



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL



**MANUEL DE PROCEDURES DE REMPLISSAGE DES
OUTILS DE GESTION DU SNIS DE ROUTINE
REGISTRES ET CANEVAS DE RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES**

NIVEAU CENTRE DE SANTE et HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

Version 30/9/2016

PARTIE 1

Principes généraux, méthodes et présentation du canevas de
rapportage

Table des matières

1. AVANT PROPOS.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
2. INTRODUCTION	5
2.1. OBJET DU MANUEL	5
3. LES NOUVEAUTES DU SYSTEME	7
3.1. CHANGEMENTS DANS LE RAPPORTAGE ET LA TRANSMISSION DES RAPPORTS MENSUELS.....	7
3.1.1. <i>On prévoit un rapport par structure de soins.....</i>	<i>7</i>
3.1.2. <i>L'ECZ a un rôle spécifique dans la définition du paquet d'activité de chaque structure.....</i>	<i>7</i>
3.1.3. <i>Le rangement des activités a changé par rapport à la précédente version.....</i>	<i>7</i>
3.2. SIMPLIFICATION DU SYSTEME.....	7
3.2.1. <i>On cesse d'enregistrer les patients par provenance.....</i>	<i>7</i>
3.2.2. <i>On simplifie le rapportage des tranches d'âge.....</i>	<i>8</i>
3.2.3. <i>Il n'est plus demandé de rapporter les indicateurs calculés directement sur le canevas.....</i>	<i>8</i>
3.2.4. <i>Les données relatives à la disponibilité des équipements ont été limitées au maximum.....</i>	<i>8</i>
3.2.5. <i>On réduit la liste de maladies à enregistrer mensuellement.....</i>	<i>8</i>
3.3. INTRODUCTION DE QUELQUES NOUVELLES NOTIONS.....	8
3.3.1. <i>On introduit le nombre de contacts au CS.....</i>	<i>8</i>
3.3.2. <i>Au CS, les TDR doivent être enregistrés au niveau de la table de consultation.....</i>	<i>9</i>
3.3.3. <i>On simplifie le rapportage financier et on l'adapte au nouveau contexte.....</i>	<i>9</i>
3.3.4. <i>On teste la mise en place d'un nouveau système d'enregistrement des données d'hospitalisation à l'hôpital intégrant plusieurs nouveautés.....</i>	<i>9</i>
3.3.5. <i>On réserve une section spécifique pour le service des urgences à l'hôpital.....</i>	<i>9</i>
3.4. INTEGRATION DES NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE.....	9
4. MESURES D'ASSURANCE QUALITE	10
4.1. TYPE D'OUTILS DE GESTION DE L'INFORMATION.....	10
4.2. LISTE DES OUTILS DE GESTION DE L'INFORMATION SNIS AU NIVEAU DU CS	10
4.3. NOUVEAUX FORMATS D'OUTILS DE GESTION	10
4.4. TECHNIQUES POUR FACILITER LA PRODUCTION DES DONNEES ET LEUR AGREGATION	11
4.4.1. <i>Lignes « reports » et « totaux » dans les différents registres.....</i>	<i>11</i>
4.4.2. <i>La numérotation des cas.....</i>	<i>13</i>
4.4.3. <i>codification spécifiques aux maladies et sous-catégories.....</i>	<i>13</i>
5. ANNEXE : ELEMENTS EXPLICATIFS SUR LES CHOIX POUR LE NOUVEAU SYSTEME.....	14
5.1. LE DECOUPAGE SANITAIRE	14
5.1.1. <i>Rappel sur les base du découpage sanitaire en RDC.....</i>	<i>14</i>
5.1.2. <i>Rôles respectifs de chaque entité pour ce qui concerne l'information.....</i>	<i>14</i>
5.1.3. <i>Les divergences observées par rapport au modèle théorique.....</i>	<i>15</i>
5.2. LES PAQUETS D'ACTIVITES PRESTEES DANS LES STRUCTURES SANITAIRES DE L'AS.....	15
5.3. LA CARTE SANITAIRE	16
5.4. LES CLIENTS OU UTILISATEURS DE L'INFORMATION	16
5.5. LES AUTRES ELEMENTS DU SYSTEME D'INFORMATION.....	17
5.5.1. <i>Systèmes d'information gérés par la DSNIS.....</i>	<i>17</i>
5.5.2. <i>Systèmes d'information n'étant pas sous la responsabilité directe de la DSNIS.....</i>	<i>17</i>

Abréviations et acronymes

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
ADBC	Agent de distribution à Base Communautaire
AS	Aire de Santé
AC	Ancien Cas
AA	Ancienne Acceptante
AE	Autre Entrées (UNTA et UNS)
BMI	Body Mass Index
BCZ	Bureau Central de Zone
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CDR	Centrale de Distribution Régionales
CS	Centre de Santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CPS	Consultation Préscolaire
COC	Contraceptif oral Combiné
DCI	Dénomination Commune Internationale
D5	Direction de Développement des soins de santé primaire
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DSNIS	Division du Système d'Information Sanitaire
ECZ	Equipe Cadre de Zone
FEDECAME	Fédération des Centrale d'Achat du Médicament Essentiel
FBR	Financement Basé sur le Résultat
HGR	Hôpital Général de Référence
HTA	Hypertension artérielle
IRA	Infection Respiratoire Aigue
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LMIS	Logistical Management Information System
MAM	Malnutrition Aigue Modéré
MAS	Malnutrition Aigue Sévère
MAO	Méthode d'Auto Observation
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
NC	Nouveau Cas
NA	Nouvelle Acceptante
NA	Nouvelle Admission (UNTA et UNS)
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PVVIH	Patient Vivant avec le VIH
PB ou MUAC	Périmètre brachial ou Medium Upper Arm Circonference
POP	Pilule Oestro-progestative
PF	Planification Familiale
PS	Poste de Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNAME	Programme National d'Approvisionnement en ME

