



REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

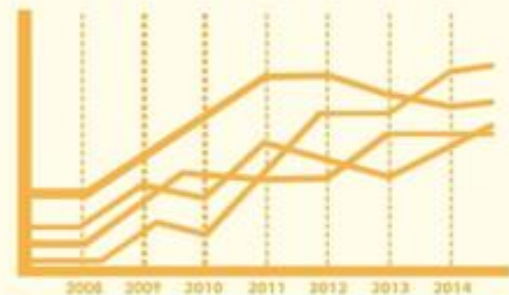
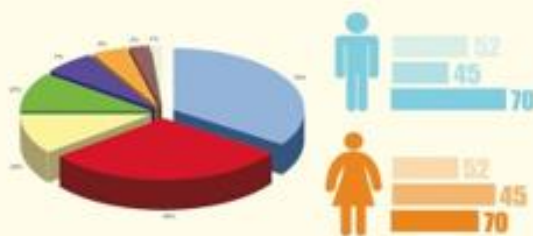
Direction Générale de Planification

Direction du système national d'information sanitaire

MANUEL DES NORMES ET PROCEDURES
DE GESTION DU SYSTEME NATIONAL
D'INFORMATION SANITAIRE

2^{ème} Edition

Mars 2019



Préface

Le Gouvernement du Burundi, à travers le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS), s'est engagé dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire troisième génération s'étendant sur la période de 2019 à 2023 (PNDS III) pour l'amélioration de la santé de la population. Sa mise en œuvre et son suivi nécessitent un système d'information sanitaire performant, capable de mettre à la disposition des décideurs, des responsables de santé, des partenaires au développement et des citoyens, des informations fiables et valides pour allouer les ressources, mesurer les progrès et apprécier la situation sanitaire du pays.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, à travers la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS), s'est doté d'un Plan Stratégique 2019-2023 aligné au PNDS III. Ce Plan a pour objectif d'accroître la disponibilité et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décisions basées sur l'évidence.

Le Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire a prévu l'élaboration d'un manuel de référence dans lequel les normes et les procédures standards de gestion de l'information sanitaire sont clairement définies.

Le présent manuel est structuré de façon à couvrir les aspects liés au fonctionnement du SNIS, au circuit général de transmission et de partage de l'information à tous les niveaux. Il contient également la liste et les définitions des indicateurs, les aspects portant sur l'analyse des données ainsi qu'un dictionnaire des métadonnées.

L'élaboration du présent manuel a suivi une démarche participative afin de prendre en compte les besoins de tous les acteurs du SNIS. En effet, la DSNIS, en collaboration avec ses partenaires a élaboré le premier draft qui a été enrichi par une commission technique. Le document issu de la commission a ensuite été amendé par deux instances, un atelier incluant toutes les parties prenantes et le groupe thématique de Planification.

Nous sommes confiants que ce manuel va contribuer à améliorer la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux pour mieux répondre aux attentes de la population.

Nous invitons tous les utilisateurs de ce manuel à s'en approprier et tous les partenaires de soutenir sa mise en application. Nos remerciements s'adressent aux partenaires techniques et financiers pour leur appui dans le processus d'élaboration mais aussi dans la mise en œuvre de ce manuel

Nous remercions les membres de la commission technique et toutes les personnes ressources qui ont contribué à son élaboration.

**Le Ministre de la Santé Publique
et de la Lutte contre le SIDA**

Dr NDIKUMANA Inadée



Table des matières

Péface	i
Liste des figures	iii
Liste des abréviations	iv
PARTIE I : NORMES ET DIRECTIVES	1
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	2
III. PRINCIPES, MISSIONS ET OBJECTIFS DU SNIS	3
3.1 Principes	3
3.2 Missions	3
3.3 Objectifs du SNIS	4
3.3.1 Objectif général	4
3.3.2 Objectifs spécifiques	4
IV. LE CADRE NORMATIF DU SNIS	4
4.1 Fonctionnement du SNIS	5
PARTIE II : ANALYSE ET UTILISATION DE L'INFORMATION SANITAIRE	25
I. GUIDE D'ANALYSE DE LA QUALITE DES DONNEES DE ROUTINE ..	25
1.1. Cadre conceptuel de l'analyse de la qualité des données	25
1.2. Revue documentaire	26
1.3. Vérification des données au niveau opérationnel	26
II. GUIDE D'ANALYSE DES TENDANCES DES INDICATEURS	27
2.1 Définitions	27
2.2 Principes d'analyse des tendances des indicateurs	27
PARTIE III : DICTIONNAIRE DES METADONNEES ET DES	30
I. Définitions et mode de calcul des indicateurs	30
II. Dictionnaire des métadonnées	34
2.1 Définition des cas, des termes et de concepts clés	34
2.1.1 Définitions générales	34
2.1.2 Définitions liées à la CPN	35
2.1.3 Définitions liées à la vaccination	36
2.1.4 Définitions liées à la prise en charge nutritionnelle	36
2.1.5 Définitions liées aux accouchements	37
2.1.6 Définitions liées au déroulement des accouchements	37
2.1.7 Définitions liées à l'issue des accouchements	38
2.1.8 Définitions liées aux indications de la césarienne	38
2.1.9 Définitions spécifiques aux indicateurs des hôpitaux	38
2.2 Liste des indicateurs du niveau communautaire	39
Annexes	40

Liste des figures

Figure 1: Schéma de l'organigramme de la DSNIS	10
Figure 2: Schéma du circuit de transmission de l'information sanitaire	13
Figure 3: Cadre conceptuel de l'analyse de la qualité des données.....	25

Liste des abréviations

AC	: Ancien cas
ACT	: Artemisinin-based combination therapy
AR	: Aire de Responsabilité
ASAQ	: Artésinate et Amodiaquine
ASC	: Agent de la Santé Communautaire
BCF	: Battement Cardiaque Fœtal
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BMI	: Body Mass Index
BPS	: Bureau Provincial de la Santé
CDS	: Centre de Santé
CDV	: Conseil de dépistage volontaire
COSA	: Comité de la Santé
CPN	: Consultation Périnatale
CPSD	: Cadre de Coordination des Partenaires pour la Santé et le Développement
DHIS2	: District Health Information Software 2
DQR	: Data Quality Review
DQT	: Data Quality Tool
DS	: District Sanitaire
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
DTC	: Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
ECV	: Enfant Complètement Vacciné
ET	: Ecart-type
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FOSA	: Formation Sanitaire
GASC	: Groupement des Agents de la Santé Communautaire
GAVI	: Global Alliance for Vaccination and Immunization
GE	: goutte Epaisse
HAR	: Hors Aire de Responsabilité
HB	: Hors Burundi
HD	: Hors District
HP	: Hors Province
HTA	: Hypertension Artériel
iCCM	: Integrated Community Case Management
IEC	: Information Education et Communication
MCD	: Médecin Chef du District
MDH	: Médecin Directeur de l'Hôpital
MIILDA	: Moustiquaire Imprégné d'Insecticide à Longue Durée d'Action

MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre SIDA
NC	: Nouveau Cas
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
P/T	: Rapport Poids/ Taille
PEC	: Prise en charge
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNS	: Politique Nationale de Santé
POS	: Procédure Opérationnelle Standard
PRISM	: Performance Routine Information Management
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH
RR	: Rubéole Rougeole
SD	: Standard Deviation
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SMART	: Spécifique Mesurable Attainable Relevant Time-Based
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SR	: Santé de la Reproduction
TD	: Tétanos Diphtérie
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TPIg	: Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse
TPS	: Technicien de Promotion Sanitaire
USAID	: United States Agency for International Development
VAPneumo	: Vaccin anti Pneumonie
VAPO	: Vaccin anti poliomyélite Oral
VARota	: Vaccin contre le Rotavirus
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPI	: Vaccin anti poliomyélite inactivé
WHO	: World Health Organisation
WHO/DQT	: World Health Organisation/Data Quality Tool

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le souci de renforcement de la prise de décision et de la planification des stratégies de santé, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre SIDA (MSPLS) en collaboration avec ses partenaires, a mis en œuvre des politiques et stratégies d'amélioration du fonctionnement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Ces politiques et stratégies s'articulent autour des volets suivants :

- Le regroupement des partenaires du système d'information sanitaire autour du groupe thématique multisectoriel ;
- La création de la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) ;
- La mise en place du système d'information communautaire harmonisé et intégré au SNIS de routine ;
- La révision régulière des outils de collecte de l'information sanitaire ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un canevas de collecte des données au niveau des formations sanitaires ;
- Le développement d'un système de surveillance des maladies épidémiques ;
- La publication des annuaires statistiques, des bulletins épidémiologiques, des tableaux de bords de santé ;
- Le développement d'un plan stratégique du SNIS (2019 – 2023).

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national du SNIS (2011 – 2015) étendu à 2018, le système d'information sanitaire a connu beaucoup d'améliorations dont les principales sont les suivantes :

- Les taux de complétude et de promptitude sont respectivement de 93% et de 75% en 2017
- L'adoption et l'utilisation du DHIS2, logiciel fonctionnant en ligne, comme plate-forme nationale de gestion de l'information sanitaire permettant une analyse aisée des données ;
- La mise en place du SIS communautaire, permettant aux parties prenantes d'accéder aux données sur des interventions communautaires ;
- L'harmonisation des outils de collecte et de rapportage des données de routine qui a permis d'améliorer la qualité des données en termes de fiabilité et de cohérence ;
- L'intégration des données de tous les programmes de santé, y compris celles du VIH/ SIDA ;
- La cartographie sanitaire qui permet une meilleure visualisation et une analyse géospatiale des données du SNIS ;
- La production régulière des rapports statistiques (bulletins trimestriels et annuaires statistiques) ;
- La disponibilité d'un plan d'amélioration de la qualité des données qui sert de référence à tous les départements, programmes et projets de santé.

Malgré ces efforts, le système d'information sanitaire connaît encore des défis notamment :

- Insuffisance du contrôle de la qualité des données ;
- Insuffisance de matériels et équipements informatiques ;
- Manque du courant électrique entravant le fonctionnement de ces équipements ;
- Faible couverture du réseau internet ;
- Absence de mécanismes de validation des données ;

- Insuffisance du personnel qualifié en gestion du SIS ;
- Non rapportage des données de certaines structures du secteur privé ;
- Problèmes d'archivage à tous les niveaux ;
- Faible complétude des données du SIS communautaire ;
- Absence de rétro-information pour certains niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Mauvaise qualité des données du SIS communautaire.

Pour relever ces défis, le DSNIS a donc besoin d'un manuel de normes et procédures pour la gestion de l'Information Sanitaire.

Le présent manuel permet de :

- Mieux préciser le fonctionnement et les missions du SNIS à tous les niveaux ;
- Définir les normes et procédures opérationnelles standards de gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux ;
- Définir le circuit de l'information ;
- Préciser la liste des indicateurs pertinents pour les programmes de santé ;
- Procéder à une codification des formations sanitaires ;
- Donner des orientations sur la technique d'analyse des données en vue de leur utilisation ;
- Rendre disponible les dictionnaires de données et de métadonnées.

II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé du Burundi est organisé en une pyramide sanitaire à quatre niveaux :

Le niveau central regroupe le Cabinet du Ministre, le secrétariat permanent, une Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, trois Directions Générales, les institutions personnalisées (6 hôpitaux nationaux, CAMEBU, CNTS, INSP), huit directions centrales, huit programmes de santé et les services connexes.

Il est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi évaluation. Il assure la fonction de régulation et de normalisation.

Le niveau intermédiaire est composé de 18 bureaux provinciaux de santé (BPS) et 5 hôpitaux régionaux. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province, de l'appui aux districts sanitaires et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle.

Le niveau périphérique est composé de 46 districts sanitaires couvrant 88 hôpitaux et 1080 centres de santé publics, confessionnels et privés répartis sur les 119 communes du pays selon l'annuaire statistique 2017. Un district couvre en moyenne 3 communes avec des extrêmes de 1 à 4 regroupant entre 100 000 et 150 000 habitants. Le district de santé constitue l'unité opérationnelle du système de soins. Il regroupe le niveau communautaire, les centres de santé (CDS) et l'hôpital de district qui est l'hôpital de première référence.

Les communautés sont impliquées dans le système de soins à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé (COSA) et de gestion (COGES) des CDS. Elles sont représentées également par les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté à travers les messages de sensibilisation, la prise en charge, le suivi et le soutien des malades. Les Agents de Santé Communautaires (ASC) sont réunis en Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC).

III. PRINCIPES, MISSIONS ET OBJECTIFS DU SNIS

3.1 Principes

Les principes qui guident le SNIS se réfèrent au document de PNS (2016-2025) à savoir : l'acceptabilité, l'efficacité, l'efficience, l'intégration, la décentralisation, la pérennisation des services et la coordination.

3.2 Missions

Le Système National d'Information Sanitaire a pour mission principale de fournir des informations nécessaires à la prise de décisions pour le renforcement et la réorientation des politiques et stratégies de lutte contre les maladies et autres problèmes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les délais indiqués dans les normes et standards ;

La Direction du SNIS est chargée des missions suivantes :

- Participer aux réunions du comité de gestion de la Direction Générale de la planification ;
- Coordonner et superviser la gestion et l'administration de la Direction du SNIS ;
- Veiller à la tenue conforme et au respect des calendriers de réunion des comités de gestion du service des Etudes et de la Recherche, du service de gestion de l'Information (GIS) et du service de surveillance Epidémiologique ;
- Veiller à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des diverses planifications de sa Direction dont la planification opérationnelle annuelle ;
- Veiller à l'application du système de contrôle de la performance inhérent à la méthodologie de planification du MSPLS ;
- Veiller à l'élaboration et l'application des politiques et méthodologies des Etudes et de la Recherche, de la GSIS et de la Surveillance Epidémiologique ;
- Assurer la production des outils harmonisés de collecte des données ;
- Appuyer les structures décentralisées dans la collecte et l'analyse des données.

Pour réussir ses missions, la DSNIS doit mener les actions suivantes :

1) Assurer la décentralisation de l'analyse et la diffusion de l'information à tous les niveaux

Les provinces et districts sanitaires doivent posséder les capacités techniques d'encadrement pour assurer une bonne collecte de données, un suivi et un contrôle de la qualité des données. De même, ils doivent surtout avoir des compétences d'exploitation et d'analyse des données afin de permettre une utilisation de ces données et informations pour l'orientation des stratégies et des réformes dans leurs zones de responsabilité. Dans toute cette initiative, ils seront appuyés techniquement par le niveau central pour une harmonisation des interventions du système d'information de routine.

2) Développer des approches et des techniques d'auto-évaluation

Pour assurer la pérennisation du système d'information sanitaire, il est essentiel de mettre en place à chaque niveau (central, provincial et périphérique) une organisation et des méthodes d'auto-évaluation permettant de garantir la qualité des données.

Pour atteindre cet objectif d'avoir des données de qualité, il est nécessaire de mettre en place un personnel qualifié en gestion d'information sanitaire avec des outils adéquats et un système simple qui permet de collecter, d'analyser et de transmettre les données dans un délai fixe et raisonnable. Ce personnel doit également contrôler l'exactitude et la pertinence des données sanitaires.

3) Définir les besoins en information pour tous les niveaux

Un document spécifique doit établir le cadre normatif, les besoins en informations minimales, la liste des variables obligatoires par niveau et par structure et toutes les dispositions utiles pour que le SNIS réponde à ses engagements nationaux et internationaux. Ces informations seront intégrées dans un tableau de bord mensuel de données qui sera diffusé au cabinet, aux programmes de santé et aux différents partenaires.

4) Impliquer et coordonner tous les acteurs du développement du SNIS

Tout acteur, tout partenaire du SNIS aussi bien du niveau district sanitaire, provincial, national qu'international intervenant sur le territoire national du Burundi a pour obligation de participer à la gestion de l'information sanitaire.

5) Développer les techniques modernes de communication pour la gestion de l'information

Pour mieux coordonner les actions, le SNIS utilisera l'outil informatique, les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour assurer la collecte, le stockage, l'analyse, la transmission, la présentation et la diffusion de la gestion des données sanitaires.

6) Harmoniser les outils et le circuit d'information

Toutes les structures (publiques et privées) du système sanitaire, l'administration, la société civile et les projets financés par les partenaires doivent utiliser les mêmes outils et le circuit d'information définis dans le présent manuel.

7) Intégrer les données communautaires et du secteur privé dans le SNIS

Le secteur privé doit utiliser les mêmes principes et les mêmes circuits d'information que le SNIS. Les données communautaires sont déjà intégrées dans les données nationales.

3.3 Objectifs du SNIS

3.3.1 Objectif général

Assurer la production des informations fiables et valides à mettre à la disposition des décideurs pour une prise de décision basée sur des évidences.

3.3.2 Objectifs spécifiques

- Améliorer la qualité des données générées par le SNIS de 71 % au niveau central, de 42 % au BPS, de 50% au BDS et 31% aux FOSA à plus de 95% d'ici 2023 ;
- Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des données du système de santé ;
- Améliorer la coordination des partenaires du SNIS pour une meilleure utilisation des ressources destinées au SNIS.

IV. LE CADRE NORMATIF DU SNIS

Le cadre normatif constitue l'outil technique officiel de base qui définit toutes les normes et standards du fonctionnement et la mise en place du Système d'Information Sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire. Il décrit les rôles et les responsabilités de chaque intervenant selon les niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Il définit les procédures pour collecter les données, les outils de collecte, le circuit de l'information et les ressources nécessaires pour le fonctionnement du système d'information aux différents niveaux du système de santé.

Le cadre normatif est constitué de cinq composantes : le fonctionnement du SNIS, les procédures opérationnelles standards de gestion du SNIS, le circuit de l'information, les outils de collecte des données ainsi que la codification des formations sanitaires.

Le fonctionnement du SNIS à tous les niveaux consiste à :

- Définir les fonctions du SNIS,
- Déterminer le profil du personnel du SNIS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- Identifier les besoins en ressources humaines, matérielles et équipements du SNIS à tous les niveaux,
- Décrire les procédures minimales du respect et du suivi de la qualité des données.

Les procédures opérationnelles standards de gestion du SNIS

Consiste à définir les activités à exécuter au quotidien par le personnel de gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire. Ces activités standardisées doivent être écrites et mises à la portée de tout le personnel impliqué dans la gestion du SIS qui doit s'y référer chaque fois que de besoin.

Le circuit de l'information sanitaire précise les règles de transmission des données de la communauté, des formations sanitaires, des bureaux des districts sanitaires, des bureaux provinciaux de la santé vers le niveau central. La rétro-information se fait à chaque niveau du système de santé.

Le cadre normatif définit également une liste des indicateurs à renseigner.

4.1 Fonctionnement du SNIS

4.1.1 Niveau communautaire

4.1.1.1 Fonctions

Sous la coordination du CDS, l'ASC avec l'encadrement du TPS organise des réunions, prend en charge des cas, récupère les abandons, fait des visites à domiciles, surveille des événements survenus dans la communauté et contrôle l'hygiène et assainissement dans les ménages.

4.1.1.2 Ressources

L'ASC doit disposer des outils de collecte pour une meilleure gestion et transmission des données du SIS.

4.1.1.3 Activités

Les données relatives aux services communautaires sont enregistrées dans des outils standards conçus pour ce niveau. Pour le rapportage, les ASC réunis au sein du groupement rédigent le rapport en se servant des outils standardisés de collecte des données mis à leur disposition. Le GASC transmet alors le rapport d'activités mensuelles au plus tard le 5ème jour du mois suivant au CDS.

Cependant, en cas de suspicion d'une maladie à potentiel épidémique, le rapportage se fait immédiatement au CDS. Les données compilées par le GASC sont mensuellement transmises au centre de santé auquel il est rattaché.

4.1.2 Au niveau des formations sanitaires

4.1.2.1 Fonctions

Selon le type d'institution, l'enregistrement, la compilation, la saisie des données sont faits par un ou plusieurs prestataires de service. La méthode d'enregistrement doit suivre les normes et les procédures du SNIS.

Au niveau des centres de santé (publics, confessionnels et privés), le chargé du SIS aura la responsabilité de :

1. S'assurer de la disponibilité permanente des formulaires et registres standards dans l'institution ;
2. S'assurer de la disponibilité permanente des formulaires et registres standards des agents de santé communautaire ;
3. Vérifier si les dossiers et registres sont bien remplis, bien tenus et bien classés ;
4. Compiler et préparer les rapports de statistiques mensuels sur le canevas standard ;
5. Vérifier la promptitude et la complétude des données transmises par les ASC (cette responsabilité ne concerne que les CDS disposant d'une aire de responsabilité) ;
6. Saisir les données communautaires et du CDS dans le DHIS2 ;
7. Vérifier la cohérence, la qualité des données et faire les corrections et ajustements appropriés dans le DHIS2 ;
8. Valider les données communautaires et du CDS ;
9. Approuver les données produites dans le DHIS2 ;
10. Archiver les rapports mensuels d'activités au niveau du centre de santé.

Au niveau des hôpitaux de district ou assimilés, le chargé du SNIS aura la responsabilité de :

1. Vérifier si les dossiers et registres sont bien remplis et bien classés ;
2. Vérifier la promptitude et la complétude des données transmises par les différents services ;
3. S'assurer de la disponibilité permanente des formulaires et registres dans l'institution ;
4. S'assurer de la complétude, de la codification des pathologies et des examens ;
5. Compiler et préparer les rapports de statistiques mensuels sur le canevas standard ; ;
6. Saisir les données dans le DHIS2 ;
7. Vérifier la cohérence, la qualité des données et faire les corrections et ajustements appropriés dans DHIS2 ;
8. Approuver les données produites dans le DHIS2 ;
9. Archiver les rapports mensuels au bureau des hôpitaux de district ou assimilés.

4.1.2.2 Profil du personnel

Les responsables des unités/services des Centres de Santé ont des compétences dans la compilation, l'utilisation du DHIS2 et autres supports électroniques de leurs données sanitaires et les transmettent au chargé du SIS. Ils doivent être des infirmiers de niveau licencié ou A2 expérimenté avec compétences en informatiques.

Le chargé de la gestion des données sanitaires des hôpitaux assure la compilation, le contrôle de la cohérence et la qualité des données par DHIS2 et la transmission des rapports au niveau supérieur, sous la supervision du responsable de la structure, Il doit avoir un diplôme A1 ou licence comme c'est stipulé dans les normes sanitaires. Chaque chef de poste dans les différents services compile les données et les transmet au chargé du SIS qui les saisit dans DHIS2.

4.1.2.3 Ressources

Pour mieux exercer la fonction du SIS, la formation sanitaire doit disposer au moins des outils et équipements suivants : des dossiers, registres, classeurs, fiches de rapport en quantité suffisante, directives et manuel d'utilisation de DHIS2, étagère, ordinateur, d'une imprimante, d'un téléphone et autres supports électroniques, des dispositifs de connexion internet et un disque dur externe.

4.1.2.4 Activités

a. Collecte et saisie des données

Les données proviennent du recueil quotidien au niveau de la communauté, des centres de santé, des hôpitaux mais également des cabinets médicaux, des laboratoires publics et privés. Le recueil se fait sur des documents standardisés.

Les données collectées dans les différents services sont consignées dans un rapport hebdomadaire ou mensuel.

Le responsable de la formation sanitaire organise des réunions mensuelles avec les prestataires de service des centres de santé et le TPS pour vérifier la qualité du remplissage des outils de collecte. Pendant la réunion, ils procèdent à la vérification de la complétude des registres, des fiches de collecte et également de la cohérence des données dans DHIS2. Le chargé du SIS fournit également une orientation et des directives pour un remplissage correct des outils.

b. Analyse des données, partage et transmission du rapport

Les données sur les maladies à potentiel épidémiques sont analysées et transmises via DHIS2 à un rythme journalier.

Les données des prestations de service sont analysées sur un rythme mensuel à travers le DHIS2.

L'analyse se fait en équipe à travers les données saisies en DHIS2 ou en utilisant les rapports papiers en cas de besoin.

Un exemplaire du rapport est systématiquement rempli et photocopié : une copie est transmise au niveau supérieur, l'autre est gardée et classée. Au niveau de la structure sanitaire, la conservation des données se fait sur les formulaires de rapports, rassemblés dans un classeur annuel. Chaque formulaire de rapport mensuel doit être également saisi dans la base de données DHIS2.

Les données de prestation de services sont compilées, et saisies dans DHIS2 et validées au plus tard le 10^{ème} jour du mois suivant.

c. Archivage des données

Un exemplaire des différents rapports est gardé au niveau de la formation, utilisé et classé. Au niveau de la structure sanitaire, la conservation des données se fait sur les formulaires de rapports, rassemblés dans un classeur annuel. Chaque formulaire de rapport (journalier ou mensuel) doit être également saisi dans la base de données (DHIS2) et sauvegardé régulièrement sur un disque dur.

4.1.3 Au niveau du bureau du district sanitaire

4.1.3.1 Fonctions

Ce niveau assure la coordination, la formation et l'encadrement dans le cadre de l'organisation générale du district sanitaire. Ces activités d'encadrement et de supervision sont intégrées autant que possible dans le plan de travail du BDS. Le BDS doit :

1. Développer des activités spécifiques de supervision, de vérification ou de récupération de données ;
2. Former et encadrer le personnel des formations sanitaires pour que les outils soient correctement remplis ;
3. Suivre la saisie des données pour s'assurer de la complétude et de la promptitude des données ;
4. Traiter et analyser les données
5. Evaluer la complétude et la promptitude des rapports à travers le DHIS2 ;
6. Evaluer la cohérence et la qualité des données du DHIS2 ;
7. Faire la retro-information des résultats de la revue électronique des données et s'assurer des mis à jour ;
8. Approuver les données produites par les CDS dans le DHIS2 ;
9. Diffuser les données.

