

REPUBLIQUE DU BURUNDI



**MINISTERE DE LA SANTE
PUBLIQUE**

**Plan de Suivi Evaluation du Programme National
de Lutte contre le Paludisme
2026-2030**

Mai 2026



PREFACE

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique, avec des conséquences importantes sur la morbidité, la mortalité et le développement socio-économique des communautés. Malgré les progrès réalisés grâce aux efforts du gouvernement, des partenaires au développement et des acteurs communautaires, la lutte contre cette maladie nécessite un système performant de suivi et évaluation afin de garantir l'efficacité des interventions mises en œuvre.

Le présent Plan de Suivi et Évaluation du Programme de Lutte contre le Paludisme constitue un cadre de référence permettant de suivre de manière systématique les progrès réalisés, de mesurer les performances des interventions et d'orienter la prise de décision basée sur des données probantes. Il vise à renforcer la disponibilité, la qualité, l'analyse et l'utilisation des données pour améliorer la planification, la coordination et la redevabilité à tous les niveaux du système de santé.

Ce document définit les indicateurs prioritaires, les sources de données, les mécanismes de collecte, d'analyse et de diffusion des informations, ainsi que les responsabilités des différentes parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Il met également un accent particulier sur le renforcement des capacités des acteurs, la supervision, les évaluations périodiques et l'utilisation des outils digitaux pour une gestion efficace des données.

L'élaboration de ce plan résulte d'un processus participatif ayant impliqué les structures du Ministère de la Santé, les programmes nationaux, les partenaires au développement, les organisations de mise en œuvre ainsi que les acteurs communautaires. Cette approche collaborative traduit l'engagement commun à disposer d'un système de suivi et évaluation robuste, capable de soutenir les objectifs nationaux d'élimination du paludisme.

Nous exprimons notre profonde gratitude à tous les partenaires au développement et cadres du ministère ayant contribué à l'élaboration de ce document et réaffirmons notre engagement à assurer sa mise en œuvre effective afin de renforcer l'impact des interventions de lutte contre le paludisme et d'améliorer la santé de la population.

Le Ministre de la Santé Publique

Dr Fidèle NKEZABAHIZI



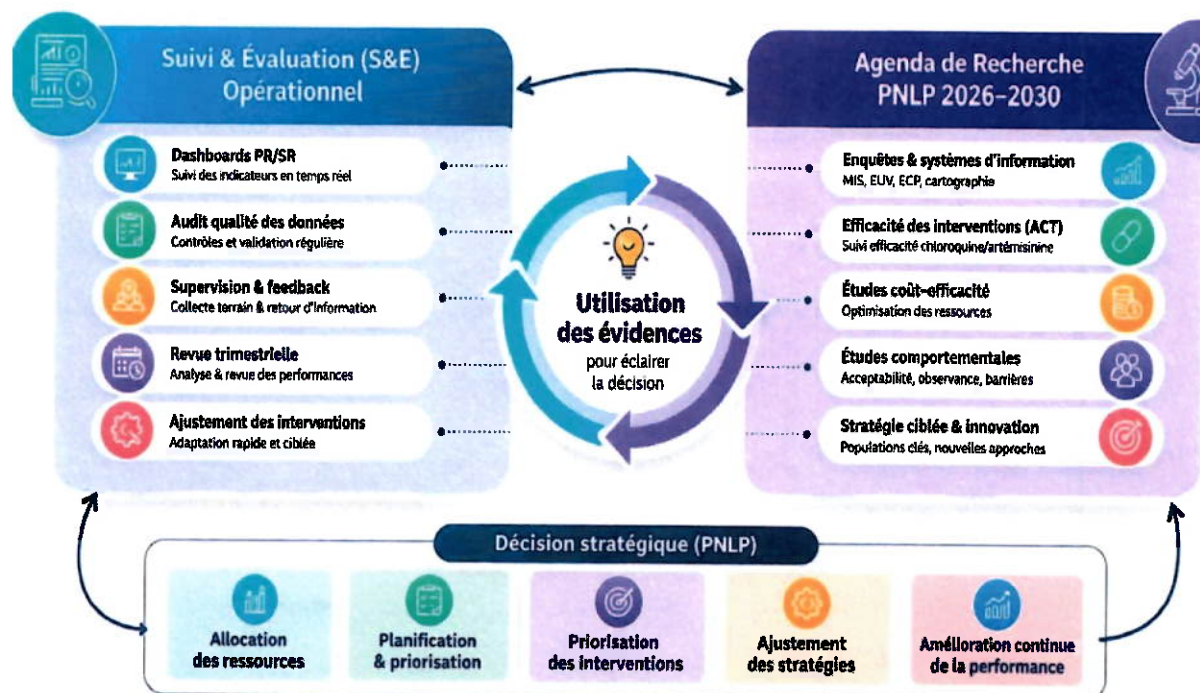
TABLE DES MATIERES

Table des matières	
PREFACE.....	i
TABLE DES MATIERES.....	ii
ACRONYMES	v
I. INTRODUCTION DU PLAN DE SUIVI-EVALUATION (PSE) PALUDISME 2026–2030.....	1
II. CONTEXTE GENERAL DU PAYS ET DU SYSTEME DE SANTE.....	2
II. 1. Contexte géographique, climatique et vulnérabilités	2
II. 2. Contexte démographique et socio-économique.....	2
II.3. Organisation administrative et décentralisation.....	3
II.4. Organisation du système de santé	3
II.5. Cadre organisationnel de la lutte contre la paludisme et rôle des acteurs	4
II. 5. 1. Pilotage et coordination.....	4
II.5.2. Interventions mises en œuvre.....	5
II.5.3. Profil épidémiologique du paludisme au Burundi.....	5
II.5.4. Performance épidémiologique du PSN 2021–2027	6
II.5.5. Grands défis persistants	7
III. RAPPEL DU CADRE STRATEGIQUE 2026–2030	8
III. 1. Objectifs globaux.....	8
III.2. Objectifs stratégiques.....	8
III.3. Résultats attendus	8
III.4. Axes stratégiques	9
III.5. Priorités opérationnelles	9
IV. PLAN DE SUIVI ET ÉVALUATION (PSE) DU PNLP 2026–2030.....	10
IV. 1. Introduction	10
IV. 2. Justification du PSE 2026–2030	11
IV.3. Objectifs et résultats attendus du PSE 2026-2030	12
IV.3.1. Objectif général	12
IV.3.2. Objectifs spécifiques.....	12
IV.3.3. Résultats attendus.....	12
IV.4. Approche et processus d'élaboration du PSE 2026–2030	13
IV.5. Cadre de performance du plan de suivi et évaluation 2026-2030	14
IV.6. Note méthodologique sur la classification des indicateurs	25

V. ANALYSE DU SYSTEME DE S&E DU PNLP EN LIEN AVEC LE SNIS	26
V.1. Introduction	26
V.2. Analyse des composantes principale du Suivi et Evaluation du Paludisme	26
V.2.1. Gouvernance, Coordination et Pilotage du Suivi-Evaluation	26
V.2.2. Système d'information et flux des données	28
V.2.3. Qualité des données, analyse et utilisation	29
V.2.4. Surveillance épidémiologique, entomologique et recherche	31
V.2.5. Capacités opérationnelles, ressources humaines et supervision	31
V.2.6. Planification, financement et opérationnalisation	32
VI. CADRE INSTITUTIONNEL DU SNIS ET DU SYSTEME DE S&E DU PNLP	34
VI.1. Vue d'ensemble du SNIS et du système S&E du PNLP	34
VI.2. Organisation et ressources humaines du service de planification et Suivi-Evaluation du PNLP	34
VI.3. Organisation et acteurs du système national d'information	35
VI.4. Typologie des données et sources d'information	36
VI.4.1. Données intégrées dans le SNIS	36
VI.4.2. Flux et digitalisation des données	39
VI.4.3. Analyse et utilisation des données aux différents niveau du système de santé	41
VII. ASSURANCE QUALITE DES DONNEES	44
VII.1. Processus de contrôle des données	44
VII.2. Feedback, correction des données et limitations	44
VI.3. Evaluation de la qualité des données et contrôle complémentaire	45
VII.5. Interopérabilité et systèmes parallèles	46
VIII.1. Stockage et sécurisation	47
VIII.2. Entrepôt national de données sur le paludisme (NMDR)	48
VIII.3. Dissémination et partage des résultats	49
VIII.4. Utilisation et valorisation des données	49
VIII.5. Limites et recommandations	50
IX. ÉVALUATION, TRIANGULATION ET UTILISATION DES RESULTATS	52
IX.1. Triangulation et analyse intégrée des données	52
IX.2. Évaluation et utilisation des résultats	54
X. REVUE DU PLAN DE SUIVI-EVALUATION ET EVALUATION DU PSN	55
X.1. Revue du Plan de Suivi et Évaluation	56
X.2. Évaluation à mi-parcours du PSN 2026–2030 (T4 de 2028)	57
XI. RECHERCHE OPERATIONNELLE ET APPRENTISSAGE (2026–2030)	58

X.1. Priorités de recherche du PNLP	58
--	----

Schéma de liaison S&E – Agenda de recherche (2026–2030)



.....	60
Tableau 7 - Agenda de Recherche du PNLP et Planification Annuelle (2026-2030)	61
X.2. Points forts de l'agenda de recherche	62
X.3. Risques et défis de mise en œuvre	62
• Implications programmatiques	63
X.4. Conclusion	64
XI. GOUVERNANCE ET MISE EN ŒUVRE DU S&E DU PNLP	65
2. Dimensions clés de la gouvernance du S&E	65
XII. BUDGET DETAILLE DU PSN POUR 2026-2030	66
BUDGET DE L'AXE STRATEGIQUE 7 / S&E 2026-2030	69

ACRONYMES

ASC	Agent de Santé Communautaire
BDS	Bureau de District Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de la Santé
CDS	Centre de Santé
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Prénatale
DSNIS	Direction du Système National d'Information Sanitaire
DHIS2	District Health Information Software 2
DS	District Sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FM	Fonds Mondial (<i>Fonds mondial de lutte contre le VIH, la TB et le Paludisme</i>)
FOSA	Formation Sanitaire
GTS	Global Technical Strategy
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (<i>Enquête par grappes à indicateurs multiples</i>)
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
PAD	Partenaire Au Développement
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PND	Plan National de Développement
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSE	Plan de Suivi et Évaluation
PSN	Plan Stratégique National
PSS	Politique et Stratégie Sectorielle de Santé
PR	Principal Récipiendaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Sous Récipiendaire/Sous Bénéficiaire
TPIg	Traitement Préventif Intermittent du paludisme pendant la grossesse

I. INTRODUCTION DU PLAN DE SUIVI-EVALUATION (PSE) PALUDISME 2026–2030

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Burundi, représentant l'une des principales causes de morbidité et de mortalité, avec une incidence particulièrement élevée et des variations géographiques significatives. Malgré les progrès enregistrés dans la prévention, la prise en charge et la surveillance, la charge de la maladie continue d'exercer une pression importante sur le système de santé national.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) met actuellement en œuvre le Plan Stratégique National (PSN) 2023–2027, qui a fait l'objet d'une revue à mi-parcours en 2025. Cette évaluation a permis d'identifier les performances réalisées, les lacunes persistantes et les priorités stratégiques, notamment en matière de prévention, de prise en charge, de lutte antivectorielle, de surveillance et de renforcement des capacités institutionnelles et communautaires. Un Plan de Suivi-Évaluation avait été élaboré pour la période 2021–2027, servant de cadre initial pour le suivi des interventions du PNLP.

Sur la base de ces constats et dans la continuité du PSN 2021–2027, le PSN 2026–2030 vise à renforcer l'efficacité des interventions et à aligner les efforts sur les standards nationaux et internationaux. Dans ce contexte, l'élaboration du PSE du Paludisme 2026–2030 constitue une priorité stratégique. Il a pour objectif de structurer de manière cohérente l'ensemble des mécanismes de collecte, de vérification, d'analyse, de validation, d'utilisation et de diffusion des données essentielles à la prise de décision.

Le PSE 2026–2030 vise à renforcer la capacité du PNLP à mesurer les progrès réalisés vers la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme, tout en assurant la redevabilité vis-à-vis des autorités sanitaires, des Partenaires au Développement (PAD) et des populations.

L'élaboration du PSE repose sur plusieurs justifications clés :

- Clarification et harmonisation des indicateurs prioritaires et alignement avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM)
- Amélioration de la qualité des données, de leur analyse et de leur utilisation
- Optimisation des circuits de collecte, de validation et de diffusion des données, en renforçant les capacités techniques et les ressources humaines spécialisées à tous les niveaux, pour améliorer la qualité, la cohérence et l'exactitude des informations
- Le S&E du PNLP est intégré au SNIS via DHIS2, mais certaines plateformes et systèmes externes ne sont pas interopérables, limitant la consolidation complète des données dans le DHIS2.

- Renforcement de l'interopérabilité avec les systèmes existants pour garantir un flux de données intégré
- Conformité aux normes et recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- Réponse aux exigences de performance et de redevabilité du FM.

Le PSE 2026–2030 repose sur des principes directeurs clairs : approche systémique et multisectorielle, participation inclusive des parties prenantes, orientation vers les données probantes, durabilité institutionnelle, attention à l'équité et aux innovations programmatiques, et coordination partenariale renforcée. Il constitue ainsi un outil stratégique d'aide à la décision et un levier de crédibilité institutionnelle, garantissant la mise en œuvre efficace et le suivi rigoureux du PSN 2026–2030.

II. CONTEXTE GENERAL DU PAYS ET DU SYSTEME DE SANTE

II. 1. Contexte géographique, climatique et vulnérabilités

Le Burundi est un pays enclavé d'Afrique de l'Est, situé dans la région des Grands Lacs, avec une superficie d'environ 27 834 km². Son relief varié, dominé par des plateaux et des zones de dépression, ainsi que son climat tropical d'altitude, influencent fortement les conditions de vie des populations et la dynamique des maladies.

Le pays est exposé à plusieurs vulnérabilités majeures. Les risques hydrométéorologiques, tels que les inondations, les sécheresses et les glissements de terrain, sont de plus en plus fréquents sous l'effet du changement climatique. À cela s'ajoutent des risques épidémiques élevés, liés à la forte densité de population, à la mobilité interne et à des conditions d'assainissement parfois précaires. Par ailleurs, des fragilités socio-économiques persistantes peuvent affecter la continuité des services de santé et la résilience des communautés.

II. 2. Contexte démographique et socio-économique

La population burundaise est estimée à plus de 12 millions d'habitants, majoritairement jeune et rurale avec une croissance démographique rapide. Cette dynamique démographique exerce une pression importante sur les services sociaux de base, notamment en matière de santé.

Sur le plan économique, le Burundi fait face à des contraintes structurelles importantes, avec une économie largement agricole et un faible revenu par habitant. Le niveau élevé de pauvreté limite l'accès aux soins et contribue à la vulnérabilité sanitaire des populations, en particulier dans le milieu rural.

II.3. Organisation administrative et décentralisation

Le Burundi poursuit un processus de décentralisation visant à renforcer la gouvernance locale et rapprocher les services publics des populations. L'organisation administrative repose sur des entités territoriales décentralisées, avec un rôle croissant des autorités locales dans la mise en œuvre des politiques publiques, y compris dans le secteur de la santé.

Cette dynamique de décentralisation vise à améliorer la réactivité, l'efficacité et l'adaptation des interventions aux réalités locales. Elle constitue également une opportunité pour renforcer la coordination entre les différents niveaux du système de santé et mieux répondre aux besoins des populations.

II.4. Organisation du système de santé

Le système de santé est structuré de manière pyramidale autour de quatre niveaux : central, intermédiaire, périphérique et communautaire, avec le district sanitaire (DS) comme pivot central de l'organisation.

1. Niveau central : Gouvernance et coordination nationale

Le niveau central comprend les entités suivantes :

- Le Cabinet du Ministre et l'Inspection Générale du Ministère de la Santé Publique (MSPLS)
- Trois Directions Générales : Administration générale, Offre et accès aux services et soins, Prévention et sécurité sanitaire
- Cinq administrations personnalisées de l'État, programmes nationaux de santé, établissements publics spécialisés et hôpitaux nationaux

2. Niveau intermédiaire : Coordination provinciale

Ce niveau déconcentré comprend les 5 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS), responsables de la mise en œuvre de la politique sanitaire dans leurs zones et de la supervision des structures locales.

3. Niveau périphérique : Prestation des soins

Composé des 49 districts sanitaires, des hôpitaux et des Centres de Santé (CDS). Ce niveau assure l'organisation opérationnelle des services et coordonne les activités au niveau local.

4. Niveau communautaire : Prestations et lien avec la population

Inclut les relais communautaires tels que associations locales, agents de santé communautaires (ASC), comités de santé (COSAs), accoucheuses et guérisseurs traditionnels. Ces acteurs assurent certaines prestations de santé et servent de pont entre la communauté et le Centre de Santé. Les prestations communautaires sont sous la responsabilité des CDS.

L'organisation du système de santé est encadrée par l'ordonnance ministérielle n° 630/441/CAB/2025 du 9 octobre 2025, qui précise l'organisation, les missions et le fonctionnement des directions, cellules spécialisées, services et cellules de l'administration centrale du MSPLS, ainsi que par les textes législatifs existants (Décret-Loi n°1/16 du 17 mai 1982 et Loi n°1/012 du 30 mai 2018).

La figure 1 illustre la structure pyramidale du système de santé burundais, du niveau central au niveau communautaire.



Figure 1 : Pyramide Sanitaire du Burundi

II.5. Cadre organisationnel de la lutte contre la paludisme et rôle des acteurs

II. 5. 1. Pilotage et coordination

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) assure le pilotage technique et la coordination globale des interventions de lutte contre le paludisme au Burundi. La stratégie repose sur une coordination multi-niveaux pour garantir la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités.

- **Coordination nationale :** le PNLP dirige techniquement le programme et collabore étroitement avec les directions ministérielles et les PAD afin d'aligner les interventions sur les politiques nationales de santé.
- **Coordination locale :** le PNLP travaille avec les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et les districts sanitaires pour organiser les campagnes de prévention, superviser les activités et suivre les indicateurs clés. L'implication des autorités locales et des acteurs communautaires renforce l'appropriation et l'efficacité des interventions sur le terrain, notamment dans la prévention et la lutte antivectorielle.

