



**.CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR L'OBTENTION DU MBA EN  
GESTION DES SERVICES DE SANTE**

**OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE**

**ANNEE ACADEMIQUE 2017-2018**

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA  
PERFORMANCE DU SYSTEME DE SUIVI ET  
EVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE  
LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU MALI**

**Présenté et soutenu par :**

**Dr DJENEBA DIALLO**  
28<sup>ème</sup> Promotion

**Directrice de mémoire :**

**Dr KHADY SECK DIOP**  
Enseignante au CESAG

**Décembre 2018**

## DEDICACES

---

### **Au nom d'Allah le tout puissant clément et miséricordieux**

✓ **A mon père feu Ba Hamed Diallo :**

Ce travail est un début de récompense de tes nombreux sacrifices et j'aurais voulu te voir assis là en ce jour solennel. Jamais je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts déployés. Dors en paix.

✓ **A ma mère Maimouna Diarra :** Les mots me manquent pour te signifier mon amour et ma reconnaissance, tu as donné le meilleur de toi pour que je puisse réussir et ce travail contribue au couronnement de tes efforts.

✓ **A mon mari Mahamadou Sidibé :** grâce à ton soutien moral et la confiance envers moi, je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.

✓ **A mes enfants Amadou et Mariam :** vous avez été privés d'affections maternelles pendant ces années, que Dieu vous donne longue vie pour que vous puissiez goûter au fruit de cet travail

✓ **A mes grands frère et sœurs :** Vous vous êtes totalement investi pour la réalisation du rêve de votre benjamine .disponibilité et soutien n'ont pas été vains, que dieu vous préserve et donne une vie plein de bonheur.

## REMERCIEMENTS

---

Ce mémoire aura pris son temps et pourtant voilà que le temps presse. C'est « dans l'urgence » et au risque d'impardonnables oublis que j'adresse ici mes remerciements à quelques-unes des personnes qui m'ont aidé et ont permis que ce mémoire se déroule, se développe, et finalement, s'achève.

Toute notre gratitude va au Directrice de mémoire Dr Khady Seck Diop. Vous avez été pour moi un encadreur, un formateur consciencieux engagé dans le souci du travail bien fait par vos précieux conseils durant toute la période du travail.

J'adresse mes remerciements à mon maître de stage Dr Madina Coulibaly Konaté pour son soutien et sa générosité intellectuelle ;

- Au Dr Seydou Fomba pour son aide à l'amélioration de ce travail.
- Au département CESAG SANTE
- Au corps professoral du CESAG pour le partage de vos connaissances
- Aux membres de jury pour l'intérêt qu'ils ont portés à mes recherches en acceptant d'examiner mon travail et l'améliorer par leurs propositions.
- Je n'oublie pas la 28<sup>ème</sup> promotion du MBA GSS 2017-2018 qui a été pour moi une famille. Je remercie tous les membres du Club CECAG Sante et Club D'anglais ainsi que l'association des étudiants et stagiaires du Mali au CESAG.

Enfin je dis toute ma gratitude à mon gendre Daouda Sidibé pour son hospitalité légendaire.

## SOMMAIRE

---

INTRODUCTION .....	9
PREMIERE PARTIE .....	12
CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION .....	13
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....	34
DEUXIEME PARTIE.....	44
CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE.....	45
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....	50
TROISIEME PARTIE .....	55
CHAPITRE V : IDENTIFICATION DES CAUSES .....	57
CHAPITRE VI : ANALYSE DES SOLUTIONS.....	64
CHAPITRE VIII : RECOMMANDATIONS.....	75
CONCLUSION .....	79

## **LISTE DES TABLEAUX**

---

Tableau 1 : les principaux indicateurs de développements .....	20
Tableau 2 : partenaires Financiers et les domaines d'intervention .....	25
Tableau 3: Priorisation des problèmes .....	33
Tableau 4 : Différences entre les outils DQA et RDQA .....	41
Tableau 5: Déroulement de l'étude .....	46
Tableau 6 : Caractéristique de la population d'étude .....	51
Tableau 7: Exactitude des données .....	55
Tableau 8: Complétude et exactitude des rapports.....	55
Tableau 9: Priorisation des causes .....	61
Tableau 10 : Priorisation des causes par ordre de fréquence .....	62
Tableau 11 : priorisation de solution.....	66
Tableau 12 : Cadre logique de la mise en œuvre de la solution retenue .....	70
Tableau 13: Plan opérationnel.....	72
Tableau 14: Budgétisation.....	73

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 1 : Carte administrative du Mali.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2 : Pyramide sanitaire du Mali.....	17
Figure 3 : circuit officiel de la remontée des données du paludisme .....	28
Figure 4 : Cadre conceptuel du RDQA.....	42
Figure 5 : Méthode de verification des données et reportage .....	43
Figure 6 : Ancienneté du poste .....	52
Figure 7 : Evaluation du système de gestion des données du PNLP .....	53
Figure 8 : Evaluation de la capacité de gestion de l'hôpital du Mali.....	54
Figure 9 : Diagramme d'ISHIKAWA pour l'analyse des causes liées au manque de complétude des données .....	61
Figure 10: Diagramme de PARETO .....	62

## **LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES**

---

**AMCP** : Alliance Médicale Contre le Paludisme

**ASC** : Agent de Santé Communautaire

**BICIM** : Banque Internationale pour le Commerce et Industrie du Mali

**CESAG** : Centre Africain d'Etude Supérieur en Gestion

**CREDD** : Cadre de Relance Economique pour le Développement Durable

**CRS**: Catholique Relief Service

**CSCR**: Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté

**DESAM**: Développent Sanitaire du Mali

**DHIS2**: District Health Information Software 2

**DNS**: Direction Nationale de la Santé

**DPM** : Direction de la Pharmacie et du Médicament

**DQA** : Data Quality Audit

**DRS**: Direction Régionale de la Santé

**EMOP** : Enquête Modulaire et Permanent auprès des Ménages

**EPH**: Etablissement Public Hospitalier

**FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et D'odontostomatologie

**GPS** : Gestion des Programmes de Santé

**ME** : Measure Evaluation

**MILDA** : Moustiquaire Imprégné de Longue Durée d'Action

**MRTC** : Malaria Recherche Training Center

**MSF** : Médecin Sans Frontière

**OCHA**: Office of the Coordination of Humanitarian Affaire

**ODD** : Objectifs pour le Développement Durable

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**OMVS** : Office pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**PCIME** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance

**PDDSS** : Plan De Développement Sociale et Sanitaire

**PMI** : Présidents Malaria Initiative

**PNLP** : Programme National de Lutte contre le Paludisme

**PPM** : Pharmacie Populaire du Mali

**PRODESS** : Programme de Développement Sociale et Sanitaire

**RDQA** : Routine Data Quality Audit

**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**S&E** : Suivi et Evaluation

**SIMR** : Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte

**SLIS** : Système Local d'Information Sanitaire

**SIS** : Système information Sanitaire

**SNIS** : Système National information Sanitaire

**SSE** : Système de Suivi et Evaluation

**UNICEF** : Fond des Nations Unis pour l'Enfance

**UEMOA** : Union Economique Monétaire Ouest Africain

**USAID**: United State Agency of International Development



## **INTRODUCTION**

---

CESAG BIBLIOTHEQUE

## INTRODUCTION

---

Le rapport mondial de la santé sur le paludisme à la base des données indique que l'incidence du paludisme est de 214 millions de cas et 438.000 décès en 2015 dont 188000 cas et 395000 décès de paludisme dans la région africaine de l'OMS<sup>1</sup>.

Dans leur préambule, il affirme que les affections et le décès associés à cette pathologie coûtent la seule économie africaine de 12 milliards de dollars par an.<sup>2</sup> Ce qui fait de cette maladie un véritable fléau qui freine le développement du continent africain. Selon President Malaria Initiative (PMI) le paludisme est endémique dans 24 pays d'Afrique subsaharienne dont ceux avec un fardeau le plus lourd.<sup>3</sup>

La cible 6C des Objectifs du Millénaire pour le Développement liée au paludisme, « à inverser l'incidence du paludisme », appelait les pays à maîtriser cette maladie d'ici fin 2015. Le rapport des progrès réalisés publié en 2015 montre une tendance mondiale à la baisse de l'incidence du paludisme grâce à l'intensification des principales interventions. En dépit des progrès spectaculaires enregistrés, les 15 pays les plus durement touchés dont le Mali se trouvent en Afrique subsaharienne représentant à eux seuls 80% de l'incidence et 75% de décès<sup>4</sup>

Afin d'améliorer les progrès au niveau mondial, la communauté internationale a renouvelé ses engagements à travers la cible 3.3 des Objectifs de Développement Durable (ODD) à éliminer le paludisme, comme problème majeur de santé publique à l'horizon 2030 au sommet des Nations Unies à New York en septembre 2015 en étroite collaboration avec le partenariat Faire reculer le Paludisme (FRP).<sup>5</sup> Pour y parvenir des progrès ont été réalisés en matière de lutte contre le paludisme jusqu'à fin 2016 dans le domaine d'investissement de recherche antipaludique, de diagnostic, de traitement et prévention, surveillance, morbidité, mortalité, d'élimination.

La Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015, définit des objectifs ambitieux et néanmoins réalisables pour 2030, notamment réduire d'au moins 90 % l'incidence du paludisme et la

---

<sup>1</sup> Rapport OMS 2015

<sup>2</sup> Roll Back Malaria partenariat /PNUD.Cadre d'action multisectorielle de lutte contre le paludisme. Y 10017, New York, Etats Unis : Programme des Nations Unies

<sup>3</sup> [www.pmi.gov/report](http://www.pmi.gov/report) 2018

<sup>4</sup> Rapport les objectifs du millénaire pour le développement 2015

<sup>5</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/objectifs\\_de\\_developpement\\_durable](https://fr.wikipedia.org/wiki/objectifs_de_developpement_durable)

mortalité associée. Certains pays ont fait des progrès vers l'élimination comme le SRI-LANKA qui a été certifié comme exempt de paludisme et l'Algérie qui est resté exempt de paludisme depuis 2016<sup>6</sup>.

Malgré ces progrès le paludisme demeure un problème de santé publique dans la région africaine de l'OMS précisément l'Afrique subsaharienne. Au Mali, le paludisme est la première cause de morbidité (32%) et de mortalité (0,09%), avec des répercussions socio-économiques sur les populations.<sup>7</sup> Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées.<sup>8</sup> Il est ainsi l'une des priorités de la politique nationale de santé. Pour lutter efficacement contre le paludisme le pays s'est doté d'une politique nationale de lutte contre le paludisme en 1993 suite à sa participation à la conférence ministérielle sur le paludisme à Amsterdam (Pays Bas).

Il adhère aussi à l'initiative Roll Back Malaria (faire reculer le paludisme) en 1999 par l'OMS à New York. Cette politique s'inspire également de la déclaration dite d'Abuja (25 Avril 2000) et les ODD qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la mortalité, la morbidité due au paludisme.

Pour s'assurer que les performances des programmes correspondent à cette ambition et que les ressources investies produisent les changements souhaités dans la population, le suivi et l'évaluation sont nécessaires et contribuent fortement à apprécier les progrès réalisés.

Le suivi-évaluation est un outil essentiel qui permet de surveiller les progrès par rapport aux indicateurs du projet, d'identifier les approches efficaces et de déterminer si des changements s'imposent.<sup>9</sup> Pour être performant le système de suivi-évaluation doit produire des données de qualité et favoriser l'utilisation de l'information pour la prise de décision ; et pour ce faire il doit avoir les capacités de gestion nécessaires.

A l'ère des ODD et des initiatives mondiales d'élimination du paludisme, il est plus qu'important de disposer d'information de qualité pour suivre le progrès réalisé. Le Mali n'est pas épargné par cette situation où le système de suivi et évaluation du PNLP connaît des dysfonctionnements.

C'est dans ce contexte que nous avons choisi de mener notre étude au PNLP sur le thème portant *sur « contribution à l'amélioration de la performance du système de suivi - évaluation du programme national de lutte contre le paludisme »* visant à apporter notre

---

<sup>6</sup> [www.who.int/malaria/publication/word\\_malaria-report-2017/report/fr/](http://www.who.int/malaria/publication/word_malaria-report-2017/report/fr/)

<sup>7</sup> Système locale d'information sanitaire 2016

<sup>8</sup> Enquête démographique et de la santé du Mali (EDSM) 2012

<sup>9</sup> [www.endvawnow.org:pourquoi](http://www.endvawnow.org:pourquoi) le système de suivi -évaluation est -il important ?

contribution à la réflexion sur les insuffisances, les causes et la stratégie d'amélioration du système de suivi -évaluation.

Outre l'introduction, le présent document sera articulé autour de trois parties: La 1<sup>ère</sup> partie portera sur l'analyse situationnelle, le cadre théorique, la problématique et le cadre conceptuel. La 2<sup>ème</sup> partie définira la méthodologie, présentation et l'analyses des résultats. La 3<sup>ème</sup> partie sera consacrée à la détermination, la priorisation des causes, l'identification des solutions et leur priorisation, la mise en œuvre de la solution choisie. Nous formulerons des recommandations et concluons notre travail.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# PREMIERE PARTIE

## ANALYSE DE LA SITUATION-CADRE THEORIQUE

---

## **CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## 1.1 Analyse de l'environnement externe

Ce chapitre présente les généralités sur le Mali, dont les caractéristiques géographique, démographique, socio-économiques, et sanitaire du Mali. Ainsi ce chapitre se termine par la présentation du programme nationale de lutte contre le Mali.

### 1.1.1. Situation géographique démographique du MALI

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental d'une superficie de 1 241 238 km<sup>2</sup>. Il s'étend du nord au sud sur 1 500 km et d'est en ouest sur 1800 km. Il partage 7 200 km de frontières Avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la République de Guinée au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest. Il existe 3 zones climatiques au Mali : une zone sahélienne (50%), une zone saharienne (25%) et une zone soudano-guinéenne (25%). La pluviométrie varie de 200 à 1300 mm Le pays est arrosé par deux grands fleuves (le Niger et le Sénégal) qui desservent surtout le sud et une partie du nord du pays.

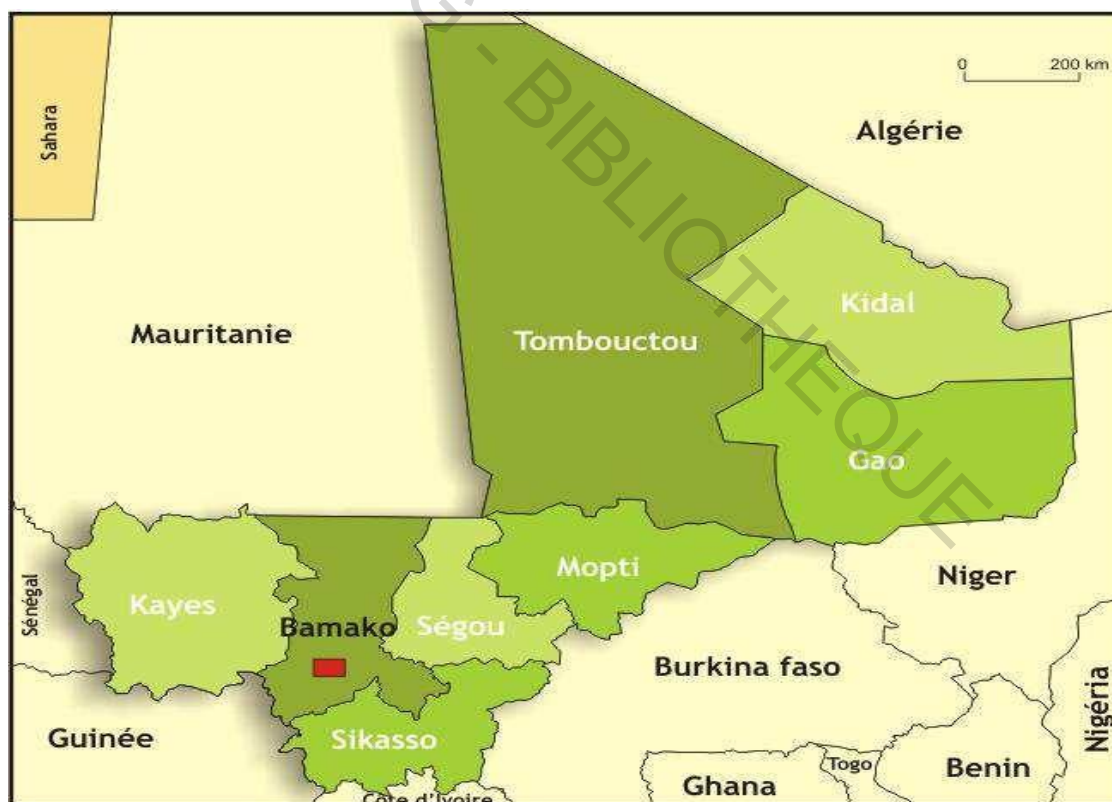


Figure 1: Carte administrative du Mali

Source : Ministère de la Santé 2014

NB : En 2016 le Mali compte 10 Régions dont 2 nouvelles régions (la région de Ménaka et la région de Taoudéni)

Cet écosystème dicte les conditions dans lesquelles les populations vivent. Le climat est tropical avec une saison sèche et une saison des pluies. Le niveau d'endémicité du paludisme au Mali varie d'une région éco-climatique à une autre. Au nombre des facteurs responsables des variations de l'endémicité figurent la pluviométrie, l'altitude, la température, l'aménagement hydro-agricole et l'urbanisation.