4.1.3.2 Profil du personnel

Le chargé du SIS à ce niveau doit avoir des connaissances et aptitudes en gestion informatique (DHIS2, Excel, autres), en contrôle de la qualité et analyse des données sanitaires. Il doit également avoir des capacités d'encadrement et de formation sur la collecte et la gestion des données sanitaires.

4.1.3.3 Ressources

Le BDS doit disposer au minimum des équipements et matériels suivants : Ordinateur destiné aux données SIS, imprimante, téléphone, dispositif de connexion d'internet, photocopieuses, étagères, disque dur externe et logiciel de traitement des données et des moyens de déplacement. Le BDS doit disposer d'un budget destiné à la maintenance de ce matériel et équipement.

4.1.4 Au niveau du bureau de la province sanitaire

4.1.4.1 Fonctions

Le niveau provincial est le lieu de convergence de toutes les informations venant du niveau périphérique. Il assure la coordination des activités, la formation et la supervision du personnel de santé travaillant dans les districts sanitaires. De ce fait il doit :

1. Veiller à la mise en œuvre des directives venant du niveau central ;
2. Participer à la formation et à l'encadrement du personnel des formations sanitaires en collaboration avec l'équipe cadre des districts sanitaires ;
3. Evaluer la complétude et la promptitude des rapports ;
4. Superviser la gestion des données SIS dans les districts sanitaires ;
5. Traiter, analyser les données ;
6. Approuver les données produites par les districts sanitaires dans le DHIS2 ;
7. Préparer et transmettre un rapport de retro information au niveau des districts sanitaires.

4.1.4.2 Profil du personnel

Le chargé du SIS au niveau provincial doit avoir des connaissances et aptitudes en gestion informatique, en contrôle de la qualité et analyse des données sanitaires. Il doit également avoir des capacités d'encadrement et de formation sur la collecte et la gestion des données sanitaires.

4.1.4.3 Ressources

Le Bureau Provincial doit disposer au minimum des équipements et matériels suivants : ordinateur destiné aux données SIS, imprimante, téléphone, dispositif de connexion d'internet, photocopieuses, moyens de déplacement, disque dur externe. Il doit disposer d'un budget de maintenance.

4.1.5 Niveau central

4.1.5.1 Fonctions

Le niveau central a pour responsabilité de fournir à temps aux décideurs centraux des données et des recommandations sur les statistiques reçues en vue d'une prise de décision rapide et appropriée. Il est également responsable de la préparation et de la diffusion du rapport annuel des statistiques sanitaires ; de la production du bulletin trimestriel, de retro-information, de la promotion de l'utilisation des données, notamment au niveau des institutions publiques, parapubliques et privées.

Ce niveau est également responsable de partage avec les instances internationales en ce qui concerne les statistiques du SNIS et assure la coordination des activités en rapport avec le SNIS

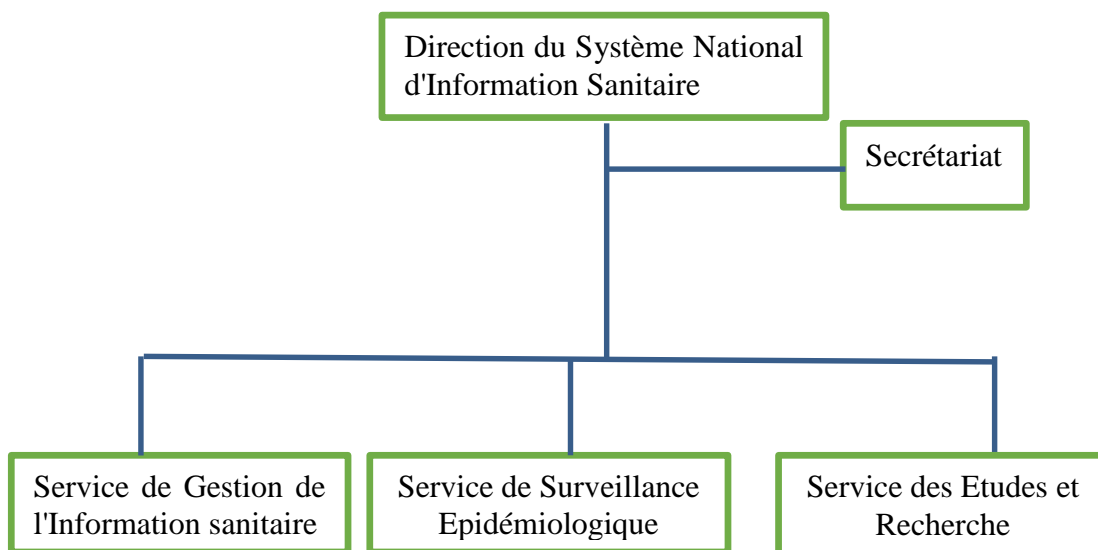
Cette fonction de coordination consiste à :

1. Faire le suivi du système par la généralisation de l'utilisation des outils, l'application des procédures et le respect des normes à tous les niveaux ;
2. Effectuer l'agrégation des données pour faciliter la production d'information ;
3. Présenter les résultats du SNIS ;
4. Développer et diffuser des tableaux de bord mensuels, des annuaires statistiques et assurer une retro-information (bulletin trimestriel etc.) ;
5. Identifier les besoins en formation et élaborer les plans de formation ;
6. Détecter les faiblesses dans toutes les étapes de fonctionnement du système et proposer le cas échéant les corrections nécessaires ;
7. Assurer la tenue des réunions de coordination périodiques au niveau périphérique, intermédiaire et central pour le partage de l'information et la prise de décision ;
8. Codifier au préalable toutes les structures ;
9. Déterminer les fonctions ou rôles des intervenants ;
10. Alimenter le cadre de suivi du PNDS ;
11. Déterminer les données essentielles au calcul des indicateurs ;
12. Harmoniser les outils de collecte
13. Déterminer les ressources adéquates pour la gestion des données sanitaires ;
14. Réglementer toutes les opérations communes à tous les sous-systèmes de la gestion des données sanitaires entre autres : la collecte, le stockage, l'analyse et l'interprétation, la transmission, la notification ou la diffusion ;
15. Assurer toutes les autres fonctions communes à tous les niveaux.

4.1.5.2 Organisation

La direction du SNIS comporte trois (3) services suivant comme le montre l'organigramme ci-dessous :

- Le service chargé de la surveillance épidémiologique ;
- Le service chargé de la gestion de l'information sanitaire ;
- Le service des études et recherches.



Organigramme de la DSNIS

4.1.5.3 Profil du personnel

La Direction comprend :

- Un Directeur du SNIS ayant plusieurs années d'expérience de coordination et de gestion aussi bien des niveaux intermédiaires que centraux, de formulation et de mise en œuvre des plans et politiques d'information sanitaire ;
- Un chef de service de gestion du SIS ayant une spécialité en sante publique, des connaissances en statistiques et une expérience de l'encadrement, de la formation, du contrôle de la qualité, de l'analyse et de la diffusion des données sanitaires sous forme de bulletins et d'annuaires statistiques ;
- Un chef de service de la surveillance épidémiologique ayant une spécialité en épidémiologie, des connaissances en statistique et une expérience de l'encadrement, de la formation, du contrôle de la qualité, de l'analyse et de la diffusion des données sanitaires sous forme de bulletins et d'annuaires statistiques ;
- Un statisticien pour le nettoyage et l'analyse des données ;
- Un informaticien du SNIS qui sera chargé de la maintenance de la base des données, de l'encadrement, de la formation et du contrôle de la qualité de la saisie des informations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il doit également appuyer l'élaboration des bulletins, des annuaires statistiques, des graphiques et des tableaux statistiques ;
- Deux (2) opérateurs de saisie ayant des aptitudes en informatique et qui assureront la saisie de tous les rapports provenant des départements ;
- Une assistante qui sera chargée de l'archivage des rapports, des bulletins et des annuaires. Elle assure la réception et la coordination de la transmission des courriers, des rapports,

des bulletins et des annuaires. Elle sera également chargée de coordonner les préparations et la mise en œuvre des réunions de dissémination et des conférences.

4.1.5.4 Ressources

Les services du SNIS doivent être dotés en Budget de fonctionnement et de maintenance, locaux appropriés, ordinateurs, imprimantes et onduleurs, téléphone, réseau-internet, serveurs, photocopieuses, disques durs externes, flash modems et disques amovibles, scanners, équipements pour le système de climatisation et Véhicules.

Tableau I: Effectifs du personnel selon les compétences et besoins

Catégorie	Besoins en personnel	Nombre d'agents en poste	Ecart	A recruter	A redéployer
Médecin épidémiologiste	3	1	2	2	0
Médecins Spécialiste en santé publique	5	3	2	2	0
Médecin généraliste	3	1	2	2	0
Démographe	2	0	2	2	0
Ingénieur en statistique	3	0	3	3	0
Techniciens supérieurs en statistique	4	3	1	1	0
Licencié en santé publique	6	1	5	5	0
Licenciés en soins infirmiers	6	4	2	2	0
Licencié en mathématique	2	1	1	1	0
Ingénieurs en informatique	2	0	2	2	0
Licencié en informatique	4	1	3	3	0
Technicien A2 en informatique	2	1	1	1	0
Techniciens supérieurs en Gestion hospitalière	0	2	0	0	2
Technicien supérieur en fiscalité	0	1	0	0	1
Technicien supérieur en commerce	0	1	0	0	1
Licencié en gestion financière	1	1	0	0	0
Technicien A2 en gestion financière	0	1	0	0	1
Technicien médical A2	0	1	0	0	1
Secrétaires	3	2	1	1	1
Chauffeurs	3	3	0	0	0
Planton	2	1	1	1	1
Veilleur	2	1	1	1	1
Total	53	30	29	29	9

4.2 Circuit et délais de transmission de l'information sanitaire

4.2.1 Délais de transmission

Au niveau de la FOSA

- La saisie des rapports dans le DHIS2 doit être terminée au plus tard le cinquième (5^{ème}) jour du mois suivant après des corrections et ajustements appropriées dans le DHIS2 ;
- Le responsable de la formation sanitaire (MDH ou Titulaire du CDS) organise l'analyse et la validation données de la FOSA et de la communauté (pour le CDS) et approuve les données dans le DHIS2 au plus tard le 9^{ème} jour du mois suivant.

Au niveau du BDS

- L'analyse des données commence dès l'approbation des données dans le DHIS2 par les responsables des FOSA sous la responsabilité du district sanitaire ;
- Le Médecin Chef du District sanitaire approuve les données dans le DHIS2 au plus tard le 25^{ème} jour du mois suivant après analyse et validation faites en équipe cadre.

Au niveau du BPS

- La vérification des données FBP se fait du 11^{ème} jusqu'au 25^{ème} jour du mois suivant ;
- Le Médecin Directeur de la province sanitaire approuve les données dans le DHIS2 au plus tard le 30^{ème} jour du mois suivant après analyse et validation faites en équipe cadre.

Au niveau de la DSNIS

La base des données DHIS2 est verrouillée le 10^{ème} jour du mois suivant afin d'éviter toute modification dans les données pendant la vérification FBP. Elle est ouverte de nouveau après la vérification pour des éventuelles corrections.

4.2.2 Circuit de transmission

Les informations provenant du niveau communautaire sont transmises au niveau du CDS. Elles sont alors compilées, saisies et analysées au niveau des CDS. Les rapports des hôpitaux de districts et régionaux sont saisies dans le DHIS2 et accessibles pour les districts, provinces sanitaires et niveau central sur un rythme journalier en temps réel et mensuel pour la validation et l'analyse. La DSNIS organise des activités de revues des données et publie les informations dans le bulletin trimestriel et le transmet aux cadres des départements, des programmes, Projets de santé du niveau central, aux PTFs et aux niveaux intermédiaires et périphériques.

Les données de surveillance épidémiologique sont collectées quotidiennement à travers les enregistrements des patients reçus. Elles sont saisies journalièrement par les formations sanitaires dans le DHIS2. La transmission par la DSNIS aux différentes parties prenantes est réalisée hebdomadairement après analyse.

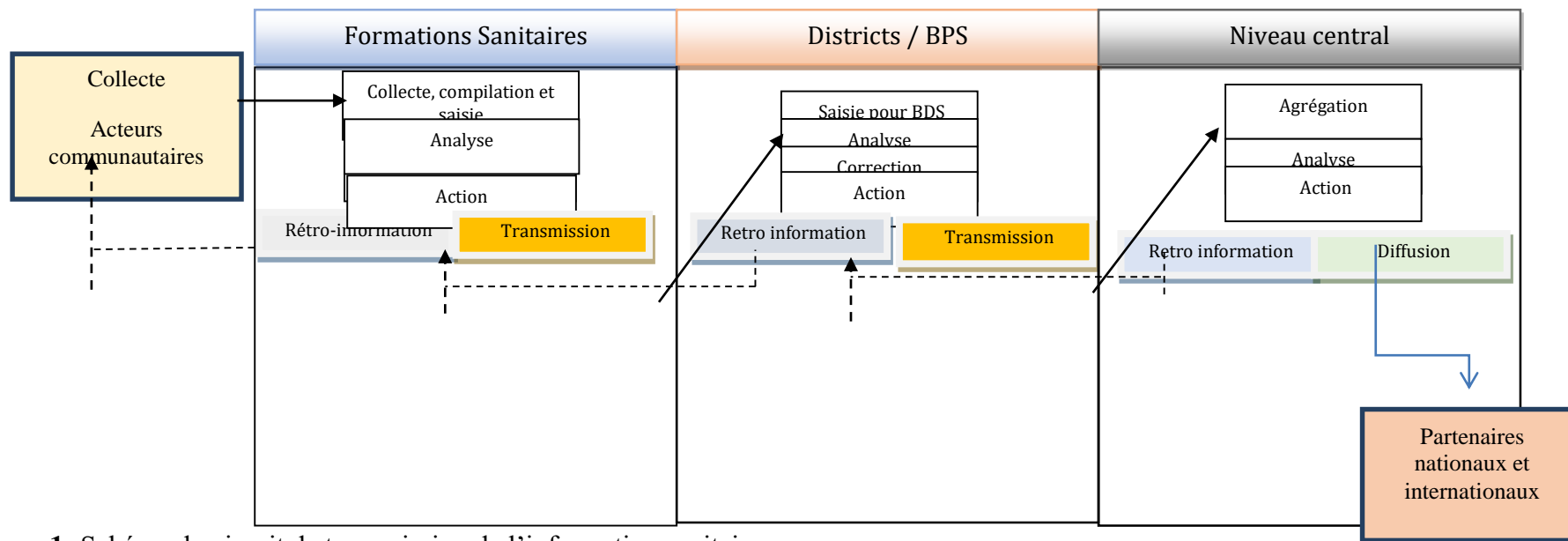


Figure 1: Schéma du circuit de transmission de l'information sanitaire

4.3 Procédures opérationnelles standards de gestion du SNIS

Cette partie sur les procédures opérationnelles standards (POS) définit les activités à exécuter au quotidien par le personnel de gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire.

Ces activités standardisées doivent être écrites et mises à la portée de tout le personnel impliqué dans la gestion du SIS qui doit s'y référer chaque fois que de besoin. Pour ce faire la Direction du SNIS prendra des dispositions pour que ces POS soient rendus disponibles dans toutes les formations sanitaires du pays ainsi qu'au niveau des structures de coordination du niveau central, intermédiaire et périphérique.

De plus, les membres du personnel à chaque niveau devront s'engager par écrit à respecter ces procédures.

4.3.1 Au niveau communautaire

➤ Chaque ASC est responsable du remplissage du registre.

Procédures à suivre :

1. Les registres du SIS communautaire sont standardisés et harmonisés. Leur révision est coordonnée par la DSNIS sur une périodicité de trois ans ;
2. Remplir impérativement les registres qui consistent à renseigner les activités de routine menées par l'agent de santé communautaire ;
3. L'ASC doit remplir clairement et lisiblement tous les outils de collecte de données ;
4. L'ASC doit vérifier que tous les éléments de données et toutes les colonnes du registre sont correctement remplis ;
5. Les registres pleins sont classés au CDS dans un endroit sécurisé.

➤ Le président du GASC assure la compilation des données sous la supervision du TPS

Procédures à suivre :

1. La compilation des données se fait au plus tard le 4^{ème} jour du mois suivant ;
2. Pour chaque ASC, le président du GASC vérifie si les registres sont bien remplis et bien tenus ;
3. Pour faire le rapport mensuel du GASC, il additionne les chiffres des différents registres tenus par les ASC à l'aide du format standard de rapport du GASC ;
4. Transmettre le rapport mensuel au CDS au plus tard le 5^{ème} jour du mois suivant ;
5. Assurer l'archivage des rapports mensuels d'activités et des registres remplis au CDS.

➤ Le TPS de la formation sanitaire est responsable de l'analyse des données du SIS communautaire

Procédures à suivre :

1. Le TPS convoque une réunion mensuelle du GASC pour la compilation et l'analyse des données ;
2. La réunion d'analyse des données est tenue au plus tard le 5^{ème} jour du mois suivant le mois rapporté ;
3. Tous les ASC, le président du GASC et le titulaire de la FOSA ou son représentant participent à la réunion d'analyse des données communautaires ;
4. Les participants à la réunion analysent la cohérence des données en comparant les données

des services censés avoir les mêmes chiffres. Par exemple : le total des enfants testés positifs devrait être égal au total des blisters d'ACT administrés au cours du mois ;

5. Ils vérifient s'il n'y a pas de données aberrantes et procèdent à la correction ;
6. Ils analysent les tendances des principaux indicateurs de santé communautaire en comparant les périodes et les entités entre elles ;
7. Ils identifient les mesures à prendre en fonction des différentes situations que révèlent les données ;
8. Le TPS fait son rapport mensuel d'analyse qui montre la complétude des données, les tendances des indicateurs et les mesures proposées pour améliorer la situation.

➤ **Le président du GASC est responsable de la transmission et de l'archivage des rapports mensuels d'activité**

Procédures à suivre :

1. Le président du GASC met à jour les données sur base des remarques de la réunion d'analyse des données ;
2. Le président du GASC pose sa signature sur le rapport mensuel définitif ;
3. Le président du GASC transmet une copie du rapport mensuel au titulaire du CDS de son ressort ;
4. Le titulaire du CDS ou son représentant doit signer pour la réception du rapport en marquant ses noms et prénoms, la date de réception et le cachet du CDS,
5. Une copie du rapport mensuel du GASC est conservée dans un endroit sécurisé du bureau du GASC au CDS.

4.3.2 Au niveau des formations sanitaires

➤ **Tout le personnel offrant des services de soins aux patients sont responsables du remplissage des registres.**

Procédures à suivre :

1. Le remplissage des registres consiste à renseigner les activités de soins menées dans les structures sanitaires ;
2. Chaque prestataire de soins au niveau du CDS doit remplir le registre au cours de l'exécution de ses activités de soins ;
3. Les registres du SIS sont standardisés et harmonisés. Leur révision est coordonnée par la DSNIS sur une période de trois ans ;
4. L'enregistrement des données sanitaires doit se faire dans des registres standards. Le nombre des registres est défini par la hiérarchie et dépend des prestations de soins assurées par la FOSA ;
5. Les prestataires doivent remplir clairement et lisiblement les registres ;
6. Vérifier que toutes les cases du canevas de rapport sont correctement remplies ;
7. Les structures qui utilisent l'outil informatique de gestion des patients (Open Clinic ou autres) assurent directement le remplissage dans le logiciel ;
8. Pour le VIH, les structures avec SIDA Info assurent la saisie des données sur le suivi des PVVIH dans ce logiciel ;
9. Les registres remplis sont classés dans un endroit sécurisé.

➤ **Le chargé du SIS au niveau de la formation sanitaire est responsable de la compilation et de la saisie des rapports mensuels dans le DHIS2.**

Procédures à suivre :

1. Vérifier si les dossiers et registres sont bien remplis, bien tenus et bien classés ;
2. Compiler les données de tous les services du CDS ou de l'hôpital dans le rapport mensuel d'activités du CDS ou de l'hôpital ;
3. Assurer la saisie des données de la formation sanitaire et de la communauté dans le DHIS2 ;
4. La saisie des rapports (de la formation sanitaire et de la communauté) dans le DHIS2 doit être terminée au plus tard le cinquième (5^{ème}) jour du mois suivant ;
5. Vérifier la complétude et la cohérence des données transmises par les différents services ;
6. Faire les corrections et ajustements appropriés dans le DHIS2 ;
7. Faire la mise à jour des données de la FOSA (et de la communauté pour les CDS) après la réunion d'analyse et de validation des données organisée par le responsable ;
8. Assurer l'archivage des rapports mensuels d'activités et des registres remplis dans un local approprié et sécurisé ;
9. S'assurer de la disponibilité permanente des formulaires et registres dans l'institution.

Il faut noter que ;

- Là où le logiciel Open-Clinic est utilisé, les données compilées doivent être directement importées dans le DHIS2 ;
- Les données du VIH sont gérées avec le logiciel SIDA-Info. L'interopérabilité entre les 2 logiciels doit permettre d'importer les données compilées des PVVIH de SIDA-Info vers DHIS2.

➤ **Le responsable de la formation sanitaire (MDH ou Titulaire du CDS) est responsable de l'analyse et de la validation des données.**

Procédures à suivre :

1. Organiser une réunion des prestataires de soins pour analyser les données au plus tard le 9^{ème} jour du mois suivant ;
2. Tous les prestataires de soins, le président du GASC et le responsable du COSA participent à la réunion d'analyse des données du CDS et de la communauté ;
3. Les participants à la réunion analysent la complétude, l'exactitude et la cohérence des données en faisant une triangulation des sources de données ;
4. Ils vérifient s'il n'y a pas de données aberrantes et procèdent à la correction ;
5. Ils analysent les tendances des principaux indicateurs de santé en comparant les périodes entre elles (voir chapitre VI pour plus de détails) ;
6. Ils identifient les mesures à prendre en fonction des différentes situations que révèlent les données ;
7. Un rapport mensuel d'analyse montrant la complétude et la cohérence des données, les tendances des indicateurs, les données aberrantes éventuelles et les voies de correction doit être produit.

➤ **Le responsable de la formation sanitaire (MDH ou Titulaire du CDS) est responsable de l’approbation des données dans le DHIS2**

Procédures à suivre :

1. Les données de la FOSA sont mises à jour par le chargé du SIS de la FOSA après la réunion d’analyse et de validation des données ;
2. Le MDH ou titulaire approuve les données dans le DHIS2 au plus tard le 10^{ème} jour du mois suivant ;
3. Après approbation des données par les structures sous sa responsabilité, le district peut alors accéder aux données et les utiliser

4.3.3 Au niveau du bureau du district sanitaire

Le BDS a accès aux données des structures sous sa responsabilité après leur approbation par les responsables de ces structures.

➤ **L’Equipe cadre du District sanitaire (ECD) est responsable de l’analyse de la qualité des données après leur validation et approbation par les responsables des structures**

Procédures à suivre :

1. Analyser les données en utilisant l’outil WHO/DQT intégré dans le DHIS2, la complétude et les règles de validation, dès l’approbation des données du DHIS2 par les responsables des FOSA sous la responsabilité du district sanitaire ;
2. Elaborer, pour chaque FOSA, un rapport d’analyse qui montre les incohérences dans les données, les valeurs aberrantes et les règles de validation violées ;
3. Transmettre officiellement à la FOSA le rapport de retro-information au plus tard le 15^{ème} jour du mois suivant. Cette tâche est coordonnée par le Médecin Chef du District après la réunion d’analyse des données de l’équipe cadre ;
4. Faire le suivi du feed-back du rapport au niveau des FOSA ;
5. S’assurer que les rapports des FOSA dans le DHIS2 sont corrigés ;
6. Analyser les tendances des indicateurs de santé sur les données corrigées.

➤ **Le Médecin Chef du District sanitaire est responsable de la validation des données après approbation par les responsables des FOSA.**

Procédures à suivre :

1. Organiser une réunion d’analyse et de validation des données des FOSA au plus tard le 24^{ème} jour du mois suivant ;
2. Tenir une réunion mensuelle d’analyse des données des FOSA regroupant tous les chargés du SIS des CDS, des hôpitaux, toute l’équipe cadre du district et un délégué du BPS ;
3. Présenter les deux rapports : le rapport sur la qualité des données et le rapport sur la situation des indicateurs de santé au niveau du district ;
4. Identifier les mesures à prendre en fonction des différentes situations que révèlent les données avec un calendrier de mise en œuvre de ces recommandations.

- **Le Médecin Chef du district sanitaire est responsable de l’approbation des données dans le DHIS2.**

Procédures à suivre :

1. Approuver les données dans le DHIS2 par le médecin chef du district au plus tard le 25^{ème} jour du mois suivant ;
2. Après approbation des données par les districts, les données peuvent être utilisées par le BPS.

