

République du Rwanda



Ministère de la Santé

**Financement Basé sur la Performance au
niveau communautaire
Guide de l'utilisateur**

Version Finale, Janvier 2009 (rev)

www.pbfrwanda.org.rw

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Acronymes

ASC	Agents de sante communautaire
CCC/BCC	Communication pour le Changement de Comportement/Behavior Change Communication
CTB/BTC	Coopération Technique Belge /Belgian Technical Cooperation
CAAC	Cellule d'Appui a l'Approche Contractuelle
CASC/CHWC	Coopératives des Agents de Santé Communautaire /Community Health Worker Cooperative
CORDAID	Dutch Non-Governmental Organization; a conglomeration of three Dutch NGO's: Memisa, Mensen in Nood, and Vastenactie
CDLS	Comité de District de Lutte contre le SIDA (District AIDS Control Committee)
FOSACOM	Forum des Associations pour l'Assurance de la Santé Communautaire
GF	Global Fund
GR/GOR	Gouvernement Rwandais/Government of Rwanda
HNI-TPO	HealthNet International; a Dutch Non-Governmental Organization
PECIME/IMCI	Prise En Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance/Integrated Management of Childhood Illness
MOH	Ministry of Health
MSH	Management Sciences for Health
NORAD	Norwegian Agency for Development Cooperation (Agence Norvégienne de Coopération pour le Développement)
FBP/PBF	Financement Base sur la Performance/ Performance-Based Financing
P4P	Pay for Performance
PMI	President's Malaria Initiative
SIS comm	Système d'information communautaire
TWG	Technical Working Group (Groupe Technique de Travail)
USF	Unité Sante Famille et Protection des Droits de L'Enfant
USG	United States Government (Gouvernement des Etats Unis)
WB	World Bank (Banque Mondiale)
WB-MAP	World Bank Multicountry AIDS Program

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Table des matières

Acronymes.....	2
Table des matières	3
Liste des figures.....	4
Preface.....	5
Introduction	6
1. Le modèle administratif du FBP au niveau de la communauté.....	7
Contexte.....	7
Les défis actuels du financement basé sur la performance au niveau communautaire.....	7
Déterminer les standards de performance	8
Séparation des fonctions.....	9
Le modèle du FBP au niveau communautaire.....	10
Les structures institutionnelles et le paiement.....	14
2. Contrat entre le Maire et le Comité de Pilotage du secteur	15
3. Contrat entre l'administration du secteur et la coopérative des agents de santé communautaire (CASC).....	16
4. Directives pour les réunions du comité de pilotage FBP du secteur	17
Participants et quorum.....	17
Procédures	17
Mesure de la performance du comité de pilotage FBP du secteur	17
5. Description de la coopérative des agents de santé communautaire.....	19
6. Modèle de la fiche mensuelle de relevé des données de la CASC	19
7. Modèle de rapport trimestriel consolidé du centre de santé (imprimé de la BDD-FBP).....	20
8. Description du schéma du système d'information sanitaire dans la santé communautaire... ..	20
9. Les indicateurs et les outils de rapportage utilisés dans la santé communautaire.	21
<i>Annexes</i>	22
Annexe 1: Contrat entre le Secrétaire Exécutif du secteur et les membres du Comité de pilotage du FBP du Secteur	22
Annexe 2: Contrat entre le Secrétaire Exécutif du secteur et la coopérative des agents de santé communautaire (CASC).....	26
Annexe 3: Modèle de déroulement d'une réunion du CP niveau secteur.....	33
Annexe 4: Modèle et format du compte rendu des réunions des comités de pilotages	34
Annexe 5: Modèle du rapport consolidé des centres de santé	36

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Annexe 6: Circuit d'information du système d'information sanitaire communautaire	37
Annexe 7: Manuel de Procédures pour le SISCom Rwandais	38

Liste des figures

Figure 1: La séparation des fonctions acheteur-vendeur dans le modèle du FBP au niveau communautaire	12
Figure 2: Le modèle administratif du FBP au niveau communautaire	13

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Preface

Community Performance-Based Financing Guide

Executive Statement

Community Health performance based financing is an innovational approach aimed at accelerating health results focusing on high impact community level health interventions. Performance based financing is being implemented in a score of countries including Rwanda through different models and impressive results have been registered but much is still desired.

The main challenge for Rwanda to accelerate health results towards achieving health targets as envisaged in Vision 2020, EDPRS and MDGs is not only inadequate health financing resources, medical supplies, human resources for health but also poor utilization of available health services compounded by lack of awareness of the opportunities available.

In light of the above reflection and as envisaged in the National community health policy, a significant change in health results has to be based to individuals and communities on a health system where community driven approach is the common denominator. The Community Performance based financing user guide will ensure community ownership of high impact health interventions by ensuring further decentralization of health services and resources to health centers, health posts and the community. Community PBF is not direct payments to community health workers. But it is intended community health workers to increase the capital of their cooperatives. The cooperatives in turn will then start income generating activities to the benefit of the individual members. The remuneration of individual community health workers will be from the profit of the cooperative activities.

The Community PBF user guide also defines twenty community health indicators that all interveners in community health will focus on. Verification and reporting tools have been adapted to suit community level interventions and separation of functions is clearly provided for through purchaser-provider split mechanisms. The Community PBF conforms to the provisions of National community health policy statement, which calls for urgent formation of community health workers cooperatives as a key initiative aimed at motivating and increasing their financial capacity in a sustainable way.

Dr. Richard SEZIBERA
Minister of Health



Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Introduction

Le financement basé sur la performance fait partie intégrante du système national de santé. Il est appliqué dans les centres de santé et les hôpitaux à travers tout le pays ainsi qu'au niveau central du ministère de la santé. Les mécanismes du financement basé sur la performance sont en cours d'élaboration pour les mutuelles de santé, système national de santé communautaire et pour les comités des districts de lutte contre le SIDA. Un modèle national pour le financement basé sur la performance au niveau communautaire a donc été développé à l'issue d'un large processus collaboratif. Le modèle s'inspire des expériences enregistrées durant la mise en place du modèle de financement basé sur la performance au niveau des centres de santé et des hôpitaux.

L'objectif de ce guide de l'utilisateur du financement basé sur la performance (FBP) au niveau communautaire est de documenter les outils et procédures utilisés dans le FBP communautaire. Il est principalement destiné aux formateurs, aux membres des comités de pilotage au niveau du secteur et aux membres des coopératives des agents de la santé communautaire. Toutefois, il peut aussi être utilisé par toute personne qui œuvre dans le secteur santé du Rwanda.

1. Le modèle administratif du FBP au niveau de la communauté

Contexte

Le financement basé sur la performance a été introduit à partir de janvier 2006 en suivant l'approche par phase. Au cours des deuxième et troisième trimestres de 2006, les nouveaux modèles de FBP ont été introduits dans 23 districts. Ces modèles destinés aux centres de santé et hôpitaux de district sont basés sur les acquis des expériences des programmes pilotes¹. Les deux modèles diffèrent dans la façon d'évaluer les performances. Pour les centres de santé, le modèle est basé sur le financement type remboursement/paiement rétrospectif. Les indicateurs cliniques de performance mesurés mensuellement ont une valeur unitaire, et sur lesquels un score trimestriel de qualité est pondéré. Dans le cas de l'hôpital, le modèle utilise une grille d'évaluation trimestrielle avec un score composite de 52 indicateurs.² Le leadership fort de la CAAC (Cellule d'Appui à l'Approche Contractuelle), l'étroite collaboration et le soutien de tous les partenaires (CTB, Cordaid, HNI-TPO, MSH et d'autres agences collaboratives USG) ont conduit à des progrès importants dans le développement de politiques et stratégies ainsi que leur mise en œuvre sur le terrain. Les indicateurs de FBP ont été développés, les outils définis et les formations ; le renforcement des capacités a tous les niveaux du système de santé (national, district, centre de santé) ont été réalisés et ce processus se poursuit. Un site web et une base de données utilisant l'internet pour la saisie et la consultation des données ont été créés (www.pbfrwanda.org.rw). Par ailleurs, un mécanisme de coordination mensuelle et de décision a été introduit avec la création de l'Equipe Elargie à partir de Mai 2007 pour assurer le lien entre la politique/stratégie et la mise en œuvre. Enfin, depuis le 1^{er} Avril 2008, le FBP a été étendu à tout le territoire national, incluant ainsi tous les centres de santé et tous les hôpitaux de districts.

Les défis actuels du financement basé sur la performance au niveau communautaire

Le FBP Communautaire a été conçu en décembre 2005 et a été mis en place en janvier 2006 dans 23 districts,³ en tant que partie intégrante de la stratégie nationale de santé communautaire.⁴ Bien que le ministère de la santé soit en charge de la politique

¹ 'Rwanda: Performance-Based Financing in Health', Louis Rusa et Gyuri Fritsche, Managing for Development Results Sourcebook, 2007 deuxième édition, <http://www.mfdr.org/Sourcebook/index.html> (accédé 25 May 2007)

² Une bonne description de ces deux modèles, et les anciens modèles FBP pilotes peut être trouvée dans 'Provider Payment Mechanisms using Performance-based Financing/Performance-based Contracting'. Musango, L et Fritsche, G et al. Draft 22 Sept 2007.

³ Information obtenu de une présentation de G. Gahenda dans la réunion du groupe de travail technique sur l'FBP du 16 Oct

⁴ 'Politique de Santé Communautaire', 2008 MOH.

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

générale, le ministère de l'administration locale devait en assurer la mise en œuvre. Quatre vingt dix millions de francs rwandais ont été versés aux comptes des districts au cours des neuf trimestres passés (Janvier 2006 à décembre 2008). Six indicateurs de santé communautaire avaient été choisis pour être évalué dans le cadre du FBP au niveau communautaire.

Il s'agit de :

1. L'adhésion à la mutuelle
2. Accouchement au centre de santé
3. Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
4. Prise en charge de la déshydratation due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans.
5. L'hygiène personnelle
6. Le rapportage

Le FBP au niveau de la communauté a jusqu'ici été appliqué sans guide précis ni soutien technique. Même si une évaluation officielle d'impact reste encore à faire, il existe un sentiment général que celui-ci n'a pas atteint les objectifs attendus.

Le ministère de la santé, a travers le Desk santé communautaire, a donc requis l'appui de la CAAC pour développer un modèle administratif pour le FBP au niveau communautaire. La finalisation d'un tel modèle administratif est devenue une urgence car les fonds pour sa mise en œuvre sont disponibles à travers le Round Seven du Fonds global pour les 187 centres de santé qu'il appuie et le gouvernement américain, à travers l'initiative présidentielle pour la malaria (*President's Malaria Initiative- PMI*) a manifesté un intérêt dans le FBP au niveau communautaire, et a disponibilité quelques fonds pour piloter une telle approche.

Suite à de multiples réunions du groupe technique de travail (*Technical Working Group TWG*), quelques principes de base ont été établis sur le modèle du FBP au niveau communautaire et les changements suivants ont été suggérés : (1) Les fonds FBP au niveau communautaire doivent être décentralisés aux secteurs et aux centres de santé (2) Un comité de vérification doit être formé au niveau du secteur (3) des contrats doivent être mis en place entre les différents acteurs et (4) les outils de collecte et de rapportage doivent être standardisés.

Déterminer les standards de performance

Les standards de performance impliquent qu'il y ait une évaluation. Normalement, l'évaluation de la performance serait basée sur des procédures de rapportage réguliers, des enquêtes et autres études. Dans le modèle de financement basé sur la performance au Rwanda, l'accent est mis sur le contrôle des données au niveau où les services sont fournis, au niveau du district et au niveau national avant de rémunérer ladite performance. De plus, des enquêtes sur les patients sont pour le moment en cours de réalisation pour ajouter un élément supplémentaire de contrôle et obtenir les avis des

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

communautés sur les services reçues. Plusieurs mécanismes ont été créés pour encourager un rapportage correct, tels que les contrats entre le secteur et le comité de gestion du centre de santé, l'auto-évaluation par le comité de gestion du centre de santé avant la transmission des résultats de leur performance, le contrôle externe par le district (hôpitaux de districts ou USF) au niveau de la formation sanitaire à travers la vérification du remplissage de chaque indicateur rémunéré dans son registre approprié, et en s'assurant de la fonctionnalité des systèmes de gestion grâce à un outil élaboré d'évaluation trimestrielle de la qualité. Des délibérations sur les résultats de performance, tant de qualité que de quantité, interviennent trimestriellement au niveau des Comité de Pilotage du FBP établis dans chaque district et composés par les directeurs de la santé des districts, les agents des hôpitaux, les membres de la société civile, les prestataires et les assistants techniques. Ces comités de pilotage sont régis par des contrats multilatéraux entre les maires de districts et les membres de ces comités. Une assistance technique est fournie à ces comités par le niveau national à travers une équipe de plus de 40 assistants techniques du niveau central appartenant à 9 différentes organisations non-gouvernementales et départements du ministre de la santé. Les standards de performance dans le FBP des centres de santé sont une liste de résultats quantitatifs, lesquels sont pondérés par une mesure trimestrielle de la qualité. La formule est la suivante : $CS_{\text{rémunération}} = \text{Quantité} * \% \text{ Qualité}$.

Appliquer à la communauté un système de performance tel que celui utilisé au niveau des centres de santé est un défi. Cela demanderait un coût considérable en termes de temps et d'argent pour monter un système qui vérifie chaque indicateur au niveau de la communauté. Par exemple, pour rémunérer 10 FRW par chaque session de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) tenue par chaque agent de santé communautaire selon le modèle du PBF du CS, il faudrait vérifier chaque session de CCC tenue dans la communauté ou, au moins s'assurer de façon crédible que telle activité a eu lieu. Toutefois, même si nous parvenions à déterminer qu'un certain volume de sessions a eu lieu, nous n'aurions aucune indication sur la qualité de la session ni sur son impact. Rémunérer chaque cas risquerait d'entraîner des sur-rapportages, ce qui demanderait des mécanismes crédibles et coûteux pour décourager de telles pratiques.

A partir de cette analyse, il semble souhaitable que l'indicateur soit en fait un rapport trimestriel dans lequel figureraient certains indicateurs sur lesquels les agents de santé communautaire sont appelés de rapporter dans la routine. Un contrat peut être mis en place avec les agents de santé communautaire regroupés en coopératives qui seraient chargés d'organiser la collecte des données. La mesure de performance serait alors le rapportage dans les délais impartis pour la collecte et la transmission des données. La performance pourrait être évaluée au niveau du secteur par un comité se réunissant trimestriellement. Ce comité examinerait le contenu de la performance et prendrait ensuite les décisions nécessaires.

Séparation des fonctions

Une séparation des fonctions est nécessaire lorsqu'on rémunère la performance et évalue les résultats. Il s'agit de séparer « l'acheteur » et le prestataire et réduire les risques de conflit d'intérêts. Par exemple, lorsque l'organisation qui effectue les évaluations est

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

aussi l'organisation prestataire des services, dans ce cas, celui-ci ne peut s'évaluer ou se contrôler lui-même. De même, lorsque le contrôleur de la qualité (l'hôpital de district de district dans ce cas) contrôle aussi l'aspect quantitatif, il pourrait ainsi entrer en situation de conflit d'intérêt, voire de fraude en connivence avec le centre de santé qui fournit les services. Les questions d'hasard moral par le contrôleur sont élevées si le contrôleur a ainsi le pouvoir de décider seul du niveau de performance, quand bien même il ne serait pas l'organisation responsable de la rémunération de cette performance.

La stratégie actuelle du Gouvernement Rwandais, telle qu'illustrée dans la politique de santé communautaire, est basée sur le caractère volontaire du travail de l'agent de santé communautaire. Ces agents ont récemment été élus et formés pour fournir certains services locaux de développement et de santé.

Le FBP au niveau communautaire n'est pas destiné à la rémunération individuelle. Le but de ces primes est destiné à augmenter le capital des coopératives des agents de santé communautaire. A leur tour, ces coopératives pourront créer des activités génératrices de revenus aux bénéficiaires de leurs membres. La rémunération de ces membres proviendra des profits générés par les activités de leurs coopératives.

Le modèle du FBP au niveau communautaire

La création d'un modèle national de FBP au niveau de la communauté comporte des défis aussi bien que des opportunités. Un des défis réside dans la création d'un modèle administratif, d'introduire ses structures institutionnelles, et en espérant que celles-ci pourront permettre un suivi efficace des données et résultats. Un autre défi consiste à créer une structure de gouvernance qui permettra aux fonds FBP niveau secteur provenant de différents partenaires d'arriver jusqu'aux agents de santé communautaire. Toutefois, il existe aussi de grandes opportunités dans la création d'un système administratif qui, s'il s'avère efficace, pourra aussi servir à injecter plus de financement dans toutes ces importantes activités, une nécessité pour atteindre les objectifs de développement du Millénaire et la vision 2020 du Rwanda.

