



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail



DIRECTION DE L'INFORMATIQUE
ET DE L'INFORMATION SANITAIRE

MANUEL DE PROCEDURES DE GESTION DES DONNEES SANITAIRES

Version de Août 2018

Élaboré avec le soutien de



SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	3
AVANT PROPOS	5
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	6
II. OBJECTIFS	7
II.1. OBJECTIF GENERAL.....	7
II.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	7
III. PRINCIPALES DIRECTIVES DE GESTION DES DONNEES SANITAIRES.....	8
IV. LES ETAPE DE LA GESTION DES DONNEES.....	9
IV.1. LA COLLECTE DES DONNEES	9
IV.2. LE TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....	9
IV.3. LA TRANSMISSION DES DONNEES.....	9
IV.4. L'UTILISATION/DIFFUSION ET RETRO INFORMATION	9
IV.5. L'ARCHIVAGE/ SAUVEGARDE DES DONNEES	9
V. PRESENTATION DU CIRCUIT DE L'INFORMATION SANITAIRE.....	10
VI. PROCEDURES DE GESTION DES DONNEES	12
VI.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE.....	13
VI.2. NIVEAU ETABLISSEMENT SANITAIRE DE PRIMAIRE.....	14
VI.3. NIVEAU HOPITAUX DE REFERENCE (NIVEAU SECONDAIRE HG/CHR).....	17
VI.4. NIVEAU DU BUREAU DU DISTRICT SANITAIRE.....	20
VI.5. NIVEAU DU BUREAU DE LA REGION SANITAIRE.....	24
VI.6. NIVEAU CENTRAL	26
VII. ASSURANCE QUALITE.....	30
VII.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE	31
VII.2. NIVEAU ETABLISSEMENTS DE SOINS (ESPC, HG, CHR,...).....	32
VII.3. NIVEAU BUREAU DE DISTRICT/REGION SANITAIRE	34
VII.4. NIVEAU CENTRAL.....	36
VIII. SCHEMA DU CIRCUIT DE LA COLLECTE ET TRANSMISSION DES DONNEES... 39	
IX. LOGIGRAMME	40
X. PROCEDURES DE REPROGRAPHIE DES OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES 51	
X.1. NIVEAU CENTRAL.....	51
X.1.1. Reprographie.....	51
X.1.2. Distribution	52
X.1.3. Suivi de la gestion des outils de collecte de données.....	52
X.2. NIVEAU REGION.....	52
X.2.1. Reprographie.....	52
X.2.2. Distribution	53
X.2.3. Suivi de la gestion des outils de collecte de données.....	53
X.3. NIVEAU DISTRICT	53
X.3.1. Reprographie.....	53
X.3.2. Distribution	54
X.3.3. Suivi de la gestion des outils de collecte de données.....	54
X.4. NIVEAU ETABLISSEMENT DE SANTE	54
X.4.1. Reprographie.....	54
X.4.2. Suivi de la gestion des outils de collecte de données.....	55
CONCLUSION	56

ABBREVIATIONS

SIGLES ET ACRONYMES	
ASC	Agent de Santé Communautaire
BGE	Budget Général de l'Etat
CATSIS	Cellule d'Appui Technique au Système d'Information Sanitaire
CD	Compact Disc
CG	Causerie de Groupe
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CSE	Chargé de la Surveillance Epidémiologique
DDS	Direction Départementale de la Santé / Directeur Départemental de la Santé
DHIS 2	District Health Information Software 2
DIIS	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DQA	Data Quality Assessment
DR	Direction Regionale de la Santé / Directeur Régional de la Santé
DRS	Directeur Régional de la Santé
ECD	Equipe Cadre du District
ERS	Equipe Régionale de Santé
ESPC	Etablissement sanitaire de premier Contact
GD	Gestionnaire de Données
HG	Hôpital Général
ICA	Institut de Cardiologie d'Abidjan
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INHP	Institut National de l'Hygiène Publique
INSP	Institut National de Santé Publique

SIGLES ET ACRONYMES

MSHP	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène Publique
OBC	Organisation à Base Communautaire
OpenELIS	Open Electronic laboratory information system
PGP	Préparateur Gestionnaire en Pharmacie
PRISM	Performance of Routine Information System Management
PV	Procès Verbal
RASS	Rapport Annuel Sur la Santé
RC	Relais Communautaire
RDQA	Routine Data Quality Assessment
Responsable SE	Responsable Suivi Evaluation
SAS	Service Action Sanitaire
SFDE	Sage-femme Diplômée d'Etat
SIG	Système d'Information ede Gestion
SIGDEP 2	Système d'Information de Gestion du Dossier Electronique Patient 2
SISR	Système d'Information Sanitaire de Routine
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SUS	Surveillant d'Unité de Soins
VAD	Visite A Domicile

AVANT PROPOS

La Côte d'Ivoire s'est doté d'un système d'information de gestion (SIG) en 1995, afin de formaliser et standardiser le processus de collecte, traitement, analyse et diffusion de l'information sanitaires pour la prise de décision en vue de l'amélioration de la santé des populations.

Ce système qui, au départ, était embryonnaire s'est développé progressivement jusqu'à atteindre tous les niveaux de la pyramide sanitaire et toute l'étendue du territoire national. Le principal défi actuel du SIG est l'intégration de toutes les sources de données et l'amélioration des données qui y sont produites.

En 2013, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, avec l'appui des partenaires, a opté pour le choix de logiciels innovants dans le cadre du renforcement de son système national d'information sanitaires. Cette décision a vu l'entrée de logiciels web-based pour la gestion des données dans notre système d'information sanitaire de routine (SISR).

Aussi, après l'évaluation de la performance de notre SISR en 2012 par l'outil PRISM avec l'appui de MEASURE Evaluation, un plan de renforcement a permis de doter notre système d'une banque de données à partir du logiciel DHIS 2, avec l'acquisition d'un serveur central.

Tous ces changements et toutes ces innovations visant à améliorer la performance de notre SISR ont créé une nouvelle dynamique et de nouvelles approches dans la gestion des données.

Afin de garantir la qualité des données produites pour une meilleure prise de décisions, la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a décidé de mettre à jour le manuel national de procédures de gestion des données sanitaires.

Le présent Manuel de procédure de gestion des données sanitaires est un document de référence en matière de gestion des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et est destiné à tous les acteurs intervenant dans la chaîne de gestion des données, partant du communautaire au niveau central.

