

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice



Ministère de la Santé

Plan National de Développement Sanitaire 2022- 2030

Volume II

Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE)

Table des matières

Chapitre 1 : Introduction, justificatifs et objectifs du PISE	4
1.1 Introduction	4
1.2 Contexte	4
1.3 Justification du plan intégré de suivi-évaluation du PNDS 2022-2030.....	5
1.4 Objectifsdu plan Intégré de suivi-évaluation du PNDS 2022-2030	6
1.5 Cadre institutionnel du suivi et de l'évaluation.....	6
1.5.1 Le niveau opérationnel : CSM, postes et centres et de santé, et hôpitaux de Moughataa 7	
1.5.2 Le niveau intermédiaire : DRS et Hôpitaux au niveau régional	7
1.5.3 Le niveau central : Directions centrales du Ministère de la santé, Coordinations de Programmes et Centres nationaux de référence	8
Chapitre 2 : Cadre de performance	9
2.1 Programme 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto- juvénile	9
2.1.1 Sous-Programme 1.1 : Réduction de la mortalité maternelle et néonatale.....	9
2.1.2 Sous-programme 1.2 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile	12
2.2 Programme 2 : Renforcement de la lutte contre la maladie.....	15
2.2.1 Sous-programme 2.1 : Maladies transmissibles	15
2.2.2 Sous-programme 2.2 : Lutte contre les maladies non transmissibles	17
2.3 Programme 3 : Sécurité sanitaire et préparation et réponse aux situations d'urgences de santé publique.....	18
2.4 Programme 4 : Renforcement du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle	20
2.4.1 Sous-programme 4.1 : Renforcement de la gouvernance et du leadership sectoriel	20
2.4.2 Sous-programme 4.2 : Financement de la couverture sanitaire universelle.....	23
2.4.3 Sous-programme 4.3 : Développement des ressources humaines de qualité	25
2.4.4 Sous-programme 4.4 : Infrastructure et équipements.....	26
2.4.5 Sous-programme 4.5 : Médicaments, autres produits de santé de qualité et sécurité transfusionnelle	27
2.4.6 Sous-programme 4.6 : Système d'information sanitaire, la recherche en santé et les innovations, et la santé digitale.....	28
Chapitre 3 : Cadre de suivi évaluation	31
3.1 Données deroutine	31
3.2 Rapportsd'enquêtes, d'évaluation externes et d'indices.....	32

3.3	Rapports de supervision, d'audit ou de contrôle	32
3.4	Rapport de réunions de suivi et de revues.....	33
Chapitre 4 :	Conclusion	34
ANNEXE 1 :	Matrice opérationnelle des indicateurs	35

Chapitre 1 : Introduction, justificatifs et objectifs du PISE

1.1 Introduction

La Mauritanie a élaboré la Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 et son Plan National de Développement Sanitaire 2022-2030. L'approche participative a été adoptée pour l'élaboration de ces documents de référence afin de répondre à l'exigence de santé dans toutes les politiques sans laquelle l'impact attendu des interventions de santé ne peut être obtenu. Le PNDS 2022-2030 a défini quatre programmes avec des sous-programmes et composantes devant faire l'objet d'un suivi pendant sa période de validité.

Ce volume précise les orientations majeures et les procédures opérationnelles pour le suivi des performances réalisées dans le secteur. Ce plan permettra aux acteurs du secteur d'anticiper les éventuels goulots d'étranglement qui pourraient limiter les performances du secteur de la santé et l'atteinte des résultats intermédiaires qui seront planifiés dans les CDMT successifs.

Le plan intégré de suivi-évaluation s'articule autour des principaux points suivants :

- Contexte et justification;
- Buts et objectifs ;
- Indicateurs clés de suivi ;
- Cadre de mise en œuvre;
- Cadre de suivi-évaluation;
- Financement du PNDS.

1.2 Contexte

Le système national d'informations sanitaires a fait des progrès remarquables ces dernières années. Un plan stratégique du SNIS a été développé pour la période 2017-2020, après une évaluation du plan de développement du SNIS précédent (2013-2015) et un Référentiel de gestion de l'Information Sanitaire(RGIS) a été développé en 2017. Le RGIS est un document d'orientation pour la mise en œuvre du paquet minimum d'activités dans le cadre de la production de l'information sanitaire. Il décrit l'architecture et l'articulation de l'ensemble des activités du SNIS. Le RGIS clarifie les relations fonctionnelles entre les structures qui concourent au système d'information sanitaire à travers leurs missions et leurs responsabilités tout en décrivant les tâches respectives de chacune d'elles.

Les objectifs du RGIS étaient de :

- Définir les normes et méthodes de production et de diffusion d'une information sanitaire de qualité et actuelle ;
- Préciser les relations fonctionnelles du cadre institutionnel du SNIS ;
- Constituer un document de référence pour les acteurs et les intervenants du système d'information sanitaire (institutions gouvernementales, secteur privé, ONG/associations, organisations internationales et sous régionales).

Le SNIS a migré du logiciel Maurisis au logiciel DHIS2, un logiciel en ligne qui est très flexible et utilisé dans plusieurs pays d’Afrique et d’Asie.

En dépit de ces progrès indéniables, plusieurs indicateurs du PNDS 2017-2020 n’ont pas été renseignés. Le suivi-évaluation a été l’une des faiblesses relevées lors de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire 2017-2020. Les contre-performances observées lors de l’exécution des activités de ce plan s’expliquaient, entre autres, par le manque d’outils harmonisés de suivi et d’évaluation pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A cela se sont ajoutées :

- i) La faible coordination de la gestion de l’information sanitaire collectée ;
- ii) L’existence de plusieurs sous systèmes d’information sanitaire indépendants ;
- iii) L’absence d’une instance faitière de coordination multisectorielle et de suivi du PNDS au niveau déconcentré ; et
- iv) L’insuffisance des financements alloués au S&E.

C’est pourquoi des efforts complémentaires seront nécessaires pour améliorer le niveau de fonctionnalité du SNIS, condition sine qua non pour assurer un suivi performant de la mise en œuvre de ce PNDS, qui est aussi tributaire de la disponibilité des informations sur le niveau de mise en œuvre des interventions de santé réalisées par les ministères partenaires et les autres acteurs clés du système de santé. A cet effet, un dispositif pour la collecte et l’analyse de ces informations sera mis en place. Autrement dit, l’un des facteurs clés pour assurer l’efficacité de la mise en œuvre de ce plan sera de rendre disponible les informations sanitaires produites par tous les acteurs du système de santé selon le principe la santé dans toutes les politiques.

Il est donc essentiel au cours de ce cycle de planification, d’anticiper et de lever les goulots suscités qui ont entravé le suivi de la mise en œuvre du PNDS 2017-2020. Malgré l’existence d’un cadre de suivi-évaluation, les progrès réalisés ont été insuffisamment documentés. Le nombre élevé d’indicateurs, les valeurs de base de plusieurs indicateurs de suivi de ce PNDS n’étaient pas renseignées, la multiplicité des sous-systèmes de suivi-évaluation (existence de système et d’outils de suivi-évaluation pour chaque programme) n’a pas facilité le suivi global et cohérent de toutes les interventions mises en œuvre dans le secteur santé.

1.3 Justification du plan intégré de suivi-évaluation du PNDS 2022-2030

Pour rappel, la vision stratégique du PNDS 2022-2030 est d’avoir une population saine et productive qui contribue à la croissance économique et au développement national. Cette vision contribuera à atteindre les cibles de l’ODD 3 et des autres indicateurs impactant sur la santé. Elle sera réalisée par la mise en œuvre de quatre programmes prioritaires comme suit :

- **Programme 1** : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile
- **Programme 2** : Renforcement de la lutte contre la maladie
- **Programme 3** : Sécurité sanitaire et préparation et réponse aux situations d’urgences de santé publique
- **Programme 4** : Renforcement des piliers du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle.

La mise en œuvre de ces programmes nécessite un suivi performant, ce qui n'a pas été le cas pour les PNDS précédents. Les difficultés rencontrées dans le suivi-évaluation des résultats attendus du PNDS 2017-2020 ont convaincu l'ensemble des parties prenantes à prioriser l'élaboration d'un plan intégré de suivi-évaluation (PISE). Les insuffisances organisationnelles, structurelles et institutionnelles constatées dans le domaine du S&E ont eu pour principale conséquence, la faible disponibilité des informations pertinentes pour une prise de décision basée sur des données factuelles.