- **Le Médecin chef du district sanitaire est responsable de l’analyse des tendances des indicateurs de santé à partir des données des FOSA et de la communauté.**

Procédures à suivre :

1. Convoquer une réunion de l’équipe cadre du district ;
2. Analyser les tendances des principaux indicateurs de santé en comparant les périodes et les FOSA entre elles ;
3. Identifier les mesures à prendre en fonction des différentes situations que révèlent les données ;
4. Produire un rapport mensuel d’analyse montrant les tendances des indicateurs et les voies de correction.

- **Le chargé du SIS du BDS, sous l’autorisation de son médecin chef de district est responsable de la diffusion de l’information sanitaire et d’archivage des données des FOSA,**

Procédures à suivre :

1. Identifier en collaboration avec l’équipe cadre du district, la direction du SNIS et les programmes de santé, les indicateurs clés du district ;
2. Afficher chaque mois les tendances des indicateurs sanitaires clés du district et identifier ceux qui sont en souffrance ;
3. Identifier les voies de correction des indicateurs souffrant en collaboration avec les parties prenantes ;
4. Produire un rapport statistique sanitaire trimestriel du district ;
5. Archiver les rapports statistiques dans un endroit sûr ;
6. Organiser les réunions de coordination avec les partenaires du district sanitaire. Cette fonction est du ressort du Médecin chef du district

- **Le médecin chef du district sanitaire est responsable de la gestion des outils de collecte et de rapportage des données.**

Procédures à suivre :

- Mettre en place un système d’approvisionnement en outils standards. Pour accomplir cette tâche, le MCD se réfère aux directives de la DSNIS qui est le garant du respect des spécifications techniques pour les outils utilisés par le SNIS.

Les outils standards et harmonisés sont les suivants :

- ✓ Les registres standards (8 registres au niveau de la communauté, 19 registres des CDS et 18 des hôpitaux) ;

- ✓ Les canevas standards de rapport mensuel (Canevas de rapport mensuel du GASC, des CDS et des hôpitaux) ;
- Coordonner le fonctionnement du système d’approvisionnement.

4.3.4 Au niveau du bureau de la province sanitaire

- **Le Médecin Directeur de la province sanitaire est responsable de l’analyse et validation des données et analyse des tendances des indicateurs de santé.**

Procédures à suivre :

1. convoquer une réunion de l’équipe cadre du BPS ;
2. Analyser les tendances de tous les indicateurs de santé en comparant les périodes et les districts sanitaires entre eux (voir chapitre VI pour plus de détails) ;
3. Identifier les mesures à prendre en fonction des différentes situations que révèlent les données ;
4. S’assurer qu’un rapport mensuel montrant les tendances des indicateurs et les voies d’amélioration des indicateurs moins performants a été produit.

- **Le Médecin Directeur de la Province sanitaire est responsable de l’approbation des données dans le DHIS2.**

Procédures à suivre :

1. Approbation des données dans le DHIS2 par Le Médecin Directeur de la Province sanitaire au plus tard le 30^{ème} jour du mois suivant ;
2. Après approbation des données par les provinces sanitaires, les données peuvent être utilisées par le niveau central.

- **Le chargé du SIS du BPS, sous l’autorisation de son médecin directeur de la province sanitaire est responsable de la diffusion de l’information sanitaire.**

Procédures à suivre :

1. Identifier les indicateurs clés du BPS en collaboration avec l’équipe cadre du BPS, la direction du SNIS et les programmes de santé ;
2. Afficher chaque mois les tendances des indicateurs sanitaires clés identifiés et identifier ceux qui sont en souffrance ;
3. Identifier les voies de correction des indicateurs souffrant en collaboration avec les parties prenantes ;
4. Produire un rapport statistique sanitaire trimestriel de la province sanitaire ;
5. Organiser les réunions de coordination avec les partenaires de la province sanitaire. Cette dernière fonction est du ressort du Médecin Directeur de la Province Sanitaire.

4.3.5 Au niveau central

- **Le Directeur du SNIS est responsable d’harmonisation des outils de gestion de l’information sanitaire.**

Procédures à suivre :

1. Déterminer les données essentielles au calcul des indicateurs de santé ;
2. Identifier les outils nécessaires à la gestion du SNIS ;
3. Harmoniser les outils de collecte ;
4. Déterminer les ressources adéquates pour la gestion des données sanitaires.

- **Le Chef de service de Gestion de l'Information Sanitaire sous la responsabilité du Directeur du SNIS est responsable de la coordination des intervenants dans le SNIS et des systèmes de gestion de l'information sanitaire.**

Procédures à suivre :

- 1.. Faire une interopérabilité des systèmes d'information sanitaire ;
- 2.. Mettre en place une liste nationale des formations sanitaires (master facility list).
- 3.. Paramétrer les nouvelles formations sanitaires dans le DHIS2 ;
- 4.. Intégrer la cartographie des interventions des partenaires de la santé dans le SNIS
- 5.. Mise en place et la gestion d'un data center et l'hébergement des données sanitaires ;
- 6.. Faire le suivi du système par la généralisation de l'utilisation des outils, l'application des procédures et le respect des normes à tous les niveaux ;
- 7.. Revitaliser le fonctionnement des groupes de travail ;
- 8.. Réglementer toutes les opérations communes à tous les sous-systèmes de la gestion des données sanitaires entre autres : la collecte, le stockage, l'analyse et l'interprétation, la transmission, la notification ou la diffusion.

- **Le Chef de service de Gestion de l'Information Sanitaire sous la responsabilité du Directeur du SNIS est responsable de l'assurance qualité de l'information sanitaire.**

Procédures à suivre :

- Le personnel chargé du SNIS au niveau central a la responsabilité de superviser les chargés du SIS au niveau des BPS/BDS. Il doit :
 1. Vérifier la complétude, la promptitude, la cohérence et la qualité des données saisies dans le DHIS2 ;
 2. Rédiger un rapport pour le feedback aux niveaux intermédiaire et opérationnel ;
 3. Développer des activités spécifiques de supervision, de vérification ou de récupération des données ;
 4. S'assurer que les corrections et ajustements appropriés dans le DHIS2 ont été faits par les SIS/BDS/FOSA suite au feedback ;
 5. Vérifier que le personnel du district assure régulièrement l'analyse de la qualité des données et l'utilisation de l'information sanitaire en suivant les directives en vigueur ;
 6. Afficher chaque mois les tendances des indicateurs sanitaires clés nationaux identifiés et souligner ceux qui sont en souffrance ;
 7. Identifier les voies de correction des indicateurs souffrant en collaboration avec les programmes et les PTF

Après l'approbation des données par les responsables au niveau des BPS, le personnel de la DSNIS analyse les données du SNIS et produit un rapport sur la qualité des données et la tendance des indicateurs de santé pour chaque programme.

- ✓ Le rapport sur la qualité des données et la tendance de tous les indicateurs de santé est d'abord partagé avec les programmes concernés pour validation ;
- ✓ Ce rapport sur la qualité des données et la tendance des indicateurs de santé au niveau de la province est partagé avec les BPS/BDS. Ce rapport doit comprendre les mesures appropriées pour corriger les données du mois analysé et améliorer la qualité des prestations compte tenu des tendances observées sur les indicateurs de santé en général et ceux en souffrance en particulier.

Le personnel de la DSNIS fait le suivi du processus de correction des données par les structures intermédiaires et opérationnelles, ce processus doit être achevé au plus tard le 30^{ème} jour du mois suivant.

Après la correction des données le Directeur du SNIS approuve le rapport des données sanitaire du mois au plus tard le 30^{ème} jour du mois suivant. Ainsi, les données du SNIS sont accessibles à toutes les structures du Ministère de la santé et à tous les partenaires pour être utilisées dans la prise de décision.

Après l'analyse des données du DHIS2, le Directeur du SNIS organise une réunion semestrielle avec le personnel chargé du SIS au niveau des BDS et des BPS.

L'évaluation régulière du système d'information sanitaire se fera d'une part en utilisant l'outil DQR et d'autre part par le PRISM tous les trois ans.

➤ **Le Chef de service de Gestion de l'Information Sanitaire sous la responsabilité du Directeur du SNIS est responsable de diffusion de l'information sanitaire.**

Procédures à suivre :

8. Développer et diffuser des tableaux de bord mensuels, des annuaires statistiques, carte de score et assurer une retro-information (bulletin trimestriel etc.) ;
9. Présenter les résultats du SNIS ;
10. Alimenter le cadre de suivi des PNDS ;
11. Effectuer l'agrégation des données pour faciliter la production d'information.

➤ **Le Chef de service de Gestion de l'Information Sanitaire sous la responsabilité du Directeur du SNIS est responsable du renforcement des capacités du personnel impliqué dans la gestion de l'information sanitaire.**

Procédures à suivre :

12. Analyser les faiblesses dans toutes les étapes de fonctionnement du système et proposer les mesures de corrections, le cas échéant, les formations nécessaires ;
13. Identifier les besoins en formation et élaborer les plans de formation ;
14. Mobiliser les ressources pour la formation ;
15. Coordonner les formations du personnel à tous les niveaux.

➤ **Le Chef de service de Gestion de l'Information Sanitaire sous la responsabilité du Directeur du SNIS est responsable de la supervision du personnel impliqué dans la gestion de l'information sanitaire.**

Procédures à suivre :

- Mobiliser les ressources pour la supervision ;
- Identifier les besoins pour la supervision ;
- Elaborer les plans de supervision ;
- Elaborer le calendrier détaillé de la supervision ;
- Analyser et interpréter les informations collectées lors de la supervision ;
- Prendre des décisions que suggère l'interprétation.

4.3.6 Activités communes à tous les niveaux

Chaque niveau est également responsable des activités suivantes : Supervision et contrôle de la qualité des données, exploitation et retro-information, reproduction et distribution des outils de collecte des données, archivage de l'information.

4.3.6.1 Supervision et contrôle de la qualité des données

Toutes les formations sanitaires, districts sanitaires et bureaux provinciaux doivent bénéficier des interactions personnelles lors des visites régulières des superviseurs pour leur permettre d'améliorer la qualité des données, de résoudre les problèmes, et d'introduire de nouvelles politiques, programmes et approches dans leur système d'offre de services.

Les équipes de supervision sont constituées du personnel du SNIS du niveau central, intermédiaire et district sanitaire en veillant à assurer une supervision intégrée (note de bas de page), ces équipes devront se constituer par des personnes ayant un gradient de compétences. Elles doivent veiller à la qualité des données de tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les différents aspects des structures font qu'une politique uniforme de supervision est essentielle pour s'assurer que chaque site reçoit l'assistance, l'encadrement, les encouragements et les orientations qu'un superviseur peut et doit offrir.

4.3.6.2 Exploitation et retro-information

L'exploitation et la retro-information se font à tous les niveaux, ce qui varie c'est la périodicité. Les formations sanitaires font l'analyse et la retro-information chaque mois, les districts, les provinces et le niveau central font l'analyse et la retro-information chaque trimestre.

L'analyse des données commence au niveau le plus périphérique. Pour cela, les formulaires d'aide à l'analyse locale sont standardisés permettant de totaliser mois après mois les données et de suivre leur évolution dans le temps, soit sur tableaux, soit sur graphiques dits d'analyse temporelle. Les données sont utilisées localement. L'évolution dans le temps d'un même type de données doit alerter. Tant au niveau du district, de la province qu'au niveau national, la compilation est facilitée par un logiciel, ainsi que la rétro-information. L'outil informatique permet de faire une base de données spécifique à tous les niveaux. Cette base inclut outre la saisie des données, une rétro-information automatisée et des modules d'aide à l'analyse.

La rétro-information restitue les données sous forme de tableaux, de graphiques et donne une image dynamique comparative aux divers niveaux de la pyramide sanitaire. Le rapport de rétro-information envoyé aux formations sanitaires comprend 3 volets :

- des tableaux et graphiques, remarques ou commentaires par la structure sanitaire ;
- une synthèse de ce qui se passe dans toute l'entité géographique ;
- et des informations et les recommandations générales du niveau émetteur de l'information.

Au niveau central, la DSNIS produira et diffusera trimestriellement un bulletin à tous les niveaux du SNIS et aux partenaires.

4.3.6.3 Reproduction et Distribution des outils de collecte des données

Le niveau central coordonne le développement, la révision et la mise à jour des outils de collecte des données. Le design de ces outils est rendu disponible aux districts afin de permettre leurs reproductions et éviter ainsi les ruptures de stock. Le bureau du district coordonne le fonctionnement du système d'approvisionnement, ainsi, les FOSA font l'estimation des besoins en outil en utilisant les formules d'utilisation mensuelle des outils et envoient leurs commandes au niveau des districts qui à leur tour reproduisent des outils pour répondre à la demande. Pour accomplir cette tâche, le BDS se réfère aux directives de la DSNIS qui est le garant du respect des spécifications techniques pour les outils utilisés par le SNIS

4.3.6.4 Archivage de l'information

Au niveau central, après l'agrégation des rapports dans la base de données informatique, un bulletin de rétro-information est produit et envoyé à la province, aux districts et à la formation sanitaire. A partir des bureaux de chaque niveau du système sanitaire, l'archivage se fait aussi sur les outils informatiques (disque dur externe petit serveur et autres supports de sauvegarde). Un centre d'archivage et de documentation est installé à tous les niveaux du système d'information sanitaire pour la conservation des registres et fiches remplis, des rapports et documents de recherche. Ces registres et fiches sont des sources d'information pour la recherche scientifique et les thèses des étudiants. Les registres et les fiches seront conservés pour une durée de 10 ans pour être détruits pour disposer des espaces pour la conservation d'autres outils remplis.

4.3.7 Les Procédures de révision des outils de collecte des données

Les outils de collecte de données constituent le moteur du système d'information sanitaire. L'exploitation de l'information sanitaire permet de renseigner sur l'état de santé de la population. Le niveau central (DSNIS) coordonne le développement, la révision et la mise à jour des outils de collecte des données. Cependant, le choix des informations à collecter doit se faire sur la base d'une large concertation avec les programmes de santé et les utilisateurs de ces outils.

L'attention croissante accordée à la mesure des performances des services œuvrant à l'amélioration de l'état de santé de la population nécessite une révision périodique de ces supports pour répondre de manière satisfaisante à un maximum de besoins d'informations.

4.3.7.1 Les types d'outils

Les outils de collecte des données dont dispose le Système National d'Information Sanitaire sont de trois types :

- Les outils pour la collecte des données individuelles. Il s'agit des registres primaires d'enregistrement des patients et les fiches de stocks des intrants
- Les outils pour la collecte des données agrégées. Il s'agit des canevas de rapport et des fiches de pointage.
- Les outils électroniques de gestion du patient, de rapportage ou de traitement des données

Les registres individuels et les canevas de rapport sont conçus selon que le niveau de soins est

la communauté, le centre de santé ou un hôpital. Les outils utilisés sont :

- Au niveau communautaire : les registres au des cas traités, de distribution à base communautaire, d'hygiène et assainissement, de récupération des abandons, de référence et contre, de sensibilisation, de visite à domicile, de surveillance épidémiologique et le canevas de rapport GASC pour les agents de santé communautaire ;
- Au niveau du centre de santé : les registres d'accueil, de consultation externe enfant et adultes, d'accouchement, de consultation prénatale, de consultation postnatale, de vaccination des enfants, de décès, d'éducation pour la santé, de laboratoire, de mise en observation, de planification familiale, de service de supplémentation nutritionnelle, de service thérapeutique ambulatoire, de supervision et visite, de surveillance infantile, de vaccination des femmes en âge de procréer et le canevas de rapport mensuel pour les CDS ;
- Au niveau de l'hôpital : les registres d'accueil en hospitalisation, des entrées dans un service, des sorties d'un service, des actes, des examens, de transfusion, de gynéco-obstétrique, des accouchements, des urgences, du bloc opératoire, de banque de sang, d'accueil, de consultation externes, SST, de CPN, de PF, CPON et de dépistage volontaire pour les hôpitaux ;
- De plus, des outils soft de rapportage électronique tels que le DHIS2 et l'Open Clinic sont utilisés.

4.3.7.2 La révision des outils de collecte des données

Tous les outils de collecte des données sont révisés en collaboration avec les départements, programmes et projets de santé à un rythme de trois ans.

La révision des outils consiste en un long processus passant par des visites dans les différentes unités de prestations du Ministère pour identifier les éléments à ajouter, l'intégration des ajouts, la validation de ces outils et la formations des utilisateurs lorsque de grandes modifications sont apportées.

Les visites dans les unités de prestations. Des réunions préalables sont tenues entre les unités de prestations et leurs partenaires spécifiques dans le but identifier, d'une façon exhaustive et en se basant sur les outils existants à réviser, les informations pertinentes à collecter et, dans certains cas, des éléments à retirer des outils. Après les visites, la DSNIS procède à la confection des outils en intégrant les informations supplémentaires selon les besoins exprimés par les différents Programmes et Départements. Après intégration des informations nécessaires à collecter, un atelier de validation, incluant toutes les parties prenantes (le niveau central du MSPLS, le niveau décentralisé, les utilisateurs des outils ainsi que les PTFs du ministère.

Au terme de cette révision, un renforcement de capacités sur le remplissage des outils est organisé à l'endroit des utilisateurs de ces outils.

4.3.8 Procédures de révision du manuel des normes et procédures de gestion du SNIS

Un manuel de normes et procédures est un document dynamique, qui évolue avec le temps pour prendre en compte les changements dans le domaine dans lequel les procédures ont été élaborées. La mise à jour du présent document des normes et procédures se fera tous les cinq ans. Toutefois, si des changements majeurs se présentent, ce délai peut être modifié sous réserve d'une approbation écrite des autorités sanitaires.

PARTIE II : ANALYSE ET UTILISATION DE L'INFORMATION SANITAIRE

L'analyse, l'interprétation et l'utilisation des données fournies par le SIS sont des étapes clés du cycle de l'information qui contribuent comme dans un cercle vertueux à l'amélioration de la qualité des données. Ces étapes sont malheureusement souvent négligées. Pourtant sans elles, l'énorme travail fourni pour collecter les données devient ipso facto un travail inutile puisqu'il ne débouche sur aucune décision.

Plusieurs facteurs y contribuent :

Le manque de temps, le manque de compétences, la motivation insuffisante, justifiée par la mauvaise qualité des données...

Lorsque les données sont nombreuses, et c'est souvent le cas, le responsable ne sait parfois pas comment aborder l'analyse. Il s'avère donc essentiel de proposer une démarche d'analyse simple, applicable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Cette partie du manuel des procédures permet d'apporter aux acteurs (de la communauté, des FOSA et des échelons qui les appuient), un ensemble d'aptitudes utiles à l'analyse des données avec la certitude que la pratique régulière de l'analyse des données contribue à leur utilisation.

I. GUIDE D'ANALYSE DE LA QUALITE DES DONNEES DE ROUTINE

1.1. Cadre conceptuel de l'analyse de la qualité des données

Généralement, la qualité des données rapportées dépend de la gestion des données de base et des systèmes de rapportage. Des systèmes plus forts devraient produire des données de meilleure qualité. En d'autres termes, pour que les données de bonne qualité soient produites par un système d'information sanitaire, les composantes fonctionnelles clés doivent être mises en place à tous les niveaux du système : (i) les points de prestations de services, (ii) le (s) niveau (x) intermédiaire(s) où les données sont agrégées (les provinces sanitaires) au niveau le plus élevé du SIS auquel les données sont centralisées.

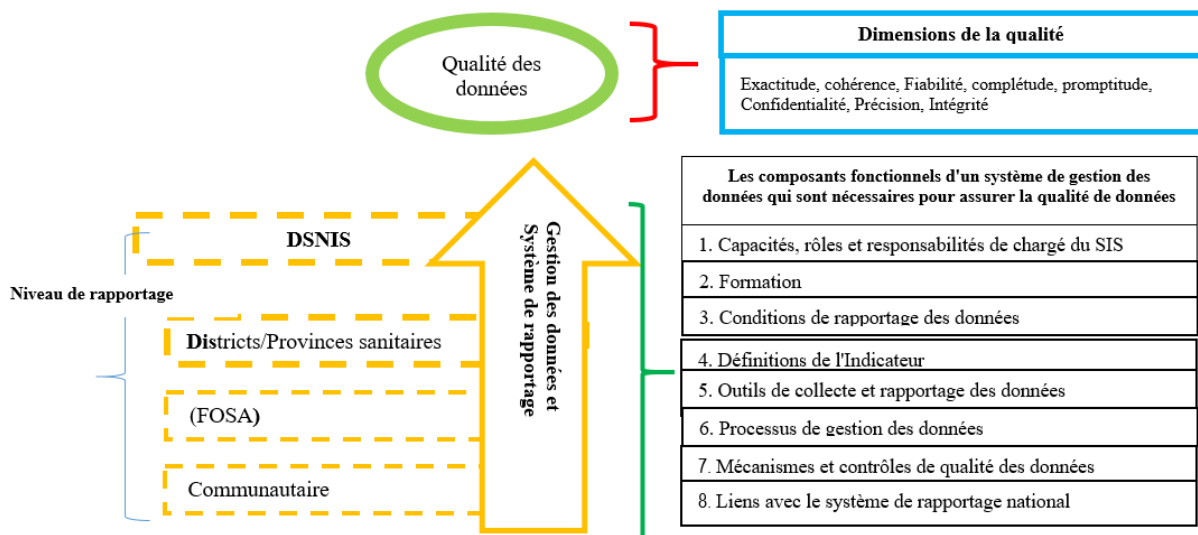


Figure 2: Cadre conceptuel de l'analyse de la qualité des données

Pour promouvoir une approche harmonisée de l'évaluation de la qualité des données provenant des rapports des formations sanitaires et soumis au niveau national, l'OMS en collaboration avec ses partenaires (le Fonds mondial, l'Université d'Oslo, GAVI et USAID/PEPFAR) a mis

en place l’outil de revue de la qualité des données (DQR) qui est aussi intégré dans DHIS2. L’outil DQR a été choisi pour améliorer la qualité des données à tous les niveaux du système de santé.

Il est conçu pour la revue documentaire (vérification de la qualité de données au niveau Bureau), vérifier la qualité des données au niveau FOSA/District, évaluer le système qui produit ces données et développer des plans d'action pour améliorer la qualité des données.

1.2. Revue documentaire

La revue documentaire (analyse de bureau) de la qualité des données ne nécessite pas de collecte de données supplémentaires. Il s'agit d'un examen de la qualité des données existantes provenant du système d'information de routine. La revue documentaire est une évaluation de certaines dimensions de la qualité des données : Complétude, promptitude, cohérence interne, exactitude. L’outil DQR mesure aussi d’autres dimensions de la qualité de données :

- Comparaison externe : Comparaison des données de routine avec celles d’enquêtes basées sur la population de la même période ;
- Cohérence externe des données démographiques : Evaluation de l’adéquation des dénominateurs utilisés pour calculer les indicateurs de performance.

Normalement, pour les indicateurs sélectionnés, la revue documentaire nécessite des données mensuelles ou trimestrielles par district ou province pour l'année de déclaration la plus récente et des données agrégées annuelles pour les trois dernières années.

Il existe deux niveaux d’évaluation de la qualité des données dans la revue documentaire : une évaluation de chaque indicateur agrégé au niveau national et la performance des unités infranationales (ex. les districts ou les provinces) pour les indicateurs retenus.

Grâce à l'analyse des indicateurs de programme sélectionnés, le processus de la revue documentaire quantifie les problèmes de la complétude, la promptitude et la cohérence des données. Elle fournit des informations sur l'adéquation des données des structures sanitaires pour soutenir la planification et le suivi annuel.

1.3. Vérification des données au niveau opérationnel

1) Objectifs de la vérification des données au niveau opérationnel avec l’outil DQR

- L’objectif du volet sur la vérification des données est de mesurer à quel degré d’exactitude l’information dans les documents sources a été transmise au niveau suivant de rapportage ;
- Le volet sur la vérification des données permet l’identification des erreurs systématiques qui se produisent dans le rapportage des données et donne une estimation sur la sous-déclaration ou sur-déclaration dans le système au niveau national pour des indicateurs spécifiques ;
- Comme le volet de la vérification des données devra généralement être conduit en même temps que l’Evaluation des Systèmes de Suivi & Evaluation, il fournit les informations sur l’assurance de la qualité et permet d’atténuer les risques d’erreurs.

2) Description de la vérification des données au niveau opérationnel avec l’outil DQR

- La vérification des données est un des trois éléments du DQR (Data Quality Review) ;
- La vérification des données est une mesure de la cohérence interne et nécessite la collecte des données primaires au niveau des structures sanitaires. La vérification s’applique à chacun des niveaux de rapportage (du niveau des FOSA au niveau national) ;
- Le volet de vérification des données est mené au niveau des structures de santé, et peut aussi être mené au niveau des districts. Les données venant des documents sources sont comparées aux données rapportées par le SIS, afin de déterminer la proportion des chiffres rapportés pouvant être vérifiés à partir des documents sources ;
- Le volet de vérification des données devra généralement être conduit en même temps que le volet d’Evaluation des Systèmes de Suivi & Evaluation du DQR (c’est-à-dire dans les mêmes structures/districts en même temps).