Nous proposons donc la création de structures institutionnelles pour le système de FBP au niveau de la communauté qui permettront la rémunération des structures de base pour un seul indicateur: la transmission dans les délais d'un rapport trimestriel d'activités par les agents de santé communautaire au Comité de Pilotage du PBF de chaque Secteur et sa validation par ce même comité de pilotage.

Pour le FBP au niveau communautaire, les fonctions/rôles proposés sont les suivants:

- **L(es) acheteur (s):** le comité de pilotage au niveau du secteur qui réunit le chargé des affaires sociales du secteur, le titulaire du centre de santé, l'encadreur des agents de santé communautaires, le président de la coopérative des agents de

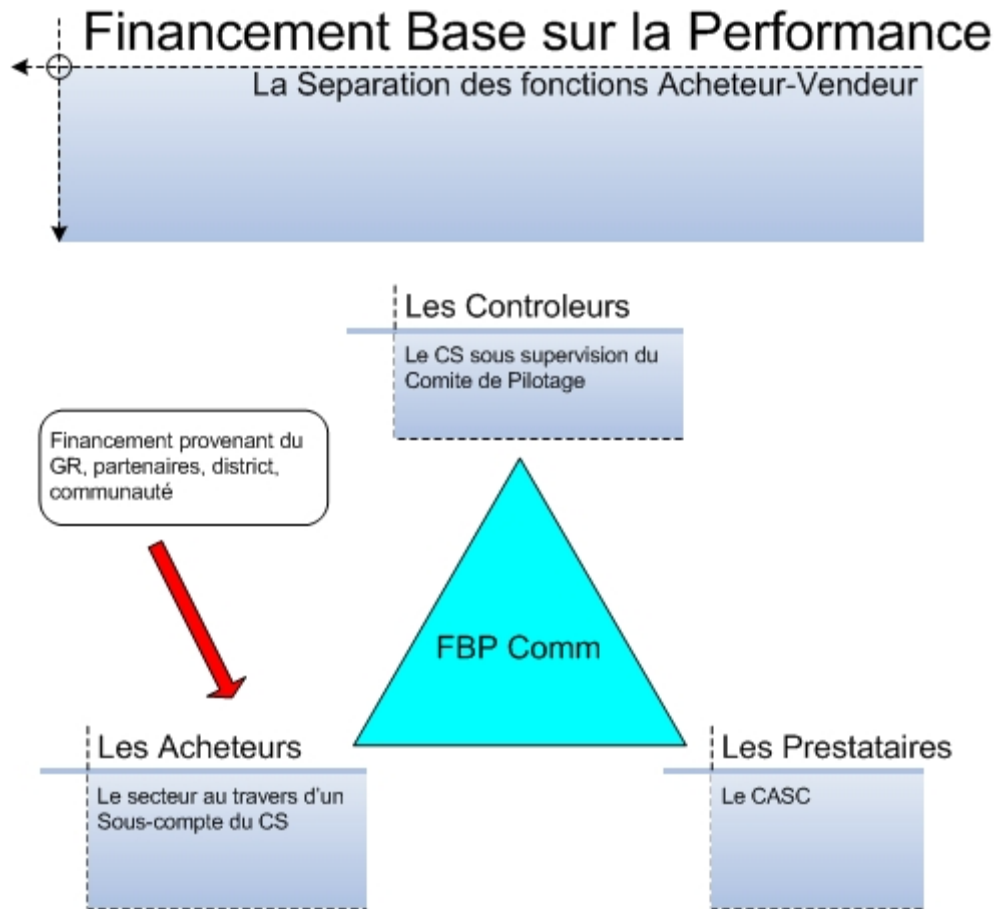
Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

santé communautaire, et un membre de la société civile. Le budget est transféré dans le sous-compte du centre de santé.

- Le(s) **prestataire(s)**: les coopératives des agents de santé communautaire
- Le(s) **contrôleur(s)**: le centre de santé sous supervision du comité de pilotage au niveau du secteur.

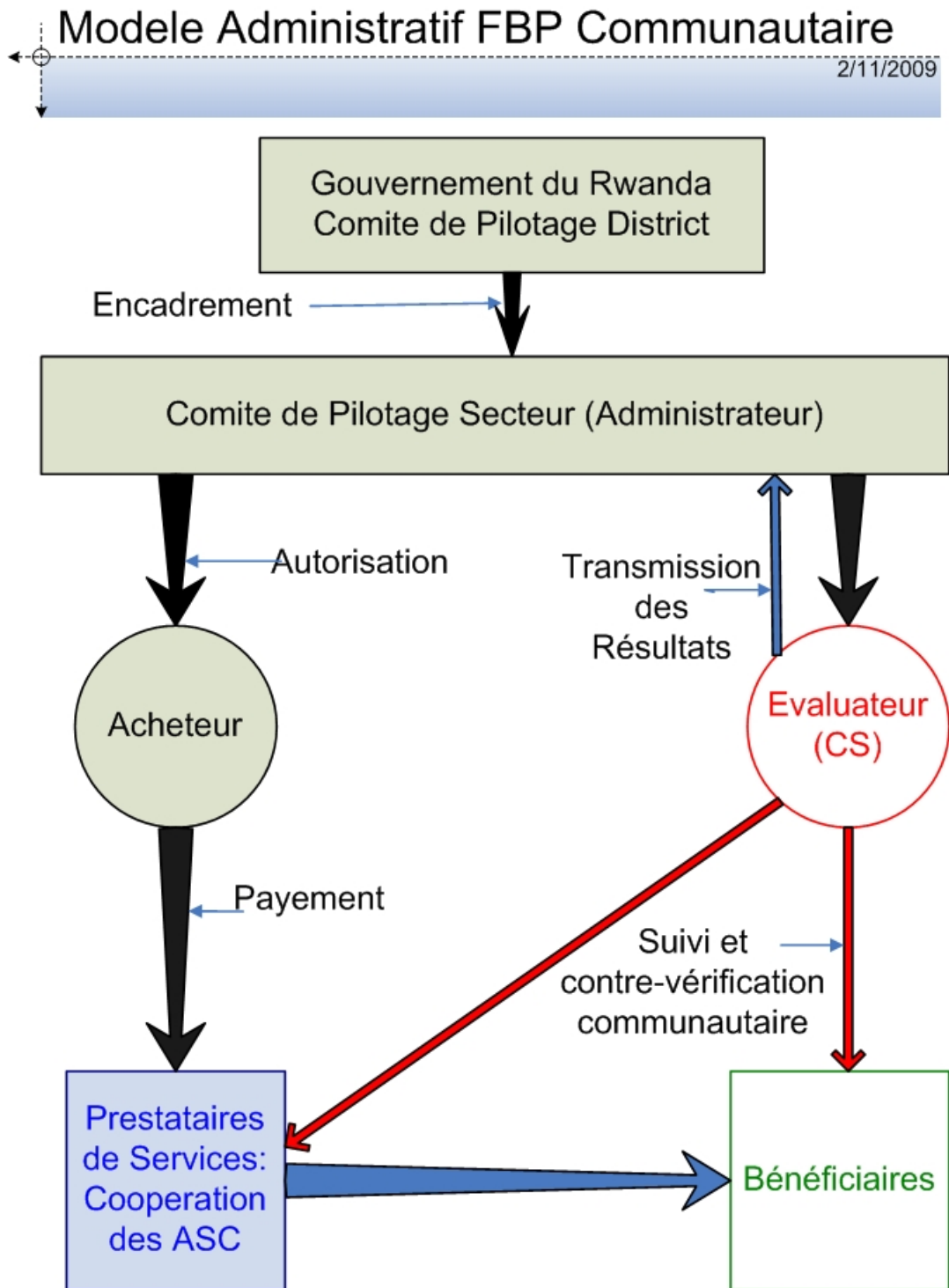
Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Figure 1: La séparation des fonctions acheteur-vendeur dans le modèle du FBP au niveau communautaire



Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Figure 2: Le modèle administratif du FBP au niveau communautaire



Sur le schéma ci-dessus:

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

1. Le Gouvernement du Rwanda, les partenaires et les districts définissent la politique globale et soutiennent le système national de FBP au niveau de la communauté.
2. Le comité de pilotage du District soutient le comité de pilotage du Secteur à travers :
 - a. Le soutien général et le développement des capacités dans le cadre des mécanismes institutionnels régissant le système du FBP au niveau de la communauté
 - b. Organiser la saisie des données à travers l'application web.
3. Le Comité de Pilotage du secteur évalue le niveau de réalisation :
 - a. Discute du rapport de la performance communautaire trimestrielle du secteur et, le cas échéant, le valide/l'approuve
 - b. Discute des observations éventuelles soumises par le centre de santé
 - c. Approuve les paiements après avoir déterminé la performance atteinte sur base des indicateurs clés. Le personnel du centre de santé, à travers les visites à domicile vont procéder à des échantillonnages et vérifier les rapports de performance des agents de santé communautaire.
4. Le secteur administratif signe un contrat avec les agents de santé communautaire détaillant les indicateurs de performance communautaire et le contenu des rapports à soumettre à des dates précises. Il compile ces rapports à partir des rapports mensuels des agents de santé communautaire. Les partenaires (le bailleur, l'acheteur, le contrôleur et le prestataire) signent un mémorandum avec le Maire de district. Les fonds destinés aux coopératives des agents de santé communautaire seront virés sur un sous-compte bancaire spécial du centre de santé, le centre de santé jouera ici le rôle de l'acheteur.

Les structures institutionnelles et le paiement

Les fonds pour le FBP au niveau de la communauté sont disponibles à travers le fonds global et la ligne budgétaire du Gouvernement Rwandais, l'appui budgétaire au secteur administratif, la banque mondiale et l'aide norvégienne. Le centre de santé doit ouvrir un compte bancaire spécial pour la santé communautaire. La base de données du FBP contient une liste mise à jour et détaillée de tous les comptes bancaires des centres de santé du Rwanda. Les données trimestrielles compilées des agents de santé communautaire vérifiées par les comités de pilotage du secteur sont transmises au niveau du district par les contrôleurs de district et saisies dans la base de données FBP en utilisant internet. Les retro-informations ainsi produites au travers ce système sont présentées aux comités FBP du secteur pour être approuvées. De cette façon, les données erronées saisies peuvent être repérées par les secteurs. Les fonds peuvent être transférés du niveau central jusqu'au niveau du centre de santé qui peut ensuite les déboursier lorsque les standards de performance ont été réalisés (telle que déterminée par le Comité FBP du secteur). Un ordre de paiement semi-automatisé pour le FBP au niveau communautaire peut être créé, après le processus national qui pourra certifier qu'une vérification a bien eu lieu. Par exemple, si les rapports ont été saisis à temps dans la base de données PBF.

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Bien que les secteurs aient différentes caractéristiques dues à la pauvreté, la géographie et la taille de la population, il est souhaitable de mettre rapidement en place un système pour allouer des fonds sur base de la taille de la population cible. Plus tard, si ces autres données sont disponibles, l'équité sera renforcée par l'introduction d'un index destiné à l'allocation du budget en prenant en compte différentes variables (équité verticale).

2. Contrat entre le Maire et le Comité de Pilotage du secteur

Il y a deux modèles de contrats dans le système rwandais de FBP au niveau communautaire. Le premier est un contrat entre le Maire et le Comité de pilotage du FBP au niveau du secteur. Le deuxième est un contrat entre le Secteur et la Cooperative des Agents de Santé Communautaire (voir point 3).

Le premier contrat est entre le Maire, représenté par le secrétaire exécutif du secteur administratif et chaque Comité de pilotage du FBP au niveau du secteur. Cet accord établit les règles qui régissent le Comité de pilotage du FBP niveau secteur.

Les membres du comité de pilotage niveau secteur: (1) Le chargé des affaires sociales du secteur (président) (2) Le titulaire du centre de santé (vice-président), (3) Le responsable ou encadreur des ASC (secrétaire), (4) Le président de la coopérative des agents de santé communautaire (**membre** sans droit de vote), (5) un membre de la communauté ou société civile (c-à-dire une personne qui ne fait partie d'aucune des institutions représentées).

Les populations cibles des centres de santé et les frontières des secteurs ne se chevauchent pas. Certains secteurs disposent de plusieurs centres de santé mais, à ce jour, on compte quelques secteurs qui n'ont aucun centre de santé sur leur territoire. Le secteur dans lequel est situé le centre de santé signe le contrat avec le comité de pilotage du FBP niveau secteur. Il peut dès lors y avoir un seul comité de pilotage FBP de secteur mais il peut y avoir plusieurs centres de santé et ainsi plusieurs coopératives régis par le même contrat. La composition des comités de pilotage du FBP niveau secteur inclura tous ces centres de santé et toutes ces coopératives et leur représentant dans la communauté.

Par exemple, dans le cas où il y a deux centres de santé dans un secteur, le comité de pilotage du FBP niveau secteur sera le suivant :

Les membres du comité de pilotage FBP niveau secteur sont: (1) Le chargé des affaires sociales du secteur (président) (2) un titulaire de centre de santé (Vice-président), (3) le titulaire du deuxième centre de santé, (4) le responsable ou encadreur des ASC d'un premier CS (secrétaire), (5) Les présidents de chaque coopérative d'agents de santé communautaires (**membres** sans droit de vote), (6) Le deuxième responsable ou encadreur des ASC du deuxième CS, (7) un membre de la communauté aux alentours de

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

chaque centre santé (personnes ne faisant pas partie d'aucune des institutions représentées).

Chaque membre signe le contrat et celui-ci est gardé dans un dossier spécial au niveau de l'administration du secteur. Un exemplaire du contrat est annexé (annexe 1) au présent manuel.

3. Contrat entre l'administration du secteur et la coopérative des agents de santé communautaire (CASC)

Le second contrat dans le modèle FBP au niveau communautaire est un contrat d'achat. Celui-ci est passé entre la CASC et l'administration du secteur. Le contrat est géré par le comité de pilotage du FBP du secteur. Les paiements, une fois approuvés par le comité de pilotage du secteur sont fait à partir du centre de santé vers la CASC. Le centre de santé aura ouvert un sous-compte bancaire sur lequel les fonds venus du niveau central seront déposés à l'avance pour payer la CASC aussitôt que la performance sera certifiée.

Chaque CASC aux alentours du centre de santé signe ainsi un contrat avec l'administration du secteur. Tous les contrats d'achat des CASC d'un secteur sont gérés par le comité de pilotage du FBP de ce secteur.

Le contrat d'achat est conservé dans un dossier spécial au niveau de l'administration de secteur. Une copie du contrat est annexée au présent document, dans annexe 2.

4. Directives pour les réunions du comité de pilotage FBP du secteur

Le contrat du comité de pilotage (annexe 1) donne les informations essentielles concernant les termes de référence et la gouvernance des comités de pilotage du secteur.

Les directives additionnelles pour les réunions des Comités de pilotage FBP du secteur sont les suivantes:

Participants et quorum

- Les participants sont ceux énumérés dans le contrat entre le Maire et les membres du comité de pilotage
- Le quorum⁵ minimum est atteint avec la présence d'au moins un représentant des trois institutions suivantes: (i) le représentant de l'administration du secteur (ii) Le titulaire du centre de santé ou un adjoint (iii) un représentant de la communauté.

Procédures

- Convocation de la réunion : par le chargé des affaires sociales du secteur ou son délégué. La réunion devrait être annoncée au moins 3 jours avant la date prévue.
- Entrée des données dans la base de données FBP BDD : la responsabilité finale incombe au directeur de l'USF qui peut déléguer. La collecte des données mensuelles FBP/ SIScom. du secteur revient aux CASC mais la transmission de ce rapport est de la responsabilité de l'hôpital de district dont les superviseurs visitent fréquemment les centres de santé. L'entrée des données dans le PBF BDD se fera sous l'autorité du président du comité de pilotage du district qui pourra en déléguer la responsabilité à une personne qui gère le compte FBP du district.

Mesure de la performance du comité de pilotage FBP du secteur

Un budget trimestriel sera alloué au comité de pilotage FBP du secteur. Ce budget trimestriel est basé sur la performance et est fonction de l'exécution correcte de certaines tâches. Le comité de pilotage FBP du district jugera la performance des comités de pilotage FBP des secteurs. Le fonds de fonctionnement des FBP des secteurs proviendra de la ligne budgétaire Minaloc destinée au FBP communautaire. Ce budget trimestriel sur base de performance a été fixé à 50.000 FRW.

