



Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant



MANUEL DE NORMES ET PROCEDURES DU SOUS SYSTEME DE SUIVI EVALUATION EN SME

Draft 0

Février 2013

Table des Matières

<i>I.</i>	<i>CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....</i>	<i>4</i>
<i>II.</i>	<i>ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....</i>	<i>6</i>
<i>III.</i>	<i>MISSION ET OBJECTIFS DU SOUS-SYSTEME SUIVI EVALUATION EN SME.....</i>	<i>7</i>
<i>IV.</i>	<i>PRINCIPES DIRECTEURS DU SOUS SYSTEME SUIVI EVALUATION EN SME.....</i>	<i>8</i>
<i>V.</i>	<i>CADRE CONCEPTUEL DU SOUS SYSTEME SUIVI EVALUATION EN SME.....</i>	<i>11</i>
<i>VI.</i>	<i>DESCRIPTION DU CADRE NORMATIF.....</i>	<i>12</i>
A.	Fonctionnement du sous-système de suivi évaluation en SME	13
1.	Au Niveau Communautaire	13
1.2.	Profil du personnel.....	13
1.3.	Ressources	13
1.4.	Activités	13
1.4.1.	Collecte de données	13
1.4.2.	Outils de collecte des données.....	13
1.4.3.	Transmission des données	14
2.	Au niveau des Formations Sanitaires.....	14
2.1.	Fonctions	14
2.2.	Profil du personnel	14
2.3.	Ressources	14
2.4.	Activités	15
3.	Au niveau du bureau de la zone sanitaire	16
3.1.	Fonctions	16
3.2.	Profil du personnel	17
3.3.	Ressources.....	17
3.4.	Activités.....	17
3.4.1.	Supervision et Contrôle de la qualité des données	17
3.4.2.	Monitoring semestriel des activités des FS	21
3.4.3.	Exploitation et transmission des données.....	22
3.4.4.	Archivage	22
4.	Au niveau départemental.....	22
4.1.	Fonctions	22
4.2.	Profil du personnel	23
4.3.	Ressources.....	24
4.4.	Les activités.....	24
5.	Au niveau central	27
5.1.	Fonctions	27
5.2.	Profil du personnel	29
5.3.	Ressources.....	29
5.4.	Activités.....	30
B.	Circuit de la transmission de l'information en SME	33
C.	La Liste consensuelle des indicateurs en SME	34

Liste des Abréviations

ANV-SSP	Agence Nationale de la Vaccination et des Soins de Santé Primaires
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CPN	Consultation Prénatale
CS	Centre de Santé
DDS	Direction Départementale de la Santé
DPP	Direction de la Planification et de la Prospective
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EEZS	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
EMICoV	Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages
HZ	Hôpital de Zone
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MIILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'action
MIS	Malaria Indicator Survey
MS	Ministère de la Santé
OBC	Organisation Communautaire de Base
PF	Planification Familiale
PITA	Plan Intégré de Travail Annuel
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
RC	Relais Communautaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SGM	Secrétaire Général du Ministère
SGS	Etude de surveillance de deuxième génération
SME	Santé de la Mère et de l'Enfant
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
ZS	Zone Sanitaire

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant a toujours des difficultés pour trouver à temps réel les informations nécessaires à la prise de décision et à satisfaire les exigences de rapport des différents partenaires au financement de la santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de la Santé de la Reproduction.

Les données de routine sur la SME disponibles au niveau central sont actuellement collectées par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) qui fait partie de la Direction de la Planification et de la Prospective (DPP). Les données agrégées ne sont disponibles qu'à la publication du bulletin annuel du SNIGS, trois à 6 mois après la fin de l'année civile. De plus, les indicateurs calculés, à partir des données actuelles issues du système de routine, ne renseignent pas sur certains aspects clés de la santé maternelle et infantile, notamment les aspects relatifs au respect des normes définies pour chaque intervention. Ces indicateurs proviennent du monitoring semestriel des activités des structures sanitaires et les données ne sont généralement pas agrégées par niveau pour obtenir les indicateurs nationaux. Les réformes en cours dans ce domaine avec le monitoring couplé au LQAS en cours dans des zones pilotes du pays permettront de disposer d'une base de données qui pourrait combler cette faiblesse.

De plus, les indicateurs issus des différentes enquêtes spécifiques abordant les questions relatives à la mère et l'enfant ne sont pas systématiquement mis à la disposition de la DSME pour permettre de mesurer les différents progrès accomplis par les structures partenaires de la SME.

Les données communautaires sont collectées à travers les activités des relais communautaires dans le cadre des différents projets et programmes. Les acteurs de la santé au Bénin ont élaboré des stratégies et documents d'intégration des indicateurs communautaires dans le système national d'information sanitaire. Cependant cette intégration n'est pas encore effective. De même, les indicateurs appréciant la qualité des prestations offertes par les Relais Communautaires (RC) ne proviennent presque exclusivement du monitoring trimestriel des activités de ces derniers ; mais il n'est cependant pas encore généralisé à toutes les Zones Sanitaires (ZS) du pays.

Quant aux données relatives à l'utilisation des médicaments et des produits de la santé de reproduction, elles sont collectées au niveau des formations

sanitaires et ne sont souvent pas transmises systématiquement au niveau supérieur. Le rapport mensuel du SNIGS pour les activités de SMI ne dispose pas de la composante gestion des médicaments.

Pour permettre à la DSME et ses partenaires de disposer à temps d'information de qualité, utile et nécessaires à la gestion quotidienne et à l'amélioration continue des prestations de service de SME, il s'avère nécessaire de mettre en place un sous-système de suivi évaluation. Ce sous-système a besoin d'un manuel contenant l'ensemble des normes et procédures nécessaires aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel pour rendre fonctionnel ce sous-système.

II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système national de santé a une structure pyramidale définie selon le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- le niveau central ou national : il est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. Le niveau central est le premier responsable de la conception et de la mise en œuvre des actions découlant des politiques.
- le niveau intermédiaire ou départemental : il regroupe les Directions Départementales de la Santé (DDS) qui sont au nombre de six (6) à raison d'une par département selon l'ancien découpage territorial. Elles sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le Gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie, et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements.
- le niveau périphérique : il est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de trente quatre (34). La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires seuls, Centres de Santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone), et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants. La réorganisation en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio sanitaires de la population. Par ailleurs, des réformes profondes sont en cours au niveau communautaire afin de parvenir à une harmonisation des interventions au niveau communautaire « paquet complet ».

Le circuit de l'information sanitaire de routine respecte les trois niveaux du système de santé et s'effectue selon les procédures spécifiques décrites dans le SNIGS.

III. MISSION ET OBJECTIFS DU SOUS-SYSTEME DE SUIVI EVALUATION EN SME

Le sous-système de suivi évaluation en SME a pour mission l'obligation légale de fournir des informations nécessaires à la prise de décisions pour le renforcement et la réorientation des politiques et stratégies en SME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les délais indiqués dans les normes et standards.

A terme, le sous-système de suivi évaluation en SME doit être capable aussi d'apporter les informations nécessaires aux prises de décision pour toute action du Gouvernement, du Ministère de la Santé, des autorités médicales de tous les niveaux du système de santé et des partenaires au développement afin de :

- permettre l'élaboration des politiques et des reformes ;
- assister au développement des plans stratégiques
- faciliter la définition et le choix des priorités ;
- suivre la performance des différentes prestations,
- suivre l'amélioration de l'accès et l'utilisation des services de SME et en planification familiale
- suivre la mortalité maternelle et infantile;
- répondre aux besoins d'information sanitaire tant au niveau national qu'au niveau international ;
- suivre les intrants pour éviter les ruptures.

IV. PRINCIPES DIRECTEURS DU SOUS SYSTEME DE SUIVI EVALUATION EN SME

Pour mettre en œuvre la politique du sous-système de suivi évaluation en SME, il faut :

- valider la liste consensuelle des indicateurs SME par le niveau central ;
- rendre opérationnelles les structures d'appui au sous-système de suivi évaluation en SME ;
- décentraliser l'analyse et de la diffusion de l'information dans les départements et les zones et les départements sanitaires ;
- faire participer tous les acteurs dans l'appui au développement du sous-système de suivi évaluation en SME ;
- établir des approches et techniques d'auto-évaluation du sous-système de suivi évaluation en SME.
- utiliser les techniques modernes de l'information et de la communication.

1. Validation de la liste consensuelle des indicateurs SME par le niveau central

Un Arrêté du Ministère de la Santé (MS) ou une circulaire du Secrétaire Général du Ministère (SGM) doit établir les besoins en informations minimales, la liste consensuelle des indicateurs en SME par niveau et toutes les dispositions utiles pour que le sous-système de suivi évaluation en SME réponde à ses engagements nationaux et internationaux.

2. Opérationnalisation d'une structure d'appui au sous-système de suivi évaluation en SME

Pour faciliter sa mise en place et son développement, il faut doter le sous-système de suivi évaluation en SME d'un comité technique national regroupant tous les acteurs de la santé de la mère et de l'enfant, y compris les acteurs des projets et programmes pour lesquelles la mère et l'enfant sont aussi cibles.

3. Décentralisation de l'analyse et de la diffusion de l'information au niveau départemental et dans les zones sanitaires

Les zones sanitaires doivent posséder les capacités d'encadrement technique pour assurer une bonne collecte de données, un suivi et un contrôle de la qualité des données. Les données collectées doivent aussi bien les données actuelles de routine, mais aussi celles issues du monitoring des structures de santé et des relais communautaires. De même elles doivent surtout avoir des capacités d'exploitation et d'analyse des informations afin de permettre une utilisation de ces données et informations en SME pour l'orientation des stratégies et réformes dans leurs zones de couverture.

Au niveau départemental, les services de santé familiale, en étroite collaboration avec le service SEPS, doivent avoir les capacités pour compiler les différentes données provenant des zones sanitaires pour générer la situation du département. De même les départements doivent surtout avoir des capacités d'exploitation et d'analyse des informations afin de permettre une utilisation de ces données et informations en SME pour l'orientation des stratégies et réformes dans leurs départements de couverture

Dans toute cette initiative, ces deux niveaux doivent être appuyés techniquement par le niveau central pour une harmonisation des interventions du sous-système de suivi évaluation en SME.

4. Participation de tous les acteurs dans l'appui au développement du sous-système de suivi évaluation en SME

Tout acteur, tout partenaire impliqué dans la santé de la mère et de l'enfant aussi bien aux niveaux zone sanitaire, départemental, national qu'international intervenant dans le territoire national du Bénin a pour obligation légale de participer à la gestion du sous-système de suivi évaluation en SME.

5. Approches et techniques d'auto-évaluation du sous-système de suivi évaluation en SME

Il est essentiel, pour assurer la pérennisation du sous-système de suivi évaluation en SME, de mettre en place à chaque niveau (central, départemental et périphérique) une organisation et des méthodes d'auto-évaluation permettant de garantir la qualité de l'information.

Pour atteindre cet objectif de qualité de l'information, il est nécessaire de mettre en place un personnel qualifié avec des outils adéquats et un système

simple qui permet de collecter et de transmettre les informations selon un délai fixe et raisonnable. Ce personnel doit également contrôler l'exactitude et la pertinence des informations sanitaires.

6. Utilisation des techniques modernes et de communication de la gestion de l'information

Le sous-système de suivi évaluation en SME doit utiliser, pour son développement et son enracinement à tous les niveaux, 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 de l'information sanitaire.

