



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

Version 30/9/2016

PARTIE 2

INSTRUCTION PAR ACTIVITES

Table des matières

1. PAGE DE GARDE DU RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITE	4
1.1. IDENTIFICATION DU RAPPORT	4
1.2. INFORMATIONS IMPORTANTES TRANSMISES A L'ECZ	4
1.3. SUIVI DE LA PROMPTITUDE DU RAPPORT	4
2. FREQUENTATION GLOBALE ET ACTIVITES CURATIVES	5
2.1. UTILISATION GLOBALE DU CENTRE DE SANTE.....	5
2.1.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement des visites au centre de santé</i>	5
2.1.2. <i>Transcription dans le canevas du rapport mensuel</i>	5
2.2. SOINS CURATIFS A LA CONSULTATION AMBULATOIRE DU CS	5
2.2.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement des cas</i>	5
2.2.2. <i>Saisie du Code Diagnostic</i>	Erreur ! Signet non défini.
2.2.3. <i>transcription dans le registre de consultation curative</i>	7
2.2.4. <i>Transcription des données du registre dans le canevas de rapport mensuel</i>	9
2.3. ENREGISTREMENT DE LA MORTALITE	13
2.3.1. <i>Principes de base pour enregistrer les décès au CS</i>	13
2.3.2. <i>Saisie des données relatives à la mortalité dans le canevas</i>	13
2.4. EXAMENS DE LABORATOIRE AU CENTRE DE SANTE.....	15
2.4.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement des examens de laboratoire</i>	15
2.4.2. <i>Saisie des données dans le registre d'examen de table de consultation</i>	15
<i>Transcription dans le canevas du rapport</i>	16
2.5. CONSULTATION SPECIFIQUE – SURVIVANT DE VIOLENCE SEXUELLE	17
2.5.1. <i>Principe de base de l'enregistrement des cas</i>	17
2.5.2. <i>Saisie des données dans le registre</i>	17
2.5.3. <i>Transcription dans le Canevas</i>	18
3. SOINS PREVENTIFS DE LA MERE ET ACCOUCHEMENTS	19
3.1. CONSULTATION PRENATALE	19
3.1.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement des CPN</i>	19
3.1.2. <i>Saisie des données dans le registre de CPN</i>	19
3.1.3. <i>Transcription dans le canevas du rapport</i>	21
3.2. ACCOUCHEMENTS AU CENTRE DE SANTE.....	23
3.2.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement des accouchements</i>	23
3.2.2. <i>Saisie des données dans le registre</i>	23
3.2.3. <i>Transcription dans le canevas</i>	24
3.3. CONSULTATION POST NATALE	26
3.3.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement des CPoN</i>	26
3.3.2. <i>Saisie des données dans le registre CPoN</i>	26
3.3.3. <i>Transcription dans le canevas</i>	27
3.4. PLANIFICATION FAMILIALE.....	27
3.4.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement des données d'activités PF</i>	27
3.4.2. <i>Saisie des données dans le registre PF</i>	28
3.4.3. <i>La collecte d'information sur la prescription dans la communauté</i>	29
3.4.4. <i>Enregistrement des données de stocks d'intrants de la PF</i>	29
3.4.5. <i>Transcription dans le canevas</i>	29
4. SOINS PREVENTIFS DE L'ENFANT	31
4.1. CONSULTATION PRESCOLAIRE	31
4.1.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement des données de CPS</i>	31
4.1.2. <i>Saisie des données dans le registre de CPS</i>	31
4.1.3. <i>Transcription dans le canevas</i>	32
4.2. VACCINATION DES ENFANTS DE 0 A 23 MOIS ET GESTION DES INTRANTS	33
4.2.1. <i>Transcription dans le canevas</i>	33
4.3. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE EN AMBULATOIRE (UNTA).....	35
4.3.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement</i>	35
4.3.2. <i>Saisie des données dans la fiche de pointage</i>	36
4.3.3. <i>Transcription dans le canevas</i>	36
4.4. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODERE AU CS (UNS)	37
4.4.1. <i>Principes de base pour l'enregistrement</i>	37
4.4.2. <i>Saisie des données dans la fiche de pointage</i>	37

4.4.3.	<i>Transcription dans le CANEVAS UNTA et UNS</i>	38
5.	ACTIVITES COMMUNAUTAIRES ET SOINS PROMOTIONNELS	39
5.1.	IDENTIFICATION DES RECO.....	39
5.1.1.	<i>Principes de base de l'enregistrement</i>	39
5.1.2.	<i>Transcription dans le RMA</i>	39
5.2.	COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT.....	40
5.2.1.	<i>Principes de base</i>	40
5.2.1.	<i>Transcription dans le RMA</i>	40
5.3.	PRISE EN CHARGE AUX SITES DE SOINS COMMUNAUTAIRES.....	41
5.3.1.	<i>Principes de base de l'enregistrement des activités de soins communautaire</i>	41
5.3.2.	<i>Transcription des informations dans le canevas du RMA</i>	41
6.	RAPPORTAGE DES ACTIVITES DE GESTION	43
6.1.	GESTION COMMUNAUTAIRE DU CENTRE DE SANTE ET SUPERVISIONS REÇUES.....	43
6.1.1.	<i>Principes de base du rapportage sur la gestion communautaire</i>	43
6.1.2.	<i>Transcription dans le RMA</i>	44
6.2.	GESTION DU PERSONNEL.....	44
6.2.1.	<i>Principes à la base du rapportage mensuel</i>	44
6.2.2.	<i>Transcription dans le RMA</i>	44
6.3.	GESTION DES EQUIPEMENTS.....	45
6.3.1.	<i>Principes à la base du rapportage mensuel</i>	45
6.3.2.	<i>Transcription dans le RMA</i>	45
6.4.	GESTION DES MEDICAMENTS : SUIVI DE LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS TRACEURS.....	45
6.5.	GESTION FINANCIERE.....	46
6.5.1.	<i>Principes de base de l'enregistrement des données financière dans le RMA</i>	46
6.5.2.	<i>Manipulation des outils de gestion financière du centre de santé</i>	47
6.5.3.	<i>Modèle de rapport financier</i>	48
7.	ANNEXE : DEFINITIONS DE CAS DES MALADIES DEVANT ETRE ENREGISTREES DANS LE CANEVAS DU RAPPORT MENSUEL DE CS	49
7.1.	MALADIES TUEUSES DE L'ENFANT.....	49
7.1.1.	<i>Paludisme</i>	49
7.1.2.	<i>Diarrhées</i>	49
7.1.3.	<i>Pneumonie</i>	50
7.2.	MALADIES A DECLARATION MENSUELLE.....	51
7.3.	INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	51
7.4.	AUTRE DEFINITION DE CAS.....	52
8.	ANNEXE 2 MODELES DE REGISTRES ET AUTRES OUTILS DE GESTION	53
8.1.	MODELE DE REGISTRE D'ACCUEIL.....	54
8.2.	MODELE DE REGISTRE DE CONSULTATION CURATIVE AU CS.....	55
8.3.	MODELE DE REGISTRE DE LABORATOIRE.....	56
8.4.	MODELE DE REGISTRE DES SURVIVANTES DE VIOLENCES SEXUELLES.....	57
8.5.	MODELE DE REGISTRE DE CONSULTATION PRENATALE.....	58
8.6.	MODELE DE REGISTRE D'ACCOUCHEMENTS.....	59
8.7.	MODELE DE REGISTRE DE CONSULTATION POSTNATALE.....	60
8.8.	MODELE DE REGISTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	61
8.1.	MODELE DE REGISTRE DE CONSULTATION PRESCOLAIRE.....	62
8.1.	CODIFICATION DES MALADIES ET PROBLEMES DE SANTE A ENREGISTRER.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
8.2.	MODELE DE FICHE DE POINTAGE DES MALADIES A ENREGISTRER AU CS.....	63
8.3.	MODELE DE FICHE DE POINTAGE DES CARACTERISTIQUES DES MALADIES.....	64
8.1.	MODELE DE FICHE DE POINTAGE A L'UNTA.....	65
8.2.	MODELE DE FICHE DE POINTAGE A L'UNS.....	66

1. PAGE DE GARDE DU RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITE

Le remplissage de la page de garde de la nouvelle version du canevas de rapportage mensuel de l'HGR (ou équivalent) utilise les mêmes principes que ceux des versions précédentes. Trois parties existent : (i) un espace pour l'identification du rapport ; (ii) un espace pour transmettre à l'ECZ toute information qualitative importante ; (iii) un espace permettant d'assurer le suivi de la promptitude de transmission du canevas remplis (promptitude = aptitude à transmettre le rapport dans les temps prévus).

Ce rapport doit être rédigé en deux copies dont l'une est conservée au CS.

1.1. IDENTIFICATION DU RAPPORT

Le remplissage est classique : on note (i) l'année et le mois de rapportage, (ii) le nom de la province et de la ZS puis le nom de **la structure**.

1.2. INFORMATIONS IMPORTANTES TRANSMISES A L'ECZ

Un espace est réservé pour la transmission d'informations qualitatives à l'intention de l'ECZ. Dès lors que le responsable de la structure le juge envisageable, il est essentiel d'utiliser cet espace.

On peut suggérer plusieurs types de thématiques :

- ❖ La notification de tout évènement marquant ayant eu lieu au niveau de l'HGR ou dans son environnement :
 - Il est recommandé de **mentionner l'apparition de tout cas de maladie à déclaration hebdomadaire obligatoire** et ce même si cette notification doit également être faite à l'ECZ via le système de rapportage hebdomadaire des maladies à potentiels épidémiques.
 - On peut enfin tenter de faire des analyses lorsqu'une tendance est observée (exemple: tentative d'explications par rapport à une variation des valeurs de certaines variables).
- ❖ Cet espace devrait également être utilisé pour alerter l'ECZ en cas de rupture de stock d'intrants importants :
 - Notifier par exemple **les ruptures de stock de certains médicaments ;**
 - Notifier les **ruptures de stock d'outils de gestion** (ex. partogrammes, registres).
- ❖ Il peut également être utilisé pour notifier les défaillances des équipements.
- ❖ Enfin pour tout ce qui concerne un quelconque évènement concernant les ressources humaines ou l'organisation de la structure.

Mais naturellement cette liste n'est pas exhaustive et il revient Médecin Chef d'Hôpital de définir quelle information pourrait être effectivement utile à l'ECZ.

1.3. SUIVI DE LA PROMPTITUDE DU RAPPORT

Le délai de transmission du canevas remplis à l'ECZ est identique à celui des précédentes versions : **le rapport compilé doit être transmis avant le 7^{ième} jour du mois suivant.**

Le responsable des statistiques d'hôpital remplit le premier des deux cadres en mentionnant clairement son nom, sa qualification, la date de l'envoi ; il appose sa signature ; puis transmet l'une des deux copies au BCZ.

Le deuxième cadre devra être rempli par le personnel du BCZ :

- ❖ A l'arrivée au BCZ, le responsable de l'archivage note la date de réception et signe (il devrait également noter l'arrivée du rapport dans le registre de courrier « entrées » du BCZ).
- ❖ Au moment où la personne chargée de la saisie dans dhis2 effectue celle-ci, il complète avec la date de cette saisie et appose sa signature.

2. FREQUENTATION GLOBALE ET ACTIVITES CURATIVES

2.1. UTILISATION DU CENTRE DE SANTE

Le nombre total de personnes fréquentant le CS est une information permettant d'appréhender la charge de travail et l'acceptabilité de la structure. Tout passage (pour un soin, un pansement, une activité curative, une activité préventive etc. doit être notifié).

Dans le nouveau canevas il est demandé d'enregistrer le nombre de contacts par mois et par tranches d'âges (moins de 5 ans et 5 ans révolus).

L'accueil au CS est l'occasion de prendre les constantes et de faire un triage. On vérifie s'il n'existe pas d'urgence médicale (pour les moins de 5 ans, il est plus demandé de vérifier si le patient souffre de fièvre, de déshydratation ou de tout autre signe de gravité). S'il y a urgence, le patient devient prioritaire et doit être amené immédiatement à la consultation curative (ou à la maternité).

2.1.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT DES VISITES AU CENTRE DE SANTE

La DSNIS recommande l'utilisation d'un registre d'accueil (cf. modèle en annexe 2) Tout passage à l'accueil implique de remplir le registre.

2.1.2. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS DU RAPPORT MENSUEL

La retranscription est manuelle ; il suffit de reporter les patients par catégories dans le canevas. Cf. modèle de rapport en fin de chapitre.

2.2. SOINS CURATIFS A LA CONSULTATION AMBULATOIRE DU CS

L'ensemble des informations contenues dans les chapitres soins curatifs peut être extrait du **REGISTRE DE CONSULTATION CURATIVE AMBULATOIRE**

2.2.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT DES CAS

2.2.1.1. *La notion de nouveaux et d'anciens cas*

Un **nouveau cas** de consultation curative est une personne qui se présente à la consultation avec un problème de santé (une plainte) pour lequel il n'a pas consulté.

Un **ancien cas** de consultation curative est une personne ayant déjà consulté à la consultation pour la même plainte, et qui se présente pour recevoir des soins, pour un contrôle ou pour un ajustement de son traitement.

Concernant l'enregistrement en nouveau ou ancien cas :

- ❖ Le nombre **total de nouveaux cas par combinaison (tranche d'âge+ sexe)** doit être transcrits dans le canevas du rapport mensuel (4 catégories prévues, F <5 ans ; M <5 ans ; F ≥5 ans ; M ≥5 5 ans) ; des colonnes spécifiques sont prévues dans le registre de consultations.
- ❖ Le **nombre total d'anciens cas sans détails sur la tranche d'âge ou le sexe** doit également être rapporté dans le canevas ; ici aussi une colonne est prévue dans le registre.
- ❖ Lorsqu'il s'agit d'un **ancien cas, certaines colonnes du registre de consultation curative ne doivent pas être remplies** (ex. caractéristiques des nouveau cas : femme enceinte, mutualiste, indigent, contre référé, orienté par RECO ; voir modèle de canevas) ;
- ❖ **Seuls les nouveaux cas doivent être utilisé pour rapporter par rapport à la morbidité** (en effet on s'intéresse uniquement aux cas incidents et l'enregistrement d'anciens cas augmenterait artificiellement l'incidence reportée car le diagnostic d'un même patient pourrait être noté deux fois).

- ❖ **Lorsqu'un nouveau ou un ancien cas est référé, mis en observation ou décédé** (par exemple suite à une aggravation de sa maladie), il faut le préciser dans la dernière colonne du registre de consultation (utiliser une des lettres proposées ; cf. chapitre spécifique ci-dessous).

Caractéristiques administratives et démographiques du patient :

- ❖ L'âge doit être noté en chiffre ;
- ❖ Egalement il faut classer les nouveaux cas dans l'une des quatre catégories suivantes :
 - Sexe féminin et moins de 5 ans (F < 5 ans) ;
 - Sexe masculin et moins de 5 ans (M < 5 ans) ;
 - Sexe féminin et 5 ans révolu (F ≥ 5 ans) ;
 - Sexe masculin et 5 ans révolu (M ≥ 5 ans) ;

Mettre une croix dans une seule des quatre colonnes !

2.2.1.2. Signes cliniques, résultat du laboratoire diagnostique et traitement

Les colonnes relatives au diagnostic et au traitement ont un peu été modifiées ;

Il faut désormais enregistrer :

- ❖ **Les plaintes et signes cliniques** dans la première colonne : outre le signe d'appel, c'est à dire la cause motivant la venue du patient au CS, il faut mentionner quelques détails y compris des paramètres comme la tension artérielle ou la température.
- ❖ Dans la nouvelle version du registre :
 - deux colonnes sont prévues pour notifier l'existence de fièvre (<5 ans et ≥5 ans) ; **cette information sera utilisée plus tard pour calculer le nombre de cas suspects de paludisme¹.**
 - Quatre colonnes sont réservées à la prescription de TdR et à ses résultats. **Lorsqu'on prescrit un tel examen, il faut inscrire une croix dans la colonne TdR ; lorsque ce test est positif on inscrit en plus une croix dans la colonne TdR + ;** à chaque fois en mentionnant le groupe d'âge (<5 ans ou ≥ 5 ans).
- ❖ Une colonne a été maintenue pour les résultats des examens ; NB : puisqu'on notifie tous les détails relatifs aux TDR dans les quatre colonnes précédentes on n'enregistrera aucun détail par rapport à cet examen- ci ; par contre on remplit la colonne pour tous autres examens ayant pu être prescrits. ²
- ❖ **Pour le traitement**, il convient de rester synthétique ; sauf instruction spécifique, il n'est pas question de mentionner le dosage (information inscrite seulement dans le carnet du patient).

2.2.1.3. L'enregistrement des maladies tueuses de l'enfant

En suivant les recommandations de la PCIME, trois maladies sont identifiées comme maladies tueuses de l'enfant : **le paludisme, la diarrhée et la pneumonie** ; dans la nouvelle version du canevas, elles ont toutes un tableau réservé (deuxième page du canevas). Se référer à l'annexe 1 du présent manuel pour les définitions à utiliser pour l'enregistrement des cas.

Il est très fortement conseillé **d'utiliser les terminologies proposées pour enregistrer ces diagnostics dans le registre de consultation** ; par exemple on doit retrouver les terminologies « paludisme simple confirmé » , « paludisme simple présumé » « paludisme grave » ; « diarrhée sans déshydratation », « diarrhée avec signes évidents de déshydratation », « diarrhée avec déshydratation sévère », « pneumonie simple » ; « pneumonie sévère », etc.