⁵ "Dans la loi, le **quorum** est le nombre minimum nécessaire de membres du corps délibérative pour conduire les affaires de ce groupe. D'ordinaire, ceci constitue la majorité de gens souhaités être présents.

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

	Item		Paiement (Max)
1	Promptitude	La réunion trimestrielle du comité de pilotage FBP du secteur tenue avant le 15eme jour du 5eme mois et le procès verbal disponible et transmis (avec accuse de réception) avant le 15eme jour du 5eme mois. Si les critères sont remplis (40%), si non (0%)	40% du budget disponible
2	Suivi des directives	Le procès verbal conforme au format en annexe 4. Les directives des comités de pilotage FBP des secteurs ont été suivies correctement. Si les critères remplis (40%) ; si non (0%)	40% du budget disponible
3	Paiement	Paiement des CASC exécuté avant les 10 jours ouvrables après la réunion du comité de pilotage du secteur. Si les critères sont remplis (20%); si non (0%)	20% du budget disponible
Total			100%

5. Description de la coopérative des agents de santé communautaire

Les membres de la coopérative sont les agents de santé communautaire actifs dans la zone de rayonnement d'un centre de santé. Actuellement, les agents de santé communautaire agissent en "binôme" (1 Femme/1 Homme) par village et un animateur de santé maternelle par village (ancienne accoucheuse traditionnelle). Le ministère de la santé ne considère que les agents de santé tels que définis ci-dessous en tant que membres des CASC (Article 13 et 14 du contrat secteur/CASC).

Le FBP au niveau de la communauté **ne rémunère pas** la performance individuelle. Le but des primes de motivation est d'augmenter les revenus des coopératives. Les coopératives peuvent ainsi investir dans des activités génératrices de revenus au bénéfice de tous leurs membres. La rémunération des agents de santé se fera à partir des profits générés par les activités des coopératives (Article 19 du contrat secteur/CASC).

6. Modèle de la fiche mensuelle de relevé des données de la CASC

La fiche mensuelle de relevé des données de la CASC est annexée en 7. Cette fiche contient les données compilées de tous les ASC de la zone de rayonnement du centre de santé. Elle doit être transmise au centre de santé avec accusé de réception avant le 10 du mois suivant la période rapportée. Ces fiches sont identiques à celles utilisées pour le rapport mensuel de la CASC au niveau du village. Chaque village compile son rapport d'activités de la CASC (un rapport / village). Ensuite, les rapports de tous les villages dans le cadre de la Cellule sont compilés dans un rapport mensuel de la cellule. Tous les rapports de la cellule sont ensuite compilés par le CASC dans un rapport mensuel du SC Secteur. Les différents niveaux de compilation sont indiqués dans la case « niveau de compilation » du rapport (voir ci-dessous).



RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITE DES

	Mois	
District		Centre de Santé
Niveau de compilation	<input type="checkbox"/> Village	<input type="checkbox"/> Cellule <input type="checkbox"/> Cooperative
Nombre d'Agents		
Nom du Responsable		

7. Modèle de rapport trimestriel consolidé du centre de santé (imprimé de la BDD-FBP)

Le rapport trimestriel consolidé du centre de santé est imprimé à partir de la base de données FBP par l'USF. Après impression, le rapport doit être amené aux centres de santé à temps pour la tenue des comités de pilotage FBP du secteur, avant le 15 du 5^{ème} mois. S'il y a plusieurs centres de santé dans un secteur alors il ya aura autant de rapports trimestriels consolidés que de centres de santé.

Les tâches décrites ci-dessous seront sous la supervision et l'autorité du président du comité de pilotage de District qui est aussi le directeur de l'USF.

Se référer à l'annexe 5 pour un modèle du rapport consolidé.

8. Description du schéma du système d'information sanitaire dans la santé communautaire

Les indicateurs du système d'information de santé communautaire et les indicateurs de financement basé sur la performance du niveau communautaire sont identiques. Les vingt deux indicateurs, les registres et autres outils d'enregistrement et de rapportage sont les mêmes. De plus, les données sont transmises de la même manière, tel que repris dans l'annexe 6. Les étapes sont les suivantes :

- I. Les agents de santé communautaire du village rassemblent leurs rapports mensuels dans les trois jours après la fin de chaque mois en utilisant la fiche reprise dans l'annexe 7. Il y aura un seul rapport mensuel d'ASC par village.
- II. Le rapport mensuel des ASC est ensuite compilé au niveau de la cellule, dans les huit jours suivants la fin du mois, en utilisant la fiche reprise dans l'annexe 7. Il y aura un seul rapport mensuel de cellule pour chaque cellule.
- III. Les rapports mensuels des cellules sont rassemblés au niveau du Secteur par les CASC dans les 15 jours de la fin du mois en utilisant le modèle repris dans l'annexe 6. Il y aura un seul rapport mensuel de CASC par centre de santé. Si au cours de la prochaine phase de décentralisation la cellule est supprimée, il sera souhaitable que la CASC conserve quelques responsabilités d'organisation des rapports des agents de santé communautaire suivant les lignes des anciennes cellules. Ces rapports doivent être transmis aux centres de santé par la CASC contre un accusé de réception remis par le centre de santé.
- IV. Les rapports mensuels des CASC sont envoyés le plus vite possible à l'USF (à l'aide des superviseurs de l'hôpital de district) pour être saisis dans la base de données du FBP- BDD avant la fin du mois. La responsabilité de la transmission des rapports incombe à l'hôpital de district et son exécution sera vérifiée dans l'évaluation du FBP de l'hôpital.

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

- V. Une fois par trimestre, un rapport trimestriel consolidé des centres de santé est imprimé par l'USF ou une autre personne désignée par le président de l'USF. Il y a un rapport par centre de santé. L'hôpital de district a la responsabilité de ramener ces rapports consolidés aux centres de santé avant le 5 du 5ème mois.
- VI. Les rapports FBP trimestriels consolidés des centres de santé sont validés par les comités de pilotage de secteur une fois par trimestre avant le 15 du 5ème mois. Les modifications, s'il y en a, sont communiquées à l'USF avec le procès verbal des réunions. Ces modifications dans le FBP-BDD sont exécutées par l'USF.
- VII. Les centres de santé devront, au moins une fois par trimestre, donner une retro-information aux ASC sur les activités rapportées.

9. Les indicateurs et les outils de rapportage utilisés dans la santé communautaire.

Le FBP au niveau communautaire est basé sur la promptitude, la complétude et l'exactitude des rapports de sante communautaire. Le FBP au niveau de la communauté est un outil pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la transmission des données et l'usage de la planification à tous les niveaux, en commençant par le secteur. En substance, les indicateurs de FBP au niveau communautaire sont le paquet du système d'information sanitaire au niveau communautaire. Une part essentielle des formations dans le FBP au niveau de la communauté se fonde sur la gestion du système d'informations sanitaires au niveau de la communauté (SISCom.) et sur les outils de rapportage. Un outil séparé sur le SIS comm. A été rédigé (annexe 7).

Annexes

Annexe 1: Contrat entre le Secrétaire Exécutif du secteur et les membres du Comité de pilotage du FBP du Secteur

République du Rwanda



Ministère de l'Administration Locale

Contrat

Entre le Secrétaire exécutif du secteur et le Comité de Pilotage FBP du Secteur dans le cadre du modèle de Financement Basé sur la Performance au niveau communautaire

Contexte

Le ministère de la santé a établi le financement basé sur la performance (FBP) à tous les niveaux du système de santé. Le FBP, ensemble avec l'Assurance Qualité et la mutuelle de santé sont les fondements de la politique et de la stratégie nationale de santé du ministère de la santé. Le développement de la santé communautaire est essentiel pour atteindre les objectifs du développement du millénaire et la vision 2020 du Rwanda. Pour cela, un nouveau modèle national du FBP communautaire a été approuvé par le ministère de la santé. Il consiste en une décentralisation des mécanismes de contrôle et de prise de décision au niveau du secteur administratif, à travers le Comité de Pilotage du PBF de Secteur, et le paiement de la coopérative des agents de santé communautaire (CASC) par le centre de santé après vérification par le comité de pilotage niveau secteur.

Objectifs de ce contrat

L'objectif de ce contrat est de formaliser la procédure au niveau du Comité de Pilotage du FBP du secteur en établissant les rôles respectifs du Maire de district, représenté par son secrétaire exécutif du secteur, et chaque membre du comité de pilotage de district.

Article 1: Les membres du comité de pilotage FBP du secteur

Les membres du comité de pilotage du secteur sont : (1) Le chargé des affaires sociales du secteur (Président), (2) Le titulaire du centre santé (Vice président), (3) Le responsable

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

ou encadreur des agents de santé communautaires (Secrétaire), (4) Le président de l'association/coopérative des agents de santé communautaire (membre **sans droit de vote**), (5) Un membre de la communauté ou société civile (n'appartenant à aucune des institutions représentées ci-dessus).

Il ne peut y avoir qu'un seul Comité de Pilotage par Secteur mais plusieurs Centres de Santé et Coopératives d'Agents de Santé Communautaire par Contrat. Les représentants de tous ces centres et coopératives devront faire partie du comité.

Dans le cas de plusieurs centres de santé dans un même secteur, le comité sera composé de la façon suivante:

(1) Le chargé des affaires sociales du secteur (Président), (2) Un premier titulaire du centre santé (Vice président), (3) Le titulaire du second centre santé (4) L'encadreur des agents de santé communautaire (Secrétaire), (5) Les présidents des associations/coopératives des agents de santé communautaire (membres **sans droit de vote**), (6) L'encadreur des agents de santé communautaire du second centre de santé et (7) Un membre de la communauté (n'appartenant à aucune des institutions représentées ci-dessus).

Article 2: Régularité des réunions du Comité de Pilotage FBP du secteur

Les réunions du Comité de Pilotage de FBP du secteur se tiennent obligatoirement une fois par trimestre, lors de la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine du 5^{ème} mois. Pour le 1^{er} trimestre, la réunion aura lieu au mois de mai, pour le 2^{ème} trimestre elle aura lieu au mois d'août, pour le 3^{ème} trimestre elle aura lieu au mois de Novembre et pour le 4^{ème} trimestre elle aura lieu au mois de Février. Des réunions additionnelles peuvent avoir lieu si le comité en prend la décision.

Article 3: Quorum

Le quorum à atteindre pour chaque réunion sera de quatre personnes, comprenant obligatoirement (1) un représentant de l'administration du secteur, (2) le titulaire du centre de santé ou son délégué, (3) un représentant de la communauté.

Article 4: Rôles du Comité de Pilotage de FBP du secteur

Le Comité de Pilotage FBP du secteur devra: (i) Etudier les imprimés trimestriels du FBP communautaire (voir modèle en annexe 3) tels que préparés par le responsable du District en charge de l'entrée des données, (ii) Comparer ces données obtenues à travers cette entrée avec les totaux mensuels soumis par la CASC au Centre de Santé (iv) Corriger les erreurs éventuelles et en informer le responsable du district pour la saisie des données (v) Discuter le contenu des indicateurs et faire des recommandations nécessaires à la santé communautaire et, (vi) autoriser les paiements pour les coopératives d'agents de santé communautaire de chaque centre de santé.

Article 5: Le rapport trimestriel compilé du FBP communautaire

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Le Comité de Pilotage FBP du secteur devra approuver les factures mensuelles des CASC uniquement sur base des imprimés du rapport trimestriel consolidé provenant de la base de données nationale du FBP.

Article 6: Présidence des réunions

La présidence de la réunion sera assurée par le chargé des affaires sociales ou son adjoint, à savoir le titulaire d'un des centres de santé.

Article 7: Le secrétariat des réunions

Le secrétariat sera assuré par l'encadreur des agents de santé communautaire.

Article 8: Les procès-verbaux des réunions

Les procès verbaux seront préparés et signés de préférence pendant ou après chaque réunion. A défaut d'ordinateur un registre sera préparé à cet effet. Une fiche de présence devra être annexée et il devra y avoir une indication de la date et des données discutées. Ce registre devra être rangé dans un lieu sécurisé du Centre de Santé, sous la responsabilité du titulaire.

Article 9: Transfert des données au District avant la tenue des réunions.

La coopérative des agents de santé communautaire est tenue, à travers un contrat passé avec l'administration du secteur, de remettre 3 rapports mensuels au centre de santé résumant les rapports des agents de santé communautaire. Ces 3 rapports devront refléter les 3 mois précédents et selon le format indiqué en annexe 1 du présent contrat. Ils devront être remis au plus tard le 10^{ème} jour après la fin de chaque trimestre au titulaire du centre de santé qui doit émettre un accusé de réception. Le centre de santé est à son tour responsable de transmettre ces rapports au district par l'intermédiaire notamment du superviseur de l'hôpital. Le superviseur de l'hôpital devra ensuite les transmettre au chargé de la saisie dans la base de données FBP national au niveau du district.

Article 10: Transfert des données du district au secteur avant la tenue des réunions.

L'entrée des données dans la base de données nationale est de la responsabilité de la personne déléguée en ce sens par le Comité de Pilotage de District. Ce responsable aura la charge d'imprimer un rapport trimestriel dans le cadre du FBP communautaire pour chaque secteur.

Article 11: Transfert des données en provenance du district aux secteurs après la tenue des réunions.

Ces rapports trimestriels sont à retourner aux titulaires des centres de santé. Les titulaires sont tenus de remettre un accusé de réception desdits rapports. Le directeur de l'hôpital de district (à travers son équipe de supervision) a la responsabilité d'organiser la distribution de ces rapports trimestriels aux centres de santé.

Article 12: Per-diems et autres dépenses du Comité de FBP du secteur.

L'administration du secteur prendra en charge, dans les conditions normales fixées par le gouvernement, des frais de per-diems éventuels et autres dépenses en relation avec les

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

exercices de contre-vérification. L'administration du secteur recevra pour cela un budget destiné à l'exécution du PBF communautaire.

POUR ACCORD, LES SIGNATAIRES

Date:

Le Secrétaire Exécutif du secteur

Le chargé des affaires sociales du secteur

Le titulaire du Centre de Santé

Le chargé de la supervision des agents de santé communautaire au Centre de Santé

Le Président de la CASC

Le représentant de la communauté

Annexe 1: Indicateurs FBP Communautaire

Annexe 2: Formulaire de collecte de données mensuelles du CASC

Annexe 3: Fiche trimestrielle imprimée (de la base de données)

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Annexe 2: Contrat entre le Secrétaire Exécutif du secteur et la coopérative des agents de santé communautaire (CASC)

République du Rwanda



Ministère de l'administration locale

Contrat

Entre le Secrétaire Exécutif du secteur et la coopérative des agents de santé communautaire (CASC) dans le cadre du modèle de Financement Basé sur la Performance au niveau communautaire

Contexte

Le ministère de la santé a établi le financement basé sur la performance (FBP) à tous les niveaux du système de santé. Le FBP, ensemble avec l'Assurance Qualité et la mutuelle de santé sont les fondements de la politique et de la stratégie nationale de santé du ministère de la santé. Le développement de la santé communautaire est essentiel pour atteindre les objectifs du développement du millénaire et la vision 2020 du Rwanda. Pour cela, un nouveau modèle national du FBP communautaire a été approuvé par le ministère de la santé. Il consiste en une décentralisation des mécanismes de contrôle et de prise de décision au niveau du secteur administratif, à travers le Comité de Pilotage du PBF de Secteur, et le paiement de la coopérative des agents de santé communautaire (CASC) par le centre de santé après vérification par le comité de pilotage niveau secteur.

Objectifs de ce contrat

L'objectif de ce contrat est de formaliser la procédure au niveau du Comité de Pilotage du FBP du secteur en établissant les rôles respectifs du Maire de district, représenté par son secrétaire exécutif du secteur, et chaque membre du comité de pilotage de district.

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Partie A:

Articles relatifs à la structure institutionnelle administrative du comité de pilotage FBP du secteur

Article 1: Les membres du comité de pilotage FBP du secteur

Les membres du comité de pilotage du secteur sont : (1) Le chargé des affaires sociales du secteur (Président), (2) Le titulaire du centre santé (Vice président), (3) Le responsable ou encadreur des agents de santé communautaires (Secrétaire), (4) Le président de l'association/coopérative des agents de santé communautaire (membre **sans droit de vote**), (5) Un membre de la communauté ou société civile (n'appartenant à aucune des institutions représentées ci-dessus).

Il ne peut y avoir qu'un seul Comité de Pilotage par Secteur mais plusieurs Centres de Santé et Coopératives d'Agents de Santé Communautaire par Contrat. Les représentants de tous ces centres et coopératives devront faire partie du comité.