De même le recours à des modules d'aide à l'analyse systématique des données doit être systématique à tous les niveaux de la production de l'information.

V. CADRE CONCEPTUEL DU SOUS SYSTEME SUIVI EVALUATION EN SME

Le Cadre conceptuel du sous-système suivi évaluation en SME est décrit ci-dessous.

Le sous-système de suivi évaluation en SME s'appuie principalement sur le sous-système de routine du SNIGS. En plus des données de routine classique, les données de monitoring semestriel des activités des formations sanitaires et celles des RC seront collectées de façon routinière pour alimenter le sous-système de suivi évaluation en SME. Ces données de routine seront complétées par les données du sous-système d'information des programmes (PNLS, PNLP, ANV-SSP) et celui d'enquêtes périodiques.

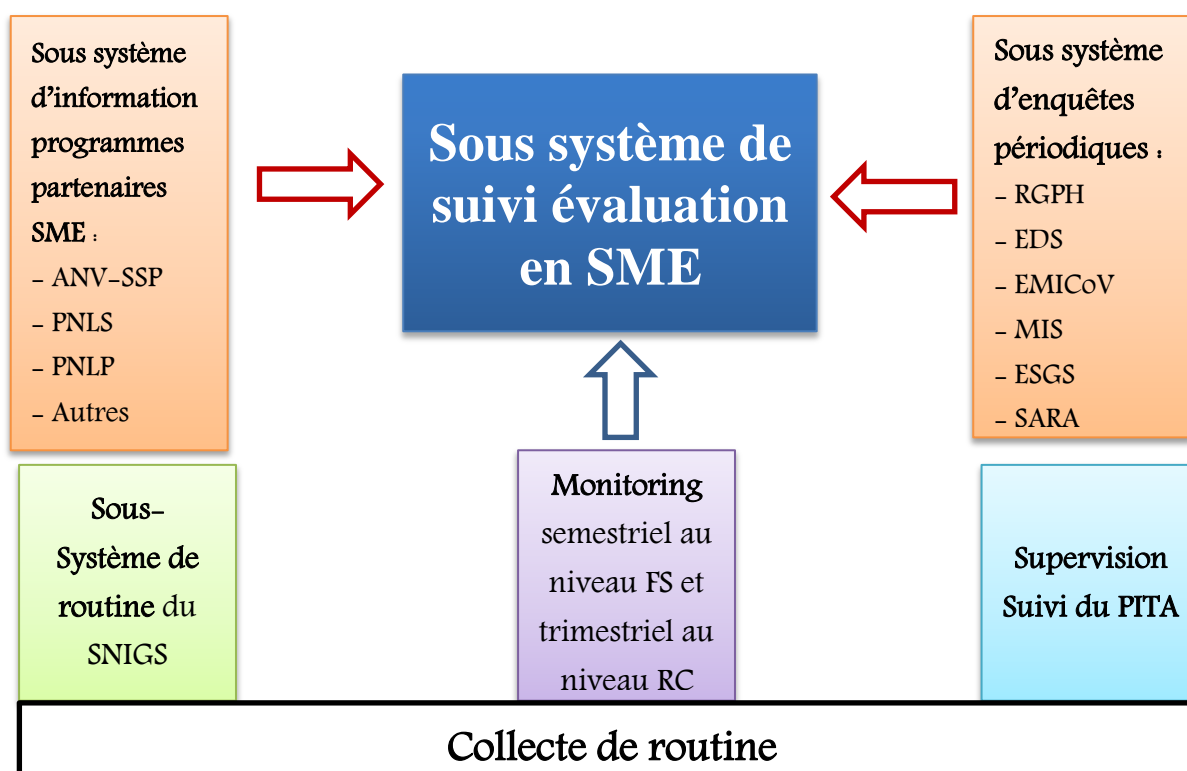


Figure 1: Cadre conceptuel du sous-système suivi évaluation en SME

VI. DESCRIPTION DU CADRE NORMATIF

Le Cadre normatif est défini comme l'outil technique réglementaire de base qui définit toutes les normes et standards du fonctionnement et de la mise en place du sous-système de suivi évaluation en SME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les rôles et les responsabilités de chaque intervenant y sont décrits selon les niveaux central, intermédiaire et périphérique. Il précise le circuit de l'information et les aspects pratiques du sous-système de suivi évaluation en SME aux trois niveaux du système de santé. Les trois aspects clés ci-après permettent de le décrire : le fonctionnement du sous-système de suivi évaluation en SME, le circuit de l'information, la liste consensuelle des indicateurs SME.

- Le fonctionnement du sous-système de suivi évaluation en SME consiste à :
 - o définir les fonctions du sous-système de suivi évaluation en SME pour chaque niveau du système de santé ;
 - o déterminer le profil du personnel du sous-système de suivi évaluation en SME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - o élaborer la liste des ressources humaines, matérielles et équipements du sous-système de suivi évaluation en SME à tous les niveaux ;
 - o indiquer les procédures minimales de respect du suivi de la qualité des données ;
- Le circuit de l'information précise les règles de transmission des données entre les formations sanitaires, les zones sanitaires, les départements et le niveau central et vice versa. Il détermine également les principes de base à respecter pour l'outil informatique de saisie et d'analyse des données mis en place à chaque niveau de la pyramide sanitaire.
- La liste consensuelle des indicateurs en SME consiste en sélection des indicateurs les plus pertinents pour les acteurs impliqués dans la SME. Elle précise, pour chaque indicateur, la définition et l'utilisation, le mode de calcul, la source, la périodicité de collecte et le niveau de mesure ainsi que la structure responsable de la collecte de données.

A. Fonctionnement du sous-système de suivi évaluation en SME

1. Au Niveau Communautaire

1.1. Fonctions

Au niveau de la communauté, les relais communautaires désignés assurent :

- la disponibilité permanente des outils de gestion en liaison avec le paquet complet ;
- l'archivage adéquat des outils de gestion utilisés ;
- le bon déroulement du monitoring trimestriel de ses activités par l'équipe de son aire de santé ;
- la transmission des données au responsable du centre de santé et aux partenaires si besoin.

1.2. Profil du personnel

Le relais communautaire doit avoir des capacités intellectuelles acceptables et une expérience dans les activités de développement avec les organisations, associations et groupements

1.3. Ressources

Le prestataire de service au niveau communautaire doit disposer des outils de gestion et des moyens logistiques appropriés pour une meilleure gestion des données.

1.4. Activités

1.4.1. Collecte de données

Les informations relatives aux services communautaires sont enregistrées dans des outils conçus pour ce niveau. Ces outils renseignent des données qui permettent de calculer des indicateurs précis.

1.4.2. Outils de collecte des données

Les réformes en cours au niveau communautaire visent une harmonisation des outils à utiliser au niveau communautaire pour l'enregistrement et la production des rapports. Ces supports serviront aussi de base pour le monitoring trimestriel des activités des RC. Ce sont :

- Les différents supports d'activités des RC validés au niveau national dans le cadre de l'offre du paquet ;
- le bon de commande et de livraison des produits de la SME;
- la fiche de référence.

1.4.3. Transmission des données

Les données issues du monitoring trimestriel des activités des RC seront transmises à la ZS par son superviseur.

Par ailleurs, les données recueillies dans les outils communautaires de collecte sont transmises au centre de santé et aux partenaires, selon le cas, lors des réunions mensuel, au plus tard le 02 du mois suivant la collecte des données.

2. Au niveau des Formations Sanitaires

2.1. Fonctions

Selon le type d'institution (CS, HZ, CHD Hôpitaux nationaux), l'enregistrement et la collecte des données sont faits par un ou plusieurs prestataires de service. La méthode d'enregistrement doit suivre les normes et les procédures en vigueur.

Dans les hôpitaux, les centres de santé et les structures privées et para publiques, une personne focale est désignée comme responsable (idéalement au niveau de la maternité). Cette personne aura la responsabilité de :

- Vérifier si les dossiers et registres sont bien remplis et bien classés ;
- S'assurer de la disponibilité permanente des formulaires et registres dans l'institution ;
- Préparer les rapports de statistiques mensuels ;
- Transmettre les rapports mensuels au bureau de la zone sanitaire.

En plus de ces fonctions, les CS ont la responsabilité de faire trimestriellement le monitoring des activités des RC de leur aire de santé et de transmettre le rapport à la ZS.

2.2. Profil du personnel

Les prestataires de soins effectuent la collecte des données à travers le dépouillement des différents registres et remplissent les outils de synthèse.

A cet titre, la personne focale doit avoir des capacités et expériences en compilation, saisie des données pour les hôpitaux et transmission des rapports au niveau de la zone sanitaire. Il est appuyé et supervisé par le Médecin Chef au niveau des communes, la responsable de la maternité ou le Chef Service dans les hôpitaux.

2.3. Ressources

Un point focal est désigné pour assurer la compilation et la transmission des données du paludisme provenant des différentes sources de collecte de données du paludisme.

La formation sanitaire doit disposer de tous les dossiers, registres et fiches de rapport en stock suffisant. Elle doit disposer des équipements et matériels suivants :

- Armoire de rangement métallique avec des classeurs ;
- Téléphone.

2.4. Activités

2.4.1. Collecte de données

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

Les Centres de santé sont appuyés par le niveau supérieur pour faire le monitoring des activités.

2.4.2. Outils de collecte des données

Les outils primaires et les outils de synthèse à utiliser pour la SME sont principalement ceux du SNIGS, complétés par les outils spécifiques mis en place dans le cadre des SONU. Ce sont :

- les registres de CPN ;
- les registres d'accouchement ;
- les registres de césariennes ;
- Les registres cartes maternelles et infantiles ;
- Les cartes PF ;
- le bon de commande et de livraison des produits SR ;
- la fiche de stock des produits;
- les registres des audits des décès maternels ;
- les outils spécifiques aux programmes et agences partenaires de la SME ;
- Le registre de décompte SMI ;
- la fiche mensuelle de rapports C6, C7, C9, C10, C11 du SNIGS.

2.4.3. Contrôle de la qualité du remplissage des outils de collecte des données

Le premier niveau de contrôle est représenté par le responsable hiérarchique direct de la structure qui transmet les données. Ainsi, les agents de santé des centres de santé d'arrondissement vérifieront la cohérence des données transmises par les Relais Communautaires. La procédure est la suivante :

- Procéder à un échantillonnage par tirage aléatoire du dixième du nombre de Relais Communautaires que compte la commune dont ils ressortent ;

- Pour chaque RC tiré, on choisira au hasard un mois dans le trimestre ;
- L'équipe de supervision fera le dépouillement des cahiers d'activités (paquet complet) et remplira la fiche mensuelle de synthèse du RC tiré pour le mois concerné.

Si une fiche mensuelle de synthèse est mal remplie pour un RC, l'équipe de supervision procédera à la reprise séance tenante du remplissage de toutes les fiches du trimestre concerné. Ensuite elle s'entretiendra avec le RC pour savoir les raisons des erreurs et y apporter des solutions.

2.4.4. Transmission et retro information des données

Les données épidémiologiques et les statistiques de services sont compilées dans les rapports mensuels sont transmises au niveau de la zone sanitaire par courrier au plus tard le 05 du mois suivant le rapport.

La retro information de la ZS se fait à travers des fiches de synthèse des complétudes et des promptitudes qui sont diffusées pendant les réunions mensuelles de coordination. Un bulletin trimestriel de retro-information produit par la DSME sera aussi utilisé.

