



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET  
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**



**REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE**  
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

# DICTIONNAIRE NATIONAL DES INDICATEURS DE SANTÉ

**Edition 2015**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>1. CONTEXTE .....</b>	<b>5</b>
<b>2. NOTE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>6</b>
<b>3. A QUI S'ADRESSE CE DICTIONNAIRE.....</b>	<b>6</b>
<b>4. SYNTHÈSE DES INDICATEURS DE SANTÉ .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1. INDICATEURS NON VIH .....</b>	<b>7</b>
<b>4.2. INDICATEURS VIH .....</b>	<b>8</b>
<b>4.3. LISTE DES INDICATEURS NON VIH AVEC LEUR CODE PAR DIRECTION OU PROGRAMME DE SANTÉ .....</b>	<b>8</b>
4.3.1. Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) .....	8
4.3.2. Direction des Affaires Financières (DAF) .....	8
4.3.3. Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS) .....	9
4.3.4. Direction de la Formation de la Recherche (DFR) .....	9
4.3.5. Direction de l'Hygiène Environnement et Santé (DHES) .....	10
4.3.6. Direction des Infrastructures, de l'Equipements et de la Maintenance (DIEM) .....	11
4.3.7. Direction de la Médecine Hospitalière (DMH) .....	11
4.3.8. Direction des Ressources Humaines (DRH) .....	12
4.3.9. Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM).....	12
4.3.10. Programme Elargi de Vaccination (PEV) .....	12
4.3.11. Programme National de Développement des Activités Pharmaceutiques (PNDAP).....	13
4.3.12. Programme National d'Eradication de la Lèpre (PNEL) .....	14
4.3.13. Programme national d'Eradication de la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNETHA) .....	14
4.3.14. Programme National d'Eradication du Ver de Guinée/Eau et Assainissement (PNEVG/EA) ...	14
4.3.15. Programme National de Lutte contre les cancers (PNLca).....	14
4.3.16. Programme National de Lutte contre l'Hépatite Virale (PNLHV) .....	15
4.3.17. Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM) .....	15
4.3.18. Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles (PNPMNT) .....	15
4.3.19. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) .....	16
4.3.20. Programme National de Lutte contre la Schistosomiase (PNLSch) .....	16
4.3.21. Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA) .....	17
4.3.22. Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) .....	17
4.3.23. Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB) .....	18
4.3.24. Programme National de Nutrition (PNN) .....	18
4.3.25. Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) .....	19
4.3.26. Programme National de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire (PNPSBD).....	19
4.3.27. Programme National de Santé Mentale (PNPSM) .....	19
4.3.28. Programme National Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) .....	20
4.3.29. Programme National de Santé Oculaire et Lutte contre l'Onchocercose (PNSOLO) .....	21
4.3.30. Programme National Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) .....	22
<b>4.4. Liste des indicateurs VIH avec leur code par secteur et par thématique .....</b>	<b>22</b>
4.4.1. Infection Sexuellement Transmissible (IST) .....	22
4.4.2. Conseil Dépistage (CD) .....	22
4.4.3. Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) .....	23
4.4.4. Prise En Charge (PEC) .....	24
4.4.5. Prévention - CD/IST .....	25
4.4.6. Prévention - PTME .....	26
4.4.7. Soins et Soutien (SS).....	26
4.4.8. Communication pour le Changement de Comportement (CCC) .....	27
4.4.9. Population Hautement Vulnérable (PHV) .....	27

<b>5. FICHES DES INDICATEURS NON VIH PAR DIRECTION ET PROGRAMME DE SANTE .....</b>	<b>29</b>
5.1. Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) .....	29
5.2. Direction des Affaires Financières (DAF) .....	35
5.3. Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS) .....	40
5.4. Direction de la Formation de la Recherche (DFR) .....	48
5.5. Direction de l'Hygiène, de l'Environnement et Santé .....	49
5.6. Direction des Infrastructures, de l'Equipements et de la Maintenance (DIEM) .....	74
5.7. DIRECTION DE LA MEDECINE HOSPITALIERE (DMH) .....	87
5.8. Direction des Ressources Humaines (DRH) .....	94
5.9. Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM) .....	97
5.10. Programme Elargi de Vaccination (PEV) .....	103
Au niveau des établissements sanitaires .....	103
Au niveau communautaire (PEV) .....	113
5.11. Programme National de Développement des Activités Pharmaceutiques (PNDAP) ....	114
5.12. Programme National d'Eradiation de la Lèpre (PNEL) .....	138
5.13. Programme National d'Eradiation de la Trypanosomiase Humaine Africaine .....	144
5.14. Programme National d'Eradiation du Ver de Guinée/Eau et Assainissement (PNEVG/EA) .....	146
5.15. Programme National de Lutte contre les cancers (PNLca) .....	149
5.16. Programme National de Lutte contre l'Hépatite Virale (PNLHV).....	153
5.17. Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM) .....	158
5.18. Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles (PNPMNT) ...	171
5.19. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) .....	176
Au niveau des établissements sanitaires .....	176
Au niveau communautaire (PNLP) .....	184
5.20. Programme National de Lutte contre la Schistosomiase (PNLSch) .....	187
5.21. Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) .....	190
Au niveau des établissements sanitaires .....	190
Au niveau communautaire (PNLT) .....	199
5.22. Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA) .....	203
5.23. Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB) .....	207
5.24. Programme National de Nutrition (PNN) .....	214
Au niveau des établissements sanitaires .....	214
Au niveau communautaire (PNN) .....	233
5.25. Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) .....	234
5.26. Programme National de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire (PNPSBD) .....	237
5.27. Programme National de Santé Mentale (PNSM) .....	243
5.28. Programme National Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) .....	245
Au niveau des établissements sanitaires .....	245
Au niveau communautaire .....	294
5.29. Programme National de Santé Oculaire et Lutte contre l'Onchocercose (PNSOLO) ...	302
5.30. Programme National Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) .....	305

Récapitulatif des indicateurs nationaux VIH au Niveau établissement sanitaire .....	310
<b>6. INDICATEURS VIH DU NIVEAU ETABLISSEMENT SANITAIRE .....</b>	<b>310</b>
6.1. Infections sexuellement transmissibles .....	310
6.2. Prévention Conseil Dépistage .....	310
6.3. Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH .....	311
6.4. Prise en charge .....	312
<b>7. INDICATEURS VIH DU NIVEAU COMMUNAUTAIRE .....</b>	<b>314</b>
7.1. Indicateurs de Prévention - CD/IST.....	314
7.2. Indicateurs de Prévention – PTME .....	314
7.3. Indicateurs de Soins et soutien (SS) .....	402
7.4. Indicateurs de Communication pour le Changement de Comportement (ccc) par domaine prioritaire .....	413
7.5. Population Hautement Vulnérable (PHV) .....	420

# INTRODUCTION

Un dictionnaire est un ouvrage de référence contenant l'ensemble des mots d'une langue ou d'un domaine d'activité généralement présentés par ordre alphabétique et fournissant pour chacun une définition, une explication ou une correspondance.

Le but de ce dictionnaire est essentiellement pédagogique et didactique. C'est un outil de référence pour la communauté nationale des professionnels de santé et des partenaires techniques tout comme les usagers du système de santé ivoirien.

Le présent dictionnaire est le fruit du travail de l'ensemble des acteurs du système de santé.

Il se veut un outil pratique dont les indicateurs de santé listés sont validés par la plupart des acteurs gouvernementaux, la société civile et leurs partenaires techniques et financiers. Un indicateur de santé est une variable que l'on mesure et qui permet de décrire l'état de santé d'une population. Il caractérise des groupes de personnes d'une population et certains événements de leur santé et de leur vie. Il s'agit de mesures quantitatives ou non d'une dimension particulière de l'état de santé. C'est une vue partielle et limitée de l'état de santé.

Ce dictionnaire pour but d'harmoniser, de consolider la compréhension commune des différents indicateurs afin d'éviter toute confusion et amalgame. Ainsi, il contribue au renforcement de la qualité de la collecte, le traitement et l'analyse des données pour la prise de décision adéquate.

## 1. CONTEXTE

Le système de santé ivoirien s'est doté d'un Système d'Information de Gestion (SIG) afin de collecter, d'analyser et de produire des données qui puissent permettre une prise de décision. Le SIG doit aussi satisfaire les besoins en information exprimés par les décideurs/partenaires nationaux et internationaux. Afin de répondre aux besoins en santé de la population, le pays s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 et se propose de disposer d'un nouveau Plan allant de 2016 à 2020. Il est donc indispensable d'adapter les données collectées afin de faire le suivi du PNDS et de satisfaire les besoins en informations vis-à-vis des engagements sur le plan national et international. Cette adaptation passe par la révision des indicateurs de santé.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers la Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS), a lancé en mars 2014 le processus national de révision des indicateurs santé recueillis au niveau des structures sanitaires et dans la communauté. Ce processus répond à un double intérêt, la production du dictionnaire des indicateurs et l'élaboration d'outils de collecte adaptés à ces indicateurs.

Après plusieurs séances de travail du Groupe de Travail Technique (GTT) suivi de l'organisation d'ateliers de validation, ce dictionnaire des indicateurs santé recueillis dans les structures de sanitaires et au niveau communautaire a été produit.

Le dictionnaire des indicateurs vise donc à renforcer le Système National d'Information Sanitaire par la standardisation des connaissances sur les indicateurs.

De façon spécifique, il facilitera la compréhension et le calcul des indicateurs aux Chargés de Suivi Evaluation des régions, districts sanitaires et des structures sanitaires, communiquera à tous les acteurs du système la définition et le mode de calcul des indicateurs tels que définis par la direction ou le programme de santé en charge, améliorera la qualité des données sanitaires, facilitera le suivi des activités des directions et programmes de santé au niveau déconcentré et renforcera les compétences des acteurs en charge de l'information sanitaire au niveau déconcentré.

## 2. NOTE METHODOLOGIQUE

Les indicateurs sont issus des besoins en information des activités liées au fonctionnement des services de santé et la prise en charge des problèmes majeurs de santé en Côte d'Ivoire.

C'est le résultat des différents ateliers organisés pour recenser tous les besoins en information des acteurs. Ces besoins ont été discutés au cours des réunions du groupe technique de travail (GTT). Ce qui a abouti à l'élaboration de fiches techniques des indicateurs. Ces indicateurs ont été validés en avril 2015 au cours d'un atelier par l'ensemble des acteurs du système de santé.

Deux consultants ont été recrutés par la DPPEIS avec l'appui de MEASURE Evaluation pour finaliser les sections VIH et les sections non VIH de ce dictionnaire. Ce sont respectivement :

- **Dr TUHO ZANGA MOISE**, MD, MPH, Strategic Information Specialist
- **Dr GUESSAN Bi Gouzan Bernard**, MD, spécialiste santé publique et Médecine Communautaire

Ce processus a permis donc d'établir cette liste d'indicateurs consensuels à collecter soit en routine ou par enquête.

Dans ce dictionnaire, les caractéristiques de chaque indicateur sont fournies c'est-à-dire le code, le libellé, la définition opérationnelle, l'objectif, l'unité de mesure, le numérateur et le dénominateur s'ils sont applicables, la désagrégation, l'utilité de gestion, le mode de collecte, la fréquence de collecte des données, les sources de collecte et le mode de calcul.

Les directions ou programmes de santé concernés ont été classés par ordre alphabétique. Au niveau de chaque direction ou programme de santé, les indicateurs ont été codés en mode alphanumérique à partir de l'abréviation officielle du nom de ladite structure et classés selon l'ordre souhaité par la direction ou le programme de santé. Pour les indicateurs recueillis auprès de la communauté, la lettre C a été ajoutée juste avant le numéro d'ordre.

Au total, **402** indicateurs ont été retenus pour ce dictionnaire, dont **287** indicateurs non VIH et **115** indicateurs VIH.

La réédition avec l'actualisation du dictionnaire des indicateurs de santé est convenue pour être réalisée tous les trois (3) ans.

## 3. A QUI S'ADRESSE CE DICTIONNAIRE

Ce dictionnaire s'adresse aux responsables de la santé et aux partenaires au développement pour le fonctionnement des services de santé au niveau national, régional, départemental et structure sanitaire pour le volet gestionnaire du système de santé.

Sont également concernés le personnel soignant et tout autre intervenant impliqués dans la prise en charge globale des problèmes de santé et la collecte des données sanitaires.

Sont enfin visés tout chercheur dans le domaine de la santé ou tout usager des services de santé pour une meilleure connaissance du système de santé ivoirien.

## 4. SYNTHÈSE DES INDICATEURS DE SANTÉ

### 4.1. INDICATEURS NON VIH

N°	Direction ou Programme de santé	Nombre d'indicateur
1	Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)	8
2	Direction des Affaires Financières (DAF)	7
3	Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS)	8
4	Direction de la Formation de la Recherche (DFR)	2
5	Direction de l'Hygiène Environnement et Santé (DHES)	25
6	Direction des Infrastructures, de l'Équipements et de la Maintenance (DIEM)	14
7	Direction de la Médecine Hospitalière (DMH)	7
8	Direction des Ressources Humaines (DRH)	3
9	Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM)	6
10	Programme Elargi de Vaccination (PEV)	12
11	Programme National de Développement des Activités Pharmaceutiques (PNDAP)	25
12	Programme National d'Éradication de la Lèpre (PNEL)	6
13	Programme national d'Éradication de la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNETHA)	2
14	Programme National d'Éradication du Ver de Guinée/Eau et Assainissement (PNEVG/EA)	3
15	Programme National de Lutte contre les cancers (PNLca)	4
16	Programme National de Lutte contre l'Hépatite Virale (PNLHV)	5
17	Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM)	13
18	Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles (PNPMNT)	5
19	Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)	11
20	Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA)	4
21	Programme National de Lutte contre la Schistosomiase (PNLSch)	3
22	Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)	13
23	Programme National de Lutte contre l'Ulçère de Buruli (PNLUB)	7
24	Programme National de Nutrition (PNN)	19
25	Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)	3
26	Programme National de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire (PNPSBD)	6
27	Programme National de Santé Mentale (PNSM)	2
28	Programme National Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)	57
29	Programme National de Santé Oculaire et Lutte contre l'Onchocercose (PNSOLO)	3
30	Programme National Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)	4
<b>Nombre total d'indicateurs santé non VIH</b>		<b>287</b>

## 4.2. INDICATEURS VIH

N°	SECTEUR/THEMATIQUE	Nombre d'indicateur
<b>Au NIVEAU ETABLISSEMENT DE SANTE</b>		
1	Infections Sexuellement Transmissible (IST)	7
2	Conseil Dépistage (CD)	7
3	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)	23
4	Prise en Charge (PEC)	40
<b>Au NIVEAU COMMUNAUTAIRE</b>		
1	Conseil Dépistage/Infection Sexuellement Transmissible (CD/IST)	10
2	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)	2
3	Soins et Soutien (SS)	13
4	Communication pour le Changement de Comportement (CCC)	7
5	Population Hautement Vulnérable (PHV)	6
<b>Nombre total d'indicateurs santé VIH</b>		<b>115</b>

## 4.3. LISTE DES INDICATEURS NON VIH AVEC LEUR CODE PAR DIRECTION OU PROGRAMME DE SANTE

### 4.3.1. Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
CNTS_01	Stock mensuel de produits sanguins
CNTS_02	Quantité de produits sanguins transfusés
CNTS_03	Quantité de produits sanguins distribués
CNTS_04	Taux de satisfaction des commandes de produits sanguins
CNTS_05	Durée moyenne pour la réponse à une commande exprimée
CNTS_06	Proportion de poches de sang prélevées chaque année par rapport à la population nationale
CNTS_07	Proportion de poches de sang prélevées chaque année au niveau national, dépistées positives à un marqueur sérologique
CNTS_08*	Nombre de donneurs de sang dépistés positifs au VIH bénéficiant d'une prise charge par les ARV chaque année

### 4.3.2. Direction des Affaires Financières (DAF)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
DAF_01	Taux d'exécution du budget général de l'Etat (BGE)
DAF_02	Taux d'exécution du budget des Ressources Propres (RP)
DAF_03	Montant des ressources mobilisées auprès des ONG
DAF_04	Taux de décaissement effectif du financement extérieur octroyé au MSLS
DAF_05	Taux d'exécution des lignes à marché du MSLS
DAF_06	Budget alloué aux ESPC
DAF_07	Proportion des dépenses des ménages en santé par rapport aux dépenses nationales de santé

### **4.3.3. Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS)**

<b>Code Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur</b>
DEPS_01	Proportion des établissements sanitaires privés ayant fait l'objet d'un projet d'arrêté d'autorisation d'ouverture
DEPS_02	Nombre d'établissements sanitaires privés et publics fonctionnels dans l'année
DEPS_03	Nombre d'internes des hôpitaux
DEPS_04	Nombre de professionnels et stagiaires de santé mis en stage dans l'année
DEPS_05	Proportion des plaintes et réclamations des usagers du secteur sanitaire ayant fait l'objet de traitement
DEPS_06	Nombre de structures sanitaires et établissements ouverts au public ayant reçu une visite de sensibilisation au respect de la réglementation sanitaire en vigueur dans l'année
DEPS_07	Taux d'utilisation des services de santé
DEPS_08	Taux de fréquentation des services de santé

### **4.3.4. Direction de la Formation de la Recherche (DFR)**

<b>Code Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur</b>
DFR_01	Nombre d'agent ayant bénéficié d'une autorisation de stage ou de formation individuelle (en Côte d'Ivoire, en Afrique et hors d'Afrique)
DFR_02	Nombre de formateurs ayant animé une formation continue

### 4.3.5. Direction de l'Hygiène Environnement et Santé (DHES)

<b>Code Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur (DHES)</b>
DHES_01	Nombre d'établissements Sanitaires raccordés à un système d'eau potable fonctionnel
DHES_02	Nombre d'établissements Sanitaires équipés de latrines améliorées et/ou hygiéniques fonctionnelles
DHES_03	Nombre de séances de CCC relatives aux bonnes pratiques d'hygiène
DHES_04	Nombre de personnes ayant participé aux séances de CCC relatives aux bonnes pratiques d'hygiène dans l'établissement sanitaire
DHES_05	Nombre de personnes formées en hygiène hospitalière, sécurité des injections et gestion des déchets sanitaires (HHSIGDS)
DHES_06	Proportion d'établissements disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
DHES_07	Proportion d'établissements disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière fonctionnel
DHES_08	Proportion d'incinérateurs modernes fonctionnels
DHES_09	Proportion d'établissements sanitaires utilisant un incinérateur moderne pour détruire leurs déchets médicaux
DHES_10	Nombre de seringues rétractables sorties des pharmacies de district et d'établissements de soins
DHES_11	Nombre de boîtes de sécurité utilisées dans les établissements de soins
DHES_12	Nombre d'injections pratiquées
DHES_13	Quantité de Solution Hydro Alcoolique délivrée au sein des établissements sanitaires
DHES_14	Nombre d'infections contractées au site opératoire
DHES_15	Nombre d'actes chirurgicaux suivi de prescription d'antibiotiques
DHES_16	Proportion de patients atteints de staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM)
DHES_17	Proportion de ménages, dans l'aire de santé, s'approvisionnant en eau de boisson à une source d'eau potable
DHES_18	Proportion de ménages, dans l'aire de santé, disposant de l'eau potable sur place ou mettant moins de 30 minutes pour s'approvisionner en eau potable
DHES_19	Proportion de ménages qui utilisent une méthode appropriée pour le traitement de l'eau de boisson, dans l'aire de santé
DHES_20	Proportion de ménages qui utilisent une toilette améliorée, dans l'aire de santé
DHES_21	Proportion de ménages, dans l'aire de santé, où les membres se lavent les mains après les selles, avant de préparer à manger ou de donner à manger aux enfants
DHES_22	Proportion de ménages, dans l'aire de santé, qui disposent de l'eau et du savon à l'endroit pour se laver les mains
DHES_23	Proportion de ménages, dans l'aire de santé, qui disposent d'un dispositif de lavage des mains composé de récipient + eau + savon
DHES_24	Proportion de ménages dont les femmes assurent une évacuation hygiénique des selles de leurs enfants de 0 à 5 ans, dans l'aire de santé
DHES_25	Nombre de maladies susceptibles d'être liées à l'environnement détectées lors des consultations

#### 4.3.6. Direction des Infrastructures, de l'Equipements et de la Maintenance (DIEM)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
DIEM_01	Nombre d'Etablissements Sanitaires Publics
DIEM_02	Nombre d'Etablissements Sanitaires Publics de Premier Contact (ESPC) en construction
DIEM_03	Ratio Populations par Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
DIEM_04	Proportion d'établissements sanitaires publics disposant d'une clôture
DIEM_05	Proportion d'établissements sanitaires disposant d'une source d'énergie
DIEM_06	Proportion d'établissements sanitaires connectés à un réseau de communication
DIEM_07	Proportion d'établissements Sanitaires équipés de sanitaires
DIEM_08	Proportion d'établissements Sanitaires ayant bénéficié d'une réhabilitation dans les 5 dernières années
DIEM_09	Nombre de projets de construction, de réhabilitation et d'équipement notifiés aux autorités sanitaires
DIEM_10	Proportion d'établissements Sanitaires ayant un ou plusieurs services non fonctionnels
DIEM_11	Proportion d'établissement Sanitaires du niveau tertiaire et secondaire disposant d'un service de maintenance complet
DIEM_12	Proportion d'ESPC bénéficiant des services des CREM (centre régional d'équipement et de maintenance) et AMD (Atelier de Maintenance de District)
DIEM_13	Nombre de matériel roulant
DIEM_14	Proportion des Etablissements sanitaires disposant d'un inventaire actualisé des équipements

#### 4.3.7. Direction de la Médecine Hospitalière (DMH)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
DMH_01	"Capacité litière" (Nombre de lits d'hospitalisation ouverts)
DMH_02	Taux d'occupation Moyen (TOM) des lits
DMH_03	Durée Moyenne de Séjour (DMS)
DMH_04	Nombre de consultations
DMH_05	Nombre d'interventions chirurgicales
DMH_06	Délai moyen d'attente pour bénéficier d'une prise en charge en soins spécialisés
DMH_07	Pourcentage de créances émises non recouvrées

#### 4.3.8. Direction des Ressources Humaines (DRH)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
DRH_01	Nombre de Personnel de santé
DRH_02	Ratio Population/Personnel de santé
DRH_03	Proportion de Directions Sanitaires disposant de Gestionnaire de RHS

#### 4.3.9. Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
DSIM_01	Taux de réalisation de staffs (réunion) communs
DSIM_02	Proportion de supervisions réalisées par les Sous-Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (S/DSIO) à l'endroit des points focaux
DSIM_03	Proportion d'établissements offrant des soins infirmiers et maternels de qualité
DSIM_04	Proportion de Sages-femmes et d'Infirmiers ayant bénéficié d'un renforcement de capacité
DSIM_05	Proportion de Sages-Femmes et d'Infirmiers disposant des textes réglementaires
DSIM_06	Proportion de malades référés par les Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)

#### 4.3.10. Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Au niveau des établissements sanitaires

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PEV_01	Couverture vaccinale par antigène
PEV_02	Taux de femmes enceintes complètement vaccinées pour le VAT (Vaccin Antitétanique)
PEV_03	Taux de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos
PEV_04	Taux d'enfants complètement vaccinés avant 12 mois
PEV_05	Taux d'abandon spécifique
PEV_06	Taux d'abandon global
PEV_07	Taux de perte au cours de l'administration des vaccins
PEV_08	Taux de perte en seringues
PEV_09	Taux de disponibilité des vaccins
PEV_10	Taux de disponibilité des consommables de vaccination

Au niveau communautaire (PEV)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PEV_C1	Proportion de cas suspects de maladies sous surveillance PEV notifiés par les relais communautaires ou agents de santé communautaires (ASC)
PEV_C2	Proportion de cas suspects de maladies sous surveillance PEV notifiés par les relais communautaires ou agents de santé communautaire

#### 4.3.11. Programme National de Développement des Activités Pharmaceutiques (PNDAP)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNDAP_01	Taux de disponibilité des médicaments essentiels (ME) et intrants stratégiques (IS)
PNDAP_02	Taux de produits périmés
PNDAP_03	Délai moyen de livraison
PNDAP_04	Proportion d'établissements sanitaires ayant connu au moins une rupture d'un produit traceur
PNDAP_05	Proportion d'établissements sanitaires clients de la NPSP-CI livrés dans les délais
PNDAP_06	Proportion d'établissements sanitaires dont le personnel a été supervisé par l'équipe cadre du district sanitaire ou de la Direction Départementale de la santé au cours du dernier trimestre
PNDAP_07	Proportion d'établissements sanitaires supervisés par l'Equipe Régionale (ER) de la Direction Régionale de la Santé au cours du dernier trimestre
PNDAP_08	Proportion de structures ayant organisé une réunion de comité de médicaments
PNDAP_09	Proportion d'établissements sanitaires disposant d'un comité de médicament
PNDAP_10	Proportion d'acteurs formés en gestion des stocks de médicaments à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
PNDAP_11	Proportion de pharmacie (d'établissements sanitaires public) disposant de réfrigérateur dont la température est maintenue entre 2°C et 8°C
PNDAP_12	Proportion de pharmacies (d'établissement client de la NPSP-CI) dont la température de la salle de stockage est maintenue en dessous de 25°C
PNDAP_13	Proportion d'établissements sanitaires ayant connu au moins une rupture d'un produit traceur
PNDAP_14	Proportion d'établissements sanitaires périphériques approvisionnés par le District sanitaire dans le mois
PNDAP_15	Proportion d'établissements sanitaires soumettant des rapports complets et à temps
PNDAP_16	Taux de complétude des rapports logistiques
PNDAP_17	Taux de conformité des rapports commande mensuels d'établissements sanitaires clients NPSP
PNDAP_18	Taux de promptitude des rapports
PNDAP_19	Taux de Produits Pharmaceutiques Inutilisables (PPI)
PNDAP_20	Taux de rupture de stock des ME et IS à la NPSP
PNDAP_21	Durée moyenne de rupture des médicaments essentiels et intrants stratégiques (produit traceur)
PNDAP_22	Taux de satisfaction des commandes livrées par la NPSP
PNDAP_23	Proportion d'établissements sanitaires bien stockés en produits traceurs (Niveau compris entre le Minimum et le Maximum)
PNDAP <sup>P</sup> _24	Proportion d'établissements sanitaires sans rupture de stock des médicaments antipaludiques de base au cours de la période de rapportage
PNDAP <sup>sme</sup> _25	Durée de rupture des produits contraceptifs

#### 4.3.12 . Programme National d’Eradication de la Lèpre (PNEL)

Code Indicateur	Libellé de l’indicateur
PNEL_01	Incidence de la lèpre
PNEL_02	Prévalence de la lèpre
PNEL_03	Proportion d’infirmités au dépistage
PNEL_04	Incidence des infirmités au dépistage de la lèpre
PNEL_05	Taux de guérison Pauci Bacillaire (PB)
PNEL_06	Achèvement de traitement (taux de guérison MB)

#### 4.3.13. Programme national d’Eradication de la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNETHA)

Code Indicateur	Libellé de l’indicateur
PNETHA_01	Prévalence de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)
PNETHA_02	Incidence de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)

#### 4.3.14. Programme National d’Eradication du Ver de Guinée / Eau et Assainissement (PNEVG/EA)

Code Indicateur	Libellé de l’indicateur
PNEVG/EA_01	Nombre de rumeurs de cas de vers de Guinée signalés
PNEVG/EA_02	Proportion de rumeurs de cas investigues dans les 24h
PNEVG/EA_03	Nombre de cas de ver de Guinée (VG) confirmé

#### 4.3.15. Programme National de Lutte contre les cancers (PNLca)

Code Indicateur	Libellé de l’indicateur
PNLca_01	Incidence du cancer
PNLca_02	Mortalité proportionnelle par cancer
PNLca_03	Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d’au moins un test de dépistage du cancer du col de l’utérus
PNLca_04	Proportion de personnes atteintes de cancer en phase terminale ayant bénéficié de substances morphiniques

#### 4.3.16. Programme National de Lutte contre l'Hépatite Virale (PNLHV)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLHV_01	Prévalence de l'hépatite virale B
PNLHV_02	Prévalence de l'hépatite virale C
PNLHV_03	Incidence d'hépatite virale B
PNLHV_04	Incidence d'hépatite virale C
PNLHV_05	Nombre total de boîtes d'interféron pégylé délivrées par la pharmacie

#### 4.3.17. Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLMM_01	Proportion de patients non hypertendus connus ayant une tension artérielle élevée reçus en consultation
PNLMM_02	Proportion de patients hypertendus connus reçus en consultation
PNLMM_03	Proportion de patients non diabétiques connus avec hyperglycémie reçus en consultation
PNLMM_04	Proportion de patients diabétiques reçus en consultation
PNLMM_05	Proportion de patients en excès pondéral reçus en consultation
PNLMM_06	Prévalence de l'Hypertension artérielle dans une population âgée d'au moins 18 ans
PNLMM_07	Prévalence de l'hyperglycémie dans une population âgée d'au moins 18 ans
PNLMM_08	Prévalence du diabète dans une population âgée d'au moins 18 ans
PNLMM_09	Prévalence du surpoids dans une population âgée d'au moins 18 ans
PNLMM_10	Prévalence de l'Obésité dans une population âgée d'au moins 18 ans
PNLMM_11	Proportion de patients de 40 ans et plus à risque d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux recevant une chimiothérapie et des conseils en prévention
PNLMM_12	Mortalité proportionnelle due à l'infarctus du myocarde (crise cardiaque)
PNLMM_13	Mortalité proportionnelle due aux AVC

#### 4.3.18. Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles (PNPMNT)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNPMNT_01	Prévalence de l'Asthme chez les 5 ans et plus
PNPMNT_02	Prévalence de la drépanocytose chez les nourrissons de 6 mois et plus
PNPMNT_03	Mortalité liée à l'Asthme
PNPMNT_04	Mortalité due aux traumatismes
PNPMNT_05	Proportion de patients de 2 à 10 ans présentant une surdité acquise

## 4.3.19. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

Au niveau des établissements sanitaires (PNLP)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLP_01	Proportion de femmes enceintes ayant reçu une MILDA en CPN
PNLP_02	Proportion d'enfants de moins d'un an ayant reçu une MILDA en PEV
PNLP_03	Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP en CPN
PNLP_04	Nombre de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu au moins trois doses de SP
PNLP_05	Nombre de cas de paludisme confirmé positif ayant reçu une CTA, conformément à la politique nationale, dans les établissements de santé du secteur public
PNLP_06	Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test de diagnostic dans les établissements de santé du secteur public
PNLP_07	Nombre de Tests de diagnostic de paludisme réalisés
PNLP_08	Nombre d'établissements sanitaires n'ayant pas signalé de rupture de stock en intrants (MILDA, TDR, réactif de GE) de plus d'une semaine durant les 3 derniers mois

Au niveau communautaire (PNLP)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLP_C1	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de la seconde dose de SP au cours des consultations foraines organisées par les ONG
PNLP_C2	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de la troisième dose de SP au cours des consultations foraines organisées par les ONG
PNLP_C3	Nombre de cas de paludisme confirmés positifs ayant reçu une CTA dans la communauté

## 4.3.20. Programme National de Lutte contre la Schistosomiase (PNLSch)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLSch_01	Couverture thérapeutique de la schistosomiase chez les enfants d'âge scolaire (5 à 15 ans)
PNLSch_02	Couverture thérapeutique de la filariose lymphatique et des géo helminthiases
PNLSch_03	Prévalence de la schistosomiase et des géo helminthiases chez les enfants de 5 à 15 ans

#### 4.3.21. Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLTA_1	Prévalence du tabagisme
PNLTA_2	Nombre de cancer des poumons chez le sujet tabagique
PNLTA_3	Prévalence de l'alcoolisme
PNLTA_4	Nombre de cas de toxicomanie notifiés

#### 4.3.22. Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

Au niveau des établissements sanitaires

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLT_01	Taux de notification des cas de tuberculose bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechutes) (pour 100 000 habitants)
PNLT_02	Nombre de cas de retraitement (Reprise, Echec)
PNLT_03	Taux de notification des cas pour toutes les formes de tuberculose (bactériologiquement confirmée et diagnostiquée cliniquement)
PNLT_04	Proportion de cas de tuberculose ayant achevé avec succès leur traitement
PNLT_05	Nombre d'échec parmi les cas de tuberculose bactériologiquement confirmée en traitement
PNLT_06	Nombre de décès parmi les cas de tuberculose mis en traitement
PNLT_07	Nombre de cas de tuberculose pharmaco résistante ayant commencé un traitement de seconde intention
PNLT_08	Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans en contact avec des patients atteints de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée et qui ont commencé un traitement préventif par l'isoniazide (TPI)
PNLT_09	Proportion de la population ayant une connaissance exacte de la tuberculose (mode de transmission, symptômes et traitement)

Au niveau communautaire (PNLT)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLT_C1	Proportion des cas de tuberculose toutes formes confondues (bactériologiquement confirmée et cliniquement diagnostiquée) orientés par la communauté
PNLT_C2	Proportion de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée orientés par la communauté parmi les rechutes et les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmée déclarés aux autorités sanitaires nationales
PNLT_C3	Proportion de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée dont le traitement est suivi par la communauté (ASC, ONG)
PNLT_C4	Proportion de cas de tuberculose bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechute) traités avec succès, suivis par les ASC et/ou ONG, parmi les cas de tuberculose bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechute) suivis par les ASC et/ou ONG.

#### 4.3.23. Programme National de Lutte contre l'Ulçère de Buruli (PNLUB)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNLUB_01	Incidence de l'Ulçère de Buruli (UB)
PNLUB_02	Proportion de malade UB ayant reçu le traitement antibiotique
PNLUB_03	Proportion des invalidités au dépistage de l'UB
PNLUB_04	Proportion de malades UB guéris sans invalidité
PNLUB_05	Proportion de cas UB dépistés ulcérés
PNLUB_06	Proportion de cas UB dépistés au stade précoce (catégories 1 et 2)
PNLUB_07	Proportion de cas UB confirmés par PCR

#### 4.3.24. Programme National de Nutrition (PNN)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNN_01	Proportion d'enfants de 6-59 mois malnutris aigus
PNN_02	Proportion d'enfants souffrant de retard de croissance (malnutrition chronique)
PNN_03	Proportion d'enfants de 0 à 5 ans pesés en consultation d'enfants sains
PNN_04	Proportion d'enfants malnutris aigus pris en charge et guéris
PNN_05	Proportion d'enfants malnutris aigus perdus de vue
PNN_06	Proportion d'enfants malnutris décédés
PNN_07	Proportion de nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance
PNN_08	Proportion de nouveau-nés avec faible poids de naissance
PNN_09	Proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale
PNN_10	Proportion de femmes enceintes dépistées malnutries
PNN_11	Proportion d'enfants présentant une anémie en consultation
PNN_12	Proportion d'enfants de 12 - 59 mois déparasités
PNN_13	Proportion d'enfants de 6 - 59 mois supplémentés en vitamine A
PNN_14	Incidence de l'anémie chez la femme enceinte en CPN
PNN_15	Proportion de ménages sensibilisés à la consommation du sel iodé
PNN_16	Proportion des ménages utilisant le sel iodé
PNN_17	Proportion d'aliments thérapeutiques reçus
PNN_18	Proportion d'aliments thérapeutiques distribués aux bénéficiaires utilisés

##### Au niveau communautaire (PNN)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNN_C1	Nombre de séances de communication sur les activités de nutrition (CCC)

#### **4.3.25. Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)**

<b>Code Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur</b>
PNPMT_01	Nombre de Praticiens de Médecine Traditionnelle recensé
PNPMT_02	Nombre médecine traditionnelle recensé
PNPMT_03	Nombre de personnes référées par les Praticiens de Médecine Traditionnelle dans les établissements sanitaires modernes

#### **4.3.26. Programme National de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire (PNPSBD)**

<b>Code Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur</b>
PNPSBD_01	Prévalence des caries dentaires
PNPSBD_02	Nombre de cas d'affections bucco-dentaires
PNPSBD_03	Proportion des établissements sanitaires ayant un cabinet dentaire fonctionnel
PNPSBD_04	Nombre de séances de CCC dans le domaine de la santé bucco-dentaire
PNPSBD_05	Proportion des mères connaissant les signes précoces des pathologies bucco- dentaires
PNPSBD_06	Proportion d'enfants bénéficiant de prescription fluorée

#### **4.3.27. Programme National de Santé Mentale (PNPSM)**

<b>Code Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur</b>
PNSM_01	Nombre de personnes présentant des troubles psychiatriques
PNSM_02	Prévalence des retards psychomoteurs chez les enfants de moins de 5 ans

## 4.3.28. Programme National Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)

Au niveau des établissements sanitaires (PNSME)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur (PNSME)
PNSME_01	Couverture en CPN1
PNSME_02	Couverture en CPN4
PNSME_03	Taux d'abandon global en CPN
PNSME_04	Taux d'abandon spécifique en CPN
PNSME_05	Nombre de femmes enceintes ayant effectué 5 CPN et plus
PNSME_06	Nombre de grossesses à risque dépisté en CPN1
PNSME_07	Proportion de femmes enceintes ayant effectué le bilan paraclinique au cours des CPN
PNSME_08	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié
PNSME_09	Proportion de femmes ayant accouché vues en post natale immédiate (72 heures suivant l'accouchement)
PNSME_10	Nombre de naissances vivantes
PNSME_11	Nombre de nouveau-nés avec un petit poids de naissance
PNSME_12	Couverture en consultation post natale (CPoN)
PNSME_13	Proportion de décès intra-partum (mort-nés)
PNSME_14	Ratio de mortalité maternelle
PNSME_15	Ratio de décès maternels enregistrés
PNSME_16	Taux de décès néonatal
PNSME_17	Taux de césarienne
PNSME_18	Proportion d'accouchement par césarienne
PNSME_19	Taux de létalité liée aux complications obstétricales
PNSME_20	Nombre de complications obstétricales enregistré dans l'établissement sanitaire
PNSME_21	Statut vaccinal en VAT de femme enceinte à l'accouchement
PNSME_22	Taux de fréquentation des services de Planification Familiale (PF)
PNSME_23	Nombre de personnes ayant reçu un counseling en PF
PNSME_24	Taux d'acceptation des produits de la PF
PNSME_25	Nombre de personnes utilisatrices de la contraception moderne
PNSME_26	Nombre de femmes sous contraception moderne perdues de vue
PNSME_27	Nombre de femmes ayant abandonné la contraception moderne
PNSME_28	Nombre de femmes sous contraception moderne protégées
PNSME_29	Quantité de produits contraceptifs distribués
PNSME_30	Couples Année Protection (CAP)
PNSME_31	Nombre de personnes utilisant les services de Planification familiale testé pour le VIH
PNSME_32	Nombre de femmes ayant reçu des services de PF après avortement
PNSME_33	Nombre de femmes testées pour le VIH après avortement
PNSME_34	Proportion de femmes séropositives au VIH mises sous contraception moderne
PNSME_35	Proportion de survivants aux violences sexuelles ayant consulté dans l'établissement sanitaire avant 72 heures
PNSME_36	Proportion de femmes survivantes aux violences sexuelles mises sous contraception d'urgence
PNSME_37	Proportion de survivants aux violences sexuelles mises sous prophylaxie ARV
PNSME_38	Prévalence des mutilations génitales féminines (excision)
PNSME_39	Nombre d'avortement
PNSME_40	Incidence de la diarrhée chez les enfants de 0-59 mois
PNSME_41	Proportion d'enfants de 0-59 mois atteint de diarrhée et traités avec du SRO+ Zinc
PNSME_42	Proportion d'enfants de 0-59 mois atteints de la pneumonie et traités avec un antibiotique

## Au niveau des établissements sanitaires (PNSME)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNSME_43	Incidence des infections bactériennes du nouveau-né
PNSME_44	Proportion d'infection bactérienne en néonatalogie
PNSME_45	Proportion d'enfants malades de 0-59 mois référés par les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC)
PNSME_46	Nombre de décès infanto-juvénile
PNSME_47	Incidence de la pneumonie chez les enfants de 0-59 mois
PNSME_48	Taux de mortalité infanto-juvénile

## Au niveau communautaire (PNSME)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNSME_C1	Proportion d'enfants de 0-59 mois présentant une pneumonie et traités avec de l'Amoxicilline par un Agent de Santé Communautaire (ASC)
PNSME_C2	Proportion d'enfants de 0-59 mois présentant une diarrhée identifiés et traités par un Agent de Santé Communautaire avec du SRO + Zinc
PNSME_C3	Proportion d'enfants de 0-59 mois malades orientés au centre de santé par un ASC
PNSME_C4	Nombre de naissances enregistrées par les ASC
PNSME_C5	Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans enregistrés par les ASC
PNSME_C6	Proportion de décès maternels dans la communauté
PNSME_C7	Nombre de victimes de VBG identifiées au niveau communautaire
PNSME_C8	Nombre de victimes de VBG identifiées dans la communauté et référées vers les structures de prise en charge

## 4.3.29. Programme National de Santé Oculaire et Lutte contre l'Onchocercose (PNSOLO)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNSOLO_01	Taux de couverture géographique du Traitement à l'Ivermectine sous-Directive Communautaire (TIDC)
PNSOLO_02	Taux de couverture thérapeutique du TIDC (Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire)
PNSOLO_03	Taux de chirurgie de la cataracte

#### 4.3.30. Programme National Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PNSSU_01	Taux de couverture en visite systématique des élèves
PNSSU_02	Proportion d'enfants inscrits à l'école déparasités au cours des visites médicales systématiques de détection
PNSSU_03	Nombre de cas de grossesses précoces en milieu scolaire
PNSSU_04	Proportion de SSSU offrant la SR/PF

#### 4.4. Liste des indicateurs VIH avec leur code par secteur et par thématique

Au niveau établissement sanitaire

##### 4.4.1. Infection Sexuellement Transmissible (IST)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
IST_01	Nombre de nouveaux cas d'IST
IST_02	Proportion de personnes atteintes d'une IST ayant bénéficié d'un kit de prise en charge
IST_03	Proportion de cas d'IST diagnostiqués et référés
IST_04	Proportion de cas d'IST dont le diagnostic étiologique est établi
IST_05	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénataux et qui sont séropositives à la syphilis
IST_06	Proportion de personnes atteintes d'IST ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH
IST_07	Proportion de personnes atteintes d'IST dépistées positives pour le VIH

##### 4.4.2. Conseil Dépistage (CD)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
CD_01	Nombre de clients conseillés pour le dépistage du VIH
CD_02	Nombre de clients dépistés pour le VIH
CD_03	Nombre de clients dépistés pour le VIH et ayant reçu les résultats du test
CD_04	Nombre de clients dépistés positifs au VIH
CD_05	Nombre de dépistage du VIH réalisés en couple
CD_06	Nombre de clients positifs référés dans les centres de PEC et dont la fiche de contre référence a été renvoyée au centre référant
CD_07	Nombre de tests de dépistage VIH réalisés

### 4.4.3. Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

<b>Code Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur (PTME)</b>
PTME_01	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN1
PTME_02	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 1 et se connaissant déjà séropositives au VIH
PTME_03	Nombre de femmes enceintes conseillées et ayant reçu une proposition de test au VIH en CPN 1
PTME_04	Nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH
PTME_05	Nombre total de femmes enceintes testées pour le VIH
PTME_06	Nombre de femmes enceintes conseillées et testées qui ont reçu leur résultat du test VIH (en CPN et en maternité)
PTME_07	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives au VIH en CPN et en maternité
PTME_08	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH nouvellement mises sous ARV
PTME_09	Nombre de femmes enceintes déjà sous ARV
PTME_10	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'accouchement a été enregistré dans l'établissement sanitaire
PTME_11	Nombre d'enfants vivants nés de mères séropositives au VIH
PTME_12	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH ayant reçu des ARV dans les 72 h après la naissance
PTME_13	Nombre de mères séropositives au VIH venues à la consultation Post Natale
PTME_14	Nombre de mères séropositives au VIH bénéficiant des services de Planification familiale en Post Natal
PTME_15	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH vus au 1er RDV de vaccination DTC- HépB-Hib1 (Penta 1), Pneumo 13, Polio 1
PTME_16	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH initiant la prophylaxie au Cotrimoxazole avant 2 mois
PTME_17	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement
PTME_18	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement
PTME_19	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif
PTME_20	Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positifs et référés dans une structure offrant la PEC
PTME_21	Nombre d'enfants nés de mères séropositives sous alimentation exclusive
PTME_22	Nombre de conjoints de femmes enceintes qui ont été dépistés pour le VIH
PTME_23	Nombre de conjoints de femmes enceintes séropositives qui ont été dépistés pour le VIH

#### 4.4.4. Prise En Charge (PEC)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur (PEC)
PEC_01	Nombre cumulé de patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH au début du mois
PEC_02	Nombre de nouveaux patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH au cours du mois
PEC_03	Nombre cumulé de patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH à la fin du mois
PEC_04	Nombre de nouveaux patients inscrits, transférés d'un autre établissement au cours du mois
PEC_05	Nombre total de patients VIH positifs ayant reçu les soins VIH dans le mois
PEC_06	Nombre de patients ayant bénéficié du paquet minimum de services de santé positive, dignité, et prévention à la dernière visite
PEC_07	Nombre de patients éligibles au Cotrimoxazole (CTX) au cours du mois
PEC_08	Nombre de patients sous CTX (anciens cas)
PEC_09	Nombre de patients VIH nouvellement mis sous CTX (nouveaux cas)
PEC_10	Nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan d'évaluation de l'éligibilité aux ARV
PEC_11	Nombre de PVVIH éligibles aux ARV au cours du mois
PEC_12	Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle au cours du mois
PEC_13	Nombre de PVVIH dépistés malnutris au cours du mois
PEC_14	Nombre de PVVIH malnutris qui ont bénéficié d'un traitement nutritionnel au cours du mois
PEC_15	Nombre de PVVIH éligibles aux ARV et qui n'ont pas commencé le Traitement ARV
PEC_16	Nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan biologique au cours du mois
PEC_17	Nombre cumulé de PVVIH sous ARV au début du mois
PEC_18	Nombre de PVVIH ayant nouvellement commencé le traitement ARV dans l'établissement au cours du mois
PEC_19	Nombre de PVVIH sous traitement ARV transférés dans l'établissement sanitaire au cours du mois
PEC_20	Nombre de nouveaux PVVIH sous ARV dans l'établissement au cours du mois
PEC_21	Nombre cumulé de PVVIH sous Traitement ARV dans l'établissement à la fin du mois
PEC_22	Nombre de PVVIH sous ARV (File active)
PEC_23	Nombre de PVVIH initiant le traitement ARV au cours du mois
PEC_24	Nombre de PVVIH qui ont reçu un traitement ARV dans le mois
PEC_25	Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose à la dernière visite
PEC_26	Nombre de PVVIH suspects de tuberculose après une recherche active
PEC_27	Nombre de PVVIH suspects de tuberculose chez qui la tuberculose a été diagnostiquée
PEC_28	Nombre de PVVIH ayant débuté le traitement de la tuberculose dans l'établissement

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur (PEC)
PEC_29	Nombre de patients sous traitement antituberculeux et enrôlés dans les soins VIH
PEC_30	Nombre de patients coinfectés TB/VIH recevant le Cotrimoxazole (CTX)
PEC_31	Nombre de PVVIH qui ne sont pas venus s'approvisionner en ARV au cours du mois
PEC_32	Nombre de patients sous traitement ARV qui sont passés de la première ligne à la deuxième ligne après 12 mois de traitement (cohorte)
PEC_33	Nombre de PVVIH qui ont initié le traitement ARV sur le site 12 mois auparavant (la cohorte)
PEC_34	Nombre de PVVIH qui ont initié le traitement ARV et qui sont encore en vie et sous traitement 12 mois après le début du traitement
PEC_35	Nombre de patients VIH positifs ayant reçu au moins un des examens suivants : stadification clinique OMS ou bilan CD4 ou Charge virale
PEC_36	Nombre de PVVIH sous ARV dont le résultat de la charge virale a été documenté
PEC_37	Nombre de PVVIH sous ARV chez qui le résultat de la charge virale est $\leq$ 1000 copies/ml 12 mois après la mise sous TARV (suppression de la charge virale)
PEC_38	Nombre de PVVIH sous ARV chez qui la charge virale est indétectable au cours du mois (charge virale $\leq$ 50 copies/ml)
PEC_39	Nombre de PVVIH sous ARV chez qui il y a suppression de la charge virale au cours du mois (charge virale $\leq$ 1000 copies/ml)
PEC_40	Nombre de patients VIH positifs ayant bénéficié d'une charge virale

Au niveau communautaire

#### 4.4.5. Prévention - CD/IST

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
CD/IST_C1	Nombre de points de distribution de préservatifs
CD/IST_C2	Nombre de préservatifs distribués
CD/IST_C3	Nombre de clients conseillés pour le dépistage du VIH/sida dans la communauté
CD/IST_C4	Nombre de clients testés pour le VIH dans la communauté
CD/IST_C5	Nombre de clients testés pour le VIH et ayant reçu les résultats du test
CD/IST_C6	Nombre de clients testés positifs au VIH dans la communauté
CD/IST_C7	Nombre de personnes touchées lors des séances de sensibilisation de proximité sur les moyens de prévention du VIH
CD/IST_C8	Proportion d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie ou «Life Skills" au cours de la dernière année scolaire
CD/IST_C9	Proportion d'élèves touchés par l'enseignement des curricula Life Skills dans les établissements scolaires
CD/IST_C10	Nombre de personnes vivant avec le VIH recevant le paquet minimum de service en santé positive, dignité et prévention

#### 4.4.6. Prévention - PTME

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PTME_C1	Nombre de personnes touchées lors des sensibilisations de proximité sur la Consultation Prénatale /Planification Familiale /Infections Sexuellement Transmissible –Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PTME_C2	Nombre de femmes enceintes sensibilisées et référées vers les centres de consultation prénatal offrant la PTME