PNLMD	Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques
PNIRA	Programme National Infection Respiratoire Aiguës
PNSR	Programme National Santé de la Reproduction
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RECO	Relais Communautaires
SRO	Solution de réhydratation orale
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
UNS	Unité Nutritionnelle de Supplémentation
UNTA	Unité Nutritionnelle thérapeutiques Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnelle thérapeutiques Intensive
VPI	Vaccin Polio Inactivé

1. AVANT-PROPOS

Le Manuel de remplissage des outils de collecte de l'information et du Canevas de Rapport Mensuel d'Activité sert de guide aux prestataires de soins travaillant dans la production des informations sanitaires au niveau du CS et du HGR et leurs équivalents.

Le but de ce manuel est de permettre aux structures de soins de produire mensuellement un rapport décrivant quantitativement leur activité ainsi que l'épidémiologie locale.

Il s'agit d'une part d'assurer le remplissage au quotidien des outils de collecte, et d'autre part de compiler les données dans le canevas de rapport mensuel. L'objectif technique de ce guide est donc d'optimiser les procédures à ce niveau, et ainsi améliorer la qualité des données rapportées.

Le présent guide est scindé en trois parties :

- La première section décrit les derniers principes qui ont été introduits avec la mise en place des nouveaux formats de canevas CS et HGR ; cette section fait également un bref rappel des principes antérieurs qui sont toujours en vigueur.
- La seconde décrit les procédures de saisie dans les outils de gestion papier relatifs au CS ou équivalents (registres, feuilles de pointage et canevas RMA CS).
- La troisième décrit les procédures de saisie dans les outils de gestion papier relatifs à l'HGR ou équivalent

Nous profitons de l'occasion pour nous acquitter d'un agréable devoir, celui de remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce manuel de remplissage.

Il s'agit d'une première version du manuel de procédure et donc un premier jet ; des améliorations sont prévisibles sur le moyen terme.

Dr Salomon SALUMU SIYANGOLI

Chef de Division SNIS/5ème Direction

2. INTRODUCTION

2.1. OBJET DU MANUEL

Avant de décrire en détail les principes et les méthodes pour la collecte de l'information, il convient de mieux définir le périmètre couvert par ce manuel. Il est ainsi à noter que seules les **données de routine sont concernées** ; c'est à dire les données collectées au moment où l'activité de soin est réalisée. Par ailleurs ce manuel ne couvre **que les informations rapportées mensuellement**.

Ainsi :

- ❖ Ce manuel ne couvre que très partiellement la lutte contre le VIH (mis à part pour ce qui concerne certaines données récoltées dans le cadre du système d'information de routine).
- ❖ Ce manuel ne décrit pas le système de rapportage des maladies à potentiel épidémique à notification hebdomadaire.¹
- ❖ Ce manuel ne couvre pas les programmes sollicitant un rapportage trimestriel (lutte contre la tuberculose et la lèpre en particulier).
- ❖ Ce manuel ne couvre pas les données à collecter annuellement au niveau de l'aire de santé ou du centre de santé.
- ❖ On peut enfin rajouter que ce manuel ne couvre ni la composante relative à la saisie de l'information dans le DHIS2, ni l'utilisation de ce même logiciel pour l'analyse de l'information produite.

Il est important d'insister sur le fait que les modifications proposées font suite à l'analyse critique des systèmes précédents mais également à une série de concertations avec les parties prenantes nationales réalisées fin 2015. On doit donc considérer que ces modifications ont été correctement appropriées par le niveau central et provincial du MSP, y compris par les principaux programmes nationaux. **Dans ce cadre-là, ces derniers se sont engagés à proscrire les rapportages parallèles.**

La « version 2.2 » du système d'information de routine opéré sur dhis2 n'est certainement pas la version définitive ; de nouvelles innovations sont à prévoir au fur et à mesure de la « vie » de cette version.