II. GUIDE D’ANALYSE DES TENDANCES DES INDICATEURS

2.1 Définitions

Un indicateur de santé est une mesure unique, habituellement exprimée en termes quantitatifs, qui permet d’évaluer une dimension de la santé. De façon simple, il s’agit d’une variable qui mesure un aspect du programme ou projet (en termes de changement)

Un bon indicateur devrait être simple, facile à calculer, reproductible, suffisamment réactif, précis et valide. On utilise souvent le sigle SMART pour signifier qu’un indicateur doit être spécifique (fournit une mesure claire et précise de ce qu’il est censé mesurer), mesurable (permet de minimiser les erreurs de mesure) adaptable (valeurs existantes dans différents groupes de population et sous différentes approches du programme), réalisable (disponibilité des données pour mesurer l’indicateur) et temporel (mesure à intervalles réguliers et appropriés en fonction des objectifs et des activités du programme).

Un indicateur fournit une information comparable entre zones géographiques ou différents groupes de population.

La majorité des indicateurs utilisés dans le SNIS sont des indicateurs de morbidité ; des indicateurs de processus qui décrivent la participation à une activité visant à préserver ou à promouvoir la santé (taux de vaccination, de dépistage, ...) et les indicateurs d’état de santé. Dans certains cas, le SNIS utilise des indicateurs d’exposition ou de déterminants de la santé, qui correspondent à la mesure des facteurs ou événements modifiant l’état de santé : exposition des personnes à des caractéristiques sociales ou environnementales ou à des comportements pouvant avoir une influence déterminante sur leur santé.

2.2 Principes d’analyse des tendances des indicateurs

2.2.1. Définir les besoins

L’analyse des tendances des indicateurs s’adapte à une structure sanitaire, compte tenu de son activité, de ses particularités et de ses besoins. Toutefois, certains paramètres de mesure de la performance sont communs à toutes les structures sanitaires et les intervenants à chaque niveau du système de santé doivent se poser la question de l’horizon qu’il souhaite couvrir avec l’outil d’aide à la prise de décision :

- **Le long terme** : l'objectif est de mesurer les performances du PNDS/différents plans stratégiques ;
- **Le moyen terme** : il consiste à cadrer les performances des plans opérationnels en comparant les prévisions aux réalités ;
- **Le court terme** : il évalue le degré d'avancement des plans d'actions ainsi que leur performance.

2.2.2. Comprendre le niveau d'analyse (central, intermédiaire, opérationnel, communautaire)

L'analyse des tendances des indicateurs impose une connaissance parfaite du niveau de la structure et notamment d'être en mesure d'identifier :

- L'organisation de la structure (services et transversalité entre ces derniers, les ressources ...)
- La mission poursuivie par la structure, ses objectifs et les moyens dont elle dispose (sa stratégie et son plan d'action) ;
- Les acteurs internes clés de la performance (le personnel, responsables) ;
- Les partenaires ainsi que leurs attentes ;
- Les facteurs clés de succès.

2.2.2.1. Définir les indicateurs

L'analyse de la performance nécessite de définir des indicateurs. Les indicateurs sont des outils qui permettent de mesurer la performance d'une structure/entité de décision selon les objectifs qu'elle s'est fixés. On distingue cinq (5) types d'indicateurs : indicateurs d'intrants, de processus, d'extrants/produits, de résultats/Effets et d'impact.

- Les indicateurs d'intrants mesurent les ressources fournies pour exécuter les activités. Exemples : le montant d'argent dépensé, le nombre de personnes recrutées, les fournitures disponibles.
- Les indicateurs de processus mesurent les activités exécutées. Ce sont des données quantitatives. Exemples : le nombre de formations effectuées, le nombre de matériels d'IEC imprimés, le nombre de sites Conseil de dépistage volontaire (CDV) créés ;
- Les indicateurs d'extrants mesurent les produits ou les services offerts. Exemples : le nombre de sites SR offrant des services aux jeunes, le nombre de médecins formés en suivi et évaluation, etc. ;
- Les indicateurs d'effets ou de résultat mesurent le changement dans le comportement des bénéficiaires. Ils mesurent l'atteinte des objectifs et mettent l'accent sur les résultats immédiats, intermédiaires ou moyen terme du programme. Exemples : Pourcentage des jeunes de la population utilisant régulièrement les services SR, pourcentage des jeunes de la population dont le niveau de connaissance en matière de prévention du VIH s'est accru ;
- Les indicateurs d'impact mesurent le résultat à long terme. Exemples : le taux de morbidité et de mortalité, le taux de fécondité, le taux d'incidence.

2.2.2.2. Opérationnaliser les indicateurs

L'enjeu est de limiter le nombre d'indicateurs et de ne sélectionner que ceux qui sont adaptés aux objectifs et qui seront compris par les acteurs de tous les niveaux du système de santé.

Après avoir définis ces indicateurs, il convient de fixer les valeurs cibles que la structure/l'entité de gestion projette d'atteindre dans une limite de temps définie.

L'opérationnalisation d'un indicateur consiste à définir :

- Les sources des données (numérateur et dénominateur) ;
- La fréquence de collecte des numérateurs et dénominateurs ;
- La fréquence de traitement et d'analyse de l'indicateur ;
- Le niveau d'agrégation dans le temps et dans l'espace ;
- La cible objective de l'indicateur qui a besoin d'être atteinte par la structure/entité ;
- Le seuil ou la valeur minimale ou maximale pour lequel il faut déclencher une action ;
- La nature de la décision ou action quand le seuil est atteint.

2.2.2.3. Adopter une présentation synthétique

Il est conseillé d'opter des graphiques (histogrammes, courbes, nuages de points, etc.) et/ou des tableaux. Enfin, il convient de s'assurer que les personnes qui analysent les données à chaque niveau du système de santé sachent faire des graphiques et qu'ils disposent des données nécessaires en temps voulu pour l'analyse.

2.2.2.4. Actualiser en temps utile les courbes ou les tableaux

La périodicité de l'indicateur va influencer la fréquence de mise à jour et de production des graphiques ou des tableaux : Journalier, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

PARTIE III : DICTIONNAIRE DES METADONNEES ET DES INDICATEURS DE SANTE

Le Dictionnaire des métadonnées est une partie qui définit les informations générées par le système d'information sanitaire et donne des précisions sur la façon dont ces données sont organisées dans le logiciel de traitement de l'information sanitaire DHIS2 et les définitions y relatives.

I. Définitions et mode de calcul des indicateurs

Tableau II : Liste des indicateurs du PNDS

N°	Indicateurs	Définition et mode calcul
I Indicateurs liés à la morbi-mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles		
1	Taux d'incidence du Paludisme (pour mille habitants)	Nombre de cas confirmés de paludisme par an x1000/Population à risque
2	Taux de séroprévalence du VIH sida dans la population de 15-49ans	Nombre de personnes (15-49ans) testées séropositives au VIH (x 100) /Population (15-49ans)
3	Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives	Nombre estimé de nouvelles infections à VIH chez les nourrissons par an (x 100) Nombre de nourrissons testés
4	Pourcentage de PVVIH enregistrés dans les structures de PEC du VIH, chez qui une recherche active (screening) de la tuberculose a été effectuée pendant le mois.	Nombre de PVVIH enregistrés dans les structures de PEC du VIH, chez qui une recherche active (screening) de la tuberculose a été effectuée pendant le mois(x100)/: nombre total de PVVIH enregistrés dans les structures de PEC du VIH ayant consulté pendant le mois.
5	Pourcentage de patients tuberculeux dont le résultat du test de dépistage du VIH est noté sur le registre des cas de tuberculose.	Nombre de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée et dont le résultat du test de dépistage du VIH est noté sur le registre des cas de tuberculose (x100)/ nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée
6	Pourcentage de lépreux au degré d'invalidité 2	Nombre total de lépreux de degré d'invalidité 2 / le nombre total de lépreux
7	Taux de prévalence de l'HTA chez les adultes	Nombre de personnes ayant une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg /90 mm Hg/nombre total de personnes de plus de 21 ans
8	Taux de prévalence du diabète chez les adultes	Nombre de personnes âgées une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l/nombre total de personnes de plus de 21 ans
9	Taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre estimé d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (x 100)/Nombre estimé d'enfants de moins de 5 ans
II Indicateurs liés à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale		
10	Ratio de mortalité maternelle	Nombre de décès suite à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum jusqu'à 42 jours *100 000NV /nombre de naissances vivantes
11	Taux de mortalité néonatale	Nombre d'enfants décédés entre 0 et 28 jours après la naissance*1000 /nombre total de naissances vivantes
III Indicateurs liés à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans		
12	Taux de mortalité infantile	Nombre d'enfants décédés entre 0 et 12 mois après la naissance*1000/ nombre total de naissances vivantes
13	Taux de mortalité infanto juvénile	Nombre de décès chez les enfants de 0 à 59 mois*1000/ nombre total de naissances vivantes
IV Indicateurs liés à l'accès des soins et services de santé de qualité à la population en vue d'une meilleure utilisation		
14	Pourcentage de DS qui ont un score de qualité moyen des CDS de _ 70 %	Nombre des DS ayant un score de qualité moyen des CDS de _ 70 % /Nombre total DS
15	Pourcentage de DS qui ont un score de qualité moyen des hôpitaux de _ 70 %	Nombre des DS ayant un score de qualité moyen des hôpitaux de _70 %/Nombre total DS

16	Taux de mortalité maternelle intra hospitalière	Nb de décès maternel enregistrés dans les hôpitaux /nombre de femmes enceintes jusqu'à 42 jours après accouchement admises en hospitalisation
17	Taux d'utilisation des MIILDA par les femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MIILDA la veille de l'enquête(X100)/nombre total de femmes enceintes enquêtées
18	Taux d'enfants complètement vaccinés (couverture vaccinale)	Nombre d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (X100)/nombre total d'enfants de 12 à 23 mois
19	Taux de prévalence contraceptive	Nb de fe de 15 à 49 ans qui utilisent une méthode contraceptive au cours de l'année concernéex100/ Nb de fe de 15 à 49 ans en union moins le nombre de grossesses attendues au cours de l'année
20	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère - enfant	Nombre de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère - enfant (x100) /Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au cours des 12 derniers mois
21	Pourcentage d'Hypertendus pris en charge selon le protocole national en vigueur	Nombre d'hypertendus pris en charge/Nombre d'hypertendus dépistés
22	Pourcentage de Diabétiques pris en charge selon le protocole national en vigueur	Nombre de diabétiques pris en charge/Nombre de diabétiques dépistés
23	Taux de couverture en ARV chez les adultes	Nombre de patients adultes atteints d'une infection à VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au plan national /nombre total estimé de PVVIH adultes atteints d'une infection à VIH en indication de traitement ARV
24	Taux de couverture en ARV chez les enfants (jusqu'à 15 ans)	Nombre d'enfants (< 15ans) atteints d'une infection à VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au plan national/nombre total estimé de d'enfants (<15 ans atteints d'une infection à VIH en indication de traitement ARV
25	Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié en milieu de soins	Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié (au moins A3) *100/nombre total de grossesses attendues
26	Proportion de FOSA assurant la prise en charge nutritionnelle selon l'approche CMAM	Nombre de FOSA orientées sur l'approche CMAM et la mettant en œuvre/Nombre total de FOSA
27	Taux de césariennes	Nombre de césariennes réalisées x100/ nombre des naissances vivantes dans les hôpitaux
28	Taux de détection de la tuberculose à frotis positif (TPM+)	Nombre de patients ayant présenté au moins une bacilloscopie positive au dépistage(X100)/Nombre de patients dépistés
29	Taux de succès du traitement antituberculeux	Nombre de patients TBC guéris ayant terminé leur traitement antituberculeux/nombre total de patients TBC mis sous traitement
30	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat /nombre total de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans
V	Indicateur liés à la gestion des ressources humaines disponibles	
31	Pourcentage d'hôpitaux de DS ayant au moins 4 médecins	Nombre d'hôpitaux de DS ayant au moins 4 médecins/ nombre total d'hôpitaux de DS
32	Ratio médecin/population totale	Nombre médecin /population totale
33	Ratio infirmier/population totale	nombre infirmier /population totale
34	Ratio sage femmes/Population générale)	nombre sage-femme/population totale
35	Ratio Pharmacien	nombre de pharmacien femme/population totale
VI	Indicateurs liés à l'accès de la population aux médicaments et autres produits de santé de qualité sont assurés	
36	Pourcentage de CDS affichant et appliquant la tarification harmonisée des médicaments et des prestations	nombre de CDS affichant et appliquant la tarification harmonisée des médicaments et des prestations/nombre total de CDS
37	Pourcentage d'hôpitaux affichant et appliquant la tarification harmonisée des médicaments et des prestations	nombre d'hôpitaux affichant et appliquant la tarification harmonisée des médicaments et des prestations/nombre total d'hôpitaux

38	Pourcentage des CDS n'ayant pas connu de rupture de stocks de médicaments essentiels et consommables	nombre de CDS n'ayant pas connu de rupture de stocks de médicaments essentiels et consommables /nombre total de CDS
39	Pourcentage des hôpitaux n'ayant pas connu de rupture de stocks des médicaments essentiels et consommables	nombre d'hôpitaux n'ayant pas connu de rupture de stocks de médicaments essentiels et consommables /nombre total d'hôpitaux
VII Indicateurs liés à l'amélioration de la couverture en infrastructures et équipements		
40	Pourcentage de FOSA qui sont pourvues en eau et électricité	nombre de FOSA qui sont pourvues en eau et électricité/nombre total de FOSA
41	Pourcentage de FOSA nouvellement construites et équipées (à partir de 2011) suivant les normes du MSPLS	nombre de FOSA nouvellement construites et équipées dans l'année suivant les normes du MSPLS / nombre total de FOSA nouvellement construites (à partir de 2011)
VIII Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation		
42	Pourcentage du budget national alloué au secteur de la santé	Montant total du ressources financières nationales alloué au secteur de la santé /montant total du ressources nationales financières
43	Pourcentage du budget de l'aide extérieure inscrit dans le budget annuel du secteur de la santé	budget de l'aide extérieure inscrit dans le budget annuel du secteur de la santé/ budget de l'aide extérieure du secteur de la santé
44	Taux d'exécution du budget d'investissement alloué au secteur de la santé	budget exécuté d'investissement alloué au secteur de la santé/budget d'investissement alloué au secteur de la santé
45	% des dépenses pro pauvres alloué à la Gratuité	Montant total dépenses pro pauvres alloué à la gratuité/ budget pour dépenses pro pauvres
46	Pourcentage de formations sanitaires qui reçoivent leurs remboursements dans les délais convenus	Nombre de formations sanitaires qui reçoivent leurs remboursements dans les délais convenus/ Nombre de formations sanitaires ayant signé le contrat principal FBP
47	Pourcentage de FOSA qui ont été soumis à un audit externe	Nombre de formations sanitaires qui ont été soumis à un audit externe /Nombre de formations sanitaires ayant signé le contrat principal FBP
IX Renforcement du système d'information sanitaire, planification et de suivi et évaluation		
48	Taux de CDS qui utilisent correctement le canevas standardisé	Nombre de CDS qui utilisent le canevas standardisé/ Nombre total de CDS
49	Taux des hôpitaux qui utilisent correctement le canevas standardisé	Nombre de hôpitaux qui utilisent correctement le canevas standardisé/ Nombre total d'hôpitaux
50	Pourcentage des rapports des ASC transmis dans les délais	Nombre des rapports des ASC transmis dans les délais/nombre des rapports des ASC attendus
51	Niveau de performance du SNIS dans l'utilisation de l'information	

Tableau III : Indicateurs de l'Annuaire statistique

N°	Indicateurs	Définition et mode de calcul
1	Taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires	Nombre de nouveaux cas vus en consultation curative ambulatoire niveau pays (AR+HAR+HD+HP) / Population cible attendue
2	% accouchements en milieu de soins	(Nombre d'accouchements qui ont eu lieu dans les centres de santé (AR+HAR+HD+HP) + Nombre d'accouchements qui ont eu lieu dans les hôpitaux)/ Accouchements attendus
3	% Couple année protection	Nombre de couples protégés (toutes méthodes confondues) x100/ Femmes à risque de grossesse
4	% femmes enceintes HIV bénéficiaires des services PTME	Femmes réellement sous protocole PTME x100 / Femmes attendues (Qui devraient être sous PTME)
5	Couverture en Pentavalent 3	Nombre d'enfants vaccinés pour Pentavalent 3 niveau pays (AR+HAR+HD+HP) x100 / Population 0-11 mois attendue
6	Taux de couverture en ARV chez les enfants	Nombre d'enfants (0-14 ans) sous ARV x100/ Les enfants (0-14 ans) séropositifs attendus
7	Taux de couverture en ARV chez les adultes	Nombre d'adultes (15 ans et plus) sous ARV x100 /Nombre d'adultes (15 ans et plus) séropositifs attendus

8	Taux d'incidence du paludisme	Nombre de cas confirmés de paludisme par an x(100) /Population à risque
9	Taux de césarienne	Nombre de césariennes réalisées (dans les hôpitaux) x100 / accouchements attendus (assimilés aux naissances attendues dans notre cas)
10	Taux de mortalité intra hospitalière	(Nombre de décès en hospitalisation x 100 / Nombre de cas hospitalisés)
11	Taux d'enfants complètement vaccinés	Nombre d'enfants de 0-11 mois ayant reçu toutes les doses de vaccins x 100 / Population de 0-11 mois attendue
12	Taux de détection de TPM +	Nombre des cas de tuberculose maladie détectés sur population totale
13	Taux d'utilisation du curatif niveau Pays	Nombre de nouveaux (AR+HAR+HD+HP) /Population cible attendue
14	Taux d'utilisation du curatif niveau District	Nombre de nouveaux cas (AR+HAR) /Population cible attendue
15	Proportion de chaque pathologie chez les moins de 5 ans	Nombre de cas de moins de 5 ans mis en observation pour la pathologie / Total des cas mis en observation pour toutes les pathologies chez les moins de 5 ans x 100
16	Proportion de chaque pathologie chez les 5 ans et plus	Nombre de cas de 5 ans et plus mis en observation pour la pathologie / Total des cas mis en observation pour toutes les pathologies chez 5 ans et plus x 100
17	La durée moyenne de séjours	Nombre de jours de mise en observation des sortants / Nombre de patients sortis x 100
18	La proportion de référence	Total des cas référés/Total des nouveaux cas vus en consultation curative x 100
19	Taux d'utilisation de la CPN1 niveau district	Nombre de femmes vues en CPN1 (AR+HAR)/ Femmes enceintes attendues x 100
20	Taux d'utilisation de la CPN1 niveau pays	Nombre de femmes vues en CPN1 (AR+HAR+HD+HP)/ Femmes enceintes attendues x 100
21	Taux d'utilisation de couverture en VAT2-5 chez la femme enceinte	(Le nombre de femmes ayant reçu le VAT 2-5 / Nombre de femmes enceintes attendues) x 100
22	Taux d'utilisation de couverture en VAT2	Nombre de femmes en âge de procréer (Non enceintes) ayant reçu le VAT2 / (Femmes en âge de procréer attendues – femmes enceintes) x 100
23	Proportion des accouchements par du personnel non qualifié (En dessous du niveau A3)	Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié / Total des accouchements x 100
24	Taux de couverture en accouchements par du personnel qualifié niveau District	Nombre total d'accouchements assistés par du personnel qualifié (AR+HAR) / Accouchements attendus x 100
25	Taux de couverture en accouchements par du personnel qualifié niveau Pays	Nombre total d'accouchements assistés par du personnel qualifié (AR+HAR+HD+HP) / Accouchements attendus x 100
27	Le taux de couverture en CPoN niveau district	Nombre de femmes vues en 1ère consultation postnatale (AR+HAR) / Accouchements attendus
28	Le taux de couverture en CPoN niveau Pays	Nombre de femmes vues en 1ère consultation postnatale (AR+HAR+HD+HP) / Accouchements attendus
30	Le taux d'utilisation de la surveillance infantile chez les 0-59 mois niveau District	Nombre d'enfants reçus dans la surveillance infantile (AR+HAR) /Population 0-59 mois attendue*100
31	Le taux d'utilisation de la surveillance infantile chez les 0-59 mois niveau Pays	Nombre d'enfants reçus dans la surveillance infantile (AR+HAR+HD+HP) / Population 0-59 mois attendue*100
33	Le taux de couverture en BCG niveau District	Nombre d'enfants ayant reçu le BCG (AR+HAR) / Naissances attendues x 100
34	Le taux de couverture en BCG niveau Pays	Nombre d'enfants ayant reçu le BCG (AR+HAR+HD+HP) / Naissances attendues x 100
36	Le taux de couverture en VAP3 niveau District	Nombre d'enfants ayant reçu le VAP3 (AR+HAR) / Population 0-11 mois attendue x 100
37	Le taux de couverture en VAP3 niveau Pays	Nombre d'enfants ayant reçu le VAP3 (AR+HAR+HD+HP) / Population 0-11 mois attendue x 100
38	Le taux de couverture en Pentavalent3 niveau District	Nombre d'enfants ayant reçu le Pentavalent3 (AR+HAR) / Population 0-11 mois attendue x 100
39	Le taux de couverture en Pentavalent3 niveau Pays	Nombre d'enfants ayant reçu le Pentavalent3 (AR+HAR+HD+HP) / Population 0-11 mois attendue x 100

40	Le taux de couverture en VAPneumo3 niveau District	Nombre d'enfants ayant reçu le VAPneumo3 (AR+HAR) / Population 0-11 mois attendue x 100
41	Le taux de couverture en VAPneumo3 niveau Pays	Nombre d'enfants ayant reçu le VAPneumo3 (AR+HAR+HD+HP) / Population 0-11 mois attendue x 100
42	Le taux de couverture en VAR niveau District	Nombre d'enfants ayant reçu le VAR (AR+HAR) / Population 0-11 mois attendue x 100
43	Le taux de couverture en VAR niveau Pays	Nombre d'enfants ayant reçu le VAR (AR+HAR+HD+HP) / Population 0-11 mois attendue x 100
44	Le taux de couverture en ECV niveau District	Nombre d'enfants ayant été complètement vaccinés (AR+HAR) / Population 0-11 mois attendue x 100
45	Le taux de couverture en ECV niveau Pays	Nombre d'enfants ayant été complètement vaccinés (AR+HAR+HD+HP) / Population 0-11 mois attendue x 100
46	Le taux d'abandon global	(Nombre d'enfants ayant reçu le BCG (AR+HAR) – Nombre d'enfants complètement vaccinés (AR+HAR)) / Nombre d'enfants ayant reçu le BCG (AR+HAR) / x 100
47	Le taux d'abandon spécifique VAPolio	Nombre d'enfants ayant reçu le VAPolio1 (AR+HAR) – Nombre d'enfants ayant reçu le VAPolio3 (AR+HAR) / Nombre d'enfants ayant reçu VAPolio1 (AR+HAR) / x 100
48	Le taux d'abandon spécifique Pentavalent	(Nombre d'enfants ayant reçu le Pentavalent1 (AR+HAR) – Nombre d'enfants ayant reçu le Pentavalent3 (AR+HAR)) / Nombre d'enfants ayant reçu Pentavalent1 (AR+HAR) / x 100
49	Le taux de couverture en MII niveau district	Nombre d'enfants ayant reçu une MII (AR+HAR) / Population 0-11 mois attendue x 100

II. Dictionnaire des métadonnées

Le Dictionnaire des métadonnées est subdivisé en 3 parties : l'hôpital, le Centre de Santé et le niveau communautaire.

2.1 Définition des cas, des termes et de concepts clés

2.1.1 Définitions générales

Nouveau cas	Un « nouveau cas » (NC) est tout patient qui vient consulter pour un nouvel épisode de maladie même s'il est déjà venu consulter au CDS plusieurs fois durant le mois ou les mois ou semaines précédents pour autre chose
Ancien cas (AC)	Un « ancien cas » est un patient qui est déjà venu dans les 15 jours précédents pour un nouvel épisode de maladie et qui revient pour le même problème endéans ces 15 jours. Il s'agit du même épisode de maladie
Codification de l'origine des patients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afin de permettre le calcul des différents taux de couverture, plusieurs informations vont être collectées en fonction de l'origine des patients. Cinq origines différentes sont définies par rapport au découpage sanitaire du pays : ▪ Les patients dont le domicile légal se trouve dans l'aire de responsabilité de la FOSA sont identifiés par le sigle « AR » ; ▪ Les patients dont le domicile légal se trouve hors de l'aire de responsabilité de la FOSA mais dans le même district que la FOSA sont identifiés par le sigle « HAR » ; ▪ Les patients dont le domicile légal se trouve hors du district sanitaire de la FOSA mais dans sa province sanitaire sont identifiés par le sigle « HD » ; ▪ Les patients dont le domicile légal se trouve hors de la province de la FOSA mais au Burundi sont identifiés par le sigle « HP » ; ▪ Les patients dont le domicile légal se trouve en dehors du pays sont identifiés par le sigle « HB ».