¹ Puisque l'existence de fièvre correspond selon le PNLP à la définition de suspicion de paludisme, paramètre qu'il est désormais demandé d'enregistrer dans le canevas CS.

² Nous recommandons de noter les résultats de l'examen avec un stylo de couleur rouge.

2.2.1.4. L'enregistrement des maladies à notification obligatoire³

Certaines maladies vues en consultation sont à notification obligatoire. Il peut s'agir de maladies à **notifications hebdomadaires** ou **mensuelles**. Se référer à l'annexe 1 du présent manuel pour les définitions de cas.

Liste des maladies à notifications hebdomadaires

Maladies et événements à notification hebdomadaire		
Choléra	Méningite à méningocoque	Tétanos Néonatal
Diarrhée sanglante (Shigella)	Peste	Rage
Fièvre hémorragique virale	Rougeole	Paralysie Flasque Aigue
Fièvre Jaune	Monkey Pox	Dracunculose (vers de Guinée)
Typhoïde	Coqueluche	(Palu, et Décès maternel)

Les cas de ces maladies doivent comme les autres être enregistrés dans le registre de consultation curative. **A l'exception du paludisme, il n'est par contre plus nécessaire de transcrire les cas dans le canevas** (aucune case spécifique prévue à cet effet).

Liste des maladies et événements à notifications mensuelles

Maladies et événements à notification mensuelle		
Filaire lymphatique	Ulcère de Buruli	Konzo
Dracunculose	Diphthérie	Malnutrition aiguë sévère moins de 5 ans ⁴
Onchocercose	Diarrhée sévère (déshydratation)	Traumatisme (Accident Trafic Routier)
Schistosomiase	Hépatite virale aiguë	Carie dentaire
THA	IST	Hypertension artérielle
Géo-helminthiase	Dysenterie amibienne	Diabète

L'intégralité de ces maladies est à enregistrer dans le canevas du rapport mensuel.

Les autres maladies à notifier

La concertation avec les Programmes a abouti à une liste supplémentaire réduite de maladies ou problèmes de santé à enregistrer dans le canevas. Dans cette liste figurent les problèmes de santé suivants :

Autres problèmes de santé		
Occlusion intestinale	Morsure de serpent	Cataracte
Syndrome appendiculaire	Traumatismes (autres)	Toxicomanie
Dysenterie amibienne	Goitre	Trouble mental
Crise drépanocytaire	Glaucome	Epilepsie / crise convulsive
Accident vasculaire cérébral (AVC)	Xérophtalmie	Infection urinaire

Ces problèmes de santé doivent être notifiés clairement dans la colonne diagnostic en favorisant l'utilisation des termes ci-dessus plutôt que de leurs synonymes (cela facilitera considérablement le dépouillement).

2.2.2. TRANSCRIPTION DANS LE REGISTRE DE CONSULTATION CURATIVE

2.2.2.1. Modèle de registre de consultation curative au CS

Voir modèle de registre en Annexe 2

³ La notification hebdomadaire des cas est de la responsabilité de la DLM ; pour de plus amples détails, se référer au « *Guide Technique de la Surveillance Intégrée de la Maladie Et Riposte* » – 2ième édition, Sept. 2011, produit par la DLM.

⁴ La malnutrition aiguë sévère est à enregistrer à partir de la CPS et non pas de la consultation curative ; tout cas de malnutrition vu en consultation curative doit être envoyé à la CPS pour mesure des paramètres anthropométriques.

2.2.2.2. Remplissage des colonnes du registre de consultation curative au CS

COLONNES	Instructions
DATE	La date est notée une seule fois par jour au démarrage de l'activité de consultation ; tirer un trait horizontal sur le registre pour marquer le changement de jour. Au début du mois démarrer une nouvelle page. A la fin du mois tirer un double trait rouge pour signifier la fin de l'activité du mois.
N° D'ORDRE MENSUEL	Noter le N° d'ordre par ordre croissant en commençant au début de chaque mois
N° DOSSIER	Compléter dans le cas où un système de dossier existe
NOM, POSTNOM	Noter l'identité du patient
ADRESSE	Noter le nom du village ou du quartier (sauf instructions complémentaires spécifiques)
NOUVEAU CAS	Cocher uniquement lorsqu'on a affaire à un nouveau cas tel que défini plus haut.
ANCIEN CAS	Cocher uniquement lorsqu'on a affaire à un ancien cas tel que défini plus haut
AGE (EN CHIFFRE)	En année ou éventuellement en mois pour les moins de 2 ans
SOUS GROUPES : F <5 ANS M <5 ANS F ≥ 5 ANS M ≥ 5 ANS	A remplir UNIQUEMENT POUR LES NOUVEAUX CAS . Cocher la case correspondant à la situation du patient (une seule case à remplir) NB : le nombre nouveau cas par catégorie est cumulé page après page ; au terme du mois le nombre mentionné dans la dernière ligne « report » correspond au total des nouveaux cas du mois, à transcrire dans le Canevas.
CARACTERISTIQUES DU PATIENT ; FEMME ENCEINTE MUTUALISTE INDIGENT CONTRE REFERENCE ORIENTE PAR RECO	A remplir UNIQUEMENT POUR LES NOUVEAUX CAS Cocher la ou les cases correspondant à la situation du patient (plusieurs possibilités) NB : le nombre de nouveaux cas par catégorie est cumulé page après page ; au terme du mois, le nombre mentionné dans la dernière ligne « report » correspond au total des nouveaux cas du mois, à transcrire dans le Canevas.
PLAINTES ET SIGNES CLINIQUES	Préciser les détails essentiels menant au diagnostic (voir ci-dessus)
T° > 37,5 C	UNIQUEMENT POUR LES NOUVEAUX CAS. Par tranches d'âge, cocher lorsque la température mesurée est supérieure à 37,5° C .
TDR	UNIQUEMENT POUR LES NOUVEAUX CAS. Par tranches d'âge, notez si un TDR a été utilisé.
TDR +	A remplir UNIQUEMENT POUR LES NOUVEAUX CAS. Par tranches d'âge, notez si le TDR est positif.
RESULTATS DE LABO	Noter les résultats de labo en dehors des TDR (enregistrés dans les colonnes précédentes)
DIAGNOSTIC	Utiliser les terminologies en usage dans les ordinogrammes du MSP et les définitions des cas produites par le Programmes ou la DLM.
TRAITEMENT	Sauf instruction contraire de l'ECZ, noter le nom des molécules sans mentionner le dosage. Utiliser la DCI.
TTT SELON PN (TRAITEMENT SELON PROTOCOLE NATIONAL)	NB : on demande des précisions par rapport au respect du protocole uniquement pour trois maladies : le paludisme, la diarrhée et les pneumonies / IRA ; une procédure spécifique existe pour le dépouillement de ces informations ; cf. ci-dessous).
ISSUES : CARACTERISTIQUES SPECIFIQUE A (Ambulatoire) O (mis en Observation) R (Référé vers l'HGR) D (Décédé au CS)	A remplir POUR LES NOUVEAUX CAS ET LES ANCIEN CAS. Dépouillement spécifique avec comptage des cas O, R et D et retranscription dans le canevas. ❖ La mention « A » pour Ambulatoire ❖ La mention « D » devrait induire l'enregistrement du cas dans un registre de décès. ❖ La mention « R » implique qu'une fiche de référence soit remplie. ❖ La mention « O » implique qu'un dossier de malade mis en observation soit rempli et archivé.

2.2.3. TRANSCRIPTION DES DONNEES DU REGISTRE VERS LE CANEVAS DE RAPPORT MENSUEL

Avant la transcription des données dans le canevas, on doit d'abord procéder au cumul des cas mensuels par variables ; trois cas de figures existent :

1. Soit il est possible de faire un cumul de pages en pages. La transcription dans le canevas devient alors automatique.
2. Soit le dépouillement peut être fait grâce à une feuille de pointage des maladies (Il faut s'entendre sur les définitions de cas ; pour cela voir annexe 1 du présent volume où on traite des définitions de cas ; par ailleurs il faut prévoir deux tranche d'âge pour chaque maladie dans la feuille de pointage – voir modèle en annexe 2).
3. Pour les IST, il est nécessaire de faire une analyse rétrospective et spécifique des cas. C'est pareil pour la notion de « **traitements selon protocoles** », et de l'enregistrement des **issues particulière** (décès, référence et mise en observation) ; voir modèle de feuille de pointage des caractéristiques particulière en annexe 2).

Chacune de ces situations est décrite dans le trois sections suivantes

2.2.3.1. Transcription directe des « variables » à partir du registre

Dans le registre de consultation curative cela concerne les colonnes / variables suivantes :

COLONNE DU REGISTRE	VARIABLE A RETRASCRIRE DANS LE CANEVAS MENSUEL
Ancien cas	Nombre total d'anciens cas de consultation curative
NC F < 5 ans	Nombre total de nouveaux cas fille < 5 ans
NC M < 5 ans	Nombre total de nouveaux cas garçon < 5 ans
NC F ≥ 5 ans	Nombre total de nouveaux cas Féminin < 5 ans
NC M ≥ 5 ans	Nombre total de nouveaux cas Masculin < 5 ans
Femme enceinte	Nombre total de nouveaux cas Femme enceinte
Indigent	Nombre total de nouveaux cas Indigents
Mutualiste	Nombre total de nouveaux cas de mutualiste
Contre référé	Nombre total de nouveaux cas de contre référé
Orienté par RECO	Nombre total de nouveaux cas de patient orienté par RECO
T° > 37,5 < 5 ans	Nombre de cas suspects de paludisme < 5 ans
T° > 37,5 ≥ 5 ans	Nombre de cas suspects de paludisme ≥ 5 ans
TDR fait < 5 ans	Nombre de TDR faits < 5 ans
TDR fait ≥ 5 ans	Nombre de TDR faits ≥ 5 ans
TDR positifs < 5 ans	Nombre de TDR positifs < 5 ans
TDR positifs ≥ 5 ans	Nombre de TDR positifs ≥ 5 ans
GE positifs < 5 ans	Nombre de GE positifs < 5 ans
GE positifs ≥ 5 ans	Nombre de GE positifs ≥ 5 ans

Reporter simplement le total en bas de la dernière page du mois dans le canevas

2.2.3.2. Décompte et transcription des maladies et problèmes de santé

Pour le décompte des maladies et problèmes de santé, il est nécessaire d'utiliser une feuille de pointage à remplir à la fin de chaque mois pour décompter les maladies par catégories. Les pathologies devront y être notés préalablement ainsi que les tranches d'âge ; un modèle est disponible en annexe 2.

2.2.3.3. Décompte des cas nécessitant un examen rétrospectif du registre

Pour un certain nombre de caractéristiques, le décompte automatique sur le registre ne fonctionne pas, il faut donc passer au crible le registre de consultation à la recherche des détails demandés.

Maladies tueuses de l'enfant (paludisme, diarrhées, infections respiratoires)

Afin d'évaluer la qualité des prescriptions les Programmes demandent de préciser, l'adéquation du traitement prescrit au protocole national ; cette variable doit être analysée à part. Ceci est vrai pour chacune des trois maladies.

il faut examiner directement le registre du premier au dernier cas du mois, à la recherche des pathologies suivantes :

- Paludisme
- Diarrhée
- Pneumonie / IRA

A chaque fois qu'un de ces codes est trouvé ; on recherche dans la colonne correspondante du registre l'information « **traité selon protocole** » ; si on la trouve, on ajoute une marque dans la case correspondante de la fiche de pointage spécifique.

IST

Pour les IST alors qu'on ne demande plus à quel type d'IST on a affaire (ulcère, urétrite, etc.), des détails sont demandés concernant le sexe et le groupe d'âge (ici 0-14 ans ; 15- 24 ans et ≥ 25 ans) ; on demande également si le patient a pu être traité selon l'approche syndromique ou alternativement si il a dû l'être selon une approche étiologique ; et enfin si le patient a été en contact avec une autre personne.

Il est donc nécessaire de classer les cas d'IST **en douze catégories différentes** (traitement par sexe par tranche d'âge et par approche), plus **six complémentaires** (exposé à un cas contact ou pas).

On fait donc un examen rétrospectif des IST dans le registre de consultation, puis on caractérise chaque cas et en cochant les cases correspondantes de la feuille de pointage spécifique présentée ci-dessous.

Caractéristiques d'issues rares (mis en observation, référence vers l'HGR et décès)

Trois caractéristiques généralistes « rares », s'appliquent potentiellement à l'ensemble des cas (nouveaux cas ou anciens cas) :

- ❖ « **O** » Nombre total de patients **mis en observation** par tranches d'âge (<5 ans ; ≥ 5 ans)
- ❖ « **R** » Nombre total de patients **référés à l'HGR** par tranches d'âge (<5 ans ; ≥ 5 ans)
- ❖ « **D** » Nombre total de patients **décédés** par tranches d'âge (<5 ans ; ≥ 5 ans)

On fait donc un décompte rétrospectif des cas en utilisant une fois de plus la fiche de dépouillement spécifique ; à cet effet on repère les lettres dans la dernière colonne du registre et on décompte les caractéristiques spécifiques de ces cas notamment pour les paludismes, les diarrhées et les pneumonies/IRA.

Les deux premières variables sont à rapporter dans le tableau « **référence et mise en observation** » (1.11) ; on note également les références spécifiques au paludisme aux diarrhées et aux IRA. La variable « Nombre total de décès » n'est pas à transcrire ; néanmoins on doit s'assurer que le total de décès enregistré dans le « **tableau décès** » (1.12) est bien égal à ce chiffre ; on note par contre les décès attribuables au paludisme, aux diarrhées et aux IRA.

Modèle de canevas mensuel

1. CONSULTATIONS

1.1 Utilisation des Services Sanitaires

	< 5 ans	5 ans +
Cas reçus		

1.2.1 Consultations curatives

	Féminin		Masculin	
	< 5 ans	5 ans +	< 5 ans	5 ans +
Nouveaux cas				

1.2.2 Consultations curatives

	Nombre
Anciens cas	

1.3 Caractéristique des nouveaux cas

	Nombre
Nouveaux cas femmes enceintes	
Nouveaux cas mutualistes	
Nouveaux cas indigents	

1.4 Paludisme

	< 5 ans	5 ans +
Cas suspect		
TDR réalisé		
TDR positif		
Paludisme simple confirmé		
Paludisme simple confirmé traité (PN)		
Paludisme présumé		
Paludisme présumé traité		
Paludisme grave		
Paludisme grave traité		

1.8. IST

	Féminin			Masculin		
	< 15 ans	15-24 ans	25 ans+	< 15 ans	15-24 ans	25 ans+
IST Nouveaux cas						
Cas contacts parmi les nouveaux cas IST						
Traités selon l'approche syndromique						
Traités selon l'approche étiologique						

1.5 Paludisme femme enceinte

	Nombre
Paludisme simple confirmé	
Paludisme simple confirmé traité selon PN	
Paludisme grave	
Paludisme grave traité	

1.6 Pneumonie

	< 5 ans	5 ans +
Pneumonie simple		
Pneumonie simple traité selon PN		
Pneumonie grave		
Pneumonie grave traité		

1.7 Diarrhée

	< 5 ans	5 ans +
Diarrhée simple		
Diarrhée simple traité selon PN		
Diarrhée déshydratation		
Diarrhée déshydratation traitée selon PN		
Diarrhée déshydratation sévère		
Diarrhée déshydratation sévère traité		

1_B. CONTINUITÉ ET DÉCÈS

1.11 Référence et mise en observation des consultations

	< 5 ans	5 ans +
Consultations référées vers l'HGR		
Dont femmes enceintes à risque référées		
Dont accouchées référées		
Dont Pneumonie grave référée		
Dont Paludisme grave référé		
Dont Diarrhée déshydratation sévère référée		
Nouveaux cas contre-référés		
Nouveaux cas orientés par les RECO		
Consultations mises en observation		

1.10. Notification des nouveaux cas (Partie 1)

	< 5 ans	5 ans +
Anémie		
Carie dentaire		
Cataracte		
Crise Drépanocytaire		
Diabète		
Dracunculose		
Dysenterie		
Epilepsie/crise convulsive		
Filariose lymphatique		
Géo helminthiase		
Glaucome		
Goître		
Hépatite virale		
Hypertension artérielle		
Konzo		
Onchocercose		
Schistosomiase		
Toxicomanie		
Trouble mental		
Trypanosomiase (THA)		
Ulcère de buruli		
Xérophtalmie		
Autres nouveaux cas		

2.3. ENREGISTREMENT DE LA MORTALITE

Il est important de noter que dans la partie correspondante du canevas de rapportage mensuel du centre santé, **on n'enregistre que les décès observés au niveau du CS** ; ainsi **les décès ayant eu lieu dans la communauté ne doivent pas être enregistrés dans cette partie du rapport.**

Il est par ailleurs connu que l'enregistrement des causes de décès est compliqué. L'attribution post mortem d'un diagnostic causal étant difficile, nous proposons ici une règle simplifiée permettant une certaine standardisation de l'enregistrement des causes de décès observés au CS⁽⁵⁾.