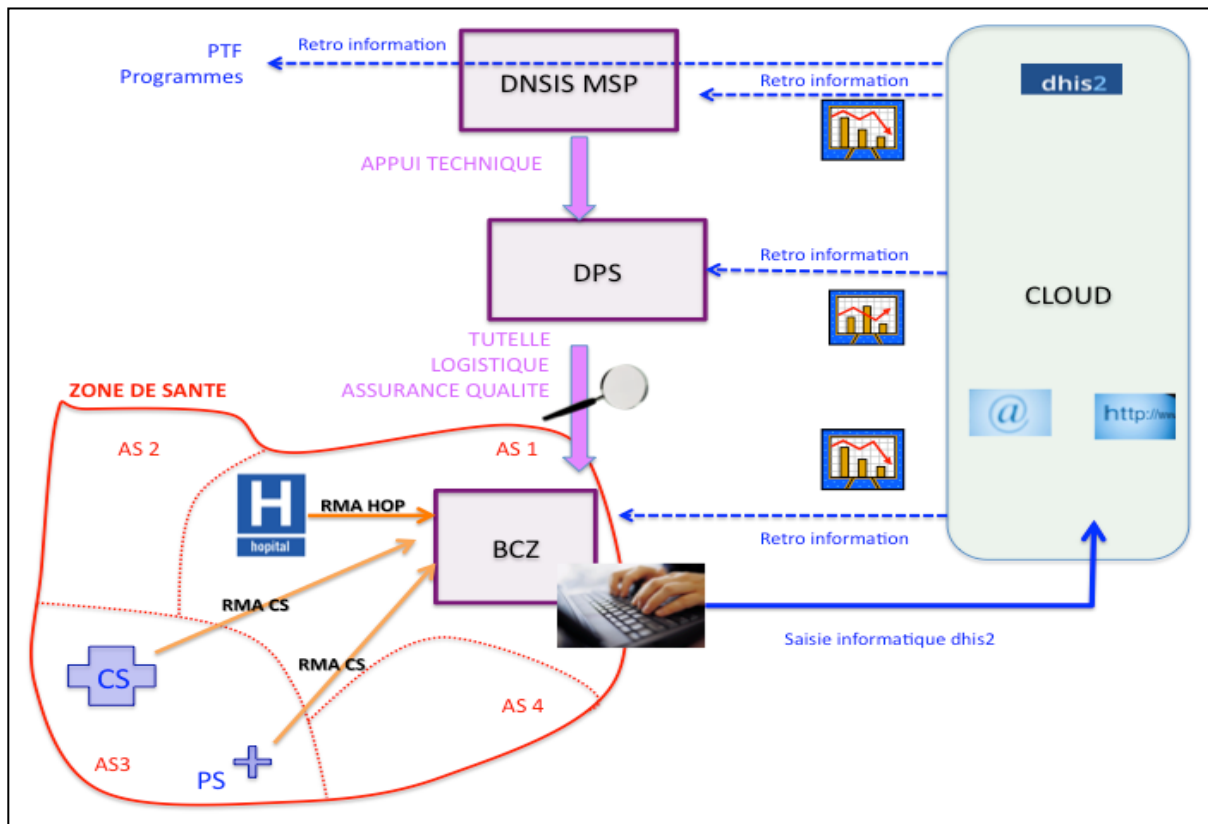
Avertissement préliminaire :

Le présent manuel, vise en priorité la simplicité et la concision ; sa taille relativement réduite devrait permettre une mise à disposition plus large auprès des divers acteurs de terrain. Il se veut également pédagogique ; de ce fait, il a aussi été conçu pour être utilisé lors des sessions de recyclage sur le SNIS.

Pour atteindre ces objectifs, des choix rédactionnels ont été faits ; nous avons par exemple considéré que la plupart des soignants ont été précédemment exposés aux divers outils de gestion de l'information, et que donc il était surtout utile de se concentrer sur les nouveautés.

¹ Le lecteur pourra par contre noter que les maladies pour lesquelles la DLM sollicite un rapportage mensuel sont bien intégrées dans le canevas du rapport d'activité et que donc les modalités de rapportage desdites maladies sont décrites dans le présent manuel

CIRCUIT DE L'INFORMATION DANS LE NOUVEAU SYSTEME



3. LES NOUVEAUTES DU SYSTEME

3.1. CHANGEMENTS DANS LE RAPPORTAGE ET LA TRANSMISSION DES RAPPORTS MENSUELS

3.1.1. ON PREVOIT UN RAPPORT PAR STRUCTURE DE SOINS

Dans le nouveau système **toutes les formations sanitaires de premier contact qu'il s'agisse de CS, ou de PS doivent produire un rapport** qui leur est propre.

- Désormais le rapport mensuel du CS de responsabilité de l'AS n'intègre plus les activités des PS satellites du CS dans l'AS.
- Les PS satellites doivent produire leur propre rapport ; ce rapport devrait être transmis au BCZ via le CS de responsabilité, mais parfois des exceptions existent avec transmission directe.²
- Tous les rapports mensuels doivent être réceptionnés au BCZ **avant le 7^{ième} jours du mois suivant.**

3.1.2. L'ECZ A UN ROLE SPECIFIQUE DANS LA DEFINITION DU PAQUET D'ACTIVITE DE CHAQUE STRUCTURE.

Il revient à l'ECZ, de définir la carte sanitaire détaillée de la ZS. Normalement une fois l'an le MCZ révisé la liste des structures de premier contact de chaque AS en déterminant pour chacune, la liste des prestations qu'elle peut réaliser.³ Cette liste doit être transmise à la DPS. Les données issues de cette liste permettent de mettre à jour la liste de « unités organisationnelles » de la ZS dans la base de donnée dhis2.

3.1.3. LE RANGEMENT DES ACTIVITES A CHANGE PAR RAPPORT A LA PRECEDENTE VERSION

Certaines activités qui ne font pas partie du paquet minimum standard du CS sont rapportées à la fin du canevas ; il s'agit des activités (i), du laboratoire (ii) de prise en charge de la malnutrition ; (ii) de soins à base communautaire. Il faut donc sauter la rubrique si on ne réalise pas l'activité.

Les données relatives à la lutte contre le VIH doivent elles, être reportées dans le « Canevas unique » (et non pas dans le canevas de rapport mensuel d'activité du SNIS de routine).

3.2. SIMPLIFICATION DU SYSTEME

La première chose est la **simplification drastique du contenu des canevas**. Ceci répond à plusieurs préoccupations : en premier lieu la volonté d'alléger le travail administratif ; en second, la volonté de ne pas saturer la base de données dhis2 avec des informations peu utilisées.

3.2.1. ON CESSE D'ENREGISTRER LES PATIENTS PAR PROVENANCE

Bien qu'apportant des précisions parfois intéressantes au niveau périphérique sur l'utilisation des services, l'enregistrement des origines des patients dans les registres, n'est plus exigé.

La notion d'origine géographique des patients a donc été abandonnée.

² Par exemple dans les cas d'éloignement physique important entre le PS et le CS de responsabilité.

³ Élément prévu dans le Rapport annuel de l'ECZ.