#### 4.4.7. Soins et Soutien (SS)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
SS_C1	Proportion de PIAVIH dépistées malnutries prises en charge dans la communauté
SS_C2	Nombre de Personnes Infectées/Affectées par le VIH (PIAVIH) ayant reçu un service nutritionnel
SS_C3	Nombre d'OEV identifiés
SS_C4	Nombre d'OEV et leur famille identifiés
SS_C5	Proportion d'OEV ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle
SS_C6	Proportion d'OEV malnutris pris en charge dans la communauté
SS_C7	Nombre d'OEV infectés par le VIH
SS_C8	Nombre d'OEV et leur famille bénéficiant d'un soutien
SS_C9	Nombre de bénéficiaires actifs
SS_C10	Nombre d'OEV référés par les organisations
SS_C11	Nombre d'OEV ayant changé de statut sur la base du CSI
SS_C12	Nombre de visites à domicile pour le suivi des OEV
SS_C13	Nombre de bénéficiaires actifs servi par les programmes OEV de soutien aux enfants et à leur famille affecté par le vih/sida et leur famille bénéficiant d'un soutien

#### 4.4.8. Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
CCC_1	Proportion de personnes ayant cités au moins trois avantages liés au dépistage du VIH
CCC_2	Proportion de personnes ayant cités au moins trois avantages liés à la CPN dans le cadre de la PTME
CCC_3	Proportion de personnes ayant une connaissance approfondie du VIH/sida
CCC_4	Proportion d'hommes en union ayant réduit le nombre de leurs partenaires sexuelles et utilisant systématiquement et correctement les préservatifs lors des rapports sexuels extra-conjugales
CCC_5	Proportion des personnes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs
CCC_6	Proportion de PVVIH connaissant au moins trois avantages à demeurer dans le circuit des soins
CCC_7	Proportion de personnes ayant adopté une attitude tolérante envers les PVVIH et HSH

#### 4.4.9. Population Hautement Vulnérable (PHV)

Code Indicateur	Libellé de l'indicateur
PHV_1	Nombre de sites prostitutionnels ou lieux de rencontre des populations clés identifiés
PHV_2	Nombre de gels lubrifiant à base d'eau distribués au cours des activités de prévention et de prise en charge des Populations Hautement Vulnérables
PHV_3	Nombre de sites offrant des services de Conseil Dépistage en direction des PHV
PHV_4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue
PHV_5	Proportion de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel
PHV_6	Nombre d'individus testés séropositifs ayant eu accès au comptage de CD4 pour évaluer leur éligibilité au traitement ARV

**SECTION  
DES INDICATEURS  
NON VIH**

## **5. FICHES DES INDICATEURS NON VIH PAR DIRECTION ET PROGRAMME DE SANTE**

### **5.1. Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)**

<b>CNTS_01</b>	<b>Stock mensuel de produits sanguins</b>
<b>Définition</b>	C'est la quantité de produits sanguins validés après qualification biologique et prêts à être distribués par mois.
<b>Objectif</b>	Evaluer la disponibilité des produits sanguins validés dans le mois
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de produit sanguin labile</b>
	• Sang Total (ST)
	• Concentré de Plasma de Sang (CPS)
	• Plasma
	• Cryoprécipités
	• CGR (Concentré de Globules Rouges)
○ Unité Adulte	
○ Unité Pédiatrique	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer le plateau technique des structures de transfusion sanguine,
	Améliorer les stratégies de recrutement et fidélisation des donneurs de sang
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'activités
	Données du Logiciel médico technique PROGESA
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>CNTS_02</b>	<b>Quantité de produits sanguins transfusés</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de produits sanguins transfusés dans les établissements de soins.
<b>Objectifs</b>	Evaluer la consommation en produits sanguins dans les établissements de soins
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de produit sanguin labile</b>
	• Sang Total (ST)
	• Concentré de Plasma de Sang (CPS)
	• Plasma
	• Cryoprécipités
	• CGR (Concentré de Globules Rouges)
	○ Unité Adulte
	○ Unité Pédiatrique
	<b>Par type d'établissement sanitaire</b>
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	• Hôpital Général (HG)
	• Centre Hospitalier Régional (CHR)
• Hôpital Spécialisé	
• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)	
• Institut	
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la disponibilité en produits sanguins dans les établissements de soins
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre du service de la distribution l'établissement de soins
	Rapport d'activités annuel
	Données du Logiciel médico-technique PROGESA
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>CNTS_03</b>	<b>Quantité de produits sanguins distribués</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de produits sanguins distribués par les structures de transfusion sanguine aux établissements de soins.
<b>Objectif</b>	Evaluer la mise à disposition des produits sanguins par les structures de transfusion sanguine aux établissements de soins
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de produit sanguin labile
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sang Total (ST)</li> <li>• Concentré de Plasma de Sang (CPS)</li> <li>• Plasma</li> <li>• Cryoprécipités</li> <li>• CGR (Concentré de Globules Rouges) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unité Adulte</li> <li>○ Unité Pédiatrique</li> </ul> </li> </ul>
	Par structure de transfusion sanguine
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de Transfusion Sanguine (CTS)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antenne de Transfusion Sanguine (ATS)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la disponibilité en produits sanguins dans les établissements de soins
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de distribution des Etablissements de soins
	Données du Logiciel médico technique PROGESA
	Rapport d'activités du CNTS
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

CNTS_04	Taux de satisfaction des commandes de produits sanguins
Définition	C'est la quantité de produits sanguins reçus rapportée à la quantité de produits sanguins commandée par le dépôt de sang.
Objectif	Evaluer l'écart entre l'offre et la demande au niveau des dépôts de sang
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	La quantité de produits sanguins reçue
Dénominateur (D)	La quantité de produits sanguins commandée par les dépôts de sang
Désagrégation	Par type de produit sanguin labile
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sang Total (ST)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentré de Plasma de Sang (CPS)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plasma</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cryoprécipités</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CGR (Concentré de Globules Rouges)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unité Adulte</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unité Pédiatrique</li> </ul>
	Par type d'établissement de soins
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Spécialisé</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut</li> </ul>	
Utilité de gestion	Améliorer la disponibilité en produits sanguins dans les établissements de soins
Mode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Mensuelle
Sources de collecte	Registre de distribution des dépôts de sang
	Bon de commande
	Bordereau de livraison
Méthode de calcul	(N/D) x100

<b>CNTS_05</b>	<b>Durée moyenne pour la réponse à une commande exprimée</b>
<b>Définition</b>	C'est le temps moyen mis par une structure de transfusion sanguine pour mettre à disposition une commande exprimée par un dépôt de sang.
<b>Objectif</b>	Apprécier la capacité d'exécution d'une commande
<b>Unité de mesure</b>	Heure
<b>Numérateur (N)</b>	Somme des délais mis pour exécuter chaque commande
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de commande
<b>Désagrégation</b>	Par type de produit sanguin labile <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sang Total (ST)</li> <li>• Concentré de Plasma de Sang (CPS)</li> <li>• Plasma</li> <li>• Cryoprécipités</li> <li>• Concentré de Globules Rouges (CGR) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unité Adulte</li> <li>○ Unité Pédiatrique</li> </ul> </li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la disponibilité en produits sanguins dans les structures de transfusion sanguine
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Bon de commande Bordereau de livraison
<b>Méthode de calcul</b>	N/D

<b>CNTS_06</b>	<b>Proportion de poches de sang prélevées chaque année par rapport à la population nationale</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total de poches de sang prélevées chaque année au niveau national rapporté à la population totale.
<b>Objectif</b>	Apprécier la couverture nationale en prélèvement de poches de sang
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre total de poches prélevées par an par le CNTS
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale
<b>Désagrégation</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcement des capacités matériel et logistique des structures de transfusion sanguine
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport annuel Données du Logiciel médico technique PROGESA
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

\*Indicateur VIH renseigné par le CNTS

<b>CNTS_07</b>	<b>Proportion de poches de sang prélevées chaque année au niveau national, dépistées positives à un marqueur sérologique</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de poches de sang prélevées chaque année, testées positives à un marqueur sérologique selon les normes nationales.
<b>Objectifs</b>	Estimer la prévalence des maladies transmissibles par la transfusion (ITT) parmi les donneurs de sang
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de poches de sang dépistées positives aux marqueurs sérologiques habituellement réalisés sur une poche de sang par an
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de poches de sang prélevées chaque année
<b>Désagrégation</b>	Selon la maladie
	• VIH
	• Hépatite B
	• Hépatite C
	• Syphilis
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité des produits sanguins
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'activités
	Données du Logiciel médico technique PROGESA
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>CNTS_08</b>	<b>Nombre de donneurs de sang dépistés positifs au VIH bénéficiant d'une prise charge par les ARV chaque année</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de donneurs de sang dépistés VIH-positif bénéficiant d'une prise en charge par les ARV chaque année.
<b>Objectif</b>	Evaluer la qualité de la prise en charge médicale des donneurs de sang dépistés positifs au VIH
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la qualité de prise en charge des donneurs de sang dépistés positifs au VIH
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre du centre de suivi médical des donneurs de sang
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

\*Indicateur VIH renseigné par le CNTS

## 5.2. Direction des Affaires Financières (DAF)

<b>DAF_01</b>	<b>Taux d'exécution du budget général de l'Etat (BGE)</b>
<b>Définition</b>	C'est le pourcentage d'exécution du budget accordé par l'Etat aux structures sanitaires.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau d'exécution du budget octroyé par l'Etat
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Montant du budget engagé au titre du BGE pour un trimestre donné
<b>Dénominateur (D)</b>	Le montant de la dotation octroyé
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme et projet de santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction centrale</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Savoir si les structures sanitaires ont atteint le taux théorique de 25 % par trimestre
	Relever les difficultés rencontrées par les structures dans l'exécution de leur budget
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registres d'engagement
	Fiches d'engagement
	Bon d'engagement
	Bon de commande
	Fiche de notification du budget
	Logiciel SIGFIP
<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100

<b>DAF_02</b>	<b>Taux d'exécution du budget des Ressources Propres (RP)</b>
<b>Définition</b>	C'est le pourcentage d'exécution du budget des RP des structures sanitaires validé par le COGES.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau d'exécution du budget des RP des structures sanitaires validé par le COGES
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Montant des dépenses engagées au titre du budget des RP pour un trimestre donné
<b>Dénominateur (D)</b>	Montant du budget des RP
<b>Désagrégation</b>	Par structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme et Projet de santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction centrale</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Savoir si les structures sanitaires ont atteint le taux théorique de 25% par trimestre du budget des RP
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registres d'engagement
	Fiches d'engagement
	Bon d'engagement
	Bon de commande
	Procès verbaux des réunions des COGES
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DAF_03</b>	<b>Montant des ressources mobilisées auprès des ONG</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le montant des ressources octroyées aux structures sanitaires par les ONG internationales/nationales.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Maîtriser le volume des ressources octroyées aux structures sanitaires par chaque ONG</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Francs CFA</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par structure sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etablissement sanitaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Général (HG)</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Spécialisé</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</b></li> <li>○ <b>Institut</b></li> </ul> </li> </ul>
	• <b>District sanitaire</b>
	• <b>Direction Régionale de la Santé</b>
	• <b>Programme et Projet de santé</b>
	• <b>Direction centrale</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Faire une gestion rationnelle des ressources du Ministère</b>
<b>Méthode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Mensuelle avec une compilation trimestrielle, annuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre</b>
	<b>Pièces comptables</b>
	<b>Rapport d'activités</b>
	<b>Rapport financier</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

<b>DAF_04</b>	<b>Taux de décaissement effectif du financement extérieur octroyé au MSLS</b>
Définition	C'est le montant du décaissement effectif rapporté au montant de décaissement prévu.
Objectif	Mesurer le niveau d'exécution du financement extérieur octroyé au MSLS
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Montant du décaissement effectif
Dénominateur (D)	Montant de décaissement prévu
Désagrégation	Par structure sanitaire bénéficiant d'un financement extérieur
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme et Projet de santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction centrale</li> </ul>
Utilité de gestion	Relever les difficultés rencontrées par les différents projets dans l'exécution du financement extérieur
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Mensuelle
Sources de collecte	Registres des régisseurs et comptables des projets
	Logiciel du Cabinet du Premier Ministre
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>DAF_05</b>	<b>Taux d'exécution des lignes à marché du MSLS</b>
Définition	C'est le montant des lignes à marché exécuté rapporté au montant total des lignes à marché du MSLS.
Objectif	Mesurer l'exécution effective des lignes à marché du MSLS
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Montant des lignes à marché exécuté
Dénominateur (D)	Montant total des lignes à marché du MSLS
Désagrégation	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPN</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme et projet de santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction centrale</li> </ul>
Utilité de gestion	Contribuer à l'efficacité du système de santé
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Annuelle
Sources de collecte	SIGMAP
	SIGFIP
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>DAF_06</b>	<b>Budget alloué aux ESPC</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le montant alloué aux Etablissements sanitaires de premiers contacts.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer le niveau de financement des ESPC</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Francs CFA</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par Fonctionnement</b>
	<b>Par Investissement</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Déterminer le montant alloué aux ESPC dans le budget du ministère de la santé</b>
	<b>Apprécier l'impact sur la santé des populations</b>
	<b>Prendre des décisions</b>
<b>Mode de collecte des données</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Annuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Loi des finances</b>
	<b>Notifications</b>
	<b>SIGFIP</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

<b>DAF_07</b>	<b>Proportion des dépenses des ménages en santé par rapport aux dépenses nationales de santé</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le rapport des dépenses directes des ménages en santé par rapport aux dépenses nationales de santé.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer la contribution directe des ménages par rapport aux dépenses nationales de santé</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Dépenses directes des ménages</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Dépenses nationales de santé</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier le poids des dépenses directes des ménages</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Enquête</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quinquennale (tous les 5 ans)</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Institut National de la Statistique (INS)</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

### 5.3. Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS)

<b>DEPS_01</b>	<b>Proportion des établissements sanitaires privés ayant fait l'objet d'un projet d'arrêté d'autorisation d'ouverture</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires privés demandeurs d'une autorisation d'ouverture à dossier complet ayant fait l'objet d'une visite de conformité suivie d'un projet d'arrêté rapporté au nombre total de dossiers complets de demande d'autorisation d'ouverture d'établissements sanitaires privés de la même année.
<b>Objectif</b>	Apprécier la capacité à traiter les demandes des promoteurs des établissements sanitaires privés
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur</b>	Nombre d'établissements sanitaires privés demandeurs d'une autorisation d'ouverture à dossier complet ayant fait l'objet d'une visite de conformité suivie d'un projet d'arrêté
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de dossiers complets de demande d'autorisation d'ouverture d'établissements sanitaires privés de la même année
<b>Désagrégation</b>	○ Polycliniques
	○ Cliniques
	○ Centre d'Imagerie Médicale
	○ Centre d'Exploration Fonctionnelle
	○ Cabinet Dentaire
	○ Centre Médical
	○ Cabinet d'Expertises Médicales
	○ Centre de soins infirmiers
	○ Laboratoires d'analyses Biologiques
	○ Centre de soins Pré et Post Natus
	○ Centre Médico-social
	○ Centre de Médecine traditionnelle
○ Cliniques chinoises	
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer le délai de traitement des dossiers des demandeurs d'une autorisation d'ouverture des promoteurs d'établissements sanitaires privés
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Semestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités DEPS
<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100

<b>DEPS_02</b>	<b>Nombre d'établissements sanitaires privés et publics fonctionnels dans l'année</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires privés et publics fonctionnels (ouvert et en activité) dans l'année.
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre exhaustif des établissements sanitaires publics et privés fonctionnels
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
	<b>Par type de statut</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Public</li> <li>• Privé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Elaborer le répertoire des établissements sanitaires publics et privés afin d'orienter les usagers des services de santé
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG
	Rapport DEPS
	Rapport DPPEIS/DIEM
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DEPS_03</b>	<b>Nombre d'internes des hôpitaux</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total d'internes des hôpitaux de l'année pour lesquels il est produit un arrêté de passage pour les anciens ou de nomination pour les nouveaux.
<b>Objectif</b>	Apprécier de façon quantitative les internes des hôpitaux
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par niveau</b>
	• 1 <sup>ère</sup> année
	• 2 <sup>ème</sup> année
	• 3 <sup>ème</sup> année
	• 4 <sup>ème</sup> année
	<b>Par corporation</b>
	• Médecin
	• Pharmacien
	<b>Par type d'établissement</b>
• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)	
• Institut	
<b>Utilité de gestion</b>	Mettre à disposition des Centres Hospitaliers Universitaires et assimilés le personnel interne de santé dans l'optique d'assurer la continuité des prestations de soins
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités DEPS
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DEPS_04</b>	<b>Nombre de professionnels et stagiaires de santé mis en stage dans l'année</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnels de santé (médicaux et paramédicaux à l'exception des professions de pharmacie) mis en stage dans les établissements sanitaires	
<b>Objectif</b>	Apprécier de façon quantitative le personnel de santé mis en stage	
<b>Unité de mesure</b>	Nombre	
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable	
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable	
<b>Désagrégation</b>	Par corporation	
	Par type de fonction	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En activité</li> <li>• reprise d'activité</li> <li>• étudiants</li> <li>• stagiaires</li> </ul>	
	Par type de structure sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
	Utilité de gestion	Assurer le renforcement de capacité du personnel de santé
	Mode de collecte des données	Routine
	Fréquence de collecte des données	Annuelle
	Sources de collecte	Rapports d'activités DEPS Rapports de stage
	Méthode de calcul	Comptage

<b>DEPS_05</b>	<b>Proportion des plaintes et réclamations des usagers du secteur sanitaire ayant fait l'objet de traitement</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de plaintes et de réclamations des usagers traité dans l'année rapporté au nombre de plaintes et réclamations des usagers reçu dans la même année dans le secteur sanitaire
<b>Objectif</b>	Apprécier le niveau de traitement des plaintes et réclamations des usagers dans le secteur sanitaire
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de plaintes et de réclamations des usagers traité dans l'année
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de plaintes et réclamations des usagers reçu dans la même année dans le secteur sanitaire
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etablissement sanitaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Général (HG)</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Spécialisé</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</b></li> <li>○ <b>Institut</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Etablissement recevant du public</b></li> <li>• <b>District sanitaire</b></li> <li>• <b>Direction Régionale de la Santé</b></li> </ul>
	<b>Par type de motif de plainte ou réclamation</b>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la réactivité face aux plaintes et réclamations des usagers du secteur sanitaire
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle/Semestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités DEPS
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DEPS_06</b>	<b>Nombre de structures sanitaires et établissements ouverts au public ayant reçu une visite de sensibilisation au respect de la réglementation sanitaire en vigueur dans l'année</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de structures sanitaires et d'établissements ouverts au public (hôtel, restaurant, maquis...) qui ont reçu au moins une visite de sensibilisation au respect de la réglementation sanitaire en vigueur
<b>Objectif</b>	Informier et diffuser la réglementation sanitaire en vigueur
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	• <b>Etablissement sanitaire</b>
	○ <b>Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b>
	○ <b>Hôpital Général (HG)</b>
	○ <b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b>
	○ <b>Hôpital Spécialisé</b>
	○ <b>Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</b>
	○ <b>Institut</b>
	• <b>District sanitaire</b>
	• <b>Direction Régionale de la Santé</b>
<b>Par type d'établissement non sanitaire</b>	
• <b>Hôtel</b>	
• <b>Restaurant</b>	
• <b>Maquis</b>	
• <b>Autres</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Améliorer la conformité à la réglementation sanitaire en vigueur</b>
	<b>Contribuer à diminuer les risques sanitaires liés aux prestations de services</b>
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapports d'activités des Districts sanitaires</b>
	<b>Rapports d'activités des Directions Régionales de la Santé</b>
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DEPS_07</b>	<b>Taux d'utilisation des services de santé</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de consultants rapporté à la population totale (Consultant = patient qui vient avec un problème de santé pour la première fois).</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier le niveau d'utilisation des services des structures sanitaires par la population</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur</b>	<b>Nombre de consultants</b>
<b>Dénominateur</b>	<b>population totale</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Pa type de structure sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etablissement sanitaire</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hôpital Général (HG)</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>District sanitaire</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Région sanitaire</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Niveau national</b></li> </ul>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Accroître l'utilisation de services de santé par les populations</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle et annuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de consultations</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

<b>DEPS_08</b>	<b>Taux de fréquentation des services de santé</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de consultations rapporté à la population totale sur une période de temps donnée. (Consultation = nombre de visites au praticien pour un problème de santé y compris les « contrôles »)
<b>Objectifs</b>	Apprécier le niveau de fréquentation de la population à l'utilisation des structures sanitaires
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de consultations
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale
<b>Désagrégation</b>	<b>Pa type de structure sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître la fréquentation des services de santé par les populations
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultations
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.4. Direction de la Formation de la Recherche (DFR)

<b>DFR_01</b>	<b>Nombre d'agents ayant bénéficié d'une autorisation de stage ou de formation individuelle (en Côte d'Ivoire, en Afrique et hors d'Afrique)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'agent du MSLS ayant bénéficié à titre individuel d'une autorisation de la DFR pour effectuer un stage ou une formation en Côte d'Ivoire, en Afrique et hors d'Afrique.
<b>Objectif</b>	Renforcer les capacités du personnel du MSLS
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Selon le lieu
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Côte d'Ivoire</li> <li>• Afrique</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hors d'Afrique</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Une meilleure programmation et un suivi de la formation continue du personnel de santé
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport sur la gestion de la formation de la DFR
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DFR_02</b>	<b>Nombre de formateurs ayant animé une formation continue</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de formateurs ayant animé des sessions de formations continues organisées par le MSLS
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre de formateurs disponibles au sein du MSLS
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur</b>	Non applicable
<b>Dénominateur</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Selon la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître le nombre de formateurs au sein du MSLS Assurer une meilleure répartition des formateurs du MSLS
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport sur la gestion de la formation de la DFR
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## 5.5. Direction de l'Hygiène, de l'Environnement et Santé

<b>DHES_01</b>	<b>Nombre d'établissements sanitaires raccordés à un système d'eau potable fonctionnel</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires raccordés à un système d'adduction d'eau (réseau National de distribution d'eau, HVA, château d'eau autonome, pompe villageoise, bache d'eau) fonctionnel et qui offre au personnel et aux usagers la garantie d'une eau potable.
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre d'établissement sanitaires raccordés à un système d'eau potable fonctionnel
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur</b>	Non applicable
<b>Dénominateur</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etablissement sanitaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Général (HG)</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Spécialisé</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</b></li> <li>○ <b>Institut</b></li> </ul> </li> <li>• <b>District sanitaire</b></li> </ul>
	<b>Par type de raccordement</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SODECI (Société de Distribution de l'Eau en Côte d'Ivoire)</b></li> <li>• <b>Hydraulique Villageoise Améliorée (HVA)</b></li> <li>• <b>Château d'eau autonome</b></li> <li>• <b>Bâche d'eau</b></li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la disponibilité continue de l'eau potable dans les établissements Sanitaires afin de prévenir les maladies liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement
	Evaluer les besoins en équipement des systèmes d'adduction des établissements sanitaires en eau potable
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports mensuels d'activités
	Rapports annuels d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_02</b>	<b>Nombre d'établissements sanitaires équipés de latrines améliorées et/ou hygiéniques fonctionnelles</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements Sanitaires disposant soit d'une latrine hygiénique/d'une latrine améliorée fonctionnelle comportant une superstructure, un dispositif de lavage des mains, une plateforme (dalle) nettoyable et lavable permettant une séparation suffisante des excréta humains.
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre d'établissement sanitaires équipés de latrines améliorées et/ou hygiéniques fonctionnelles
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur</b>	Non applicable
<b>Dénominateur</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Pa type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>• Hôpital Spécialisé</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	Par type de latrine
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Latrine améliorée</li> <li>• Latrine hygiénique</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la disponibilité de latrines améliorées et/ou hygiéniques fonctionnelles dans les établissements sanitaires.
	Rendre accessible aux usagers et au personnel de santé les latrines améliorées et/ou hygiéniques fonctionnelles
	Evaluer les besoins des établissements en équipement de latrines améliorées/hygiéniques
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports mensuels d'activités
	Rapports annuels d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_03</b>	<b>Nombre de séances de CCC relatives aux bonnes pratiques d'hygiène</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de Séances de CCC réalisées dans l'établissement sanitaire en direction des usagers et basées sur les bonnes pratiques d'hygiène.
<b>Objectif</b>	Apprécier au niveau des établissements de soins, la réalisation des CCC sur les bonnes pratiques d'hygiène
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur</b>	Non applicable
<b>Dénominateur</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire offrant des séances de CCC
	• Etablissement sanitaire
	○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	○ Hôpital Général (HG)
	○ Centre Hospitalier Régional (CHR)
	○ Hôpital Spécialisé
	○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
	○ Institut
• District sanitaire	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les capacités du personnel de santé en CCC sur les bonnes pratiques d'hygiène
	Sensibiliser les usagers des établissements de santé sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène.
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport mensuel d'activité
	Registre de CCC
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_04</b>	<b>Nombre de personnes ayant participé aux séances de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) relatives aux bonnes pratiques d'hygiène dans l'établissement sanitaire</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes présentes lors d'une séance de CCC sur les bonnes pratiques d'hygiène dans l'établissement de soins.
<b>Objectif</b>	Apprécier la participation des populations aux séances de CCC sur les bonnes pratiques d'hygiène.
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur</b>	Non applicable
<b>Dénominateur</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par Sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par type de structure sanitaire offrant des séances de CCC
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène
	Amener les usagers à adopter de bonnes pratiques en matière d'hygiène
<b>Mode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CCC
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_05</b>	<b>Nombre de personnes formées en hygiène hospitalière, sécurité des injections et gestion des déchets sanitaires (HHSIGDS)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'agents (agents de santé, agents de collectivités territoriales) formés en Hygiène Hospitalière, Sécurité des Injections et Gestions des Déchets Sanitaires.
<b>Objectif</b>	Contribuer à améliorer les pratiques d'hygiène au niveau des établissements sanitaires
	Obtenir de bonnes pratiques d'injections sécurisées et une meilleure gestion des déchets médicaux
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par catégorie professionnelle
	• Responsables de structures sanitaires
	• Personnel de santé
	• Agents de collectivités
	• Techniciens de surface
	• Opérateurs d'incinération
	Par structure sanitaire
	• Etablissement sanitaire
	▪ Hôpital Général (HG)
	▪ Centre Hospitalier Régional (CHR)
	▪ Hôpital Spécialisé
▪ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)	
▪ Institut	
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les capacités des agents en HHSIGDS
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports trimestriels d'activités du district
	Rapport annuel établissement sanitaire
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_06</b>	<b>Proportion d'établissements disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière</b>
<b>Définition</b>	C'est le rapport du nombre d'établissements sanitaires disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière sur le nombre total d'établissements sanitaires.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité des comités d'hygiène et/des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière dans les établissements sanitaires.
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type d'établissement sanitaire</b>
	• ESPC
	• HG
	• CHR
	• Hôpital Spécialisé
	• CHU
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la mise en place des comités d'Hygiène ou des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière dans les établissements sanitaires
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités SIG annuel
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_07</b>	<b>Proportion d'établissements disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière fonctionnel</b>
<b>Définition</b>	C'est le rapport du nombre d'établissements sanitaires disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière fonctionnel sur le nombre total d'établissements sanitaires disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'état de fonctionnement des comités d'hygiène ou des équipes opérationnelles d'hygiène dans établissements sanitaires.
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière fonctionnel
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière fonctionnel
<b>Désagrégation</b>	Par type d'établissement sanitaire disposant d'un comité d'hygiène et/ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
	• ESPC
	• HG
	• CHR
	• Hôpitaux Spécialisés
	• CHU
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la fonctionnalité des comités et/ou des équipes d'hygiène hospitalière
	Réactiver les comités et/ou des équipes d'hygiène hospitalière non fonctionnelle
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_08</b>	<b>Proportion d'incinérateurs modernes fonctionnels</b>
<b>Définition</b>	C'est le rapport du nombre d'incinérateurs modernes fonctionnels sur le nombre d'incinérateurs existants dans les établissements et/ou districts sanitaires.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité des incinérateurs modernes fonctionnels
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'incinérateurs modernes fonctionnels
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'incinérateurs modernes existants
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la disponibilité des incinérateurs modernes sur toute l'étendue du territoire
	Equiper les établissements sanitaires d'incinérateurs
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports mensuels d'activités de l'établissement sanitaire
	Rapports annuels d'activités de l'établissement sanitaire
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_09</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires utilisant un incinérateur moderne pour détruire leurs déchets médicaux</b>
<b>Définition</b>	C'est le rapport du nombre d'établissements sanitaires utilisant un incinérateur moderne pour détruire leurs déchets médicaux sur l'ensemble des établissements sanitaires du district sanitaire.
<b>Objectif</b>	Assurer l'élimination des déchets médicaux infectieux par incinération au sein des établissements sanitaires
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires utilisant un incinérateur moderne pour détruire leurs déchets médicaux
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires du district sanitaire
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	• <b>Etablissement sanitaire</b>
	○ <b>ESPC</b>
	○ <b>HG</b>
	○ <b>CHR</b>
	○ <b>Hôpital Spécialisé</b>
○ <b>CHU</b>	
	• <b>District sanitaire</b>
<b>Utilité de gestion</b>	Promouvoir l'utilisation des incinérateurs par les établissements sanitaires publics
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport annuel d'activités d'établissement
	Rapport trimestriel du district sanitaire
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_10</b>	<b>Nombre de seringues rétractables sorties des pharmacies de district et d'établissements de soins</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de seringues rétractables sorties des pharmacies de district et d'établissements de soins.
<b>Objectif</b>	Assurer la sécurité des injections pratiquées dans les établissements de soins
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire
	• Etablissement sanitaire
	○ ESPC
	○ HG
	○ CHR
	○ Hôpitaux Spécialisés
	○ CHU
• District sanitaire	
<b>Utilité de gestion</b>	Promouvoir l'utilisation des seringues rétractables dans les établissements sanitaires
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuel
<b>Sources de collecte</b>	Rapports commande
	Rapport mensuel
	Registres d'inventaire
	Fiches de stock
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_11</b>	<b>Nombre de boîtes de sécurité utilisées dans les établissements soins</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de boîtes de sécurité pleines collectées dans les établissements de soins au cours du mois.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'utilisation des boîtes de sécurité
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> </ul>
	Par Niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Promouvoir l'utilisation des boîtes de sécurité dans les établissements sanitaires
	Assurer la sécurité du personnel de santé lors de la pratique des injections
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports mensuels d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_12</b>	<b>Nombre d'injections pratiquées</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'injections intramusculaires, intraveineuses et sous cutanées pratiquées dans les établissements sanitaires hormis la vaccination.
<b>Objectif</b>	Apprécier le recours des prestataires aux injections
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Par Niveau de la pyramide</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> <li>• National</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Sensibiliser les prestataires aux risques liés aux soins
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités
	Registres de consultations
	Registres de soins
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_13</b>	<b>Quantité de Solution Hydro Alcoolique délivrée au sein des établissements sanitaires</b>
<b>Définition</b>	C'est le volume de Solution Hydro Alcoolique mis à la disposition des prestataires au cours du mois.
<b>Objectif</b>	Apprécier la mise à disposition de solution hydro alcoolique aux prestataires
<b>Unité de mesure</b>	en litre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Quantifier les besoins en solution Hydro Alcoolique
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports mensuels d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_14</b>	<b>Nombre d'infections contractées au site opératoire</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'infections contractées au site opératoire chez un patient hospitalisé après un acte opératoire.
<b>Objectif</b>	Mesurer la fréquence des infections du site opératoire
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type d'établissement sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HG</li> <li>• CHR</li> <li>• Hôpitaux Spécialisés</li> <li>• CHU</li> </ul>
	<b>Par type de service</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie</li> <li>• Gynéco-obstétrique</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Surveillants Généraux de tous les Etablissements et les médecins référents à l'application des mesures d'hygiène
<b>Mode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de notification
	Rapports d'activités
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_15</b>	<b>Nombre d'actes chirurgicaux suivi de prescription d'antibiotiques</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'actes chirurgicaux réalisés dans les services d'hospitalisation de chirurgie et d'obstétrique qui ont bénéficié d'une prescription d'antibiotiques.
<b>Objectif</b>	Prévenir les infections post opératoires
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type d'établissement sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
	Hôpital Spécialisé
	Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer la prescription systématique d'antibiotique après les interventions chirurgicales dans les Etablissements de santé
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités
	Outils de suivi
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DHES_16</b>	<b>Proportion de patients atteints de staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients atteints de staphylocoques dorés, résistants la méticilline rapporté au nombre de patients atteints de staphylocoques dorés traités à la méticilline.
<b>Objectif</b>	Evaluer la résistance du staphylocoque à la méticilline
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Le nombre de patients atteints de staphylocoques dorés résistants à la méticilline
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de patients atteints de staphylocoques traités à la méticilline
<b>Désagrégation</b>	Par type d'établissement sanitaire
	• Hôpital Général (HG)
	• Centre Hospitalier Régional (CHR)
	• Hôpital Spécialisé
	• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
	• Institut
<b>Utilité de gestion</b>	Sensibiliser le personnel soignant sur les infections nosocomiales
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_17</b>	<b>Proportion de ménages, dans l'aire de santé, s'approvisionnant en eau de boisson à une source d'eau potable</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages, dans l'aire de santé, qui s'approvisionnent en eau de boisson à une source d'eau potable (eau de robinet, HVA, puits protégés, fontaine) rapporté au nombre total de ménages de l'aire de santé.
<b>Objectif</b>	Evaluer le nombre de ménages ayant accès à l'eau potable.
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages, dans l'aire de santé, qui s'approvisionnent en eau de boisson à une source d'eau potable
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages, dans l'aire de santé
<b>Désagrégation</b>	Par Niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la disponibilité continue de l'eau potable dans les ménages
	Prévenir les maladies liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement
	Evaluer les besoins en approvisionnement en eau potable des ménages dans l'aire de santé
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_18</b>	<b>Proportion de ménages, dans l'aire de santé, disposant de l'eau potable sur place ou mettant moins de 30 minutes pour s'approvisionner en eau potable</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages, dans l'aire de santé, qui ont de l'eau de boisson sur place ou qui mettent moins de 30 minutes pour s'approvisionner en eau potable rapporté au nombre total de ménages de l'aire de santé.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'accessibilité des ménages à l'eau potable
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages, dans l'aire de santé, qui ont de l'eau de boisson sur place ou qui mettent moins de 30 minutes pour s'approvisionner en eau potable
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages dans l'aire de santé.
<b>Désagrégation</b>	Par Niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Prévenir les maladies liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_19</b>	<b>Proportion de ménages qui utilisent une méthode appropriée pour le traitement de l'eau de boisson, dans l'aire de santé</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages qui utilisent une méthode appropriée pour le traitement de l'eau de boisson, dans l'aire de santé rapporté au nombre total de ménages dans l'aire de santé.
<b>Objectif</b>	Apprécier le traitement de l'eau de boisson dans les ménages.
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages qui utilisent une méthode appropriée de traitement de l'eau de boisson dans l'aire de santé
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages dans l'aire de santé
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Sensibiliser les ménages sur le traitement de l'eau de boisson par une méthode appropriée
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_20</b>	<b>Proportion de ménages qui utilisent une toilette améliorée, dans l'aire de santé</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages qui utilisent une toilette améliorée, dans l'aire de santé, rapporté au nombre total de ménages.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité des latrines améliorées dans les ménages
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages utilisant une toilette améliorée, dans l'aire de santé
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages dans l'aire de santé
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé
	• District sanitaire
	• Région sanitaire
<b>Utilité de gestion</b>	Prévenir les maladies liées au péril fécal dans les ménages de l'aire de santé Promouvoir l'utilisation de toilette améliorée
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_21</b>	<b>Proportion de ménages, dans l'aire de santé, où les membres se lavent les mains après les selles, avant de préparer à manger ou de donner à manger aux enfants</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages, dans l'aire de santé, où les membres se lavent les mains après les selles, avant de préparer à manger ou de donner à manger aux enfants rapporté au nombre total de ménages dans l'aire sanitaire.
<b>Objectif</b>	Apprécier la pratique du lavage des mains dans les ménages
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages, dans l'aire de santé, où les membres se lavent les mains après les selles, avant de préparer à manger ou de donner à manger aux enfants
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages dans l'aire de santé
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité gestion</b>	Sensibiliser les ménages sur l'importance du lavage des mains
	Prévenir les maladies liées à l'hygiène des mains
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_22</b>	<b>Proportion de ménages, dans l'aire de santé, qui disposent de l'eau et du savon à l'endroit pour se laver les mains.</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages, dans l'aire de santé, qui disposent de l'eau et du savon à l'endroit pour se laver les mains rapporté au nombre total de ménages.
<b>Objectifs</b>	Apprécier la disponibilité de savon et de l'eau pour lavage des mains dans les ménages.
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages, dans l'aire de santé, qui disposent de l'eau et du savon à l'endroit pour se laver les mains
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages dans l'aire de santé
<b>Désagrégation</b>	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Sensibiliser sur l'approvisionnement en eau et savon pour se laver les mains
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_23</b>	<b>Proportion de ménages, dans l'aire de santé, qui disposent d'un dispositif de lavage des mains composé de récipient + eau + savon</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages, dans l'aire de santé, qui disposent d'un dispositif de lavage des mains composé de récipient + eau + savon rapporté au nombre total de ménages.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'existence de dispositif de lavage des mains (récipient + eau + savon) dans les ménages
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages, dans l'aire de santé, qui disposent d'un dispositif de lavage des mains composé de récipient + eau + savon.
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages dans l'aire de santé
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Sensibiliser les ménages sur l'utilisation d'un dispositif de lavage des mains
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_24</b>	<b>Proportion de ménages dont les femmes assurent une évacuation hygiénique des selles de leurs enfants de 0 à 5 ans, dans l'aire de santé</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages dont les femmes assurent une évacuation hygiénique des selles de leurs enfants rapporté au nombre total de ménages, dans l'aire de santé.
<b>Objectif</b>	Apprécier la gestion des selles des enfants de 0 à 5ans, par les femmes dans les ménages
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages dont les femmes assurent une évacuation hygiénique des selles de leurs enfants de 0 à 5 ans, dans les ménages de l'aire sanitaire
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages de l'aire sanitaire
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Promouvoir la gestion hygiénique des selles des enfants au sein des ménages femmes
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DHES_25</b>	<b>Nombre de maladies susceptibles d'être liées à l'environnement détectées lors des consultations</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de maladies susceptibles d'être liées à l'environnement détectées lors des consultations dans les établissements de soins.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'importance des maladies liées à l'environnement
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
	<b>Par type de pathologie</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratoire</li> <li>• Diarrhée</li> <li>• Asthme</li> <li>• Cancers etc.</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Orienter les études d'impact environnemental sur la santé
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Ponctuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
	Rapport SIG
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## 5.6. Direction des Infrastructures, de l'Équipements et de la Maintenance (DIEM)

DIEM_01	Nombre d'Établissements Sanitaires Publics	
Définition	C'est le nombre d'établissements sanitaires publics existant sur le territoire national.	
Objectif	Apprécier la répartition des établissements sanitaires sur le territoire	
Unité de mesure	Nombre	
Numérateur (N)	Non applicable	
Dénominateur (D)	Non applicable	
Désagrégation	Par état de fonctionnalité	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonctionnel</li> <li>Non fonctionnel</li> </ul>	
	Par raison de non fonctionnalité	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bâtiment inachevé</li> <li>Bâtiment sinistré</li> <li>Absence d'équipements</li> <li>Absence de personnel</li> </ul>	
	Par voie d'accès	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bitumé</li> <li>Pistes améliorées</li> <li>pistes non praticables</li> <li>voies lagunaires</li> </ul>	
	Par niveau de la pyramide sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primaire</li> <li>Secondaire</li> <li>Tertiaire</li> </ul>	
	Par type de structure sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>Hôpital Général (HG)</li> <li>Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>Hôpital Spécialisé</li> <li>Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>Institut</li> </ul> </li> <li>Direction Régionale de la Santé</li> <li>Programme et Projet de santé</li> <li>Direction centrale</li> </ul>	
	Utilité de gestion	Faire une meilleure planification de la construction et de la réhabilitation des établissements sanitaires
	Méthode de collecte	Routine
	Fréquence de collecte des données	Annuelle
	Sources de collecte	Rapport SIG annuel Ressource Map (DIEM)
	Méthode de calcul	Comptage

<b>DIEM_02</b>	<b>Nombre d'Etablissements Sanitaires Publics de Premier Contact (ESPC) en construction</b>
Définition	C'est le nombre d'Etablissement Sanitaire de Premier Contact en construction.
Objectif	Déterminer le nombre d'ESPC en construction
Unité de mesure	Nombre
Numérateur	Non applicable
Dénominateur	Non applicable
Désagrégation	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Région sanitaire</li> <li>• National</li> </ul>
Utilité de gestion	Assurer la programmation de la construction des centres de santé
	Faire une meilleure planification de la construction des établissements sanitaires
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Annuelle
Sources de collecte	Rapport annuel du District sanitaire
	Rapport annuel DRS
	Ressource Map
	Rapport du conseil régional
Méthode de calcul	Comptage

<b>DIEM_03</b>	<b>Ratio Populations par Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b>
Définition	C'est le nombre d'habitants de l'aire de santé rapporté au nombre Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) fonctionnels dans l'aire sanitaire.
Objectif	Apprécier la couverture en établissements sanitaires de l'aire de santé
Unité de mesure	Non applicable
Numérateur	Nombre total d'habitants de l'aire sanitaire
Dénominateur	Nombre d'ESPC fonctionnels de l'aire sanitaire
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) = Aire de santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Région sanitaire</li> <li>• National</li> </ul>
Utilité de gestion	Améliorer la couverture sanitaire en ESPC
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Annuelle
Sources de collecte	Rapport annuel du District sanitaire
	Rapport annuel du DRS
Méthode de calcul	(N/D)

<b>DIEM_04</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires publics disposant d'une clôture</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires publics ayant une clôture rapporté au nombre total d'établissements sanitaires.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité des clôtures pour les établissements sanitaires
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage (%)
<b>Numérateur</b>	Nombre d'établissements sanitaires ayant une clôture
<b>Dénominateur</b>	Nombre total d'établissements sanitaires
<b>Désagrégation</b>	<b>Selon l'état de la clôture</b>
	• Bon
	• Mauvais
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	• Primaire
	• Secondaire
	• Tertiaire
	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	• Etablissement sanitaire
	○ ESPC
	○ HG
	○ CHR
	○ Hôpital Spécialisé
	○ CHU
○ Autre EPN	
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Faire un plaidoyer pour la mise aux normes sécuritaires des établissements sanitaires
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport des Districts sanitaires
	Rapport des DRS
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

DIEM_05	Proportion d'établissements sanitaires disposant d'une source d'énergie	
Définition	C'est le nombre d'établissements sanitaires connectés à une source d'énergie (réseau national d'électricité, énergie solaire, groupe électrogène, gaz butane, éolienne) rapporté au nombre total d'établissements sanitaires.	
Objectif	Apprécier la disponibilité de l'énergie dans les établissements sanitaires	
Unité de mesure	Pourcentage	
Numérateur (N)	Nombre d'établissements sanitaires connectés à une source d'énergie	
Dénominateur (D)	Nombre total d'établissements sanitaires	
Désagrégation	Par type d'énergie	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau national d'électricité</li> <li>• Energie solaire</li> <li>• Groupe électrogène</li> <li>• Gaz butane</li> <li>• Eolienne</li> </ul>	
	Par niveau de la pyramide sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaire</li> <li>• Secondaire</li> <li>• Tertiaire</li> </ul>	
	Par type de structure sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
	Utilité de gestion	Faire un plaidoyer pour raccorder les établissements sanitaires à une source d'énergie
	Méthode de collecte	Enquête
	Fréquence de collecte des données	Annuelle
	Sources de collecte	Fiche d'enquête et Rapport d'enquête
	Méthode de calcul	(N/D) x100

<b>DIEM_06</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires connectés à un réseau de communication</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires connectés à un réseau de communication (réseau téléphonique, radio communication, réseau mobile, réseau Internet) rapporté au nombre total d'établissements sanitaires.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité des infrastructures de communication dans les établissements sanitaires publics
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires connectés à un réseau de communication
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• Primaire
	• Secondaire
	• Tertiaire
	Par type de structure sanitaire
	• Etablissement sanitaire
	○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	○ Hôpital Général (HG)
	○ Centre Hospitalier Régional (CHR)
	○ Hôpital Spécialisé
	○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
	○ Institut
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
Par type de réseau de communication	
• Téléphonique	
• Radio communication	
• Mobile	
<b>Utilité de gestion</b>	Faire un plaidoyer pour la disponibilité des infrastructures de communication dans les établissements sanitaires publics
	Améliorer la communication pour la prise de décision
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG du District sanitaire
	Rapport SIG de la DRS
	Rapport d'activités DIEM
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DIEM_07</b>	<b>Proportion d'établissements Sanitaires équipés de sanitaires</b>	
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre d'établissements Sanitaires disposant de sanitaires rapporté au nombre total d'établissements de Santé.</b>	
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer le niveau d'accessibilité des latrines améliorées et/ou hygiéniques fonctionnelles aux usagers et au personnel</b>	
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre d'établissements Sanitaires disposant de sanitaires</b>	
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre total d'établissements Sanitaires publics</b>	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par état de fonctionnalité</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fonctionnel</b></li> <li>• <b>Non fonctionnel</b></li> </ul>	
	<b>Par type de sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bloc sanitaire</b></li> <li>• <b>Latrine améliorée</b></li> <li>• <b>Latrine simple</b></li> </ul>	
	<b>Par type d'utilisateur</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Personnel</b></li> <li>• <b>Visiteurs</b></li> </ul>	
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primaire</b></li> <li>• <b>Secondaire</b></li> <li>• <b>Tertiaire</b></li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	<b>Améliorer l'hygiène dans les Etablissements Sanitaires</b>
	<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Mensuelle/Annuelle</b>
	<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapports mensuels/Annuels d'activités</b>
<b>Rapports annuels d'activités</b>		
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) X100</b>	

<b>DIEM_08</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires ayant bénéficié d'une réhabilitation dans les 5 dernières années</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements Sanitaires ayant bénéficié d'une réhabilitation dans les 5 dernières années rapporté au nombre total d'établissements sanitaires.	
<b>Objectif</b>	Apprécier le niveau de réhabilitation des établissements Sanitaires	
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires ayant bénéficié d'une réhabilitation dans les 5 dernières années	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaire</li> <li>• Secondaire</li> <li>• Tertiaire</li> </ul>	
	<b>Par niveau de réhabilitation</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réhabilité</li> <li>• Non réhabilité</li> </ul>	
	<b>Par année</b>	
	<b>Par Source de financement</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat</li> <li>• Non Etat</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Suivre le niveau de réhabilitation des établissements Sensibiliser les responsables des établissements sanitaires à la réhabilitation des locaux
	<b>Méthode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG des Districts sanitaires Rapport SIG des DRS
	<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100

<b>DIEM_09</b>	<b>Nombre de projets de construction, de réhabilitation et d'équipement notifiés aux autorités sanitaires</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de projets de construction, de réhabilitation et d'équipement formulés aux autorités sanitaires.	
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre de projets de construction, de réhabilitation et d'équipement notifiés aux autorités sanitaires	
<b>Unité de mesure</b>	Nombre	
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable	
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
	<b>Par service</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloc Opératoire</li> <li>• Urgences</li> <li>• Laboratoire</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Cabinet dentaire</li> <li>• Pharmacie</li> <li>• ...</li> </ul>	
	<b>Par type de projet</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construction</li> <li>• Equipement</li> <li>• Réhabilitation</li> <li>• Rééquipement</li> </ul>	
	<b>Par Source de financement</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat</li> <li>• Non Etat</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Suivre l'évolution des projets
		Planifier la programmation des investissements
	<b>Méthode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle et Annuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG
		Rapport annuel DIEM
	<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DIEM_10</b>	<b>Proportion d'Établissements Sanitaires ayant un ou plusieurs services non fonctionnels</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires en activité ayant un ou plusieurs services non fonctionnels rapporté au nombre total d'établissement sanitaire en activité.	
<b>Objectif</b>	Apprécier la fonctionnalité des services des établissements sanitaires en activité	
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires en activité ayant un ou plusieurs services non fonctionnels	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires en activité	
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire et Par type de structure sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> </ul> </li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
	Par service	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maternité</li> <li>• Chirurgie</li> <li>• Pédiatrie</li> <li>• Laboratoire</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Cabinet dentaire</li> <li>• Pharmacie</li> <li>• ...</li> </ul>	
	Par raison de non fonctionnalité	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistence de services</li> <li>• Equipement inexistant</li> <li>• Equipement défectueux</li> <li>• Equipement en panne</li> <li>• Manque d'électricité</li> <li>• Manque de personnel</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la disponibilité des services
	<b>Méthode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Rapports SIG des établissements sanitaires
	<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DIEM_11</b>	<b>Proportion d'Établissement Sanitaires du niveau tertiaire et secondaire disposant d'un service de maintenance complet</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires du niveau tertiaire et secondaire ayant un service de maintenance biomédical constitué de (Technicien et/ou Ingénieur biomédical, électricien, technicien du froid, plombier) rapporté au nombre total d'établissements sanitaires du niveau tertiaire et secondaire.	
<b>Objectif</b>	Apprécier la couverture nationale en service de maintenance biomédicale	
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires du niveau tertiaire et secondaire ayant un service de maintenance biomédical constitué de (Technicien et/ou Ingénieur biomédicaux, électriciens, technicien du froid, plombier)	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires du niveau tertiaire et secondaire	
<b>Désagrégation</b>	Par type de service de maintenance biomédicale	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atelier de maintenance</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMD</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CREMM</li> </ul>	
	Par type d'établissement sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
	Par niveau de la pyramide sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaire</li> <li>• Secondaire</li> <li>• Tertiaire</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la couverture nationale en services de maintenance biomédicale
	<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Fiches d'enquête
		Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$	