Aire de Responsabilité (AR)	▪ Patient domicilié dans l'Aire de Responsabilité du centre de santé ou de l'Hôpital
Hors aire de Responsabilité (HAR)	▪ Patient domicilié dans le district mais en dehors de l'aire de Responsabilité
Hors district (HD)	▪ Patient domicilié dans la province mais en dehors du district
Hors province (HP)	▪ Patient domicilié au Burundi mais en dehors de la province
Hors Burundi (HB)	▪ Patient domicilié à l'étranger
Référence	▪ Est considéré comme référence, tout patient envoyé à l'hôpital (avec un billet de référence) pour des soins ou mise au point qui dépassent les capacités du CDS /Hôpital de district/ Hôpital régional soit en raison de la gravité du cas, soit en raison d'une maladie qui ne peut pas être traitée au CDS /Hôpital de district/ Hôpital régional, soit le diagnostic ne peut pas être fait au CDS/Hôpital de district/ Hôpital régional et nécessite un avis du médecin/avis du spécialiste.
Contre référence	Est considéré comme contre-référence, tout patient qui, après avoir été référé à l'hôpital (avec un billet de référence) et pris en charge a été renvoyé au CDS/Hôpital de district/ Hôpital régional pour la poursuite du traitement avec, en principe, un billet de contre-référence

2.1.2 Définitions liées à la CPN

Numéro de visite CPN	<p>Une femme enceinte doit effectuer au minimum 4 visites CPN au cours de sa grossesse. Chaque visite est associée à un numéro comptant le nombre de fois que la femme s'est présentée à la CPN.</p> <p>La visite CPN 1 est la première visite d'une femme enceinte à la consultation prénatale pour la grossesse en cours indépendamment de l'âge de la grossesse au moment de la visite.</p> <p>La visite CPN 2 est la deuxième visite de la femme pour la grossesse en cours, toujours indépendamment de l'âge de la grossesse au moment de la visite. et ainsi de suite pour les autres</p>
Femme à risque	<p>Femme enceinte pour laquelle au moins un facteur de risque a été détecté parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Age < 15 ans ▪ Age > 35 ans ▪ Nullipare ▪ Grande multipare ▪ Antécédent de mort-né ▪ Taille < 1m50 ▪ Antécédent de césarienne ▪ Accouchement précédent compliqué ▪ Malformation visible du bassin ▪ Antécédent d'accouchement prématuré ▪ Antécédent d'avortements (2ou+) au 2ème trimestre ▪ Poids < 40Kg ou > 80 Kg en début de grossesse ▪ Maladie chronique préexistante (HTA, diabète, cardiopathies, etc.)
Femme problème	<p>à Une femme à problème en CPN est une femme enceinte qui présente une maladie liée à la grossesse ou non comme le paludisme, une HTA, un diabète, une infection urinaire, ou un problème lié à l'évolution de sa grossesse comme une menace d'accouchement prématuré, une menace d'avortement ou toute autre complication du pré-partum.</p>

2.1.3 Définitions liées à la vaccination

Enfant complètement vacciné (ECV)	<p>Tout enfant qui avant son deuxième anniversaire, a reçu l'ensemble des antigènes prévu par le Programme Elargi de Vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BCG (Bacille de Calmette et Guérin) = Vaccin contre la tuberculose administré à la naissance ▪ VAPolio0 = dose administrée à la naissance ▪ VAPolio 1 = première dose administrée à 6 semaines de naissance ▪ VAPolio2 = deuxième dose administrée à 10 semaines de naissance ▪ VAPolio3 = troisième dose administrée à 14 semaines de naissance ▪ VPI = Vaccin anti poliomyélite inactivé administrée à 14 semaines ▪ VARota 1= Vaccin contre les maladies diarrhéiques dues aux Rotavirus administré à 6 semaines ▪ VARota 2 = Vaccin contre les maladies diarrhéiques dues aux Rotavirus administré à 10 semaines ▪ DTC Hep B/Hib 1 (ou Pentavalent) : première dose administrée à 6 semaines de naissance ▪ DTC Hep B/Hib 2 et 3 : deuxième et troisième dose de Pentavalent administrée respectivement à 10 et à 14 semaines de naissance ▪ C'est le vaccin contre la diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, méningite à Haemophilus Influenza B. ▪ (PCV 13 I) première dose administrée à 6 semaines de naissance ▪ VAPneumo2 et 3(PCV 13 II et III) = : deuxième et troisième dose de VAPneumo administrée respectivement à 10 et à 14 semaines de naissance. ▪ RR1 : 1^{ère} dose du vaccin antirougeoleux et antirubéoleux administrés à neuf mois ▪ RR2 : 2^{ème} dose du vaccin antirougeoleux antirubéoleux administré à dix-huit mois ▪ DTC4 : quatrième dose du vaccin contre la diphtérie, tétanos et coqueluche administrée à dix-huit mois
Femme complètement vaccinée avant la grossesse	Femme ayant reçu 5 doses Td avant la grossesse en cours

2.1.4 Définitions liées à la prise en charge nutritionnelle

Indice de Masse Corporelle (IMC)	L'Indice de Masse Corporelle est une mesure indicative de l'état nutritionnel chez les adultes. Il est défini comme le poids de la personne (en Kg) divisé par sa taille au carré (en mètre), Kg/m ² . Le chiffre obtenu est reporté sur une table qui montre où se situe le résultat de la mesure chez le patient par rapport à une médiane selon l'âge. Il existe des tables OMS d'écart-type par rapport à la médiane (ou DS pour Déviation Standard) en fonction de l'âge pour les enfants de 5 ans à 19 ans pour les filles et les garçons. (Protocole National de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe » MSPLS, Février 2019). Pour les adultes, si le IMC est < 16, il s'agit d'une malnutrition aigüe sévère, entre 16 et 17, il s'agit d'une malnutrition aigüe modérée et entre 17 et 18,7 d'un risque de malnutrition.
Rapport Poids/taille(P/T)	Le rapport Poids/Taille utilisé pour les enfants de moins de 5 ans et est exprimé en écart-type par rapport à la médiane (-1ET, -2ET, -3ET, -4ET) à partir de la mesure du poids et de la taille reportée sur la table P/T de l'OMS reprise dans le « Protocole National de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe ». MSPLS, Février 2019. Il y a une table pour les filles et une autre pour les garçons
Périmètre Brachial (PB)	Le Périmètre Brachial dont la mesure chez les enfants de 6 mois à 5 ans (plus de 65 cm) est une méthode alternative pour mesurer la maigreur. Il se mesure à l'aide d'un ruban brachial calibré (MUAC)

Malnutrition modérée	aigüe	Le rapport poids taille se situe entre -2 et -3 écart-types (ET) de la médiane de la courbe de référence ou le périmètre brachial se situe entre 115 et 125 mm.
Malnutrition aigüe sévère		Le rapport poids taille est inférieur à -3 écart-types de la médiane de la courbe de référence ou le périmètre brachial est inférieur à 115 mm.
Malnutrition aigüe sévère + œdème		Présence d'œdèmes et Ecart Type le rapport poids taille est inférieur à -3 écart-types de la médiane de la courbe de référence soit le périmètre brachial inférieur à 115 mm.

2.1.5 Définitions liées aux accouchements

Accouchement à risque	Un accouchement est à risque si la femme enceinte présente un ou plusieurs facteurs de risque parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Age < 15 ans ▪ Age > 35 ans ▪ Nullipare ▪ Grande multipare ▪ Antécédent de mort-né ▪ Taille < 1m50 ▪ Antécédent de césarienne ▪ Accouchement précédent compliqué ▪ Malformation visible du bassin ▪ Antécédent d'accouchement prématuré ▪ Antécédent d'avortements (2ou+) au 2ème trimestre ▪ Poids < 40Kg ou > 80 Kg en début de grossesse ▪ Maladie chronique préexistante (HTA, diabète, cardiopathies, etc.)
Accouchement eutocique	Accouchement qui se déroule avec ou sans épisiotomie, avec ou sans déchirure, sans complications ni intervention instrumentale.
Accouchement dystocique	L'accouchement dystocique est un accouchement (y compris le travail), difficile pour des raisons maternelles ou fœtales qui ne peut aboutir sans intervention médicamenteuse ou instrumentale, par exemple, en administrant des ocytociques, en utilisant une ventouse ou en recourant à une césarienne. Par principe, tout accouchement dystocique est assisté par un personnel qualifié dans la pratique du geste indiqué soit à l'hôpital (SONUC) ou dans une maternité habilitée à traiter les dystocies (SONUB). Les accouchements dystociques ne sont notifiés qu'à partir des CDS SONUB et des hôpitaux (SONUC) dotés d'un personnel qualifié pour les traiter.

2.1.6 Définitions liées au déroulement des accouchements

Episiotomie	Section chirurgicale du périnée à partir de la commissure postérieure de la vulve effectuée pendant l'accouchement pour éviter une déchirure du périnée.
Déchirure (ou déchirure périnéale)	Lacération des tissus mous du canal de naissance, affectant le raphé médian et les muscles du périnée et du vagin. La déchirure peut être centrale ou latérale
Manœuvre interne et externe	Manœuvre interne : manœuvre obstétricale intra utérine qui consiste à transformer une position transverse ou oblique en présentation du siège et réaliser par la suite une grande extraction du siège. Manœuvre externe : technique obstétricale qui consiste à pousser les fesses du bébé se présentant au niveau du bassin maternel de manière à aligner sa tête vers le bas avant le début de l'accouchement
Césarienne	Extraction de l'enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi utérine.

2.1.7 Définitions liées à l'issue des accouchements

Naissance vivante prématurée	Enfant né vivant avant le terme de la grossesse mais à partir du sixième mois de gestation (enfant dont la naissance est survenue entre la 22ème et la 37ème semaine d'aménorrhée : absence de règles d'après l'OMS)
Naissance vivante à terme	Enfant né vivant durant ou après la 37ème semaine de grossesse
Mort-né BCF +	Bébé né mort à partir de la 28ème semaine de grossesse chez qui les bruits fœtaux cardiaques sont audibles à l'accouchement.
Mort-né BCF-, frais	Bébé né mort à partir de la 28ème semaine, chez qui les bruits fœtaux cardiaques ne sont pas audibles durant l'accouchement et qui a encore une coloration rose à l'accouchement.
Mort-né BCF -, macérés	Bébé né mort à partir de la 28ème semaine qui a perdu sa coloration rose et qui présente des desquamations de la peau.
Enfant mort-né	Enfant né sans vie à partir de la 22ème semaine d'aménorrhée
Avortement	Interruption de grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée sans distinguer les avortements spontanés des avortements provoqués

2.1.8 Définitions liées aux indications de la césarienne

Disproportion foeto-pelvienne	Incompatibilité entre les dimensions du fœtus, plus précisément entre les diamètres céphaliques et les dimensions du bassin osseux maternel, explorées par la radiopelvimétrie avant (prévention) ou pendant le travail
Eclampsie	Complication grave de la grossesse caractérisée par des convulsions pouvant mener au coma, qui se produit généralement dans les dernières phases de la grossesse avant, pendant voire après l'accouchement chez la mère en couches
Placenta prævia	Le placenta est dit prævia lorsqu'il est localisé sur le segment inférieur et peut alors être latéral, marginal devenant parfois responsable des hémorragies sévères au cours du troisième trimestre de la grossesse lorsqu'il recouvre partiellement ou en entier l'orifice interne du col.
Présentation inadéquate lors de l'accouchement	On parle de présentation inadéquate lorsque le bébé joue les originaux en présentant son postérieur, son épaule etc...
Procidence du cordon	Chute du cordon ombilical du nouveau-né, en avant de la présentation après rupture spontanée ou provoquée de la poche des eaux.
Rupture utérine	Complication grave de l'accouchement qui se produit lors du travail ou quelquefois à un stade plus précoce de la grossesse qui se caractérise par une déhiscence ou une solution de continuité de l'intégrité de la paroi myométrique.
Utérus cicatriciel	Utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme

2.1.9 Définitions spécifiques aux indicateurs des hôpitaux

Patient debout	Patient qui a pu rejoindre la structure de santé en se déplaçant seul
Patient couché	Patient qui ne peut plus se déplacer et a dû être transporté pour arriver à la structure de santé
Nombre de nuitées potentielles	Capacité maximale d'accueil d'un service ou d'un hôpital. Si le nombre de lits est fixe durant la période (mois ou année), cette capacité est calculée en multipliant le nombre de lits par le nombre de nuits de la période.
Taux d'occupation d'un service	Rapport entre le nombre de nuits d'hospitalisation effectives et les nuits d'hospitalisation potentielle (présenté sous forme de pourcentage)
Durée moyenne de séjour	Rapport entre la somme des durées d'hospitalisation des patients sortants et le nombre de patients sortants (présenté en termes de jour)

2.2 Liste des indicateurs du niveau communautaire

2.2.1 Hygiène :

- **Latrinisation :**
 - Nombre de ménages sans latrine adéquates ;
 - Nombre de ménages avec latrines adéquates ;
- **Evacuation des eaux usées :**
 - Nombres de ménages et établissements publique et privées qui évacuent correctement les eaux usées ;
 - Nombres de ménages et établissements publique et privés qui évacuent les ordures de façon salubre ;
- **Sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène :**
 - Nombre de séance de sensibilisation tenue ;
 - Nombre de personnes sensibilisées désagrégé par sexe et par âge
 - Thèmes développés

2.2.2 Nutrition

- **Dépistage :**
 - Identification complète de l'enfant
 - Mesures anthropométriques
 - Identification œdèmes
 - Statut nutritionnel /MUAC
- **Prise en charge :**
 - Nombre d'enfants pris en charge
 - Nombre d'enfants guéris
 - Nombre d'enfants décédés
 - Nombre d'enfants référés
 - Nombre d'abandons
- **Référence Education nutritionnelle**
- **Prévention Rapportage**

2.2.3 Tuberculose

- **Communication pour le Changement de Comportement :**
 - Nombre de personnes sensibilisées désagrégé par sexe et par âge
 - Thèmes développés
- **Référence des cas suspects pour le dépistage**
 - Nombre de cas suspects TB référés par les ASC,
 - Nombre de cas TPM+ référés
- **Suivi des cas TPM+ sous traitement et surveillance de prise des médicaments**
 - Nombre de cas TPM+ suivi traité et guéri
- **Récupération des abandons**

2.2.4 VIH

- **CCC (sensibilisation de groupe, visite à domicile, Paire éducation dans les populations clés)**
 - Nombre de personne sensibilisé par sexe et par âge Thèmes développés
- **Récupération des abandons**
 - Nombre de personnes récupérés
- **Référence vers le CVD, PTME, TARV**
 - Nombre de personnes référées
- **Distribution des préservatifs**
 - Nombre de préservatifs distribués
- **Suivi des femmes enceintes sous PTME**
 - Nombre de femmes enceintes suivies

2.2.5 Santé de la reproduction

- **CCC (visite à domicile, séance de sensibilisation)**
 - Nombre de personne sensibilisé par sexe et par âge,
 - Thèmes développés
- **Reference (accouchement, Fistule, VBG, PF)**
 - Nombre des femmes référé par les ASC pour accouchement
 - Nombre des femmes référé par ASC pour Fistule
 - Nombre des personnes référé par ASC pour cause violences sexuelles
 - Nombre des femmes référé par ASC pour PF
- **Récupération des abandons (PF, CPN, CPON)**
 - Nombre de personnes récupérées
- **Distribution à Base communautaire (Pilules, injectables, Préservatifs)**
 - Nombre de préservatifs distribués
 - Nombre des injectables distribués

2.2.6 PEC-Ci

- **Prévention**
 - MIILDA distribués Population /Ménage bénéficiaire
 - Nombre de structure administrative Colline/sous colline
 - Information sur l'usage du MILDA
- **Prise en charge communautaire**
 - Nombre de cas diagnostiqués par les ASC Nombre de cas traités par l'ASC
 - Nombre de cas référés par l'ASC
 - Nombre de jour de rupture en intrants (ACT, TDR, Amoxicilline, Zinc et SRO)
- **IEC /CCC**
 - Nombre de personne sensibilisé par sexe et par âge
 - Thèmes développés

Annexes

- 1) Fiches de référence des indicateurs clés des programmes de sante

I. Matrice de métadonnées des indicateurs de lutte contre le paludisme suivis par le SIS de routine

N°	Niveau de l'indicateur	Indicateur	Définition Opérationnelle : Numérateur (N)/ dénominateur (D)	Méthode de calcul et niveau de désagrégation	Pertinence pour le programme et interprétation	Sources de collecte : registre, fiche de stock, canevas de rapport, DHIS2 ; ...
1	Impact	Taux annuel d'examens hématologique pour le paludisme	Numérateur : Nombre de tests parasitologiques effectués (TDR ou GE) Dénominateur : Population à risque (Population totale pour le Burundi)	*Additionner les gouttes épaisses et les tests rapides effectués, diviser par la population à risque puis multiplier par 100 *La désagrégation peut se faire par type de test (GE ou TDR)	Montre les cas suspects soumis à un test parasitologique dans la population générale	Registre de laboratoire.
2	Impact	Taux de mortalité palustre en milieu hospitalier	Numérateur : Nombre de décès liés au paludisme confirmé survenu dans les formations hospitalières Dénominateur : Nombre total des décès parmi les hospitalisés dans les formations sanitaires	* Additionner les décès liés au paludisme au niveau de tous les services de l'hôpital, diviser par le total de décès toutes causes confondues au niveau de tous les services de l'hôpital puis multiplier par 100 * La désagrégation peut se faire par tranche d'âge (moins de 5 ans et plus de 5 ans)		Hôpital : Fiche n°2
3	Impact	Pourcentage de patients hospitalisés ayant un diagnostic de paludisme à la sortie	Numérateur : Nombre de cas hospitalisés pour le paludisme avec comme diagnostic à la sortie Dénominateur : Nombre de patients hospitalisés toute cause confondue (fiche 1 entrées du mois pour chaque services)	*Additionné, au niveau de tous les services d'hospitalisation, tous les patients ayant comme diagnostic de sortie le paludisme puis diviser par le total de patients hospitalisés toute cause confondue au niveau de tous les services de l'hôpital * La désagrégation peut se faire par tranche d'âge (moins de 5 ans et plus de cinq ans)	Permet de voir des cas non signalés à l'entrée mais signaler à la sortie et ceux faussement pris pour un paludisme avant confirmation Peut être utile pour évaluer les tendances du paludisme, c'est plus le souci de prendre en compte le diagnostic final car le diagnostic à l'entrée peut être erroné	Hôpital : numérateur : Rapport mensuel : Fiche 3 dénominateur Fiche 1

4	Impact	Nombre de cas de paludisme hospitalisés pour 10 000 habitants par mois ou par an	<p>Numérateur : Nombre de cas hospitalisés pour le paludisme *10.000 (fiche 3)</p> <p>Dénominateur : Population à risque</p>	<p>*Additionné, au niveau de tous les services d'hospitalisation, tous les patients ayant comme diagnostic de sortie le paludisme, diviser par la population à risque et multiplier par 10.000</p> <p>* La désagrégation peut se faire par tranche d'âge (moins de 5 ans et plus de cinq ans)</p>	Cet indicateur est important pour juger du succès des programmes de lutte.	Hôpital : Fiche 3 rapport
5	Impact	Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) pour 1000 habitants par an (incidence)	<p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme suspects testé positif (soit par microscopie ou test de dépistage rapide) *1000</p> <p>Dénominateur : Population à risque (nombre de personnes qui vivent dans des zones à transmission du paludisme)</p>	<p>*Additionner le nombre de patients traité après confirmation de laboratoires (test positifs) diviser par la population à risque puis multiplier par cent</p> <p>*désagrégation par type de test, par type de structures (public, confessionnel ou privé, CDS ou hôpital)</p>	Cet indicateur évalue le fardeau du paludisme dans la population en général. Il est utile pour évaluer le succès des programmes de prévention et la demande de traitement dans le secteur public. Les données sont obtenues grâce au système d'information de routine. La confirmation de laboratoire peut être basée sur la microscopie ou les TDR. Dans les pays en phase de contrôle comme le Burundi, un cas confirmé est défini comme un cas suspect de paludisme (avec des symptômes suggérant le paludisme) pour lequel la présence des parasites du paludisme dans le sang a été confirmée par microscopie ou un TDR.	<p>CDS : Rapport mensuel 8.1 page 19 (paludisme simple testé positif + paludisme grave confirmés)</p> <p>Hôpital : Rapport mensuel Fiche 3</p> <p>Communauté : Rapport mensuel de l'ASC V.3</p>

6	Impact	Cas de décès palustre en milieu hospitalier pour 100000 habitants	Numérateur : Nombre de décès lié au paludisme confirmé survenu dans les formation sanitaire Dénominateur : Population à risque (nombre de personnes qui vivent dans des zones à transmission du paludisme)	Additionner le nombre de décès dus au paludisme au niveau de tous les services divisés par la population à risque puis multiplier par 100.0000	cet indicateur évalue l'ampleur et la gravité du paludisme dans la population générale	Hôpital : Rapport mensuel fiche 2
7	Impact	Taux de positivité des GE/TDR	Numérateur : Nombre de GE/TDR positifs Dénominateur : Nombre de GE/TDR réalisés	*Additionner les tests positifs (GE ou TDR) au niveau du laboratoire *désagrégation par type de test, par type de structures (public, confessionnel ou privé, CDS ou hôpital)	L'augmentation du taux de positivité peut signifier l'apparition d'une épidémie dans la communauté	CDS : rapport mensuel 2.5 hôpital : rapport mensuel fiche 6 Communauté : Rapport de l'ASC VI.3/VI.1
8	Impact	Taux de mortalité palustre en milieu hospitalier chez les moins de 5 ans	Numérateur : Nombre de décès chez les moins de 5ans liés au paludisme dans les structures hospitalières Dénominateur : Nombre total de décès déclarés dans les structures hospitalières chez les moins de 5 ans	*Additionner le nombre décès dû au paludisme chez les moins de cinq ans au niveau de tous les services d'hospitalisation divisé par le total de décès enregistré dans tous les services chez les moins de cinq *désagrégation par type d'hôpital		Hôpital : rapport mensuel Fiche n°2
9	Impact	Létalité liée au paludisme	Numérateur : Nombre de décès lié au paludisme dans les structures hospitalières Dénominateur : Nombre de cas de paludisme hospitalisés pour paludisme	*Additionner le nombre décès dû au paludisme au niveau de tous les services d'hospitalisation divisé par le total de patients hospitalisés pour paludisme dans tous les services d'hospitalisation *Désagrégation par type d'hôpital		Hôpital : rapport mensuel Fiche n°2
10	LAV Résultat	Proportion de la population utilisant les MIILDA parmi la celle ayant accès aux MIILDA	Numérateur : Nombre de personnes ayant dormi sous MIILDA la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre de personnes ayant accès à une MIILDA dans le ménage enquêté		Cet indicateur montre le déficit dans l'utilisation des MIILDA et diffère du déficit de possession. Il permet de rechercher les barrières à l'utilisation	Données d'enquête

11	PEC Résultat	% d'enfants de moins de 5 ans ayant été testé positif au TDR et reçu un traitement par ACT avant 24h au niveau communautaire	Numérateur : Nombre d'enfants <5ans testé positif au TDR ayant reçu d'un ASC un traitement avant 24h Dénominateur : Nombre total d'enfants ayant été testé positif au TDR par les ASCs	Compter le total d'enfants de moins de cinq ans testés positif et ayant reçu un traitement d'un ASC avant 24h diviser par le total d'enfants testés positif parmi les enfants reçus par un ASC au cours de la période		Source : CDS : Hôpital : Communauté :
12	PEC Résultat	% d'enfants de moins de 5 ans (2-59 mois) ayant reçu un traitement avant 24h par un ASC	Numérateur : Nombre d'enfants <5ans (2-59 mois) ayant reçu d'une ASC, un traitement avant 24h Dénominateur : Nombre d'enfants total d'enfants ayant reçu un traitement d'une ASC	Compter le total d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu un traitement d'une ASC avant 24h d'une ASC diviser par le total d'enfants testé positif parmi les enfants reçus par un ASC sur la période		SIS COM Canevas GASC
13	PEC Résultat	Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés et traités ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé Dénominateur : Nombre de cas de paludisme confirmés dans les établissements de santé	*Compter le nombre de patients avec paludisme confirmé par examen de laboratoire ayant reçu un traitement par une combinaison à base d'artémisinine ou la quinine chez la femme enceinte au premier trimestre diviser par le nombre total de cas de paludisme confirmé par examen de laboratoire *Désagrégation par type de structure		Source : CDS : Rapport mensuel 8.1 page 19 (paludisme simple testé positif, paludisme traité par ACT, paludisme chez la femmes enceinte au 1er trimestre) Hôpital :
14	SE Résultat	Proportion de rapports d'établissements reçus en fonction des rapports attendus au cours de la période de rapportage (complétude des rapport)	Numérateur : Nombre de rapports d'établissements reçus Dénominateur : Nombre de rapports d'établissements attendus au cours de la période de rapportage			DHIS2 taux de rapportage

15	SE Résultat	Pourcentage d'entités du SNIS ou autres entités de rapportage de données de routine présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales (promptitude des rapports)	Numérateur : Nombre d'entités du SNIS ou autres entités de rapportage de données de routine présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales Dénominateur : Nombre total d'entités du SNIS ou autres entités de rapportage régulier			Source : DHIS2, taux de rapportage
16	TPIg Résultat	1 Pourcentage de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu au moins trois doses de TPIg-SP	Numérateur : Nombre de femmes enceintes auxquelles est administrée au moins trois doses de SP sous observation directe Dénominateur : Nombre de femmes reçues en CPN			CDS : Rapport mensuel 3.1.2 Hôpital : Fiche 12 rapport mensuel
17	PEC Produit	Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé	Numérateur : Nombre de tous les cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé Dénominateur : Nombre de tous les cas suspects de paludisme qui se présentent dans des établissements de santé	*Compter le nombre de cas suspects de paludisme envoyé au laboratoire (examens effectués) diviser par ce même nombre auquel on ajoute les patients ayant reçu un traitement antipaludique sans avoir été envoyé au laboratoire (traité sans test) *Désagrégation par type de test		Laboratoire Source : CDS : Hôpital :
18	PEC Produit	Proportion de formations sanitaires avec un laboratoire fonctionnel pour la confirmation du paludisme	Numérateur : Nombre de laboratoire fonctionnel pour la confirmation du paludisme Dénominateur : Nombre total de formations sanitaires	*Compter le nombre de structures ayant effectué des examens de laboratoire pour la confirmation du paludisme diviser par le total de structures offrant les services de lutte contre le paludisme *désagrégation par type de structure		Registre de laboratoire.