Je remercie tous les acteurs nationaux et tous les partenaires qui ont contribué à la production de ce manuel de procédures de gestion de données, qui donne des orientations majeures sur les différentes procédures de gestions des données sanitaires à tous les niveaux de notre pyramide sanitaire

J'exhorte donc tous les acteurs du SNIS à s'approprier ce manuel et à l'utiliser continuellement dans le cadre de leur activité de gestion de données sanitaires.

Œuvrons ensemble pour la production des données sanitaires de qualité, gage d'une bonne prise de décisions en vue de l'amélioration de la santé de nos populations.

**DIRECTEUR DE LA DIRECTION DE L'INFORMATIQUE ET DE
L'INFORMATION SANITAIRE**

Dr PONGATHIE Adama Sanogo

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les systèmes de soins assurent le risque santé de leur population par la coordination et l'ensemble de moyens (organisationnels, structurels, humains et financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé en vue d'améliorer la santé de la population. Pour mettre en place une politique de santé, il est nécessaire d'identifier les besoins de la population, d'en déduire les priorités en termes de santé et d'identifier les actions nécessaires pour atteindre les objectifs. Les systèmes de santé s'appuient sur les actions de restauration de la santé (soins à l'individu), de prévention (éviter ou réduire le nombre et la gravité de la maladie ou des accidents) de promotion de la santé et d'éducation à la santé.

En 1995, le système de santé ivoirien s'est doté d'un système d'information de gestion (SIG) permettant de collecter, de traiter, d'analyser et de produire des données en provenance des structures sanitaires du secteur privé et public du pays. A partir des données recueillies, différents rapports sont produits, permettant de faire la surveillance épidémiologique, le suivi de l'action sanitaire, le développement de la carte sanitaire et la planification sanitaire. Pour mener à bien toutes ces actions, la disponibilité des données de qualité est une urgence primaire. En 2008, l'évaluation du système d'information sanitaire menée par la Direction de l'Information, de la Planification et de l'évaluation (DIPE) avec l'appui technique de MEASURE/Evaluation a révélé un dysfonctionnement dans la gestion des données qui se caractérise par une faible qualité des données, une rupture dans la disponibilité des outils de collecte et une quasi inexistence de documents de procédure de gestion de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour adresser un certain nombre de problèmes identifiés lors de l'évaluation, une cellule d'Appui Technique au Système d'Information Sanitaire (CATSIS) a été mise en place au sein de la Sous-direction de l'information sanitaire de la DIPE du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). La CATSIS assiste les régions et les districts sanitaires dans la gestion de leur base de données locale.

Aussi, pour renforcer le cadre de gestion des données à travers tout le système de santé, un manuel de procédure de gestion des données a été élaboré ainsi que d'autres outils afin de permettre la production de données de qualité dans le système.

En 2012, MEASURE Evaluation a apporté son appui technique au MSHP pour l'évaluation de la performance du système d'information sanitaire de routine avec l'outil PRISM. Cette évaluation a abouti la principale recommandation de la mise en place d'une architecture pour la constitution d'une banque de données pour la qualité des données générées dans le SNIS.

Ainsi, en 2013, le Ministère de la santé a opté pour le choix de solutions électroniques innovantes pour une meilleure gestion des données dans le SNIS. Ainsi, le logiciel DHIS2, dédié à la gestion des rapports d'activités des établissements de santé, a été déployé à l'échelle nationale dans toutes les DRSL, tous les DDSLS, tous les hôpitaux de référence (CHR et HG).

Parallèlement au déploiement de DHIS 2, d'autres logiciels ont été également déployés dans le SNIS notamment SIGDEP 2 pour la gestion électronique du dossier patient VIH positif, eSIGL pour la gestion logistique et OpenELIS pour la gestion des données des laboratoires d'analyses biomédicales.

En 2017, avec l'appui du Fonds Mondial, une évaluation du plan 2014-2016 a été réalisée. Cette évaluation a révélé des faiblesses dont une absence de procédures pour la gestion et la reprographie des outils de collecte, une absence de descriptif de poste des acteurs du SNIS et une insuffisance dans les procédures de qualité des données produites.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (MSHP) a décidé de réviser le manuel national de procédure de gestion des données en y intégrant les aspects liés à l'assurance qualité des données et la gestion des outils de collecte de données.

Ce présent document élaboré en collaboration avec l'appui de MEASURE *Evaluation/JSI* fournit à chaque acteur du SIG des indications nécessaires pour la gestion des données produites y compris le contrôle de la qualité et la reprographie des outils de collecte.

II. OBJECTIFS

II.1. OBJECTIF GENERAL

Donner des directives sur la gestion des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en vue d'améliorer la qualité des données produites par le système d'information sanitaire de routine.

II.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Il s'agira de :

- ✓ Définir les rôles et responsabilités des acteurs du SNIS à chaque niveau de la pyramide sanitaire
- ✓ Définir les procédures de collecte de données
- ✓ Définir les procédures de vérification et contrôle de la qualité des données
- ✓ Définir les procédures et délai de transmission des données
- ✓ Déterminer les éléments de l'analyse, interprétation et de l'utilisation des données
- ✓ Définir les moyens de diffusion et de retro information
- ✓ Définir les procédures d'assurance qualité des données produites ;
- ✓ Définir les procédures de gestion quotidienne des bases de données disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- ✓ Définir les procédures de gestion des équipements informatiques dédiés aux SIG
- ✓ Définir les procédures de reprographie et distribution des outils de collecte.

III. PRINCIPALES DIRECTIVES DE GESTION DES DONNEES SANITAIRES

- ✓ Utiliser les outils standards de gestion des données (registres SIG, rapports SIG)
- ✓ Respecter la période nationale de rapportage qui correspond à « **un mois du calendrier** »: du **premier jour au dernier jour du mois** d'activité, à titre d'exemple ; du 1^{er} au 31 pour un mois de calendrier de 31 jours ou du 1^{er} au 28 pour un mois calendrier de 28 Jours.
- ✓ L'élaboration du rapport exige la participation de chaque prestataire
- ✓ La validation du rapport doit se faire par une équipe de validation de données de l'établissement
- ✓ La transmission du rapport final incombe au responsable de l'établissement
- ✓ Respecter les délais de transmission des rapports pour chaque niveau
- ✓ Vérifier systématiquement la cohérence des données à chaque niveau
- ✓ Faire systématiquement la retro information à chaque niveau
- ✓ La complétude minimale acceptable des rapports SIG pour l'utilisation des données à chaque niveau de la pyramide sanitaire est de 95%
- ✓ La promptitude minimale acceptable des rapports à chaque niveau de la pyramide sanitaire est de 85%
- ✓ Renseigner complètement et correctement tous les items des outils de collecte