<b>DIEM_12</b>	<b>Proportion d'ESPC bénéficiant des services des CREM (centre régional d'équipement et de maintenance) et AMD (Atelier de Maintenance de District)</b>	
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre d'ESPC bénéficiant des services des CREM et AMD rapporté au nombre total d'établissements sanitaires de premier contact.</b>	
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la couverture nationale des activités des services de maintenance biomédicale dans les ESPC</b>	
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre d'ESPC bénéficiant des services des CREM et AMD</b>	
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre total d'établissements sanitaires de premier contact</b>	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etablissement sanitaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Général (HG)</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Spécialisé</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</b></li> <li>○ <b>Institut</b></li> </ul> </li> <li>• <b>District sanitaire</b></li> <li>• <b>Direction Régionale de la Santé</b></li> </ul>	
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primaire</b></li> <li>• <b>Secondaire</b></li> <li>• <b>Tertiaire</b></li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	<b>Etendre l'activité des CREM (Centre Régional d'Equipe ment et de Maintenance) et AMD (Antenne de Maintenance Départementale)</b>
	<b>Méthode de collecte</b>	<b>Enquête</b>
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Annuelle</b>
		<b>Rapport d'enquête</b>
	<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

<b>DIEM_13</b>	<b>Nombre de matériel roulant</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de matériel roulant (véhicules, ambulances, moto) recensé du Ministère de la Santé.
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre de matériel roulant du Ministère de la Santé
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de matériel roulant</b>
	• Véhicule
	• Ambulance
	• Moto
	<b>Par état de fonctionnalité</b>
	• Fonctionnel
	• Non fonctionnel
	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	• Etablissement sanitaire
	○ ESPC
	○ HG
	○ CHR
	○ Hôpitaux Spécialisés
	○ CHU
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
• Primaire	
• Secondaire	
• Tertiaire	
<b>Utilité de gestion</b>	Plaidoyer pour le renforcement en matériel roulant
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG District sanitaire et DRS
	Rapport de la DIEM
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DIEM_14</b>	<b>Proportion des Etablissements sanitaires disposant d'un inventaire actualisé des équipements</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires disposant d'un inventaire des équipements mis à jour dans les 6 derniers mois rapporté au nombre total d'établissements sanitaires	
<b>Objectif</b>	Apprécier le niveau de réalisation de l'inventaire des équipements des établissements sanitaires	
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires disposant d'un inventaire des équipements mis à jour dans les 6 derniers mois	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaire</li> <li>• Secondaire</li> <li>• Tertiaire</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Planifier l'acquisition de nouveaux équipements
	<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Fiche d'enquête
		Rapport d'enquête
	<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.7. DIRECTION DE LA MEDECINE HOSPITALIERE (DMH)

DMH_01	"Capacité litière" (Nombre de lits d'hospitalisation ouverts)
Définition	C'est le nombre de lits d'hospitalisation disponibles (ouverts) dans l'établissement sanitaire.
Objectif	Mesurer le niveau réel de dispositif d'hospitalisation
Unité de mesures	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Par type d'établissement sanitaire hospitalier
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Spécialisé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut</li> </ul>
	Par service d'hospitalisation
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pédiatrie</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynéco-obstétrique</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORL</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurologie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatologie</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réanimation</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...</li> </ul>	
Utilité de gestion	Planifier les besoins en lits d'hospitalisation
Mode de collecte des données	Routine
Fréquence de collecte des données	Annuelle
Sources de collecte	Rapports annuels des établissements hospitaliers
Méthode de calcul	Comptage

<b>DMH_02</b>	<b>Taux d'occupation Moyen (TOM) des lits</b>
<b>Définition</b>	C'est la proportion de lits d'hospitalisation (lits ouverts) occupés par jour, par les patients hospitalisés (Les mises en observations, les séances de cure et des admissions aux urgences sont exclues).
<b>Objectif</b>	Mesurer le degré d'utilisation des lits d'hospitalisation disponibles
	Apprécier la prédisposition de la population à l'utilisation des structures sanitaires
<b>Unité de mesures</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Somme des journées d'hospitalisation par patient
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de journées d'hospitalisation théoriques pour la période (nombre de lits ouverts x nombre de jours de la période)
<b>Désagrégation</b>	Par type d'établissement sanitaire hospitalier
	• Hôpital Général (HG)
	• Centre Hospitalier Régional (CHR)
	• Hôpital Spécialisé
	• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
	• Institut
	Par service d'hospitalisation
	• Médecine
	• Pédiatrie
	• Chirurgie
	• Gynéco-obstétrique
	• Réanimation
• ORL	
• ...	
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité des services d'hospitalisation
	Plaidoyer pour équiper les structures en lits d'hospitalisation
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'hospitalisation
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DMH_03</b>	<b>Durée Moyenne de Séjour (DMS)</b>
<b>Définition</b>	C'est la somme du nombre de jours d'hospitalisation par patient rapportée au nombre total de patients hospitalisés. NB : Les mises en observations, les séances de cure et des admissions aux urgences sont exclues.
<b>Objectif</b>	Estimer la durée moyenne d'une hospitalisation.
<b>Unité de mesures</b>	Jour
<b>Numérateur (N)</b>	Somme du nombre de jours d'hospitalisation par patient
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de patients hospitalisés
<b>Désagrégation</b>	Par type d'établissement sanitaire hospitalier
	• Hôpital Général (HG)
	• Centre Hospitalier Régional (CHR)
	• Hôpital Spécialisé
	• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
	• Institut
	Par type de service d'hospitalisation
	• Médecine
	• Pédiatrie
	• Chirurgie
• Gynéco-obstétrique	
• Réanimation	
• ORL	
• ...	
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer l'offre de service en milieu hospitalier
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Trimestrielle et Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	N/D

<b>DMH_04</b>	<b>Nombre de consultations</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de visites au praticien pour un problème de santé y compris les « contrôles ».
<b>Objectif</b>	Mesurer la productivité (le volume d'activité) des praticiens
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (N)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par catégorie de praticien
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmier Diplômé d'Etat</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sage-femme Diplômée d'Etat</li> </ul>
	Par type de service
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pédiatrie</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynéco-obstétrique</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réanimation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORL</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...</li> </ul>	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la fréquentation des services
	Organiser le Evaluer la charge de travail des praticiens
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle et Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registres de consultation
	Rapport mensuel SIG
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DMH_05</b>	<b>Nombre d'interventions chirurgicales</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans l'établissement de santé sur une période donnée.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau d'activité du bloc opératoire
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type d'établissement sanitaire hospitalier</b>
	• Hôpital Général (HG)
	• Centre Hospitalier Régional (CHR)
	• Hôpital Spécialisé
	• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
	• Institut
	<b>Par type de service</b>
	• Médecine
	• Pédiatrie
	• Chirurgie
	• Gynéco-obstétrique
	• ORL
	• Dermatologie
	• ...
<b>Par type d'intervention</b>	
• Gynéco-obstétricale	
• Digestif	
• Traumatologique	
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer la production (activités) du bloc opératoire
	Evaluer l'utilisation du bloc opératoire
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle, trimestrielle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'intervention
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>DMH_06</b>	<b>Délai moyen d'attente pour bénéficier d'une prise en charge en soins spécialisés</b>	
<b>Définition</b>	C'est le temps moyen d'attente mis par un patient pour bénéficier de prestations de soins spécialisés, depuis sa demande de rendez-vous jusqu'à ce qu'il reçoive la prestation de soins (Consultation spécialiste, intervention chirurgicale).	
<b>Objectif</b>	Apprécier les délais d'attente des usagers des établissements sanitaires hospitaliers	
<b>Unité de mesures</b>	Jour	
<b>Numérateur (N)</b>	Somme des temps d'attente par patient en jours	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de patient	
<b>Désagrégation</b>	Par type d'établissement Sanitaire hospitalier	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPN</li> <li>• non EPN</li> </ul>	
	Par type de service	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine</li> <li>• Pédiatrie</li> <li>• Chirurgie</li> <li>• Gynéco-obstétrique</li> <li>• Gynéco-obstétrique</li> <li>• Réanimation</li> <li>• ORL</li> <li>• Dermatologie</li> <li>• Ophtalmologie</li> <li>• ....</li> </ul>	
	Par type de cause	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de spécialiste</li> <li>• Manque de matériel</li> <li>• Non disponibilité de salle d'opération</li> <li>• Accessibilité</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité des prestations de services hospitaliers
	<b>Mode de collecte des données</b>	Enquête
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuel
	<b>Sources de collecte</b>	Cahiers de rendez-vous
	<b>Méthode de calcul</b>	N/D

<b>DMH_07</b>	<b>Pourcentage de créances émises non recouvrées</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de titres de créance non recouverts rapporté au nombre total de titre de créances émises.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau de recouvrement de créances émises
<b>Unité de mesures</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de titres de créances non recouvrées
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de créances émises
<b>Désagrégation</b>	Par type d'établissement sanitaire hospitalier
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPN</li> <li>• Non EPN</li> </ul>
	Par type de Cause
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En suspens</li> <li>• Refusé par les débiteurs</li> <li>• Mal renseigné</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la gestion financière des établissements Sanitaires hospitaliers EPN et non EPN
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle, trimestrielle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport financier des établissements Sanitaires hospitaliers EPN et non EPN
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.8. Direction des Ressources Humaines (DRH)

DRH_01	Nombre de Personnel de santé	
Définition	C'est le nombre de personnel de santé (toutes spécialités comprises) exerçant dans les structures sanitaires du pays (publiques et privées).	
Objectif	Evaluer les effectifs de personnel de santé effectivement en poste dans les structures sanitaires	
Unité de mesure	Nombre	
Numérateur (N)	Non applicable	
Dénominateur (D)	Non applicable	
Désagrégation	Type d'employeur	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Public</li> <li>• Privé</li> </ul>	
	Par type de prestation	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataire de soins</li> <li>• Non prestataire</li> </ul>	
	Par type d'emploi	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins</li> <li>• Pharmaciens</li> <li>• Chirurgiens-dentistes</li> <li>• Ingénieurs des services de santé</li> <li>• Ingénieurs des techniques</li> <li>• Infirmiers</li> <li>• Sages-femmes</li> <li>• Techniciens Supérieurs de la Santé</li> <li>• Aides-soignants</li> <li>• Auxiliaires de soin</li> <li>• Auxiliaires des techniques sanitaires</li> </ul>	
	Par type de spécialité	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généraliste</li> <li>• Spécialiste</li> </ul>	
	Utilité de gestion	Planifier la gestion des ressources humaines
	Méthode de collecte	Routine/Enquête
	Fréquence de collecte des données	Annuelle
	Sources de collecte	Logiciel GSPERS
		SIGFAE (DRH/Santé),
		Fiches de personnel
		Document de gestion du personnel des DRH des autres Ministères
		Rapport annuel des DRS
Fiche d'enquête		
Rapport d'enquête		
Méthode de calcul	Comptage par service : additionner les effectifs du personnel de santé toutes spécialités comprises en poste dans les différents ministères et structures	

<b>DRH_02</b>	<b>Ratio Population/Personnel de santé</b>
<b>Définition</b>	C'est le rapport entre le nombre d'habitants de l'aire de santé et le nombre de prestataires de soins (par emploi ou spécialité)
<b>Objectif</b>	Mesurer la charge de travail théorique (ou besoin) en personnel de santé
<b>Unité de mesure</b>	Non applicable
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'habitants
<b>Dénominateur (D)</b>	Effectif total de personnel de santé
<b>Désagrégation</b>	<b>Par niveau</b>
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
	<b>Par type d'emploi</b>
	• Médecins
	• Pharmaciens
	• Chirurgiens-dentistes
	• Ingénieurs des services de santé
	• Ingénieurs des techniques
	• Infirmiers
	• Sages-femmes
	• Techniciens Supérieurs de la Santé
	• Aides-soignants
	• Auxiliaires de soin
	• Auxiliaires des techniques sanitaires
<b>Par type de spécialité</b>	
• Généraliste	
• Spécialiste	
<b>Utilité de gestion</b>	Planifier la formation et le recrutement des ressources humaines
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
	Quadriennal (tous les 4 ans) [EDS, MICS]
<b>Sources de collecte</b>	Logiciel GESPERS
	SIGFAE (DRH/Santé)
	Fiches de personnel
	Document des DRH des autres Ministères
	Fiche d'enquête
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	N/D

<b>DRH_03</b>	<b>Proportion de Directions Sanitaires disposant de Gestionnaire de RHS</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de Directions Régionales de la Santé et de districts sanitaires disposant de gestionnaire de RHS rapporté au nombre total de régions et districts sanitaires.
<b>Objectif</b>	Mesurer la disponibilité des gestionnaires de RHS au niveau des directions sanitaires
<b>Unité de mesures</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de régions et de districts sanitaires disposant de gestionnaire de RHS
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de régions et districts sanitaires
<b>Désagrégation</b>	Par niveau
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	S'assurer d'une meilleure gestion des RHS au niveau régional et départemental ou district sanitaire
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
	Quadriennal (tous les 4 ans) [EDS, MICS]
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activité des Districts sanitaires
	Rapports d'activité des Directions Régionales de la Santé
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.9. Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM)

<b>DSIM_01</b>	<b>Taux de réalisation de staffs (réunion) communs</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de réunions périodiques entre le centre de référence de la région et les centres de santé périphériques dans son aire sanitaire sur les activités suivantes : référence et contre référence, revue de décès maternels, formation continue, organisation de services... rapporté au nombre de staffs communs planifié.
<b>Objectifs</b>	Mesurer le niveau de réalisation des staffs communs planifié
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de réunions périodiques entre le centre de référence de la région et les centres de santé périphériques dans son aire sanitaire sur les activités
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de staffs communs planifié
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire
	Hôpital de référence
	District sanitaire
	Directions Régionales de la Santé
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la communication entre les prestataires de soins
	Assurer une meilleure prise en charge
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle avec compilation annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport des Sous-Directions des Soins Infirmiers et Obstétricaux (S/DSIO)
	Rapport des Surveillants d'Unité de Soins (SUS)
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DSIM_02</b>	<b>Proportion de supervisions réalisées par les Sous-Directions des Soins Infirmiers et Obstétricaux (S/DSIO) à l'endroit des points focaux</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de supervisions réalisées par les membres des Sous-Directions des Soins Infirmiers et Obstétricaux (S/DSIO) à l'endroit des encadreurs des stagiaires sages-femmes rapporté au nombre de supervisions planifiées.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer le niveau de réalisation des supervisions prévues</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre de supervisions réalisées par les S/DSIO à l'endroit des encadreurs des stagiaires sages-femmes</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre de supervisions planifiées</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de structure sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etablissement sanitaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Général (HG)</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b></li> <li>○ <b>Hôpital Spécialisé</b></li> <li>○ <b>Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</b></li> <li>○ <b>Institut</b></li> </ul> </li> <li>• <b>District sanitaire</b></li> <li>• <b>Direction Régionale de la Santé</b></li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Améliorer la qualité de l'offre des soins</b>
	<b>Accroître l'utilisation des services</b>
	<b>Réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Mensuelle avec une compilation annuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapports des Sous-Directions des Soins Infirmiers et Obstétricaux (S/DSIO)</b>
	<b>Rapports SUS</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

<b>DSIM_03</b>	<b>Proportion d'établissements offrant des soins infirmiers et maternels de qualité</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires qui offrent des soins infirmiers et maternels selon les normes, directives, protocoles et procédures, rapporté au nombre d'établissements sanitaires visités.
<b>Objectif</b>	Apprécier le niveau d'application des normes, directives, protocoles et procédures en vigueur
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires qui offrent des soins infirmiers et maternels selon les normes, directives, protocoles et procédures
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'établissements sanitaires visités
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer les pratiques de soins infirmiers et maternels
<b>Mode de collecte</b>	Enquête/Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle et Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'enquête
	Rapports des Sous-Directions des Soins Infirmiers et Obstétricaux S/DSIO
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DSIM_04</b>	<b>Proportion de Sages-Femmes et d'Infirmiers ayant bénéficié d'un renforcement de capacité</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de sages-femmes et d'infirmiers qui ont bénéficié d'un renforcement de capacité (sur les droits humains et sur les droits des clients, en soins infirmiers et maternels...) rapporté au nombre de Sages-Femmes et d'Infirmiers prévus en formation.
<b>Objectif</b>	Apprécier le niveau de réalisation des formations prévues
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de sages-femmes et d'infirmiers formés
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de Sages-Femmes et d'Infirmiers prévus en formation
<b>Désagrégation</b>	Par type de formation
	• Droits humains
	• Droits des clients
	• Soins infirmiers et maternels
	Par type de structure sanitaire
	• Etablissement sanitaire
	○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	○ Hôpital Général (HG)
	○ Centre Hospitalier Régional (CHR)
	○ Hôpital Spécialisé
	○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
	○ Institut
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Planifier la formation des sages-femmes et des infirmiers
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports de formation
	Liste de présence
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DSIM_05</b>	<b>Proportion de Sages-Femmes et d'Infirmiers disposant des textes réglementaires</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de Sages-Femmes et d'Infirmiers disposant de textes réglementaires (des documents de normes, directives, protocoles et procédures sur les soins infirmiers et maternels) dans les établissements sanitaires rapporté au nombre de SFDE et IDE visités.
<b>Objectifs</b>	Déterminer le niveau de diffusion des documents de normes, directives, protocoles et procédures sur les soins infirmiers et maternels
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de Sages-Femmes et d'Infirmiers disposant des documents de normes, directives, protocoles et procédures sur les soins infirmiers et maternels dans les établissements sanitaires
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de Sages-Femmes et d'Infirmiers visités
<b>Désagrégation</b>	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer le système de diffusion des documents de normes, directives, protocoles et procédures sur les soins infirmiers et maternels
	Améliorer la qualité des soins
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiches d'enquête
	Rapports d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>DSIM_06</b>	<b>Proportion de malades référés par les Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients référés par les Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) vers les centres de référence rapporté au nombre total de patients reçus dans les Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC).
<b>Objectif</b>	Evaluer le système de référence / contre référence
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients référés par les Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) vers les structures sanitaires de référence
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de patients reçus dans les Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
<b>Désagrégation</b>	Par type d'Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	Selon le terme de la croissance (Par tranches d'âge)
	Enfant
	Adulte
	Par mode d'évacuation
	Ambulance
	Transport en commun
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer le besoin en ambulance
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation
	Registre de mise en observation
	Registre d'urgences
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.10. Programme Elargi de Vaccination (PEV)

### Au niveau des établissements sanitaires

PEV_01	Couverture vaccinale par antigène
Définition	C'est le nombre de personnes cibles vaccinées sur une période de temps rapporté aux personnes cibles attendues pour la même période.
Objectif	Apprécier le niveau de protection des populations cibles
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre de personnes cibles vaccinées pour une période de temps
Dénominateur (D)	Nombre de personnes cibles attendus pour la même période de temps
Désagrégation	Par Antigène
	• BCG
	• VPO3
	• VPI
	• PCV13-3
	• DTC-HepB-Hib3 (Penta)
	• Rota
	• VAR
	• HPV
	• VAA
	• VAT2
	Par aire sanitaire
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	• Hôpital Général (HG)
	• Centre Hospitalier Régional (CHR)
Sexe	
• Masculin	
• Féminin	
Par niveau	
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
• Central (National)	
Utilité de gestion	<p>Mesurer la capacité du programme à atteindre ses cibles, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accessibilité des populations aux services de vaccination (DTC-HepB-Hib1 et PCV 13-1)</li> <li>- la capacité du programme à suivre ses cibles jusqu'à l'achèvement d'une série vaccinale (VPO3, DTC-HepB-Hib3 et PCV13-3)</li> <li>- la capacité du programme à suivre ses cibles jusqu'à l'achèvement la série vaccinale (VAR, VAA et VAT2)</li> <li>- Définir de nouvelles stratégies pour l'amélioration des couvertures nationales</li> </ul>
Méthode de collecte	Routine/Enquête
Fréquence de collecte des données	Mensuelle
	Quadriennale (tous les 4 ans) [EDS, MICS]
Sources de collecte	Registres de vaccination
	Fiche de pointage
	Carnet de santé
	Rapport d'enquête
	Rapport PEV
Méthode de calcul	(N/D) x100

<b>PEV_02</b>	<b>Taux de femmes enceintes complètement vaccinées pour le VAT (Vaccin Antitétanique)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes ayant reçues au moins 5 doses de VAT sur une période de temps rapporté aux grossesses attendues pour la même période.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau de protection des mères et des nouveau-nés contre le tétanos maternel et néo-natal
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 5 doses de VAT pour une période de temps
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de grossesses attendues pour la même période de temps
<b>Désagrégation</b>	Selon le niveau de la pyramide sanitaire
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
	• Central (National)
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer l'offre de service de vaccination aux femmes enceintes
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
	Quadriennale (tous les 4 ans) [EDS, MICS]
<b>Sources de collecte</b>	Registres de vaccination
	Fiche de pointage
	Carnet de santé
	Rapport d'enquête
	Rapport PEV
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PEV_03</b>	<b>Taux de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveau-nés dont la mère a reçu au moins 2 doses de VAT au cours de la grossesse (dont la 2 <sup>ème</sup> dose est administrée au moins deux semaines avant l'accouchement) ou dont la mère est complètement vaccinée sur une période de temps rapporté aux naissances vivantes au cours de la même période.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau de protection des enfants vis-à-vis du tétanos néo natal
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveau-nés dont la mère a reçu au moins 2 doses de VAT au cours de sa grossesse (dont la 2 <sup>ème</sup> dose est administrée au moins deux semaines avant l'accouchement) ou de nouveau-nés dont la mère est complètement vaccinée au cours d'une période de temps
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de naissances vivantes pour la même période de temps
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central (National)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer l'offre de service de vaccination aux femmes enceintes
<b>Méthode de collecte</b>	Routine (+)/Enquête (+++)
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registres de vaccination
	Fiche de pointage
	Carnet de santé
	Rapport d'enquête
	Rapport PEV
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PEV_04</b>	<b>Taux d'enfants complètement vaccinés avant 12 mois</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu tous les antigènes (BCG, VPO3, DTC-HépB-Hib3, PVC 13-3, VAR, VAA) sur une période de temps rapporté au nombre d'enfants de 0 à 11 mois attendus pour la même période.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau de protection des enfants de 0-11 mois contre les maladies évitables par ces vaccins
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu tous les antigènes (BCG, VPO3, DTC-HépB-Hib3, PVC13-3, VAR et VAA) sur une période de temps
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois attendus pour la même période de temps
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central (National)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer l'offre de service de vaccination aux enfants avant 12 mois
<b>Méthode de collecte</b>	Routine (+)/Enquête (+++)
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
	Quadriennale (tous les 4 ans) [EDS, MICS]
<b>Sources de collecte</b>	Registres de vaccination
	Fiche de pointage
	Carnet de santé
	Rapport d'enquête
	Rapport PEV
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

PEV_05	Taux d'abandon spécifique
Définition	C'est le nombre de personnes cibles n'ayant pas achevé leur série vaccinale pour un antigène donné, au cours d'une période donnée rapporté à ceux qui ont commencé la série vaccinale pour ce même antigène.
Objectifs	Mesurer le niveau d'abandon spécifique par antigène
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Différence entre le nombre de personnes cibles ayant commencé la série vaccinale pour un antigène donné et le nombre de personnes cibles ayant achevé la série vaccinale pour le même antigène pendant la même période de temps
Dénominateur (D)	Nombre de personnes cibles ayant commencé la série vaccinale pour un antigène donné pendant une période de temps pendant la même période de temps
Désagrégation	Par antigène
	• VPO 3
	• PCV13-3
	• DTC-HepB-Hib3 (Penta)
	• Rota
	• VAT2
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	• District sanitaire
• Direction Régionale de la Santé	
• Central (National)	
Utilité de gestion	Mettre en place des stratégies pour que toutes les populations qui ont commencé leurs séries puissent les achever
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Mensuelle
Sources de collecte	Rapport PEV
	Rapport SIG
	Registre de vaccination
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

PEV_06	Taux d'abandon global
Définition	C'est le nombre enfants de 0 à 11 mois n'ayant pas achevé leur série vaccinale (entre DTC-HépB-Hib1 et le VAR) rapporté à ceux qui ont reçu la 1 <sup>ère</sup> dose du DTC-HépB-Hib pendant la même période.
Objectif	Mesurer le niveau d'abandon
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Différence entre le nombre d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu la 1 <sup>ère</sup> dose du DTC-HépB-Hib et le nombre d'enfants ayant achevé sa série vaccinale (entre DTC-HépB-Hib1 et le VAR) pendant la même période.
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu la 1 <sup>ère</sup> dose du DTC-HépB-Hib pendant la même période
Désagrégation	Par niveau de la pyramide sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central (National)</li> </ul>
Utilité de gestion	Mettre en place des stratégies pour que toutes les populations qui ont commencé leurs séries puissent les achever
Méthode de collecte	Routine/Enquête
Fréquence de collecte des données	Mensuelle
Sources de collecte	Registres de vaccination <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiche de pointage</li> <li>• Carnet de santé</li> <li>• Rapport PEV</li> </ul>
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>PEV_07</b>	<b>Taux de perte au cours de l'administration des vaccins</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de doses de vaccins perdues (doses non administrées aux personnes cibles) pendant une période de temps rapporté aux doses de flacons de vaccins ouverts sur la même période de temps.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau perte des vaccins pour la gestion des vaccins
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Différence entre le nombre de doses de vaccins ouverts et le nombre total de personnes cibles ayant reçu ce vaccin pour une période de temps
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de doses de vaccin ouvertes pendant la même période de temps
<b>Désagrégation</b>	Par antigène
	• BCG
	• VPO
	• VPI
	• PCV13
	• DTC-HépB-Hib
	• Rota
	• VAR
	• VAA
	• HPV
	• VAT
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
• Central (National)	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les capacités du personnel en matière de gestion de vaccin
	Fournir des éléments d'aide à la planification des besoins en vaccin
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport mensuel PEV
	Fiches de stock des vaccins
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

PEV_08	Taux de perte en seringues
Définition	C'est le nombre de seringues perdues (non utilisées pour la vaccination des personnes cibles) pendant une période rapporté au nombre total de seringues déconditionnées sur la même période.
Objectif	Mesurer le niveau perte des seringues
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur	Différence entre le nombre de seringues déconditionnées et le nombre total de personnes cibles ayant reçu un vaccin injectable pendant une période
Dénominateur (D)	Nombre total de seringues déconditionnées pendant la même période
Désagrégation (N)	Par type de seringue
	Par site de vaccination
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central (National)</li> </ul>
Utilité de gestion	Renforcer les capacités du personnel en matière de gestion de seringues
	Evaluer la mise en œuvre des directives sur le Bundling*
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Quotidienne avec compilation mensuelle
Sources de collecte	Rapport mensuel PEV
	Fiches de stock des consommables de vaccination
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

**Le Bundling\*** : Un (1) flacon de vaccin lyophilisé = une (1) seringue à dilution  
 Une (1) dose de vaccin = une (1) seringue autobloquante

PEV_09	Taux de disponibilité des vaccins
Définition	C'est la différence entre le nombre de jours de la période et le nombre de jours de rupture de stock en vaccins pendant la période rapporté au nombre de jours de la même période.
Objectif	Mesurer la disponibilité des vaccins afin de garantir la prise en charge des populations cibles
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Différence entre le nombre de jours de la période et le nombre de jours de rupture de stock en vaccins pendant la période
Dénominateur (D)	Nombre de jours de la période
Désagrégation	Par antigène
	• BCG
	• VPO
	• VPI
	• PCV13
	• DTC-HepB-Hib (Penta)
	• Rota
	• VAR
	• VAA
	• HPV
	• VAT
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	• District sanitaire
• Direction Régionale de la Santé	
• Central (National)	
Utilité de gestion	Renforcer les capacités des acteurs en gestion de stock des vaccins
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Quotidienne avec compilation mensuelle
Sources de collecte	Rapport mensuel PEV
	Fiches de stock des vaccins
	Fiches d'inventaire
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>PEV_10</b>	<b>Taux de disponibilité des consommables de vaccination</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de jours sans rupture de stock en consommables de vaccination (seringues, boîtes de sécurité, coton) au cours d'une période rapporté au nombre de jours de la même période.
<b>Objectif</b>	Mesurer la disponibilité des vaccins afin de garantir la prise en charge des populations cibles
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Différence entre le nombre de jours de la période et le nombre de jours de rupture de stock en consommable de vaccination pendant la période
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de jours de la période
<b>Désagrégation</b>	Par consommable de vaccination
	• Seringues
	• Boîtes de sécurité
	• Coton
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	• District sanitaire
• Direction Régionale de la Santé	
• Central (National)	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les capacités des acteurs en gestion de stock des vaccins
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport mensuel PEV
	Fiches de stock des consommables de vaccination
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## Au niveau communautaire (PEV)

<b>PEV_C1</b>	<b>Taux de perdus de vue en série vaccinale retrouvés par les relais communautaires ou agents de santé communautaire</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes cibles ayant abandonné leur série vaccinale au cours d'une période donnée, retrouvées par les relais communautaires rapporté au nombre total de perdus de vue pendant la même période.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'apport des relais communautaires dans le suivi d'une série vaccinale
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de perdus de vue retrouvés par l'agent de santé communautaire pendant une période
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de perdus de vue pendant la même période
<b>Désagrégation</b>	Par village
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	District sanitaire
	Direction Régionale de la Santé
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer les interventions communautaires dans la recherche des perdus de vue en dans le cadre du suivi vaccinal
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport mensuel PEV
	Cahier de l'ASC
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.11. Programme National de Développement des Activités Pharmaceutiques (PNDAP)

<b>PNDAP_01</b>	<b>Taux de disponibilité des médicaments essentiels (ME) et intrants stratégiques (IS)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de médicaments essentiels et d'intrants stratégiques traceurs disponibles et utilisables rapporté au nombre total de médicaments essentiels et intrants stratégiques traceurs devant être gérés pour la même période.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité des ME et IS
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de Médicaments Essentiels et Intrants Stratégiques traceurs disponibles et utilisables
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de médicaments essentiels et intrants stratégiques traceurs devant être gérés
	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>• Hôpital Spécialisé</li> <li>• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>• Institut</li> <li>• District sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la disponibilité des ME et IS en vue de la prise en charge correcte des pathologies courantes
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Base de données NPSP
	Fiche de stock
	Registre d'inventaire
	Rapport commande mensuel
	Rapport d'enquête
	Rapport mensuel
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_02</b>	<b>Taux de produits périmés</b>
<b>Définition</b>	C'est la quantité de Médicaments Essentiels et Intrants Stratégiques périmés rapportée à l'ensemble des Médicaments Essentiels et Intrants Stratégiques de la même période.
<b>Objectif</b>	Apprécier la gestion de stocks des produits pharmaceutiques
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Quantité de Médicaments Essentiels et Intrants Stratégiques périmés de la même période
<b>Dénominateur (D)</b>	Quantité de Médicaments Essentiels et Intrants Stratégiques de la période
<b>Désagrégation</b>	Par produit traceur
	Par type d'établissement sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacie de district</li> <li>• Magasin de la NPSP-CI</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la gestion des produits par le renforcement des capacités des gestionnaires de pharmacie
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Trimestrielle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'activité de la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique (NPSP)
	Rapport d'activité des établissements sanitaires
	Registre d'inventaire
	Fiche de stock
	Rapport de mission
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_03</b>	<b>Délai moyen de livraison</b>
<b>Définition</b>	C'est le temps moyen qui s'écoule entre le moment où le niveau supérieur reçoit les besoins (commande) du niveau Inférieur et le moment où le niveau Inférieur reçoit les produits commandés (livraison)
<b>Objectif</b>	Apprécier le délai d'approvisionnement des pharmacies des établissements sanitaires publics
<b>Unité de mesure</b>	Jour
<b>Numérateur (N)</b>	Temps total mis pour livrer toutes les commandes passées et reçues
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de commandes passées et livrées dans la période
<b>Désagrégation</b>	Par produit traceur
	Par type d'établissement sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la distribution des médicaments et intrants
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Bordereau de livraison
	Tableau de bord de distribution
	Bon de commande
<b>Méthode de calcul</b>	N/D

<b>PNDAP_04</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires ayant connu au moins une rupture d'un produit traceur</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires ayant connu au moins une rupture d'un produit traceur sur une période donnée rapporté au nombre total de sites ayant rapporté sur ces produits.
<b>Objectif</b>	Connaître le nombre d'établissements sanitaires ayant été en rupture d'au moins un produit traceur sur une période donnée
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires ayant connu au moins un jour de rupture d'un produit traceur sur une période donnée
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires ayant rapporté sur les produits traceurs
<b>Désagrégation</b>	Par produit traceur
	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Rechercher les causes des ruptures en produits traceurs sur les sites
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Trimestrielle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de stock
	Rapports mensuels d'activité
	Rapport mensuel
	Rapport mensuel commande
	Logiciel BIOS (Base d'Intégration des Outils SIGL) de la NPSP-CI
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_05</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires clients de la NPSP-CI livrés dans les délais</b>
Définition	c'est le nombre d'établissements sanitaires clients de la NPSP-CI livrés dans les délais (selon le chronogramme NPSP en vigueur) rapporté au nombre total d'établissements sanitaires clients à livrer.
Objectif	Mesurer les performances de la centrale d'achat
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre de sites clients livrés dans les délais
Dénominateur (D)	Nombre total de sites clients à livrer
Désagrégation	Par circuit de distribution
Utilité de gestion	Assurer la disponibilité des médicaments
Mode de collecte des données	Routine
Fréquence de collecte des données	Mensuelle
Sources de collecte	Chronogramme de livraison
	Bordereau de livraison
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_06</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires supervisés par l'équipe cadre du district sanitaire (ECD) au cours du dernier trimestre</b>
Définition	C'est le nombre d'établissements sanitaires dont les acteurs ont été supervisés par l'équipe cadre de la direction départementale (ECD) de santé rapporté à l'ensemble d'établissements sanitaires devant être supervisé par l'ECD du District sanitaire.
Objectifs	Dénombrer les établissements sanitaires dont le personnel a été supervisé par l'ECD du District sanitaire
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre d'établissements sanitaires dont les acteurs ont été supervisés par l'ECD du District sanitaire
Dénominateur (D)	Ensemble d'établissements sanitaires devant être supervisés par l'ECD du District sanitaire
Désagrégation	Par type d'établissement sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> </ul>
Utilité de gestion	Améliorer la couverture en supervision
Mode de collecte des données	Routine
Fréquence de collecte	Trimestrielle
Sources de collecte	Rapport de supervision
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_07</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires supervisés par l'Equipe Régionale (ER) de la Direction Régionale de la Santé au cours du dernier trimestre</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires dont les acteurs ont été supervisés par l'ER de la direction Régionale de la santé rapporté à l'ensemble des sites devant être supervisés par l'ER de la Direction Régionale de la Santé (DRS).
<b>Objectif</b>	Dénombrer les établissements sanitaires dont le personnel a été supervisé par l'ER de la Direction Régionale de la Santé
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires dont les acteurs ont été supervisés
<b>Dénominateur (D)</b>	Ensemble d'établissements sanitaires devant être supervisés par l'ER de la Direction Régionale de la Santé
<b>Désagrégation</b>	<b>Type de structure sanitaire</b>
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	• Hôpital Général (HG)
	• Centre Hospitalier Régional (CHR)
	• District sanitaire
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la couverture en supervision
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport de supervision
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_08</b>	<b>Proportion de structures ayant organisé une réunion de comité de médicaments</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de structures ayant organisé une réunion de comité de médicaments au cours du trimestre rapporté au nombre total de structures disposant d'un comité médicament.
<b>Objectif</b>	Apprécier le fonctionnement des comités de médicament
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de structures ayant organisé une réunion de comité de médicaments dans le mois
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de structures disposant d'un comité médicament
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type d'établissement</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la gestion des médicaments dans les structures sanitaires.
<b>Mode de collecte des données</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport de réunion du comité médicament
	Rapport d'activité de l'établissement sanitaire
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_09</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires disposant d'un comité de médicament</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires disposant d'un comité de médicament rapporté au nombre total d'établissements sanitaires devant en posséder.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'application de l'arrêté relatif aux comités de médicaments
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre cumulé de structures disposant d'un comité de médicament
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de structures devant disposer d'un comité de médicament
<b>Désagrégation</b>	Type le niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la gestion des médicaments dans les structures sanitaires
<b>Mode de collecte des données</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Note de service instituant le comité de médicament au sein de l'établissement sanitaire
	Liste actualisée des membres du comité de médicament
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_10</b>	<b>Proportion d'acteurs formés en gestion des stocks de médicaments à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'acteurs formés à la gestion de stocks de médicaments rapporté à l'ensemble des acteurs impliqués dans la gestion des médicaments.
<b>Objectif</b>	Apprécier la couverture en agents formés à la gestion des stocks
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'acteurs formés à la gestion de stocks de médicaments
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total des acteurs impliqués dans la gestion des médicaments
<b>Désagrégation</b>	Par type d'établissement sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
	Par type d'agent de santé
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la gestion des produits dans un établissement sanitaire
<b>Méthode de collecte :</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport de formation
	Rapport d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_11</b>	<b>Proportion de pharmacie (d'établissements sanitaires public) disposant de réfrigérateur dont la température est maintenue entre 2°C et 8°C</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de pharmacies d'établissements publics, dont le réfrigérateur a une température maintenue entre 2°C et 8°C rapporté au nombre total de pharmacie d'établissements sanitaires publics.
<b>Objectif</b>	Apprécier la gestion des produits de froid
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de pharmacies d'établissements publics, dont le réfrigérateur a une température maintenue entre 2°C et 8°C
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de pharmacie d'établissements sanitaires publics.
<b>Désagrégation</b>	Par Type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>• District sanitaire</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer les conditions de conservations des produits de froid
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'activité
	Fiche de suivi des températures
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_12</b>	<b>Proportion de pharmacies (d'établissement client de la NPSP-CI) dont la température de la salle de stockage est maintenue en dessous de 25°C</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissement client de la NPSP dont la température de la salle de stockage est maintenue en dessous de 25°C rapporté au nombre total de sites client de la NPSP.
<b>Objectif</b>	Apprécier la température de stockage des produits de santé
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissement clients de la NPSP dont la température de la salle de stockage est maintenue en dessous de 25°C
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de sites client de la NPSP
<b>Désagrégation</b>	<b>Par Type de structure sanitaire</b>
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	• Hôpital Général (HG)
	• Centre Hospitalier Régional (CHR)
	• District sanitaire
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer les conditions de conservations des produits de santé
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données:</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'activité
	Fiche de suivi des températures
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_13</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires ayant connu au moins une rupture d'un produit traceur</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires ayant connu au moins une rupture d'un produit traceur sur une période donnée rapporté au nombre total d'établissements sanitaires ayant rapporté sur ces produits.
<b>Objectif</b>	Connaître le nombre d'établissements sanitaires ayant été en rupture d'au moins un produit traceur sur une période donnée
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires ayant connu au moins un jour de rupture d'un produit traceur sur une période donnée
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires ayant rapporté sur les produits traceurs
<b>Désagrégation</b>	Par produit traceur
	Par type d'établissement
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Rechercher les causes des ruptures en produits traceurs sur les sites
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Trimestrielle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de stock
	Rapports mensuels d'activité
	Logiciel BIOS (Base d'Intégration des Outils SIGL) de la NPSP-CI
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_14</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires périphériques livrés par le District sanitaire dans le mois</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires périphériques livrés dans le mois rapporté au nombre total d'établissements sanitaires périphériques du District sanitaire.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'activité de distribution des médicaments par le district sanitaire
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires périphériques livrés dans le mois
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires périphériques du District sanitaire
<b>Désagrégation</b>	Non
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la disponibilité du médicament
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport mensuel de distribution
	Bordereau de livraison
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_15</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires soumettant des rapports complets et à temps</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de rapports correctement renseignés (qualitative et quantitative) et transmis à temps par les établissements sanitaires rapporté au nombre total de rapport transmis au niveau supérieur
<b>Objectif</b>	Apprécier la qualité du rapportage des sites
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de rapport correctement renseignés et transmis dans les délais au niveau supérieur
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de rapport transmis au niveau supérieur
<b>Désagrégation</b>	Par type de rapport
	Par site
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité des données logistiques rapportées
	Renforcer les compétences des gestionnaires
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports transmis
	Cahier d'enregistrement des rapports commande des clients directs de la NPSP
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_16</b>	<b>Taux de complétude des rapports logistiques</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de rapports transmis par les établissements sanitaires rapporté au nombre total de rapports attendus des mêmes d'établissements sanitaires.
<b>Objectifs</b>	Apprécier le niveau de rapportage des sites.
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de rapports transmis par les sites
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de rapports attendus des mêmes sites
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de rapport</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport commande</li> <li>• Rapport mensuel d'activités</li> </ul>
	<b>Par type de sites</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sites clients de la NPSP</li> <li>• Sites périphériques</li> </ul>
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer le niveau de transmission des rapports
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports mensuels transmis
	Base de données logistique de la NPSP
	Base des rapports mensuels reçus par la Région sanitaire
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_17</b>	<b>Taux de compliance des rapports commande mensuels d'établissements sanitaires clients NPSP</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de rapports commande mensuels correctement renseignés (qualitative et quantitative) transmis par les établissements sanitaires clients rapporté au nombre total de rapports commande mensuels transmis à la NPSP.
<b>Objectif</b>	Apprécier la qualité du rapportage des sites clients NPSP
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de rapports commande mensuels correctement renseignés transmis à la NPSP
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de rapports commande mensuels transmis
<b>Désagrégation</b>	Par type de rapport
	Par site
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité des données logistiques rapportées
	Renforcer les compétences des gestionnaires
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports commande mensuels
	Logiciel BIOS
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_18</b>	<b>Taux de promptitude des rapports</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de rapports mensuels transmis par les établissements sanitaires dans les délais (selon le chronogramme) rapporté au nombre total des rapports mensuels attendus des mêmes établissements sanitaires.
<b>Objectifs</b>	Apprécier le délai de transmission des rapports logistiques dans le système de santé
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de rapports mensuels transmis par les établissements sanitaires dans les délais (selon le chronogramme)
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total des rapports mensuels attendus des mêmes établissements sanitaires
<b>Désagrégation</b>	Par type de site
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Site client</li> <li>• Site périphérique</li> </ul>
	Par type de rapport
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commande</li> <li>• Activité</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la transmission des rapports logistiques vers les niveaux supérieurs
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports mensuels transmis
	Base de données logistique de la NPSP
	Base des rapports mensuels reçus par la Région sanitaire
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_19</b>	<b>Taux de Produits Pharmaceutiques Inutilisable( PPI )</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est la Valeur monétaire des PPI rapportée à celle de l'ensemble des produits gérés sur une période donnée</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier le niveau de gaspillage en termes de coût</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Valeur monétaire des PPI</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Valeur monétaire de l'ensemble des produits gérés (stock initial + stock reçu) sur la même période</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>District sanitaire</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier la gestion des stocks</b>
<b>Mode de collecte des données</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Fiche de stock</b>
	<b>Rapport mensuel</b>
	<b>Direction de la Logistique Pharmaceutique de la Nouvelle PSP-CI</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

<b>PNDAP_20</b>	<b>Taux de rupture de stock des ME et IS à la NPSP</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de produits traceurs ayant connu au moins un jour de rupture par rapport au nombre total de produits traceurs gérés par la NPSP.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer la disponibilité des produits</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre de produits ayant connu au moins un jour de rupture</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre total de produits gérés par la NPSP</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de produit traceur</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Alerter sur le niveau de stock</b>
	<b>Déclencher un achat d'urgence si nécessaire</b>
<b>Mode de collecte des données</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Fiches de Stock produits par la Direction de la Logistique Pharmaceutique de la Nouvelle PSP-CI</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

<b>PNDAP_21</b>	<b>Durée moyenne de rupture des médicaments essentiels et intrants stratégiques (produit traceur)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total de jours (week-end et jours fériés y compris) durant lesquels chaque produit traceur a été absent au cours d'une période sur le nombre total de rupture du même produit à la même période.
<b>Objectif</b>	Apprécier la durée moyenne des ruptures.
<b>Unité de mesure</b>	Jour
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre total des jours de rupture de stock du produit traceur
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de rupture du produit traceur durant la même période
<b>Désagrégation</b>	Par produit traceur
	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>○ Hôpital Général (HG)</li> <li>○ Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>○ Hôpital Spécialisé</li> <li>○ Centre Hospitalo-Universitaire CHU)</li> <li>○ Institut</li> </ul> </li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la disponibilité des médicaments traceurs
<b>Mode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport de l'état des stocks
	Fiche de stock
<b>Méthode de calcul</b>	N/D

<b>PNDAP_22</b>	<b>Taux de satisfaction des commandes livrées par la NPSP</b>
<b>Définition</b>	C'est la quantité de produits réceptionnés par les clients rapportée à la quantité commandée par les clients.
<b>Objectif</b>	Apprécier la capacité de la NPSP à satisfaire les commandes des clients
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Quantité reçue par les clients
<b>Dénominateur (D)</b>	Quantité commandée par les clients
<b>Désagrégation</b>	Par produit
	Par commande
	Par client
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la satisfaction des clients de la NPSP
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Bon de commande
	Factures de livraison
	Bordereaux de livraison
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNDAP_23</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires bien stockés en produits traceurs (Niveau compris entre le Minimum et le Maximum)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires dont les stocks disponibles et utilisables de produits traceurs sont compris entre le Minimum et le Maximum) rapporté au nombre total d'établissements sanitaires.
<b>Objectifs:</b>	Apprécier la gestion de stocks des produits pharmaceutiques
<b>Unité de mesure:</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires dont les stocks disponibles et utilisables de produits traceurs sont compris entre le Minimum et le Maximum
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires
<b>Désagrégation</b>	Par client de la NPSP
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct</li> <li>• Indirect</li> </ul>
	Par de produit traceur
	Par type d'établissement
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESPC</li> <li>• HG</li> <li>• CHR</li> <li>• CHS</li> <li>• CHU</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la gestion des produits
<b>Mode de collecte des données:</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports mensuels d'activité
	Rapport commande mensuel
<b>Méthode de calcul:</b>	(N/D) x100

<b>PNDAP<sup>P</sup>_24</b>	<b>Proportion d'établissements sanitaires sans rupture de stock des médicaments antipaludiques de base au cours de la période de rapportage</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires n'ayant pas enregistré de rupture de stock de plus d'une semaine des médicaments antipaludiques (ASAQ ou AL, SP) rapporté au nombre d'établissements sanitaires.
<b>Objectif</b>	Evaluer la disponibilité des médicaments antipaludique
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements de santé n'ayant signalé aucune rupture en (ASAQ, AL, SP) au cours de la période de rapportage
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'établissements de santé
<b>Désagrégation</b>	Par produit SP et type de CTA
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASAQ</li> <li>• AL</li> <li>• Sulfadoxine Pyriméthamine (SP)</li> </ul>
	Par nombre de jour de rupture
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inférieur à une semaine</li> <li>• Supérieur à une semaine</li> </ul>
	Par niveau
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la disponibilité des médicaments antipaludique (SP et CTA) dans les établissements sanitaires
	Evaluer la gestion des antipaludiques par les établissements sanitaires
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport du Pharmacien
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

PNDAP<sup>P</sup> : c'est un indicateur du PNLP renseigné par le PNDAP

<b>PNDAP<sup>sme</sup>_25</b>	<b>Durée de rupture des produits contraceptifs</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de jour de rupture de chacun des produits de planification familiale (PF) au cours du mois au niveau des points de distribution ou de prestation.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité des produits PF
<b>Unité de mesure</b>	Jour
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la performance du système de sécurisation des produits contraceptifs
<b>Désagrégation</b>	Par type de produit
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant</li> <li>• Dispositif Intra Uterin (DIU)</li> <li>• Condom</li> <li>• Pilule orale</li> <li>• Pilule injectable</li> <li>• Stérilisation</li> <li>• Spermicide à reverser</li> </ul>
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation Hebdomadaire et Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de suivi de stock de l'établissement sanitaire Fiche de suivi de stock de pharmacie du district sanitaire Fiche de suivi de stock de la NPSP
<b>Méthode de calcul</b>	Somme des jours de rupture par produit

**PNDAP<sup>sme</sup> : c'est un indicateur du PNSME renseigné par le PNDAP**

## 5.12. Programme National d'Eradication de la Lèpre (PNEL)

<b>PNEL_01</b>	<b>Incidence de la lèpre</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas jamais traités dépistés rapporté à la population au cours d'une période donnée pour 100 000 habitants.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'importance des nouveaux cas de lèpre dépistés dans une population donnée
<b>Unité de mesure</b>	Nombre de cas pour 100 000 habitants
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas jamais traités dépistés
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale
<b>Désagrégation</b>	Par type de forme bactériologique
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PB (Pauci bacillaire)</li> <li>• MB (Multi bacillaire)</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant (0 à 15 ans)</li> <li>• Adulte (15 ans et plus)</li> </ul>
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Entreprendre des actions de sensibilisation de recherches actives, recherches opérationnelles et de prise en charge
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre lèpre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre Tomme sommier</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier de traitement</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiche clinique</li> </ul>
	Rapport d'activités SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100\ 000$

<b>PNEL_02</b>	<b>Prévalence de la lèpre</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de malades (nouveaux et anciens) à une période donnée rapportée à une population pour 10 000 habitants (OMS).
<b>Objectif</b>	Connaître l'ampleur de la lèpre dans une population donnée
<b>Unité de mesure</b>	Nombre de cas pour 10 000 habitants
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de malades (nouveaux et anciens)
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de forme bactériologique</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PB (Pauci bacillaire)</li> <li>• MB (Multi bacillaire)</li> </ul>
	<b>Par tranche d'âge</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant (0-15 ans)</li> <li>• Adulte (15 ans et +)</li> </ul>
	<b>Par sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Permet d'évaluer l'endémicité de la lèpre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre lèpre</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre Tomme sommier</li> <li>• Cahier de traitement</li> <li>• Fiche clinique</li> </ul>
	<b>Rapport d'activités SIG</b>
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 10\ 000$

