers traditionnels en dehors de la gouvernance, en particulier le financement de la santé en vue d'une couverture santé universelle.

2.3. Principales enveloppes du CDMT

Tableau 3 : Composantes budgétaires annuelles du CDMT 2017-2020

Axe stratégique	2017	2018	2019	2020	Budget total par axe
Budget Axe 1 : Gouvernance et Leadership (en millions de MRO)	4 123	4 733	5 217	5 670	19 743
Budget Axe 2 : Santé maternelle, néonatale, infantile et santé adolescents et jeunes (en millions de MRO)	8 288	9 514	10 487	11 397	39 687
Budget Axe 3 : Lutte contre la maladie (en millions de MRO)	8 894	10 210	11 254	12 231	42 589
Budget Axe 4 : Renforcement du système (en millions de MRO)	21 942	25 188	27 763	30 172	105 064
Budget Annuel total (en millions de MRO)	43 248	49 645	54 721	59 469	207 082
Budget annuel par habitant (en USD)	29,6	33,3	35,9	38,3	

Le RSS, axe transversal, supporte les trois autres avec la moitié (50,7%) du budget total alors que les deux axes d'actions en faveur de la santé des populations bénéficieront de près de 40%. Les 9,5% restants serviront à renforcer le pilotage, la coordination, la régulation, le suivi et l'évaluation de l'action sectorielle à tous les niveaux.

En évoluant de près de 30 dollars par tête d'habitant en 2017 à plus de 38 dollars en 2020, la dépense publique de santé reste en deçà des prévisions du PNDS 2012-2020 qui prévoyait une évolution de « *moins de 15 dollars par habitant et par an en 2010 à 32 en 2015 et à 55 en 2020* ».

Chapitre 2 : Plan de suivi et évaluation du PNDS

2.1. But et objectifs du plan de suivi et d'évaluation

Le plan de suivi et d'évaluation a pour but **de faciliter une mise en œuvre efficiente du PNDS 2017-2020 à travers un suivi des résultats par niveau.**

L'objectif étant de systématiser le processus de collecte, d'analyse, de traitement et de diffusion de l'information relative à la situation sanitaire et à la réponse apportée, afin d'identifier les insuffisances et obstacles et d'alerter les instances concernées.

Pour cela, il s'agira, dans ce plan de définir :

- le cadre institutionnel du suivi et évaluation du PNDS
- les mécanismes de suivi et d'évaluation
- le cadre de performance avec les principaux indicateurs stratégiques
- les circuits des données jusqu'à la prise de décision
- Les responsabilités à tous les niveaux
- Les moyens nécessaires

Un tableau en annexe permettra de donner des définitions précises des indicateurs stratégiques de suivi, et de préciser leurs sources et leur périodicité de collecte.

2.2. Cadre institutionnel du suivi et de l'évaluation

Ce cadre institutionnel de suivi et évaluation permet de décrire, par niveau du système de santé, l'organisation, le fonctionnement ainsi que les rôles et responsabilités des différents acteurs dans la collecte, l'analyse, la prise de décision et la diffusion de l'information stratégique.

Ce dispositif s'adapte aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et se compose ainsi de quatre niveaux :

- le **niveau opérationnel** : premier niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information.
- le **niveau intermédiaire** : deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques
- le **niveau central** : troisième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures du niveau national ou de référence.
- le **niveau de pilotage** : quatrième niveau où sont traitées et diffusées aux différents acteurs les informations stratégiques permettant un suivi et une évaluation continus de la mise en œuvre du PNDS. C'est à ce niveau que sont conduites les études d'impact et d'effet permettant l'évaluation de l'atteinte des résultats.

Actuellement, ce dispositif n'est pas performant, et il nécessite une véritable redynamisation basée essentiellement sur :

- l'adoption et la diffusion de directives claires en matière de modes opératoires de collecte, d'analyse et de diffusion de l'information stratégique par niveau (Référentiel de Gestion de l'Information Sanitaire) ;

- le renforcement des capacités techniques des personnels chargés du suivi évaluation ;
- le renforcement des capacités matérielles des services engagés dans ce système, et à différents niveaux ;
- la systématisation des supervisions régulières par niveau.

2.2.1. Le niveau opérationnel : CSM, postes et centres et de santé, et hôpitaux de Moughataa

Il s'agit du niveau le plus périphérique où devront s'exécuter la plupart des activités du PNDS, et qui constituent le premier contact avec la population.

L'Equipe cadre de la Moughataa sera chargée de la collecte et de la saisie des données de routine provenant des PS, des CS et des hôpitaux de la Moughataa. Après un premier niveau d'analyse en triangulation avec la planification opérationnelle de la Moughataa et les rapports de supervision et de contrôle, les données ainsi analysées seront transmises au niveau régional.

2.2.2. Le niveau intermédiaire : DRAS et Hôpitaux au niveau régional

Après saisie, l'ensemble des données de routine des Moughataa et des hôpitaux de la région sont analysées par l'Equipe régionale de la DRAS dans un effort de suivi des tendances et de comparaison entre les Moughataa.

Parallèlement, les rapports d'exécution provenant des Moughataa et de supervisions menées par l'Equipe régionale permettent un deuxième niveau d'analyse de l'exécution du PNDS dans le but de dégager des recommandations pour les revues régionales et nationales.

Toutes ces données analysées sont transmises à la DPCIS et aux Directions de tutelle au niveau central.

2.2.1. Le niveau central : Directions centrales du Ministère de la santé, Coordinations de Programmes et Centres nationaux de référence

Les Etablissement hospitaliers nationaux assureront la collecte et la saisie des données hospitalières de routine au même titre que les autres hôpitaux des niveaux déconcentrés ; puis, ils assureront l'analyse préliminaire.

Parallèlement, ces centres hospitaliers ainsi que les centres nationaux de référence¹, les Ecoles nationales de santé et la CAMEC transmettront périodiquement leurs rapports d'activités à la DPCIS et aux Directions centrales de tutelles.

Les Directions de tutelles ainsi que les Coordinations nationales des Programmes de santé mèneront des supervisions par niveau leur permettant d'objectiver les conclusions des rapports d'activités qu'elles reçoivent, et dégageront les aspects positifs ou négatifs devant conduire à une prise de décisions immédiate ou différée. Ces Directions et ces coordinations élaboreront des rapports périodiques de suivi des domaines relevant de leurs compétences et de leurs responsabilités respectives.

¹ CNTS, INRSP, LNCQM

Il faut noter que les rapports de l'activité sanitaires provenant des différents niveaux du système sanitaires sont saisis mensuellement et centralisés dans la base de données du SNIS, analysés et diffusés sous forme de bulletins ou annuaires.