3.2.2. ON SIMPLIFIE LE RAPPORTAGE DES TRANCHES D'AGE

L'expérience a montré que de nombreuses erreurs existaient au niveau de la répartition des cas de maladies à diverses tranches d'âge trop détaillées. Ceci de surcroît compliquait la transcription des données des registres dans le canevas.

A l'exception de l'enregistrement de tranches d'âge détaillées pour les IST (3 tranches : 14-19 ; 20-24 et 25+), il n'est nécessaire d'enregistrer que deux tranches d'âge pour la morbidité : moins de 5 ans et 5 ans révolu (ou 5 ans et plus).

3.2.3. IL N'EST PLUS DEMANDE DE RAPPORTER LES INDICATEURS CALCULES DIRECTEMENT SUR LE CANEVAS

On ne demande plus de présenter dans le RMA du CS des taux calculés par rapport à la population.

Ceci n'implique pas que l'analyse qui consiste à rapporter une valeur issue du canevas sur un dénominateur tel que la population cible, ne doit pas être faite au niveau de l'AS. L'analyse devra désormais se faire au moment des réunions mensuelles d'analyse des données avec dhis2, ou de façon manuelle au niveau de l'AS.

3.2.4. LES DONNEES RELATIVES A LA DISPONIBILITE DES EQUIPEMENTS ONT ETE LIMITEES AU MAXIMUM

Comme noté plus haut la dernière version du RMA demandait de fournir des informations sur des données structurelles (ex. point d'eau fonctionnels, fonctionnalité des latrines, etc.). **Désormais, la plupart de ces données seront collectées annuellement et non pas mensuellement.**

3.2.5. ON REDUIT LA LISTE DE MALADIES A ENREGISTRER MENSUELLEMENT

Il existe en plus du SNIS de routine un système de surveillance épidémiologique hebdomadaire, géré par la DLM. Afin d'éviter les redondances, **il n'est plus nécessaire d'enregistrer les maladies à déclaration hebdomadaire dans le canevas mensuel du CS.**⁴ **Par contre les maladies à déclaration mensuelle sont toujours à enregistrer dans ce canevas.**

Un long travail de concertation a eu lieu au niveau national concernant les autres maladies ou problèmes de santé à enregistrer dans le RMA et les caractéristiques spécifiques à préciser pour les maladies « de programmes » : palu, diarrhée, infections respiratoires, etc.). Tous les détails à ce niveau sont fournis au chapitre consultation curative du présent manuel.

NB : Compte tenu de certaines exigences du pays et de l'OMS, les données sur le paludisme doivent être rapportées hebdomadairement et mensuellement.

3.3. INTRODUCTION DE QUELQUES NOUVELLES NOTIONS

3.3.1. ON INTRODUIT LE NOMBRE DE CONTACTS AU CS

Certaines expériences montrent l'intérêt de mesurer l'utilisation globale de la structure de soins.

A cet effet, on met en place d'une fiche de pointage spécifique à l'entrée du centre de santé et un tableau dans le RMA rapportant le nombre de contact pour les moins de 5 ans et les 5 ans révolus.

⁴ Un résumé est cependant demandé pour la ZS à l'ECZ ; il figure dans le rapport mensuel d'activité du BCZ.

3.3.2. AU CS, LES TDR DOIVENT ETRE ENREGISTRES AU NIVEAU DE LA TABLE DE CONSULTATION

L'expérience montre que très peu de CS ont un laboratoire fonctionnel ; néanmoins dans le cadre de la lutte contre le paludisme, les Test de Dépistage Rapide (TDR) sont disponibles dans l'ensemble des structures de soins du pays.

Considérant donc que c'est un « test de table de consultation », la notification de la réalisation et des résultats de ce test doit directement être faite à partir dans le registre de consultation curative (plusieurs colonnes prévues à cet effet dans le registre).

3.3.3. ON SIMPLIFIE LE RAPPORTAGE FINANCIER ET ON L'ADAPTE AU NOUVEAU CONTEXTE

Différentes simplifications du canevas financier ont eu lieu en terme d'enregistrement de recettes et de dépenses. Par ailleurs, certains nouveaux éléments sont sollicités et notamment (i) le montant des subventions reçues mensuellement au titre du tiers payant, (ii) le calcul de la valeur du stock des médicaments fournis par les Programmes.

Alors qu'avant, la fourniture des soins au premier échelon était presque exclusivement basée sur le recouvrement des coûts, la volonté d'avancer vers la Couverture Santé Universelle s'est traduite par la réduction de la part de financement du patient avec : (i) des gratuités ciblées ; (ii) mise en place de tiers-payants; (iii) introduction du paiement forfaitaire; (iv) initiatives de mutuelles de santé. Le canevas financier du CS a donc dû s'adapter à la nouvelle donne.

3.3.4. ON TESTE LA MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU SYSTEME D'ENREGISTREMENT DES DONNEES D'HOSPITALISATION A L'HOPITAL INTEGRANT PLUSIEURS NOUVEAUTES

Parmi ces nouveautés :

- L'enregistrement des principales causes d'hospitalisation par service
- La mise en place d'un registre d'entrée et d'un registre de sortie par service.

3.3.5. ON RESERVE UNE SECTION SPECIFIQUE POUR LE SERVICE DES URGENCES A L'HOPITAL

Désormais il est à prévoir un cahier d'enregistrement des cas aux urgences similaire au cahier de consultation ambulatoire.

3.4. INTEGRATION DES NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

La concertation réalisée au mois de novembre 2015 avec les principaux programmes nationaux a permis d'ajuster la liste des variables à collecter en fonction des nouveaux développements des stratégies de programmes nationaux. Ceci a abouti à une liste de variables par chapitre modifiée, que le lecteur découvrira au fur de la lecture du présent manuel.

