

1

Project AXxes

IMA / ECC / CRS / WVI



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



I. Introduction

Financé par l'USAID, le projet AXxes-IMA est un projet de 3 ans d'appui pour la relance des activités de soins de santé primaires dans 57 zones de santé à l'Est du pays.

3 Pour y arriver le système d'information devra avoir :

- Une liste des indicateurs à suivre avec des cibles précises
- Des sources des données bien identifiées avec des outils de collecte appropriés
- Un circuit de transfert rapide et sûr
- Des bases des données sécurisées
- Un outil d'analyse efficace rapide

AXXES SUIVI ET EVALUATION

LISTE DES INDICATEURS ET LEUR CIBLE PLUS MODE DE CALCUL

Indicators	Population Totale (8,027,086)	Annee 3
------------	-------------------------------	---------

MATERNAL CHILD	Population concernée	Cibles Année 2		Réalisation année 2		Cible Année 3	
		%	nombre	%	Nombre	%	Nombre
1. Nombre des accouchées et Nouveau nées ayant été visite endéans 3 jours.	321,083 (pop)(0.4)	60%	192,650	36%	116,198	70%	224,758
2.Taux d' utilisation CPN	321,083 (pop)(0.4)	80%	256,867	85%	273,826	90%	288,975
3. Nombre des personnels formes en Sante maternelle et du nouveau née			482	18%	88	100%	394 (482-88)
4. Taux d' accouchement assiste	321,083 (pop)(0.4)	60%	192,650	64%	204,216	70%	224,758
5. Nombre des personnels formes en santé de l'enfant et en nutrition					586		
					323		
			1,330	68%	909	100%	5700 (relais)
6. Pourcentage des accouchées ayant bénéficié de la GATPA	192,650 (assisted births)	90%	173,385	60%	116,575	100%	192,650
7. Number of newborns receiving antibiotic treatment for infection from appropriate health workers through USG-supported programs	16,054 (pop)(0.04) (.05)	90%	14,449	61%	8,759	90%	13,004
8. Nombre des nouveaux- Nés ayant bénéficié des soins essentiels	192,650 (assisted births)	80%	154,120	90%	174,414	100%	192,650
9. Nombre de cas des IRAs traites aux antibiotiques parmi les enfants de 0-59 mois	481,626 (pop)(.2)(.3)	80%	385,301	43%	205,277	80%	385,300 (449517)
10. Nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu DPT3	280145 (pop)(.0.349)	90%	252,131	86%	241,671	90%	252,131

5

Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
	Population concernée	Cibles Année 2		Réalisation année 2		Cible Année 3	
		%	nombre	%	Nombre	%	Nombre
MATERNAL CHILD							
11. Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant reçu la VIT A	1,403,526 (pop)(0.18)	90%	1,263,173	91%	1,274,150	95%	1,333,350
12. Nombre de cas des Diarrhée traites	401,354 (pop)(0.2) (0.25)	80%	321,083	37%	147,187	70%	288,974
13. Nombres des nouveaux patients	8,027,086	35%	2,809,480	28%	2,235,492	35%	2,235,492
14. Nombre des femmes enceintes ayant reçu VAT2+	321,083 (pop)(0.4)	80%	256,867	63%	203,219	90%	288,975
15. Nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu le VAR	280145 (pop)(.0.349)	90%	252,131	77%	216,673	90%	252,131
16. Nombre des enfants ayant abandonné la cohorte de la vaccination DTC.	280145 (pop)(.0.349)	10%	28,015	8%	23,233	10%	28,015

Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
	Population concernée	Cible Année 2		Population concernée		Cible Année 2	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre
FAMILY PLANNING							
1. Année Couple Protection		100%	40,000	121%	48,461	100%	60,000
2. Nombre des personnes formées en PF			456	261%	1,189		completed

6

Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
	Population concernée	Cible Année 2		Population concernée		Cible Anne 2	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre
3. Nombre de nouvelles acceptantes	1,685,688 (pop)(.21)	7%	117,998	16%	263,393	20%	337,138
4. Nombre de structure sanitaire ayant intégré la planification familiale	929 (actual # sites)	83%	775	93%	864	100%	929
5. Nombre de CS rapportant une rupture de stock de n'importe quelle méthode	929 (actual # sites)	5%	46	33%	308	5%	46

Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
	Population concernée	Cible Année 2		Population concernée		Cible Année 2	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre
1. Nombre de MII achetées et distribuée			180,000	100%	180,000	100%	180,000

Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
	Population concernée	Cible Année 2		Population concernée		Cible Année 2	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre
MALARIA							
2. Nombre des personnes formées a la prise en charge des cas de paludisme	work plan	n/a	1,330	89%	1,187	Training Completed	
3. Nombre de CS rapportant une rupture de stock de n'importe quelle méthode	n/a		n/a		n/a	<10%	<50
4. Nombre des femmes enceintes ayant reçu la deuxième dose de Fansidar	321,083	80%	256,867	47%	149,554	90%	288,974
Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
TUBERCULOSIS	Population concernée	Cible Année 2		Population concernée		Cibles Année 2	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre
1. Nombre de Nouveaux Cas Tuberculose Pulmonaire Positif dépistés	12,041 (pop)(.0015)	80%	9,633	92%	11,099	95%	11,438
1a. Nombre de Nouveaux Cas Tuberculose Pulmonaire Positif dépistés sans e (Mulongo, Mukanga, Lwamba and Kayamba)	10,325 (revised pop)(.0015)	80%	8,260	70%	7,253	80%	8,260

Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
	Population concernée	Cible Année 2		Population concernée		Cible Année 2	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre
1. Nombre des femmes enceintes consultées en CPN dans un site PTME		59040 (123K*.04*.3*40) ref CA Plan pg 14	89%	49,877	100%	67584 (140.8K*40*.04*.30)	
2. Nombre de femmes enceintes conseillées pour le test VIH		59040 (above)	63%	30,236	100%	67,584	
3. Nombre de femmes enceintes conseillées et testées pour VIH		44000 (123K*.04*.3*.75*40 HZ)	47%	20,637	100%	50,688 (140.8K*.04*.3*.75*40HZ)	
4. Nombre de femmes enceintes conseillées, testées pour le HIV et chez qui on a annoncé le résultat.		44000 (above)	17%	7,607	100%	50,688	
5. Nombre de femmes enceintes testées positivement		1100*	27%	296		811 (50688*.016*)	
6. Nombre de femmes enceintes testées positivement qui reçoivent leur résultat.		1100 (above)	23%	256		811 (50688*.016*)	
7. Nombre des personnes formées en PTME		360 (work plan)	83%	299	100%	96 (work plan)	
8. Nombre de ZS ayant intégré la PTME.		40	100%	40		40	
9. Nombre de structure sanitaire ayant intégré la PTME.		120	78%	93	100%	129 Cumulative	

Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
	Population concernée	Cible Année 2		Population concernée		Cible Année 2	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre
10. Nombre de femmes enceintes mises sous prophylaxie aux ARV		1000*	14%	143	100%	811 (1.6% of 50688)	
11. Nombre de Nouveau-nés qui recevra une prophylaxie aux ARV		950	15%	142	100%	770 (50688*.016*.95)	
12. Nombre de partenaires des femmes enceintes identifiées positive qui ont été conseillés, testés et à qui on a annoncé le résultat.		500	103%	516	100%	406 (50% of 811)	
13. Nombre de partenaires des femmes enceintes qui ont été conseillés, testés et à qui on a annoncé le résultat				new indicator	100%	10138 (20% of 50688) text says 50%	
14. Nombre de femmes enceintes mises sous CTX et MVI.		1000*	7%	70	100%	811 (100% of HIV+ pregnant women)	
15. Nombre de Nouveau-nés sous CTX et MV		950	0%	0***	100%	770 (100% surviving babies)	
16. Nombre des enfants exposés testés à 18 mois d'âge		950	0%	3	?	?	
17. Nombre des nouveaux nés des mères VIH + transféré		20	0%	0		16 (< 2% of 770)	
18. Nombre des adultes identifiées comme VIH + transféré		75	12%	9		61 (5% of 811+406)	
19. Nombre des enfants identifiées comme		45	7%	3		16	

10 →

Indicators	Population Totale (8,027,086)					Année 3	
	Population concernée	Cible Année 2		Population concernée		Cible Année 2	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre
PMTCT							
VIH + transféré							

AXXES SUIVI ET EVALUATION

DEFINITION DES INDICATEURS

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE
INDICATEUR
Nombre des accouchées / nouveaux nées Visites dans les 3 jours du post partum
DEFINITION:
Nombre des accouchées/ nouveaux nées visites dans les 3 jours du post partum dans les maternités. (Les accouchements en dehors des structures ne sont pas encouragés dans la politique nationale.
NUMERATEUR

Nombre total des accouchées / nouveaux nées ayant été Visites dans les 3 jours du post partum dans le mois	
DENOMINATEUR	
Nombre des Accouchements attendus Mensuelle ((Population générale * 4%)/12)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS la ou l'indicateur est intégré ou outils spécifique du projet la ou ce n'est encore intégré	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS avec Maternité et HGR, BCZ
CALCUL	Pourcentage des visites endéans trois jours du post partum
CATEGORISER PAR	

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre des Nouvelles inscrites a la CPN	
DEFINITION:	
Nombre des accouchées / nouveaux nées ayant été Visites dans les 3 jours du post partum dans le mois	
NUMERATEUR	
Nombre des femmes enceintes qui se sont présentes pour une première fois a la CPN durant le mois	
DENOMINATEUR	
Nombre de grossesses attendus Mensuelle ((Population générale * 4%)/12)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS la ou l'indicateur est intégré ou outils spécifique du projet la ou ce n'est encore intégré	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS avec Maternité et HGR, BCZ
CALCUL	Taux d'utilisation de la CPN
CATEGORISER PAR	Aucun