La population du Mali est estimée à 17 309 000 habitants en 2014 selon la direction nationale de la population du Mali (Ministère de la santé du Mali, 2014), cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46,6% de la population est âgée de moins de 15 ans. La population de femme en âge de procréer (15- 49 ans) représente 22% de la population totale et les enfants de moins de 5 ans (0 – 59 mois) y représentent 17 %. Les nomades représentent 0,92% de la population. Le milieu urbain compte 3.274.727 résidents (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural. Le pays a une densité d'environ 12 habitants au Km<sup>2</sup>. Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans<sup>10</sup>. Selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) au Mali, on dénombrait en septembre 2017, 59 000 déplacés internes, 142 386 réfugiés dans les pays voisins et 498 000 personnes retournées.<sup>11</sup> Ces chiffres ont peu évolué ces deux dernières années.

### **1.1.2 Contexte socio-politique**

Sur le plan administratif, le Mali est divisé en 10 régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal, Ménaka et Taoudéni) et un District (la capitale Bamako) qui a rang de région. Dans ce cadre, au niveau local, le Mali compte 703 communes dont 684 rurales et 19 communes urbaines parmi lesquelles les 6 communes du district de Bamako. Chaque région est administrée par un Gouverneur de Région. Les cercles sont dirigés par des Préfets tandis que chaque arrondissement est administré par un sous-préfet.

---

<sup>10</sup> Direction nationale de la statistique et de l'informatique du ministère de l'économie du plan et l'intégration Mali 2009

<sup>11</sup> Bulletin humanitaire produit par OCHA (Novembre 2017)



### 1.1.3 Situation socio-économique

Vaste pays enclavé d'Afrique de l'Ouest, désigne d'abord les pratiques culturelles observables de ses habitants. La multitude d'ethnies et l'héritage historique en font une culture riche et diversifiée, conservant à la fois ses traditions comme l'oralité avec les griots ou l'artisanat et s'ouvrant, depuis son indépendance, à la littérature, au théâtre, au cinéma et à la photographie.

Depuis l'indépendance en 1960, le Mali, ancienne colonie française, le français est la langue officielle. Elle n'est parlée que par une minorité de la population qui préfère s'exprimer dans les différentes langues nationales. Le bambara est la langue la plus parlée au Mali. Les principales autres langues sont le peulh, le sénoufo, le soninké, le sonrhäï, bobo, mianka, kassonké, touareg et le dogon.

La parenté à plaisanterie (*sinankunya*), également appelé *cousinage*, consiste pour deux groupes ayant des relations privilégiées (deux ethnies, ou deux clans d'une même ethnie) à s'échanger des paroles qui révèlent les vérités supposées de chacun. L'économie malienne repose principalement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux d'alphabétisation est de 21% pour les femmes et 38% pour les hommes.

Dépourvu de frontière maritime, le Mali est dépendant des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec la côte sont :

Bamako-Abidjan (1 115 km), Bamako-Dakar (1 250 km); Bamako-Conakry (982 km) et Bamako-Nouakchott (2 300Km). Le Mali demeure parmi les pays à développement humain faible, avec un indice de développement humain (IDH) de 0,44 en 2016, se classant au 175<sup>ème</sup> rang sur 188.<sup>12</sup> Le nombre de personnes en insécurité alimentaire reste très élevé (3,8 millions), tandis que plus de 620 000 enfants sont dans une situation de malnutrition sévère.

La crise sécuritaire a cependant fragilisé ces progrès. Ils devront être consolidés dans le cadre de la mise en œuvre des objectifs de développement durable auxquels le pays a également souscrit pour la période 2015-2030.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> PNUD 2013 IDH était de 0.36

<sup>13</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène Public/ Programme National de lutte contre le Paludisme/ Institut National de la Statistique (INSTAT)/Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIPM) 2015.

### 1.1.4 Système de Santé

Le système de santé du Mali est pyramidal, c'est-à-dire structuré de la base vers le sommet comme suit :



Figure 2 : Pyramide sanitaire du Mali

Source : système de santé du Mali 2014

#### ❖ Le premier niveau de contact et le premier niveau de référence : Périphériques

- **Centre de Santé communautaire (CSCOM) : premier niveau contact**

Le CSCOM ainsi que les infirmeries/dispensaires de soins sont les premiers niveaux de contact des services de santé avec la population.

Avec 1204 CSCOM, ce niveau offre le Paquet Minimum d'Activité (PMA) constitué de soins curatifs, préventifs, promotionnels et la gestion. En cas de complications, il réfère les patients au CSRéf avec un traitement de pré transfert. Le CSCOM coordonne et supervise toutes les activités des sites ASC.

❖ **Centre de Santé de Référence (CSRéf) composé de soixante-trois (63 en 2014) :**

**Premier niveau de référence**

Le CSRéf est le deuxième niveau de contact avec la population et le premier niveau de référence des services de santé. Tous les CSRéf sont dotés de bloc opératoire pour la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement et autres (annuaire statistique du Ministère de la Santé du Mali, 2014). L'équipe cadre du district sanitaire inclut un médecin-chef de district qui est sous l'autorité administrative du Préfet du cercle et technique de la Direction régionale de la santé qu'elle représente, et le personnel du Centre de Santé de Référence.

❖ **Le deuxième niveau de référence : régional ou niveau intermédiaire**

Il est représenté par les régions sanitaires qui sont placées sous l'autorité administrative du Gouverneur de la région et l'autorité technique du secrétariat général du ministre de la santé. Les directions régionales de la santé y sont les organes gestionnaires et sept (7) hôpitaux régionaux constituent les structures de prestations de soins.

❖ **Le niveau central :** Il est placé sous l'autorité et la tutelle du ministère chargé de la santé et est constitué sur le plan gestionnaire par le cabinet du ministre, le secrétariat général du ministre et les services centraux ; et sur le plan de prestation de soins de sept (7) Centres hospitaliers Universitaires ou hôpitaux nationaux de troisième référence.

**1.1.5 La politique nationale de la santé**

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1990 définit les grandes orientations du développement du Mali. Cette politique est fondée sur les principes des Soins de santé primaires (SSP) et de l'Initiative de Bamako. Après la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé, le PSPHR a permis d'expérimenter et d'accompagner le développement de l'approche sectorielle jusqu'en 1998 et de 1999 à 2007 le PDDSS a définitivement consacré l'approche sectorielle par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les secteurs à travers des organes de pilotages et une procédure financière préférentielle commune au lieu d'une multitude de procédures. Cependant la politique sectorielle a été reconfirmée et consacrée par la loi N° 02-049 du 22

juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé qui réprecise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ces principaux objectifs sont :

- L'amélioration de la santé de la population
- L'extension de la couverture sanitaire
- La recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- ✚ La différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception Hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle.
- ✚ La garantie de la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, la rationalisation de leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique.
- ✚ La participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation.
- ✚ La promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaire du système public. Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le gouvernement a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales aux niveaux communes et préfectures suivant le décret 02-314/P-RM du 04 juin 2002. La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et le politique national genre (2010).

#### 1.1.6 Les priorités sanitaires au Mali

**Paludisme.** Taux d'incidence du paludisme grave ==> 22,3‰

**Maladies diarrhéiques** Enfants de moins de 5 ans ==> 13%

**Infections Respiratoires aigües** Enfants de moins de 5 ans ==> 6%

**Malnutrition Enfants de moins de 5 ans** ==>38%

**Tuberculose** : Taux d'incidence estimé à 138 pour 100 000 hts en 2008

**VIH** : Taux de séroprévalence globale 1,3% Environ 15% de séropositivité chez les tuberculeux

Source : SNIS 2008

### 1.1.7 Les indicateurs de développement

**Tableau 1 : les principaux indicateurs de développements**

Indicateurs	Taux/Ratio	Source et année
Taux brut de natalité	49‰	RGPH 1998
Taux de croissance démographique	3,6%	RGPH 2009
Mortalité néonatale	35‰	EDSM 2012-2013
Mortalité infantile	58‰	EDSM 2012-2013
Ratio de Mortalité maternelle	368 pour 100 000 naissances vivantes	EDSM 2012-2013
Femmes recevant des soins prénataux	74,2%	EDSM 2012-2013
Accouchements par des professionnels	59%	EDSM 2012-2013
Taux Global de Fécondité Générale pour les 15-44 ans	212 ‰	EDSM 2012-2013
Prévalence du VIH dans la cohorte des 14-49 ans	1,1%	EDSM 2012-2013
Espérance de vie	55 ans	RGPH2009
Alphabétisation des 15-49 ans	29,9% (Sexe masculin = 38% ; sexe féminin = 21%)	EDSM 2012-2013
Population en dessous du seuil de pauvreté	47,6%	EMOP 2015
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	6,1	EDSM 2012-2013
Taux brut de scolarisation au primaire	60,5%	CREDD 2015
Taux de prévalence contraceptive	9,9%	EDSM 2012-2013
Pourcentage de la population vivant en milieu rural	75,2%	EDSM 2012-2013

### **1.1.8 Le système national d'information sanitaire (SNIS)**

Le système national d'information sanitaire comprend les personnes, les procédures et les matériels permettant de fournir l'information en temps voulu sous une forme appropriée pour les besoins des programmes nationaux et le partage avec les partenaires locaux et/ou internationaux. Le SNIS qui a pour fonction de fournir l'information nécessaire pour la gestion des programmes sanitaires englobe à la fois les données du secteur public, communautaire et privé.

Au Mali, le Système National d'Informations Sanitaire et Sociale (SNISS) a connu différentes étapes pour sa mise en place dont deux principales :

De 1987 à 1990 : Le système a connu un début d'informatisation avec la conception d'un logiciel "SNIS". L'analyse des annuaires statistiques sanitaires a commencé en 1988.

De 1993 à 2015, avec la nouvelle politique sectorielle de santé et de population, le Système National d'Information Sanitaire et Sociale a été centré sur les systèmes d'information sanitaire et Système d'Information Sociale. L'évaluation du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) en 2013 a recommandé entre autre la migration du logiciel DESAM vers la plateforme DHIS2 offrant plusieurs possibilités d'analyses et de contrôles de qualité. Les bases de données de certaines structures centrales telles que le PNLP ont été intégrées dans la plateforme DHIS2.

La disponibilité de l'information sanitaire fiable, complète et communiquée en temps opportun constitue un fondement d'une planification stratégique permettant de suivre les progrès accomplis dans les poursuites des objectifs du CSCR et OMD. Il donne un aperçu sur l'évolution de la performance des programmes de santé et le niveau de satisfaction des besoins en S&E et la mise en œuvre des principaux programmes. L'évaluation du SNIS à travers les outils du réseau métrologique sanitaire a relevé des insuffisances parmi lesquelles on peut citer :

- L'insuffisance de coordination du système d'information sanitaire
- L'insuffisance dans le financement du système d'information sanitaire
- L'insuffisance de l'intégration en tenant compte des données statistiques d'autres secteurs (secteur privé, établissement spécialisés et secteur hospitalier)
- L'insuffisance dans la diffusion et dissémination de l'information.

A l'état actuel la DNS produit l'annuaire statistique du SLIS d'une part et la cellule de planification sanitaire (CPS) produit l'annuaire statistique des hôpitaux d'autre part.

Pour le PDDSS l'option choisie reste une coordination d'ensemble et mise en cohérence des différents sous-ensembles afin de constituer un SNIS. L'annuaire statistique va prendre en compte l'ensemble des données de la pyramide sanitaire.<sup>14</sup>

### **1.1.9 Situation épidémiologique du paludisme au Mali**

Le paludisme est dû à un parasite du genre *Plasmodium*, transmis par des moustiques femelles du genre *Anophèles* qui en sont porteurs. Les populations les plus vulnérables des formes sévères du paludisme sont les enfants de moins de cinq ans ainsi que les femmes enceintes. C'est en Afrique au sud du Sahara que le fardeau du paludisme demeure le plus important. Cependant au Mali en 2017 le nombre de cas paludisme étaient 2097797 millions dont 1050 décès avec 673574 cas de paludisme grave. L'OMS a montré que dans 15 pays d'Afrique, le nombre de cas confirmés de paludisme, d'hospitalisation et de décès dus à cette maladie avait diminué de plus de 75 % au cours de la décennie écoulée

Ces progrès importants ont été accomplis grâce à la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide, au développement des programmes de pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent, pour la prévention, et à une plus grande utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, pour le traitement.

Au Mali, le paludisme est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes paient chaque année le plus lourd tribut à cette maladie.(Rapport 2017 PNLP)

## **1.2 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE**

### **1.2.1 Présentation du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)**

Le texte régissant la structure est le décret numéro 07-022/P-RM, du 18/07/2007, portant création du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), comme service rattaché au secrétariat du ministère de la santé.il est chargé de coordonner toutes les interventions de lutte contre le paludisme sur tout l'étendue du territoire

---

<sup>14</sup> [www.santé.gov.ml: annuaire](http://www.santé.gov.ml: annuaire)s statistiques/1-SNIS-2012

### **1.2.1.1 Vision**

Le Mali est résolument engagé dans une dynamique de développement humain durable tel que matérialisé dans le PDDSS 2014-2023 en cours de mise en œuvre d'où la vision du PNLP pour l'horizon 2030 "*Un Mali sans paludisme*".

### **1.2.1.2 Mission**

La mission du Programme est d'assurer à toute la population un accès universel et équitable aux interventions de lutte antipaludique dans le cadre de la politique nationale de santé

### **1.2.1.3 But**

Contribuer à la réduction du fardeau du paludisme à un niveau où il ne constitue plus une cause majeure de morbidité et de mortalité, ni une barrière au développement économique et social sur l'ensemble du territoire malien.

### **1.2.1.4 Objectifs**

- Réduire le taux de mortalité lié au paludisme d'au moins 50% par rapport à 2015
- Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 50% par rapport à 2015 ;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du Programme à tous les niveaux.<sup>15</sup>

### **1.2.1.5 Les orientations stratégiques**

- Cibler les interventions en fonction des caractéristiques épidémiologiques
- Maintenir un accès et une couverture élevée à travers des informations de qualité
- Renforcer l'approche communautaire
- Améliorer les capacités de coordinations et gestion
- Renforcer le partenariat notamment avec le secteur privé
- Contribuer au renforcement durable du système de santé
- Promouvoir les interventions de surveillance du paludisme

### **1.2.1.6 Organisation du PNLP**

Le PNLP est organisé en :

- Une direction dirigée par un directeur appuyé par un adjoint

---

<sup>15</sup> Plan stratégique national du Programme National de Lutte contre le Paludisme 2018-2022



- Des unités techniques : division planification et suivi-évaluation, unité administrative et financière, communication et mobilisation sociale, division prévention et prise en charge des cas, division surveillance épidémiologique
- Un personnel de soutien (secrétaires, assistants administratifs, standard reprographe, manœuvres chauffeurs), au niveau national et décentralisé

L'organigramme est présenté en annexe (annexe1)

#### **1.2.1.7 Les domaines d'activité**

- ✓ Prise en charge des cas
- ✓ Prévention :
  - Distribution de MILDA
  - Prévention du paludisme chez les femmes enceintes
  - Des mesures d'hygiènes et d'assainissement
  - Lutte anti-larvaire
  - Chimio prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de moins 5 ans
- ✓ Promotion : Information, éducation, communication et mobilisation sociale
- ✓ Recherche opérationnelle, Supervision et évaluation

#### **1.2.1.8 Les ressources du PNL**

##### **1.2.1.8.1 Ressources humaines**

Le PNL est dirigé par un directeur (master en ressources humaine) et aidé dans ses taches par les responsables des différentes division. L'effectif du personnel était de 46 en 2016 contre 35 selon le cadre organique. Les besoins non comblés en personnel concernent le recrutement d'un régisseur d'avance, d'un comptable et un entomologiste

##### **1.2.1.8.2 Ressources matérielles**

###### **❖ Les infrastructures**

Depuis sa création le PNL est depuis 2009 en bail au quartier Badalabougou dans local inadéquat et non fonctionnel pour l'accomplissement efficace de ses missions. C'est en décembre 2017 que le programme a déménagé dans nouveau local au quartier du fleuve.