2.3.1. PRINCIPES DE BASE POUR ENREGISTRER LES DECES AU CS

Une seule cause de décès doit être enregistrées dans les cas de co-pathologies on doit faire un choix. Pour cela, on s'en tient à une méthode simple : **enregistrer la cause la plus évidente du décès, avec par ordre de priorité :**

- ❖ **Règle N° 1 : Les maladies aiguës sévères** : lorsque le patient souffrait d'une maladie aiguë sévère bien identifiée au moment du décès, on enregistre cette maladie comme cause du décès (paludisme, pneumonie, diarrhée, par exemple).
- ❖ **Règle N° 2 : Les conditions morbides débilitantes** : Lorsque le patient était connu pour une maladie chronique pouvant être potentiellement mortelle (ex. cancer, HTA, diabète) on enregistre cette maladie comme cause du décès, plutôt la complication ayant mené au décès.

Néanmoins il ne faut pas l'enregistrer ainsi si en parallèle le patient a de façon évidente souffert d'une maladie aiguë (la cause du décès d'un malade hypertendu présentant un paludisme devrait normalement être le paludisme plutôt que l'hypertension).
- ❖ **Règle N° 3** : Pour les autres cas, l'enregistrement de la cause du décès dans le registre de décès est laissé **à la discrétion du soignant qui a observé le décès.**

2.3.2. SAISIE DES DONNEES RELATIVES A LA MORTALITE DANS LE CANEVAS

Les décès au CS sont suffisamment rares pour que leur transcription se fasse sans problème dans le canevas à partir du cahier de consultation ou du cahier d'accouchement. Ceci peut se faire sans outil de dépouillement particulier. Néanmoins nous conseillons au CS d'utiliser un registre spécifique à la mortalité où des détails sont disponibles pour d'éventuelles enquêtes rétrospectives (nom, adresse, âge, service où a été constaté le décès, cause probable du décès, circonstances spécifiques, signature de la personne ayant constaté le décès).

Pour des raisons de simplification l'ensemble des décès à enregistrer a été regroupé dans un même tableau.

Le dépouillement des informations contenues dans les deux registres de consultation et de maternité permet de compter les décès ayant pu être attribué aux diverses causes spécifiques prévues dans le canevas.

⁵ Exemple : un patient asthmatique décédant d'une infection respiratoire infectieuse aiguë est-il décédé d'asthme ou de pneumonie, un enfant impaludé avec une anémie à 3 g est-il décédé de paludisme ou d'anémie, etc. Là où un système de statistiques vitales existe et est fonctionnel l'enregistrement se fait sur la base de la CIM10; ce n'est pas le cas en RDC pour l'instant et on utilisera une méthodologie simplifiée.

2.3.2.1. Éléments du canevas relatifs aux décès dans la section « CONSULTATION »

1.10. Notification des nouveaux cas (Partie 1)

	< 5 ans	5 ans +
Anémie		
Carie dentaire		
Cataracte		
Crise Drépanocytaire		
Diabète		
Dracunculose		
Dysenterie		
Epilepsie/crise convulsive		
Filariose lymphatique		
Géo helminthiase		
Glaucome		
Goitre		
Hépatite virale		
Hypertension artérielle		
Infection Urinaire		
Konzo		
Onchocercose		
Schistosomiase		
Toxicomanie		
Trouble mental		
Trypanosomiase (THA)		
Ulcère de buruli		
Xérophtalmie		
Autres nouveaux cas		

2.3.2.2. Éléments du canevas relatif aux décès dans la section « SANTE DE LA MERE »

2.4. Décès liés à l'accouchement

	Nombre
Décès nouveaux nés ≤ 7 jours	
Décès nouveaux nés ≤ 28 jours	
Décès maternels	
Décès maternels revus	

2.4. EXAMENS DE LABORATOIRE AU CENTRE DE SANTE

2.4.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT DES EXAMENS DE LABORATOIRE

On utilise un registre classique ou en fin de page on peut faire un calcul et un report du nombre d'examens réalisés par catégories.

Cas particulier du TDR

Les TDR sont considérés comme enregistrés sur la table de consultation. Tous les éléments nécessaires à leur enregistrement sont consignés dans le registre de consultation et il n'est donc pas nécessaire de les enregistrer au laboratoire.

2.4.2. SAISIE DES DONNEES DANS LE REGISTRE D'EXAMEN DE TABLE DE CONSULTATION

Un registre tel que celui présenté ci-dessous n'est utilisable que dans un laboratoire où sont réalisés un nombre assez conséquent d'examens ; dans le cas où le nombre d'examens réalisés dans la pratique courante est réduit, il revient à l'IT de l'organiser la collecte et le rapportage des informations selon les procédures qui sont propres à son CS (en général utilisation d'un cahier d'écolier).

2.4.2.1. Modèle de registre

Cf. Annexe 2

2.4.2.2. Instructions de remplissage

ADMINISTRATION	
Date	Idem précédents registres
N° D'Ordre	
Nom et Postnom	
CHIMIE URINE	
EXAMEN REALISE	Une croix, si réalisé
Albumine	Une croix, si positif
Sucre	
DOSAGE HEMOGLOBINE	
EXAMEN REALISE	Une croix, si réalisé
Hb <6 g	Une croix, si positif
Hg 6 à 8 g	
CULOT URINAIRE	
EXAMEN REALISE	Une croix, si réalisé
Shisto-haematobium, Trichomonas	Une croix, si positif
SELLES	
EXAMEN REALISE	Une croix, si réalisé
Amibe, Ankylostome, Schisto-mansoni, Trichomonas, Autres	Une croix si positif
PONCTION GANGLIONNAIRE	
EXAMEN REALISE	Une croix, si réalisé
THA +	Une croix, si positif
AUTRES TEST	
A compléter si nécessaire	
OBSERVATIONS	
Mettre toute remarque pertinente	

TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS DU RAPPORT

La transcription est aisée en reportant les totaux dans les colonnes de la dernière feuille directement dans le canevas (méthode standard)

8. LABORATOIRE Partie 1

8.1. Examen bandelettes /colorimétriques et culot urinaire

	Examens réalisés	Examens positifs
Chimie urine		
Bandelette urinaire: abum		
Bandelette urinaire: Sucre		
Dosage de l'albumine		
Dosage du sucre		
Hémoglobine		
< 6gr%		
6-8gr%		
Examen Direct Culot urinaire		
Schisto-haem		
Trichomonas		
Autres		

8.2. Selles et ponctions ganglionnaires

	Examens réalisés	Examens positifs
Examen direct selles		
Amibe		
Ankylostome		
Schisto-mansoni		
Ascaris		
Oxyures		
Autres		
Examen ganglionnaire		
Trypanosomes		

2.5. CONSULTATION SPECIFIQUE – SURVIVANT DE VIOLENCE SEXUELLE

L'importance accordée à ce problème par l'Etat congolais est telle qu'un enregistrement des activités venant en réponses aux SVS est nécessaire. Néanmoins naturellement cette activité ne peut être réalisée que dans les CS où le personnel a effectivement été formé et où il est encadré par des spécialistes de la thématique (projets ou programmes spécifiques)

2.5.1. PRINCIPE DE BASE DE L'ENREGISTREMENT DES CAS

Se référer aux instructions du programme.

Il est cependant essentiel de mentionner que pour cette activité la notion de confidentialité revêt une importance extrême. **Ainsi, le nom de la victime ne devrait pas apparaître dans le registre principal.** A la place du nom devrait figurer un code liant le cas à l'identité de la victime (registre complémentaire à garder dans un lieu sûr).

2.5.2. SAISIE DES DONNEES DANS LE REGISTRE

2.5.2.1. *Modèle de registre d'enregistrement des Violences Basées sur le Genre*

Voir annexe 2

2.5.2.2. *Remplissage des colonnes*

DATE	
N° MOIS	
N° DOSSIER	
CODE CONFIDENTIEL	Le code permet de faire le lien avec le registre confidentiel où est inscrit le nom
AGE	
SEXE	
NOUVEAU CAS	
CAS SVS	Croix si vrai
VUS DANS 72H	
CAS FEMININ	
ANCIEN CAS	
CAS SVS	Croix si vrai
PATIENT CONTRE REFERE HGR	
PRISE EN CHARGE SVS	
PEC MEDICALE	Croix si vrai
PEC MEDICALE AVANT 72 h	
AYANT RECU le KIT PEP endéans 72 h	
AYANT RECU CONTRACEPTION D'URGENCE	
SVS TESTE	
TESTE VIH	Croix si vrai
VIH +	
SVS REFERE	
PSYCHO-SOCIAL	Croix si vrai
JURIDIQUE	
A LA REINSERTION SOCIO- ECONOMIQUE	
DECES	
DECES	
FISTULE POST VIOL	
DIAGNOSTIC FISTULE	
DIAGNOSTIC REFERE	Croix si vrai
DIAGNOSTIC ET TRAITE	

2.5.3. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS

Le modèle de tableau de rapportage est simple et correspond aux colonnes du registre

1.9. Survivant des violences sexuelles

	Nombre
Nouveaux cas SVS	
Nouveaux cas SVS vu dans 72 heures	
Nouveaux cas SVS féminins	
Anciens cas SVS	
Anciens cas SVS contre-référés	
SVS référés psycho-social	
SVS référés juridique	
SVS référés à la réinsertion socio-économique	
SVS référés vers FOSA spécialisées	
SVS ayant reçu une PEC médicale (Méd ou Inf)	
SVS ayant reçu le kit PEP endéans 72 h	
SVS ayant bénéficié PEC médicale après 72h	
SVS ayant reçu la Contraception d'Urgence	
SVS testés pour le VIH	
SVS testés VIH+	
Fistules urogénitales post viol diagnost.	
Fistules urogénitales post viol diagnost. et référées	
Fistules urogénitales post viol diagnost. et traitées	



3. SOINS PREVENTIFS DE LA MERE ET ACCOUCHEMENTS.

3.1. CONSULTATION PRENATALE

L'ensemble des informations contenues dans les chapitres CPN du canevas peut être extrait du **REGISTRE CPN**.

En l'état actuel des choses, le registre CPN comprend deux sections différentes, l'une généraliste relative à l'ensemble des paramètres à enregistrer pour une grossesse, l'autre spécifique à la PTME.⁶

3.1.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT DES CPN

Au cours de sa grossesse, la femme enceinte doit bénéficier d'au moins quatre CPN (d'après le protocole de PNSR, la première à la 16^{ème} semaine et la dernière à la 36^{ème} semaine) ; chacune de ces CPN permet à la fois à dépister des situations à risque (pour généralement les référer vers l'HGR) et à mettre en place un certain nombre de mesures de prévention :

- ❖ Prévention palustre grâce à la fourniture d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée (MIILD) ainsi que des traitements préventifs Intermittents (SP1, SP2, SP3 et SP4).
- ❖ Prévention de l'anémie ferriprive (prescription et fourniture de Fer - Acide folique).
- ❖ Prévention du tétanos néonatal par la vaccination (VAT1, VAT2, VAT3, VAT4, VAT5).
- ❖ Prévention des géohelminthiases par déparasitage (prescription de mébendazole ou équivalent).
- ❖ Dépistage du VIH+ et protocole PTME là où c'est possible.
- ❖ Dépistage et traitement de la syphilis, lorsque les intrants sont disponibles.

Les protocoles de soins sont connus et disponibles auprès des différents programmes impliqués et notamment le PNSR et le PNLS. Le remplissage du registre doit normalement se faire à partir d'un outil de gestion primaire appelé « Fiche CPN », outil individuel pour chaque femme, et normalement conservé dans le CS⁷.

3.1.2. SAISIE DES DONNEES DANS LE REGISTRE DE CPN

3.1.2.1. Modèle de registre

Cf. annexe 2

3.1.2.2. Instructions de remplissage

Bien que les colonnes soient nombreuses, la saisie des données est classique : pour chaque parturiente les croix correspondant à chacune des actions réalisées ou des traitements prescrits doivent être marqué dans la colonne correspondante.

A la fin de chaque page on fait le bilan total des croix dans chaque colonne pour obtenir le total de la page. On ajoute au cumul des pages précédentes pour obtenir le total à reporter.

⁶ Il est à remarquer que cette dernière section n'est en 2016 toujours pas réalisée dans l'ensemble des CS du pays et que d'autre part pour une même parturiente cette partie n'est généralement remplie qu'à la première CPN. Bien qu'à l'heure actuelle l'option d'un registre unique combinant CPN classique et PTME soit choisie pour tout type de CS, certaines évolutions pourraient avoir lieu dans l'avenir (ex. séparation en deux registres différents); dans ces cas un addendum au présent manuel sera publié.

⁷ Les processus de vérification de type RDQA ou FBR contrôle la disponibilité des fiches CPN.

COLONNES	INSTRUCTIONS
DATE	La date est à noter une seule fois par jour au démarrage de l'activité de consultation ; tirez un trait horizontal sur le registre de consultation curative pour marquer le changement de jour. Au début du mois tirez un double trait rouge horizontal en marquant le nom du mois ; idéalement on doit démarrer une nouvelle page
N° DE MOIS	Noter le N° d'ordre en commençant au début de chaque mois
N° DE DOSSIER	Noter le N° d'ordre annuel inscrit sur la fiche de CPN
NOM ET POSTNOM	
ADRESSE COMPLETE	
AGE	En années
AGE DE LA GROSSESSE	En mois ou semaines
VBG	Noter si c'est le motif de consultation
CODE	S'il s'agit d'une VBG noter le code
<u>VISITES CPN</u> : CPN1, CPN1 <16° sem. CPN2, CPN3, CPN4, CPN4 > 36° sem.	Cocher la (ou les) bonne(s) case(s) Si CPN1 réalisée au premier trimestre, cochez 2 cases à la fois : CPN1 et CPN1 16° sem. Si CPN4 réalisée à la 36^{ème} semaine de grossesse cochez 2 cases à la fois CPN4 et CPN4 > 36° sem.
RISQUES : DETECTE, REFEREE	Détecté : une grossesse à risque a été détecté quelque en soit le type ; Référé : la patient est référée à l'HGR; NB : en cas de remplissage de l'une ces trois colonnes, il est vivement conseillé d'apporter des précisions dans la dernière colonne.
FER 1, FER 2, FER 3	Noter les mesures préventives prescrites (1 seule case à remplir)
SP 1, SP 2, SP 3, SP 4	Noter les mesures préventives prescrites (1 seule case à remplir)
VAT 1, VAT 2, VAT 3, VAT 4, VAT 5	Noter les vaccinations réalisées
MIILD	Noter si une moustiquaire a été donnée et à quelle CPN NB : cocher la colonne CPN1 si c'est durant la première CPN et CPN2+ si c'est l'une des autres CPN.
MEBENDAZOLE	Noter la mesure préventive prescrite
FEMME ENC. AVEC PB < 230 mm	Noter si la femme est dans ce cas
<i>PRE BILAN PTME (STATUT VIH CONNU, TESTE VIH, CODE PTME)</i>	<i>Dans les structures habilitées à réaliser la CPN, renseigner les 3 colonnes. Noter le code PTME selon les recommandations du PNLS</i>
<i>BILAN PTME (RESULTAT VIH, POST-TEST, CTX, TAR VIH, TEST SYPHILIS, RESULTAT TEST SYPHILIS)</i>	<i>Noter les mesures et/ou traitements mis en place ; se référer au protocole fourni par le PNLS</i>
<i>DEPISTAGE VIH DE L'HOMME (GROUPE D'AGE DE L'HOMME, CONSEILLEE VIH, TESTEE VIH, RESULTAT TEST, POST TEST)</i>	<i>Noter les mesures mises en place vis-à-vis de l'époux ou du partenaire</i>
<i>DEPISTAGE VIH MEMBRE FAMILLE</i>	<i>Noter les mesures mises en place vis-à-vis des membres de la famille : nombre total de personne dans la famille et nombre de personnes testées</i>
CONSTAT / PROBLEME ET OBSERVATION	Noter tout élément d'information jugé complémentaire et utile.

3.1.3. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS DU RAPPORT

3.1.3.1. Comptage des « variables discrètes » relatives à l'activité de CPN

Comme pour la consultation curative, la saisie dans le RMA doit être précédée par le cumul des cas mensuels ; celle-ci se fait en plusieurs temps décrits à la section 4.4.1. Dans un but pédagogique dans l'encadré ci-dessous nous reprenons brièvement les différentes étapes à suivre.

On suppose que chaque colonne devant être dotée d'une croix a été correctement renseignée par le soignant au moment de la consultation (se référer au tableau de remplissage du registre CPN ci-dessus).

- ❖ Au début du mois, il faut démarrer une page vierge.
- ❖ A chaque fois que le soignant change de page dans le registre il fait le total des croix ou marques de chaque colonne pour lesquelles cela est demandé (cellules non grisées de la première ligne).
- ❖ Ensuite, il additionne les lignes « *cumul des feuilles précédentes* » et « *total feuille* » pour obtenir le « *total à reporter* » ; puis, il transfère les divers nombres de la ligne « *total à reporter* » vers la première ligne de la page suivante, dénommée « *cumul des feuilles précédentes* ».
- ❖ A la fin du mois il tire un trait et additionne une dernière fois le nombre de croix de la page en cours au divers nombres situés sur la ligne « *cumul des feuilles précédentes* »

A la fin du mois il s'agit simplement de reporter les nombres totaux inscrits dans la ligne « *cumul des feuilles précédentes* » de la dernière page dans les cases correspondantes du canevas.