Le PNLP collabore également avec :

- **Les Directions Ministérielles** : planification et suivi-évaluation, approvisionnement, surveillance épidémiologique et finances.
- **Les partenaires au développement** : Fonds mondial, OMS, UNICEF, USG, ONG et autres, pour renforcer l'appui technique et assurer la complémentarité des actions.
- **Les niveaux décentralisés** : les BPS et districts sanitaires participent à la planification opérationnelle, la supervision et le suivi des indicateurs clés.

Cette coordination structurée garantit la cohérence des interventions, favorise l'adhésion des autorités locales et assure l'appropriation des actions par les communautés. Des mécanismes de concertation et de partenariat sont en place pour harmoniser les activités et maximiser l'impact des interventions.

II.5.2. Interventions mises en œuvre

Les activités sur le terrain sont orientées vers la prévention, la surveillance et la prise en charge du paludisme, en lien avec les structures locales et communautaires :

- **Lutte antivectorielle** : campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées (MII), pulvérisations ciblées et interventions de gestion environnementale.
- **Surveillance épidémiologique et entomologique** : collecte régulière des données sur neuf sites sentinelles, analyses entomologiques et confirmation biologique des cas.
- **Renforcement de la participation communautaire** : mobilisation des ASC, comités locaux et associations pour la promotion des comportements préventifs et le relais d'informations.
- **Support opérationnel aux districts et BPS** : supervisions, gestion des données, appui à la logistique et à la planification locale.

Cette approche intégrée combine planification centralisée, coordination décentralisée et engagement communautaire, afin d'assurer la mise en œuvre efficace des interventions et l'atteinte des objectifs du PNLP.

II.5.3. Profil épidémiologique du paludisme au Burundi

Le Burundi présente une transmission hétérogène du paludisme, avec des zones de risque différenciées selon les données de stratification nationale de 2023 : très haut risque (17 districts, 40 % du territoire, Nord-Est et Centre), haut risque (14 districts, 30 % du territoire, ceinture du Nord-Ouest au Sud-Est), risque moyen (12 districts, 25 % du territoire, nord, centre-ouest et sud-ouest) et très bas risque (6 districts, Sud et Centre-Ouest).

La morbidité et la mortalité ont connu une tendance globale à la baisse entre 2021 et 2023, suivie d'une légère hausse en 2024. Les enfants de moins de 5 ans restent les plus touchés, représentant

33 à 37 % des cas et 33 à 42 % des décès liés au paludisme. La létalité hospitalière n'a cependant pas toujours reflété l'évolution de la mortalité globale.

Les agents pathogènes principaux sont trois espèces de Plasmodium : *P. falciparum* (81,6 %), *P. malariae* (12,5 %) et *P. ovale* (5,8 %), avec 12 % de cas d'infections mixtes. Sur le plan vectoriel, *Anopheles gambiae* s.l. demeure le vecteur dominant, tandis qu'*An. funestus* s.l. perd progressivement sa place dans certains sites au profit de vecteurs secondaires tels qu'*An. maculipalpis* ou *An. ziemanni*. Les sites équipés de moustiquaires PBO conservent la composition classique des vecteurs.

La transmission reste saisonnière et localisée : l'EIR (Indice d'Inoculation Entomologique) annuel moyen 2022-2023 est estimé à 5,78 piqûres infectantes par personne par semestre, avec des pics en avril (2,27 pi/p/m) et en juin (2,44 pi/p/m). *An. gambiae* s.l. maintient un rôle prépondérant (EIR moyen 0,86 pi/p/m) par rapport à *An. funestus* s.l. (0,10 pi/p/m).

Enfin, la résistance aux insecticides reste faible, permettant le maintien des stratégies de lutte antivectorielle. *An. gambiae* s.l. est sensible à la majorité des produits, avec une résistance possible au bendiocarbe (Mabayi), à la perméthrine (Kiremba, Mpanda) et à l'alpha-cyperméthrine (Vumbi). La sensibilité totale est observée pour la clothianidine, le chlorfénapyr et le deltaméthrine selon les sites, et le taux de mortalité à 24 heures reste inférieur à 5 % dans les témoins.

II.5.4. Performance épidémiologique du PSN 2021–2027

Selon la revue à mi-parcours réalisée en 2025, la mise en œuvre du PSN paludisme 2021–2027 a permis de réaliser plusieurs actions importantes dans la prévention, la prise en charge et la lutte antivectorielle. Cette section résume la performance globale du programme, en mettant en évidence les axes les plus réussis et l'évolution des indicateurs clés.

- **Mise en œuvre des activités** : sur 5 975 activités planifiées, 1 631 ont été réalisées (performance brute 27 %, ajustée 41 %). La plupart des axes stratégiques restent en dessous de 75 % de mise en œuvre.
- **Points forts** : lutte antivectorielle (axe stratégique 3) avec un taux ajusté de 67 %, grâce aux campagnes de distribution de moustiquaires en 2022 et 2025.
- **Plans d'action annuels** : réalisation moyenne nette de 72,8 % (64–77 % selon les années) et performance brute moyenne de 74,3 %. Exemple de 2025 : 125 activités réalisées ou en cours sur 158 prévues (79 %).
- **Évolution des indicateurs clés** : l'incidence globale a légèrement diminué entre 2021-2023. Puis une légère hausse en 2024. Les enfants <5 ans restent les plus touchés. La couverture en moustiquaires imprégnées post-campagne varie de 89,5 à 94,9 %, et le diagnostic de cas suspects est systématique (99 %).

- **Recommandations de la revue 2020** : 66 % mises en œuvre, avec de fortes performances en prise en charge, approvisionnements, S&E et lutte antivectorielle, mais faibles pour la communication, la gestion du programme et les interventions auprès des populations clés.
- **Renforcement institutionnel** : amélioration des ressources humaines, acquisition de logiciels de gestion (TOMPRO Web), mais performance ajustée limitée à 35–40 % pour le renforcement des capacités et la gestion des stocks.

II.5.5. Grands défis persistants

Malgré les avancées identifiées dans la revue de 2025, le programme continue de faire face à des contraintes significatives qui limitent l'efficacité et la continuité des interventions. Ce paragraphe détaille les principaux défis persistants identifiés, allant du financement et de la gouvernance à la qualité des données et aux ressources humaines.

- **Financement et gouvernance** : forte dépendance aux financements externes, coordination multisectorielle faible, et continuité des interventions limitée.
- **Approvisionnement et logistique** : ruptures fréquentes d'intrants, limites logistiques dans les FOSA et au niveau communautaire.
- **Surveillance et données** : qualité des données et analyse insuffisante, manque d'interopérabilité des systèmes, irrégularité des enquêtes épidémiologiques et faibles capacités en surveillance entomologique et recherche opérationnelle.
- **Ressources humaines** : effectifs insuffisants et qualifications limitées, avec besoin continu en formation et motivation.
- **Prévention et prise en charge** : Couverture insuffisante du TPIg3, faible utilisation des moustiquaires par certaines populations, faible assurance qualité des laboratoires et pharmacovigilance limitée.
- **Communication et mobilisation sociale** : Manque d'harmonisation des activités IEC/CCC et outils et ressources humaines insuffisants.
- **Populations clés vulnérables** : Interventions limitées pour enfants de la rue, pêcheurs, mareyeuses, etc., avec méconnaissance persistante des pratiques de prévention.



III. RAPPEL DU CADRE STRATEGIQUE 2026–2030

Le Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2026–2030 constitue le cadre de référence du PNLP pour orienter toutes les actions de prévention, de prise en charge et de surveillance. Il s'inscrit dans la continuité du PSN précédent et vise à atteindre une ambition claire : éliminer les décès liés au paludisme au Burundi d'ici 2030, tout en renforçant la performance et la durabilité des interventions.

III. 1. Objectifs globaux

- Réduire la morbidité liée au paludisme à 358 pour 1000 habitants d'ici 2030 ;
- Réduire la mortalité palustre à 3 pour 100000 habitants la mortalité liée au Paludisme d'ici 2030.

III.2. Objectifs stratégiques

Pour atteindre ces objectifs globaux, le programme définit les objectifs stratégiques suivants :

- Assurer la couverture universelle à travers la mise à échelle rapide d'interventions efficaces de prévention et de prise en charge en vue de la pré-élimination d'ici 2030,
- Intensifier la surveillance épidémiologique et entomologique pour générer des données probantes pour la réorientation du programme.

III.3. Résultats attendus

- **Renforcement des capacités institutionnelles et techniques** : le PNLP dispose de capacités managériales, techniques et institutionnelles renforcées à tous les niveaux.
- **Disponibilité des intrants** : au moins 90 % des formations sanitaires et ASC disposent en permanence des stocks nécessaires d'intrants antipaludiques.
- **Couverture universelle en MII** : les ménages bénéficient d'une couverture universelle en moustiquaires imprégnées d'insecticides, avec au moins 80 % d'utilisation effective dans la population générale.
- **Couverture par pulvérisation intra-domiciliaire (PID)** : au moins 95 % des structures dans les zones ciblées bénéficient de la PID selon les plans établis.
- **Couverture TPIg** : au moins 80 % des femmes enceintes fréquentant les CPN reçoivent la protection TPIg conformément aux directives nationales.
- **Couverture CPP** : au moins 90 % des enfants éligibles dans les zones ciblées bénéficient de la chimioprévention pérenne du paludisme.
- **Prise en charge dans les FOSA** : 100 % des cas suspects de paludisme pris en charge dans les FOSA conformément à la politique nationale.
- **Prise en charge communautaire** : 100 % des cas suspects de paludisme pris en charge par les ASC selon les directives nationales.

III.4. Axes stratégiques

Le PSN 2026–2030 est structuré autour de sept axes stratégiques :

1. Renforcement des capacités institutionnelles du Programme,
2. Amélioration de la gestion des approvisionnements et des Stocks,
3. Consolidation du cadre de prévention,
4. Renforcement du cadre de prise en charge,
5. Renforcement du cadre de communication,
6. Amélioration de la surveillance et de la riposte,
7. Amélioration du cadre de suivi, évaluation et recherche sur le paludisme.

III.5. Priorités opérationnelles

Pour orienter la mise en œuvre et atteindre les objectifs du PSN 2026–2030, le programme se concentre sur des priorités essentielles : la prévention vectorielle, la chimioprévention, la prise en charge des cas et la surveillance. Ces interventions sont planifiées de manière à :

- Optimiser l'utilisation des ressources.
- Assurer la qualité et la cohérence des données.
- Soutenir la prise de décision.

La sélection et la hiérarchisation des actions tiennent compte de la stratification du risque, de la couverture des populations vulnérables et de l'efficacité globale du programme.

IV. PLAN DE SUIVI ET ÉVALUATION (PSE) DU PNLP 2026–2030

IV. 1. Introduction

Le présent Plan de Suivi et Evaluation accompagne la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2026–2030. Il définit de manière claire et structurée comment le PNLP suivra les progrès réalisés, évaluera l'atteinte des objectifs et utilisera les données pour orienter la prise de décision, tout en renforçant la redevabilité auprès des autorités sanitaires et des partenaires.

Le plan a été élaboré de manière participative, en concertation avec les parties prenantes nationales et les partenaires, à travers des ateliers, des revues documentaires et des consultations multisectorielles. Cette approche garantit que le PSE est cohérent avec les priorités stratégiques, la situation épidémiologique et les exigences du SNIS.

Le PSE s'appuie sur les principaux cadres et référentiels nationaux et internationaux afin d'assurer sa légitimité et son alignement stratégique :

- **Vision et plans nationaux stratégiques** : Vision Burundi 2040–2060, Plan National de Développement (PND), Politique et Stratégie Sectorielle de Santé (PSS), Plan Stratégique National PNLP 2026–2030, et réforme de décentralisation (2023–2025) renforçant le rôle des niveaux provinciaux et districts dans la gestion des données.
- **Cadres institutionnels et techniques** : SNIS (manuel de procédures et guide d'analyse et de revue des données), ordonnances et décrets relatifs aux services de planification et suivi-évaluation, ainsi que les autres référentiels S&E (guide de la qualité des données, manuel national de supervision, suivi des recommandations,...).
- **Sources de données nationales** : enquêtes nationales telles que l'EDS et le MICS, bien que non régulières.
- **Référentiels internationaux** : directives OMS pour la lutte contre le paludisme, RBM/MERG, Fonds Mondial, Objectifs de Développement Durable (ODD), Stratégie technique mondiale OMS de lutte contre le paludisme (GTS OMS).

Cette intégration garantit que le PSE s'inscrit dans la continuité des politiques nationales, répond aux exigences des PAD, et assure la cohérence des indicateurs, des méthodes et des priorités avec les standards internationaux (*Annexe 1: Principaux cadres de référence nationaux et internationaux*).

IV. 2. Justification du PSE 2026–2030

Le PSE 2026–2030 actualise et renforce le plan précédent en réponse à :

- L'évolution du contexte épidémiologique du paludisme au Burundi.
- L'introduction de nouvelles interventions (vaccination, chimioprévention continue, prise en charge communautaire).
- La nécessité d'aligner le suivi et l'évaluation sur le PSN 2026–2030.

Il vise à garantir:

- La disponibilité de données fiables et harmonisées.
- L'amélioration de la redevabilité du PNLP envers les autorités et partenaires.
- Le soutien à la prise de décision stratégique et opérationnelle à tous les niveaux.

Le PSE 2026–2030 s'appuie sur le cadre logique global du PSN, définissant la chaîne de résultats, des activités aux outputs, outcomes et impacts. Ce cadre constitue le fil conducteur du suivi et de l'évaluation.

Le Plan de Suivi et Évaluation 2026–2030 s'appuie sur le cadre logique global du PSN, élaboré pour l'ensemble des axes stratégiques. Ce cadre définit la chaîne de résultats, des activités aux outputs, outcomes et impacts, et constitue le fil conducteur pour le suivi et l'évaluation (*Annexe 2 : Cadre Logique du PCN 2026-2030*).

Les indicateurs de performance sont classés selon les niveaux suivants :

- **Indicateurs d'impact** : incidence et mortalité liées au paludisme, prévalence parasitaire, etc.
- **Indicateurs d'effet / outcome** : utilisation et couverture des interventions préventives et curatives (MII, TPIg, CPP, PID, etc.).
- **Indicateurs de couverture / output** : disponibilité des intrants, prise en charge conforme aux protocoles, tests diagnostiques réalisés, traitements administrés.
- **Indicateurs de processus / suivi de la mise en œuvre** : exécution des activités programmées, mobilisation et utilisation des ressources financières et logistiques, supervision et formation des équipes.

Cette structuration permet de garantir que le S&E couvrent à la fois les résultats finaux et la progression opérationnelle, tout en établissant un lien direct avec les priorités stratégiques du PSN.

Sur cette base, les objectifs et résultats attendus du PSE 2026–2030 ont été définis afin de guider la collecte, la vérification, l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux du programme, garantissant ainsi que le suivi-évaluation soutienne pleinement la prise de décision et la redevabilité du PNLP.

IV.3. Objectifs et résultats attendus du PSE 2026-2030

IV.3.1. Objectif général

Structurer le suivi et l'évaluation du Plan Stratégique National 2026–2030 afin de mesurer les progrès, guider la prise de décision, renforcer la redevabilité du PNLP envers les autorités et les partenaires, et améliorer l'efficacité des interventions de lutte contre le paludisme.

IV.3.2. Objectifs spécifiques

1. Renforcer les capacités managériales et techniques du PNLP, des structures sanitaires et des partenaires à tous les niveaux, afin d'assurer une gestion efficace des données et leur utilisation optimale.
2. Garantir la disponibilité, la qualité, l'harmonisation et la fiabilité des données et des indicateurs clés, en mettant en place un cadre cohérent de collecte, de vérification, d'analyse, de validation et de diffusion des informations pour le suivi des performances du programme.
3. Assurer l'intégration et l'interopérabilité du système de S&E du paludisme avec le SNIS, notamment à travers le DHIS2 et les autres systèmes existants, afin de faciliter la circulation de l'information et soutenir la prise de décision à tous les niveaux.
4. Promouvoir l'utilisation des données pour la prise de décision, la redevabilité et l'apprentissage continu, par les analyses régulières, les revues de performance, les enquêtes et la recherche opérationnelle.

IV.3.3. Résultats attendus

Pour atteindre ces objectifs, le PSE vise les résultats attendus suivants :

- 1. Capacités renforcées en suivi-évaluation et gestion des données**
Les capacités opérationnelles et techniques du PNLP, des structures sanitaires et des acteurs communautaires sont renforcées pour assurer une collecte, une vérification, une analyse et une utilisation efficaces des données à tous les niveaux.
- 2. Données harmonisées, fiables et disponibles pour la décision**
Les données et indicateurs clés du programme, notamment sur la situation épidémiologique et la performance des interventions, sont harmonisés, régulièrement collectés, vérifiés, validés et diffusés, garantissant leur qualité et leur utilisation pour la planification et le suivi des performances.
- 3. Système d'information intégré et interopérable**
Le suivi-évaluation du paludisme est pleinement intégré au SNIS, avec une interopérabilité effective entre le DHIS2 et les autres systèmes existants, facilitant la circulation de l'information et la cohérence des données.

4. Suivi-évaluation efficaces et amélioration continue

Les interventions stratégiques sont suivies régulièrement via des indicateurs pertinents, et les analyses, revues périodiques et évaluations permettent d'identifier les écarts, d'ajuster les actions et d'améliorer la couverture, la qualité des services et l'efficacité globale du programme.

5. Utilisation des données pour la prise de décision et la redevabilité

Les analyses des données, les revues de performance et les évaluations orientent les décisions stratégiques et opérationnelles, améliorent la qualité des interventions et renforcent la redevabilité du PNLP auprès des autorités, des partenaires et des populations.

6. Recherche opérationnelle et apprentissage

Les études épidémiologiques, opérationnelles et comportementales, ainsi que les analyses coût-efficacité sont conduites régulièrement pour générer des preuves solides, ajuster les stratégies et renforcer l'apprentissage au sein du PNLP.

Ces résultats attendus constituent la base du cadre de performance du PSE. Celui-ci traduit chacun des résultats en indicateurs mesurables, permettant de suivre les progrès, de documenter les écarts et de guider les décisions. Il définit également les sources de données, la fréquence de collecte, les responsabilités et les méthodes d'analyse, garantissant ainsi l'alignement avec le DHIS2 et l'interopérabilité avec les autres systèmes existants.

Le lien entre les résultats attendus et le cadre de performance assure que les informations collectées servent directement à la prise de décision, à l'optimisation des interventions et à la redevabilité du programme, tout en évitant de répéter le détail des activités ou des interventions déjà décrites dans le cadre stratégique.