###### **❖ Les logistiques roulantes :**

Le parc automobile est composés de :

- 15 véhicules 4x4 dont 7 en bon état ,2 passables et 6 en mauvais états
- 2 Toyota Prado V8 en bon état

Un camion

-61 motos dont 28 passables

### 1.2.1.8.3 Ressources financières

Le PNLN est financé par l'état mais il faut reconnaître qu'une bonne partie des fonds vient des bailleurs dans le cadre de la coopération du partenariat

### 1.2.1.9 Les partenaires

- partenaires multilatéraux et bilatéraux
- organisation non gouvernementale
- instituts de recherche : MRTC, INRSP, CNAM, FMPOS,
- ministères publics
- Secteur privé : Sanofi, Novartis, Orange Mali, Sotelma-Malitel, Rand gold et BICIM
- Société civile
- collectivités territoriales et organisations communautaires de base

**Tableau 2 : partenaires Financiers et les domaines d'intervention**

Domaines d'activités	Partenaires financiers
Administration et gestion	FONDMONDIAL,OMS,MEASURE,USAID/PMI,UNICEF , BANQUE MONDIAL, PSI-Mali
Prise en charge des cas	Save the Children,MSF,Worl Vision, Plan Mali ,Randgold
Prévention du paludisme pendant la grossesse	Save the Children,MSF,Worl Vision, Plan Mali ,Randgold ,PSI
Lutte anti larvaire	PSI, Plan Mali, MSF
Lutte contre l'épidémie du paludisme	OMS, PSI
Communication et mobilisation sociale	Orange Mali, Sotelma Malitel,BICIM
Recherche opérationnelle	OMS,USAID/PMI,PSI,Fond Mondial,OMVS,MSF ,SAVE the Children
Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	OMS, UNICEF, CRS, ACF, MSF
MILDA	USAID/PMI,PSI,OMS,UNICEF
Suivi-évaluation	OMS, UNICEF, Fond Mondial, Measure-Evaluation, Rand gold, BICIM, Banque Mondiale, PSI, Wold Vision, Plan Mali, Sanofi, Novartis

**Source :** Programme National de Lutte contre le Paludisme

## **1.2.2 Présentation de l'unité de suivi-évaluation du PNL**

Notre étude s'est faite au niveau de la division de Suivi-Evaluation du PNL qui est notre cadre d'étude

### **1.2.2.1 Objectifs**

- Harmoniser les concepts et les méthodes de suivi-évaluation du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer les capacités des structures et acteurs impliquées dans la gestion des données du paludisme;
- Développer des outils de qualité pour la collecte des données et le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux;
- Mettre en place un système d'assurance-qualité des données de paludisme à tous les niveaux ;

Constituer des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme

### **1.2.2.2 Organisation**

La division de suivi/évaluation et planification du PNL est organisé en 4 unités : planification, statistique, formation, documentation.

### **1.2.2.3 Activités**

Elles sont développées pour renforcer le système de suivi-évaluation du PNL 2018-2022 sont en rapport principalement avec :

- L'amélioration de la qualité des données du paludisme collectées et leur diffusion aux acteurs, partenaires et décideurs du pays au cours des réunions trimestrielles, des revues du Programme et à travers la publication d'un bulletin d'information.
- Les formations des personnes impliquées dans le système de suivi-évaluation des activités à différents niveaux, la gestion des données du paludisme et la standardisation des concepts et des méthodes. Cette formation concernera aussi le personnel des structures publiques que celui des structures privées et associatives ;
- La mise à disposition de moyens matériels et logistiques au profit des différentes structures impliquées dans la gestion des données de paludisme ;
- L'amélioration de la qualité des outils de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre des interventions à différents niveaux.

- La documentation des interventions de lutte contre le paludisme pour constituer des bases factuelles sur les indicateurs de performance se fera à travers des supervisions régulières, mais aussi des évaluations/enquêtes périodiques (EIP) ;

#### **1.2.2.4 Ressources humaines de l'unité de Suivi-Evaluation**

La division de Suivi & Evaluation est composée de :

- ✓ Au niveau central
  - un médecin de sante publique, chef de division ;
  - un médecin épidémiologiste ;
  - un Gestionnaire des données ;
  - deux assistantes en santé publique ;
  - un expert sante publique, point focal recherche ;
  - Un sociologue
- ✓ Au niveau des régions :
  - des points focaux régionaux en suivi-évaluation

#### **1.2.2.5 Gestion de collecte des données**

##### **❖ Outils et méthode de collecte des données:**

Les informations sur le paludisme seront recueillies à travers les outils intégrés de collecte et de suivi mis en place dans le cadre du SIS, de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte (SIMR) à ou des sites sentinelles. Depuis 2016, le Mali à l'instar d'autres pays de la sous-région a commencé l'implémentation du D HIS2et le rapport mensuel d'activité (RMA) intègre tous les programmes.

##### **❖ Méthode de collecte des données**

La collecte des données sur le paludisme pour la mise à jour régulière des indicateurs se fera comme suit :

##### **➤ Les données de routine SNIS**

Sur la base des outils de collecte intégrés, les informations seront transmises au niveau central par les différentes formations sanitaires à travers des rapports de routine ou à l'occasion d'activités de monitoring auxquelles sont associées toutes les parties prenantes.

##### **➤ Les enquêtes /évaluation**

- **Les enquêtes de ménages** : de type Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM), Enquête des Indicateurs du Paludisme (EIP) ou Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples

(MICS) peuvent être qualitatives et/ou quantitatives et permettront de renseigner sur les connaissances, attitudes et pratiques.

**Les enquêtes dans les formations sanitaires :** des évaluations rapides d'impact seront réalisées en utilisant les données logistiques et épidémiologiques de routine dans les formations sanitaires.

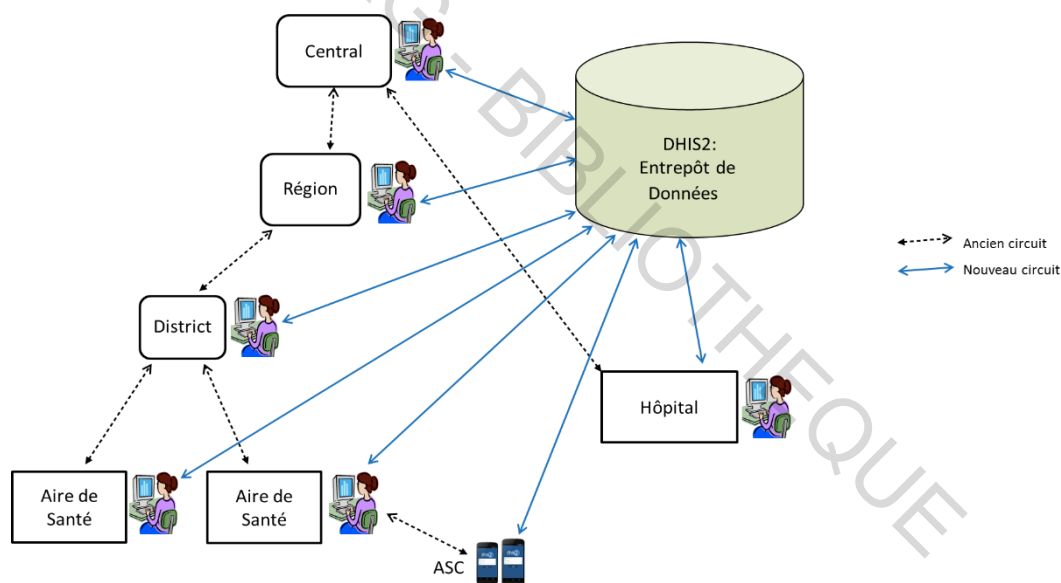
➤ **Sites sentinelles de surveillance**

Ce sont des Centres de Santé de Référence (CS Réf) sélectionnés pour fournir mensuellement des informations sur les cas de paludisme vus en consultations externes et/ou hospitalisés, les cas de décès ainsi que certains indicateurs de soins et de couverture.

Ils informent sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme et donnent de manière générale les tendances dans les différents sites

❖ **Circuit de la transmission**

La transmission des données du paludisme au Mali se fait selon le schéma ci-dessous :



**Figure 3 : circuit officiel de la remontée des données du paludisme**

Source : Plan de S & E 2018-2022

C'est à travers ce circuit que se fait la transmission des données de routine sur le paludisme pour les statistiques sanitaires du pays. Les différentes structures sanitaires transmettaient leurs données vers le niveau central de façon trimestrielle à travers les Rapports trimestriels d'Activités. Ce rapport a été révisé en 2015 dans le cadre de l'intégration de l'ensemble du système d'information sanitaire du Mali dans la plateforme DHIS2. La fréquence de rapportage est désormais mensuelle à travers le rapport mensuel d'activités.

### ❖ **Lieu de stockage des données du programme**

Les rapports papiers sont stockés au niveau communautaire, niveau aire de santé et niveau district. Les rapports électroniques sont stockés au niveau district, régional et central.

### ❖ **Traitement, analyse et interprétation des données**

Dans la perspective de la mise en place d'une base de données sur le paludisme au niveau du PNLP (Logiciel OMS/Partenaires), le traitement des données doit s'améliorer qualitativement avec des possibilités de vérification et de nettoyage avant la production de rapports sur les indicateurs essentiels. Le système d'information sanitaire est dévolu à la plateforme de DHIS2 depuis 2016. Cette plateforme permet le traitement automatique et l'analyse des données.

Après l'analyse des données, une retro information est faite aux différentes structures concernées.

### ❖ **Contrôle qualité des données et diffusion des informations validées**

Le contrôle de la qualité des données et leur validation sont faits soit lors des supervisions assurées par les différents niveaux d'encadrement (équipes du PNLP, de la Direction Régionale de la Santé et du District Sanitaire), soit lors des revues périodiques des données ou soit à l'occasion des réunions trimestrielles organisées au niveau des Districts.

Aussi, des audits périodiques de la qualité des données sont réalisés. .

### ❖ **Dissémination des données**

Les données du paludisme, une fois validées au cours des ateliers de revue, sont consignées dans des rapports techniques détaillés dans un premier temps, puis dans un bulletin d'information PNLP qui sera par la suite diffusé aux décideurs nationaux, aux acteurs et aux partenaires appuyant la lutte contre le paludisme. De même, ces données sont publiées dans l'annuaire des statistiques sanitaires paraissant chaque année sur le site web du Ministère en charge de la Santé. Les différents événements organisés sur le paludisme au niveau national et international constituent aussi une opportunité pour présenter ces données et les consigner dans diverses publications.

### ❖ **Utilisation de l'information**

Les données sont utilisées pour plusieurs raisons :

- Comprendre la situation actuelle du paludisme dans la population ;

- Prendre des décisions basées sur des données de qualité ;
- Revoir la politique de lutte contre le paludisme et la mise en œuvre du programme ;
- Mettre en œuvre d'autres interventions pour améliorer les résultats réalisés en matière de lutte contre le paludisme.

#### **1.2.2.6: Bases de données du PNLP**

La division planification, suivi-évaluation doit avoir une base de données comprenant toutes les données en rapport avec le paludisme générées par les districts sanitaires, les EPH, le PNLP, d'autres services du Ministère en charge de la santé, les bureaux de l'office national des statistiques, les ONG et autres partenaires. Cette base doit être dynamique et sa mise à jour devra être assurée par le statisticien/démographe et le gestionnaire de données.

La base de données du paludisme devrait comprendre 2 éléments de gestion de données :

- supports physiques: comme les rapports des activités de monitoring et de supervision fournis par le PNLP et les partenaires ;
- supports électroniques: la gestion de données se fait à travers une base de données électronique<sup>16</sup>

#### **1.2.2.8. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du PNLP**

##### **❖ Forces**

- Existence et dissémination d'un plan de S&E harmonisé et aligné au PSN en vigueur ;
- Mise à disposition d'outils de collecte de données sur le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Intégration de la remontée électronique des données au DHIS2 dès 2016 ;
- Disponibilité de certaines données d'impact et de couverture à jour grâce aux enquêtes réalisées en collaboration avec les partenaires ;
- Existence de sites sentinelles de surveillance ;
- Existence d'un comité national d'orientation impliquant les partenaires pour la coordination des activités du Plan d'action annuel du PNLP.
- Bonne collaboration du PNLP avec les instituts de recherche, notamment dans les domaines en rapport avec la surveillance épidémiologique et les aspects parasitaires et entomologiques ;

---

<sup>16</sup> Plan de suivi et évaluation du Programme National de Lutte contre paludisme 2018-2022

- Amélioration du système de contrôle des données du paludisme grâce aux revues périodiques et l'audit de qualité des données à tous les niveaux.

❖ **Faiblesses**

- Faible implication des acteurs du secteur privé, confessionnel et parapublic dans les activités de lutte contre le paludisme
- Irrégularité dans la fonctionnalité de certains groupes thématiques
- Irrégularité dans la réalisation des supervisions à tous les niveaux
- Insuffisance des moyens logistiques et financiers pour la mise en œuvre des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Absence de répertoire des agents formés au niveau de certains districts et régions
- Non dissémination à certains districts et régions de certains documents normatifs

❖ **Opportunités**

- Collaboration avec des partenaires
- Collaborations avec d'autres secteurs
- Politique de la gratuité du paludisme chez les enfants de 0-5ans
- Prévention du paludisme chez la femme enceinte

❖ **Les menaces**

- Faible utilisation de l'information pour la prise de décision
- Faible contribution de l'État
- Rareté des ressources financières
- Pérennisation du S&E
- Insuffisance et instabilité du personnel qualifié aux niveaux régional et opérationnel dû à l'insécurité du pays
- Détournements de fonds mondial

### **1.2.3 Identification des problèmes et priorisations**

#### **1.2.3.1 Identification des problèmes**

Nous avons identifié et priorisé les problèmes recensés au niveau du Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP)

La technique groupe nominal a été utilisée



Après avoir eu un entretien avec le personnel et les responsables de l'établissement, nous avons obtenu des informations qui nous ont permis de recenser un certain nombre de problèmes dont les plus fréquents sont les suivants :

1. Qualité des données
2. Surcharge de travail
3. Retard dans la dissémination des résultats de recherche
4. Manque de formation des agents sur les outils informatiques
5. Manque de pertinence des données
6. Manque d'exactitude, de complétude et promptitude des données
7. Lenteur dans prise de décision suite à la lourdeur administrative

### **1.2.3.2-Priorisation des problèmes**

Pour ce qui est de la priorisation du problème, nous avons convenu, avec les membres de l'équipe cadre du PNLP, des critères valides par le groupe pour hiérarchiser les problèmes.

Un groupe de travail a été constitué. Il s'agit:

- Le chef de division S&E
- Le conseiller technique managérial fond mondial au près du PNLP
- Le responsable du bureau de gestion des données

Nous avons, par la suite, procédé après discussion, au choix du problème prioritaire après avoir trié la liste des problèmes recensés. La priorisation s'est basée sur les critères suivants:

#### **❖ Importance du problème :**

Il s'agit de voir si le problème entrave l'atteinte des objectifs du service ou de l'établissement.

#### **❖ L'ampleur du problème**

Désigne la fréquence, la récurrence, l'incidence, l'étendue du problème, s'il touche plusieurs secteurs et son impact sur le fonctionnement de la structure.

#### **❖ La perception du problème**

Désigne comment le personnel ou la structure perçoit le problème et son adhésion à la résolution du problème.

#### **❖ La solvabilité**

Désigne l'existence de solutions possibles, et la possibilité de mise en œuvre des moyens nécessaires à la résolution du problème.

Pour chaque problème identifié, chaque membre du groupe a attribué un certain nombre de points par critère en fonction de l'échelle ci-dessous

**Niveau faible = 1 point**

**Niveau moyen = 2 points**

**Niveau élevé = 3 points**

**Tableau 3: Priorisation des problèmes**

Critères Problèmes	Importance	Ampleur	Perception	Solvabilité	Total	Score
Qualité des données	5	5	5	5	20	1 <sup>er</sup>
Surcharge de travail	4	5	5	3	17	2 <sup>eme</sup>
Manque de pertinence des indicateurs	5	4	4	3	16	3 <sup>eme</sup>
Manque d'exactitude, de complétude et de promptitude des données	5	5	3	1	14	4 <sup>eme</sup>
Lenteur dans la prise de décision suite à la lourdeur administrative	2	2	3	2	9	5 <sup>eme</sup>
Retard dans la dissémination des résultats de recherche	1	1	3	2	7	6 <sup>eme</sup>

**Source** : nous-mêmes

Après cette priorisation, **la mauvaise qualité des données** a été retenue comme problème prioritaire ; problème auquel nous allons tenter d'apporter notre modeste contribution au PNLP.

## **CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

Il s'agit pour nous de présenter dans ce chapitre la problématique et la définition des concepts.

## **2.1 Enoncé du problème**

Le paludisme demeure encore un problème de développement dans 15 pays d'Afrique subsaharienne représentant 80% du nombre de cas dans le monde. Le Mali figure parmi les pays les plus touchés en Afrique et s'est engagé ainsi à éliminer le paludisme à l'instar de la communauté internationale à travers la cible 3.3 de l'ODD.

Certaines des problématiques empêchant le Mali d'avancer sur la voie de l'élimination sont, en particulier, l'insuffisance de financements durables, les risques liés à l'insécurité, les changements climatiques, l'émergence de la résistance du parasite aux médicaments antipaludiques et la résistance du moustique aux insecticides et surtout la mauvaise qualité des données produites par les acteurs du système.

Pour une meilleure performance de nos programmes la prise de décisions doit être éclairée par les données et les informations de qualité qui constituent un appui référentiel à des actions efficaces et efficientes.