Les variables concernées sont :

- ❖ CPN1, CPN1 <16^{ième} semaine, CPN2, CPN3, CPN4, CPN4 ≥36^{ième} mois.
- ❖ Femme enceinte à risque détecté, femme enceinte à risque référée, Femme enceinte à risque malnutrie (PB< 230 mm).
- ❖ Prescription de FAF1, FAF2, FAF3 ; prescription de SP1, SP2, SP3, SP4.
- ❖ MIILD CPN1, MILLD CPN2+ ; prescription de Mebendazole .
- ❖ VAT 1, VAT 2, VAT 3, VAT 4, VAT 5.

Quant aux données relatives à la PTME elles doivent non pas être transcrites dans le canevas du canevas du rapport CS mais dans le canevas du « Rapport unique VIH/Sida » ; se référer aux manuels fournis par le PNLS pour tous les détails à ce niveau.

2. SANTE DE LA MERE

2.1 Consultation prénatale (CPN)

	Nombre
CPN 1	
CPN 1 à la 16ème semaine	
CPN 2	
CPN 3	
CPN 4	
CPN 4 à la 36ème semaine	
Fer + acide folique 1ère dose	
Fer + acide folique 2ème dose	
Fer + acide folique 3ème dose	
Sulfadox. + Pyrimét 1ère dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 2ème dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 3ème dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 4ème dose reçue	
MILD distribués a la CPN1	
MILD distribués a la CPN2+	
Femmes enc. avec PB < 230mm	
Femmes enc. à risque détectées	

2.2. Vaccination des femmes enceintes

	Nombre
VAT 1	
VAT 2	
VAT 3	
VAT 4	
VAT 5	

3.2. ACCOUCHEMENTS AU CENTRE DE SANTE

L'ensemble des informations contenues dans le chapitre accouchement du canevas de rapportage mensuel peut être extrait du **REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS**.

3.2.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT DES ACCOUCHEMENTS

Dans le registre d'accouchements on n'enregistre que les accouchements effectués au CS ⁸.

C'est la personne responsable de l'accouchement qui remplit le registre. Le PNSR demande de vérifier que cette personne est bien une personne qualifiée, c'est à dire **une sage-femme diplômée, un infirmier diplômé ou un médecin** ; une colonne est donc réservée à cette caractéristique dans le registre d'accouchements.

Le registre peut être démarré à l'admission de la femme en travail mais les informations doivent être complétées au terme de l'accouchement. Les informations relatives à l'évolution de l'accouchement sont relevées à partir du partogramme, une fois l'accouchement fini. **Les partogrammes doivent être numérotés par ordre chronologique et archivés**; le N° d'ordre du partogramme doit être reporté dans une colonne prévue à cet effet ⁹.

Il est indispensable d'enregistrer tous les cas d'accouchements qui se sont présentés au CS, y compris ceux pour lesquels la mère pourrait être décédée ou ceux pour lesquelles la mère ou l'enfant ont été référés. On doit également enregistrer le nombre d'accouchements pas tranches d'âge avec deux tranches : moins de 20 ans et 20 ans révolus ; des colonnes est prévue à cet effet.

3.2.2. SAISIE DES DONNEES DANS LE REGISTRE

Le registre d'accouchements contient des informations :

- ❖ Administratives relatives à la mère,
- ❖ Sur le type d'accouchement (eutocique, dystocique, l'objet étant ici de vérifier si les accouchements à problèmes ont bien été référés),
- ❖ Sur l'état de l'enfant à la naissance,
- ❖ Sur les soins qui lui ont été prodigués y compris en termes d'alimentation,
- ❖ Et enfin sur l'issue de l'accouchement.

Comme dit plus haut, une mention est réservée au niveau de qualification du soignant qui a assisté la femme enceinte.

3.2.2.1. Modèle de registre

Cf. Annexe 2

3.2.2.2. Instructions par colonnes

COLONNES	INSTRUCTIONS
DATE D'ADMISSION	Date du démarrage du travail en salle d'accouchement
DATE D'ACCOUCHEMENT	Date à laquelle l'enfant est né
N° MENSUEL	Remettre à zéro chaque mois
N° DOSSIER	N° d'ordre du partogramme (remise à zéro chaque année)
PRENOM et NOM	
AGE	En chiffre
<20 ANS	Croix si vrai

⁸ Les accouchements effectués dans la communauté sont enregistrés ailleurs ; par ailleurs si des accouchements à domicile ont été réalisés par du personnel qualifié issu du CS, on ne doit pas les mentionner ici !

⁹ Les processus de vérification de type RDQA ou FBR contrôle la disponibilité du partogramme.

ADRESSE	Noter simplement le nom du village ou du quartier
GROSESSE A TERME	Croix si grossesse à terme
STATUT VIH CONNU	Croix si vrai (voir fiche CPN)
DCIP (Si STATUT NON CONNU)	Cf. Instruction du PNLS
TYPE D'ACCOUCHEMENTS EUTOCIQUE + DYSTOCIQUE PAR DU PERSONNEL QUALIFIE ACCOUCHEMENT MOINS DE 20 ANS ACCOUCHEMENT REFERE HGR	Noter si c'est un accouchement normal ou dystocique (toute dystocie même diagnostiquée au cours du travail doit normalement être référée)
COMPLICATIONS HEMORRAGIE ANTE PARTUM ECLAMPSIE PRE ECLAMPSIE HEMORRAGIE POST PARTUM DECHUIRURE PERINEALE, CERVICALE	Croix si vrai
NAISSANCE VIVANTE VIVANT A TERME <2,5KG PREMATURE	Croix si vrai Plusieurs croix possibles
MORT NE FRAIS MACERE	Croix si vrai Une seule croix possible
SOINS / INTERVENTIONS CHEZ LE NOUVEAU NE SOINS ESSENTIELS NN ALLAITE DANS L'HEURE AYANT REÇU ATB IV/IM, METHODE KANGOUROU PREMATURE AYANT RECU CORTICOIDES AYANT ETE REANIME NIVERAPINE NOUVEAU NE	Croix si vrai Plusieurs croix possibles
REFERENCE MERE ET BEBE	Croix si vrai (référence de la mère ou du bébé à l'HGR)
DECES DECES N.NE MOINS DE 7 JOURS DECES N.NE MOINS DE 28 J DECES MATERNEL DECES MATERNEL REVU	Croix si vrai
DATE DE SORTIE	
OBSERVATIONS	Préciser toute information utile à la compréhension du cas

3.2.3. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS

La plupart des informations sont aisément transférables à partir du registre d'accouchements directement dans le canevas; et ce, sans nécessité d'utiliser une feuille de dépouillement ; il suffit de correctement mettre les croix au moment de l'accouchement puis de les compter à la fin du mois ; et enfin de transférer les totaux dans le canevas (même méthode que pour la CPN).

Deux types d'informations supplémentaires sont à noter rétrospectivement dans le canevas :

- ❖ Les décès dans les 7 jours et dans les 28 jours (leur enregistrement est en effet postérieur à l'accouchement ; il faut donc mettre à jour le registre d'accouchement a posteriori).

- ❖ Les accouchements effectués dans la communauté (ici l'information est à récolter auprès des agents de santé communautaires formés à cet effet et reconnus officiellement par le CODESA de l'Aire de Santé ; évidemment rien n'est à retranscrire dans le registre d'accouchements du CS (Cf. partie du manuel relative au volet communautaire pour plus de détails à ce niveau).

2.3. Accouchements et naissances

	Nombre
Accouchements	
Accouchements par personnel qualifié	
Accouchées âgées de < 20 ans	
Accouchées référées l'HGR	
Accouchée avec complications obstétricales	
Naissances vivantes	
Naissances vivantes à terme < 2500 g	
Nouveaux nés prématurés	
Nouveaux nés méthode Kangourou	
Nouveaux nés soins essentiels	
Nouveaux nés allaités dans l'heure	
Nouveaux nés avec antibiotiques	
Mort-nés frais	
Mort-nés macérés	

2.4. Décès liés à l'accouchement

	Nombre
Décès nouveaux nés ≤ 7 jours	
Décès nouveaux nés ≤ 28 jours	
Décès maternels	
Décès maternels revus	

2.5. Accouchements hors FOSA

	Nombre
Accouchements dans la communauté	
Décès maternels dans la communauté	

3.3. CONSULTATION POST NATALE

L'ensemble des informations contenues dans les chapitres CPoN peut être extrait du **REGISTRE DE CPoN**.

3.3.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT DES CPON

En RDC, on considère qu'il est nécessaire de réaliser trois CPoN au total :

- ❖ La première doit être réalisée à la sixième heure après la délivrance, elle sert en particulier à vérifier l'absence de complications précoces chez la mère (ex. utérus atone, hémorragie, etc.) ; elle est nommée CPoN 1 et doit être réalisée sur le site où le couple mère-enfant est mis en observation.
- ❖ La deuxième est réalisée au sixième jour ; elle confirme l'absence de complication du post-partum (fièvre, etc.) et évalue la relation mère nouveau-né (ex. efficacité de l'allaitement) ; elle permet aussi de transmettre des informations généralistes à la mère notamment sur les soins à l'enfant. Cette CPoN est généralement réalisée au cours de séances communes avec les CPN.
- ❖ La troisième CPoN se fait à la 6^{ème} semaine ; elle sert surtout à conseiller la mère notamment par rapport aux mesures d'espacements des naissances. Elle aussi est généralement réalisée au cours de séances communes avec la CPN.

Nous considérons ici qu'il faut utiliser un seul et même registre même si dans le cas d'une maternité à très forte fréquentation, on pourrait envisager un registre pour la première CPoN placé dans la salle de mise en observation, et un autre sur le site de la CPN ; de toute façon ces deux registres doivent avoir le même format.

3.3.2. SAISIE DES DONNEES DANS LE REGISTRE CPON

3.3.2.1. Modèle de registre

Cf. Annexe 2

3.3.2.2. Instructions par colonnes

COLONNES	INSTRUCTIONS
DATE, N° d'ORDRE, N° DOSSIER, NOM et POSTNOM, AGE, ADRESSE	Idem précédents registres
MERE	
DATE ACCOUCHEMENT	Jours/Mois/Année
LIEU D'ACCOUCHEMENT FOSA DOMICILE AUTRE	PRECISER LES DETAILS DEMANDES
N° DE VISITE CPON 1 (6° H) CPON 2 (6° J) CPON 3 (6° SEM.)	Cocher la case correspondante
COMPLICATION DU POST PARTUM	Préciser si vrai
FISTULE VESICO-VAGINALE NOUVEAU CAS	Préciser si vrai
DCIP (Si statut VIH non connu)	Préciser en fonction des instructions du PNLS
PROBLEME MATERNEL IDENTIFIE	Donner les détails si un problème a été identifié .
SOINS /TRAITEMENT	Préciser si un traitement a été prescrit
FER-FOLATE, VIT A, MILD, ARV, CTX	Cocher si un traitement préventif a été donné
METHODE PF UTILISEE	Préciser la méthode

BEBE	
COMPLICATION A LA NAISSANCE	A Préciser
ALIMENTATION DU BEBE (AME, AS , ASE)	AME ALIMENTATION MATERNELLE EXCLUSIVE AS ALIMENTATION SEIN ASE ALIMENT DE SEVRAGE EXCLUSIF
ARV CTX	Préciser si le bébé bénéficie d'un traitement préventif du VIH et lequel
PROBLEMES CONSTATÉ	Mentionner toute observation utile par rapport à l'enfant
SOINS TRAITEMENT	Mentionner tout traitement prescrit
ENREGISTREMENT A L'ETAT CIVIL	Préciser si c'est le cas
OBSERVATION	Mentionner toute observation utile pour le suivi

3.3.3. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS

Seule quatre information sont à transcrire dans le canevas. Comme pour la consultation curative et la CPN, la saisie dans le canevas doit être précédée par le cumul des cas mensuels ; ce cumul se fait en plusieurs temps de même façon que pour la CPN.

Au total les données à remonter vers la hiérarchie peuvent aisément être retranscrit dans le canevas.

2.6. Consultations post-natales (CPoN)

	Nombre
CPoN1 (6ème heure)	
CPoN2 (6ème jour)	
CPoN3 (42ème jour)	
Fistules vésico vaginales nouveaux cas	

3.4. PLANIFICATION FAMILIALE

La Planification Familiale intègre les activités réalisées au niveau de la communauté par les Agents de Distribution à Base Communautaire (ADBC). En conséquence de quoi deux sources d'informations existent : d'une part les outils de rapportage du CS (ou s'effectue une consultation classique de PF) ; et d'autre part les outils de gestion des ADBC qui opèrent sous la responsabilité de l'infirmier du titulaire du CS de responsabilité de l'AS.

Les ADBC qui prescrivent des méthodes de contraception doivent mensuellement rapporter leur activité à l'IT titulaire du CS de responsabilité de l'AS. L'IT titulaire a quant à lui la responsabilité d'intégrer les différentes informations dans le canevas mensuel du CS.

Par ailleurs, il faut noter que les informations contenues dans les tableaux de PF du canevas mensuel sont de deux ordres :

- (i) Des informations relatives à l'activité de PF à proprement parler ; ces données sont extraites du **registre de Planification Familiale du CS** et des **différents registres tenus par les ADBC** ;
- (ii) Des informations relatives à la gestion du stock des intrants de PF ; ces données sont issues du système de gestion des contraceptifs.

3.4.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT DES DONNEES D'ACTIVITES PF

Classiquement, on distingue les **Nouvelles Acceptantes** et les **Renouvellements**. Les nouvelles acceptantes intéressent plus particulièrement le PNSR, même si certains éléments doivent également être rapportés par rapport à l'ensemble des acceptantes (Nouvelles Acceptantes + Renouvellements) .

Pour ce qui concerne les Nouvelles Acceptantes, le PNSR demande d'enregistrer plusieurs tranches d'âge et groupes spécifiques (nouvelles acceptantes moins de 20 ans ; nouvelles acceptantes 20 - 24 ans ; nouvelles acceptantes en post-partum ; nouvelle acceptantes en soins après avortement). Les colonnes du registre ont été adaptées à cette demande.

La fourniture de données spécifiques à la prévalence contraceptive (concernant donc à la fois les nouvelles acceptantes et les renouvellements) est également une demande du PNSR: **cela doit permettre au programme de calculer le nombre d'Années de Protection Contraceptive (APC) par type de méthode et par mois.**

Clarification sur le calcul des APC
<p>L'APC se calcule à partir de la durée de couverture offerte en espacement des naissances par chaque type de méthodes. Des études ont permis d'estimer la durée moyenne de protection par méthode ; d'après celles-ci : La prescription d'une plaquette de contraceptif oral offre en moyenne 24 à 27 j de protection ; le coefficient fixé par le programme d'APC est donc de 0,067, ce qui signifie qu'une plaquette de contraceptif couvre 0,067 années. La prescription de Depoprovera® quant à elle offre en moyenne trois mois de protection ; le coefficient d'APC ici fixé à 0,25 par le programme, ce qui signifie qu'une injection de Depoprovera® couvre trois mois. Et ainsi de suite pour les différents types de méthodes.</p> <p>Pour calculer les APC totales pour une zone géographique telle qu'une Zone de Santé, il est nécessaire de connaître non pas le nombre total d'acceptantes (nouvelles acceptantes + renouvellements) mais le nombre total d'intrants prescrits par personne et par méthode (ex. on fait une injection de Depoprovera® à chaque contact ; mais on prescrit les plus souvent trois plaquettes de contraceptifs oraux).</p> <p>Pour que le PNSR puisse calculer les APC, il est nécessaire d'enregistrer dans le deuxième tableau, non pas le nombre de nouvelles acceptantes par méthodes, mais la quantité d'intrants prescrits par méthode pour chaque femme mise sous contraception. D'où la nécessité de noter dans les colonnes prévues à cet effet le nombre d'unité prescrites/données</p>

3.4.2. SAISIE DES DONNEES DANS LE REGISTRE PF

3.4.2.1. Modèle de Registre

Cf. Annexe 2

3.4.2.2. Instructions de remplissage par colonnes

COLONNES	INSTRUCTIONS
ADMINISTRATION	
DATE , N° MENSUEL N° DOSSIER, NOM POSTNOM PRENOM, AGE (ANNEES) ADRESSE,	Idem précédents registres
AGE < 20 ANS	Mettre une croix si vrai
NOUVELLES ACCEPTANTES (NA)	
NOUVELLE ACCEPTANTE	Cocher si la patiente vient pour un premier contact quel que soit son statut
NA DE MOINS DE 20 ANS	Cocher les cases correspondantes pour chacune des catégories
NA EN POST-PARTUM	
NA, POST AVORTEMENT	
NA MISE SOUS METHODE	
ANCIENNE ACCEPTANTE	
ANNEE EN COURS	Mettre une croix si la dernière visite de PF date de l'année en cours
ANNEE ANTERIEURE	Mettre une croix si la dernière visite de PF date de l'année antérieure
QUANTIFICATION PRESCRIPTIONS PAR METHODE (NA + AA)	
PILULES POP, COC,	Il faut indiquer le nombre d'intrants prescrits par méthodes <u>Ici ce n'est pas une croix qu'il faut noter, mais un nombre</u> (ex 20 pour 20 condoms fournis)
INJECTION : DMPA ou NET-EN	
DIU : INERTE ou MED	
IMPLANT : JADELLE ou NXT ou IMPLANON	

CONDOM MASCULIN / FEMININ	
SPERMICIDE : COMPRIME ou BOMBE	
COLLIER DU CYCLE	
MAMA	
STERILISATION LIGATURE TROMPE OU VASECTOMIE	
MAO	
IN FECONDITE	Préciser si la femme vient pour ce motif
IST	Préciser si une IST a été dépistée
STATUT VIH CONNU	Préciser si le statut sérologique est connu par la femme qui consulte
DCIP	Se référer au PNLS
OBSERVATIONS	Mentionner toute observation pertinente

3.4.3. LA COLLECTE D'INFORMATION SUR LA PRESCRIPTION DANS LA COMMUNAUTE

Grace à l'intervention de certains programmes un système de prescription de méthodes contraceptives est organisé au niveau de la communauté. On doit appréhender le niveau de prescription par ce biais.