IV.4. Approche et processus d'élaboration du PSE 2026–2030

L'élaboration du PSE s'est appuyée sur une démarche **participative, progressive et analytique**, impliquant toutes les parties prenantes du PNLP et du SNIS. Les étapes principales ont été :

1. **Analyse et préparation** : examen et analyse des documents existants, identification des lacunes du PSE du PNLP et du système de S&E, et définition des outils méthodologiques.
2. **Diagnostic du système de S&E et du SNIS** : atelier et consultations pour recenser les constats clés, lacunes et priorités, incluant la gouvernance, coordination et pilotage du S&E ; qualité des données ; analyse et utilisation de l'information ; surveillance et recherche.
3. **Co-construction du plan** : élaboration participative du cadre de performance, cadre logique, objectifs, activités, résultats et indicateurs, budget et responsabilités institutionnelles, alignement avec le SNIS.
4. **Finalisation** : soumission au PNLP pour retours et ajustements avant adoption finale.



Cette approche assure que le PSE s'aligne pleinement sur les priorités stratégiques, répond aux exigences du SNIS et aux besoins spécifiques de suivi et d'évaluation du PNLP, tout en renforçant l'appropriation institutionnelle et la coordination effective avec l'ensemble des partenaires.

IV.5. Cadre de performance du plan de suivi et évaluation 2026-2030

Le cadre de performance du PSE constitue l'outil central pour suivre la mise en œuvre du PNLP. Il opérationnalise les résultats attendus du PSE en les traduisant en indicateurs mesurables, permettant d'apprécier les progrès réalisés, d'identifier et documenter les écarts et d'orienter la prise de décision à tous les niveaux du programme.

Ce cadre s'inscrit dans une approche intégrée et aligné sur le SNIS, notamment à travers le DHIS2, afin d'assurer la disponibilité, la cohérence et l'exploitation des données relatives à la morbidité, à la mortalité et à la couverture des interventions. Il couvre l'ensemble des niveaux du système de santé, de la communauté au niveau central, et prend en compte les principales fonctions du S&E, incluant le suivi de routine, la supervision, les évaluations et la recherche opérationnelle.

Les indicateurs retenus sont structurés selon les différents niveaux de résultats, assurant une lecture complète de la performance du programme :

- **Impact** : incidence du paludisme, mortalité liée au paludisme, prévalence parasitaire.
- **Effet / Outcome** : utilisation et couverture des interventions préventives (MII, PID, TPIg, CPP).
- **Couverture / Output** : disponibilité des intrants, prise en charge conformément aux directives nationales, volume des tests diagnostiques réalisés et traitements effectués.
- **Progression financière et opérationnelle** : niveau d'exécution des activités, mobilisation et utilisation des ressources.

L'utilisation structurée de ces indicateurs permet de renforcer le pilotage du programme en :

1. Facilitant l'identification des écarts entre les résultats observés et les cibles fixées,
2. Soutenant l'ajustement des interventions en fonction des données et des besoins des populations,
3. Renforçant la redevabilité vis-à-vis des autorités sanitaires, des partenaires au développement et des populations,
4. Améliorant l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources.

Ainsi, le cadre de performance constitue un lien opérationnel entre le Plan Stratégique National 2026–2030 et sa mise en œuvre, en veillant à ce que les données produites soient effectivement utilisées pour orienter les décisions et soutenir l'amélioration continue des interventions (*Annexe 3 : Cadre de Indicateurs du PNLP 2026-2030*).

Tableau 2 : Cadre de Performance du PNLP 2026-2030

Code	Indicateur	Base 2024	2026	2027	2028	2029	2030	Source	Méthode	Fréquence
IMPACT										
IMP1	Incidence du cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire (pour 1000 habitants)	458,3	401	390	379	368	358	Annuaire Statistique	Routine	Annuelle
IMP2	Incidence du paludisme chez les enfants < 5 ans (pour 1000 habitants)	1136,6	757	726	696	665	634	Annuaire Statistique	Routine	Annuelle
IMP3	Incidence du paludisme chez les ≥5 ans et plus (pour 1000)	334	323	320	318	315	312	Annuaire Statistique	Routine	Annuelle
IMP4	Incidence du paludisme chez les femmes	177,2	131,0	116,6	106,1	98,7	93,8	Annuaire Statistique	Routine	Annuelle

	précédant l'enquête										
EFF4	Proportion des femmes enceintes dormant sous une MII la nuit précédant l'enquête		90			90			Rap. post-compagne	Enquête, observati on sur terrain	3-5 ans
EFF5	Taux de positivité des tests de diagnostic (TDR/Microscopie) (%)	52,40	52,36	52,36	52,36	52,36	52,36	DHIS2	Routine	Annuelle	
EFF6	Nombre total de cas de paludisme confirmés tous les âges	5 859 861	5 210 939	5 204 173	5 197 472	5 190 706	5 183 940	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle	
EFF7	Proportion des consultations dues au paludisme (%)	25,2	21,8	20,4	19,0	17,6	16,2	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle	
EFF8	Nombre de cas hospitalisés pour paludisme (pour 10 000 habitants)	194	145	126	107	88	70	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle	

OUTPUT/COUVERTURE										
OUTP 1	Proportion de ménages qui possèdent des MII selon les normes (1 moustiquaire pour deux personnes) lors des campagnes de distribution de masse					95		Rap. post-campagne	Enquête post campagne	Annuelle
OUTP 2	Taux de couverture en MII lors de la vaccination des enfants (%)	76,8	80	80	80	80	80	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 3	Taux de couverture en MII chez les femmes enceintes lors de la CPN1 (%)	74,5	80	80	80	80	80	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 4	Nombre de MII distribuées lors de la distribution continue dans	114 028	347 146	173 573	451 922	1351375	2788255	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle

	les districts sanitaires cibles											
OUTP 5	Nombre de moustiquaires distribuées lors de la campagne de distribution de masse en raison d'une MII pour deux personnes	7 391 547 (2025)				7 170 106				Plan d'action CDM 2025	Microplanification	Une fois
OUTP 6	Couverture en ménages de la pulvérisation intra-domiciliaire (IRS/PID) (%)	95	95	95	95	95	95	95	Rapport de Compagne IRS	Enregistrement continu	Annuelle	
OUTP 7	Couverture en population de la pulvérisation intra-domiciliaire (IRS/PID) (%)	95	95	95	95	95	95	95	Rapport de Compagne IRS	Enregistrement continu	Annuelle	
OUTP 8	Proportion de cas suspects testés dans les formations sanitaires (FOSA) TDR//Microscopie (%)	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle	

8

OUTP 9	Proportion de cas suspects testés au niveau communautaire (%)	100	100	100	100	100	100	100	Rapportage ASC / iccm / PECADOM)	Routine	Annuelle
OUTP 10	Proportion de cas confirmés de paludisme simple traités selon le protocole national en FOSEA (%)	97	98	100	100	100	100	100	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 11	Proportion de cas confirmés traités selon le protocole au niveau communautaire (%)	101,3	100	100	100	100	100	100	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 12	Proportion des femmes enceintes ayant reçu ≥3 doses TPIg	52 (Années 2024)	59,2	62,8		66,4	70,0	73,6	Annuaire Statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 13	Proportion de nourissons ayant reçu la chimioprévention complète du paludisme selon le schéma	ND	3	6	9	12	15	DHIS2	Routine	Annuelle	

	national (5 doses) (%)											
OUTP 14	Taux de mobilisation des budgets de lutte contre le paludisme (%)									Rapport Financier	Routine	Annuelle
		72,89	73	73,5	74	74,5	75					
OUTP 15	Taux d'exécution des budgets de lutte contre le paludisme (%)									Rapport Financier	Routine	Annuelle
		84,9	91	92	93	94	95					
OUTP 16	Pourcentage d'enquêtes entomologiques effectuées par rapport aux enquêtes planifiées	100	100	100	100	100	100			Rapport d'activités	Enquête	Annuelle
OUTP 17	Proportion de rapports sur le paludisme reçus des formations sanitaires par rapport aux rapports attendus au cours de la période de rapportage	100	100	100	100	100	100			DHIS2	Routine	Annuelle

8

OUTP 18	Pourcentage des ASC ayant soumis leur rapport mensuel sur le paludisme dans les délais au centre de santé	100	100	100	100	100	100	100	100	DHIS2	Routine	Annuelle
OUTP 19	Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants antipaludiques au cours de la période	95,5	99,5	100	100	100	100	100	100	DHIS2	Routine	Annuelle
OUTP 20	Proportion de FOSEA n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants de prévention (SP, MII)		100	100	100	100	100	100	100	DHIS2	Routine	Annuelle
OUTP 21	Proportion de fosa n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants de		100	100	100	100	100	100	100	DHIS2	Routine	Annuelle

	prise en charge (AL, TDR, art inj)										
OUTP 22	Pourcentage des activités réalisées par rapport aux activités mentionnées dans le Plan annuel d'activité du Programme	83,3	85	85	85	85	85	85	Rapport	Routine	Annuelle
OUTP 23	Cas de paludisme grave	126573	112556	112410	112265	112119	111973	Ann. statistiques	Routine	Annuelle	
OUTP 24	Cas de paludisme grave référés par la communauté	9 266	9 169	9 121	9 072	9 024	8 975	Ann. statistiques	Routine	Annuelle	
OUTP 25	Proportion de cas de paludisme chez les moins de cinq ans (total des moins de 5 ans * 100/total cas confirmés)	42,5	42,0	40,5	39,1	37,6	36,2	Ann. statistiques	Routine	Annuelle	
OUTP 26	Total cas de paludisme chez	2 490 571	1 762 977	1 691 381	1 619 590	1 547 995	1 476 400	Ann. stat.	Routine	Annuelle	

	les moins de 5 ans												
OUTP 27	Tot. cas paludisme confirmés chez les plus de 5 ans	3 369 29	3 447 963	3 512 792	3 577 882	3 642 711	3 707 540	Ann. Stat	Routine	Annuelle			
OUTP 28	Tot. cas paludisme confirmés chez les femmes enceintes	118 627	107 301	97 985	88 668	79 352	70 035	An. Stat	Routine	Annuelle			
OUTP 29	Proportion des consultations dues au paludisme (%)	25,2	21,8	20,4	19,0	17,6	16,2	An. Stat	Routine	Annuelle			
OUTP 30	Pourcentage de flambées /épidémies de paludisme détectées précocement (au cours des deux semaines)	DN	100	100	100	100	100	Rapport d'activités	Routine	Annuelle			
OUTP 31	Proportion de flambées /épidémies de paludisme maîtrisées dans les deux semaines	DN	100	100	100	100	100	Rapport d'activités	Routine	Annuelle			

IV.6. Note méthodologique sur la classification des indicateurs

Le présent cadre de performance du PNLN est structuré selon une approche simplifiée en trois niveaux, à savoir : **Impact**, **Effet** et **Couverture**. Cette structuration vise à faciliter la lecture, l'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision, tout en assurant l'alignement avec le Système National d'Information Sanitaire (SNIS/DHIS2).

- Le niveau **Impact** regroupe les indicateurs relatifs aux résultats sanitaires finaux, notamment la morbidité, la mortalité et la prévalence du paludisme. Ces indicateurs traduisent l'évolution globale de la charge de la maladie dans la population et reflètent l'objectif ultime du programme, à savoir la réduction du fardeau du paludisme.
- Le niveau **Effet** concerne les changements intermédiaires liés à l'adoption et à l'utilisation des interventions de prévention par les populations cibles. Il inclut notamment l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et leur utilisation par les groupes prioritaires. Ce niveau permet d'apprécier les changements de comportements résultant de la mise en œuvre des interventions.
- Le niveau **Couverture** regroupe les indicateurs relatifs à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme. Il s'agit notamment de la couverture des interventions préventives, du diagnostic, de la prise en charge des cas, ainsi que des indicateurs de performance programmatique et de gestion.

La classification des indicateurs repose ainsi sur leur position dans la chaîne de résultats et non sur leur forme statistique. Les indicateurs exprimés en proportions peuvent ainsi être classés à différents niveaux selon qu'ils mesurent la couverture des interventions, leur adoption par les populations ou les résultats sanitaires finaux.

Cette approche simplifiée permet d'assurer une meilleure lisibilité du cadre de performance et de renforcer l'utilisation des données pour le pilotage stratégique du programme.

V. ANALYSE DU SYSTEME DE S&E DU PNLP EN LIEN AVEC LE SNIS

V.1. Introduction

Pour assurer un suivi efficace des indicateurs définis dans le cadre de performance du PSE 2026–2030, le PNLP s'appuie sur le DHIS2, qui constitue le système central du SNIS. Dans cette perspective, une analyse du dispositif de S&E du PNLP, en lien avec le SNIS, a été conduite afin d'identifier les principales forces, les lacunes et insuffisances persistantes ainsi que les opportunités d'amélioration.

Cette analyse est structurée autour de six composantes stratégiques :

1. Gouvernance, coordination et pilotage du suivi-évaluation
2. Systèmes d'information et flux des données
3. Qualité, analyse et utilisation des données
4. Surveillance épidémiologique, entomologique et recherche
5. Capacités opérationnelles, ressources humaines et supervision
6. Planification, financement et opérationnalisation

Chaque composante est analysée à travers les principaux constats, les contraintes identifiées et les pistes de recommandations visant à renforcer la performance globale du système de S&E du PNLP, en cohérence avec le SNIS.

V.2. Analyse des composantes principale du Suivi et Evaluation du Paludisme

V.2.1. Gouvernance, Coordination et Pilotage du Suivi-Evaluation

Le système de suivi et évaluation du PNLP repose sur des acquis institutionnels importants, notamment des structures existantes, des cadres normatifs et des outils standardisés en lien avec la DESNIS et le SNIS. Toutefois, malgré ces acquis, sa performance reste limitée par des défis liés à la coordination, à l'opérationnalisation des dispositifs et à l'utilisation effective des données de qualité pour le pilotage et la prise de décision.

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
Service S&E formalisé au PNLP avec équipe multidisciplinaire stable, organisée en deux cellules (Planification et S&E et Surveillance Epidémiologique & Recherche).	Organigramme non formalisé, fiches de poste absentes ou non harmonisées, répartition des tâches peu claire, articulation faible avec SNIS/DSNIS.	Formaliser l'organigramme et les fiches de poste, clarifier rôles et responsabilités, améliorer l'articulation avec SNIS/DSNIS.

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
Disponibilité de documents normatifs, outils DHIS2, manuel d'ES procédures du SNIS, et guides d'analyse des données, guide supervision formative, etc.).	Diffusion et appropriation limitées, certains outils peu utilisés ou non actualisés.	Assurer diffusion systématique, organiser formations et suivi de l'application des guides à tous les niveaux.
Plans stratégiques existants (PSN, PSE) et plan S&E budgétisé.	Élaboration non simultanée PSN et PSE, faible appropriation locale, cohérence limitée dans la planification.	Élaborer PSN et PSE simultanément, renforcer participation des niveaux opérationnels et intégrer S&E dans plans et budgets locaux.
Intégration du plan S&E PNLP dans SNIS/DSNIS pour harmonisation des indicateurs et outils.	Intégration partielle, besoins spécifiques insuffisamment pris en compte, chevauchements avec SNIS, faible appropriation opérationnelle.	Renforcer l'intégration PNLP--SNIS, aligner indicateurs et circuits de données, clarifier rôles à tous les niveaux.
Cadres de coordination (réunions, groupes techniques, revues programmatiques).	Réunions irrégulières, comités peu fonctionnels, faible participation et coordination.	Institutionnaliser réunions périodiques, renforcer groupes techniques, assurer participation multisectorielle.
Mécanismes de rapportage du périphérique au central (via DHIS2 et rapports PNLP).	Communication interne insuffisante, rétro-information limitée vers les niveaux périphériques.	Structurer communication interne et institutionnaliser rétro-information (central → provinces → districts → FOSA).
Leadership technique et coordination globale par le PNLP.	Faible traçabilité des décisions et actions issues des réunions.	Mettre en place suivi des décisions avec responsables, échéances et statut d'exécution.
Cadre S&E avec indicateurs alignés (PNLP, FM, SNIS).	Fragmentation des cadres programmatiques, faible alignement opérationnel des indicateurs.	Harmoniser les cadres d'indicateurs et assurer leur alignement dans les outils de collecte et de rapportage.
Réunions PNLP et les niveaux périphériques pour supervision et suivi.	Coordination verticale faible, irrégulière et non systématique, circulation d'information limitée.	Institutionnaliser réunions semestrielles, suivi post-formation et partage régulier d'informations.
Existence de revues périodiques annuelles	Peu orientées vers décision stratégique et suivi des recommandations.	Renforcer revues orientées décision, avec suivi systématique

f

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
		et intégration dans planification stratégique.
Volonté institutionnelle de renforcer l'usage des données.	Faible culture de redevabilité et d'utilisation systématique des données.	Promouvoir culture de redevabilité et intégrer usage des données dans la gouvernance à tous niveaux.
Coordination avec partenaires (coordination horizontale).	Fragmentation, absence de mécanismes formalisés de partage et d'alignement stratégique, suivi des décisions limité.	Formaliser calendrier annuel de réunions avec partenaires et suivi systématique des décisions.
Mécanismes de coordination verticale (du niveau central au niveau district)	Coordination verticale limitée, absence de suivi formalisé des décisions stratégiques.	Renforcer coordination verticale, formaliser circuits de décision et rétro-information, aligner réunions et revues pour suivi stratégique efficace

V.2.2. Système d'information et flux des données

Le SNIS repose sur des circuits de collecte structurés et d'outils digitaux fonctionnels, notamment DHIS2 et le NMDR en cours de consolidation, permettant la collecte, le traitement et la consolidation des données. Toutefois, malgré ces acquis, sa performance reste limitée par la coexistence de systèmes non interopérables et l'intégration encore partielle de certaines sources de données, affectant l'utilisation optimale de l'information pour la prise de décision.