2.4.5. Archivage des données

Deux exemplaires des différents rapports sont systématiquement remplis : un est transmis au niveau supérieur, l'autre est gardé, 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. Il en est de même de fiches de monitoring des activités des RC.

3. Au niveau du bureau de la zone sanitaire

3.1. Fonctions

Les fonctions dévolues à ce niveau sont en lien avec la gestion de la production de l'information de la zone sanitaire ainsi que la formation continue des acteurs sur les outils de la SME. Ces activités d'encadrement et de supervision doivent être intégrées dans le plan de travail de la zone.

Ainsi, il doit :

- Former et encadrer de façon continue le personnel des formations sanitaires publiques, parapubliques et privées pour que les outils soient correctement remplis ;
- Accuser réception des différents rapports d'activités provenant des FS, en inscrivant cette réception dans un registre ;

- Organiser la saisie des données transmises par les formations sanitaires publiques, parapubliques et privées;
- Participer à la validation trimestrielle des données saisies ;
- Traiter et analyser les données et les insérer dans les rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels ;
- Transmettre les rapports saisis à la DDS sur une base mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle ;
- Assurer la rétro-information au niveau de la zone.

3.2. Profil du personnel

Le Responsable du sous-système de suivi évaluation en SME à ce niveau 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. Il doit être assisté par un opérateur de saisie ayant des aptitudes en informatique. Ce profil correspond à celui d'un statisticien ou d'un épidémiologiste.

3.3. Ressources

Le bureau de la zone sanitaire doit avoir deux techniciens (statisticien ou épidémiologiste) qui travaillent essentiellement sur la gestion de l'information sanitaire. Il dispose des équipements et du matériel pour assurer la disponibilité des informations de qualité. Ces équipements et matériels sont :

- Les équipements de l'informatique et de communication:
 - Ordinateurs et accessoires ;
 - Imprimantes (laser et à jet d'encre couleur) ;
 - Photocopieuses ;
 - Internet et téléphone;
 - Véhicule ou moto ;
 - Papiers rame A3 et A4.

3.4. Activités

3.4.1. Supervision et Contrôle de la qualité des données

Le responsable de sous système de suivi évaluation en SME prendra part aux supervisions intégrées organisées par la ZS. Toutes les Formations sanitaires

doivent bénéficier des interactions personnelles lors des visites régulières des superviseurs pour leur permettre d'améliorer la qualité des informations et de résoudre les problèmes. Les équipes de supervision doivent veiller à la qualité des données de toutes les formations sanitaires (hôpital de zone, centre de santé, structures privées et parapubliques). La gestion des formations sanitaires varie selon le type, la complexité, le personnel et les activités. Ainsi ces différents aspects font qu'une politique uniforme de supervision est essentielle pour s'assurer que chaque site reçoit l'assistance, les encouragements et les orientations qu'un superviseur peut et doit offrir. Ceci se traduit par une uniformité sur les éléments essentiels de supervision des formations sanitaires. Il faut maintenir le principe de la flexibilité lors des supervisions.

Les principaux objectifs de la politique de supervision consistent à:

- Décrire le système de supervision des formations sanitaires
- Définir la régularité et la durée des visites de supervision
- Définir les activités et les composantes de la visite de supervision
- Définir les responsabilités des autorités nationales, départementales et zonales pour assurer des pratiques de supervision efficace.

a. Le système de supervision des formations sanitaires

Le système de supervision doit être en adéquation avec la politique nationale en la matière. Les superviseurs doivent appartenir aux équipes du sous-système de suivi évaluation en SME. Les liens de fonction entre le superviseur et les autres formations sanitaires d'une part, le département et la zone sanitaire d'autre part, doivent être définis.

b. Régularité des visites de supervision

Les visites de supervision des formations sanitaires doivent être faites sur la base d'une planification régulière selon les dates et les durées. Ceci permet une utilisation optimale du temps du superviseur et assure que le personnel des formations sanitaires a une opportunité adéquate d'interaction avec le superviseur. Les niveaux central, intermédiaire du sous-système de suivi évaluation en SME doivent s'assurer que:

- des visites de supervision régulière sont réalisées selon les normes : une fois par mois pour le niveau périphérique pour la première année puis une fois par trimestre les années suivantes ;

- des outils de collecte sont disponibles et utilisés au niveau des formations sanitaires ;
- des outils de contrôle de l'exactitude, de la complétude et de la promptitude sont disponibles et utilisés pour toutes les visites de supervision ;
- du personnel bien formé et compétent se trouve à toutes les FS pour assurer une bonne collecte des données ;
- des prestations de services et des soins de qualité sont offertes dans les formations sanitaires ;
- la retro-information est faite au FS et aux RC.

c. Etapes de la visite de supervision

La supervision dans le cadre du sous-système de suivi évaluation en SME est intégrée au plan de supervision de la zone sanitaire et respecte de fait toutes les étapes d'une visite de supervision telle que décrit dans le document national pour le monitoring et la supervision.

d. Responsabilités de la hiérarchie pour l'assurance d'une supervision efficace

- Les superviseurs doivent être formés par le niveau national ou départemental pour les aider à mieux comprendre, à entreprendre leurs travaux sur la base de programme continu d'apprentissage et d'amélioration de la performance surtout les questions de la SME.
- Toutes les autorités doivent assurer la logistique de supervision sur la base d'une planification approuvée pour permettre aux superviseurs de visiter régulièrement les formations sanitaires selon un calendrier fixe.
- Un certain nombre d'instruments seront préparés pour guider, faciliter et documenter le travail des superviseurs. Ces instruments seront utilisés, saisis et enregistrés sur un fichier pour documenter les activités de supervision y compris la SME et seront disponibles pour l'évaluation des résultats.
- Le Responsable au niveau de la zone sanitaire doit fournir aux responsables national et départemental les rapports mensuels des activités de supervision des formations sanitaires avec une mention spéciale pour la SME. Les responsables départementaux (SSF) ou nationaux (DSME) doivent

recevoir régulièrement les informations sur les visites de supervision. Ceci permettra un suivi particulier du Ministre de la Santé.

e. Composantes d'une supervision

La supervision des Formations sanitaires permet de renforcer le lien vital entre la gestion des services de la SME et la qualité de l'information. Dans le but de pérenniser ce lien, le superviseur a besoin d'insister sur un nombre de domaines clé pendant les visites de terrain. Ces domaines sont : i) la revue de la gestion des outils de collecte, ii) la revue de la collecte des données et des rapports, iii) la revue de la qualité des services, iv) l'impact des données sur les prises de décision, v) la résolution des problèmes, etc...

Revue de la Gestion des outils de collecte

Le superviseur doit s'assurer de la bonne utilisation des registres et des fiches, du remplissage correcte des registres, des fiches et des rapports et des graphiques, mais également de l'utilisation des données pour la planification des services de de la santé en général et de la SME en particulier ainsi que le suivi des réalisations.

Revue de la collecte des données et des rapports

Un système de collecte de données fonctionnel est essentiel pour une gestion efficace des services de santé. Le superviseur joue un rôle déterminant dans l'assurance de la conformité entre les données des registres et les rapports pour un système d'information fiable et efficace. La procédure à suivre est la suivante :

- pour chaque centre de santé visité, on choisira au hasard un mois dans le trimestre ;
- l'équipe de supervision fera le dépouillement des outils primaires remplis par le centre de santé et remplira la fiche mensuelle de synthèse du CS pour le mois concerné.

Si la fiche mensuelle de synthèse produite par le CS est mal remplie, l'équipe de supervision procédera à la reprise séance tenante du remplissage de toutes les fiches du trimestre concerné. Ensuite elle s'entretiendra avec les agents de santé pour savoir les raisons de cette erreur et y apporter des solutions.

L'équipe de supervision veillera à ce que les erreurs corrigées au niveau des Relais Communautaires et des centres de santé soient prises en compte dans

les données antérieurement saisies et traitées aux niveaux des zones sanitaires, du SEPS et du Service Statistique et Documentation (SSD) du Ministère de la Santé, ainsi que dans la base de données de la DMSE.

Revue de la Qualité des services

Le superviseur est tenu de mesurer la performance des prestations de service et de soins selon les normes et procédures définies. Cette étape est déterminante pour l'atteinte des objectifs. La réduction de la mortalité maternelle et infantile passe nécessairement par l'offre de soins et services de qualité. Ainsi le superviseur doit s'assurer du renforcement des bonnes pratiques et du respect des normes en SME.

Impact des données sur les prises de décision

A chaque visite, le superviseur doit s'assurer de la tenue régulière des réunions du comité de suivi des plans d'action. Les résultats des actions doivent être rapportés aux institutions et tout problème urgent doit être notifié. Il doit également encourager la tenue régulière des activités communautaires par les responsables des aires de santé.

Résolution des Problèmes

La résolution des problèmes liés au système d'information sanitaire, notamment ceux du sous-système de suivi évaluation en SME, constitue une part importante des activités de supervision. Le superviseur doit chercher avec le personnel des solutions aux problèmes identifiés. Certains peuvent être résolus au niveau du site et d'autres portés à l'attention de la zone sanitaire et du sous-système de suivi évaluation en SME au niveau départemental ou national. Un rapport doit être fait pour les problèmes dont les solutions sont à un niveau plus élevé. Il faut demander à la formation sanitaire d'entreprendre des actions pour le suivi. Elle sera appuyée par la zone sanitaire à ce propos

3.4.2. Monitoring semestriel des activités des FS

Les réformes actuelles du système de monitoring des activités des FS permettent de relancer cette importante activité dont dépend une bonne partie des indicateurs de qualité de la SME. Le monitoring semestriel couplé au LQAS doit être relancé et standardisé dans toutes les zones sanitaires. Ce monitoring se fera selon les normes et procédures décrites dans le document national de monitoring et de supervision. Les données issues du monitoring des FS doivent être saisies dans un logiciel spécifique.

3.4.3. Exploitation et transmission des données

L'outil informatique permet d'installer une base de données spécifique à tous les niveaux. Les deux logiciels (logiSNIGS et le logiciel des données de monitoring) doivent permettre, outre la saisie des données, une rétro-information automatisée et des modules d'aide à l'analyse. L'analyse des données est effectuée au niveau le plus périphérique. Pour cela, les formulaires d'aide à l'analyse locale sont standardisés permettant de totaliser mois après mois, les informations et de suivre leur évolution dans le temps, soit sur tableaux, soit sur graphiques dits d'analyse temporelle. L'information est utilisée localement. L'évolution dans le temps d'un même type d'information doit alerter, sensibiliser sur une modification anormale et déboucher sur une réaction dont la moindre action est de tenir informée la hiérarchie mais aussi la population, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses représentants (autorités administratives, comité de gestion de la structure sanitaire).

Une copie électronique de la base est transmise au niveau supérieur selon une périodicité spécifique. Un module créant une interface entre le logiSNIGS et le logiciel d'exploitation des données du monitoring sera aussi développé pour une exploitation harmonieuse des deux bases de données.

Ces informations sont constituées des données épidémiologiques et des statistiques de service. La zone sanitaire se chargera de l'acheminement des rapports compilés au niveau DDS au plus tard le 10 du mois suivant le rapport. L'hôpital départemental transmet également ses rapports à la même date à la DDS. La rétro information doit se faire lors des réunions de coordination regroupant l'équipe d'encadrement et les médecins chefs. Un bulletin trimestriel de rétro-information produit par la DSME sera aussi utilisé.