Il s'est avéré nécessaire de choisir et de réunir dans un document synthétique, les indicateurs les plus pertinents, validés par l'ensemble des acteurs clés du secteur. Ces indicateurs permettront d'assurer le suivi-évaluation des performances réalisées et partant, d'apporter en temps opportun les mesures correctrices appropriées pour lever des éventuels goulots d'étranglement ; ceci dans la perspective d'une réalisation optimale des objectifs de la SSS2016-2027.

Ce PISE se présente donc comme un outil fédérateur mettant en synergie la volonté des acteurs de suivre les performances de la mise en œuvre du PNDS 2022-2030.

1.4 Objectifs du plan Intégré de suivi-évaluation du PNDS 2022-2030

L'objectif général de ce PISE est d'assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2022-2030, et les objectifs spécifiques sont :

- Préciser le cadre institutionnel et organisationnel du suivi-évaluation du PNDS 2022- 2030 aux niveaux central, de wilaya et de moughataa;
- Élaborer la matrice des indicateurs et leur définition, le cadre de performance, le tableau de bord et les mécanismes de suivi de la mise en œuvre du PNDS pour chaque niveau de la pyramide sanitaire;
- Mesurer les progrès réalisés aux niveaux central, des wilayas et des moughataas;
- Mettre à la disposition de toutes les structures sanitaires des outils de suivi simplifiés ;
- Décrire de manière synthétique, les modalités de suivi et d'évaluation à mi-parcours et finale du PNDS.

Le plan de suivi et d'évaluation a pour but de faciliter une mise en œuvre efficiente du PNDS 2022-2030 à travers un suivi des résultats par niveau.

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

1.5 Cadre institutionnel du suivi et de l'évaluation

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

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

- Le **niveau opérationnel** de la moughataa: premier niveau de suivi, de collecte, de traitement de l'information, et de prise de décision opérationnelle.

- Le **niveau intermédiaire** de la wilaya : deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques pour la prise de décisions régionales
- Le **niveau central** de la Direction de l'Information Stratégique et de la Surveillance Epidémiologique qui fait partie de la Direction Générale : troisième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures du niveau national ou de référence.
- Le **niveau de pilotage** : quatrième niveau au plus haut niveau du ministère où sont traitées et diffusées aux différents acteurs les informations stratégiques permettant un suivi et une évaluation continus de la mise en œuvre du PNDS. C'est à ce niveau que sont conduites les études d'impact et d'effet permettant l'évaluation de l'atteinte des résultats.

Bien que ce dispositif soit devenu plus performant ces dernières années, des améliorations restent nécessaires comme suit :

- La mise en œuvre du Référentiel de Gestion de l'Information Sanitaire ;
- le renforcement des capacités techniques des personnels chargés du suivi et de l'évaluation, spécialement au niveau-des équipes cadres de wilaya et de moughata ;
- le renforcement des capacités matérielles des services engagés dans ce système, et à différents niveaux ;
- la systématisation des supervisions régulières par niveau.

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

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

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

1.5.2 Le niveau intermédiaire : DRS et Hôpitaux au niveau régional

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

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

Toutes ces données analysées sont transmises aux Directions de tutelle au niveau central.

1.5.3 Le niveau central : Directions centrales du Ministère de la santé et Centres nationaux de référence

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

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

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

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

¹CNTS, INRSP, LNCQM

Chapitre 2 : Cadre de performance

Le **cadre de performance** des résultats d'impact, d'effets et de produits attendus découle des sous-programmes/composantes. Les résultats d'impact y ont été décrits et les stratégies et interventions clés sont respectivement liées aux résultats d'effets et de produits.

Les indicateurs utilisés dans ce cadre de performance sont définis dans l'annexe 1, qui contient une **matrice opérationnelle** avec les métadonnées des indicateurs, à savoir le libellé de l'indicateur, ce que l'indicateur mesure, comment on calcule l'indicateur avec une indication précise de son numérateur et dénominateur, le mode de suivi des sources, ainsi que le niveau, la méthode et la périodicité de la collecte des données.

2.1 Programme 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile

2.1.1 Sous-Programme 1.1 : Réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Composante 1.1.1 : Maternité à moindre risque					
Résultat 1.1 : le ratio de mortalité maternelle a diminué avec la mise en œuvre des interventions à haut impact dans des structures sanitaires avec des services de qualité et des ressources humaines de qualité.					
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (ODD 3.1)	454	2020	EDS	300	140
% de femmes ayant reçu au moins 4 visites de soins prénataux	39%	2019-2020	EDS	55%	80%
% d'accouchement assisté par un personnel qualifié (ODD 3.1.2)	70,4%	2019-2020	EDS	80%	90%
Pourcentage d'établissements offrant des services d'accouchement	54%	2018	SARA	65%	80%
Disponibilité des éléments traceurs relatifs aux soins obstétricaux de base parmi les établissements de santé offrant des services d'accouchement (Score moyen)	53%	2018	SARA	60%	70%
Pourcentage d'hôpitaux offrant des services de soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC)	75%	2018	SARA	80%	85%
Vaccination antitétanique pour femme enceinte (FE)	48,3 %	2019-2020	EDS	60%	70%
TPI 2chez les femmes enceintes	10,2%	2019-2020	EDS	30%	40%

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Taux de prise en charge des cas de paludisme chez la femme enceinte	49,7%	2020	EDS	60%	80%
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)	49,7%	2015	MICS 2015	55%	60%
% d'établissements offrant des services pour PTME	3%	2018	Sara	15%	45%
Prévalence de l'anémie chez les femmes âgées de 15-49 ans, selon l'état de la grossesse (pourcentage) (ODD2.3.2)	56%	2019-2020	EDS	65%	70%
Supplémentation en fer et en acide folique pour les femmes enceintes	33,36%	2020	EDS	40%	55%
Pourcentage d'hôpitaux offrant des services de réparation de fistules obstétricales prises en charge	41%	2018	SARA	57%	62%
Pourcentage de femmes sensibilisées par la communication sur le changement de comportement sur la Santé maternelle et néonatale	A compléter	2019-2020	DHIS 2	80%	100%
Composante 1.1.2 : Soins du nouveau-né					
Résultat 1.2 : le taux de mortalité néonatale a diminué avec la mise en œuvre effective des interventions à haut impact sauvant des nouveau-nés dans les formations sanitaires avec la disponibilité des équipements et ressources humaines de qualité.					
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes) (ODD 3.2.2)	22	2019-2020	EDS	18	12
% de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance (>6 mois en dessous de -3 ET)	2,9%	2019-2020	EDS	1,1%	1%
% de nouveau-nés ayant présenté des symptômes de détresse et/ou infection Respiratoire Aiguë (IRA)	46,4%	2019-2020	EDS	51,1%	72,4%
% de nouveau-nés qui ont eu de la fièvre pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement.	31,4%	2019-2020	EDS	59,1%	79,5%
% de nouveau-nés ayant eu de la diarrhée pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement.	31,9%	2019-2020	EDS	55,1%	73,4%
% de nouveau-nés ayant eu de la diarrhée à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO	19,5%	2019-2020	EDS	31,4%	67,2%
% de nouveau-nés ayant eu de la diarrhée à qui on a donné du zinc	14,7%	2019-2020	EDS	29,4%	58,4%

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
% de nouveau-nés ayant eu de la diarrhée à qui on a donné des SRO et du zinc	7,1%	2019-2020	EDS	17,5%	36,4%
% de nouveau-nés bénéficiant d'une visite postnatale dans les 7 jours suivants la naissance (prise de poids, allaitement maternel, infection..)	7%	2017	UN-IGME (fact sheet Mauritania)	35,4%	68,2%
Composante 1.1.3 : Espacement des naissances					
Résultat 1.3 : L'accès et l'utilisation de la contraception moderne dans toutes les structures de santé et communautaires sont améliorés.					
% de femmes de 15 à 49 ans utilisant n'importe quelle méthode contraceptive moderne	12.8%	2019-2020	EDS	20%	30%
% de femmes manifestant des besoins en contraception qui n'ont pas été satisfaits	31,1%	2019-2020	EDS	30%	25%
Nombre de prestataires formés en méthodes contraceptives orales et injectables	80%	2018	SARA	82%	88%
Pourcentage d'établissements offrant des services de planification familiale	50%	2018	SARA	55%	65%
Composante 1.1.4 : Amélioration de la santé des adolescents et des jeunes					
Résultat 1.4 : Le renforcement de l'accès des adolescents et jeunes aux services sanitaires et à l'information sur la santé génésique a amélioré la santé des adolescents et des jeunes.					
Disponibilité des directives sur la prestation de services aux adolescents parmi les établissements de santé offrant ce service	14%	2018	SARA	55%	73%
Pourcentage d'agents formés à la prestation des services de santé aux adolescents	10%	2018	SARA	45%	52%
% de femmes âgées de 15 à 19 ans manifestant des besoins en contraception qui n'ont pas été satisfaits	30,4%	2019-2020	EDS	23,4%	15,2%
Taux de natalité des adolescentes	5,1	2015	MICS	3,2	1
Pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans enceintes d'un premier enfant	3.3%	2015	MICS	1,2%	1%
Pourcentage d'établissements offrant des services de santé de l'adolescent (SSR dont PF, IST dont VIH)	25%	2018	SARA	37,6%	45%
Composante 1.1.5 : Lutte contre les violences basées sur le genre (VBG)					
Résultat 1.5 : L'équité et lutte contre les VBG sont améliorées à travers le renforcement des capacités des décideurs, des prestataires et des communautés pour une meilleure prise en compte de la lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes.					