<b>PNEL_03</b>	<b>Proportion d'infirmités au dépistage</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas jamais traités présentant des infirmités degré (0,1, 2) au dépistage rapporté au nombre total de nouveaux cas jamais traités dépistés.
<b>Objectif</b>	Mesurer la précocité du dépistage
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas jamais traités présentant des infirmités degré (0, 1, 2)
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de nouveaux cas jamais traités dépistés
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants (0-15 ans)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulte (15ans et +)</li> </ul>
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les actions de sensibilisation et de dépistage actif
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre Lèpre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre Tomme sommier</li> <li>• Cahier de traitement</li> <li>• Fiche clinique</li> </ul>
	Rapport d'activités SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNEL_04</b>	<b>Incidence des infirmités au dépistage de la lèpre</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas jamais traités présentant des infirmités de degré 2 au dépistage rapporté à une population pour 100 000 habitants (OMS).	
<b>Objectif</b>	Connaître l'ampleur des infirmités degré 2 dans une population donnée au dépistage	
<b>Unité de mesure</b>	Nombre de cas pour 100 000 habitants	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas jamais traités présentant des infirmités degré 2 au dépistage	
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale	
<b>Désagrégation</b>	Par type de forme bactériologique	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PB (Pauci bacillaire)</li> <li>• MB (Multi bacillaire)</li> </ul>	
	Par degré d'infirmité	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Degré 0</li> <li>• Degré 1</li> <li>• Degré 2</li> </ul>	
	Par tranche d'âge	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant (0 à 15 ans)</li> <li>• Adulte (15 ans et plus)</li> </ul>	
	Par sexe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les actions de sensibilisation et de dépistage actif
	<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre lèpre	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre Tomme sommier</li> <li>• Cahier de traitement</li> <li>• Fiche clinique</li> </ul>	
	Rapport d'activités SIG	
<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100 000	

NB : Infirmité degré 0 = Absence d'infirmité

Infirmité degré 1 = Insensibilité au niveau des mains, des pieds et des yeux

Infirmité degré 2 = infirmité visible

<b>PNEL_05</b>	<b>Taux de guérison Pauci Bacillaire (PB)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total de cas PB (Malade avec au plus 05 taches) diagnostiqués ayant achevé leur traitement dans le délai prescrit (6 plaquettes en 9 mois au plus) rapporté au Nombre total de nouveaux cas PB diagnostiqués un an avant l'année du rapport.
<b>Objectif</b>	Mesurer la proportion des malades PB ayant terminé leur traitement dans le délai fixé
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre total de cas PB diagnostiqués ayant achevé leur traitement dans le délai prescrit
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de PB diagnostiqués un an avant l'année du rapport
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enfant (0 à 15 ans)</b></li> <li>• <b>Adulte (15 ans et plus)</b></li> </ul>
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Masculin</b></li> <li>• <b>Féminin</b></li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la qualité du suivi des patients
	Entreprendre des actions pour rattraper les malades absents au traitement
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre lèpre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Registre Tomme sommier</b></li> <li>• <b>Cahier de traitement</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fiche clinique</b></li> </ul>
	Rapport d'activités SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

**NB** : PB diagnostiqués = Nouveaux cas jamais traités + reprise

<b>PNEL_06</b>	<b>Achèvement de traitement (taux de guérison MB)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total de cas MB (malade avec plus de 05 taches) ayant achevé leur traitement dans le délai prescrit (12 plaquettes en 18 mois au plus) rapporté au nombre total de nouveaux cas MB diagnostiqués deux ans avant l'année du rapport.
<b>Objectif</b>	Mesurer la proportion des malades MB ayant terminé leur traitement dans le délai fixé
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre total de cas MB ayant achevé leur traitement dans le délai prescrit
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de nouveaux cas MB diagnostiqués deux ans avant l'année du rapport
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	• Enfant (0 à 15 ans)
	• Adulte (15 ans et plus)
	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la qualité du suivi des patients et d'entreprendre des actions pour rattraper les malades absents au traitement
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre lèpre
	• Registre Tomme sommier
	• Cahier de traitement
	• Fiche clinique
	Rapport d'activités SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

**NB** : Diagnostiqués = nouveaux cas + reprise sur une période de deux ans

## 5.13. Programme National d'Eradication de la Trypanosomiase Humaine Africaine

<b>PNETHA_01</b>	<b>Prévalence de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes (anciens et nouveaux cas) chez qui le trypanosome a été mis en évidence dans la population cible au cours des 12 derniers mois.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre total de sujet présentant le trypanosome (dans le sang, dans le LCR ou dans le suc ganglionnaire)
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par âge
	Par District sanitaire
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les campagnes de sensibilisation et de dépistage actif
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
	Annuelle en cas d'enquête
<b>Sources de collecte</b>	Registre de notification du site sentinelle
	Rapport de prospection
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNETHA_02</b>	<b>Incidence de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas de THA rapporté à la population cible au cours des 12 derniers mois.
<b>Objectif</b>	Mesurer l de la maladie
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes chez lesquelles le trypanosome à été mis en évidence sur l'année
<b>Dénominateur (D)</b>	Population cible
<b>Désagrégation</b>	Centre sentinelle
	Foyer connu
	Par District sanitaire
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation annuelle
	Annuelle en cas d'enquête
<b>Sources de collecte</b>	Registre de notification du site sentinelle
	Rapport de prospection
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.14. Programme National d’Eradication du Ver de Guinée/Eau et Assainissement (PNEVG/EA)

<b>PNEVG/EA_01</b>	<b>Nombre de rumeurs de cas de vers de Guinée signalés</b>
<b>Définition</b>	C’est le nombre de personnes suspectées d'abriter un ou plusieurs vers de Guinée et déclarées dans un établissement sanitaire.
<b>Objectif</b>	Prévenir la réinfestation du pays
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par âge
	Par niveau de déclaration
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communauté</li> <li>• ESPC</li> <li>• HG</li> <li>• CHR</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la surveillance épidémiologique
<b>Mode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Hebdomadaire/Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport du PNEVG/EA
	Données de SIMR
	Rapport d’enquête
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage du nombre de cas de rumeur

<b>PNEVG/EA_02</b>	<b>Proportion de rumeurs de cas investigues dans les 24h</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de rumeurs de cas de VG investigué dans les 24 heures qui suivent la déclaration de cas à un agent de santé rapporté au nombre de rumeurs de cas de VG investigué.
<b>Objectif</b>	Isoler tous les cas de VG identifiés
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de rumeurs de cas de VG investigués dans les 24 heures
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de rumeurs de cas de VG investigués
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de Gestion</b>	Prévenir la ré-infestation
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'activité
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNEVG/EA_3</b>	<b>Nombre de cas de ver de Guinée (VG) confirmé</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de rumeurs de cas de VG investigués et confirmés.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Eradiquer le VG</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	<b>Par âge</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Tracer le patient</b>
	<b>Rechercher les foyers de contamination</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Notification Immédiate</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapport d'activité</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

## 5.15. Programme National de Lutte contre les cancers (PNLca)

<b>PNLca_01</b>	<b>Incidence du cancer</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas de cancer rapporté à la population
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur du cancer dans la population
<b>Unité de mesure</b>	Nombre pour 100 000 habitants
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas de cancer
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale
<b>Désagrégation</b>	Par type de cancer
	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par profession
	Par âge
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention primaire du cancer
	Réduire la prévalence du cancer
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre du cancer
<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100 000

<b>PNLca_02</b>	<b>Mortalité proportionnelle par cancer</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes décédées par cancer rapporté au nombre total de décès.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de décès dus au cancer
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes décédées par cancer
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de décès
<b>Désagrégation</b>	Par type de cancer
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par profession
	Par âge
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention secondaire et tertiaire du cancer
	Réduire la mortalité prématurée due aux cancers
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de décès
	Certificat de décès à souche
	Rapport SIG
	Registre de cancer
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLca_03</b>	<b>Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus rapporté au nombre total de femmes âgées de 30 à 49 ans reçues en consultation.
<b>Objectif</b>	Mesurer la proportion des femmes présentant des lésions précancéreuses du col de l'utérus
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre total de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de femmes âgées de 30 à 49 ans reçues en consultation
<b>Désagrégation</b>	Par technique de dépistage
	Niveau d'instruction
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus
	Réduire la mortalité prématurée due aux cancers
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
	Registre de consultation prénatale
	Registre de consultation postnatale
	Registre du cancer
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLca_04</b>	<b>Proportion de personnes atteintes de cancer en phase terminale ayant bénéficié de substances morphiniques</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes atteintes de cancer en phase terminale ayant bénéficié de substances morphiniques rapporté au nombre total de personnes en phase terminale.
<b>Objectif</b>	Mesurer la proportion de personne atteintes de cancer en phase terminale ayant bénéficié de substances morphiniques
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes atteintes de cancer en phase terminale ayant bénéficié de substances morphiniques
<b>Dénominateur D)</b>	Nombre total de personnes en phase terminale
<b>Désagrégation</b>	par sexe et le groupe d'âge, par type de cancer
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre les soins prodigués aux patients en phase terminale de leur cancer pour soulager la douleur chez les patients en phase terminale de leur cancer
	Soulager la douleur chez les patients en phase terminale de leur cancer
	Accroître l'accessibilité aux soins palliatifs
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données:</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Certificat de décès à souche
	Dossier du patient
	Registre des décès
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.16. Programme National de Lutte contre l'Hépatite Virale(PNLHV)

<b>PNLHV_01</b>	<b>Prévalence de l'hépatite virale B</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes atteintes d'hépatite virale chronique B au sein d'un échantillon représentatif de la population adulte (nouveaux donneurs de sang).
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'hépatite virale B chez des sujets nouveaux donneurs de sang
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas de nouveaux donneurs de sang avec Ag HBs positif
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de nouveaux donneurs de sang
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	Par unité de transfusion sanguine
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier l'efficacité des mesures de prévention et de sensibilisation mises en place
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'activité du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLHV_02</b>	<b>Prévalence de l'hépatite virale C</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de personnes atteintes d'hépatite virale chronique C au sein d'un échantillon représentatif de la population adulte.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer le nombre de patients porteurs d'anti VHC chez les patients nouvellement donneurs de sang</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre de cas avec anti VHC positif</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre total de nouveaux donneurs de sang</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Féminin</li> </ul>
	<b>Par tranche d'âge</b>
	<b>Par unité de transfusion sanguine</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier l'efficacité des mesures de prévention et de sensibilisation mises en place</b>
<b>Méthode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Annuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapport d'activité du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

<b>PNLHV_03</b>	<b>Incidence d'hépatite virale B</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de contamination par le virus de l'hépatite B dans une cohorte de donneurs de sang régulier (au moins 2 fois dans l'année) au cours de l'année.
<b>Objectif</b>	Déterminer le taux de nouvelle contamination par le virus de l'hépatite B chez les donneurs de sang réguliers au cours de l'année
	Implémenter les mesures préventives
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas avec Ag HBs positif
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de donneurs réguliers de sang préalablement indemnes de toute infection virale B
<b>Désagrégation</b>	Par donneur régulier de sang en début d'année
	Par nouveau cas globalement
	Par sexe
	Masculin
	Féminin
	Par tranche d'âge
<b>Utilité de gestion</b>	Connaître le nombre présumé de nouvelles infections virales B annuelles au sein de la population ivoirienne
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle et Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre du CNTS
	Registre des antennes du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLHV_04</b>	<b>Incidence d'hépatite virale C</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de contamination par le virus de l'hépatite C dans une cohorte de donneurs de sang réguliers (au moins 2 fois dans l'année) au cours de l'année.
<b>Objectif</b>	Déterminer le taux de nouvelle contamination par le virus de l'hépatite C chez les donneurs de sang réguliers au cours de l'année
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas avec anti-VHC positif
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de donneurs réguliers de sang préalablement indemnes de toute infection virale C
<b>Désagrégation</b>	Par donneur régulier de sang en début d'année
	Par nouveau cas globalement
	Par sexe
	Masculin
	Féminin
<b>Utilité de gestion</b>	Connaître le nombre probable de nouvelle infection virale C annuelle au sein de la population ivoirienne
	Implémenter les mesures préventives
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle et Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre du CNTS
	Registre des antennes de CNTS
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLHV_05</b>	<b>Nombre total de boîtes d'interféron pégylé délivrées par la pharmacie</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de boîtes d'interféron pégylé délivrées par les pharmacies des CHU d'Abidjan aux patients traités pour hépatite chronique B ou C.
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre de boîtes d'interféron pégylé réellement utilisé
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par CHU d'Abidjan établissement sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocody</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treichville</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yopougon</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Coordonner le suivi et l'évaluation et la gestion de stock des boîtes d'interféron pégylé
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de stock
	Cahier d'inventaire
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## 5.17. Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM)

<b>PNLMM_01</b>	<b>Proportion de patients non hypertendus connus ayant une tension artérielle élevée reçus en consultation</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients non hypertendus connus ayant une tension systolique $\geq 140$ mm Hg et/ou une tension diastolique $\geq 90$ mm Hg reçus en consultation rapportée au nombre total de consultants.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'hypertension artérielle chez les patients non hypertendus connus reçus en consultation
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients sans antécédent personnel d'hypertension ayant consulté avec une tension artérielle élevée
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de consultants
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Selon le milieu de vie
	• Urbain
	• Rural
	Par tranche d'âge
	• 0 à 15 ans
	• 15 à 24 ans
	• 25 à 34 ans
	• 35 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
• 65 ans et plus	
Selon l'état de la femme en âge de procréer	
• Enceinte	
• Non enceinte	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier le besoin de soin en matière de prise en charge de l'hypertension artérielle
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
	Registre de consultation prénatale
	Registre de consultation postnatale
	Registre d'accouchement
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_02</b>	<b>Proportion de patients hypertendus connus reçus en consultation</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients hypertendus connus, reçus en consultation pour la prise en charge de leur hypertension rapporté au nombre total de patients ayant consulté.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de la demande de soins pour l'hypertension artérielle chez des patients se sachant hypertendus reçus en consultation
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients hypertendus connus reçus en consultation pour la prise en charge de leur hypertension
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de patients ayant consulté
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Selon le milieu de vie
	• Urbain
	• Rural
	Par tranche d'âge
	• 0 à 15 ans
	• 15 à 24 ans
	• 25 à 34 ans
	• 35 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
• 65 ans et plus	
Selon l'état de la femme en âge de procréer	
• Enceinte	
• Non enceinte	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la demande directe de soins en matière d'hypertension artérielle
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
	Registre de consultation prénatale
	Registre de consultations postnatales
	Registre d'accouchement
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_03</b>	<b>Proportion de patients non diabétiques connus avec hyperglycémie reçus en consultation</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients non diabétiques connus ayant une hyperglycémie à jeun $\geq 110$ mg/dl rapporté au nombre total de patients reçus en consultation.	
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'hyperglycémie chez les patients non diabétiques connus ayant consulté	
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients non diabétiques connus ayant une hyperglycémie à jeun	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de patients reçus en consultation	
<b>Désagrégation</b>	Par type d'hyperglycémie	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modérée (entre 110 mg/dl et 126 mg/dl)</li> <li>• Vraie (supérieure ou égale à 126 mg/dl)</li> </ul>	
	Par sexe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>	
	Par tranche d'âge	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 15 ans</li> <li>• 15 à 24 ans</li> <li>• 25 à 34 ans</li> <li>• 35 à 44 ans</li> <li>• 45 à 54 ans</li> <li>• 55 à 64 ans</li> <li>• 65 ans et plus</li> </ul>	
	Selon le milieu de vie	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbain</li> <li>• Rural</li> </ul>	
	Selon l'état de la femme en âge de procréer	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enceinte</li> <li>• Non enceinte</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier le besoin de soin en matière de prise en charge de l'hyperglycémie et du diabète
	<b>Méthode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
Registre de consultation curative		
Registre de consultation prénatale		
Registre de consultations postnatales		
Registre d'accouchement		
	Rapport SIG	
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$	

<b>PNLMM_04</b>	<b>Proportion de patients diabétiques reçus en consultation</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients diabétiques reçus en consultation pour la prise en charge de leur diabète rapporté au nombre total de patients reçus en consultation.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de la demande de soins pour le diabète chez les patients ayant consulté
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients diabétiques reçus en consultation pour la prise en charge de leur diabète
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de patients reçus en consultation
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 0 à 15 ans
	• 15 à 24 ans
	• 25 à 34 ans
	• 35 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
	• 65 ans et plus
	Selon le milieu de vie
	• Urbain
	• Rural
Selon l'état de la femme en âge de procréer	
• Enceinte	
• Non enceinte	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la demande directe de soins en matière de diabète
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
	Registre de consultation curative
	Registre de consultation prénatale
	Registre de consultations postnatales
	Registre d'accouchement
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_05</b>	<b>Proportion de patients en excès pondéral reçus en consultation</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients ayant un IMC (poids/taille x taille) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ rapporté au nombre total de patients ayant consulté en sachant que chez les enfants l'excès pondéral est défini par un poids au-delà du chemin de vie dans l'abaque.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'excès pondéral chez les patients ayant consulté
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients ayant un IMC (poids/taille x taille) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de patients ayant consulté
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 15 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 à 24 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 à 34 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 à 44 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 45 à 54 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 55 à 64 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 ans et plus</li> </ul>
	Par type d'excès pondéral chez les 18 ans et plus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surpoids (IMC <math>\geq 25 \text{ kg/m}^2</math> et <math>&lt; 30 \text{ kg/m}^2</math>)</li> <li>• Obésité (IMC <math>\geq 30 \text{ kg/m}^2</math>)</li> </ul>
Selon le milieu de vie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbain</li> <li>• Rural</li> </ul>	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier le besoin en matière prise en charge du surpoids et de l'obésité
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100

<b>PNLMM_06</b>	<b>Prévalence de l'Hypertension artérielle dans une population âgée d'au moins 18 ans</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'anciens et de nouveaux cas ayant une tension systolique $\geq 140$ mm Hg et/ou une tension diastolique $\geq 90$ mm Hg rapporté à la population de 18 ans et plus.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de 18 ans et plus
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'anciens et de nouveaux cas ayant une tension systolique $\geq 140$ mm Hg et/ou une tension diastolique $\geq 90$ mm Hg
<b>Dénominateur (D)</b>	Population de 18 ans et plus
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	18-34 ans
	35-44 ans
	45-54 ans
	55-64 ans
	45 à 54 ans
	55 à 64 ans
	65 ans et plus
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Selon le milieu de vie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbain</li> <li>• Rural</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention primaire de l'hypertension artérielle
	Prévenir les accidents cardiovasculaires
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
	Fiche d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_07</b>	<b>Prévalence de l'hyperglycémie dans une population âgée d'au moins 18 ans</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'anciens cas et de nouveaux cas ayant une hyperglycémie modérée à jeun (définie par valeur de la glycémie à jeun comprise entre 110 mg/dl et 126 mg/dl) chez les personnes âgées de 18 ans et plus rapporté à la population totale de 18 ans et plus.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'hyperglycémie
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes âgées de 18 ans et plus ayant une hyperglycémie modérée à jeun (définie par valeur de la glycémie à jeun comprise entre 110mg/dl et 126 mg/dl)
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale de 18 ans et plus
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	18-34 ans
	35-44 ans
	45-54 ans
	55-64 ans
	45 à 54 ans
	55 à 64 ans
	65 ans et plus
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• National</li> </ul>	
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention primaire du diabète
	Prévenir les accidents cardiovasculaires
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Ponctuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
	Fiche d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_08</b>	<b>Prévalence du diabète dans une population âgée d'au moins 18 ans</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'anciens cas et de nouveaux cas ayant un diabète chez les personnes âgées de 18 ans et plus (définie comme glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou sous traitement pour élévation de la glycémie) rapporté à la population totale de 18 et plus.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur du diabète
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'anciens et de nouveaux cas de 18 ans ou plus ayant le diabète (défini par valeur de la glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126mg/dl) reçues en consultation
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale de 18 et plus
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	18-34 ans
	35-44 ans
	45-54 ans
	55-64 ans
	45 à 54 ans
	55 à 64 ans
	65 ans et plus
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• National</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention primaire du diabète
	Prévenir les accidents cardiovasculaires
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Ponctuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
	Fiche d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_09</b>	<b>Prévalence du surpoids dans une population âgée d'au moins 18 ans</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'anciens cas et de nouveaux cas de surpoids chez les personnes âgées de 18 ans et plus (défini comme un IMC $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> et $< 30$ kg/m <sup>2</sup> ) rapporté à la population totale de 18 et plus.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur du surpoids
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'anciens cas et de nouveaux cas de surpoids chez les personnes âgées de 18 ans et plus
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale de 18 et plus
<b>Désagrégation.</b>	Par tranche d'âge
	18-34 ans
	35-44 ans
	45-54 ans
	55-64 ans
	45 à 54 ans
	55 à 64 ans
	65 ans et plus
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Selon le milieu de vie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbain</li> <li>• Rural</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention de l'excès pondéral
	Suivre la prévention de l'obésité
	Prévenir les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les accidents cardiovasculaires
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Ponctuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquêtes
	Fiche d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100

<b>PNLMM_10</b>	<b>Prévalence de l'Obésité dans une population âgée d'au moins 18 ans</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'anciens et de nouveaux cas d'obésité de 18 ans et plus (définie comme un indice de masse corporelle $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) rapporté à la population totale de 18 et plus.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'obésité
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'anciens et de nouveaux cas d'obésité de 18 ans ou plus
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale de 18 et plus
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	18-34 ans
	35-44 ans
	45-54 ans
	55-64 ans
	45 à 54 ans
	55 à 64 ans
	65 ans et plus
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Selon le milieu de vie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbain</li> <li>• Rural</li> </ul>
	Par ménage
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention de l'obésité
	Prévenir les maladies cardiovasculaires, du diabète, du cancer et des accidents cardiovasculaires
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport enquête
	Fiches d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_11</b>	<b>Proportion de patients de 40 ans et plus à risque d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux recevant une chimiothérapie et des conseils en prévention</b>
<b>Définition</b>	C'est la proportion de patients de 40 ans et plus à risque d'infarctus du myocarde dans les 10 ans $\geq 30\%$ et ceux ayant déjà une maladie cardiovasculaire recevant une chimiothérapie et des conseils en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux rapportée au nombre de personnes âgées de 40 ans et plus à risque d'infarctus du myocarde dans les 10 ans $\geq 30\%$ reçus en consultation.
<b>Objectif</b>	Mesurer la proportion de personnes bénéficiant de la chimioprophylaxie et du conseil en prévention des attaques cardiaques, des AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux) parmi les personnes à risque
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardiovasculaire dans les 10 ans $\geq 30\%$ bénéficiant de la chimioprophylaxie et du conseil en prévention des attaques cardiaque des AVC
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de personnes âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardiovasculaire dans les 10 ans $\geq 30\%$ reçus en consultation
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 à 44 ans</li> <li>• 45 à 54 ans</li> <li>• 55 à 64 ans</li> <li>• 65 ans et plus</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention des accidents cardiovasculaires et de la maladie rénale
	Réduire la mortalité par maladies cardiovasculaires et rénales chroniques
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_12</b>	<b>Mortalité proportionnelle due à l'infarctus du myocarde (crise cardiaque)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes décédées de crises cardiaques rapporté au nombre total de personnes décédées.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur des décès dus à la crise cardiaque
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes décédées de crise cardiaque
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes décédées
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• Par tranche d'âge
	• 40 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
	• 65 ans et plus
	• Par tranche d'âge
	• 40 à 44 ans
Par niveau de la pyramide sanitaire	
• District sanitaire	
• Direction Régionale Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention primaire et secondaire de l'infarctus du myocarde
	Réduire la mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Certificat de décès à souche
	Dossier du patient
	Registre des décès
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLMM_13</b>	<b>Mortalité proportionnelle due aux Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes décédées d'AVC rapporté au nombre total de personnes décédées.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de décès par AVC
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes décédées d'AVC
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes décédées
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 40 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
	• 65 ans et plus
	Par niveau de la pyramide sanitaire
• District sanitaire	
• Région sanitaire	
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention primaire et secondaire de l'Accident Vasculaire Cérébral
	Réduire la mortalité prématurée due aux accidents vasculaires cérébraux
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Certificat de décès à souche
	Dossier du patient
	Registre de décès
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.18. Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles (PNPMNT)

<b>PNPMNT_01</b>	<b>Prévalence de l'Asthme chez les 5 ans et plus</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'anciens et de nouveaux cas d'asthme chez les 5 ans et plus rapporté à la population totale des 5 ans et plus.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'asthme
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'anciens et de nouveaux cas d'Asthme chez les 5 ans et plus
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale des 5 ans et plus
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par groupe ethnique
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention de l'asthme
	Réduire la mortalité due à l'asthme
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports enquête
	Fiche d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNPMNT_02</b>	<b>Prévalence de la drépanocytose chez les nourrissons de 6 mois et plus</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'anciens et de nouveaux cas d'hémoglobinopathie SS chez les nourrissons de 6 mois et plus rapporté à la population totale de nourrissons de 6 mois et plus.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'hémoglobinopathie SS
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'anciens et de nouveaux cas d'hémoglobinopathie SS chez les nourrissons de 6 mois et plus
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale de nourrissons de 6 mois et plus
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par groupe ethnique
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention de la drépanocytose
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
	Fiche d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNPMNT_03</b>	<b>Mortalité liée à l'Asthme</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de décès liés à l'Asthme rapporté au nombre total de personnes décédées.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur des décès liés à l'asthme
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de décès liés à l'Asthme
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes décédées
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par âge
	Par type d'établissement sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>• Hôpital Spécialisé</li> <li>• Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)</li> <li>• Institut</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la prévention secondaire de l'asthme
	Réduire la mortalité prématurée due aux maladies respiratoires chroniques
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Certificat de décès à souche
	Dossier du patient
	Registre des décès
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNPMNT_04</b>	<b>Mortalité due aux traumatismes</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de décès liés aux traumatismes rapporté au nombre total de personnes décédées.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur des décès dus aux traumatismes
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de décès liés aux traumatismes
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes décédées
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par âge
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre les soins pré hospitaliers
	Suivre la prévention secondaire des traumatismes en milieu hospitalier
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Certificat de décès à souche
	Dossier du patient
	Registre des décès
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNPMNT_05</b>	<b>Proportion de patients de 2 à 10 ans présentant une Surdité acquise</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 2 à 10 ans souffrant de surdité acquise rapporté au nombre d'enfants de 2 à 10 ans reçus en consultation.
<b>Objectif</b>	Mesurer la proportion de la surdité chez l'enfant de 2 à 10 ans
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 2 à 10 ans souffrant de surdité acquise
<b>D�enominator (D)</b>	Nombre d'enfants de 2 à 10 ans reçus en consultation
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre de la prévention de la surdité acquise
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fr�equance de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Dossier du patient
	Registre des consultations
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.19. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

### Au niveau des établissements sanitaires

<b>PNLP_01</b>	<b>Proportion de femmes enceintes ayant reçu une MILDA en Consultation Périnatale (CPN)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes ayant reçu une Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) pendant les séances de consultations périnatales rapporté au Nombre total de femmes enceintes ayant fait au moins une CPN.
<b>Objectif</b>	Mesurer la couverture en MILDA chez les Femmes Enceintes vues en CPN
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes enceintes ayant reçu une MILDA lors d'une CPN quelque soit le rang de la CPN
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de femmes enceintes ayant fait au moins une CPN
<b>Désagrégation</b>	Par rang de CPN
	Par niveau
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la prévention du paludisme chez les femmes enceintes
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de distribution de Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA)
	Registre de CPN
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N / D) \times 100$

<b>PNLP_02</b>	<b>Proportion d'enfants de moins d'un an ayant reçu une MILDA en PEV</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants âgés de moins d'un (01) an ayant reçu une Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue durée d'Action (MILDA) pendant les séances de vaccination de routine rapporté au nombre total d'enfants de moins d'un (01) an vus en vaccination de routine.
<b>Objectif</b>	Mesurer la couverture en MILDA chez les enfants de 0 à 11 mois reçus en vaccination
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de moins de un an (0 – 11 mois) ayant reçu une MILDA en vaccination de routine
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'enfants de moins d'un an vus en vaccination de routine
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par niveau
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la prévention du paludisme chez les enfants de moins de un an
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de distribution de MILDA en PEV
	Registre de vaccination
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLP_03</b>	<b>Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP en CPN</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes vues en CPN ayant reçu 2 doses de Sulfadoxine Pyrimethamine (SP) entre la 16 <sup>ème</sup> et la 30 <sup>ème</sup> semaine de grossesse.
<b>Objectif</b>	Mesurer la couverture en SP2 des femmes enceintes vues en CPN
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	• Moins de 15 ans
	• 15 à 35 ans
	• plus de 35 ans
	Par niveau
	• District sanitaire • Direction Régionale de la Santé
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la prévention du paludisme chez les femmes enceintes
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
	Rapport d'activité
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLP_04</b>	<b>Nombre de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu au moins trois doses de SP</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes vues en CPN ayant reçu 3 doses de SP depuis la 16 <sup>ème</sup> semaine jusqu'à l'accouchement.
<b>Objectif</b>	Mesurer la couverture en SP3 des femmes en CPN
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	• Moins de 15 ans
	• 15 à 35 ans
	• plus de 35 ans
	Par niveau
	• District sanitaire • Direction Régionale de la Santé
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la prévention du paludisme chez les femmes enceintes
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
	Rapport d'activité
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLP_05</b>	<b>Nombre de cas de paludisme confirmé positif ayant reçu une CTA, conformément à la politique nationale, dans les établissements sanitaires du secteur public</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients dont le Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme ou la goutte épaisse (GE) est revenu positif et à qui on a prescrit une Combinaison Thérapeutique à base Artemisinine dans les établissements de santé du secteur public.
<b>Objectif</b>	Evaluer la prise en charge correcte des cas de paludisme
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par femme enceinte
	Par Sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 à 4 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 à 14 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 ans et plus</li> </ul>
	Par niveau
<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
<b>Utilité de gestion</b>	Assure une prise en charge correcte des cas de paludisme
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLP_06</b>	<b>Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test de diagnostic dans les établissements de santé du secteur public</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas suspects de paludisme (simple et grave) ayant bénéficié d'un test (TDR et/ou GE) rapporté au nombre total de cas suspects de paludisme reçus en consultation dans les établissements sanitaires du secteur public.
<b>Objectif</b>	Evaluer la capacité de diagnostic clinique du paludisme
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas suspects de paludisme (simple et grave) ayant bénéficié d'un test (TDR et/ou GE) dans les établissements sanitaires du secteur public
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas suspects de paludisme reçu en consultation dans les établissements sanitaires du secteur public
<b>Désagrégation</b>	Par femme enceinte
	Par Sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 1 à 4 ans</li> <li>• 5 à 14 ans</li> <li>• 15 ans et plus</li> </ul>
	Par niveau
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître la réalisation des tests de diagnostic (TDR+GE) chez les cas suspects de paludisme
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
	Registre de CPN
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLP_07</b>	<b>Nombre de Test de diagnostic de paludisme réalisés</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de Test de Diagnostic Rapide (TDR) effectué par un prestataire de soins et le nombre de Goutte épaisse réalisée au laboratoire.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'utilisation des Tests de diagnostic du paludisme (TDR + GE)
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Type de test de diagnostic
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDR</li> <li>• GE</li> </ul>
	Par type de résultat
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positif</li> <li>• Négatif</li> <li>• Invalide</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 1 à 4 ans</li> <li>• 5 à 14 ans</li> <li>• 15 ans et plus</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
	<b>Utilité de gestion</b>
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle, au besoin
<b>Sources de collecte</b>	Registres de consultation
	Rapport d'activités
	Rapport SIG
	Registre de Laboratoire
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLP_08</b>	<b>Nombre d'établissements sanitaires n'ayant pas signalé de rupture de stock en intrants (MILDA, TDR, réactif de GE) de plus d'une semaine durant les 3 derniers mois</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires n'ayant pas enregistré de rupture de stock de plus d'une semaine des intrants (MILDA, TDR, réactif de GE) durant les trois derniers mois.
<b>Objectif</b>	Evaluer la disponibilité des intrants (MILDA, TDR, réactif de GE)
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type d'intrant</b>
	• MILDA
	• TDR
	• Réactif de GE
	<b>Par niveau</b>
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
• Central	
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la disponibilité des intrants antipaludiques (MILDA, TDR, GE) dans les établissements sanitaires
	Evaluer la gestion des intrants par les établissements sanitaires
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport du Pharmacien
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## Au niveau communautaire (PNLP)

<b>PNLP_C1</b>	<b>Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié des secondes doses de SP au cours des consultations foraines organisées par les ONG</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de Femmes enceintes qui ont bénéficié de la deuxième dose de SP au cours des consultations foraines organisées par les ONG (Organisations Non Gouvernementales).
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par localité
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié de la deuxième dose de SP au cours des consultations foraines
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la prévention du paludisme chez les femmes enceintes
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Source de collecte</b>	Registre de consultation CPN
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLP_C2</b>	<b>Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de la troisième dose de SP au cours des consultations foraines organisées par les ONG)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié de la troisième dose de SP au cours des consultations foraines organisées par les ONG.</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par localité</b>
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>District sanitaire</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direction Régionale de la Santé</b></li> </ul>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer le nombre de Femmes enceintes qui ont bénéficié de la troisième dose de SP au cours des consultations foraines</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Renforcer la prévention du paludisme chez les femmes enceintes</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Mensuelle</b>
<b>Source de collecte</b>	<b>Registre de consultation CPN</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

<b>PNLP_C3</b>	<b>Nombre de cas de paludisme confirmés positifs ayant reçu une CTA dans la communauté</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de paludisme confirmés positifs ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté.
<b>Objectif</b>	Mesurer la prise en charge correcte des cas de paludisme simple par les ASC
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 59 mois
	• 5 à 15 ans
	• Plus de 15 ans
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)
	• District sanitaire
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la prise en charge du paludisme dans la communauté
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'activités
	Cahier de l'ASC
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## 5.20. Programme National de Lutte contre la Schistosomiase (PNLSch)

<b>PNLSch_01</b>	<b>Couverture thérapeutique de la schistosomiase chez les enfants d'âge scolaire (5 à 15 ans)</b>
<b>Définition</b>	C'est la proportion d'enfants d'âge scolaire (5 à 15 ans) traités au Praziquantel 600 mg rapportée à la population totale des enfants de 5 à 15 ans à traiter des 47 districts sanitaires endémiques pour la schistosomiase.
<b>Objectif</b>	Evaluer la couverture en prise en charge thérapeutique de la Schistosomiase chez les enfants d'âge scolaire
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants d'âge scolaire traités au Praziquantel
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale des enfants de 5 à 15 ans à traiter des 47 districts sanitaires endémiques
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par statut
	Par type
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître le taux de couverture du traitement au Praziquantel en vue de tendre vers l'objectif de l'élimination de la schistosomiase
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle (1 <sup>er</sup> , 2 <sup>ème</sup> , 4 <sup>ème</sup> )
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de synthèse école pour les enseignants du primaire
	Fiche de synthèse village pour les Agents de Santé Communautaires (ASC)
	Fiche de synthèse aire sanitaire pour l'Infirmier
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLSch_02</b>	<b>Couverture thérapeutique de la filariose lymphatique et des géo helminthiases</b>
<b>Définition</b>	C'est la proportion de personnes de 5 ans et plus traitées pour la filariose lymphatique et les géo-helminthiases rapporté sur la population totale des 56 districts sanitaires endémiques.
<b>Objectif</b>	Evaluer la couverture en prise en charge thérapeutique de la filariose lymphatique et des géo helminthiases
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes de 5 ans et plus traitées
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale des 56 districts sanitaires endémiques
<b>Désagrégation</b>	Selon le milieu de vie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbain</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître le taux de couverture du traitement en vue de tendre vers l'objectif de l'élimination de la filariose sur 5 ou 6 ans
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle (entre le 2ème et 3ème trimestre)
<b>Sources de collecte</b>	Fiches de traitement et de synthèse au niveau des Agents de Santé Communautaires (ASC)
	Fiche de synthèse au niveau des Infirmiers
	Synthèse au niveau district
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLSch_03</b>	<b>Prévalence de la schistosomiase et des géo helminthiases chez les enfants de 5 à 15 ans</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'écoliers positifs à la schistosomiase et/ou aux géo helminthiases rapporté au nombre d'écoliers examinés dans les districts sanitaires cibles.
<b>Objectif</b>	Coordonner et planifier l'évaluation des sites sentinelles
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur</b>	Nombre d'écoliers dépistés positifs à la schistosomiase et/ou aux géo helminthiases
<b>Dénominateur (N)</b>	Nombre d'écoliers examinés
<b>Désagrégation (D)</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier l'impact du traitement de masse (TDM) sur les populations d'âge scolaire
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Bisannuelle (pendant l'année scolaire en cours)
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de prélèvement dans les écoles sentinelles
	Résultats des prélèvements dans les écoles sentinelles
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.21. Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

### Au niveau des établissements sanitaires

<b>PNLT_01</b>	<b>Taux de notification des cas de tuberculose bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechutes) (pour 100 000 habitants)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas et de rechutes de tuberculose bactériologiquement confirmée déclarée pour une population de 100 000 habitants sur une période définie.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de la tuberculose dans la population
<b>Unité de mesure</b>	Nombre de cas pour 100 000 habitants
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas et de rechutes de tuberculose bactériologiquement confirmés déclarés sur une période définie
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale durant la même période
<b>Désagrégation</b>	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 4 ans
	• 5 à 14 ans
	• 15 à 24 ans
	• 25 à 34 ans
	• 35 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
	• 65 ans et plus
	<b>Par sexe</b>
• Masculin	
• Féminin	
<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre l'évolution de la tuberculose au sein de la population
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de déclaration des cas de tuberculose
	Rapports trimestriels sur le dépistage de la tuberculose
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100\ 000$

<b>PNLT_02</b>	<b>Nombre de cas de retraitement (Reprise, Echec)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients qui ont déjà reçu un traitement antituberculeux durant un mois ou plus, mais qui ont été, à l'issue de leur dernière cure, classés soit dans la catégorie <i>perdus de vue</i> ou dans la catégorie <i>échec</i> et chez qui l'examen microscopique s'avère positif, présentant ainsi une indication à la remise en traitement antituberculeux.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'efficacité du traitement appliqué
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Selon la catégorie des patients <ul style="list-style-type: none"> <li>• En situation de reprise</li> <li>• Echec</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer le suivi des patients
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle et trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de déclaration des cas de tuberculose Rapports trimestriels sur le dépistage de la tuberculose
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLT_03</b>	<b>Taux de notification des cas pour toutes les formes de tuberculose (bactériologiquement confirmée et diagnostiquée cliniquement)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total de cas de tuberculose diagnostiquée cliniquement ou bactériologiquement, enregistrés et déclarés quelle que soit sa localisation rapporté à la population sur une période donnée
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre total de tuberculeux déclaré au sein de la population.
<b>Unité de mesure</b>	Nombre de cas pour 100 000 Habitants
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas de tuberculose (toutes formes) bactériologiquement confirmée et diagnostiquée cliniquement) enregistrés et déclarés sur une période définie
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale durant la même période
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	0 à 4 ans
	5 à 14 ans
	15 à 24 ans
	25 à 34 ans
	35 à 44 ans
	45 à 54 ans
	55 à 64 ans
	65 ans et plus
	Par type de tuberculose Pulmonaire
	• TPB-
	• TPB+
	• Extra-pulmonaire
	Par niveau
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Quantifier les médicaments et intrants en vue d'orienter la planification
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation Trimestrielle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de déclaration des cas de tuberculose
	Rapports trimestriels sur le dépistage de la tuberculose
<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100 000

PNLT_04	Proportion de cas de tuberculose ayant achevé avec succès leur traitement
Définition	C'est le nombre de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée traités jusqu'à terme qui ont été déclarés « guéris » et le nombre de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée traités jusqu'à terme qui ont été déclarés « traitement complété », rapporté au nombre total de cas de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée enregistrés pour un traitement sur la même période.
Objectif	Apprécier l'efficacité et la qualité de la mise en œuvre de la stratégie DOTS à tous les niveaux
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre de cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités et déclarés guéris ou traitement complété
Dénominateur (D)	Nombre total de cas tuberculose bactériologiquement confirmées enregistrés pour un traitement sur la même période
Désagrégation	Nouveaux cas et rechute
	Anciens cas (Retraitement)
Utilité de gestion	Réviser les directives de prise en charge
	Renforcer l'observance du traitement
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Trimestrielle/Annuelle
Sources de collecte	Registre de déclaration des cas de tuberculose
	Rapports trimestriels sur les résultats du traitement antituberculeux
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>PNLT_05</b>	<b>Nombre d'échec parmi les cas de tuberculose bactériologiquement confirmée en traitement</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de tuberculose bactériologiquement confirmée qui présentent des frottis des crachats positifs après 5 mois de traitement.
<b>Objectifs</b>	Apprécier l'efficacité de la prise en charge de la tuberculose
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de cas
	• Nouveaux cas
	• Rechute/Anciens cas (Retraitement)
<b>utilité de gestion</b>	Améliorer la prise en charge de la tuberculose
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle et trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de déclaration des cas de tuberculose
	Rapports trimestriels sur les résultats du traitement antituberculeux.
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLT_06</b>	<b>Nombre de décès parmi les cas de tuberculose mis en traitement</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total de patients tuberculeux bactériologiquement confirmés, en situation de retraitement et tuberculeux diagnostiqués cliniquement qui meurent en cours de traitement toute cause confondue.
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre de décès dans la population des tuberculeux sous traitement
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de patient
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux cas de tuberculose et rechute bactériologiquement confirmée</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculeux en situation de retraitement</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculose diagnostiqué cliniquement</li> </ul>
	Par niveau
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la prise en charge des patients tuberculeux sous traitement
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle et trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de déclaration des cas de tuberculose
	Rapports trimestriels sur les résultats du traitement antituberculeux
	Registre de décès
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLT_07</b>	<b>Nombre de cas de tuberculose pharmaco résistante ayant commencé un traitement de seconde intention</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou à l'isoniazide qui ont entamé un traitement de 2 <sup>ème</sup> ligne.
<b>Objectifs</b>	Déterminer le nombre des malades de tuberculose pharmaco résistante parmi les cas de tuberculose notifiés
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 4 ans
	• 5 à 14 ans
	• 15 à 24 ans
	• 25 à 34 ans
	• 35 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
	• 65 ans et plus
	<b>Par sexe</b>
	• Masculin
	• Féminin
	<b>Par niveau</b>
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre l'évolution de la tuberculose pharmaco résistante au sein de la population
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation trimestrielle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de la tuberculose pharmaco-résistante
	Rapport de dépistage de la TB-RR et d'instauration du traitement de 2 <sup>ème</sup> ligne
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLT_08</b>	<b>Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans en contact avec des patients atteints de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée et qui ont commencé un traitement préventif par l'isoniazide (TPI)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants de moins de 5 ans en contact avec des patients atteints de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée et qui ont commencé un traitement préventif par l'isoniazide (TPI).</b>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer le nombre d'enfants de moins de 5 ans en contact avec des patients atteints de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée et qui ont commencé un traitement préventif par l'isoniazide (TPI)</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	<b>Par tranche d'âge</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 1 à 4 ans</li> </ul>
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier le niveau de protection de la tuberculose chez l'enfant</b>
	<b>Prévenir la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans en contact avec les patients atteints de la tuberculose</b>
<b>Méthode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec compilation mensuelle et trimestrielle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapports trimestriels sur le dépistage de la tuberculose</b>
	<b>Carte de traitement de chimioprophylaxie à l'isoniazide de l'enfant</b>
	<b>Registre de chimioprophylaxie à l'isoniazide de l'enfant</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

<b>PNLT_09</b>	<b>Proportion de la population ayant une connaissance exacte de la tuberculose (mode de transmission, symptômes et traitement)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes ayant répondu correctement à toutes les questions relatives à la tuberculose (mode de transmission, symptômes et traitement) rapporté au nombre total de personnes interrogées.
<b>Objectif</b>	Apprécier le niveau de connaissance, les attitudes et pratiques de la population sur la tuberculose.
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes ayant répondu correctement à toutes les questions relatives à la tuberculose (mode de transmission, symptômes, traitement)
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes interrogées dans la population
<b>Désagrégation</b>	Par Sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par catégorie sociale
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer les stratégies de sensibilisation et de communication sur la tuberculose dans la population
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Triennale (tous les trois ans)
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques ou Enquête CAP
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## Au niveau communautaire (PNLT)

<b>PNLT_C1</b>	<b>Proportion des cas de tuberculose toutes formes confondues (bactériologiquement confirmée et cliniquement diagnostiquée) orientés par la communauté</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues (bactériologiquement confirmée et cliniquement diagnostiquée) parmi les cas suspects orientés par les ONG ou les agents de santé communautaires rapporté au nombre total de cas de tuberculose toutes formes confondues notifié dans les centres de dépistage
<b>Objectif</b>	Mesurer l'apport des communautaires dans la détection des cas de tuberculose
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de tuberculose toutes formes confondues (bactériologiquement confirmée et cliniquement diagnostiquée) parmi les cas suspects orientés par les ONG ou les agents de santé communautaires vers les centres de diagnostic de la tuberculose
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas de tuberculose toutes formes confondues (bactériologiquement confirmée et cliniquement diagnostiquée) notifiés dans les centres de dépistage de la tuberculose dans la même période.
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	• Masculin
	• Féminin
	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 4 ans
	• 5 à 14 ans
	• 15 à 24 ans
	• 25 à 34 ans
	• 35 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
• 65 ans et plus	
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer les stratégies communautaires en matière de détection des cas de tuberculose
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle et trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de laboratoire
	Rapports trimestriels d'activité de suivi des communautaires

<b>PNLT_C2</b>	<b>Proportion de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée orientés par la communauté parmi les rechutes et les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmée déclarés aux autorités sanitaires nationales</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de rechute et de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmée orientés par la communauté vers un établissement sanitaire rapporté au nombre de patients avec une tuberculose bactériologiquement confirmée (nouveaux et rechute) notifiés aux autorités sanitaires nationales.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'apport des communautaires dans la détection des cas de tuberculose
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de rechute et de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmée référés par la communauté (ASC, ONG)
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de rechute et de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmée notifiés par les CDT/CAT
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 0 à 4 ans
	• 5 à 14 ans
	• 15 à 24 ans
	• 25 à 34 ans
	• 35 à 44 ans
	• 45 à 54 ans
	• 55 à 64 ans
• 65 ans et plus	
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer les stratégies communautaires en matière de prévention des cas de tuberculose
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de suivi des tuberculeux/
	Rapports trimestriels d'activité de suivi des communautaires
	Registre de déclaration des cas de tuberculose
	rapports trimestriels sur le dépistage de la tuberculose
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLT_C3</b>	<b>Proportion de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée dont le traitement est suivi par la communauté (ASC, ONG)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients ayant une tuberculose bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechute) dont le traitement est directement supervisé par la communauté ou qui reçoivent un soutien d'adhésion au traitement au sein de la communauté rapporté au nombre de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée déclarés aux autorités sanitaires nationales.
<b>Objectif</b>	Déterminer le niveau d'implication de la communauté (ASC, ONG) à la prise en charge de la tuberculose
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients tuberculeux bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechute) suivis ou supervisés par les ASC et/ou ONG dans une aire sanitaire durant une période donnée
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de nouveaux cas et de rechute de tuberculose bactériologiquement confirmée déclarés aux autorités sanitaires nationales dans la même aire sanitaire durant la même période.
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	• Masculin
	• Féminin
	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 4 ans
	• 5 à 14 ans
	• 15 à 24 ans
	• 25 à 34 ans
	• 35 à 44 ans
• 45 à 54 ans	
• 55 à 64 ans	
• 65 ans et plus	
<b>Utilité de gestion</b>	Mesurer le niveau de l'implication communautaire dans les problèmes liés à la tuberculose
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle et trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de suivi des tuberculeux
	Rapports trimestriels d'activité de suivi des communautaires
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLT_C4</b>	<b>Proportion de cas de tuberculose bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechute) traités avec succès, suivis par les ASC et/ou ONG, parmi les cas de tuberculose bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechute) suivis par les ASC et/ou ONG</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée (nouveaux cas et rechute) suivis par les ASC et/ou ONG, traités, déclarés guéris ou ayant terminé leur traitement rapporté au nombre total de rechute et de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmée bénéficiant d'un suivi par un ASC et/ou ONG enregistrés pour un traitement sur une période.
<b>Objectif</b>	Apprécier la portée et la qualité de l'implication de la communauté dans le traitement de la tuberculose
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de rechute et de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmé bénéficiant d'un suivi par les ASC et/ou les ONG qui ont été traités dans les CAT/CDT et été déclarés guéris ou traitement terminé sur une période.
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de rechute et de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmé ayant bénéficié d'un traitement sous surveillance fournie par la communauté (ASC et/ou ONG) pendant la même période
<b>Désagrégation</b>	Par type de cas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux cas et rechute</li> <li>• Anciens cas (Retraitement)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Mesurer le niveau de l'implication communautaire dans les problèmes liés à la tuberculose
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de suivi des tuberculeux
	Rapports trimestriels d'activité de suivi des communautaires,
	Registre de déclaration des cas de tuberculose
	Rapports trimestriels sur les résultats du traitement
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.22. Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA)