3.4.4. Archivage

Après la saisie des rapports dans la base de données informatique, un bulletin de rétro-information est produit automatiquement et envoyé à la formation sanitaire. La copie de ce document et la copie du rapport mensuel sont rangées dans un classeur annuel, par ordre chronologique. L'archivage se fait aussi sur les outils informatiques (disquettes, sauvegardes).

4. Au niveau départemental

4.1. Fonctions

Les fonctions dévolues à ce niveau sont en lien avec la gestion de la production de l'information du département ainsi que la formation continue

des acteurs de la ZS sur l'utilisation correcte des outils de la SME. Ces activités d'encadrement et de supervision doivent être intégrées dans le plan de travail de la direction.

Ainsi, la DDS doit :

- Former et encadrer de façon continue l'EEZS ainsi que le personnel des unités statistiques des ZS pour que les outils soient correctement remplis ;
- Accuser réception des différents rapports d'activités saisies provenant des ZS et de l'hôpital départemental;
- Importer les données de la ZS dans la base de la DDS pour actualisation;
- Procéder avec le niveau national à la validation trimestrielle des données saisies au niveau ZS;
- Traiter et analyser les données et les insérer dans les rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels ;
- Transmettre les rapports saisis à la DDP et la DSME sur une base mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle ;
- Assurer la rétro-information au niveau du département.

4.2. Profil du personnel

L'équipe du sous-système de suivi évaluation en SME de la DDS s'appuiera principalement sur le SEPS comprend :

- Un chef de service du sous-système de suivi évaluation en SME ayant une compétence en statistique et une expérience de l'encadrement, la formation, le contrôle de la qualité, l'analyse et la diffusion des données sanitaires sous forme de bulletins et d'annuaires statistiques. Le chef service santé familial en collaboration avec le chef service SEPS de la DDS.
- Un informaticien qui sera chargé de la maintenance et de la gestion de la base des données. Il doit également appuyer l'élaboration, des annuaires statistiques du département, des graphiques et des tableaux statistiques.
- 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 validation trimestrielles des données.

- Un chauffeur/messager qui sera chargé de la conduite du personnel pour la supervision, la participation aux réunions. Il assurera également la transmission des rapports, des bulletins, des annuaires et des courriers.

4.3. Ressources

Le service du sous-système de suivi évaluation en SME au niveau départemental doit être doté en :

- Budget de fonctionnement et de maintenance ;
- Locaux appropriés ;
- Equipements informatiques et communication:
 - o Ordinateurs et accessoires ;
 - o Imprimantes (laser et à jet d'encre couleur) ;
 - o Photocopieuses ;
 - o Internet et téléphone;
 - o Véhicule ou moto ;
 - o Papiers rame A3 et A4 ;
 - o Fournitures de bureau.

4.4. Les activités

Le responsable de sous système de suivi évaluation en SME prendra part aux supervisions intégrées organisées par la DDS. Toutes les zones sanitaires doivent bénéficier des interactions personnelles lors des visites régulières des superviseurs pour leur permettre d'améliorer la qualité des informations et de résoudre les problèmes. Les équipes de supervision doivent veiller à la qualité des données saisies et exportées vers le niveau supérieur.

4.4.1. Supervision et contrôle de la qualité des données

Toutes les zones sanitaires doivent bénéficier des interactions personnelles lors des visites régulières des superviseurs pour leur permettre d'améliorer la qualité des informations, 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 sous-système de suivi évaluation en SME du niveau central et zone sanitaire. Elles doivent veiller à la qualité des données de toutes les zones sanitaires.

La supervision des zones sanitaires doit s'intéresser aux domaines suivant : i) la revue de la gestion et de l'utilisation de la base des données, ii) la revue de la compétence des gestionnaires de données, iii) l'impact des données sur les prises de décision, iv) la résolution des problèmes, etc...

Revue de la Gestion et de l'utilisation de la base des données

Identifier les problèmes liés à la gestion des bases de données constitue un élément important de la visite de supervision. Les problèmes de gestion des bases de données tels que la disponibilité ou la fonctionnalité des ordinateurs, l'opérationnalité de la base de données doivent être évalués et les problèmes solutionnés. Le superviseur doit s'assurer de l'utilisation des données pour la planification stratégique des activités des services de santé et le suivi des réalisations.

Revue de la compétence des gestionnaires de données

L'application correcte des principes et techniques de la gestion des données constitue une grande importance pour s'assurer de la qualité des informations. Le superviseur doit veiller à l'utilisation de ces principes et techniques par les gestionnaires des données, au renforcement des bonnes pratiques et s'assurer de l'adhérence à ces normes. Le superviseur doit s'assurer de la formation et du recyclage des gestionnaires des données. Il doit mener de courtes sessions d'orientation durant chaque visite sur les besoins spécifiques du personnel supervisé sur les questions de SME.

A ce niveau, le contrôle de qualité des données saisies doit aussi être fait. La procédure est la suivante :

- Pour chaque ZS visitée, on choisira au hasard un mois dans le trimestre ;
- L'équipe de supervision comparera les données des fiches du mois tiré aux données saisies par l'EEZS pour le mois concerné.

En cas de discordance, l'équipe de supervision s'entretiendra avec le statisticien et l'EEZS pour savoir les raisons de cette erreur et y apporter des solutions.

L'équipe de supervision veillera à ce que les erreurs corrigées au niveau des zones sanitaires soient prises en compte dans les données antérieurement exportées par zone sanitaire.

Le calcul du taux d'erreur (B) se fera en rapportant le nombre (M) de fiches dont les données sont mal saisies au nombre total (N) de fiches contrôlées : $B = M/N$

Le seuil de validité est de 5%. Autrement dit, lorsque B est supérieur à 5%, la saisie n'est pas validée. L'équipe de supervision demandera alors aux responsables concernés de reprendre la saisie de toutes les fiches du trimestre concerné.

D'autres méthodes d'assurance de la qualité par échantillonnage (LQAS) seront aussi utilisées pour sélectionner quelques structures sanitaires. Les partenaires de la DSME seront invités à prendre part à cette évaluation. L'évaluation des structures sanitaires se fera chaque année ou à une fréquence plus élevée pour identifier les faiblesses techniques et prévoir des programmes de formation continue ainsi que la supervision, afin d'améliorer les compétences du personnel sanitaire.

Impact des données sur les prises de décision

A chaque visite, le superviseur doit s'assurer de la tenue régulière des réunions de l'EEZS. Les résultats des actions doivent être rapportés à la DDS et tout problème urgent doit être notifié.

Résolution des Problèmes

La résolution des problèmes liés au système d'information sanitaire constitue une part importante des activités de supervision. Le superviseur doit chercher avec le personnel des solutions aux problèmes identifiés. Certains peuvent être résolus au niveau du site et d'autres portés à l'attention du niveau national. Un rapport doit être fait pour les problèmes dont les solutions sont à un niveau plus élevé. Il faut demander à la zone sanitaire d'entreprendre des actions pour le suivi. Elle sera appuyée par la DDS à ce propos

4.4.2. Exploitation et Retro-information

L'outil informatique permet d'installer une base de données spécifique à tous les niveaux. Les deux logiciels (logiSNIGS et le logiciel des données de monitoring) doivent permettre, outre la saisie des données, une rétro-information automatisée et des modules d'aide à l'analyse. L'analyse des

données est effectuée en désagrégation les données par ZS et au besoin par FS. Pour cela, les formulaires d'aide à l'analyse locale sont standardisés permettant de totaliser mois après mois, les informations et de suivre leur évolution dans le temps, soit sur tableaux, soit sur graphiques dits d'analyse temporelle. L'évolution dans le temps d'un même type d'information doit alerter, sensibiliser sur une modification anormale et déboucher sur une réaction dont la moindre action est de tenir informée la hiérarchie, mais aussi la population, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses représentants.

Une copie électronique de la base est transmise au niveau supérieur selon une périodicité spécifique. Un module créant une interface entre le logiSNIGS et le logiciel d'exploitation des données du monitoring sera aussi développé pour une exploitation harmonieuse des deux bases de données.

Ces informations sont constituées des données épidémiologiques et des statistiques de service. La DDS se chargera de l'acheminement des rapports compilés au niveau de la DPP et de la DSME, service suivi évaluation au plus tard le 20 du mois suivant le rapport. L'hôpital national transmet également ses rapports à la même date au niveau national. Un bulletin trimestriel de retro-information produit par la DSME sera utilisé à cet effet.

4.4.3. Archivage de l'information

Après l'exportation des données de la ZS dans la base de données informatique de la DDS, un bulletin de rétro-information est produit automatiquement et envoyé à chaque zone sanitaire. La copie de ce document et la copie du rapport mensuel sont rangées dans un classeur annuel, par ordre chronologique. L'archivage se fait aussi sur les outils informatiques (disquettes, sauvegardes).

5. Au niveau central

5.1. Fonctions

Ce niveau a pour responsabilité de fournir à temps aux décideurs centraux (DSME, Secrétaire Général/Ministre de la Santé, partenaires) des informations et des recommandations sur les statistiques reçues en vue d'une prise de décision rapide et appropriée. Il est également responsable i) de la préparation et de la diffusion du rapport annuel des statistiques sur la santé de la mère et de l'enfant, ii) de la promotion de l'utilisation de l'information, notamment au niveau des institutions privées, parapubliques et publiques; iii) des relations avec les instances internationales en ce qui concerne les statistiques sur la SME.

Cette coordination consiste à :

- Faire le suivi du système par la généralisation de l'utilisation des instruments, l'application des procédures et le respect des normes à tous les niveaux ;
- Evaluer ce système sur une base annuelle ;
- Recevoir les rapports des directions départementales ;
- Effectuer des visites de supervision de contrôle de la qualité des données ;
- Présenter les résultats du sous-système de suivi évaluation en SME ;
- Assurer une retro-information à travers le bulletin trimestriel;
- Identifier les besoins en formation et élaborer les plans de formation ;
- Détecter les faiblesses dans toutes les étapes de fonctionnement du système et proposer le cas échéant les corrections nécessaires ;
- Assurer les réunions de coordination périodiques au niveau périphérique, intermédiaire et central pour le partage de l'information et la prise de décision.

5.2. Profil du personnel

L'équipe comprend :

- Un chef de service du sous-système de suivi évaluation en SME ayant une compétence en statistique ou en épidémiologie 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 informaticien qui sera chargé de la gestion et de la maintenance de la base des données. Il doit également appuyer l'élaboration des bulletins, des annuaires statistiques, des graphiques et des tableaux statistiques ;
- Un (01) operateur de saisie ayant des aptitudes en informatique ;
- 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 trimestrielles de validation des données avec les ZS et les DDS ;
- Un chauffeur/messenger qui sera chargé de la conduite du personnel pour la supervision, la participation aux réunions trimestrielles de validation des données. Il assurera également la transmission des rapports, des bulletins, des annuaires et des courriers.