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Nombre de victimes de VBG identifiées dans toutes les structures sanitaires	2191		SNIS ²	1278	525
Nombre d'hôpitaux ayant des USPEC répondant aux normes (unités de la PEC des victimes VBG)	5	2021	DMH	8	15
Nombre de CS identifiant et référant des Victimes de VBG vers les USPEC (nombre total CS= 115)	37	2021		50	70
Pourcentage de femmes sensibilisées CCC aux Violences Basées sur le Genre	ND			ND	ND
Pourcentage de prestataires formés sur le protocole médico-légal de PEC des victimes de VBG	2.3%	2019	SNIS	5%	10%
Pourcentage des adolescentes et femmes de 15-49 ans excisées	63,9%	2019-2020	EDS	60%	55%
Proportion de femmes âgées de 20 à 49 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 18ans (ODD 5.3.1)	35,2%	2015	EDS	30%	20%
Composante 1.1.6 : Lutte contre les cancers gynécologiques					
Résultat 1.6 : Toutes les malades de cancer gynécologiques sont prises en charge et dépistées.					
Incidence du cancer du sein	ND			ND	ND
Incidence du cancer du col de l'utérus	ND			ND	ND
Dépistage du cancer du col de l'utérus	ND			ND	ND

2.1.2 Sous-programme 1.2 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes	44	2019-2020	EDS	32	25
Composante 1.2.1 : Lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes à travers une approche cycle de vie					
Résultat 2.1 : une approche coordonnée en matière de planification stratégique des interventions en nutrition est soutenue					
Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts types par rapport à					

²Statistiques 5 USPEC (de 5 hôpitaux), octobre 2021

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5ans (ODD 2.2.1)					
- < 2 écarts type (modéré)	23%	2018	SMART	27%	33%
- < 3 écarts type (modéré)	25,8%	2019-2020	EDS	29%	35%
Prévalence de la malnutrition aigue sévère (indice poids/taille supérieur à +2 écarts types ou inférieur à -2 écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS chez les enfants de moins de 5 ans, par forme (surpoids et émaciation) (ODD 2.2.2)					
- < 2 écarts type	12%	2018	SMART	19%	31%
- < 3 écarts type	11,5%	2019	BM (OMS) ³	21%	35%
- > 2 écarts type	2%	2018	SMART	7%	15%
- > 3 écarts type	1,5%	2019	EDS	6,5%	13%
% d'enfants de moins de 5 ans ayant un faible poids pour l'âge (sévere : en dessous de -3 ET)	4%	2019-2020	EDS	3,1%	2,3%
Pourcentage d'établissements offrant des services de diagnostic/traitement de la malnutrition	59%	2018	SARA	65%	75%
% de nouveaux nés de 0 à 6 mois allaités exclusivement	59,1%	2019-2020	EDS	67,9%	87%
% des enfants 12-23 mois non allaités	32,9%	2019-2020	EDS	25,4%	17,2%
Alimentation complémentaire - éducation et supplémentation	37,4%	2015	Proxy Indicator: (MICS: 2015)/EQUIST	45,7%	65,1%
% des enfants de 6-59 mois souffrant d'anémie	76,7%	2019-2020	EDS	61%	35%
Composante 1.2.2 : Amélioration de la couverture vaccinale					
Résultat 2.2 : Les enfants sont protégés à travers l'atteinte d'une couverture vaccinale complète des maladies cibles du PEV et l'introduction de nouveaux vaccins.					
% d'enfants de moins de 5 ans bénéficiant d'un suivi de croissance (à minima sur visites du calendrier PEV)	80%	2015	MICS	87,1%	90%

³<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.WAST.ZS?locations=MR&view=chart>

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Pourcentage d'établissements offrant des services de vaccination de l'enfant	42%	2018	SARA	58%	70%
Pourcentage du personnel formé au PEV parmi les établissements de santé offrant le service de vaccination	56%	2018	SARA	65%	80%
% d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	37,9%	2019-2020	EDS	65%	85%
Vaccin DTCoq-HepB-Hib/Pentavalent 3	72,4%	2019-2020	EDS	80%	90%
Vaccin contre les Rotavirus	75,2%	2019-2020	EDS	80%	90%
Ruptures de stock des vaccins Pentavalent durant les 3 derniers mois parmi les établissements de santé offrant le service de vaccination	15%	2018	SARA	7%	3%
Composante 1.2.3 : Redynamisation de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) clinique et communautaire					
Résultat 2.3 : la PCIME est disponible dans toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire					
Pourcentage d'établissements offrant des services de soins préventifs et curatifs pour l'enfant	63%	2018	SARA	75%	85%
% de femmes de 15 à 49 ans qui ne connaissent aucun des moyens de transmission mère-enfant du VIH	22,4%	2015	MICS	15,2%	3,5%
% de femmes de 15 à 49 ans qui expriment des attitudes bienveillantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH	44,7%	2015	MICS	67,1%	79,2%
% d'hommes de 15 à 49 ans qui expriment des attitudes bienveillantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH	50,7%	2015	MICS	63%	87%
% de femmes de 15 à 49 ans qui ont reçu des conseils sur le VIH	13,7%	2015	MICS	33,2%	57,1%
% de femmes de 15 à 49 ans qui ont accepté un test de VIH	9,9%	2019-2020	EDS	13,2%	19,3%
% femmes enceintes vivant avec le VIH recevant un TAR	63%	2019	Count down ⁴	75%	89%
Pourcentage d'établissements offrant des services de traitement de la pneumonie	59%	2018	SARA	67,1%	73,1%
Pourcentage d'établissements offrant des services de traitement du paludisme	59%	2018	SARA	67,1%	73,1%

⁴<https://profiles.countdown2030.org/#/cp/MRT>

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Pourcentage d'établissements offrant des Sachets SRO+ supplémentation en Zinc	18%	2018	SARA	35%	65%
Disponibilité du personnel formé PCIME parmi les établissements de santé offrant ce service	37%	2018	SARA	48%	61%
Score moyen des établissements disposant des médicaments essentiels pour les mères en stock et non périmés	27%	2018	SARA	45%	85%
Score moyen des établissements disposant des médicaments essentiels pour les enfants en stock et non périmés	27%	2018	SARA	45%	85%

2.2 Programme 2 : Renforcement de la lutte contre la maladie

2.2.1 Sous-programme 2.1 : Maladies transmissibles

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Composante 2.1.1 : Le Sida et les hépatites					
<i>Résultat 1.1 : les nouvelles infections VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque sont réduites de 50%, et L'incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants est réduite de moitié</i>					
Nombre de nouvelles infections à VIH pour 100 personnes séronégative, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque (ODD 3.1.1) ;					
-Population générale	0,29%	2020	Spectrum	0.2%	0.1%
- HSH	23,40%	2019	Enquête séro comportementale 2019	6%	3%
-Professionnelles du sexe	9%	2019		3%	1%
- Détenus	2,88%	2019		1%	0.5%
Connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes 15-24 ans					
- Hommes	9,5%	2019	EDS	70%	90%
- Femmes	5,9%				
Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (UNGASS # 8)	26%	2019	IBBS	95%	95%