<b>PNLTA_01</b>	<b>Prévalence de la consommation de tabac</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes consommant au moins un produit du tabac par jour rapporté à la population totale.
<b>Objectif</b>	Surveiller la consommation des produits du tabac
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes consommant au moins un produit du tabac par jour
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de personnes recensées dans la population générale
<b>Désagrégation</b>	<b>Selon le sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	<b>Selon l'âge</b>
	<b>Selon le milieu de vie</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> <li>• Urbain</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Orienter les activités de sensibilisations et de promotion de l'aide au sevrage
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuel
<b>Sources de collecte</b>	Registres de consultation
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLTA_02</b>	<b>Nombre de cancer des poumons chez le sujet tabagique</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cancers décelé chez les personnes consommant au moins un produit du tabac par jour.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'incidence de cancer chez les consommateurs de tabac
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Selon le sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Selon l'âge
	Selon le milieu de vie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> <li>• Urbain</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Orienter les activités de sensibilisations et de promotion de l'aide au sevrage
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuel
<b>Sources de collecte</b>	Registres de consultation
<b>Méthode de calcul</b>	Addition des cas

<b>PNLTA_03</b>	<b>Prévalence de l'alcoolisme</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes consommant au moins trois (3) verres standards (deux (2) verres standards chez les femmes) d'alcool par jour rapporté à la population totale.
<b>Objectif</b>	Surveiller la consommation abusive de l'alcool
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes consommant au moins trois (3) verres standard (deux (2) verres standards chez pour les femmes) d'alcool par jour
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de personne recensées dans la population générale
<b>Désagrégation</b>	Selon le sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Selon l'âge
	Selon le milieu de vie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> <li>• Urbain</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Orienter les activités de sensibilisations et de promotion de l'aide au sevrage
<b>Mode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuel
	Annuelle ou quadriennale (EDS, MICS)
<b>Sources de collecte</b>	Registres de consultation
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLTA_04</b>	<b>Nombre de cas de toxicomanie notifiés</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de personnes ayant fait usage d'une drogue.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'incidence de la toxicomanie</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Selon le sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	<b>Selon l'âge</b>
	<b>Selon le milieu de vie</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> <li>• Urbain</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Permet d'orienter les activités de sensibilisations et de promotion de l'aide au sevrage</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Mensuel</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>registres de consultation</b>
<b>Méthode de calcul:</b>	<b>Addition des cas</b>

## 5.23. Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB)

<b>PNLUB_01</b>	<b>Incidence de l'Ulcère de Buruli (UB)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés au cours d'une période donnée.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'ulcère de Buruli
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 0 à 15 ans
• 15 à 49 ans	
• Plus de 49 ans	
<b>Utilité de gestion</b>	Planifier et coordonner les activités de lutte
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche UB 02
	Rapport d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNLUB_02</b>	<b>Proportion de malade UB ayant reçu le traitement antibiotique</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de malade UB ayant reçu la bi antibiothérapie (rifampicine plus streptomycine) rapporté au nombre total de cas d'Ulcère de Buruli.
<b>Objectif</b>	Mesurer la couverture médicale des cas d'Ulcère de Buruli
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de malade UB ayant reçu la bi antibiothérapie (rifampicine plus streptomycine)
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de cas d'Ulcère de Buruli
<b>Désagrégation</b>	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 15 ans
	• 15 à 49 ans
	• Plus de 49 ans
	<b>Par sexe</b>
	• Masculin • Féminin
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer la couverture médicale des malades atteints de l'Ulcère de Buruli.
	Planifier les intrants, les outils et les activités de prise en charge
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche UB 01
	Registre de consultation
	Rapport SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLUB_03</b>	<b>Proportion des invalidités au dépistage de l'UB</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de malade UB dépistés présentant une limitation de mouvement articulaire rapporté au nombre total de malade.
<b>Objectif</b>	Evaluer la fréquence des invalidités liées à l'Ulcère de Buruli
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de malade présentant une invalidité au dépistage
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas UB dépistés
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 0 à 15 ans
• 15 à 49 ans	
• Plus de 49 ans	
<b>Utilité de gestion</b>	Planifier la prise en charge et la prévention des invalidités
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche U B 01
	Registre de consultation
	Rapport d'activité SIG
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLUB_04</b>	<b>Proportion de malades UB guéris sans invalidité</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de malades U B avec limitation de mouvement au dépistage et guéris sans limitation de mouvement articulaire rapporté au nombre total de malades présentant une limitation de mouvement au dépistage.
<b>Objectif</b>	Mesurer la performance de la prise en charge et la prévention des invalidités
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de malades U B avec limitation de mouvements articulaires au dépistage guéris sans limitation de mouvements.
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de malades présentant une limitation de mouvement articulaire au dépistage et traités
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	• Masculin
	• Féminin
	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 15 ans
	• 15 à 49 ans
• Plus de 49 ans	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la capacité de la prévention des invalidités
	Promouvoir le dépistage précoce de l'UB
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche U B 01
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLUB_05</b>	<b>Proportion de cas UB dépistés ulcérés</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas UB dépistés au stade d'ulcération rapporté au nombre total de cas dépistés.
<b>Objectif</b>	Evaluer la proportion des cas UB dépisté au stade d'ulcère
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas ulcérés
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas UB dépistés
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 0 à 15 ans
• 15 à 49 ans	
• Plus de 49 ans	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les actions de sensibilisation et de dépistage actif
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche UB 01
	Registre de consultation
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLUB_06</b>	<b>Proportion de cas UB dépistés au stade précoce (catégories 1 et 2)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas UB dépistés au stade précoce (catégories 1 et 2) rapporté au nombre total de cas UB dépistés.
<b>Objectif</b>	Apprécier la proportion d'UB dépisté précocement (catégories 1 et 2)
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas UB dépistés au stade précoce (catégories 1 et 2)
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas UB dépistés
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	• Masculin
	• Féminin
	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 15 ans
	• 15 à 49 ans
• Plus de 49 ans	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les actions de sensibilisation et de dépistage actif
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche UB 01
	Registre de consultation
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNLUB_07</b>	<b>Proportion de cas UB confirmés par PCR</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas UB qui ont été confirmés biologiquement par l'examen PCR (polymerase chain reaction) rapporté au nombre total de cas UB dépistés
<b>Objectif</b>	Mesurer la proportion des cas UB confirmés biologiquement par PCR
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas d'UB ayant été prélevés et confirmés biologiquement par l'examen PCR
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas d'UB dépistés
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 0 à 15 ans
	• 15 à 49 ans
	• Plus de 49 ans
<b>Utilité de gestion</b>	Etablir un parallélisme entre le diagnostic clinique et la confirmation biologique
	Apprécier la justesse du diagnostic
	Développer les activités de recherche
	Faire le plaidoyer pour étendre l'accès au diagnostic biologique.
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche UB 03.
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## 5.24. Programme National de Nutrition (PNN)

### Au niveau des établissements sanitaires

<b>PNN_01</b>	<b>Proportion d'enfants de 6- 59 mois malnutris aigus</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 6-59 mois ayant un Périmètre Brachial (PB) inférieur à 12,5 cm et/ou un z-score < -2 rapporté à l'ensemble des enfants de 6-59 mois enregistrés dans les établissements sanitaires ou au cours d'une enquête.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'état nutritionnel des enfants âgés de 6- 59 mois
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	C'est le nombre d'enfants de 6-59 mois ayant un périmètre brachial inférieur à 12,5 cm et/ou un z-score <-2
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants de 6- 59 mois enregistrés dans les établissements sanitaires ou au cours d'une enquête
<b>Désagrégation</b>	Par forme de la malnutrition
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modérée</li> <li>• Sévère sans complications</li> <li>• Sévère avec complications</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 à 11 mois</li> <li>• 12 à 23 mois</li> <li>• 24 à 59 mois</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer les stratégies de dépistage précoce et de prise en charge des cas de malnutrition
	Quantifier les intrants nutritionnels nécessaires à la prise en charge des enfants malnutris et d'identifier des zones à fort taux de malnutrition
<b>Mode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle pour la routine
	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation
	Registre des pesées
	Fiches de rapport mensuel (CNS, UNTA, UNT)
	Fiches d'enquête SMART
	Fiches d'enquête SIAN Fiches d'enquête SIAN
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	(N/D) x100

<b>PNN_02</b>	<b>Proportion d'enfants souffrant de retard de croissance (malnutrition chronique)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfant de 0 à 59 mois ayant une taille rapportée à l'âge, inférieure à la normale rapporté au nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois dépistés.
<b>Objectif</b>	Identifier le retard de croissance chez les enfants de 0 à 59 mois
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants dépistés malnutris
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants dépistés
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	• 0 à 11 mois
	• 12 à 23 mois
	• 24 à 59 mois
	Par la forme de la malnutrition chronique
	• Modérée • Sévère
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la prévention de la malnutrition chronique
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
	Quadriennale (tous les 4 ans) [EDS, MICS] pour les enquêtes
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation
	Fiche collecte mensuelle de données
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_02</b>	<b>Proportion d'enfants souffrant de retard de croissance (malnutrition chronique)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfant de 0 à 59 mois ayant une taille rapportée à l'âge, inférieure à la normale rapporté au nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois dépistés.
<b>Objectif</b>	Identifier le retard de croissance chez les enfants de 0 à 59 mois
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants dépistés malnutris
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants dépistés
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	• 0 à 11 mois
	• 12 à 23 mois
	• 24 à 59 mois
	Par la forme de la malnutrition chronique
	• Modérée
• Sévère	
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la prévention de la malnutrition chronique
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
	Quadriennale (tous les 4 ans) [EDS, MICS] pour les enquêtes
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation
	Fiche collecte mensuelle de données
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_03</b>	<b>Proportion d'enfants de 0 à 5 ans pesés en consultation d'enfants sains</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 0 à 5 ans pesés en consultation d'enfant sain rapporté au nombre d'enfants de 0 à 5 ans reçus en consultation d'enfants sains.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'offre de service de pesée en consultation d'enfants sains dans les établissements sanitaires
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 0 à 5 ans pesés en consultation d'enfants sains
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'enfants de 0 à 5 ans reçus en consultation d'enfants sains
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 5 mois</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 à 11 mois</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 à 23 mois</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 à 59 mois</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la mise en œuvre de la politique nationale en matière de pesée systématique des enfants de 0 à 5 ans
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle pour la routine
<b>Sources de collecte</b>	Registre de suites de couches
	Registre post natale
	Registre de pesées
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_04</b>	<b>Proportion d'enfants malnutris aigus pris en charge et guéris</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë conseillés et traités selon le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë et déclarés guéris rapporté au nombre d'enfants dépistés malnutris conseillés et traités.	
<b>Objectif</b>	Evaluer la performance des structures de prise en charge de la malnutrition aiguë	
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë conseillés et traités selon le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë et déclarés guéris	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants malnutris conseillés et traités	
<b>Désagrégation</b>	Par forme de la malnutrition aiguë	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modérée</li> <li>• Sévère sans complication</li> <li>• Sévère avec complications</li> </ul>	
	Par tranche d'âge	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 à 11 mois</li> <li>• 12 à 23 mois</li> <li>• 24 à 59 mois</li> </ul>	
	Par niveau de la pyramide sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer l'application des protocoles et des directives de prise en charge de la malnutrition aiguë Renforcer les capacités des structures de prise en charge de la malnutrition aiguë
	<b>Mode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilations mensuelles
	<b>Sources de collecte</b>	Fiche de suivi UNTA/UNT
Fiche de rapport mensuel des districts		
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$	

<b>PNN_05</b>	<b>Proportion d'enfants malnutris aigus perdus de vue</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë conseillés et traités ayant abandonné le traitement pendant trois semaines consécutives rapporté au nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë conseillés et traités.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'observance du traitement
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë conseillés et traités ayant abandonné le traitement pendant trois semaines consécutives
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë conseillés et traités
<b>Désagrégation</b>	Par forme de la malnutrition aiguë
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modérée</li> <li>• Sévère sans complication</li> <li>• Sévère avec complications</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 à 11 mois</li> <li>• 12 à 23 mois</li> <li>• 24 à 59 mois</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Mesurer la capacité des acteurs impliqués dans la prise en charge de la malnutrition aiguë à suivre leurs cibles jusqu'à leur guérison
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de suivi CNS/UNTA
	Fiche de rapport mensuel du district sanitaire
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_06</b>	<b>Proportion d'enfants malnutris décédés</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë décédés des suites de complications rapporté au nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë conseillés et traités.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'efficacité de la prise en charge des enfants malnutris
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë décédés des suites de complications
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants malnutris pris en charge
<b>Désagrégation</b>	Par forme de la malnutrition aiguë
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modérée</li> <li>• Sévère sans complication</li> <li>• sévère avec complications</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 à 11 mois</li> <li>• 12 à 23 mois</li> <li>• 24 à 59 mois</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la gravité de la malnutrition aiguë
	Améliorer la réponse aux urgences nutritionnelles
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de suivi CNS/UNT/UNTA
	Fiche de rapport mensuel
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_07</b>	<b>Proportion de nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui suit la naissance rapporté au nombre total de naissances vivantes enregistrées.
<b>Objectif</b>	Evaluer la pratique de la mise au sein précoce dans les établissements sanitaires
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre des nouveau-nés allaités dans l'heure qui suit la naissance
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de naissances vivantes enregistrées
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Promouvoir l'allaitement exclusif
<b>Mode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	Quadriennale (tous les 4 ans) [EDS, MICS] pour les enquêtes
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_08</b>	<b>Proportion de nouveau-nés avec faible poids de naissance</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveau-nés à terme (âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines) avec un poids à la naissance inférieur à 2 500 g rapporté à l'ensemble des naissances à terme enregistrée dans l'établissement sanitaire.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de l'hypotrophie néonatale
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveau-nés à terme avec un poids à la naissance inférieur à 2 500 g
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de naissance à terme enregistrée dans l'établissement sanitaire
<b>Désagrégation</b>	<b>Par tranche de poids</b>
	• <b>Chez les filles</b>
	○ <b>Moins de 2,5 kg</b>
	○ <b>2,5 à 3 kg</b>
	○ <b>Plus de 3 kg</b>
	• <b>Chez les garçons</b>
	○ <b>Moins de 3 kg</b>
	○ <b>3 à 4 kg</b>
	○ <b>Plus de 4 kg</b>
	<b>Par sexe</b>
	• <b>Masculin</b>
	• <b>Féminin</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	• <b>District sanitaire</b>
	• <b>Direction Régionale de la Santé</b>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer le suivi des grossesses lors des CPN
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

PNN_09	Proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale
Définition	C'est le nombre d'enfant âgés de 6 à 59 mois ayant un indice poids/âge inférieur à la normale rapporté au nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois reçus à la consultation d'enfants sains ou enquêtés.
Objectif	Mesurer la prévalence de l'insuffisance pondérale
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre d'enfant âgés de 6 à 59 mois ayant un indice poids/âge inférieur à la normale
Dénominateur (D)	<p>Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois reçus à la consultation d'enfants sains ou enquêtés</p> <p>Par type d'insuffisance pondérale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modérée</li> <li>• Sévère</li> </ul> <p>Par tranche d'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 à 11 mois</li> <li>• 12 à 23 mois</li> <li>• 24 à 59 mois</li> </ul> <p>Par niveau de la pyramide sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
Utilité de gestion	Améliorer le suivi de la croissance des enfants
Mode de collecte	Favoriser la prise en charge précoce de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 6 à 59 mois
Fréquence de collecte des données:	<p>Routine/Enquête</p> <p>Quotidienne avec une compilation mensuelle</p> <p>Quadriennale (tous les 4 ans) [EDS, MICS] pour les enquêtes</p>
Sources de collecte	<p>Registre de pesée</p> <p>Rapport d'enquête</p>
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_10</b>	<b>Proportion de femmes enceintes dépistées malnutries</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes vues en CPN dont le Périmètre Brachial est inférieur à 21 cm rapporté au nombre total de femmes enceintes vues en CPN.
<b>Objectif</b>	Mesurer la proportion de femmes enceintes n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes enceintes vues en CPN dont le périmètre brachial est inférieur à 21 cm
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de femmes enceintes vues en CPN
<b>Désagrégation</b>	Par forme de la malnutrition aiguë
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modérée</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sévère</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer l'état nutritionnel des femmes enceintes
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_11</b>	<b>Proportion d'enfants présentant une anémie en consultation</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants présentant une anémie en consultation rapporté au nombre d'enfants reçus en consultation.
<b>Objectif</b>	Suivre l'ampleur de l'anémie chez les enfants de 0 - 59 mois
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants présentant une anémie en consultation
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants reçus en consultation
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type d'anémie</b>
	• Modéré
	• Sévère
	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0 à 59 mois
• 5 à 14 ans	
<b>Utilité de gestion</b>	Document de plaidoyer pour la pérennisation de la stratégie de déparasitage des enfants à partir de 1 an
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de consultation</b>
	• Registre d'hospitalisation
	• Registre de laboratoire
	• Registre des urgences
	• Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_12</b>	<b>Proportion d'enfants de 12 - 59 mois déparasités</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 12 à 59 mois ayant reçu une dose de déparasitant rapporté au nombre d'enfants de 12 à 59 mois dans une même année.
<b>Objectif</b>	Evaluer le niveau de déparasitage des enfants de 12 à 59 ans
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 12 à 59 mois ayant reçu une dose de déparasitant dans une même année
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'enfants de 12 à 59 mois
<b>Désagrégation</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Orienter la stratégie de déparasitage et de fortification des aliments de grande consommation en fer/acide folique
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Campagne
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	Un jour après la campagne
<b>Sources de collecte</b>	Registre de vaccination
	Registre des pesées
	Registre de consultation
	Fiche des résultats de la campagne
	Rapport de campagne
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_13</b>	<b>Proportion d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu au moins une dose de vitamine A rapporté à la population d'enfants de 6 à 59 mois.
<b>Objectif</b>	Evaluer la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu au moins une dose de vitamine A dans une même année
<b>Dénominateur (D)</b>	Population d'enfants de 6 à 59 mois
<b>Désagrégation</b>	Par dose
	• 1 <sup>re</sup> dose
	• 2 <sup>ème</sup> dose
	Par tranche d'âge
	• 6 à 11 mois
• 12 à 59 mois	
<b>Utilité de gestion</b>	Orienter la stratégie de supplémentation en vitamine A
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Campagne
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	Un jour après la campagne
<b>Sources de collecte</b>	Registre de vaccination
	Registre des pesées
	Registre de consultation
	Rapport de campagne
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_14</b>	<b>Incidence de l'anémie chez la femme enceinte en CPN</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes (anciens et nouveaux cas) vues en CPN présentant des signes cliniques d'anémie et/ou un taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 8 g/dl rapporté au nombre de grossesses attendues au cours de l'année.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'ampleur de l'anémie chez les femmes enceintes
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes enceintes vues en CPN présentant des signes cliniques d'anémie et/ou un taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 8 g/dl
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de grossesses attendues
<b>Désagrégation</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Mesurer l'impact des politiques de prise en charge des femmes enceintes souffrant d'anémie afin d'éviter les complications obstétricales liées à l'anémie lors de l'accouchement
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre CPN
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

**NB** : Indicateur de PNSME suivi par le PNN pour l'approvisionnement en Fer + Folates

<b>PNN_15</b>	<b>Proportion de ménages sensibilisés à la consommation du sel iodé</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages ayant été sensibilisés à la consommation de sel iodé rapporté au nombre total de ménages visités dans l'aire sanitaire.
<b>Objectif</b>	Evaluer la sensibilisation des ménages à la consommation de sel iodé
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages ayant été sensibilisés
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages visités dans l'aire sanitaire
<b>Désagrégation</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Plaidoyer/Orienter la stratégie de sensibilisation des ménages à la consommation du sel iodé
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête ménage
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quadriennale (tous les 4 ans) [EDS, MICS]
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de collecte et de notification
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_16</b>	<b>Proportion des ménages utilisant le sel iodé</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de ménages utilisant le sel iodé rapporté au nombre total de ménages visités dans l'aire sanitaire.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'utilisation de sel iodé par les ménages
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de ménages utilisant le sel iodé
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de ménages visités
<b>Désagrégation</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Atteindre l'objectif d'iodation du sel iodé 95 %
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de collecte et de notification
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_17</b>	<b>Proportion d'aliments thérapeutiques reçus</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'aliments thérapeutiques reçus rapporté au nombre d'aliments thérapeutiques commandés.
<b>Objectif</b>	Evaluer la prise en charge nutritionnelle des malnutris
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'aliments thérapeutiques reçus
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'aliments thérapeutiques commandés
<b>Désagrégation</b>	Par type d'aliment thérapeutique
	• CSB
	• Plumpy Nut
	• Plumpy Sup
	• F75
	• F100
<b>Utilité de gestion</b>	Quantifier les intrants nutritionnels nécessaires à la prise en charge des malnutris
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation Mensuelle, trimestrielle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de stock
	Fiche rapport et commande d'intrants
	Fiche de rapport mensuel (CNS, UNTA, UNT)
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNN_18</b>	<b>Proportion d'aliments thérapeutiques distribués aux bénéficiaires, utilisés</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'aliments thérapeutiques utilisés rapporté au nombre d'aliments thérapeutiques reçus.
<b>Objectif</b>	Evaluer la prise en charge nutritionnelle des malnutris
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'aliments thérapeutiques utilisés
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'aliments thérapeutiques reçus
<b>Désagrégation</b>	Par type d'aliment thérapeutique
	• CSB
	• Plumpy Nut
	• Plumpy Sup
	• F75
	• F100
<b>Utilité de gestion</b>	Quantifier les intrants nutritionnels nécessaires à la prise en charge des enfants malnutris
<b>Méthode de collecte</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Routine/Enquête
<b>Sources de collecte</b>	Fiches de stock
	fiche rapport et commande d'intrants
	Fiche de rapport mensuel (CNS, UNTA, UNT)
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

## Au niveau communautaire (PNN)

<b>PNN_C1</b>	<b>Nombre de séances de communication sur les activités de nutrition (CCC)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de séances sur la promotion des activités de nutrition (Actions Essentielles en Nutrition).
<b>Objectif</b>	Sensibiliser les populations sur le changement de comportement nutritionnel
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par thème
	• Allaitement exclusif
	• Alimentation de l'enfant
	• Vitamine A
	• Carence en fer
	• carence en iode
	• Lavage des mains
	• VIH nutritionnel
Par nombre de personnes sensibilisées	
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer la proportion de la population qui adopte les bonnes pratiques nutritionnelles pour une meilleure santé
<b>Méthode de collecte</b>	Quotidienne/Campagnes
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle/En campagne
<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG
	Rapport de campagne
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## 5.25. Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)

PNPMT_01	Nombre de Praticiens de Médecine Traditionnelle recensés
Définition	C'est le nombre de Praticiens de Médecine Traditionnelle en activité recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle et les Districts Sanitaires (toutes spécialités comprises).
Objectif	Dénombrer les Praticiens de Médecine Traditionnelle en activité
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Par type de spécialité
	• Naturothérapeute
	• Accoucheuse traditionnelle
	• Herboriste
	• Médico-droguiste
	• Phytothérapeute
	• Psychothérapeute
	• Praticien d'indicamédecine
	• Manuthérapeute
	• Ergothérapeute
	• Chiropraticien
	• Diététicien
	Par type de localisation
	• Quartier
• Village	
• Sous-préfecture	
• District sanitaire	
• DRS	
Utilité de gestion	Maîtriser l'effectif national des Praticiens de Médecine Traditionnelle
	Assurer une meilleure planification des interventions du Programme
	Assurer une bonne visibilité sur la répartition des Praticiens de Médecine Traditionnelle exerçant sur leurs aires sanitaires
Mode de collecte des données	Routine
Fréquence de collecte des données	Trimestrielle
Sources de collecte	Rapport trimestriel du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
	Fiches d'identification des Praticiens de Médecine Traditionnelle
	Logiciel ECOTPS (Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle /OOAS) de gestion des Praticiens de Médecine Traditionnelle
Méthode de calcul	Somme des effectifs de Praticiens de Médecine Traditionnelle recensés au niveau du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle et des Districts Sanitaires

<b>PNPMT_02</b>	<b>Nombre d'établissements de médecine traditionnelle recensés</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissement de médecine traditionnelle recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle et les Districts Sanitaires.
<b>Objectif</b>	Dénombrer les établissements de médecine traditionnelle en activité
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type d'établissement</b>
	• Herboristerie
	• Centre de médecine traditionnelle
	• Centre de consultation de soins traditionnel
	• Cabinet d'acupuncture
	• Cabinet de Psychothérapie
	• Cabinet de diététique
	• Cabinet de médico-droguisterie
	• Cabinet de manothérapie
	• Cabinet d'ergothérapie
	• Cabinet de chirothérapie
	• Cabinet d'indicamédecine
	• Centre d'accoucheuse traditionnelle
	• Unité de production de médicaments traditionnels
	<b>Par type de localisation</b>
	• Quartier
• Village	
• Sous-préfecture	
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Maîtriser l'effectif national des établissements de médecine traditionnelle
	Assurer une meilleure planification des interventions du Programme
	Faciliter le Contrôle des établissements de médecine traditionnelle par la DEPS et le PNPMT
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport trimestriel du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
	Fiches d'identification des établissements de médecine traditionnelle
	Logiciel ECOTPS (Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle /OOAS) de gestion des Praticiens de Médecine Traditionnelle

<b>PNPMT_03</b>	<b>Nombre de personnes référées par les Praticiens de Médecine Traditionnelle dans les établissements sanitaires modernes</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de personnes référées par les Praticiens de Médecine Traditionnelle dans les structures sanitaires modernes pour des soins préventifs ou curatifs.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la pratique de la référence des clients par les Praticiens de Médecine Traditionnelle vers les établissements sanitaires</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier la collaboration entre la Médecine Moderne et la Médecine Traditionnelle</b>
<b>Mode de collecte des données</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Trimestrielle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapport trimestriel des établissements de médecine traditionnelle</b>
	<b>Rapport mensuel des Districts Sanitaires</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Somme des personnes référées par les Praticiens de Médecine Traditionnelle dans les établissements sanitaires modernes</b>

## 5.26. Programme National de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire (PNPSBD)

PNPSBD_01	Prévalence des caries dentaires
Définition	C'est le nombre de personnes ayant une carie dentaire au sein d'un échantillon représentatif de la population générale.
Objectif	Apprécier l'ampleur de la carie dentaire dans la population
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre de personnes ayant une carie dentaire
Dénominateur (D)	Echantillon représentatif de la population générale
Désagrégation	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par type patient
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traité</li> <li>• Jamais traité</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 5 ans</li> <li>• 6 à 12 ans</li> <li>• 13 à 17 ans</li> <li>• 18 ans et plus</li> </ul>
Utilité de gestion	Evaluer l'impact de la sensibilisation
	Evaluer les besoins en traitements
	Evaluer la couverture en offre de services de soins dentaires
Méthode de collecte	Enquête
Fréquence de collecte des données	Annuelle
Sources de collecte	Rapport d'enquête
	Fiche d'enquête
Mode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>PNPSBD_02</b>	<b>Nombre de cas d'affections bucco-dentaires</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de chaque affection bucco-dentaire ( une carie dentaire (dents cariées, absentes et obturées), un Noma, une Gingivite Ulcéro-Nécrotique (GUNA), un Burkitt, une gingivite, des poches parodontales) diagnostiqués.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'ampleur de chaque affection bucco-dentaire
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type d'affection</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carie dentaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noma</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GUNA</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burkitt</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gingivite des poches parodontales</li> </ul>
	<b>Par sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Féminin</li> </ul>
	<b>Par tranche d'âge</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 5 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 à 12 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 à 17 ans</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 ans et plus</li> </ul>	
<b>utilité de gestion</b>	Evaluer l'impact de la sensibilisation, évaluer les besoins en traitements, évaluer la couverture en offre de services de soins dentaires
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Journalière avec une compilation Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative
	Rapport SIG
<b>Mode de calcul</b>	Comptage

<b>PNPSBD_03</b>	<b>Proportion des établissements sanitaires ayant un cabinet dentaire fonctionnel</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'établissements sanitaires ayant un cabinet dentaire fonctionnel (disposant de matériels consommables permettant de réaliser au moins des soins conservateurs) rapporté au nombre total d'établissement sanitaire ayant un cabinet dentaire.
<b>Objectif</b>	Evaluer la couverture nationale en cabinets dentaires fonctionnels Evaluer le plateau technique
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'établissements sanitaires ayant d'un cabinet dentaire fonctionnel et de matériels consommables permettant de réaliser au moins de soins conservateurs
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'établissements sanitaires ayant d'un cabinet dentaire
<b>Désagrégation</b>	Par type de statut de l'établissement sanitaire
	• Public
	• Privé
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• District sanitaire • Direction Régionale de la Santé
<b>Utilité de gestion</b>	Plaidoyer pour le renforcement du plateau technique, améliorer la couverture nationale en cabinet dentaire fonctionnel
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG
	Rapport de supervision (vérification)
	Rapport d'enquête
<b>Mode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNPSBD_04</b>	<b>Nombre de séances de CCC dans le domaine de la santé bucco-dentaire</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de séances de CCC réalisées dans le cadre de la promotion de l'hygiène bucco-dentaire.
<b>Objectif</b>	Apprécier la réalisation des activités de sensibilisation sur la santé bucco-dentaire
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de population touchée
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femme enceinte</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femme ayant un enfant de moins de 6 ans</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer la mise en œuvre des CCC sur l'hygiène bucco-dentaire dans les établissements sanitaires
	Renforcer les capacités des prestataires en termes de sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport SIG
	Registre CPN
	Fiche de séance CCC
<b>Mode de calcul</b>	Comptage

<b>PNPSBD_05</b>	<b>Proportion des mères connaissant les signes précoces des pathologies bucco- dentaires</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de mères ayant un niveau de connaissance élevé sur les signes précoces de la carie, des gingivites, du noma rapporté au nombre total de mères interrogées.
<b>Objectif</b>	Evaluer les interventions d'éducation sanitaire en CPN, dans les groupes vulnérables
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de mères ayant un niveau de connaissance élevé sur les signes précoces de la carie, des gingivites, du noma
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de mères interrogées
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de connaissance des mères
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins élevé</li> <li>• Modéré</li> <li>• Faible</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier le niveau de connaissance des mères sur l'hygiène bucco-dentaire
	Evaluer le l'impact des séances de CCC
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche d'enquête
	Rapport d'enquête
<b>Mode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

PNPSBD_06	Proportion d'enfants bénéficiant de prescription fluorée
Définition	<p>C'est le nombre d'enfants reçus en consultation et ayant bénéficié d'un apport significatif en fluor rapporté au nombre total d'enfants reçus. (L'apport en fluor est significatif si l'enfant :</p> <p>1/ a bénéficié d'une application topique au fluor, ou si l'enfant a reçu des comprimés ou une solution buvable fluorée en gouttes. 2/ utilise une pâte dentifrice dont la teneur en fluor est de 250 ppm, ou si l'enfant consomme de l'eau minérale contenant au moins 0,6 ppm de fluor)</p>
Objectif	Apprécier l'apport en fluor chez les enfants
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre d'enfants reçus en consultation et ayant bénéficié d'un apport significatif en fluor
Dénominateur (D)	Nombre total d'enfants reçus
Désagrégation	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 2 ans</li> <li>• 3 à 12 ans</li> </ul>
Utilité de gestion	Vulgariser la prescription du fluor sous contrôle médical
	Evaluer le risque carieux chez les enfants
Mode de collecte	Routine /Enquête
Fréquence de collecte des données	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	Annuelle
Sources de collecte	Registre de consultations curatives
	Rapport SIG
	Rapport d'enquête
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

## 5.27. Programme National de Santé Mentale (PNSM)

PNSM_01	Nombre de personnes présentant des troubles psychiatriques
Définition	C'est le nombre de personnes présentant un ou plusieurs troubles psychiatriques.
Objectif	Mesurer l'ampleur des troubles psychiatriques dans la population
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Par type de troubles psychiatriques
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par âge
Utilité de gestion	Quantifier les besoins en médicaments
	Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Journalière avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre des consultations
	Registre des urgences
	Registre d'hospitalisation
Méthode de calcul	Comptage

### NB : Troubles psychiatriques

**Agitation** = le patient bouge trop et/ou parle beaucoup

**Etat délirant** = le patient tient des propos incohérents, parle seul, voit ou entend des choses qu'il est seul à voir ou à entendre.

**Etat anxieux** = le patient a peur, a une transpiration abondante, la bouche sèche, des tremblements, des palpitations, une peur de mourir, des sensations de douleur dans la poitrine avec des difficultés à respirer, une sensation de « blocage de la gorge ».

**Troubles de l'humeur** = la personne présente une humeur trop triste ou trop gaie gênant le fonctionnement habituel du sujet et motivant une consultation.

**Trouble du langage** = c'est chez un enfant de moins de 7ans une absence ou un retard du langage parlé par rapport à l'ensemble des enfants de son âge.

**Troubles du comportement** = ce sont des comportements anormaux (bizarrerie, instabilité, agressivité, isolement, vol, mensonge, pipi au lit, violence, anomalie du comportement sexuel).

**Difficultés scolaires** = ce sont les difficultés de suivi en classe pour un enfant et motivant une consultation médicale (trouble de la mémoire, de l'attention, instabilité, trouble de l'écriture...)

<b>PNSM_02</b>	<b>Prévalence des retards psychomoteurs chez les enfants de moins de 5 ans</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas (nouveaux et anciens) du retard du développement psychomoteur (6 mois après l'âge théorique d'acquisition de l'aptitude) diagnostiqué chez les enfants de moins de 5 ans.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur du retard psychomoteur dans la population des enfants de moins de 5 ans
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de moins de 5 ans (nouveaux et anciens) présentant un retard du développement psychomoteur enquêté
<b>Dénominateur (D)</b>	Echantillon représentatif des enfants de moins de 5 ans
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 0-12 mois
	• 13-36 mois
	• 37-59 mois
	Par niveau de la pyramide sanitaire
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
<b>Utilité de gestion</b>	Adapter la prise en charge des retards de développement avec un dépistage précoce
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche d'enquête
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

**NB** : le retard psychomoteur se définit par un retard dans le développement moteur (acquisition des mouvements, de la coordination, du tonus), dans le développement sensoriel (ouïe, vision, odorat, toucher, goût), dans le développement intellectuel, affectif et social y compris les retards de langage (absence de langage, troubles de l'articulation, retard d'apparition de la parole)

## 5.28. Programme National Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)

### Au niveau des établissements sanitaires

<b>PNSME_01</b>	<b>Couverture en CPN1</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes ayant effectué la première consultation prénatale (CPN) au cours de la grossesse rapporté au nombre de grossesses attendues sur une période donnée.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau d'utilisation des services de CPN
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes enceintes ayant effectué la première consultation prénatale
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de grossesses attendues
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"><li>• District sanitaire</li><li>• Direction Régionale de la Santé</li><li>• Central</li></ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'utilisation des services de CPN par les femmes enceintes
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
	Données de population (Institut National de la Statistique)
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_02</b>	<b>Couverture en CPN4</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes ayant effectué quatre (4) consultations prénatales rapporté au nombre de grossesses attendues.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'utilisation continue des services de CPN par les femmes enceintes
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes enceintes ayant effectué quatre (4) CPN
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de grossesses attendues
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact</li> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'utilisation régulière des services de CPN par les femmes enceintes
	Assurer un meilleur suivi de la grossesse
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
	Données de population (Institut National de la Statistique)
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_03</b>	<b>Taux d'abandon global en CPN</b>
<b>Définition</b>	C'est la différence entre le nombre de femmes enceintes ayant effectué la première CPN (CPN1) et le nombre de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN rapporté au nombre de femmes enceintes qui ont effectué la première CPN au cours de l'année.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'utilisation continue des services de CPN par les femmes enceintes par rapport à la norme des 4 CPN
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Différence entre le nombre de femmes enceintes ayant effectué la CPN1 et le nombre de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de femmes enceintes ayant effectué la première consultation prénatale
<b>Désagrégation</b>	Par type de pyramide sanitaire
	• Etablissement Sanitaire de Premier Contact
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
	• Central
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'utilisation régulière des services de CPN
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
<b>Méthode de calcul</b>	$(CPN1-CPN4) \times 100 / CPN1$

<b>PNSME_04</b>	<b>Taux d'abandon spécifique en CPN</b>
<b>Définition</b>	C'est la différence entre le nombre de femmes enceintes ayant effectué une CPN de rang n et le nombre de femmes enceintes ayant effectué une CPN de rang n+1 rapporté au nombre de femmes enceintes qui ont effectué la CPN de rang n.
<b>Objectif</b>	Mesurer l'utilisation continue des services de CPN par les femmes enceintes
	Identifier le goulot d'étranglement en CPN
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Différence entre le nombre de femmes enceintes ayant effectué une CPN de rang n et le nombre de femmes enceintes ayant effectué une CPN de rang n+1
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de femmes enceintes ayant effectué une CPN de rang n
<b>Désagrégation</b>	Par rang de CPN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPN2</li> <li>• CPN3</li> <li>• CPN4</li> </ul>
	Par type de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'utilisation régulière des services de CPN
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne lors des CPN avec compilation mensuelle par l'établissement sanitaire
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
<b>Méthode de calcul</b>	$(CPN_n - CPN_{n+1}) \times 100 / CPN_n$

<b>PNSME_05</b>	<b>Nombre de femmes enceintes ayant effectué 5 CPN et plus</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes ayant effectué cinq (5) consultations prénatales ou plus.
<b>Objectif</b>	Estimer le nombre de femmes enceintes ayant effectué un nombre élevé de CPN en comparaison des normes SONU
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer le suivi des grossesses
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne lors des CPN avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_06</b>	<b>Nombre de grossesses à risque dépisté en CPN1</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes vues en CPN1 dont la grossesse est considérée à risque pour le fœtus ou pour la mère. Le risque est soit lié à l'état de santé de la mère soit au produit de conception.
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre de grossesse à risque
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire,
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la prise en charge des complications liées à la grossesse
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne lors des CPN avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_07</b>	<b>Proportion de femmes enceintes ayant effectué le bilan paraclinique au cours des CPN</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes ayant effectué le bilan paraclinique prescrit par le prestataire rapporté à l'ensemble de femmes enquêtées.
<b>Objectif</b>	Apprécier la surveillance de la grossesse
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes enceintes ayant effectué le bilan paraclinique prescrit par le prestataire
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de femmes enceintes vues en CPN2, CPN3, CPN4
<b>Désagrégation</b>	Par nature du bilan réalisé
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echographie</li> <li>• Numération Formule Sanguine (NFS)</li> <li>• Syphilis</li> </ul>
	Selon le milieu
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbain</li> <li>• Rural</li> </ul>
<b>Justification</b>	Améliorer l'accessibilité du bilan paraclinique en CPN
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de CPN
	Carnet de Santé mère-Enfant
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_08</b>	<b>Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'accouchements réalisés par un personnel qualifié (Médecin, infirmiers, sages-femmes) dans un établissement sanitaire au cours d'une période rapporté au nombre de naissances attendues pour la même période donnée.
<b>Objectif</b>	Accroître l'utilisation des services de maternité
	Suivre la fécondité spécifique par tranche d'âge
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'accouchements réalisés par un personnel qualifié (Médecin, infirmiers, sage femmes) dans un établissement sanitaire
<b>Dénominateur (D)</b>	Naissances attendues
<b>Désagrégation</b>	Tranche d'âge des parturientes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8-14 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-19 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 à 24 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 à 49 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Mesurer le niveau d'utilisation des services de maternité par les parturientes
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne lors de l'accouchement avec compilation mensuelle par l'établissement
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
	Données de population (INS)
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_09</b>	<b>Proportion de femmes ayant accouché vues en post natale immédiate (72 heures suivant l'accouchement)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes ayant accouché mise en observation pendant 3 jours ou ayant effectué une consultation post natale dans les 3 jours après l'accouchement rapporté au nombre d'accouchements enregistrés dans l'établissement sanitaire.
<b>Objectif</b>	Vérifier l'application des directives et normes nationales en matière de suivi post natal
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes ayant accouché mises en observation pendant 3 jours ou ayant effectué une consultation post natale (CPoN) dans les 3 jours après l'accouchement
<b>Dénominateur (D)</b>	Accouchements enregistrés dans l'établissement sanitaire
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
	• Central
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer le suivi post natal immédiat
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle par l'établissement sanitaire
<b>Sources de collecte</b>	Service de consultation post natale
	Service de suite couche
	Registre de CPoN
	Dossier individuel d'obstétrique
	Registre d'accouchement
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_10</b>	<b>Nombre de naissances vivantes</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de produit de conception en vie, expulsé après 28 semaines d'aménorrhée, lors d'un accouchement et enregistré dans l'établissement sanitaire.
<b>Objectif</b>	Evaluer la qualité de la surveillance de la grossesse et des soins périnataux
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Selon le terme de la grossesse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prématuré (avant 36 semaines)</li> <li>• A terme (après 36 semaines)</li> </ul>
	Etat du nouveau-né <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malformation</li> <li>• Sans malformation</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• National (Central)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Réduire la mortalité périnatale
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_11</b>	<b>Nombre de nouveau-nés avec un petit poids de naissance</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveau nés vivants, à terme dont le poids est inférieur à 2,500 kg rapporté l'ensemble des naissances vivantes à termes (nés après 36 semaines de grossesse).
<b>Objectif</b>	Dénombrer les naissances vivantes de petit poids
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nouveau-nés vivants, à terme de poids inférieur à 2,500 kg
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de naissances vivantes à terme
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Planifier la prise en charge des enfants de faible poids de naissance
	Apprécier l'état de santé de la mère avant l'accouchement
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_12</b>	<b>Couverture en consultation post natale (CPoN)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes qui ont accouché et qui ont effectué une consultation post natale 6 à 8 semaines après l'accouchement rapporté au nombre de naissances attendues.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau d'utilisation des services postnatals
	Mesurer le niveau de surveillance de l'état de santé de la mère et l'enfant
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes ayant effectué une consultation post natale entre la 6 <sup>ème</sup> et la 8 <sup>ème</sup> semaine après l'accouchement
<b>Dénominateur (D)</b>	Naissances attendues
<b>Désagrégation</b>	Selon la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'utilisation des services de consultation post natale
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne lors des CPoN avec compilation mensuelle par l'établissement
<b>Sources de collecte</b>	Service de consultation post natale
	Registre de CPoN
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_13</b>	<b>Proportion de décès intra-partum (morts nés)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de produit de conception de poids supérieur ou égal à 2500 g <i>non en vie</i> rapporté au nombre total de naissances de plus de 2500 g enregistrées au cours de la même période dans l'établissement sanitaire.
<b>Objectif</b>	Evaluer la qualité de la surveillance de la grossesse et des soins périnataux
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveau-nés de poids supérieur ou égal à 2500 g morts avant l'expulsion
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total des naissances enregistrées dans l'établissement sanitaire
<b>Désagrégation</b>	Selon l'état du mort-né
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais</li> <li>• Macéré</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Réduire la mortalité
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 1000$

<b>PNSME_14</b>	<b>Ratio de mortalité maternelle</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de décès de femmes survenu au cours de la grossesse quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentelle ou fortuite rapporté au nombre de naissances vivantes.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'impact des interventions pour la réduction de la mortalité maternelle
<b>Unité de mesure</b>	Nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de décès maternels enregistrés ou déclarés
<b>Dénominateur (D)</b>	Naissances vivantes
<b>Désagrégation</b>	Selon le milieu
	○ De soins
	○ En communauté
	○ Urbain
	○ Rural
<b>Utilité de gestion</b>	Réduire la mortalité maternelle
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quadriennal (tous les 4 ans) [EDS, MICS]
<b>Sources de collecte</b>	Fiche d'enquête
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100.000$

PNSME_15	Ratio de décès maternels enregistrés
Définition	C'est le nombre de décès de femme survenu au cours de la grossesse jusqu'à 42 jours après la fin de la grossesse quelle que soit la cause mais ni accidentelle ou fortuite pour une période donnée rapporté au nombre de naissances vivantes enregistrées dans l'établissement sanitaire pour la même période.
Objectif	Réduire les décès maternels
Unité de mesure	Nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes
Numérateur (N)	Nombre de décès de femmes survenu au cours de la grossesse jusqu'à 42 jours après la fin de la grossesse quelle que soit la cause mais ni accidentelle ou fortuite pour une période donnée
Dénominateur (D)	Naissances vivantes enregistrées dans l'établissement sanitaire
Désagrégation	Selon le milieu
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement de soins</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la communauté</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8-14 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-19 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 à 24 ans</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 à 49 ans</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>	
Utilité de gestion	Suivre la mortalité maternelle hospitalière
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Quotidienne avec une compilation hebdomadaire
Sources de collecte	Registre d'accouchement
	Registre de suite de couche
	Registre d'hospitalisation
	Registre de décès
	Rapport de l'agent de santé communautaire
	Système de surveillance des décès maternels
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100\ 000$

<b>PNSME_16</b>	<b>Taux de décès néonatal</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveau-nés vivants et qui décèdent dans les 28 jours suivant la naissance rapporté au nombre de naissances vivantes enregistrées.
<b>Objectif</b>	Evaluer la qualité des soins périnataux
<b>Unité de mesure</b>	Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de décès dans les 28 premiers jours de vie
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de naissances vivantes enregistrées
<b>Désagrégation</b>	Selon le délai avant décès
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très Précoce (dans les 24h)</li> <li>• Précoce (1-7 jours)</li> <li>• Tardif (8-28 jours)</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Réduire la mortalité néonatale
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation hebdomadaire, Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Salle d'accouchement
	Suites de couches
	Services de néonatalogie
	Service de pédiatrie
	Ménage
	Registre d'accouchement
	Registre de suite de couche
	registre des services de néonatalogie
	Rapport de l'ASC
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 1\,000$

<b>PNSME_17</b>	<b>Taux de césarienne</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre d'accouchement par césarienne rapporté aux naissances attendues.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer le niveau de prise en charge de complications obstétricales</b>
	<b>Prévenir les complications obstétricales telles les fistules</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre total d'accouchements réalisés par césarienne</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Estimation du nombre total de naissances attendues</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	○ <b>District sanitaire</b>
	○ <b>Direction Régionale de la Santé</b>
	○ <b>Central</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Réduire la mortalité maternelle et néonatale</b>
<b>Méthode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre d'accouchement</b>
	<b>Registre de suites de couches</b>
	<b>Registre de compte rendu opératoire</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

<b>PNSME_18</b>	<b>Proportion d'accouchement par césarienne</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'accouchement par césarienne rapporté au nombre d'accouchements enregistrés dans l'établissement sanitaire.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau de prise en charge de complications obstétricales
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur</b>	Nombre total d'accouchements réalisés par césarienne
<b>Dénominateur (N)</b>	Nombre d'accouchements enregistrés
<b>Désagrégation (D)</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
	• Central
<b>Utilité de gestion</b>	Réduire la mortalité maternelle et néonatale
	Prévenir les complications obstétricales
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
	Registre de suites de couches
	Registre de compte rendu opératoire
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_19</b>	<b>Nombre de complications obstétricales enregistré dans l'établissement sanitaire</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de complications obstétricales prises en charge dans l'établissement sanitaire ou référées vers un autre établissement sanitaire.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'offre de service des SONUB (Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base) et SONUC (Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence complets)
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Mode de gestion</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEC</li> <li>• Référée</li> </ul>
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central (national)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre la satisfaction des besoins en SONU
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
	Registre de suite de couche
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

PNSME_20	Taux de létalité liée aux complications obstétricales
<b>Définition</b>	C'est le nombre de décès de femmes suite à une complication obstétricale rapporté au nombre de femmes ayant présenté une complication obstétricale au cours d'une période donnée.
<b>Objectif</b>	Evaluer l'efficacité de la prise en charge des complications obstétricales
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes décédées suite à une complication obstétricale
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de femmes ayant présenté une complication obstétricale
<b>Désagrégation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par cause de décès : Hémorragies</li> <li>- Embolies amniotiques</li> <li>- Complications HTA</li> <li>- Thrombo-embolismes</li> <li>- ...</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8-14 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-19 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 à 24 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 à 49 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Réduire la mortalité maternelle
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation hebdomadaire, mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement
	Registre de suites de couches
	Registre de compte rendu opératoire
	Système de surveillance des décès maternels
	Base de données de surveillance épidémiologique
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_21</b>	<b>Statut vaccinal en VAT de femme enceinte à l'accouchement</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes ayant reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique (VAT) au cours de la grossesse dont la deuxième dose a été administrée au moins 15 jours avant l'accouchement rapporté au nombre total d'accouchement enregistré.
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau d'immunisation des femmes enceintes à l'accouchement
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Selon le statut vaccinal
	• A jour
	• Non à jour
	• Aucune vaccination
	• Indéterminé
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• District sanitaire
	• Direction Régionale de la Santé
• Central	
<b>Utilité de gestion</b>	Eliminer le tétanos néonatal
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre d'accouchement.
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_22</b>	<b>Taux de fréquentation des services de Planification Familiale (PF)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de consultations de femmes dans les services de PF rapporté au nombre total de femmes en âge de procréer au cours d'une période donnée.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'utilisation des services de PF</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre de femmes ayant fréquenté les services de Planification Familiale au cours d'une période</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre de femmes en âge de procréer pour la même période</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par tranche d'âge</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 18 ans</li> <li>• 19 à 24 ans</li> <li>• 25 à 49 ans</li> </ul>
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier le niveau de fréquentation des services de PF</b>
<b>Méthode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de consultation de PF, Registre de consultation Post natal, Service de PF, de CPoN</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x100</b>

<b>PNSME_23</b>	<b>Nombre de personnes ayant reçu un counseling en PF</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes (hommes ou femmes) qui ont reçu un conseil en planification familiale quel que soit le point de prestation.	
<b>Objectif</b>	Mesurer le niveau d'offre du service de PF	
<b>Unité de mesure</b>	Nombre	
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable	
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par tranche d'âge</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 à 14 ans</li> <li>• 15 à 19 ans</li> <li>• 20 à 24 ans</li> <li>• 25 à 49 ans</li> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>	
	<b>Par sexe</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>	
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'offre de service de PF
	<b>Méthode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation de PF Registre de consultation Post natal
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage	