2.3. Mécanismes et outils de suivi et d'évaluation

Le suivi & évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PNDS et des résultats obtenus reposera donc sur un système d'information performant qui soit à même de fournir en temps réel l'ensemble des informations stratégiques nécessaires. Pour ce faire, la redynamisation du SNIS, de la supervision intégrée et de la recherche pour la santé y compris la conduite d'enquêtes (CS, SARA, SMART, EDS ...) permettront de disposer à temps et au niveau voulu des informations nécessaires au pilotage du PNDS. L'évaluation finale comprendra deux évaluations – interne et externe – ainsi que des enquêtes spécifiques (y compris les enquêtes de satisfaction des bénéficiaires, ...). Les objectifs de ces évaluations seront définis en concertation avec les différents acteurs concernés.

Le respect de certains principes de base garantit au mécanisme de suivi et d'évaluation l'efficacité nécessaire ; il s'agit en particulier :

- De la fiabilité de l'information sanitaire grâce à une affectation des ressources humaines ayant les compétences requises, à une large utilisation des technologies de l'information et de la communication, et à la mise en œuvre de procédures simples et souples de suivi et d'évaluation.
- De la mobilisation conséquente des ressources financières pour le suivi et l'évaluation.
- De l'implication effective de toutes les parties prenantes dans le processus de collecte, d'analyse et de prise de décision.
- Et de la mise en œuvre des décisions découlant des résultats du suivi et de l'évaluation.

Un guide de suivi – évaluation, document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PNDS, sera élaboré. Ce guide devra être l'outil de travail qui déterminera les procédures à observer tout au long du processus de suivi. Il précisera la manière dont les informations devront être collectées, analysées et traitées à chaque niveau ainsi que les outils appropriés par niveau et par type d'information recherchée.

Sur le plan organisationnel, des revues du PNDS seront envisagées selon une périodicité semestrielle pour les régions et les entités centrales, et annuelle pour tout le secteur. Elles se feront avec la pleine participation des PTF et de tous les acteurs du secteur, au moment où d'autres revues plus ciblées pourraient être au besoin envisagées.

Au niveau national, chaque revue annuelle sera précédée de missions centrales participant aux revues régionales et « ramenant » des rapports régionaux de suivi et évaluation du PNDS au niveau régional.

A mi-parcours du PNDS (fin 2018), une évaluation nationale sera menée avec assistance technique internationale ayant les compétences et l'expérience requises.

Il est prévu une évaluation finale du PNDS (en 2020) pour apprécier le niveau d'atteinte des résultats et tirer les leçons pour la planification de la période post 2020.

Le système national d'information sanitaire (SNIS) redynamisé permettra :

- La collecte et l'analyse au niveau de la Moughataa et des structures sanitaires d'informations régulières sur l'état de santé des utilisateurs, sur les prestations fournies et sur les différents aspects de gestion (RHS, médicament, finances, ...); une synthèse est transmise trimestriellement aux directions régionales dont elles dépendent.
- La synthèse et l'analyse de ces données au niveau intermédiaire suivies (i) d'une part, de la prise des décisions qui s'imposent, (ii) et d'autre part, de leur transmission au Service national d'information sanitaire.

En plus des données de routine, l'annuaire national des statistiques sanitaires intégrera :

- Les résultats des missions de supervision menées à différents niveaux et compilés par les entités concernées dans des rapports nationaux de supervision ;
- Les résultats des enquêtes menées dans le cadre du suivi et évaluation du Programme santé ;
- Les données démographiques réactualisées en étroite collaboration avec l'Office National des Statistiques ;
- Les données de gestion (RHS, médicaments, finances) avec les directions, institutions ou autres Ministères concernés.

2.4. Cadre de performance et Indicateurs stratégiques clés

Ce cadre de performance découle du Cadre de résultats adopté dans le document de Plan du PNDS (volume 2). Ces différents indicateurs sont définis dans le tableau en annexe.

2.4.1. Tableau 4: Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Référence de la donnée de base	Donnée de base	Cible en 2020
C 1.1. Gestion axée sur les résultats	Normalisation et régulation	Révision et MEP d'un nouvel organigramme de l'AC avec définition des fiches des postes	Rapport audit institutionnel 2014	Non	Oui
		Contrat de performance avec les EPA (sur la base du projet d'établissement)	DPCIS	Non	Oui
		Révision et MEO des textes régissant le CD et CONAP avec la mise en place d'un secrétariat permanent	Rapport audit institutionnel 2014	Non	Oui
		Révision/élaboration des textes organisant le secteur privé (mise en place d'un comité ad hoc)	DHM	Non	Oui
		Mise en place d'une tarification harmonisée pour le secteur hospitalier public	DHM	Non	Oui
		Mise en place d'une tarification harmonisée pour le secteur hospitalier privé	DHM	Non	Oui
		Elaboration de l'arrêté relatif à l'organisation et fonctionnement de l'IGS prévu par l'organigramme du MS	IGS	Non	Oui
	Processus de Planification	Adoption d'une batterie d'outils harmonisés et consensuels de planification par niveau conformément au PNDS 2017-2020	DPCIS	Non	Oui
		Conduite annuelle du processus de planification et de revue du secteur par niveau	DPCIS	Oui	Oui
		Mise en place du fonds commun (entre MS et PTF) avec gestion nationale et suivi conjoint.	CONAP	Non	Oui
	Financement basé sur le résultat	Mise en œuvre et évaluation de la phase pilote du FBR dans le Hodh El Gharbi et le Guidimagha	DPCIS	Non	Oui
		Indicateurs de couverture dans les deux régions de la zone pilote comparativement à ceux des autres régions	Annuaire statistiques	Identiques ou inférieurs	Supérieurs

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Référence de la donnée de base	Donnée de base	Cible en 2020
	Suivi et évaluation	Le guide de suivi et évaluation du PNDS II est élaboré et mis en œuvre	DPCIS	Non	Oui
		L'Annuaire statistique comportant les principaux indicateurs de suivi du PNDS II est régulièrement diffusé	Rapport évaluation PNDS 1	Non	Oui
		Les données de l'annuaire statistique ont été préalablement auditées	Atelier national	Non	Oui
		Les rapports de suivi et évaluation sont produits et diffusés par niveau	Rapport RAP PNDS I	Non	Oui
		Renforcement du SNIS avec mise à échelle du DIHS2 (intégration des sous-systèmes, donnés du secteur privé et hôpitaux)	DPCIS	Non	Oui
		Mise en œuvre des enquêtes nationales de suivi du PNDS (EDS, MICS, SMART, STEP WISE, Comptes de SANTE, SARA)	DPCIS	partiellement	Oui
		Elaboration, adoption et mise en œuvre d'une stratégie nationale de la recherche en santé publique.	INRSP	Non	Oui
	Leadership et Management	Elaboration, validation et vulgarisation des outils de gestion par niveau (Direction centrale, régionale, départementale et FOSA)	DPCIS	Non	Oui
		Mise en place et rendre opérationnelle une entité nationale chargée de formation des cadres en management	DRH	Non	Oui
C 1.2. Transparence et Participation	Décentralisation et partage de responsabilité	Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'opérationnalisation des districts	DSBN	Non	Oui
		Redynamisation des organes de coordination au niveau déconcentré	DSBN	0%	100%
	Coordination intra-sectorielle, inter-sectorielle et partenariats	Elaboration, validation et diffusion d'un plan annuel des réunions des instances (CD / CONAP) avec la mise en place d'un secrétariat permanent chargé de suivi de la mise en œuvre des décisions prises.	DPCIS	Non	Oui
		Révision du Compact et rapport annuel de suivi de sa mise en application.	Atelier national	Non	Oui
	Participation communautaire	Validation des nouveaux textes régissant la participation communautaire	DSBN	Non	Oui
		% de PS avec comité de gestion répondant aux normes et	Atelier national	0%	90%