Devant cette situation il devient alors difficile d'évaluer les tendances du paludisme afin de contrôler la voie vers son élimination au Mali.

## **2.2 Ampleur du Problème**

La qualité des données sur le paludisme a toujours été déplorée par les acteurs du programme à plusieurs occasions, notamment :

- ✓ Lors des supervisons sur le terrain
- ✓ Lors des revues trimestrielles des données du paludisme au niveau district
- ✓ la restitution des rapports sur les indicateurs par les cscm et les hôpitaux régionaux.

Ce constat a déjà fait par Dr Sidibé F<sup>17</sup> dans son mémoire en 2011 où la complétude des rapports sur le paludisme du district sanitaire de la commune V était à 45%

## **2.3. Les conséquences du problème**

Les données de mauvaise qualité c'est-à-dire (inexacte, non fiable, incomplète, inopportune) conduisent nécessairement à une prise de décisions erronées. La gestion du programme au moment où le Mali est en phase de contrôle pour une élimination du paludisme requiert sans aucun doute des informations de qualité. Lorsque les informations ne sont pas fiables, les conséquences sur la gestion du programme sont énormes en terme de: erreur de planification,

---

<sup>17</sup> Sidibé Contribution à l'amélioration de la qualité des données du paludisme du district de commune V au Mali. Mémoire fin d'étude GPS CESAG 2011

ruptures de stock d'intrants (TDR MILDA CTA réactifs de laboratoire etc.) ou surstock, stratégies inefficaces et inappropriés, recrudescence des cas de paludisme. Dans ces conditions, le pays aura du mal à atteindre ses objectifs d'élimination.

## **2- 4 Justification de l'étude**

Au Mali, le paludisme est un problème de santé publique et de développement avec des répercussions socioéconomiques qui ont justifié son engagement, à travers l'ODD3, aux stratégies d'élimination du paludisme. Il est dès lors important pour le PNLP d'avoir des informations de qualité. Si le système de suivi-évaluation est bien conçu, il permet : d'améliorer constamment le processus de planification, de dégager des enseignements, afin de prendre des mesures correctives. Il permet aussi de bénéficier de possibilités d'échanges entre acteurs de la santé, d'une meilleure documentation des pratiques innovantes et de guider l'élaboration de politiques et de plans sanitaires nationaux.<sup>18</sup>

Cependant la gestion des données paludisme au Mali souffre d'insuffisances qui entravent la qualité des données. Afin d'apporter notre contribution à cette problématique nous avons choisi de travailler au PNLP à la division du suivi-évaluation pour mieux apprécier la qualité des données sur le paludisme.

## **2.5 Revue de la littérature**

Selon l'OMS, plus des deux tiers de la population mondiale vit dans des pays qui n'établissent pas de statistiques fiables sur la mortalité par âge, par sexe et par cause de décès – l'un des indicateurs sanitaires les plus importants pour comprendre quelle est les priorités d'un pays en termes de santé. La moitié seulement des pays ont rapporté à l'OMS des données sur les causes de décès en 2014, et plus de 100 pays ne disposent pas de systèmes fiables pour enregistrer les naissances et les décès. De nombreux pays n'ont pas de données de qualité sur leurs personnels de santé ou pour leur système de financement de la santé.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr) : surveillance-monitoring-and-évaluation

<sup>19</sup> OMS : « Conférence ministérielle d'Alger sur la recherche pour la sante dans la région africaine » : Systèmes d'information sanitaire en Afrique : Ressources, Indicateurs, Gestion, Diffusion et Utilisation des données, p.2

Au Sénégal, il se pose un réel problème d'intégrité des données au niveau des structures sanitaires malgré la disponibilité des outils de collecte, la formation et la supervision des prestataires. Une étude faite en juillet 2017 par l'agence belge CTBL-Sénégal, montrent qu'entre les données des rapports globaux de zones et celles du DHIS2 qui est un outil informatique de la gestion des données en ligne, l'exactitude ne dépasse pas 50%. Les résultats mettent en évidence la récurrence et l'ampleur de l'inexactitude des données sanitaires.

Au **Mali** Dr Dieng M : trouve 100% de complétude des rapports, 25%,33%,41% comme les plus faibles scores de promptitude dans le Touba dans son mémoire en 2004. Il note également l'authentification des rapports par l'opposition de la signature du responsable et l'absence de supervision dans les postes de santé par le district<sup>20</sup>

Au **Niger** le conseil de qualité a estimé que la supervision était la principale filière pour l'introduction de l'assurance qualité afin de déceler les problèmes et d'y apporter des solutions. L'analyse du système de supervision a révélé de sérieuses carences dans ce domaine imputables à :

- un manque de temps des superviseurs ;
- un manque de ressources pour mener cette activité, dû aux contraintes budgétaires;
- un manque de formation de la plupart des cadres à tous les niveaux du système sanitaire en matière de supervision.

En **Zambie** les problèmes de la supervision des programmes de santé sont liés à l'organisation des visites qui ne dure que quelques heures. De plus elle est devenue une activité de routine car les superviseurs utilisent des listes de contrôle sans préparation préalable et se focalisent surtout sur l'inspection des locaux et des dossiers plutôt que sur les ressources humaines. Ceci contribue à la démotivation du personnel avec comme conséquence une diminution de la qualité et de la performance du programme.

## 2.5 Intérêts de l'étude

- **Pour le MALI** cette étude contribuera à améliorer la performance du Programme permettant ainsi d'honorer son engagement à relever le défi de la lutte contre le paludisme

---

<sup>20</sup> Dr Dieng M. Evaluation de la qualité des données sur l'immunisation des enfants de 0-5 ans en 2003 dans le district sanitaire de Touba, Sénégal //Mémoire DUI /EPIVAC, IRSP/OMS Ouidah :[S.N],2004

- **Pour le PNLP** : cette étude aidera à renforcer l'efficacité et la pertinence de son dispositif de suivi et évaluation existant et apporter au moment opportun les mesures correctives
- **Pour le CESAG** : cette étude sera un support pédagogique de plus pour renforcer les bases de données de l'établissement dans le domaine de la gestion des programmes de santé. Elle permettra à d'autres stagiaires d'enrichir leur connaissance en suivi et évaluation
- **Pour le stagiaire que nous sommes** : l'étude permettra de mettre en pratique les outils théoriques acquis au cours de notre formation de dérouler une méthodologie de résolution de problème sur un sujet que nous trouvons pertinent

## 2.6 But et Objectifs

### 2.6.1 But

Notre étude vise à contribuer à l'amélioration de la performance du système de suivi et évaluation du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du MALI

### 2.6.2 Objectifs

- **Général** :

Evaluer la performance du système de suivi-évaluation du PNLP

- **Spécifiques**

- Mesurer les capacités de gestion des données du système de suivi-évaluation du PNLP
- Evaluer la qualité des données du paludisme
- Proposer un plan de résolution de problèmes

## 2.7 Cadre conceptuel

Un concept est un ensemble de principes et de théories permettant de comprendre et de résoudre un problème de recherche. Son but est d'aider le chercheur à identifier les informations et les données dont il a besoin pour orienter le travail de recherche, expliquer une situation problématique et construire une situation idéale.

Cette section portera donc, essentiellement sur la définition de concepts

### 2.7.1. Définitions des concepts

- **Les données**: Ce sont des faits bruts (non traités) collectés formant les bases de notre connaissance.

- **Information** : Selon **G. Davis**, « L'information représente les données transformées sous une forme significative pour la personne qui les reçoit, elle a une valeur réelle (ou perçue) pour ses décisions et ses actions.<sup>21</sup>
- **Le système d'information sanitaire : (SIS)** est un système qui produit un soutien informationnel spécifique au processus de prise de décisions à chaque niveau du secteur de la santé
- **Le suivi** : consiste à collecter et à analyser systématiquement l'information pour suivre les progrès réalisés par rapport aux plans établis, et vérifier leur conformité avec les normes établies.

Il permet d'identifier les tendances et les schémas qui se dessinent, d'adapter les stratégies et de guider la prise de décisions relatives à la gestion du projet/programme<sup>22</sup>

- **L'évaluation** : est l'examen systématique et objectif d'un projet, programme et politique, en cours ou achevé. Elle permet non seulement de faire l'analyse rigoureuse de la pertinence de l'accomplissement des objectifs, l'efficacité, l'efficience, la viabilité et la durabilité du projet mais aussi de déterminer le niveau de réalisation des objectifs fixés et contribue surtout à la prise de décision.

**Système de suivi-évaluation** : est l'ensemble des processus de planification, de collecte et de synthèse de l'Information, de réflexion et de présentation de rapports indiquant les moyens et compétences nécessaires pour que les résultats du S&E apportent une contribution utile à la prise de décisions et à la capitalisation dans le cadre d'un projet<sup>23</sup>

- **Qualité** : ISO (International Standard Organisation) définit le concept de qualité comme étant, l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui satisfait autant les besoins implicites, qu'explicite d'un utilisateur.
- **La qualité des données** : On considère généralement des données comme étant des données de qualité (ou suffisamment de qualité) lorsqu'il est approprié de les utiliser pour l'objet en question.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> G.B.Devis & all, système d'information pour le management, Economica, 1986

<sup>22</sup> www.ifrc.org. Guide pour le suivi et l'évaluation de projet/programme PDF pages 14,16

<sup>23</sup> Ahmadou Traore codex cour suivi, évaluation, suivi-évaluation. CESAG, Dakar

<sup>24</sup> Khady Seck Diop, codex système d'information sanitaire, MBA-GSS, CESAG, DAKAR 2018



- **Assurance qualité des données** : est un système pour s'assurer que les données sont collectées, suivies, transformées en informations utiles et interprétées de manière à maintenir une qualité et une précision élevées pour tous les utilisateurs
- **Les dimensions des qualités des données**  
La qualité des données est appréciée par :
  - **L'exactitude** : Les données exactes sont des données correctes, qui réduisent les risques d'erreur à un point négligeable. Des données exactes contiennent des erreurs et une partialité minimale.
  - **La fiabilité** : Les données sont fiables lorsqu'elles sont collectées et mesurées et ne changent pas selon celui qui les utilise, quand et comment il les utilise.
  - **La précision** : La précision signifie que les données sont suffisamment détaillées pour mesurer les indicateurs conformément à la définition de ce dernier<sup>25</sup>
  - **L'exhaustivité ou complétude** : L'exhaustivité signifie que le système d'information dont les résultats proviennent, tient compte de toutes les données qui devraient être collectées et rapportées.
  - **La promptitude** : Elle renvoie à la rapidité, au respect des échéances de transmission des données.
  - **L'intégrité** : On parle d'intégrité quand les données générées par le système d'information d'un programme sont protégées contre des distorsions délibérées ou des manipulations quelconques.
- **Utilité et Utilisation de l'information** : Un système d'information ne porte vraiment ce nom que lorsqu'il est utile à la prise de décision. Cette caractéristique s'acquiert lors du développement du système d'information (SI) par l'analyse des décisions que doivent prendre les gestionnaires (*Rochon et coll., 1977*)
- **Indicateur** : un indicateur est une variable qui mesure un changement objectif <sup>26</sup>
- **Assurance qualité des données** : est un système pour s'assurer que les données sont collectées, suivies, transformées en informations utiles et interprétées de manière à maintenir une qualité et une précision élevées pour tous les utilisateurs

---

<sup>25</sup> [www.globalhealthlearning.org:qualité des données](http://www.globalhealthlearning.org:qualité%20des%20données)

<sup>26</sup> AMANI KOFFI, codex suivi et évaluation GPS 2018

- **La performance d'un système d'information** : un système d'information est performant lorsqu'il produit de l'information de qualité qui est utilisée pour la prise de décision

### 2.7.3. Les outils de contrôle de la qualité des données

#### ✚ Le RDQA (Routine Data Quality Assessment)

L'utilisation de cet outil, permet de :

- vérifier rapidement la qualité des données rapportées pour les indicateurs principaux dans des sites choisis, ainsi que la capacité des systèmes de gestion des données à collecter, contrôler et rapporter des données de qualités

- de suivre les améliorations de capacité et la performance de la gestion des données ainsi que le système de transmission.

Les utilisateurs potentiels du RDQA, incluent des directeurs des programmes, des superviseurs et le personnel de S&E aux niveaux nationaux et périphériques, aussi bien que les bailleurs de fonds.

#### ✚ Le DQA (Data Quality Audit)

L'AQD complète le « cadre de S&E et de la qualité des données » du Fonds Mondial.

L'objectif global de son utilisation reste l'audit de la qualité des données. Il permettra d'évaluer la qualité des données en termes d'exactitude, complétude, promptitude et disponibilité.

**Tableau 4 : Différences entre les outils DQA et RDQA**

<b>DQA</b>	<b>RDQA</b>
Evaluation par une équipe externe	Auto-évaluation du Programme
Conduit par une équipe externe d'audit	Utilisation flexible par les programmes pour la supervision ou préparer un audit externe
Contribution limitées par les programmes	C'est le programme qui développe et met en œuvre son propre plan d'action
Objectif de contrôle	Objectif d'amélioration

**Source : Measure Evaluation**

Dans le cadre de notre travail, nous allons utiliser le RDQA

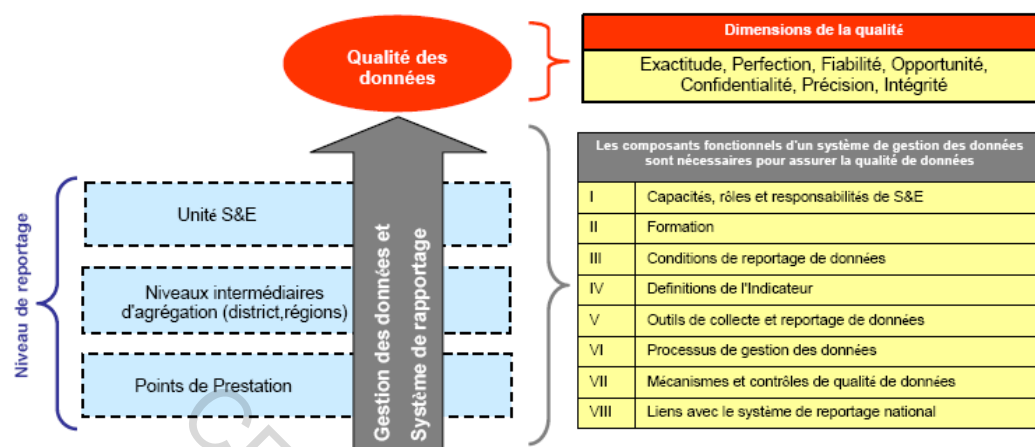
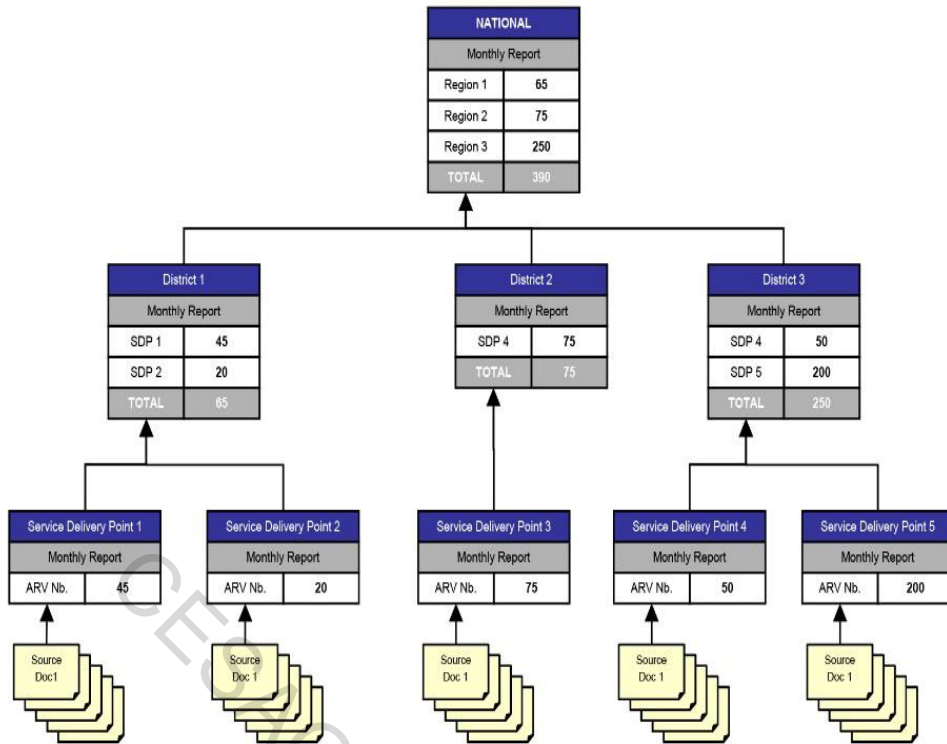


Figure 4 : Cadre conceptuel du RDQA

Source : Measure Evaluation

#### 2.7.4 Méthodes de vérification

C'est un processus qui consiste à tracer et vérifier les données à partir d'un point de prestation de service en passant par le niveau intermédiaire d'agrégation jusqu'au niveau de l'unité de S&E au niveau national ;



**Figure 5 : Méthode de vérification des données et reportage**

Source : Measure Evaluation

## DEUXIEME PARTIE

# CADRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS DE L'ETUDE

---

## **CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE**

### 3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qualitative et quantitative. La méthodologie utilisée est celle de la résolution des problèmes qui se repose sur la logique suivant:

- Priorisation des problèmes;
- Identification des causes;
- Hiérarchisation et priorisation des causes recensées;
- Choix de la cause prioritaire;
- Identification des Solutions possibles;
- Choix de la solution prioritaire fiable et réaliste;
- Mise en œuvre de la solution choisie

### 3-2. Population d'étude

Elle composée de :

- personnel de la direction et de la division de suivi-évaluation du PNLP
- Prestataires de l'hôpital du Mali (major des urgences et gestionnaire principal) de données

### 3.3 Déroulement de l'étude

L'étude s'est étendue sur 3 mois du 02 Août au 30 Octobre 2018. Le tableau ci-dessous renseigne sur le déroulement de l'étude..