PNSME_24	Taux d'acceptation des produits de la PF
Définition	C'est le nombre de personnes (femmes ou hommes) ayant fréquenté le service de PF et qui ont accepté une méthode de contraception moderne rapporté au nombre total de personnes (femmes ou hommes) ayant fréquenté les services de Planification Familiale au cours d'une période.
Objectif	Mesurer la capacité du programme à inclure de nouvelles utilisatrices dans la PF
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre de personnes (femmes ou hommes) ayant fréquenté le service de PF et qui ont accepté une méthode de contraception moderne
Dénominateur (D)	Nombre total de personnes (femmes ou hommes) ayant fréquenté les services de Planification Familiale au cours d'une période
Désagrégation	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 à 14 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 à 19 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 à 24 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 à 49 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>
	Par méthode
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIU</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condom</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilule journalière</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injectable</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spermicide</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraception Chirurgicale Volontaire (CVC)</li> </ul>	
Utilité de gestion	Accroître l'utilisation des produits de la PF
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre de consultation en PF,
	Registre CPoN
	Rapport de campagne de PF
Méthode de calcul	(N/D) x100

<b>PNSME_25</b>	<b>Nombre de personnes utilisatrices de la contraception moderne</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes ou d'hommes qui utilisent une méthode quelconque de contraception moderne (Implant, DIU, Condom, Pilule orale et pilule injectable, Stérilisation, Spermicide).	
<b>Objectif</b>	Mesurer la capacité du programme à attirer de nouvelles clientes et maintenir les anciennes dans le programme de planification familiale	
<b>Unité de mesure</b>	Nombre	
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable	
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de cliente</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouvelle</li> <li>• Ancienne</li> </ul>	
	<b>Par type de produit</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant</li> <li>• Dispositif Intra Utérin (DIU)</li> <li>• Condom</li> <li>• Pilule orale</li> <li>• Pilule injectable</li> <li>• CVC (stérilisation)</li> <li>• Spermicide</li> </ul>	
	<b>Par tranche d'âge</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 à 14 ans</li> <li>• 15 à 19 ans</li> <li>• 20 à 24 ans</li> <li>• 25 à 49 ans</li> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'utilisation de la contraception moderne
	<b>Méthode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation de PF
		Registre de consultation Post natale
	<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_26</b>	<b>Nombre de femmes sous contraception moderne perdues de vue</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes utilisant une méthode de contraception moderne et qui ne se sont pas présentées dans leur mois de rendez-vous et dont le prestataire n'a aucune nouvelle.	
<b>Objectif</b>	Mesurer la capacité du programme à maintenir les clients dans le programme	
<b>Unité de mesure</b>	Nombre	
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable	
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable	
<b>Désagrégation</b>	Par type de méthode	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant</li> <li>• Dispositif Intra Utérin (DIU)</li> <li>• Condom</li> <li>• Pilule orale</li> <li>• Spermicide</li> <li>• Pilule injectable</li> </ul>	
	Par niveau de la pyramide sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>	
	Par tranche d'âge	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 à 14 ans</li> <li>• 15 à 19 ans</li> <li>• 20 à 24 ans</li> <li>• 25 à 49 ans</li> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'utilisation des produits de la PF
	<b>Méthode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Registre journalier de PF
		Rapport mensuel PF
	<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_27</b>	<b>Nombre de femmes ayant abandonné la contraception moderne</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes qui ne sont plus présentées pour le renouvellement de leur ordonnance, dont le prestataire ne dispose d'aucune nouvelle depuis 12 mois.
<b>Objectif</b>	Mesurer la capacité du programme à maintenir les clients dans le programme
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de méthode
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant</li> <li>• Dispositif Intra Utérin (DIU)</li> <li>• Condom</li> <li>• Pilule orale</li> <li>• Pilule injectable</li> <li>• Spermicide</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 à 14 ans</li> <li>• 15 à 19 ans</li> <li>• 20 à 24 ans</li> <li>• 25 à 49 ans</li> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Accroître l'utilisation des produits de la PF
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre journalier de PF
	Rapport mensuel PF
	Service de PF
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_28</b>	<b>Nombre de femmes sous contraception moderne protégées</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes qui utilisent un produit quelconque de contraception moderne dont le prestataire sait qu'elles disposent d'une quantité suffisante pour être protégées contre une grossesse non désirée.	
<b>Objectif</b>	Mesurer l'utilisation continue de la contraception moderne	
<b>Unité de mesure</b>	Nombre	
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable	
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par type de méthode</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant</li> <li>• Dispositif Intra Utérin (DIU)</li> <li>• Condom</li> <li>• Pilule orale</li> <li>• Pilule injectable</li> <li>• Spermicide</li> </ul>	
	<b>Par tranche d'âge</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 à 14 ans</li> <li>• 15 à 19 ans</li> <li>• 20 à 24 ans</li> <li>• 25 à 49 ans</li> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>	
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Augmenter la prévalence contraceptive
	<b>Méthode de collecte</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
	<b>Sources de collecte</b>	Echéancier
		Registre de PF
	<b>Méthode de calcul</b>	(anciens + nouveaux) - (perdus de vue + abandons + arrêts + transferts)

<b>PNSME_29</b>	<b>Durée de rupture des produits contraceptifs</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de jour de rupture de chacun des produits de planification familiale au cours du mois au niveau des points de distribution ou de prestation.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité des produits PF
<b>Unité de mesure</b>	Jour
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la performance du système de sécurisation des produits contraceptifs
<b>Désagrégation</b>	Par produit
	• Injectable 2 mois
	• Injectable 3 mois
	• Pilule orale progestatif
	• Pilule orale combiné
	• Implant 3 ans
	• Implant 5 ans
	• Dispositif Intra Utérin (DIU)
	• Condom féminin
	• Condom masculin
	• Spermicide
• Pilule orale d'urgence	
<b>Mode de collecte</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Hebdomadaire, Mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de suivi de stock de l'établissement sanitaire
	Fiche de suivi de stock de pharmacie du district sanitaire
	Fiche de suivi de stock de la NPSP
<b>Méthode de calcul</b>	Somme des jours de rupture par produit

<b>PNSME_30</b>	<b>Quantité de produits contraceptifs distribués</b>
<b>Définition</b>	C'est la quantité de chaque type de produit contraceptif distribué, gratuitement ou vendu.
<b>Objectif</b>	Déterminer le profil d'utilisation des différentes méthodes contraceptives
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par produit contraceptif</b>
	• Injectable 2 mois
	• Injectable 3 mois
	• Pilule orale progestative
	• Pilule Orale Combinée
	• Implant
	• Dispositif Intra Utérin (DIU)
	• Spermicide
	• Pilule orale d'urgence
	• Condom masculin
	• Condom féminin
	• CVC
	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 8 à 14 ans
	• 15 à 19 ans
	• 20 à 24 ans
• 25 à 49 ans	
• 50 ans et plus	
<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
• Central	
<b>Utilité de gestion</b>	Rendre disponible toutes les méthodes modernes de contraception
<b>Méthode de collecte</b>	Routine pour les établissements sanitaires
	Ponctuelle pour le secteur privé pharmaceutique et des partenaires de mise en œuvre
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle par établissement sanitaire
	Trimestrielle auprès des partenaires de mise en œuvre et du secteur privé pharmaceutique
<b>Sources de collecte</b>	Registre de PF
	Registre de CPN
	Registre de CPoN
	Registre d'accouchement
	Fiche de stock
	Partenaires de mise en œuvre
Données du secteur privé pharmaceutique	
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_31</b>	<b>Couples Année Protection (CAP)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de couples protégés contre les grossesses non désirées conférés par les services de planification familiale pendant un an.
<b>Objectif</b>	Estimer la prévalence contraceptive moderne
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par produit contraceptif
	• Injectable 2 mois
	• Injectable 3 mois
	• Pilule orale progestatif
	• Pilule Orale Combiné
	• Implant 5 ans
	• Implant 3 ans
	• Dispositif Intra Utérin (DIU)
	• Spermicide
	• Pilule orale d'urgence
	• Condom masculin
• Condom féminin	
• CVC	
<b>Utilité de gestion</b>	Réduire la proportion de grossesses non désirées
	Réduire la mortalité maternelle
<b>Méthode de collecte</b>	Routine pour les établissements sanitaires
	Ponctuelle pour le secteur privé pharmaceutique et des partenaires de mise en œuvre
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle par établissement sanitaire
	Trimestrielle auprès des partenaires de mise en œuvre et du secteur privé pharmaceutique
<b>Sources de collecte</b>	Registre de PF
	Registre de CPN
	Registre de CPoN
	Registre d'accouchement
	Fiche de stock
	Partenaires de mise en œuvre
	Données du secteur privé pharmaceutique
<b>Méthode de calcul</b>	CAP pour une méthode contraceptive = la quantité de produit distribué multiplié par son coefficient de conversion
	CAP globale = Somme du CAP de chacun des produits

<b>PNSME_32*</b>	<b>Nombre de personnes utilisant les services de Planification familiale testé pour le VIH</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes et d'hommes utilisant les services de planification familiale qui ont été conseillés et testés au VIH.
<b>Objectif</b>	Apprécier la disponibilité de l'offre de service de conseil dépistage du VIH dans les services de PF
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Selon résultat du test
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positif</li> <li>• Négatif</li> </ul>
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 à 14 ans</li> <li>• 15 à 19 ans</li> <li>• 20 à 24 ans</li> <li>• 25 à 49 ans</li> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer l'intégration des services de SR (Santé de la Reproduction) et de VIH
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de PF
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

PNSME\_32\* = Indicateur PF se rapportant au VIH (porte d'entrée PF)

<b>PNSME_33</b>	<b>Nombre d'avortement</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes enceintes dont la grossesse est interrompue avant la 28 <sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée, soit volontairement (IVG), soit spontanément (involontaire).
<b>Objectif</b>	Suivre l'ampleur de l'avortement dans la population de femmes enceintes
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type d'avortement
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spontané</li> <li>• Volontaire</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la prise en charge médicale des femmes après avortement
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de maternité
	Registre de gynécologie
	Registre de consultation
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_34</b>	<b>Nombre de femmes ayant reçu des services de PF après avortement</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes ayant avorté qui ont reçu un service de planification familiale (conseil ou acceptation d'une méthode moderne) quel que soit le type d'avortement (volontaire ou spontané).
<b>Objectif</b>	Apprécier l'intégration des services de PF dans les services de SR
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par produit contraceptif
	• Injectable 2 mois
	• Injectable 3 mois
	• Pilule orale progestatif
	• Pilule Orale Combiné
	• Implant 5 ans
	• Implant 3 ans
	• Dispositif Intra Utérin (DIU)
	• Spermicide
	• Pilule orale d'urgence
	• Condom masculin
	• Condom féminin
	• CVC
	Par tranche d'âge
	• 8 à 14 ans
• 15 à 19 ans	
• 20 à 24 ans	
• 25 à 49 ans	
• 50 ans et plus	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la disponibilité de l'offre de la PF lors des soins après avortement
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de maternité
	Registre d'urgence gynécologie
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_35*</b>	<b>Nombre de femmes testées pour le VIH après avortement</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes ayant avorté qui ont été testées pour le VIH quel que soit le type d'avortement (volontaire ou spontané).
<b>Objectif</b>	Apprécier l'intégration des services de SR et VIH
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	• 8 à 14 ans
	• 15 à 19 ans
	• 20 à 24 ans
	• 25 à 49 ans
	• 50 ans et plus
	<b>Statut sérologique au VIH</b>
• Positif	
• Négatif	
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les services VIH lors des soins après avortement
<b>Méthode de collecte</b>	Routine/Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Journalière avec compilation mensuelle
	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de maternité
	Registre d'urgence gynécologie
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

PNSME\_35\* = Indicateur PNSME se rapportant au VIH (porte d'entrée )

PNSME_36	Proportion de femmes séropositives au VIH mises sous contraception moderne
Définition	C'est le nombre de femmes dépistées positives au VIH qui ont été conseillées pour la contraception et qui ont effectivement accepté une méthode de contraception moderne rapporté au nombre de femmes séropositives au VIH conseillées pour l'utilisation d'une méthode.
Objectif	Apprécier le niveau d'adhésion des femmes séropositives au VIH de PF
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre de femmes dépistées positives au VIH qui ont été conseillées pour la contraception et qui ont effectivement accepté une méthode de contraception moderne
Dénominateur (D)	Nombre de femmes séropositives au VIH conseillées pour l'utilisation d'une méthode
Désagrégation	Produit contraceptif
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injectable 2 mois</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injectable 3 mois</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilule orale progestatif</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilule Orale Combiné</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant 5 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant 3 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositif Intra Utérin (DIU)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spermicide</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilule orale d'urgence</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condom masculin</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condom féminin</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CVC</li> </ul>
	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 -14 ans</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-19 ans</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-24 ans</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25- 49 ans</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 ans et plus</li> </ul>	
Par niveau de la pyramide sanitaire	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Central</li> </ul>	
Utilité de gestion	Renforcer la disponibilité de la PF dans les services de VIH
Méthode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Quotidienne avec compilation mensuelle
Sources de collecte	Dossier client
	Registre de soins
Méthode de calcul	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_37</b>	<b>Proportion de survivants aux violences sexuelles ayant consulté dans l'établissement sanitaire avant 72 heures</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes (homme ou femme) qui déclare avoir été victime de rapport sexuel avec pénétration (anale ou buccale ou vaginale) sans son consentement et qui a consulté un centre de santé dans les 72 heures suivant l'acte rapporté à l'ensemble des cas de violences sexuelles enregistrés dans l'établissement sanitaire.
<b>Objectif</b>	Apprécier le recours précoce aux services de santé (72 heures) après la violence sexuelle
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'hommes ou de femmes victimes de violences sexuelles qui a consulté un centre de santé dans les 72 heures après l'acte
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total des cas violences sexuelles enregistrés dans l'établissement
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	• District sanitaire
• Direction Régionale de la Santé	
• Central	
<b>Utilité de gestion</b>	Sensibiliser la population pour le recours aux soins médicaux dans les 72 heures suivant après la violence sexuelle
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Tous services de consultation en santé, Registre de consultation
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_38</b>	<b>Proportion de femmes survivantes aux violences sexuelles mises sous contraception d'urgence</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes à risque de grossesse survivantes aux violences sexuelles par pénétration vaginale ayant bénéficié d'une contraception d'urgence rapporté au nombre total de femmes à risque de grossesse victime de violence sexuelle par pénétration vaginale.
<b>Objectif</b>	Apprécier la prévention des grossesses suites aux violences sexuelles
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes à risque de grossesse survivantes aux violences sexuelles par pénétration vaginale ayant bénéficié d'une contraception d'urgence
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de femmes à risque de grossesse victimes de violence sexuelle par pénétration vaginale
<b>Désagrégation</b>	<p>Par tranche d'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 -14 ans</li> <li>• 15-19 ans</li> <li>• 20-24 ans</li> <li>• 25- 49 ans</li> <li>• 50 ans et plus</li> </ul> <p>Par niveau de la pyramide sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité de la prise en charge des survivantes aux violences sexuelles
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	<p>Registre de consultation curative</p> <p>Registre de consultation gynécologique</p>
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_39</b>	<b>Proportion de survivants aux violences sexuelles mises sous prophylaxie ARV</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes ou d'hommes survivants aux violences sexuelles avec un risque de contamination et mis sous prophylaxie ARV rapporté au nombre total des survivants aux violences sexuelles avec un risque de contamination.
<b>Objectif</b>	Apprécier la prévention du risque d'infection à VIH en cas de violences sexuelles
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes ou d'hommes survivants aux violences sexuelles avec un risque de contamination et mis sous prophylaxie ARV
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total des survivants aux violences sexuelles avec un risque de contamination enregistré dans l'établissement sanitaire
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par tranche d'âge
	• 0 à 4 ans
	• 5 à 14 ans
	• 15 à 19 ans
	• 20 à 24 ans
	• 25 à 49 ans
	• 50 ans et plus
	Par niveau de la pyramide sanitaire
• District sanitaire	
• Direction Régionale de la Santé	
• Central	
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité de la prise en charge des survivants aux violences sexuelles
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de soins
	Registre de dispensation des ARV
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_40</b>	<b>Prévalence des mutilations génitales féminines (excision)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de femmes victimes de mutilation génitale rapporté à l'ensemble des femmes enquêtées.
<b>Objectif</b>	Déterminer l'ampleur de l'excision
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de femmes victime de mutilation génitale
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de femmes enquêtées
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge lors des enquêtes MICS et EDS
	Niveau d'étude
	Ethnie
	Religion
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Lutter contre les mutilations génitales féminines
<b>Mode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quadriennal (tous les 4 ans)[MICS, EDS]
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_41</b>	<b>Incidence de la diarrhée chez les enfants de 0-59 mois</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas de diarrhée survenus chez les enfants de 0-59 mois rapporté à la population totale des enfants de 0-59 mois.	
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de la diarrhée dans la population des enfants de 0-59 mois	
<b>Unité de mesure</b>	Pour 1 000	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas de diarrhée chez les enfants de 0-59 mois	
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale des enfants de 0 - 59 mois	
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>	
	<b>Par tranche d'âge</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 12 à 59 mois</li> </ul>	
	<b>Par type d'établissement sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>	
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Promotion des pratiques familiales essentielles
		Quantification des intrants nécessaires à la prise en charge (SRO + Zinc, autres médicaments essentiels et consommables...)
	<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle	
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation curative	
<b>Méthode de calcul</b>	$(N / D) \times 1000$	

<b>PNSME_42</b>	<b>Proportion d'enfants de 0-59 mois atteint de diarrhée et traités avec du SRO+ Zinc</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 0 à 59 mois atteints de la diarrhée et traités avec la SRO + Zinc rapporté au nombre total d'enfants de 0 à 59 mois ayant présenté une diarrhée.	
<b>Objectif</b>	Apprécier l'utilisation de la SRO + Zinc dans le traitement de la diarrhée par les Agents de Santé	
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas de diarrhée chez les enfants de 0 à 59 mois traités avec la SRO + Zinc	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas de diarrhée chez des enfants de 0 – 59 mois	
<b>Désagrégation</b>	Selon la gravité	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée sans déshydratation</li> <li>• Diarrhée avec déshydratation</li> <li>• Dysenterie</li> </ul>	
	Par sexe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>	
	Par tranches d'âge	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 12 à 59 mois</li> </ul>	
	Par type d'établissement sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>	
	Par niveau de la pyramide sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de 0 à 59 mois
	<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation	
	Registre d'hospitalisation	
	Registre des urgences	
	Rapport d'activités	

<b>PNSME_43</b>	<b>Proportion d'enfants de 0-59 mois atteints de la pneumonie et traités avec un antibiotique</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de la pneumonie à qui on a prescrit ou administré un antibiotique rapporté au nombre total d'enfants de 0-59 mois ayant présenté une pneumonie.	
<b>Objectif</b>	Apprécier l'utilisation des antibiotiques dans le traitement de la pneumonie par les Agents de Santé	
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas de pneumonie chez les enfants de 0-59 mois traités avec un antibiotique	
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas de pneumonie chez des enfants de 0 – 59 mois	
<b>Désagrégation</b>	<b>Selon la gravité</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumonie simple</li> <li>• Pneumonie grave</li> </ul>	
	<b>Par sexe</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>	
	<b>Par tranche d'âge</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 12 à 59 mois</li> </ul>	
	<b>Par type d'établissement sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>	
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> <li>• Central</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité de la prise en charge de la pneumonie
	<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Journalière avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation	
	Registre d'hospitalisation	
	Registre des urgences	
<b>Méthode de calcul</b>	$(N / D) \times 100$	

<b>PNSME_44</b>	<b>Incidence des infections bactériennes du nouveau-né</b>
<b>Définition</b>	Nombre de nouveaux cas d'infections bactériennes survenant dans les 28 jours après la naissance confirmées par un examen de laboratoire rapporté au nombre de naissance vivante.
<b>Objectifs</b>	Mesurer l'ampleur des infections bactériennes en période néonatale
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas d'infections bactériennes confirmées chez les nouveau-nés
<b>Dénominateur (D)</b>	Naissances vivantes
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Type d'établissement
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la qualité de la prise en charge
	Mesurer l'ampleur des infections bactériennes
<b>Mode de collecte des données</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 1000$

<b>PNSME_45</b>	<b>Proportion d'infection bactérienne en néonatalogie</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveau-nés (0 à 28 jours) hospitalisés présentant une infection bactérienne rapporté à l'ensemble des nouveau-nés hospitalisés.
<b>Objectif</b>	Apprécier la morbidité due aux infections bactériennes en période néonatale
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveau-nés (0 à 28 jours) hospitalisés présentant une infection bactérienne
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de nouveau-nés hospitalisés
<b>Désagrégation</b>	Selon le mode de survenu
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant hospitalisation</li> <li>• En cours d'hospitalisation</li> </ul>
	Type d'établissement
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> <li>• Hôpital Spécialisé</li> <li>• Centre Hospitalier Universitaire (CHU)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Améliorer la prise en charge en période néonatale
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Dossier patient d'hospitalisation
	Registre de soins
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_46</b>	<b>Proportion d'enfants malades de 0-59 mois référés par les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 0-59 mois référés par les ESPC vers les établissements sanitaires de référence rapporté au nombre total d'enfants de 0-59 mois reçus dans les ESPC.
<b>Objectifs :</b>	Evaluer le système de référence/contre référence dans le cadre de la PCIMNE
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 0-59 mois référés par les ESPC
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'enfants de 0 – 59 mois reçus dans les ESPC
<b>Désagrégation</b>	Par tranches d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 12 à- 59 mois</li> </ul>
	Par type de structure sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé (DRS)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluation du système de référence/contre référence
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation, , ,
	Registre de mise en observation
	Registre des urgences
	Rapport d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	$(N / D) \times 100$

<b>PNSME_47</b>	<b>Nombre de décès infanto-juvénile</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans (0 à 59 mois) notifié en milieu de soins et en communauté.
<b>Objectifs</b>	Apprécier la mortalité chez les moins de 5 ans
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	• (0 à 28 jours (Néonatale))
	• 0 à 11 mois (Infantile)
	• 12 à 59 mois (Juvénile)
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les activités de promotion de survie de l'enfant
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation
	Registre d'hospitalisation
	Registre d'urgences
	Registre de décès de l'agent de santé communautaire
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_48</b>	<b>Incidence de la pneumonie chez les enfants de 0-59 mois</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de nouveaux cas de pneumonie survenus chez les enfants de 0-59 mois rapporté à la population totale des enfants de 0-59 mois.	
<b>Objectif</b>	Mesurer l'ampleur de la pneumonie dans la population des enfants de 0-59 mois	
<b>Unité de mesure</b>	Pour 1 000	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas de pneumonie chez les enfants de 0-59 mois	
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale des enfants de 0 à 59 mois	
<b>Désagrégation</b>	Selon la gravité	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumonie simple</li> <li>• Pneumonie grave</li> </ul>	
	Par tranche d'âge	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-11 mois</li> <li>• 12 à 59 mois</li> </ul>	
	Par sexe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>	
	Par type d'établissement sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC)</li> <li>• Hôpital Général (HG)</li> <li>• Centre Hospitalier Régional (CHR)</li> </ul>	
	Par niveau de la pyramide sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• DRS</li> <li>• Central</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Promotion des pratiques familiales essentielles
		Quantifier les intrants nécessaires à la prise en charge
	<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle	
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation	
	Registre d'hospitalisation	
	Registre d'urgences	
<b>Méthode de calcul</b>	$(N / D) \times 1000$	

<b>PNSME_49</b>	<b>Taux de mortalité infanto-juvénile</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans (0 à 59 mois) rapporté à la population des enfants de 0 à 59 mois quelque soit la cause de décès.
<b>Objectif</b>	Apprécier le niveau de variation du taux de mortalité vers les objectifs fixés
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de décès d'enfants de 0 à 59 mois
<b>Dénominateur (D)</b>	Population d'enfants de 0 à 59 mois
<b>Désagrégation</b>	Selon l'âge au décès
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Néonatale (0 à 28 jours)</li> <li>• Infantile (0 à 11 mois)</li> <li>• Juvénile (12 à 59 mois)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les activités de promotion de survie de l'enfant
<b>Mode de collecte des données</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quadriennal (tous les 4 ans) [EDS, MICS]
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N / D) \times 1\ 000$

## Au niveau communautaire

<b>PNSME_C1</b>	<b>Proportion d'enfants de 0-59 mois présentant une pneumonie et traités avec de l'Amoxicilline par un Agent de Santé Communautaire</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 0-59 mois souffrant de pneumonie à qui l'agent de santé communautaire (ASC) a administré de l'Amoxicilline, rapporté au nombre total d'enfants de 0 – 59 mois ayant présenté une pneumonie.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'utilisation de l'Amoxicilline dans le traitement de la pneumonie par les ASC
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 0-59 mois souffrant de pneumonie à qui l'agent de santé communautaire (ASC) a administré de l'Amoxicilline
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'enfants de 0 – 59 mois ayant présenté une pneumonie
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 11 à 59 mois</li> </ul>
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer la prise charge précoce de la pneumonie au niveau communautaire
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de l'ASC
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_C2</b>	<b>Proportion d'enfants de 0-59 mois présentant une diarrhée identifiés et traités par un Agent de Santé Communautaire avec du SRO + Zinc</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée et traités avec du SRO + Zinc par un ASC, rapporté au nombre total d'enfants de 0 – 59 mois présentant une diarrhée.
<b>Objectif</b>	Apprécier l'utilisation du SRO + Zinc dans le traitement de la diarrhée par les ASC
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas de diarrhée chez les enfants de 0 – 59 mois traités avec le SRO + Zinc par un ASC
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas de diarrhée chez les enfants de 0 – 59 mois identifié au niveau communautaire
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 12 à 59 mois</li> </ul>
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé (DRS)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier l'apport de l'ASC dans le traitement de la diarrhée avec le SRO+Zinc dans la communauté
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de l'Agent de Santé Communautaire
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_C3</b>	<b>Proportion d'enfants de 0-59 mois malades orientés au centre de santé par un Agent de Santé Communautaire</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'enfants de 0 à 59 mois malades référés par les ASC vers les ESPC rapporté au nombre total d'enfants de 0-59 mois pris en charge par les ASC.
<b>Objectif</b>	Evaluer le niveau de référence des cas de maladies vers les ESPC par les ASC
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois orientés par les ASC vers les ESPC
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'enfants de 0 à 59 mois pris en charge par les ASC
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 12 à 59 mois</li> </ul>
	Par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par niveau de la pyramide sanitaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé (DRS)</li> <li>• Central</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer la capacité des ASC à identifier les cas de maladies chez les enfants de 0 à 59 mois
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de l'Agent de Santé Communautaire
	Registre de consultation du centre de santé
<b>Méthode de calcul</b>	$(N / D) \times 100$

<b>PNSME_C4</b>	<b>Nombre de naissances enregistrées par les ASC</b>	
<b>Définition</b>	C'est le nombre de naissances vivantes ou non, notifiées par les ASC.	
<b>Objectif</b>	Recenser les naissances dans la communauté	
<b>Unité de mesure</b>	Nombre	
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable	
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable	
<b>Désagrégation</b>	Par état à la naissance	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivant</li> <li>• Mort-né</li> </ul>	
	Par Sexe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>	
	Selon le lieu d'accouchement	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement sanitaire</li> <li>• Case de santé</li> <li>• A domicile</li> </ul>	
	Par niveau de la pyramide sanitaire	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé (DRS)</li> <li>• Central</li> </ul>	
	<b>Utilité de gestion</b>	Faire la promotion des avantages de l'accouchement assisté
		Promouvoir l'utilisation des services de santé
	<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
	<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de l'Agent de Santé Communautaire	
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage	

<b>PNSME_C5</b>	<b>Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans enregistrés par les ASC</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de cas de décès survenu dans la tranche d'âge des moins de 5 ans au niveau communautaire.
<b>Objectifs</b>	Recenser les décès des enfants de moins de 5 ans dans la communauté
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par tranche d'âge</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 à 28 jours</li> <li>• 0 à 11 mois</li> <li>• 12 à 59 mois</li> </ul>
	<b>Par sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	<b>Par niveau de la pyramide sanitaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• District sanitaire</li> <li>• Direction Régionale de la Santé (DRS)</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Promouvoir les pratiques essentielles pour la survie de l'enfant
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de l'Agent de Santé Communautaire
	Rapport d'activités de l'ASC
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_C6</b>	<b>Proportion de décès maternels dans la communauté</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de décès de femmes survenu pendant la grossesse, à l'accouchement ou après l'accouchement (jusqu'à 42 jours) rapporté au nombre total de décès de femmes dans la communauté déclaré par l'ASC quelle que soit la cause du décès.
<b>Objectif</b>	Dénombrer les décès maternels survenus dans la communauté
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de décès de femmes survenu pendant la grossesse, à l'accouchement ou après l'accouchement (jusqu'à 42 jours)
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de décès de femmes dans la communauté déclaré par l'ASC quelle que soit la cause du décès
<b>Désagrégation</b>	Par femme enceinte
	Par tranche d'âge
	• 8 à 14ans
	• 15 à 19ans
	• 20 à 24ans
	• 25 à 49 ans
• 50 ans et plus	
<b>Utilité de gestion</b>	Surveiller les décès maternels
	Organiser la riposte
<b>Mode de collecte des données</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation hebdomadaire, mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de l'ASC
	Fiche d'identification des décès maternels
	Rapport d'activités de l'ASC
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSME_C7</b>	<b>Nombre de victimes de VBG identifiées au niveau communautaire</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des personnes victimes de violences basées sur le genre identifiées au niveau communautaire.
<b>Objectif</b>	Mesurer les VBG
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	• Femme
	• Homme
	<b>Par tranche d'âge</b>
	• 0-11 mois
	• 1-4 ans
	• 5-9 ans
	• 10-14 ans
	• 15-17 ans
	• 18 ans et plus
	<b>Type de violence</b>
	• Sexuelle
• Physique	
• Emotionnelle	
• Autres	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier le suivi des services offerts
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Fiches d'activités
	Rapports d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PNSME_C8</b>	<b>Nombre de victimes de VBG identifiées dans la communauté et référées vers les structures de prise en charge</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des personnes (homme et femme) victimes de violence basées sur le genre identifiées au niveau communautaire et référées vers les structures de prise en charge.
<b>Objectif</b>	Dénombrer les cas de VBG identifiées dans la communauté et référées en lien avec le VIH
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Femme
	• Homme
	Par tranche d'âge
	• 0-11 mois
	• 1-4 ans
	• 5-9 ans
	• 10-14 ans
	• 15-17 ans
	• 18 ans et plus
	Type de violence
	• Sexuelle
	• Physique
• Emotionnelle	
• Autres	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier le suivi des services offerts
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiches d'activités
	Rapports d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## 5.29. Programme National de Santé Oculaire et Lutte contre l'Onchocercose (PNSOULO)

<b>PNSOLO_01</b>	<b>Taux de couverture géographique du Traitement à l'Ivermectine sous-Directive Communautaire (TIDC)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de villages traités au cours d'une année donnée rapporté au nombre total de villages méso/hyper-endémiques dans la zone.
<b>Objectif</b>	Mesurer le stade d'élimination de l'onchocercose. Norme : 100%
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de villages traités
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de villages méso/hyper-endémiques dans la zone.
<b>Désagrégation</b>	Par aire de santé
	Par district
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les campagnes de masse et la distribution de l'Ivermectine
<b>Méthode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Ponctuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de synthèse des activités du PNSOLO
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSOLO_02</b>	<b>Taux de couverture thérapeutique du TIDC (Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes traitées au cours d'une année donnée rapporté à la population totale villages méso/hyper-endémiques.
<b>Objectif</b>	Mesurer le stade d'élimination de l'onchocercose. Norme : 100%
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes traitées au cours d'une année donnée
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale dans les villages méso/hyper-endémiques dans la zone
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par âge
	Par aire de santé
	Par district
<b>Utilité de gestion</b>	Renforcer les campagnes de masse et la distribution de l'Ivermectine
<b>Méthode de collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Ponctuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche synthèse des activités
	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSOLO_03</b>	<b>Taux de chirurgie de la cataracte</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de cas de cataracte opérés rapporté au nombre d'habitants.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer la célérité avec laquelle le nombre total de cas de cataracte est pris en charge par chirurgie</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre de cas de cataracte opérés</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre de cas de cataracte diagnostiqués</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Masculin</b></li> <li>• <b>Féminin</b></li> </ul>
	<b>Par âge</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Recherche active des cas de cataracte et leur prise en charge</b>
<b>Méthode de collecte</b>	<b>Enquête</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Ponctuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de recueil des rapports mensuels des structures d'ophtalmologie</b>
	<b>Rapport d'activités PNSOLO</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>(N/D) x1 000 000</b>

## 5.30. Programme National Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)

<b>PNSSU_01</b>	<b>Taux de couverture en visite systématique des élèves</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'élèves visités par les médecins dans les classes rapporté au nombre d'élèves inscrits à l'école durant l'année scolaire dans les Services de Santé Scolaires et Universitaires (SSSU).
<b>Objectif</b>	Déterminer le taux de couverture des visites systématiques chez les élèves inscrits dans les établissements scolaires
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'élèves visités par les médecins des SSSU
<b>Dénominateur(D)</b>	Nombre total d'élèves inscrits dans les établissements scolaires
<b>Désagrégation</b>	Par SSSU
	Par sexe <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin</li> <li>• Féminin</li> </ul>
	Par âge
	Par niveau d'étude
<b>Utilité de gestion</b>	Suivre l'état de santé des enfants afin de dépister les handicaps et autres pathologies pouvant entraver le développement psychomoteur et affectif de l'enfant
	Proposer une prise en charge ou orientation vers un service spécialisé
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle au cours de l'année scolaire en cours
<b>Sources de collecte</b>	Registre de visites médicales des médecins
	Fiches de visites systématiques des élèves
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSSU_02</b>	<b>Proportion d'enfants inscrits à l'école déparasités au cours des visites médicales systématiques de détection</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'élèves visités et déparasités dans les classes rapporté au nombre d'élèves inscrits dans les établissements scolaires.
<b>Objectif</b>	Déterminer la proportion d'élèves visités et déparasités dans les établissements scolaires
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'élèves visités et déparasités par les médecins dans les établissements scolaires
<b>Dénominateur(D)</b>	Nombre total d'élèves inscrits dans les établissements scolaires
<b>Désagrégation</b>	Par sexe
	• Masculin
	• Féminin
	Par âge
	Par niveau d'étude
<b>Utilité de gestion</b>	Prévenir la survenue de l'anémie et autres pathologies liées aux parasitoses pouvant entraver leur développement psychomoteur de l'enfant
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle au cours de l'année scolaire en cours
<b>Sources de collecte</b>	Registre de visites médicales des médecins
	Fiches de visites systématiques des enfants
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D) \times 100$

<b>PNSSU_03</b>	<b>Nombre de cas de grossesses précoces en milieu scolaire</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de cas de grossesse survenue chez les élèves.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer le nombre d'élèves en grossesse précoce au cours de l'année scolaire</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par niveau d'élève</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau Primaire</li> <li>- Niveau Primaire</li> </ul>
	<b>Par âge : 8-14 ans ; 15 – 16 ans ; 17 – 19 ans ; 20 ans et plus</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Prévenir la survenance des grossesses chez les filles inscrites à l'école</b>
	<b>Eviter l'arrêt de la scolarité chez les filles inscrites à l'école</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Mensuelle au cours de l'année scolaire en cours</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de visites médicales des médecins</b>
	<b>Fiches de visites systématiques des enfants</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

<b>PNSSU_04</b>	<b>Proportion de SSSU offrant la SR/PF</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de SSSU offrant la SR/PF rapporté au nombre total de SSSU dont les prestataires ont été formés.
<b>Objectif</b>	Apprécier la couverture des SSU en activités de SR/PF
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur</b>	Nombre de SSSU offrant la SR/PF aux élèves
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de SSSU ayant les prestataires formés à la SR/PF
<b>Désagrégation</b>	Par niveau de la pyramide sanitaire
	District sanitaire
	Direction Régionale de la Santé (DRS)
	Central (National)
<b>Utilité de gestion</b>	Prévenir la survenance des grossesses chez les élèves
	Eviter de l'arrêt de la scolarité chez les filles inscrites à l'école
<b>Mode de collecte</b>	Mensuelle au niveau des SSSU
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Mensuelle au cours de l'année scolaire en cours
<b>Sources de collecte</b>	Registre de visites médicales des médecins
	Fiches de visites systématiques des enfants
<b>Méthode de calcul</b>	$(ND/D) \times 100$

# SECTION DES INDICATEURS VIH

# Récapitulatif des indicateurs nationaux VIH au Niveau établissement sanitaire

## Infections Sexuellement Transmissibles

code Indicateur	libellé de l'indicateur
IST_01	Nombre de nouveaux cas d'IST
IST_02	Proportion de personnes atteintes d'une IST ayant bénéficié d'un kit de prise en charge
IST_03	Proportion de cas d'IST diagnostiqués et référés
IST_04	Proportion de cas d'IST dont le diagnostic étiologique est établi
IST_05	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénataux et qui sont séropositives à la syphilis
IST_06	Proportion de personnes atteintes d'IST ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH
IST_07	Proportion de personnes atteintes d'IST dépistées positives pour le VIH

## Conseil dépistage

code Indicateur	libellé de l'indicateur
CD_01	Nombre de clients conseillés pour le dépistage du VIH
CD_02	Nombre de clients dépistés pour le VIH
CD_03	Nombre de clients dépistés pour le VIH et ayant reçu les résultats du test
CD_04	Nombre de clients dépistés positifs au VIH
CD_05	Nombre de dépistage du VIH réalisé en couple
CD_06	Nombre de clients positifs référés dans les centres de PEC et dont la fiche de contre référence a été renvoyée au centre référant
CD_07	Nombre de tests de dépistage VIH réalisés

## Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

<b>code Indicateur</b>	<b>libellé de l'indicateur</b>
PTME_01	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN1
PTME_02	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 1 et se connaissant déjà séropositives au VIH
PTME_03	Nombre de femmes enceintes conseillées et ayant reçu une proposition de test au VIH en CPN 1
PTME_04	Nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH
PTME_05	Nombre total de femmes enceintes testées pour le VIH
PTME_06	Nombre de femmes enceintes conseillées et testées qui ont reçu leur résultat du test VIH (en CPN et en maternité)
PTME_07	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives au VIH en CPN et en maternité
PTME_08	Nombre de femmes enceintes séropositives nouvellement mises sous ARV
PTME_09	Nombre de femmes enceintes séropositives déjà sous ARV
PTME_10	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'accouchement a été enregistré dans l'établissement sanitaire
PTME_11	Nombre d'enfants nés vivants de mères séropositives au VIH
PTME_12	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH ayant reçu des ARV dans les 72 h après la naissance
PTME_13	Nombre de mères séropositives au VIH venues à la consultation Post Natale
PTME_14	Nombre de mères séropositives au VIH bénéficiant des services de Planification familiale en Post Natal
PTME_15	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH vus au 1er RDV de vaccination DTC- HépB-Hib1 (Penta 1), Pneumo 13, Polio 1
PTME_16	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH initiant la prophylaxie au Cotrimoxazole avant 2 mois
PTME_17	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement
PTME_18	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement
PTME_19	Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif
PTME_20	Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif et référés dans une structure offrant la PEC
PTME_21	Nombre d'enfants nés de mères séropositives sous-alimentation exclusive
PTME_22	Nombre de conjoints de femmes enceintes qui ont été dépistés pour le VIH
PTME_23	Nombre de conjoints de femmes enceintes séropositives qui ont été dépistés pour le VIH

## Prise en charge

code Indicateur	libellé de l'indicateur
PEC_01	Nombre cumulé de patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH au début du mois
PEC_02	Nombre de nouveaux patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH au cours du mois
PEC_03	Nombre cumulé de patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH à la fin du mois
PEC_04	Nombre de nouveaux patients inscrits, transférés d'un autre établissement au cours du mois
PEC_05	Nombre total de patients VIH positifs ayant reçu les soins VIH dans le mois
PEC_06	Nombre de patients ayant bénéficié du paquet minimum de services de prévention positive à la dernière visite
PEC_07	Nombre de patients éligibles au Cotrimoxazole (CTX) au cours du mois
PEC_08	Nombre de patients sous CTX (anciens cas)
PEC_09	Nombre de patients VIH nouvellement mis sous CTX (nouveaux cas)
PEC_10	Nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan d'évaluation de l'éligibilité aux ARV
PEC_11	Nombre de PVVIH éligibles aux ARV au cours du mois
PEC_12	Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle au cours du mois
PEC_13	Nombre de PVVIH dépistés malnutris au cours du mois
PEC_14	Nombre de PVVIH malnutris qui ont bénéficié d'un traitement nutritionnel au cours du mois
PEC_15	Nombre total de PVVIH éligibles aux ARV et qui n'ont pas commencé le Traitement ARV
PEC_16	Nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan biologique au cours du mois
PEC_17	Nombre cumulé de PVVIH sous ARV au début du mois
PEC_18	Nombre de PVVIH ayant nouvellement commencé le Traitement ARV dans l'établissement au cours du mois
PEC_19	Nombre de PVVIH sous Traitement ARV transférés dans l'établissement sanitaire au cours du mois
PEC_20	Nombre de nouveaux PVVIH sous ARV dans l'établissement au cours du mois
PEC_21	Nombre cumulé de PVVIH sous Traitement ARV dans l'établissement à la fin du mois

code Indicateur	libellé de l'indicateur
PEC_22	Nombre de PVVIH sous ARV (File active)
PEC_23	Nombre de PVVIH initiant le traitement ARV au cours du mois
PEC_24	Nombre de PVVIH qui ont reçu un traitement ARV dans le mois
PEC_25	Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose à la dernière visite
PEC_26	Nombre de PVVIH suspects de tuberculose après une recherche active
PEC_27	Nombre de PVVIH chez qui la tuberculose a été diagnostiquée
PEC_28	Nombre de PVVIH ayant débuté le traitement de la tuberculose dans l'établissement
PEC_29	Nombre de patients sous traitement antituberculeux et enrôlés dans les soins VIH
PEC_30	Nombre de patients coinfectés TB/VIH recevant le Cotrimoxazole (CTX)
PEC_31	Nombre de PVVIH qui ne sont pas venus s'approvisionner en ARV au cours du mois
PEC_32	Nombre de patients sous traitement ARV qui sont passés de la première ligne à la deuxième ligne après 12 mois de traitement (cohorte)
PEC_33	Nombre de PVVIH qui ont initié le traitement ARV sur le site 12 mois auparavant (la cohorte)
PEC_34	Nombre de PVVIH qui ont initié le traitement ARV et qui sont encore en vie et sous traitement 12 mois après le début du traitement
PEC_35	Nombre de patients VIH positifs ayant reçu au moins un des examens suivants : stadification clinique OMS ou bilan CD4 ou Charge virale
PEC_36	Nombre de PVVIH sous ARV dont le résultat de la charge virale a été documenté
PEC_37	Nombre de PVVIH sous ARV chez qui le résultat de la charge virale est $\leq 1000$ copies/ml 12 mois après la mise sous TARV (suppression de la charge virale)
PEC_38	Nombre de PVVIH sous ARV chez qui la charge virale est indétectable au cours du mois (charge virale $\leq 50$ copies/ml)
PEC_39	Nombre de PVVIH sous ARV chez qui il y a suppression de la charge virale au cours du mois (charge virale $\leq 1000$ copies/ml)
PEC_40	Nombre de patients VIH positifs ayant bénéficié d'une charge virale

# INDICATEURS VIH DU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

## CD/IST

code Indicateur	libellé de l'indicateur
CD/IST_C1	Nombre de points de distribution de préservatifs
CD/IST_C2	Nombre de préservatifs distribués
CD/IST_C3	Nombre de clients conseillés pour le dépistage du VIH/sida dans la communauté
CD/IST_C4	Nombre de clients testés pour le VIH dans la communauté
CD/IST_C5	Nombre de clients testés pour le VIH et ayant reçu les résultats du test
CD/IST_C6	Nombre de clients testés positifs au VIH dans la communauté
CD/IST_C7	Nombre de personne touchées lors des séances de sensibilisation de proximité sur les moyens de prévention du VIH
CD/IST_C8	Proportion d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie ou «Life Skills" au cours de la dernière année scolaire
CD/IST_C9	Proportion d'élèves touchés par l'enseignement des curricula Life Skills dans les établissements scolaires
CD/IST_C10	Nombre de personnes vivant avec le VIH recevant le paquet minimum de service en santé positive, dignité et prévention

## PTME

code Indicateur	libellé de l'indicateur
PTME_C1	Nombre de personnes touchées lors des sensibilisations de proximité sur la Consultation Périnatale /Planification Familiale /Infections Sexuellement Transmissible –Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PTME_C2	Nombre de femmes enceintes sensibilisées et référées vers les centres de consultation prénatal offrant la PTME

## Soins et Soutien (SS)

code Indicateur	libellé de l'indicateur
SS_C1	Proportion de PIAVIH dépistées malnutries prises en charge dans la communauté
SS_C2	Nombre de Personnes Infectées/Affectées par le VIH (PIAVIH) ayant reçu un service nutritionnel
SS_C3	Nombre d'OEV identifiés
SS_C4	Nombre d'OEV et leur famille identifiés
SS_C5	Proportion d'OEV ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle
SS_C6	Proportion d'OEV malnutris pris en charge dans la communauté
SS_C7	Nombre d'OEV infectés par le VIH
SS_C8	Nombre d'OEV et leur famille bénéficiant d'un soutien
SS_C9	Nombre de bénéficiaires actifs
SS_C10	Nombre d'OEV référés par les organisations
SS_C11	Nombre d'OEV ayant changé de statut sur la base du CSI
SS_C12	Nombre de visites à domicile pour le suivi des OEV
SS_C13	Nombre de bénéficiaires actifs servi par les programmes OEV de soutien aux enfants et à leur famille affecté par le vih/sida et leur famille bénéficiant d'un soutien

**FICHES DE REFERENCE  
TECHNIQUE DES INDICATEURS  
DU NIVEAU  
ETABLISSEMENT SANITAIRE**

## 6. INDICATEURS VIH DU NIVEAU ETABLISSEMENT SANITAIRE

### 6.1. Infections sexuellement transmissibles

IST_01	Nombre de nouveaux cas d'IST
Définition	C'est l'ensemble des cas d'IST nouvellement diagnostiqués au cours d'une période donnée
Objectif	Apprécier la fréquence des IST
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Sexe : Masculin /Féminin
	Tranche d'âge
	0-28 jours
	10 -14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
	Type de syndrome
	Statut : Femme enceinte
Utilité de gestion	Quantifier les kits de PEC syndromique des IST
Mode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre de consultations curatives
Mode de calcul	Additionner le nombre de nouveaux cas d'IST au cours de la période de rapport

<b>IST_02</b>	<b>Proportion de personnes atteintes d'une IST ayant bénéficié d'un kit de prise en charge</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des personnes atteintes d'IST ayant bénéficié d'un kit de prise en charge IST rapporté au nombre total de cas d'IST diagnostiqués</b>
<b>Objectifs</b>	<b>Apprécier la disponibilité des kits de prise en charge des IST sur les sites</b>
	<b>Mesurer le nombre de cas d'IST ayant bénéficié d'une prise en charge adéquate</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre de cas d'IST diagnostiqué ayant bénéficié d'un kit de prise en charge IST</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre total de cas d'IST diagnostiqués</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Type de syndrome</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier la couverture en kits IST</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de consultations curatives</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>N/D x 100</b>

<b>IST_03</b>	<b>Proportion de cas d'IST diagnostiqués et référés</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des cas d'IST diagnostiqués et qui ont été référés à un niveau supérieur pour traitement rapporté au nombre total de cas d'IST diagnostiqués en consultation.
<b>Objectifs</b>	Mesurer la continuité de l'offre de soins adéquats pour la prise en charge des IST
	Evaluer la capacité des structures de santé à prendre en charge les IST
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et qui ont été référés à un niveau supérieur pour traitement
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de cas d'IST diagnostiqués en consultation
<b>Désagrégation</b>	Sexe : Masculin /Féminin
	Tranche d'âge
	0-28 jours
	10 -14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
50 et +	
	Type de syndrome
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier le système de référence et de contre référence
	Quantifier les besoins en réactifs de diagnostic des IST des établissements de niveau IST 2 et IST 3
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec compilation
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultations curatives
	Rapport SIG
<b>Mode de calcul</b>	$N/D \times 100$

<b>IST_04</b>	<b>Proportion de cas d'IST dont le diagnostic étiologique est établi</b>
Définition	C'est l'ensemble des cas d'IST diagnostiqués après examen biologique rapporté au nombre total de cas suspects d'IST
Objectif	Mesurer la fréquence des germes responsables des IST
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre de cas d'IST diagnostiqués après examen biologique
Dénominateur (D)	Nombre total de cas suspects d'IST
Désagrégation	Sexe : Masculin /Féminin
Utilité de gestion	Quantifier les intrants de laboratoire et les kits IST
Mode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre de laboratoire
	Registre de consultations curatives
	SIGDEP
Mode de calcul	$N/D \times 100$

<b>IST_05</b>	<b>Nombre de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénataux et qui sont séropositives à la syphilis</b>
Définition	C'est l'ensemble des femmes qui ont consulté dans les services de soins prénataux et dont la sérologie pour la syphilis est positive.
Unité de mesure	Nombre
Objectif	Mesurer la fréquence de la syphilis chez les femmes enceintes
Numérateur (N)	NA
Dénominateur (D)	NA
Désagrégation	NA
Utilité de gestion	Apprécier la fréquence de la syphilis chez les gestantes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénataux
Mode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre de laboratoire
	Registre de CPN
Mode de calcul	Additionner le nombre de femmes enceintes positives pour la syphilis

<b>IST_06</b>	<b>Proportion de personnes atteintes d'IST ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des personnes chez qui une IST a été diagnostiquée et qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH rapporté au nombre total de personnes chez qui une IST a été diagnostiquée</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer le niveau de dépistage du VIH chez les personnes atteintes d'une IST</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre de personnes chez qui une IST a été diagnostiquée et qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH.</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre total de personnes chez qui une IST a été diagnostiquée</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Sexe: Masculin /Féminin</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Type de syndrome</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier la fréquence du VIH chez les personnes atteintes d'IST</b>
	<b>Apprécier la performance des prestations</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec compilation mensuelle.</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de consultations curatives, registre CPN, registre accouchement, registre post natal</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>N/D x 100</b>

<b>IST_07</b>	<b>Proportion de personnes atteintes d'IST dépistées positives pour le VIH</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des personnes atteintes d'une IST dépistées positives au VIH rapporté au nombre total de personnes atteintes d'une IST dépistées au VIH</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer la fréquence du VIH chez les personnes atteintes d'une IST</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre de personnes atteintes d'une IST dépistées positives au VIH</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre total de personnes atteintes d'une IST dépistées au VIH</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Sexe : Masculin / Féminin</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-28 jours</b>
	<b>10 -14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Type de syndrome</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Assurer une quantification adéquate des intrants</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données:</b>	<b>Collecte quotidienne avec compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de consultations curatives, registre de dépistage par les tests rapides, registre CPN, registre d'accouchements, registre CPoN</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b><math>N/D \times 100</math></b>

## 6.2. Prévention Conseil Dépistage

CD_01	Nombre de clients conseillés pour le dépistage du VIH
Définition	C'est l'ensemble des clients qui ont bénéficié de conseil pour le dépistage du VIH
Objectif	Mesurer l'offre de service de proposition de dépistage du VIH à la population
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Sexe : Masculin /Féminin
	Tranche d'âge
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
Statut : Femmes enceintes	
Mode de collecte	Routine
Utilité de gestion	Quantifier les intrants de dépistage
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre de consultations curatives, registre de CPN, registre d'accouchement, registre CPoN, registre de déclaration des cas de TB, registre de dépistage par les tests rapides
Mode de calcul	Additionner le nombre de personnes conseillées pour le test VIH
	N.B : Pour les enfants de moins de 18 ans, ce sont les parents / tuteurs qui reçoivent le conseil.