				(public, privé ou confessionnel, CDS ou hôpital		
19	PEC Produit	Proportion de cas de paludisme grave traités avec quinine injectable	Numérateur : Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine injectable. Dénominateur : Nombre de cas de paludisme grave.	Compte le nombre de cas graves ayant été traité par la quinine injectable diviser par le total de cas de paludisme graves enregistrés dans la structure		Source : CDS : Hôpital : Communauté
20	PEC Produit	Proportion de cas de paludisme grave traités avec l'artésunate injectable	Numérateur : Nombre de cas de paludisme grave traités avec artésunate injectable. Dénominateur : Nombre de cas de paludisme grave.	Compte le nombre de cas graves ayant été traité par l'artésunate injectable diviser par le total de cas de paludisme graves enregistrés dans la structure		Source : CDS : Hôpital : Communauté
21	PEC Produit	Proportion de cas de paludisme simple traités avec Quinine cès+clindamycine	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple traités avec Quinine cès+clindamycine. Dénominateur : Nombre de cas de paludisme simple.	Compte le nombre de cas simples ayant été traité par la quinine et clindamycine diviser par le total de cas de paludisme simple enregistrés dans la structure		Source : CDS : Hôpital : Communauté
22	TPIg 1 Produit	Pourcentage de formations sanitaires ayant signalé une rupture de stock de la sulfadoxine-pyriméthamine pour la période de rapportage	Numérateur : Nombre de formations sanitaires ayant signalé une rupture de stock pour le TPIg (sulfadoxine-pyriméthamine) dans les services de CPN au cours du dernier mois écoulé pour la période de rapportage. Dénominateur : Nombre total de formations sanitaires offrant les services prénatals			Fiches de stock Canevas de rapport du CDS DHIS2
23	PEC Produit	Proportion de cas de paludisme simples traités avec ACT	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple traités avec ACT Dénominateur : Nombre de cas de paludisme simple excepté les femmes au premier trimestre de grossesse.	Compte le nombre de cas simples ayant été traité par un ACT diviser par le total de cas de paludisme simple enregistrés dans la structure en y soustrayant les femmes enceinte au premier trimestre		Source : CDS : rapport mensuel 8.1

24	PEC Produit	Proportion d'établissements de santé sans rupture de stock des principaux produits de base au cours de la période de rapportage	Numérateur : Nombre d'établissements de santé n'ayant signalé aucune rupture de stock des principaux produits de base au cours de la période de rapportage Dénominateur : Nombre d'établissements de santé	*Désagrégé par chaque type de produit antipaludique	Désagrégation par produit	Source : CDS : Hôpital : Communauté :
25	PEC Produit	Pourcentage d'ASC n'ayant pas connu de rupture de stock de TDRs pour la période de rapportage	Numérateur : Nombre d'ASC mettant en œuvre l'iCCM n'ayant pas connu de rupture de stock de TDRs pour la période de rapportage Dénominateur : Nombre d'ASC mettent en œuvre l'iCCM			
26	PEC Produit	Pourcentage d'ASC n'ayant pas connu de rupture de stock d'ACT pour la période de rapportage	Numérateur : Nombre d'ASC mettant en œuvre l'iCCM n'ayant pas connu de rupture de stock d'ACT pour la période de rapportage Dénominateur : Nombre d'ASC mettent en œuvre l'iCCM			
27	PEC Produit	Nombres de TDRs distribués aux ASC les tests dans la communauté	Numérateur : Nombre de TDRs distribués aux ASC les tests dans la communauté Dénominateur : NA			Rapport GASC ; DHIS2
28	PEC Produit	Nombre de blisters d'ASAQ distribués aux ASC pour le traitement dans la communauté	Numérateur : Nombre de blisters d'ASAQ distribués aux ASC pour le traitement dans la communauté Dénominateur : NA			Rapport GASC; DHIS2

29	IEC Produit	Proportion de séance de sensibilisation sur le paludisme réalisé au niveau des formation sanitaires	<p>Numérateur : Nombre de séance de sensibilisation sur le paludisme au niveau des formations sanitaires</p> <p>Dénominateur: nombre total de séances de sensibilisation réalisé au niveau des formation sanitaires</p>	<p>*Compter le nombre de séance de sensibilisation avec comme thème le paludisme diviser par le nombre total de séance de sensibilisation effectuée dans la structure</p> <p>*Désagrégation par type de structure</p>		CDS : Rapport mensuel 5.1
30	TPIg 1 Produit	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une MIILDA au cours de la CPN1	<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçu une MIILDA au cours de la CPN1</p> <p>Dénominateur : Nombre de femmes enceintes reçues en CPN1</p>		<p>L'utilisation des moustiquaires imprégnées réduisent la transmission et de la morbidité attribuable au paludisme de quelques 60% (P. CARNEVALE et al. 1991). La MIILDA est proposée à l'ensemble de la population à risque de paludisme. Mais elle est plus particulièrement recommandée aux personnes plus vulnérables au paludisme, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.</p>	<p>CDS : Rapport mensuel 3.1.2</p> <p>Hôpital :Fiche 12 rapport mensuel</p>
31	TPIg 1 Produit	Pourcentage de femmes enceintes, fréquentant les services de CPN auxquelles est administrée une dose de traitement préventif intermittent (TPIg-SP 1, TPIg-SP 2, TPIg-SP 3, etc.) sous observation directe	<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes, auxquelles est administrée une première, deuxième ou troisième dose et plus de TPIg sous observation directe</p> <p>Dénominateur : Nombre de femmes enceintes qui se présentent en première consultation prénatale et éligible à la SP (CPN1)</p>			<p>CDS : Rapport mensuel 3.1.2</p> <p>Hôpital :Fiche 12 rapport mensuel</p>

II. Matrice de métadonnées des indicateurs de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées

N°	Indicateur	Définition Opérationnelle : Numérateur (N)/ dénominateur (D)	Méthode de calcul et niveau de désagrégation	Pertinence pour le programme et interprétation	Sources de collecte : registre, canevas de rapport, DHIS2 ; ...
Données de Routine					
1	Proportion des cas d'ascaris confirmés dans les activités de laboratoire de routine au niveau des formations sanitaires.	N : Nombre de cas d'ascaris détectés au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre d'examens selles effectués au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois.	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas d'Ascaris détectés X 100 / Nbre d'examens selles effectués	Cette donnée permet au programme d'avoir l'idée sur la situation des cas d'ascaris détectés dans la communauté., ce qui pousse le programme à organiser des études pour trouver des stratégies à mettre en œuvre dans le but de diminuer la morbi-mortalité due à l'Ascariase. Au niveau de l'interprétation comme règles de validation le nombre de cas d'ascaris rapportés doit être ≤ au nombre d'examens selles effectués	DHIS2, registre de laboratoire.
2	Proportion des cas d'ankylostome confirmés dans les activités de laboratoire de routine au niveau des formations sanitaires.	N : Nombre de cas d'ankylostome détectés au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre d'examens selles effectués au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas d'Ankylostome détectés X 100 / Nbre d'examens selles effectués	Cette donnée permet au programme d'avoir l'idée sur la situation des cas d'Ankylostome détectés dans la communauté., ce qui pousse le programme à organiser des études pour trouver des stratégies à mettre en œuvre dans le but de diminuer la morbi-mortalité due à l'Ankylostomiase. Au niveau de l'interprétation comme règles de validation le nombre de cas d'Ankylostome rapportés doit être ≤ au nombre d'examens selles effectués.	DHIS2, registre de laboratoire.
3	Proportion des cas de trichocéphale confirmés dans les activités de laboratoire de routine au niveau des formations sanitaires.	N : Nombre de cas de trichocéphale détectés au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre d'examens selles effectués au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas de trichocéphale détectés X 100 / Nbre d'examens selles effectués	Cette donnée permet au programme d'avoir l'idée sur la situation des cas de trichocéphale détectés dans la communauté., ce qui pousse le programme à organiser des études pour trouver des stratégies à mettre en œuvre dans le but de diminuer la morbi-mortalité due à la Trichocéphalose Au niveau de l'interprétation comme règles de validation le nombre de cas de trichocéphale rapportés doit être ≤ au nombre d'examens selles effectués	DHIS2, registre de laboratoire.

4	Proportion des cas d'Helminthiases Transmises à partir du sol (HTS) confirmés dans les activités de laboratoire de routine au niveau des formations sanitaires.	N : Nombre de cas d'Helminthiases Transmises à partir du sol (HTS) détectés au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre d'examens selles effectués au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas de HTS détectés X 100 / Nbre d'examens selles effectués	Cette donnée nous permet de connaître le pourcentage des cas d'Helminthiases Transmises à partir du sol (HTS) détectés dans la communauté. Ce qui pousse le programme à organiser des études pour trouver des stratégies à mettre en œuvre dans le but de diminuer la morbi-mortalité due aux HTS. Au niveau de l'interprétation comme règles de validation le nombre de cas de HTS rapportés doit être ≤ au nombre d'examens selles effectués.	DHIS2, registre de laboratoire
5	Proportion des cas de la Schistosomiase intestinale confirmés dans les activités de laboratoire de routine au niveau des formations sanitaires.	N : Nombre de cas de la Schistosomiase détectés au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre d'examens selles effectués au labo pendant une période bien déterminée ex :1 mois	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas de Schisto détectés X 100 / Nbre d'examens selles effectués	Cette donnée nous permet de connaître le pourcentage des cas de la Schistosomiase détectés dans la communauté., ce qui pousse le programme à organiser des études pour trouver des stratégies à mettre en œuvre dans le but de diminuer la morbi-mortalité due à la Schistosomiase. Au niveau de l'interprétation comme règles de validation le nombre de cas de Schisto rapportés doit être ≤ au nombre d'examens selles effectués	DHIS2, registre de laboratoire
6	Proportion des cas de cataractes suspectés dans les bureaux de consultation de routine.	N : Nombre de cas de cataractes suspectés au niveau du bureau de consultation pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre de consultations effectués au niveau du bureau de consultation pendant une période bien déterminée ex : 1 mois,	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas de cataractes suspectés X 100 / Nbre de consultations effectuées.	Cette donnée permet au programme d'avoir l'idée sur la situation des cas de cataractes au pays, ce qui pousse le programme à organiser des activités dans le but confirmer l'existence de la maladie et ainsi prévenir la cécité évitable	DHIS2, registre des consultations
7	Proportion des cas de conjonctivites suspectés dans les bureaux de consultation de routine.	N : Nombre de cas de conjonctivites suspectés au niveau du bureau de consultation pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre de consultations effectués au niveau du bureau de consultation pendant une période bien déterminée ex :1 mois	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas de cconjonctivites suspectés X 100 / Nbre de consultations effectuées.	Cette donnée permet au programme d'avoir l'idée sur la situation des cas de conjonctivites au pays, ce qui pousse le programme à organiser des activités dans le but confirmer l'existence de la maladie et ainsi prévenir la cécité évitable.	DHIS2, registre des consultations

8	Proportion des cas d'Onchocercose suspectés dans les bureaux de consultation de routine.	N : Nombre de cas d'Onchocercose suspectés au niveau du bureau de consultation pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre de consultations effectués au niveau du bureau de consultation pendant une période bien déterminée ex : 1 mois	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas d'Onchocercose suspectés X 100 / Nbre de consultations effectuées.	Cette donnée permet au programme d'avoir l'idée sur la situation des cas d'Onchocercose au pays, ce qui pousse le programme à organiser des enquêtes pour la confirmation des cas, l'existence de la maladie dans la région et organiser en conséquence les campagnes de traitement de masse.	DHIS2, registre des consultations -
9	Proportion des cas de Trachome Actif (TA) suspectés dans les bureaux de consultation de routine	N : Nombre de cas de Trachome Actif suspectés au niveau du bureau de consultation pendant une période bien déterminée ex :1 mois, D : Nombre de consultations effectués au niveau du bureau de consultation pendant une période bien déterminée ex :	La proportion est libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de cas de Trachome Actif suspectés X 100 / Nbre de consultations effectuées.	Cette donnée permet au programme d'avoir l'idée sur la situation des cas de Trachome Actif au pays, ce qui pousse le programme à organiser des enquêtes pour la confirmation des cas, l'existence de la maladie dans la région et organiser en conséquence les campagnes de traitement de masse.	DHIS2, registre des consultations -
2. Données de traitement de masse					
10	Nombre d'enfants de 12-23 mois traités à l'Albendazole	N : Nombre d'enfants de 12- 23 mois traités D : Cible de la campagne pour les enfants de 12 – 23 mois	Nombre d'enfants de 12- 23 mois traités X 100 / la cible de la campagne pour les enfants de 12 – 23 mois	La pertinence au programme est de réduire le morbi- mortalité due géo – helminthiases Au niveau de l'interprétation comme règles de validation c'est le taux de couverture situé entre 75 et 100%	- DHIS2, - résultats de la campagne SSME
11	Nombre d'enfants de 24-59 mois traités à l'Albendazole	N : Nombre d'enfants de 24 - 59 mois traités D : Cible de la campagne pour les enfants de 24 – 59 mois	Nombre d'enfants de 24- 59 mois traités X 100 / la cible de la campagne pour les enfants de 24 – 59 mois	La pertinence au programme est de réduire le morbi- mortalité due géo – helminthiases Au niveau de l'interprétation comme règles de validation c'est le taux de couverture situé entre 75 et 100%	- DHIS2, - résultats de la campagne SSME
12	Nombre d'enfants de 5-14 ans traités à l'Albendazole	N : Nombre d'enfants de 5 – 14 ans traités D : Cible de la campagne pour les enfants de 5 – 14 ans	Nombre d'enfants de 5- 14 ans traités à l'Alb X 100 / la cible de la campagne pour les enfants de 5 – 14 ans à traiter à l'Alb	La pertinence au programme est de réduire le morbi- mortalité due géo – Au niveau de l'interprétation comme règles de validation c'est le taux de couverture situé entre 75 et 100% helminthiases	- DHIS2, - résultats de la campagne SSME
13	Nombre d'enfants de 1-14 ans traités à l'Albendazole	N : Nombre d'enfants de 1– 14 ans traités D : Cible de la campagne pour les enfants de 1 – 14 ans	Nombre d'enfants de 1- 14 ans traités X 100 / la cible de la campagne pour les enfants de 1– 14 ans	La pertinence au programme est de réduire le morbi- mortalité due géo – Au niveau de l'interprétation comme règles de validation c'est le taux de couverture situé entre 75 et 100% helminthiases	- DHIS2, - résultats de la campagne SSME

14	Nombre de femmes enceintes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse traités à l'Albendazole	N : Nombre de femmes enceintes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse traités à l'Albendazole D : Cible de la campagne pour les femmes enceintes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse	Nombre de femmes enceintes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse traités $\times 100$ / Cible de la campagne pour les femmes enceintes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse	La pertinence au programme est de réduire le morbi- mortalité due géo – helminthiases et l'anémie due aux géo – helminthiases chez les femmes enceintes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse. Au niveau de l'interprétation comme règles de validation c'est le taux de couverture situé entre 75 et 100%	- DHIS2, - résultats de la campagne SSME
15	Nombre d'enfants de 5-14 ans traités au Praziquantel	N : Nombre d'enfants de 5– 14 ans traités au Praziquantel D : Cible de la campagne pour les enfants de 5 – 14 ans à traiter au Praziquantel.	Nombre d'enfants de 5- 14 ans traités au PRZ $\times 100$ / la cible de la campagne pour les enfants de 5 – 14 ans à traiter au PRZ	La pertinence au programme est de réduire la morbi- mortalité à la Schistosomiase. Au niveau de l'interprétation comme règles de validation c'est le taux de couverture situé entre 75 et 100%	- DHIS2, - résultats de la campagne SSME
16	Proportion des personnes traitées au Mectizan.	N : Nombre de personnes traitées de 5 ans et plus D : Cible au traitement pendant la campagne de 5 ans et plus.	Le taux de couverture thérapeutique Libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de personnes traitées X 100 / La cible de la campagne de traitement.	Réduire la morbi-mortalité due à l'Onchocercose jusqu'à l'élimination. Au niveau de l'interprétation comme règles de validation c'est le taux de couverture situé entre 80 et 84%	- DHIS2, - résultats de la campagne de traitement
17	Proportion des personnes traitées au Zytromax	N : Nombre de personnes traitées de 1- 9 ans D : Cible au traitement pendant la campagne de 1 - 9 ans et plus.	Le taux de couverture thérapeutique Libérée en pourcentage et est égale au : Nbre de personnes traitées X 100 / La cible de la campagne de traitement	Réduire la morbi-mortalité due à l'Onchocercose jusqu'à l'élimination Au niveau de l'interprétation comme règles de validation c'est le taux de couverture situé entre 90et 95 %	- DHIS2, - Résultats de la campagne

III. Matrice de métadonnées des indicateurs du programme élargi de vaccination suivis par le SIS de routine

N°	Niveau de l'indicateur	Indicateur	Définition Opérationnelle : Numérateur (N)/ dénominateur (D)	Méthode de calcul et niveau de désagrégation Le niveau d'agrégation pour le PEV : Aire de Responsabilité, District sanitaire, Province Sanitaire, le niveau national	Pertinence pour le programme et interprétation	Sources de collecte : registre, fiche de stock, canevas de rapport, DHIS2 ; ...
1	Indicateurs de résultat	Couverture BCG	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les naissances attendues	$BCG \text{ AR} / (\text{nb de naissances attendues AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
2	Indicateurs de résultat	Couverture VAPolio3	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les enfants survivants	$V\text{Polio}3 \text{ AR} / (\text{pop } 0-11\text{m AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
3	Indicateurs de résultat	Couverture VPI	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les enfants survivants	$V\text{PI AR} / (\text{pop } 0-11\text{m AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
4	Indicateurs de résultat	Couverture VAPneumo3	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les enfants survivants	$V\text{APneumo}3 \text{ AR} / (\text{pop } 0-11\text{m AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
5	Indicateurs de résultat	Couverture pentavalent 3	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les enfants survivants	$\text{Penta}3 \text{ AR} / (\text{pop } 0-11\text{m AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
6	Indicateurs de résultat	Couverture VAROTA 2	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les enfants survivants	$\text{VAROTA}2 \text{ AR} / (\text{pop } 0-11\text{m AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
7	Indicateurs de résultat	Couverture RR 1	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les enfants survivants	$\text{RR}1 \text{ AR} / (\text{pop } 0-11\text{m AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
8	Indicateurs de résultat	Couverture RR 2	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les enfants survivants	$\text{RR}2 \text{ AR} / (\text{pop } 0-11\text{m AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
9	Indicateurs de résultat	Couverture Td2 et +	Numérateur : Femmes enceintes ayant reçu Td2 et + Dénominateur : Femmes enceintes attendues	$\text{Td}2 \text{ et } + \text{ AR} / (\text{Femmes enceintes attendues AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
10	Indicateur d'effet	Couverture enfants complètement vaccinés	Numérateur : nombre d'enfants vaccinés Dénominateur : les enfants survivants	$\text{Enf. Complètement vacc AR} / (\text{pop } 0-11\text{m AR} / 12) \times 100$	Pertinent	DHIS2
11	Indicateur d'effet	Tx global d'abandon	Numérateur : les abandons Dénominateur : enfants ayant reçu le premier vaccin (BCG)	$(\text{BCG AR} - \text{enfants complètement vacc AR}) / \text{BCG AR} \times 100$	Pertinent	DHIS2
12	Indicateur d'effet	Tx spécifique d'abandon VAPolio	Numérateur : les abandons Dénominateur : enfants ayant reçu le premier vaccin (Polmio1)	$[\text{VAPolio } 1 \text{ AR} - \text{VAPolio}3 \text{ AR}] / \text{VAPolio } 1 \text{ AR} \times 100$	Pertinent	DHIS2

13	Indicateur d'effet	Tx spécifique d'abandon VAPneumo	Numérateur : les abandons Dénominateur : enfants ayant reçu le premier vaccin (Vapneumo1)	$[VAPneumo1 \text{ AR} - VAPneumo3 \text{ AR}] / VAPneumo1 \text{ AR} \times 100$	Pertinent	DHIS2
14	Indicateur d'effet	Tx spécifique d'abandon Pentavalent	Numérateur : les abandons Dénominateur : enfants ayant reçu le premier vaccin (penta1)	$[Pentavalent 1 \text{ AR} - Pentavalent 3 \text{ AR}] / Pentavalent 1 \text{ AR} \times 100$	Pertinent	DHIS2
15	Indicateur d'effet	Tx spécifique d'abandon VARota	Numérateur : les abandons Dénominateur : enfants ayant reçu le premier vaccin (varota1)	$[VARota1 \text{ AR} - VARota2 \text{ AR}] / VARota1 \text{ AR} \times 100$	Pertinent	DHIS2
16	Indicateur d'effet	Tx spécifique d'abandon RR	Numérateur : les abandons Dénominateur : enfants ayant reçu le premier vaccin (RR1)	$[VARota1 \text{ AR} - RR2 \text{ AR}] / RR1 \text{ AR} \times 100$	Pertinent	DHIS2
17	Indicateurs de résultat	Taux de perte en BCG	Numérateur=Nombre de doses BCG sorties Dénominateur : Nombre de doses BCG utilisées	$\frac{(Qté \text{ BCG stock début période} + Qté \text{ BCG reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ BCG en stock au début de la période} + Qté \text{ BCG reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2
18	Indicateurs de résultat	Taux de perte en pentavalent	Numérateur=Nombre de doses penta sorties Dénominateur : Nombre de doses penta utilisées	$\frac{(Qté \text{ penta stock début période} + Qté \text{ penta reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ penta en stock au début de la période} + Qté \text{ penta reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2
19	Indicateurs de résultat	Taux de perte en VPO	Numérateur=Nombre de doses VPO sorties Dénominateur : Nombre de doses VPO utilisées	$\frac{(Qté \text{ VPO stock début période} + Qté \text{ VPO reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ VPO en stock au début de la période} + Qté \text{ VPO reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2
20	Indicateurs de résultat	Taux de perte en PCV_13	Numérateur=Nombre de doses PCV sorties Dénominateur : Nombre de doses PCV utilisées	$\frac{(Qté \text{ PCV stock début période} + Qté \text{ PCV reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ PCV en stock au début de la période} + Qté \text{ PCV reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2
21	Indicateurs de résultat	Taux de perte en Varota	Numérateur=Nombre de doses variota sorties Dénominateur : Nombre de doses Varota utilisées	$\frac{(Qté \text{ varota stock début période} + Qté \text{ Varota reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ varota en stock au début de la période} + Qté \text{ Varota reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2
22	Indicateurs de résultat	Taux de perte en DTC	Numérateur=Nombre de doses DTC sorties Dénominateur : Nombre de doses DTC utilisées	$\frac{(Qté \text{ DTC stock début période} + Qté \text{ DTC reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ DTC en stock au début de la période} + Qté \text{ DTC reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2
23	Indicateurs de résultat	Taux de perte en RR	Numérateur=Nombre de doses RR sorties Dénominateur : Nombre de doses RR utilisées	$\frac{(Qté \text{ RR stock début période} + Qté \text{ RR reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ RR en stock au début de la période} + Qté \text{ RR reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2
24	Indicateurs de résultat	Taux de perte en Td	Numérateur=Nombre de doses Td sorties Dénominateur : Nombre de doses Td utilisées	$\frac{(Qté \text{ Td stock début période} + Qté \text{ Td reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ Td en stock au début de la période} + Qté \text{ Td reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2
25	Indicateurs de résultat	Taux de perte en VPI	Numérateur=Nombre de doses VPI sorties Dénominateur : Nombre de doses VPI utilisées	$\frac{(Qté \text{ VPI stock début période} + Qté \text{ VPI reçue au cours de la période})}{(Qté \text{ VPI en stock au début de la période} + Qté \text{ VPI reçue au cours de la période})}$	Pertinent	DHIS2