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre des personnes formées en sante de la mère et du nouveau-né	
DEFINITION:	
Nombre des personnels de sante formées en sante de la mère et du nouveau-né	
NUMERATEUR	
Nombre des personnes ayant participe a la formation	

DENOMINATEUR	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Rapport de formation	
PERIODICITE	Trimestrielle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ, COORDINATION, POINT FOCAL, PM
CALCUL	Nombre total des personnes formées
CATEGORISER PAR	Par Sexe, par ZS et par catégorie d'agent

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre des accouchements assistés par un personnel qualifié	
DEFINITION:	
Nombre des accouchées / nouveaux nés ayant été Visites dans les 3 jours du post partum dans le mois	
NUMERATEUR	
Nombre total des femmes qui ont accouché dans une maternité reconnue de la ZS au cours du mois	
DENOMINATEUR	
Nombre des Accouchements attendus Mensuellement ((Population générale * 4%)/12)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS la ou l'indicateur est intégré ou outils spécifique du projet la ou ce n'est encore intégré	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS avec Maternité et HGR, BCZ
CALCUL	Taux d'accouchement assisté
CATEGORISER PAR	Aucun

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre des personnes formées en santé de l'enfant et nutrition	
DEFINITION:	
Nombre des personnes formées en santé de l'enfant et nutrition	
NUMERATEUR	
Nombre des personnes ayant participé à la formation	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Rapport de formation	
PERIODICITE	Trimestrielle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ, COORDINATION, POINT FOCAL, PM

CALCUL	Nombre total des personnes formées
CATEGORISER PAR	Par Sexe, par ZS et par catégorie d'agent

13

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre des accouchées ayant bénéficié de la GATPA	
DEFINITION:	
Nombre des accouchées ayant de la gestion active de la troisième part de l'accouchement (Injection de l'ocytocine, traction contrôlée du cordon et du massage utérin)	
NUMERATEUR	
Nombre des accouchées ayant bénéficié de la GATPA dans les maternités durant le mois	
DENOMINATEUR	
Nombre des Accouchements attendus Mensuellement ((Population générale * 4%)/12)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS la ou l'indicateur est intégré ou outils spécifique du projet la ou ce n'est encore intégré	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS avec Maternité et HGR, BCZ
CALCUL	Pourcentage des accouchées ayant bénéficié de la GATPA
CATEGORISER PAR	Aucun

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre des nouveaux- Nés ayant bénéficié des soins essentiels	
DEFINITION:	
Nombre des nouveaux- Nés dans nos maternités ayant bénéficiés immédiatement après l'accouchement des soins essentiels (Protection thermique, soins correct du cordon et allaitement exclusif précoce)	
NUMERATEUR	
Nombre total des nouveaux- Nés ayant bénéficié des soins essentiels	
DENOMINATEUR	
Nombre des nouveaux- Nés attendus Mensuellement ((Population générale * 4%)/12)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS la ou l'indicateur est intégré ou outils spécifique du projet la ou ce n'est encore intégré	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS avec Maternité et HGR, BCZ
CALCUL	Pourcentage des nouveau-nés ayant bénéficié des SEN
CATEGORISER PAR	Aucun

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre de cas des IRAs traites aux antibiotiques parmi les enfants de 0-59 mois	
DEFINITION:	
Nombre des cas des Infections respiratoire aigues parmi les enfants de 0-59 mois traites avec les Anti-Biotique dans les structures sanitaires ou les sites de soins	
NUMERATEUR	
Nombre des cas traites.	
DENOMINATEUR	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et Rapport des sites de soins	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS, Sites de soins et HGR, BCZ
CALCUL	Nombre total des cas traites
CATEGORISER PAR	Aucun

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre de cas des Diarrhée traites	
DEFINITION:	
Nombre des cas des diarrhées parmi les enfants de 0-59 mois traites avec : a) SRO b) Zinc	
NUMERATEUR	
Nombre des cas traites.	
DENOMINATEUR	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et Rapport des sites de soins	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS, Sites de soins et HGR, BCZ
CALCUL	Nombre total des cas traites
CATEGORISER PAR	Aucun

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

INDICATEUR :

Nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu DPT3

DEFINITION:

Nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu DPT3 durant le mois

NUMERATEUR

Nombre d' enfants

DENOMINATEUR

Nombre d'enfants attendus Mensuellement ((Population générale * 3,49%)/12)

METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

SNIS

PERIODICITE

Mensuelle

INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE

CS et BCZ

CALCUL

Taux de couvertures DPT 3

CATEGORISER PAR

Aucun

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

INDICATEUR :

Nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu le VAR

DEFINITION:

Nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu le VAR durant le mois

NUMERATEUR

Nombre d' enfants

DENOMINATEUR

Nombre d'enfants attendus Mensuellement ((Population générale * 3,49%)/12)

METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

SNIS

PERIODICITE

Mensuelle

INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE

CS et BCZ

CALCUL

Taux de couverture en VAR

CATEGORISER PAR

Aucun

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

INDICATEUR :	
Nombre des enfants ayant abandonné la cohorte de la vaccination DTC.	
DEFINITION:	
Nombre des enfants ayant reçu le DTC1 mais n'ayant pas reçu le DTC 3	
NUMERATEUR	
Nombre des enfants ayant reçu le DTC1 moins ceux ayant le DTC 3	
DENOMINATEUR	
Nombre des enfants ayant reçu le DTC1	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Base des données	
PERIODICITE	Trimestiel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	
CALCUL	Taux d'abandon DTC 1- DTC 3
CATEGORISER PAR	

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant reçu la VIT A	
DEFINITION:	
Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant reçu la VIT A durant la campagne	
NUMERATEUR	
Nombre d' enfants	
DENOMINATEUR	
Nombre d'enfants attendus (Population générale * 20%)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et Rapport de Campagne	
PERIODICITE	Semestrielle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS et BCZ
CALCUL	Pourcentage d'enfant ayant reçu le VIT A
CATEGORISER PAR	Aucun

ACCES AUX SOINS	
INDICATEUR :	
Nombres des nouveaux patients	
DEFINITION:	
Nombre de NOUVEAUX PATIENTS qui se sont présentés durant le mois à la consultation curative d'un CS ou à l' HGR	
NUMERATEUR	

Nombre de NOUVEAUX PATIENTS	
DENOMINATEUR	
1/ Nombre de patient attendus Mensuellement (Population générale)/12(sous condition d'une crise en moyenne par personne par an.	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS avec Maternité et HGR
CALCUL	Taux d'utilisation de service curatif
CATEGORISER PAR	Aucun

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	
INDICATEUR :	
Nombre des femmes enceintes ayant reçu VAT2+	
DEFINITION:	
Nombre des femmes enceintes qui lors de leur première visite CPN pour la grossesse en cours ont été identifiées comme complètement vaccinées (5 doses VAT déjà reçues); ou qui lors de leur première visite ont reçu une 3e, 4e ou 5e dose selon le calendrier vaccinal; ou qui lors de leur deuxième visite CPN ont reçu le 2e dose VAT	
NUMERATEUR	
Nombre des femmes enceintes ayant reçu VAT 2 +	
DENOMINATEUR	
Nombre de femmes enceintes attendus Mensuellement ((Population générale * 4%)/12)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS la ou l'indicateur est intégré ou outils spécifique du projet la ou ce n'est encore intégré	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS avec Maternité et HGR, BCZ
CALCUL	Taux de couverture en VAT 2+
CATEGORISER PAR	

PLANIFICATION FAMILIALE	
INDICATEUR :	
Annee Couple Protection	
DEFINITION:	
Estimation de protection contre la grossesse due aux méthodes de la planification familiale durant une période d'une année. ACP est calculée en multipliant les quantités des méthodes distribuées aux clientes par un facteur de conversion qui détermine la durée de la protection conférée par une unité de la méthode reçue. La somme des ACP due aux différentes méthodes donne ACP totale distribuée.	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS et HGR
CALCUL	Somme
CATEGORISER PAR	

PLANIFICATION FAMILIALE	
INDICATEUR :	
Nombre des personnes formées en PF	
DEFINITION:	
Nombre des personnels de sante formées en PF	
NUMERATEUR	
Nombre des personnes ayant participe a la formation	
DENOMINATEUR	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	

Rapport de formation	
PERIODICITE	Trimestriel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ, COORDINATION, POINT FOCAL, PM
CALCUL	Nombre total des personnes formées
CATEGORISER PAR	Par Sexe, par ZS et par catégorie d'agent

PLANIFICATION FAMILIALE	
INDICATEUR :	
Nombre de nouvelles acceptantes	
DEFINITION:	
Nombre des femmes qui ont été conseillées et qui ont accepté une quelconque méthode contraceptive moderne pour la première fois	
NUMERATEUR	
Nombre de nouvelles acceptantes	
DENOMINATEUR	
Femmes à l'âge de procréation ((Population générale * 21%)/12)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS , HGR
CALCUL	Pourcentage de nouvelles acceptantes
CATEGORISER PAR	

PLANIFICATION FAMILIALE	
INDICATEUR :	
Nombre de structure sanitaire ayant intégré la planification familiale	
DEFINITION:	
Nombre de Centre de santé offrant tout le paquet des méthodes de la planification familiale	
NUMERATEUR	
Nombre de Centre de santé	
DENOMINATEUR	
Nombre total de Centre de santé	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et Rapport des activités	
PERIODICITE	Trimestriel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ

CALCUL	Pourcentage de CS ayant intégré la planification familiale
2) CATEGORISER PAR	