Dans le cas de plusieurs centres de santé dans un même secteur, le comité sera composé de la façon suivante:

(1) Le chargé des affaires sociales du secteur (Président), (2) Un premier titulaire du centre santé (Vice président), (3) Le titulaire du second centre santé (4) L'encadreur des agents de santé communautaire (Secrétaire), (5) Les présidents des associations/coopératives des agents de santé communautaire (membres **sans droit de vote**), (6) L'encadreur des agents de santé communautaire du second centre de santé et (7) Un membre de la communauté (n'appartenant à aucune des institutions représentées ci-dessus).

Article 2: Régularité des réunions du Comité de Pilotage FBP du secteur

Les réunions du Comité de Pilotage de FBP du secteur se tiennent obligatoirement une fois par trimestre, lors de la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine du 5^{ème} mois. Pour le 1^{er} trimestre, la réunion aura lieu au mois de mai, pour le 2^{ème} trimestre elle aura lieu au mois d'aout, pour le 3^{ème} trimestre elle aura lieu au mois de Novembre et pour le 4^{ème} trimestre elle aura lieu au mois de Février. Des réunions additionnelles peuvent avoir lieu si le comité en prend la décision.

Article 3: Quorum

Le quorum à atteindre pour chaque réunion sera de quatre personnes, comprenant obligatoirement (1) un représentant de l'administration du secteur, (2) le titulaire du centre de santé ou son délégué, (3) un représentant de la communauté.

Article 4: Rôles du Comité de Pilotage de FBP du secteur

Le **Comité de Pilotage FBP du secteur** devra: (i) Etudier les imprimés trimestriels du FBP communautaire (voir modèle en annexe 3) tels que préparés par le responsable du District en charge de l'entrée des données, (ii) Comparer ces données obtenues à travers cette entrée avec les totaux mensuels soumis par la CASC au Centre de Santé (iv)

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Corriger les erreurs éventuelles et en informer le responsable du district pour la saisie des données (v) Discuter le contenu des indicateurs et faire des recommandations nécessaires à la santé communautaire et, (vi) autoriser les paiements pour les coopératives d'agents de santé communautaire de chaque centre de santé.

Article 5: Le rapport trimestriel compilé du FBP communautaire

Le Comité de Pilotage FBP du secteur devra approuver les factures mensuelles des CASC uniquement sur base des imprimés du rapport trimestriel consolidé provenant de la base de données nationale du FBP.

Article 6: Présidence des réunions

La présidence de la réunion sera assurée par le chargé des affaires sociales ou son adjoint, à savoir le titulaire d'un des centres de santé.

Article 7: Le secrétariat des réunions

Le secrétariat sera assuré par l'encadreur des agents de santé communautaire.

Article 8: Les procès-verbaux des réunions

Les procès verbaux seront préparés et signés de préférence pendant ou après chaque réunion. A défaut d'ordinateur un registre sera préparé à cet effet. Une fiche de présence devra être annexée et il devra y avoir une indication de la date et des données discutées. Ce registre devra être rangé dans un lieu sécurisé du Centre de Santé, sous la responsabilité du titulaire.

Article 9: Transfert des données au District avant la tenue des réunions.

La coopérative des agents de santé communautaire est tenue, à travers un contrat passé avec l'administration du secteur, de remettre 3 rapports mensuels au centre de santé résumant les rapports des agents de santé communautaire. Ces 3 rapports devront refléter les 3 mois précédents et selon le format indiqué en annexe 3 du présent contrat. Ils devront être remis au plus tard le 10^{ème} jour après la fin de chaque trimestre au titulaire du centre de santé qui doit émettre un accusé de réception. Le centre de santé est à son tour responsable de transmettre ces rapports au district par l'intermédiaire notamment du superviseur de l'hôpital. Le superviseur de l'hôpital devra ensuite les transmettre au chargé de la saisie dans la base de données FBP national au niveau du district.

Article 10: Transfert des données du district au secteur avant la tenue des réunions.

L'entrée des données dans la base de données nationale est de la responsabilité de la personne déléguée en ce sens par le Comité de Pilotage de District. Ce responsable aura la charge d'imprimer un rapport trimestriel dans le cadre du FBP communautaire pour chaque secteur.

Article 11: Transfert des données en provenance du district aux secteurs après la tenue des réunions.

Ces rapports trimestriels sont à retourner aux titulaires des centres de santé. Les titulaires sont tenus de remettre un accusé de réception desdits rapports. Le directeur de l'hôpital

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

de district (à travers son équipe de supervision) a la responsabilité d'organiser la distribution de ces rapports trimestriels aux centres de santé.

Article 12: Per-diems et autres dépenses du Comité de FBP du secteur.

L'administration du secteur prendra en charge, dans les conditions normales fixées par le gouvernement, des frais de per-diems éventuels et autres dépenses en relation avec les exercices de contre-vérification. L'administration du secteur recevra pour cela un budget destiné à l'exécution du PBF communautaire.

Partie B:

Articles relatifs aux Coopératives des Agents de sante communautaire (CASC)

Article 13: Membres de la coopérative des agents de sante communautaires

Les membres de la coopérative sont tous les agents de sante communautaire opérant dans la zone de rayonnement du centre de sante. Actuellement, les agents de sante communautaires sont constitués d'un "binôme" (1 Femme/1 Homme) par village et un animateur de santé maternelle par village (ancienne accoucheuse traditionnelle).

Article 14: La coopérative des agents de sante communautaire

La coopérative des agents de sante communautaire (CASC) consiste en un regroupement des agents de sante communautaire de la zone de rayonnement du centre de sante. Le Ministère de la Sante suppose que seuls les agents de santé communautaire définis supra vont former la CASC.

Article 15: Nature de mesure de la performance

La coopérative des agents de sante communautaire va rapporter les 22 indicateurs contractés de la sante communautaire. Ces indicateurs sont identiques à ceux du système d'information sanitaire communautaire.

En utilisant le modèle de fiche de rapportage mensuel des indicateurs FBP au niveau communautaire, la coopérative remplira sous sa direction le modèle de rapport mensuel et le soumettra au centre de sante. Le rapport mensuel de la coopérative des ASC utilise le même modèle de rapport mensuel que celui du rapport mensuelle de santé communautaire; néanmoins il consiste en une compilation de toutes les informations de tous les agents de santé communautaire de la zone de rayonnement.

Une copie du rapport sera classée pour archivage au sein de la coopérative ; il en est de même des rapports mensuels des agents de sante communautaire. Les rapports mensuels seront transmis au centre de sante avant le 10eme jour du mois suivant celui de rapportage.

Article 16: Détermination du niveau de Performance

Le niveau de performance pour chaque coopérative sera déterminé sur base de trois conditions ; premièrement, la promptitude de la transmission des rapports mensuels des ASC, deuxièmement, la complétude des rapports mensuels des ASC et troisièmement sur

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

base de l'exactitude des données des rapports mensuels des coopératives des ASC. Les rapports évalués sont ceux transmis au centre de santé. Un accusé de réception du rapport mensuel de la CASC fournie par le centre de santé servira de validation. Le niveau de performance est déterminé trimestriellement dans les réunions du comité de pilotage FBP du secteur. Un imprimé du rapport trimestriel des ASC du secteur est produit et comparé à l'original des rapports mensuels des CASC.

Si la performance désirée n'est pas atteinte, les pénalités suivantes seront appliquées :

	Élément	Critères	Payement (Max)
1	Promptitude	Chacun de 3 rapports mensuels des ASC soumis au CS au plus tard le 10 du mois qui suit = 1 (40%), Si retard d'un rapport = ½ (20%), Si retard de deux ou plus = ¼ (10%)	40% du budget disponible
2	Complétude	Si tous les trois rapports, inclus les rapports mensuels des cellules soumis au CS, sont complets = 1 (40%), Si un rapport (y compris même un rapport de ses cellules) est incomplet ou absent = ½ (20%), Si deux ou plus de rapports (y compris les rapports de ses cellules) sont incomplets ou absents = ¼ (10%)	40% du budget disponible
3	Exactitude	Si la logique interne de trois rapports mensuels soumis au CS est correcte = 1 (20%), Si un rapport n'est pas correct = ½ (10%), Si deux ou plusieurs	20% du budget disponible

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Elément	Criteres	Payement (Max)
	rappports incorrects = ¼ (5%)	
Total		100%

Article 17: Contre-vérification des données rapportées

Le comité de pilotage du secteur conserve le droit de contre-vérifier les données rapportées, et ainsi le retard voire même retenir le payement en cas de doute sur la véracité des informations fournies. Une contre-verification sera ainsi menée endéans 30 jours après que le comité de pilotage du secteur décide de la contre-verification. Une nouvelle réunion du comité de pilotage FBP du secteur sera organisée en vue de passer en revue l'évidence fournie par la contre-vérification dans les 15 jours suivant la fin de la contre-vérification.

Article 18: Payement sur base de la Performance de la CASC

Le Payement pour la performance a lieu une fois par trimestre, après avoir déterminé le niveau de performance tel décrit a l'article 15. Le payement sera transféré au compte bancaire de la CASC, et celle-ci fournira une preuve de payement au centre de sante pour le montant reçu. Les montants transférés dépendront du montant disponible au niveau central provenant du panier financier du Gouvernement du Rwanda, GF, BM, etc.

Article 19: Payement des agents de santé communautaire

Le FBP communautaire **n'est pas** destiné à la rémunération de performance individuelle. Le but de la prime est d'augmenter le capital des coopératives des ASC. Les coopératives à leur tour vont mettre en œuvre les activités génératrices de revenu au bénéfice individuel de chaque membre. La rémunération individuelle des agents de sante communautaire sera au profit des activités de la coopérative.

Article 20: Réunions de retro-information entre les CS et la CASC

Le centre de santé organisera, au moins, une réunion trimestrielle avec les membres des coopératives pour discuter les resultats des indicateurs rapportés. Les membres du comité de pilotage FBP du secteur seront invités à participer à cette réunion.

Article 21: Insatisfaction de la performance de la CASC

En cas de l'insatisfaction de la performance de la CASC relative a ses taches primaires de fiabilité dans la collecte des données et de promptitude de transmission d'informations en provenance de ses membres, le comité de pilotage FBP du secteur se réserve le droit de mettre fin a ce contrat.

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

POUR ACCORD, LES SIGNATAIRES:

Date:

Le Secrétaire Exécutif du secteur

Le Titulaire du centre de santé

Le Président de la coopérative des ASC

Annexe 1: Indicateurs FBP Communautaire

Annexe 2: Formulaire de collecte de données mensuelles du CASC

Annexe 3: Fiche trimestrielle imprimée (de la base de données)

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Annexe 3: Modèle de déroulement d'une réunion du CP niveau secteur

Agenda

Agenda ITEM	Temps alloué
a. Ouverture	5 min
b. Approbation du dernier compte rendu	15 min
c. Suivi des recommandations de la dernière réunion	15 min
d. Présentation par le CS du rapport trimestriel des activités des ASC	15 min
e. Présentation et discussion du rapport trimestriel compilé du secteur ; comparaison avec les factures mensuelles provisoires et amendement si nécessaire.	60 min
f. Notes sur les discordances pour l'amendement ultérieur.	
g. Discussion de l'évolution des indicateurs	30 min
h. Discussion des activités du prochain trimestre	30 min
i. Récapitulation des activités/décisions.	5 min
j. Clôture et fixation de la date de la prochaine réunion	5 min

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Annexe 4: Modèle et format du compte rendu des réunions des comités de pilotages

Modèle et format

- Le compte rendu doit être en Microsoft Word. En cas d'absence d'ordinateur, le compte rendu peut être consigné dans un registre spécial des réunions.
- En cas d'utilisation d'ordinateur, le nom du fichier doit suivre la convention suivante : le nom du fichier suivra la convention : [année mois date_nom district_nom secteur_nom centre de sante] par exemple, 090430_Gicumbi_Bwisige_Bwisige.doc

Comité de pilotage FBP niveau secteur [Nom du district-Nom du secteur-Nom (s) de(s) centre(s) de sante-070517 [Date –Times New Roman font 12 Bold]

Heure de début et de fin de la réunion [Times New Roman font 12]

Nom du président de la réunion:

Nom du secrétaire de la réunion:

Nom du modérateur:

Liste des participants [Times New Roman font 12]

No	Noms	Institution	email	mobile
1	A			
2	B			
etc.				

Agenda

Ordre du jour	Temps alloué
a. Ouverture de la réunion	5 min
b. Approbation du compte rendu de la dernière réunion	15 min
c. Suivi des recommandations de la dernière réunion	15 min
d. Présentation par le CS du rapport trimestriel des activités des ASC	15 min
e. Présentation et discussion du rapport trimestriel condensé du secteur ; comparaison avec les factures mensuelles provisoires et amendement si nécessaire. Notes sur les	60 min

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

discordances pour un amendement ultérieur.	
f. Discussion de l'évolution des indicateurs	30 min
g. Discussion des activités du prochain trimestre	30 min
h. Récapitulation des activités/décisions.	5 min
i. Clôture et fixation de la date de la prochaine réunion.	5 min

- (a) [report]
- (b) [report]
- (c) [etc.]

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Annexe 5: Modèle du rapport consolidé des centres de santé



Nom du District: []

Nom du CS: []

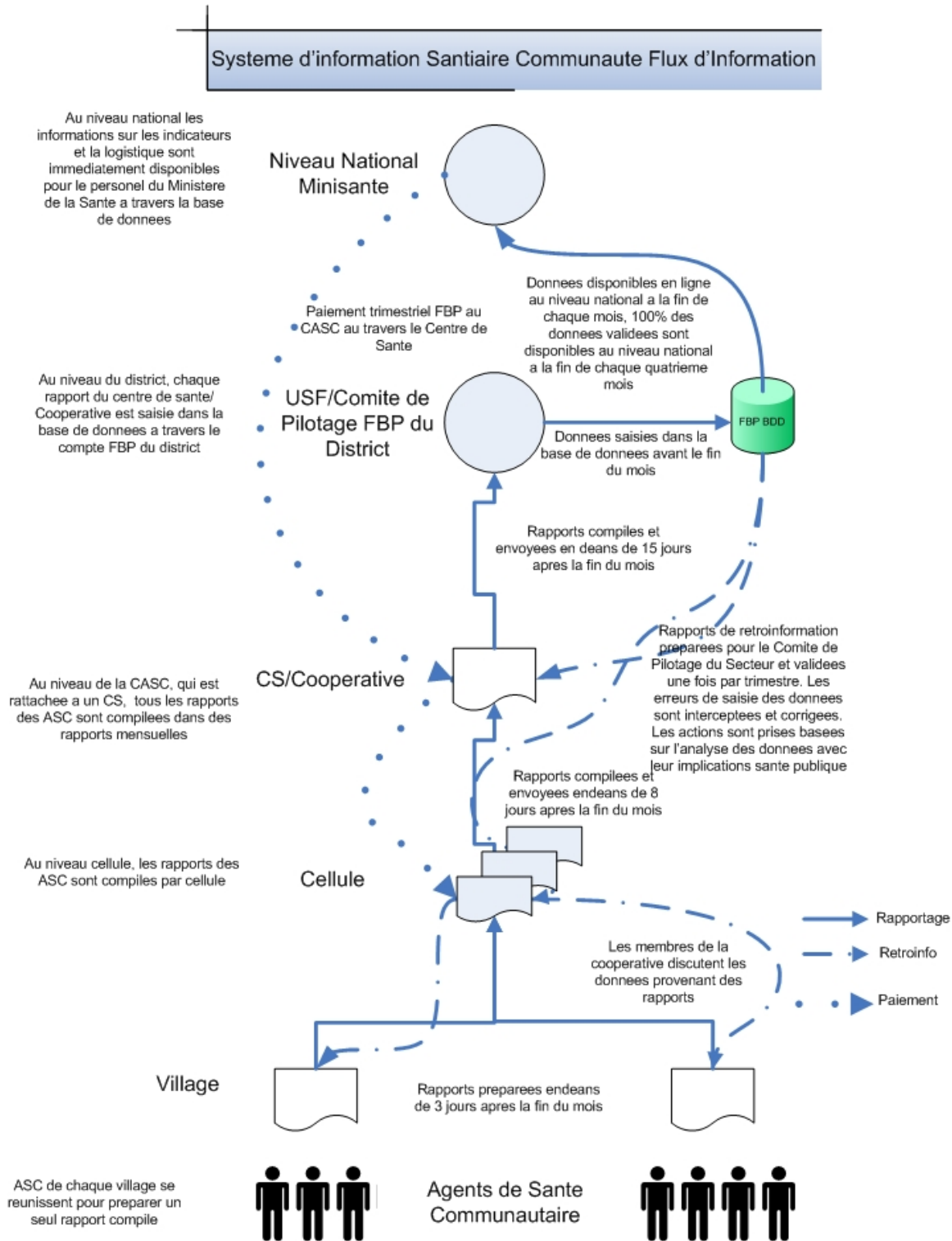
Rapport Trimestriel Consolidé des Activités de Santé Communautaire du CS [Nom]

Centre de Santé [Nom du Centre de Santé]	Trimestre/Année			
--	-----------------	--	--	--

Indicateur	Janvier	Février	Mars	Total
1. Nombre des enfants < 5 ans examinés pour le statut nutritionnel				
2. Number of malnourished children (in yellow or red zone during screening) who were treated or referred				
Etc.				