IV. Matrice de métadonnées des indicateurs de lutte contre la malnutrition suivis par le SIS de routine

N°	Niveau de l'indicateur	Indicateur	Définition Opérationnelle : Numérateur (N)/ dénominateur (D)	Méthode de calcul et niveau de désagrégation	Pertinence pour le programme et interprétation	Sources de collecte : registre, fiche de stock, canevas de rapport, DHIS2 ; ...
1	PEC Résultat	Taux de traitement avec succès au SST	Numérateur : Nombre de patients atteignant les critères de sortie au SST au cours de la période Dénominateur : Total de patients sortis du SST au cours de la période			DHIS2 Hopital
2	PEC Résultat	Taux de décès au SST	Numérateur : Nombre de patients décédés au SST au cours de la période Dénominateur : Total de patients sortis du SST au cours de la période.			DHIS2 Hôpital
3	PEC Résultat	Taux d'abandon au SST	Numérateur : Nombre de patients ayant abandonné le SST au cours de la période Dénominateur : Total de patients sortis du SST au cours de la période.			DHIS2 Hôpital
4	PEC Résultat	Taux de non répondants au SST	Numérateur : Nombre de patients n'ayant pas répondu au SST au cours de la période Dénominateur : Total de patients sortis du SST au cours de la période.			DHIS2 Hôpital
5	PEC Processus	Nouvelles admissions au SST	Nombre de patients souffrant de MAS avec complications médicales, mais qui n'ont pas encore été traité dans une autre structure pour cet épisode de MAS avec complications médicales.		La tendance des nouvelles admissions MAS nous permet d'apprécier le programme et traduit le degré de l'insécurité alimentaire	DHIS2 Hopital
6	PEC Résultat	Taux de guérison au STA	Numérateur : Nombre de patients ayant été guéri au STA au cours de la période. Dénominateur : Total de patients sortis du STA au cours de la période.			DHIS2 CDS
7	PEC Résultat	Taux de décès au STA	Numérateur : Nombre de patients décédés au STA au cours de la période. Dénominateur : Total de patients sortis du STA au cours de la période.			DHIS2 CDS

8	PEC Résultat	Taux de non répondants au STA	Numérateur : Nombre de patients n'ayant pas répondu au traitement au STA au cours de la période. Dénominateur : Total de patients sortis du STA au cours de la période.			DHIS2 CDS
9	PEC Résultat	Taux d'abandon au STA	Numérateur : Nombre de patients ayant abandonné le STA au cours de la période. Dénominateur : Total de patients sortis du STA au cours de la période.			DHIS2 CDS
10	PEC Processus	Nouvelles admissions au STA	Nombre de patients souffrant de MAS sans complications médicales, mais qui n'ont pas encore été traité dans une autre structure pour cet épisode de MAS.		La tendance des nouvelles admissions MAS nous permet d'apprécier le programme et traduit le degré de l'insécurité alimentaire	DHIS2 CDS
11	PEC Résultat	Taux de guérison au SSN	Numérateur : Nombre de patients ayant été guéri au SSN au cours de la période. Dénominateur : Total de patients sortis du SSN au cours de la période.			DHIS2 CDS
12	PEC Résultat	Taux de décès au SSN	Numérateur : Nombre de patients décédés au SSN au cours de la période Dénominateur : Total de patients sortis du SSN au cours de la période.			DHIS2 CDS
13	PEC Résultat	Taux de non répondants au SSN	Numérateur : Nombre de patients n'ayant pas répondu au traitement au SSN au cours de la période Dénominateur : Total de patients sortis du SSN au cours de la période.			DHIS2 CDS
14	PEC Résultat	Taux d'abandon au SSN	Numérateur : Nombre de patients ayant abandonné le SSN au cours de la période Dénominateur : Total de patients sortis du SSN au cours de la période.			DHIS2 CDS
15	PEC Processus	Nouvelles admissions au SSN	Nombre de patients souffrant de MAM, mais qui n'ont pas encore été traité dans une autre structure pour cet épisode de MAM.		La tendance des nouvelles admissions MAM traduit le degré de l'insécurité alimentaire et /ou de la qualité de la prise en charge.	DHIS2 CDS

V. Matrice de métadonnées des indicateurs de lutte contre la tuberculose suivis par le SIS de routine

N°	Niveau de l'indicateur	Indicateur	Définition Opérationnelle : Numérateur (N)/ dénominateur (D)	Méthode de calcul et niveau de désagrégation	Pertinence pour le programme et interprétation	Sources de collecte : registre, fiche de stock, canevas de rapport, DHIS2 ; ...
1	Impact	TB I-2 : Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	N : Nombre de nouveaux cas et récurrences de tuberculose se produisant au cours de l'année D : Nombre d'habitants au cours de l'année	Non applicable		Registre d'enregistrement et de notification de l'information sur la tuberculose ou Rapport mondial sur la tuberculose
2	Impact	TB I-3(M): Taux de mortalité par tuberculose (pour 100 000 habitants)	N : Nombre de décès dus à la tuberculose (Toutes formes confondues) chez les personnes séronégatives au VIH par an, selon la classification internationale des maladies (CIM-10) D : Nombre d'habitants	Non applicable		Registre d'état civil ou Registre d'état civil par sondage ou Rapport mondial sur la tuberculose
3	Impact	TB I-4(M): Prévalence de TB-RR et/ou TB-MR parmi les nouveaux cas détectés: Proportion de nouveaux cas de tuberculose avec TB-RR et/ou TB-MR	N : Nombre de nouveaux cas de tuberculose avec résistante à la rifampicine et/ou multi résistante x 100 D : Nombre total de nouveaux cas de tuberculose avec résultats des tests de sensibilité aux médicaments/résultat du test Xpert	Non applicable		1. Registre de surveillance de la pharmaco résistance fondé sur des tests de sensibilité aux médicaments réguliers de tous les patients atteints de tuberculose 2. Enquêtes épidémiologiques spéciales D'échantillons représentatifs des patients
4	Effet	TB O-1a: Taux de déclaration des cas de tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, pour 100 000 habitants, cas nouveaux et récurrences	N : Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues : bactériologiquement confirmée + diagnostiquée cliniquement) déclarés [dans une zone spécifiée] à l'autorité sanitaire nationale au cours de l'année écoulée (nouveaux cas et récurrences) D : Population totale dans la zone précisée	Non applicable		Registre d'enregistrement et de notification de l'information sur la tuberculose

5	Effet	TB O-2a: Taux de succès thérapeutique, toutes formes confondues-bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récidives	N : Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues : bactériologiquement confirmée + diagnostiquée cliniquement) pour une période spécifiée qui par la suite ont été traités avec succès (somme des catégories de résultats de l'OMS de « guérison » et de « traitement terminé ») D : Nombre total de cas de tuberculose (toutes formes confondues : bactériologiquement confirmée + diagnostiquée cliniquement) enregistrés pour le traitement au cours de la même période	Non applicable		Registre d'enregistrement et de notification de l'information sur la tuberculose
6	Effet	TB O-6: Notification des cas de TB-RR et/ou TB-MR - Pourcentage de cas notifiés bactériologiquement confirmés, résistants aux médicaments TB-RR et/ou TB-MR** en tant que proportion de tous les cas estimés TB-RR et/ou TB-MR	N : Nombre de cas notifiés de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multi-résistante bactériologiquement confirmés D : Nombre estimé de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multi-résistante parmi tous les cas déclarés de tuberculose nouveaux et retraitement	Non applicable		Registre de notification de cas de tuberculose multi-résistante
7	Effet	TB O-4(M): Taux de succès thérapeutique de TB-RR et/ou TB-MR : pourcentage de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multi-résistante traités avec succès	N : Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multi-résistante bactériologiquement confirmée, qui ont été admis en traitement antituberculeux de deuxième intention pendant l'année d'évaluation et traités avec succès (patients guéris et dont le traitement est terminé) D : Nombre total de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multi-résistante bactériologiquement confirmée, qui ont été admis en traitement antituberculeux de deuxième intention pendant l'année d'évaluation	Non applicable		Registre de traitement antituberculeux de deuxième intention
8	Effet	TB O-5(M): Couverture de traitement de la TB: Pourcentage de nouveaux cas et rechutes qui ont été	N: Nombre de nouveaux cas et rechutes TB notifiés et traités D: Nombre estimé de cas de TB (toutes formes de TB –bactériologiquement	Non applicable		Registre d'enregistrement et de notification de l'information sur la tuberculose

		notifiés et traités parmi le nombre estimé de cas de TB dans la même année	confirmées et cliniquement diagnostiquées) dans la même année			
9	Couverture	TCP-1(M): Nombre de cas déclarés de tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récidives	N : Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues : bactériologiquement confirmée + diagnostiquée cliniquement) déclarés à l'autorité sanitaire nationale au cours de la période de communication de l'information D : Non applicable	Non applicable		Registre d'enregistrement et de notification de l'information sur la tuberculose
10	Couverture	TCP-2(M): Taux de succès thérapeutique- toutes formes confondues: Pourcentage de cas de TB, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et diagnostiqués cliniquement, traités avec succès (guéris et traitement terminé) parmi tous les cas de TB ayant commencé le traitement pendant une période déterminée, nouveaux cas et récidives	N : Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues : bactériologiquement confirmée + diagnostiquée cliniquement) pour une période spécifiée qui par la suite ont été traités avec succès (somme des catégories de résultats de l'OMS de « guérison » et de « traitement terminé ») D : Nombre total de cas de tuberculose (toutes formes confondues : bactériologiquement confirmée + diagnostiquée cliniquement) enregistrés pour le traitement au cours de la même période	Sexe (féminin, masculin) Âge (< 15 ; 15+) Statut sérologique VIH (positif, négatif, non documenté)		Registre d'enregistrement et de traitement de la tuberculose
11	Couverture	TCP-3: Pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie de frottis, parmi le nombre total de laboratoires effectuant des analyses par microscopie de frottis pendant la période	N : Nombre de laboratoires présentant des performances satisfaisantes pour la microscopie de frottis D : Nombre total de laboratoires effectuant des analyses par microscopie de frottis	Non applicable		Registre de laboratoire
12	Couverture	TCP-4: Pourcentage d'entités déclarantes (districts ou unités de gestion de base) n'ayant communiqué aucune	N : Pourcentage d'entités de rapportage régulier (districts ou unités de gestion de base) n'ayant communiqué aucune rupture de stocks de médicaments antituberculeux de	Non applicable		Registre d'enregistrement et de traitement de la tuberculose

		rupture de stocks des médicaments antituberculeux de première intention au dernier jour du trimestre	première intention au dernier jour du trimestre D : Nombre total d'entités de communication régulière de l'information (districts ou unités de gestion de base)			
13	Couverture	TCP-5: Nombre d'enfants âgés de moins de 5 en contact avec des patients tuberculeux qui ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide	N : Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans en contact avec des patients atteints de tuberculose et qui ont commencé un traitement préventif par l'isoniazide (TPI) D : Non applicable	Non applicable		Registre d'enregistrement et de traitement de la tuberculose
14	Couverture	TCP-7c: Nombre de cas déclarés de tuberculose (toutes formes confondues) par les prestataires extérieurs au programme national de lutte contre la tuberculose — services communautaires	N : Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) référés par la communauté vers un établissement de santé pour un diagnostic dans les unités de gestion de base couvertes par la subvention sur une période donnée D : Nombre total de cas de tuberculose (toutes formes confondues) déclarés dans les unités de gestion de base couvertes par la subvention pendant la même période	Non applicable		Registre d'enregistrement et de traitement de la tuberculose ainsi que le Registre de laboratoire
15	Couverture	TB/HIV-5: Pourcentage de nouveaux patients TB et de rechute enregistrés dont le statut VIH est documenté	N : Nombre de patients atteints de tuberculose enregistrés pendant la période de rapportage dont le résultat du test VIH est enregistré dans le registre de la tuberculose au moment du diagnostic de la tuberculose D : Nombre total de patients atteints de tuberculose enregistrés au cours de la période de rapportage	Non applicable		Registre d'enregistrement et de traitement de la tuberculose
16	Couverture	TB/HIV-6(M): Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH, sous traitement antirétroviral au cours du traitement de la tuberculose	N : Nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs au VIH, enregistrés au cours de la période de communication de l'information, qui reçoivent une thérapie antirétrovirale (qui ont commencé ou qui poursuivent une thérapie antirétrovirale initiée précédemment) D : Nombre total de patients atteints de tuberculose et séropositifs au VIH	Non applicable		Registre d'enregistrement et de traitement de la tuberculose

			enregistrés au cours de la période de rapportage			
17	Couverture	MDR TB-2(M): Nombre de cas de tuberculose, résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multi-résistante confirmés	N : Nombre de cas de tuberculose pharmaco-résistante (tuberculose résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multi-résistante) enregistrés et ayant commencé un régime thérapeutique prescrit contre la tuberculose multi-résistante au cours de la période d'évaluation D : Non applicable	Sexe (féminin, masculin) ; Âge (< 15 ; 15+) ; Cas TB/MR bactériologiquement confirmés ; cas présomptifs		Registre d'enregistrement et de traitement des cas TB/MR
18	Couverture	MDR TB-3(M): Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multirésistante qui ont commencé un traitement de deuxième intention	N : Nombre de cas de tuberculose pharmacorésistante (tuberculose résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multirésistante) enregistrés et ayant commencé un régime thérapeutique prescrit contre la tuberculose multirésistante au cours de la période d'évaluation D : Non applicable	Sexe (féminin, masculin) ; Âge (< 15 ; 15+) ; Cas TB/MR bactériologiquement confirmés ; cas présomptif		Registre d'enregistrement et de traitement des cas TB/MR
19	Couverture	M&E-1: Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	N : Nombre de CDT soumettant des rapports dans les délais et conformément aux directives nationales D : Nombre total de CDT	Non applicable		Rapport des ateliers de validation

VI. Matrice de métadonnées des indicateurs de lutte contre la Lèpre suivis par le SIS de routine

N°	Niveau de l'indicateur	Indicateur	Définition Opérationnelle : Numérateur (N)/dénominateur (D)	Méthode de calcul et niveau de désagrégation	Pertinence pour le programme et interprétation	Sources de collecte : registre, fiche de stock, canevas de rapport, DHIS2 ; ...
1	Annuelle et en chiffres absolus	Détection annuelle de nouveaux cas	Nombre de cas de lèpre diagnostiqués et notifiés comme de nouveaux cas sur une année de notification dans une zone donnée	Dénombrer tous les nouveaux cas de lèpre diagnostiqués au cours de l'année dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et exprimés en chiffres absolus en chiffres absolus	Indique l'ampleur de la charge de morbidité due à la lèpre dans une zone donnée	Les dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district/ centre de santé
2	Annuelle et exprimée comme taux par 100 000 habitants	Taux annuel de détection de nouveaux cas (pour 100 000 habitants)	Nombre de cas de lèpre enregistrés à la fin de l'année de notification pour 100 000 habitants	Dénombrer tous les nouveaux cas de lèpre enregistrés à la fin de l'année de notification et diviser par la population de la zone au milieu de l'année (Mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été signalés et multiplier par 100 000	C'est un indicateur indirect de l'incidence de la lèpre dans une zone donnée. À calculer au niveau national et infranational jusqu'à une population de 100 000 habitants	Dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district/ village/région urbaine/ centre de santé
3	Annuelle et en chiffres absolus	Prevalence	Nombre de cas de lèpre en traitement dans une zone donnée à un moment précis de l'année	Dénombrer tous les cas de lèpre diagnostiqués sous traitement au cours de l'année dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et notifier en chiffres absolus	Indique l'ampleur de la charge de morbidité de la lèpre et est utilisé pour calculer les besoins en matière de PCT	Dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district
4	Annuelle et en tant que taux pour 10 000 habitants	Prévalence (ponctuelle) de la lèpre	Nombre de cas de lèpre enregistrés sous PCT à la fin	Dénombrer tous les cas de lèpre enregistrés sous PCT à la fin de	Il s'agit d'un indicateur indirect de la prévalence ponctuelle dans une zone donnée ;	Dossiers des patients disponibles au niveau

		(pour 10 000 habitants)	de l'année de notification pour 10 000 habitants	l'année de notification et diviser par le nombre d'habitants au milieu de l'année de la zone (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été signalés et multiplier par 10 000	par conséquent, indique l'ampleur de la charge de morbidité de la lèpre. Il permet de calculer les besoins en PCT de la zone (mondial, national, état, province, district, village, zone urbaine ou centre de santé). Il n'est à calculer que pour les régions comptant une population d'au moins 10 000 habitants	national/état/province/district/village/région urbaine/centre de santé	
5	Annuelle notifiée proportion, exprimée en pourcentage	et en 2 parmi les nouveaux cas	Pourcentage des cas d'incapacité de degré 2 au moment de l'inscription pour la PCT parmi les nouveaux cas détectés au cours de l'année de notification	Pourcentage de nouveaux cas de lèpre détectés atteints d'incapacité de degré 2 au moment de l'inscription pour la PCT au cours de l'année et diviser par le nombre de nouveaux cas détectés (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et multiplier par 100 Remarque : les cas transférés, les cas qui poursuivent la PCT après avoir achevé le traitement prescrit de 6 ou 12 mois, les cas de rechute et les cas enregistrés sous la rubrique « autres » doivent être exclus de la liste des cas enregistrés pour le calcul du pourcentage de nouveaux cas	Dénombrer tous les nouveaux cas de lèpre détectés atteints d'incapacité de degré 2 au moment de l'inscription pour la PCT au cours de l'année et diviser par le nombre de nouveaux cas détectés (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et multiplier par 100	Reflète la capacité de détection de la lèpre dans une zone donnée les pourcentages élevés sont associés à des retards dans le diagnostic	Les dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district/ centre de santé

				atteints d'incapacité de degré 2 parmi les nouveaux cas			
6	Annuelle notifiée proportion, exprimée en pourcentage	et en proportion, exprimée en pourcentage	Pourcentage des cas pédiatriques parmi les nouveaux cas	Pourcentage de nouveaux cas de lèpre pédiatrique parmi les nouveaux cas détectés au cours de l'année de notification et inscrits pour la PCT	Dénombrer tous les cas de lèpre pédiatrique (de moins de 15 ans), les cas de lèpre détectés dans une zone donnée et inscrits à la PCT au cours de l'année et diviser par le nombre de nouveaux cas détectés dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et multiplier par 100	Indique la transmission de la lèpre dans une zone donnée mondial, national, état, province, district, village, zone urbaine ou centre de santé). Il s'agit d'un indicateur sensible pour mesurer les tendances de la transmission	Les dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district/ centre de santé
7	Annuelle notifiée proportion, exprimée en pourcentage	et en proportion, exprimée en pourcentage	Pourcentage des cas de lèpre multi bacillaire parmi les nouveaux cas	Pourcentage de cas de lèpre regroupés sous la catégorie de lèpre multi bacillaire lors de l'inscription pour la PCT parmi les nouveaux cas détectés au cours de l'année de notification	Dénombrer tous les cas de lèpre regroupés dans la catégorie de lèpre Multi-bacillaire au moment de l'inscription pour la PCT au cours de l'année et diviser par le nombre de nouveaux cas détectés (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et multiplier par 100	Indique l'envergure du problème de la lèpre et de sa transmission dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district, village, zone urbaine ou centre de santé). Cela illustre aussi la capacité de détection puisque de bons services de santé doivent être en mesure de détecter précocement la lèpre lorsque la plupart des cas relèvent de la lèpre pauci-bacillaire	Dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district

8	Annuelle notifiée proportion, exprimée pourcentage	et en en Pourcentage des cas de lèpre chez les femmes parmi les nouveaux cas	Pourcentage de femmes recevant un diagnostic de lèpre et inscrites à la PCT parmi les nouveaux cas détectés au cours de l'année de notification	Dénombrer tous les nouveaux cas de femmes à qui on a diagnostiqué la lèpre et qui sont inscrites à la PCT au cours de l'année et diviser par le nombre de nouveaux cas détectés (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et multiplier par 100	Indique l'envergure du problème de la lèpre parmi les femmes dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district, village, zone urbaine ou centre de santé). Cela traduit également la facilité d'accès aux services anti-lèpre pour les femmes et renseigne indirectement sur la qualité des services fournis	Les dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district/ centre de santé
9	Annuelle notifiée proportion, exprimée pourcentage	et en en Pourcentage des cas de lèpre chez les personnes nées à l'étranger parmi les nouveaux cas	Pourcentage de personnes nées à l'étranger à qui on a diagnostiqué la lèpre et qui sont inscrits à la PCT parmi le total des nouveaux cas détectés au cours de l'année de notification	Dénombrer tous les nouveaux cas de personnes nées à l'étranger à qui ont à diagnostiqué la lèpre et qui sont inscrits à la PCT au cours de l'année et diviser par le nombre de nouveaux cas détectés (mondial, national, état, province, district) là où ils ont été détectés et multiplier par 100	Indique l'ampleur de la transmission locale de la lèpre dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district, village, zone urbaine ou centre de santé). Cela traduit également la facilité d'accès aux services anti-lèpre pour les personnes nées à l'étranger et renseigne indirectement sur la qualité des services fournis	Dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district
10	Annuelle et en chiffres absolus	et en en Nombre de rechutes par an	Nombre de cas de lèpre diagnostiqués comme rechute et déclarés comme des rechutes dans une année de notification d'une zone donnée	Dénombrer tous les cas de rechute de lèpre diagnostiqués au cours de l'année dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et notifiés en chiffres absolus	Reflète la qualité de services fournis. Indique l'ampleur de la transmission de la lèpre. Si ce chiffre augmente, cela peut indiquer que des souches résistantes aux médicaments sont en circulation	Les dossiers des patients disponibles au niveau national/état/province/district/ centre de santé

10	Annuelle et notifiée en proportion, exprimée en pourcentage	et en Taux d'achèvement du traitement/de guérison des cas de lèpre multi-bacillaire	Pourcentage des cas de lèpre multi-bacillaire qui ont achevé la PCT dans les 18 mois suivant la date de début du traitement, parmi les cas inscrits pour la PCT au cours d'une année	L'achèvement du traitement/taux de guérison est calculé à partir de l'analyse de cohorte. Une cohorte est un lot ou un groupe de patients qui ont commencé la PCT au cours d'une année dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district) Dénombrer tous les cas de lèpre multi-bacillaire inscrits pour la PCT deux ans avant l'année Y comme une cohorte (Y-2 cohorte) À partir de cette cohorte Y-2, compter le nombre de cas de lèpre multi-bacillaire qui ont achevé le traitement dans les 18 mois à compter de la date de début de la PCT et multiplier par 100	Le taux d'achèvement du traitement/taux de guérison des cas de lèpre Multi-bacillaire renseigne sur le pourcentage de patients qui ont achevé leur traitement dans les délais. C'est une indication de la qualité des services fournis, supervisés et du niveau de desserte dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district, village, zone urbaine ou centre de santé). Il traduit également la facilité d'accès aux services de lutte anti-lèpre	Les dossiers des patients disponibles au centre de santé et les registres de la Lèpre disponible dans les districts
11	Annuelle et notifiée en proportion, exprimée en pourcentage	Taux d'achèvement du traitement/de guérison des cas de lèpre pauci-bacillaire	Pourcentage des cas de lèpre multi-bacillaire qui ont achevé la PCT dans les 9 mois suivant la date de début du traitement, parmi les inscrits pour la PCT au cours d'une année	L'achèvement du traitement/taux de guérison est calculé à partir de l'analyse de cohorte. Une cohorte est un lot ou un groupe de patients qui ont entamé la PCT au cours d'une année dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district)	Le taux d'achèvement du traitement/taux de guérison des cas de lèpre Pauci bacillaire renseigne sur le pourcentage de patients qui ont achevé leur traitement dans les délais. C'est une indication de la qualité des services fournis, supervisés et de la façon dont les patients sont desservis dans une zone donnée (mondial, national, état,	Les dossiers des patients disponibles au centre de santé et les registres de la lèpre disponibles dans les districts

				<p>Dénombrer tous les cas de lèpre pauci bacillaire inscrits à la PCT un an avant l'année Y comme une cohorte (Y-1 cohorte)</p> <p>À partir de cette cohorte Y-1, compter le nombre de cas de lèpre pauci bacillaire qui ont achevé le traitement dans les 9 mois à compter de la date de début de la PCT et multiplier par 100</p>	<p>province, district, village, zone urbaine ou centre de santé). Il traduit également la facilité d'accès aux services de lutte anti-lèpre et renseigne indirectement sur la qualité des services fournis</p>	
12	<p>Annuelle notifiée proportion, exprimée en pourcentage</p>	<p>et Pourcentage des contacts dépistés parmi les contacts du ménage enregistrés</p>	<p>Pourcentage des contacts du ménage dépistés parmi tous les contacts familiaux des patients enregistrés au cours de l'année</p>	<p>Dénombrer tous les contacts familiaux qui ont subi un dépistage de la lèpre au cours de l'année et diviser par les contacts familiaux enregistrés (mondial, national, état, province, district) là où les cas ont été détectés et multiplier par 100</p>	<p>Indique la couverture de détection des cas chez les contacts familiaux des patients inscrits dans une zone donnée (mondial, national, état, province, district, village, zone urbaine ou centre de santé). Plus le chiffre est élevé, mieux c'est, car les contacts sont le groupe le plus à risque de contracter la lèpre dans un pays</p>	<p>Les dossiers des patients disponibles à l'établissement de santé</p>