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Pourcentage des PVVIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination les 12 derniers mois	2.26%	2021	Stigma index	0%	0%
Prévalence de l'Hépatite B à l'âge de 5 ans [Cet indicateur permet à l'OMS d'estimer l'ODD 3.3.4 : Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants]	0,8%	2019	EDS	0.6%	0,4%
Composante 2.1.2 : Tuberculose					
Résultat 1.2 : d'ici à 2030, les décès dus à la tuberculose sont réduits de 90 %					
Incidence de la tuberculose pour 100,000 habitants (ODD 3.3.2)	87	2020	Profil pays OMS	69	Moins de 10
Taux de mortalité par tuberculose pour 100,000 habitants	15%	2020	Profil pays OMS	10	5%
Proportion de nouveaux cas de tuberculose testés à la résistance à la Rifampicine (RR)	2,8%	2019	Profil pays OMS	65%	85%
Taux des cas de tuberculose testés pour le VIH ou dont le statut VIH est connu (%)	43%	2020	Données du SLTL	85%	90%
Composante 2.1.3 : Paludisme					
Résultat 1.3 : d'ici à 2030, mettre fin au paludisme					
L'incidence des cas confirmés de paludisme	4,6‰	2020	PSNEP 2021 - 2025	1‰	Moins de 1‰
Proportion de FOSA publics et privés offrant des services de diagnostic ou de traitement du paludisme	62%	2018	Sara	80%	95%
Composante 2.1.4 : Maladies Tropicales Négligées					
Résultat 1.4 : d'ici à 2030, le nombre de personnes nécessitant des interventions pour lutter contre les maladies tropicales négligées est réduit de 90%					
Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires (ODD 3.3.5)	1514318	2020	ONS	750000	75000
Prévalence de la Schistosomiase	34%	2015	Enquête nationale - OMS	22%	Moins de 10%
Taux d'enfants âgés de 1an à 10 ans porteurs de Trachome folliculaire (TF) et pris en charge	1%	2019	Enquête nationale	Moins de 1%	Moins de 1%

2.2.2 Sous-programme 2.2 : Lutte contre les maladies non transmissibles

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Composante 2.2.1 : Lutte contre les maladies à facteurs de risques communs					
Résultat 2.1 : D'ici 2030, le taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques est réduit d'un tiers					
Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (ODD 3.4.1)	16,1%	2019	Base de données Banque Mondiale	11,2%	8,5%
Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans ou plus (taux comparatifs par âge) (ODD 3.a.1)	18%	2008	StepWise	21%	
% de consommation des fruits et légumes (5 portions)	3%	2008	StepWise	11%	25%
% de porteurs d'HTA médicalement suivis	39%	2008	StepWise	47%	59%
Pourcentage d'établissements offrant des services de diagnostic et de traitement du diabète	15%	2018	SARA	35%	80%
Composante 2.2.2 : Santé bucco-dentaire					
Résultat 2.2 : D'ici 2030, La prévalence de la carie est réduite de même que les cancers bucco-dentaires					
Prévalence de carie dentaire chez les jeunes	76%	2002	Enquête nationale	50%	30%
Prévalence des cancers bucco-dentaires	16%	2016	Régistre de consultation	12%	8%
Taux de caries dentaires correctement prises en charge	56%	2020	Régistre de consultation	75%	85%
Composante 2.2.3 : Santé mentale et neurologique					
Résultat 2.3 : D'ici 2030, la prise en charge de la santé mentale et des maladies neurologiques est développée au niveau périphérique.					
Réduire le taux de mortalité par suicide d'un tiers (ODD 3.4.2)	ND		Nations Unies	ND	
Augmenter la couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, services de désintoxication et de post-cure)	ND			ND	

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
pour les troubles liés à la toxicomanie (ODD 3.5.1)					
Consommation d'alcool (en litres d'alcool pur par habitant-âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile (ODD 3.5.2)	ND	2008	Enquête StepWise	ND	ND
Proportion des patients souffrant de troubles dépressifs bénéficiant de soutien psychosocial de base, de conseils et de suivi	ND		SNIS		
Composante 2.2.4 : Lutte contre les autres maladies non transmissibles					
Résultat 2.4 : Réduire la prévalence et l'impact des autres maladies non transmissibles.					
Proportion de la population cible ayant accès à un service adapté de dépistage et de prise en charge de la drépanocytose	ND	ND	SNIS	ND	ND
Proportion de patients souffrant de cataracte pris en charge par rapport au nombre attendu	ND		SNIS		
Composante 2.2.5 : Lutte contre les accidents					
Résultat 2.5 : Réduire le taux de mortalité lié aux accidents de la voie publique de moitié					
Taux de mortalité lié aux accidents de la voie publique (ODD 3.6.1)	ND				Moins de 50%
Nombre de blessures dus à des accidents de la voie publique	ND				Moins de 50%
Proportion des accidentés de la voie publique ayant bénéficié de soins dans la première heure	ND				

2.3 Programme 3 : Sécurité sanitaire et préparation et réponses aux situations d'urgence de santé publique

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Sous-programme 3.1 : Interventions dans les cadres du RSI et Sendai 2015-2030					
Résultat 3.1 : L'application du RSI et le score de l'évaluation externe conjointe du RSI montre un score de capacité durable pour le degré de préparation aux urgences sanitaire (détecter, évaluer, notifier et signaler les événements)					

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Application du Règlement Sanitaire international (RSI) et degré de préparation aux urgences sanitaires (détecter, évaluer, notifier et signaler les événements) ODD 3.d.1)	ND	2017	Evaluation Conjointe Externe (EEC) des capacités RSI dans 19 domaines		4
Le taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant est réduit de xxx en 2020 à xxx (ODD 3.9.1)	ND	ND	Enquête	ND	ND
Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats) (ODD 3.9.2) ou	ND		SNIS	ND	ND
Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel (ODD 3.9.3)	ND	ND		ND	ND
La Mauritanie a-t-elle adopté et mis en place des stratégies nationales de réduction des risques, conformément au Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes (2015-2030) (ODD 13.1.2)	NON	ND		OUI	OUI
Sous-programme 3.2 : Prévention et contrôle des infections (PCI) et gestion des déchets biomédicaux					
Résultat 3.2 : Le taux d'infections hospitalières est réduit de moitié par rapport à la situation actuelle					
Taux de septicémies causées par un organisme résistant aux antibiotiques administrés (ODDs 3.d.2)	ND		Données hospitalières	Moins de 20%	Moins de 50%
Taux d'infections hospitalières ou nosocomiales			SNIS	Moins de 20%	Moins de 50%
Pourcentage des établissements disposant des précautions standard pour la prévention des infections	55%	2018	Enquête SARA	70%	90%
% des structures sanitaires ayant un dispositif répondant aux normes d'hygiène (Latrines, branchement à l'eau et à l'électricité...)	30%	2022	Supervision DHP	60%	80%
% des ménages qui ont un dispositif pour le lavage des mains dans lequel il y a de l'eau et du savon	56,3%	2015	MICS	70%	80%
Nombre de wilayas disposant de brigades de police d'hygiène fonctionnelles dans le cadre du contrôle alimentaire	3 /15	2021	DHP	10/15	15/15

2.4 Programme 4 : Renforcement du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle

2.4.1 Sous-programme 4.1 : Renforcement de la gouvernance et du leadership sectoriel

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année 2020	Référence/Source	2025	2030
Composante 4.1.1 : Gouvernance et leadership sectoriel					
Résultat 4.1.1 : Le Ministère de la santé assure son rôle stratégique de planification, de régulation et d'évaluation et se dote des outils, mécanismes et ressources pour une coordination effective des interventions et une mise en œuvre concertée du PNDS à tous les niveaux par tous les acteurs et partenaires du secteur de la santé.					
Réformes, Normalisation, Régulation et renforcement des capacités					
Disponibilité de Contrats de performance à tous les niveaux managériaux (sur la base du projet d'établissement pluriannuels)	Nbre Structures INAYA / Tot Structures MS	2021	MS	80% des entités	100% des entités
Révision et MEO des textes régissant le CD et CONAP avec la mise en place d'un secrétariat permanent	DECRET 159/2021 Organigramme du MS avec mise en place CDS	T4 2021	Archive MS / Journal officiel	Plateforme de suivi du PNDS avec une complétude et promptitude de 100%	Plateforme de suivi du PNDS avec une complétude et promptitude de 100%
Mise en place d'une tarification harmonisée pour les secteurs public et privé	Etude de coûts des prestations publiques et privées avec 3 scénarii de proposition de tarification	2021	Rapport de consultance à la DPC	Disponibilité d'un Décret fixant la tarification pour le public et le privé	100% des FOSA appliquent la tarification harmonisée
Elaboration de l'arrêté relatif à l'organisation et le fonctionnement de l'IGS prévu par l'organigramme du MS	0	2021	Archive MS / Journal officiel	Arrêté disponible et 50% des FOSA sont régulièrement inspectées + rapports disponibles	100% des FOSA sont régulièrement inspectées + rapports disponibles
Standard (référentiel) de qualité par niveau	0	2021	DOQS/DGRP	Référentiels disponibles et 50% des FOSA sont évaluées par	100% des FOSA sont évaluées par rapport aux