4. MESURES D'ASSURANCE QUALITE

La mise en place d'une nouvelle version du SNIS de routine est l'occasion d'introduire un certain nombre d'innovations que nous présentons ici.

4.1. TYPE D'OUTILS DE GESTION DE L'INFORMATION

Il est important de faire la différence entre les outils servant à la gestion directe du malade, ce qu'on appellera « **les outils primaires de collecte de l'information** » (le carnet de vaccination, le partogramme, la fiche CPN par exemple, mais aussi dans certain cas les registres de programmes⁵), et « **les outils secondaires de collecte de l'information** » ayant pour objet la remontée de l'information dans le SNIS de routine et la supervision.

Seuls les outils de collecte secondaires sont décrits dans le présent manuel

4.2. LISTE DES OUTILS DE GESTION DE L'INFORMATION SNIS AU NIVEAU DU CS

Paquet d'activités généraliste	Paquet optionnel
Fiche de pointage à l'admission (ou registre)	Registre de laboratoire
Registre de consultation curative	Registre des Survivantes de VBG
Registre CPN	Registre d'enregistrement SNIS au niveau de l'UNTA
Registre des accouchements	Registre d'enregistrement SNIS au niveau de l'UNS
Registres CPoN	Registres de gestion communautaire (CCC, soins communautaire, etc.)
Registre de PF	
Registre de CPS	
Registres de Gestion (médicaments, finances, personnel, etc.	
Fiches de dépouillements (curatif, PEV, UNTA, UNTS, etc.)	

Il est à noter pour ce qui concerne la gestion des ressources (gestion du médicament, gestion des ressources humaines ou gestion financière), il est de la responsabilité des services centraux du MS directement concernés de proposer les outils de gestion adéquats. Dans le manuel ne sera décrit que le processus de transcription dans le canevas mensuel.

4.3. NOUVEAUX FORMATS D'OUTILS DE GESTION

Le lecteur habitué au système constatera que des modifications substantielles ont été apporté à certain des outils de gestion ; le but de ces ajustements est d'une part de s'adapter aux nouvelles demandes des Programmes et d'autre part de simplifier au maximum le rapportage.

Pour ce qui concerne les outils secondaires de collecte de l'information, trois choses sont importantes à noter:

⁵ Par exemple le registre de mise en traitement des malnutris sévères : ce registre permet de s'assurer que le patient a été pris en charge correctement, dans le temps ; ainsi le patient est enregistré une première fois et lorsqu'il se présente à nouveau, on recherche l'enregistrement initial du patient puis on complète les informations.

1. Ces outils possèdent un format qui a été validé par la DSNIS;
2. Il est de la responsabilité de la DSNIS de diffuser les formats de ces registres ;
3. En fonction des moyens à sa disposition, la DSNIS peut endosser la responsabilité de reproduction de tout ou partie d'entre eux. Néanmoins dans la logique de la décentralisation ce sont les DPS qui devraient dans le futur endosser cette responsabilité.

Enfin, il est à noter que les registres SNIS sont non seulement des outils de gestion de l'information mais également des outils d'assurance qualité qui permettant donc de vérifier à travers la supervision intégrée ou spécifique la qualité de la prestation de soins.

Les innovations à leur niveau seront présentées au fur à mesure de la description de chaque outil de gestion dans les parties 2 et 3 du présent manuel.

4.4. TECHNIQUES POUR FACILITER LA PRODUCTION DES DONNEES ET LEUR AGREGATION

Afin, d'améliorer la saisie des informations dans les divers registres il est nécessaire de standardiser les procédures. Certaines innovations ont donc été introduites à l'occasion de la révision du système.

4.4.1. LIGNES « REPORTS » ET « TOTAUX » DANS LES DIFFERENTS REGISTRES

4.4.1.1. Principes sous tendant le changement

Chaque page des registres, commence en général avec une ligne « **Cumul des feuilles précédentes** » et finit par deux lignes « **Total Feuille** », et « **Report** » Il s'agit simplement d'un moyen de rendre plus facile le report des données pour (i) améliorer la qualité du rapportage et (ii) diminuer le temps à consacrer à cette tâche⁶.

4.4.1.2. Instructions par ordre chronologique

- 1) Ouvrir une nouvelle page du registre à chaque fois qu'on démarre un nouveau mois en précisant clairement quel est le mois concerné ;
- 2) Au moment de l'acte, le prestataire de soins complète le registre en remplissant pour chaque patient les diverses colonnes et en mettant des croix ou des marques là où cela est demandé.
- 3) A la fin de la page pour chacune des dites colonnes, il fait la somme des marques inscrites et note le nombre correspondant dans la ligne « *Total feuille* », au bas de la feuille.

Puis, sommer le nombre inscrit dans « *total feuille* » avec le nombre inscrit dans « *cumul feuilles précédentes* » pour obtenir le nombre à inscrire dans la ligne « *report* ».

En suivant, il s'agit de transcrire les nombres inscrits dans la dernière ligne (« *report* ») dans la première ligne de la page suivante (« *cumul de la page précédente* »).

- 4) Poursuivre l'enregistrement des malades comme ce qui est décrit au point 2, ci-dessus.
- 5) A la fin de la page répéter l'opération de cumul/sommation/transcription décrite au point 3.
- 6) A la fin du mois tirer un trait ; cumuler une dernière fois les croix de la page pour obtenir le « *total feuille* » ; refaire la somme total feuille + cumul des pages suivante.

Le dernier nombre de la ligne report est ainsi pour la colonne correspondant le total à transcrire dans le rapport.

NB : un exemple pratique est présenté ci-dessous ; pour les besoins de l'exemple on considère que le CS en question a été fonctionnel seulement les trois premiers jours de décembre.