IV. LES ETAPE DE LA GESTION DES DONNEES

IV.1. LA COLLECTE DES DONNEES

IV.2. LE TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

IV.3. LA TRANSMISSION DES DONNEES

IV.4. L'UTILISATION/DIFFUSION ET RETRO INFORMATION

IV.5. L'ARCHIVAGE/ SAUVEGARDE DES DONNEES

V. PRESENTATION DU CIRCUIT DE L'INFORMATION SANITAIRE

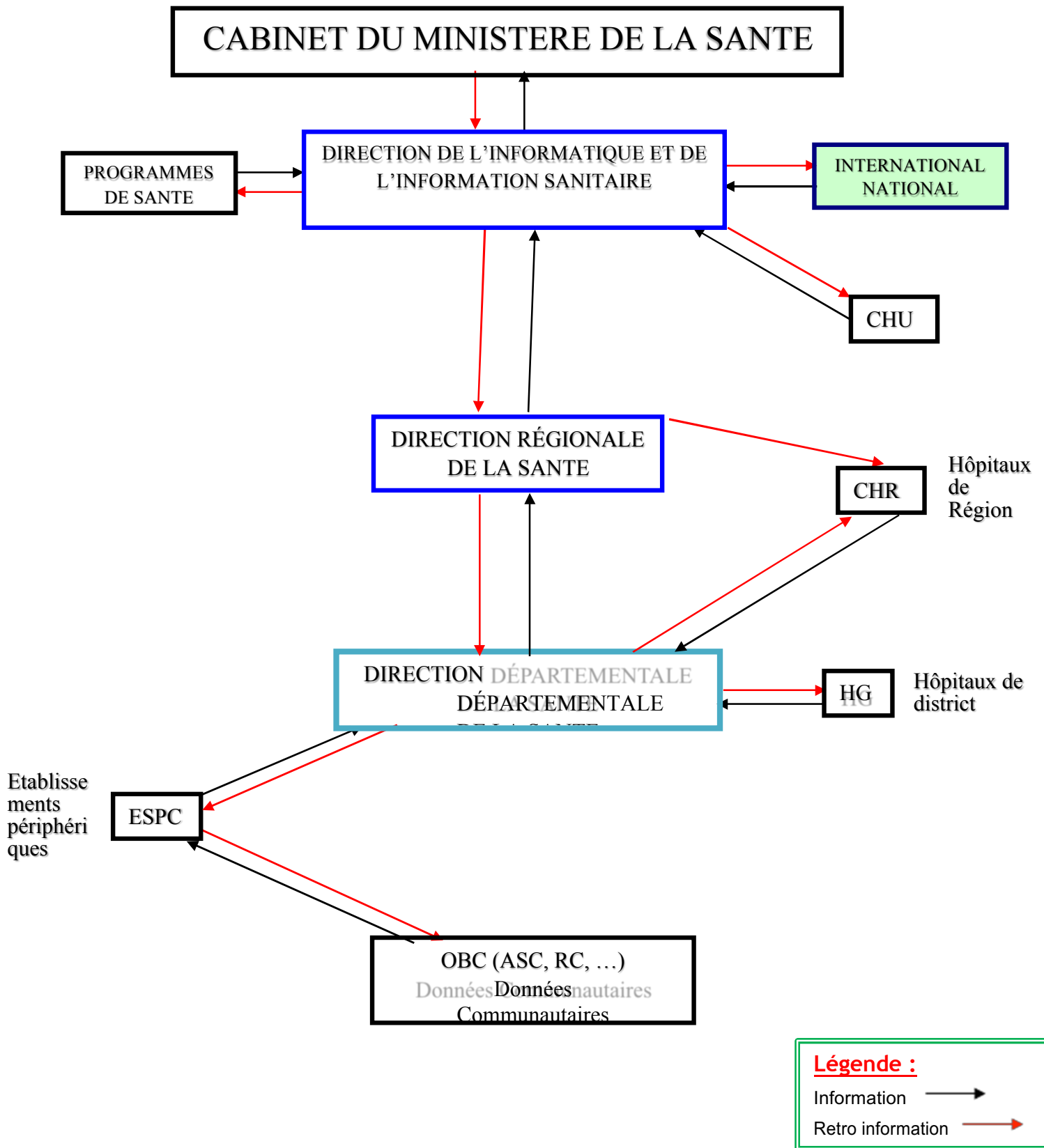
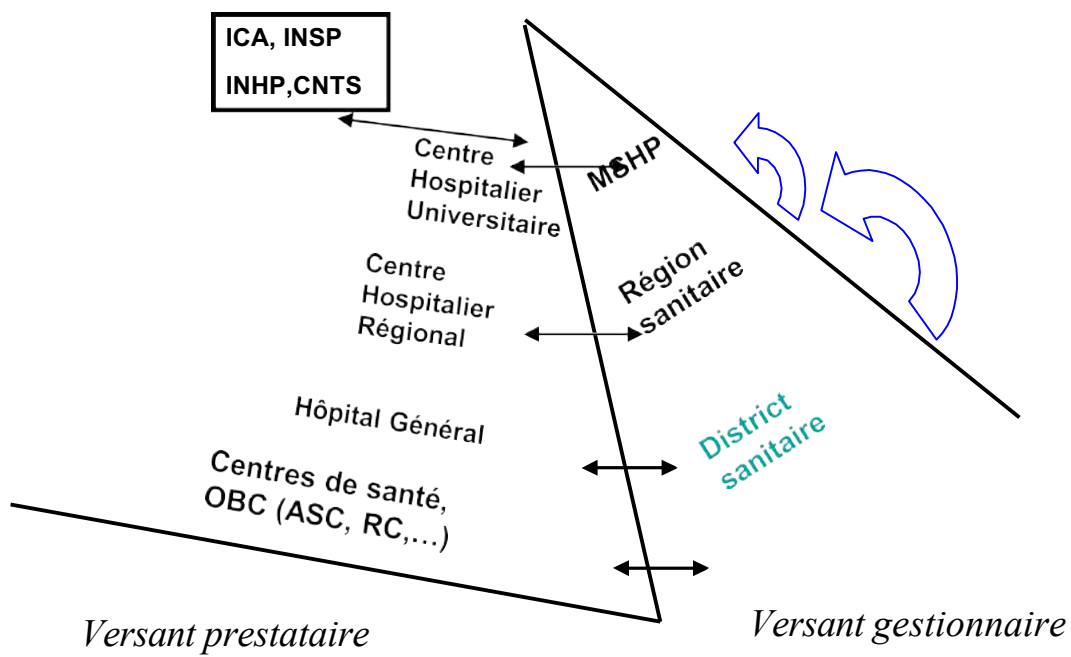


Schéma du circuit de l'information sanitaire



La Pyramide sanitaire et ses versants

VI. PROCEDURES DE GESTION DES DONNEES

La gestion des données se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle se réalise en termes de collecte, traitement, analyse, transmission, diffusion, utilisation et d'archivage des données.