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
Circuit de collecte structuré du niveau communautaire au central, avec rapportage élevé (99 %) et promptitude satisfaisante (88 %).	Multiplicité de systèmes non interopérables (DHIS2, eLMIS, TSINDA, KoboCollect, OpenClinic) entraînant fragmentation, double saisie et surcharge du personnel.	Définir et mettre en œuvre une architecture nationale intégrée, assurant interopérabilité et harmonisation des flux de données.
Système de surveillance fonctionnel, collecte de données épidémiologiques de routine.	Absence de systèmes d'alerte pleinement opérationnels et de seuils définis pour déclencher les interventions.	Définir et opérationnaliser les seuils d'alerte et intégrer les alertes dans les tableaux de bord décisionnels.
Utilisation de DHIS2 comme plateforme centrale pour données de routine et surveillance.	Données dispersées et peu centralisées, faible intégration des	Intégrer progressivement toutes les sources de données dans DHIS2 et mettre en place des

f

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
	données de campagnes, enquêtes, logistique, stocks et entomologie.	protocoles d'harmonisation et de synchronisation.
Mise en place du NMDR avec appui d'Enabel et Bluesquare pour consolider les données paludisme.	Intégration partielle des sources, configuration partielle des indicateurs, formation limitée, utilisation restreinte pour la décision stratégique.	Finaliser le NMDR, automatiser l'intégration, compléter indicateurs et tableaux de bord, former le personnel et suivre maturité et usage pour la prise de décision.
Processus de vérification et validation des données existants à chaque niveau.	Validation insuffisante ou irrégulière, surtout aux niveaux périphériques.	Renforcer mécanismes de validation et contrôle qualité avec procédures standardisées et supervision régulière.
Systèmes digitaux existants avec stockage serveur/cloud.	Faible accessibilité aux données, problèmes de connectivité, absence d'architecture intégrée.	Améliorer accessibilité et sécurité des données, investir dans connectivité et moderniser infrastructures informatiques.
Intégration des données de surveillance, incluant le secteur privé qui a accès au DHIS2	Rapportage du secteur privé reste faible	Mettre en place protocoles de synchronisation et renforcer l'intégration du secteur privé dans le système de surveillance.
Forte dépendance aux données de routine pour pilotage du S&E	Absence de validation externe régulière, fiabilité limitée pour décision stratégique.	Planifier et financer enquêtes nationales (MIS, EUV) pour triangulation et validation des données.
Rôles existants définies au niveau périphérique pour collecte et traitement des données.	Confusion entre vérification et analyse stratégique, sous-utilisation des informations.	Clarifier rôles et responsabilités, renforcer fonction d'analyse et d'utilisation des données au niveau périphérique.

V.2.3. Qualité des données, analyse et utilisation

Le système de suivi et évaluation du PNLP dispose d'outils et de processus permettant la collecte, la vérification, la validation et la production de données. Toutefois, malgré ces acquis, la qualité, la cohérence et l'utilisation des données restent insuffisantes, l'analyse demeure limitée et la triangulation avec d'autres sources de données est encore faible, ce qui limite leur exploitation optimale pour la prise de décision et l'apprentissage programmatique.

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
Outils de collecte disponibles (registres, DHIS2) et processus de validation présents à chaque niveau.	Problèmes d'exactitude, cohérence et complétude des données, limitant leur fiabilité.	Mettre en place un système robuste d'assurance qualité des données (DQA) et formaliser les revues régulières de qualité.
Données disponibles et utilisées au niveau central pour décisions stratégiques.	Absence de revues mensuelles systématiques de la qualité des données à tous les niveaux.	Instituer des revues mensuelles systématiques et suivre les plans d'action correctifs.
Production régulière de rapports et bulletins pour décideurs.	Analyse centrée sur le contrôle plutôt que stratégique, faible exploitation pour apprentissage.	Renforcer les capacités analytiques à tous les niveaux (district, CDS) et promouvoir l'utilisation des données pour planification et suivi.
Données épidémiologiques et programmatiques intégrées.	Faible triangulation des données et production irrégulière des bulletins.	Renforcer la triangulation des données et assurer la régularité des bulletins.
Accès du PNLP aux données DHIS2 et aux informations programmatiques.	Faible utilisation des données pour la décision, surtout au niveau périphérique.	Promouvoir une culture d'utilisation des données via tableaux de bord dynamiques et feedback structuré.
Analyses descriptives et suivi épidémiologique réalisés au niveau central.	Faible capacité d'analyse aux niveaux périphériques, absence d'analyses avancées (tendances, corrélations, causalité, coût-efficacité).	Développer et diffuser des guides d'analyse avancée, former le personnel et automatiser les produits analytiques.
Feedback existant vers acteurs périphériques.	Feedback insuffisant, irrégulier et non structuré.	Institutionnaliser un feedback régulier, structuré et documenté pour renforcer apprentissage et redevabilité.
Connaissance partielle du contexte local.	Manque d'études analytiques sur les déterminants du paludisme et l'efficacité des interventions.	Réaliser des études analytiques ciblées pour comprendre les déterminants, coûts, impact et orienter les décisions programmatiques.

V.2.4. Surveillance épidémiologique, entomologique et recherche

Le système de surveillance épidémiologique du PNLP est intégré au SNIS et permet la production régulière de rapports ainsi que le suivi de certains indicateurs clés. Toutefois, malgré ces acquis, la surveillance entomologique reste suspendue, l'exploitation analytique des données demeure limitée et le lien entre surveillance, recherche et prise de décision n'est pas encore pleinement opérationnel, ce qui limite l'utilisation optimale des données pour l'amélioration des performances du programme.

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
Système de surveillance intégré au SNIS/SIMR, avec cellule dédiée à la surveillance et à la recherche au sein du service S&E du PNLP.	Surveillance entomologique suspendue faute de financement.	Mobiliser et sécuriser des ressources pour relancer et maintenir la surveillance entomologique.
Données de surveillance intégrées dans DHIS2, avec production régulière de rapports hebdomadaires, mensuel, et trimestriels.	Exploitation analytique limitée, faible utilisation pour apprentissage et décision.	Renforcer l'analyse des données et promouvoir leur utilisation pour l'apprentissage programmatique (ateliers, revues, rapports décisionnels).
Suivi de certains indicateurs clés de programme.	Documentation et diffusion des bonnes pratiques insuffisantes, faible lien recherche-décision.	Documenter et diffuser systématiquement les bonnes pratiques et renforcer l'intégration recherche-surveillance-décision.
Suivi institutionnalisé du paludisme et de certains traitements.	Surveillance incomplète de certaines dimensions (ex. efficacité thérapeutique, ACT), difficulté d'interprétation de certains indicateurs (mortalité).	Mettre en œuvre des études périodiques sur ACT, résistance, qualité des soins, et renforcer les revues de décès et analyses approfondies pour améliorer la décision.

V.2.5. Capacités opérationnelles, ressources humaines et supervision

Le système de suivi et évaluation du PNLP s'appuie sur une équipe centrale multidisciplinaire ainsi que sur l'implication des acteurs opérationnels à différents niveaux. Toutefois, des insuffisances persistent en matière de ressources humaines qualifiées aux niveaux périphériques, de disponibilité et d'adéquation des équipements, ainsi que de régularité de la supervision et de structuration des formations, ce qui limite la performance globale du dispositif et l'utilisation optimale des données pour la prise de décision.

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
Existence d'une équipe S&E du PNLP stable et multidisciplinaire au niveau central, impliquant tous les niveaux du système.	Insuffisance de ressources humaines qualifiées aux niveaux périphériques, absence de postes dédiés de gestionnaires de données.	Cartographier les besoins en RH S&E et renforcer les effectifs périphériques, créer ou consolider des postes de gestionnaires de données.
Présence de profils techniques et d'équipements informatiques au niveau central.	Surcharge du personnel, équipements inadaptés au volume et aux besoins, problèmes de connectivité et d'électricité.	Réorganiser la répartition des tâches, moderniser et adapter les équipements informatiques et infrastructures aux besoins périphériques.
Implication des acteurs terrain (ASC, CDS, districts) et activités de supervision existantes.	Rôles et responsabilités clairs mais supervisions irrégulières, faible suivi des recommandations.	Clarifier les rôles, organiser des supervisions intégrées régulières avec suivi des recommandations.
Formations ponctuelles pour le personnel S&E et acteurs périphériques.	Formations non structurées, et absence de suivi post-formation.	Réaliser un état des lieux des besoins en formation, élaborer un plan structuré, mettre en place un suivi post-formation pour mesurer l'impact.
Disponibilité d'outils et procédures d'analyse au niveau central.	Capacités analytiques limitées au niveau périphérique, faible appropriation et utilisation des données.	Renforcer les compétences analytiques périphériques via formations, ateliers pratiques et guides adaptés.

V.2.6. Planification, financement et opérationnalisation

Le PNLP dispose d'un cadre stratégique structuré, soutenu par des plans de mise en œuvre (PSN, PSE et plans opérationnels) et un financement principalement assuré par le FM. Malgré ces acquis, le système reste confronté à des défis liés à la forte dépendance aux financements externes, à l'appropriation insuffisante des outils de planification à tous les niveaux et à une coordination encore fragmentée entre planification, suivi et mise en œuvre. Le renforcement de la priorisation des interventions, de la mobilisation des ressources domestiques et de la cohérence de la planification opérationnelle constitue un enjeu majeur pour la performance et la durabilité du programme.

Constats clés	Lacunes majeures	Recommandations
Financement principal assuré par le Fonds Mondial pour le fonctionnement du S&E.	Forte dépendance aux financements externes et faibles ressources domestiques, compromettant la durabilité.	Développer une stratégie de financement domestique et mobiliser d'autres ressources pour sécuriser la continuité des activités.
Existence de cadres stratégiques et plans opérationnels (PSN, PSE, plans de suivi) offrant une vision globale de la performance	Faible appropriation des outils de planification par les niveaux décentralisés et intégration limitée du PSE dans les plans locaux.	Renforcer l'appropriation du PSE à tous les niveaux et intégration dans les plans locaux.
Organisation institutionnelle structurée avec des services de planification et S&E au niveau central et des relais aux niveaux provincial, district et FOSA.	Coordination insuffisante entre la planification, le S&E, la mise en œuvre et la recherche opérationnelle, limitant l'exploitation intégrée des données pour la prise de décision.	Renforcer l'articulation entre S&E, planification et recherche opérationnelle afin de garantir une utilisation systématique des données probantes dans la prise de décision programmatique.
Mise en œuvre dépendante de la disponibilité des ressources.	Risque de non-exécution des activités prioritaires en cas de contraintes financières ou humaines	Prioriser les interventions critiques, et renforcer le suivi de l'exécution budgétaire et opérationnelle

Conclusion

Dans l'ensemble, le dispositif de suivi-évaluation du PNLP, intégré au SNIS, repose sur des bases institutionnelles et techniques établies, comprenant des cadres normatifs, des outils standardisés et des mécanismes de collecte et de production des données fonctionnels. Toutefois, l'analyse met en évidence un décalage persistant entre ces acquis et leur mise en œuvre effective à tous les niveaux du système.

Les principales contraintes identifiées concernent la fragmentation des systèmes d'information, une coordination fonctionnelle encore insuffisante, des limites en matière de qualité et d'analyse des données, ainsi que des capacités techniques inégalement réparties, notamment au niveau périphérique. À cela s'ajoutent une dépendance importante aux financements externes et une utilisation encore insuffisante des données pour le pilotage stratégique et la prise de décision.

Dans ce contexte, les priorités stratégiques devraient s'orienter vers le renforcement de la qualité et de l'exploitation des données, le développement des capacités analytiques à tous les niveaux, ainsi que de l'interopérabilité des systèmes. Une attention particulière devra également être accordée à la consolidation des mécanismes de gouvernance et de redevabilité, à la promotion d'une culture d'utilisation des données pour l'action, ainsi qu'au renforcement de l'appropriation

du cadre de S&E et à la mobilisation de financements durables, indispensables à la performance et à la pérennité du système (*Annexes 4 : Analyse Détaillée des composantes principales du Suivi et Evaluation du PNLP et du SNIS*)

VI. CADRE INSTITUTIONNEL DU SNIS ET DU SYSTEME DE S&E DU PNLP

Le Système National d'Information Sanitaire constitue le cadre institutionnel de référence pour la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion des données sanitaires au Burundi. Il est coordonné par la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) et encadré par des dispositions réglementaires définissant les rôles, responsabilités et circuits de l'information à tous les niveaux du système de santé.

Dans ce cadre, le PNLP s'appuie sur un dispositif de suivi-évaluation structuré, intégré au SNIS, afin d'assurer le suivi des indicateurs, d'orienter la planification stratégique et de soutenir la prise de décision basée sur les données.

VI.1. Vue d'ensemble du SNIS et du système S&E du PNLP

Le SNIS constitue le cadre institutionnel officiel pour la collecte, le traitement et la diffusion des données sanitaires au Burundi. Il est coordonné par la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) et encadré par des textes réglementaires définissant les rôles, responsabilités et circuits de l'information à tous les niveaux du système de santé.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé Publique a mis en place un service de Planification et Suivi-Évaluation (P&SE) au sein du programme national de lutte contre le paludisme afin de disposer d'une structure spécialisée pour le suivi des indicateurs, la planification stratégique et l'exploitation des données liées au paludisme.

VI.2. Organisation et ressources humaines du service de planification et Suivi-Evaluation du PNLP

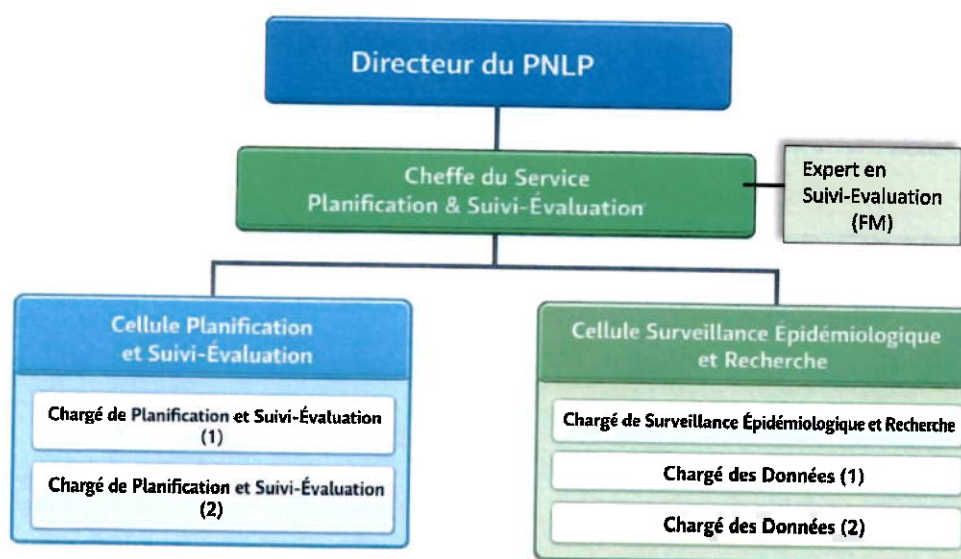
Le service de Planification et de Suivi-Evaluation est structuré en deux cellules complémentaires :

- **Cellule Planification et Suivi-Évaluation (P&SE)** : responsable de la planification stratégique, du suivi des indicateurs et de l'appui aux niveaux décentralisés,
- **Cellule Surveillance Épidémiologique et Recherche** : en charge de la collecte, de la supervision et de l'analyse des données épidémiologiques.

Le service est dirigé par une cheffe de service, médecin de santé publique, et comprend une équipe de six personnes (6) aux profils complémentaires couvrant le suivi-évaluation, l'épidémiologie, la

statistique, le développement communautaire et la gestion des données. La majorité des membres de l'équipe possède une expérience significative, allant d'environ cinq (5) à plus de dix (10) ans dans leurs domaines respectifs, ce qui contribue à la continuité des activités du services. Le dernier membre, récemment intégré, dispose d'environ deux (2) ans d'expérience au sein du service, apportant un appui complémentaire tout en bénéficiant de l'expertise des autres membres.

Organigramme du Service de Planification et Suivi-Evaluation du PNLP



VI.3. Organisation et acteurs du système national d'information

Le dispositif S&E du PNLP, intégré au SNIS, fonctionne à plusieurs niveaux du système de santé, chacun assurant des fonctions spécifiques de collecte, de vérification, de validation, de consolidation, d'analyse et de diffusion des données. Le tableau ci-dessous présente les principaux acteurs et leurs rôles

Tableau 3 : Acteurs du système national d'information et leurs rôles

Niveaux	Acteurs	Rôles clés
Communauté	ASC, GASC	Collecte sur registres papier, compilation, vérification de cohérence de base, transmission au CDS
Centre de Santé (CDS)	Personnel de soins (Chargé de la saisie des données)	Saisie dans DHIS2, vérification, validation par le médecin CDS, consolidation des données communautaires et des données issues du CDS
District (BDS)	Agents BDS, Médecin du BDS	Supervision des CDS, contrôle qualité des données, analyse de base, feedback aux CDS, validation des données
Province (BPS)	Agent SIS, Directeur Provincial	Vérification et contrôle, analyse de synthèse, feedback, validation provinciale
Central (DSNIS)	DSNIS	Agrégation, compilation, analyse globale, feedback aux provinces, stockage cloud et diffusion (annuaire statistique, bulletins épidémiologiques trimestriels et hebdomadaires)
Central (PNLP)	PNLP	Analyse spécifique du paludisme et exploitation des indicateurs prioritaires sélectionnés par le PNLP, production des rapports mensuels/trimestriels/annuels du PNLP, des rapports au PR/FM, et de présentation aux partenaires

Au niveau décentralisé (communautaire, FOSA, district et province), les fonctions de collecte, de saisie et de gestion des données sont majoritairement assurées par du personnel de santé ou administratif ne disposant pas de postes spécifiquement dédiés à la gestion de l'information sanitaire. Cette situation constitue une contrainte importante pour la qualité, la fiabilité et la cohérence des données, et souligne la nécessité de renforcer les ressources humaines et les capacités en gestion des données à ces niveaux.

VI.4. Typologie des données et sources d'information

VI.4.1. Données intégrées dans le SNIS

VI.4.1.1. Données de routine

Ces données sont collectées régulièrement au niveau communautaire par les ASC et des FOSA. Elles incluent les consultations, les cas de paludisme confirmés par tests diagnostiques (tests rapides de diagnostic (TDR/RDT et microscopie), les traitements administrés ainsi que la mortalité liée au paludisme. Ces informations constituent la base opérationnelle pour le suivi

quotidien des interventions de santé, le calcul des indicateurs clés et la planification des activités. Elles permettent également d'identifier les tendances épidémiologiques, de repérer les zones à risque, et de guider les interventions ciblées au niveau communautaire et des centres de santé.

VI.4.1.2. Données de surveillance sentinelle

Ces données sont collectées dans des sites spécifiques sélectionnés pour leur représentativité géographique ou leur sensibilité aux événements épidémiques. Elles permettent un suivi plus précis de l'évolution des maladies et constituent un outil essentiel pour la détection précoce d'épidémies. Les données sentinelles sont également utilisées pour valider les tendances observées dans les données de routine et pour évaluer l'impact de certaines interventions stratégiques.