**Tableau 5: Déroulement de l'étude**

Activité	Période											
	Aout				Septembre				Octobre			
Période	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revue de littérature												
Elaboration du plan de travail												
Prise de contact avec les responsables												
Collecte des données												
Analyse et interprétation des résultats												
Restitution												
Rédaction de mémoire												

### **3.4 Échantillonnage :**

Il est fondé sur le choix raisonné car la spécificité de l'étude nous conduit à porter le choix sur les personnes impliquées dans les processus de gestion des données.

#### **3.4.1 Choix du site**

Le choix du site se porte sur l'hôpital du Mali spécifiquement au service d'accueil des urgences.

#### **3.4.2 Période de l'étude**

Nous nous sommes intéressés aux données de routine du mois Aout 2018

#### **3.4.3 Choix des indicateurs**

L'Indicateur choisi est le nombre cas de paludisme grave chez les personnes âgées de 15- 40 ans.

Critère d'inclusion : tout patient âgé entre 15 et 40 ans qui vient pour une fièvre et des troubles de la conscience avec confirmation du paludisme par la goutte épaisse et le TDR.

### **3.5 Méthode et outils de collecte**

Nous avons procédé à une revue documentaire au PNLP, des entretiens individuels et l'administration de questionnaires élaborés à partir de l'outil RDQA.

### **3.6 Méthode de vérification des données**

L'exercice de vérification des données s'est fait à deux niveaux : vérifications des données d'abord au niveau de la division de suivi-évaluation du PNLP puis vérifications approfondies au niveau du site de prestations de services qui est l'hôpital du MALI.

Au niveau central : Passage en revue la synthèse mensuelle du site de l'hôpital du Mali du mois d'aout 2018 pour vérifier s'il est disponibles et archivé dans un lieu sécurisé, Complet (tous le rapport attendus de l'hôpital ont été reçus) et Arrivent à temps pour chaque mois.

Comparaison des données des rapports reçus au niveau de l'hôpital, les comparer à celles soumises au niveau central (PNLP, unité de suivi évaluation) et identifier les raisons d'une quelconque différence. Nous avons confronté les données du rapport e support dure aux données du rapport version électronique.

✚ Au niveau de l'hôpital du Mali

-Au service des urgences, nous avons demandé :

- la disponibilité rapport du mois d'aout 2018 au major du service des urgences



- la date de transmission du rapport pour calculer la promptitude
- Les documents sources qui sont les dossiers des patients hospitalisés au mois d'aout pour vérifier les cas de paludisme grave confirmés et compter le nombre exact

Nous avons comparé ces valeurs au nombre rapporté par le site et identifier les raisons pour les différences observées.

-Au bureau du gestionnaire des données nous avons demandé :

- La disponibilité des rapports des services qui traitent les cas de paludisme grave
- Date de réception des rapports avec le support de notification pour la calculer la promptitude
- La synthèse du mois d'aout des cas de paludisme grave pour les compter et les confronter avec les données du service d'urgence (calcul de l'exactitude) ;

Nous avons vérifié la **complétude des données** : vérifier si tous les items des rapports produits ont été renseignés

✚ Au niveau de la division suivi –évaluation du PNL

Nous avons demandé à consulter la base de données pour vérifier le rapport du mois d'Aout sur les cas de paludisme grave et la date de saisie sur le DHIS2 pour calculer la promptitude.

Nous avons vérifié **l'exactitude les cas de paludismes grave rapportées par le service d'urgences de l'hôpital du MALI**

### 3.7 Traitement de données et Analyse

Le traitement des données a été fait à l'aide du logiciel Excel 2016, qui a servi à représenter les tableaux et les graphiques.

Les questionnaires ont fait l'objet d'une saisie simultanée avec le logiciel word L'outil **RDQA** développé par MEASURE Evaluation a été utilisé pour enregistrer et analyser les données recueillies.

Pour la **complétude**, il s'agit de calculer le rapport:

Nombre de rapports reçus pour une période donnée

Nombre de rapports attendus pour la même période

Pour la **promptitude**, il s'agit de calculer le rapport:

Nombre de rapport reçus dans le délai fixé

Nombre de rapport attendus dans le même délai

Pour l'**exactitude**, nous avons comparé l'indicateur figurant dans les documents sources (registres, dossiers des patients...) avec celui se trouvant dans la base de données (l rapport mensuel,) de l'hôpital, en faisant le décompte.

Les données issues de l'enquête seront saisies et traitées à l'aide de word et du tableur Excel qui a servi de tableau et graphique, et les informations produites ont été analysé qualitatives et quantitativement et comparer aux données actuelle des littératures

### **3.8 Limite et contraintes**

Notre étude est confrontée à quelques limites

- disponibilité du personnel
- Insuffisance de ressources financières et matérielles pour inclure d'autre site
- Refus de répondre au questionnaire

## **CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS**

Dans ce chapitre nous allons présenter et analyser les résultats réalisés sur le terrain

#### 4.1 – Description de la population d'étude

**Tableau 6 : Caractéristique de la population d'étude**

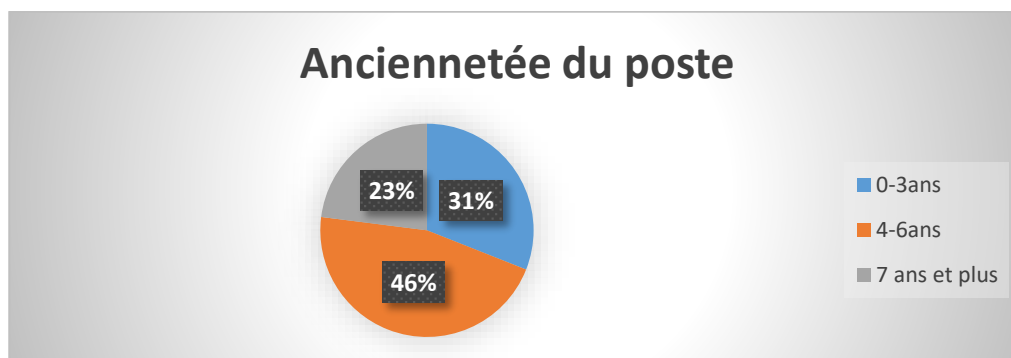
Formation	Poste du répondant	Service	Effectif	Total effectif
Médecin santé publique	Conseiller technique Fond mondial	PNLP	1	7
Médecin santé publique	Chef de division prévention et prise en charge	PNLP	1	
Médecin épidémiologiste	Chef de division Surveillance épidémiologique et recherche	PNLP	1	
Charge de communication	Administrateur de l'action social	PNLP	1	
Médecin épidémiologiste	Chargé de prévention	PNLP	1	
Journaliste réalisateur	Chef de division communication	PNLP	1	
Assistant santé publique social	Charge de la surveillance épidémiologique	PNLP	1	
Médecin sante publique	Chef de division suivi et évaluation	PNLP S/E		4
Médecin épidémiologiste	Chargé de la statistique(GDD)	PNLP S/E		
Médecin santé publique	Chef de la planification	PNLP S/E		
Assistante médicale sante publique	Chargée de formation en S/E			
Médecin sante publique	Gestionnaire des données	Hôpital du Mali	1	2
Infirmier d'état	Major du service des urgences	Hôpital du Mali	1	
Total			13	

**Sources :** Nous-mêmes

Nous constatons que le poste occupé par les personnes interrogées correspond tout à fait à leur profil aussi bien au niveau du PNLN qu'à l'hôpital du Mali. A l'hôpital le major du service des urgences a aussi en charge d'élaborer le rapport mensuel ; ceci pourrait s'expliquer par

une insuffisance en ressources humaines ou une absence de fiche de poste cumule de fonction. Cette surcharge de travail liée à un cumule de fonction peut être source démotivation.

#### 4.2 Ancienneté du poste



**Figure 6 : Ancienneté du poste**

**Source nous-mêmes**

Parmi les 13 personnes enquêtées 31% ont fait 3 ans de service, 46% entre 4-6 ans et 23% plus de 7 ans de service.

Si on considère que le fait d'occuper le même poste pendant plusieurs années améliore la qualité du travail réalisé et rendu, nous pouvons donc en déduire que seule 23% des personnes interrogées sont plus susceptible d'avoir les capacités de gestion du système de suivi et évaluation.

#### 4.3 Les capacité de gestion et responsabilité de la collecte et du reportage

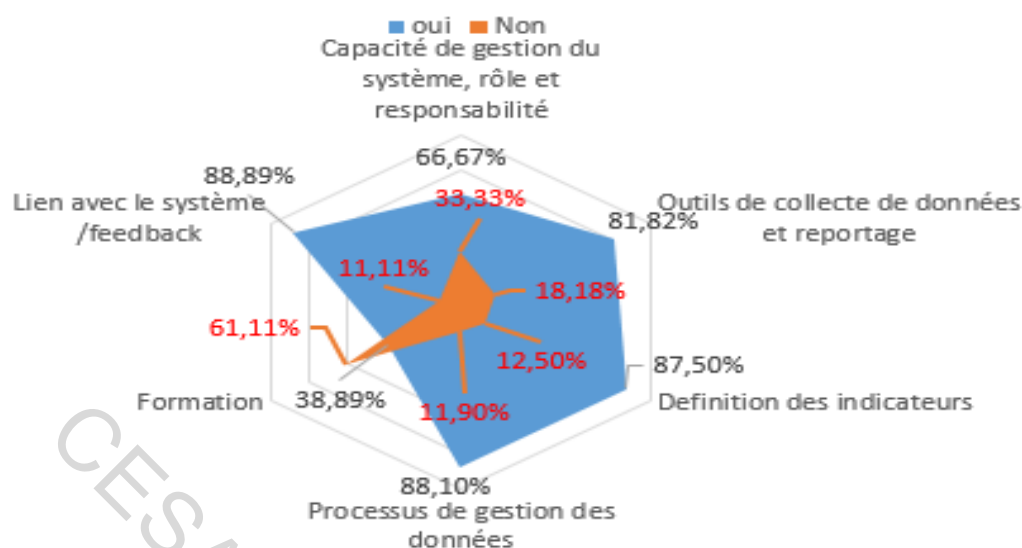
Sur le plan fonctionnel les structures de niveaux centraux assurent aussi des taches d'appui , d'accompagnement auprès de leur base respective. Cela nécessite une concertation et une communication régulière qui est indispensable pour assurer les synergies des interventions et la retro informations.

L 'évaluation du système de gestion de données du PNLP s'est faite avec les items ci-dessous

- Capacité de gestion du système, rôle et responsabilité
- Outils de collecte de données et reportage
- Définition des indicateurs
- Processus de gestion des données
- Formation
- Lien avec le système /feedback

Les résultats sont ci-dessous présentés :

### Evaluation du système de gestion des données du PNLP



**Figure 7 : Evaluation du système de gestion des données du PNLP**

**Source :** nous-mêmes

A travers le graphique ci-dessus, nous voyons le système de gestion remplit presque toutes les conditions. Cependant il y a des insuffisances dans la formation, les capacités en suivi-évaluation et définition des rôles et responsabilité des agents. la division de suivi évaluation doit avoir les capacités nécessaire en suivi –évaluation pour assurer sa mission de planification dans la perceptives d'élimination du paludisme au Mali

#### 4.4 Evaluation de la capacité de gestion de l'hôpital du Mali

La figure ci-dessous présente les résultats de la capacité de gestion de données de l'Hôpital du Mali. Cette évaluation se fait à partir des items suivants :

## Evaluation de la capacité de gestion de l'hôpital du Mali

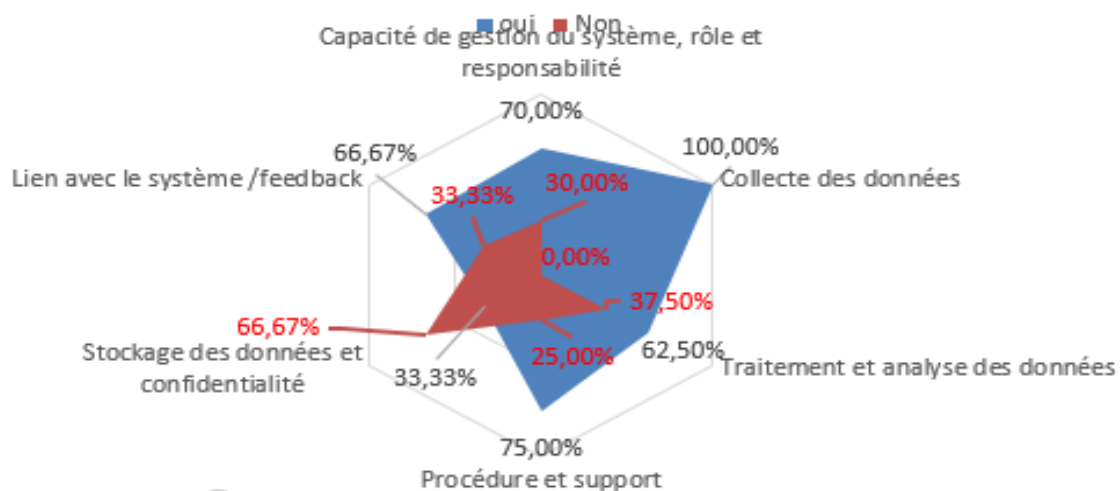


Figure 8 : Evaluation de la capacité de gestion de l'hôpital du Mali

Source : Nous-mêmes

Au niveau de l'hôpital les outils harmonisés assez conformes au système national sont utilisés. Les agents gestionnaires ont les capacités en suivi-évaluation avec des rôles et responsabilités définis, les données sont assez bien traitées et analysées et il existe des procédures de gestion des données du paludisme. Cependant il se pose la problématique du stockage et de la confidentialité des données des patients. L'insuffisance des mécanismes de stockage des données influence sur la disponibilité du document sources sur lesquels doivent se faire du contrôle de qualité.

### 4.5 Evaluation de la performance de la qualité de la donnée du paludisme

#### 4.5.1 Performance du rapport de l'hôpital du Mali

-Au niveau des urgences

-Disponibilité du rapport

La promptitude du rapport n'a pu être évaluée par manque de document source

L'exactitude des données : au décompte nous avons reçu 27 cas de paludisme grave

Et après vérification il y'avait 22 dossiers disponibles. Et l'erreur vient de la disparition de 5 dossiers non justifiés par le responsable

**Tableau 7: Exactitude des données**

Indicateur	Mois Aout	Valeur de l'indicateur à partir des rapports reçus	Valeurs de l'indicateur à partir des rapports soumis au niveau central	Taux d'exactitude
Nombre de personne âgé de 15-40 atteint de paludisme grave		22	27	27/22=122,72%

Le taux l'exactitude est 122,72% il y'a sous rapportage des données

- Au niveau du gestionnaire hôpital du Mali

**Tableau 8: Complétude et promptitude des rapports**

Rapport	Nombre de rapports attendus (A)	Nombre de rapport reçu (R)	Taux de complétude des rapports (R/A)	Nombre de rapports renseignant les items (c)	Taux de complétude des données (C/A)	Nombre de rapport transmis tous les 5 du jour du mois (T)	Taux de promptitude Des rapports (T/A)
Dossier patient	1	1	100%	1	100	5	100%

Bonne complétude car le rapport était exhaustif

La promptitude était bonne car le rapport est transmis selon le délai fixe

- L'exactitude des données : à la vérification au niveau de la base données à travers le DHIS2 La valeur de l'indicateur soumise par le major du service des urgences est égale celle agrégée à partir du rapport reçu, ce qui explique les taux d'exactitude à 100%.

-Au niveau centrale : avec le DHIS2 lors la vérification il ya bonne complétude, bonne promptitude, et bonne exactitude à 100%



## **TROISIEME PARTIE**

### **DETERMINATION DES CAUSES ET IDENTIFICATION DES SOLUTIONS**

---

## **CHAPITRE V : IDENTIFICATION DES CAUSES**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dans ce chapitre nous allons déterminer les causes des problèmes par deux approches : Les causes issues de la revue de la littérature et celle identifiées par notre étude, ensuite on fera une synthèse des causes grâce à la théorie des 5M de d'Ishikawa.