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année 2020	Référence/Source	2025	2030
élaboré, mis en œuvre et suivi				rapport aux référentiels de qualité	référentiels de qualité
Processus de planification					
Adoption d'une batterie d'outils harmonisés et consensuels de planification par niveau conformément au PNDS 2021-2030	OUI	2021	DPC	Disponibilité des PAO harmonisés évalués et suivis régulièrement	Disponibilité des PAO harmonisés évalués et suivis régulièrement
Conduite annuelle du processus de planification et de revue du secteur par niveau	Oui	2020	DPC/PAO 2020 & 2021	POA 2022-2025 disponibles à tous les niveaux + Rapport de revue périodique	POA 2026-2030 disponibles à tous les niveaux + Rapport de revue périodique
Elaboration, validation et vulgarisation des outils de gestion par niveau (Direction centrale, régionale, départementale et FOSA)	Manuels de procédure de gestion administrative, comptable et financière des PS & CS validés	2021	DAF/AIPASS	Manuel de procédure de gestion disponible à tous les niveaux	Manuel de procédure de gestion disponible à tous les niveaux
Leadership et management					
Mise en place et rendre opérationnelle une entité nationale chargée de la formation des cadres en management	OUI ENSSS mais pas encore opérationnelle	2019	Décret de création	Mise en place d'un Master de Santé Publique et de management stratégique des systèmes de santé	Tous les cadres du SS ont suivi des formations en management stratégique des SS
Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'opérationnalisation des districts	Non car l'acte juridique de création des EC des Districts n'est pas encore promulgué	2021	DOQS / Projet d'arrêté en cours d'élaboration	100% des Moughataas ont des EC fonctionnelles	100% des Moughataas sont des Districts de Santé fonctionnels
Redynamisation des organes de coordination au niveau déconcentré	Non : textes caduques et non mis à jour	2021	DOQS/DGRP	Textes élaborés/mis à jour et mis en œuvre. Instances de coordination opérationnelles	Réactualisation des textes régissant la coordination au niveau déconcentré en

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année 2020	Référence/Source	2025	2030
				avec rapports réguliers	fonction des évaluations
Elaboration, validation et diffusion d'un plan annuel des réunions des instances (CD / CONAP) avec la mise en place d'un secrétariat permanent chargé du suivi de la mise en œuvre des décisions prises.	Non	2021	CDS	Rapport des réunions Cabinet et CONAP disponible avec suivi de mise en œuvre des recommandations	Rapport des réunions Cabinet et CONAP disponible avec suivi de mise en œuvre des recommandations et évaluations avec capitalisation des leçons apprises
Audit et contrôle					
Existence d'un guide d'audit et de contrôle au sein du MS	Non	2021	IGS	Guide disponible et appliqué	Guide disponible et appliqué
Proportion des inspecteurs formés dans leur domaine de compétence	0%	2021	IGS	80% des inspecteurs sont formés	100% des inspecteurs sont formés
Proportion d'entités inspectées	0%	2021	IGS	50% des entités sont inspectées + Rapports d'inspection disponibles	100% des entités sont inspectées + Rapports d'inspection disponibles
Participation communautaire					
Existence des textes révisés régissant la participation communautaire dans la gouvernance du Système de santé	Non	2021	MS	La stratégie de santé communautaire révisée avec textes régissant la participation communautaire	La stratégie de santé communautaire révisée avec textes régissant la participation communautaire
% de FOSA avec comité de gestion fonctionnel*	0%	2021	FOSA	80% des FOSA avec COGES fonctionnel + Rapports d'activité disponibles	100% des FOSA avec COGES fonctionnel + Rapports d'activité disponibles
Santé communautaire					

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année 2020	Référence/Source	2025	2030
Proportion d'USB fonctionnelles	60%	2021	MS/Service santé communautaire	400/500 (80%)	100%
% de districts sanitaires opérationnalisant la SNSC	33%	2021	MS/Service santé communautaire	60%	100%
Composante 4.1.2 : Renforcement du Partenariat Public Privé					
Résultat 4.1.2 : La contribution du secteur privé est mise à profit pour accélérer la mise en œuvre du PNDS					
Nombre de conventions public – privé dans les domaines prioritaires santé (médicaments et technologie de santé, infrastructures et équipements, financement de la santé et prestation de soins)	5 privées à but non lucratif	2021	MS/Archives	Au moins 3 conventions par domaine	Au moins 10 conventions par domaine
Révision/élaboration des textes organisant le secteur privé	Arrêtés réglementant la pratique privée élaborés Mise en œuvre nécessitant des mesures d'accompagnement	2021	DMH	Disponibilité des textes réglementant l'offre de services de santé privés et mise en œuvre	Disponibilité des textes réglementant l'offre de services de santé privés et mise en œuvre

2.4.2 Sous-programme 4.2 : Financement de la couverture sanitaire universelle

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Résultat 4.2 : Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle en lien avec la stratégie nationale de financement de la santé pour augmenter le taux de la population couverte par un quelconque mécanisme de couverture sanitaire de 15 % en 2020 à 75 % en 2030					
Proportion des dépenses publiques totales affectées aux services essentiels			Budget du gouvernement		

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Résultat 4.2 : Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle en lien avec la stratégie nationale de financement de la santé pour augmenter le taux de la population couverte par un quelconque mécanisme de couverture sanitaire de 15 % en 2020 à 75 % en 2030					
(éducation, santé et protection sociale (ODD 1.a.2) - Santé	7%	2020			15%
Proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, par sexe et par groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes, nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, indigents et personnes vulnérables (ODD 1.3.1) : - Taux de la population couverte par un quelconque mécanisme de couverture sanitaire (assurance maladie ou assistance) - Mise à l'échelle de l'assurance maladie obligatoire (CNAM)	15%	2020	Comptes nationaux santé		75%
	12%	2020			35%
Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de couverture sanitaire universelle en lien avec la stratégie nationale de financement de la santé	Non	2020			Oui
Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé (ODD 3.8.2)	53%	2017	Comptes Nationaux de la Santé	37%	25%
Développement et mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé (SNFS)	Non	2020			Oui
Tarifification des prestations offertes (en public et en privé) harmonisée par niveau et par type de structures	Non	2020			Oui
Révision du Compact et rapport annuel de suivi de sa mise en application.	Non	2020		Oui	Oui
Mise en place du fonds commun (entre MS et PTF) avec gestion nationale et suivi conjoint.	Non		CONAP	Oui	Oui

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Résultat 4.2 : Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle en lien avec la stratégie nationale de financement de la santé pour augmenter le taux de la population couverte par un quelconque mécanisme de couverture sanitaire de 15 % en 2020 à 75 % en 2030					
Mise en œuvre et évaluation de la phase pilote du FBR dans le Hodh El Gharbi et le Guidimagha	Non		DPC	Oui	Oui
Indicateurs de couverture dans les deux régions de la zone pilote comparativement à ceux des autres régions			Annuaire statistiques		

2.4.3 Sous-programme 4.3 : Développement des ressources humaines de qualité

Indicateur	Baseline			Cible		
	Valeur	Année	Référence	2022	2025	2030
Résultat 4.3 : La densité et répartition du personnel de santé accrus pour que les inégalités en matière d'accès aux agents de santé ont été réduits de moitié						
Densité des professionnels de santé	14	2021	DRH	16	19	23
Proportion des structures publiques de santé répondant aux normes en RH	30%	2021	DRH	41%	50%	80%
Taux d'exécution des programmes d'étude dans les écoles de santé	ND	2020-2021	Rapport annuel d'activités des écoles de santé	ND	ND	100%
Existence d'un plan d'investissement en faveur des ressources humaines pour la santé	Non	2021	PDRHS 2022-2026 validé	Oui	Oui	Oui
Proportion des écoles de santé certifiées par une instance d'évaluation de la qualité	0%	2021	Rapport de certification		40%	100%
Existence de textes réglementaires sur la sécurité du personnel de	NON	2021	DRH	25%	50% des entités	90% des entités