VI.4.1.3. Données non intégrées dans le SNIS

En complément des flux intégrés dans le SNIS, le PNLP et ses partenaires exploitent également des données hors DHIS2, collectées ponctuellement :

- **Surveillance entomologique** : données collectées en dehors du circuit de routine du SNIS, dans des sites sentinelles spécifiques.
- **Enquêtes nationales ou périodiques** : EDS, MIS, EIP, enquêtes CAP, études sur l'efficacité des traitements, etc. Ces données sont ponctuelles et souvent centralisées par l'INSBU ou des cabinets spécialisés ; par exemple, la dernière EDS a été réalisée en 2017.
- **Études opérationnelles et recherches ciblées** : résultats de projets pilotes ou études spécifiques non intégrés au DHIS2.
- **Données issues de campagnes ou événements spéciaux** : par exemple la pulvérisation intra domiciliaire, la distribution de MIILDA, le dépistage massif.
- **Informations logistiques et stocks** : disponibilité et mouvements des médicaments, intrants de laboratoire et MIILDA, souvent gérés dans des systèmes séparés.

Bien que le PNLP dispose d'un accès aux données consolidées du DHIS2 et produise des analyses régulières, l'intégration avec les autres sources reste très limitée et non systématique. Cela limite la triangulation des données et la consolidation d'une vision globale et complète de la situation épidémiologique et programmatique.

Malgré ces contraintes, ces sources complémentaires jouent un rôle important dans l'orientation des interventions, l'enrichissement des analyses de routine et le partage d'informations avec les partenaires techniques et financiers pour le suivi du programme.

Tableau 4 : Comparaison des types de données intégrées vs non intégrées (optionnel, synthèse)

Type de données	Intégration dans le SNIS (DHIS2)	Fréquence / Disponibilité	Objectif principal / Utilisation	Limites / Observations
Données de routine	Intégrées dans DHIS2	Collecte régulière (quotidienne/hebdomadaire/mensuelle selon les indicateurs)	Suivi des interventions, calcul des indicateurs clés, planification opérationnelle	Dépendance au personnel non dédié, risque d'erreurs de saisie, retards en cas de collecte sur papier
Données de surveillance sentinelle	Intégrées dans DHIS2	Sites spécifiques, collecte quasi en temps réel	Détection précoce des épidémies et validation des tendances de routine	Couverture limitée à certains sites, représentativité non exhaustive
Surveillance entomologique	Non intégrées	Ponctuelle, sur sites spécifiques	Évaluation du risque vectoriel et appui à l'orientation des interventions	Activité non systématique, circuit de collecte séparés, faible intégration analytique
Enquêtes nationales ou périodiques (EDS, MIS, EIP, CAP)	Non intégrées	Ponctuelle (ex. EDS 2017)	Mesure indicateurs populationnels et évaluation des interventions	Données centralisées, exploitation limitée pour la planification opérationnelle
Études opérationnelles / recherches ciblées	Non intégrées	Ponctuelle	Évaluation d'interventions spécifiques ou de projets pilotes	Données non standardisées, triangulation limitée avec les données de routine
Données de campagnes ou événements spéciaux (pulvérisation, distribution MILDAs, dépistages massifs)	Non intégrées	Ponctuelle	Suivi opérationnel et logistique des campagnes	Intégration limitée au SNIS, harmonisation insuffisante

f

Type de données	Intégration dans le SNIS (DHIS2)	Fréquence / Disponibilité	Objectif principal / Utilisation	Limites / Observations
Informations logistiques et stocks (médicaments, intrants de laboratoire, MILDAL)	Non intégrées	Variable selon les du systèmes	Gestion des stocks et allocation de ressources	Systèmes logistiques et de gestion des stocks séparés, sans interopérabilité ni synchronisation avec DHIS2

VI.4.2. Flux et digitalisation des données

VI.4.2.1. Cheminement des données

Le SNIS et le dispositif S&E du PNLP reposent sur la collecte, la consolidation et l'exploitation des données issues de deux principales sources : les données de routine et les données de surveillance sentinelle.

Les données de routine sont collectées au niveau communautaire par les ASC et au sein des CDS. Elles portent sur les consultations, les cas confirmés de paludisme, les traitements administrés, la mortalité et d'autres indicateurs clés. Elles constituent la base du suivi opérationnel et de la planification.

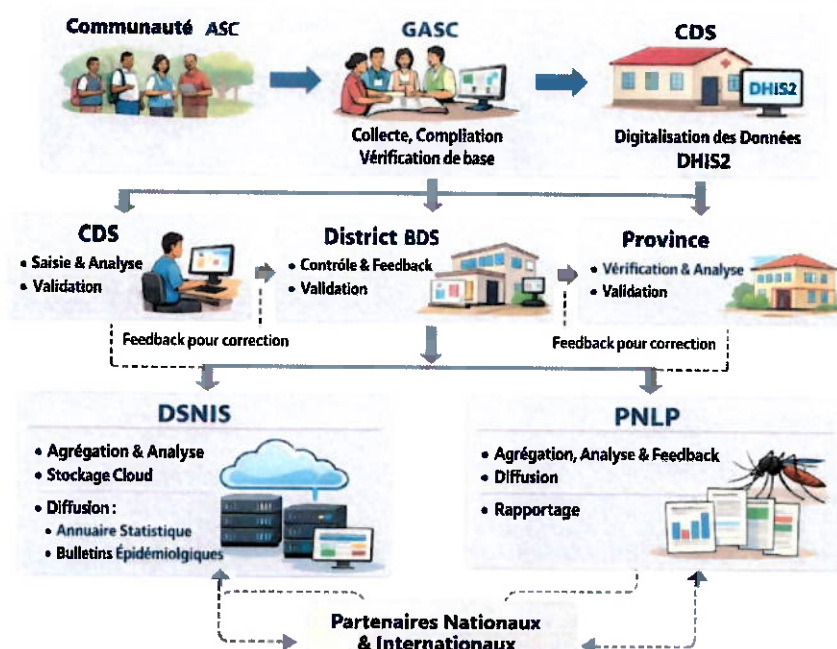
Les données de surveillance sentinelle sont collectées dans des sites spécifiques, choisis pour leur représentativité ou leur sensibilité aux épidémies. Elles permettent un suivi plus précis de la situation épidémiologique, notamment pour la détection précoce des épidémies et la validation des tendances observées.

Le schéma ci-dessus illustre la circulation des données et leur intégration dans le SNIS, depuis le niveau communautaire jusqu'aux structures centrales. Il met en évidence les différents points de collecte, de vérification, consolidation, analyse et de transmission, ainsi que les interactions entre les acteurs aux différents niveaux.

Cette visualisation permet de comprendre non seulement le cheminement des informations, mais aussi les points critiques où la qualité, la rapidité et la fiabilité des données peuvent être affectées. Sur cette base, la digitalisation des données joue un rôle clé pour renforcer l'efficacité du suivi et de l'évaluation, ce qui sera détaillé dans le point suivant.

f

SCHEMA DU FLUX DES DONNEES A TOUS LES NIVEAUX



La circulation de ces données à travers les différents niveaux du système de santé met en évidence l'importance de la digitalisation comme levier d'amélioration de la qualité, de la rapidité et de la disponibilité de l'information pour la prise de décision.

VI.4.2.2. Digitalisation des données

• Au niveau des CDS

La saisie numérique des données commence au CDS, où les informations collectées par les ASC et celles générées par le centre sont vérifiées et consolidées avant d'être transférées vers les niveaux supérieurs. Les agents de santé en charge de cette tâche ne sont pas des spécialistes en gestion des données et doivent gérer **l'ensemble des informations sanitaires** du centre, couvrant toutes les thématiques de santé et pas uniquement le paludisme. Cette situation peut engendrer une surcharge de travail et affecter la qualité, la rapidité et la fiabilité des données saisies. Le DHIS2 est la plateforme centrale utilisée permettant le stockage sécurisé, l'agrégation et la mise à disposition des informations aux niveaux supérieurs.

• Limites et enjeux

La digitalisation des données repose principalement sur le DHIS2 comme plateforme centrale. Toutefois, cette dynamique reste contrainte par l'absence de postes dédiés à la gestion des données et par la forte dépendance à la disponibilité du personnel et des équipements informatiques. Ces facteurs peuvent affecter la complétude, la fiabilité et la rapidité de la saisie des données.

f

VI.4.3. Analyse et utilisation des données aux différents niveau du système de santé

VI.4.3.1. Analyse et utilisation des données au niveau décentralisé

VI.4.3.2. Au niveau du FOSA

L'analyse réalisée au FOSA se concentre principalement sur la vérification de la cohérence des données et leur confrontation aux registres papier. Il ne s'agit pas d'une analyse statistique approfondie, mais plutôt d'une étape essentielle de contrôle qualité visant à identifier d'éventuelles incohérences, omissions ou erreurs avant la transmission des données. La validation finale est assurée par le médecin responsable du centre. Bien que limitée, cette étape constitue la première garantie de fiabilité des données produites.

Cependant, l'utilisation des données à ce niveau reste très restreinte. Les informations sont rarement exploitées pour analyser les tendances locales, détecter précocement des anomalies épidémiologiques ou ajuster les activités de routine. Cette faible appropriation limite ainsi leur contribution à la prise de décision.

VI.4.3.3. Au niveau du BDS

Au niveau des districts, les agents responsables des données procèdent à des contrôles complémentaires : recherche de doublons, identification d'anomalies et signalement des erreurs aux CDS concernés en vue de leur correction et intégration. L'analyse demeure essentiellement orientée vers la cohérence et la fiabilité des données, sans interprétation épidémiologique avancée ou approfondie.

Ce rôle de contrôle est indispensable pour garantir la qualité des données avant leur transmission aux niveaux supérieurs. Toutefois, les capacités analytiques restent limitées pour interpréter les tendances, produire des analyses comparatives entre formations sanitaires ou utiliser des seuils d'alerte afin d'orienter les interventions. En conséquence, le potentiel des données pour soutenir la planification opérationnelle et la réponse rapide au niveau district demeure insuffisamment exploité.

VI.4.3.4. Au niveau du BPS

Le personnel en charge du Système d'Information Sanitaire au niveau provincial assure également un contrôle de qualité et fournit un feedback structuré aux districts. Le directeur provincial valide les données avant leur transmission au niveau central. Ce dispositif permet de garantir un niveau minimal de qualité et de cohérence des données.

Cependant, l'analyse reste majoritairement descriptive et peu approfondie. L'utilisation des données pour anticiper les tendances épidémiologiques, prioriser les zones à risque ou orienter stratégiquement l'allocation des ressources demeure encore limitée.

Observation générale et conclusion

De manière générale, l'analyse approfondie des données reste principalement concentrée au niveau central (PNLP), où sont produites les analyses stratégiques et les orientations programmatiques. Les niveaux décentralisés jouent un rôle essentiel. Les niveaux périphériques jouent un rôle essentiel dans la production et la validation initiale des données, mais leur contribution à l'analyse décisionnelle reste limitée.

Cette situation traduit un déséquilibre fonctionnel du système de suivi-évaluation, caractérisé par une décentralisation de la production des données mais une centralisation persistante de leur exploitation. Elle s'explique notamment par des capacités analytiques insuffisantes, un accès limité aux outils d'analyse et un retour d'information encore perfectible.

Le renforcement progressif des capacités analytiques au niveau décentralisé constitue ainsi un levier stratégique majeur. Il permettrait non seulement d'améliorer la qualité des données, mais aussi de renforcer leur utilisation effective pour la planification locale, la détection précoce des problèmes et la contribution à la prise de décision.

VL4.3.5. Analyse au niveau central (PNLP et DSNIS)

Au niveau central, la DSNIS assure la consolidation, la vérification et l'agrégation de l'ensemble des données issues des niveaux décentralisés dans le DHIS2. Cette compilation couvre toutes les thématiques sanitaires et constitue la base officielle des données nationales. Le personnel de la DSNIS se concentre principalement sur la fiabilité, la cohérence et le stockage sécurisé des informations, sans nécessairement disposer d'une expertise approfondie par programme spécifique.

Le PNL, quant à lui, exploite ces données consolidées pour réaliser des analyses spécifiques au paludisme. Ces activités peuvent être regroupées en plusieurs grandes catégories :

1. Accès et exploitation des données

Le PNL dispose d'un accès direct au DHIS2, lui permettant d'exploiter l'ensemble des données de routine et de surveillance sentinelle relatives au paludisme : consultations, cas confirmés (TDR/RDT et microscopie), traitements administrés et décès. Cette disponibilité assure une vision globale et actualisée de la situation épidémiologique nationale et constitue la base pour des analyses et des décisions stratégiques.

2. Vérification et validation ciblée

Avant toute analyse, l'équipe centrale procède à une vérification approfondie des incohérences ou anomalies signalées par les niveaux décentralisés et par les systèmes parallèles. Cette étape critique garantit la fiabilité, la cohérence et la qualité des données exploitées. Elle permet également d'alimenter un retour d'information vers les niveaux opérationnels afin de corriger les erreurs et d'améliorer la qualité des données à la source.

3. Analyse et production de rapports

Les données validées sont ensuite transformées en analyses thématiques et rapports stratégiques produits selon différents rythmes : mensuel, trimestriel, semestriel et annuel. Ces documents synthétisent l'information pour les PAD, le Fonds mondial et d'autres partenaires, ainsi que pour la coordination interne du programme. Ils permettent de suivre les tendances, d'identifier les zones prioritaires et d'orienter la planification des interventions ainsi que la prise de décision de manière ciblée et stratégique.

4. Feedback et accompagnement des niveaux décentralisés

Le PNLP assure un retour structuré vers les niveaux décentralisés en signalant les anomalies et en guidant les corrections nécessaires. Ce mécanisme contribue à améliorer la qualité des données à la source et favorise une meilleure utilisation de l'information pour la planification locale et la prise de décision.

Observation générale

Le PNLP central joue un rôle central dans l'exploitation stratégique de données. Toutefois, l'intégration des différentes sources d'information (épidémiologique, entomologique logistique, clinique, interventions communautaires) reste encore limitée, ce qui peut réduire la portée analytique de certaines décisions.

Néanmoins, la capacité du programme à produire des analyses structurées et à assurer un feedback systématique constitue un levier majeur pour améliorer la qualité des données et orienter efficacement les interventions sur le terrain.

La figure ci-dessous illustre le cadre conceptuel de l'analyse de la qualité des données à tous les niveaux du système de santé, tel que présenté dans le manuel DSNIS. Elle synthétise les rôles, responsabilités et mécanismes de validation du niveau périphérique jusqu'au niveau central.

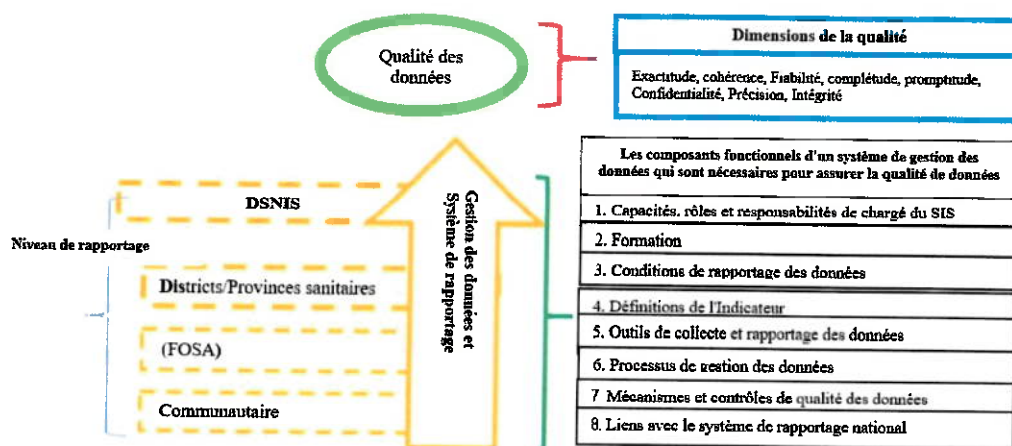


Figure 2: Cadre conceptuel de l'analyse de la qualité des données

VII. ASSURANCE QUALITE DES DONNEES

L'assurance qualité des données vise à garantir leur fiabilité, cohérence et intégrité à tous les niveaux du SNIS et du dispositif S&E du PNLP, afin de soutenir efficacement la planification stratégique, la prise de décision et l'allocation des ressources. Ce mécanisme constitue un levier clé pour renforcer la crédibilité des informations et permettre une utilisation optimale des données collectées.

VII.1. Processus de contrôle des données

Au niveau opérationnel, le contrôle de la qualité s'organise selon plusieurs étapes hiérarchiques et commence dès la collecte :

- **FOSA, notamment les CDS** : vérification des registres papier, détection des incohérences et omissions, saisie des données dans DHIS2.
- **Districts (BDS)** : contrôle complémentaire pour identifier doublons et anomalies, avec renvoi des corrections aux CDS concernés.
- **Provinces (BPS)** : validation des données, contrôle complémentaire et feedback structuré aux districts.

Ce dispositif permet d'assurer un niveau minimal de qualité des données avant transmission au niveau central, où l'analyse approfondie est réalisée.

Au niveau central, la DSNIS assure la consolidation, la vérification et le stockage sécurisé des données issues de l'ensemble des niveaux, notamment via des solutions de cloud, garantissant leur disponibilité pour les analyses nationales. Le PNLP exploite ensuite ces données pour produire :

- des analyses thématiques spécifiques au paludisme,
- des rapports mensuels, trimestriels et annuels du PNLP.

L'accès direct au DHIS2 permet de suivre en temps réel les consultations, les cas confirmés, les traitements administrés et la mortalité, offrant une vision complète et actualisée de la situation épidémiologique.

VII.2. Feedback, correction des données et limitations

Le système de feedback constitue un mécanisme clé pour améliorer la qualité des données à tous les niveaux du système de santé. Chaque niveau du centre de santé jusqu'au niveau central — assure un retour d'information aux structures décentralisées lorsqu'une incohérence, une omission ou une anomalie est détectée. Dans sa configuration actuelle, ce mécanisme est principalement orienté vers la correction des erreurs et incohérences, avec des instructions spécifiques, permettant la révision et l'intégration des données corrigées.