PLANIFICATION FAMILIALE	
INDICATEUR :	
Nombre de CS rapportant une rupture de stock de n' importe quelle méthode	
DEFINITION:	
Nombre de CS rapportant une rupture de stock de n' importe quelle a n' méthode a n' importe quel moment durant le mois	
NUMERATEUR	
Nombre de CS rapportant une rupture de stock	
DENOMINATEUR	
Nombre de Centre de sante offrant tout le paquet des méthodes de la planification familiale	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et Rapport des activités	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ
CALCUL	Pourcentage de CS ayant connu une rupture de stock
CATEGORISER PAR	

MALARIA	
INDICATEUR :	
Nombre de MII achetées et distribuée	
DEFINITION:	
Nombre de Moustiquaires Imprégnées d' Insecticide achetées avec fond US AID qui étaient distribuées dans les ZS	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Plan de distribution	
PERIODICITE	Trimestriel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Coordination
CALCUL	Somme

MALARIA	
INDICATEUR :	
Nombre des personnes formées a la prise en charge des cas de paludisme	
DEFINITION:	
Nombre des personnels formés a la prise en charge des cas de paludisme	
NUMERATEUR	
Nombre des personnes ayant participe a la formation	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Rapport de formation	
PERIODICITE	Trimestriel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ, COORDINATION,POINT FOCAL, PM
CALCUL	Nombre total des personnes formées
CATEGORISER PAR	Par Sexe, par ZS et par catégorie d'agent

MALARIA

INDICATEUR :	
Nombre de CS rapportant une rupture de stock de n'importe quelle méthode	
DEFINITION:	
Nombre de CS et Hôpital rapportant une rupture de stock de n'importe quel médicament anti paludéen	
NUMERATEUR	
Nombre de CS rapportant une rupture de stock	
DENOMINATEUR	
Nombre total des structures de sante dans la ZS	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ
CALCUL	Pourcentage de CS ayant connu une rupture de stock
CATEGORISER PAR	Aucun

MALARIA	
INDICATEUR :	
Nombre des femmes enceintes ayant reçu La deuxième dose de Fansidar	
DEFINITION:	
Nombre des femmes enceintes ayant reçu La deuxième dose de Fansidar lors de la CPN	
NUMERATEUR	
Nombre des femmes enceintes ayant reçu La deuxième dose	
DENOMINATEUR	
Nombre de femmes enceintes attendus Mensuellement ((Population générale * 4%)/12)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS avec Maternité et HGR, BCZ
CALCUL	Taux de couverture en TPI
CATEGORISER PAR	

TUBERCULOSE	
INDICATEUR :	
Nombre de Nouveaux Cas Tuberculose Pulmonaire Positif dépistés	
DEFINITION:	
Nombre de Nouveaux Cas présentant au moins deux frottis positif sur trois échantillons de crachats ou tout malade avec un seul frottis positif sur trois échantillons et une forte suspicion clinique de VIH	

NUMERATEUR	
Nombre des Cas BK+ notifiés	
DENOMINATEUR	
Nombre des cas attendus (Population générale * 0.15%)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et Rapport PNT	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CSDT, BCZ, Coordination
CALCUL	Taux de detection
CATEGORISER PAR	

TUBERCULOSE	
INDICATEUR :	
Nombre des cas TPM+ déclarés guéris	
DEFINITION:	
Nombre des Cas TPM+ ayant termine le traitement et chez qui on a note une négativation bactériologique de l'expectoration.	
NUMERATEUR	
Nombre des Cas TPM+ déclaré guéris.	
DENOMINATEUR	
1. Nombre de Malades admis dans la cohorte de traitement (PATI 4)	
2. Nombre des cas BK+ détectés (WHO)	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et Rapport PNT	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CSDT, BCZ, Coordination
CALCUL	Taux de guerison
CATEGORISER PAR	Aucun

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre des femmes enceintes consulte en CPN dans un site PTME	
DEFINITION:	
Nombre des femmes enceintes vu à la CPN dans un site PTME	
NUMERATEUR	
Nombre de nouveaux cas CPN dans un site PTME	

METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Nombre de nouveaux cas CPN dans un site PTME
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de femmes enceintes conseillées pour le test VIH	
DEFINITION:	
Nombre de femmes enceintes conseillées pour le dépistage volontaire dans le cadre d'un service de la prévention de la transmission de VIH Mère- Enfant.	
NUMERATEUR	
Nombre de femmes enceintes conseillées	
DENOMINATEUR	
Nombre des femmes enceintes consulte en CPN dans un site PTME	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Pourcentage de femmes participant à la CPN dans un site PTME conseillées
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de femmes enceintes conseillées et testées pour VIH	
DEFINITION:	
Nombre de femmes enceintes conseillées pour le dépistage volontaire dans le cadre d'un service de la prévention de la transmission de VIH Mère- Enfant et qui accepte volontairement le test.	
NUMERATEUR	
Nombre de femmes enceintes conseillées et testées	
DENOMINATEUR	
Nombre de femmes enceintes conseillées	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	

PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Taux d'acceptation du test VIH dans les sites PTME
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de femmes enceintes conseillées, testées pour le HIV et chez qui on a annonce le résultat.	
DEFINITION:	
Nombre de femmes enceintes conseillées, testées pour le HIV et chez qui on a annonce le résultat dans le cadre d'un service PTME	
NUMERATEUR	
Nombre de femmes enceintes testées chez qui on a annonce le résultat	
DENOMINATEUR	
Nombre de femmes enceintes conseillées et testées.	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Pourcentage de femmes testées a qui on a annonce les résultats.
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de femmes enceintes testées positivement	
DEFINITION:	
Nombre de femmes enceintes testées pour VIH avec un résultat positif	
NUMERATEUR	
Nombre de femmes enceintes avec test positif.	
DENOMINATEUR	
Nombre de femmes enceintes testées pour VIH.	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Taux de Prévalence VIH positif parmi les femmes enceintes

CATEGORISER PAR	
-----------------	--

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de femmes enceintes testées positivement qui reçoivent leur résultat.	
DEFINITION:	
Nombre de femmes enceintes testées pour VIH avec un résultat positif chez qui le résultat du test leur a été annoncé.	
NUMERATEUR	
Nombre de femmes enceintes VIH+ qui reçoivent le résultat.	
DENOMINATEUR	
Nombre de femmes enceintes testées VIH +.	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Pourcentage de femmes testées VIH + a qui on a annoncé les résultats.
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre des personnes formées en PTME	
DEFINITION:	
Nombre des personnels de sante formées dans la gestion et administration des services de PTME	
NUMERATEUR	
Nombre des personnes ayant participe a la formation	
DENOMINATEUR	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Rapport de formation	
PERIODICITE	Trimestriel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ, COORDINATION, POINT FOCAL, PM
CALCUL	Nombre total des personnes formées
CATEGORISER PAR	Par Sexe, par ZS et par catégorie d'agent

PTME	
INDICATEUR :	
27 Nombre de structure sanitaire ayant intégré la PTME.	
DEFINITION:	
Nombre de Centre de sante offrant le service de la PTME.	
NUMERATEUR	
Nombre de Centre de sante	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS et Rapport des activités	
PERIODICITE	Trimestriel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	BCZ, COORDINATION, POINT FOCAL, PM
CALCUL	Nombre de Centre de sante offrant le service de la PTME.
CATEGORISER PAR	ZS, Type

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de femmes enceintes mises sous prophylaxie aux ARV	
DEFINITION:	
Nombre de femmes enceintes mises sous prophylaxie aux ARV dans cadre de la PTME	
NUMERATEUR	
Nombre de femmes enceintes sous ARV	
DENOMINATEUR	
Nombre des femmes enceintes HIV +	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils specifique du projet	
PERIODICITE	Mensuellele
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Pourcentage de femmes enceinte HIV + ayant bénéficié des ARV.
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de Nouveau-nés qui recevront une prophylaxie aux ARV	
DEFINITION:	

Nombre de Nouveau-nés vivants qui naîtront des mères VIH + sous prophylaxie aux ARV	
NUMERATEUR	
23 Nombre de Nouveau-nés des mères HIV + sous ARV vivants	
DENOMINATEUR	
Nombre de Nouveau-nés des mères HIV +	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Pourcentage de Nouveau ne des mères HIV + ayant bénéficié d'une prophylaxie aux ARV.
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de partenaires des femmes enceintes identifiées positive qui ont été conseille, teste et a qui on à annonce le résultat.	
DEFINITION:	
Nombre de partenaires des femmes enceintes identifiées positive dans un service PTME qui ont été conseille, teste et a qui on à annonce le résultat de leur test.	
NUMERATEUR	
Nombre de partenaires conseille, teste et a qui on à annonce le résultat de leur test.	
DENOMINATEUR	
Nombre des femmes enceintes HIV +	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Pourcentage de partenaires conseilles, testes et a qui on a annonce le résultat.
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre de partenaires des femmes enceintes qui ont été conseille, teste et a qui on à annonce le résultat.	
DEFINITION:	

Nombre de partenaires des femmes enceintes dans un service PTME qui ont été conseillés, testés et a qui on a annoncé le résultat de leur test.

29 NUMERATEUR

Nombre de partenaires conseillés, testés et a qui on a annoncé le résultat de leur test.

DENOMINATEUR

Nombre des femmes enceintes conseillées, testées et a qui on a annoncé le résultat

METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

Outils spécifique du projet

PERIODICITE Mensuelle

INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE Maternité avec PTME, Point focal PTME

CALCUL Pourcentage de partenaires conseillés, testés et a qui on a annoncé le résultat.

CATEGORISER PAR

PTME

INDICATEUR :

Nombre de Nouveau-nés sous CTX et MV

DEFINITION:

Nombre de Nouveau-nés vivants qui des mères VIH + sous CTX et MVI

NUMERATEUR

Nombre de Nouveau-nés sous CTX et MV

DENOMINATEUR

Nombre de Nouveau-nés vivants des mères HIV +

METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

Outils spécifique du projet

PERIODICITE Mensuelle

INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE Maternité avec PTME, Point focal PTME

CALCUL Pourcentage de Nouveau né des mères HIV + bénéficiant d'une prophylaxie aux MVI et CTX.