Globalement le système de gestion dans la communauté utilise les mêmes principes que celui du système du CS. Néanmoins, les catégories de contraceptifs pouvant être données par les ADBC sont limitées ; il n'est donc pas nécessaire de prévoir un registre pré-imprimé et détaillé pour les ADBC (on utilisera un simple cahier où on tracera les colonnes correspondant aux méthodes utilisées).

A la fin de chaque mois, l'IT du CS de responsabilité de l'AS devra donc compiler l'ensemble des données qui lui sont transmises des ADBC sous son autorité, puis faire le total des actes réalisés.

3.4.4. ENREGISTREMENT DES DONNEES DE STOCKS D'INTRANTS DE LA PF

Des données spécifiques à la gestion des intrants sont demandées par le PNSR ; elles doivent être intégrées dans le deuxième tableau de rapportage PF dans le canevas.

La gestion des intrants est basée sur une logique de fiches de stock, classique mais non décrite ici ; se référer au manuel de gestion des intrants PF pour plus de détails à ce niveau.

3.4.5. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS

Acceptantes des méthodes de PF

Les détails de l'activité relative aux acceptantes au CS (NA et Renouvellements) peuvent être dérivée des totaux obtenus à la fin du mois dans diverses colonnes du registre PF (8^{ème} à 12^{ème} colonne) ; il en est de même pour le nombre total de renouvellements (13^{ème} et 14^{ème} colonne).

Il faut faire la même chose pour les ADBC à partir de leurs rapport d'activité avant de transcrire le tout dans le premier tableau relatif à la PF du canevas

Utilisation des méthodes de PF

Pour chaque type d'intrant :

- ❖ On fait le **total du nombre d'intrant distribué au CS** (rappel dans lesdites colonnes, il faut mettre un chiffre, pas une croix). On fait **de même pour l'ensemble des ADBC**.
- ❖ On extrait les données d'inventaire **du système de gestion des intrants de la PF** (stock disponible ; quantité perdue ; nombre de jours de rupture).
- ❖ On reporte le tout dans le canevas

3. PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

3.1. Acceptantes des méthodes PF

	FOSA	ADBC
Nouvelle acceptante PF (total)		
Nouvelle acceptante moins de 20 ans		
Nouvelle acceptante en post partum		
Nouvelle acceptante de soins après avortement		
Renouvellement planification familiale (total)		

3.2. Utilisation des Methodes de la planification familiale

	Stock dispo utilisable FOSA	Quantite perdue FOSA	Quantité administrée FOSA	Nb de jours de Rupture FOSA	Quantité administrée ADBC
Inj Dépoprovera					
Inj. Sayana Press					
inj Noristerat					
Plaquette Pilule Orale Progestative					
Plaquette pilule combinée (COC)					
Pilule d'urgence					
DIU placés 10 ans					
DIU placés 5 ans					
Préservatif masculin					
Préservatif féminin					
Spermicide cés					
Spermicide bombe					
Implanon					
Jadelle					
NXT					
Collier du cycle					
MAMA					
MAO					
Sterilisation masculine (vasectomie)					
Stérilisation féminine (ligature Trompes)					

4. SOINS PREVENTIFS DE L'ENFANT

4.1. CONSULTATION PRESOLAIRE

Il est nécessaire de voir tout enfant de un mois à cinq ans régulièrement à la consultation préscolaire: idéalement les rendez-vous sont mensuels au moins durant les deux premières années; puis, ces rendez-vous s'espacent entre la 3^{ème} et la 5^{ème} année de vie. La CPS est généralement organisée hebdomadairement, le plus souvent de façon concomitante à la vaccination, et parfois en stratégie avancée¹⁰.

L'ensemble des informations contenues dans les deux tableaux traitant de la CPS dans le canevas du RMA peut être extrait du **REGISTRE de CPS**.

4.1.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT DES DONNEES DE CPS

A chaque CPS et quel que soit le site (fixe ou éventuellement avancé), le registre de CPS doit être rempli.

Quatre groupes d'âges existent pour l'enregistrement de la CPS:

- ❖ Moins de 6 mois, période où un certain nombre de conseils spécifiques sont donnés à la mère, notamment par rapport à l'allaitement maternel ou certains paquets de counselling communautaire (ANJE)
- ❖ 6 à 12 mois, période correspondant à plusieurs rendez-vous de vaccination, à la prescription de mesures préventives, telles que le déparasitage, une nouvelle distribution de Vit A et à l'ANJE.
- ❖ 12 à 24 mois, période charnière où souvent la malnutrition aiguë protéique peut s'installer ; la distribution de Vit A est à renouveler tous les 6 mois. A cette période, on commence à déparasiter les enfants.
- ❖ 24 à 60 mois, où on continue de suivre les paramètres anthropométriques de l'enfant.

Outre la distribution d'intrants et l'éducation des mères, l'un des objectifs de la CPS est de dépister les enfants atteints de malnutrition aiguë. La classification de la malnutrition aiguë se base des standards internationaux brièvement décrits ci-dessous¹¹ :

- ❖ Malnutrition Aiguë Modéré (MAM): les paramètres anthropométriques situent l'enfant entre -2 et -3 Déviations Standard (DS) par rapport à la moyenne d'une cohorte d'enfants bien portants (à partir de 6 mois, mesuré par le rapport poids/taille ou alternativement par le périmètre brachial, dans l'orange). Quand on peut avoir accès à une Unité Nutritionnelle Supplémentaire (UNS), on peut y référer l'enfant.
- ❖ La Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) sans complication, où ces mêmes paramètres sont situés au delà de -3 DS avec absence d'œdèmes nutritionnel (PB dans le rouge) ; ici, la prise en charge est possible en Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire (UNTA) où généralement on fournit des « *aliments thérapeutiques prêts à l'emploi* ».
- ❖ La Malnutrition Aiguë sévère (MAS) avec complication où outre des paramètres anthropométriques situés au-delà de -3 DS, il y a des complications comme la diarrhée, la perte complète d'appétit, ou des œdèmes nutritionnels (Kwashiorkor) ; ici la conduite à tenir est claire : il faut référer à l'Unité Nutritionnelle Thérapeutique en Interne (UNTI) située à l'HGR.

Les classifications des MAM et MAS du registre CPS et du tableau correspondant dans le canevas de rapport mensuel sont basées sur les définitions édictées ci-dessus.

4.1.2. SAISIE DES DONNEES DANS LE REGISTRE DE CPS

4.1.2.1. Modèle de registre de Consultation préscolaire

Cf. Annexe 2

¹⁰ A noter que la vaccination des enfants se fait de manière concomitante à la CPS, mais est enregistré ailleurs dans la rubrique PEV.

¹¹ Se référer aux guides produits par le PRONANUT pour plus de détails.

4.1.2.2. Instructions par colonnes

COLONNES	INSTRUCTION
ADMINISTRATION, DEMOGRAPHIE	
DATE, N° D'ORDRE, NOM POSTNOM, ADRESSE,	Idem précédents registres
AGE (EN MOIS)	Noter en mois
0-5 MOIS 6-11 MOIS 12-23 MOIS 24-59 MOIS	Il est essentiel de cocher aussi l'une des quatre cases NB : les bornes sont inclusive: par exemple 0-5 mois signifie que l'enfant n'a pas passé la date anniversaire de 6 mois
DEPISTAGE MALNUTRITION	
<u>PAS DE MALNUTRITION AIGUE</u>	Mentionner uniquement si les paramètres anthropométriques sont mesurés et si aucun signe de MAM ou de MAS n'est observé (pas d'œdèmes non plus)
<u>MALNUTRITION AIGUE 0-6 :</u> PB < 115 mm	Mentionner uniquement si les paramètres anthropométriques sont mesurés et si l'un des signes de malnutrition aigue sévère ou modérée est observé (NB : il est théoriquement possible d'avoir MAS et œdèmes) Cocher la ou les cases correspondantes (une seule tranche d'âge) <ul style="list-style-type: none"> ❖ MAM : Rapport P/T ou périmètre brachial entre -2 à et -3DS (zone orange). ❖ MAS : Rapport poids/taille ou périmètre brachial < - 3 DS (zone rouge). ❖ ŒDEMES : Présence d'œdèmes nutritionnels.
<u>MALNUTRITION AIGUE 6-12 :</u> MAM ; MAS ; ŒDEMES	
<u>MALNUTRITION AIGUE 12-23 :</u> MAM ; MAS ; ŒDEMES	
<u>MALNUTRITION AIGUE 24-59 ;</u> MAM ; MAS ; ŒDEMES	
PRISE EN CHARGE	
<u>0-5 MOIS :</u> ALLAITEMENT SEIN EXCLUSIF MILLD ANJE MERE	Cocher la ou les actions effectuées sur l'enfant en terme de prévention en fonction de la tranche d'âge. NB : les bornes sont inclusive : par exemple 0-5 mois signifie que l'enfant n'a pas passé la date anniversaire de 6 mois
<u>6-11 MOIS :</u> VIT A ; ANJE MERE	
<u>12-23 MOIS :</u> VIT A ANJE MERE DEPARASITAGE	
<u>24-59 MOIS ;</u> VIT A DEPARASITAGE	
REFERE	
OBSERVATION	Noter toute remarque pertinente

4.1.3. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS

Comme pour les précédentes activités, la saisie dans le canevas du rapport mensuel doit être précédée par le cumul des cas mensuels (en utilisant toujours la même méthode). L'intégralité des paramètres demandés est retranscrite directement du registre CPS vers le canevas en utilisant toujours la même méthode.

5. SANTE DE L'ENFANT

5.1. Consultation préscolaire (CPS)

	< 6 mois	6-11 mois	12-23 mois	24-59 mois
Enfants vus à la CPS				
Enfants supplémentés en Vit A				
Enfants exclusivement alimentés au sein				
MILLD distribuées				
Enfants dont les mères ont reçu ANJE				
Enfants déparasités				
Enfants présentant un retard psychomoteur				

5.2. Diagnostic Malnutrition Aigue

	< 6 mois	6-11 mois	12-23 mois	24-59 mois
Enfants malnutris modérés (1)				
Enfants malnutris sévères (2)				
Enfants avec oedème nutritionnel				
Enfants malnutris sévères référés				

1) (P/T entre 2 et 3 DS) et/ou (PB entre 115 mm et 125mm)

(2) (P/T < 3 DS) et/ou (PB < 115 mm)

4.2. VACCINATION DES ENFANTS DE 0 A 23 MOIS ET GESTION DES INTRANTS

La fixation des normes en matière de vaccination des enfants est sous l'entière responsabilité du PEV. Ce programme a mis en place toute une série d'outils primaires et secondaires de collecte de l'information, tant pour l'activité elle-même que pour la gestion des intrants ; parmi ces outils figurent au minimum : la carte de vaccination de l'enfant bien sûr, mais également ce qu'il convient d'appeler le « **Registre de cohorte du PEV** ». Dans ce type de registre, à la différence des divers registres décrits dans le présent manuel, l'enfant venant se faire vacciner est enregistré une seule fois. Par la suite à chaque fois que l'enfant retourne se faire vacciner, au moyen du N° de dossier inscrit sur sa carte de vaccination l'infirmier recherche l'enregistrement de l'enfant et complète les informations sur son statut vaccinal (en pratique-t-on rajoute une croix pour chacun des antigènes réalisés ; ceci permet à la fin de déterminer si l'enfant a été complètement vacciné).

En conséquence de quoi, et le seul outil de rapportage supplémentaire est la fiche de pointage des activités PEV qui elle-même doit être fournie par le PEV.

D'un point de vue contenu du rapport, la seule nouveauté est l'introduction récente d'un **nouveau vaccin, le Vaccin Polio Injectable (VPI)**.

POUR LES DIFFERENTES RAISONS PRESENTES ICI NOUS NE DECRIVONS PAS LES PROCEDURES DE REMPLISSAGE DES OUTILS DE GESTION DU PEV (se référer au manuel de ce programme pour de plus amples détails)

4.2.1. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS

4.2.1.1. Par rapport à l'activité de vaccination

Les fiches de pointages des diverses séances de vaccination sont classifiées en premier lieu par type de séances ; on cumule les cas pour obtenir le total par tranche d'âge puis la groupe de genre (Filles, Garçons) ; on note également le nombre total de séances prévues de séances réalisées et d'enfants récupérés par les relais communautaires.

4.2.1.1. Par rapport à l'activité de gestion des intrants du PEV

En plus de la fourniture d'information sur l'activité de vaccination elle-même, le PEV sollicite aussi des informations sur la gestion de ses intrants. A partir de là il suffit de remplir dans le canevas mensuel le tableau relatif à la gestion du PEV.

5.3. Vaccination des enfants

	Nombre
Séances prévues	
Séances réalisées	
Enfants non atteints récupérés par les RECO	

5.4. Vaccination par stratégie

	0-11 mois			12-23 mois			Total	
	Fixe	Avancé	Mobile	Fixe	Avancé	Mobile	Féminin	Masculin
BCG								
VPO 0								
VPO 1								
VPO 2								
VPO 3								
VPI								
DTC-HepB Hib1								
DTC-HepB Hib2								
DTC-HepB Hib3								
PCV-13 (1)								
PCV-13 (2)								
PCV-13 (3)								
VAA								
VAR								
ECV								

Edition : 23 janvier 2016 | Page 6 de 17

8. Gestion des vaccins et autres intrants

	Stock début du mois	Reçu au cours du mois	Jours de rupture de stock	Utilisé	Perdu	Administré	Taux de Perte
BCG doses							
BCG diluants							
DTC-HepB-Hib doses							
PNEUMO doses							
VPO doses							
VPI doses							
VAR doses							
VAR diluants							
VAT doses							
VAA doses							
VAA diluants							
Seringues SAB BCG 0,05ml							
Seringues SAB 0,5ml							
Seringues de Dilution 2 ml							
Seringues de Dilution 5 ml							
Seringues de Dilution 10 ml							
Réceptacles (Unité)							
Pétrole (litres)							

4.3. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE EN AMBULATOIRE (UNTA)

Ne doivent utiliser cette annexe que les structures de soins qui supervisent effectivement la réalisation d'activités de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS)

La prise en charge de la malnutrition aiguë protéino-calorique au niveau du centre de santé concerne surtout l'enfant mais également certains groupes vulnérables comme les femmes enceintes et allaitantes, les patients porteurs du VIH ou les tuberculeux. Il ne suffit cependant pas de faire partie d'un groupe à risques pour bénéficier d'un traitement ou d'une supplémentation ; il est aussi nécessaire d'être classifié comme malnutri à l'occasion d'une mesure anthropométrique initiale.

Les modalités de dépistage varient en fonction des groupes : les enfants sont généralement dépistés grâce au screening effectué à la CPS ; les malnutritions chez la femme enceinte ou allaitante sont généralement dépistées par la mesure du périmètre brachial à la CPN ou à la CPoN; quant aux PVVIH ou tuberculeux malnutris, ils sont dépistés grâce à la mesure de l'index de masse corporelle dans les structures de soins qui leurs sont réservés.

On distingue deux types de prise en charge des malnutris au niveau du CS :

1. **Récupération nutritionnelle des enfants souffrant de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS)** sans complications, notamment grâce à la distribution de biscuits protéinés (Plumpynuts® ou équivalent). Cette activité est menée dans les Unités Nutritionnelle Ambulatoire (UTNA).
2. **Supplémentation des malnutritions aigües modérées (MAM)** par la fourniture de rations sèches aux mères des enfants malnutris, aux femmes enceintes ou allaitantes, et aux PVVIH ou tuberculeux. Cette activité est menée dans les Unités Nutritionnelle Supplémentaires (UNS).

4.3.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT

Au cours de la CPS et dans le cadre du suivi nutritionnel des enfants, les enfants malnutris sévères sont inclus dans la cohorte de malnutris à prendre en charge ; à partir de là, ils reviennent régulièrement pour récupérer leurs rations sèches. Les cas de MAS compliquées doivent être référés en Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive (UNTI).