Cependant, les résultats analytiques et les tendances globales issus de l'ensemble des données collectées ne font pas l'objet d'un partage systématique avec l'ensemble des acteurs périphériques. Selon la DSNIS, les bulletins produits sont envoyés aux provinces et districts. Toutefois, il n'est pas certain que l'ensemble des agents impliqués dans la collecte au niveau des formations sanitaires et des structures communautaires reçoivent effectivement ces informations. Cette situation réduit la visibilité des résultats, limite l'apprentissage organisationnel et restreint la capacité des acteurs locaux à bien s'approprier pleinement les outils ainsi que le PSE.

De plus, le feedback n'est pas systématique pour tous les indicateurs et son impact sur l'amélioration continue de la qualité reste limité par l'absence de suivi structuré et de formation régulière en gestion et analyse de données. Le renforcement de ce mécanisme — à travers la standardisation des procédures de feedback, la formation des agents et la diffusion régulière des résultats à l'ensemble des acteurs concernés constitue un levier stratégique pour garantir la fiabilité, la cohérence et l'utilité opérationnelle des données dans tout le SNIS.

Par ailleurs, le mécanisme de feedback ne couvre pas de manière systématique l'ensemble des indicateurs, et son impact sur l'amélioration continue de la qualité des données reste limité par l'absence de dispositifs formalisés et structuré de suivi, ainsi que par l'insuffisance de formations régulières en gestion et utilisation des données.

Dans l'ensemble, ces limites réduisent l'efficacité du feedback comme outil de gestion de la performance du système d'information sanitaire. Le renforcement de ce dispositif à travers la standardisation des procédures de feedback, la formation des acteurs et la diffusion régulière et systématique des résultats analytiques à tous les niveaux concernés constitue un levier stratégique majeur pour améliorer la fiabilité, la cohérence et l'utilisation opérationnelle des données au sein du SNIS.

VI.3. Evaluation de la qualité des données et contrôle complémentaire

Pour compléter le contrôle qualité régulier, le PNLP réalise périodiquement des évaluations de la qualité des données (DQA). Ces évaluations permettent de mesurer :

- l'exactitude et la cohérence des données entre différentes sources,
- la complétude et la ponctualité des transmissions,
- la pertinence des informations pour la prise de décision.

Les DQA combinent vérifications documentaires, visites sur site et triangulation avec d'autres sources de données telles que les campagnes, la logistique ou les études opérationnelles. Elles permettent d'identifier les lacunes dans la collecte et de proposer des actions correctives ciblées afin d'améliorer la fiabilité globale du système.

VII.4. Enjeux et recommandations stratégiques

Malgré la mise en place de ces mécanismes, plusieurs enjeux persistent. On note notamment l'absence de standardisation des procédures de vérification et de correction, la rareté de postes dédiés à la gestion des données dans les niveaux décentralisés, le manque de formation continue à la gestion et à l'analyse des données, ainsi que la fréquence irrégulière des feedbacks. Par ailleurs, la triangulation avec les sources non intégrées au DHIS2 reste très insuffisante, ce qui limite la portée stratégique des analyses et la prise de décision éclairée.

Pour renforcer l'assurance qualité et améliorer l'efficacité du dispositif S&E, il est recommandé de :

- standardiser les procédures de vérification et de correction à tous les niveaux du système,
- former régulièrement le personnel aux bonnes pratiques de gestion et d'analyse des données,
- créer des postes dédiés à la gestion des données dans les centres de santé et les districts,
- renforcer le mécanisme de feedback afin de diffuser systématiquement les résultats analytiques à l'ensemble des acteurs concernés,
- intégrer systématiquement les données issues des campagnes, de la logistique et des études dans les DQA, afin d'améliorer la triangulation et la qualité globale des informations.

VII.5. Interopérabilité et systèmes parallèles

Le dispositif de Suivi et Évaluation s'appuie sur plusieurs plateformes numériques utilisées par différents acteurs pour la collecte et la gestion des données, notamment KoboCollect, TSINDA, Medexis, OpenClinic, ainsi que d'autres systèmes sectoriels spécifiques. Au centre de ce dispositif se trouve le DHIS2. En tant que système national d'information sanitaire, le DHIS2 constitue la plateforme de référence pour la consolidation et l'analyse des données au niveau national. Toutefois, les autres systèmes ne sont pas encore interopérables avec le DHIS2, ce qui limite l'intégration et l'exploitation harmonisée des données issues de ces différentes sources.

Cette multiplicité d'outils répond à différents besoins, mais entraîne plusieurs difficultés :

- **Fragmentation des systèmes** : chaque outil collecte des données spécifiques, souvent sans standardisation commune, ce qui limite la consolidation et crée des silos d'information,
- **Absence de liaison automatisée** : les données ne sont pas transférées automatiquement vers le DHIS2, ce qui réduit la fluidité des échanges,
- **Qualité et délais des données** : l'absence d'interconnexion et de standardisation ralentit l'accès à des informations fiables et actualisées, notamment pour certaines données programmatiques (logistique, intrants, etc.) limitant ainsi la complétude des analyses et la prise de décision éclairée.

Ces limites affectent directement la planification et la prise de décision, dans la mesure où les responsables du PNLP et les partenaires disposent de données encore insuffisamment intégrées et présentent des incohérences.

Pour améliorer l'efficacité et la cohérence du système, il est recommandé de :

1. Mettre en place un cadre national d'interopérabilité définissant standards, formats et protocoles communs,
2. Développer des mécanismes automatiques ou semi-automatiques de transfert des données vers DHIS2,
3. Renforcer les capacités du personnel en matière de saisie, gestion et utilisation des données afin de garantir leur qualité et leur exploitation effective.

VIII. STOCKAGE, DISSEMINATION ET VALORISATION DES DONNEES

Comme présenté dans les sections précédentes, le dispositif de suivi-évaluation du PNLP s'appuie sur des mécanismes de collecte, de consolidation et de consolidation des données, visant à garantir leur fiabilité et leur utilisation stratégique. Les données mobilisées comprennent principalement des données épidémiologiques et programmatiques issues du DHIS2, ainsi que, dans une moindre mesure, des données financières souvent gérées à travers des circuits parallèles.

La présente section met l'accent sur les modalités de stockage, de dissémination et de valorisation des données, en vue de faciliter leur accessibilité et leur utilisation pour la planification et la prise de décision à tous les niveaux du système de santé.

VIII.1. Stockage et sécurisation

Les données collectées et consolidées dans le DHIS2 sont stockées de manière sécurisée sur des serveurs cloud, avec des mécanismes de sauvegarde réguliers visant à prévenir toute perte d'information. Les accès sont hiérarchisés selon les niveaux de responsabilité :

- **Niveau central et provincial** : accès complet aux données pour le contrôle de qualité, l'analyse, la validation, et la production de résultats, de rapports et de bulletins.
- **Niveau décentralisé** : accès limité principalement à leurs propres données.

La sécurisation repose sur des mécanismes d'authentification (mots de passe, profils utilisateurs, droits d'accès différenciés) et sur des procédures de sauvegarde encadrées. Toutefois, certaines limites persistent :

- L'accès limité aux données consolidées réduit la disponibilité de l'information pour les niveaux périphériques, pouvant ainsi affecter leur utilisation dans le suivi des activités,

- la sécurisation dépend fortement de la disponibilité des infrastructures et des capacités techniques du personnel, ce qui peut créer des vulnérabilités ;
- les données financières, généralement gérées en dehors du DHIS2, ne sont pas encore pleinement intégrées dans un cadre harmonisé de stockage et de sécurisation, contribuant à une certaine fragmentation du système d'information.

VIII.2. Entrepôt national de données sur le paludisme (NMDR)

Afin de renforcer la consolidation et l'analyse intégrée des données relatives au paludisme, un entrepôt national de données (National Malaria Data Repository – NMDR) a été mis en place par la société Bluesquare, avec le soutien d'Enabel.

Le NMDR constitue une plateforme de centralisation et de valorisation des données issues de plusieurs sources du système d'information sanitaire et des systèmes connexes. Il permet notamment d'intégrer des données provenant du DHIS2 ainsi que d'autres sources stratégiques liées à la surveillance, à la programmation et au suivi des interventions.

Sa mise en œuvre a suivi une approche progressive, incluant son lancement en novembre 2024, la configuration des premiers modules en 2025, ainsi que l'intégration progressive des données historiques couvrant la période 2015 à ce jour.

Le système comprend actuellement plusieurs modules opérationnels, notamment :

- **Épidémiologie** : données mensuelles de surveillance de routine basées sur les RMA (SNIS),
- **SIMR** (Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte): données hebdomadaires de la Surveillance Intégrée (SNIS),
- **Démographie** : estimations de population issues du RGPHAE 2024 et de WorldPop,
- **Climat** : données de température, pluviométrie et humidité (ERA5, DHIS2 Climate App),
- **Logistique** : données relatives aux intrants de lutte contre le paludisme (médicaments, TDR, MILD, etc.),
- **Entomologie** : intégration en cours, avec opérationnalisation prévue en mai,
- **Enquêtes et lutte antivectorielle** : données en cours de structuration et d'intégration progressive,
- **Qualité des données** : module OMS d'évaluation de la qualité des données.

Le NMDR constitue un outil stratégique d'aide à la décision, contribuant notamment :

- à la planification et au suivi des interventions,
- à la détection précoce des tendances et signaux épidémiologiques,
- à la production de tableaux de bord et de rapports consolidés destinés aux partenaires techniques et financiers (OMS, Fonds mondial, entre autres).

La formation des utilisateurs et le renforcement des capacités des acteurs pour l'exploitation du NMDR sont prévus dans le cadre du plan d'action S&E 2026–2030, afin d'assurer une utilisation progressive, harmonisée et optimale de la plateforme.

VIII.3. Dissémination et partage des résultats

Les produits du suivi-évaluation sont disséminés à travers différents canaux et selon des fréquences définies. La DSNIS publie des bulletins épidémiologiques mensuelles et trimestriels et fournit les données nécessaires à l'élaboration de l'annuaire statistique national, tandis que le PNLP produit des rapports mensuels, trimestriels et annuels spécifiques au paludisme.

Les informations diffusées concernent principalement :

- Les données épidémiologiques (tendances, incidence, alertes),
- Les données programmatiques (couverture des interventions, performance des activités).

Les PAD accèdent également à des présentations synthétiques lors des réunions de coordination avec le PNLP et le Ministère de la Santé, permettant le suivi des interventions et l'orientation de la planification.

Cependant, plusieurs limites sont observées :

- La dissémination n'est pas systématique vers tous les niveaux, en particulier au niveau périphérique et communautaire, ce qui limite l'appropriation locale des données,
- L'absence d'un cadre structuré de dissémination (cibles, canaux, fréquence) réduit l'efficacité du partage d'information,
- la diffusion des données financières reste limitée et souvent confinée aux cadres de reporting des partenaires.

Ces contraintes réduisent la visibilité globale des tendances et peuvent limiter la coordination entre les différents niveaux du système de santé.

VIII.4. Utilisation et valorisation des données

Les données consolidées sont utilisées pour soutenir la planification stratégique et opérationnelle aux niveaux central et provincial, alimenter les rapports destinés aux partenaires et bailleurs, et orienter les interventions ciblées, notamment dans les zones à risque. Elles permettent également le suivi des performances et l'ajustement des programmes à travers l'analyse des tendances et des indicateurs clés.

L'utilisation des données repose principalement sur les informations épidémiologiques et programmatiques issues du DHIS2, permettant d'apprécier la charge de morbidité, d'évaluer la performance des interventions et de guider les priorités d'action. Toutefois, les données

financières, bien qu'essentielles pour analyser l'efficacité des interventions et orienter l'allocation des ressources, restent encore insuffisamment intégrées dans les analyses.

Ainsi, l'articulation entre données épidémiologiques, programmatiques et financières demeure limitée, réduisant la capacité du système à produire des analyses globales reliant les résultats obtenus aux ressources mobilisées.

VIII.5. Limites et recommandations

Malgré les acquis, l'utilisation optimale des données reste confrontée à plusieurs limites :

- La dissémination des données consolidées n'atteint pas systématiquement l'ensemble des acteurs périphériques, ce qui limite leur capacité d'avoir une vision globale et exploiter l'information au niveau local, limitant leur pleine intégration et appropriation du système de S&E.
- la formation continue en analyse et utilisation des données reste insuffisante au niveau périphérique, réduisant ainsi leur qualité.
- La triangulation avec les données issues des systèmes parallèles (logistique, campagnes, enquêtes, données financières) demeure limitée, diminuant la portée analytique et stratégique des informations.
- Le suivi et la capitalisation des enseignements issus des analyses ne sont pas systématiques, entraînant une perte d'opportunités d'amélioration continue.
- Les contraintes techniques et infrastructurelles (connectivité, équipements...) entravent l'utilisation optimale des données dans certaines zones.

Dans ce contexte, le renforcement de l'intégration des différentes sources de données et le développement des capacités analytiques à tous les niveaux apparaissent comme des leviers essentiels pour améliorer la performance globale du système de S&E.

Tableau 5 - Synthèse des pratiques de S&E : stockage, dissémination et qualité des données

Aspect	Niveau / Acteurs	Pratiques actuelles	Limites / Enjeux	Objectifs / Recommandations
Stockage et sécurisation	Central (DSNIS, PNLP)	Données DHIS2 stockées sur le cloud, sauvegardes régulières, accès hiérarchisés avec droits différenciés	Dépendance au cloud et aux infrastructures techniques, capacités limitées de gestion de la sécurité des données, avec des risques pour leur intégrité et disponibilité	Maintenir les mécanismes de sauvegarde, renforcer le contrôle d'accès, allouer des ressources dédiées à la sécurité des données



Aspect	Niveau / Acteurs	Pratiques actuelles	Limites / Enjeux	Objectifs / Recommandations
Diffusion et partage des résultats	Central vers Province / District / FOSA-CDS / Communauté	Production de bulletins DSNIS, rapports PNLP et synthèses destinés aux partenaires	Diffusion non systématique à tous les acteurs décentralisés, limitant l'appropriation locale des données et la réactivité des interventions	Standardiser et systématiser les mécanismes de diffusion ; inclure l'ensemble des niveaux du système ; renforcer les mécanismes de feedback structuré
Utilisation et valorisation des données	Central, Provincial, District	Utilisation des données pour la planification, le suivi des interventions et la reddition des résultats aux partenaires	Capacités analytiques limitées aux niveaux périphériques ; faible intégration des données issues de sources non DHIS2 (logistique, campagnes, enquêtes), réduisant la portée stratégique des analyses	Renforcer les capacités d'analyse à tous les niveaux ; promouvoir l'intégration des sources de données complémentaires
Feedback et correction	Tous les niveaux	Mécanismes de correction des incohérences et retours d'information aux structures de collecte	Feedback irrégulier, peu formalisé et insuffisamment documenté, limitant l'amélioration continue de la qualité des données	Formaliser et standardiser les mécanismes de feedback ; assurer leur régularité ; diffuser systématiquement les résultats consolidés aux acteurs concernés
Assurance qualité / DQA	Central (PNLP, DSNIS)	Mise en œuvre de vérifications des données, DQA, visites de supervision et triangulation	Standardisation partielle des procédures de DQA et application hétérogène selon les niveaux, suivi limité des recommandations	Standardiser les procédures de DQA, harmoniser leur application à tous les niveaux et renforcer le suivi des recommandations



IX. ÉVALUATION, TRIANGULATION ET UTILISATION DES RESULTATS

Cette section décrit les mécanismes d'évaluation, de triangulation et d'utilisation des données mis en œuvre dans le cadre du PNS pour 2026–2030. Le dispositif de suivi et évaluation s'appuie à la fois sur le cadre logique et sur la cadre de Performance, qui constituent les deux référentiels structurants du plan.

Le cadre logique couvre l'ensemble des axes stratégiques, y compris l'axe stratégique 7 sur le renforcement du suivi-évaluation et recherche, et définit les indicateurs de suivi des résultats à tous les niveaux d'intervention, notamment les indicateurs de processus et de produits. Il permet d'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités et de mesurer l'avancement opérationnel des interventions.

Le cadre de performance constitue le référentiel principal de mesure des résultats du programme. Il permet de suivre de manière intégrée la chaîne de résultats à travers :

- les indicateurs d'impact, mesurant les effets à long terme sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme,
- les indicateurs d'effets (outcomes), reflétant les changements en termes de couverture, d'accès et d'utilisation des interventions,
- les indicateurs de produits (outputs), liés aux résultats immédiats des activités mise en œuvre.

En complément, le dispositif de suivi et évaluation intègre des indicateurs de suivi opérationnel des activités, permettant d'assurer le suivi de l'exécution, d'identifier les goulots d'étranglement et de renforcer le pilotage en temps réel.

L'ensemble de ces indicateurs, issus du cadre logique, du cadre de performance ou du suivi opérationnel, est renseigné à partir de différentes sources de données (programmatiques, financières, logistiques, épidémiologiques et issues de la recherche) et intégré dans les mécanismes de suivi et de triangulation. Cette approche permet d'assurer une lecture globale, cohérente et multidimensionnelle de la performance du programme, tout en renforçant l'utilisation des données probantes pour la prise de décision.

IX.1. Triangulation et analyse intégrée des données

Pour renforcer l'exploitation, l'analyse des informations ainsi que la veille stratégique et le suivi de la mise en œuvre des subventions du FM, un tableau de bord central pour le VIH, la tuberculose et paludisme (CCM Dashboard) a été mis en place par l'Instance de Coordination Nationale (ICN) en janvier 2024, avec l'appui de l'USAID et du FM.

Ce Dashboard intègre plusieurs types de données :

- **Données programmatiques** : indicateurs de performance des interventions,
- **Données financières** : dépenses et allocations des subventions du Fonds Mondial,
- **Produits de santé** : disponibilité et distribution des intrants (MILDA, médicaments antipaludiques, tests diagnostiques).

Le CCM Dashboard est alimenté de manière semestrielle par le Principal Récipiendaire (PR) et l'équipe de l'ICN, sur la base des informations consolidées provenant des programmes (Sous-Récipiendaires - SR).

Les résultats consolidés sont transmis au Comité de Suivi Stratégique de l'ICN, qui :

- procède à une analyse intégrée des données programmatiques, financières et de produits de santé,
- identifie les forces, les insuffisances et les tendances clés dans la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial,
- formule des recommandations pour l'Assemblée Générale (AG) de l'ICN, en vue de guider les décisions stratégiques et les actions correctives.