CATEGORISER PAR

PTME

INDICATEUR :

Nombre des enfants exposés testés à 18 mois d'âge

DEFINITION:

Nombre des enfants nés des mères HIV + qui ont été testés à 18 mois d'âge

NUMERATEUR

Nombre des enfants testés à 18 mois d'âge

DENOMINATEUR

Nombre des enfants dans la cohorte

METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	
CALCUL	Pourcentage des enfants testés à 18 mois.
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre des adultes identifiés comme VIH + transféré	
DEFINITION:	
Nombre des adultes identifiés comme VIH + transféré a d'autre services pour prise en charge	
NUMERATEUR	
Nombre des adultes identifiés comme VIH + transféré	
DENOMINATEUR	
Nombre des adultes identifiés comme VIH +	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuelle
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Pourcentage des adultes identifiés comme VIH + transféré
CATEGORISER PAR	

PTME	
INDICATEUR :	
Nombre des enfants identifiés comme VIH + transféré	
DEFINITION:	
Nombre des enfants identifiés comme VIH + transféré a d'autre services pour prise en charge	
NUMERATEUR	
Nombre des enfants identifiés comme VIH + transféré	
DENOMINATEUR	
Nombre des enfants identifiés comme VIH +	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	

Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Manuel
3 INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	Maternité avec PTME, Point focal PTME
CALCUL	Pourcentage des enfants identifiés comme VIH + transféré
CATEGORISER PAR	

AXXES SUIVI ET EVALUATION

GESTION DES MEDICAMENTS
INDICATEUR :
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock en SP durant le mois
DEFINITION:
Nombre de CS ayant intégré la CPN ou on a connu rupture de stock durant au moins une séance de CPN en SP durant le mois

NUMERATEUR	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock durant au moins .	
DENOMINATEUR	
Nombre de CS ayant intégré la CPN	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS ou Hopital ayant integre la CPN
CALCUL	Pourcentage moyen des CS ayant connu une rupture de stock en SP
CATEGORISER PAR	

GESTION DES MEDICAMENTS	
INDICATEUR :	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock en Bactrim durant le mois	
DEFINITION:	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock de Bactrim durant le mois	
NUMERATEUR	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock durant le mois.	
DENOMINATEUR	
Nombre total de CS	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS	
PERIODICITE	Mensuel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS et HGR
CALCUL	Pourcentage moyen des CS ayant connu une rupture de stock en Bactrim
CATEGORISER PAR	

GESTION DES MEDICAMENTS	
INDICATEUR :	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock en SRO durant le mois	
DEFINITION:	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock de SRO durant le mois	
NUMERATEUR	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock durant le mois	
DENOMINATEUR	
Nombre total de CS	

METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS	
33 PERIODICITE	Mensuel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS et HGR
CALCUL	Pourcentage moyen des CS ayant connu une rupture de stock en SRO
CATEGORISER PAR	

GESTION DES MEDICAMENTS	
INDICATEUR :	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock en Vaccin durant le mois	
DEFINITION:	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock de n'importe quel vaccin durant le mois	
NUMERATEUR	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock durant le mois	
DENOMINATEUR	
Nombre total de CS	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
SNIS	
PERIODICITE	Mensuel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS
CALCUL	Pourcentage moyen des CS ayant connu une rupture de stock en Vaccin
CATEGORISER PAR	

GESTION DES MEDICAMENTS	
INDICATEUR :	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock en Zn durant le mois	
DEFINITION:	
Nombre de CS ayant intégré le Zn dans le traitement de la diarrhée et ayant connu une rupture de stock durant le mois ..	
NUMERATEUR	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock durant au moins .	
DENOMINATEUR	
Nombre de CS ayant intégré le Zn	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuel

INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS ou Hopital ayant integre le Zn
3.4 CALCUL	Pourcentage moyen des CS ayant connu une rupture de stock en Zn
CATEGORISER PAR	

GESTION DES MEDICAMENTS	
INDICATEUR :	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock en contraceptifs durant le mois	
DEFINITION:	
Nombre de CS ayant intégré la planification familiale et ayant connu une rupture de stock de n'importe quelle méthode durant le mois ..	
NUMERATEUR	
Nombre de CS ayant connu une rupture de stock durant au moins .	
DENOMINATEUR	
Nombre des structures ayant intégré la planification familiale	
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	
Outils spécifique du projet	
PERIODICITE	Mensuel
INSTITUTION RESPONSABLE DE COLLECTE	CS ou Hopital ayant integre la planification familiale
CALCUL	Pourcentage moyen des CS ayant connu une rupture de stock en contraceptif
CATEGORISER PAR	

SOURCES DES DONNEES

LES OPERATIONS DU SYSTEME D' INFORMATION

35

DES OPERATIONS DU SYSTEME D'INFORMATION

Les opérations du système d'information sont principalement : La collecte des données, la compilation et l'analyse des données, la centralisation, le stockage, la transmission, la retro information, la production d'information, la prise de décision et la diffusion.

1. Sources de données.

- a. SNIS
- b. SYSTEME D' INFORMATION DE PTME,
- c. RAPPORT D' ACTIVITE
- d. RECHERCHE ACTIVE AU NIVEAU DES PROGRAMME
- e. RAPPORT TRIMESTRIEL DES PARTENAIRES (Pour Le COP)
- f. ENQUETES

Les données proviennent **Des centres de Santé, Des centres de sante de référence, des centres de sante avec maternité , des hôpitaux et du bureau central de la Zone de sante.** A ce niveau les différentes informations sont recueillies dans les registres recommandes par SNIS (Registre de consultation curative, Registre de Consultation pré natales, Registre de Consultation pré scolaires et Vaccination, Registre des tuberculeux, Registre de la maternité, Registre d' hospitalisation etc . Les instructions contenues dans le Manuel SNIS doivent être suivies

Les indicateurs d'utilisation des services viennent des structures et ceux en rapport avec les formations, les supervisions et des réunions viennent du BCZ.

Les données non encore intégrées dans les SNIS sont récoltées par des registres développées pour cette intention, généralement ceux relatif a La PTME et Sante de la mère et du nouveau-né.

PRESENTER UN MODELE DE REGISTRE

2. Compilation des données :

La compilation consiste à calculer des totaux pour chaque indicateur .Chaque niveau compile **mensuellement** ses données dans un canevas mensuel de rapport, pour les activités spéciales telles que la campagne s de vaccination, la formation, il y' aura un rapport d'activité.

PRESENTER UN MODELE DE CANEVAS

3. Nettoyage des données et vérification de la qualité des données:

Les données doivent être nettoyées à différentes niveaux, vérification de la cohérence, de l'exactitude et de la



complétude des données, Rien ne sert d'analyser les données qui ne représentent pas la réalité car elles ne vous donneront pas l'image de la réalité. Cette vérification doit être faite par le titulaire du centre lors de la compilation des données, durant les supervisions , lors des revues

mensuelles au niveau du BCZ, au niveau de la coordination avant et après la saisie des données, même durant l'analyse si on note des données qui apparaissent anormales.

36

Exemple d'une vérification de la qualité des données lors d'une supervision, une calculatrice suffit.

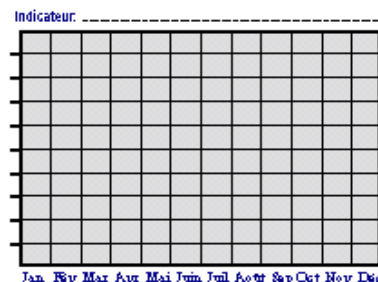
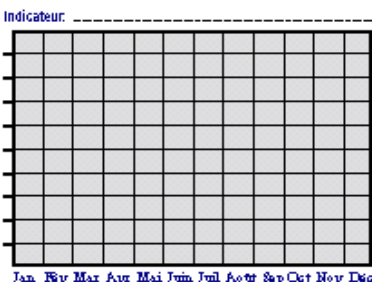
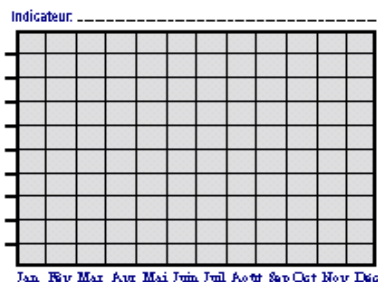
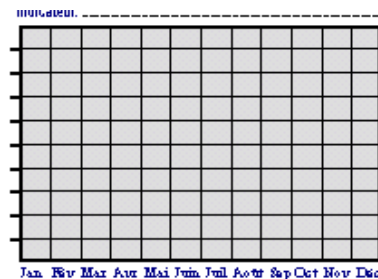
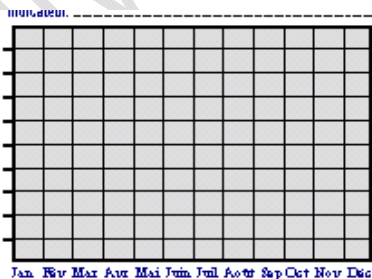
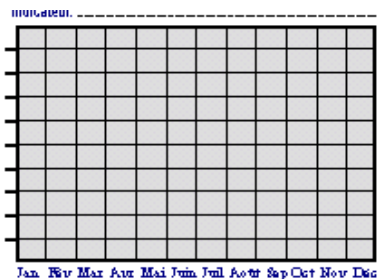
4. Analyse des données :

Après nettoyage les données peuvent être analysées. Les données doivent être analysées à différents niveaux. Par analyse nous comprenons le traitement des données : organisation des données, représentation sous forme de tableaux, de graphiques, calcul des tendances, dégagement des écarts. Les résultats obtenus doivent être interprétés. Les analyses peuvent énormément varier de simple graphique de suivi à des analyses très complexes.