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Référence de la donnée de base	Donnée de base	Cible en 2020
		fonctionnel			
		% de CS avec comité de gestion répondant aux normes et fonctionnel	Atelier national	0%	95%
		% de conseils d'administration d'EPA impliquant des représentants des communautés	Atelier national	0%	100%
		Ratio Femme/Homme dans un poste de responsabilité à différents niveaux			>1/2
	Audit et contrôle	Elaboration et validation d'un guide d'audit et de contrôle au sein du MS	IGS	Non	Oui
		Renforcement de la capacité de l'inspection (RH, matérielle et financière)	IGS	partiellement	100%
		% de FOSA ayant une responsabilité de gestion des ressources financières et qui ont été auditées au moins tous les deux ans		<10%	>80%

2.4.2. Axe 2 Tableau 5: Accélération de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Référence de la donnée de base	Donnée de base	Cible en 2020
C 2.1. Santé de la mère et du nouveau né	Planification familiale / Espacement des naissances	Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode d'espacement des naissances (traditionnelle ou moderne)	MICS 2015	17,8%	25%
		Pourcentage de femmes dont les besoins en matière de contraception n'ont pas été satisfaits	FP2020/TRACK20	33,4%	31,8%
	Maternité à moindre risque	% de femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN par du personnel qualifié dans une structure de santé dont la 1 ^{ère} au premier trimestre	MICS 2015	63%	75%
		% de naissances vivantes ayant bénéficié d'accouchement assisté par un personnel qualifié dans une structure de santé	MICS 2015	69,3%	80%
		Taux de césarienne	MICS 2015	4,9%	>10%
		% de femmes qui ont eu un examen de santé dans la structure de santé ou à la maison juste après l'accouchement ou un examen de santé du nouveau né dans les 7 jours après l'accouchement de leur plus récente naissance vivante des 2 dernières années	MICS 2015	57,3%	75%
	Soins du nouveau-né	% de naissances vivantes dans les 2 dernières années qui ont eu un examen de santé post-natal dans la structure de santé ou à la maison un examen de santé post-natal au cours de la 1 ^{ère} semaine après la naissance	MICS 2015	57,9%	75%
		% de nouveaux nés ayant bénéficié de soins essentiels du nouveau né par un personnel qualifié	MICS 2015	56%	75%
		% de femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 dernières années qui ont allaité leur dernier nouveau-né dans la première heure après la naissance	MICS 2015	61,8%	85%

C 2.2. Santé de l'enfant	Nutrition de l'enfant	% de nourrissons de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités au sein	MICS 2015	41,4%	70%
		% d'enfants qui bénéficient d'une alimentation minimale acceptable	MICS 2015	14,5%	50%
		Taux de guérison des enfants de 6 à 59 mois porteurs de MAS et admis dans les CRENAS et CRENI	Annuaire Statistique 2015	72,4%	>75%
	PCIME	% d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont eu un test de paludisme au doigt ou au talon	MICS 2015	13%	40%
		% d'enfants de moins de 5 ans avec symptômes d'IRA qui ont reçu des antibiotiques	MICS 2015	14,2%	40%
		% d'enfants de moins de 5 ans avec diarrhée dans les 2 dernières semaines qui ont reçu du SRO et du zinc	MICS 2015	16%	30%
	Vaccination de routine	% d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de Penta	MICS 2015	62,7%	97%
		% d'enfants de 0 à 11 mois n'ayant bénéficié que d'une seule dose de Penta	Données du PRV	8,8%	<5%
	C 2.3. Santé de l'adolescent et du jeune	Accès des adolescentes aux jeunes aux services cliniques et d'information de qualité	% de structures publiques de santé offrant un paquet minimum d'activité SRAJ		<10%
Equité en matière de santé des adolescents et des jeunes		% de jeunes en milieu rural ou en situation de vulnérabilité qui ont accès à l'information et aux services de SRAJ		<20%	50%

2.4.3. Axe 3: Tableau 6: Prévention, lutte contre la maladie et gestion des urgences de santé publique

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Référence de la	Donnée de	Cible en
-------------	------------------	-----------------------------------------------------	-----------------	-----------	----------

			donnée de base	base	2020
C 3.1. Préparation, Prévention, détection et riposte aux urgences de santé publiques en situation humanitaire	Préparation et réponse aux épidémies	Proportion d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation comportant des résultats de laboratoire			80%
		Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales			80%
		Nombre d'exercice de simulation réalisé			
	Préparation et réponse aux évènements de santé	Proportion d'évènements de santé ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales			80%
C 3.2. Lutte contre les maladies transmissibles	Lutte contre le paludisme	Décès par paludisme grave hospitalisé pour 1000 personnes et par an	PSNEP 2014-2020	0,73 p 1000	<1 pour 1000
		Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit précédente	MICS 2015	35,4%	80%
		% de femmes 15-49 ans qui ont reçu 3 doses ou plus de Sulfadoxine Pyriméthamine, dont au moins une a été reçue lors d'une visite prénatale, durant leur dernière grossesse ayant abouti à une naissance vivante dans les 2 dernières années	MICS 2015	11,2%	85%
		% des cas de paludisme confirmés par TDR ou autres examens de laboratoire			85%
	Lutte contre la tuberculose	% de malades notifiés par rapport à 100.000 hbts	PSN/LT 2014-2018	64 cas pour 100.000 hbts	90 cas pour 100.000 hbts
		% de succès du traitement	PSN/LT 2014-2018	72%	90%
		Nombre de TB-MR mises traitement de deuxième ligne de 9 mois et suivis	PSN/LT 2014-2018	6	50

	Lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites	% de PVVIH dépistées	Rapport SENLS 2015	40%	80%
		% de PVVIH mis sous ARV	PSN/LCV	42%	80%
		% de femmes enceintes séropositives sous traitement ARV pour la réduction de la transmission de la mère à l'enfant	PSN/LCV	17%	90%
		Nombre de cas de TB-VIH rapporté au nombre de cas de TB confirmés			
		% de patients porteurs d'hépatites sous traitement antiviral			50%
		% de femmes enceintes vues en CPN1 dépistées contre le virus de l'Hépatite B			90%
	Lutte contre les MTN	Proportion d'enfants de 5 à 15 ans qui reçoivent les antiparasitaires adaptés (schisto et géo-helminthiases)			95%
		% d'enfants âgés de 1an à 10 ans porteurs de Trachome folliculaire (TF) et pris en charge			80%
C 3.3. Lutte contre les maladies non transmissibles	Lutte contre les maladies à facteurs de risques communs (Maladies cardio-vasculaires, respiratoires chronique, Diabète, Cancers)	% de consommation du tabac chez les 15-69 ans	StepWise 2008	18%	12%
		% de consommation des fruits et légumes (5 portions)	StepWise 2008	3%	20%
		% de porteurs d'HTA médicalement suivis	StepWise 2008	39%	70%
		% de cas de diabètes type II suivis médicalement			50%
	Santé bucco-dentaire	% de caries dentaires correctement prises en charge			60%
	Santé mentale et neurologique	% de troubles dépressifs bénéficiant de soutien psychosocial de base, de conseil et de suivi			50%
		% de troubles psychotiques bénéficiant de soutien			50%

		psychosocial, de traitement et de suivi			
	Lutte contre les autres maladies non transmissibles (métaboliques, génétiques, cécité, surdité, etc ...)	% de population cibles ayant accès à un service adapté de dépistage et de prise en charge de la drépanocytose			50%
		% de cataracte pris en charge par rapport au nombre attendus			50%
	Lutte contre les accidents de la voie publique	% d'accidentés de la voie publique ayant bénéficié de soins dans la première heure			50%
C 3.4. Prévention et promotion de l'hygiène	Gestion des déchets biomédicaux et promotion des règles d'hygiène	% de structures de santé disposant d'un système GDBM (une élimination finale des déchets infectieux)	Enquête SARA	31%	60%
	ICP/WASH	% de structure sanitaire ayant un dispositif répondant aux normes d'hygiène (Latrines, branchement à l'eau et à l'électricité...)			
	Promotion de bonnes pratiques d'hygiène au niveau communautaire	% de ménages qui ont un dispositif pour le lavage des mains dans lequel il y a de l'eau et du savon	MICS 2015	56,3%	75%
	Contrôle alimentaire	Nombre de wilayas disposant de brigade de police d'hygiène fonctionnelles dans le cadre du contrôle alimentaire	DHP	3 /15	12/15

2.4.4. Axe 4 Tableau 7: Renforcement du Système de santé orienté vers CSU

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Référence de la	Donnée de	Cible en
-------------	------------------	-----------------------------------------------------	-----------------	-----------	----------

			donnée de base	base	2020
C 4.1. Renforcement de la couverture sanitaire	Développement des ressources humaines	Proportion de structures publiques de santé répondant aux normes de RHS		10%	50%
	Infrastructures et équipements	Carte sanitaire régulièrement mise à jour et respectée	DPCIS	Oui en partie	Oui
		Proportion de structures publiques de santé répondant aux normes en matière d'infrastructure, d'équipement et de services de base (électricité, eau, assainissement)		20%	50%
		Stratégie de maintenance élaborée et mise en œuvre	Audit institutionnel	Non	Oui
	Accessibilité aux médicaments et consommables essentiels de qualité	Politique nationale pharmaceutique révisée et mise en œuvre	DPL	Non	Oui
	Fonctionnement régulier des services, organisation et qualité des prestations	Standard (référentiel) de qualité par niveau élaboré, mis en œuvre et suivi	DPCIS	Non	Oui
Tarifification des prestations offertes (en public et en privé) harmonisée par niveau et par type de structures					
C 4.2. Financement de la demande pour une couverture sanitaire universelle	Mise à échelle de l'assurance maladie	Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) élaborée et mise en œuvre		Non	Oui
		% de la population affiliée à un régime d'assurance maladie	DPCIS	<20%	>30%
		% d'indigents affiliés à un régime d'assurance maladie		0%	>20%
	Part des paiements directs dans les dépenses de santé		>45%	<15%	
Développement d'initiatives de gratuité	Stratégie nationale de gratuité élaborée (précisant interventions et/ou intrants objets de gratuité et fixant les modalités de fonctionnement) élaborée et mise en œuvre		Non	Oui	
C 4.3. Renforcement de la	Mise à échelle des services de santé à	% de population n'ayant pas accès à un service public ou communautaire de santé		30%	<10%

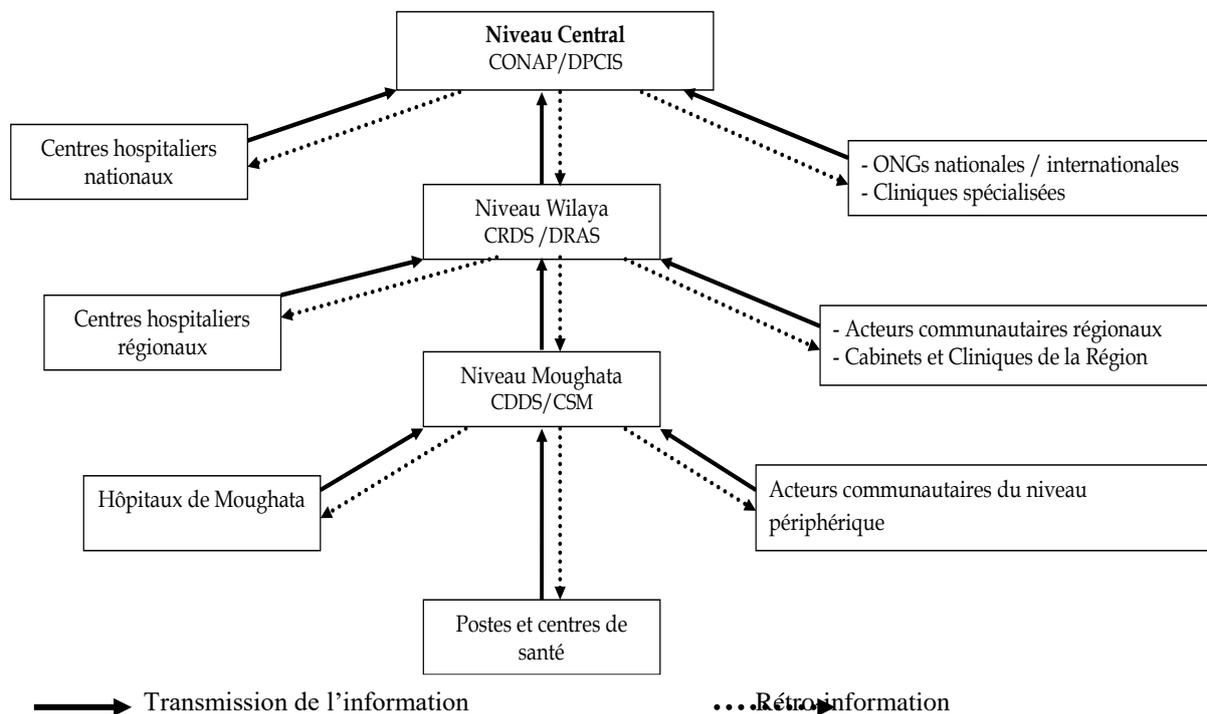
santé communautaire	base communautaire	Nombre d'habitant par ASC ou RC			<1000
	Promotion de la santé au niveau communautaire	% de districts sanitaires opérationnalisant la SNSC		0%	>90%