Financement Basé sur la Performance au niveau de la communauté

Annexe 6: Circuit d'information du système d'information sanitaire communautaire



Annexe 7: Manuel de Procedures pour le SISCom Rwandais



Manuel de Procédures pour le Système d'Information de la Santé Communautaire (SISCom)

Section I: Enregistrement et Reportage des Données

Version 1.1
Décembre 2008

Remerciements

Ce document a été développé par la Cellule d'Appui à la Santé Communautaire et le Task Force M&E au Ministère Rwandais de la Santé avec l'assistance technique de Management Sciences for Health (Financement PEPFAR: CONTRACT NO. GHS- I-00-03-00030-00 Task Order No. GHS- I-02-03-00030-00). Les outils de collection ont été développés à partir de modèles utilisés par de différents partenaires, notamment Twubakane, ICAP et Partners in Health au cours d'un atelier organisé à Kigali (Centre de Conférence de Bambino) les 2 et 3 décembre 2008.)

Table de matieres

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	5
HISTORIQUE	5
OBJECTIF DE CE MANUEL	6
STRUCTURE DU MANUEL.....	6
TABLE DES FORMATS SIS	6
VUE D'ENSEMBLE DU SYSTÈME D'INFORMATION DE LA GESTION DE SANTÉ.....	8
FLUX D' INFORMATION	11
INDICATEURS ET ÉLÉMENTS SÉLECTIONNÉS POUR LE HMIS	13
REGISTRE DE LA SANTÉ MATERNELLE (CR-1A)	16
OBJECTIF DU REGISTRE.....	16
PRÉSENTATION DU FORMAT DU REGISTRE	16
SOURCES DES DONNÉES	16
PRÉPARATION DE LA TRANSMISSION	16
DEFINITION DES TERMES ET INDICATEURS	16
INSTRUCTIONS DÉTAILLÉES POUR COMPLÉTER LE REGISTRE	17
REGISTRE PECIME (CR-1B).....	20
UTILITÉ DU FORMAT	20
DESCRIPTION DU REGISTRE	20
SOURCES DE DONNÉES.....	20
PRÉPARATION ET TRANSMISSION.....	20
DÉFINITION DES TERMES ET INDICATEURS	20
INSTRUCTIONS DÉTAILLÉES POUR COMPLÉTER LE REGISTRE	20
REGISTRE DE VACCINATION ET NUTRITION (CR-2)	24
OBJECTIF DU REGISTRE.....	24
DESCRIPTION DU REGISTRE	24
SOURCES DE DONNÉES.....	24
PRÉPARATION ET TRANSMISSION.....	24
DÉFINITION DES TERMES ET DES INDICATEURS	24
INSTRUCTIONS DÉTAILLÉES POUR LE REMPLISSAGE DU REGISTRE	25
LES FICHES PECIME (PRISE EN CHARGE D'ENFANT MALADE) (F-6)	28
OBJECTIF DU REGISTRE.....	28
DESCRIPTION DU REGISTRE	28
SOURCES DE DONNÉES.....	28
PREPARATION ET TRANSMISSION.....	28
DEFINITION DES TERMES ET DES INDICATEURS	28
INSTRUCTIONS DÉTAILLÉES POUR LE REMPLISSAGE DU RAPPORT:	28
RAPPORT MENSUEL DES ACTIVITÉS DES ASC (FORMAT IDENTIQUES POUR LES VILLAGES, LA CELLULE ET LES FOSA/COOPÉRATIVES. (CMR-1).....	31
OBJECTIF DU REGISTRE.....	31
DESCRIPTION DU REGISTRE	31
SOURCE DE DONNÉES	31
PREPARATION ET TRANSMISSION.....	31
DEFINITION DES TERMES DES INDICATEURS	31

Historique

Le Système d'Information de la Santé Communautaire (SISCom) a été développé le programme national des agents de la santé communautaire. Ce réseau de travailleurs volontaires est estimé à environ 30,000 avec une présence dans la quasi totalité des villages du pays et est prévu de doubler dans les années avenir

Depuis, une variété de projets pilotes ont été entrepris par les agences partenaires (certaines ayant entrepris de former leurs personnel pour des fonctions spécifiques pour soutenir leurs programmes verticaux). Au fil du temps, le rôle de ces agents de santé communautaire (ASC) a évolué et leurs responsabilités principales sont les suivantes (source: Évaluation des Systèmes d'Information de la Santé en 2006 réalisée par IntraHealth)

- Conscientiser la population sur les bénéfices de l'adhésion aux Mutuelles de Santé, le planning familiale, l'hygiène, et la prévention du VIH/SIDA et la malaria) ;
- Fournitures des moustiquaires, contraceptives et ORS/zinc pour la prévention de la déshydratation des enfants atteints de dysenterie;
- Distribution de médicaments anti-malaria; antipyrétiques et autres médicaments pour le traitement des infections et de la diarrhée;
- Conscientiser les femmes enceintes les femmes enceintes à recevoir des consultations prénatales (CPN), à accoucher dans les centres de santé et vacciner les enfants.
- Faire le Suivi et le Reportage des événements importants dans le village, tel que les naissances et les décès infantiles ou maternels.

Étant donné la taille du programme, il est crucial d'avoir des données de bonne qualité pour soutenir le monitoring et évaluation du programme, ainsi que le défi logistique de fournir des contraceptifs, moustiquaires et autres médicaments de base.

Selon le rapport d'évaluation d'IntraHealth, les ASC auront la charge des activités suivantes:

- L'enregistrement des familles (remplissage de la « *fiche de famille* » dans chaque foyer)
- Enregistrer les enfants de 0 à 5 et les femmes de 15 à 45 ans.
- Mise à jour des registres pendant les visites des ménages (événements importants, dernières vaccinations, etc)
- Remplir les *fiches de compilation* mensuelles pour les réunions mensuelles des comités de secteur.
- Créer des graphiques et schéma pour analyse et feedback à l'attention de la communauté.

Différents partenaires, notamment IntraHealth / Twubakane et Partners In Health ont été pionniers dans le développement d'outils d'enregistrement et de reportage bases dans la communauté.

Lorsqu'en 2008 le Minisante a décidé d'introduire la composante du Financement Basé sur la Performance (PBF), les indicateurs SISCom ont été revues et un minimum d'indicateurs ont été sélectionnés. Au vue du nombre réduit d'indicateurs et eut égard aux observations que les outils

existants sont trop complexes et coûteux à produire pour les 60.000 ASC, un atelier s'est tenu en Octobre 2008 to obtenir un consensus sur des outils SISCom révisés.

Ce manuel de procédures a été produit par le Task Force M&E et l'Unité de la Santé Communautaire pour documenter le système SISCom avec le soutien d'organisations partenaires incluant MSH, IntraHealth, ICAP/CU et Partners in Health.

Objectif de ce manuel

Ce manuel est principalement à l'usage du personnel du Minisante pour la formation, l'orientation des Agents de Santé à tous les niveaux impliqués dans le soutien des programmes de santé communautaire, et comme document de référence unique. Il donne un aperçu global du système du SISCom, décrit les procédures à utiliser pour la collecte des données, leur utilisation, ainsi que les mécanismes de feedback. Le Manuel contient des exemplaires des principaux formats de collecte et de rapportage. Il décrit les indicateurs sélectionnés et donne les instructions détaillées pour leur validation. Étant donné le caractère dynamique de tout système d'information efficace il est important que ce document de référence soit mis à jour à chaque modification d'une procédure du système d'information.

Structure du Manuel

Ce manuel contient deux sections. La première section donne une vue d'ensemble du système, définit les principaux indicateurs à être collectés et décrit les procédures générales de gestion des données. La deuxième section décrit en détail les différents formats utilisés dans la collecte des données, la planification, le rapportage et les analyses, ainsi que le partage des informations.

Table des formats SIS

Ce manuel prend en compte trois types de formats principaux:

Les formats d'enregistrement: il s'agit de formulaires, cartes et registres tenus de façon journalière au niveau des villages par les ASC pour la collecte des données concernant chaque patients et concernant les activités des ASC eux-mêmes.

Fiches de calculs: Ce sont des formulaires spéciaux servant à simplifier les calculs des données en réduisant les risques d'erreurs.

Les formats de rapportage: il s'agit d'un ensemble de formats utilisés pour la transmission des informations entre les niveaux (ex. ASC et FOSA) de façon périodique. Cela inclut aussi les rapports pour le partage des informations entre les niveaux supérieurs et les ASC et leurs superviseurs.

Les suivants sont les principaux formats faisant parti du SISCom, certains restant encore à développer (ceux-ci sont soulignés en **gras**) des lors que l'étendue des responsabilités des ASC dans le soutien des interventions VIH/SIDA et communautaires.

Les formats d'enregistrement ¹		
	<i>Maintenus par la famille/Client</i>	<i>ID.</i>
1	Carte Maternelle/Immunisation de l'enfant/Carte nutritionnelle	CC-1
2	Carte Planning Familial	CC-2
3	Carte de vaccination	CC-3
<i>Maintenus par les ASC</i>		
4	Registre de santé maternelle/ Registre PECIME	CR-1a & 1b
5	Vaccination de l'enfant/Registre nutritionnel	CR-2
6	Formulaire de traitement du TB (pour les suivis par les ASC)	CF-1
7	Formulaire des ménages	CF-2
8	Formulaire PECIME (Prise en charge d'enfant malade)	CF-3
<i>Hospital de District</i>		
9	Réception des rapports/Registre des transmissions	CR-2

Les formats de rapportage		
	<i>Au niveau des ASC</i>	<i>ID</i>
1	Rapport mensuel des activités des ASC (Même format par village, Cellule et Fosa/coopératives)	CMR-1
2	Formulaire de référence et contre référence	CIR-1
3	Fiche de résumé du sondage annuel des	CAR-1
4	Rapport trimestriel consolidé du PBF communautaire	CQR-1

Fiches de calculs		
	<i>BHU & Hospital</i>	<i>ID</i>
4	Fiche de calculs résumés du sondage annuel des ménages	CT-1

¹ Les formats en indiqués en **gras** ne sont pas encore développés ou standardisés

Vue d'ensemble du Système d'Information de la Gestion de Santé

Le Système d'Information de la Santé Communautaire (SISCom) a été développé dans l'objectif de :

- Fournir des données pour la gestion des cas individuels (formulaires des patients/clients, dossiers et registres)
- Aider les Agents de Santé Communautaires (ASC) à mieux gérer leurs services
- Assurer la fourniture adéquate des médicaments essentiels et autres fournitures requises par les ASC.
- Aider les ASC dans leurs efforts dans l'organisation et le suivi des activités de développement dans leurs communautés
- Fournir aux superviseurs du niveau FOSA les données nécessaires pour la supervision et autres les actions de soutien
- Fournir au personnel de district, des programmes nationaux et des donateurs les données nécessaires pour la planification et le suivi et évaluation.

Le contenu et les procédures clés du SISCom sont décrits dans les sections suivantes :

Le contenu

Il est important de noter qu'un système d'information ne contient pas uniquement des chiffres, des ratios ou des pourcentages. Les indicateurs statistiques ne sont pas les mesures finales mais entraînent aussi des questions supplémentaires. Les expériences et les perceptions vécues par la communauté, les patients et les ASC à tous les niveaux sont aussi des indicateurs importants de la performance des services de santé. Les systèmes d'information bien conçus collecteront différents types de données, tant quantitatives que qualitatives et assurera leur analyse.

Le HMIS se compose des éléments suivants:

1. Dossiers, cartes et registres pour la gestion des patients et clients individuels.
2. Rapports immédiats pour communiquer les informations sur des événements particuliers comme les cas de maladies qui nécessite une attention immédiate, ou encore les événements ayant lieu de façon ad hoc comme les formations.
3. Rapports périodiques (mensuels, trimestriel, semi-annuel et annuel) pour la transmission des données à tous les niveaux.
4. Résultats de sondages périodiques (Ménages, Sondage national), contrôle des dossiers et évaluations conduits par le personnel du Minisante et ses partenaires.
5. Information d'ordre qualitatif de la part des communautés, travailleurs de santé et personnel du programme tant par voies formelles qu'informelles.

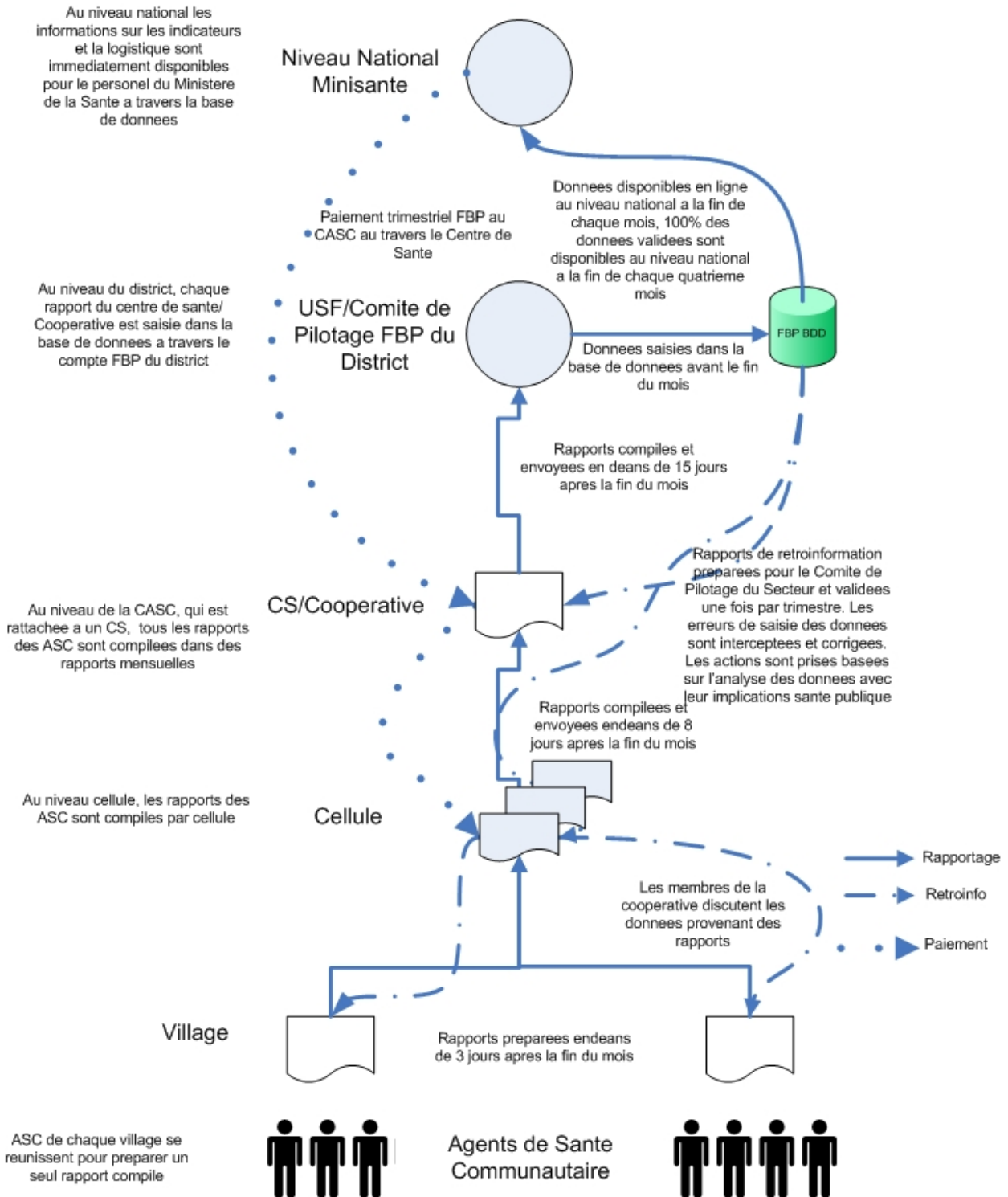
La procédure

Le SISCom ne doit pas être vu comme un mécanisme de collecte d'informations pour le seul but de les transférer à des échelons supérieurs. L'information doit être utilisée au niveau duquel elle est disponible. Le SISCom forme un tout avec le SIS du niveau FOSA et contient les procédures suivantes: collecte des données, enregistrement et conversion de ses données en informations utiles.