Indicateur	Baseline			Cible		
	Valeur	Année	Référence	2022	2025	2030
santé appliqués à tous les niveaux (public et privé)					appliquent les textes	appliquent les textes
Existence d'un Observatoire sectoriel des ressources humaines fonctionnel*	Non	2021	DRH		Oui	Oui
Ratio Femme/Homme dans un poste de responsabilité à différents niveaux (revoir formulation du résultat)	3%	2021	Base de données RHS de la DRH & Rapport d'évaluation PNDS	3%	20%	30%

2.4.4 Sous-programme 4.4 : Infrastructure et équipements

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Résultat 4.4 : La couverture des services de santé essentiels correspond aux normes nationales					
Existence de documents de normes mis à jour en infrastructures et équipements validés	Non	2021	DOQS	Normes validées et appliquées	Normes validées et appliquées
Taux de couverture des services de santé essentiels par rapport aux normes (ODD 3.8.1)	0%	2021	DOQS	70%	90%
Carte sanitaire régulièrement mise à jour et respectée dans la planification et la mise en œuvre	Oui	2021	DPC	70%	90%
Stratégie de maintenance élaborée et mise en œuvre	Non	2021	Rapport de suivi DIM	70% des entités	90% des entités
Disponibilité moyenne des aménagements et des éléments de confort indispensables	41%	2018	Enquête SARA	60%	80%
Disponibilité moyenne des équipements essentiels	60%	2018	Enquête SARA	80%	90%
Disponibilité moyenne des éléments pour les capacités générales de diagnostic	19%	2018	Enquête SARA	40%	70%

2.4.5 Sous-programme 4.5 : Médicaments, autres produits de santé de qualité et sécurité transfusionnelle

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Composante 4.5.1 : Médicaments et autres produits de santé					
Résultat 4.5.1 : La proportion des établissements de santé disposant constamment d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable a augmenté					
la Mauritanie a progressé dans son niveau de maturité au « Global Benchmarking Tool » de l'OMS (ISO 9004) ^[4]	Non	2021	DPL/OMS et Rapport d'évaluation	Niveau 2	Niveau 2+
La Mauritanie a révisé et adoptée sa PPN	Non	2021	DGRP/ DPL et PTF	Révisée adoptée	PPN évaluée
la Mauritanie a mis en œuvre les Plans directeurs quinquennaux de sa PPN	Non	2021	DGRP/ DPL et PTF	Des PAO déclinant les axes de la PPN mis en œuvre	Des PAO déclinant les axes de la PPN mis en œuvre à 80% évalué
Résultat 4.5.1 : La Mauritanie est dotée d'un LNCQM préqualifié OMS et accrédité selon la norme de l'Organisation internationale de normalisation et la Commission électrotechnique internationale					
Indice de disponibilité des médicaments traceurs de l'OMS Cet indicateur permet d'estimer l'ODD 3.b.3 : Proportion des établissements de santé disposant constamment d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable	19%	2018	SARA	70%	85%
Une stratégie de contrôle de qualité est élaborée adoptée et mise en œuvre	Non	2021	DGRP	Stratégie mise en œuvre à 60%	90%
LNCQM préqualifié OMS	Non	2021	LNCQM	Évalué en 2025	Préqualifié en 2030
Composante 4.5.2 : Sécurité transfusionnelle					
Résultat 4.5.2 : les besoins en produits sanguins de qualité sont comblés					
Les besoins en produits sanguins de qualité sont comblés	Non			Oui	Oui

2.4.6 Sous-programme 4.6 : Système d'information sanitaire, la recherche en santé et les innovations, et la santé digitale

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Composante 4.6.1 : SNIS					
Résulta 4.6.1 : L'indice de performance des systèmes d'information sanitaire⁵ atteint un score de 80%.					
Score de l'indice de performance des systèmes d'information sanitaire ⁶	30%	2021	Avis Expert MS	60%	80%
Mise en œuvre des enquêtes nationales de suivi du PNDS (EDS/MICS, SMART, STEP WISE, Comptes nationaux de santé, SARA) et respect de la fréquence	50%	2021	MS/SNIS	75%	100%
Taux de complétude de rapportage SNIS	95%	2021	SNIS	100%	100%
Taux de promptitude de rapportage SNIS	50%	2021	SNIS	80%	100%

⁵Source: "Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies », OMS

Cet indice est mesuré par une équipe externe sur la base d'informations largement disponibles dans le domaine public. Les informations sur les sources de données et la disponibilité des données peuvent être compilées à partir des bases de données de l'OMS et de celles d'autres agences internationales. Les informations sur les apports et les ressources sont disponibles dans les rapports de statistiques sanitaires des pays et dans les auto-évaluations réalisées par l'outil développé par le réseau de métrologie sanitaire. Pour les pays qui n'ont pas effectué de telles évaluations, il peut être nécessaire de recueillir des informations par l'intermédiaire des bureaux de pays de l'OMS et d'autres agences et par des contacts directs avec les unités d'information sanitaire et les bureaux de statistiques des pays.

⁶Source: "Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies », OMS, 2010. L'Indice de performance du système d'information sanitaire (HISPIX, Health Information Systems Performance Index) est une mesure synthétique basée sur 26 indicateurs normalisés pour évaluer la qualité des données et la performance globale du système d'information sur la santé. Ces indicateurs couvrent six domaines : les enquêtes sanitaires ; l'enregistrement des naissances et des décès ; le recensement ; le rapportage des établissements de santé ; le suivi des ressources des établissements de santé ; et la capacité d'analyse, de synthèse et de validation des données de santé. Le HISPIX est mesuré par une équipe externe sur la base d'informations largement disponibles dans le domaine public. Les informations sur les sources de données et la disponibilité des données peuvent être compilées à partir des bases de données de l'OMS et de celles d'autres agences internationales. Les informations sur les apports et les ressources sont disponibles dans les rapports de statistiques sanitaires des pays et dans les auto-évaluations réalisées par l'outil développé par le réseau de métrologie sanitaire. Pour les pays qui n'ont pas effectué de telles évaluations, il peut être nécessaire de recueillir des informations par l'intermédiaire des bureaux de pays de l'OMS et d'autres agences et par des contacts directs avec les unités d'information sanitaire et les bureaux de statistiques des pays.

En raison de la facilité relative de la collecte de données, et parce que plusieurs des indicateurs sont susceptibles de changer relativement rapidement, il est suggéré que l'analyse soit effectuée tous les trois ans pour évaluer les tendances dans le temps.

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Proportion des entités utilisant les données SNIS dans la planification et la prise de décisions	3%	2021	MS	10%	60%
Proportion des entités utilisant le DQS (Data Quality System)	3%	2021	Avis d'Expert MS	10%	60%
Composante 4.6.2 : La recherche en santé et les innovations					
Résultat 4.6.2 : Dix études de recherche sont réalisées et référencées dans des documents politiques, stratégiques, et/ou de planifications nationales ou de wilaya					
Elaboration, adoption et mise en œuvre d'une stratégie nationale de la recherche en santé publique.	Non	2020	INRSP Agence Nationale de la Recherche Scientifique	La stratégie existe et est mise en œuvre	La stratégie existe et mise en œuvre
Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base (ODD 3.b.2)	0,5%	2021	Avis d'Expert MS	1,5%	2% du budget de santé selon la Déclaration D'Alger
Nombre d'études de recherche réalisées et référencées dans des documents politiques, stratégiques, et/ou de planification nationales ou de wilaya ;	2	2021		4	6
Publications des chercheurs nationaux des articles dans des journaux internationaux ;	93	2020	SCOPUS	140	200
Un centre/plateforme de connaissance est opérationnel réunissant les chercheurs et décideurs en santé et les prestataires de soins	Non				Oui
Un Comité éthique pluridisciplinaire est opérationnel	Non				Oui
Composante 4.6.3 : Santé digitale					
Résultat 4.6.3 : Un indice Global de Santé Numérique (GDHI)⁷ de 4/5 est atteint					

⁷http://index.digitalhealthindex.org/indicators_info . L'Index Global de Santé Numérique (GDHI) est une ressource numérique interactive qui suit, surveille et évalue l'utilisation de la technologie numérique pour la santé dans tous les pays. Le GDHI utilise sept catégories d'indicateurs clés pour suivre les progrès : Leadership et gouvernance ; ii) Stratégie et investissement ; iii) Lois, politiques et conformité ; iv) Ressources Humaines ; v) Normes et interopérabilité ; vi) Infrastructure; et vii) Services et applications. Des 6 pays africains où cet indice a déjà été mesuré, 4 ont atteint un score global de 3 et 2 un score de 2.