2.5. Circulation des données

Les données sont globalement de trois types : les données de routine, les données d'enquêtes, les rapports de supervision, de suivi, d'audit et de contrôle et les rapports de réunions de suivi et de revues. La collecte, l'analyse et la transmission de ces données se feront par niveau conformément au schéma ci-dessous.

L'information sera diffusée aux bénéficiaires, aux décideurs et aux acteurs à travers les notifications officielles, les rapports réguliers et autres publications.

Figure 1: Schéma de collecte et de circulation de l'information



2.5.1. Données de routine

Ce système de suivi et d'évaluation commence par la collecte journalière des données de routine au niveau des structures opérationnelles – sanitaires et communautaires – à travers des supports de collecte (registres CPN, PTME, CCC, ...). Chaque structure compile ses données dans un rapport mensuel transmis à la CSM (Moughataa). Le responsable de l'information sanitaire au sein de la CSM saisit mensuellement les rapports provenant de l'ensemble des structures sanitaires de sa Moughataa, ce qui permet leur validation et analyse avant leur transmission à la DRAS avec feed-back aux structures productrices. Le SNIS au niveau régional et central analyse les données reçues, produit le rapport national. Ce rapport est diffusé à l'ensemble des acteurs, en particulier aux wilayas et Moughataa productrices des rapports de base.

En cas de défaillance de ce système de collecte pour l'élaboration des rapports par niveau, les supervisions régulières par niveau permettront d'évaluer l'efficacité de ce système et de mener une collecte complémentaire garantissant une représentativité des synthèses par niveau.

Ces différents produits – annuaires et autres rapports et synthèses – seront diffusés par niveau permettant aux différents acteurs (Etat, société civile, privé et PTF) d’être régulièrement informés sur la situation, ce qui leur permettra une participation active au pilotage du PNDS. Dans ce cadre, le site WEB récemment lancé par le Service en charge du SNIS, facilitera l’accès de tous aux dernières informations sanitaires rendues publiques dès leur consolidation.

2.5.2. Rapports d’enquêtes

L’enquête nationale - EDS² – sera menée à mi-parcours et à la fin du PNDS afin d’objectiver l’évolution de la situation sanitaire et apprécier l’impact de la mise en œuvre du Plan. D’autres enquêtes plus ciblées sur des domaines (SR, PEV, Nutrition, ...) ou sur des zones permettent d’améliorer la qualité de ce suivi en se focalisant sur certains aspects et en cherchant à ressortir les facteurs influençant les constats mis en évidence. Enfin des enquêtes SARA et de couverture sanitaire viendront apprécier l’offre de services de santé, et participent à l’analyse des constats en matière d’état de santé et de niveaux de couvertures en interventions essentielles de santé.

Ces différentes enquêtes bénéficieront, systématiquement de Comités de pilotage et/ou de Comités techniques de suivi garantissant la participation effective des parties prenantes et améliorant ainsi la qualité des produits. Les enquêtes de population (EDS, SMART, couverture vaccinale, ...) bénéficieront, au préalable et de manière systématique, d’un avis favorable du Comité d’Ethique auprès du Conseil National de la statistique avant leur mise en œuvre.

Les rapports de ces différentes enquêtes feront l’objet de diffusion aux différents acteurs concernés par ces résultats, en privilégiant une approche multisectorielle et décentralisée conformément à la vision du PNDS.

2.5.3. Rapports de supervision, d’audit ou de contrôle

Le suivi du PNDS se fera aussi à travers des missions régulières de supervision par niveau permettant aux responsables de s’enquérir de l’évolution de la situation, en particulier de la mise en œuvre des activités planifiées et d’appuyer et accompagner les responsables et équipes relevant de leurs compétences. En plus de ces supervisions, des missions d’audit et de contrôle se feront de manière régulière ou en réponse à une demande, et concerneront les différents aspects de gestion du système de santé, en particulier les ressources mobilisées à la faveur du PNDS ; dans ce sens, elles pourront être transversales et toucher plusieurs aspects de gestion dans une entité ou une zone définie, ou plutôt se focaliser sur un aspects particulier en essayant de ressortir en détail la situation, l’historique et les différents facteurs ayant influencé cette gestion.

Les rapports de supervision, de contrôle et d’audit suivront un circuit hiérarchique de diffusion. Les rapports de supervision seront systématiquement partagés avec les services ayant fait l’objet de supervision. Chaque fois que cela est possible, les rapports de suivi seront publiés dans le site WEB du Ministère de la santé.

² L’Enquête démographique et de santé (ou EDS) sera privilégiée car plus complète (ex : mortalité maternelle) et pouvant se coupler avec une recherche sur certaines prévalences de pathologies prioritaires (ex : paludisme, VIH, ...)

2.5.4. Rapport de réunions de suivi et de revues

Les réunions régulières – mensuelles au niveau opérationnel et trimestrielles au niveau régional et central – permettent un suivi régulier de l'exécution des activités et seront systématiquement sanctionnées par des rapports transmis aux niveaux supérieurs. Parallèlement, les revues semestrielles au niveau régional et annuelles au niveau national permettront l'exploitation de l'ensemble de ces produits (rapports du SNIS, rapports d'enquêtes, rapports de supervision et rapports de réunions de suivi). Ces revues seront systématiquement sanctionnées par des rapports largement diffusés à tous les intervenants, et pour plus de transparence, mi en ligne dans le site WEB du Ministère.

Conclusion

A la suite d'un processus participatif qui a abouti à l'atelier national de validation, le PNDS 2 (2017-2021) – dans ses quatre volumes – cible les principales faiblesses qui se dégagent de la revue à mi-parcours et des différentes analyses sectorielles menées ces trois dernières années.

Son financement serait en majorité disponible et sa mise en œuvre dépendra essentiellement de de l'efficacité de son suivi et de son évaluation.