Plusieurs éléments sont à bien comprendre pour l'enregistrement des cas dans le canevas de rapportage mensuel :

- ❖ Dans le système de prise en charge à l'UNTA, le malnutri est dépisté une première fois, puis il revient régulièrement jusqu'à qu'il soit considéré comme sortant. Lors du premier contact, on demande des détails quant à la nature de la nouvelle admission. Avant la décharge du patient, on précise des détails quant au type de sortie.
- ❖ Quand le malade est enregistré la première fois en UNTA, il est enregistré soit comme « Nouvelle Admission » (NA), soit comme « Autres entrées » (AE) ;
 - Parmi les **Nouvelles Admissions** figurent (i) les malnutris sévères dépistés par la mesure du Poids/Taille ou du Périmètre Brachial, (ii) les malnutris sévères avec œdèmes et (iii) les cas de rechute. Il faut préciser dans le canevas combien de NA ont été admis par catégories.
 - Parmi les **Autres Entrées** figurent (i) les enfants référés à partir de l'UNTI, (ii) les enfants transférés d'un autre UNTA, et enfin (iii) les enfants qui avaient précédemment été inclus à l'UNTA mais qui pour une raison ou une autre, avaient précédemment été déclarés comme ayant abandonné (« abandons »). Aucun détail n'est demandé sur la catégorie exacte dans laquelle se situent les « Autres Entrées ».
- ❖ Il existe aussi deux catégories de sortants : les « enfants déchargés » et les « autres sorties ».
 - Parmi les enfants déchargés on distingue : (i) les guéris, (ii) les non répondants, (iii) les décès et (iv) les abandons. Il faut préciser dans le canevas combien d'enfants déchargés sont sortis pour chaque catégorie.
 - Parmi autres sorties on distingue : (i) les référés à l'UNTI (chez ces enfants la situation s'est aggravée malgré le traitement) et (ii) les transférés dans une autre UNTA. Il faut préciser le « nombre total d'autres sorties » par catégories.
- ❖ Le nombre d'enfants en suivi est appréhendé par le nombre d'enfants en traitement à la fin du mois : ce nombre est égale au nombre d'enfant en traitement au début du mois, plus le total d'enfants entrées (NA ou AE), moins le nombre total de sorties (enfants déchargé ou autres sorties).

Catégories d'Entrées	
NA : P/T ≤ -3 DS ou PB ≤ 115 mm	Soit le rapport poids/tailler a été réalisé et démontre une malnutrition sévère (déviante de plus de 3 DS de la moyenne), soit le Périmètre Brachial (MUAC) est dans le rouge ; normalement il ne doit pas y avoir de complications chez les nouvelles admission de l'UNTA car, alors l'enfant doit être référé à l'UNTI.
NA, œdèmes	Il s'agit d'une suspicion de Kwashiorkor (normalement ce patient est à référer à l'UNTI ou à l'HGR).
NA rechute	L'enfant avait précédemment été déchargé guéri mais a rechuté
Autre Entrée	Soit l'enfant avait été absent à plusieurs reprises à ses rendez-vous et avait alors été classifié comme sorti par abandon ; depuis sa mère a décidé de revenir et l'enfant étant encore malnutri sévère doit être à nouveau pris en charge à l'UNTA. Soit l'enfant vient de l'UNTI pour poursuivre son traitement. Soit il vient d'un autre UNTA. Dans ces cas ce n'est pas une nouvelle entrée, car il a précédemment été enregistré !

Catégories de sorties	
Guéris	L'enfant a regagné du poids et ne nécessite plus la ration sèche type UNTA ; si le service est disponible il doit être envoyé à l'UNS ; alternativement il peut rentrer chez lui.
Non répondants	L'enfant ne regagne pas de poids ; il est déchargé.
Décédés	On obtient l'information selon laquelle cet enfant est décédé.
Abandons	L'enfant n'est plus revenu à plusieurs reprises ; on considère qu'il est perdu de vue.
Référés	La situation générale de l'enfant fait qu'il doit être référé (généralement il est référé à l'UNTI).
Transfert autre UNTA	Alors que son enfant n'a pas récupéré, la mère sollicite qu'il soit suivi ailleurs dans un autre UNTA.

4.3.2. SAISIE DES DONNEES DANS LA FICHE DE POINTAGE

La gestion des malnutris dans une UNTA nécessite des outils primaires de collecte de l'information comme par exemple la fiche de suivi de l'enfant, ou un registre de cohorte des malnutris qui ne sont pas décrits ici (responsabilité du PRONANUT). L'outil que nous décrivons ci-dessous est seulement la fiche de pointage UNTA.

4.3.2.1. Instructions de remplissage de la fiche de pointage

Les instructions de remplissage de cette fiche sont simples ;

- ❖ Une fiche par séance de distribution.
- ❖ Le remplissage se fait en même temps que l'action de mesure de l'état nutritionnel de l'enfant et de façon systématique avant distribution de la ration sèche à la mère.
- ❖ Au terme de la séance la fiche doit être archivée au CS.

Deux cas particuliers sont à mentionner au niveau des issues :

- **L'enregistrement des décès** : il est évident que l'on ne peut faire qu'un constat rétrospectif.
- **L'enregistrement des abandons** : la décision de classer un enfant dans cette catégorie est généralement prise après le constat que le patient n'est pas revenu depuis un certain nombre de séances (voir PRONANUT pour plus de détail sur les conduites à tenir).

4.3.3. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS

Toutes les données de cette fiche de synthèse sont à retranscrire dans le Canevas du rapport mensuel. Néanmoins il faut également calculer le nombre « d'enfants en traitement au début du mois ».

4.4. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODÈRE AU CS (UNS)

Ne doivent utiliser cette annexe que les structures de soins qui supervisent effectivement la réalisation d'activités de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Modérée

Les Unités Nutritionnelles Supplémentaires (UNS) sont rattachées à la consultation préscolaire. A partir du moment où l'enfant y est dépisté comme malnutri, deux possibilités existent : (i) soit il est déclaré Malnutri Aiguë Sévère (MAS) ; alors il doit être pris en charge au niveau d'une unité thérapeutique (UNTA ou UNTI), (ii) **soit l'enfant est déclaré malnutri modéré (MAM)** et, si ce service est disponible, **il est envoyé à l'UNS.**

L'UNS concerne principalement les enfants de moins de cinq ans mais parfois également d'autres populations vulnérables, en l'occurrence les femmes enceintes et allaitantes malnutries, les PVVIH et tuberculeux malnutris.

4.4.1. PRINCIPES DE BASE POUR L'ENREGISTREMENT

Pour les enfants il faut fournir un certain nombre de détails notamment sur le type de entrées et de sorties :

- ❖ Entrées : à l'UNS il existe deux catégories de nouvelles admissions pour les enfants :
 - Les admissions venant de l'UNT,
 - Les admissions directement dépistées.
- ❖ Sorties : il existe quatre catégories de sorties pour les enfants
 - Les déchargés guéris,
 - Les référés vers l'UNT (c'est à dire des enfants dont la situation nutritionnelle s'aggrave),
 - Les décédés,
 - Les cas d'abandons de traitement.¹²

Pour les autres groupes (femmes enceintes et allaitantes malnutries, PVVIH et tuberculeux malnutris) l'information demandée est limitée :

- Au total des nouvelles admissions
- Au nombre total de patient venu en suivi.

4.4.2. SAISIE DES DONNEES DANS LA FICHE DE POINTAGE

La DSNIS propose un modèle de fiche de dépouillement pour faciliter la transcription dans le canevas

4.4.2.1. Modèle de fiche de pointage

Cf. Annexe 2

4.4.2.2. Instructions de remplissage de la fiche de pointage

Les instructions de remplissage de cette fiche sont simples :

- ❖ Une fiche par séance de distribution
- ❖ Le remplissage se fait en même temps que l'action de mesure de l'état nutritionnel de l'enfant et de façon systématique avant distribution de la ration sèche à la mère de l'enfant.
- ❖ Au terme de la séance la fiche doit être archivée au CS.

Tous les cas de figures sont présentés et il suffit de cocher la (ou les) bonne(s) case(s).

¹² Se baser sur les manuels produits par le PRONANUT pour plus de détails.

4.4.3. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS MENSUEL DES DONNEE DE L' UNTA ET L'UNS

11.1. Entrées à l'UNTA

	Féminin	Masculin
Admissions débuts du mois (report mois précédent)		
NA avec PT< -3 DS ou PB < 115 mm		
NA avec oedemes		
NA Rechutes		
Autres entrées		

11.2. Issues par catégories à l'UNTA

	Nombre
Guéris	
Non répondants	
Décès	
Abandons	
Référés à l'UNTI	
Transférés vers autre UNTA	

11.3. Admission par catégories et sexe à l'UNS

	Féminin	Masculin
MAM dépistées à l'UNS		
MAM transférées de l'UNTA / UNTI		

11.4. Issues par catégories à l'UNS

	Nombre
Déchargés guéris	
Référés UNTA	
Décès	
Abandons	

11.5. Prise en charge des groupes spécifiques à l'UNS

	Ancien cas	Nouveau cas
Femmes enceintes malnutries (PB<230)		
Femmes allaitantes malnutries (PB<230)		
PVVIH malnutris (IMC<18,5)		
Tuberculeux malnutris (IMC<18,5)		

5. ACTIVITES COMMUNAUTAIRES ET SOINS PROMOTIONNELS

Dans le cadre de la lutte contre les maladies tueuses de l'enfant, on observe un développement important de l'activité à base communautaire ; elle recouvre au moins deux aspects : (i) la prise en charge des problèmes de santé à partir de la communauté et (ii) la Communication pour le Changement de Comportement (CCC). Les personnes responsabilisées pour ces activités sont dénommées de façon générique relais communautaires (RECO). L'ensemble de ces agents opère sous la tutelle administrative de la Cellule d'Animation Communautaire dont ils dépendent.

« La Cellule d'Animation Communautaire (CAC) est une structure d'animation et de coordination des initiatives communautaires au niveau du village ou du quartier ; elle est placée sous le leadership du chef de village et est constituée de toute les forces vives du village : leaders religieux et d'opinion, délégués des organisations à assises communautaires, comités d'eau, hygiène et assainissement, etc. C'est donc une structure communautaire multisectorielle et multidisciplinaire. »¹³

Outre ces deux types d'activités, les RECO sont mobilisés dans les campagnes régulières ou ponctuelles de soins préventifs (séances PEV de routine, JNV, campagnes de distribution de vit A, etc.) ; ils sont aussi assez fréquemment engagés dans les actions de promotion de l'espacement des naissances, y compris la prescription de diverses méthodes de Planification Familiale. Lorsque les RECO sont dans ce cas de figure, ils prennent le nom d'Agents de Distribution à Base Communautaire (ADBC).

Quel que soit le type de RECO concerné, leur activité reste néanmoins coordonnés par l'IT du CS de responsabilité: Il s'assure de la conformité technique des soins prodigués par les RECO ; quant à la CAC elle s'assure que l'action de ces RECO est conforme à la demande de la population.¹⁴

L'enregistrement des activités de CCC et de soins communautaires quel qu'ils soient dans une Aire de Santé, est réservé au RMA du centre de santé responsable de l'AS. Aucun PS n'est autorisé à enregistrer l'une ou l'autre de ces activités dans son propre RMA.

5.1. IDENTIFICATION DES RECO

5.1.1. PRINCIPES DE BASE DE L'ENREGISTREMENT

Le MSP a défini un certain nombre de standards pour habiliter les RECO à réaliser leurs missions : outre le fait qu'ils doivent être reconnus par la CAC, ils doivent préalablement avoir été formés à leurs diverses responsabilités ; ils doivent également être régulièrement supervisés d'un point de vue technique par le titulaire du CS de responsabilité de l'AS.

Par ailleurs :

- ❖ On considère qu'un RECO est actif si il a réalisé au moins une activité communautaire dans le mois achevé, et si il a rapporté au cours du derniers mois son activité au titulaire du CS de responsabilité de l'AS.
- ❖ On considère qu'un site de soins communautaire est fonctionnel si au moins une activité de soins y a été réalisée durant le mois achevé, et si la personne responsable de ce site a rapporté par rapport à cette activité au titulaire de CS de responsabilité de l'AS.

5.1.2. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS MENSUEL

Il est de la responsabilité de l'infirmier titulaire du CS de mettre en place les outils de gestion adéquats pour rapporter les activités des RECO sur les divers sites de soins communautaires (un cahier simple suffit généralement).

¹³ Référence : guide participation communautaire D5.

¹⁴ A ce titre par exemple un RECO qui interviendrait dans l'AS sans l'accord de la CAC ou dont la prestation ne serait pas jugée satisfaisante par la communauté, doit pouvoir être empêché d'exercer.

6. ACTIVITES A BASE COMMUNAUTAIRES ET SOINS PROMOTIONNELS

6.1. Relais Communautaires

	Féminin	Masculin
RECOs existants		
RECOs opérationnels		

6.2. Supervision des RECOs

	Nombre
Visite de supervision des RECO par l'IT	
Visites à domicile réalisées par les RECO	

5.2. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

5.2.1. PRINCIPES DE BASE

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC) est un « processus interactif avec les communautés pour l'élaboration de messages et approches adaptés, en utilisant des canaux de communication variés en vue de créer des comportements positifs, promouvoir et maintenir un changement de comportement au niveau individuel, communautaire et de la société ; ainsi que le maintien des comportements appropriés. »¹⁵

Le MSP a défini un certain nombre de standards pour encadrer les activités de CCC. Il convient donc de rapporter sur le nombre de causeries réalisées et sur le nombre de participants.

5.2.1. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS MENSUEL

Il est de la responsabilité du titulaire du CS de responsabilité de l'AS de mettre en place les outils de gestion appropriés pour le suivi des activités de CCC (un cahier simple généralement suffit).

4.4. Communication pour Changement de Comportement

	Nombre
Séances prévues	
Séances réalisées	
Participants hommes	
Participants femmes	

¹⁵ Séminaire Suivi et Évaluation des Programmes de Santé au Niveau du District : applications pratiques : séminaire du 14 juin au 2 juillet 2010 - MEASURE évaluation / CESAG

5.3. PRISE EN CHARGE AUX SITES DE SOINS COMMUNAUTAIRES

Ne doivent utiliser cette annexe que les structures de soins qui supervisent effectivement la réalisation d'activités de prise en charge des malades aux sites communautaires.

Conformément à la logique PCIME, quatre maladies sont principalement ciblées par les soins à base communautaire : le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires et la malnutrition.

Le RECO formé en prise en charge communautaire joue un rôle de conseil et de triage des patients au niveau de la communauté, orientant ces derniers lorsque c'est nécessaire, vers le Centre de santé. Différents guides de prise en charge sont disponibles ; se référer à ces derniers pour tous les détails concernant la prise en charge des malades à ce niveau. Il est cependant à supposer (i) que les différentes RECO directement impliquées dans la prise en charge au niveau communautaire ont été préalablement formées à cette prise en charge et (ii) qu'ils sont encadrés de façon continue par l'infirmier titulaire du CS de responsabilité de l'AS et (iii) qu'ils ont reçu de la CAC l'autorisation d'exercer dans l'AS.

5.3.1. PRINCIPES DE BASE DE L'ENREGISTREMENT DES ACTIVITES DE SOINS COMMUNAUTAIRE

5.3.1.1. Problèmes de santé à enregistrer

Paludisme

D'après la stratégie PCIME, on considère que les RECO préalablement formé sont aptes à porter le diagnostic de paludisme simple à partir du constat de fièvre, et après confirmation par TDR ; les différents éléments de la phase diagnostic et de la phase de prise en charge sont inclus dans le rapportage de l'activité (fièvre dans une zone à risque, TDR réalisés, dont TDR +).

Infections respiratoires

On considère que les RECO préalablement formé sont aptes à prendre en charge les infections respiratoires sans signes de gravité, et parmi elles les cas « pneumonies IRA simples ». Alors que le PNMR recommande des « remèdes inoffensifs » tel que le miel pour les toux simples, la pneumonie simple doit être mise sous antibiotiques. Quant à la pneumonie grave, elle doit être référée immédiatement au CS.

Diarrhées

La diarrhée simple ainsi que la diarrhée avec signes évidents de déshydratation peuvent être traitée localement par un RECO formé ; pour cela, il utilisera les traitements de SRO et Zinc mis à sa disposition, en suivant le protocole national correspondant à son niveau de soins. Par contre, toute diarrhée avec déshydratation sévère doit immédiatement être référée au CS.

Dépistage de la malnutrition aiguë

Muni de son centimètre à Périmètre Brachial (MUAC¹⁶) le RECO dépiste aussi les malnutritions aiguës dans la communauté ; si il en dépiste, il les réfère au CS.

5.3.2. TRANSCRIPTION DES INFORMATIONS DANS LE CANEVAS DU RMA

Il revient au programme ou projet qui appuie la mise en place de soins à base communautaire de concevoir et mettre à la disposition des RECO les outils de reportages primaires permettant l'enregistrement des cas dans le canevas ; se référer aux guides et manuel en vigueur.

L'infirmier titulaire de CS de responsabilité de l'AS se doit de réunir les RECO sous son autorité technique au minimum une fois par mois ; à cette occasion il récupère les informations par rapport à l'activité de prise en charge des malades au niveau communautaire, les cumule et les transcrit dans le canevas.

¹⁶ Medium Upper Arm Circumference

10.1 Fonctionnement

		Nombre
SSC fonctionnels		
SSC ayant rapporté		
SSC ayant rapporté dans le délai		

10.2 Prise en charge au Site de Soins Communautaire

	< 5 ans	5 ans +
Nouveaux cas reçus au site		
Anciens cas reçus au site		
Référés vers CS		
Contre-référés du CS		
Cas de fièvre dans zone à risque Palu		
TDRs réalisés		
Dont positifs		
Dont traités selon la PN		
Pneumonie		
Dont traités selon la PN		
Toux ou Rhume		
Diarrhée		
Dont traités selon la PN		
Malnutrition		
Dont PB sur la bande rouge		
Signe de danger & cas à orienter		

6. RAPPORTAGE DES ACTIVITES DE GESTION

6.1. GESTION COMMUNAUTAIRE DU CENTRE DE SANTE ET SUPERVISIONS REÇUES

« Le Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA) est une structure communautaire, multidisciplinaire et multisectorielle représentative de tous les villages / cellules de l'AS, de tous les groupes sociaux les plus importants, les réseaux locaux les plus importants et les leaders d'opinion, partenaires des services de base et des intervenants. Elle est donc la structure par excellence de l'implication de la communauté dans le développement de l'AS ».