Utilisation du Monitoring Chart

Utilisation du Monitoring Chart

pour le suivi mensuel des indicateurs clés : tels que : Couverture Vaccinale, Couverture CPN, Couverture curative,



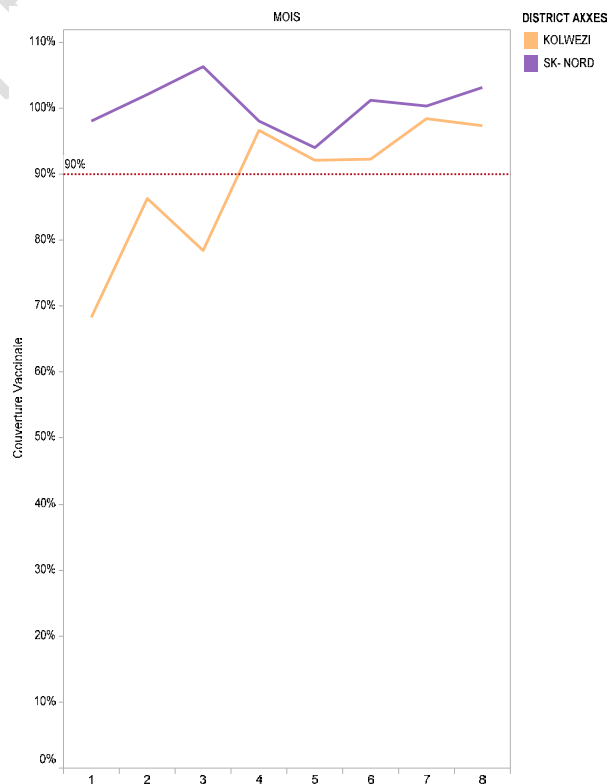
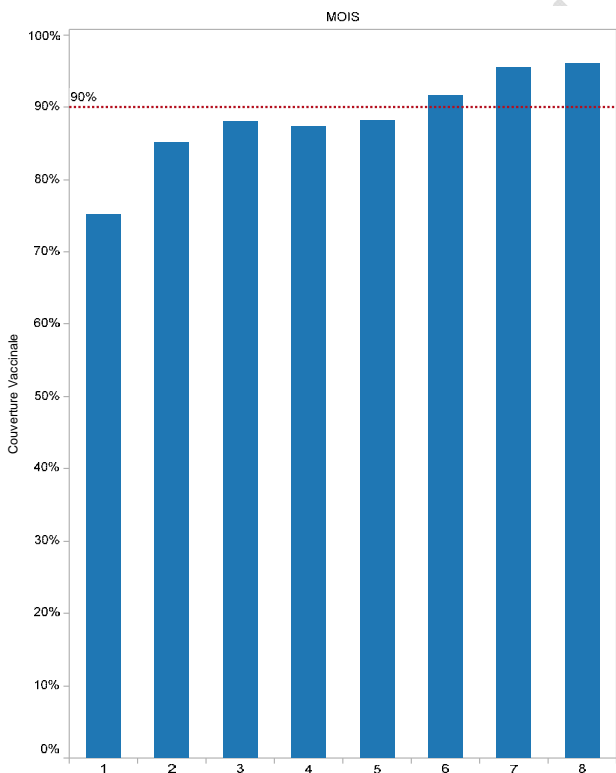
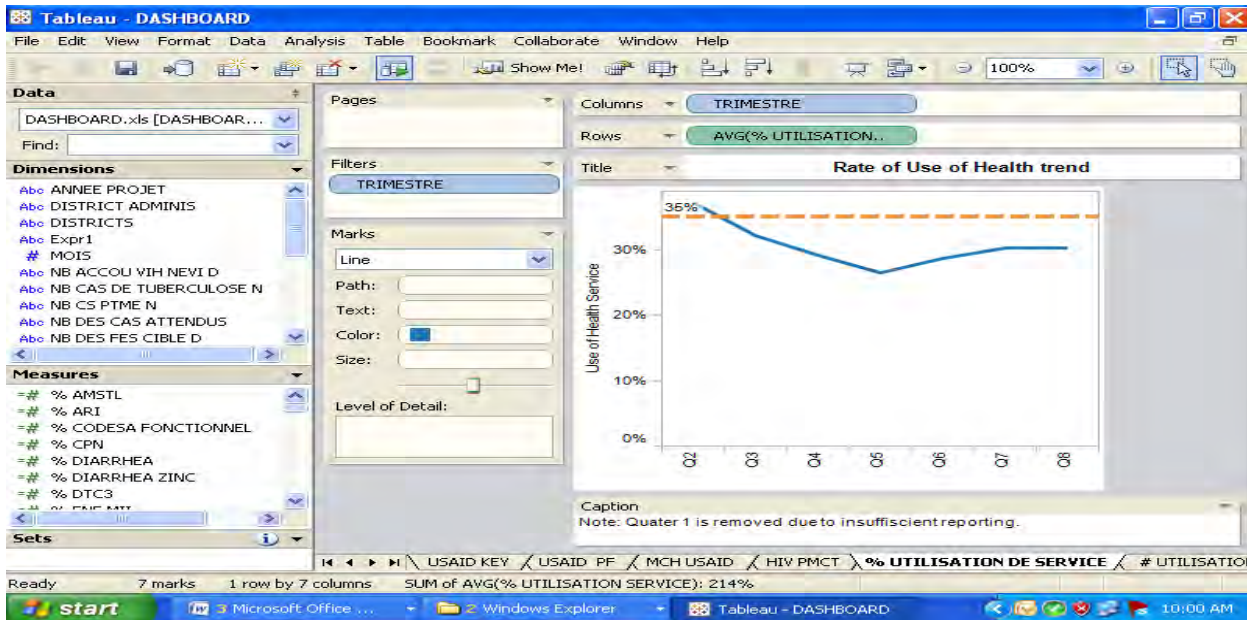
Utiliser les tableaux ci-dessus pour le suivi et l'évaluation mensuelle des activités en soins de santé primaires. Le projet SANRU III est financé par l'USAID en collaboration avec l'Eglise du Christ au Congo (ECC) et Interchurch Medical Assistance (I.M.A.).



Les Graphiques et les tableaux

37 **Les Graphiques** montrant l'évolution avec le temps, avec comparaison avec la cible, on peut aussi représenter différentes entités (comme, Aires de sante au sein d'une ZS ou différentes ZS au sein d'une coordination, comparer les districts ou les provinces) ils Peuvent être produits manuellement, avec Excel et le logiciel Tableau a partir des coordinations

Le Logiciel Tableau facilite énormément les opérations.



5. La Centralisation

Les données des structures de sante doivent être centralisé au niveau de BCZ de façon mensuelle. Le Canevas de centralisation mensuel de la ZS est transféré chaque mois au niveau du District et de la coordination du projet AXxes

MODELE DE CANEVAS DU BCZ

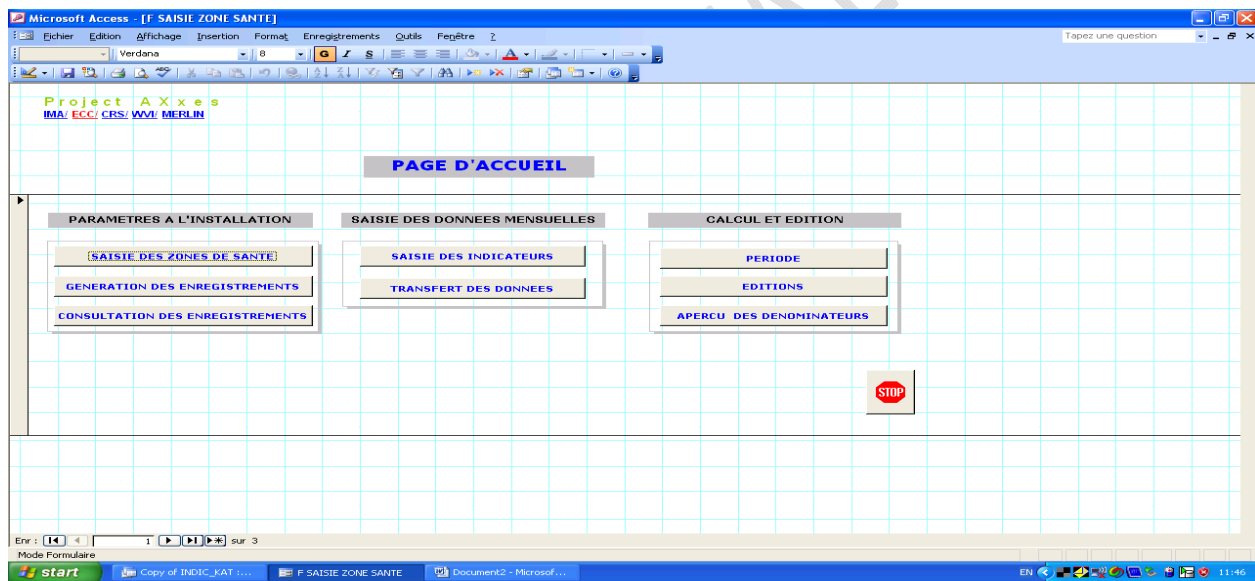
6. :

Les données doivent être stockées et gardées durant une période d' au moins 3 ans, les registres, Canevas au niveau des Structures des soins et BCZ doivent être conservés au moins durant 3 ans . les données conservées électroniquement doivent être conservées aussi longent que possible même après la fin du projet car c' est une ressources importante pour le pays.