Le présent plan de suivi et évaluation permettrait l'harmonie et l'intégration des différents systèmes d'information sanitaire et de suivi développés par différentes entités du secteur appuyées par différents PTF.

Il sera essentiel de rendre les différents niveaux responsables dans un dispositif cohérent de suivi, et de mettre en œuvre les actions de recherche opérationnelles nécessaires aux évaluations régulières du secteur.

ANNEXES

Définition des indicateurs

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
C 2.1. Santé de la mère et du nouveau né	Planification familiale / Espacement des naissances	Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception (traditionnelle ou moderne)	<p>N = Nbre de femmes de 15-49 ans actuellement mariées qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception</p> <p>D = Nombre de femmes en âge de procréer 15-49 ans</p> <p>N * 100 / D</p>	Annuaire statistique	PS/CS/HR/ HN	Routine	Mensuelle
		Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées qui sont fécondes et veulent espacer leurs naissances ou limiter le nombre d'enfants et qui n'utilisent pas actuellement une méthode de contraception	<p>N = Nombre de nouvelles acceptantes en PF</p> <p>D = Nombre de femmes en âge de procréer (15 <= age femmes <= 49 ans)</p> <p>N * 100 / D</p>	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
	Maternité à moindre risque	% de femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN par du personnel qualifié dans une structure de santé dont la 1 ^{ère} au premier trimestre	<p>N = Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN par du personnel qualifié dans une structure de santé dont la 1^{ère} au premier trimestre</p> <p>D = Nombre de grossesses attendues</p> <p>N * 100 / D</p>	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
		% de naissances vivantes ayant bénéficié d'accouchement assisté par un personnel qualifié dans une structure de santé	N = Nombre de naissances vivantes ayant bénéficié d'accouchement assisté par un personnel qualifié dans une structure de santé D = Nombre de Naissances vivantes attendues N * 100 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		Taux de césarienne	N = Nombre de césariennes D = Nombre d'accouchement attendues N * 100 / D	Annuaire statistique	PS/CS/HR/ HN	Routine	Mensuelle
		% de femmes qui ont eu un examen de santé dans la structure de santé ou à la maison juste après l'accouchement ou un examen de santé du nouveau né dans les 7 jours après l'accouchement de leur plus récente naissance vivante des 2 dernières années	N = Nombre de femmes qui ont eu un examen de santé dans la structure de santé ou à la maison juste après l'accouchement ou un examen de santé dans les 7 jours après l'accouchement de leur plus récente naissance vivante des 2 dernières années D= Nombre total de naissances dans les 2 dernières années N * 100 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
	Soins du nouveau-né	% de naissances vivantes dans les 2 dernières années	N = nombre de nouveaux-nés qui ont eu un examen de santé	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
		qui ont eu un examen de santé post-natal dans la structure de santé ou à la maison un examen de santé post-natal au cours de la 1 ^{ère} semaine après la naissance	dans la structure de santé ou à la maison juste après l'accouchement ou dans les 7 jours après l'accouchement D= Nombre total de naissances vivantes dans les 2 dernières années N * 100 / D				
		% de nouveaux nés ayant bénéficié de soins essentiels du nouveau né par un personnel qualifié	N = Nombre de nouveaux-nés ayant bénéficié de soins essentiels du nouveau né par un personnel qualifié D= Nombre total de naissances vivantes dans les 2 dernières années N * 100 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		% de femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 dernières années qui ont allaité leur dernier nouveau-né dans la première heure après la naissance	N = Nombre de femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 dernières années et qui ont allaité leur dernier nouveau-né dans la première heure après la naissance D= Nombre total de naissances vivantes dans les 2 dernières années N * 100 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
C 2.2. Santé de	Nutrition de	% de nourrissons de moins	N = Nombre de nourrissons de	EDS	Population	Enquête	Tous les 5

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
l'enfant	l'enfant	de 6 mois qui sont exclusivement allaités au sein	moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités au sein D = Nombre total d'enfants de moins de 6 mois N * 100 / D		générale		ans
		% d'enfants qui bénéficient d'une alimentation minimale acceptable	N = Nombre d'enfants qui bénéficient d'une alimentation minimale acceptable D = Nombre total d'enfants de 6 à 59 mois N * 100 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		Taux de guérison des enfants de 6 à 59 mois porteurs de MAS et admis dans les CRENAS et CRENI	N = Nombre d'enfants de 6 à 59 mois guéris D = Nombre total de sorties N * 100 / D	Annuaire statistique	PS/CS/HR/HN	Routine	Mensuelle
	PCIME	% d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont eu un test de paludisme au doigt ou au talon	N = Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont eu un test de paludisme au doigt ou au talon D = Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre dans les 2 dernières semaines N * 100 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
		% d'enfants de moins de 5 ans avec symptômes d'IRA qui ont reçu des antibiotiques	N = Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec symptômes d'IRA dans les 2 dernières semaines qui ont reçu des antibiotiques D = Nombre total d'enfants de moins de 5 ans avec symptômes d'IRA dans les 2 dernières semaines $N * 100 / D$	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		% d'enfants de moins de 5 ans avec diarrhée dans les 2 dernières semaines qui ont reçu du SRO et du zinc	N = Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines qui ont reçu SRO et zinc D = Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines $N * 100 / D$	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
	Vaccination de routine	% d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de Penta	N = Nombre d'enfants entre 0 et 11 mois ayant reçus 3 doses de Penta D = Nombre d'enfants entre 0 et 11 mois $N * 100 / D$	Annuaire statistique	PS/CS/HR/ HN	Routine	Mensuelle

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
		% d'enfants de 0 à 11 mois n'ayant bénéficié que d'une seule dose de Penta	N = Nombre d'enfants entre 0 et 11 mois ayant reçus 1 doses de Penta D = Nombre d'enfants entre 0 et 11 mois $N * 100 / D$	Annuaire statistique	PS/CS/HR/ HN	Routine	Mensuelle
C 2.3. Santé de l'adolescent et du jeune	Accès des adolescentes aux jeunes aux services cliniques et d'information de qualité	% de structures publiques de santé offrant un paquet minimum d'activité SRAJ	N = Nombre de structures publiques de santé offrant un paquet minimum d'activité SRAJ D = Nombre total de structures publiques de santé $N * 100 / D$	SARA	PS/CS/HR/ HN	Enquête	Annuelle
	Equité en matière de santé des adolescents et des jeunes	% de jeunes en milieu rural ou en situation de vulnérabilité qui ont accès à l'information et aux services de SRAJ	N = Nombre de jeunes en milieu rural ou en situation de vulnérabilité qui ont accès à l'information et aux services de SRAJ D = Nombre total de jeunes en milieu rural ou en situation de vulnérabilité $N * 100 / D$	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
C 3.1. Préparation et réponse aux urgences de	Préparation et réponse aux épidémies	Proportion d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation comportant des résultats de laboratoire	N = Nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation comportant des résultats de laboratoire	Rapports hebdomadaires	Régional Central	Surveillance Epidémiologique	Hebdomadaire