Les procédures sont élaborées pour les niveaux : niveau communautaire, établissements sanitaires, districts, régions et central.

VI.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE

NIVEAU COMMUNAUTAIRE			
Activités 1: Collecte des données			
Taches	Démarche	Périodicité	Responsable
Remplir les outils nationaux primaires de l'ASC pendant les activités	<ol style="list-style-type: none"> s'approvisionner en outils nationaux de collecte de données et de gestion actualisés <ul style="list-style-type: none"> cahier de l'ASC registre de l'ASC rapport mensuel ASC autres outils de l'ASC 	Mensuel	ASC
	<ol style="list-style-type: none"> remplir correctement tous les items des outils primaires pendant la mise en œuvre de l'activité 	Journalier	
Activités 2: Vérification de la qualité des données			
Vérifier le remplissage correct des outils et la cohérence des données	<ol style="list-style-type: none"> relire les outils pour s'assurer que les items sont correctement et complètement renseignés 	Journalier	ASC
	<ol style="list-style-type: none"> vérifier qu'il n'y a pas d'erreurs dans les items renseignés 	Journalier	
Activités: Elaboration du rapport d'activité			
Compiler les données	<ol style="list-style-type: none"> rassembler tous les outils de collecte des données communautaires totaliser les données collectées ; vérifier s'il n'y a pas d'erreur dans les totaux calculés à partir des outils primaires 	Mensuel	ASC
	Rédiger le rapport mensuel		
Activités: Transmission des rapports			
Transmettre les rapports au centre de santé	<ol style="list-style-type: none"> transmettre à l'établissement sanitaire les rapports mensuels d'activité signés (support papier) au plus tard le 03 du mois suivant. 	Mensuel	ASC
	<ol style="list-style-type: none"> Valider le rapport de l'ASC 	Mensuel	Responsable du centre de santé
Activités: Archivage des rapports			
Archiver les outils de gestion de l'ASC renseignés	<ol style="list-style-type: none"> recupérer un exemplaire des rapports validés par le responsable du centre de santé pour archivage ; ranger les outils de gestion achevés dans un porte-document plastifié pour l'archivage selon l'ordre chronologique (par mois, par années) et selon les outils 	Mensuel	ASC
Activité: utilisation des données			
Faire une retro information à toutes les parties prenantes	<ol style="list-style-type: none"> Partager les informations avec la communauté au cours des mobilisations de proximité (VAD, CG, etc.) 	Journalier	ASC

VI.2. NIVEAU ETABLISSEMENT SANITAIRE DE PRIMAIRE

NIVEAU ESPC

Activités 1 : Collecte des données

Taches	Démarche	Périodicité	Responsable
Remplir les outils primaires nationaux	1. s'approvisionner en outils primaires de gestion actualisés (registres, dossiers patients, fiche de stock, ...)	Mensuel	Prestataires
	2. remplir correctement tous les items de l'outil primaire pendant la mise en œuvre de l'activité, lors de consultations, des soins, etc...	Journalier	
Réceptionner les rapports mensuels de chaque service (ASC, Dispensaire, Maternité, Pharmacie ...)	1. récupérer les 2 exemplaires du rapport mensuel des services 2. décharger en mentionnant la date de réception sur les 2 exemplaires des rapports mensuels reçus 3. retourner une copie du rapport au service pour archivage	Mensuel	Major service/ GD

Activités: Vérification de la qualité des données

Vérifier le remplissage des outils, la concordance et la cohérence des données	1. relire les outils pour s'assurer que les items sont correctement et complètement renseignés 2. vérifier qu'il n'y a pas d'erreurs dans les items renseignés, vérifier la cohérence des items	Mensuel	Major service/ GD
Valider les données dans les outils papiers et électroniques en interne	1. Faire une contre vérification entre les données du rapport et celles contenues dans les outils primaires des services (registres, dossiers des patients,...) 2. vérifier la conformité des données saisies dans les logiciels avec celles du rapport mensuel physique de l'établissement ou dossier physiques	Mensuel	Major service/ GD
		Mensuel	Major service/ GD

Activités: Elaboration du rapport mensuel d'activité

Compiler les données	1. rassembler tous les outils de collecte des données des services 2. faire la somme des données collectées et vérifiées par items dans les outils des services	Mensuel	Major service/ GD
Rédiger et valider le rapport mensuel de la formation sanitaire	1. transcrire les données totalisées par items dans la copie du rapport mensuel de l'établissement 2. relire le rapport mensuel de l'établissement pour s'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs de transcription 3. faire valider les données compilées dans le rapport mensuel de l'établissement par une tierce personne 4. remplir le second exemplaire du rapport mensuel de l'établissement (NB: les données à prendre en compte dans les outils primaires sont celles du 1^{er} jour au dernier jour du mois du calendrier)		Major service/ GD
Authentifier les 2 exemplaires du rapport mensuel de l'établissement	1. vérifier la concordance des données dans les 2 exemplaires du rapport mensuel 2. signer et mettre le cachet de l'établissement sur les 2 exemplaires du rapport mensuel		Responsable de l'établissement