Le schéma sur la page suivante illustre la voie de distribution de l'information entre les différentes unités dans les différents niveaux de hiérarchie. La flèche discontinue décrit les mécanismes de feedback. Le feedback s'effectue à tous les niveaux, notamment entre les ASC et leurs communautés. Elle se fait non seulement à travers des rapports structurés mais aussi à travers les réunions périodiques, des contrôles et des supervisions. Les pointillés représentent la voie de distribution des fonds PBF du niveau national aux coopératives d'ASC en passant par les FOSA.

Le SISCom requiert les mécanismes suivants pour l'analyse, le rapportage, le feedback et le partage des informations tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système.

Systeme d'information Saniatare Communautaire Flux d'Information



Flux d' Information

1. Les ASC rassemblent des données sur la population, les événements essentiels, l'assainissement, l'immunisation et la couverture de service de Planning Familial sur une base annuelle.

Ces données sont agrégées au niveau de village utilisant la feuille de Compte d'Enquête du Ménage pour fournir des données de dénominateur de population et mesurer d'autre performance de programme de santé. Ces données sont rapportées au DHSO par la Fiche d'enquête du niveau des ménages du village chaque année avant le 15 mars.
2. Les animateurs de la santé (ASC) fournissent des services à la communauté pendant des visites du ménage et quand ils aident des Infirmières à fournir des vaccinations et des services prénataux à travers des cliniques satellites dans la zone cible du FOSA'S. Ces rencontres sont enregistrées dans des registres (Maternel, la Vaccination/Nutrition, PECIME le registre) et sur des cartes maintenues par le patient. Des registres séparés sont maintenus par chaque ASC.
3. Au cas ou on découvre des maladies inhabituelles dans la communauté, les ACS doivent informer la FOSA qui les prend en charge ; aider dans l'effort de la FOSA d'examiner chaque cas pour identifier d' autres cas possibles et agir pour gérer les cas existants et empêcher la propagation de la maladie
4. À la fin de chaque mois, Les ASC qui travaillent ensemble dans le même village, se rencontrent pour consolider des données de leurs registres individuels et remplir le formulaire du Rapport mensuel ASC.
5. Ces informations sont transférées au niveau cellulaire au 3ème jour du mois, où les rapports mensuels ACS de chaque village sont compilés dans un rapport de niveau cellulaire et envoyés au FOSA responsable de la santé dans cette cellule au 8ème jour du mois.
6. Le superviseur des ACS à la FOSA compile tous les rapports de niveau Cellulaires et envoie un rapport mensuel du niveau de la FOSA à l'Hôpital de district au 15ème jour du mois.
7. Au niveau du district, le DHSO, DMO et (si disponible) l'agent Statistique, passe en revue les rapports soumis de chaque FOSA. Ils maintiennent aussi un registre de soumission de rapport pour contrôler la perfection, l'arrivée et l'expédition de rapports. Si les rapports manquent après le délai fixé, ils entrent en contact avec les FOSA concernées pour leur rappeler que les rapports sont dus. S'il y a des erreurs dans les rapports, ils font le suivi avec le superviseur au niveau de la FOSA qui à son tour fait le suivi auprès des animateurs de santé individuels
8. Avant la fin de chaque mois le chargé de Données à l'Hôpital de District entre le rapport mensuel consolidé de chaque FOSA dans leurs ordinateurs pour ensuite suivre le processus de soumission de données électronique régulier du GESIS.
9. Au moins deux fois par an, le chargé de Données au Niveau de district et le Superviseur analysent la performance de toutes les coopératives ACS et préparent le rapport écrit qui est envoyé à chaque FOSA. (Note : Une fois que le système informatique est en place, la plupart du contenu de ces rapports de peut être produit automatiquement). Avant chaque supervision, le superviseur de district et le superviseur des ACS au niveau de la FOSA devraient aussi passer en revue des données du SISCOM pour savoir la performance des coopératives et individus qui vont être visités. Cette information devra être discutée pendant les visites
10. Dans chaque district, les titulaires de toutes les FOSA et les superviseurs des ASC devrait faire, une fois par an, une réunion de planification annuelle de la Santé de District. Pendant cette réunion, les inspecteurs de la santé publique devraient analyser leurs données, interpréter des tendances clefs, planifier des activités prioritaires et mettre des cibles pour l'année suivante. Le

personnel de niveau de district d'autres secteurs (l'Approvisionnement en eau par exemple et l'Assainissement, Éducation) devrait aussi participer à cette réunion.

11. L'Unité nationale de SIS, fusionne les données de tous les districts et maintient une base de données nationale de statistique de santé. Cette base de données est utilisée pour préparer le Bulletin de Santé Annuel et répondre aux demandes ad hoc d'informations du personnel de programme de santé, d'autres Départements de Ministère de la Santé et des donateurs. Le personnel dans le Département de Santé utilise ces données pour contrôler des tendances de maladie et pour planifier des objectifs. L'Analyse de toutes les données de l'année précédente devrait être prête le 1er Mai, pour que les tendances clés soient présentées et discutées dans la Conférence Annuelle de la Santé.

Indicateurs et Éléments Sélectionnés pour le GESIS/HMIS

La page suivante décrit les indicateurs qui seront utilisés par les animateurs de santé ainsi que le personnel du MINISANTE à tous les niveaux pour évaluer et surveiller le statut de la santé, les services de santé et les sources des problèmes prioritaires de santé. En plus, certains indicateurs d'administration ont été sélectionnés pour appuyer les fonctions et activités gérées par le district et le personnel de niveau national.

Ces indicateurs sont conçus pour contrôler des activités aux niveaux suivants :

- La communauté (les bénéficiaires de Sécurité Sociale et les activités de l'ASCS)
- La gestion de Cas (des patients dont le soin est délégué à l'ACS aussi bien qu'aux clients pour l'Planning Familial et d'autre préventif et la santé des services promotionnels)
- La gestion de Logistique (la distribution et les numéros d'ACSS et le statut de médicaments et des provisions).

Le tableau suivant inscrit les indicateurs fondamentaux choisis. À part des indicateurs, on annonce aussi que des données complémentaires aident au contrôle de la situation de stock, gamme des médicaments essentiels et les matières qui sont distribuées par l'ASCS.

Indicateurs Prioritaires du ASC

	Indicateurs	Définitions	Source de données
Santé infantile/PECIME			
1.	Nombre d'enfants dont l'âge est < 5 ans pour lesquels le statut ou état nutritionnel a été examiné.	Nombre d'enfants dont l'âge est <5 ans pour lesquels le statut ou état nutritionnel a été fait en utilisant le MUAC ou le pèse-bébé au cours du dernier mois.	Registre de vaccinations/nutrition
2.	Nombre d'enfants malnutris (dans la zone rouge ou jaune) qui ont été traités ou référés.	Nombre d'enfants examinés au cours du dernier mois et dont le score de MUAC ou le poids par rapport à l'âge était situé dans la zone rouge ou jaune.	Registre de vaccinations/nutrition
3.	Vaccination « perdue de vue » Nombre d'enfants âgés de 9 à 12 mois dont le statut de vaccination n'est pas à jour (ou pour lesquels les vaccinations ne sont pas à jour).	Nombre d'enfants âgés de 9 à 12 mois dont les vaccinations sont incomplets (ou pour lesquels les vaccinations ne sont pas complètes) au cours du dernier mois.	Registre de vaccinations/nutrition
4.	Nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois traités pour pneumonie.	Nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois suspects de pneumonie, ou traités selon le protocole de pneumonie au cours du dernier mois.	Registre PECIME
5.	Nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois traités pour diarrhée.	Nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois avec diarrhée et traités par SRO et Zinc au cours du dernier mois.	Registre PECIME
6.	Nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois avec fièvre traités dans les 24h après l'apparition de la fièvre.	Nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois avec fièvre et traités aux antis paludéens par l'agent de santé communautaire dans les 24h après l'apparition de la fièvre.	Registre PECIME
7.	Nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois avec fièvre traités 24h après l'apparition de la fièvre.	Nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois avec fièvre et traités aux antis paludéens par l'agent de santé communautaire 24h après l'apparition de la fièvre.	Registre PECIME
Santé maternelle			
8.	New: Nombre d'accouchements à domicile rapportés par l'agent de santé communautaire.	Nombre d'accouchements à domicile rapportés par type d'accouchement dans le registre de santé maternelle par l'agent de santé communautaire.	Registre de santé maternelle.
9.	Nombre de mères et enfants référés au CS après un accouchement à domicile.	Nombre de mères et enfants référés au CS 7 jours avant un accouchement à domicile durant le dernier mois. Cet indicateur est provisoire (transitoire), car une fois que les accouchements au CS seront > à 90% les accouchements à domicile seront très peu nombreux et l'indicateur peu significatif.	Registre de santé maternelle.
10.	Nombre de femmes accompagnées par l'agent de santé communautaire pour accoucher au centre de santé.	Nombre de femmes accompagnées par l'agent de santé communautaire pour accoucher au centre de santé au cours du dernier mois.	Registre de santé maternelle.
11.	Nombre de femmes enceintes accompagnées au centre de santé pour grossesses à risque (ou suite à un facteur de risque).	Nombre de femmes enceintes accompagnées au centre de santé pour grossesses à risque (ou suite à un facteur de risque)	Registre de santé maternelle.

	Indicateurs	Définitions	Source de données
12.	Nombre de nouveaux utilisateurs de planning familial envoyés au centre de sante.	Nombre de nouveaux utilisateurs de planning familial envoyés et qui se sont présentés au centre de sante au cours du dernier mois. Nouvel utilisateur est celui qui utilise pour la première fois une des méthodes modernes ou le collier.	Registre de santé maternelle.
13.	Nombre de types de méthodes de planification familiale distribués au cours du dernier mois (condoms, injectables, pilules, collier).	Nombre de types de méthodes de planification familiale distribués au cours du dernier mois (condoms, injectables, pilules, collier). Utilise pour calculer le « Couple Années de Protection » dans les centres de sante, au niveau central, et pour la gestion des stocks.	Registre de santé maternelle.
14.	Nombre de Couple accompagnés au CS pour le PMTCT	La valeur de cet indicateur équivaut à celle de l'indicateur suivant	Registre de santé maternelle.
15.	Nombre de femmes accompagnées au centre de sante pour une consultation prénatale avant le quatrième mois de grossesse.	Nombre de femmes accompagnées au centre de sante pour une consultation prénatale avant le quatrième mois de grossesse.	Registre de santé maternelle.
Surveillance/Information Éducation communication			
16.	Nombre de sessions d'IEC	Nombre de sessions d'IEC, préparées et animées Durant le dernier mois par soit l'agent de santé communautaire ou ;le leader de la communauté pour un grand groupe. Commentaire : ajouter en substance le type de réunion de groupe, par ex. umuganda, campagne de district, réunion de Umudugudu..	Comptes rendus des réunions ou agenda de l'agent de santé communautaire.
17.	Nombre de cas suspects de TBC référés au centre de sante.	Nombre de cas suspects de TBC référés au centre de santé par l'agent de santé communautaire durant le dernier mois. Commentaire : cas suspecte de TBC est la personne dont la toux persiste depuis plus de 3 semaines.	Formulaire de Référence– Contre référence
18.	Nombre de cas de Polio (AFP) ou de rougeoles suspectes et référés au centre de sante	Nombre de cas de Polio (AFP) ou de rougeoles suspectes et référés au centre de sante Durant le dernier mois.	Formulaire de Référence– Contre référence
19.	Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans déclarés dans la communauté	Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans déclarés dans la communauté durant le dernier mois.	Registre de PECIME – Enfants décédés sans avoir cherchées traitement du ASC seront entrées comme nouvelle ligne dans cette registre, avec seulement l'identification, l'âge et colons 'mortalité' remplies.
20.	Nombre de décès maternels (du a la grossesse ou accouchement) déclarées dans la communauté	Nombre de décès maternels, (femmes enceintes de plus de deux mois ou un mois après accouchement) déclarés dans la communauté durant le dernier mois.	Registre de santé maternelle – Femmes décédés sans avoir cherchées traitement du ASC seront entrées comme nouvelle ligne dans cette registre, avec seulement l'identification, l'âge et colons 'mortalité' remplies.
21.	Nombre de nouveaux cas de TB suivis dans la communauté.	Tous les nouveaux cas de TB ayant commence leurs traitements dans la communauté durant le dernier mois.	Registre de TB tenu par les ASC
22.	Nombre des membres de familles référées au CS pour le test et counseling de VIH volontairement	Tous les membres de foyers auquel l'ASC a donné une fiche de référence pour le test de VIH au CS	Fiches de références et contre -Référence

SECTION B

Registre de la santé maternelle (CR-1a)

Objectif du Registre

Ce registre a été conçu pour aider le rapportage des visites de l'animateur de la santé publique avec des femmes en âge d'avoir des enfants, à contrôler le statut de leurs grossesses et fournir des services d'Planning Familial. Puisque les Animateurs de la santé publique de communauté ne maintiennent pas de cartes d'enregistrement individuelles des patientes, ce format aide aussi au personnel d'avoir une histoire de visites et le traitement prescrit pour la gestion de cas individuelle.

Présentation du format du Registre

Le format est une grande table, avec chaque rangée conçue pour stocker l'information sur une visite simple - par le ASC à la maison d'une femme ou quand une femme visite le ASC. Les titres de colonne incluent l'identification patiente, la grossesse des événements liés et des services, maternels ou des morts d'enfant en bas âge (de mineur), l'accouchement et l'Planning Familial. Le registre est pré imprimé combine le registre Maternel et le registre d'PECIME pour des enfants pour que l'animateur de la santé publique de communauté n'ait pas à remplir beaucoup de registres. Le remplissage de beaucoup de colonnes se fait par un simple marque (ou cocher) dans la cellule quand la condition est présente ou vraie.

Sources des Données

Ces données proviennent des visites des Animateurs de santé aux femmes et à leurs gardes.

Préparation de la Transmission

Ce registre est maintenu par chaque ASC sur une base continue. Les notes devraient être prises pendant le cours de visites des patientes, pour que des observations clefs ne soient pas oubliées. Ce registre n'est pas transmis, mais il est utilisé pour compter des données pour des rapports mensuels.

Definition des termes et Indicateurs

1. Mort maternelle : une mort maternelle est une mort dont la cause vient de la grossesse (de + de 2 mois de conception à un mois après la livraison). ASC devrait seulement déclarer les morts qui ont eu lieu dans la communauté. Les morts maternelles aux Hôpitaux ou aux FOSA seront annoncées par ces organismes.
2. Mortalité infantile ou mort à la naissance : une mort d'enfant en bas âge est n'importe quel résultat de grossesse qui aboutit à la mort de l'enfant (toujours né ou mort dans 10 jours en raison de complications d'accouchement ou de détresse fœtale). ASC devrait seulement déclarer les morts qui ont eu lieu dans la communauté. Les morts d'enfant en bas âge (de mineur) aux Hôpitaux ou FOSA seront annoncées par ce niveau.
3. Le nouvel utilisateur FP référé : un nouvel utilisateur de planning Familial est quelqu'un - l'homme ou la femme qui accepte une méthode d'Planning Familial pour la première fois

en leur vie. ASC doit attribuer des individus au FOSA pour le conseil initial et la prescription d'une méthode de planning Familial après qu'ils sont fournis par le ASC dans le village.