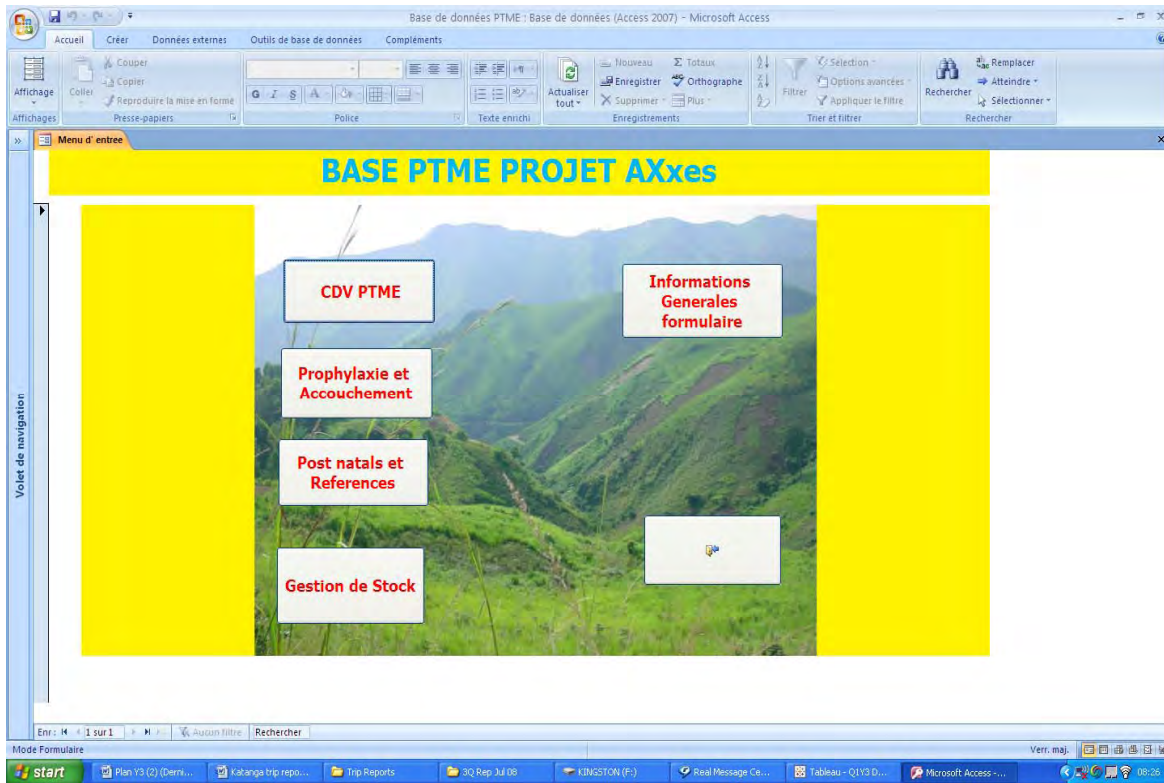
Les données sont stockées en copie dure au niveau des structures de santé au bureau central dans un classeur. **REFAIRE CET IMAGE**



Le stockage électronique se fait dans le logiciel conçu pour ça , Les données sont saisies dans la base AXxes. A partir de ce niveau, les données sont gardées sous forme électronique.



BASE PTME



7. De la transmission au niveau Hiérarchique

Du Centre de sante au niveau du BCZ les données sont transmises endéans J7 semaine, le BCZ transmet endéans J21 semaines La coordination et le partenaire la coordination envoies endéans 5 semaines de la fin du mois de rapportage au niveau de COP.

Pour les données PTME , Les sont envoyées du site des soins (Structure ou PTME est intégrée)au BCZ qui après validation envoie au Point focal . de façon mensuelle qui après Le point focal traite les données (nettoyé, valide , analyse et fait une retro information)

Le Point focal apres avoir termine envoie les données mensuellement PTME programme manager qui a son tour enverra au COP Data Manager.

8. Retro Information

Toute structure d' appui doit analyser les données et faire une retro information a la structure sous jacente sur la réception du rapport, la qualité des données reçues , l' analyse et l' interprétation des informations reçues.

Cette retro information devra intervenir tout au plus 1 mois au plus tard après la réception

- Du BCZ au CS Une semaine
- De la coordination AXxes au BCZ endéans 2 semaines.
- De COP au Partenaires endéans 1 mois

9. la production d'information

A chaque niveau, le responsable devra produire de l'information, qui n' est autre que le fruit de traitement, analyse et interprétation des données, l' information produite doit être partagée parmi les parti prenantes . Les différents partenaires doivent produire un rapport à un rythme trimestriel qui doit être envoyé au COP. Ce rapport contenant les données quantitatives enrichies des informations qualitatives et des différentes réalisations doit atteindre le COP endéans 10 J de la fin du trimestre. Notons Que les données quantitatives suite a tous les processus de transfert et de Validation couvre une période d' un mois de retard par rapport aux rapport narrative des activités

Les données quantitatives du projet Axxes dans le Logiciel Tableau sont générées de la manière suivante :

TROISIEME ANNEE DU PROJET (OCTOBRE 2008- SEPTEMBRE 2009)												
TRIMESTRE	TRIMESTRE 9			TRIMESTRE 10			TRIMESTRE 11			TRIMESTRE 12		
DONNEES QUANTITATIVES	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUL	AOUT
RAPPORT NARATTIVE	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUL	AOUT	SEP

Les rapports des partenaires sont entendus au COP au Plus 10 JOURS après la fin du Trimestre.

Le COP produit son rapport au plus tard 3 semaines après la fin du trimestre.

10. la prise de décision

Le système M&E doit guider la prise des décisions, les décisions doivent être basées sur l'évidence que le système M&E produit.

LES RES PONSABILITES DE CHAQUE NIVEAU :

I. CENTRE DE SANTE et HOPITAL

- a. Collecte des données,
- b. Compilation des données
- c. Traitement des données,
- d. Transfert des données au BCZ
- e. Analyse des données : Représentation graphique sous forme de monitoring Chart, interprétation et réajustement des activités si les écarts identifiés

II. BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE

- a. Collecte des données des activités du Bureau centrale
- b. Compilation des données des activités du Bureau central
- c. Traitement des données en provenance des CS et de L' HGR
- d. Validation des données lors de la réunion mensuelle de Validation
- e. Centralisation des données provenant des CS et HGR
- f. Transfert des données au District de Sante et a la Coordination ou sous coordination AXxes.
- g. Analyse des données : Représentation graphique sous forme de monitoring Chart, production des Tableaux, Comparaison entre les CS , Comparaison par rapport aux Cibles, Calcul des tendances , interprétation e.
- h. Production du rapport mensuel de la ZS.
- i. Donner la retro information au niveau des CS et de L' HGR
- j. Utiliser les information dans la prise des décisions et la planification des activites telles que : supervision , formation , distribution des intrants.
- k. Conserver les différents Canevas pendant au moins 3 ans

III. COORDINATION OU SOUS COORDINATION

- a. Collecte des canevas des ZS
- b. Traitement des données contenus dans le Canevas des ZS :vérification de la cohérence, de l'exactitude et de la complétude des données, s' assurer au près du BCZ de la validité des données si elles paraissent invraisemblables.
- c. Saisie des données dans la base , Revérifier les données une seconde fois pour s' assurer qu' il n'y' a pas une erreur de saisie. Notons que les données doivent saisie que par la personne formée.
- d. Analyse de la véracité des données a l' aide du logiciel Access ou du Tableau.
- e. Recherche actives des données au près des BCZ ou au près des collaborateurs du Ministère de la Sante (Données de Campagnes de masse, données des programmes spécialisée)
- f. Rapportés les données des activités qui sont exécutées au niveau de la coordination ou appuyées par la coordination telles que Formation, Réhabilitation, supervision etc
- g. Transfert des données électroniquement au niveau de data manager et a la coordination (en cas de sous coordination)
- h. Analyse des données : Représentation graphique sous forme de monitoring Chart, production des Tableaux, Comparaison entre les CS , Comparaison par rapport aux Cibles, Calcul des tendances , interprétation .
- i. Donner la retro information au niveau des BCZs.
- j. Utiliser les information dans la prise des décisions et la planification des activités telles que : supervision , formation , distribution des intrants.
- k. Conserver les différents Canevas pendant au moins 3 ans et la base des données le plus longtemps possible
- l. Assurer hebdomadairement le back up de vos données
- m. Production du rapport trimestriel de la coordination.

IV. DATA MANAGER au NIVEAU DU PARTENAIRE

- a. Réception des données venant des coordination et son intégration dans la base des données. Si des nouvelles données viennent après une correction, Ecraser les précédentes données y relatives avant de les copier.
- b. Traitement des données :vérification de la cohérence, de l'exactitude et de la complétude des données, s' assurer au près des coordonnateurs de la validité des données si elles paraissent invraisemblables, ceci se fait par téléphone si urgence ou par e mail de préférence

- c. Analyse de la véracité des données a l' aide du logiciel Access ou du Tableau.
- d. Recherche actives des données au près des coordinateurs .
- e. Analyse des données : Représentation graphique sous forme de monitoring Chart, production des Tableaux, Comparaison entre les CS , Comparaison par rapport aux Cibles, Calcul des tendances , interprétation.
- f. Fournir les informations sous forme des tableaux et graphique a l' équipe en charge de l' élaboration du rapport (PM et son équipe)
- g. Transfert des données au niveau de data manager du COP et du M&E Officer .
- h. Elaborer une retro information détaillées pour les coordinations si c' est applicable.
- i. Conserver les différents documents pendant au moins 3 ans et la base des données le plus longtemps possible
- j. Assurer hebdomadairement le back up de vos données
- k. Amener les décideurs a utiliser l'évidence dans la prise des décisions et la planification des activités.