VII. Matrice de métadonnées des indicateurs de la Santé de la Reproduction suivis par le SIS de routine

N°	Indicateur	Définition Opérationnelle : Numérateur (N)/ dénominateur (D)		Mode de calcul	Niveau de désagrégation	Pertinence pour le programme et interprétation	Sources de collecte : registre, fiche de stock, canevas de rapport, DHIS2 ; ...
		Numérateur	Dénominateur				
1	Taux CPN1 précoce	Nombre de femmes venues en CPN1 dans les 14 SA	Nombre de femmes enceintes attendues	Nombre de femmes venues en CPN1 dans les 14 SA x 100/ Nombre de femmes enceintes attendues	FOSA	Elevée	DHIS2
2	Taux de CPN1	Nombre de femmes venues en CPN1	Nombre de femmes enceintes attendues	Nombre de femmes venues en CPN1 x 100/ Nombre de femmes enceintes attendues	FOSA	Elevée	DHIS2
3	Taux de CPN4	Nombre de femmes ayant fait 4 visites de CPN ou plus	Nombre de femmes enceintes attendues	Nombre de femmes ayant fait 4 visites de CPN ou plus x 100/ Nombre de femmes enceintes attendues	FOSA	Elevée	DHIS2
4	Taux d'accouchements dans les formations sanitaires	Nombre de femmes ayant accouché dans les formations sanitaires	Nombre d'accouchements attendus	Nombre de femmes ayant accouché dans les formations sanitaires x 100/ Nombre d'accouchements attendus	FOSA	Elevée	DHIS2
5	Taux de césariennes	Nombre de femmes ayant accouché par césarienne	Nombre d'accouchements attendus	Nombre de femmes ayant accouché par césarienne x 100/ Nombre d'accouchements attendus	FOSA	Elevée	DHIS2
6	Taux de couverture en CPON dans les 2 jours après l'accouchement	Nombre de femmes venues en CPON dans les			FOSA	Elevée	DHIS2
7	Ratio des décès maternels dans les formations sanitaires	Nombre de décès maternels	Nombre de naissances vivantes attendues	Nombre de décès maternels x 100000/ Nombre de naissances vivantes attendues	District	Elevée	DHIS2
8	Taux de décès néonataux	Nombre de nouveau-nés décédés avant 28 jours	Nombre de naissances vivantes attendues	Nombre de nouveau-nés décédés avant 28 jours x 100/ Nombre de naissances vivantes attendues	FOSA	Elevée	DHIS2
9	Taux d'adhésion de PF en PP	Nombre de femmes ayant accouché et qui sont rentrées	Nombre d'accouchements attendus	Nombre de femmes ayant accouché et qui sont rentrées avec une méthode	FOSA	Elevée	DHIS2

		avec une méthode contraceptive moderne		contraceptive moderne x 100/ Nombre d'accouchements attendus			
10	Taux d'adhésion de PF en CPoN	Nombre de femmes ayant accouché et qui reviennent pour une contraception moderne	Nombre d'accouchements attendus	Nombre de femmes ayant accouché et qui reviennent pour une contraception moderne x 100/ Nombre d'accouchements attendus	FOSA	Elevée	DHIS2
11	Couples année-protection (CAP)	((Quantité COC/13) + (Quantité COP/13) + (Quantité DMPA/4) + (Quantité DIU x 3,5) + (Quantité Implant x 3,5) + (Quantité Préservatif masculin/150) + (Quantité Préservatif féminin/150) + (Quantité Postinor/150))	Nombre de femmes en âge de procréer	((Quantité COC/13) + (Quantité COP/13) + (Quantité DMPA/4) + (Quantité DIU x 3,5) + (Quantité Implant x 3,5) + (Quantité Préservatif masculin/150) + (Quantité Préservatif féminin/150) + (Quantité Postinor/150)) x 100/ Nombre de femmes en âge de procréer	FOSA	Elevée	DHIS2

VIII. Matrice de métadonnées des indicateurs de lutte contre le VIH et les Infections sexuellement transmissibles suivis par le SIS de routine

N°	Indicateurs	Definition de l'indicateur	Mode de calcul	Mode de collecte	Fréquence de collecte /Périodicité	Source de données	Responsable de collecte
1	Pourcentage des personnes adultes vivant avec le VIH	Nombre de personnes adultes vivant avec le VIH parmi la population générale âgée de 15 et plus	Num : Nombre de personnes adultes vivant avec le VIH Den : Population générale âgée de 15 et plus	Enquête	5 ans	EDS	ISTEEBU/PNLS/IST
2	Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH	Nombre de jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH parmi la population générale âgée de 15 à 24 ans	Num : Nombre de jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH Den : Population générale âgée de 15 à 24 ans	Enquête	5 ans	EDS	ISTEEBU/PNLS/IST
3	Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH	Nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH parmi les enfants âgés de moins de 15 ans	Num : Nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH Den : les enfants âgés de moins de 15 ans	Enquête	5 ans	EDS	ISTEEBU/PNLS/IST
4	Taux de réduction des nouvelles infections VIH pédiatriques	Nombre d'enfants nés des mères VIH + dépistés VIH- à 18 mois parmi tous les enfants nés des mères VIH +	Num : Nombre d'enfants nés des mères VIH + dépistés VIH- à 18 mois Den : Nouveaux nés des mères VIH	SISR	Annuel	Rapport annuel	PNLS/IST

5	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, vivant avec le VIH	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes testés positifs pour le VIH par rapport au nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes testés pour le VIH	Num : Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes testés positifs pour le VIH Den : Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes testés pour le VIH	Enquête	5 ans	Etude PLACE	PNLS/IST
6	Pourcentage de professionnels de sexe vivant avec le VIH	Nombre de professionnels du sexe testés positifs pour le VIH par rapport au nombre de professionnels de sexe testés pour le VIH	Num : Nombre de professionnels du sexe testés positifs pour le VIH Den : Nombre de professionnels du sexe testés pour le VIH	Enquête	5 ans	Etude PLACE	PNLS/IST
7	% des poches collectées et testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C)	Nbre des poches collectées et testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C) par rapport au Nbre total des poches de Sang collectées	Num : Nbre des poches collectées et testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C) Den : Nbre total des poches de Sang collectées	Rapport	Annuel	Rapport CNTS	CNTS
8	Pourcentage de HSH qui indique avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Nombre de HSH déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client/ Nombre total de HSH de l'échantillon	Num : Nombre de HSH déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client Den : Nombre total de HSH de l'échantillon	Enquête	5 ans	Etude PLACE	PNLS/IST
9	Pourcentage de détenus qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Nombre de détenus déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client/ Nombre total de détenus de l'échantillon	Num : Nombre de détenus déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client Den : Nombre total de détenus de l'échantillon	Enquête	5 ans	IBBS	PNLS/IST
10	Pourcentage de TS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Nombre de TS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client/ Nombre total de HSH de l'échantillon	Num : Nombre de TS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client Den : Nombre total de TS de l'échantillon	Enquête	5 ans	Etude PLACE	PNLS/IST
11	Pourcentage des femmes enceintes dépistées VIH en CPN1	Le nbre des femmes enceintes dépistées en CPN1 par rapport au Nbre de grossesses attendues	Num : Nbre des femmes enceintes dépistées en CPN1 Dén : Nbre de grossesses attendues	SISR	Annuel	Rapport PNL/IST et projections Spectrum	PNLS/IST
12	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	Nombre d'enfants nés des mères VIH + dépistés VIH + pendant la période de la PTME (0 à 18 mois) parmi tous les enfants nés des mères VIH +	Num : Nombre d'enfants nés des mères VIH + dépistés VIH + pendant la période de la PTME (0 à 18 mois) Den : tous les enfants nés des mères VIH +	SISR	Annuel	Spectrum	PNLS/IST

13	Pourcentage des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intégrant l'offre des méthodes contraceptives modernes aux femmes séropositives au VIH	Nbre des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intégrant l'offre des méthodes contraceptives modernes aux femmes séropositives au VIH par rapport au Nbre total des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH	Num : Nbre des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intégrant l'offre des méthodes contraceptives modernes aux femmes séropositives au VIH Den : Nbre total des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH	SISR	Annuel	Rapport PNSR	PNLS/IST
14	% de femmes séropositives en âge de procréer ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes	Nbre de femmes séropositives en âge de procréer ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes par rapport au nbre total de femmes séropositives en âge de procréer	Num : Nbre de femmes séropositives en âge de procréer ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes Den : Nbre total de femmes séropositives en âge de procréer	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST/estimations	PNLS/IST
15	% des femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés pour le VIH	Nbre des femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés pour le VIH par rapport au Nbre total des femmes enceintes venues en CPN	Num : Nbre des femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés pour le VIH Den : Nbre total des femmes enceintes venues en CPN	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST
16	% des femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés VIH +	Nbre des femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés VIH + par rapport au nombre total des partenaires testés au VIH	Num : Nbre des femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés pour le VIH + Den : Nbre total des partenaires testés au VIH	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST
17	% d'enfants nés des mères VIH+ ayant reçu de la prophylaxie aux ARV	Nbre d'enfants nés des mères VIH+ ayant reçu de la prophylaxie aux ARV par rapport au Nbre total d'enfants nés des mères VIH+	Num : Nbre d'enfants nés des mères VIH+ ayant reçu de la prophylaxie aux ARV Den : Nbre total d'enfants nés des mères VIH+	Annuel	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST
18	% de femmes enceintes venues en CPN testées pour la syphilis selon les directives nationales	Nbre de femmes enceintes venues en CPN testées pour la syphilis selon les directives nationales par rapport au Nbre de femmes venues en CPN	Num : Nbre de femmes enceintes venues en CPN testées pour la syphilis selon les directives nationales Den : Nbre de femmes venues en CPN	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST
19	% de femmes enceintes dépistées + à la syphilis bénéficiant d'une PEC selon les directives nationales.	Nbre de femmes enceintes dépistées + à la syphilis bénéficiant d'une PEC selon les directives nationales par rapport au Nbre de femmes enceintes dépistées + à la syphilis	Num : Nbre de femmes enceintes dépistées + à la syphilis bénéficiant d'une PEC selon les directives nationales Den : Nbre de femmes enceintes dépistées + à la syphilis	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST

20	% des femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant bénéficié du suivi virologique selon les directives nationales	Nbre des femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant bénéficié du suivi virologique selon les directives nationales par rapport au Nbre des femmes enceintes VIH+ sous ARV	Num : Nbre des femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant bénéficié du suivi virologique selon les directives nationales Den : Nbre des femmes enceintes VIH+ sous ARV	Rapport PNL/IST	Annuel	Rapport PNL/IST	PNLS/IST
21	% de femmes sous PTME éligibles bénéficiant d'un appui nutritionnel.	Nbre de femmes sous PTME éligibles bénéficiant d'un appui nutritionnel par rapport au Nbre de femmes sous PTME	Num : Nbre de femmes sous PTME éligibles bénéficiant d'un appui nutritionnel Den : Nbre de femmes sous PTME	SISR	Annuel	Rapport CRB	PNLS/IST
22	% des enfants éligibles sous PTME bénéficiant d'une PEC nutritionnelle	Nbre des enfants éligibles sous PTME bénéficiant d'une PEC nutritionnelle par rapport au Nbre d'enfant Exposés suivis	Num : Nbre des enfants éligibles sous PTME bénéficiant d'une PEC nutritionnelle Den : Nbre d'enfant Exposés suivis	SISR	Annuel	Rapport CRB	PNLS/IST
23	% d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV	Nbre d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV par rapport au Nbre de PVVIH de 0-14 ans	Num : Nbre d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV Den : par rapport Nbre de PVVIH de 0-14 ans	SISR	Annuel	Rapport PNL/IST	PNLS/IST
24	% d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH dans les 2 mois	Nbre d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH dans les 2 mois par Nbre d'enfants nés des mères VIH+ attendus	Num : Nbre d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH dans les 2 mois Den : Nbre d'enfants nés des mères VIH+ attendus	SISR	Annuel	Rapport PNL/IST	PNLS/IST
25	% d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH à 18 mois	Nombre d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH à 18 mois par rapport au total des enfants nés des mères VIH +	Num : Nombre d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH à 18 mois Den : Total des enfants nés des mères VIH +	SISR	Annuel	Rapport PNL/IST	PNLS/IST
26	% des PVVIH adultes mis sous la thérapie ARV selon les directives nationales de PEC	Nbre des PVVIH adultes mis sous la thérapie ARV selon les directives nationales par rapport au Nbre total des PVVIH adultes attendus	Num : Nbre des PVVIH adultes mis sous la thérapie ARV selon les directives nationales Den : Nbre total des PVVIH adultes attendus	Estimations	Annuel	Rapport PNL/IST/estimations	PNLS/IST
27	% d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV	Nbre d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV par rapport au Nbre d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ attendus	Num : Nbre d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV Den : Nbre d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ attendus	Estimations	Annuel	Rapport PNL/IST/estimations	PNLS/IST
28	% des PVVIH sous ARV qui ont bénéficié du dosage de la charge virale	Nbre des PVVIH sous ARV qui ont bénéficié du dosage de la charge virale par rapport au Nbre des PVVIH sous ARV en besoin du dosage de la charge virale	Num : Nbre des PVVIH sous ARV qui ont bénéficié du dosage de la charge virale Den : Nbre des PVVIH sous ARV en besoin du dosage de la charge virale	SISR	Annuel	Rapport PNL/IST	PNLS/IST

29	% des PVVIH sous ARV ayant une charge virale indétectable	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont une charge virale indétectable à 12 mois (< 1000 copies/ml)	Numérateur: nombre de PVVIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont eu une charge virale indétectable à 12 mois (< 1000 copies/ml) Denominateur: nombre de PVVIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont eu une charge virale durant les 12 mois	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST
30	% des patients suivis ayant une coinfection Hépatite B/VIH qui sont traités selon les directives nationales	Nbre des patients suivis ayant une coinfection Hépatite B/VIH qui sont traités selon les directives nationales par rapport au Nbre des patients suivis ayant une coinfection Hépatite B/VIH	Num : Nbre des patients suivis ayant une coinfection Hépatite B/VIH qui sont traités selon les directives nationales Den : Nbre des patients suivis ayant une coinfection Hépatite B/VIH	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST
31	% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales	Nbre des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales par rapport au Nbre des patients séropositifs suivis souffrant des IO	Num : Nbre des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales Den : Nbre des patients séropositifs suivis souffrant des IO	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST
32	% des patientes PVVIH suivies qui sont dépistées pour le cancer du col	Nbre des patientes PVVIH suivies qui sont dépistées pour le cancer du col par rapport au Nbre des patientes PVVIH suivies	Num : Nbre des patientes PVVIH suivies qui sont dépistées pour le cancer du col Den : Nbre des patientes PVVIH suivies	SISR	Annuel	Rapport PNLS/IST	PNLS/IST
33	% des PVVIH suivies bénéficiant régulièrement du screening et du diagnostic précoce de la TB	Nbre des PVVIH suivies bénéficiant régulièrement du screening et du diagnostic précoce de la TB par rapport au Nbre de PVVIH suivis	Num : Nbre des PVVIH suivies bénéficiant régulièrement du screening et du diagnostic précoce de la TB Den : Nbre de PVVIH suivis	SISR	Annuel	Rapport PNLS	PNLS/IST
34	% des PVVIH screenées négatif bénéficiant du TPI a l'INH	Nbre des PVVIH screenées négatif bénéficiant du TPI a l'INH par rapport au nbre total des PVVIH screenées négatif	Num : Nbre des PVVIH screenées négatif bénéficiant du TPI a l'INH Den : Nbre total des PVVIH screenées négatif	SISR	Annuel	Rapport PNLS	PNLS/IST
35	% des PVVIH dénutries bénéficiant d'un appui nutritionnel	Nbre des PVVIH dénutries qui bénéficient d'un appui nutritionnel par rapport au Nbre total Nbre des PVVIH dénutries	Num : Nbre des PVVIH dénutries qui bénéficient d'un appui nutritionnel Den : Nbre total Nbre des PVVIH dénutries	SISR	Annuel	Rapport CRB	CRB/PNLS/IST
36	% des PVVIH en besoin bénéficiant de soutien psychologique, mental et social	Nbre des PVVIH en besoin bénéficiant de soutien psychologique, mental et social par rapport Nbre total des PVVIH en besoin de ce service	Num : Nbre des PVVIH en besoin bénéficiant de soutien psychologique, mental et social Den : Nbre total des PVVIH en besoin de ce service	SISR	Annuel	Rapport CRB	CRB/PNLS/IST

37	% de sites de prise en charge ne connaissent pas de rupture de stock (réactifs, ARV, médicaments contre les IO et IST)	Nbre de sites de prise en charge ne connaissent pas de rupture de stock (réactifs, ARV, médicaments contre les IO et IST) par rapport au Nbre total de sites de prise en charge	Num : Nbre de sites de prise en charge ne connaissent pas de rupture de stock (réactifs, ARV, médicaments contre les IO et IST) Den : Nbre total de sites de prise en charge	SISR	Annuel	Rapport PNLs	PNLS/IST
38	% des BDS et des structures de prise en charge disposant des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres intrants selon les normes.	Nbre des BDS et des structures de prise en charge disposant des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres intrants selon les normes par rapport au Nbre total des BDS et des structures de prise en charge	Num : Nbre des BDS et des structures de prise en charge disposant des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres intrants selon les normes Den : Nbre total des BDS et des structures de prise en charge	SISR	Annuel	Rapport d'évaluation	PNLS/IST
39	% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection juridique	Nbre des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection juridique par rapport au Nbre des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA	Num : Nbre des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection juridique Den : Nbre des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA	SISR	Annuel	Rapport CRB	CRB/PNLS/IST
40	% d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge	Nbre d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge rapport Nbre total de l'échantillon	Num : Nbre d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge Den : Nbre total de l'échantillon	Enquête	5 ans	Enquête!!!!!!!!!!	PNLS/IST

2) Présentation du document de procédures opérationnelles standards (ex : FoSa)

Direction du Système d'Informa- tion Sanitaire	Procédure	Réf. :
	Gestion de l'information sanitaire au niveau des formations sanitaires	Date d'édition : Date de révision : Version 01 Page 75 sur 86
Pour réception du document (en double exemplaire dont un est archivé pour le service)		
Nom et Prénom		
Fonction		
Date		
Signature		
Cachet de la structure		
1. But du manuel		
<p>Ce document fournit des Procédures Opérationnelles standard (POS) pour assurer une gestion appropriée de l'information sanitaire au niveau des établissements de santé.</p>		
2. La portée du manuel		
<p>Ces Procédures Opérationnelles standard sont obligatoires et doivent être appliquées par tous les employés impliqués dans la gestion de l'information sanitaire au niveau des structures sanitaires. Elles doivent être exploitées conjointement avec les autres documents du système d'information sanitaires et du système de santé :</p>		
<ul style="list-style-type: none">- Directive de prise en charge des différentes pathologies- Outils de collectes et de rapportage- Guide de remplissage- Guide d'utilisation du DHIS 2		
<p>Le gestionnaire de la formation sanitaire doit s'assurer que tous les intervenants connaissent le contenu des présentes procédures Opérationnelles Standards et ont signé et approuvé avoir lu le document.</p>		

3. DEFINITIONS

Les données : Chiffres bruts non transformés

Information : Données traitées ou analysées qui ajoutent un contexte grâce aux relations entre les données pour permettre leur interprétation et leur utilisation

Utilisateurs de données : Parties prenantes autorisées à accéder aux données et à les utiliser à des fins de suivi, d'évaluation, de recherche et de reporting

Approbation des données : L'approbation de données fait référence au processus par lequel la personne ayant l'autorité requise accepte l'exactitude et la validité des données et s'engage à soumettre des données conformément aux directives de flux de données.

Indicateur : Variable quantitative ou qualitative fournissant une mesure simple et fiable d'un aspect de la performance, de la réalisation ou de la modification d'un programme ou d'un projet

Précision : Aussi connu sous le nom de validité. Les données sont mesurées par rapport à une source référencée et trouvées correctes. Des données précises minimisent l'erreur (par exemple, erreur de transcription) jusqu'à un point négligeable

Complétude : Les données sont présentes et utilisables et représentent la liste complète des sources éligibles et pas seulement une fraction de celles-ci.

Confidentialité : Assurance que les données ne seront pas divulguées de manière inappropriée et traitées avec des niveaux de sécurité appropriés

Intégrité : Le système utilisé pour générer des données est protégé contre les biais, manipulations ou pertes délibérées

Précision : Les données sont suffisamment détaillées et sont exemptes autant que possible d'erreurs en termes de reporting inférieur et / ou supérieur

Fiabilité : Les données générées par un système d'information sont basées sur des protocoles et des procédures qui ne changent pas en fonction de leur utilisateur ou de la fréquence d'utilisation. Les données sont mesurées et collectées de manière cohérente

Opportunité : Les données et informations sont disponibles à temps pour répondre aux exigences en matière de budgétisation, de suivi, de prise de décisions et de rapports.

Point de prestation de services : Unités de rapport dans une installation, par ex. salles de consultation, services dans l'établissement

6. RESPONSABILITE ET PROCEDURES DE REMPLISSAGE DES REGISTRES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Responsable : Tout le personnel offrant des services de soins aux patients

Procédures :

- Le remplissage des registres consiste à renseigner les activités de soins menées dans les structures sanitaires ;
- Chaque prestataire de soins au niveau du CDS doit remplir le registre au cours de l'exécution de ses activités de soins ;
- Les registres du SIS sont standardisés et harmonisés. Leur révision est coordonnée par la DSNIS sur une périodicité de 3 ans;
- L'enregistrement des données sanitaires doit se faire dans des registres standards. Le nombre des registres est défini par la hiérarchie et dépend des prestations de soins assurées par la FOSA. ;
- Les prestataires doivent écrire clairement et lisiblement dans les registres.
- Vérifiez que tous les éléments de données et toutes les colonnes sont correctement remplies
- Les structures qui utilisent l'outil informatique de gestion des patients (Open Clinic ou autres) assure directement le remplissage dans le logiciel ;
- Pour le VIH, les structures avec SIDA Info assurent la saisie des données sur le suivi des PVVIH dans ce logiciel
- Les registres pleins sont classés dans un endroit sécurisé

6. RESPONSABILITE ET PROCEDURES DE COMPILATION ET SAISIE DES RAPPORTS MENSUELS DANS DHIS2

Responsable : Le chargé du SIS au niveau de la formation sanitaire.

Procédures :

- Vérifier si les dossiers et registres sont bien remplis, bien tenus et bien classés ;
- Compiler les données de tous les services du CDS dans le rapport mensuel d'activités du CDS ;
- Assurer la saisie des données dans DHIS 2 ;
- La saisie des rapports dans DHIS2 doit être terminée au plus tard le 5ème jour du mois suivant le mois sous rapportage ;
- Vérifier la complétude et la cohérence des données transmises par les différents services ;
- Faire les corrections et ajustements appropriées dans DHIS2 ;
- Assurer l'archivage des rapports mensuels d'activités et des registres remplis dans un local approprié et sécurisé ;
- S'assurer de la disponibilité permanente des formulaires et registres dans l'institution.

7. RESPONSABILITE ET PROCEDURES D'ANALYSE ET DE VALIDATION DES DONNEES DE LA FOSA

Responsable : Le responsable de la formation sanitaire (titulaire)

Procédures :

- Organiser une réunion des prestataires de soins pour analyser les données au plus tard le 9^{ème} jour du mois suivant le mois sous rapportage ;
- Participent à la réunion d'analyse des données communautaire tous les prestataires de soins, le président du GASC, le responsable du COSA et le titulaire de la FOSA ;
- Les participants à la réunion analysent la cohérence des données en faisant une triangulation des sources de données ;
- Ils vérifient s'il n'y a pas de données aberrantes et les corrigent ;
- Ils analysent les tendances des principaux indicateurs de santé en comparant les périodes et les entités de l'Aire Responsabilité entre elles (voir chapitre VI pour plus de détails) ;
- Ils identifient les mesures à prendre en fonction des différentes situations que révèlent les données ;
- Un rapport mensuel d'analyse montrant la complétude des données, les tendances des indicateurs, les données aberrantes éventuelles et les voies de correction doit être produit

8. RESPONSABILITE ET PROCEDURES D'APPROBATION DES DONNEES DANS DHIS2

Responsable : Le titulaire du CDS

Procédures :

- Les données de la FOSA sont mises à jour par le chargé du SIS de la FOSA après la réunion d'analyse et de validation des données ;
- Le titulaire approuve les données dans DHIS2 au plus tard le 10^{ème} jour du mois suivant le mois sous rapportage ;
- Après approbation des données par les structures sous sa dépendance, le district peut maintenant accéder aux données et les utiliser.

9. RESSOURCES NECESSAIRES POUR LE FONCTIONNEMENT DU SIS AU NIVEAU DES FOSA

Pour une meilleure fonctionnalité du SIS, la formation sanitaire doit disposer du matériel suivant :

- Des dossiers standards des malades et guide de remplissage ;
- Des registres standards et guide de remplissage ;
- Des canevas de rapport standards et guide de remplissage ;

ANNEXE 3 : fiche d'analyse des rapports pour la rétro information

I. Identification du rapport

Nom de la structure ayant soumis le rapport :

District :.....

Province :.....

Mois de rapportage :

II. Analyse de la complétude du rapport

Le rapport contient-il tous les éléments ? (Relever les parties non complétées)

Y-a-t-il une justification pour les parties non remplies ?

III. Analyse de la qualité des données contenues dans le rapport

Y-a-t-il des valeurs aberrantes dans le rapport :

- Relever les points qui vous semblent moins ou trop élevées par rapport à la normale
- Relever les valeurs qui vous semblent anormales (ex : transmission de données sur la 2^{ème} dose du Rota 2 alors qu'elle n'est pas encore introduite dans la vaccination de routine)
- Relevez les valeurs non concordantes alors qu'elles devaient l'être (ex : les données sur les enfants complètement vaccinés transmises à la cellule FBP devraient être égales à celles transmises à la DSNIS)

IV. Suivi épidémiologique

Relevez les données qui dénotent une évolution normale des pathologies.