⁶ Grace à ce système, à partir du moment où on suit les instructions présentées ci-dessous la seule opération nécessaire pour la retranscription des données cumulée d'un mois vers le canevas est le transfert des nombres cumulés de la dernière page dans la dernière ligne « *report* » vers la case correspondante dans le canevas.

REGISTRE DE CONSULTATION CURATIVE AU CENTRE DE SANTE

DATE	N° D'ordre mensuel	NOM ET POSTNOM	ADRESSE	NOUVEAU CAS	AGE (en chiffre)	SEXE	UNIQUEMENT POUR LES NOUVEAUX CAS			
							Fille < 5 ans	Garçon < 5 ans	Femme/ fille >= 5 ans	Garçon/ homme >= 5 ans
Cumul des feuilles précédentes (1)										
MOIS DE DECEMBRE 2015										
01-déc	1	Jacques Matamba	KIN, Ngili	X	20 ans	M				X
	2	Pierre Kalembaye	KIN, Gombe	X	4 m	M		X		
	3	Annie Kamba	KIN, Ma Campagne		12 m	F				
	4	Jean Mitangala	MATADI	X	9 m	M		X		
02-déc	5	Bruno Makelele	KIN, Ngili	X	30 ans	M				X
Total Feuille (2)				4			0	2	0	2
Report (2+1)				4			0	2	0	2

REGISTRE DE CONSULTATION CURATIVE AU CENTRE DE SANTE

DATE	N° D'ordre mensuel	NOM ET POSTNOM	ADRESSE	NOUVEAU CAS	AGE (en chiffre)	SEXE	UNIQUEMENT POUR LES NOUVEAUX CAS			
							Fille < 5 ans	Garçon < 5 ans	Femme/ fille >= 5 ans	Garçon/ homme >= 5 ans
Cumul des feuilles précédentes (1)				4			0	2	0	2
02-déc	6	Sophie Salumu	KIN, Ngili		4 ans	F				
	7	Pierre Kahindo	KIN, Ngombe	X	30 ans	M				X
	8	Marie Nunga	BOMA	X	4 ans	F	X			
03-déc	9	Prudence Bosco	KIN, Ma Campagne	X	5 ans	F			X	
	10	Jean Nasingar	Kin, Cite Verte	X	2 ans	M		X		
Total Feuille (2)				4			1	1	1	1
Report (2+1)				8			1	3	1	3

4.4.2. LA NUMEROTATION DES CAS

En fonction du type de registre, la numérotation peut commencer au début de l'année ou au début du mois (la raison du choix à chaque fois est liée au nombre total de consultations pouvant être anticipées par mois ou année). Se reporter à chaque chapitre spécifique pour plus de détails.

Lorsqu'un numéro de dossier de malade est disponible, il est demandé de le retranscrire également.

4.4.3. CODIFICATION SPECIFIQUES AUX MALADIES ET SOUS-CATEGORIES

Avec les nouveaux développements de la politique sanitaire, on constate une demande d'information plus précise qu'avant concernant certaines maladies, notamment les maladies tueuses de l'enfant (paludisme, diarrhée, pneumonie/IRA). Ainsi pour une même pathologie, on peut avoir deux sous catégories, voire plus ; ce qui naturellement rend plus difficile la saisie.

Une méthode de codification des maladies et sous catégories de maladies a été testée ; elle a prouvé qu'elle permettait d'améliorer la saisie ; cette méthode est basée sur des codes généralement à trois chiffres à rajouter pour chaque nouveau cas dans le registre de consultation.⁷

Il s'agit là d'une des innovations importantes qui devra être mise en place avec le nouveau système (se référer à la section 2.2.1 de la partie 2 du manuel pour plus de détails).

⁷ A noter que cette codification ne se base pour l'instant pas sur les codes de la CIM 10

5. ANNEXE : ELEMENTS EXPLICATIFS SUR LES CHOIX FAITS POUR LE NOUVEAU SYSTEME

5.1. LE DECOUPAGE SANITAIRE

5.1.1. RAPPEL SUR LES BASE DU DECOUPAGE SANITAIRE EN RDC

Les principes de découpage sanitaire du pays ont été rappelés dans la SRSS, publiée en 2006 puis régulièrement mise à jour à la lumière des progrès en matière de décentralisation territoriale.

- L'offre de soins en RDC est organisée autour de la Zone de Santé ; au total, 516 ZS sont fonctionnelles. A chaque ZS est attachée une Equipe Cadre de Zone, qui coordonne l'offre de soins. L'ECZ est hébergée par le Bureau Central de Zone.
- Chaque ZS est découpée en Aires de Santé. L'AS était une unité géographique sous la responsabilité d'un CS unique (dit de responsabilité de l'AS opéré par un « l'Infirmier Titulaire »), la population et les contours géographiques de l'AS sont bien définis. Plusieurs formations sanitaires peuvent être opérées dans une même AS.
- Le pays est découpé en 26 provinces. Chacune province possède une Division Provinciale de la Sant rattachée au Gouvernement provincial. La DPS exerce une autorité hiérarchique sur les ZS qui la composent ; elle est dotée d'un bureau information responsable de l'encadrement des ZS dans le domaine de l'information sanitaire.
- Les Inspections Provinciales de la Santé sont des entités déconcentrées du ministère de la santé au niveau national.

5.1.2. ROLES RESPECTIFS DE CHAQUE ENTITE POUR CE QUI CONCERNE L'INFORMATION

5.1.2.1. Rôle de l'ECZ

L'ECZ est responsable de l'organisation et de la qualité de l'information produite par les structures de soins situées dans sa ZS. Par ailleurs, c'est l'un des utilisateurs principaux de l'information ; à cet effet les interfaces de sortie du dhis2 seront formatées pour répondre aux besoins spécifiques des ECZ (« *dashboard* »).