V. SUIVI ET EVALUATION COP

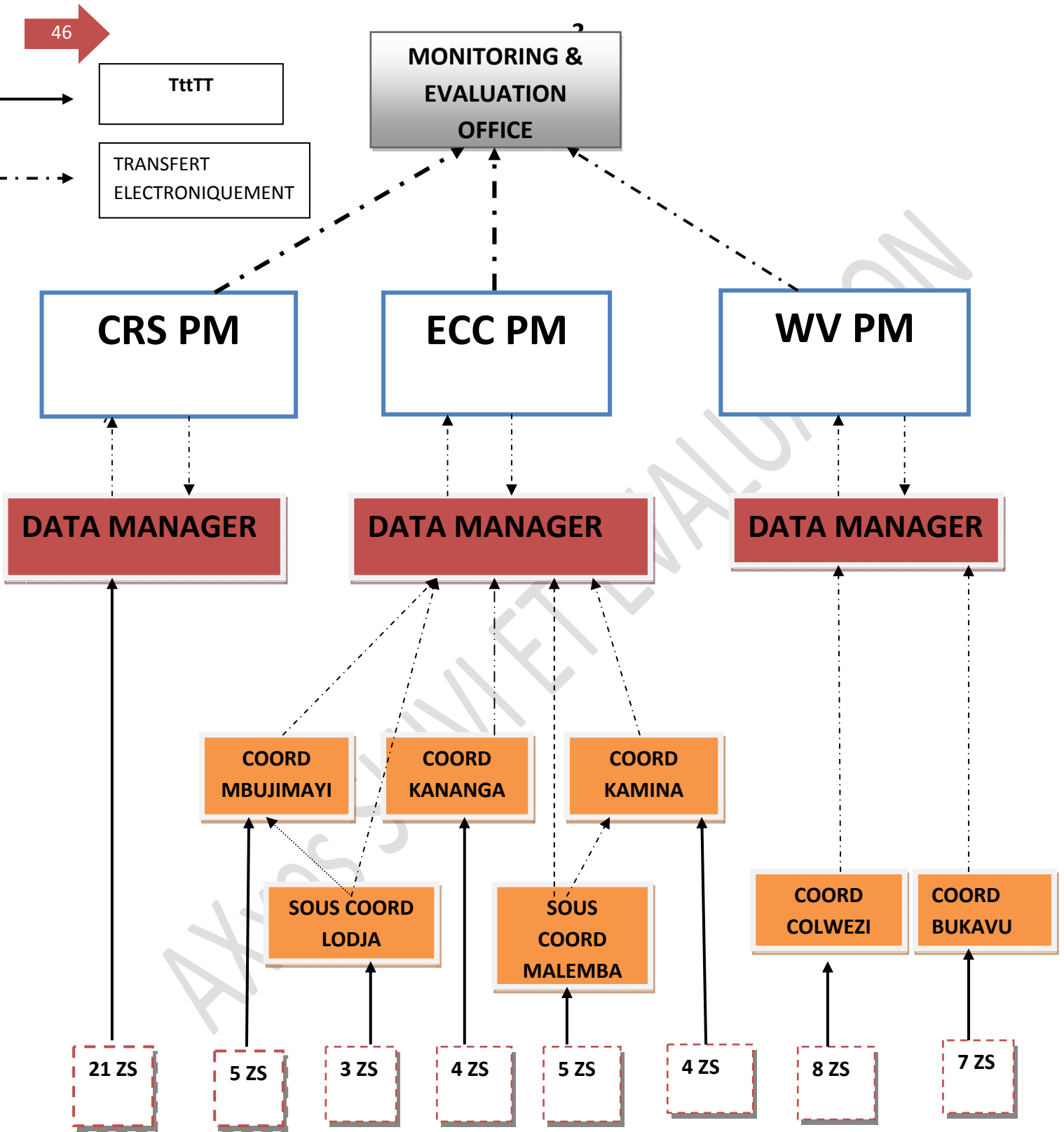
- a. Réception des données venant des coordinations et des data managers et son intégration dans la base des données.

- b. Traitement des
- c. données : vérification de la cohérence, de l'exactitude et de la complétude des données, s'assurer au près des coordonnateurs de la validité des données si elles paraissent invraisemblables, ceci se fait par téléphone si urgence ou par e mail de préférence
- d. Analyse de la véracité des données a l' aide du logiciel Tableau.
- e. Recherche actives des données au près des Partenaires .
- f. Analyse des données : Représentation graphique sous forme de monitoring Chart, production des Tableaux, Comparaison entre les CS , Comparaison par rapport aux Cibles, Calcul des tendances , interprétation.
- g. Fournir les informations sous forme des tableaux et graphique pour l' élaboration du rapport trimestriel
- h. Elaborer une retro information détaillées pour les PM et les coordinations ou sous coordinations.
- i. Conserver les différents documents pendant au moins 3 ans et la base des données le plus longtemps possible
- j. Assurer hebdomadairement le back up de vos données
- k. Amener le COP et le PM a utiliser l' évidence dans la prise des décisions et la planification des activités.

VI. COP TEAM

- a. Elaboration du rapport trimestriel
- b. Donner la retro information aux partenaires
- c. Planifier les activités en fonction de l'évidence disponible.

1. De la transmission des donnees



Data Verification and System Assessment Sheet - Service Delivery Point

Date of Review:		
Service Delivery Point/Organization:		
Reports to (intermediate and subsequent levels)::		
Documents Reviewed:		
Component of the M&E System	Answer Codes: Yes - completely Partly No - not at all N/A	REVIEWER COMMENTS (Please provide detail for each response not coded "Yes - Completely". Detailed responses will help guide strengthening measures.)

Part 1: Data Verifications

A - Documentation Review:

	<i>Review availability and completeness of all indicator source documents for the selected reporting period.</i>		
1	Review available source documents for the reporting period being verified. Is there any indication that source documents are missing?		
	<u>If yes</u> , determine how this might have affected reported numbers.		
2	Are all available source documents complete?		
	<u>If no</u> , determine how this might have affected reported numbers.		

4	3	Review the dates on the source documents. Do all dates fall within the reporting period?		
		If <u>no</u> , determine how this might have affected reported numbers.		

B - Recounting reported Results:

	<i>Recount results from source documents, compare the verified numbers to the site reported numbers and explain discrepancies (if any).</i>			
4	Recount the number of people, cases or events <u>recorded</u> during the reporting period by reviewing the <i>source documents</i> . [A]			
5	Copy the number of people, cases or events <u>reported</u> by the site during the reporting period from the site <i>summary report</i> . [B]			
6	Calculate the ratio of recounted to reported numbers. [A/B]	-		
7	What are the reasons for the discrepancy (if any) observed (i.e., data entry errors, arithmetic errors, missing source documents, other)?			

C - Cross-check reported results with other data sources:

Cross-checks can be performed by examining separate inventory records documenting the quantities of treatment drugs, test-kits or ITNs purchased and delivered during the reporting period to see if these numbers corroborate the reported results. Other cross-checks could include, for example, randomly selecting 20 patient cards and verifying if these patients were recorded in the unit, laboratory or pharmacy registers. To the extent relevant, the cross-checks should be performed in both directions (for example, from Patient Treatment Cards to the Register and from Register to Patient Treatment Cards).

8	List the documents used for performing the cross-checks.			
9	Describe the cross-checks performed?			
10	What are the reasons for the discrepancy (if any) observed?			

Part 2. Systems Assessment

I - M&E Capacities, Roles and Responsibilities

4	1	There are designated staff responsible for reviewing aggregated numbers prior to submission to the next level (e.g., to districts, to regional offices, to the central M&E Unit).		
	2	The responsibility for recording the delivery of services on source documents is clearly assigned to the relevant staff.		
II - Training				
	3	All relevant staff have received training on the data management processes and tools.		
III - Data Reporting Requirements				
	4	The M&E Unit has provided written guidelines to the Service Delivery Point on reporting requirements and deadlines.		
IV - Data-collection and Reporting Forms and Tools				
	5	Clear instructions have been provided by the M&E Unit on how to complete the data collection and reporting forms/tools.		
	6	The <i>source documents</i> and <i>reporting forms/tools</i> specified by the M&E Unit are consistently used by the Service Delivery Point.		
	7	All <i>source documents</i> and <i>reporting forms</i> relevant for measuring the indicator(s) are available for auditing purposes (including dated print-outs in case of computerized system).		
	8	The data collected on the source document has sufficient precision to measure the indicator(s) (i.e., relevant data are collected by sex, age, etc. if the indicator specifies desegregation by these characteristics).		
V - Data Management Processes and Data Quality Controls				
	9	If applicable, there are quality controls in place for when data from paper-based forms are entered into a computer (e.g., double entry, post-data entry verification, etc).		
	10	If applicable, there is a written back-up procedure for when data entry or data processing is computerized.		

11f yes, the latest date of back-up is appropriate given the frequency of update of the computerized system (e.g., back-ups are weekly or monthly).		
12	Relevant personal data are maintained according to national or international confidentiality guidelines.		
13	The recording and reporting system avoids double counting people <i>within</i> and <i>across</i> Service Delivery Points (e.g., a person receiving the same service twice in a reporting period, a person registered as receiving the same service in two different locations, etc).		
14	The reporting system enables the identification and recording of a "drop out", a person "lost to follow-up" and a person who died.		
VI - Links with National Reporting System			
15	When applicable, the data are reported through a single channel of the national reporting system.		
16	The system records information about where the service is delivered (i.e. region, district, ward, etc.)		
17if yes, place names are recorded using standardized naming conventions.		