<b>CD_02</b>	<b>Nombre de clients dépistés pour le VIH</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des clients qui ont fait le test de dépistage pour le VIH y compris le dépistage précoce</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de service de dépistage du VIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
	<b>Type de dépistage (PCR / sérologie)</b>
<b>Type de résultats (négatif /positif)</b>	
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier la performance du programme</b>
	<b>Apprécier le taux d'acceptation du test selon la porte d'entrée</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de dépistage par les tests rapides, Registre PTME de suivi mère-enfant</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de personnes dépistées dans l'établissement</b>
	<b>NB : Ne pas comptabiliser les personnes venues pour les dépistages de contrôle</b>

<b>CD_03</b>	<b>Nombre de clients dépistés pour le VIH et ayant reçu les résultats du test</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des clients qui ont reçu le résultat de leur test de dépistage du VIH.
<b>Objectif</b>	Suivre la tendance du nombre de clients ayant reçu le résultat de leur test
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
	<b>Type de résultats (négatif /positif)</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la qualité du service de dépistage
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de dépistage par les tests rapides, registre de consultations curatives, registre de CPN, registre d'accouchement, registre CPoN, registre de déclaration des cas de TB, registre PTME de suivi mère-enfant
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de personnes dépistées ayant reçu leurs résultats.
	NB : Ne pas comptabiliser les personnes venues pour les dépistages de contrôle

CD_04	Nombre de clients dépistés positifs au VIH
Définition	C'est l'ensemble des clients dépistés chez qui le résultat du test de dépistage au VIH est positif
Objectif	Suivre la tendance du nombre de clients séropositifs au VIH
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Tranche d'âge
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
Sexe : Masculin /Féminin	
Type (VIH-1, VIH- 2 et VIH-1&2)	
Mode de collecte	Routine
Utilité de gestion	Orienter les stratégies dans la prévention et la PEC de l'infection à VIH
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre de dépistage par les tests rapides, registre PTME de suivi mère-enfant
Mode de calcul	Additionner le nombre de clients dépistés positifs dans l'établissement

CD_05	Nombre de dépistage du VIH réalisés en couple
Définition	C'est l'ensemble des dépistages VIH réalisés en couple (partenaires testés ensemble) qui ont bénéficié du test de dépistage du VIH
Objectif	Mesurer l'acceptation du dépistage en couple
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Non applicable
Mode de collecte	Routine
Utilité de gestion	Partager le statut sérologique dans le couple et faciliter la PEC des enfants exposés.
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre de dépistage par les tests rapides
Mode de calcul	Additionner le nombre de dépistage VIH réalisés en couple
	NB : Un couple est compté une seule fois

<b>CD_06</b>	<b>Nombre de clients positifs référés dans les centres de PEC et dont la fiche de contre référence a été renvoyée au centre référant</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des clients séropositifs au VIH reçus dans les services de prise en charge et dont la fiche de contre référence a été renseignée et renvoyée au centre référant (référence active)</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'efficacité du système de référence et contre référence</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation:</b>	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
<b>50 et +</b>	
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Evaluer la mise en œuvre des directives de référence et contre référence</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Fiche de référence et contre référence</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de clients positifs référés dont la fiche de contre référence a été renseignée et renvoyée au centre référant (référence active)</b>

<b>CD_07</b>	<b>Nombre de tests de dépistage VIH réalisés</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des tests VIH utilisés aux postes de dépistage ou aux laboratoires</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer la quantité de tests utilisés pour le dépistage au VIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	Type de tests
	-Tests rapides
	Résultats des tests
	- Positifs (tests réactifs)
	- Négatifs (tests non réactifs)
	Validité du test
	- Réactifs
- Invalides	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Quantifier les intrants</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de dépistage par les tests rapides</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de tests de dépistage VIH utilisés aux postes de dépistage ou aux laboratoires</b>

## 6.3. Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

PTME_01	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN1
Définition	C'est l'ensemble des femmes enceintes reçues pour la première fois en CPN quel que soit l'âge de la grossesse.
Objectif	Mesurer l'utilisation initiale des services de santé maternelle
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Tranche d'âge
	8- 14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
Mode de collecte	Routine
Utilité de Gestion	Apprécier le niveau de fréquentation des services prénataux
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre CPN
Mode de calcul	Additionner le nombre de femmes enceintes reçues pour leur CPN 1 dans l'établissement

PTME_02	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 1 et se connaissant déjà séropositives au VIH
Définition	L'ensemble des femmes enceintes se sachant séropositives au VIH avant la CPN 1
Objectif	Apprécier le désir de maternité chez les femmes séropositives au VIH
Unité de mesure	Nombre
Numérateur	Non applicable
Dénominateur	Non applicable
Désagrégation	NA
Mode de collecte	Routine
Utilité de Gestion	Gestion du programme en rapport avec le pilier 2 de la PTME (désir de grossesse chez les personnes vivant avec le VIH)
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre CPN
Mode de calcul	Additionner le nombre de femmes enceintes reçues pour la première fois et se connaissant déjà séropositives au VIH

<b>PTME_03</b>	<b>Nombre de femmes enceintes conseillées et ayant reçu une proposition de test au VIH en CPN 1</b>
<b>Définition</b>	<b>L'ensemble des femmes enceintes venues pour leur première CPN et qui ont bénéficié d'un conseil et d'une proposition de test pour le VIH</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer la proposition de test dans les services de CPN</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation:</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>8- 14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Mesurer la capacité du programme à proposer le test VIH à toutes les femmes enceintes à la première consultation prénatale</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre CPN</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH à la première consultation prénatale</b>

<b>PTME_04</b>	<b>Nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH</b>
<b>Définition</b>	<b>Le nombre total de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un conseil et d'une proposition de test pour le VIH (en CPN et en salle d'accouchement).</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre des services de conseil et Dépistage aux femmes enceintes dans les services de CPN et en maternité.</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Service</b>
	<b>- CPN</b>
	<b>- maternité</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>8- 14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
<b>50 et +</b>	
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Mesurer l'offre des services de conseil et de dépistage pour les femmes enceintes aussi bien en CPN qu'en maternité</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre CPN</b>
	<b>Registre d'accouchement</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test en CPN et en maternité.</b>

<b>PTME_05</b>	<b>Nombre total de femmes enceintes testées pour le VIH</b>
<b>Définition</b>	L'ensemble des femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test de dépistage pour le VIH dans la structure
<b>Objectif</b>	Mesurer le nombre de tests de dépistage VIH chez les femmes enceintes dans les services de CPN et en maternité
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Type de consultation</b>
	- CPN1
	- autres CPN
	- maternité
	<b>Résultat du test (Positif, Négatif)</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	8- 14 ans
	15-24 ans
25-49 ans	
50 et +	
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Utilité de Gestion</b>	Mesurer l'offre des services de dépistage pour les femmes enceintes aussi bien en CPN qu'en maternité.
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre CPN
	Registre d'accouchement
	Registre de dépistage par les tests rapides
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH en CPN et en maternité

<b>PTME_06</b>	<b>Nombre de femmes enceintes conseillées et testées qui ont reçu leur résultat du test VIH (en CPN et en maternité)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH dans la structure (CPN et maternité) et qui ont reçu le résultat du test.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'annonce systématique du résultat du test de dépistage VIH chez les femmes enceintes.</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Type de consultation</b>
	- CPN1
	- autres CPN
	- maternité
	<b>Résultat du test (Positif, Négatif)</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	8- 14 ans
	15-24 ans
25-49 ans	
50 et +	
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier la qualité du conseil aux femmes enceintes</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre CPN, Registre d'accouchement</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH qui ont reçu leurs résultats</b>

<b>PTME_07</b>	<b>Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives au VIH en CPN et en maternité</b>
<b>Définition</b>	L'ensemble des femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test de dépistage pour le VIH dans la structure et dont les résultats du test sont positifs.
<b>Objectif</b>	Mesurer la fréquence du VIH chez les femmes enceintes dans les services de CPN et en maternité
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Type de consultation</b>
	- CPN1
	- autres CPN
	- maternité
	<b>Tranche d'âge</b>
	8- 14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
50 et +	
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Utilité de Gestion</b>	Orienter les stratégies dans la prévention et la PEC de l'infection à VIH.
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre CPN
	Registre d'accouchement
	Registre de dépistage par les tests rapides
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH en CPN et en maternité

<b>PTME_08</b>	<b>Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH nouvellement mises sous ARV</b>
<b>Définition</b>	L'ensemble des femmes enceintes VIH positives qui commencent la prise des ARV au cours de la grossesse et à l'accouchement
<b>Objectif</b>	Apprécier la prise en charge par les ARV chez les femmes enceintes séropositives
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Aucune
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Utilité de Gestion</b>	Quantifier les ARV
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre CPN, Registre d'accouchement, Dossier individuel du client, Registre TARV, Carnet de santé, Registre de dispensation,
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de femmes enceintes VIH+ sous traitement ARV dans le mois.
	NB : Chaque femme doit être comptée une seule fois au cours de la grossesse.

<b>PTME_09</b>	<b>Nombre de femmes enceintes déjà sous ARV</b>
<b>Définition</b>	L'ensemble des femmes enceintes VIH positives qui continuent la prise des ARV au cours de la grossesse et à l'accouchement
<b>Objectif</b>	Apprécier la prise en charge par les ARV chez les femmes enceintes séropositives
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Aucune
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Utilité de Gestion</b>	Quantifier les ARV
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre CPN, Registre d'accouchement, Dossier individuel du client, Registre TARV, Carnet de santé, Registre de dispensation,
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de femmes enceintes VIH+ sous traitement ARV dans le mois. NB : Chaque femme doit être comptée une seule fois au cours de la grossesse.

<b>PTME_10</b>	<b>Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'accouchement a été enregistré dans l'établissement sanitaire</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des femmes enceintes séropositives au VIH ayant accouché dans l'établissement ou à domicile et qui sont enregistrées dans l'établissement sanitaire</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de service de soins aux femmes enceintes séropositives au VIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Lieu : établissement sanitaire, domicile</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>8- 14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Améliorer la PEC des enfants exposés</b>
	<b>Quantifier les médicaments pour la prophylaxie ARV des enfants exposés</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre d'accouchement, dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre d'accouchements de femmes séropositives au VIH réalisés au cours du mois dans l'établissement sanitaire et à domicile.</b>

<b>PTME_11</b>	<b>Nombre d'enfants vivants nés de mères séropositives au VIH</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants nés vivants de mères VIH positif</b>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer le nombre d'enfants exposés au VIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Améliorer la PEC des enfants exposés</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre d'accouchement, Registre PTME de suivi mère-enfant, registre CPoN</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives</b>

<b>PTME_12</b>	<b>Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH ayant reçu des ARV dans les 72 h après la naissance</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives au VIH à qui les ARV ont été administrés dans les 72h après la naissance.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la qualité de la prise en charge des enfants exposés au VIH selon les directives nationales</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>NA</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Améliorer la PEC des enfants exposés</b>
	<b>Quantifier les formes pédiatriques des ARV</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre d'accouchement</b>
	<b>Registre PTME de suivi mère-enfant</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu les ARV dans les 72 h après la naissance au cours du mois</b>

<b>PTME_13</b>	<b>Nombre de mères séropositives au VIH venues à la consultation Post Natale</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des mères séropositives au VIH venues à la consultation post natale, six semaines après l'accouchement</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier le suivi post-natal de la mère et de l'enfant</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>NA</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Améliorer l'offre de service de dépistage précoce aux enfants exposés</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre Post Natal</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de mères séropositives au VIH venues à la consultation post natale</b>

<b>PTME_14</b>	<b>Nombre de mères séropositives au VIH bénéficiant des services de Planification familiale en Post Natal</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des mères séropositives ayant bénéficié du paquet de service de planification familiale (conseil et/ou acceptation d'une méthode moderne de contraception) à la consultation post natale, 6 semaines après l'accouchement.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de service de Planification Familiale en post natal</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier l'offre intégrée des services de Planification Familiale</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de Planification Familiale</b>
	<b>Registre de consultation Post Natale</b>
	<b>Dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de mères séropositives au VIH bénéficiant des services de Planification familiale à la consultation Post Natale</b>

<b>PTME_15</b>	<b>Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH vus au 1er RDV de vaccination DTC- HépB-Hib1 (Penta 1), Pneumo 13, Polio 1</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives au VIH à qui on a administré les premières doses de DTC- HépB-Hib1 (Penta 1), Pneumo 13 et Polio 1</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'accessibilité de l'offre de services de vaccination aux enfants nés de mères séropositives</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>NA</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier le niveau d'intégration des services de vaccination et PTME</b>
	<b>Capter les enfants exposés au niveau des services de vaccination</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client, Carnet de vaccination</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH vus au 1er RDV de vaccination DTC- HépB-Hib1 (Penta 1), Pneumo 13 et Polio 1 au cours du mois.</b>

<b>PTME_16</b>	<b>Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH initiant la prophylaxie au Cotrimoxazole avant 2 mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives au VIH, d'âge inférieur à deux mois, mis effectivement sous cotrimoxazole</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer la couverture en cotrimoxazole chez les enfants nés de mères séropositives</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>NA</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Prévenir les infections opportunistes chez les enfants exposés</b>
	<b>Quantifier les besoins en cotrimoxazole pédiatrique</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre PTME de suivi mère-enfant</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH d'âge inférieur à deux mois, initiant la prophylaxie au cotrimoxazole au cours du mois</b>

<b>PTME_17</b>	<b>Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives d'âge inférieur à 12 mois, ayant bénéficié d'un dépistage précoce par PCR (Polymerase Chain Reaction).
<b>Objectif</b>	Mesurer l'offre de service de dépistage précoce
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Tranche d'âge
	- Avant l'âge de 2 mois
	- entre 2 mois et 11 mois
	Sexe : Masculin /Féminin
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Utilité de Gestion</b>	Apprécier l'offre de services de dépistage précoce conformément aux directives nationales
	Quantifier les besoins en kits de dépistage
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre PTME de suivi mère-enfant, registre PCR
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement

<b>PTME_18</b>	<b>Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives d'âge compris entre 12 et 18 mois ayant bénéficié d'un test de dépistage.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de service de dépistage aux enfants nés de mère séropositives au VIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier la performance de la PTME</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre PTME de suivi mère-enfant</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement (entre 12-18 mois d'âge)</b>

<b>PTME_19</b>	<b>Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives dont les résultats des tests (PCR et/ou sérologie) sont positifs</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la prévention de la transmission mère enfant du VIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>- 0 – 2 mois</b>
	<b>- 2 – 11 mois</b>
	<b>- 12 – 18 mois</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Mesurer l'efficacité du programme PTME</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre PTME de suivi mère-enfant, dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif</b>

<b>PTME_20</b>	<b>Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positifs et référés dans une structure offrant la PEC</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives dont les résultats des tests sont positifs et qui sont effectivement référés dans une autre structure afin de bénéficier d'une prise en charge pour le VIH</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la mise en œuvre de la référence active des enfants séropositifs au VIH.</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>NA</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier les besoins d'extension de la prise en charge pédiatrique</b>
	<b>Assurer la PEC des enfants séropositifs au VIH</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre PTME de suivi mère-enfant, dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif qui ont été effectivement référés pour une PEC au cours du mois</b>

<b>PTME_21</b>	<b>Nombre d'enfants nés de mères séropositives sous alimentation exclusive</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives de 0-6 mois ayant bénéficié d'une alimentation exclusive : soit allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, soit alimentation de remplacement exclusive pendant 6 mois
<b>Objectif</b>	Apprécier la réduction du risque de la transmission mère-enfant du VIH
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	NA
<b>Dénominateur (D)</b>	NA
<b>Désagrégation</b>	Par type d'alimentation
	allaitement exclusif
	alimentation de remplacement
	Statut des enfants (OEV ou non)
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer les stratégies mises en œuvre pour la promotion de l'alimentation chez les PIAVIH
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre PTME de suivi mère-enfant, registre postnatal, dossier individuel du client
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives sous alimentation exclusive

<b>PTME_22</b>	<b>Nombre de conjoints de femmes enceintes qui ont été dépistés pour le VIH</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des conjoints des femmes enceintes qui ont été dépistés pour le VIH dans le centre</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de service de dépistage aux conjoints des femmes enceintes</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Statut sérologique du conjoint</b>
	<b>Positif</b>
	<b>Négatif</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier l'implication des hommes dans le programme PTME</b>
	<b>Apprécier l'offre de service de prévention aux conjoints/partenaires des femmes enceintes</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de CPN</b>
	<b>Registre de CD</b>
	<b>Registre d'accouchement</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de conjoints de femmes enceintes dépistés pour le VIH</b>

<b>PTME_23</b>	<b>Nombre de conjoints de femmes enceintes séropositives qui ont été dépistés pour le VIH</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des conjoints des femmes enceintes séropositives qui ont été dépistés pour le VIH dans le centre</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de service de dépistage des conjoints/partenaires</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Statut sérologique du conjoint</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Positif</b></li> <li>• <b>Négatif</b></li> </ul>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier l'implication des hommes dans le programme PTME</b>
	<b>Apprécier l'offre de service de prévention aux conjoints/partenaires des femmes enceintes séropositives</b>
	<b>Estimer le nombre de couples séro-différents</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de CPN, Registre de dépistage par les tests rapides</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de conjoints de femmes enceintes séropositives qui ont été dépistés pour le VIH</b>

## 6.4. Prise en charge

<b>PEC_01</b>	<b>Nombre cumulé de patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH au début du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de patients dépistés positifs au VIH traités ou non aux ARV, enregistrés dans les services de prise en charge pour leur suivi clinique et/ou biologique depuis l'ouverture du site jusqu'au début du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Suivre les tendances en termes d'accès aux soins</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier le volume d'activité en termes de PEC VIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client, Registre de visites pour les soins, SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH au début du mois</b>

<b>PEC_02</b>	<b>Nombre de nouveaux patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de patients positifs au VIH traités ou non aux ARV, enregistrés pour la première fois au cours du mois dans les services de prise en charge pour leur suivi clinique et/ou biologique</b>
<b>Objectif</b>	<b>Suivre les tendances en termes d'accès aux soins</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Capacité du site à enrôler les patients VIH positifs dans les soins</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client, registre de visites pour les soins, SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre des nouveaux patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH au cours du mois</b>

<b>PEC_03</b>	<b>Nombre cumulé de patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH à la fin du mois</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients dépistés positifs au VIH traités ou non aux ARV, enregistrés dans les services de prise en charge pour leur suivi clinique et/ou biologique depuis l'ouverture du site jusqu'à la fin du mois
<b>Objectif</b>	Suivre les tendances en termes de couverture et d'accès aux soins
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Tranche d'âge
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
	Sexe : Masculin /Féminin
Statut : femme enceinte	
<b>Utilité de Gestion Utilité de gestion</b>	Apprécier le volume d'activité en termes de PEC VIH
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	SIGDEP
	Registre de visites pour les soins
	Dossier individuel du client
<b>Mode de calcul</b>	Addition du nombre de patients inscrits dans l'établissement pour les soins du VIH à la fin du mois

<b>PEC_04</b>	<b>Nombre de nouveaux patients inscrits, transférés d'un autre établissement au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de patients déjà inscrits pour les soins au VIH, traités ou non aux ARV transférés d'un autre établissement, et enregistrés pour la première fois au cours du mois dans les services de prise en charge pour leur suivi clinique et/ou biologique</b>
<b>Objectif</b>	<b>Suivre les tendances en termes d'accès aux soins</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : Femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier la capacité du système à retenir les patients VIH dans les soins</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client, registre de visites pour les soins, SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de nouveaux patients inscrits, transférés d'un autre établissement au cours du mois</b>

<b>PEC_05</b>	<b>Nombre total de patients VIH positifs ayant reçu les soins VIH dans le mois</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total de patients dépistés positifs au VIH traités ou non aux ARV, qui ont bénéficié de soins dans les services de prise en charge pour leur suivi clinique et/ou biologique au cours du mois
<b>Objectif</b>	Suivre les tendances en termes d'accès aux soins
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : Femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion</b>	Apprécier l'utilisation des services de prise en charge par les PVVIH
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Dossier individuel du client, registre de visites pour les soins, SIGDEP
<b>Mode de calcul</b>	Addition du nombre total de patients VIH positifs ayant reçu les soins VIH dans le mois

<b>PEC_06</b>	<b>Nombre de patients ayant bénéficié du paquet minimum de services de santé positive, dignité, et prévention à la dernière visite</b>
<b>Définition</b>	Nombre de patients auxquels les cinq composantes (conseil et prévention, recherche d'IST, proposition de planification familiale, observance au traitement, remise de préservatifs, proposition de plan de réduction de risque) de la prévention positive ont été intégralement adressées à la dernière visite
<b>Objectif</b>	Mesurer l'offre de service prévention positive
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Tranche d'âge
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
Sexe : Féminin/ masculin,	
Statut : femme enceinte	
<b>Utilité de Gestion</b>	Apprécier la qualité de la PEC
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de visites pour les soins
	SIGDEP
	Dossier individuel du client
<b>Mode de calcul</b>	Addition du nombre de patients ayant bénéficié du paquet minimum de services de prévention positive à la dernière visite

<b>PEC_07</b>	<b>Nombre de patients éligibles au Cotrimoxazole (CTX) au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de patients nouvellement éligibles au CTX selon les critères cliniques ou biologiques (CD4 &lt;500) au cours du mois</b>
	<b>Respect des directives du programme de prise en charge médicale des PVVIH</b>
<b>Objectif</b>	<b>Suivre les tendances en termes d'accès aux soins</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Quantifier les besoins en cotrimoxazole</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de patients éligibles au Cotrimoxazole (CTX) au cours du mois</b>

<b>PEC_08</b>	<b>Nombre de patients sous CTX (anciens cas)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de patients déjà mis sous CTX reçus dans les soins au cours du mois et qui sont toujours sous cotrimoxazole .</b>
<b>Objectif</b>	<b>Suivre les tendances en termes d'accès aux soins</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Quantifier les besoins en cotrimoxazole</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP, Registre de dispensation ARV/IO</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de patients sous CTX (anciens cas)</b>

<b>PEC_09</b>	<b>Nombre de patients VIH nouvellement mis sous CTX (nouveaux cas)</b>
<b>Définition</b>	<b>Nombre de patients VIH nouvellement mis sous CTX au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Suivre les tendances en termes d'accès aux soins</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier la qualité de la PEC</b>
	<b>Quantifier les besoins en cotrimoxazole</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP, Registre de dispensation ARV/IO</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de patients sous CTX (nouveaux cas) au cours du mois</b>

<b>PEC_10</b>	<b>Nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan d'évaluation de l'éligibilité aux ARV</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH ayant bénéficié d'un bilan clinique ou biologique d'éligibilité aux ARV au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>apprécier la qualité de la PEC</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier la qualité de la PEC</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins chroniques</b>
	<b>SIGDEP, Registre de laboratoire</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan d'évaluation de l'éligibilité aux ARV</b>

<b>PEC_11</b>	<b>Nombre de PVVIH éligibles aux ARV au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH répondant aux critères cliniques ou biologiques d'initiation du traitement ARV au cours du mois.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer les besoins en ARV</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Quantification des ARV</b>
	<b>Apprécier la couverture des besoins en ARV</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO,</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH éligibles aux ARV au cours du mois</b>

<b>PEC_12</b>	<b>Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH venus en consultation et qui ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle à partir des mesures anthropométriques (Poids, taille, Périmètre Brachial) au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'effectivité de l'évaluation de l'état nutritionnel des PVVIH</b>
	<b>Apprécier la qualité de la PEC</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Féminin/ masculin,</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier l'intégration du volet nutritionnel dans la PEC des PVVIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle au cours du mois</b>

<b>PEC_13</b>	<b>Nombre de PVVIH dépistés malnutris au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH reçu en consultation dépistés malnutris suite à une évaluation nutritionnelle selon les indices nutritionnels (PB, IMC/âge, IMC, Poids/taille)</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'ampleur de la malnutrition chez les PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut femme enceinte</b>	
	<b>Quantification des intrants nutritionnels des PVVIH</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Mesurer la fréquence de la malnutrition chez les PVVIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH dépistés malnutris au cours du mois</b>

<b>PEC_14</b>	<b>Nombre de PVVIH malnutris qui ont bénéficié d'un traitement nutritionnel au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH ayant reçu un traitement nutritionnel au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'offre de traitement nutritionnel aux PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier l'intégration du volet nutritionnel dans la PEC des PVVIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH ayant bénéficié d'un traitement nutritionnel au cours du mois</b>

<b>PEC_15</b>	<b>Nombre de PVVIH éligibles aux ARV et qui n'ont pas commencé le Traitement ARV</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH (anciens et nouveaux) répondant aux critères cliniques ou biologiques d'initiation du traitement ARV, reçus dans les soins au cours du mois et qui n'ont pas encore commencé le traitement ARV</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer la capacité du programme à mettre les PVVIH sous ARV</b>
	<b>Estimer les besoins non couverts en ARV</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Quantification des ARV</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre total de PVVIH éligibles aux ARV et qui n'ont pas commencé le Traitement ARV</b>

<b>PEC_16</b>	<b>Nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan biologique au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan biologique (bilan initial ou bilan de suivi) au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de services biologiques aux PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Type de bilan : Bilan Initial, Bilan de suivi</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Quantifier les intrants de laboratoire</b>
	<b>Apprécier le respect des directives nationales de PEC des PVVIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de laboratoire, Dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un bilan biologique au cours du mois</b>

<b>PEC_17</b>	<b>Nombre cumulé de PVVIH sous ARV au début du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre total de PVVIH mis sous ARV depuis l'ouverture du site jusqu'au début du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la capacité du programme à étendre l'accès des PVVIH aux services de soins et traitement</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier le volume d'activité de soins et traitement</b>
	<b>Faire le Suivi de la progression du nombre de PVVIH sous ARV</b>
	<b>Apprécier l'offre du traitement ARV</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
	<b>Registre TARV</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH sous ARV au début du mois</b>

<b>PEC_18</b>	<b>Nombre de PVVIH ayant nouvellement commencé le traitement ARV dans l'établissement au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de patients dépistés positifs au VIH ayant initié le traitement ARV dans l'établissement au cours du mois (ne pas inclure les patients transférés déjà mis sous ARV dans un autre établissement)</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'offre du traitement ARV</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier la qualité de la PEC</b>
	<b>Quantifier les besoins en ARV</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client,</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
	<b>Registre TARV</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH ayant nouvellement commencé le Traitement ARV dans l'établissement au cours du mois</b>

<b>PEC_19</b>	<b>Nombre de PVVIH sous traitement ARV transférés dans l'établissement sanitaire au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH déjà sous traitement ARV venant d'un autre établissement, reçus dans l'établissement sanitaire au cours du mois et pour qui on a ouvert un dossier</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la continuité de l'offre de services de PEC</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Féminin/ masculin</b>	
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>S'assurer de la continuité de l'accès au traitement ARV pour les PVVIH transférés</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
	<b>Registre TARV</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH sous Traitement ARV transférés dans l'établissement Sanitaire au cours du mois</b>

<b>PEC_20</b>	<b>Nombre de nouveaux PVVIH sous ARV dans l'établissement au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH sous ARV enregistrés pour la première fois dans l'établissement au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'offre du traitement ARV</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Statut : Femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Faire le Suivi de la progression du nombre de PVVIH sous ARV</b>
	<b>Apprécier l'offre du traitement ARV</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH ayant initiés le traitement ARV dans l'établissement) + (le nombre de PVVIH sous ARV transférés d'un autre établissement)</b>

<b>PEC_21</b>	<b>Nombre cumulé de PVVIH sous Traitement ARV dans l'établissement à la fin du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre cumulé de PVVIH mis sous ARV enregistrés dans l'établissement sanitaire depuis son ouverture jusqu'à la fin du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la capacité du programme à étendre l'accès des PVVIH aux services de soins et de traitement</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : Femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Faire le Suivi de la progression du nombre de PVVIH sous ARV</b>
	<b>Apprécier l'offre du traitement ARV</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Somme de tous les PVVIH sous ARV enregistrés dans l'établissement depuis son ouverture jusqu'à la fin du mois</b>

PEC_22	Nombre de PVVIH sous ARV (File active)
Définition	<b>C'est le nombre des PVVIH encore en vie et qui se sont approvisionnées en ARV au moins une fois au cours des trois derniers mois ou qui ont en leur possession une quantité d'ARV couvrant une partie ou la totalité des trois derniers mois</b>
Objectif	Assurer le suivi de l'observance au traitement
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Par ligne thérapeutique
	Par régime thérapeutique /protocole
	Tranche d'âge
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
	Sexe : Masculin /Féminin
Statut : femme enceinte	
Utilité de gestion	Apprécier la capacité du programme à maintenir les PVVIH sous ARV
	Quantifier les besoins en ARV
Mode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Dossier individuel du client
	Registre de visites pour les soins
	SIGDEP
	Registre de dispensation ARV/IO
	Registre TARV
Mode de calcul	<b>Soustraction : (nombre de PVVIH qui se sont approvisionnés au moins une fois au cours des trois derniers mois + nombre de personnes sous ARV qui ne sont pas venus s'approvisionner au cours des trois derniers mois mais qui ont une dotation en ARV couvrant l'un des trois derniers mois) – (patients Décédés + patients transférés hors + patients ayant arrêté le traitement)</b>

PEC_23	Nombre de PVVIH initiant le traitement ARV au cours du mois
Définition	C'est le nombre de PVVIH ayant commencé un traitement ARV de première ligne au cours de la période
Objectif	Apprécier la répartition des PVVIH sous première ligne, évaluer l'adhérence au traitement des PVVIH
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Protocole thérapeutique
	Tranche d'âge :
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
Sexe : Masculin /Féminin	
Statut : Femme enceinte	
Utilité de Gestion	Apprécier le respect des directives
	Quantifier les besoins en ARV
Mode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Dossier individuel du client
	Registre de visites pour les soins , SIGDEP
	Registre de dispensation ARV/IO
	Registre TARV
Mode de calcul	Addition du nombre de PVVIH initiant le traitement ARV (1 <sup>ère</sup> ligne) au cours du mois

<b>PEC_24</b>	<b>Nombre de PVVIH qui ont reçu un traitement ARV dans le mois</b>
<b>Définition</b>	<b>Nombre d'ancien et de nouveau PVVIH ayant reçu un traitement ARV au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la répartition des PVVIH par régime thérapeutique</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Ligne thérapeutique</b>
	<b>Protocole thérapeutique</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
<b>50 et +</b>	
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Apprécier le respect des directives</b>
	<b>Quantifier les besoins en ARV</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
	<b>Registre TARV</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre d'Adultes et d'enfants sous traitement ARV</b>

<b>PEC_25</b>	<b>Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose à la dernière visite</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des PVVIH reçu en soins ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose à la dernière visite (Dernière visite = rendez-vous donné par le prestataire au cours de son suivi )</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'offre de service du dépistage actif de la tuberculose chez les PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier l'offre de service de soins cliniques</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de patients VIH positifs ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose au cours du mois (Compter une seule fois les patients VIH positifs ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose au cours du mois)</b>

<b>PEC_26</b>	<b>Nombre de PVVIH suspects de tuberculose après une recherche active</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des PVVIH qui ont présenté au moins un signe en faveur de la tuberculose au cours de la recherche active de la TB (Toux supérieure à 2 semaines, Fièvre vespérale, sueur nocturne, amaigrissement supérieur à 3 kilos au cours du dernier mois, notion de comptage tuberculeux)
<b>Objectif</b>	Mesurer l'offre de service de soins cliniques aux PVVIH
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
	<b>Sexe : Féminin/ masculin</b>
<b>Statut : Femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier l'intégration des services TB/VIH
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Dossier individuel du client
	Registre de visites pour les soins
	SIGDEP
	Registre de dispensation ARV/IO
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de PVVIH suspects parmi ceux qui ont bénéficié d'une recherche active de la tuberculose

<b>PEC_27</b>	<b>Nombre de PVVIH suspects de tuberculose chez qui la tuberculose a été diagnostiquée</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des PVVIH chez qui le diagnostic de la tuberculose a été confirmé après examens cliniques ou bactériologiques
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer la fréquence de la Tuberculose chez les PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Tranche d'âge
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
Sexe : Masculin /Féminin	
Statut : femme enceinte	
<b>Utilité de gestion</b>	Quantification des intrants de laboratoire
	Quantification des médicaments
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Dossier individuel du client
	Registre de visites pour les soins
	SIGDEP
	Registre de dispensation ARV/IO
	Registre de déclaration des cas de tuberculose
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de PVVIH chez qui la tuberculose a été diagnostiquée (Compter les PVVIH confirmés TB parmi les suspects)</b>

<b>PEC_28</b>	<b>Nombre de PVVIH ayant débuté le traitement de la tuberculose dans l'établissement</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH diagnostiqués TB ayant débuté le traitement de la tuberculose dans l'établissement</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'offre de traitement antituberculeux chez les PVVIH atteint de la tuberculose</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier l'intégration des services</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
	<b>Registre de déclaration des cas de tuberculose</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de PVVIH ayant débuté le traitement de la tuberculose dans l'établissement</b>

<b>PEC_29</b>	<b>Nombre de patients sous traitement antituberculeux et enrôlés dans les soins VIH</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients tuberculeux sous traitement TB, dépistés VIH positifs et enrôlés dans les soins VIH
<b>Objectif</b>	Apprécier la qualité de la prise en charge des PVVIH Co infectés
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Tranche d'âge
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
Sexe : Masculin /Féminin	
Statut : femme enceinte	
<b>Utilité de Gestion</b>	Quantifier les besoins en ARV
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte:</b>	Dossier individuel du client
	Registre de visites pour les soins
	SIGDEP
	Registre de dispensation ARV/IO
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de patients sous traitement antituberculeux et enrôlés dans les soins VIH

<b>PEC_30</b>	<b>Nombre de patients coinfectés TB/VIH recevant le Cotrimoxazole (CTX)</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de patients infectés à la fois par le VIH et la Tuberculose qui reçoivent le CTX
<b>Objectif</b>	Apprécier le respect des directives de prise en charge
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation:</b>	Tranche d'âge
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
Sexe : Masculin /Féminin	
Statut : femme enceinte	
<b>Utilité de gestion</b>	Quantifier les besoins en médicaments
	Améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH coinfectés
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Dossier individuel du client
	Registre de visites pour les soins
	SIGDEP
	Registre de dispensation ARV/IO
	registre de déclaration des cas
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de patients coinfectés TB/VIH recevant le Cotrimoxazole (CTX) au cours du mois

<b>PEC_31</b>	<b>Nombre de PVVIH qui ne sont pas venus s'approvisionner en ARV au cours du mois</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH attendus dans le mois et qui ne sont pas venus s'approvisionner en ARV</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier les attritions dans la cohorte des PVVIH sous ARV</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Motif</b>
	<b>PDV</b>
	<b>DCD</b>
	<b>Transféré</b>
	<b>Arrêt de traitement</b>
	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Statut : femme enceinte</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Renforcer le système de recherche des patients qui sont hors des circuits de soins</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de dispensation ARV/IO</b>
	<b>Dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de PVVIH qui ne sont pas venus s'approvisionner en ARV au cours du mois</b>

<b>PEC_32</b>	<b>Nombre de patients sous traitement ARV qui sont passés de la première ligne à la deuxième ligne après 12 mois de traitement (cohorte)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH de la cohorte qui sont passés d'un traitement de première ligne à un traitement de deuxième ligne après au moins 12 mois de traitement ARV.</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier le taux d'échec thérapeutique chez les PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Quantifier les besoins en ARV</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre de visites pour les soins</b>
	<b>SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de patients sous traitement ARV qui sont passés de la première ligne à la deuxième ligne après 12 mois de traitement (cohorte)</b>

<b>PEC_33</b>	<b>Nombre de PVVIH qui ont initié le traitement ARV sur le site 12 mois auparavant (la cohorte)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH de la cohorte du mois qui ont débuté le traitement ARV 12 mois auparavant</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la rétention des PVVIH sous ARV</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Evaluer la qualité du suivi des PVVIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Routine</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre TARV</b>
	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Nombre de PVVIH qui ont débuté le traitement ARV sur le site 12 mois auparavant + nombre de PVVIH qui ont débuté le traitement ARV 12 mois auparavant mais transférés d'un autre établissement</b>

<b>PEC_34</b>	<b>Nombre de PVVIH qui ont initié le traitement ARV et qui sont encore en vie et sous traitement 12 mois après le début du traitement</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH de la cohorte du mois qui ont débuté le traitement ARV 12 mois auparavant et qui sont encore en vie et sous ARV</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'efficacité du programme VIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Evaluer la capacité du programme à retenir les PVVIH dans les soins</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidien avec compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client</b>
	<b>Registre TARV</b>
	<b>SIGDEP</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>(nombre de PVVIH qui ont débuté le traitement ARV sur le site 12 mois auparavant + nombre de PVVIH qui ont débuté le traitement ARV 12 mois auparavant mais transférés d'un autre l'établissement) – (nombre de PVVIH qui ont débuté le traitement ARV sur le site 12 mois auparavant et transférés hors de l'établissement ou déclarés PDV ou DCD ou en Arrêt de traitement)</b>

<b>PEC_35</b>	<b>Nombre de patients VIH positifs ayant reçu au moins un des examens suivants : stadification clinique OMS ou bilan CD4 ou Charge virale</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre de PVVIH qui ont bénéficié au moins de l'un des examens suivants au cours de leur visite dans le mois : la stadification clinique de l'OMS, le bilan CD4 ou la Charge Virale</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la qualité de la prise en charge des PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut patient : Ancien/nouveau</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Assurer la prise en charge correcte des PVVIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de visites pour les soins, Dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de patients VIH positifs ayant reçu au moins un des examens suivants : stadification clinique OMS ou bilan CD4 ou Charge virale</b>

<b>PEC_36</b>	<b>Nombre de PVVIH sous ARV dont le résultat de la charge virale a été documenté</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des PVVIH sous ARV chez qui la charge virale a été faite et le résultat notifié dans le dossier individuel du client</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier la qualité de la PEC du PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut patient : Ancien/nouveau</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Surveillance des échecs thérapeutiques</b>
	<b>Evaluer l'efficacité du programme VIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Dossier individuel du client, Registre TARV, SIGDEP, registre de visites pour les soins, Registre de laboratoire</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH sous ARV dont le résultat de la charge virale a été documentée</b>

<b>PEC_37</b>	<b>Nombre de PVVIH sous ARV chez qui le résultat de la charge virale est <math>\leq</math> 1000 copies/ml 12 mois après la mise sous TARV (suppression de la charge virale)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des PVVIH chez qui un test de mesure de la charge virale a été fait 12 mois après le début du traitement ARV, dont le résultat est inférieur ou égal à 1000 copies/ml</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'efficacité du traitement antirétroviral</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Statut : Femmes enceintes, Femme allaitantes</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier l'adhérence au traitement ARV</b>
	<b>Surveiller les échecs thérapeutiques</b>
	<b>Evaluer l'efficacité du programme VIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de laboratoire</b>
	<b>Registre TARV</b>
	<b>Dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH sous ARV chez qui le résultat de la charge virale est <math>\leq</math> 1000 copies/ml 12 mois après la mise sous TARV (suppression de la charge virale)</b>

<b>PEC_38</b>	<b>Nombre de PVVIH sous ARV chez qui la charge virale est indétectable au cours du mois (charge virale ≤ 50 copies/ml)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des PVVIH sous ARV chez qui le résultat de la charge virale est inférieur ou égal à 50 copies/ml au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'efficacité du traitement antirétroviral</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier l'adhérence au traitement ARV</b>
	<b>Surveiller les échecs thérapeutiques</b>
	<b>Evaluer l'efficacité du programme VIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de laboratoire</b>
	<b>Registre TARV</b>
	<b>Dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH sous ARV chez qui la charge virale est indétectable au cours du mois (charge virale ≤ 50 copies/ml)</b>

<b>PEC_39</b>	<b>Nombre de PVVIH sous ARV chez qui il y a suppression de la charge virale au cours du mois (charge virale <math>\leq</math> 1000 copies/ml)</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des PVVIH sous ARV chez qui le résultat de la charge virale est inférieur ou égal à 1000 copies/ml au cours du mois</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'efficacité du traitement antirétroviral</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	<b>0-11 mois</b>
	<b>1 - 4 ans</b>
	<b>5-14 ans</b>
	<b>15-24 ans</b>
	<b>25-49 ans</b>
	<b>50 et +</b>
<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Apprécier l'adhérence au traitement ARV</b>
	<b>Surveiller les échecs thérapeutiques</b>
	<b>Evaluer l'efficacité du programme VIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>SIGDEP</b>
	<b>Registre de laboratoire</b>
	<b>Registre TARV</b>
	<b>Dossier individuel du client</b>
<b>Mode de calcul</b>	<b>Addition du nombre de PVVIH sous ARV chez qui il y a suppression de la charge virale au cours du mois (charge virale <math>\leq</math> 1000 copies/ml)</b>

<b>PEC_40</b>	<b>Nombre de patients VIH positifs ayant bénéficié d'une charge virale</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de PVVIH qui ont bénéficié au moins de l'un des examens suivants au cours de leur visite dans le mois : la stadification clinique de l'OMS, le bilan CD4 ou la Charge Virale
<b>Objectif</b>	Apprécier la qualité de la prise en charge des PVVIH
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<b>Tranche d'âge</b>
	0-11 mois
	1 - 4 ans
	5-14 ans
	15-24 ans
	25-49 ans
	50 et +
	<b>Sexe : Masculin /Féminin</b>
<b>Statut patient : Ancien/nouveau</b>	
<b>Utilité de gestion</b>	Assurer la prise en charge correcte des PVVIH
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre TARV, Dossier individuel du client, SIGDEP
<b>Mode de calcul</b>	Additionner le nombre de patients VIH positifs ayant reçu au moins un des examens suivants : stadification clinique OMS ou bilan CD4 ou Charge virale

**FICHES DE REFERENCE  
TECHNIQUE DES INDICATEURS  
DU NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

## 7. INDICATEURS VIH DU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

### 7.1. Indicateurs de Prévention - CD/IST

CD/IST_C1	Nombre de points de distribution de préservatifs
Définition	C'est le nombre total de postes /endroits où l'on peut avoir accès aux préservatifs soit en l'achetant soit gratuitement
Objectif	Dénombrer les points de distribution des préservatifs
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	types de points de distributions (points de vente-points de distributions gratuites) Par District, Région
Utilité de Gestion	Améliorer la couverture en points de distribution des préservatifs
Mode de collecte	Routine
Fréquence de collecte des données	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle et annuelle
Sources de collecte	Les rapports d'activité
Méthode de calcul	Comptage

CD/IST_C2	Nombre de préservatifs distribués
Définition	C'est le nombre total de préservatifs masculins ou féminins distribués gratuitement ou vendus, toutes sources confondues
Objectif	Evaluer la distribution du préservatif
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation:	Type de préservatif: Masculin/Féminin vendu ou distribué gratuitement Par district, région
Utilité de Gestion:	Apprécier l'accès aux condoms
Mode collecte	Routine
Fréquence de collecte des données:	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle et annuelle
Sources de collecte	fiche de collecte des informations, fiches d'activité de prévention Rapports d'activités, fiche de stocks
Méthode de calcul:	Comptage

<b>CD/IST_C3</b>	<b>Nombre de clients conseillés pour le dépistage du VIH/sida dans la communauté</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des clients qui ont bénéficié de conseil pour le test de dépistage pour VIH dans la communauté</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de service de proposition de dépistage du VIH à la population</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Type de population : population générale, PHV (PS et leurs partenaires stables, HSH, routiers, usagers de drogues injectables et non injectables, population carcérale, migrants, Hommes en uniforme</b></li> <li>• <b>Selon le sexe : masculin et féminin,</b></li> <li>• <b>Par tranche d'âge 0-11 mois, 1- 4 ans ; 5-9 ans ; 10-14 ans ; 15-19 ans ; 20-24 ans, 25-49 ans ; 50 et +</b></li> </ul>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>quantifier les intrants de dépistage, apprécier la performance du programme</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Fiches, registres accueil et conseil, registre de dépistage par les tests rapides et rapport d'activités</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de personnes conseillées pour le VIH/Sida N.B : Pour les enfants de moins de 18 ans, ce sont les parents / tuteurs qui reçoivent le conseil.</b>

<b>CD/IST_C4</b>	<b>Nombre de clients testés pour le VIH dans la communauté</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des clients qui ont fait le test de dépistage pour le VIH dans la communauté</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'offre de service de dépistage du VIH dans la communauté</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Type de population : population générale, PHV (PS et leurs partenaires stables, HSH, routiers, usagers de drogues injectables et non injectables, population carcérale, migrants, hommes en uniforme</b></li> <li>• <b>Selon le sexe : masculin et féminin,</b></li> <li>• <b>Par tranche d'âge 0-11 mois, 1- 4 ans ; 5-9 ans ; 10-14 ans ; 15-19 ans ; 20-24 ans, 25-49 ans ; 50 et +</b></li> </ul>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Améliorer la performance du programme,</b></li> <li>• <b>Améliorer le taux d'acceptation du test selon la porte d'entrée</b></li> </ul>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Cahier d'activité de l'ASC, Registre de dépistage par les tests rapides, dossier enfant exposé, registre PTME de suivi mère enfant</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de personnes testées dans l'établissement. NB : Ne pas comptabiliser les personnes venues pour les dépistages de contrôle</b>

<b>CD/IST_C6</b>	<b>Nombre de clients testés positifs au VIH dans la communauté</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des clients testés dans la communauté chez qui le résultat du test de dépistage au VIH est positif</b>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer le nombre de clients positifs au VIH dans la communauté</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Type de population : population générale, PHV (PS et leurs partenaires stables, HSH, routiers, usagers de drogues injectables et non injectables, population carcérale, migrants, hommes en uniforme</b></li> <li>• <b>Selon le sexe : masculin et féminin,</b></li> <li>• <b>Par tranche d'âge 0-11 mois, 1- 4 ans ; 5-9 ans ; 10-14 ans ; 15-19 ans ; 20-24 ans, 25-49 ans ; 50 et +</b></li> </ul>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Utilité de gestion</b>	<b>Orienter les stratégies dans la prévention et la PEC de l'infection à VIH</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Registre de dépistage par les tests rapides et rapport d'activités de l'ASC</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Additionner le nombre de clients dépistés positifs dans l'établissement</b>

CD/IST_C6	Nombre de clients testés positifs au VIH dans la communauté
Définition	C'est l'ensemble des clients testés dans la communauté chez qui le résultat du test de dépistage au VIH est positif
Objectif	Déterminer le nombre de clients positifs au VIH dans la communauté
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Type de population : population générale, PHV (PS et leurs partenaires stables, HSH, routiers, usagers de drogues injectables et non injectables, population carcérale, migrants, hommes en uniforme</li> <li>• Selon le sexe : masculin et féminin,</li> <li>• Par tranche d'âge 0-11 mois, 1- 4 ans ; 5-9 ans ; 10-14 ans ; 15-19 ans ; 20-24 ans, 25-49 ans ; 50 et +</li> </ul>
Mode de collecte	Routine
Utilité de gestion	Orienter les stratégies dans la prévention et la PEC de l'infection à VIH
Fréquence de collecte des données	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
Sources de collecte	Registre de dépistage par les tests rapides et rapport d'activités de l'ASC
Méthode de calcul	Additionner le nombre de clients dépistés positifs dans l'établissement

<b>CD/IST_C8</b>	<b>Proportion d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie ou «Life Skills" au cours de la dernière année scolaire</b>
<b>Définition</b>	C'est le pourcentage d'établissements scolaires (primaire, secondaire et CAFOP) qui ont conduit des leçons intégrant les curricula "Life Skills" au cours de la dernière année scolaire.
<b>Objectifs:</b>	Mesure du niveau d'intégration de l'enseignement relatif au VIH/SIDA dans les établissements scolaires et dans les CAFOP
<b>Numérateur (N)</b>	C'est la somme du Nombre d'écoles du primaire qui ont conduit des leçons intégrant les contenus Life Skills au cours de la dernière année scolaire Et du nombre d'établissements du secondaire qui ont conduit des leçons intégrant les contenus Life Skills au cours de la dernière année scolaire Et du nombre de CAFOP qui ont conduit des leçons intégrant les contenus Life Skills au cours de la dernière année scolaire
<b>Dénominateur (D)</b>	C'est l'ensemble des établissements scolaires primaires, secondaires et de CAFOP
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Désagrégation:</b>	Type d'établissement : public/privé
	Niveau d'étude: primaire/secondaire/CAFOP
<b>Utilité de Gestion:</b>	orienter les décisions en matière d'intégration de l'enseignement sur le VIH dans les établissements scolaires et de CAFOP
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données:</b>	Quotidienne au remplissage des cahiers de texte
	Le calcul de l'indicateur se fait annuellement
<b>Sources de collecte</b>	Les cahiers de texte des établissements scolaires et des CAFOP, les rapports des Antennes de la Pédagogie et de la formation continue
<b>Méthode de calcul</b>	$N/D \times 100$