Les PR et SR participent à des séances de travail régulières organisées par le Comité de Suivi Stratégique, qui permettent de:

- conduire une analyse commune des indicateurs consolidés,
- définir des actions correctives sur la base des recommandations formulées,
- assurer le suivi de la mise en œuvre des décisions validées par l'Assemblée Générale de l'ICN.

Ce mécanisme de triangulation contribue à :

- Améliorer la **fiabilité, la cohérence et la pertinence des analyses**.
- Renforcer la **prise de décision stratégique** à tous les niveaux.
- Garantir une **veille stratégique et un suivi continu de la mise en œuvre des subventions du Fonds Mondial**, en consolidant et en triangulant les données provenant de sources de données multiples et complémentaires.

Recommandation stratégique :

Afin de renforcer la cohérence du dispositif, il est recommandé que le PR, en lien avec le PNLP, dispose d'un outil ou tableau de bord de suivi interne structuré, aligné avec le CCM Dashboard et alimentant régulièrement par les données issues du programme. Cet outil devrait constituer une extension opérationnelle du CCM Dashboard, intégrant un niveau plus détaillé d'indicateurs programmatiques, financiers et logistiques, afin de permettre un suivi plus fin, pertinent et efficace de la performance. Cette approche permettrait d'éviter la multiplication d'outils non connectés et de renforcer l'harmonisation du système de suivi-évaluation ainsi que de renforcer une

triangulation des données. Elle contribuerait également à améliorer le suivi de la performance et de l'utilisation des ressources à tous les niveaux.

Cette approche viendrait renforcer le système de suivi-évaluation en consolidant les flux de données existants entre les SR, les PR et l'ICN, tout en assurant un meilleur ancrage des outils dans les pratiques opérationnelles réelles. Elle favoriserait ainsi une utilisation plus systématique et harmonisée des données pour la prise de décision, le suivi de la performance ainsi que la veille stratégique et l'optimisation de l'utilisation des ressources à tous les niveaux.

IX.2. Évaluation et utilisation des résultats

Les informations collectées sont exploitées de manière systématique pour orienter les décisions stratégiques, ajuster les interventions et planifier les ressources à tous les niveaux du système de santé.

Les données produites par le PNLP et ses partenaires constituent un levier central pour la planification stratégique et opérationnelle. L'exploitation des tableaux de bord et des données issues des différents niveaux permet notamment de :

- cibler les populations à risque ;
- réallouer les ressources financières et logistiques de manière plus efficiente ;
- adapter les interventions en fonction des besoins réels du terrain.

Afin de renforcer cette utilisation, le PNLP met en œuvre un ensemble d'activités de S&E budgétisées dans le cadre du présent plan stratégique, notamment :

- **Renforcement des capacités** : formations de formateurs sur l'utilisation du NMDR ; recyclage des prestataires sur les outils de surveillance épidémiologique ; ateliers annuels sur l'analyse et l'utilisation des données multisectorielles,
- **Supervision et validation des données** : plan annuel de supervision de la qualité des données ; audits de qualité des données (DQA) ; supervisions post-formation, révision des outils de collecte et de rapportage,
- **Production et diffusion d'informations** : bulletins épidémiologiques hebdomadaires automatisés et rééditions trimestrielles ; réunions de groupe thématique S&E ; ateliers de coordination avec les partenaires,
- **Études et recherches** : enquêtes MIS ; enquêtes sur la disponibilité des intrants (EUV) ; évaluation de la qualité de la prise en charge ; suivi de l'efficacité thérapeutique des ACT ; études coûts-efficacité ; analyses entomologique et comportementale.

Cependant, certaines limites persistent. L'intégration des différentes sources de données (programmatiques, logistiques, entomologiques et cliniques) demeure partielle, ce qui peut limiter

la réactivité dans l'identification des tendances et la rétro-information vers les niveaux opérationnels. Par ailleurs, les capacités analytiques restent inégales selon les niveaux du système de santé.

Pour y remédier, le renforcement de la triangulation et de l'analyse intégrée constitue une priorité stratégique. Il permet de :

- améliorer la qualité, la cohérence et la fiabilité des données,
- renforcer la diffusion et l'appropriation des résultats,
- soutenir la planification stratégique, l'allocation des ressources et l'ajustement des interventions.

Tableau 6 - Utilisation des données par type et fréquence

Type de données	Source	Fréquence de collecte	Utilisation principale
Programmatiques	Cadre de performance Dashboard PR/SR	Trimestrielle/Semestrielle	Suivi de la performance des interventions
Financières	Rapports financiers	Trimestrielle/Semestrielle	Allocation et suivi des ressources
Produits de santé	Systèmes logistiques	Mensuelle/semestre	Distribution et disponibilité des intrants
Enquêtes CAP/entomologiques, etc.	Institutions de recherche	Annuelle/ponctuelle	Ciblage et planification stratégique
Publications scientifiques	Revues, études	Ponctuelle	Validation des tendances et orientations stratégiques

Cette approche systématique permet de concilier vision stratégique et pilotage opérationnel, tout en garantissant des décisions fondées sur des données fiables, intégrées et analysées de manière cohérente.

X. REVUE DU PLAN DE SUIVI-EVALUATION ET EVALUATION DU PSN

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme (PSN 2026–2030), le PNLP met en place un dispositif intégré de suivi, d'évaluation et de revue périodique. Ce dispositif vise à assurer à la fois le suivi de la performance du système de suivi-évaluation et l'appréciation des progrès réalisés dans la mise en œuvre du programme

Pour ces évaluations, le PNLP s'appuie sur plusieurs sources : enquêtes épidémiologiques et entomologiques, études CAP sur l'utilisation des MII, suivi de l'efficacité des médicaments, disponibilité et distribution des intrants, et publications scientifiques. Ces études seront confiées à des cabinets spécialisés et institutions de recherche en santé publique, garantissant la rigueur scientifique et la représentativité des résultats.

X.1. Revue du Plan de Suivi et Évaluation

Le PNLP organisera des revues périodiques du PSE afin d'apprécier la fonctionnalité du système de production, de gestion et d'utilisation des données, ainsi que leur qualité et leur disponibilité pour la prise de décision.

Revue à mi-parcours du Plan de S&E (T4 de 2028)

Cette revue permettra d'évaluer le niveau de mise en œuvre du dispositif de S&E, notamment la qualité des données, la performance des outils (DHIS2), la complétude des rapports, ainsi que les capacités d'analyse et d'utilisation des données à tous les niveaux du système de santé.

Une attention particulière sera accordée à la qualité de l'analyse des données produites, incluant la capacité des différents niveaux du système à interpréter les indicateurs, à identifier les tendances et à produire des informations exploitables pour la prise de décision. Cette revue combinerà une analyse interne et externe conformément aux bonnes pratiques en matière de suivi-évaluation.

• Revue de fin de cycle du Plan de S&E (T1 de 2030)

Cette revue portera sur l'ensemble de la période 2026–2030 et permettra d'apprécier la performance globale du système de S&E du PNLP.

Elle visera à :

- analyser la fonctionnalité globale du dispositif,
- évaluer la qualité, la fiabilité et la complétude des données produites,
- évaluer la qualité de l'analyse et de l'interprétation des données à tous les niveaux du système,
- apprécier l'utilisation des données pour la planification et la prise de décision,
- formuler des recommandations pour le prochain Plan de S&E 2030–2035.

Ces revues seront alignées avec les mécanismes du SNIS afin d'assurer la cohérence globale du dispositif.

X.2. Évaluation à mi-parcours du PSN 2026–2030 (T4 de 2028)

Une évaluation à mi-parcours du PSN 2026–2030 sera conduite en T4 de 2028 afin d’apprécier les progrès réalisés vers l’atteinte des objectifs stratégiques. Elle permettra de mesurer la performance du programme et d’identifier les ajustements nécessaires pour la seconde moitié de la période stratégique.

Elle visera notamment à :

- mesurer le niveau d’atteinte des cibles programmatiques,
- analyser les tendances épidémiologiques du paludisme,
- identifier les goulots d’étranglement dans la mise en œuvre des interventions,
- formuler des recommandations pour renforcer l’efficacité du programme.

• Recommandations transversales pour le S&E

Afin de renforcer la performance globale du système de suivi et évaluation, les mesures clés suivantes sont recommandées :

- **Mise en place et actualisation des tableaux de bord du PR/programme et de l’ICN :** le PR, en collaboration avec le PNLP, devra assurer la mise à jour régulière de son tableau de bord dédié, lequel alimentera celui de l’ICN. Il devra également garantir le partage systématique des données consolidées et des analyses avec les différents niveaux et acteurs du système, en vue d’assurer une vision intégrée.
- **Analyses croisées et triangulation des données :** les données programmatiques, financières et logistiques devront être analysées de manière conjointe afin de renforcer la cohérence, la fiabilité et la pertinence des conclusions.
- **Diffusion et utilisation des résultats :** les résultats des analyses et les recommandations seront diffusés à tous les niveaux du système, en vue de favoriser l’appropriation du dispositif de suivi-évaluation et de renforcer une prise de décision stratégique fondée sur les données.
- **Renforcement des capacités :** des actions continues de formation, de supervision et de collaboration à différents niveaux devront être mises en œuvre afin d’améliorer l’analyse, l’interprétation et l’utilisation des données.
- **Suivi des recommandations et des actions correctives :** les recommandations issues des évaluations périodiques, des analyses des tableaux de bord, ainsi que des autres sources analytiques seront systématiquement consolidées et traduites en plans d’action structurés. Leur mise en œuvre sera assurée par le PNLP et leur suivi par le service Planification et Suivi-Évaluation.

Cette approche permet de concilier vision stratégique et pilotage opérationnel, tout en garantissant que les décisions reposent sur des données fiables, harmonisées et exploitées de manière optimale.

XI. RECHERCHE OPERATIONNELLE ET APPRENTISSAGE (2026–2030)

L'agenda de recherche du PNLP s'inscrit dans une approche structurée, progressive et orientée vers l'action, visant à produire des évidences robustes pour éclairer la prise de décision stratégique et optimiser les interventions de lutte contre le paludisme.

Il suit une logique évolutive articulée autour de trois phases complémentaires : comprendre, ajuster et mesurer l'impact, tout en intégrant les données issues du système de routine et des analyses opérationnelles.

X.1. Priorités de recherche du PNLP

Phase I (2026–2027) : Production de données de référence

Cette première phase vise à renforcer la compréhension de la dynamique du paludisme ainsi que des performances du système d'intervention. Elle met l'accent sur la production de données fondamentales, notamment :

- **Efficacité thérapeutique des ACT** : suivi de l'efficacité des traitements et surveillance de l'émergence des résistances,
- **Enquêtes comportementales (ECP)** : analyse des déterminants socio-comportementaux influençant la prévention et le recours aux soins,
- **Qualité de la prise en charge** : évaluation de la conformité aux protocoles et de la performance des services,
- **Stratification parasitaire** : identification et cartographie des espèces de *Plasmodium* afin d'adapter les interventions au niveau local.

Ces études permettront de documenter les facteurs explicatifs des écarts observés entre la couverture des interventions et leur impact sanitaire.

Phase II (2028) : Ajustement stratégique

La phase intermédiaire constitue un moment clé d'analyse et de réorientation stratégique, fondé sur la triangulation des données issues de la routine et des études.

Elle inclut notamment:

- **Enquête MIS** : validation des niveaux de couverture et d'impact,
- **Analyses coût-efficacité** : optimisation de l'allocation des ressources,
- **Évaluation de l'efficacité thérapeutique (suivi renforcé)** : confirmation des tendances cliniques observées.

Cette phase joue un rôle central dans la consolidation des acquis et l'optimisation des interventions, en renforçant l'articulation entre les systèmes de routine (tableaux de bord, systèmes logistiques) et les résultats de la recherche.

Phase III (2029–2030) : Mesure de l'impact global

La dernière phase vise à mesurer les effets cumulés des interventions et à produire les évidences nécessaires à la formulation du plan stratégique 2030–2035.

Elle comprend notamment:

- poursuite des enquêtes EUV pour la disponibilité et la distribution des intrants,
- répétition des enquêtes comportementales afin d'évaluer les changements de pratiques,
- évaluation finale de l'efficacité thérapeutique pour apprécier l'impact global des traitements.

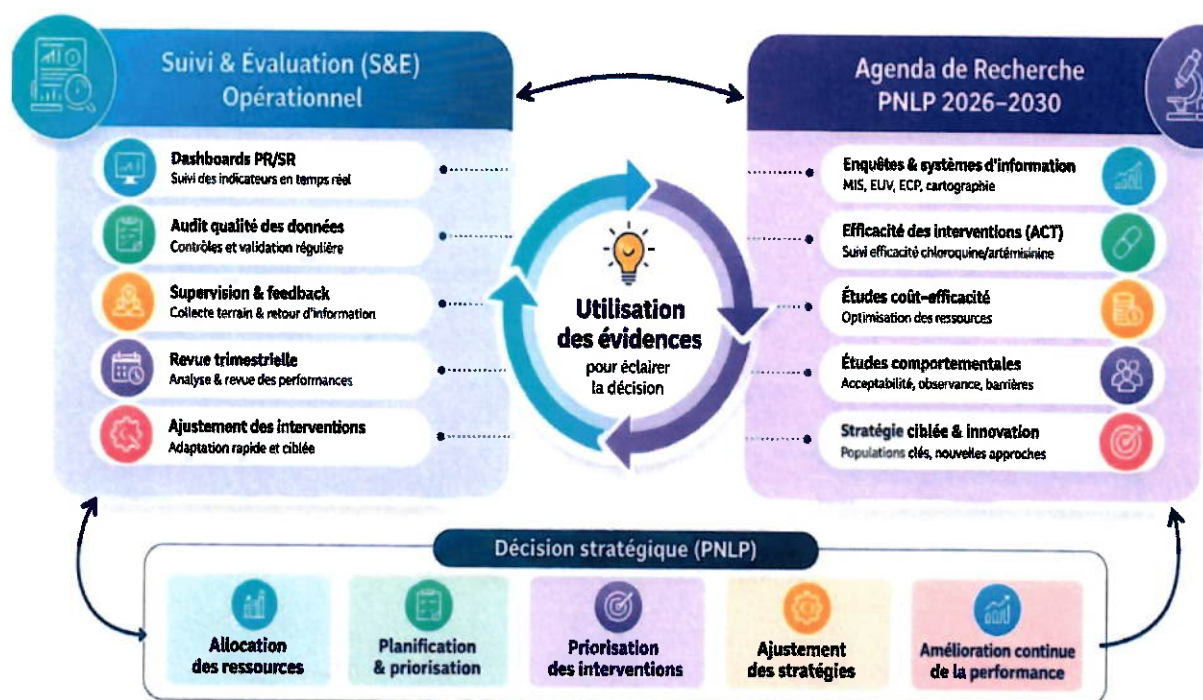
Cette phase permettra de quantifier les résultats atteints et d'alimenter les processus de planification stratégique et de prise de décision.



Cette planification en trois phases s'inscrit dans une logique de production progressive des évidences et d'optimisation de leur utilisation pour la prise de décision. Elle permet d'organiser de manière séquentielle les activités de recherche sur la période 2026–2030, en cohérence avec les priorités programmatiques du PNLP et les capacités de mise en œuvre. Dans cette dynamique, l'agenda de recherche n'est pas un dispositif isolé, mais un élément intégré au système de suivi-évaluation, avec lequel il entretient une relation fonctionnelle et bidirectionnelle.

Le schéma ci-après illustre cette articulation entre le S&E et l'agenda de recherche.

Schéma de liaison S&E – Agenda de recherche (2026–2030)



L'agenda de recherche détaillé, incluant les principales études planifiées sur la période 2026–2030, est présenté dans le tableau ci-après.

Tableau 7 - Agenda de Recherche du PNLP et Planification Annuelle (2026-2030)

Axe de Recherche	Activité / Étude	Objectif	2026	2027	2028	2029	2030	Budget total F
Couverture & Impact	Enquête MIS	Mesurer couverture et impact des interventions			X			1,331,025,924
	Enquête EUV	Évaluer disponibilité des intrants		X	X	X	X	2,596,266,000
Qualité des ns	Enquête qualité prise en charge	Évaluer conformité aux protocoles		X				348,456,915
	Revue décès paludisme	Analyser causes de mortalité	X	X	X	X	X	147,756,250
Efficacité des Interventions	Étude efficacité ACT	Suivre efficacité thérapeutique	X		X		X	1,952,435,034
	Étude coût-efficacité	Optimiser allocation ressources			X			235,220,650
	Étude impact paquet combiné	Mesurer effet interventions intégrées	X					232,829,760
Déterminants & Comportement	Étude facteurs socio-éco & environnementaux	Comprendre déterminants du paludisme				X		233,861,850
	Enquête comportementale (ECP)	Analyser comportements populations	X			X		990,150,000
Surveillance Biologique	Stratification espèces plasmodiales	Adapter stratégies selon parasite		X				340,482,470

Note : Les indicateurs relatifs à chaque étude sont détaillés dans le Cadre de Performance du PNLP.

X.2. Points forts de l'agenda de recherche

L'agenda de recherche du PNLP présente plusieurs caractéristiques qui renforcent sa pertinence et sa valeur stratégique :

- **Complémentarité des sources de données** : une triangulation systématique combine les données de routine (DHIS2), les enquêtes nationales (MIS, EUV, ECP) et les études analytiques, renforçant la validité et la fiabilité des conclusions.
- **Couverture intégrale du programme** : l'agenda couvre l'ensemble des dimensions clés du programme, notamment la couverture des interventions, la qualité des soins, l'efficacité des stratégies ainsi que les déterminants comportementaux et environnementaux.
- **Planification séquentielle et progressive** : les études sont réparties sur cinq ans afin d'éviter les surcharges, de produire des évidences de manière régulière et d'assurer un suivi analytique cohérent et continu.
- **Orientation vers l'utilisation des résultats** : les évidences produites sont systématiquement intégrées aux mécanismes de revue trimestrielle et annuelle, aux tableaux de bords ainsi qu'aux bulletins épidémiologiques, garantissant un lien opérationnel direct entre recherche et prise de décision programmatique.

Cette articulation permet de soutenir à la fois la planification stratégique et l'ajustement opérationnel du programme, tout en renforçant durablement la culture de l'utilisation des données et des évidences au sein du PNLP.

X.3. Risques et défis de mise en œuvre

La mise en œuvre de l'agenda de recherche du PNLP pour 2026–2030 constitue un levier stratégique pour renforcer la production d'évidences et orienter les décisions programmatiques. Toutefois, sa réussite dépend de plusieurs facteurs clés, et certains risques doivent être anticipés afin de garantir la pertinence, la qualité et l'efficacité des études.