5.3. Ressources

Une unité de M&E en SME fonctionnelle devrait avoir un espace de travail adéquat avec des équipements et un système d'archivage des dossiers essentiels, notamment :

- des équipements à type d'ordinateurs de bureau/portable avec connexion Internet;
- une unité informatique avec antivirus à jour pour la base de données et des logiciels statistiques (EPIDATA, EPI INFO, SPSS, STATA);
- d'autres équipements utiles comprenant des imprimantes, des photocopieuses, des vidéoprojecteurs, des disques externes, des clés USB, des appareils Fax...etc.
- un espace pour le stockage de la base documentaire (rapports d'activités, résultats de recherches, etc.) et des classeurs dans des étagères avec un archivage bien organisé utilisant des jeux de couleurs

pour une identification rapide. Cet archivage est essentiel car il se peut que les données ne soient pas toujours disponibles sous forme électronique.

5.4. Activités

Le responsable de sous système de suivi évaluation en SME prendra part aux supervisions intégrées organisées par la DDS. Toutes les zones sanitaires doivent bénéficier des interactions personnelles lors des visites régulières des superviseurs pour leur permettre d'améliorer la qualité des informations et de résoudre les problèmes. Les équipes de supervision doivent veiller à la qualité des données saisies et exportées vers le niveau supérieur.

5.4.1. Supervision et contrôle de la qualité des données

Tous les départements doivent bénéficier des interactions spécifiques lors des visites régulières des superviseurs du niveau national pour leur permettre d'améliorer leur performance, 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 sous-système de suivi évaluation en SME du niveau central et de la DPP. Elles doivent veiller à la qualité des données de tous les départements.

La supervision des départements doit s'intéresser aux domaines suivant : i) la revue de la gestion et de l'utilisation de la base des données, ii) la revue de la compétence des gestionnaires de données, iii) l'impact des données sur les prises de décision, iv) la résolution des problèmes, etc...

Revue de la Gestion et de l'utilisation de la base des données

Identifier les problèmes liés à la gestion des bases de données constitue un élément important de la visite de supervision. Les problèmes de gestion des bases de données tels que la disponibilité ou la fonctionnalité des ordinateurs, l'opérationnalité de la base de données doivent être évalués et les problèmes solutionnés. Le superviseur doit s'assurer de l'utilisation des données pour la planification stratégique des activités des services de santé, notamment celles de la SME et le suivi des réalisations.

Revue de la compétence des gestionnaires de données

L'application correcte des principes et techniques de la gestion des données constitue une grande importance pour s'assurer de la qualité des

informations. Le superviseur doit veiller à l'utilisation de ces principes et techniques par les gestionnaires des données, au renforcement des bonnes pratiques et s'assurer de l'adhérence à ces normes. Le superviseur doit s'assurer de la formation et du recyclage des gestionnaires des données. Il doit réaliser des mises à niveau durant chaque visite sur les besoins spécifiques du personnel supervisé sur les questions de SME.

A ce niveau, le contrôle de qualité des données saisies doit aussi être fait. La procédure est la suivante :

- Pour chaque département visitée, on choisira au hasard un mois dans le trimestre ;
- L'équipe de supervision comparera les données des reçues des ZS et compilées du mois tiré aux données que l'équipe même a compilé pour le mois concerné.

En cas de discordance, l'équipe de supervision s'entretiendra avec le statisticien, le SEPS et le SSF pour savoir les raisons de cette erreur et y apporter des solutions.

Impact des données sur les prises de décision

A chaque visite, le superviseur doit s'assurer de la tenue régulière des réunions du CODIR et vérifier si les questions relatives à la SME sont discutées. Les résultats des actions doivent être rapportés au niveau national et tout problème urgent doit être notifié.

Résolution des Problèmes

La résolution des problèmes liés au système d'information sanitaire constitue une part importante des activités de supervision. Le superviseur doit chercher avec le personnel des solutions aux problèmes identifiés. Certains peuvent être résolus au niveau du site et d'autres portés à l'attention du niveau national. Un rapport doit être fait pour les problèmes dont les solutions sont à un niveau plus élevé. Il faut demander à la zone sanitaire d'entreprendre des actions pour le suivi. Elle sera appuyée par la DDS à ce propos

5.4.2. Exploitation et Retro-information

Les deux logiciels (logiSNIGS et le logiciel des données de monitoring) doivent permettre au niveau national de faire une rétro-information automatisée grâce à des modules d'aide à l'analyse. L'analyse des données est effectuée en désagrégation les données par département et au besoin par ZS. Pour

cela, le module d'aide à l'analyse doit permettre de totaliser mois après mois, les informations et de suivre leur évolution dans le temps, soit sur tableaux, soit sur graphiques dits d'analyse temporelle.

Un module créant une interface entre le logiSNIGS et le logiciel d'exploitation des données du monitoring sera aussi développé pour une exploitation harmonieuse des deux bases de données.

En plus des données spécifiques de routine renseignée via ce système, la base de données du niveau national doit être alimentée par le sous-système des programmes partenaires de la SME et le sous-système des études périodiques. Ceci afin de compléter la base de données pour permettre au niveau de renseigner tous les indicateurs consensuels retenus en SME.

Au niveau national, le traitement des données est également informatisé. La DSME en collaboration avec le SNIGS et les structures impliquées dans la SME organisera trimestriellement des réunions pour faire l'analyse des données collectées au cours du trimestre et faire des recommandations. A cette réunion participeront les partenaires, la DNPS, l'ANV-SSP, le PNLS, le PNLP et les équipes départementales.

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

- des tableaux et graphiques, remarques ou commentaires personnalisés sur le département
- et des informations plus générales venant du niveau central.

5.4.3. Archivage de l'information

Deux systèmes d'archivage seront utilisés : l'archivage électronique et l'archivage manuel.

Les bases de données seront sécurisées et stockées sur des supports adaptés (en deux copies).

Les différents bulletins et autres rapports seront classés de façon adéquate dans des classeurs et rangés dans une armoire métallique.

B. Circuit de la transmission de l'information en SME

Le circuit de l'information s'insère dans le cadre institutionnel de suivi et évaluation défini plus bas. Le diagramme ci-dessous montre le circuit formel pour la remontée des informations et du feed-back. Les données de routine collectées au cours d'un mois par les RC seront transmises sous forme de rapport d'activités au plus tard le 02 du mois suivant aux agents de santé qui à leur tour transmettront leurs rapports aux ZS au plus tard le 05 du mois suivant. Les MCZS transmettront leur rapport au plus tard le 10 du mois suivant à la DDS. Cette dernière est chargée de transmettre ces rapports au SNIGS et la DSME au plus tard le 20 du mois suivant. La transmission des données suivront aussi ce circuit avec une périodicité ajustée.

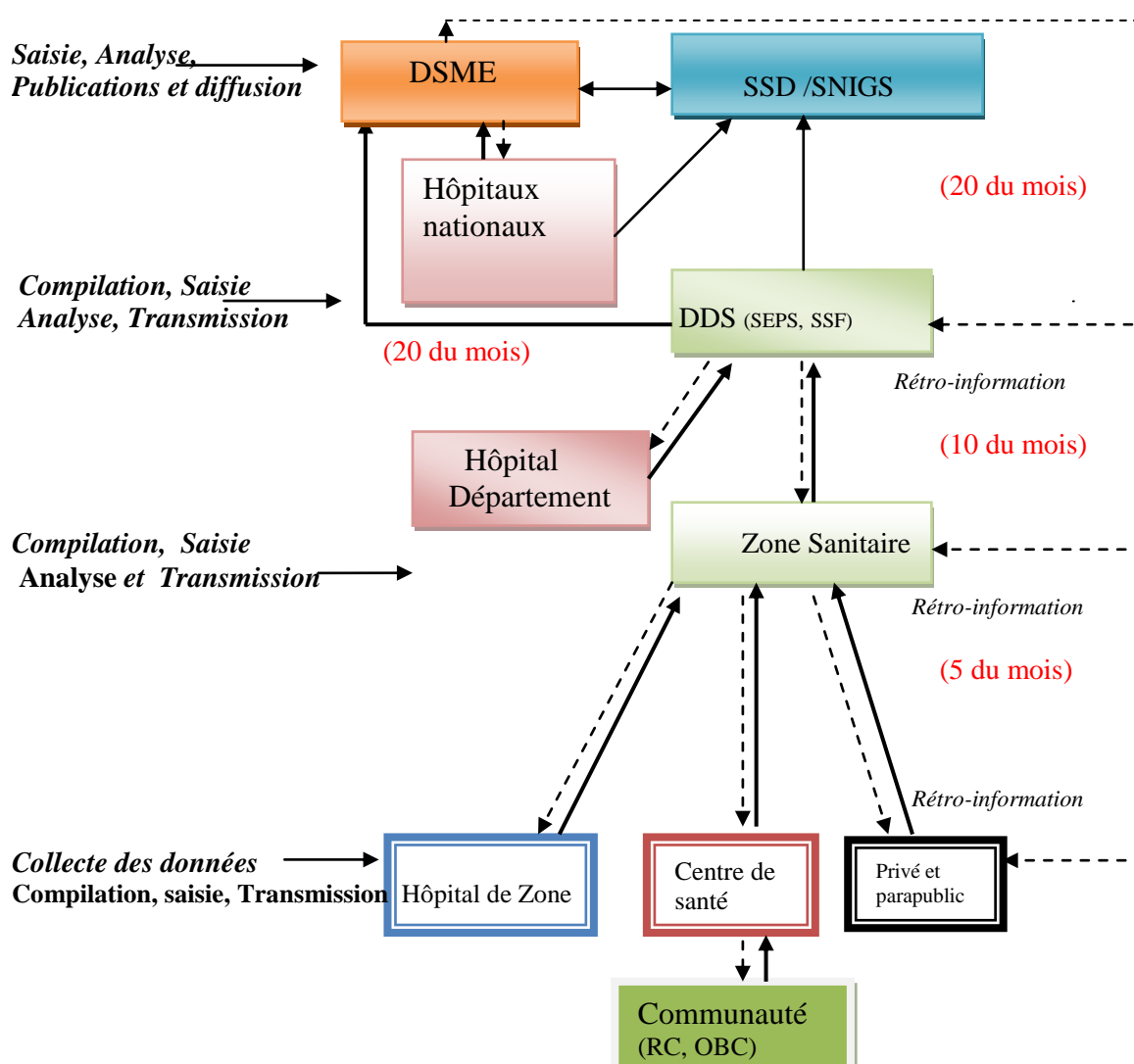


Figure 2: Circuit de l'information de la DSME

c. La Liste consensuelle des indicateurs en SME

Une liste consensuelle d'indicateurs a été adoptée avec tous les partenaires impliqués dans la SME. Ils servent à la mesure des performances et de l'impact des interventions réalisées en SME doit prendre en compte les différentes étapes du cadre programmatique, notamment les indicateurs en rapport avec :

- les intrants : ressources humaines, matérielles et financières investies ;
- le processus de mise en œuvre des activités: nombre de personnel formé, réunions organisés, supervisions réalisées, MIILD et antipaludiques distribués, TDR réalisés ;
- les résultats du programme à court, moyen et long terme : couvertures, impact des interventions.