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
santé publiques en situation humanitaire			D = Nombre total d'épidémies N * 100 / D				
		Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales	N = Nombre d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales D = Nombre total d'épidémies confirmées N * 100 / D	Rapports hebdomadaires	Régional Central	Surveillance Epidémiologique	Hebdomadaire
	Préparation et réponse aux événements de santé	Proportion d'événements de santé ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales	N = Nombre d'événements de santé ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales D = Nombre total d'événements de santé N * 100 / D	Rapports hebdomadaires	Régional Central	Surveillance Epidémiologique	Hebdomadaire
C 3.2. Lutte contre les maladies transmissibles	Lutte contre le paludisme	Décès par paludisme hospitalisé pour 1000 personnes et par an	N = Nombre Décès par paludisme hospitalisé D = Nombre des cas de paludisme hospitalisés N * 1000 / D	Annuaire statistique	CS/HR/HN	Routine	Mensuelle
		Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit précédente	N = Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
			D = Nombre total de femmes enceintes N * 1000 / D				
		% de femmes 15-49 ans qui ont reçu 3 doses ou plus de Sulfadoxine Pyriméthamine, dont au moins une a été reçue lors d'une visite prénatale, durant leur dernière grossesse ayant abouti à une naissance vivante dans les 2 dernières années	N = Nombre de femmes 15-49 ans qui ont reçu 3 doses ou plus de SP, dont au moins une a été reçue lors d'une visite prénatale, pour prévenir le paludisme durant leur dernière grossesse ayant abouti à une naissance vivante dans les 2 dernières années D = Nombre total de femmes 15-49 ans avec grossesse ayant abouti à une naissance vivante dans les 2 dernières années N * 1000 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
	Lutte contre la tuberculose	% de malades notifiés par rapport à 100.000 hbts	N = Nombre de malades notifiés D = Population Totale N * 100000 / D	Programme TB	Régional National	Rapport d'activité du Programme	Tous les six mois
		% de succès du traitement	N = Nombre de cas de tuberculose traités avec succès (guérison plus achèvement du traitement) D = Nombre total de nouveaux cas de tuberculose	Programme TB	Régional National	Rapport d'activité du Programme	Tous les six mois

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
			notifiés aux autorités sanitaires nationales pendant une période donnée N * 100000 / D				
		Nombre de TB-MR mises sous traitement de deuxième ligne de 9 mois et suivis	N = Nombre de TB-MR mises sous traitement de deuxième ligne de 9 mois et suivis	Programme TB	Régional National	Rapport d'activité du Programme	Tous les six mois
	Lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites	% de PVVIH dépistées	N = Nombre de PVVIH dépistées D = Nombre total attendus de PVVIH N * 100 / D	Programme VIH/SIDA	Régional National	Rapport d'activité du Programme	Tous les six mois
		% de PVVIH mises sous ARV	N = Nombre de PVVIH mises sous ARV D = Nombre total attendu de PVVIH N * 100 / D	Programme VIH/SIDA	Régional National	Rapport d'activité du Programme	Tous les six mois
		% de femmes enceintes séropositives sous traitement ARV pour la réduction de la transmission de la mère à l'enfant	N = Nombre de femmes enceintes séropositives sous traitement ARV pour la réduction de la transmission de la mère à l'enfant D = Nombre total attendu de femmes enceintes séropositives N * 100 / D	Programme VIH/SIDA	Régional National	Rapport d'activité du Programme	Tous les six mois
		% de patients porteurs	N = Nombre de patients porteurs	Programme	Régional	Rapport	Tous les six

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
		d'hépatites sous traitement antiviral	d'hépatites sous traitement antiviral D = Nombre total de patients porteurs d'hépatites N * 100 / D	Hépatites	National	d'activité du Programme	mois
		% de femmes enceintes vues en CPN1 dépistées contre le virus de l'Hépatite B	N = Nombre de femmes enceintes vues en CPN1 dépistées contre le virus de l'Hépatite B D = Nombre total de femmes enceintes N * 100 / D	Programme Hépatites	Régional National	Rapport d'activité du Programme	Tous les six mois
	Lutte contre les MTN	Proportion d'enfants de 5 à 15 ans qui reçoivent les antiparasitaires adaptés (schisto et géo-helminthiases)	N = Nombre d'enfants de 5 à 15 ans qui reçoivent les antiparasitaires adaptés (schisto et géo-helminthiases) D = Nombre total d'enfants de 5 à 15 ans vivant en zone d'endémie (schisto et géo-helminthiases) N * 100 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		% d'enfants âgés de 1an à 10 ans porteurs de Trachome folliculaire (TF) et pris en charge	N = Nombre d'enfants âgés de 1an à 10 ans porteurs de Trachome folliculaire (TF) et pris en charge D = Nombre total d'enfants âgés de 1an à 10 ans porteurs de	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
			Trachome folliculaire (TF) N * 100 / D				
C 3.3. Lutte contre les maladies non transmissibles	Lutte contre les maladies à facteurs de risques communs (Pathol cardio-vasculaires, respir chroniq, Diabète, Cancers)	% de consommation du tabac chez les 15-69 ans	N = Nombre des 15-69 ans qui consomment du tabac D = Nombre total des 15-69 ans N * 100 / D	Enquête STEP WISE	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		% de consommation des fruits et légumes (5 portions)	N = Nombre des 15-69 ans qui consomment quotidiennement 5 portions de fruits et légumes D = Nombre total des 15-69 ans N * 100 / D	Enquête STEP WISE	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		% de porteurs d'HTA médicalement suivis	N = Nombre de porteurs d'HTA médicalement suivis D = Nombre de porteurs d'HTA attendus N * 100 / D	Enquête STEP WISE	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		% de cas de diabète type II suivis médicalement	N = Nombre de cas de diabète type II médicalement suivis D = Nombre de cas de diabète type II attendus N * 100 / D	Enquête STEP WISE	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
	Santé bucco-dentaire	% de caries dentaires correctement prises en charge	N = Nombre de caries dentaires correctement prises en charge D = Nombre de caries dentaires	Enquête auprès des scolaires	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
			attendues N * 100 / D				
	Santé mentale et neurologique	% de cas troubles dépressifs bénéficiant de soutien psychosocial de base, de conseil et de suivi	N = Nombre de cas troubles dépressifs bénéficiant de soutien psychosocial de base, de conseil et de suivi D = Nombre de cas troubles dépressifs attendus N * 100 / D	Enquête santé mentale	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		% de troubles psychotiques bénéficiant de soutien psychosocial, de traitement et de suivi	N = Nombre de cas troubles psychotiques bénéficiant de soutien psychosocial, de traitement et de suivi D = Nombre de cas troubles psychotiques attendus N * 100 / D	Enquête santé mentale	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
	Lutte contre les autres maladies non transmissibles (métaboliques, génétiques, cécité, surdité, etc ...)	% de population cibles ayant accès à un service adapté de dépistage et de prise en charge de la drépanocytose	N = Nombre de personnes ciblées ayant accès à un service adapté de dépistage et de prise en charge de la drépanocytose D = Nombre de personnes ciblées N * 100 / D	Enquête spécifique	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
		% de porteurs de cataracte ayant accès à un service adapté de dépistage et de	N = Nombre de porteurs de cataracte ayant accès à un service adapté de dépistage et de prise en	Enquête spécifique	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
		prise en charge	charge D = Nombre attendus de porteurs de cataracte N * 100 / D				
	Lutte contre les accidents de la voie publique	% d'accidentés de la voie publique ayant bénéficié de soins dans la première heure	N = Nombre d'accidentés de la voie publique ayant bénéficié de soins dans la première heure D = Nombre d'accidentés de la voie publique N * 100 / D	Annuaire statistique	CS/HR/HN	Routine	Mensuelle
C 3.4. Prévention et promotion de l'hygiène	Gestion des déchets biomédicaux et promotion des règles d'hygiène	% de structures de santé disposant d'un système GDBM (une élimination finale des déchets infectieux)	N = Nombre de structures de santé disposant d'un système GDBM (une élimination finale des déchets infectieux) D = Nombre de structures de santé N * 100 / D	SARA	PS/CS/HR/ HN	Enquête	Annuelle
	Promotion de bonnes pratiques d'hygiène au niveau communautaire	% de ménages qui ont un dispositif pour le lavage des mains dans lequel il y a de l'eau et du savon	N = Nombre de ménages qui ont un lieu spécifique pour le lavage des mains dans lequel il y a de l'eau et du savon ou tout autre produit pour se laver D = Nombre total de ménages N * 100 / D	EDS	Population générale	Enquête	Tous les 5 ans
	Contrôle	Nombre de wilayas disposant	Nombre de wilayas disposant de	Programme	Régional	Rapport	Tous les six