Ces défis concernent notamment les capacités techniques et institutionnelles, la disponibilité et la continuité des financements, la coordination entre les acteurs, l'appropriation et l'utilisation des résultats, ainsi que les contraintes contextuelles susceptibles d'affecter la mise en œuvre des activités. Leur identification permet de définir des mesures d'atténuation appropriées et d'assurer que les recherches contribuent effectivement à l'amélioration de la performance du programme.

Malgré sa pertinence, la mise en œuvre de l'agenda de recherche comporte plusieurs risques :

- **Capacités techniques et institutionnelles limitées**

Certaines études requièrent des compétences spécialisées en méthodologie de recherche, en analyse statistique et en gestion des données. Des insuffisances à certains niveaux pourraient entraîner des retards ou affecter la qualité des résultats.

- **Financement**

La réalisation des études dépend de la disponibilité continue de ressources financières adéquates. Tout retard ou insuffisance de financement pourrait compromettre le calendrier prévu et la cohérence globale de l'agenda.

- **Coordination multi-acteurs**

L'implication de multiples institutions (ministères, partenaires techniques et financiers, universités, ONG) nécessite des mécanismes de coordination robustes. À défaut, des risques de duplication, d'incohérences méthodologiques ou de fragmentation des données peuvent survenir.

- **Utilisation des résultats**

L'impact des études dépend de leur diffusion et de leur appropriation par les décideurs et les équipes opérationnelles. Une faible intégration dans les processus décisionnels limiterait leur contribution à l'amélioration des interventions.

- **Risques contextuels**

Les urgences sanitaires, les changements de priorités nationales ou les contraintes logistiques et sécuritaires peuvent perturber la mise en œuvre des études et affecter la complétude de l'agenda.

Ces défis doivent être anticipés et gérés de manière proactive afin de garantir l'efficacité et la durabilité de l'agenda de recherche.

- **Implications programmatiques**

La prise en compte des défis identifiés doit se traduire par des actions programmatiques concrètes visant à garantir la continuité, la qualité et l'impact des études, ainsi que l'utilisation effective des résultats dans la prise de décision.

Pour maximiser l'impact de l'agenda de recherche :

1. **Renforcement des capacités techniques et institutionnelles**

- Renforcer les compétences des équipes nationales et périphériques en méthodologie de recherche, analyse statistique et gestion des données.
- Développer des partenariats avec les institutions académiques pour l'appui aux études complexes.

2. **Sécurisation des financements**

- Assurer la mobilisation et la disponibilité continue des ressources nécessaires à la mise en œuvre des études.
- Prévoir des mécanismes de financement flexibles pour faire face aux imprévus.

3. Coordination efficace des acteurs

- Mettre en place des mécanismes de coordination et de pilotage des activités de recherche.
- Harmoniser les approches méthodologiques et les outils afin de garantir la qualité et la comparabilité des données.

4. Appropriation et utilisation des résultats

- Institutionnaliser l'intégration des résultats de recherche dans les processus de planification et de prise de décision.
- Renforcer les mécanismes de diffusion (rapports, ateliers, bulletins S&E) et les capacités d'analyse des décideurs.

5. Gestion des risques contextuels

- Élaborer un plan de contingence pour anticiper les perturbations potentielles (urgences sanitaires ou contraintes logistiques).
- Prioriser les études stratégiques afin d'assurer la continuité des analyses essentielles même en contexte difficile.

Cette approche vise à assurer que les évidences générées par la recherche complètent efficacement le dispositif de S&E, renforcent la prise de décision et contribuent à l'amélioration continue de la performance globale du programme.

X.4. Conclusion

L'agenda de recherche du PNLP pour 2026–2030 se distingue par sa cohérence, sa pertinence, et son alignement avec les priorités stratégiques du programme. Sa mise en œuvre effective reposera sur la capacité à :

- assurer une planification opérationnelle réaliste et adaptée aux contraintes du terrain,
- mobiliser de manière continue et durable les ressources humaines et financières nécessaires,
- renforcer la coordination entre les acteurs impliqués,
- et surtout, garantir l'utilisation effective des résultats générés.

Cette dernière dimension la traduction des évidences en actions concrètes constitue un facteur déterminant pour maximiser l'impact de l'agenda, améliorer la performance du programme de lutte contre le paludisme et renforcer la qualité des interventions à tous les niveaux du système de santé.



XI. GOUVERNANCE ET MISE EN ŒUVRE DU S&E DU PNLP

1. Cadre générale de la gouvernance du S&E

La gouvernance du Système de Suivi et Évaluation (S&E) du PNLP s'inscrit dans le cadre du Plan Stratégique National (PSN) 2026–2030. Elle vise à assurer une coordination efficace, un suivi rigoureux des interventions et une utilisation optimale des données pour la prise de décision à tous les niveaux du système de santé.

Elle repose sur une répartition claire des rôles entre les principaux acteurs :

- **Programme National de Lutte contre le Paludisme** : assure le leadership technique et stratégique de la lutte contre le paludisme. Il est responsable de la planification sectorielle, de la définition des indicateurs spécifiques au programme, de la coordination des interventions ainsi que de l'analyse et de l'utilisation des données pour orienter les stratégies de lutte contre le paludisme et la prise de décision programmatique.
- **Direction du Système National d'Information Sanitaire** : assure un rôle transversal de standardisation, de consolidation et de gestion des données à travers le DHIS2. Elle garantit la qualité, la cohérence et la disponibilité des données nationales, et produit des tableaux de bord et des analyses de tendances via le DHIS2, et veille à ce que les informations soient accessibles et exploitables par les décideurs.
- **Partenaires techniques et financiers** : contribuent au financement, à la mise en œuvre des activités et au renforcement des capacités, en appuyant le système et en s'alignant sur les priorités nationales ainsi que les standards internationaux.

2. Dimensions clés de la gouvernance du S&E

Le dispositif de gouvernance du S&E couvre plusieurs dimensions complémentaires :

- **Coordination et planification** : élaboration et suivi des plans de travail annuels et pluriannuels, avec une articulation fonctionnelle entre les niveaux central, provincial et district et communautaire.
- **Suivi, rapportage et évaluation** : collecte régulière des données, production de rapports périodiques et réalisation d'analyses pour orienter la mise en œuvre des interventions.
- **Utilisation des données pour le pilotage du programme** : les données consolidées alimentent les revues programmatiques, les ajustements stratégiques et l'allocation des ressources.

3. Fonctionnement du système de S&E

Le système de S&E repose sur une complémentarité entre :

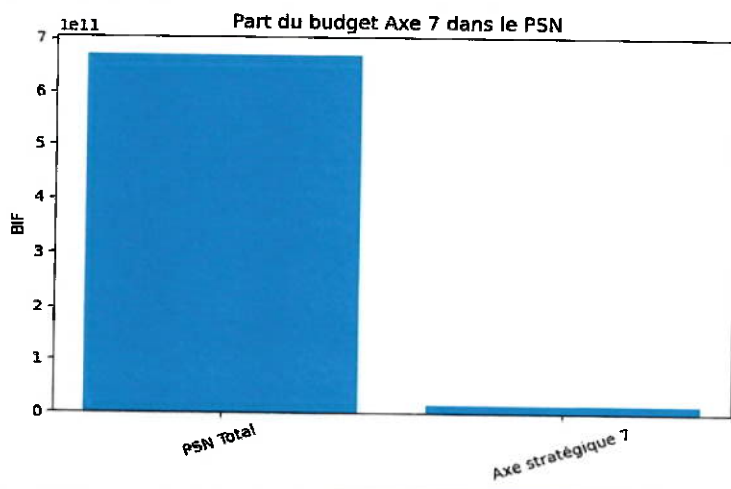
- le **PNLP**, qui assure le pilotage programmatique, l'analyse des données et leur utilisation pour la prise de décision,
- la **DSNIS**, qui assure la standardisation, la consolidation et la diffusion des données via le système national d'information sanitaire (DHIS2),
- les **partenaires techniques et financiers**, qui appuient la mise en œuvre et le renforcement du système de S&E.
-

XII. BUDGET DETAILLE DU PSN POUR 2026-2030

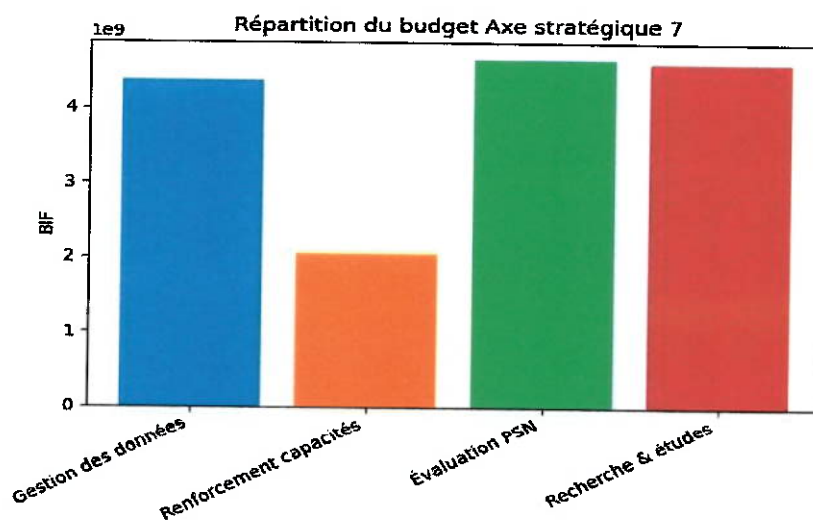
Le budget de l'axe stratégique 7 dédié au suivi-évaluation (S&E) et à la recherche sur le paludisme s'élève à **15,7 milliards BIF sur la période 2026–2030**, avec un pic de dépenses en 2027–2028. Il représente environ **2,40% du budget global du PSN (654,9 milliards BIF)**, confirmant que le S&E constitue une fonction d'appui essentielle, mais secondaire en termes d'allocation des ressources par rapport aux axes opérationnels.

La structure budgétaire met en évidence une répartition globalement équilibrée entre quatre interventions, dominée par **l'évaluation de la mise en œuvre du PSN (4,67 milliards BIF)**, la **recherche opérationnelle et les études (4,63 milliards BIF)** et **l'amélioration de la gestion des données (4,38 milliards BIF)**, tandis que **le renforcement des capacités en S&E (2,05 milliards BIF)** reste moins doté. Les ressources sont ainsi fortement orientées vers des activités à coût élevé, notamment les enquêtes nationales (MIS, EUV), les études d'efficacité et les évaluations d'impact.

Comparativement au budget global du PSN, cette configuration montre que l'Axe 7 sur le S&E joue un rôle structurant pour la performance, la redevabilité et l'apprentissage du programme, mais avec un accent davantage mis sur la production de données que sur leur utilisation. Les investissements dans les capacités humaines, la supervision continue et l'exploitation des données demeurent plus limités, ce qui peut restreindre l'efficacité globale du système. Une analyse comparative suggère ainsi un besoin d'équilibrage en faveur du renforcement des fonctions opérationnelles du S&E, afin de maximiser l'impact des investissements programmatiques et d'assurer une meilleure valorisation des données produites.



L'Axe stratégique 7 représente environ **2,40 %** du **budget total du PSN**, ce qui confirme visuellement qu'il s'agit d'un **axe de soutien structurant mais non dominant** dans l'allocation globale des ressources.



Le deuxième graphique montre une répartition relativement équilibrée, avec :

- Évaluation du PSN et recherche/études : postes les plus financés
- Gestion des données : niveau intermédiaire et stratégique
- Renforcement des capacités : poste le moins financé

[Signature]

Cela illustre clairement une orientation vers les activités ponctuelles à forte intensité financière (enquêtes & études), les activités d'amélioration de la gestion des données et les activités d'évaluation du PSN par rapport aux investissements continus de renforcement des capacités en S&E (ci-dessous le budget détaillé de l'axe 7 sur le S&E 2026-2030).

BUDGET DE L'AXE STRATEGIQUE 7 / S&E 2026-2030

Activités	2026	2027	2028	2029	2030	Total (BIF)
Intervention 1: Amélioration de la gestion des données de routine sur le paludisme	228,851,811	3,264,259,623	148,423,315	590,408,315	148,423,315	4,380,366,378
Organiser des ateliers de formation de formateur sur l'utilisation de NMDR	-	2,083,696,238	-	-	-	2,083,696,238
Effectuer une visite d'échanges d'expérience sur le NMDR	119,834,496	-	-	-	-	119,834,496
Elaborer un plan annuel de supervision de la qualité et validation des données	-	13,097,250	-	-	-	13,097,250
Mettre à jour le guide d'analyse et de la revue de la qualité des données du PNLP	-	13,097,250	-	-	-	13,097,250
Produire le bulletin épidémiologique hebdomadaire automatisé régulier du PNLP et le rééditer trimestriellement	-	37,312,200	37,312,200	37,312,200	-	111,936,600
Former/recycler les prestataires sur l'utilisation de l'outil du système d'alerte adaptés (l'outil de seuil épidémique)	-	779,894,720	-	-	37,312,200	817,206,920
Assurer le suivi post-formation sur l'utilisation de l'outil du système d'alerte adaptés (l'outil de seuil épidémique)	-	-	12,698,800	12,698,800	-	25,397,600
Mettre à jour le guide d'analyse des données sur le paludisme	-	23,059,650	-	-	12,698,800	35,758,450
Organiser trimestriellement un atelier de coordination avec les partenaires au développement	19,520,000	19,520,000	19,520,000	19,520,000	-	78,080,000

Renforcer les BPS sur la gestion et l'analyse des données du paludisme incluant les études et les enquêtes	17,799,235	17,799,235	17,799,235	17,799,235	17,799,235	19,520,000	90,716,939
Renforcer les BDS et les FOSA sur la gestion et l'analyse des données du paludisme	61,093,080	61,093,080	61,093,080	61,093,080	61,093,080	17,799,235	262,171,555
Effectuer la révision des outils de collecte et de rapportage des données	10,605,000	-	-	10,605,000	10,605,000	61,093,080	82,303,080
Conduire l'Audit de la Qualité des Données (DQA)	-	215,690,000	-	431,380,000	-	-	647,070,000
Activités	2026	2027	2028	2029	2030	Total (BIF)	
Intervention 2: Renforcement des capacités en suivi évaluation et recherche du PNLP, et renforcement de la qualité des données	199,814,662	372,661,869	589,606,650	372,661,869	516,210,056	2,050,955,106	
Elaborer un diagnostic organisationnel sur le S&E au PNLP en lien avec tous les niveaux	73,396,594	-	73,396,594	-	-	146,793,187	
Réaliser des supervisions semestrielles post-formation de la gestion et l'analyse des données au niveau opérationnel	-	143,701,600	143,701,600	143,701,600	-	431,104,800	
Réaliser les supervisions intégrées régulières	-	110,317,200	110,317,200	110,317,200	143,701,600	474,653,200	
Réaliser la revue à mi-parcours et finale du plan de plan de suivi-évaluation en 2028 et 2030	-	-	143,548,187	-	110,317,200	253,865,387	
Tenir trimestriellement une réunion du groupe thématique S&E sur les thématiques prioritaires en matière de paludisme	4,992,000	9,984,000	9,984,000	9,984,000	143,548,187	178,492,187	
Tenir un atelier annuel de renforcement de capacités du personnel du PNLP sur l'exploitation et l'utilisation des résultats de recherche	90,549,224	90,549,224	90,549,224	90,549,224	9,984,000	372,180,896	

Tenir annuellement un atelier de renforcement de capacités des cadres à tous les niveaux sur le traitement, l'analyse et l'utilisation des données multisectorielles (NMDR)	18,109,845	18,109,845	18,109,845	18,109,845	90,549,224	162,988,603
Former le personnel du service S&E en épidémiologie d'intervention en 2027	12,767,000	-	-	-	18,109,845	30,876,845
Intervention 3: Évaluation de la mise en œuvre du PSN	39,032,288	1,248,795,998	2,231,365,007	900,339,083	251,272,583	4,670,804,959
Mettre en place un calendrier annuel (planification annuel) de réunions d'évaluation (interne) de la mise en œuvre du Plan d'Action	9,481,038	9,481,038	9,481,038	9,481,038	-	37,924,152
Tenir des réunions semestrielles pour renforcer la coordination du niveau BPS jusqu'aux FOSA (partage des informations sur l'évolution de la situation du paludisme, sur la performance et les défis liés à la lutte contre le paludisme ...)	-	212,240,295	212,240,295	212,240,295	9,481,038	646,201,923
Activités	2026	2027	2028	2029	2030	Total (BIF)
Réaliser annuellement une revue des causes de décès liés au paludisme dans les hôpitaux de district les plus pourvoyeurs des cas	29,551,250	29,551,250	29,551,250	29,551,250	212,240,295	330,445,295
Réaliser deux enquêtes sur la qualité de la prise en charge du paludisme	-	348,456,915	-	-	29,551,250	378,008,165
Réaliser l'enquête des indicateurs paludisme (MIS)	-	-	1,331,025,924	-	-	1,331,025,924
Réaliser l'enquête d'évaluation de la disponibilité des intrants antipaludique chez l'utilisateur finale (EUV)	-	649,066,500	649,066,500	649,066,500	-	1,947,199,500

Intervention 4: Évaluation des progrès des indicateurs du programme paludisme à travers les études et la recherche opérationnelle							
Réaliser l'étude sur l'analyse coûts-efficacité des interventions de prévention	1,719,198,908	235,220,650	884,673,528	495,075,000	1,299,878,178	4,634,046,264	
Réaliser une étude sur les facteurs socio-économiques et environnementaux influençant l'efficacité des interventions.	-	235,220,650	-	-	649,066,500	884,287,150	
Réaliser une étude d'efficacité thérapeutique des ACT en 2026, 2028 et 2030	-	-	233,861,850	-	-	233,861,850	
Réaliser l'étude de la stratification des espèces plasmodiales en 2027	650,811,678	-	650,811,678	-	-	1,301,623,356	
Réaliser l'étude d'impact de l'intégration du nouveau paquet préventif (CPP, TPIg, vaccin RTS, MII) sur l'incidence du paludisme	340,482,470	-	-	-	650,811,678	991,294,148	
Mener une enquête sur les comportements liés au paludisme (ECP)	232,829,760	-	-	-	-	232,829,760	
	495,075,000	-	-	495,075,000	-	990,150,000	
Total (BIF)	2,186,897,669	5,120,938,139	3,854,068,499	2,358,484,267	2,215,784,132	15,736,172,706	