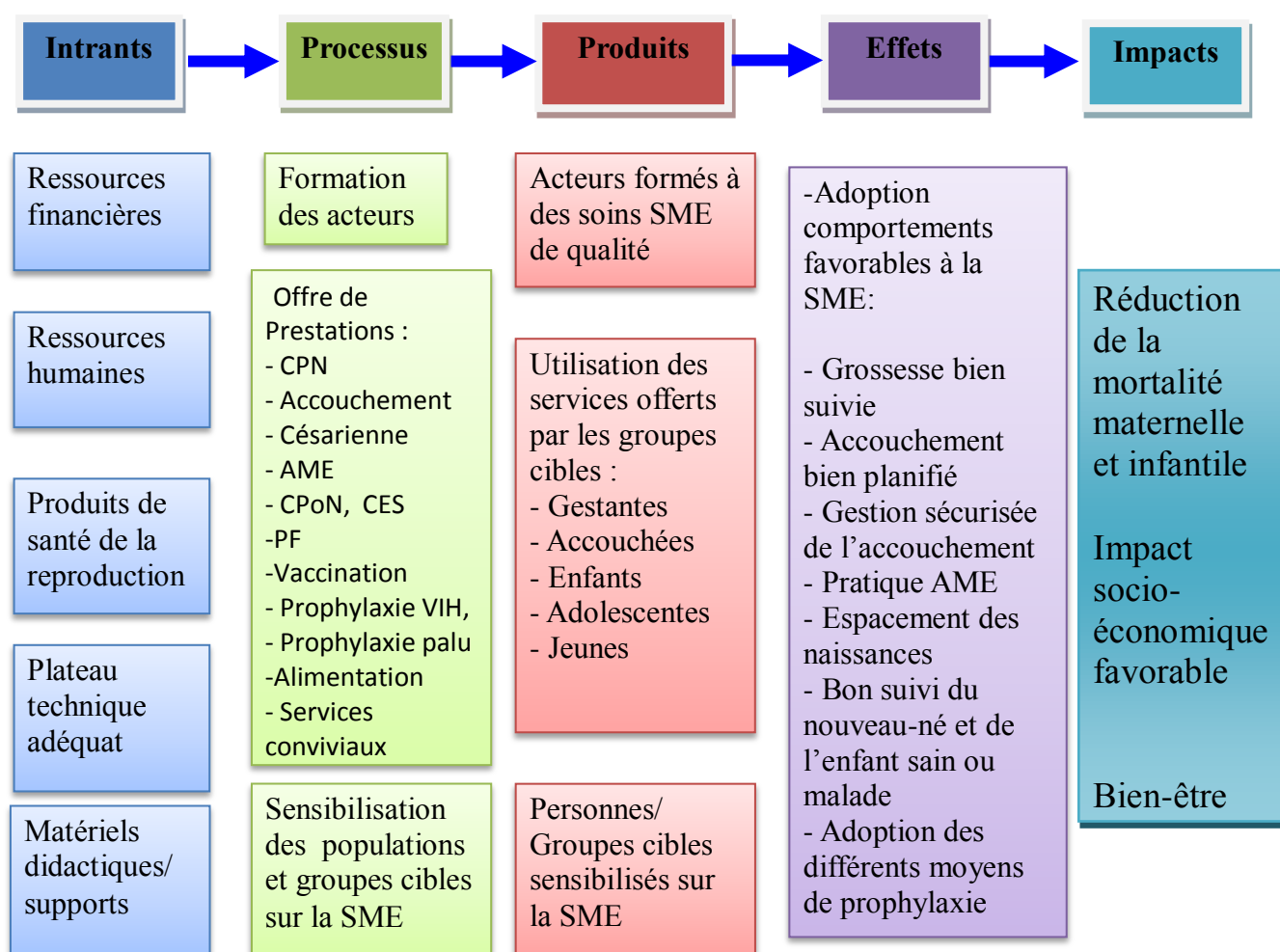


Figure 3: Cadre de résultats de suivi/évaluation pour la SME

1. MESURE DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
1.1	Proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui sont infectés par le VIH	Numérateur: Nombre de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH x 100 Dénominateur: Nombre total de jeunes âgés de 15 à 24 ans	rapports d'enquête, EDS	Tous les 2 à 5 ans	Département, Nation	Permet d'apprécier la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans
1.2	Taux de natalité chez les adolescentes	Numérateur: Nombre total des enfants nés vivants de mères adolescentes au cours de la période de référence x1000 Dénominateur: Nombre total d'adolescents	EDS, RGPH	Tous les 5 ans	Commune, ZS, Département, Nation	Permet d'apprécier la portée des naissances vivantes issues d'adolescents
1.3	Ratio de décès maternel	Numérateur : Nombre de décès maternels au cours de la période de référence X 100 000. Dénominateur : Nombre de naissances vivantes au cours de la période de référence	EDS, RGPH	Quinquennal, Décennal	ZS, Département, National	Permet d'apprécier l'impact de toutes les interventions dans le cadre de la réduction des décès maternels)
1.4	Proportion de femmes enceintes infectées par le VIH recevant une prophylaxie anti-rétro virale	Numérateur : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH bénéficiant de la prophylaxie anti-rétro virale X 100 Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes infectées par le VIH.	Registres PTME	Mensuelle, Trimestrielle	CS, ZS, Département, Nation	Permet d'apprécier l'application des directives du PTME en cours
1.5	Taux de létalité obstétricale	Numérateur : Nombre de femmes enceintes présentant des complications obstétricales et meurent après avoir été admises dans une structure sanitaire X 100 Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes présentant des complications obstétricales admises dans la même structure sanitaire.	Registres des urgences, Registres de soins	Mensuelle, trimestrielle	CS, ZS, Département, Nation	Permet d'apprécier la qualité de la PEC des urgences obstétricales

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
1.6	Proportion d'hémorragies de la délivrance survenues chez les femmes ayant accouché par voie basse à la maternité	Numérateur : Nombre de cas d'hémorragie de la délivrance survenue chez la femme accouchée par voie basse X 100 Dénominateur : Nombre total d'accouchée par voie basse dans une maternité au cours de la période.	Fiches de suivi GATPA Registre d'accouchement	Trimestrielle	Formation sanitaire, ZS	Apprécier l'efficacité des mesures préventives d'hémorragie de la délivrance (application de la GATPA)
1.7	Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance	Numérateur: Nombre d'enfants de 0 à 59 mois présentant un retard de croissance x 100 Dénominateur: Nombre total d'enfants de 0 à 59 mois de l'échantillon	Rapport EDS, rapport d'enquête	2 à 5 ans	National, Département, Zone sanitaire	Permet d'apprécier l'état nutritionnel des enfants
1.8	Taux de mortalité infantile	Numérateur: (Nombre total de décès d'enfants âgés de moins d'un an)*1000 Dénominateur: Nombre total d'enfants âgés de moins d'un an	EDS, RGPH	quinquennale, décennale	Zone sanitaire, département, nation	Permet d'apprécier l'impact des interventions en faveur de la survie de l'enfant
1.9	Taux de mortalité néonatale	Numérateur: Nombre total de décès d'enfants âgés de moins d'un mois *1000 Dénominateur: Nombre total d'enfants âgés de moins d'un mois	EDS, RGPH	quinquennale, décennale	Zone sanitaire, département, nation	Permet d'apprécier l'impact des interventions en faveur de la survie du nouveau-né
1.10	Taux de prévalence de l'Hépatite B	Numérateur: (Nombre d'enfants de 1 à 15 ans dépistés porteurs du VHB au cours de l'enquête)*100 Dénominateur: Nombre total d'enfants de 1 à 15 ans enquêtés	Rapport d'enquête	Quinquennale	Département, Nation	Permet de mesurer d'une part la propagation du VHB au sein des jeunes et d'autre part l'efficacité du PEV dans la lutte contre l'hépatite B depuis l'introduction du vaccin dans le PEV
1.11	Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives	Numérateur : Nombre d'enfants infectés par le VIH nés dans la période de référence de mères elles-mêmes infectées par le VIH	Rapport de l'Enquête spécifique sur la	Annuelle	National	Permet d'apprécier l'impact de la PTME

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
		Dénominateur : Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au cours de la période de référence	PTME			
1.12	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition aiguë (émaciation)	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë/émaciation au cours de la période de référence x 100 Dénominateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans de la période de référence	Rapport d'enquête	Annuelle, 2 à 5 ans	Village, formation sanitaire, Départemental, National	Permet d'apprécier l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans
	Pourcentage d'enfants de moins 5 ans ayant une surcharge pondérale	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant une surcharge pondérale au cours de la période de référence x 100 Dénominateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans au cours de la période de référence	Rapport d'enquête	2 à 5 ans	Départemental, National	Permet d'apprécier l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans
	Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant une anémie au cours de la période de référence x 100 Dénominateur : Nombre total des enfants de moins de 5 ans au cours de la période de référence	Rapport d'enquête	2 à 5 ans	ZS, Départemental, National	Permet d'apprécier l'état nutritionnel et les conséquences d'une infestation palustre ou d'autres maladies des enfants de moins de cinq ans
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères ayant été pris en charge et guéris	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères ayant été pris en charge et guéris au cours de la période de référence x 100 Dénominateur : Nombre des enfants de moins de 5 ans pris en charge (ou sortis) au cours de la période de référence	Rapport de Monitoring, Rapport d'enquête	Mensuelle, Semestrielle, annuelle	Village/hameau et quartier de ville, Communal, ZS, Département, National	permet de mesurer la qualité de la prise en charge de la malnutrition aigue sévère

2. INDICATEURS D'EFFET

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
2.1.	Proportion de grossesses chez les adolescentes	Numérateur: Nombre total de grossesses survenues chez les femmes âgées de 10 à 19 ans x 100 Dénominateur: nombre total des adolescentes	RGPH, EDS, EMICOV	2 à 5 ans	Département, National	Permet de mesurer l'ampleur du phénomène de grossesse dans la population des adolescentes
2.2.	Proportion des adolescents et jeunes ayant fréquenté les services conviviaux de SR	Numérateur: Nombre total des adolescents et jeunes ayant fréquenté les services conviviaux au cours de la période de référence x100 Dénominateur: nombre total des adolescents et jeunes	Statistiques des services conviviaux	Annuelle	Arrondissement, Commune, Zone sanitaire, Département, National	Permet d'apprécier l'intérêt que portent les jeunes et adolescents à utiliser les services conviviaux mis en place
2.3.	Proportion d'adolescents et jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel durant les 12 derniers mois et rapportant l'usage du préservatif lors du dernier rapport sexuel	Numérateur: Nombre total d'adolescents et jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir plus d'un partenaire sexuel durant les 12 derniers mois et ayant utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel x 100 Dénominateur: le nombre total d'adolescents et jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir plus d'un partenaire sexuel durant les 12 derniers mois	Rapport d'enquête	Tous les 2 ans	Département, National	Permet d'apprécier le degré de réduction de prise de risque chez les adolescents et jeunes en multi partenariat sexuel

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
2.4.	Proportion d'adolescents et jeunes âgés de 15-24 ans qui connaissent les voies de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejettent les rumeurs majeures sur la transmission du VIH	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et jeunes âgés de 15 à 24ans qui connaissent les voies de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejettent les rumeurs majeures sur la transmission du VIH x 100</p> <p>Dénominateur: le nombre total d'adolescents et jeunes âgés de 15 à 24 ans</p>	Rapport d'enquête CAP	biennal	Arrondissement, Commune, Zone sanitaire, Département, National	Permet d'apprécier le niveau de connaissance et de prise de conscience des jeunes sur le VIH
2.5.	Proportion des femmes ayant présenté au moins une des sept complications obstétricales majeures et prises en charge dans les 2 heures suivant l'admission dans les hôpitaux	<p>Numérateur : Nombre de femmes ayant présenté au moins une des sept complications obstétricales majeures et prises en charge dans les 2 heures suivant l'admission dans les hôpitaux X 100</p> <p>Dénominateur : Nombre total de femmes admises pour complications obstétricales majeures</p>	Cahiers d'urgences, dossiers médicaux	Trimestrielle	Services de gynécologie des hôpitaux	Permet d'apprécier la promptitude dans la PEC des urgences obstétricales
2.6.	Proportion d'urgences obstétricales qui utilisent systématiquement le système de	<p>Numérateur : Nombre d'urgences obstétricales prises en charge par le système de référence dans la zone sanitaire X 100.</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'urgences obstétricales admis</p>	Cahiers d'urgences, Fiches de référence et contre référence,	Semestrielle	Services de gynécologie des hôpitaux	Permet d'apprécier la promptitude du système de référence dans la PEC des urgences obstétricales