5.1.2.2. Rôle de la DPS et IPS

Les DPS n'ont pas de rôle opérationnel dans la remontée de l'information. Par contre elles exercent une autorité hiérarchique sur les ECZ et à ce titre elles peuvent exiger des résultats en terme de complétude et promptitude de transmission de l'information. Elles ont aussi un rôle à jouer en matière de vérification de la qualité des données (en particulier responsables du processus RDQA intégrateur); à leur niveau sont aussi organisées des réunions de validation des données (au moins une fois l'an).

Le bureau information de la DPS a également la responsabilité de rendre disponible les outils, élaborer le feed-back et suivre la complétude des rapports. Par ailleurs la DPS joue un rôle central en matière de carte sanitaire normative : c'est elle qui doit valider les propositions de création ou de mise en service des nouvelles structures de soins ; elle organise également la mise en place des ressources.

Enfin les DPS mais aussi les IPS sont des utilisateurs importants des données produites ; des interfaces de sorties spécifiques devront être prévues pour chacune d'entre-elles.

5.1.3. LES DIVERGENCES OBSERVEES PAR RAPPORT AU MODELE THEORIQUE

En raison des difficultés d'accessibilité physique avec des AS parfois très étendues en RDC, il a été convenu que le dispositif des CS devait être complété par des unités fournissant un paquet réduit d'activité : les Postes de Santé. Désormais de nombreuses AS sont non seulement dotées d'un CS de Responsabilité, mais également d'un ou plusieurs PS. Parmi les PS créés, certains sont restés tels qu'ils étaient prévus au départ, c'est à dire des structures fournissant le strict minimum en terme de paquet d'activités : le plus souvent quelques soins curatifs et des soins à la mère ; par contre, certains autres ont vu leur activité s'élargir et se diversifier.

Pour ce qui concerne le rapportage des activités, il était jusqu'à présent considéré que seul le CS de responsabilité devait produire un RMA et que les données produites par les PS annexes devaient être intégrées dans ce dernier rapport. Or l'expérience a montré que ceci avait des conséquences négatives sur la qualité des données en particulier la complétude et la promptitude de transmission de l'information⁸. Un changement a donc été proposé : désormais les CS mais aussi les PS doivent produire leur propre rapport mensuel.

Problématique du calcul des indicateurs par AS

Une procédure spécifique existe pour saisir les populations dans le dhis2 ; cette procédure prévoit une mise à jour annuelle des chiffres de population de l'AS à partir d'un formulaire spécifique rempli par chaque ECZ.

Il faut cependant noter que dans ce système on attribue la population à une AS et non à une structure de soins. De ce fait, avec le nouveau système il est impossible pour une structure de soins donnée de calculer directement ses indicateurs de couverture. C'est par contre toujours possible au niveau de l'AS puisqu'il suffit d'additionner les valeurs du numérateur des différentes structures et de rapporter au dénominateur commun, la population cible de l'AS. Ceci peut se faire soit par le biais informatique lorsque les données ont été saisies dans le dhis2, soit de façon manuelle ; dans ce cas, il revient à l'infirmier titulaire du CS de responsabilité de regrouper les informations venant de toutes les formations sanitaires de l'AS.

5.2. LES PAQUETS D'ACTIVITES PRESTEEES DANS LES STRUCTURES SANITAIRES DE L'AS

Le Rapport mensuel dont le remplissage est décrit par la deuxième partie de ce manuel se réfère aux soins de premier contact ; il ne concerne que les **Centres de Santé** et les **Postes de Santé**⁹. C'est ce qu'on appelle le **Paquet Minimum d'Activités**. Ce paquet est potentiellement assez varié allant de la consultation curative réalisée partout, à des soins plus spécifiques comme la prise en charge des PVVIH ou la prise en charge des différentes malnutritions, activités réalisées uniquement dans certains CS.

Parmi les leçons tirées de l'expérience de la mise en place de la dernière version du RMA, figure le constat que, pour de nombreuses formations sanitaires, une grande partie des rubriques du canevas restaient vides, ce qui entraînait d'importants gaspillages en termes d'imprimés et de temps pour la saisie des données. Or puisque désormais on demande aussi aux PS de produire leur propre rapport, il était à prévoir que sans solution spécifique, ce problème allait s'amplifier. Afin de limiter la portée de ce problème, la DSNIS a introduit au niveau du canevas une logique modulaire avec des **activités classiques** en début de rapport et des **activités optionnelles** à la fin. Les CS ou les PS prestant uniquement le paquet d'activité généraliste devront donc remplir uniquement la première partie ; quant aux autres elles devront remplir la première partie ainsi que les annexes correspondant aux activités supplémentaires qu'elles prestant en plus.

Par ailleurs, il est à noter que le paquet d'activités VIH fait l'objet d'un canevas spécifique dénommé « Canevas Unique VIH » et que bien que certaines données relatives au VIH sont originellement présentes sur les outils de gestion de routine du SNIS, celles-ci sont à traiter à part.

⁸ L'éloignement géographique entre le PS et le CS dans une même AS retarde la transmission des données du RMA du CS vers le BCZS ; d'autre part on observe une perte d'information fréquente et souvent indétectable : en effet en général on ne sait pas au niveau de l'ECZS si l'information rapportant l'activité du PS rattaché au CS a été intégrée ou pas.