<b>CD/IST_C9</b>	<b>Proportion d'élèves touchés par l'enseignement des curricula Life Skills dans les établissements scolaires</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des élèves de 9 ans et plus fréquentant les établissements scolaires qui ont assisté à au moins 03 leçons intégrant les curricula Life Skills en classe rapporté à l'ensemble des élèves de 9 ans et plus recensés au cours de l'année scolaire
<b>Objectif</b>	Mesurer l'accès des élèves aux enseignements des curricula life Skills
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'élèves de 9 ans et plus fréquentant les établissements scolaires qui ont assisté à au moins 03 leçons intégrant les curricula Life Skills en classe.
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'élèves de 9 ans et plus recensés au cours de l'année scolaire
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Désagrégation:</b>	Sexe: Masculin/Féminin
	Tranche d'âge : 9-14 ans, 15-19 ans, 20 -24 ans
	Niveau d'étude: Primaire/Secondaire
	Type d'établissement: Public/ Privé
<b>Utilité de Gestion:</b>	Orienter les décisions en matière d'intégration de l'enseignement sur le VIH dans les établissements scolaires
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données:</b>	collecte quotidienne du numérateur
	Le calcul de l'indicateur se fait annuellement
<b>Sources de collecte</b>	Cahiers de texte des établissements scolaires, les rapports des Antennes de la Pédagogie et de la Formation Continue
<b>Méthode de calcul</b>	$N/D \times 100$

<b>CD/IST_C10</b>	<b>Nombre de personnes vivant avec le VIH recevant le paquet minimum de service en santé positive, dignité et prévention</b>
<b>Définition</b>	<i>C'est l'ensemble de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient des services de santé positive, dignité et prévention (conseil dépistage du partenaire sexuel, conseil pour la réduction de risque, dispensation de préservatifs ,conseil à l'observance, diagnostique et prise en charge des IST, conseil pour une grossesse à moindre risque, intégration dans un programme communautaire )</i>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'offre de service de santé positive, dignité et prévention pour le PVVIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation:</b>	<b>Selon le sexe : Homme, Femme</b>
	<b>Tranche d'âge: 10-14 ans, 15-17 ans 18 ans et plus</b>
	<b>Selon le type de population: PS, UDI, HSH</b>
<b>Utilité de Gestion:</b>	<b>Améliorer l'offre de service de santé positive, dignité et prévention pour le PVVIH</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données:</b>	<b>Compilation mensuelle des données, calcul de l'indicateur trimestriel et annuel</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Les rapports d'activités du conseiller</b>
<b>Méthode de calcul:</b>	<b>Comptage</b>

## 7.2. Indicateurs de Prévention – PTME

<b>PTME_C1</b>	<b>Nombre de personnes touchées lors des sensibilisations de proximité sur la Consultation Périnatale /Planification Familiale /Infections Sexuellement Transmissible –Prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant</b>
<b>Définition</b>	<b>C’est le nombre de personnes ayant participé à une séance de sensibilisation de proximité sur la Consultation Périnatale /Planification Familiale /Infection Sexuellement Transmissible -Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l’enfant</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l’accès à l’information sur la Consultation Périnatale /Planification Familiale /Infection Sexuellement Transmissible -Prévention de la Transmission du VIH de la mère a l’enfant</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Sexe : Homme, femme</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Faire la promotion des services de prévention VIH et IST chez la femme enceinte, les femmes en âge de procréer et leurs partenaires au niveau communautaire</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte de données</b>	<b>Mensuelle, trimestrielle, annuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapport d’activités</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

<b>PTME_C2</b>	<b>Nombre de femmes enceintes sensibilisées et référées vers les centres de consultation prénatal offrant la PTME</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des femmes enceintes qui ont bénéficiées d'une séance de sensibilisation et qui ont été référées au service CPN offrant la PTME</b>
<b>Objectif</b>	<b>Apprécier l'appui des communautaires à l'accès des services PTME</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>tranche d'âge : 10-14 ans, 15-19 ans, 20 -24ans, 25-49 ans, 50 ans et plus</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Renforcer le lien entre les services communautaires et les services cliniques afin d'accroître l'utilisation des services de PTME par les femmes enceintes</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte de données</b>	<b>Collecte quotidienne avec compilation mensuelle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Fiches de sensibilisation et Rapport d'activités</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

## 7.3. Indicateurs de Soins et soutien (SS)

<b>SS_C1</b>	<b>Proportion de PIAVIH dépistées malnutries prises en charge dans la communauté</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble de PIAVIH dépistées malnutries ayant bénéficié d'un traitement nutritionnel à base de Produits alimentaires spécialisés (CSB, Plumpysup, BP5, etc.) dans la communauté rapporté au nombre total de PIAVIH dépistées malnutries.
<b>Objectifs</b>	Apprécier la capacité de prise en charge de la malnutrition chez les PIAVIH malnutries dans la communauté
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de PIAVIH dépistées malnutries ayant bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de PIAVIH dépistées malnutries
<b>Désagrégation</b>	<p>Par type de malnutrition : Malnutris modérés, Malnutris sévères sans complication, Malnutris sévères avec complications</p> <p>Par tranche d'âge : 0-11 mois, 12 -23 mois, 24-59 mois, 5-9 ans ; 10-14 ans ; 15-17 ans ; 18-19 ans ; 20-24 ans, 25-49 ans ; 50 et +)</p> <p>Femmes enceintes, femmes en post partum</p> <p>OEV</p> <p>Par sexe : masculin, féminin</p> <p>Sous ARV, sans ARV</p>
<b>Utilité de gestion</b>	<p>Evaluer la capacité du programme à apporter une réponse aux problèmes de malnutrition des PIAVIH dans la communauté</p> <p>Evaluer les besoins en intrants nutritionnels.</p> <p>Renforcer les capacités des communautaires</p>
<b>Mode de collecte</b>	En routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	fiches d'activités des communautaires
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D)*100$

<b>SS_C2</b>	<b>Nombre de Personnes Infectées/Affectées par le VIH (PIAVIH) ayant reçu un service nutritionnel</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des PIAVIH qui ont reçu un service nutritionnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseil nutritionnel</li> <li>- Appui alimentaire (céréales ou huile ou légumineuses ou sel etc.)</li> <li>- Autre service nutritionnel (AGR; eau, hygiène et assainissement, bonnes pratiques culinaires, ...)</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	Mesurer l'offre de service nutritionnel aux PIAVIH aussi bien dans la communauté qu'au niveau des établissements sanitaires
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	NA
<b>Dénominateur (D)</b>	NA
<b>Désagrégation</b>	Par tranche d'âge : 0-11 mois, 12 -23 mois, 24-59 mois, 5-9 ans ; 10-14 ans ; 15-17 ans ; 18-19 ans ; 20-24 ans, 25-49 ans ; 50 et +), femmes enceintes, femmes en post partum OEV Par sexe : masculin, féminin Sous ARV, sans ARV Type de service : Appui alimentaire (céréales ou huile ou légumineuses ou sel etc.) Autre service nutritionnel (AGR; eau, hygiène et assainissement, bonnes pratiques culinaires, ...)
<b>Utilité de gestion</b>	quantifier les besoins alimentaires des personnes en insécurité alimentaire Accroître l'appui alimentaire dans la communauté
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports de distribution, fiches d'activités des communautaires
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>SS_C3</b>	<b>Nombre d'OEVI identifiés</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH qui ont été enregistrés à partir des portes d'entrée (CDV, CDIP, CAT, PTME, association de PVVIH, centres sociaux, autres)
<b>Objectif</b>	Dénombrer les OEVI
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Sexe: Homme/Femme
	Tranche d'âge: 0- 11 mois 12-23 mois 2-4 ans 5-9 ans 10-14ans 15-17ans
<b>Utilité de Gestion</b>	Accroître l'offre de service aux OEVI
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	fiche d'identification du ménage, rapport d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>SS_C4</b>	<b>Nombre d'OEVI et leur famille identifiés</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH qui ont été enregistrés à partir des portes d'entrée (CD, PTME, association de PVVIH, centres sociaux, soins et traitement, TB) sur la base des directives nationales.
<b>Objectif</b>	Déterminer l'effectif des OEVI pour des besoins de planification
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Sexe: Homme/Femme
	Tranche d'âge: moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-17 ans Orphelins et autres enfants vulnérables
<b>Utilité de Gestion</b>	Planifier la prise en charge des OEVI
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Registres de suivi de l'enfant, dossiers de PVVIH, fiches d'identification de l'OEVI
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

SS_C5	Proportion d'OEV ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle
Définition	C'est l'ensemble d'OEV venus en consultation (soins cliniques, Pesée, Vaccination, Planification familiale) qui ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle à partir des mesures anthropométriques (Poids, taille, Périmètre Brachial) rapporté à l'ensemble des OEV venus en consultation.
Objectifs	Apprécier l'effectivité de l'évaluation de l'état nutritionnel des OEV.
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre d'OEV ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle en consultation
Dénominateur (D)	Nombre d'OEV reçus en consultation
Désagrégation	Par tranche d'âge : 0-5 mois, 6-11 mois, 12 -23 mois, 24-59 mois, 5-9 ans ; 10-14 ans ; 15-17 ans, Par sexe : masculin, féminin Sous ARV, Sans ARV
Utilité de gestion	Evaluer la mise en œuvre de la composante évaluation état nutritionnel selon les normes et directives nationales
Mode de collecte	En routine
Fréquence de collecte des données	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
Sources de collecte	registre de consultation postnatale, registre de consultation soins curatifs, registre de visite des soins chroniques, dossier individuel client VIH/sida, dossier de l'enfant exposé, CSI
Méthode de calcul	$(N/D)*100$

SS_C6	Proportion d'OEV malnutris pris en charge dans la communauté
<b>Définition</b>	C'est le nombre d'OEV malnutris ayant bénéficié d'un traitement nutritionnel à base de Produits alimentaires spécialisés (CSB, Plumpysup, BP5) dans la communauté rapporté au nombre total d'OEV dépistés malnutris.
<b>Objectifs</b>	Apprécier le degré de prise en charge de la malnutrition chez les OEV malnutris dans la communauté
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'OEV malnutris ayant bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre d'OEV malnutris
<b>Désagrégation</b>	Par type de malnutrition : Malnutris modérés Par tranche d'âge : 0-5 mois, 6-11 mois, 12 -23 mois, 24-59 mois, 5-9 ans ; 10-14 ans ; 15-17 ans ; 18-19 ans ; 20-24 ans, 25-49 ans ; 50 et +), femmes enceintes, femmes allaitantes, femmes en post partum Par sexe : masculin, féminin Sous ARV, Pas sous ARV
<b>Utilité de gestion</b>	Evaluer la capacité du programme à apporter une réponse aux problèmes de malnutrition des OEV dans la communauté Evaluer les besoins en intrants nutritionnels. Renforcer les capacités des prestataires
<b>Mode de collecte</b>	En routine : compter l'individu une seule fois dans la période de rapportage
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	Registre de consultation communautaire, registre de l'Unité Nutritionnelle Thérapeutique (UNT) registre de PEC nutritionnelle des centres sociaux
<b>Méthode de calcul</b>	$(N/D)*100$

<b>SS_C7</b>	<b>Nombre d'OEV infectés par le VIH</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans révolus avec ou sans parents infectés, chez qui le test de VIH est positif</b>
<b>Objectif</b>	<b>déterminer le nombre d'OEV infectés par le VIH</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non Applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non Applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Sexe: Homme/Femme</b>
	<b>Nouveaux et Anciens</b>
	<b>Tranche d'âge : 0-11 mois, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-17 ans</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Planifier les besoins de services et d'appuis particuliers pour ce groupe d'enfants</b>
<b>Mode de collecte</b>	<b>Routine</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapport des centres sociaux, rapports d'activités PMO ou des Plates-Formes de Collaboration (PFC), registre de dépistage</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Comptage</b>

<b>SS_C8</b>	<b>Nombre d'OEV et leur famille bénéficiant d'un soutien</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH et leur famille bénéficiant de services permettant de faire face à leurs besoins réels.
	Cet indicateur rapporte l'ensemble des OEV et leur famille qui ont reçu au moins un soutien (alimentaire ou nutritionnel, santé, éducation et mise en apprentissage, psychosocial, protection, abri et soin, renforcement économique)
<b>Objectifs</b>	Mesurer le nombre d'OEV pris en charge
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Sexe: Homme/Femme
	Tranche d'âge : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-17 ans 18 ans et plus
	Type de soutien en:
	- alimentation
	- nutrition
	- soins de santé
	- matière de protection
	- abri
	- matière de soins
	- psychosocial
- renforcement économique	
<b>Utilité de Gestion</b>	Planifier les besoins de services et d'appuis particuliers pour ce groupe d'enfants
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle, trimestrielle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport des centres sociaux, rapports d'activités PMO ou des Plates-Formes de Collaboration (PFC), registre de suivi
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

SS_C9	Nombre de bénéficiaires actifs
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des OEV et leurs familles qui ont reçu un service dans les trois derniers mois et qui continuent de recevoir des services trois mois plus tard. Tout OEV identifié et recevant son premier service durant la période de rapport, est aussi considéré comme actif.
<b>Objectif</b>	Mesurer le nombre d'OEV et leurs familles qui ont bénéficiés de service continu durant toute la période de rapport.
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non Applicable
<b>Désagrégation</b>	<p>Sexe: Homme/Femme</p> <p>Tranche d'âge : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-17 ans 18 ans et plus</p> <p>Type de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestations médicales</li> <li>- Education et mise en apprentissage</li> <li>-Assistance judiciaire</li> <li>- prise en charge nutritionnelle</li> <li>- prise en charge psychosociale</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier la qualité des services aux OEV
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Fiches d'activités de soutien, fiche d'identification, registre de suivis, rapports d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>SS_C10</b>	<b>Nombre d'OEV référés par les organisations</b>
<b>Définition</b>	<p>C'est l'ensemble des OEV qui ont été orientés par une organisation vers une structure habilité à offrir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des prestations médicales</li> <li>- Education et mise en apprentissage</li> <li>- une assistance judiciaire</li> <li>- une prise en charge nutritionnelle</li> <li>-une prise en charge psychosociale</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	Mesurer le nombre d'OEV référés par les organisations vers les structures de pris en charge
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non Applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non Applicable
<b>Désagrégation</b>	<p>Sexe: Homme/Femme  Tranche d'âge : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-17 ans 18 ans et plus  Type de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestations médicales</li> <li>- Education et mise en apprentissage</li> <li>-Assistance judiciaire</li> <li>- prise en charge nutritionnelle</li> <li>- prise en charge psychosociale</li> </ul>
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier les progrès dans l'offre de service aux OEV
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche de référence et de contre référence
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>SS_C11</b>	<b>Nombre d'OEV ayant changé de statut sur la base du CSI</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des OEV dont les conditions de vie ont variées conformément aux scores indiqués dans l'outil CSI
<b>Objectifs</b>	Mesurer les variations dans la qualité de la prise en charge de l'OEV
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Sexe: Homme/Femme Tranche d'âge : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-17 ans 18 ans et plus
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier les progrès dans l'offre de service aux OEV
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle
<b>Sources de collecte:</b>	Fiche de Child Statut Index (CSI)
<b>Méthode de calcul:</b>	Comptage

<b>SS_C12</b>	<b>Nombre de visites à domicile pour le suivi des OEV</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble des visites rendues aux OEV à domicile par un agent communautaire dans le cadre de leur suivi pour l'amélioration de leur prise en charge.
<b>Objectifs</b>	Mesurer les activités des organisations en matière de visite à domicile
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par organisation
<b>Utilité de gestion</b>	Apprécier le suivi des services offerts
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche récapitulative des activités de l'organisation
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>SS_C13</b>	<b>Nombre de bénéficiaires actifs servi par les programmes OEV de soutien aux enfants et à leur famille affecté par le VIH /sida et leur famille bénéficiant d'un soutien</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble d'enfants et d'adultes des ménages OEV ayant reçu des services du programme OEV au cours des trois derniers mois.
<b>Objectif</b>	informer le programme OEV sur le passage à échelle des services offerts aux membres du ménage affecté par le VIH .
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Sexe: Homme/Femme
	Tranche d'âge, 0- 21 mois 12-23 mois 2-4 ans 5-9 ans 10-14ans 15-17ans 18ans et plus.
	Type de soutien:
	- alimentation
	- nutrition
	- soins de santé
	- protection
	- abri
- psychosocial	
- renforcement économique	
- Education	
- Mise en apprentissage	
<b>Utilité de Gestion</b>	évaluer le nombre d'OEV et d'adulte membre de la famille des OEV servis
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	quotidienne mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	fiches d'activités au ménage, registre de suivi de bénéficiaire
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## ◆ CCC : DEPISTAGE

<b>SS_C13</b>	<b>Nombre de bénéficiaires actifs servi par les programmes OEV de soutien aux enfants et à leur famille affecté par le VIH /sida et leur famille bénéficiant d'un soutien</b>
<b>Définition</b>	C'est l'ensemble d'enfants et d'adultes des ménages OEV ayant reçu des services du programme OEV au cours des trois derniers mois.
<b>Objectif</b>	informer le programme OEV sur le passage à échelle des services offerts aux membres du ménage affecté par le VIH .
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Sexe: Homme/Femme
	Tranche d'âge, 0- 21 mois 12-23 mois 2-4 ans 5-9 ans 10-14ans 15-17ans 18ans et plus.
	Type de soutien:
	- alimentation
	- nutrition
	- soins de santé
	- protection
	- abri
	- psychosocial
- renforcement économique - Education - Mise en apprentissage	
<b>Utilité de Gestion</b>	évaluer le nombre d'OEV et d'adulte membre de la famille des OEV servis
<b>Mode de collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	quotidienne mensuelle
<b>Sources de collecte</b>	fiches d'activités au ménage, registre de suivi de bénéficiaire
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

## ◆ CCC : PTME

<b>CCC_2</b>	<b>Proportion de personnes ayant cités au moins trois avantages liés à la CPN dans le cadre de la PTME</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes exposées aux activités de sensibilisation de proximité, les spots radios/télé, affichage sur la PTME connaissant au moins trois avantages liés à la CPN dans le cadre de la PTME rapporté au nombre total de personnes ciblées
<b>Objectif</b>	Evaluer le niveau de connaissance des avantages liés à la PTME
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes connaissant au moins trois avantages liés à la PTME
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes ciblées
<b>Désagrégation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes de 35 à 45 ans en union vivant en milieu urbain, ayant un statut socioéconomique moyen</li> <li>• Hommes de 35 à 45 ans en union vivant en milieu rural, ayant un statut socioéconomique moyen</li> <li>• Femmes enceintes de 20-25 ans en milieu urbain</li> <li>• Femmes de 35-49 ans vivant en union, en milieu rural</li> <li>• Mères séropositives de 20-34 ans en union, vivant en milieu urbain, de niveau d'instruction primaire ou plus, très pauvre</li> </ul>
<b>Utilité de Gestion</b>	Améliorer l'utilisation des services de PTME par les populations cibles
<b>Mode collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	mensuelle trimestrielle, annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités de sensibilisation Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$N/D*100$

## ◆ CCC : MULTI-PARTENARIAT+ PRESERVATIF

CCC_3	Proportion de personnes ayant une connaissance approfondie du VIH/sida
Définition	C'est le nombre de personnes exposées aux activités de sensibilisation de proximité, les spots radios/télé sur les IST, le VIH et le sida ayant une connaissance approfondie du VIH rapporté au nombre total de personnes ciblées
Objectif	Evaluer le niveau de connaissance des IST, du VIH et du sida au sein de la population ciblée
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre de personnes ayant une connaissance approfondie du VIH
Dénominateur (D)	Nombre total de personnes ciblées
Désagrégation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes en union, riches, très riches; de plus de 40 ans, vivant en milieu urbain</li> <li>- Hommes en union, de 30 à 49 ans, vivant en milieu rural</li> <li>- Jeunes femmes célibataires de 15 à 24 ans, vivant en milieu urbain</li> <li>- Professionnelles du Sexe âgées de 20 à 25 ans, vivant en milieu urbain</li> <li>- HSH vivant en milieu urbain, âgés de 18 à 24 ans</li> </ul>
Utilité de Gestion	Améliorer l'utilisation des services de prévention des IST, du VIH et du sida par les populations cibles
Mode collecte	Enquête
Fréquence de collecte des données	mensuelle trimestrielle, annuelle
Sources de collecte	Fiche d'enquête Rapport d'enquête
Méthode de calcul	$N/D*100$

## ◆ CCC : MULTI-PARTENARIAT+ PRESERVATIF

<b>CCC_4</b>	<b>Proportion d'hommes en union ayant réduit le nombre de leurs partenaires sexuelles et utilisant systématiquement et correctement les préservatifs lors des rapports sexuels extra-conjugales</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes exposées aux activités de sensibilisation de proximité, les spots radios/télé sur la réduction du multi-partenariat sexuel et l'usage du préservatif ayant utilisé systématiquement et correctement les préservatifs lors des rapports sexuels extra-conjugaux et ayant réduit le nombre de leurs partenaires sexuels rapporté au nombre total de personnes ciblées pratiquant le multi-partenariat sexuel et ayant des rapports sexuels extra-conjugaux
<b>Objectif</b>	Evaluer le niveau de changement de comportement des hommes vis-à-vis du multi-partenariat sexuel et du préservatif
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre d'hommes ciblés ayant utilisé systématiquement et correctement les préservatifs lors des rapports sexuels extra-conjugaux et ayant réduit le nombre de leurs partenaires sexuels extra-conjugaux
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total d'hommes ciblés pratiquant le multi-partenariat sexuel et ayant des rapports sexuels extra-conjugaux
<b>Désagrégation</b>	Hommes en union, riches, très riches; de plus de 40 ans, vivant en milieu urbain Hommes en union, de 30 à 49 ans, vivant en milieu rural
<b>Utilité de Gestion</b>	Améliorer l'utilisation des services de prévention des IST, du VIH et du sida par les populations cibles
<b>Mode collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	mensuelle trimestrielle, annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$N/D*100$

<b>CCC_5</b>	<b>Proportion des personnes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de personnes exposées aux activités de sensibilisation de proximité, les spots radios/télé sur l'usage du préservatif ayant utilisé systématiquement et correctement les préservatifs lors des rapports sexuels avec leurs clients et leurs partenaires stables rapporté au nombre total de personnes ciblées
<b>Objectif</b>	Evaluer le niveau de changement de comportement de population vis-à-vis du préservatif
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes ciblées ayant utilisé systématiquement et correctement les préservatifs lors des rapports sexuels avec leurs clients et leurs partenaires stables
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes ciblées
<b>Désagrégation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnels du Sexe âgés de 20 à 25 ans, vivant en milieu urbain</li> <li>- HSH vivant en milieu urbain, âgés de 18 à 24 ans</li> <li>- Jeunes femmes célibataires de 15 à 24 ans, vivant en milieu urbain</li> </ul>
<b>Utilité de Gestion</b>	Améliorer l'utilisation des services de prévention des IST, du VIH et du sida par les populations cibles
<b>Mode collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	mensuelle trimestrielle, annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités de sensibilisation Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$N/D*100$

## ♦ CCC : PEC et TRAITEMENT

<b>CCC_6</b>	<b>Proportion de PVVIH connaissant au moins trois avantages à demeurer dans le circuit des soins</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de PVVIH exposées aux activités de sensibilisation de proximité, les spots radios/télé sur les avantages à demeurer dans le circuit des soins ayant citées au moins trois avantages à demeurer dans le circuit des soins rapporté au nombre total de PVVIH
<b>Objectif</b>	Evaluer le niveau de connaissances des avantages à demeurer dans le circuit des soins chez les PVVIH
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de PVVIH connaissant au moins trois avantages à demeurer dans le circuit des soins
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de PVVIH enquêtées
<b>Désagrégation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PVVIH</li> <li>- Personnels de santé homme âgés de 25-45 ans vivant en zone urbaine appliquant au sein de leur centre santé les normes du MSLS en matière d'offre de service VIH</li> </ul>
<b>Utilité de Gestion</b>	Améliorer l'utilisation des services de prise en charge par les PVVIH (réduire les pertues de vue)
<b>Mode collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	mensuelle trimestrielle, annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Rapports d'activités de sensibilisation Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$N/D*100$

## ♦ CCC : STIGMATISATION

<b>CCC_7</b>	<b>Proportion de personnes ayant adopté une attitude tolérante envers les PVVIH et HSH</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre de populations ciblées exposées aux activités de sensibilisation de proximité, aux spots radios/télé sur la stigmatisation et les droits humains ayant adopté une attitude tolérante envers les PVVIH et les HSH rapporté au nombre total de personnes ciblées
<b>Objectif</b>	Evaluer le niveau de tolérance des personnes envers les PVVIH et HSH
<b>Unité de mesure</b>	Pourcentage
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes ciblées ayant adopté une attitude de tolérance envers les PVVIH et les HSH
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes ciblées
<b>Désagrégation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes de 30 à 45 ans vivant en couple séro-discordants en milieu urbains</li> <li>- Personnels de santé hommes âgés de 25-45 ans, vivant en zone urbaine</li> <li>- Population générale</li> </ul>
<b>Utilité de Gestion</b>	Améliorer l'utilisation des services de prévention et prise en charge par les PVVIH et les HSH
<b>Mode collecte</b>	Enquête
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche d'enquête, Rapport d'enquête
<b>Méthode de calcul</b>	$N/D*100$

## 7.5. Population Hautement Vulnérable (PHV)

<b>PHV_1</b>	<b>Nombre de sites prostitutionnels ou lieux de rencontre des populations clés identifiés</b>
<b>Définition</b>	il s'agit des lieux formels ou informels où les populations clés ont accès à leurs clients ou mènent leurs activités. Ils seront dit actifs ou fonctionnels s'ils continuent d'être fréquentés par les membres de la communauté
<b>Objectif</b>	Dénombrer les sites prostitutionnels et de rencontre des populations clés
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	Par type de sites, Par fonctionnalité (fonctionnel ou non fonctionnel) Par organisation Par type de populations clés Selon la région sanitaire Selon le district sanitaire,
<b>Utilité de Gestion</b>	Actualiser la cartographie des interventions
<b>Mode collecte</b>	routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle
<b>Sources de collecte</b>	Fiche et rapport d'activités
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

<b>PHV_2</b>	<b>Nombre de gels lubrifiant à base d'eau distribués au cours des activités de prévention et de prise en charge des Populations Hautement Vulnérables</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre total de gels lubrifiant à base d'eau distribués gratuitement toutes sources confondues</b>
<b>Objectif</b>	<b>Déterminer la quantité de gels mise à disposition des populations hautement vulnérables</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Nombre</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Non applicable</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Type : tube gel, gel uni dosé</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Accroître le taux d'utilisation des gels lubrifiant à base d'eau en direction des PHV</b>
<b>Mode collecte</b>	<b>Suivi et collecte de données de routine. C'est le nombre total de gels lubrifiant à base d'eau distribués gratuitement toutes sources confondues</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Fiche d'activité et rapport d'activités</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b>comptage</b>

<b>PHV_3</b>	<b>Nombre de sites offrant des services de Conseil Dépistage en direction des PHV</b>
Définition	C'est le nombre de sites offrant les services de Conseil Dépistage en direction des PHV
Objectifs	Dénombrer les sites offrant les services de CD VIH chez les populations hautement vulnérables
Unité de mesure	Nombre
Numérateur (N)	Non applicable
Dénominateur (D)	Non applicable
Désagrégation	Type de sites : Public, OBCD, ONG
Utilité de gestion	Aider à la réalisation de la cartographie programmatique
Mode de collecte des données	Suivi et collecte de données de routine
Fréquence de collecte des données	Collecte annuelle
Sources de collecte	Fiche et rapport d'activités
Méthode de calcul	comptage

<b>PHV_4</b>	<b>Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue</b>
Définition	c'est le pourcentage parmi les usagers drogue par voie injectable qui a utilisé une seringue stérile lors de sa dernière injection
Objectifs	Mesurer l'utilisation de matériels stériles chez les populations hautement vulnérables
Unité de mesure	Pourcentage
Numérateur (N)	Nombre des utilisateurs de drogue par la voie injectable interrogée déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'elles se sont injectées de la drogue
Dénominateur (D)	Nombre de personnes ayant déclaré s'être injectées de la drogue au cours du mois dernier.
Désagrégation	Sexe : Homme, Femme ; Tranche d'âges: 10-14 ans, 15-24 ans, 25 -49 ans et 50 ans +
Utilité de gestion	Accroître l'utilisation des matériels stériles chez les populations hautement vulnérables
Mode de collecte des données	Enquêtes spéciales, Les personnes interrogées répondent aux questions suivantes : (Vous êtes-vous injecté de la drogue à un moment quelconque au cours du mois dernier ? Si oui : Avez-vous utilisé une seringue et une aiguille stériles la dernière fois que vous vous êtes injecté de la drogue)
Fréquence de collecte des données	tous les 2 ans
Sources de collecte	Rapport d'enquête
Méthode de calcul	$N/D \times 100$

<b>PHV_5</b>	<b>Proportion de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel</b>
<b>Définition</b>	<b>C'est le nombre d'utilisateurs de drogue par la voie injectable qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel rapport au nombre d'utilisateurs de drogue par la voie injectable ciblé</b>
<b>Objectif</b>	<b>Mesurer l'utilisation du préservatif chez les drogues injectables</b>
<b>Unité de mesure</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Numérateur (N)</b>	<b>Nombre d'utilisateurs de drogue par la voie injectable qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel</b>
<b>Dénominateur (D)</b>	<b>Nombre d'utilisateurs de drogue par la voie injectable ciblé</b>
<b>Désagrégation</b>	<b>Par sexe et par âge</b>
<b>Utilité de Gestion</b>	<b>Améliorer la prévention de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables</b>
<b>Mode collecte</b>	<b>Enquêtes spécifiques</b>
<b>Fréquence de collecte des données</b>	<b>Tous les 2 ans/UNGASS</b>
<b>Sources de collecte</b>	<b>Rapport d'enquête</b>
<b>Méthode de calcul</b>	<b><math>N/D \times 100</math></b>

<b>PHV_6</b>	<b>Nombre d'individus testés séropositifs ayant eu accès au comptage de CD4 pour évaluer leur éligibilité au traitement ARV</b>
<b>Définition</b>	C'est le nombre total de personnes dépistées positives ayant été référées à partir du poste /poste/service/site communautaire et dont l'accès au bilan initial est documenté (contre référence) au niveau du point d'offre de service CD.
<b>Objectif</b>	Déterminer le nombre de personnes dépistées VIH positives chez qui le bilan initial a été réalisé
<b>Unité de mesure</b>	Nombre
<b>Numérateur (N)</b>	Non applicable
<b>Dénominateur (D)</b>	Non applicable
<b>Désagrégation</b>	<i>Homme (0-14)</i> <i>Femme (0-14)</i> <i>Homme (15+)</i> <i>Femme (15+)</i>
<b>Utilité de Gestion</b>	Apprécier l'effectivité de la contre référence pour l'évaluation des CD4 des personnes séropositives pour la mise sous ARV
<b>Mode collecte</b>	Routine
<b>Fréquence de collecte des données</b>	Collecte journalière avec compilation mensuelle, trimestrielle et annuelle
<b>Sources de collecte</b>	Fiches de référence et contre référence, registre de référence
<b>Méthode de calcul</b>	Comptage

# ANNEXES 1:

## COMITE TECHNIQUE

No.	NOM & PRENOM	INSTITUTION	FONCTION	TEL / FAX	ADRESSE EMAIL
01	Pr MAMADOU SAMBA	MSLS/DPPEIS	Directeur	20 22 60 43	samba.mamadou@gmail.com
02	Dr GNASSOU LEONTINE	MEASURE Evaluation	Conseiller Résident	05 95 84 46	leontine_gnassou@ci.jsi.com
03	Dr PONGATHIE ADAMA SANOGO	DPPEIS	Médecin	46 00 75 37	docteurpongathie@yahoo.fr
04	Dr MALE MOMINE FELIX	DPPEIS	Pharmacien	44 74 28 42/07659581	momyneh@yahoo.fr
05	Dr AHOTY FRANCK ALEX-DIDIER	DPPEIS	Médecin	03 23 20 07	afadseba@yahoo.fr
06	Dr BOSSO EDWIGE	MEASURE Evaluation	Directeur Adjoint	04 77 42 16	edwige_bosso@ci.jsi.com
07	Dr M'BEA Kouassi Jean-Jacques	ICAP	Senior Monitoring & Evaluations Officer	04 89 35 98	km2988@cumc.columbia.edu
08	TRAORE YOUSOUFFOU	PNLS	Assistant suivi Evaluation et Recherche	54 51 11 06	trayoul08@yahoo.fr
09	BORO Djénéba SOUMAHORO	PNLS	Chargée de PTME	05990006	djennbor12@yahoo.fr
10	Dr YAO Konan Ernest	PNSME	Médecin SERVICE S&E	07698557	konanern@yahoo.fr
11	TOURE FATOUMATA	MEASURE Evaluation	Conseiller Technique SE	56 98 88 13	fatoumata_traore-toure@ci.jsi.com
12	Dr ALI KOUASSI DANIEL	PNLS	Médecin	05-59-24-66	docteuralikouassi@yahoo.fr

## **ANNEXES 2:**

### **Liste de Participants aux ateliers de validation des fiches des indicateurs de ce dictionnaire**

No.	NOM & PRENOM	INSTITUTION	FONCTION	TEL / FAX	ADRESSE EMAIL
1	Pr MAMADOU SAMBA	MSLS	Directeur	20 22 60 43	samba.mamadou@gmail.com
2	DIBI N'DA NAZAIRE	CARITAS CI/FM	Assistant S/E	59 55 27 35	dibinazaire@gmail.com
3	OULAI IBODE VALERI	PNLT	Informaticien Gestionnaire de données	59 00 67 84	valibode78@gmail.com
4	YAPO ADJA BEAUDREA	PNLS	Médecin point focal TB/VIH/PEC	08 90 83 60	adjabeaudrea@gmail.com
5	TIA YAO GBOKO	PNLS	Responsable SER	54 51 11 00	tiayao@yahoo.fr
6	KOFFI N'GOH ARMAND	DS BONGOUANOU	Médecin Coordonnateur VIH	07 78 70 84	kngoharmant@yahoo.fr
7	GBESSE KPAN ROGER	DS M'BAHIKRO	Médecin coordonnateur VIH	57 13 16 22	gbessekpan@gmail.com
8	KONAN KOUAME MATHIAS	DS DAOUKRO	DDSLS	07 80 68 27	docteurkonan@yahoo.fr
9	Mme ABOYA MARIE- CHANTAL	DPPEIS	Infirmière Spécialiste	05 82 29 16	aboyamarie@yahoo.fr
10	SERGE GBAPPA	SEV-CI	Conseiller Tech S/E	06 56 60 74	sgbappa@sevci.org
11	Dr OUFFOUE FULGENCE	FHI360	Conseiller Tech. S/E	07 21 16 12	fouffoue@fhi360.org
12	KOUYATE SEYDOU	HAI	Directeur des Programmes	49 86 01 51	Seydou.kouyate@hai-ci.org
13	Dr BEUGRE KEKE PARFAIT	DRSLS BELIER	Point focal VIH	58 11 58 57	kekebeugre@gmail.com
14	Dr ESSO YEDMEL	HEARTLAND ALLIANCE	DSI	49 50 16 11	yesso@heartlandalliance.org
15	Dr ABOU LARISSA	CSU COM ANGRE	Gynéco	02 00 14 85	lariabou@gmail.com
16	Mme NDONG MARIAMA	HG BINGERVILLE	Gestionnaire de données VIH	09 61 47 70	gnireguemariama@yahoo.fr
17	Dr COULIBALY SOPLE RUTH	DC-PEV	Chargée de suivi évaluation	01 77 65 69	coulibaly_ruth@yahoo.fr
18	NICOUE AIME	CDC/PEPFAR	Chef adjOINT SI	05 01 38 70	hpm8@cdc.gov
19	AHOTY FRANCK ALEX- DIDIER	DPPEIS	Médecin	03 23 20 07	afadseba@yahoo.fr
20	TRAORE YOUSOUFFOU	PNLS	Assistant suivi Evaluation et Recherche	54 51 11 06	trayoul08@yahoo.fr
21	MALE MOMINE FELIX	DPPEIS	Pharmacien	44 74 28 42	momyneh@yahoo.fr
22	AKA KOUA FERDINAND	EGPAF	Chargé de Suivi Evaluation	05 01 81 11	faka@pedaids.org
23	ANGAMAN KASSI ROGER	MSFFE - PNOEV	Responsable M&E	03 65 07 43 /22 41 39 86	kassyroger@yahoo.fr
24	PONGATHIE ADAMA SANOGO	DPPEIS	Médecin	46 00 75 37	docteurpongathie@yahoo.fr

No.	NOM & PRENOM	INSTITUTION	FONCTION	TEL / FAX	ADRESSE EMAIL
25	TA BI DJO FREDERIC	DDS DAOUKRO	Information Stratégique VIH	07 76 72 72	tabidjo@gmail.com
26	ATSE SEKA SIMPLICE	PNSR/PF	Démographe	02 60 90 73	Seka_simplice@yahoo.fr
27	COULIBALY GNIENAN VINCENT	DDS DAOUKRO	CSE	46 00 87 09	coulibalygnienan@yahoo.fr
28	TRE BI ARMAND	DC PNN	Statisticien	47 77 80 37	ilgatbad@live.fr
29	LOUKOU AKISSI LYDIE épouse ZINVI	ALLIANCE NSD CI	CSE	06 73 97 44	lydie.loukou@nsd.org
30	KOUASSI FREDERIC	ACONDA	Assistant Technique SI	40 18 58 23	fred_kouassi@yahoo.fr
31	GNASSOU LEONTINE	MEASURE Evaluation	Conseiller Résident	05 95 84 46	leontine_gnassou@ci.jsi.com
32	TOURE FATOUMATA	MEASURE Evaluation	Conseiller Technique SE	56 98 88 13	fatoumata_traore-toure@ci.jsi.com
33	BOSSO EDWIGE	MEASURE Evaluation	Directeur Adjoint	04 77 42 16	edwige_bosso@ci.jsi.com
34	DELAFOSSE Joseph Roger	PNSM	D.C	07 60 28 16	Pnsantementale@yahoo.fr
35	Dr HYDA Jules	CNTS	Coordonnateur des services de TS	01 05 07 37	hyda_j@yahoo.fr
36	BLEHOUE Bléoué	PNLMM	Chargé d'Etudes	01 98 25 52	blehoue@gmail.com
37	DORE Hawa épouse SANOGO	PNPSBD	Service de suivi Evaluation	47 27 68 58	nourhawa06@gmail.com/programmedentaire@gmail.com
38	AMANY Debora	PNEL	Gestionnaire de données	58 71 49 79	pnel_ci@yahoo.fr
39	KOUAKOU Kouamé Emmanuel	DS BOUAKE Nord-Est	IDES/CSE	07 08 69 12	k.kemmanuel89@yahoo.com
40	YEO Epse YEO Fatoumata	DRSLS GBEKE	IDES/CSE	07 04 51 10	kadofann@yahoo.fr
41	Dr KOUAKOU K.Hugues-Arsene	DRSLS GBEKE	Chef de service S&E	07 70 20 35	hugues.arsene@yahoo.fr
42	EHUI Anicet Parfait	PNLP	Gestionnaire de données	40 49 99 61/ 48 43 95 60	ehuianicetparfait@yahoo.fr
43	YAPI Boni Isidore	PNEVGA	Gestionnaire de données	07 46 44 13	bonisid@yahoo.fr

No.	NOM & PRENOM	INSTITUTION	FONCTION	TEL / FAX	ADRESSE EMAIL
44	KOUASSI Kouadio	DHES	IDES/chef de planification	09 42 22 89	kouassikben@gmail.com
45	SILUE NAGNON	DS BEOUMI	DDSLS	07 00 75 11	nagnonsilue@yahoo.fr
46	ADJE Akissi Christelle	INHP	Gestionnaire de données	47 49 67 69	christelle.adje@yahoo.fr
47	N'GUESSAN Affoué Marie Chantal épouse BOUSSOU	PNPMNT	C.E	08 34 67 61	boussoumc@gmail.com
48	TOURE Lancina dit TOT	PNPMT	Chargé d'Etudes	07 56 80 92 / 02 36 35 63	touretot@hotmail.com
49	M'BO Olivier Daniel	DIEM	Chargé d'Etudes	03 71 34 68	mbovalery@yahoo.fr
50	ASSI Monnan Hyacinthe	ACPCI	Secrétaire Général	48 35 42 40 / 22 41 72 96	assimonafr@yahoo.fr
51	N'GANDI G Sabine	DAF/MSLS	CE	05 62 91 31	guesabine@yahoo.fr
52	COULIBALY Aminata	DPPEIS	Sage-femme Spécialiste	07 89 10 43	amicoul891@yahoo.fr
53	OUEYEYA Epse KONE OULOYA Yolande	DPPEIS	Sage-femme Spécialiste	58 41 56 37 / 06 62 29 99	yolandeoueyeyakone@yahoo.fr
54	ANONGBA Ebbah Paulette	DPPEIS	Sage-femme Spécialiste	09 28 58 68	ebbapaulette@yahoo.fr
55	GAHOU Zoleba Irène	DPPEIS	Sage-femme Spécialiste	07 19 34 70	irenegahou@yahoo.fr
56	KATIA Akaffou	DPPEIS	IDES	46 00 75 40	dipekatiakaf@yahoo.fr
57	GNAGBO Dabé Constant	DRSLS GNSP	IDES-CSE Régional	45 36 78 02	con_sty@yahoo.fr
58	MIAN Boua Moïse	DDS/Tabou	Médecin SAS	47 75 94 85	bouamoïse@yahoo.fr
59	GNONSIO Georges Rolland	PNSSU	Chargé d'Etudes	01 10 91 38 / 59 58 95 35	ggnonsio@yahoo.fr
60	YAO Bi Gala Benjamin Honoré	DRSLS Gboklé Nawa San-Pedro	DR	05 40 09 61	benbigala@yahoo.fr
61	N'TAKPE Doffou Armand	PNDAP	Pharmacien/SE	07 99 00 59	ntakped01@yahoo.fr

No.	NOM & PRENOM	INSTITUTION	FONCTION	TEL / FAX	ADRESSE EMAIL
62	MAHASSADI Hassan	PHLHV	Chargé d'Etude	07 42 99 98	mahassadi@yahoo.com
63	YAO Mollou Aristide	IRC	Chargé M&E	56 00 87 67	mollouaristide.yao@rescue.org
64	IRO Vidal	Caritas	Responsable S&E	77 75 20 25/ 07 70 05 73	marius_vidal@yahoo.fr
65	KONAN Peyhmond joachin	DPM	Pharmacien	07 94 02 70	peyhmondjoachimk@yahoo.com
66	ASSIE N'da Marcellin	PNLUB	Chargé d'Etude	47 41 32 00	assiend@yahoo.fr
67	EGOU Assi Hugues	DGS	CE	05 77 92 67/ 58 06 31 24	egou.assihugues@yahoo.fr
68	ONANE Erve Marius	DSCMP	Médecin	07 91 57 88	onanon2@yahoo.fr
69	N'DRAMAN Kottia Charlotte	DGS/MSLS	CE	03 16 90 57	kottiacharlotte@yahoo.fr
70	KOUASSI Yao Théodore	DC/PNN	CE/SNE	07 57 42 98	theodocteur@gmail.com
71	BILEY Augustin Kouamé	PNLca	Médecin	05 89 78 77	biley46_kouamé@yahoo.fr
72	N'DRI Roger	DDS Tabou	DD Santé	49 20 86 36	n'dri_roger@yahoo.fr
73	Dr ASSAOLE N'dri David	DSCMP	Directeur	09114039	assaoled@yahoo.fr
74	MENAN N'guessan Germain	DRSLS Belier	CSE	47 092 220	keniruth@gmail.com
75	NIAMIEN Gnangon Denis	DEPS	Medecin	49 006 756	niamien_g@yahoo.fr
76	N'DJOMON Franck Angodji	DMH		07565699	ndjomonaf@yahoo.fr
77	KOUASSI Kouadio	DHES		09422259	kouassikben@gmail.com

No.	NOM & PRENOM	INSTITUTION	FONCTION	TEL / FAX	ADRESSE EMAIL
78	KOUAKOU Kouamé Alphonse	DSIM		07662523	kkphonsio@yahoo.fr
79	KOUAME Kouakou Raymond	DRH	Sous Directeur	01226464	thetykopa@yahoo.fr
80	KOFFI Eponon	PNLS		07236844	k_gserges@yahoo.fr
81	COULIBALY Sie	CSU Dioulabougou yakro	IDE	08250875	coulibalysie.cs@gmail.com
82	OUATTARA Souleymane	SCMS	Pharmacien	02015154	souattara@ci.pfscm.org
83	GNALY Olivier	RIP+		58331293	hotykolg@yahoo.fr
84	SIDIBE SOULEYMANE	PNLT	DCA	59008149	souleymanesidib@yahoo.fr
85	KATIA AKAFFOU GABRIEL	DPPEIS	IDE/SP	49545224	dipekatiakaf@yahoo.fr
86	YEBOUA Amoikon	PNSME	Chargé d'Etudes	07700626	Yeb_am@yahoo.fr
87	MANHAN Kemetehi Jonas	ACPCI	Chef Projet	09 75 42 97	manhanj@gmail.com
88	BORO Djénéba SOUMAHORO	PNLS	Chargée de PTME	05990006	djennbor12@yahoo.fr
89	OUSSOU Ekomano Oi Ekomano	DDS DALOA	CSE	47 82 97 49/ 02 49 01 21	ekojma@yahoo.fr
90	KONE KANE Nankéré	PNLS	Medecin	06 00 30 14/ 22 42 07 17	kone.kane@yahoo.fr
91	N Goran Ahou épse Kouadio	H G de Bingerville	Surveillante Générale	05 65 66 86	ahouevy@gmail.com
92	YAO Konan Ernest	PNSME	Médecin	07698557	konanern@yahoo.fr
93	TANY Atté François	PNLS	Chargé de la Mobilisation Sociale	08 40 48 55/ 54 39 96 41	tany_lee_76@yahoo.fr
94	KONE Daouda	DPPEIS	Statisticien	07 60 58 76	kdaoudnable70@gmail.com
95	DOUMATEY Nicole	CDC PEPFAR	CT	0537728	hpl9@cdc.gov /dournic@yahoo.fr
96	Mme YAPI DELPHINE	DPPEIS	Secrétaire	05 07 75 38	nayoudel@yahoo.fr
97	NEMLIN Barou Chantal	DPPEIS	Secrétaire	07 31 78 31	nemlin.chantal@yahoo.fr
98	TOURE Alacagny	DPPEIS	COMPTABLE	01136484	toreleman@yahoo.fr
99	KASSI Aimé Justin	DPPEIS	Chauffeur	03654898	

## Annexe 3 : Fiche de référence ou fiche standard de l'indicateur

Code indicateur	Enoncer le libellé de l'indicateur
Définition	Dans cette section, chaque terme significatif de la formule exacte de l'indicateur doit être très clairement défini. Il ne suffit pas de répéter simplement le libellé de l'indicateur. Cette définition doit être si explicite que toute personne qui ne connaîtrait pas votre projet particulier soit capable de comprendre exactement quelles catégories de données doivent être incluses ou non dans les calculs de l'indicateur.
Objectif	Préciser les objectifs visés par la collecte de cet indicateur
Unité de mesure	Inscrire l'unité dans laquelle sera exprimé l'indicateur.
Numérateur (N)	Décrire le numérateur
Dénominateur (D)	Décrire le dénominateur
Désagrégation	Inscrire les différents types de désagréments de l'indicateur ainsi que leurs valeurs. Indiquer les subdivisions significatives selon lesquelles les données seront réparties dans le cadre de leur présentation ordinaire. Ex.: par sexe, par type d'établissement, par milieu rural/urbain.
Utilité de gestion	Expliquer l'utilité de l'indicateur pour la structure. En quoi ces résultats successifs sont-ils significatifs pour vos interventions ou projets? De quelle manière le suivi de ces résultats contribuera-t-il au succès du programme ? À quels résultats de niveau supérieur, ou quels buts globaux, ces indicateurs contribueront ils en fin de compte ?
Mode de collecte des données:	Préciser comment les données devant servir au calcul de l'indicateur seront collectées (Routine ? ou enquête ?).
Fréquence de collecte des données:	Préciser le rythme de collecte des données
Sources de collecte	Préciser les documents qui permettront de collecter les données
Méthode de calcul	Inscrire la formule de l'indicateur. Décrivez ici les opérations mathématiques exactes (addition, soustraction, division, multiplication) devant être effectuées sur les données brutes pour aboutir à la valeur de l'indicateur à rapporter. Cette description doit correspondre exactement à l'indicateur tel que défini plus haut, et ses éléments doivent correspondre exactement à ceux détaillés dans la définition.

# DICTIONNAIRE NATIONAL DES INDICATEURS DE SANTE



**Fonds mondial**  
de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme



IVORIANS AND AMERICANS  
IN PARTNERSHIP TO FIGHT HIV/AIDS  
**PEPFAR**



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**MEASURE**  
Evaluation

**Edition 2015**