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
	référence de la zone sanitaire NB : système de référence à définir	dans l'hôpital	dossiers médicaux			
2.7.	Proportion des formations sanitaires qui assurent les 7 fonctions SONU de base	Numérateur : Nombre de formations sanitaires qui assurent les Sept fonctions SONU de base X 100 Dénominateur : Nombre total de formations sanitaires potentiellement SONUB	Rapport d'enquête ou de supervision	Annuelle	CS, ZS, Départements, pays	Permet d'apprécier le niveau de satisfaction des besoins en SONUB par rapport à la norme (4SONUB pour 500.000hbts)
2.8.	Proportion de formations sanitaires potentiellement SONUC qui assurent les 9 fonctions SONU complet	Numérateur : Nombre de formations sanitaires qui assurent les 9 fonctions SONU Complet X 100 Dénominateur : Nombre total de FS potentiellement SONUC	Rapport d'enquête ou de Monitoring	Semestrielle	ZS, Département, National	Permet d'apprécier le niveau de satisfaction des besoins en SONUC par rapport à la norme (1 SONUC pour 500.000hbts)
2.9.	Proportion d'accouchées par voie basse à la maternité pour qui les trois éléments de la GATPA (injection ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement, traction contrôlée	Numérateur : Nombre de femmes accouchées à la maternité par voie basse chez qui les trois éléments de la GATPA ont été appliqués x 100 Dénominateur : Nombre total de femmes accouchées par voie basse dans la maternité au cours de la période de référence	Fiches de suivi GATPA Registre d'accouchement	Trimestrielle	Formation sanitaire	Femme accouchée Cible PNDS (2018)

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
	du cordon et massage utérin) ont été appliqués					
2.10.	Couverture vaccinale en VAT2+ chez la femme enceinte	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçue au moins deux doses de vaccination antitétanique (VAT) au moins 15 jours avant l'accouchement x 100 Dénominateur : Nombre femmes enceintes attendues au cours de la période dans la formation sanitaire	Cahier ou registre de vaccination Rapport C7 Carte maternelle LogiSNIGS	Mensuelle	Formation sanitaire	Apprécier l'immunisation de la mère et du nouveau-né contre le tétanos maternel et néonatal.
2.11.	Couverture en CPN4	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales selon le rythme requis x 100 Dénominateur : Nombre de femmes enceintes attendues au cours de la période	Carte maternelle Rapport monitoring	Mensuelle, Semestrielle	Formation sanitaire	Permet de mesurer la qualité du suivi de la grossesse dans les maternités
2.12.	Couverture en CPN 1	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une consultation prénatale x 100 Dénominateur : Nombre de femmes enceintes attendues au cours de la période	Carte maternelle Rapport monitoring	Mensuelle, Semestrielle	Formation sanitaire	Permet de mesurer l'accessibilité des femmes enceintes aux maternités
2.13.	Proportion d'accouchements assistés par du	Numérateur : Nombre d'accouchements réalisés par le personnel qualifié x 100	Registre d'accouchement Rapport C6 des	Mensuelle	Formation sanitaire	Apprécier l'offre et la qualité des services

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
	personnel qualifié	Dénominateur : Nombre total d'accouchement attendu dans l'aire sanitaire au cours de la période	maternités			
2.14.	Proportion d'accouchement par césarienne	Numérateur : Nombre d'accouchements par césarienne x 100 Dénominateur : Nombre total d'accouchements enregistrés dans la structure au cours de la période	Registre du bloc opératoire Registre d'accouchement Rapport C6 des maternités	Mensuelle	Formation sanitaire	Apprécier l'utilisation de la césarienne
2.15.	Proportion de nouveaux nés chez qui au moins 80% des normes de prise en charge dans les 6 premières heures sont respectées	Numérateur : Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié d'une prise en charge respectant 80% des normes établies dans les six (6) heures qui suivent sa naissance x 100 Dénominateur : Nombre total de naissance (dans la structure au cours de la période)	Rapport d'enquête	Annuelle	Zone de dénombrement (zone sanitaire, département, Nation)	<ul style="list-style-type: none"> - Apprécier la qualité des premiers soins au nouveau-né - Prévenir la mortinatalité
2.16.	Nombre de nouvelles clientes qui ont adopté une méthode contraceptive moderne	Comptage des femmes ayant utilisé pour la première fois une méthode contraceptive moderne offerte au cours de la période de référence.	Registres de décompte journalier, cahiers de PF, fiches de rapport mensuel	Monitoring, Enquête	FS, ZS	Permet de suivre la progression de l'effectif des utilisatrices des services de PF et de faire une prévision des produits contraceptifs.
2.17.	Taux de prévalence contraceptive	Nombre de femmes en âge de procréer qui utilisent une méthode contraceptive moderne	les fiches d'enquête	Enquête ménage	zone sanitaire	fournit une mesure de la couverture de la population en

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
		au moment de l'enquête divisé par le nombre total de femme en âge de procréer dans les ménages				contraceptif moderne prenant en compte toute les sources d'approvisionnement y compris le secteur informel
2.18.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MIILD dans les ménages la veille de l'enquête x 100 Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête	Rapport d'enquête MIS, MICS, EDS	2 à 5 ans	National, Département, Zone sanitaire	Permet d'apprécier le niveau d'utilisation des MIILD dans les ménages notamment chez les enfants de moins de 5 ans
2.19.	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD dans les ménages la veille de l'enquête x 100 Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête	Rapport d'enquête MIS, MICS, EDS	2 à 5 ans	National, Département, Zone sanitaire	Permet d'apprécier le niveau d'utilisation des MIILD dans les ménages notamment chez les femmes enceintes
2.20.	Proportion (%) des enfants de 2 à 59 mois correctement traités pour la diarrhée par les RC selon les normes nationales	Numérateur : Nombre d'enfants de 2 à 59 mois souffrant de diarrhée et pris en charge par les RC selon le protocole x 100 Dénominateur : Nombre d'enfants de 2 à 59 mois souffrant de diarrhée et admis chez les RC	Rapport de monitoring	Trimestrielle	National, Département, Zone sanitaire, Communes, Arrondissement, aire sanitaire	Permet de mesurer l'efficacité dans la prise en charge des cas de diarrhée au niveau communautaire

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
2.21.	Proportion (%) des enfants de 0 à 59 mois correctement traités pour IRA selon les normes nationales dans les FS	Numérateur: Nombre d'enfants de 0 à 59 mois souffrant d'IRA et pris en charge dans les FS selon le protocole x 100 Dénominateur: Nombre d'enfants de 0 à 59 mois souffrant d'IRA admis dans les FS	Rapport d'enquête	Tous les deux ans	National, Département, Zone sanitaire	Permet de mesurer l'efficacité de la prise en charge des cas d'IRA dans les FS
2.22.	Proportion (%) des enfants de 6 à 59 mois correctement traités par les RC pour le paludisme selon les normes nationales	Numérateur: Nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de paludisme et pris en charge par les RC selon le protocole x 100 Dénominateur: Nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de paludisme et admis chez les RC	Rapport de monitoring	Trimestrielle	National, Département, Zone sanitaire, Communes, Arrondissement, aire sanitaire	Permet de mesurer l'efficacité dans la prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire
2.23.	Proportion (%) d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 h suivant l'apparition des premiers signes	Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 h suivant l'apparition des premiers signes x 100 Dénominateur: Nombre d'enfants de 0 à 59 mois souffrant de paludisme au cours des deux semaines précédant l'enquête	Rapport d'enquête	Tous les deux ans	National, Département, Zone sanitaire	Permet de mesurer l'efficacité de la prise en charge des cas de paludisme
2.24.	Proportion d'enfant ayant reçu tous les vaccins du PEV avant leur 1er	Numérateur: Nombre d'enfants cibles complètement vaccinés aux différents antigènes du PEV selon le calendrier vaccinal avant leur premier anniversaire *100	SNIGS, EDS, Monitoring, enquête de couverture	Mensuelle, Semestrielle, annuelle, quinquennale	Aire sanitaire, Zones sanitaires, Département, Nation	Permet d'apprécier l'efficacité du système vaccinal

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
	anniversaire	Dénominateur: Nombre d'enfants de 12 à 23 mois				
2.25.	Couverture vaccinale en VAR	Numérateur: (Nombre d'enfants cibles vaccinés au VAR selon le calendrier vaccinal avant leur premier anniversaire)*100 Dénominateur: Nombre d'enfants de 12 à 23 mois enquêtés	Rapport d'enquêtes, SNIGS, EDS	Mensuelle, Semestrielle, Annuelle, Quinquennale	Zone sanitaire, Département, Nation	Permet d'apprécier le niveau de protection des enfants contre la rougeole
2.26.	Proportion d'enfants nés de mères infectées par le VIH ayant bénéficié d'un test virologique dans les deux mois après la naissance	Numérateur : Nombre d'enfants nés de mères séropositives et ayant bénéficié du test virologique entre 6 à 8 semaines de vie Dénominateur : Nombre total d'enfants nés de mères séropositives et qui ont eu 2 mois au cours de la période de référence	Rapport du PNLs	Annuelle	Zone sanitaire, Départemental, National	Permet d'apprécier l'accès au diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant
2.27.	Proportion (%) des références faites par le RC pour le paludisme, la diarrhée, les IRA et la malnutrition chez les enfants de 2-59 mois qui sont justifiées (vues et	Numérateur =Nombre de cas d'enfants de 2 à 59 mois référés par le relais communautaire pour paludisme, IRA, Diarrhée ou malnutrition et dont le diagnostic a été confirmé par un agent de santé qualifié X 100 Dénominateur = Nombre total de cas référés par le RC pour paludisme, IRA, Diarrhée ou	Fiche de référence, Registre de prise en charge du RC, Rapport de monitoring des RC	Trimestrielle	village/hameau, Aire sanitaire	Permet d'apprécier la pertinence de la référence faite par le RC