Instructions Détaillées pour Compléter le Registre

Pour chaque consultation;

- 1. Date:** Entrer la date de consultation de la patiente
- 2. Nom:** Écrire les noms de la patiente
- 3. No de la CI:** Écrire le No de la carte d'Identité ou autre carte unique pouvant identifier la patiente
- 4. Date de naissance:** Noter la date de naissance de la patiente

Grossesse:

- 5. Femme accompagnée à la FOSA pour la CPN <=4 mois après la découverte de la grossesse:** Cette cellule est remplie si le ASC a accompagné une femme enceinte à la FOSA pour la CPN avant le 5em mois de la grossesse
- 6. Femmes accompagnées à la FOSA à cause des risques de grossesses:** Cette cellule est remplie si le ASC a accompagné une femme enceinte a la FOSA a cause des risques de grossesse

Accouchement:

- 7. Date d'accouchement:** noter la date d'accouchement que ce soit à domicile ou à la FOSA
- 8. Accouchement à l'hôpital ou au CS:** Cocher cette case si la femme a accouché au Centre de Santé.
- 9. Accompagnée à la maternité:** Cocher si le ASC a accompagné la patiente au CS pour l'accouchement
- 10. Accouchement à domicile:** Cocher si la femme a accouché à la maison
- 11. Mère et Enfant référé:** Cocher si la mère et l'enfant ont été référés à la FOSA dans les 7 jours qui suivent l'accouchement

12. Mortalité maternelle: Cocher si la mère est morte à la maison du à la grossesse ou à l'accouchement.

13. & 14. Statuts de l'enfant: Cocher la colonne qui reflète l'état de l'enfant a la naissance: vivant ou mort ne

Planning familial:

15. Nouvel utilisateur PF: Cocher si la femme (ou son époux) devient un nouvel utilisateur PF

16-19: Méthodes Contraceptives distribuées: Dans la colonne qui reste, y mettre le nombre d'unités de contraceptives (Colliers) distribuées aux femmes.

VIH:

20. Couples référés pour le PTME/PMTCT: Cocher cette colonne si vous avez référé un couple a la FOSA, pour la prévention de la contamination au VIH entre femme-enfant

21. Foyers accompagnés pour la CDV/VCT: Cocher cette colonne si vous avez accompagné les membres d'une famille a une FOSA pour le counseling et le test du VIH

22. Autres soins et Services: Noter n'importe quel autre service rendu par le ASC a la mère ou à l'enfant dans la dernière colonne



REGISTRE INTEGRE DE SANTE MATERNELLE DE L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
(FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS REVOLUS)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Date	Nom de la femme	Numéro de la carte d'identité	Date de naissance	GROSSESSE		Accouchement/Naissance					Décès Maternel	Etat de l'enfant		Planning Familiale					VIH		Autre service ou soins
				Accompagné à la FOSA pour CPN <=4 mois	Accompagné à la FOSA à cause de risques	Date d'accouchement	Accouchement au CS/Hop.	Accompagné à la maternité	Accouchement à domicile	Mère et enfant référés à la FOSA		Vivant	Mort ne	Nouvel Utilisateur référé	Pilules distribués	Condoms distribués	Injectables distribués	Cycle beads distribués	Couples référés pour PMTCT	Menages accompagnés pour VCT	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Registre PECIME (CR-1b)

Utilité du Format

Ce format de rapportage a été développé pour assister les ASC à enregistrer les données à propos des enfants malades qui ont été consultés à leurs domiciles ou au domicile des ASC. Ce registre s'ajoute à la fiche PECIME qui est complétée pour tous les enfants malades. Ce registre contient donc une liste limitée d'information afin d'éviter la duplication. Il sert à simplifier la compilation des données – qui s'avère difficile si l'on utilise directement les fiches PECIME.

Description du Registre

Le registre se présente en un large tableau dont chaque colonne contient l'information d'une seule visite. Les colonnes doivent contenir la date, l'identité de l'enfant, les facteurs de risque, le traitement dispensé et les remarques. Le registre est imprimé sur le verso du registre de santé maternelle pour limiter le nombre de documents que les ASC ont à emporter avec eux.

Sources de Données

Les données pour ce registre sont collectées par les ASC lors des consultations d'enfants malades dans la communauté.

Préparation et Transmission

Ce registre est rempli par l'ASC de façon continue. Il doit prendre des notes lors des visites des patients, et ce afin de ne pas risquer d'oublier les observations importantes. Ce registre n'est pas transmis mais il est utilisé pour collecter les données pour les rapports mensuels.

Définition des termes et indicateurs

Suivi nutritionnel à jour: Enfants malades dont le statut nutritionnel a été évalué par l'ASC dans le mois.

Suppléments de vitamine A: il s'agit des enfants ayant reçu des suppléments en vitamine A pendant les 6 derniers mois. La politique nationale veut que les enfants reçoivent un supplément en vitamine A deux fois par mois.

Vaccination à jour: Cette colonne devra être remplie pour tous les enfants qui ont reçus toutes les vaccinations requises pour leur âge.

Instructions Détaillées pour Compléter le Registre

Pendant chaque visite d'enfant malade, commencer une nouvelle ligne du registre en marquant la date, le nom de l'enfant et les autres éléments d'identification. Ce registre contient certaines données spécifiques aussi relevées dans la fiche PECIME donc il peut être rempli à la fin de la journée à l'aide des différentes fiches PECIME que l'ASC aura récolté.

Pendant la consultation

1. Date: Inscrire la date de la visite de l'enfant sous la forme suivante : DD/MM/YYYY.

2. No.: Au début de chaque mois, recommencer la numérotation à 1 et ensuite, assigner à chaque enfant un numéro de série. Cela permettra aux ASC de connaître facilement le nombre d'enfants consultés dans le mois.

3. Noms et prénoms: Inscrire les noms de l'enfant consulté en commençant par le nom de famille (ex. KAGUBARE Marie)

4. Age: inscrire l'âge de l'enfant au jour de la visite. Si l'enfant à moins d'un an inscrire le nombre de mois, si il a plus de un an noter l'âge en nombres d'années (ex. 10 m ou 3 ans).

5. Sexe: Enregistrer le sexe de l'enfant en inscrivant M pour male et F pour femelle.

6. Mère/Père: Enregistrer les noms de la mère et du père ou du tuteur (toute personne qui en a la garde.

Statut préventif : Pendant chaque visite d'enfant malade, l'ASC est supposé vérifier le statut des services de prévention que l'enfant est censé recevoir et cocher la case si ces services sont à jour.

7. Surveillance Nutritionnelle à jour: Cocher la case si l'enfant à été pesé durant le mois précédent.

8. Vitamine A à jour: Cocher la case si l'enfant à reçu des suppléments en vitamine A pendant les années précédentes.

9. Vaccinations à jour: Cocher la case si l'enfant a reçu toutes les vaccinations requises pour son âge.

Risques de danger: Cocher les cases si un des risques suivants existent:

10. Fièvre constatée dans les 24 heures après son apparition: Cocher la case si l'enfant présente une fièvre que l'ASC a constatée dans les 24 heures de son apparition.

11. Fièvre constatée plus de 24 heures après son apparition: Cocher la case si l'enfant présente une fièvre constatée par l'ASC plus de 24 heures après son apparition

12. Diarrhée: Cocher le cas si l'enfant présente des signes de Diarrhée

13. Toux ou grippe: Cocher la case si l'enfant présente une toux ou des symptômes de grippe. .

14. Mère/Père: Cocher la case si l'enfant présente des symptômes de pneumonie

15. Statut nutritionnel: L'ASC devrait évaluer le statut nutritionnel en utilisant le MUAC
MUAC (circonférence de l'avant bras) ou le poids pour l'âge de l'enfant, et entrer l'initial pour la couleur de la catégorie à laquelle appartient l'enfant (R= rouge, J=jaune, V=vert).

Traitement promulgué: Les colonnes de cette section servent à entrer l'information concernant le type de traitement donné à l'enfant et la qualité des médicaments distribués. Dans chaque cas, inscrire le nombre d'unités distribuées.

16. Co-artem: Inscrire le nombre de tablettes co-artem données à l'enfant.

17. Zinc: Inscrire le nombre de tablettes de zinc données à l'enfant.

18. SRO: Inscrire le nombre de tablettes d'SRO données à l'enfant.

19. Amoxycyline: Inscrire le nombre de tablettes d'Amoxycyline données à l'enfant ainsi que la couleur (ex. "1 J" = 1 paquet jaune)

20. Mebendazole: Inscrire le nombre de tablettes de Mebendazole données à l'enfant.

21. Vitamine A: Inscrire le nombre de tablettes de vitamine A données à l'enfant..

22. Autres: Inscrire le nom et la quantité des autres articles donnés à l'enfant ou son gardien pour la prévention ou le traitement relatif à la visite (ex. Moustiquaire 1 = Une moustiquaire donnée à la famille).

Évolution: Les ASC sont supposés suivre activement l'évolution des enfants malades qu'ils ont vus. Dans ces colonnes, veuillez cocher l'état de l'enfant relativement à une maladie constatée et enregistrée dans chaque ligne.

23. Référés: Cocher la case si l'ASC a référé l'enfant à la FOSA.

24. Contres - Référés: Cocher la case si l'ASC reçoit une note de contre référence de la FOSA après y avoir référé l'enfant pour traitement.

25. Guérison: Cocher la case si un enfant a complètement guéri de la maladie.

26. Décès: Cocher la case si l'enfant est décédé peu de temps après avoir été traité par l'ASC.

A la fin de chaque mois

A la fin de chaque mois, tracer une ligne près le dernier enfant consulté et laisser un espace dans lequel vous pouvez le nombre total de colonnes cochées ainsi que le nombre d'unités de chaque produit/médicaments distribué. Cette information peut être transférée au niveau du village pour le rapport mensuel. Voir l'exemple ci-joint :

Dépistage malnutrition à jour	Vit A à jour	Vaccination à jour	Fièvre		Diarrhée	Toux ou Rhume	Pneumonie
			Vu avant 24 h	Vu après 24 h			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	9	4	3	2	2	1	3



**REGISTRE PECIME DE L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
Date	No	Nom et Prénom	Age	Sexe	Mère / Père	Statut de Prévention			Signes de Danger	Classification						Traitement fourni (quantités distribuées)							Evolution			
						Depistage malnutrition à jour	Vit A à jour	Vaccination à jour		Fièvre		Diarrhée	Toux ou Rhume	Pneumonie	Etat Nutritionnel (R,J,V)	Coartem	Zinc	ORS	Amoxicilline	Mebendazole	Vit amine A	Autres	Référé	Guéri	Décédé	
										Vu avant 24 h	Vu après 24 h															
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registre de vaccination et nutrition (CR-2)

Objectif du Registre

Ce registre a été conçu pour assister dans les ASC à faire le suivi des services de prévention et de nutrition apportés à l'enfant de moins de un an. Le registre doit être utilisé avec la courbe de croissance qui doit être conservée par la famille et sur laquelle des informations détaillées sur la nutrition de l'enfant et son historique préventif sont indiqués. Le registre sert à aider les ASC dans la compilation des données sur le nombre d'enfants consultés pendant le mois et leur situation quant à la vaccination et la nutrition. .

Description du Registre

Il s'agit d'un grand tableau avec dans chaque colonne l'information pour un enfant. Les colonnes contiennent des informations sur l'identité du patient, les problèmes de santé diagnostiqués, le code de la maladie, le traitement prescrit et l'état du référé. Le registre peut être pré-imprimé, ou les colonnes peuvent être dessinées sur un registre standard par l'ASC lui-même.

Sources de Données

Les données de ce registre sont tirées des courbes de croissance et cartes de vaccination tenues par les familles.

Préparation et Transmission

Ce registre est tenu par chaque ASC. Les données doivent être entrées à chaque visite d'un enfant par l'ASC. Il est utilisé pour faire le total des données à être insérées dans le rapport mensuel.

Définition des Termes et des Indicateurs

Situation nutritionnelle: Tous les ASC sont équipés d'instruments de base pour évaluer la situation nutritionnelle. Dans la plupart des cas, il s'agit du MUAC (circonférence de l'avant bras) bracelet. La situation nutritionnelle se définit comme suit :

<i>Niveau de nutrition</i>	<i>MUAC (mm)</i>
Normal -Vert	≥ 185
Modéré– Jaune	< 185
Sévère – Rouge	< 160

Programme de vaccination: Les ASC devront enregistrer l'information à partir de la carte de vaccination qui correspond au programme ci-après. En général, les ASC assistent aux programmes de vaccination donnés par les professionnels de la santé.

Instructions Détaillées pour le Remplissage du Registre

A chaque visite

1. Date: Au jour de la visite

2. Numéro: Assigner à chaque enfant un numéro de registre qui consiste en l'année en cours et un numéro de série, de la façon suivante : 2009/1, 2009/2, etc. Ce numéro doit aussi être noté sur la carte de vaccination et la courbe de croissance de façon à ce qu'il soit facile à retrouver dans le registre lors des prochaines visites.

3. Noms de l'enfant: Noms de famille d'abord et prénoms ensuite.

4. Mère/Père: Enregistrer les noms de la mère et du père ou du tuteur (toute personne qui en a la garde).

5. Village: Inscrire le nom du village et autres détails qui permettront à l'ASC de localiser l'enfant.

6. Date de naissance: Inscrire la date de naissance de l'enfant suivant le format JJ/MM/AAAA. Ceci est nécessaire parce que l'enfant doit être visité plusieurs fois durant les 5 premières années.

7/8/9/10/11. Vaccinations: Inscrire le mois et l'année au cours desquels les vaccins ont été donnés conformément au programme national de vaccination (ex. 11/2009). Cela doit être tiré du certificat de vaccination de l'enfant.

12. Remarques: Cette colonne doit être utilisée pour marquer les événements significatifs qui peuvent expliquer des insuffisances dans le suivi nutritionnel ou la vaccination.

13-17. Suivi nutritionnel: Dans cette section, inscrire la situation nutritionnelle de l'enfant à chaque visite en utilisant les codes couleurs dans la case correspondante pour la visite du mois.

R= rouge (malnutrition sévère)

J= jaune (malnutrition modérée)

V=vert (nutrition normal)

Si l'enfant est enregistré pendant le mois de février, bien s'assurer de commencer dans la colonne marquée février.

Au dessus de chaque série de colonne de 12 mois, inscrire les années à commencer par l'année en cours. A chaque début d'année, l'ASC doit sauter une page et inscrire les colonnes "année" à gauche de façon à ne pas gaspiller de colonnes.

A la fin de chaque mois

Les 3 dernières colonnes de chaque page ont été laissées vides afin d'y inscrire les totaux de visites de suivi nutritionnel. Pour les colonnes qui coïncident avec le mois et l'année achevée, compter le nombre de "R" et inscrire le nombre dans la case marquée par "R" et de même pour J et V. Après avoir fait les totaux de chaque page, faire le total des chiffres de chaque page pour la colonne du mois précédent. Cela en s'assurant d'aller à travers toutes les pages du registre pour inscrire les données sur les enfants plus âgés qui n'ont pas été enregistrés au cours des années précédentes, et en prenant compte les changements dans les colonnes du fait d'une modification d'une année à une autre.

Les fiches PECIME (Prise en charge d'enfant malade) (F-6)

Objectif du Registre

La fiche de PECIME a été conçue pour aider les ASC à faire le diagnostic et traiter les enfants malades. C'est la 1^{ère} source d'information pour le remplissage du registre PECIME. C'est une fiche à plusieurs parties et une fois remplies un exemplaire est donné aux parents ou au tuteur de l'enfant.

Description du Registre

La fiche PECIME est distribuée dans un cahier de dimension A4, et est constituée de feuilles doubles pour autocopier.

Sources de Données

Les données sont entrées durant la visite de l'ASC à l'enfant malade en se basant sur les réponses données par les parents/tuteurs.

Préparation et Transmission

Une nouvelle fiche PECIME est donnée à chaque fois qu'un enfant malade est visité par un ASC pour un nouvel ennui de santé. Il y a exception lorsque l'ASC conduit une visite de suivi pour un problème précédemment diagnostiqué. Dans ce cas, des remarques additionnelles sont notées sur la copie de la fiche précédemment complétée et dont la copie est restée dans le cahier.

Définition des Termes et des Indicateurs

MUAC: c'est la mesure en centimètres du circonférence de l'avant bras de l'Enfant

Instructions détaillées pour le remplissage du Rapport:

Date: Au jour de la visite de l'enfant par l'ASC.

FOSA: Écrire le nom de la FOSA qui supervise l'ASC.

Village: Écrire le nom du village où vit l'enfant. .

ASC: Inscrire le nom de l'ASC qui complète la fiche.

Nom du patient, Parents, Date de naissance, Age, Sexe, Durée de la maladie : Sur base des réponses données par les parents.

Nutrition: Après mesure de la **MUAC** ou le relevé du poids de l'enfant.

Signes de danger: Pour chaque observations dans la liste, vérifier la présence de signes de danger et cocher la case "Y" si un ou plusieurs signes existent et "O" si il n'y en a pas.

Référé: Si la case "Y" a été entourée indiquant des signes de danger, alors l'enfant doit être référé au centre de santé. L'ASC n'a pas la formation nécessaire pour traiter de tels cas.

Symptômes/Traitement: Une fois un diagnostique atteint, entourer “Yego” ou “Oya” pour symptômes afin d’indiquer si un traitement à été prescrit et le nombre de tablettes fournies, la fréquence journalière et le nombre de jours.

Autres signes et symptômes: Tout autres problèmes observés par l’ASC.