Activités: Saisie des données

Enregistrer les données dans les logiciels (SIGDEP, eSIGL, Open Elis)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire la saisie des données dans les outils électroniques des différents rapports à partir des rapports mensuels physiques élaborés de l'établissement si informatisé 2. exécuter la validation des règles de cohérence dans les bases de données 3. terminer la saisie des données dans les bases de données 	Mensuel	GD
Approuver les données saisies dans les logiciels de gestion de données	<ol style="list-style-type: none"> 1. se connecter à la base de données 2. comparer les données dans la base avec celles du document source (choisir quelques indicateurs) 3. cliquer sur la fonctionnalité pour approbation du rapport de l'établissement saisie dans les bases de données <p>NB: transmission automatique</p>	Mensuel	Responsable de l'établissement
Activités: Analyse et interprétation des données			
Calculer les indicateurs à analyser	<ol style="list-style-type: none"> 1. identifier les indicateurs à calculer 2. calculer les indicateurs en respectant les méthodes et modes de calcul définis dans le dictionnaire national des indicateurs 	Mensuel	Major service/ GD
Analyser et Interpréter les indicateurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. représenter les indicateurs sélectionnés sous le format approprié (tableaux ou graphiques) 2. commenter les graphiques ou tableaux faits pour représenter les indicateurs calculés 3. identifier les problèmes à partir des indicateurs présentés 4. déterminer les causes des problèmes identifiés 5. rédiger le document (rapport) d'analyse de la structure 	Mensuel	Major service/ GD/ Equipe qualité
Activités: Transmission des rapports			
Transmettre les rapports au niveau hiérarchique après vérification et validation	1. renseigner le cahier de réception / de transmission des rapports mensuels des services	Mensuel	Major service
	1. acheminer au District les rapports mensuels de l'établissement validés et authentifiés (support papier ou numérique) au plus tard le 05 du mois suivant Exemple : le rapport du mois de janvier 2018 est transmis au district au plus tard le 5 février 2018	Mensuel	Responsable de la structure ou son représentant
	1. faire émarger le cahier de transmission et de réception de l'établissement par le CSE de district.	Mensuel	Responsable de la structure ou son représentant
	1. retourner dans l'établissement sanitaire un exemplaire des rapports validés par le district	Mensuel	Responsable de la structure ou son représentant
Activités: Archivage des outils			
Archiver les outils renseignés	<ol style="list-style-type: none"> 1. responsabiliser un acteur pour l'archivage des outils de gestion 2. aménager si possible un espace (exemple: armoire ou salle d'archive) sécurisé dédié à l'archivage des outils de gestion 	Une fois	Responsable de l'établissement

	<ol style="list-style-type: none"> 1. récupérer les outils complètement utilisés (finis) pour l'archivage 2. ranger les outils de gestion dans l'espace aménagé pour l'archivage dans l'établissement sanitaire et les services par période selon l'ordre chronologique (par mois, par année) et selon les types d'outils 	Journalier	Archiviste
	<ol style="list-style-type: none"> 1. sauvegarder les bases de données de l'établissement sur un support externe autre que l'ordinateur dédié à la gestion des données 	Mensuel	GD

Activité: Utilisation des données

Faire une retro information à toutes les parties prenantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. partager les informations avec le comité de gestion de la structure, aux différents services, aux partenaires intervenant dans la zone (tous les acteurs) en fournissant une copie et en expliquant les tendances au cours des réunions hebdomadaires, mensuelles, trimestrielles, semestrielles, annuelle 	hebdomadaires mensuelles trimestrielles semestrielles annuelle	Responsable de l'établissement Major service
Utiliser les données pour la prise de décision	<ol style="list-style-type: none"> 1. afficher les données de morbidité, de mortalité, de prévention, de gestion, la carte géographique de l'aire sanitaire, etc. 2. mettre à jour régulièrement les informations affichées de morbidité, de mortalité, de prévention de gestion et la carte géographique de l'aire sanitaire 	journalier	GD Major service
	<ol style="list-style-type: none"> 1. déterminer les actions correctrices liées aux problèmes identifiés 2. élaborer le plan d'action opérationnel de l'établissement à partir de l'analyse des données 3. partager le plan d'action avec toutes les parties prenantes 	Le cas échéant	Prestataires GD Major service Responsable de l'établissement
	<ol style="list-style-type: none"> 4. mettre en œuvre le plan d'action de l'établissement 5. Faire le suivi et l'évaluation du plan d'action 		

Activités : Gestion du matériel informatique

Réceptionner le matériel informatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renseigner le registre de réception/transmission lorsqu'un ordinateur est fourni à l'établissement de santé, BGE ou partenaire, en inscrivant la date de réception, les différentes composantes de l'ordinateur et leur numéro de série respectif 	Le cas échéant	Responsable de la structure
Assurer la connexion internet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre à la disposition du GD la connexion internet 	Annuel	Responsable de la structure
Assurer la maintenance et la protection du matériel informatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Installer un stabilisateur et un onduleur pour l'ordinateur 2. Installer un antivirus sur l'ordinateur ; 	Le cas échéant	Responsable de la structure
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire la mise à jour régulière de l'antivirus 2. Eteindre l'ordinateur et toutes les autres composantes le soir à la descente du service 3. Couvrir l'ordinateur et ses composantes d'une couverture pour les protéger de la poussière 	Journalier	GD Major service
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dépoussiérer à l'aide d'un pinceau des composantes de l'ordinateur 	Mensuel	
Renouveler le matériel informatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renouveler l'ordinateur et ses composantes deux (02) ans après son acquisition 	Le cas échéant	Responsable de la structure

VI.3. NIVEAU HOPITAUX DE REFERENCE (NIVEAU SECONDAIRE HG/CHR)

HOPITAUX DE REFERENCE (HG/CHR)