⁹ Ainsi que les soins à base communautaires qui eux aussi sont organisés à partir du CS de responsabilité

5.3. LA CARTE SANITAIRE

Jusqu'à présent en RDC, seules les structures de soins investies d'une mission de service public rapportent au SNIS ; il peut s'agir de structures de soins publiques ou privées, généralement à but non lucratif. Les unes comme les autres doivent donc être reconnues comme faisant partie de la « *Carte sanitaire normative du pays* » pour être autorisées à rapporter dans le SNIS.

Le processus d'autorisation d'ouverture d'une structure de soins est complexe faisant intervenir le niveau opérationnel (l'ECZ et son Conseil d'Administration) le niveau provincial (la DPS) et enfin la 2^{ème} Direction au niveau central (pour les autorisation d'exercer du privé).

L'objet du présent manuel n'est aucunement de décrire ce processus ; néanmoins il est important de noter que l'enregistrement d'un « unité organisationnelle » dans le logiciel dhis2 doit se faire que sur une base rationnelle, ce qui signifie que l'introduction de toute nouvelle structure de soins dans ce logiciel, doit être préalablement actée par l'autorité hiérarchique. Par ailleurs, il est également de la responsabilité de cette autorité hiérarchique de définir si oui ou non il peut ou doit réaliser l'une ou l'autre des activités.

La DPS a donc la responsabilité de fournir à la DSNIS les données dites de « carte sanitaire normative ». Ces données incluent au minimum (i) la situation géographique de la formation sanitaire y compris dans quelle AS et ZS elle se trouve, (ii) le type exact de structure (CS ou PS), (iii) la gamme de prestations offertes, c'est-à-dire la liste des activités que chaque structure est habilitée à prester.

En conséquence de quoi :

- Pour chaque ZS, l'ECZ doit disposer d'une liste à jour de l'ensemble des structures de soins de premier contact, faisant partie de la carte sanitaire normative du pays avec en regard de l'identifiant de la Fosa, au minimum les variables évoquées ci-dessus : nom de l'AS, coordonnées géographiques, type, liste du paquet d'activités presté, etc. (liste validée par la DPS).
- La révision de cette liste doit faire l'objet d'une Procédure Opérationnelle Standardisé. Ici, la proposition de la DSIS est de n'accepter qu'au maximum une révision annuelle de la liste.
- Il est prévu la saisie dans le dhis2 d'un formulaire annuel pour chaque ZS réajustant les paramètres de chacune de 516 ZS du pays.

5.4. LES CLIENTS OU UTILISATEURS DE L'INFORMATION

Grâce au logiciel dhis2, pourvu qu'elle soit dotée des autorisations administratives adéquates (obtention d'un compte et d'un identifiant), une personne situé dans n'importe quelle partie du monde peut exploiter l'information contenue dans le dhis2 de la RDC.

Plus pragmatiquement on peut parler (i) d'utilisateur de niveau national, les directions, les programmes par exemple, (ii) d'utilisateurs du niveau régional (les DPS, principalement), et (iii) d'utilisateurs locaux, en l'occurrence les ECZ mais également un jour les prestataires de soins. On sait que les besoins en information varient en fonction des utilisateurs : au niveau national et international on est essentiellement intéressés par des données agrégées et exprimées sous forme d'indicateurs globaux souvent annuels. Au niveau local par contre les ECZ sont intéressés à suivre des tendances dans le temps, et à de comparer les valeurs dans l'espace.

Il est prévu que l'outil informatique soit formaté pour répondre à la fois aux besoins des divers utilisateurs de niveau national et aux besoins aux utilisateurs de niveau local (sorties cartographique ; paramétrage du Dashboard, etc.).

5.5. LES AUTRES ELEMENTS DU SYSTEME D'INFORMATION

5.5.1. SYSTEMES D'INFORMATION GERES PAR LA DSNIS

Plusieurs autres systèmes spécifiques d'informations sont disponibles ou en cours de mise en place. On peut plus particulièrement citer :

- Le rapport mensuel de l'HGR
- Le rapport mensuel du BCZ.
- Le rapport annuel d'activité des CS, qui se concentre sur les ressources tant humaines que matérielles, et les chiffres de populations.
- Le rapport annuel du BCZ. C'est ce dernier qui doit fixer pour l'année les divers éléments de la carte sanitaire normative. Le rapport annuel du BCZ est donc un élément complémentaire essentiel des différents rapports mensuels des formations sanitaires, puisque c'est à partir de celui-ci qu'on peut définir quelle structure est habilitée à produire quel type de prestations.

5.5.2. SYSTEMES D'INFORMATION N'ETANT PAS SOUS LA RESPONSABILITE DIRECTE DE LA DSNIS

Plusieurs autres systèmes d'information existent ; il sont propres à certaines activités réalisées dans un nombre limité de structures de soins par exemple par rapport à la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), à l'Onchocercose, à la tuberculose (rapport trimestriel) ou au VIH (Canevas unique).

Enfin une mention spéciale est à faire par rapport à la surveillance épidémiologique. En effet la surveillance épidémiologique est une responsabilité de la DLM et non pas de la DSNIS. Et ce même si le relevé épidémiologique hebdomadaire est aussi paramétré dans le logiciel dhis2.

- Pour ce qui concerne les données de surveillance hebdomadaires (maladies à potentiels épidémiques) le circuit de l'information est indépendant du SNIS de routine et directement coordonné par la DLM ; Ainsi, les maladies à potentiels épidémiques de rapportage hebdomadaire, ne sont plus saisies dans le RMA mensuel (un résumé est cependant fourni dans le rapport mensuel du BCZ).
- Pour ce qui concerne les maladies à notification mensuelles, celle-ci restent intégrées dans le canevas de rapport mensuel ; la DSNIS transmettra donc les informations produites à la DLM pour analyse et prise de décisions stratégiques ou opérationnelles par rapport à ces maladies à rapportage mensuel.