### 5.1 Causes décrite dans la littérature

Les performances des SSE des projets et programmes FIDA évalués en Afrique de l'ouest ,1994 ont été pour la plus part décevantes .L'une des difficultés raconter par les responsables de ce projet et programmes sur la mise place de leur plan de suivi évaluation et le manque de documentation pratique disponible et l'absence de système de référence desquels doit s'inspirer.<sup>27</sup>

Aussi une enquête portant sur le projet de la banque mondiale BM ,1999 a relevé que les trois quarts des SSE donnaient des résultats non satisfaisants.<sup>28</sup> Cela est lié essentiellement à la conception des plans de suivi évaluation qui se caractérisent souvent par le manque de rigueur dans la détermination des besoins en informations et des indicateurs de suivi, une confusion dans la définition des modes de traitement et de diffusion de l'information.

Pour MASSE L'information ne doit pas jamais circuler à sens unique car l'absence de feedback est un facteur de démotivation entraînant la non implication des différents acteurs pour l'obtention de donnée fiable<sup>29</sup> .

De même pour YATASSAYE, l'absence de formation pour le renforcement de la capacité des techniques contribue à une démotivation du personnel dans l'exécution de ses activités.<sup>30</sup>

D'après MASSE (1990), DUSSERE et al (1999), les responsabilités des agents en matière de S&E est leur motivation et la qualité de l'information. Toujours poursuivent ces auteurs l'absence de motivation de personnel dans un système peut influencer la circulation de l'information et son utilisation

De même pour Dr Alice Sar Barry le faible système d'archivage des supports de collecte et des rapports contribue à une mauvaise qualité.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> FIDA, Suivi dans les projets financés par FIDA en région sahélienne, Synthèse des débats, 1994

<sup>28</sup> Banque Mondiale, Evaluation de l'impact des projets sur la pauvreté. un manuel destine au Praticien ?

<sup>29</sup> MASSE G. ,1990 : Les statistiques de santé publique : Edition Ecole Nationale de sante publique, Tome 2

<sup>30</sup> YATASSAYE C. A, 2003 : Amélioration de l'offre des services de contraception dans le district de Selingué au Mali. Mémoire de fin d'études en GPS au CESAG

<sup>31</sup> Sarre A : Contribution à l'amélioration de la qualité des données du système d'information sanitaire du VIH au Sénégal. Mémoire fin d'étude GPS CESAG 2017

## 5.2. Les causes selon notre enquête

Le Brainstorming (Remue-méninges) permet d'élargir notre vision du problème pour identifier les idées de causes possibles. C'est une technique de créativité permettant de produire un maximum d'idées, qui se pratique en groupe et qui a pour objectif la résolution de problème. Il est conçu dans les années 30 par Alex Osborne, qui travaillait pour une agence de publicité américaine.

L'outil pour visualiser les causes possibles d'un problème considère comme un effet est le diagramme de 'causes à effets' également appelé diagramme d'Ishikawa. Ce diagramme est utile, parce qu'il permet d'avoir une vision globale des causes mais également permet de classer les idées émises, en grands chapitres.

Ishikawa propose cinq (5) grandes familles de causes que sont :

- Première famille de causes : **Matières**

Correspond à ce qui est consommable

- Deuxième famille de causes : **Méthodes**

Correspond aux méthodes en rapport avec l'organisation (procédures, consignes, instruction de travail, modes opératoires, etc.);

- Troisième famille de causes : **Matériels**

Correspond aux différents investissements (installation, machines, équipements);

- Quatrième famille de causes : **Milieu**

Correspond à l'environnement (température, hygrométrie, propreté, bruit, éclairage, etc.);

- Cinquième famille de causes : **Main-d'œuvre**

Correspond à tout ce qui est en rapport avec l'action humaine (**compétences, formation, comportement, communication, etc.**).

A la suite de la visualisation des causes, il faut hiérarchiser les causes. L'outil utilisé est appelé **le vote pondéré**.

Démarche du vote pondéré : chaque participant du vote pondéré dispose de **10 points** maximums et chacun a le droit d'effectuer au maximum **5 points** par cause tout en respectant le principe de l'anonymat.

#### **Causes liées à la matière**

- ❖ Faible système d'archivage

#### **Causes liées à la méthode**

- ❖ Insuffisances dans la gestion des données
- ❖ Insuffisance de supervision formative

#### **Causes liées au matériel**

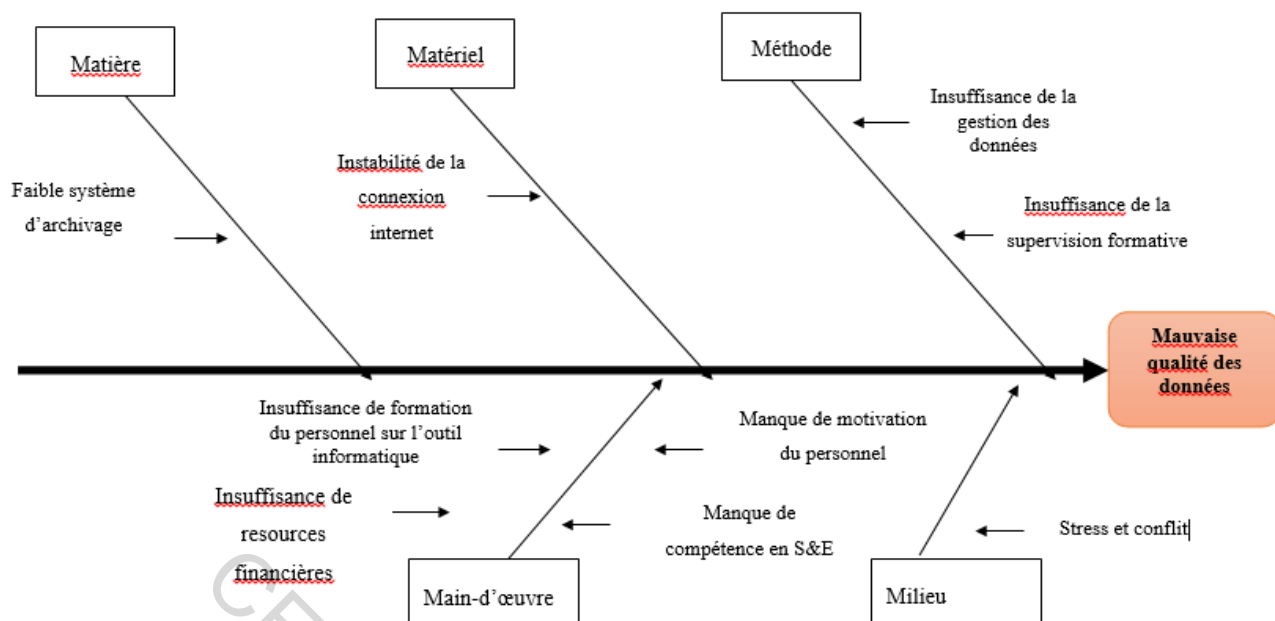
- ❖ Instabilité de la connexion internet

#### **Causes liées à la main-d'œuvre (personnel)**

- ❖ Manque de motivation du personnel
- ❖ Manque de formation des agents sur les outils informatiques
- ❖ Insuffisance de ressources financières
- ❖ Manque de compétences des agents en S&E

#### **Causes liées au milieu**

- ❖ Stress
- ❖ Conflits interpersonnels



**Figure 9 :** Diagramme d'ISHIKAWA pour l'analyse des causes liées au manque de complétude des données

### 5.3 Hiérarchisation des causes

Ces critères ont été cotés de 1 à 10 pour chaque cause

Résultats du vote pondéré :

**Tableau 9: Priorisation des causes**

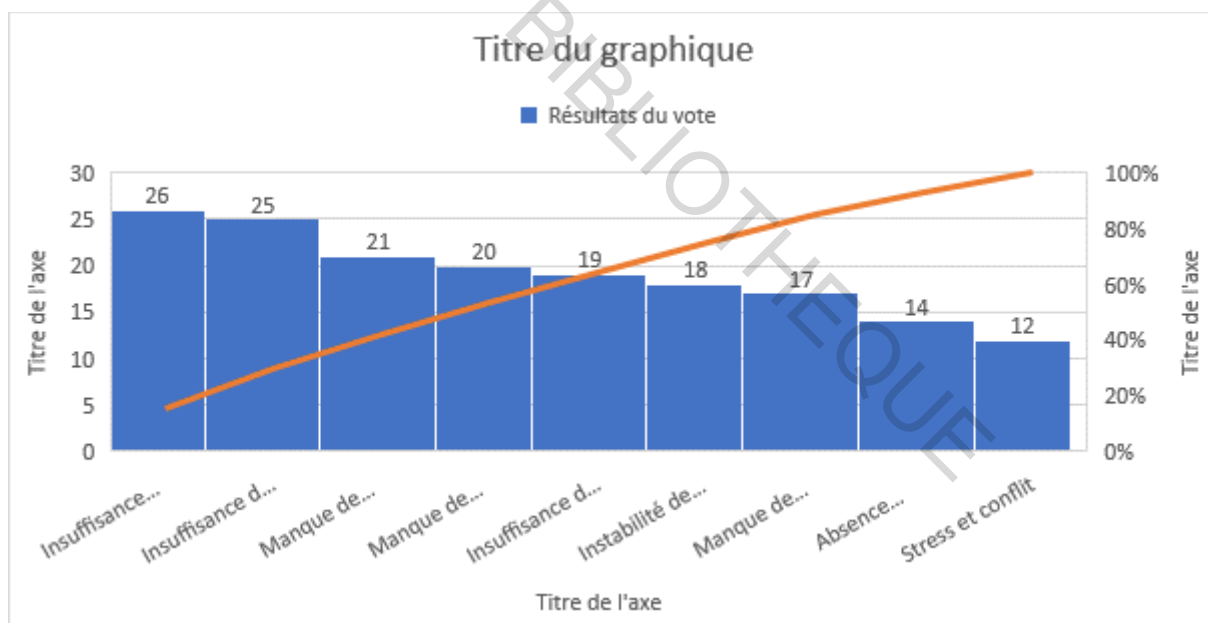
Causes	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Score	Rang
Absence d'archivage des fiches de recueil des données	5	7	2	<b>14</b>	8 <sup>ème</sup>
Insuffisances dans la gestion des données	9	9	8	<b>26</b>	1 <sup>ere</sup>
Insuffisance de supervision formative	6	7	6	<b>19</b>	5 <sup>ème</sup>
Instabilité de la connexion internet	6	5	7	<b>18</b>	6 <sup>ème</sup>
Manque de motivation du personnel	9	5	7	<b>21</b>	3 <sup>ème</sup>
Manque de formation des agents	4	8	5	<b>17</b>	7 <sup>ème</sup>
Insuffisance de ressources financières	10	8	7	<b>25</b>	2 <sup>ème</sup>
Manque de compétence des personnes en S&E	9	9	2	<b>20</b>	4 <sup>ème</sup>
Stress et conflit	5	4	3	<b>12</b>	9 <sup>ème</sup>

La raison qui pourra entrainer une mauvaise qualité des données selon le diagramme est : l'insuffisance de gestion des données.

**Tableau 10 : Priorisation des causes par ordre de fréquence**

Causes	Résultats du vote	%	%cumulée
Insuffisance dans la gestion des données	26	15,12%	15,12 %
Insuffisance de ressources financière	25	14,54%	29,66%
Manque de motivation du personnel	21	12,31%	41,87%
Manque de compétence des personelles en suivi évaluation	20	11,63%	53 ,50%
Insuffisance de supervision formative	19	11,15%	64,55%
Instabilité de connexion internet	18	10,47%	75,52%
Manque de formation des agents	17	9,89%	84,86%
Absence d'archivage des fiches de recueils de données	14	8,34%	93,55%
Stress et conflit	12	6,98%	100
Total	172	100%	

Source: nous-memes



**Figure 10: Diagramme de PARETO**

Source : nous-mêmes

Nous avons constaté que les scores attribués aux causes obéissent sensiblement à la loi de Pareto « 80/20 », qui signifie que dans bien des cas, 80% de l'effet résulte de 20% des causes. En appliquant cette loi à notre étude, nous remarquons que plus de 80 % du problème sont dus à une cause principale qui est l'insuffisance dans la gestion des données sur lequel il faut agir. La résolution de ce problème pourrait contribuer à une amélioration de la qualité des données au PNL.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



## **CHAPITRE VI : ANALYSE DES SOLUTIONS**

## 6.1. Les solutions selon la littérature

**Selon Balamou P.** les solutions sont

- Le renforcement des capacités en suivi et évaluation
- Formation continue du personnel
- L'affectation du personnel suffisant en qualité et quantité
- Mise en place d'un budget suffisant pour le suivi et évaluation<sup>32</sup>

**Selon Dr Sarre A. Les solutions :**

- Renforcement et/ou réorganisation d'un système national de suivi évaluation
- Sensibilisation des agents sur l'intérêt et le contenu du SIS, avec un engagement des responsables
- Formation de tous les agents de production de l'information au logiciel du DHIS2, afin d'éviter les déperditions d'informations
- Renforcement de la motivation des acteurs, surtout financière, pour éviter les retentions d'informations en faveur de leurs bailleurs ou agent financier

## 6.2. Les solutions selon notre enquête

### Identification et priorisation de la solution

A la suite du Brainstorming, le groupe de travail a proposé les solutions suivantes :

- ✚ La formation du personnel en gestion des données
- ✚ Identifier d'autres sources de financement du PNL
- ✚ Motiver et encourager le personnel
- ✚ Former et/ou renforcer les compétences du personnel en suivi et évaluation
- ✚ Recruter et former les superviseurs de districts
- ✚ Rendre disponible la connexion internet
- ✚ Former les agents au niveau opérationnel sur la collecte et traitement des données
- ✚ Rendre disponible un système de stockage des fiches de collecte des données

Le choix de la solution à appliquer en vue de résoudre le problème, s'est basé sur les critères suivants :

---

<sup>32</sup> Balamou, P : Contribution à l'amélioration de la performance du programme PTME au Sénégal pour ma mise en place d'un système de suivi et évaluation. Mémoire fin d'étude en GPS CESAG 2011

- ✚ La solution retenue est-elle réalisable ?
- ✚ La solution retenue va-t-elle permettre au PNLP d'améliorer la gestion des données ?
- ✚ La faisabilité financière de la solution retenue ?

### 6.3. Priorisation et choix de la solution

Le cout : pas couteux=1, couteux= 2, très couteux = 3

L'acceptabilité: faible=1, modérée=2, élevée=3

Faisabilité: faible=1, moyen=2; élevée= 3

L'efficacité pas efficace=1, efficace=2, très efficace=3

**Tableau 11 : priorisation de solution**

Solutions proposées	Cout	Acceptabilité	faisabilité	efficacité	Score	Rang
Formation du personnel en gestion des données	2+1+1	3+2+2	2+1+1	3+3+2	25	3 <sup>ème</sup>
Identification d'autres sources de financement du PNLP	3+3+2	3+2+3	2+3+3	2+1+1	28	2 <sup>ème</sup>
Motiver et encourager le personnel	2+1+1	2+2+1	3+3+2	2+2+2	23	4 <sup>ème</sup>
Formation et renforcement des agents en suivi et évaluation	3+2+2	3+3+3	3+3+3	2+3+3	33	1 <sup>er</sup>
Former les superviseurs du district	2+1+2	3+2+2	2+1+2	1+1+2	21	5 <sup>ème</sup>
Rendre disponible la connexion internet	1+1+3	2+1+1	1+1+1	2+2+2	18	7 <sup>ème</sup>
Former les agents au niveau opérationnel sur la collecte, le traitement des données	2+1+1	2+3+1	1+1+1	2+2+2	19	6 <sup>ème</sup>
Disponibilité d'système d'archivage	2+1+1	1+1+1	3+1+1	1+1+3	17	8 <sup>ème</sup>

Source: nous-mêmes

**La solution prioritaire est la formation, des agents en suivi et évaluation qui a eu 33 pts**

## **CHAPITRE VII : PLAN DE MISE ŒUVRE DE LA SOLUTION PRIORITAIRE**

## 7.1 Justification

Notre enquête a permis de mettre en évidence les problèmes variés. Il en est de même pour des solutions proposées. Dans le cadre du plan d'action à proposer, nous avons retenu les solutions jugées pertinentes, réalisables par la structure et susceptibles d'avoir un impact immédiat dans l'amélioration de la qualité des données. A cet effet la formation des agents en suivi et évaluation a été la solution prioritaire. En effet notre principal souci reste que cette solution soit réaliste et réalisable dans le temps et qu'elle soit pratique et peu onéreuse avec le soutien des responsables.

Ainsi de façon consensuelle, nous avons opté pour la formation agents en suivi-évaluation. Nous pensons que si le personnel est bien formé, il pourra sans doute comprendre l'importance de la gestion des données.