Activités 1 : Collecte des données

Taches	Démarche	Périodicité	Responsable
Renseigner les outils primaires nationaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. s'approvisionner en outils primaires de gestion actualisés (registres, dossiers patients, fiche de stock, ...) 2. remplir correctement tous les items de l'outil primaire pendant la mise en œuvre de l'activité, 	Journalier	Prestataires
Réceptionner les rapports mensuels de chaque service y compris ceux des ASC des hôpitaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. récupérer les 2 exemplaires du rapport mensuel des services 2. décharger en mentionnant la date de réception sur les 2 exemplaires des rapports mensuels reçus 3. retourner une copie du rapport au service pour archivage 	Mensuel	SUS
Activités: Vérification de la qualité des données			
Vérifier le remplissage des outils, la concordance et la cohérence des données	<ol style="list-style-type: none"> 1. relire les outils pour s'assurer que les items sont correctement et complètement renseignés 2. vérifier qu'il n'y a pas d'erreurs dans les items renseignés 	Mensuel	Prestataires
Valider les données dans les outils papiers et électroniques en interne	<ol style="list-style-type: none"> 1. vérifier la conformité des données du rapport et des outils primaires des services 2. vérifier la conformité des données saisies avec celles des dossiers patients/du rapport mensuel physique de l'établissement 	Mensuel	SUS
Activités: Elaboration du rapport mensuel d'activité			
Compiler les données	<ol style="list-style-type: none"> 1. rassembler tous les outils de collecte des données des services 2. faire la somme des données collectées et vérifiées par items dans les outils des services 		SUS
Rédiger et valider le rapport mensuel de l'hôpital	<ol style="list-style-type: none"> 1. transcrire les données totalisées par items dans la copie du rapport mensuel de l'établissement 2. relire le rapport mensuel de l'établissement pour s'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs de transcription 3. faire valider les données renseignées dans le rapport mensuel de l'établissement par une tierce personne 4. renseigner le second exemplaire du rapport mensuel de l'établissement <p>(NB: les données à prendre en compte dans les outils primaires sont celles du 1^{er} jour au dernier jour du mois du calendrier)</p>	Mensuel	SUS
Authentifier les 2 exemplaires du rapport mensuel de l'établissement	<ol style="list-style-type: none"> 1. vérifier la concordance des données dans les 2 exemplaires du rapport mensuel 2. signer et mettre le cachet de l'établissement sur les 2 exemplaires du rapport mensuel 		Responsable de l'établissement

Activités: Saisie des données			
Enregistrer les données dans les logiciels (DHIS2, SIGDEP, eSIGL, Open Elis)	<ol style="list-style-type: none"> 1. renseigner les supports électroniques des différents rapports à partir des dossiers des patients et rapports mensuels physiques élaborés de l'établissement 2. exécuter la validation des règles de cohérence dans les bases de données 3. terminer la saisie des données dans les bases de données 	Mensuel	GD / SUS
Approuver les données saisies dans les logiciels de gestion de données	<ol style="list-style-type: none"> 1. se connecter à la base de données 2. comparer les données dans la base avec celles du document source (choisir quelques indicateurs) 3. cliquer sur la fonctionnalité pour approbation du rapport de l'établissement saisie dans les bases de données <p>NB: transmission automatique</p>	Mensuel	Responsable de l'établissement
Activités: Analyse et interprétation des données			
Calculer les indicateurs à analyser	<ol style="list-style-type: none"> 1. identifier les indicateurs à calculer 2. calculer les indicateurs en respectant les méthodes et modes de calcul définis dans le dictionnaire national des indicateurs 	Mensuel	GD /SUS
Analyser et Interpréter les indicateurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. représenter les indicateurs sélectionnés sous le format approprié (tableaux ou graphiques) 2. commenter les graphiques ou tableaux faits pour représenter les indicateurs calculés 3. identifier les problèmes à partir des indicateurs calculés 4. déterminer les causes des problèmes identifiés 5. rédiger le document (rapport) d'analyse de données de la structure 	Mensuel	Equipe de Direction (GD /SUS / Prestataires / Directeur de l'Hôpital
Activités: Transmission des rapports			
Transmettre les rapports au niveau hiérarchique après vérification et validation	1. renseigner le cahier de réception / de transmission des rapports mensuels de l'établissement	Mensuel	SUS
	2. acheminer au District les rapports mensuels de l'établissement validés et authentifiés (support papier ou numérique) au plus tard le 10 du mois suivant Exemple : le rapport de janvier 2018 est transmis au district au plus tard le 10 février 2018 NB : Transmission physique	Mensuel	SUS
	1. faire émarger le cahier de transmission et de réception de l'établissement par le CSE de district.	Mensuel	SUS
	1. retourner dans l'établissement sanitaire un exemplaire des rapports validés par le district	Mensuel	SUS
Activités: Archivage des outils			
Archiver les outils renseignés	1. responsabiliser un acteur pour l'archivage des outils de gestion	Une fois	Responsable de l'établissement

	2. aménager si possible un espace (exemple: armoire ou salle d'archive) sécurisé dédié à l'archivage des outils de gestion		
	1. récupérer les outils complètement utilisés (finis) pour archivage 2. ranger les outils de gestion dans l'espace aménagé pour l'archivage dans l'établissement sanitaire et les services par période selon l'ordre chronologique (par mois, par années) et selon les outils	Journalier	Archiviste
	1. Sauvegarder les bases de données de l'établissement sur un support autre que l'ordinateur dédié à la gestion des données (disque dur externe, CD, clé USB, carte mémoire, internet....)	Mensuel	GD

Activité: utilisation des données

Faire une retro information à toutes les parties prenantes	1. partager les informations avec le comité de gestion de la structure, aux différents services, aux partenaires (tous les acteurs) en fournissant une copie et en expliquant les tendances au cours des réunions hebdomadaires, mensuelles, trimestrielles, semestrielles, annuelle	hebdomadaires mensuelles trimestrielles semestrielles annuelle	SUS
Utiliser les données pour la prise de décision	1. afficher les données de morbidité, de mortalité, de prévention, de gestion, la carte géographique de l'aire sanitaire, etc. 2. mettre à jour régulièrement les informations affichées de morbidité, de mortalité, de prévention de gestion et la carte géographique de l'aire sanitaire	journalier	SUS
	1. déterminer les actions correctrices liées aux problèmes identifiés 2. élaborer le plan d'action opérationnel de l'établissement à partir de l'analyse des données 3. partager le plan d'action avec toutes les parties prenantes	Le cas échéant	Equipe de Direction
	1. mettre en œuvre le plan d'action de l'établissement 2. Faire le suivi et l'évaluation du plan d'action		

Activités : Gestion du matériel informatique

Réceptionner le matériel informatique	1. Renseigner le registre de réception/transmission lorsqu'un ordinateur est fourni à l'établissement de santé, BGE ou partenaire, en inscrivant la date de réception, les différentes composantes de l'ordinateur et leur numéro de série respectif	Le cas échéant	Responsable de la structure
Assurer la connexion internet	1. Mettre à la disposition du GD la connexion internet	Annuel	Responsable de la structure
Assurer la maintenance et la	1. Installer un stabilisateur et un onduleur pour l'ordinateur 2. Installer un antivirus sur l'ordinateur ;	Le cas échéant	Responsable de la structure

protection du matériel informatique	1. Faire la mise à jour régulière de l'antivirus 2. Eteindre l'ordinateur et toutes les autres composantes le soir à la descente du service 3. Couvrir l'ordinateur et ses composantes d'une couverture pour les protéger de la poussière	Journalier	GD/ Major service
	1. Dépoussiérer à l'aide d'un pinceau des composantes de l'ordinateur	Mensuel	
Renouveler le matériel informatique	1. Renouveler l'ordinateur et ses composantes deux (02) ans après son acquisition	Le cas échéant	Responsable de la structure