Part 3: Recommendations for the Service Site

<p><i>Based on the findings of the systems' review and data verification at the service site, please describe any challenges to data quality identified and recommended strengthening measures, with an estimate of the length of time the improvement measure could take. These will be discussed with the Program.</i></p>			
	Description of Action Point	Person Responsible	Time Line
1			
2			
3			

4

5

Data Verification and System Assessment Sheet - Intermediate Aggregation Level

Date of Review:		
Intermediate Aggregation Level Name:		
Reports to (next level):		
Documents Reviewed:		
Component of the M&E System	Answer Codes: Yes - completely Partly No - not at all N/A	REVIEWER COMMENTS (Please provide detail for each response not coded "Yes - Completely". Detailed responses will help guide strengthening measures.)

Part 1: Data Verifications

A - Recounting reported Results:

	<i>Recount results from source documents, compare the verified numbers to the site reported numbers and explain discrepancies (if any).</i>		
1	Re-aggregate the numbers from the reports received from all Service Delivery Points. What is the re-aggregated number? [A]		
2	What aggregated result was contained in the summary report prepared by the Intermediate Aggregation Site (and submitted to the next reporting level)? [B]		
3	Calculate the ratio of recounted to reported numbers. [A/B]	-	

4	What are the reasons for the discrepancy (if any) observed (i.e., data entry errors, arithmetic errors, missing source documents, other)?		
---	---	--	--

B - Reporting Performance:

	<i>Review availability, completeness, and timeliness of reports from all reporting entities. How many reports should there have been from all reporting entities? How many are there? Were they received on time? Are they complete?</i>		
5	How many reports should there have been from all reporting entities (e.g., regions, districts, service points)? [A]		
6	How many reports are there? [B]		
7	Calculate % Available Reports [B/A]	-	
8	Check the dates on the reports received. How many reports were received on time? (i.e., received by the due date). [C]		
9	Calculate % On time Reports [C/A]	-	
10	How many reports were complete? (i.e., complete means that the report contained all the required indicator data*). [D]		
11	Calculate % Complete Reports [D/A]	-	

Part 2. Systems Assessment

1	There are designated staff responsible for reviewing the quality of data (i.e., accuracy, completeness and timeliness) received from sub-reporting levels (e.g., service points).		
2	There are designated staff responsible for reviewing aggregated numbers prior to submission to the next level (e.g., to the central M&E Unit).		

3	All relevant staff have received training on the data management processes and tools.		
4	The M&E Unit has provided written guidelines to the Intermediate Aggregation Level on reporting requirements and deadlines.		
5	Clear instructions have been provided by the M&E Unit on how to complete the data collection and reporting forms/tools.		
6	The source documents and reporting forms/tools specified by the M&E Unit are consistently used by all reporting levels.		
7	All <i>source documents and reporting forms</i> relevant for measuring the indicator(s) are available for auditing purposes (including dated print-outs in case of computerized system).		
8	Feedback is systematically provided to all service points on the quality of their reporting (i.e., accuracy, completeness and timeliness).		
9	If applicable, there are quality controls in place for when data from paper-based forms are entered into a computer (e.g., double entry, post-data entry verification, etc).		
10	If applicable, there is a written back-up procedure for when data entry or data processing is computerized.		
11	If <u>yes</u> , the latest date of back-up is appropriate given the frequency of update of the computerized system (e.g., back-ups are weekly or monthly).		
12	Relevant personal data are maintained according to national or international confidentiality guidelines.		
13	The recording and reporting system avoids double counting people <i>within</i> and <i>across</i> Service Delivery Points (e.g., a person receiving the same service twice in a reporting period, a person registered as receiving the same service in two different locations, etc).		

5.

5.

14	The reporting system enables the identification and recording of a "drop out", a person "lost to follow-up" and a person who died.		
15	There is a written procedure to address late, incomplete, inaccurate and missing reports; including following-up with service points on data quality issues.		
16	If data discrepancies have been uncovered in reports from service points, the Intermediate Aggregation Levels (e.g., districts or regions) have documented how these inconsistencies have been resolved.		
17	When applicable, the data are reported through a single channel of the national reporting system.		
18	The system records information about where the service is delivered (i.e. region, district, ward, etc.)		
19	...if yes, place names are recorded using standarized naming conventions.		

Part 3: Recommendations for the Intermediate Aggregation Level

	Description of Action Point	Person Responsible	Time Line
1			
2			
3			
4			

Data Verification and System Assessment Sheet - M&E Unit

5.

Date of Review:		
M&E Unit Name:		
Documents Reviewed:		
Component of the M&E System	Answer Codes: Yes - completely Partly No - not at all N/A	REVIEWER COMMENTS (Please provide detail for each response not coded "Yes - Completely". Detailed responses will help guide strengthening measures.)

Part 1: Data Verifications

A - Recounting reported Results:

	<i>Recount results from source documents, compare the verified numbers to the site reported numbers and explain discrepancies (if any).</i>		
1	Re-aggregate the numbers from the reports received from all reporting entities. What is the re-aggregated number? [A]		
2	What aggregated result was contained in the summary report prepared by the M&E Unit? [B]		
3	Calculate the ratio of recounted to reported numbers. [A/B]	-	
4	What are the reasons for the discrepancy (if any) observed (i.e., data entry errors, arithmetic errors, missing source documents, other)?		

B - Reporting Performance:

	<i>Review availability, completeness, and timeliness of reports from all reporting entities. How many reports should there have been from</i>		
--	---	--	--

5	all reporting entities? How many are there? Were they received on time? Are they complete?		
5	How many reports should there have been from all reporting entities (e.g., regions, districts, service points)? [A]		
6	How many reports are there? [B]		
7	Calculate % Available Reports [B/A]	-	
8	Check the dates on the reports received. How many reports were received on time? (i.e., received by the due date). [C]		
9	Calculate % On time Reports [C/A]	-	
10	How many reports were complete? (i.e., complete means that the report contained all the required indicator data*). [D]		
11	Calculate % Complete Reports [D/A]	-	

Part 2. Systems Assessment

I - M&E Capacities, Roles and Responsibilities

1	There is a documented organizational structure/chart that clearly identifies positions that have data management responsibilities at the M&E Unit. (to specify which Unit: e.g. MoH, NAP, GF, World Bank)		
2	All staff positions dedicated to M&E and data management systems are filled.		
3	A senior staff member (e.g., the Program Manager) is responsible for reviewing the aggregated numbers prior to the submission/release of reports from the M&E Unit.		
4	There are designated staff responsible for reviewing the quality of data (i.e., accuracy, completeness, timeliness and confidentiality)		

5	received from sub-reporting levels (e.g., regions, districts, service points).		
II - Training			
5	There is a training plan which includes staff involved in data-collection and reporting at all levels in the reporting process.		
6	All relevant staff have received training on the data management processes and tools.		
III - Indicator Definitions			
7	The M&E Unit has documented and shared the definition of the indicator(s) with all relevant levels of the reporting system (e.g., regions, districts, service points).		
8	There is a description of the services that are related to each indicator measured by the Program/project.		
IV - Data Reporting Requirements			
9	The M&E Unit has provided written guidelines to all reporting entities (e.g., regions, districts, service points) on reporting requirements and deadlines.		
V - Data-collection and Reporting Forms and Tools			
10	If multiple organizations are implementing activities under the Program/project, they all use the same reporting forms and report according to the same reporting timelines.		
11	The M&E Unit has identified a standard source document (e.g., medical record, client intake form, register, etc.) to be used by all service delivery points to record service delivery.		
12	The M&E Unit has identified standard reporting forms/tools to be used by all reporting levels.		
13	Clear instructions have been provided by the M&E Unit on how to complete the data collection and reporting forms/tools.		

14	The data collected by the M&E system has sufficient precision to measure the indicator(s) (i.e., relevant data are collected by sex, age, etc. if the indicator specifies disaggregation by these characteristics).		
15	There is a written policy that states for how long source documents and reporting forms need to be retained.		
16	All source documents and reporting forms relevant for measuring the indicator(s) are available for auditing purposes (including dated print-outs in case of computerized system).		
VI - Data Management Processes and Data Quality Controls			
17	The M&E Unit has clearly documented data aggregation, analysis and/or manipulation steps performed at each level of the reporting system.		
18	Feedback is systematically provided to all sub-reporting levels on the quality of their reporting (i.e., accuracy, completeness and timeliness).		
19	There are quality controls in place for when data from paper-based forms are entered into a computer (e.g., double entry, post-data entry verification, etc).		
20	There is a written back-up procedure for when data entry or data processing is computerized.		
21	If yes, the latest date of back-up is appropriate given the frequency of update of the computerized system (e.g., back-ups are weekly or monthly).		
22	Relevant personal data are maintained according to national or international confidentiality guidelines.		
23	The recording and reporting system avoids double counting people within and across Service Delivery Points (e.g., a person receiving the same service twice in a reporting period, a person registered as receiving the same service in two different locations, etc).		
24	The reporting system enables the identification and recording of a "drop out", a person "lost to follow-up" and a person who		

	died.		
5			
25	There is a written procedure to address late, incomplete, inaccurate and missing reports; including following-up with sub-reporting levels on data quality issues.		
26	If data discrepancies have been uncovered in reports from sub-reporting levels, the M&E Unit (e.g., districts or regions) has documented how these inconsistencies have been resolved.		
27	The M&E Unit can demonstrate that regular supervisory site visits have taken place and that data quality has been reviewed.		

VII - Links with National Reporting System

29	When applicable, the data are reported through a single channel of the national reporting system.		
30	The system records information about where the service is delivered (i.e. region, district, ward, etc.)		
31	...if yes, place names are recorded using standardized naming conventions.		

Part 3: Follow up Recommendations and Action Plan

	<i>Summarize key issues that the Program should follow up at various levels of the system (e.g. issues found at site level and/or at intermediate aggregation site level).</i>		
	Description of Action Point	Person Responsible	Time Line
1			
2			
3			

AXXES SUIVI ET EVALUATION