## 7.2 But :

Contribuer à l'améliorer la qualité des données sur le paludisme

### 7.2.1 Objectifs générale :

Renforcer les capacités en suivi et évaluation des agents impliqués dans la mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme

### 7.2.2 Objectifs Spécifiques :

- ❖ Faire participer 10 agents s du PNLP aux cours internationaux de suivi et évaluation (Ouagadougou ou Sénégal)
- ❖ Organiser 8 sessions de cours nationaux de suivi-évaluation pour 160 agents des niveaux central, régional et district (session de 20 personnes en 10 jours)

## Les Résultats attendus

**R1** : 10 agents du PNLP formées en suivi et évaluation

**R2** : 8 sessions de cours nationaux de suivi et évaluation organisés pour 160 agents :

## Les activités

- Pour le résultat R1 :

**A1** : R1A1: Identifier l'institut qui abritera le cours international

**A2** : nombre de participants

- Pour le résultat R2

**A1** : Identifier les formateurs

## A2 : Identifier le ou les lieux de formations

### 7-3- Cadre logique

Dans le cadre de la résolution de problème, la planification opérationnelle exige :

- Identification précise du problème ;
- L'identification des causes et solutions possibles ;
- Le choix d'une solution réaliste et réalisable dans le temps ;
- La disponibilité des moyens de résolution du problème.

Après consensus autour de la solution, nous avons conçu un cadre logique et un plan d'action proprement dit avec un chronogramme des activités pour la mise en œuvre de la solution retenue. Ce cadre détermine la logique d'intervention à deux (2) niveaux qui sont :

#### ✓ La logique verticale

- But ;
- Objectif général ;
- Objectifs spécifiques ;
- Extrants ou résultats ;
- Intrants ou activités.

#### ✓ La logique horizontale

- Résumé narratif ;
- Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) ;
- Moyens de Vérification (MV)

	<b>LOGIQUE D'INTERVENTION</b>	<b>INDICATEURS OBJECTIVEMENT T VERIFIABLES</b>	<b>SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION</b>	<b>CONDITIONS CRITIQUES</b>
--	-----------------------------------	--	--	---------------------------------

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Tableau 12 : Cadre logique de la mise en œuvre de la solution retenue**

<b>Objectif général</b>	Contribuer à l'améliorer la qualité des données du paludisme	Qualité des rapports sur le paludisme	Base des données des rapports transmis	Adhésion du personnel Motivation intrinsèque du personnel
<b>Objectifs spécifiques (Effet)</b>	<b>OS1</b> : Faire participer 10 personnes du PNLN aux cours internationaux de suivi et évaluation (Ouagadougou ou Sénégal)	% de personnes ayant participé aux cours internationaux de suivi et évaluation (Ouagadougou ou Sénégal)	Liste des participants désignés à la formation Facture de l'institut Attestation de participation	Disponibilité des fonds Disponibilité des places à l'école
	<b>OS2</b> : Organiser 8 sessions de cours nationaux de suivi-évaluation pour 160 agents des niveaux central, régional et district (session de 20 personnes en 10 jours)	Nombre de session de cours nationaux organisés.	Liste de présence des participants à la formation. Rapport de formation	Disponibilité des fonds. Stabilité et condition sécuritaire dans le pays.
<b>Résultats (Extrants)</b>	<b>R1</b> : 10 personnes formées en suivi et évaluation	Nombre de personnes formées	Attestation de formation	Disponibilité de fond
	<b>R2</b> : 8 sessions de cours nationaux de suivi et évaluation organisés pour 160 agents.	Nombre de session organisée Nombre de personnes formées	Liste des participants Rapport de formation	Adhésion des participants

Activités (Intrants)	<b>R1A1</b> : Identifier l'institut qui abritera le cours international		Demande adressée à l'institut de formation	
	<b>R1A2</b> : Connaître les conditions de participations au cours		Plaquette de formation de l'institut de formation	Disponibilité de ressources (financières)



	<b>R1A3</b> : designer les participants	Nombre de personnes désignées		
	<b>R1A4</b> : Inscrire les participants (frais de voyage et participation)	Nombre de personnes inscrites	Lettre d'admission des participants	
	<b>R1A5</b> : Réservation de d'hôtel	Nombre de chambres réservées	Facture de l'hôtel	
	<b>R1A6</b> : Acheter du billet d'avion	Nombre de billets d'avion achetés	La facture de la compagnie Billets d'avion	
	<b>R1A7</b> : faire participer de 10 participants aux cours internationaux	Nombre de participants aux cours	Liste des participants	
	<b>R2A1</b> : Identifier 3 formateurs en système d'information sanitaire	Nombre de formateur identifiés		
	<b>R2A2</b> : Identifier des participants	Nombre participants identifiés	Liste des participants identifiés	
	<b>R2A3</b> : Organiser les 8 sessions de cours nationaux	Nombre de sessions organisées		

## 7.2.6. Plan Opérationnel

**Tableau 13: Plan opérationnel**

Activités	Date de début	Date de fin	Responsable	Sources de financement
A1 : <b>A1</b> Identifier l'institut qui abritera le cours international	1er Dec2018	10 Déc. 2018	Directeur du PNLP, responsable de la formation	Partenaires Financiers du PNLP
<b>R1A2</b> : Connaitre les conditions de participations au cours	12/Déc/2018	20/déc./2018	Directeur du PNLP Responsable de la cellule de formation	PNLP
Identifier les participants	29/Déc./2019	15/Jan/2019	Responsable de la formation PNLP	Partenaires Financiers du PNLP
Rédiger le document de formation	17/Jan/2109	25/Jan/2019	Institut de formation	Partenaire financiers du PNLP
Identifier les formateur	27/Jan./2019	15/Fév./2019	-institut de formation	- SECNLS -Responsables de la division S/E
Inscrire les participants	29/Jan/2019	13/ Fev2019 -	Responsable de la cellule de formation	Responsable de la division S/E
Réservation de	15/Fév./2019	18/Fév./2019	Responsable	SE/PNLP

l'hôtel			de la cellule de formation	
Acheter du billet d'avion	19/Fév./2019	22/fév./2019	Responsable de la formation	PNLP
participation de 10 participants aux cours internationaux	03/mars/2019	20/Mars/2019	Responsable de la formation	PNLP Division S/E
Identifier de 2 formateurs en système d'information sanitaire	01/Avril/2019	25/avril/2019	Les Formateurs Du PNLP, Division S/E	Partenaires Financiers du Du PNLP
Organiser les 8 sessions de cours nationaux	10/Mai/2019	15/Mai/2019	Les formateurs du PNLP	Partenaire financier

**Source:** nous-mêmes

L'implication effective des responsables de la mise en œuvre et de la source de financement permettrait la réalisation de notre plan opérationnel.

### 7.2.8 Budget

**Tableau 14: Budgétisation**

Rubrique es	Nombre	Jours /Séances	P.U (Prix Unitaire) FCFA	Coût total FCFA	Source de financement
<b>Coût total FCFA</b>					
Honoraire de l'institut qui abritera la formation (inscription, frais de participation, kit de formation et restauration)	1			12000000	PMI/USAID
Réservation hôtel	10	15	100000	15000000	Fons Mondial
Billet d'avion aller-retour	10		350000	3500000	MEASURE EVALUATION
Per-diem formateurs	3	15	125000	5625000	PNLP
Per-diem participants	10	15	75000	11250000	President'Malaria Initiative
Attestation	10			300000	PNLP
Total budget activité1				<b>22250000f</b>	
Activités2					
Organiser les 8 sessions nationales	8	2			FM-PNLP
Elaboration des modules de formations,	3				Formateurs PNLP
Réunion de validation	1				PNLP, S/E

Location hôtel	1	3		300000f	
Perdieme participant résidant BKO +frais de transport	10	3	7500	225000	BICIM
Perdieme participant non résidant Bko +frais de transport+ hébergement	10	3	45000	1350000f	BICIM
Perdieme formateur	2	3	40000F	240000	PNLP
Perdieme chauffeur carburant	1	1	25000f	75000f	PNLP
Secrétariat	1	3	20000f	60000f	PNLP
Pause-café et dejeuner	24	3	3000f	216000f	PNLP
Total Budget 2					<b>2466000f</b>

Le budget total de la mise en œuvre du plan de formation s'élève vingt-quatre million sept cent seize mille CFA (24716 000 FCFA).

### 7.3 – Suivi et évaluation de la mise en œuvre

. Un suivi régulier et une évaluation du plan d'action sont nécessaires pour assurer la mise en œuvre des objectifs fixés mais également faire le bilan des activités menées en termes de performances et de résultats. La division de suivi –évaluation dispose des ressources humaines capables d'assurer une bonne mise en œuvre des activités prévus sur le plan d'action. Un supplément de motivation, pourrait toujours leur permettre d'être à la hauteur de leurs responsabilités.

**Suivi :** Nous ferons des supervisions dès trois mois après la formation et la revue la qualité des données se fera les 6mois. Des réunions de coordinations à tous les niveaux seront organisées une fois par trimestre, cependant, elles pourront également être tenues en cas d'urgence. Les intervenants au niveau opérationnel seront sensibilisés sur le respect du protocole.

**L'évaluation :** Toutes les réalisations seront évaluées une fois par an avec le RDQA. L'évaluation d'impact sera donc réalisée au bout de 3 ans afin de juger de l'efficacité des actions entreprises.

Pour notre projet le suivi et évaluation portera sur les indicateurs suivants :

- ✓ Le nombre de personne formé en suivi et évaluations
- ✓ Nombre de sessions organisées
- ✓ Nombre formateurs en système d'information

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE VIII : RECOMMANDATIONS**

### **8.1. A l'endroit du ministère**

- ❖ Alléger les procédures administratives pour les prises de décision
- ❖ Augmenter le budget alloué à la lutte contre le paludisme
- ❖ Affecter des ressources humaines nécessaires pour le fonctionnement du SSE

### **8.2. A l'endroit du programme de lutte contre le paludisme**

- ❖ Mettre à disposition des ressources financières nécessaires mobilisées à partir du budget national et auprès des partenaires
- ❖ Allouer un budget conséquent aux activités de S/E
- ❖ Disséminer le nouveau plan stratégique 2018-2022 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- ❖ Assurer une bonne connexion internet

### **8.3. A l'endroit de la division de suivi-évaluation**

- ❖ Elaborer un plan de suivi-évaluation budgétisé
- ❖ Diffuser les rapports d'activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

- ❖ Renforce l'effectif de la division en recruter les compétences nécessaires en S&E pour aider le responsable la division, vu l'énormité des tâches à accomplir pour l'atteinte efficace et efficiente des objectifs du programme
- ❖ Organisation des ateliers d'information et de formation en direction des agents chargés de la collecte des données afin de leur montrer l'importance des données collectées et leur permettre de mieux renseigner les outils de collecte
- ❖ Assurer la supervision formative de tous les acteurs implique dans le SSE
- ❖ Plaidoyer pour le financement des activités de

#### **8.4. Au prestataire de l'hôpital du Mali**

- ❖ Remplir correctement les outils de manières exhaustives
- ❖ Renseigner le DHIS2
- ❖ Assurer le contrôle de la qualité de base de données sur le paludisme
- ❖ Faire valider les données avant la transmission

## CONCLUSION

---

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CONCLUSION

---

La réussite de l'exécution d'un programme dépend de l'adhésion de toutes les parties prenantes, de l'existence dans le pays ou l'organisation d'une capacité institutionnelle suffisante et de la persévérance avec laquelle ceux qui sont chargés des activités de S&E. Le SSE est aujourd'hui incontournable pour la capacité de gestion des données et la production de l'information de qualité. Plus, il est devenu un acte de bonne gouvernance et une exigence des partenaires techniques et financiers et des bailleurs de fonds pour octroyer des financements et prendre de bonne décision.

Malgré cette importance de la fonction de S&E, nous constatons beaucoup de difficulté dans plusieurs projets et programmes de développement surtout en Afrique dans la production des données et de l'information de qualité.

Ainsi, durant notre stage nous avons opté pour une étude pour améliorer la performance du Système de suivi-évaluation au PNLP. Nous avons mené des enquêtes auprès du personnel, associés à notre observation et qui nous ont permis de mettre en exergue certains dysfonctionnements et apprécié la capacité des gestions des données.

Les résultats de l'enquête nous montrent une capacité de gestion du système de suivi et évaluation satisfaisante avec un manque de formation qui a eu 33.33%. La performance de la complétude et de la promptitude des rapports étaient à 100% avec une exactitude des données également à 100% au niveau de la division de suivi et évaluation du PNLP. Au niveau de l'hôpital du Mali qui a servi de vérification l'exactitude des données étaient à 122,25%.

Nous avons pu noter le problème prioritaire qui a été la mauvaise qualité des données. Des causes ont été identifiées et priorisées dues à une insuffisance de la gestion des données, et nous avons pu proposer des solutions allant de la formation du personnel en suivi-évaluation. Nous avons terminé notre étude par des recommandations que nous avons jugées pertinentes et qui, à coup sûr, bien appliquées, auront un effet bénéfique sur l'unité de Suivi-évaluation. Il faudra alors un engagement et une adhésion sans faille de l'équipe cadre du PNLP qui devra mobiliser les moyens idoines pour atteindre ses objectifs.



**BIBLIOGRAPHIE**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ❖ **Ouvrages/Revues**

- 1-Banque Mondiale, Evaluation de l'impact des projets sur la pauvreté. Un manuel destiné au Praticien ?,1999
- 2-BIT, conception, le suivi et l'évaluation des programmes et projets de coopération, 1996
- 3-Bulletin humanitaire produit par OCHA (Novembre 2017)
- 4-Direction nationale de la statistique et de l'informatique du ministère de l'économie du plan et l'intégration Mali. Revue 2009
- 5-Enquête démographique et de la santé du Mali (EDSM) 2012
- 6-FIDA, Suivi dans les projets financés par FIDA en région sahélienne, Synthèse des débats, 1994
- 7-GB Devis & all. Système d'information pour le mangement, ecomica, 1986
- 8-MASSE G. ,1990 : Les statistiques de santé publique : Edition Ecole Nationale de sante publique, Tome 2
- 9-Ministère de la Santé et de l'Hygiène Public/ Programme National de lutte contre le Paludisme/ Institut National de la Statistique (INSTAT)/Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIPM) 2015.
- 10-Organisation mondiale de santé. Rapport 2015
- 11-Organisation mondiale de santé : « Conférence ministérielle d'Alger sur la recherche pour la sante dans la région africaine » : Systèmes d'information sanitaire en Afrique : Ressources, Indicateurs, Gestion, Diffusion et Utilisation des données, p.2
- 12-Plan Stratégique National du Programme National de Lutte contre Paludisme 2018-2022
- 13-Plan de suivi et évaluation du Programme National de Lutte contre Paludisme 2018-2022
- 14-Système locale d'information sanitaire 2016 du Mali
- 15-PNUD rapport Indice de développement humain 2013
- 16-Rapport OMS 2015
- 17-Roll Back Malaria partenariat /PNUD.Cadre d'action multisectorielle de lutte contre le paludisme. Y 10017, New York, Etats Unis : Programme des Nations Unies

## **Codex**

- 18-Ahmadou Traore codex cour suivi, évaluation, suivi-évaluation .CESAG 2013
- 19-AMANI KOFFI, codex suivi et évaluation GPS 2018

20-Khady Seck Diop, codex système d'information sanitaire, MBA-GSS, CESAG, DAKAR 2018

❖ **Mémoires**

21-Balamou. P : Contribution à l'amélioration de la performance du programme PTME au Sénégal pour la mise en place d'un système de suivi et évaluation. Mémoire fin d'étude en GPS CESAG 2011

22-Dr Dieng M. Evaluation de la qualité des données sur l'immunisation des enfants de 0-5 ans en 2003 dans le district sanitaire de Touba, Sénégal //Mémoire DUI /EPIVAC, IRSP/OMS Ouidah :[S.N],2004

23- Sarre A : Contribution à l'amélioration de la qualité des données du système d'information sanitaire du VIH au Sénégal. Mémoire fin d'étude GPS CESAG 2017

24- Sidibé Contribution à l'amélioration de la qualité des données du paludisme du district de la Commune V au Mali. Mémoire fin d'étude GPS CESAG 2011

25-YATASSAYE C. A, 2003 : Amélioration de l'offre des services de contraception dans le district de Sérénié au Mali. Mémoire de fin d'études en GPS au CESAG

❖ **Webographie**

26-wikipedia.org/wiki/objectifs\_de\_developpement\_durable (visité 5/11/2018)

27-wikipedia.org/wiki/objectifs\_du\_millénaire\_pour\_le\_développement\_rapport\_2015 (visité 5/11/2018)

[28-www.endavnow.org](http://www.endavnow.org):pourquoi le système de suivi –évaluation est –il important ?(visité 10/11/2018)

29--www.ifrc.org. Guide pour le suivi et l'évaluation de projet/programme PDF pages 626 (visité le 28/08/2018)

-30-www.globalhealthlearning.org: qualité des données (visité 15/11/2018)

31-www.pmi.org (visité 10/11/2018)

32-www.who.int/malaria/publication/Word\_malaria-report-2017/report/fr/(visité 27/10/2018)