VI.4. NIVEAU DU BUREAU DU DISTRICT SANITAIRE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE

Activités 1 : Collecte des données

Taches	Démarche	Périodicité	Responsable
Collecter les rapports des établissements sanitaires	1. rassembler les rapports mensuels d'activités (papier et/ou numérique) des structures (publiques, privées) ; 2. renseigner le cahier de réception (marquer la date de réception du rapport) 3. décharger les deux exemplaires du rapport	Mensuel (au plus tard le 05 du mois suivant pour les ESPC et le 10 du mois suivant pour les HG et CHR)	CSE
Notifier les cas de maladies sous surveillance	1. consigner les appels téléphoniques ou appeler les établissements sanitaires pour avoir la situation de la surveillance des maladies à potentiel épidémique. 2. En cas de maladie à potentiel épidémique signalée noter et réceptionner les fiches de notification des cas. Sinon, mentionner le chiffre zéro dans le cahier de notification. 3. Tenir à jour le cahier de notification	Hebdomadaire	CSE

Activités: Traitement des données

Vérifier la complétude des items	1. Vérifier que toutes les variables sont renseignées (valeurs numériques ou barrées) 1^{er} cas : le rapport est correctement renseigné (noter « ok » dans le registre de notification, dans la colonne « <i>Etat du rapport</i> ») 2^{ème} cas : Le rapport contient des anomalies : identifier et notifier les anomalies sur le rapport au crayon ainsi que dans le registre ; retourner le rapport à l'établissement pour correction.	Mensuel	CSE
----------------------------------	---	---------	-----

	2. tenir et afficher une fiche de suivi de la promptitude et de la complétude des rapports		
Vérifier la cohérence des données	<ol style="list-style-type: none"> 1. vérifier l'intégralité des données 2. vérifier l'exactitude des calculs 3. contrôler la cohérence des données en tenant compte des règles de validation (comparer les variables) 4. interpellé (appel téléphonique, email, rencontre...) les auteurs des rapports collectés pour correction, si données non-conformes 	Mensuel	CSE
Mettre à jour les formulaires assignés aux établissements et le rôle des utilisateurs	adresser à la DIIS des requêtes pour <ul style="list-style-type: none"> - la création de nouveaux utilisateurs, -l'assignation /dé-assignation de formulaires aux établissements, -la création de nouveaux établissements 	Au cas échéant	DDS
Saisir les données dans les applications (DHIS 2, SIGDEP2, eSIGL, OpenElis...)	<ol style="list-style-type: none"> 1. faire la saisie les données dans les applications 2. contrôler l'exactitude des données saisies dans les logiciels en les comparant aux données des supports papiers. 3. corriger les erreurs 4. exécuter les règles de validation, si incohérence détectée alors interpellé le responsable de la structure pour correction sinon continuer la saisie (DHIS 2, eSIGL) 	Mensuel au plus tard le 10 du mois suivant le mois de rapport	CSE
Vérification et validation des données saisies dans les applications	<ol style="list-style-type: none"> 1. vérifier la complétude des formulaires dans les applications pour chaque structure sanitaire qui les utilisent (HG, CHR). 2. contrôler l'exactitude des données saisies dans le DHIS 2. <p>1^{er} cas : si tous les formulaires des centres de références sont renseignés alors notifier dans le registre de complétude (tableau de bord consolidé)</p> <p>2^{eme} cas : si absence de remplissage de formulaire alors interpeler le gestionnaire des données du centre en question par appel téléphonique, email, rencontre... puis faire un rapport de la situation de la complétude au DDS.</p>	Mensuel, au plus tard le 10 du mois	CSE
Activités : Analyse et Interprétation			
Calculer les indicateurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etablir une liste d'indicateur clé 2. utiliser le mode de calcul selon le dictionnaire des indicateurs 3. utiliser les données issues des rapports pour le calcul de chaque indicateur 	Hebdomadaire /mensuel/ trimestriel / annuel	Responsable SE / CSE/ Pharmacien/ PGP
Faire des représentations graphiques ou tableaux des indicateurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. élaborer et mettre à jour données dans des formats appropriés aux (courbes, histogrammes, diagrammes en cercle, diagrammes en barre, cartes, tableaux...) 2. commenter les tendances observées sur les différents graphiques ou tableaux des indicateurs 		Responsable SE / CSE/ Pharmacien/ PGP

Interpréter les indicateurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. faire des comparaisons sur différentes périodes en se basant sur des données de référence 2. Expliquer les raisons des évolutions observées entre les périodes de comparaisons sur les courbes, graphiques, les tableaux, les cartes élaborées en tenant compte de la réalité vécue sur le terrain 3. identifier les causes des écarts observés 4. dégager des ébauches de solution et élaborer un plan d'action de résolution de problème. 		Equipe cadre du District
Elaborer le rapport bilan du district	<ol style="list-style-type: none"> 1. réceptionner le canevas du bilan transmis par la région sanitaire 2. renseigner correctement tous les items selon le mode de calcul du dictionnaire des indicateurs 3. rédiger le rapport Bilan (papier ou numérique) des districts 	Trimestriel, semestriel et annuel	EQUIPE DU BUREAU DU DISTRICT
Activités : Diffusion des données			
Afficher les informations (données épidémiologiques et de gestion)	<ol style="list-style-type: none"> 1. disposer d'un tableau d'affichage 2. afficher les données de morbidité, de mortalité, de prévention, de gestion, la carte géographique de l'aire sanitaire, etc. 3. mettre à jour les informations affichées selon la périodicité des rapports 	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DDS / SAS/ Responsable SE / CSE
Présenter les données en réunion	<ol style="list-style-type: none"> 1. présenter les différents résultats du District incluant les analyses et interprétation au cours des réunions statutaires de l'ECD 	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DDS / SAS/ Responsable SE / CSE
Elaborer le rapport trimestriel du District	<ol style="list-style-type: none"> 1. rédiger le rapport trimestriel du District à l'issue de la réunion du District 	Trimestriel	DDS / SAS/ Responsable SE / CSE
Faire la rétro information aux différents services, Structures sanitaires, à la communauté, aux partenaires (tous les acteurs)	<ol style="list-style-type: none"> 1. élaborer un bulletin de retro-information 2. Identifier les parties prenantes 3. partager les rapports en version papier et/ou électronique 4. (s'assurer que chaque partie prenante a bien reçu le rapport) 5. partager les informations avec le comité de gestion de la structure, aux différents services, aux partenaires (tous les acteurs) en fournissant une copie et en expliquant les tendances au cours des réunions. 	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DDS / SAS/ Responsable SE / CSE
Transmettre les données agrégées et validées par le DDS à la DRS	<ol style="list-style-type: none"> 1. approuver les rapports bilans avant transmission 	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DDS / SAS/ Responsable SE / CSE
Activités : Utilisation des données			
Utiliser les données produites pour une prise de décisions	<ol style="list-style-type: none"> 1. élaborer le plans d'actions opérationnelles/Plans de travail annuel. 2. élaborer le protocole de recherche opérationnelle, suivre la mise en œuvre des plans d'actions, suivi de l'état d'avancement de plans d'actions, évaluation 	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DDS / SAS/ Responsable SE / CSE