« Les objectifs du CODESA sont de (i) développer le partenariat entre les communautés et les services sociaux, (ii) implanter le PMA communautaire dans l'AS ; (iii) augmenter l'accessibilité et l'utilisation des services de santé par la population ; (iv) garantir une meilleure utilisation des ressources affectées dans l'AS ; (v) Mettre en place les mécanismes de gestion dans l'AS ». ¹⁷

Le CODESA est au cœur de la gestion de l'AS et donc des structures de soins qui la composent (CS et PS). Il participe à la planification, à la gestion et au suivi des activités de soins curatifs, préventifs et promotionnels dans l'AS. Avec les Cellules d'Animation Communautaire en place, le CODESA organise les activités de promotion de la santé et les prestations de soins communautaires.

Dans le cadre de ses responsabilités il est prévu au minimum une réunion mensuelle de bilan/ analyse de l'activité de soins dans l'AS entre l'infirmier titulaire du CS de responsabilité et le CODESA

Cas particulier des Postes de santé

Il n'existe qu'un seul CODESA par AS et un seul CS de responsabilité ; comme pour les RECO, les PS exercent donc leurs activités sous la double tutelle du CODESA et de l'infirmier titulaire du CS de responsabilité. **Il n'est donc pas demandé aux PS de rapporter dans leur canevas par rapport aux activités de gestion communautaire.**

Même si les PS doivent produire désormais leur propre RMA et le transmettre à l'ECS, ils doivent aussi rapporter leur activité au CS de responsabilité (et par là même au CODESA). Il est donc souhaitable lorsque c'est possible (lorsque le PS n'est pas trop éloigné) que les agents de santé placés dans les PS participent à la réunion mensuelle du CODESA au CS de Responsabilité.

6.1.1. PRINCIPES DE BASE DU RAPPORTAGE SUR LA GESTION COMMUNAUTAIRE

6.1.1.1. Rapportage

Le rapportage des activités de gestion communautaire est extrêmement simple ; il suffit pour l'IT de notifier :

- ❖ Le nombre de réunions auxquelles le CODESA a participé ;
- ❖ Le nombre total d'activités communautaires réalisées ;
- ❖ Le nombre de décisions prises par le CODESA (pour le mois suivant) et le nombre de décisions exécutées (pour le mois auquel se rapporte le rapport) ;
- ❖ Le nombre de visites reçues de la hiérarchie par catégories : supervisions intégrées ; supervisions spécifiques et autres visites reçues.
- ❖ Le nombre de réunions réalisées par les diverses CAC de l'AS.

Archivage

Afin de démontrer la véracité des notifications mentionnées dans le RMA par rapport à l'activité de gestion du CS, il est nécessaire d'archiver toutes les pièces pouvant prouver la réalité des activités notifiées. Ainsi, le CODESA aidé de l'infirmier titulaire devra mettre en place et tenir à jour divers outils de rapportage ; dont :

¹⁷ Référence document produit par la D5

- ❖ **Un cahier de supervision** que tout visiteur venant de la hiérarchie ou des programmes/ partenaires devra remplir et signer en précisant l'objet de sa visite et ses avis ou suggestions (éléments de rétro-information).
- ❖ **Les comptes rendus de réunions du CODESA** pour lesquelles non seulement un émargement est demandé aux participants, mais également où un compte-rendu sommaire est rédigé ; dans ce compte rendu, on y notera les décisions prises pour le mois suivant ainsi que le degré de réalisation des activités du mois précédent.

6.1.2. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS MENSUEL

La transcription peut être directe dans le canevas mensuel à partir des outils de gestion cités ci-dessus.

7. GESTION COMMUNAUTAIRE DU CS ET SUPERVISION RECUES

7.1. Participation communautaire

	CODESA	CAC
Réunions réalisées		
Réunions réalisées avec comptes rendus		
Activités communautaires réalisées		
Décisions prises le mois antérieur		
Décisions du mois antérieur exécutées		
Décisions prises au cours du mois		

7.2. Supervision par ECZS

	Nombre
Visite de supervision de l'ECZS reçue	
Visite de supervision de l'ECZS reçue avec rétro-information écrite reçue	

6.2. GESTION DU PERSONNEL

6.2.1. PRINCIPES A LA BASE DU RAPPORTAGE MENSUEL

La gestion du personnel bien que fondamentale au bon fonctionnement du CS, n'induit qu'un rapportage limité dans le canevas mensuel (les autres informations sur les ressources humaines seront collectées via le rapport annuel du CS). On ne s'intéresse donc qu'aux informations relatives à la disponibilité du personnel.

6.2.2. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS MENSUEL

Il revient à l'infirmier titulaire et au CODESA d'organiser le système de rapportage de l'information par rapport à la disponibilité du personnel (nous préconisons un cahier de présence)

6.7. Gestion du personnel

	Agents	Jours de travail prévus	Jours de travail prestés	Jours d'absences justifiées
Infirmier L2				
Infirmier A1				
Infirmier A2				
Accoucheur(se)/Sage-femmes				
Nutritionnistes A2 /A1/ L2				
Techniciens de laboratoire A2 A1 L2				
Médecin généraliste				
Autre personnel				

6.3. GESTION DES EQUIPEMENTS

6.3.1. PRINCIPES A LA BASE DU RAPPORTAGE MENSUEL

La gestion des équipements bien qu'essentielle au bon fonctionnement du CS, n'induit qu'un rapportage limité dans le RMA (les autres informations sur les ressources matérielles seront collectées via le rapport annuel). on ne s'intéresse donc qu'à trois informations : le nombre de jours de non fonctionnalité du frigo, le nombre de jours de non fonctionnalité du système d'approvisionnement d'électricité (réseau SNEL) et le nombre de jours de non fonctionnalité du système solaire donnant accès à la lumière dans le CS (si bien sûr ces éléments sont présents).

6.3.2. TRANSCRIPTION DANS LE CANEVAS MENSUEL

Il revient à l'infirmier titulaire et au CODESA d'organiser le système de rapportage de l'information par rapport à la fonctionnalité des équipements.

6.3 Matériel et Equipement : Jrs de non Fonctionnalité (Partie 1)

	Valeur
Electricité	
Frigo	
Microscope	
Glucomètre	
Spectrophotomètre	
Centrifugeuse	

NB : en cas de non disponibilité de l'équipement, ne rien marquer dans la case correspondante.

6.4. GESTION DES MEDICAMENTS : SUIVI DE LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS TRACEURS

Les modalités de rapportage de la gestion du médicament ont été définies par le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments. Se reporter au guides disponibles à son niveau pour toutes précisions par rapport à la gestion du stock des médicaments et autres intrants

Le rapportage dans le canevas précisera pour chacune des molécules en stock les variables suivantes :

- ❖ Stock disponible (en unités)
- ❖ Quantité perdue (en unités)
- ❖ Quantité utilisée (en unités)
- ❖ Jours de rupture de stock (dans le mois)

6.5. GESTION FINANCIERE

Il est impératif que les CS mais aussi les PS rapportent par rapport à leur gestion financière, et ce quel que soit leur statut (privés ou public). En effet les structures de soins publiques sont sous l'autorité directe de l'ECZ ; quant aux structures de soins privées (généralement de natures confessionnelles ou associatives) il faut considérer qu'elles ont reçu une mission de service de l'Etat, et qu'à ce titre elle ont à rendre lui des comptes, y compris par rapport au volet financier¹⁸.

Naturellement au moins au niveau des CS de responsabilité, la gestion financière est opérée sous forme de cogestion entre le CODESA et le titulaire du centre de santé ; quant aux autres structures de type Poste de santé, des arrangements contractuels locaux sont à prévoir de telle manière que la communauté puisse avoir un droit de regard sur la gestion financière de la structure.

6.5.1. PRINCIPES DE BASE DE L'ENREGISTREMENT DES DONNEES FINANCIERE DANS LE RMA

6.5.1.1. Type du rapportage : une comptabilité de trésorerie

Constatant que jusqu'à présent les infirmiers titulaires ont des difficultés à remplir le volet financier, différentes simplifications ont été introduites dans le canevas. Désormais la comptabilité demandée est seulement une comptabilité de trésorerie. **Ne doivent désormais être rapportés que les mouvements financiers (entrées & sorties) se traduisant par un flux financier dans le compte en banque du CS ou sur la caisse du CS¹⁹.**

6.5.1.2. Simplification de la rubrique recette

La rubrique recette a été considérablement simplifiée en ne gardant que quatre rubriques : (i) recettes paiement direct, (ii) recettes tiers payant (FBR, autres) (iii) autres subsides ; (iv) autres recettes.

- ❖ Dans la partie **RECETTES PAIEMENT DIRECT**, on note le montant total des recettes du recouvrement des coûts : recettes issues de la vente de médicaments, de la prestation de laboratoire ou de la vente de consommables ; recettes issues des tickets de consultations, accouchements, petite chirurgie, recettes issues de la vente de carnets de soins, etc.)²⁰.
- ❖ Dans la partie **RECETTE TIERS PAYANT**, on note toutes subventions faites sur le compte de la formation sanitaire (contribution du FBR, des mutuelle, d'un autre type de tiers payant).
- ❖ Dans la partie **AUTRES SUBSIDES** on note les éventuelles autres subventions en argent par exemple les dons qui pourrait être reçus au cours du mois.
- ❖ Dans la dernière rubrique **AUTRES RECETTES/ AUTRES ENTREES** on note toutes les entrées financières qui pour un raison ou une autre ne pourrait pas être rangées dans l'une des catégories précédentes (mentionner par exemple les remboursements de prêts qui auraient pu être consentis précédemment et que le bénéficiaire du prêt a pu rembourser au cours du mois) .

NB : pour des raisons de commodité d'enregistrement la rubrique « **SOLDE DU DEBUT DE MOIS** » a été ajouté à la liste des recettes (la DSNIS est cependant bien conscients que ceci n'est pas une recette).

6.5.1.3. Simplification de la rubrique dépense

La partie dépenses a été simplifiée en regroupant plusieurs catégories. On trouve désormais :

¹⁸ Il est à considérer qu'une relation contractuelle s'établit entre le CS privé et l'Etat, représenté localement par l'ECZ et qu'à ce titre cette structure peuvent recevoir des appuis (financiers, par exemple via le FBR, ou en nature ex. ACT, MIILD, etc.) ou des équipements (réfrigérateurs PEV , etc.). Les CS privés contractualisés en échange ont un certain nombre d'obligations, dont naturellement de rapporter sur leur activité à l'ECZ. Le rapportage doit se faire sur les activités de soins mais également sur les activités de gestion.

¹⁹ On ne comptabilise par contre pas les subventions indirectes de l'Etat (ex. salaires du personnel non rémunéré localement) ou de ses partenaires (ex. personnel additionnel payé par un partenaire local, investissements externes, appuis en nature, etc.)

²⁰ A ce niveau il faut cependant remarquer que des informations détaillées doivent bel et bien figurer dans le registre des recettes ; simplement on ne demande pas de donner le détail des recettes par rubriques dans le canevas ; il arrive par ailleurs que la structure opère dans un système de forfait de soins et dans ce cas-là, les informations en question ne sont de toute façon pas disponibles.

- ❖ **PRIMES LOCALES** : Attention, parce qu'il s'agit d'une comptabilité de trésorerie, il faut uniquement comptabiliser les primes ou salaires payés localement (ex. aide soignants, matrones, plantons, personnel de soins recrutés grâce au FBR, etc.).
- ❖ **TRANSPORT PERSONNEL** : il faut noter ici les dépenses qui auraient pu être faite pour le déplacement du personnel par exemple ce qui est payé pour le carburant de la moto du titulaire mais également les éventuelles allocations de subsistance lorsqu'un membre du personnel doit passer un nuit en dehors de chez lui.
- ❖ **MEDICAMENTS et CONSOMMABLES**: le montant cumulé de tous les achats de médicaments ou consommables médicaux.
- ❖ **ACHAT FOURNITURES DIVERSES** : les dépenses de fournitures de bureau, de carburant, etc.
- ❖ **PAIEMENTS NON STOCKABLES** : le paiement des factures d'eau, d'électricité, les couts de maintenance ou d'entretien.
- ❖ **CHARGES SOCIALES, IMPOTS** : toute taxes ou cotisation qui pourrait être payée ; ex. dans le cas d'une contribution à une mutuelle locale, la contribution de la structure de soins pour l'adhésion du personnel.
- ❖ **INVESTISSEMENTS** : tout bien durable qui pourrait être acheté par le CS (tensiomètre, vélo, etc.)
- ❖ **FRAIS BANCAIRES**
- ❖ **AUTRES DEPENSES/ SORTIES** toutes les dépenses qui pour une raison ou une autre ne pourrait pas être rangées dans les neuf catégories précédentes. Y noter également les prêts individuels.

6.5.1.4. Soldes de début et de fin de mois

Grace à l'enregistrement proposé, il est possible de connaître le total des entrées et le total des sorties du mois. **A partir de là on peut calculer le solde théorique à de la structure de soins à la fin du mois.** Ce solde théorique doit être naturellement égal au solde réel qui lui-même est formé de la somme du montant en banque et du montant dans la caisse.²¹

On postule que les CS et les PS ont à la fois un compte en banque et une caisse (et ce même si dans la réalité ce n'est pas toujours le cas). Ainsi pour connaître le « solde » à une date donnée on doit sommer à cette même date le solde en banque et les montants en caisse.

A la fin du mois le solde théorique de fin de mois est égal au solde de début de mois plus les entrées moins les sorties. **Ce solde théorique doit impérativement être comparé au solde réel avant « approbation des comptes de trésorerie » par le CODESA.** C'est ce solde qui sera reporté le mois suivant sur la première ligne de la rubrique recette.

6.5.1.5. Valeurs de la pharmacie

La dernière nouveauté proposée consiste à calculer la **valeur des stocks de médicaments (non subventionnés)** et (ii) **les valeurs des médicaments subventionnés** (ces médicaments qui sont fournis gratuitement au CS et qui doivent être donnée gratuitement aux patients qui en ont besoin).

Pour le reste se référer aux directives du PNAM pour remplir les autres variables du tableau traitant de la valeur de la pharmacie.

6.5.2. MANIPULATION DES OUTILS DE GESTION FINANCIERE DU CENTRE DE SANTE

L'objet du présent rapport n'est pas de décrire en détail l'utilisation des outils de gestion financière ; se référer aux guides en vigueur pour plus de détails à ce niveau (notons que, même si les principes restent les mêmes, les systèmes peuvent parfois varier en fonction des habitudes de gestion).

En théorie cependant au minimum un CS possédant un compte en banque devrait être muni :

- ❖ D'un journal de caisse où chaque mouvement sur la caisse est noté, et dont le solde doit être vérifié au moins une fois par mois (décompte de caisse).
- ❖ D'un journal de banque où chaque mouvement sur la banque est noté et qui périodiquement doit être confronté au relevé bancaire reçu de la banque.
- ❖ D'un livre des dépenses où chaque dépense est attribuée à l'une des rubriques citées dans le RMA.

²¹ Ainsi dans le cadre d'une gestion financière saine, il est nécessaire chaque mois de faire de façon un « décompte de caisse » et un « rapprochement bancaire » dans le but de s'assurer que les chiffres théoriques sont bien égaux aux montants réels.

Enfin pour la valorisation du stock des médicaments, un système de fiches de stock (ou un RUMER) doit être mis en place. Avec ces outils utilisés correctement et à jour il est possible de remplir l'intégralité des rubriques du canevas financier.

6.5.3. MODELE DE RAPPORT FINANCIER

6.2 Valeur de la pharmacie

	Montant
Stock physique de médicaments	
Montant du compte pharmacie	
Montant des commandes en cours	
Montant à recouvrer	
Montant à payer au tiers	
Valeur du stock théorique	
Valeur médicaments non subventionnés	
Médicaments totalement subventionnés	

6.4. Recettes (en FC)

	Montant
Solde début de mois	
Recettes paiement direct	
Recettes tiers payant (FBR, autres)	
Autres subsides	
Autres recettes	

6.5. Dépenses (en FC)

	Montant
Prime locale	
Transport personnel	
Médicaments & consommables	
Achat fournitures diverses	
Paiements non stockables	
Charge sociale, impôts	
Investissements	
Frais bancaires	
Autres dépenses	

7. ANNEXE : DEFINITIONS DE CAS DES MALADIES DEVANT ETRE ENREGISTREES DANS LE CANEVAS DU RAPPORT MENSUEL DE CS

NB : les différentes définitions de maladies ont été tirées des guides mis à disposition par les programmes ou/ou la Direction de la lutte contre la Maladie

7.1. MALADIES TUEUSES DE L'ENFANT

Trois types de maladies exigent l'enregistrement de paramètres complémentaires destinés à permettre d'évaluer l'efficacité de l'intervention : le **paludisme**, les **diarrhées** et les **pneumonies**.

7.1.1. PALUDISME

En cas de diagnostic de paludisme il est nécessaire de noter si les TDR ont confirmé le paludisme et si le cas peut être classifié comme paludisme grave ; enfin si le paludisme est suspecté ou confirmé.