Explications: L’ASC utilise cette partie pour donner des explications aux parents pour tous les sujets: expliquer la maladie, expliquer le traitement, expliquer les 3 règles de traitement et donner la marche à suivre en cas d’aggravation de la maladie.

Prévention: cette partie de la fiche est utilisée pour enregistrer l’état de la prévention de l’enfant. Entourer la case “Y” ou “O” en fonction de la revue de la courbe de croissance et de la carte de vaccination.

Évolution de la maladie: entourer la case “Y” ou “O” si une visite de suivie a été effectuée. Indiquer la situation finale du cas en présence.



FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE PAR L'ASC

Date: **FOSA:** **Village:**
Nom de l'enfant: **Parent:** **ASC :**
Date de naissance: **Age:** an(s) mois **Sexe:** F M **Durée de la maladie :** jours

NUTRITION

MUAC: cm ou **POIDS:** kg **Classification:** Verte Jaune Rouge

SIGNES DE DANGER (REFERER SI "YEGO")

Moins de 2 mois	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Resp. difficile+Tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Statut nutritionnel rouge	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Maladie de 14 jours ou plus	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Cedème avec godet	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Souvent malade	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Incapable de boire, téter, manger	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Prise de imiti sans amélioration	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Vomit tout	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Fièvre avec éruption	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
A convulsé / convulse	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Déshydratation sévère	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Inconscient	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Sang dans les selles	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Très affaiblie	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Moins de 6 mois avec fièvre	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Pâleur palmaire	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Plus de 5 ans	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O

REFERER Yego Oya

SYMPTOMES, TRAITEMENT & POSOLOGIE

SYMPTOMES		TRAITEMENT		POSOLOGIE		
				Cp/prise	Fois/jr	No. de jrs
Fièvre	<input type="checkbox"/> Yego <input type="checkbox"/> Oya	Coartem	<input type="text"/> Tuku <input type="text"/> Hondo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Yego <input type="checkbox"/> Oya	Zinc	<input type="text"/> 5 cps <input type="text"/> 10 cps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ORS	<input type="text"/> Sachets			
Toux	<input type="checkbox"/> Yego <input type="checkbox"/> Oya	Miel/ jus de citron				
Pneumonie	<input type="checkbox"/> Yego <input type="checkbox"/> Oya	Amax	<input type="text"/> 2-4 mois <input type="text"/> 5 cps <input type="text"/> 13-30 mois <input type="text"/> 15 cps	<input type="text"/> 5-12 mois <input type="text"/> 10 cps <input type="text"/> 31mo-5ans <input type="text"/> 20 cps	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Malnutrition légère/Jaune	<input type="checkbox"/> Yego <input type="checkbox"/> Oya	Mebendazole (6 mois et +)	<input type="text"/> 6 cps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fer/Folat	<input type="text"/> 15 cps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Conseils nutrition	<input type="text"/>			

Autre(s) signe(s):

EXPLICATION à la mère ou au gardien de l'enfant

Explication de la maladie Y O Explication des 3 règles du traitement Y O
 Explication de la posologie Y O Conseils de revenir si aggravation Y O

PREVENTION

Vaccination à jour Y O Vitamine A à jour Y O
 Déparasitage à jour Y O Suivi de la croissance à jour Y O

EVOLUTION DE MALADIE

Visite de suivi à ménage Y O Evolution de maladie de l'enfant: Guéri Référé Décédé

Rapport mensuel des activités des ASC (format identiques pour les villages, la cellule et les FOSA/coopératives. (CMR-1)

Objectif du Registre

Le rapport sert à donner une information sur les activités de routine des ASC à des niveaux différents dans le système de santé. Afin de simplifier la logistique et réduire les coûts, le même format a été adopté pour le rapport original au niveau ainsi que les rapports consolidés au niveau de la cellule et du secteur. Les données pour le niveau coopératives sont entrées dans bases de données SIS au niveau du district.

Description du Registre

Le rapport est constitué d'une seule page imprimée en deux parties, sur des feuilles autocopiantes. La 1ère feuille est transmise au prochain niveau de hiérarchie tandis que la seconde reste archivée au niveau concerné.

Source de Données

Les données du rapport proviennent de:

1. Registre PECIME
2. Registre Maternelle
3. Registre vaccination et suivi nutritionnel
4. Fiche de références et contre références
5. Procès verbaux de réunions, de sessions IEC, supervisions et autres activités

Préparation et Transmission

Les ASC se réunissent au début du mois au niveau du village (Umudugudu) pour consolider les données des registres et compléter le rapport unique du village. Ce rapport est transmis à la cellule où il est ajouté aux autres rapports des autres villages et ainsi compilé en un rapport commun de la cellule. Les rapports des cellules sont ensuite envoyés aux coopératives d'ASC basés dans les secteurs sanitaires aux FOSA où ils sont ensuite compilés en un seul rapport unique calculant toutes les données du secteur. Ce rapport de secteur est transmis à l'hôpital de district qui fera la saisie des données dans la base de données.

Définition des Termes des Indicateurs

MUAC: circonférence de l'avant bras en centimètres

Niveaux de compilation: Il s'agit du niveau du système de santé dans lequel les données ont été compilées. Dans le SISCom, il existe 3 niveaux: le village, la cellule et la coopérative.

PTME/PMTCT: Nombre des couples testés pour le VIH au cours du mois dans le cadre des services PMTCT/PTME

CDV/VCT : Nombre de personnes testées pour le VIH au cours du mois dans le cadre du service VCT. Le test VCT est fait dans une institution sanitaire avec les normes respectées

Instructions détaillées pour le remplissage du rapport.

Identification

Niveau de compilation: Cocher la case appropriée qui représente le niveau dans lequel le rapport a été compilé : village, cellule ou coopérative.

Nom du village, cellule ou coopérative: indiquer le nom du village/cellule/coopérative.

District: indiquer le nom du district dans lequel l'ASC travaille.

Nombre d'ASC: Indiquer le nombre d'ASC actifs dans la cellule incluse dans le rapport, si oui ou non ils ont tous contribué au rapport.

Nombre qui ont répondu: Indiquer le nombre d'ASC qui ont soumis les données pour la période de rapportage en cours dans la zone concernée.

Noms des personnes responsables: Indiquer les noms des personnes responsables de la compilation du rapport au niveau concerné par le présent rapport.

Année: Indiquer l'année au cours de laquelle le rapport a été préparé. Noter que l'année n'est pas nécessairement l'année de rédaction du rapport. Par exemple, si vous préparez le rapport en Janvier 2009, indiquez 2008 parce que le rapport concerne l'année 2008.

Mois: Écrire le mois en lettres de la période de rapportage (Ex. Février, Mars, etc.)

Population cible totale: Indiquer la population totale pour la zone de rayonnement concernée.

Nombre d'enfants de 0 à 5 ans: Se calcul en multipliant le total de la population par la moyenne nationale de la proportion de la population qui a moins de 5 ans d'âge.

Nombre de femmes ayant entre 15 et 49 ans: calcul en multipliant le total de la population par la moyenne nationale de la proportion de la population qui a moins de 5 ans d'âge. (Estimé à 25.43% au cours du recensement de 2002).

A. Traitement des cas d'enfants malades (dans le registre PECIME)

1. Nombre total d'enfants malades consultés: Ceci inclut le nombre total d'enfants malades vus au cours du mois. Ces données résultent de l'addition de toutes les fiches PECIME complétées au cours du mois – ou par le nombre de visites notées dans le registre PECIME.

2. Nombre de cas de moins de 2 mois d'âge référés. Les ASC n'ont pas la formation nécessaire pour donner des traitements à des enfants de moins de 2 mois alors ils doivent être référés. Cette donnée doit être obtenue à partir des fiches de référence et contre référence.

3. Nombre de contre référés reçus: Nombre de contre référés reçus en provenance du FOSA de référence pendant le mois. Certaines de ces contre-références pourraient avoir été de patients référés au cours des mois passés mais ils ne comptent que pour le mois au cours duquel elles sont reçues. Les formulaires de contre référence doivent être rangés par date dans un classeur afin d'être comptabilisé plus facilement.

4. Nombre de cas de fièvre chez les enfants de 6 à 59 mois traités dans les 24 heures. Compter le nombre de cases cochés dans les colonnes 10 du PECIME.

5. Nombre de cas de fièvre chez les enfants de 6 à 59 mois traités après les premières 24 heures. Compter le nombre de cases cochés dans les colonnes 11 du PECIME

6. Nombres de cas de Diarrhée traités: Compter le nombre de cases cochés dans les colonnes 12 du PECIME

7. Nombre de cas de pneumonies traités. Compter le nombre de cases cochés dans les colonnes 14 du PECIME

B. Suivi nutritionnel et vaccination (tires du registre de vaccination et suivi nutritionnel)

1. Nombre d'enfants évalués dans la zone verte: Compter le nombre de cases marquées d'un V pour le mois de rapportage dans les colonnes 13 à 18.

2. Nombre d'enfants évalués dans la zone Jaune: Compter le nombre de cases marquées d'un J pour le mois de rapportage dans les colonnes 13 à 18.

3. Nombre d'enfants évalués dans la zone rouge: Compter le nombre de cases marquées d'un R pour le mois de rapportage dans les colonnes 13 à 18.

4. Nombre d'enfants âgés de 9 à 12 ans n'ayant pas été complètement vaccinés: Déterminer d'abord la tranche d'années de naissance qui correspond. Par exemple, si le rapport est rempli en décembre 2009, faite la soustraction de 9 mois pour l'âge minimum et 12 mois pour l'âge maximum. Relever tout les enfants nés dans cette tranche dans le registre et compter ceux pour lesquels les cases de vaccination sont vides. Voir exemple ci-joint.

6	7	8	9	10	11
Date de naissance	Vaccinations				
	VAP-Z & BCG	Pentavalent & VAP			Rougeole
		I	II	III	
12/1/2008	√	√	√	√	√
5/8/2008	√				
3/3/2008	√	√	√		
3/12/2008	√				

C. Réunions et supervisions IEC

1. Nombre de supervisions reçues des coordinateurs des ASC: Revoir les agendas ou cahier des visiteurs et compter le nombre de fois où le coordinateur des ASC à visiter l'ASC Durant le mois de rapportage.

2. Nombre de supervisions reçues des superviseurs de la cellule: Revoir les agendas ou cahier des visiteurs et compter le nombre de fois où le superviseur de la cellule à visiter l'ASC Durant le mois de rapportage.

3. Nombre de réunions tenues à la FOSA: Revoir les agendas ou cahier des visiteurs et compter le nombre de fois où il s'est tenu une réunion des ASC au cours du mois.

4. Nombre de réunions IEC tenus avec de larges groupes: Revoir les agendas ou cahier des visiteurs et compter le nombre de réunions IEC ayant été tenus dans le mois durant le mois de rapportage (sans tenir compte des réunions en tête-à-tête).

D. Santé maternelle (tire du registre de santé maternelle)

1. Nombre de femmes accompagnées au CS pour une CPN avant ou pendant le 4ème mois de grossesse. Compter le nombre de fois où la case 5 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

2. Nombre de femmes accompagnées au CS pour des grossesses à risques: Compter le nombre de fois où la case 6 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

3. Nombre total de naissances: Compter le nombre de fois où la case 7 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

4. Nombre de femmes accompagnées au CS pour y accoucher: Compter le nombre de fois où la case 9 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

5. Nombre de femmes ayant accouché à domicile : Compter le nombre de fois où la case 10 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

6. Nombre de femmes ayant accouché à domicile et ayant été référées à la FOSA: Compter le nombre de fois où la case 11 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

7. Nombres de couples référés à la FOSA pour PTME: Compter le nombre de fois où la case 20 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

8. Nombre de nouveaux utilisateurs de PF référés: Compter le nombre de fois où la case 15 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

E. Décès à domicile (tires du registre de santé maternelle et registre PECIME)

1. Nombre de décès maternel: Compter le nombre de fois où la case 16 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage. Cela ne doit inclure que les décès liés à la grossesse ou à l'accouchement ou celle dont le décès est intervenu à la FOSA.

2. Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans la communauté. Compter le nombre de fois où la case 17 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage et y ajouter tout décès constaté dans le registre PECIME pour la même période. Ne pas rapporter ceux intervenus au CS ou à l'hôpital.

F. Surveillance des maladies et du VIH (du registre de santé maternelle, registre de TB et fiches de référés et contre-référence)

1. Nombre de nouveaux cas suspectés de TB référés: Compter le nombre de tickets de référés complétés pour les gens suspectés d'avoir des symptômes de TB pendant le mois de rapportage.

2. Nombre de cas de TB suivis à domicile: Compter le nombre de patients de TB don't le traitement à été suivis à domicile pendant le mois de rapportage.

3. Nombre de nouveau cas de paralysie flasque aigue ou de rougeole référés: Compter le nombre de tickets de référés complètes pour des personnes qui ont soit des symptomes de **paralysie flasque aigue** soit des symptômes de rougeoles.

4. Nombre de famille accompagnés aux CS pour du CDV : Compter le nombre de fois où la case 20 du registre de santé maternelle a été cochée durant le mois de rapportage.

G. Stock

Dans cette section compléter le nombre d'unités de chaque produit stocké distribué pendant le mois ainsi que le nombre d'unités de chaque produit qui sont restés dans le stock à la fin du mois.

La colonne "distribué" doit être calculée en additionnant les quantités notées dans le registre PECIME (colonnes 16-22) et santé maternelle (colonne 16-22) pour la période de rapportage. A noter: pour le Co artem, être sur de compter séparément les paquets rouges et les paquets jaunes.

La colonne "restants" doit être calculée en faisant l'inventaire physique des éléments restants à la fin du mois.

Si l'ASC reçoit des médicaments et équipements supplémentaires il doit les lister et les comptabiliser dans les cases vides à la fin de la section G.



RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITE DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

Niveau de compilation Village Cellule Coopérative

Année

Nom du Village/Cellule/Coopérative

Mois

District

Population cible totale

Nombre d'ASC total

Nombre qui ont rapporté

Nombre d'enfants de 0 à 5 ans

Nom du Responsable

Nombre de femmes de 15 à 49 ans

A. Prise en charge d'enfants malades		Nombre	Guéris	Décès	Référés
1	Nombre total de cas de 0 à 5 ans reçus				
2	Nombre de cas de moins de 2 mois référés				
3	Nombre de contre-références reçues				
4	Nombre de cas de 6 mois à 59 mois avec fièvre traités avant 24h.				
5	Nombre de cas de 6 mois à 59 mois avec fièvre traités après 24h.				
6	Nombre de cas diarrhée traités				
7	Nombre de cas pneumonie traités				
B. Etat Nutritionnelle (Poids ou MUAC) et Vaccination		Nombre	Guéris	Décès	Référés
1	Nombre d'enfants Verts (V)				
2	Nombre d'enfants Jaunes (J)				
3	Nombre d'enfants Rouges (R)				
4	Nombre d'enfants de 9 à 12 mois qui ne sont pas encore complètement vaccinés				
C. Supervisions reçues et Participation aux réunions/IEC		Nombre	G. Stock	Distribué	Reste
1	Nombre de supervisions reçues du Coordinateur des ASC		Pilules		
2	Nombre de supervisions reçues de la cellule		Condoms		
3	Nombre de réunions des ASC au Centre de Santé		Cycle beads		
4	Nombre de sessions d'IEC de masse		Contraceptif injectable		
D. Santé Maternelle		Nombre	Coartem (rouge)		
1	Nombre de femmes accompagnés au CS par l'ASC pour CPN <= 4 mois de grossesse.		Coartem (jaune)		
2	Nombre de femmes enceintes accompagnées au CS par l'ASC pour facteur de risque		Zinc		
3	Nombre total d'Accouchements ce mois		SRO		
4	Nombre accompagnées par l'ASC pour l'accouchement au CS		Amoxiciline		
5	Nombre d'accouchements à domicile		Mebendazole		
6	Femmes accouchés à domicile et référés au CS/Hôpital		SurEau		
7	Nombre de couples référés pour PMTCT		Vitamine A		
8	Planning Familiale: Nouveaux utilisateurs référés ce mois		Bednets		
E. Mortalité a domicile		Nombre			
1	Nombre de décès maternel (liés à la grossesse ou l'accouchement)				
2	Nombre de décès des enfants <5 ans dans la communauté				
F. Surveillance et VIH		Nombre			
1	Nombre de nouveau cas de tuberculose suspect référés				
2	Nombre de cas de tuberculose suivi à la maison				
3	Nombre de cas suspect de paralysie flasque/rougeole référés				
4	Nombre de ménages accompagnés au CS pour VCT				