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
	confirmées par un agent de santé qualifié)	malnutrition				
2.28.	Proportion (%) d'enfants de 0-6 mois qui sont nourris exclusivement au sein	Numérateur =Nombre d'enfants de 0 à 6 mois nourris exclusivement au sein au cours de la période de référence X 100 Dénominateur = Nombre total d'enfants de 0 à 6 mois au cours de la période de référence	Registre de visite à domicile, Rapport de monitoring des RC, Rapports d'enquête	Trimestrielle, Semestrielle, Annuelle, Quinquennale	Villages/hameaux/Quartiers de ville, ZS, Département, Nation	Permet d'apprécier la mise en œuvre de l'AME
2.29.	Proportion (%) de nouveau-nés qui ont été vus par un RC au moins deux fois durant leur première semaine de vie (entre le 1er et le 3e jour et entre le 3e et le 7e jour)	Numérateur =Nombre de nouveau-nés qui ont été vus par un RC au moins deux fois durant leur première semaine de vie au cours de la période de référence (entre le 1er et le 3e jour et entre le 3e et le 7e jour) X 100 Dénominateur = Nombre total de nouveau-nés de 0 à 7 jours au cours de la période de référence	Registre de visite à domicile, Rapport de monitoring des RC,	Trimestrielle	Villages/hameaux/Quartiers de ville	Permet d'apprécier si le suivi des nouveau-nés se fait au niveau communautaire
2.30.	Proportion (%) d'enfants de 6 à 59 mois suivis par le RC pour la malnutrition aigüe	Numérateur =Nombre d'enfants de 6 à 59 mois suivis par le RC pour la malnutrition aigüe au cours de la période de référence X 100 Dénominateur = Nombre total d'enfants de 6 à 59 mois dépistés pour malnutrition aigüe au cours de la période de référence	Registre de visite à domicile, Rapport de monitoring des RC	Trimestrielle	Villages/hameaux/Quartiers de ville	Permet d'apprécier la capacité du RC à suivre les enfants de 6 à 59 mois dépistés pour malnutrition aigüe

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
2.31.	Proportion (%) de ménages d'enfants de 0-59 mois ayant un dispositif de lavage des mains dans/près des latrines	Numérateur =Nombre de ménages d'enfants de 0 à 59 mois ayant un dispositif de lavage des mains dans/près des latrines au cours de la période de référence X 100 Dénominateur = Nombre total de ménages d'enfants de 0 à 59 mois à charge du RC au cours de la période de référence	Registre de visite à domicile, Rapport de monitoring des RC	Trimestrielle, annuelle	Villages/hameaux/Quartiers de ville	Permet d'apprécier l'hygiène du milieu de vie de l'enfant
2.32.	Proportion (%) des ménages d'enfants de 0-59 mois utilisant en permanence l'eau de pompe ou qui traitent l'eau à boire avec Aquatabs	Numérateur = Nombre de ménages d'enfants de 0 à 59 mois utilisant en permanence l'eau de pompe ou qui traitent l'eau à boire avec Aquatabs au cours de la période de référence X 100 Dénominateur = Nombre total de ménages d'enfants de 0 à 59 mois à charge du RC au cours de la période de référence	Registre de visite à domicile, Rapport de monitoring des RC, rapport du LQAS	Trimestrielle, annuelle	Villages/hameaux/Quartiers de ville	Permet d'apprécier la qualité de l'eau consommée dans les ménages
2.33.	% de nouveau-né de faible poids de naissance (inf 2500g)	Numérateur : Nombre total des enfants ayant un poids de naissance inférieur à 2500 grammes à la naissance au cours de la période de référence X 100 Dénominateur : Nombre total des enfants nés au cours de la période de référence	SNIGS, EDS	Mensuelle, trimestrielle, annuelle, tous les 5ans	Formation sanitaire, Commune, Zone sanitaire, Département, National	Apprécier l'ampleur du faible de poids à la naissance au sein d'une population

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
2.34.	Pourcentage de nouveau-né mis au sein dans la première heure qui suit la naissance	Numérateur: Nombre total de nouveaux nés mis au sein dans la première heure qui suit la naissance au cours de la période de référence x 100 Dénominateur: Nombre total des nouveaux nés au cours de la période de référence	Registre des naissances, carte maternelle, Annuaire statistique départemental et national, EDS	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle, tous les 5 ans	Commune, ZS, Département, National	Permet d'apprécier la mise au sein précoce des nouveaux nés
2.35.	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 24 mois nourris au sein jusqu'à 24 mois	Numérateur: Nombre total des enfants âgés de 6 à 24 mois nourris au sein jusqu'à 24 mois au cours de la période de référence x 100 Dénominateur: Nombre d'enfants âgés de 6 à 24 mois au cours de la période de référence	EDS, Rapports d'enquêtes spécifiques	Annuelle, Tous les 5 ans	Village, Arrondissement, Commune, Zone sanitaire, Département, National	Permet d'apprécier l'état nutritionnel des enfants de 6 à 24 mois
2.37.	Pourcentage des enfants de 6 à 24 mois qui reçoivent des aliments solides, semi-solides ou molles respectant les principes d'hygiène	Numérateur: Nombre d'enfants de 6 à 24 mois ayant reçu des aliments solides, semi-solides ou molles respectant les principes d'hygiène au cours de la période de référence x 100 Dénominateur: Nombre d'enfants de 6 à 24 mois au cours de période de référence	Rapports d'enquête	2 à 5 ans	Département, National	Permet d'apprécier la qualité de l'alimentation de complément des enfants de 6 à 24 mois
2.38.	Proportion d'enfants de 6-59 mois qui ont reçu deux doses de	Numérateur : Nombre d'enfants de 6-59 mois qui ont reçu deux doses de vitamine A au cours de la période de référence x 100	Base de données campagne vitamine A,	Semestrielle, Annuelle	FS, ZS, DDS, National	Permet d'apprécier le taux de couverture en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
	vitamine A par an	Dénominateur : Nombre total d'enfants de 6-59 mois au cours de la période de référence	rapport d'enquête			
2.39.	Pourcentage d'enfants de 12-59 mois déparasités au moins 2 fois par an	Numérateur : Nombre d'enfants de 12-59 mois déparasités au moins 2 fois par an au cours de la période de référence x 100 Dénominateur : Nombre total d'enfants de 12 à 59 mois au cours de la période de référence	Base de données campagne déparasitage, rapport d'enquête	Semestrielle, Annuelle	FS, ZS, DDS, National	Permet d'apprécier la proportion d'enfants protégés contre les parasites intestinales
2.40.	% d'enfants de 6-59 mois qui ont reçu deux doses de vitamine A par an	Numérateur : Nombre d'enfants de 6-59 mois qui ont reçu deux doses de vitamine A au cours de la période de référence Dénominateur : Nombre au nombre total d'enfants de 6-59 mois au cours de la période de référence	Base de données campagne vitamine A, rapport d'enquête	Semestrielle	FS,ZS, DDS, National	Permet d'apprécier le taux de couverture en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois

3. INDICATEURS DE PRODUITS

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
3.1.	Nombre de structures (services conviviaux) intervenant en SRAJ	Nombre Comptage du nombre total des services conviviaux intervenant en SRAJ	Rapport de collecte	Annuelle	Commune, Zone sanitaire, Département, Nation	Permet d'apprécier la couverture nationale en services conviviaux
3.2.	Proportion des relais communautaires délivrant des messages/ services sur la planification familiale	Numérateur : nombre de relais communautaires formés qui ont animé au moins une séance d'IEC pendant la période définie x 100 Dénominateur : nombre total de relais communautaires formés et actifs dans l'aire sanitaire	Rapports d'activité des relais, fiches de supervision des relais, rapports de supervision des relais, rapport de monitoring.	Trimestrielle	Communauté	Permet de mesurer la disponibilité de l'information sur la PF et l'exposition des cibles aux messages
3.3.	Proportion (%) des enfants de 0 à 59 mois correctement traités pour la diarrhée selon les normes nationales dans les FS	Numérateur: Nombre d'enfants de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée et pris en charge dans les FS selon le protocole x 100 Dénominateur: Nombre d'enfants de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée admis dans les FS	Rapport d'enquête	Tous les deux ans	National, Département, Zone sanitaire	Permet de mesurer l'efficacité de la prise en charge des cas de diarrhée dans les FS
3.4.	Proportion (%) des enfants de 2 à 59 mois correctement traités par les RC pour les IRA selon les normes nationales	Numérateur: Nombre d'enfants de 2 à 59 mois souffrant d'IRA et pris en charge par les RC selon le protocole x 100 Dénominateur: Nombre d'enfants de 2 à 59 mois souffrant d'IRA et admis chez les RC	Rapport de monitoring	Trimestrielle	National, Département, Zone sanitaire, Communes, Arrondissement, aire sanitaire	Permet de mesurer l'efficacité dans la prise en charge des cas d'IRA au niveau communautaire

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
3.5.	Proportion de relais communautaires formés et équipés pour la mise en œuvre du PIHI	Numérateur: Nombre de relais communautaires formés et équipés pour la mise en œuvre du PIHI x 100 Dénominateur: Nombre total de relais prévus	Rapport d'activités	Semestrielle, Annuelle	National, Département, Zone sanitaire, Commune, Arrondissement	Permet de mesurer la capacité des relais communautaires à offrir le PIHI
3.6.	Nombre de pairs éducateurs en activité	Nombre de pairs éducateurs en activité par commune	Supports de données des activités des pairs éducateurs (Rapport, planification, Fiche de stock, etc.) ; base de données sur les pairs éducateurs	Semestrielle	Communal, ZS, Département, National	Permet de connaître le nombre de pairs éducateurs (ratio= 1/30)

4. INDICATEURS DE PROCESSUS

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
5.1.	Proportion de décès maternels ayant fait l'objet d'un audit dans une formation sanitaire	Numérateur : Nombre de cas de femmes décédées des suites de la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement, et ayant fait l'objet d'audit x 100 Dénominateur : Nombre total de cas de décès de femmes (des suites de la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement)	Registre d'accouchement Rapport C6 Rapport de notification de décès Rapport d'audit	Trimestrielle	Formation sanitaire, zone sanitaire	Apprécier le fonctionnement du mécanisme d'amélioration de la qualité des services obstétricaux

5. INDICATEURS D'INTRANTS

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
5.2.	Proportion de structures de santé rapportant une rupture en ARV ou réactifs VIH essentiels pendant plus d'une semaine au cours des trois derniers mois	Numérateur : Nombre de FS qui ont eu une rupture de stock de durée supérieure à une semaine au cours des 3 derniers mois pour l'ARV et les réactifs de VIH x 100 Dénominateur : Nombre de FS offrant de services PTME	Registre PTME, Fiches de stock ARV et Réactifs VIH	Trimestrielle	ZS, DDS	Permet d'apprécier le niveau de disponibilité des intrants de PEC des Femmes Enceintes PVVIH
5.3.	Nombre de jours de rupture en ocytocine	Nombre de jours pour lesquels l'ocytocine n'a pas été disponible dans les FS.	Fiches de stock, REMECAR, base de données	Mensuelle, Trimestrielle, semestrielle.	FS et Dépôts Répartiteurs	Permet de mesurer le nombre de jours sans possibilité d'utilisation de l'ocytocine dans la

N°	Indicateurs	Définition opérationnelle	Source de données	Fréquence de rapportage	Niveau de mesure de l'indicateur	Utilité
						FS
5.4.	Nombre de jours de rupture en produits contraceptifs dans la période	Comptage du nombre de jours de rupture à partir du 1 ^{er} jour de rupture du 1 ^{er} produit entré en rupture jusqu'au dernier jour du dernier produit entré en rupture. Exemple : s'il y a rupture de condom du 10 au 15 du mois et rupture de pilule du 12 au 17 du même mois alors le nombre de jours de rupture va du 10 au 17 du mois donc 8 jours de rupture.	REMECAR (Registre Médicament, Carnet) ; Fiches de stock de médicaments, consommables et produits contraceptifs ;	Semestrielle lors du monitoring	Formations sanitaires	Permet d'apprécier la disponibilité des produits contraceptifs