Indicateur	Baseline			Cible	
	Valeur	Année	Référence	2025	2030
Développement et mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé numérique	Non	2020		Oui	Oui
<u>Indice Global de Santé Numérique (GDHI)⁸</u>	0			3 sur 5	4 sur 5

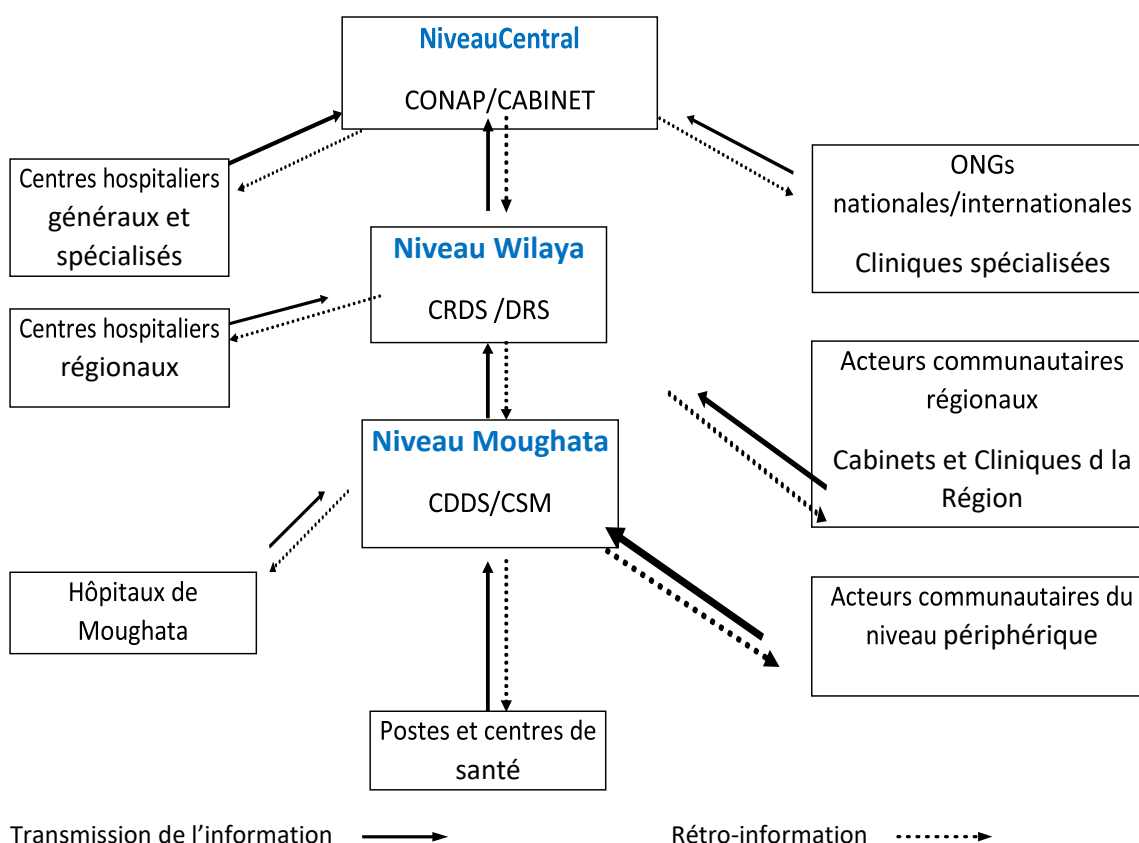
⁸L'Index Global de Santé Numérique (GDHI) est une ressource numérique interactive qui suit, surveille et évalue l'utilisation de la technologie numérique pour la santé dans tous les pays. Le GDHI utilise 19 indicateurs clés pour suivre les progrès dans les sept domaines suivants : Leadership et gouvernance; Stratégie et investissement ; Lois, politiques et conformité ; Ressources Humaines ; Normes et interopérabilité ; Infrastructure ; Services et applications. Un score de 1 (phase 1) à 5 (Phase 5, donc maturité) est attribué à chaque indicateur. Les moyennes sont alors calculées par domaine ainsi que la moyenne globale qui forme l'indice global. A ce jour, l'indice a été estimé dans 22 pays à travers 6 régions, où la moyenne était de 3.

Chapitre 3 : Cadre de suivi évaluation

Les données sont globalement de trois types : les données de routine, les données d'enquêtes, les rapports de supervision, de suivi, d'audit et de contrôle et les rapports de réunions de suivi et de revues. La collecte, l'analyse et la transmission de ces données se feront par niveau conformément au schéma ci-dessous (Figure 1).

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

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



3.1 Données de routine

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

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

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

3.2 Rapports d'enquêtes, d'évaluation externes et d'indices

L'enquête nationale - EDS⁹ - sera menée à mi-parcours et à la fin du PNDS afin d'objectiver l'évolution de la situation sanitaire et d'apprécier l'impact de la mise en œuvre du Plan. D'autres enquêtes plus ciblées sur des domaines (SR, PEV, Nutrition, déterminants des maladies non transmissibles, ...) ou sur des zones permettent d'améliorer la qualité de ce suivi en se focalisant sur certains aspects et en cherchant à ressortir les facteurs influençant les constats mis en évidence.

Les enquêtes portant sur les piliers du système de santé (Comptes Nationales de Santé, l'Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé – SARA, l'Évaluation Conjointe Externe – EEC - des capacités du Règlement Sanitaire International - RSI, le Global Benchmarking Tool » de la performance de l'Autorité Nationale de Réglementation des produits pharmaceutiques, l'indice de performance des systèmes d'information sanitaire, l'indice global de santé numérique la capacité opérationnelle) viendront apprécier l'offre de services de santé, et participent à l'analyse des constats en matière d'état de santé et de niveaux de couvertures en interventions essentielles de santé.

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

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

3.3 Rapports de supervision, d'audit ou de contrôle

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

⁹L'Enquête démographique et de santé (ou EDS) sera privilégiée car plus complète (ex : mortalité maternelle) et pouvant se coupler avec une recherche sur certaines prévalences de pathologies prioritaires (ex : paludisme, VIH, ...)

focaliser sur un aspects particulier en essayant de ressortir en détail la situation, l'historique et les différents facteurs ayant influencé cette gestion.

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

3.4 Rapport de réunions de suivi et de revues

Les réunions régulières - mensuelles au niveau opérationnel et trimestrielles au niveau régional et central - permettent un suivi régulier de l'exécution des activités et seront systématiquement sanctionnées par des rapports transmis aux niveaux supérieurs.

Parallèlement, les revues semestrielles au niveau régional et annuelles au niveau national permettront l'exploitation de l'ensemble de ces produits (rapports du SNIS, rapports d'enquêtes, rapports de supervision et rapports de réunions de suivi). Ces revues suivront un format standardisé sur la base des tableaux de bord des indicateurs PNDS. Les performances des régions y seront comparées et analysées.

Ces revues seront systématiquement sanctionnées par des rapports largement diffusés à tous les intervenants, et pour plus de transparence, mis en ligne sur le site WEB du Ministère.

Chapitre 4 : Conclusion

A la suite d'un processus participatif qui a abouti à l'atelier national de validation, le PNDS 2022-2030 dans ses deux volumes – cible les principales faiblesses qui se dégagent de la revue à mi-parcours, des différentes analyses sectorielles menées ces dernières années, et des analyses internationales du système de santé dans le pays.

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

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

Ce plan permettra à tous les acteurs concernés, le gouvernement central, les administrations déconcentrées, les instances décentralisées, les PTF, et la société civile de se réunir autour d'une stratégie commune, d'un cadre de suivi-évaluation commun et d'un cadre de financement commun.

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

Cette vision commune, le financement selon les résultats, et la responsabilisation des acteurs et l'autonomie de gestion contribueront à l'amélioration de la performance du système. Par ailleurs, il permettra d'appliquer le principe directeur d'une seule santé dont la nécessité a été prouvée par les crises récentes (COVID19, ...).

ANNEXE 1 : Matrice opérationnelle des indicateurs

La matrice opérationnelle décrit les métadonnées des indicateurs, à savoir le libellé de l'indicateur, ce que l'indicateur mesure, comment on calcule l'indicateur avec une indication précise de son numérateur et de son dénominateur, le mode de suivi des sources, ainsi que le niveau, la méthode et la périodicité de la collecte des données.