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
	alimentaire	de brigade de police d'hygiène fonctionnelles dans le cadre du contrôle alimentaire	brigade de police d'hygiène fonctionnelles dans le cadre du contrôle alimentaire	Hépatites	National	d'activité du Programme	mois
C 4.1. Renforcement de la couverture sanitaire	Développement des ressources humaines	Proportion de structures publiques de santé disposant du minimum requis de RHS	N = Nombre de structures publiques de santé disposant du minimum requis de RHS selon les normes D = Nombre total de structures publiques de santé N * 100 / D	DRH	Régional National	Rapport d'activité du Programme	Tous les six mois
	Infrastructures et équipements	Carte sanitaire régulièrement mise à jour et rigoureusement respectée	Carte sanitaire régulièrement mise à jour et rigoureusement respectée	DPCIS	Régional National	Enquête	Tous les ans
		Proportion de structures publiques de santé répondant aux normes minimales en matière d'infrastructure, d'équipement et de services de base (électricité, eau, assainissement)	N = Nombre de structures publiques de santé répondant aux normes minimales en matière d'infrastructure, d'équipement et de services de base (électricité, eau, assainissement) D = Nombre de structures publiques de santé N * 100 / D	SARA	PS/CS/HR/ HN	Enquête	Annuelle
		Stratégie de maintenance élaborée et mise en œuvre	Stratégie de maintenance élaborée et mise en œuvre Oui/Non	DIMM	National	Rapport	Tous les 5 ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
	Accessibilité aux médicaments et consommables	Politique nationale pharmaceutique révisée et mise en œuvre	Politique nationale pharmaceutique révisée et mise en œuvre Oui/Non	DPL	National	Rapport	Tous les 5 ans
	Fonctionnement régulier des services, organisation et qualité des prestations	Standard (référentiel) de qualité par niveau élaboré, mis en œuvre et suivi	Standard (référentiel) de qualité par niveau élaboré, mis en œuvre et suivi Oui/Non	DSBN/DMH	PS/CS/H	Rapport	Tous les ans
		Tarifification des prestations offertes (en public et en privé) harmonisée par niveau et par type de structures	Tarifification des prestations offertes (en public et en privé) harmonisée par niveau et par type de structures Oui/Non	DSBN/DMH	PS/CS/H	Rapport	Tous les ans
C 4.2. Financement de la demande pour une couverture sanitaire universelle	Mise à échelle de l'assurance maladie	Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) élaborée et mise en œuvre	Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) élaborée et mise en œuvre Oui/Non	DPCIS	National	Rapport	Tous les 5 ans
		% de la population affiliée à un régime d'assurance maladie	N = Population affiliée à un régime d'assurance maladie D = Population totale N * 100 / D	CNAM	National	Rapport	Tous les ans
		% d'indigents affiliés à un régime d'assurance maladie	N = Nombre d'indigents affiliés à un régime d'assurance maladie D = Population totale	CNAM	National	Rapport	Tous les ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
			$N * 100 / D$				
		Part des paiements directs dans les dépenses de santé	N = Total des Paiements directs D = Dépense totale de santé $N * 100 / D$	CNS	National	Enquête	Tous les 3 ans
	Développement d'initiatives de gratuité	Stratégie nationale de gratuité élaborée (précisant interventions et/ou intrants objets de gratuité et fixant les modalités de fonctionnement) élaborée et mise en œuvre	Stratégie nationale de gratuité élaborée (précisant interventions et/ou intrants objets de gratuité et fixant les modalités de fonctionnement) élaborée et mise en œuvre Oui/Non	DPCIS	National	Rapport	Tous les 5 ans
C 4.3. Renforcement de la santé communautaire	Mise à échelle des services de santé à base communautaire	% de population n'ayant pas accès à un service public ou communautaire de santé	N = Population n'ayant pas accès à un service public ou communautaire de santé D = Population totale $N * 100 / D$	DSBN	National Régional	Rapport	Tous les ans
		Nombre d'habitant par ASC ou RC	N = Population totale couverte par un ASC ou un RC D = Nombre d'ASC ou de RC N / D	DSBN	National Régional	Rapport	Tous les ans
	Promotion de la santé au niveau communautaire	% de districts sanitaires opérationnalisant la SNSC	N = Nombre de districts sanitaires opérationnalisant la SNSC D = Nombre total de districts	DSBN	National Régional	Rapport	Tous les ans

Composantes	Sous composantes	Indicateurs stratégiques de suivi de la performance	Méthode de Calcul	Sources	Niveaux de collecte	Méthode de Collecte	Périodicité
	e		sanitaires N * 100 / D				