Paludisme simple confirmé : fièvre depuis 48 heures ou histoire de fièvre, avec un TDR réalisé et positif.

Paludisme simple présumé : fièvre depuis 48 h ou histoire de fièvre depuis 48 h. (si le TDR est négatif, le diagnostic de paludisme doit être rejeté ; cette définition ne s'applique donc que si les TDR ne sont pas disponibles).

Paludisme grave : Patient avec une forte fièvre accompagnée d'au moins un signe de gravité ; (i) difficulté de parler, de s'asseoir, de se tenir debout ou de marcher (fatigue extrême); (ii) Incapacité de téter, de boire ou de manger ; (iii) antécédents de convulsions ou convulsions observées. (iv) saignement au niveau des gencives, du nez ou de la peau ; (v) élimination d'urines en petite quantité et de couleur café ou coca-cola; (vi) troubles de comportement (agitation, logorrhée, confusion, mutisme, agressivité, euphorie, etc.) ; (vii) perte de conscience ou coma; (viii) jaunisse et/ou pâleur palmaire; (ix) respiration anormale ou inhabituelle; (x) extrémités froides; (xi) vomissements à répétition.

Paludisme chez une femme enceinte : diagnostic de paludisme chez une femme enceinte

Dans le cahier de consultations, quatre colonnes sont spécifiquement réservées aux prescriptions de TDR et à leurs résultats.

Par ailleurs, devant **pour tout cas de paludisme simple (confirmé ou non)**, on doit noter si le malade a pu être **traitée selon le protocole national** (avant dernière colonne dans le registre). Comme pour les autres maladies **il faut également noter si le malade a été référé, mis en observation ou si il est décédé**.

7.1.2. DIARRHEES

En cas de diagnostic de diarrhée, il est nécessaire de noter de quel type de diarrhée il s'agit.

La diarrhée est définie comme l'émission de trois selles ou plus par jour qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant. Les définitions de cas suivantes, devront être utilisées

Enfants :

- ❖ **Diarrhée sans déshydratation** : émission de trois selles ou plus par jour, sans signe de déshydratation.
- ❖ **Diarrhée avec signes évidents de déshydratation**: émission de trois selles ou plus par jour et signes de déshydratation évidente : (i) enfant agité, (ii) enfant assoiffé, (iii) plis cutané s'effaçant lentement ou (iv) yeux enfoncés. A noter que pour gagner de l'espace dans le canevas le terme utilisé est « DIARRHEE DESHYDRATATION » ; on parle néanmoins bien de « DIARRHEE AVEC SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION » selon la définition du PNLMD c'est à dire sans signe de sévérité.
- ❖ **Diarrhée avec déshydratation sévère** : émission de trois selles ou plus par jour et signes de déshydratation sévère : (i) enfant léthargique ou inconscient, (ii) incapacité à boire, (iii) plis cutané s'effaçant très lentement ou (iv) yeux très enfoncés.

Adultes :

- ❖ **Diarrhée sans déshydratation:** émission de trois selles ou plus par jour, sans signe de déshydratation.
- ❖ **Diarrhée avec signes évident de déshydratation :** trois selles ou plus et signes de déshydratation évidente : (i) personne très affaiblie, (ii) sécheresse buccale (iii) soif intense (iv) plis cutané s'effaçant lentement.
- ❖ **Diarrhée avec déshydratation sévère :** émission de trois selles ou plus par jour et signes de déshydratation sévère : (i) obnubilation ou inconscience (ii) incapacité à boire, (iii) plis cutané s'effaçant très lentement ou (iv) yeux très enfoncés.

NB : une déshydratation sévère chez un adulte doit faire évoquer la possibilité d'un choléra.

Par ailleurs pour tout cas de diarrhée, on doit aussi noter si le malade a pu être **traité selon le protocole national** (colonne spécifique). Il faut également noter si le malade a été **référé** et si bien sûr il est **décédé**.

Protocole national de traitement de la diarrhée

- ❖ **Diarrhée simple (sans déshydratation):** ORS + Zinc et retour à domicile.
- ❖ **Diarrhée simple ou diarrhée avec signes de déshydratation évidente :** ORS + Zinc + Observation.
- ❖ **Diarrhée avec déshydratations sévère :** réhydratation IV avec soluté type Ringer Lactate : référence si possible ou alternativement mise en observation et soins au niveau du CS. Si diarrhée avec une autre complication ou impossibilité de trouver une voie veineuse alors référence immédiate.

7.1.3. PNEUMONIE

Au niveau du CS, par usage l'infection respiratoire aiguë des voies basses est appelée « pneumonie » ; il est nécessaire de notifier sa gravité.

Pneumonie grave enfants :

Nourrisson de 0 à 2 mois : Respiration accélérée (≥ 60 mouvements/mn) ou tirage sous-costal grave.

Enfant de 2 à 11 mois : Toux associée à l'un des signes suivants : signe général de danger, tirage sous-costal grave, stridor, ou respiration accélérée (≥ 50 mouvements/mn).

Enfant de 12 à 59 mois : Toux associée à l'un des signes suivants : signe général de danger, tirage sous-costal grave, stridor, ou respiration accélérée (≥ 40 mouvements/mn).

Pneumonie simple enfants :

Nourrisson de 0 à 2 mois : Respiration rapide (< 60 mouvements / mn), pas de tirage sous-costal ou tirage sous-costal modéré.

Enfant de 2 à 11 mois : Toux associée à une respiration rapide (< 50 mouvements/mn).

Enfant de 12 à 59 mois : Toux associée à une respiration rapide (< 40 mouvements/mn).

Toux simple ou rhume enfants (ne pas enregistrer dans le RMA (ne pas enregistrer dans le canevas):

Toux de courte durée ; aucun signe de gravité ; respiration normale.

Pour tout cas de pneumonie, on doit noter si le malade a pu être traité selon le protocole national (colonne spécifique). Il faut également mentionner dans le registre si celui-ci a été référé et si éventuellement le malade est décédé.

Protocole national de traitement IRA

Pneumonie simple : antibiothérapie orale + traitement symptomatique.

Pneumonie grave : antibiothérapie orale ou injectable adaptée au contexte et référence urgente à l'hôpital.

7.2. MALADIES A DECLARATION MENSUELLE

Ces maladies doivent être bien sûr enregistrées dans le registre mais aussi transcrites dans le canevas.

Filaire lymphatique : Personne avec des signes cliniques d'hydrocèle ou de lymphoedème, et résidant dans une zone d'endémie, après exclusion de toute autre cause.

Dracunculose : Personne avec une ou plusieurs lésions cutanées avec émergence d'un ou plusieurs vers de Guinée.

Onchocercose : Personne avec des nodules fibreux dans les tissus sous-cutanés résidant dans une zone d'endémie.

Schistosomiase ou bilharziose urinaire : cas suspect: hématurie dans une zone d'endémie ; cas confirmé : présence de schistosomes à l'examen direct des urines.

Schistosomiase ou bilharziose abdominale : cas confirmé : Présence de schistosomes à l'examen direct des selles ou après méthodes de concentration.

Trypanosomiase Humaine Africaine, stade précoce : cas suspect : apparition d'un chancre douloureux débutant par une papule qui évolue ensuite en nodule au site de piqûre par la mouche dans une zone d'endémie (la personne peut souffrir de fièvre, de céphalées intenses, d'insomnie, d'une lymphadénopathie indolore, d'anémie, d'un œdème local et d'une éruption). Cas confirmé CAT test positif.

Trypanosomiase Humaine Africaine, stade tardif : cas suspect : personne souffrant de cachexie, somnolence et signes d'atteinte du système nerveux central dans une zone d'endémie ; cas confirmé : CAT test positif.

Géohelminthiase : (cas confirmé) : Personne avec une symptomatologie abdominale non spécifique avec découverte par examen microscopique des selles de la présence de vers rond ou plats.

Ulcère de Buruli : Personne présentant un nodule cutané, une plaque ou un ulcère indolore, résidant ou s'étant rendue dans une région d'endémie.

Diphthérie : cas suspect: Personne présentant une angine à fausse membrane avec ou sans asphyxie.

Hépatite virale aiguë : cas suspect: Personne présentant une maladie aiguë avec un ictère aigu, des urines foncées, une anorexie, un état de malaise, une fatigue extrême et une sensibilité du quadrant abdominal supérieur droit (souvent asymptomatique chez l'enfant).

Dysenterie amibienne : personne présentant un diarrhée avec glaires ou trace de sang avec mise en évidence d'amibes hématophages dans les selles.

7.3. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Ces maladies doivent être enregistrées dans le registre mais aussi transcrites dans le canevas. Il faut donner le détail de la tranche d'âges

IST - ulcère génital :

Femme présentant un ulcère des lèvres, du vagin ou du rectum, avec ou sans adénopathie inguinale.

Homme présentant un ulcère de la verge, du scrotum ou du rectum, avec ou sans adénopathie inguinale.

IST - écoulement vaginal :

Écoulement anormal (quantité, couleur et odeur) avec ou sans douleur du bas-ventre, avec ou sans symptômes spécifiques, avec ou sans facteurs des risques spécifiques.

IST - écoulement urétral :

Homme présentant un écoulement urétral avec ou sans dysurie.

NB : les indications ci-dessus permettent de définir si chez une femme ou un homme on peut porter le diagnostic d'IST. **Néanmoins dans le canevas, on ne demande pas de précision sur le type d'IST ; il suffit simplement de noter s'il s'agit d'un homme ou d'une femme et qu'elle approche a été utilisées (approche syndromique ou étiologique)** (d'autres détails sont à noter comme la tranche d'Age ou l'identification d'une personne contact) se référer aux guides du PNLIS pour plus de détails.

7.4. AUTRE DEFINITION DE CAS

Ces maladies doivent être enregistrées dans le registre mais aussi transcrites dans le canevas.

Hypertension Artérielle : Personne avec une tension artérielle au repos ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique, ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique (3 mesures positives au repos et à 10 mn d'intervalle sont nécessaire pour confirmer le diagnostic).

Diabète clinique : cas suspect : Personne avec l'un des symptômes suivants : soif intense (polydipsie) ; faim constante (polyphagie) ; miction fréquente (polyurie) (pour être enregistré en tant que tel, le diabète doit être confirmé biologiquement !).

Konzo : (cas suspect) : paralysie spastique soudaine dans une zone d'endémie.

Décès maternel : Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Pour les autres maladies se référer aux définition des ordinogrammes nationaux en cours de mise à jour .

8. ANNEXE 2 MODELES DE REGISTRES ET AUTRES OUTILS DE GESTION

8.6. MODELE DE REGISTRE D'ACCOUPEMENTS

REGISTRE D'ACCOUPEMENT

MOIS : ANNEE :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	48													
Date d'admission	Date d'accouchement	N° mensuel	N° Dossier	Référé par CS	Prénom & Nom	Age (ans)	< 20 ans	Adresse	Grossesse à terme	Statut sérologique VIH connu à l'arrivée	DCIP (si statut non connu)		Type d'accouchement	Complications	Naissances vivantes	Mort-nés	Problème constaté chez le NN	Soins / Interventions chez le NN				Date de sortie	Observations											
											Test VIH réalisé en Salle d'Accouchement	Code PTME						Resultat Test VIH accepté	Post test	Accouchement (Eut/Dyst)	Accouchements par personnel qualifié			Accouchées âgées de < 20 ans	Accouchées référées MGR	Hémorragie anté partum	Eclampsie pré éclampsie	Hémorragie post partum	Déchirure périnéale/obscure	Naissances vivantes	A terme < 2,5kg	Prematuré	Frais	Mort-nés
Cumul Feuilles Précédentes (1)																																		
Total Feuille (2)																																		
A reporter(3=1+2)																																		

8.7. MODELE DE REGISTRE DE CONSULTATION POSTNATALE

REGISTRE DE CONSULTATION POST NATALE (CPoN)

MOIS : ANNEE :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39			
Date	N° mensuel	N° Dossier	Nom, Post nom, Prénom	Age (ans)	Adresse	Date d'accouchement	MERE													BEBE										Observations											
							Lieu accouchement			N° Visite CPoN			complications en post partum	Fistules visico vaginales nouveaux cas	Statut sérologique VIH connu	DCIP (si statut VIH non connu)				Problèmes maternels identifiés	Soins / Traitement	Fer-Folate	VIA	MILD	ARV	CTX	Méthode PF utilisée (à préciser)	Autres soins (à préciser)	Complications à la naissance (à préciser)		Alimentation du bébé				Problème constaté	Soins / Traitement	Enregistrement à l'état civil	Oui ou Non			
							FOSA	Domicile	Autre	CPoN 1 (6è heure)	CPoN 2 (6è jour)	CPoN3 (6è semaine)				Prétest	Code	Test VIH	Résumé-test												Post test	AME	AM	ASE					PCF (à 6 semaines)	ARV	CTX
Total Feuille (2)																																									
Report (2+1)																																									

8.2.

MODELE DE FICHE DE POINTAGE DES MALADIES A ENREGISTRER AU CS

FICHE DE DEPOUILLEMENT MALADIES - CENTRE DE SANTE									
	<5 ans		≥ 5 ans		Femme enceinte		< 5 ans	≥ 5 ans	
Paludisme simple confirmé						Diarrhée simple (sans déshydratation)			
Paludisme simple présumé						Diarrhée avec signes évidents de deshydratation			
Paludisme grave						Diarrhée deshydratation sévère			
	<5 ans		≥ 5 ans				< 5 ans	≥ 5 ans	
Pneumonie /IRA Simple						IST Femme			
Pneumonie / IRA sévère						IST homme			
	< 5 ans	≥ 5 ans					≥ 5 ans		
Filaire lymphatique			600	Syndrome appendiculaire	< 5 ans	≥ 5 ans	HTA		
Dracunculose			601	Occlusion intestinale			Diabète		
			602	Crise drépanocytaire					
Onchocercose			603	AVC					
Schistosomiase			604	Carie dentaire				< 5 ans	≥ 5 ans
THA			605	Traumatisme (AVP)			Goitre		
Géo-helminthiase			606	Traumatismes (autres)			Glaucome		
Ulcère de Buruli			607	Morsure de serpent			Xérophtalmie		
Diphthérie			608	Konzo			Cataracte		
Hépatite virale aiguë			609	Epilepsie / crise convulsive			Toxicomanie		
Dysenterie amibienne			609	Infection Urinaire			Trouble mental		
	<5 ans		≥ 5 ans				< 5 ans	≥ 5 ans	
Autres problèmes de santé						Maladies à déclaration hebdomadaire obligatoire			

8.3.

MODELE DE FICHE DE POINTAGE DES CARACTERISTIQUES DES MALADIES

FICHE DE DEPOUILLEMENT - CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES CENTRE DE SANTE			
1 - Infections Sexuellement Transmissibles			
Cas IST	Homme		
	0-14 ans	15-24 ans	25 ans et plus
Cas contact			
Traitement syndromique			
Traitement étiologique			
Cas IST	Femme		
	0-14 ans	15-24 ans	25 ans et plus
cas Contact			
Traitement syndromique			
Traitement étiologique			
2 - Prise en charge selon protocole (paludisme, diarrhées et pneumonies)			
	< 5 ans	≥ 5 ans	Femme enceinte
Paludisme simple confirmé			
Paludisme simple non confirmé			
Diarrhée traitée selon protocole			
Pneumonie traitée selon protocole			
3- Issues (nouveaux cas et ancien cas)			
	< 5 ans	≥ 5 ans	
Mis en Observation ("O")			
Référé ("R")			
Décédé ("D")			

8.1. MODELE DE FICHE DE POINTAGE A L'UNTA

FICHE DE DEPOUILLEMENT U.N.T.A.			
ZS		N° D'ORDRE SEANCE	
AS		JOUR/ MOIS / ANNEE	
SITE			
1 - Tableau des Nouvelles entrées à l'UNTA			
		FILLES	GARCON
NOUVELLES ADMISSION	NA PT< -3 DS ou PB < 115 mm		
	NA avec oedemes		
	NA Rechutes		
AUTRES ENTREES	Autre Entrée (Transféré de l'UNTI ou d'un UNTA réadmission après abandon)		
2 - Tableau des issues			
		TOTAL FILLE ET GARCONS	
DECISION	Poursuite traitement		
	Déchargé guéris		
	Déchargé non répondant		
	Référé UNTI		
	Transféré autre UNTA		
INFORMATION	Enfant décédé		
	Abandon		

8.2. MODELE DE FICHE DE POINTAGE A L'UNS

FICHE DE DEPOUILLEMENT U.N.S			
ZS		N° D'ORDRE SEANCE	
AS		JOUR/ MOIS / ANNEE	
SITE			
1 - Admissions			
		FILLES	GARCON
	Malnutris modérés venant de l'UNTA		
	Malnutris modérés dépistés localement		
2- Sorties			
		TOTAL FILLE ET GARCONS	
DECISION	Déchargés guéris		
	référés vers l'UNTA		
INFORMATION	Enfant décédé		
	Enfant perdu de vues / Abandon		
3- rations distribuées au cours de la séance moins ce 5 ans			
		NOMBRE	
	Enfants de moins de 5 ans		
4- rations distribuées au cours de la séance 5 ans et plus			
		ADMISSION	SUIVI
	femmes enceintes		
	femmes allaitantes		
	PVVIH		
	Tuberculeux		