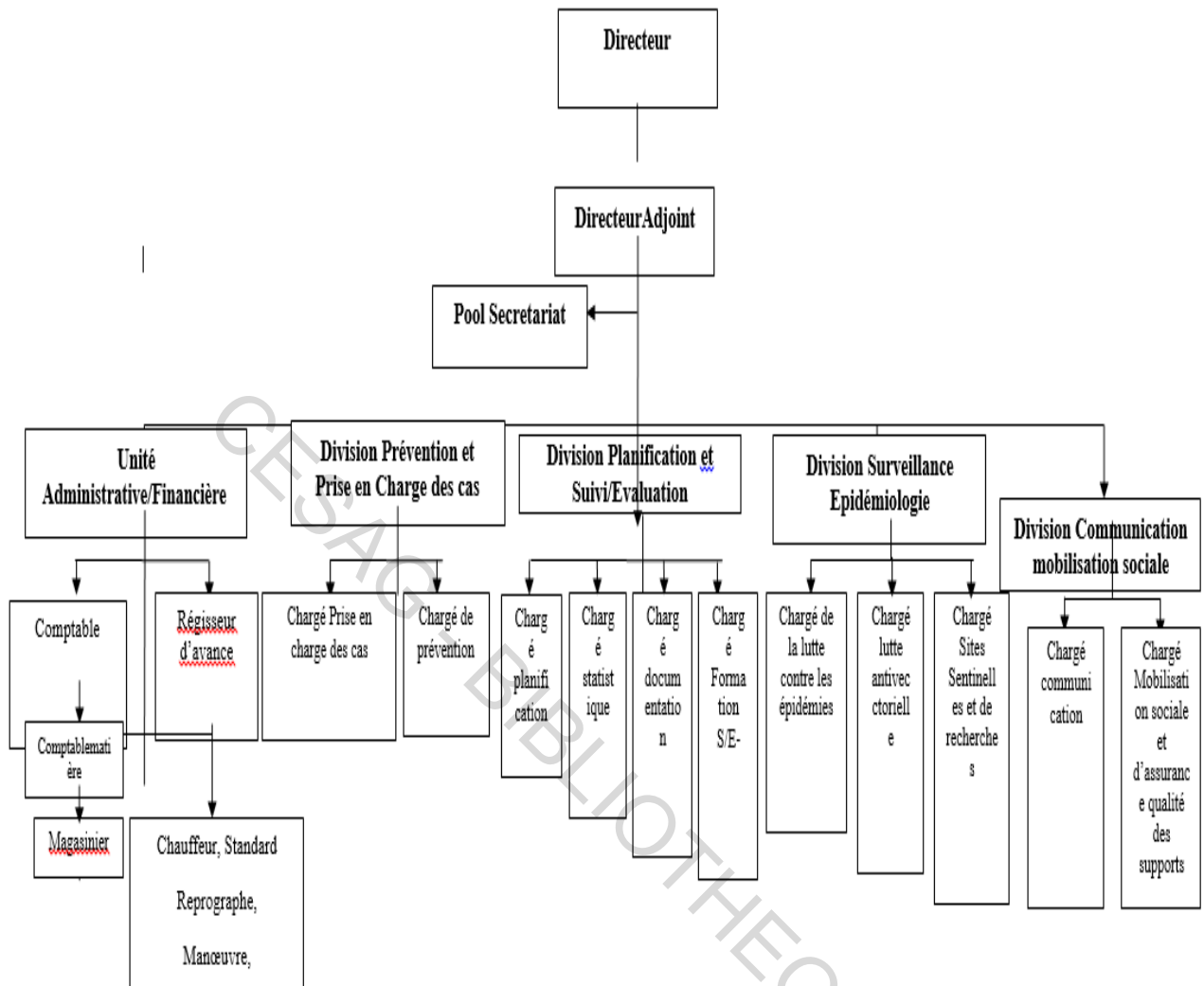
33-[www.santé.gov.ml](http://www.santé.gov.ml): [annuaire](#)s statistiques/1-SNIS-2012 (25/09/2018)

## **ANNEXES**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE 1

### ORGANIGRAMME DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



## ANNEXE 2

### GRILLE D'EVALUATION DES RESPONSABLES DU PNLP ET DE SUIVI ET L'EVALUATION

#### Identification de l'enquêté

Date de l'enquête :

Nom du service :

Poste du répondant :

Qualification :

Ancienne du poste : 0-3 ans  4-6 ans  7 ans et plus

#### I Capacité de gestion du système de suivi et évaluation /PNLP

1-- Il y a un plan de formation qui comprend le personnel impliqué dans la collecte de données et la production de rapports à tous les niveaux du processus de production de rapports

OUI

NON

Sinon pourquoi.....

2-La responsabilité d'enregistrer la prestation de services sur le document source est clairement attribuée au personnel concerné.

OUI

NON

3-pour garantir que la compilation des et la création des rapports sont terminées au cas où le personnel responsable ne serait pas disponible pour effectuer (tache a partager, approche d'équipe

4-il y a des visites de supervision à tous les niveaux

OUI

NON

Si non pourquoi .....

Si oui (période à spécifier).....

5-il ya un plan motivation des personnes pour les personnes

OUI

NON

6-L'établissement de santé reçoit les informations régulières sur la qualité des rapports soumis conformément aux directives nationales

OUI

NON

## II-DEFINITION DES INDICATEURS

1- Existe-t-il un manuel des indicateurs

OUI

NON

Si non pourquoi.....

2-l'unité de suivi et évaluation a fourni des directives écrites à tous les rapporteurs entité (cscm, district région)

OUI

NON

## III FORMATION

Tout le personnel concerné a reçu formation appropriée sur les données du processus et outils de gestion

OUI

NON

## IV Formulaire outils de collecte et reporting

1-des instructions claires ont été donné par l'unité de S& sur manière de remplir les formulaires outils de collecte des données de l'information

OUI

NON

2-l'unité de S&E à identifier les formulaires /outils de rapportage standard à utiliser par tous les niveaux

OUI

NON

3- les documents sources et les supports /outils de collecte t indiqués par l'unité de S&E sont uniformément utilisées par tous les entités (cscm, district région)

OUI

NON

4-tous les documents sources et formulaires relative à la mesure à la mesure des indicateurs sont disponible pour le besoin de vérification

OUI

NON

5- Si plusieurs organisations mettent en œuvre des activités dans le cadre du programme / projet, elles utilisent toutes les mêmes formulaires et rendent compte selon le même Rapport. OUI

NON

6-l existe des stocks suffisants de formulaires de collecte de données et de rapport vierges sur le site de service.

OUI

NON

#### **V processus de gestion des données et contrôles de qualité des données**

1-le feedback est systématiquement fourni à tous les niveaux (cscm, district région)

OUI

NON

2-il y'a des contrôles de qualités contrôle en place pour les données, les rapports saisis des cscm, district région

OUI

NON

3-y'a-t-il un procède de sauvegarde pour la saisie des ou les traitements des données sur l'ordinateur ? Si oui la dernière date de sauvegarde est appropriée de la mise en jour de façon automatisée (sauvegarde hebdomadaire, mensuelle)

OUI

NON

4-les données personnelles et pertinentes sont maintenues selon les directives nationales ou internationales



OUI

NON

5-II Ya une produire écrite à l'adresse des rapports à l'adresse en retard absent, inachevé, imprécis y compris le suivi avec le csom, district région sur la qualité des données

OUI

NON

6-si les anomalies ont été découvertes dans les rapports des points de service, de niveaux intermédiaires de compilation ont documenté comment ces contradictions seront résolus

7-Des contrôles de qualité sont en place pour la compilation des données du rapport mensuel des installations afin de garantir leur précision (par exemple, la détection de la transcription

OUI

NON

8-II existe une politique écrite précisant la durée de conservation des documents source et des formulaires de rapport.

OUI

NON

#### **V I lien avec le système national**

1-si c'est applicable les données sont rapportées par un seul canal national du système

OUI

NON

2-Si disponible les formulaires/ outils nationaux appropriés sont utilisées pour la collecte des données et le rapportage

OUI

NON

3-Le système d'enregistrement et de collecte des informations distingue ils du district de façon spécifique

OUI

NON

Si oui le district et le csom sont enregistrés en utilisant un nom/code standardisé pour chaque structure

31-Quelles sont les principaux problèmes (insuffisances) rencontrés dans le système de suivi-évaluation/PNLP

.....  
.....  
.....

32-Quelles sont les causes possibles de ces problèmes ?

.....  
.....  
.....  
.....

33-Quelles sont les solutions possibles pour résoudre ces problèmes

.....  
.....  
.....

34-Quelles sont vos recommandations et perceptive d'amélioration

.....  
.....  
.....

### ANNEXE 3

## GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PRESTATAIRES DE L'HOPITAL DU MALI

### Identification de l'enquêté

Date de l'enquête :

Nom du service :

Poste du répondant :

Qualification :

Ancienne du poste : 0-3 ans  4-6 ans  7 ans et plus

### **A- Disponibilité et capacité des Ressources Humaines**

1. Existe-t-il des personnes désignées pour la gestion des données au niveau des différentes unités de production des données ?

Si oui, précisez la composition

2. Formation de ces personnes sur la gestion des données

Oui..... Non.....

Si oui, précisez les personnes formées

3. Formation spécifique sur l'outil DHIS2

Oui..... Non.....

Si oui, précisez les personnes formées

4. Les rapports sont-ils élaborés par les personnes chargées de la collecte

Oui..... Non.....

5. La responsabilité d'enregistrer les prestations de services sur les documents

Sources est clairement assignée au personnel approprié

Oui..... Non.....

- 6- il y'a une motivation des personnes désignées a la gestion des données

**B- Collecte des données**

1- Quelles est votre appréciation sur le système de collecte des informations relatif aux activités de lutte contre le paludisme

.....  
.....  
.....

2- L'information relative au suivi des activités que vous coordonnez, est-elle recueillie sur une base régulière et continue au sein de votre service ?.....

Si oui, comment ?

.....  
.....

Si non, pourquoi ?

.....  
.....

Quels sont les outils de collecte de l'information que vous utilisez ?

.....  
.....

3- Quelle est votre appréciation sur la coordination des activités dans le système de suivi et évaluation sur le paludisme ?

- Bonne :.....

- Nécessite une amélioration :.....

- Pouvez-vous donner des propositions ?

.....  
.....

**C- Traitement et analyse des données**

4- Avez-vous le matériel suffisant et performant pour le traitement des données ?

Oui..... Non.....

Veillez cocher les indicateurs que vous suivez dans la gestion des informations sur le paludisme

- 4-1- Exactitude des données : Oui.....Non.....
- 4-2- Complétude des données : Oui.....Non.....
- 4-3- Promptitude des données : (délai de transmission des rapports)  
 Oui.....Non.....

5- Existence d'un processus de validation des données avant transmission

Oui..... Non.....

6- Existence d'un cadre communautaire pour l'analyse des données

Oui..... Non.....

7- Le système d'enregistrement et de rapport évite le double comptage des personnes dans et à travers hôpital

Oui..... Non.....

8- Y'a-t-il une conformité des documents sources de données disponibles avec ceux en vigueur au niveau national

Oui..... Non.....

**D-Procédures et supports**

6. Les documents-sources de données sont-ils disponibles

Oui..... Non.....

7. Disponibilité de source d'énergie dans la structure

Oui..... Non.....

8. Disponibilité d'outils informatiques dédiés à la gestion des données

Oui..... Non.....

9. Disponibilité de la connexion internet

Oui..... Non.....

10. Disponibilité de la plate-forme DHIS2

Oui..... Non.....

11. Conformité des documents sources de données disponibles avec ceux en vigueur au niveau national

Oui..... Non.....

**E-Stockage des données et confidentialité**

1- Disponibilité d'un système d'archivage des supports de collecte (à vérifier)

Oui..... Non.....

2- Archives placés dans un endroit sécurisé? (à l'abri de l'humidité, etc.)

Oui..... Non.....

3- Les données personnelles et sensibles sont gérées de manière à garantir la Confidentialité

Oui..... Non.....

**F-Liens avec le système national/ Feedback**

4- Les données sont remontées au niveau du PNL

Oui..... Non.....

5- Participation aux réunions de coordination organisées par le PNL

Oui..... Non.....

6- Supervision par l'Equipe Cadre du PNL

Oui..... Non.....

**D- Guide d'entretien avec les audités**

E- 10-Quelles sont les principaux problèmes rencontrés ?

.....  
.....

11-Quelles sont vos recommandation et perceptives d'amélioration ?

.....  
.....

.....  
.....

# TABLE DES MATIERES

---

## TABLE DES MATIERES

---

DEDICACES.....	1
REMERCIEMENTS .....	2
SOMMAIRE .....	3
LISTE DES TABLEAUX .....	4
LISTE DES FIGURES .....	5
LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES.....	6
INTRODUCTION GENERALE.....	9
PREMIERE PARTIE .....	12
CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION .....	13
1.1.1. Situation géographique démographique du MALI.....	14
1.1.2 Contexte socio-politique.....	15
1.1.3 Situation socio-économique .....	16
1.1.4 Système de Santé.....	17
1.1.5 La politique nationale de la santé .....	18
1.1.7 Les indicateurs de développement.....	20
1.1.8 Le système national d'information sanitaire (SNIS) .....	21
<b>1.1.9 Situation épidémiologique du paludisme au Mali</b> .....	<b>22</b>
1.2 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE.....	22
1.2.1 Présentation du programme nationale de lutte contre le paludisme (PNLP).....	22
1.2.1.1 Vision .....	23
1.2.1.2 Mission .....	23
1.2.1.3 But .....	23
1.2.1.4 Objectifs .....	23
1.2.1.6 Organisation du PNLP.....	23
1.2.1.7 Les domaines d'activité.....	24
1.2.1.8 Les ressources du PNLP.....	24
<b>1.2.1.8.1 Ressources humaines</b> .....	<b>24</b>



1.2.1.8.2 Ressources matérielles.....	24
1.2.1.8.3 Ressources financières.....	25
1.2.1.9 Les partenaires.....	25
1.2.2 Présentation de l'unité de suivi-évaluation du PNLP.....	26
1.2.2.1 Objectifs .....	26
1.2.2.2 Organisation .....	26
1.2.2.3 Activités.....	26
1.2.2.4 Ressources humaines de l'unité de Suivi-Evaluation.....	27
1.2.2.5 Gestion de collecte des données .....	27
1.2.2.6: Bases de données du PNLP .....	30
1.2.2.8. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du PNLP .....	30
1.2.3 Identification des problèmes et priorisations.....	31
1.2.3.1 Identification des problèmes.....	31
1.2.3.2-Priorisation des problèmes .....	32
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....	34
2.1 Enoncé du problème .....	35
2.2 Ampleur du Problème .....	35
2.3. Les conséquences du problème .....	35
2- 4 Justification de l'étude .....	36
2.5 Revue de la littérature.....	36
2.5 Intérêts de l'étude .....	37
2.6 But et Objectifs.....	38
2.6.1 But .....	38
2.6.2 Objectifs .....	38
2.7 Cadre conceptuel .....	38
Cette section portera donc, essentiellement sur la définition de concepts.....	38
2.7.1. Définitions des concepts.....	38
2.7.3. Les outils de contrôle de la qualité des données.....	41
DEUXIEME PARTIE .....	44

CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE .....	45
3.1. Type d'étude.....	46
3-2. Population d'étude .....	46
3.3 Déroulement de l'étude .....	46
3.4 Échantillonnage .....	47
3.4.1 Choix du site.....	47
3-4-2 Période de l'étude .....	47
3.4.3 Choix des indicateurs .....	47
3.7 Traitement de données et Analyse.....	48
3.8 Limite et contraintes.....	49
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....	50
4.1 – Description de la population d'étude.....	51
4.2 Ancienneté du poste .....	52
4.3 Les capacité de gestion et responsabilité de la collecte et du reportage .....	52
4.5 Evaluation de la performance de la qualité de la donnée du paludisme .....	54
TROISIEME PARTIE.....	56
DETERMINATION DES CAUSES ET IDENTIFICATION DES SOLUTIONS.....	56
CHAPITRE V : IDENTIFICATION DES CAUSES.....	57
5.1 Causes décrite dans la littérature .....	58
5.2. Les causes selon notre enquête.....	59
5.3 Hiérarchisation des causes.....	61
CHAPITRE VI : ANALYSE DES SOLUTIONS.....	64
6.1. Les solutions selon la littérature .....	65
6.2. Les solutions selon notre enquête.....	65
6.3. Priorisation et choix de la solution .....	66
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE ŒUVRE DE LA SOLUTION PRIORITAIRE.....	67
7.1 Justification .....	68
7. 2 But : .....	68
7-3- Cadre logique.....	69

7.2.6. Plan Opérationnel.....	72
7.2.8 Budget .....	73
7.3 - Suivi-évaluation de la mise en œuvre .....	74
CHAPITRE VIII : RECOMMANDATIONS .....	75
8.1. A l' endroit du ministère.....	76
<b>8.2. A l'endroit du programme de lutte contre le paludisme.....</b>	<b>76</b>
8.3. A l'endroit de la division de suivi-évaluation .....	76
8.4. Au prestataire de l'hôpital du Mali.....	77
CONCLUSION GENERALE .....	79
BIBLIOGRAPHIE .....	80
ANNEXES .....	83
TABLE DES MATIERES.....	95