Un exemple pour les maladies transmissibles (Sida, hépatite, tuberculose, et paludisme) est donné ci-dessous

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Composante 2.1.1 : Sida et hépatites						
Nombre de nouvelles infections à VIH pour 100 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque (ODD 3.1.1) ; -Population générale - HSH -Professionnelles du sexe - Détenus	L'ampleur des nouvelles infections au VIH dans les groupes à risque	Numérateur: Nombre de nouveaux cas de VIH au cours de la période évaluée pour les groupes à risque en question Dénominateur : population totale des personnes à risque au cours de la même période	Rapport SENL EDS	National Wilaya	Etude séro-comportementale	Tous les 3 à 5 ans
Nombre de femmes ayant reçu une prophylaxie ARV pour réduire la TME	Efficacité de la couverture	Numérateur : Nombre de femmes enceintes VIH séropositives ayant reçus la prophylaxie ARV selon les normes nationales	DHIS2 SENL	Opérationnel		Mensuel

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
		Dénominateur : Nombre de femmes enceintes VIH séro positives				
Taux des nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui ont été testés dans les 12 mois suivant leur naissance (UNGASS # 8)	Evaluer dans quelle proportion les nourrissons nés de mères séropositives au VIH font l'objet d'un test de dépistage du virus dans les 12 premiers mois de leur vie.	Numérateur : Nombre de nourrissons qui, au cours des 12 derniers mois, ont fait l'objet d'un test de dépistage dans les 12 mois suivant leur naissance, ventilé entre : 1) nourrissons ayant fait l'objet d'un test virologique dans les 2 premiers mois, et 2) nourrissons ayant fait l'objet soit d'un test virologique entre 2 et 12 mois, soit d'un test des anticorps entre 9 et 12 mois Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant donné naissance à un enfant au cours des 12 derniers mois. C'est un indicateur indirect du nombre de nourrissons nés de mères séropositives.	DHIS2 SENL	Opérationnel		Mensuel
Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	Les progrès accomplis dans l'élimination de la TME du VIH, principalement grâce à la fourniture accrue de médicaments antirétroviraux	Numérateur : Nombre de nourrissons nés de mères infectées par le VIH Dénominateur : Nombre total estimé de femmes enceintes infectées par le VIH	Rapport SENL	National	Modélisation sur base de données de couvertures de service	Tous les ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
		Cet indicateur est modélisé en Spectrum sur base des 2 indicateurs précédents				
Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (UNGASS # 8)	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque	Numérateur : Nombre de personnes faisant partie des groupes les plus à risque ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat Dénominateur : Nombre de personnes faisant partie des groupes les plus à risque incluses dans l'échantillon	Rapport SENLS	National	Enquête comportementale	Mensuel
Taux de couverture des traitements antirétroviraux	Efficacité de couverture des traitements	Numérateur : PVVIH recevant actuellement un traitement antirétroviral Dénominateur : Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	DHIS2	Opérationnel	Exploitation des données de routine	Mensuel
Pourcentage des PVVIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination les 12 derniers mois	La stigmatisation chez les groupes vulnérables clés	Numérateur : Dénominateur :	Rapport SENLS	National	Enquête	Tous les xx ans
Prévalence de l'Hépatite B à l'âge de 5 ans [Cet indicateur permet à l'OMS d'estimer l'ODD 3.3.4 : Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants	L'incidence permet de décrire la réduction des infections chroniques par l'hépatite B. La majeure partie de la charge de morbidité due à l'infection par le VHB provient d'infections	Numérateur : Nombre d'enfants âgés de 5 ans infectés par le virus de l'Hépatite B. (c'est-à-dire nombre d'enfants âgés de 5 ans dépistés Ag HBs positifs)	Rapport INRSP	Central	Enquête sérologique	Tous les 3 ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
	contractées avant l'âge de 5 ans	Dénominateur : population totale des enfants âgés de 5 ans				
Composante 2.1.2 : Tuberculose						
% de malades notifiés pour 100.000 habitants	Cet indicateur et la proportion estimée de détection permet à l'OMS d'estimer l'incidence de la TB	Numérateur : Nombre de cas de tuberculose (TB) et de rechutes Dénominateur : Population totale	Direction TB	Opérationnel	Exploitation des données de routine	Mensuel
Taux de mortalité par tuberculose pour 100,000 habitants	Evaluation de l'efficacité du programme	Numérateur : Nombre de tuberculeux décédés Dénominateur : Cohorte totale des tuberculeux	Direction TB	Opérationnel	Exploitation des données de routine	Mensuel
Proportion de nouveaux cas de tuberculose avec TB-RR et/ou TB-MR	La proportion des cas de tuberculose multi-résistante et Résistant à la Rifampicine	Numérateur : Nombre de cas de tuberculose MDR-RR confirmé par laboratoire Dénominateur : Nombre de cas de tuberculose estimé	PNLT	Régional	Monitoring	Mensuel
Nombre de cas de tuberculose testés pour le VIH ou dont le statut VIH est connu (%)	Mesure le degré de co-infection	Numérateur : Patients tuberculeux testés (nouveaux et rechutes ou tous pour les définitions antérieures à 2013) enregistrés au moment de l'issue du traitement Dénominateur : 1	PNLT	Opérationnel	Exploitation des données de routines	Mensuel
Composante 2.1.3 : Paludisme						

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Taux des nouveaux cas (incidence) du paludisme par 1 000 habitants dans les Moughatas : A faible transmission A transmission sporadique	Désagrégation par moughata à faible transmission et transmission sporadique et par groupe d'âge	Numérateur : Nombre annuel de diagnostics ambulatoires confirmés de paludisme Dénominateur : Estimation de la population totale des zones à risque de paludisme	PNLP	National	Exploitation des données de routines	Annuel
Cas de paludisme classés comme cas locaux	Mesure la transmission locale	Numérateur : Cas de paludisme classés comme cas locaux Dénominateur : 1	PNLP	National	Enquête	Annuel
Taux de paludisme grave traité	Adéquation du traitement des cas de paludisme hospitalisés conformes aux directives nationales	Numérateur : Nombre de cas traités aux quinines distribuées et artésunate distribués Dénominateur : Nombre de cas grave				
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit précédente		Numérateur : Nombre de femmes ayant dormi sous MII la nuit précédente Dénominateur : Nombre de femmes enquêtées	MICS EDS	National	Enquête	Tous les 3 ans
% des cas de paludisme confirmés par TDR ou autres examens de laboratoire		Numérateur : TDRs réalisés ou goutte-épaisses réalisées Dénominateur : Population à risque du paludisme		Opérationnel	Exploitation des données de routines	Mensuel
Composante 2.1.4 : Maladies Tropicales Négligées						

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires et plus précisément sur les Schistosomiasés chez les enfants en âge scolaire (ODD 3.3.5)	Il mesure les enfants en âge scolaire exposés à un risque au niveau des zones endémiques (au total sur les 8 régions endémiques) Les enfants en âge scolaire représentent 23% de la population totale	Numérateur : Nombre enfants exposés Dénominateur : population totale	Données CNAS	Ecoles, ménages des zones endémiques		
Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires et plus précisément sur les Schistosomiasés chez les adultes (ODD 3.3.5)	Il mesure les personnes adultes exposées à risque dans les zones de forte endémicité Les adultes à risque représentent 50 % de la population totale (uniquement au niveau du TRARZA)	Numérateur : Nombre d'adultes exposés Dénominateur : population totale	Service MTN ; DRAS	ménages des zones endémiques		
Eliminer la schistosomiase	Il mesure l'arrêt des interventions de masse ce qui explique que ce n'est plus un problème de santé publique et cela quand la prévalence est inférieure à 10%	Numérateur : Nombre d'enfants exposés Dénominateur : population totale	Service MTN ; DRAS	Ecoles, ménages des zones endémiques		
Proportion d'enfants de 5 à 15 ans qui reçoivent les antiparasitaires adaptés (schisto et géo-helminthiasés)	Il mesure la couverture thérapeutique	Numérateur : Nombre d'enfants 5-15 ayant reçu le traitement	Service MTN	Ecoles des zones endémiques		

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
		Dénominateur : Nombre d'enfants attendus 5-15 ans				
% d'enfants âgés de 1an à 10 ans porteurs de Trachome folliculaire (TF) et pris en charge	Il mesure le degré de détection et de prise en charge	Numérateur : Nombre d'enfants traités du TF Dénominateur : Population totale des enfants de 1 an à 10 ans	Service MTN, Cécité	FOSA		