	de plan d'actions, riposte face à un problème de santé 3. identifier les objectifs de supervision etc...		
Transmettre les données agrégées et validées par le DDS à la DRS	1. approuver les rapports bilans avant transmission	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DDS / SAS / Responsable SE / CSE
Activités : Archivage			
Archiver les rapports	1. archiver les rapports utilisés (papier) par période selon l'ordre chronologique (par mois, par années) 2. archiver les données sur des supports électroniques (Disque Dur Externe, Clés USB, etc.) 3. mettre à disposition un local (si possible), des cartons d'archives, armoires, CD, disques durs externes...	Mensuel / Trimestriel / Annuel	CSE/ DDS
Activités : Gestion du matériel informatique			
Réceptionner le matériel informatique	1. Lorsqu'un ordinateur est mis à la disposition du district pour la gestion des données, le DDS ou son représentant réceptionne l'ordinateur, renseigne le registre en mentionnant la date, le numéro de série de l'ordinateur, la provenance, la signature de l'agent ayant réceptionné l'ordinateur	Le cas échéant	DDS
Assurer la connexion internet	1. Mettre à la disposition du GD une connexion internet	Annuel	DDS
Faire le suivi de l'état du kit informatique (ordinateur, imprimante, onduleur, etc...)	1. Notifier dans un registre un rapport d'état du Kit matériel informatique disponible	Annuel	DDS
Assurer la maintenance et la protection du matériel informatique	1. Installer un stabilisateur et un onduleur pour chaque ordinateur 2. Installer un antivirus sur chaque ordinateur ;	le cas échéant	DDS
	1. Faire la mise à jour régulière de l'antivirus 2. Eteindre l'ordinateur et toutes les autres composantes le soir à la descente du service 3. Couvrir l'ordinateur et ses composantes d'une couverture pour les protéger de la poussière	Journalier	CSE
Renouveler le matériel informatique	1. Elaborer un plan de renouvellement des kits informatiques de l'aire de son district sanitaires ; 2. Renouveler les ordinateurs et leurs composantes deux (02) ans après leur acquisition	Le cas échéant	DDS

VI.5. NIVEAU DU BUREAU DE LA REGION SANITAIRE

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

Activités 1 : Collecte des données

Taches	Démarche	Périodicité	Responsable
Consulter les bases de données des Districts sanitaires.	1. Vérifier l'exhaustivité des données saisies depuis les Districts Sanitaires (voir la complétude et la promptitude des rapports et des formulaires)	Mensuelle	CSE REGION

Activités : Analyse et Interprétation

Calculer les indicateurs	1. établir une liste d'indicateurs clés du tableau de bord 2. utiliser le mode de calcul selon le dictionnaire des indicateurs 3. utiliser les données issues de la base de données pour le calcul de chaque indicateur	Hebdomadaire /mensuel/ trimestriel / annuel	Responsable SE / CSE/ Pharmacien/ de région
Faire des représentations graphiques ou tableaux des indicateurs	1. élaborer et mettre à jour données dans des formats adaptés aux cibles (courbes, histogrammes, diagrammes en cercle, diagrammes en barre, cartes, tableaux...) 2. commenter les tendances observées sur les différents graphiques ou tableaux des indicateurs	Hebdomadaire /mensuel/ trimestriel / annuel	Responsable SE / CSE/ Pharmacien/ de région
Interpréter les indicateurs	1. faire des comparaisons sur différentes périodes en se basant sur des données de référence 2. Expliquer les raisons des évolutions observées entre les périodes de comparaisons sur les courbes, graphiques, les tableaux, les cartes élaborées en tenant compte de la réalité vécue sur le terrain 3. identifier les causes des écarts observés 4. dégager des ébauches de solution et élaborer un plan d'action de résolution de problème.		Equipe régionale de santé (ERS)
Elaborer le rapport bilan de la région	1. rédiger le rapport Bilan (papier ou numérique) de la région	Trimestriel, semestriel et annuel	EQUIPE DU BUREAU REGIONAL

Activités : Diffusion des données

Afficher les informations (données épidémiologiques et de gestion)	1. disposer d'un tableau d'affichage 2. afficher les données de morbidité, de mortalité, de prévention, de gestion, la carte géographique de la région, etc. 3. mettre à jour les informations affichées selon la périodicité des rapports	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DRS / SAS / Responsable SE / CSE
Présenter les données en réunion	1. présenter les différents résultats de la Région y compris les analyses, présentations graphiques et interprétation au cours des réunions statutaires de l'ERS	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DRS / SAS / Responsable SE / CSE
Elaborer le rapport trimestriel de la région	1. rédiger le rapport trimestriel de la région à l'issue de la réunion de la région	Trimestriel	DRS / SAS / Responsable SE / CSE
Faire la rétro information aux différents District sanitaires de la région,	1. élaborer un bulletin de retro-information 2. identifier les parties prenantes 3. partager les rapports en version papier et/ou électronique	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DRS / SAS / Responsable SE / CSE

aux partenaires (tous les acteurs)	<ol style="list-style-type: none"> 4. s'assurer que chaque partie prenante a bien reçu le rapport 5. partager les informations avec le comité de gestion des structures, aux différents services, aux partenaires (tous les acteurs) en fournissant une copie et en expliquant les tendances au cours des réunions. 		
Activités : Utilisation des données			
Utiliser les données produites pour une prise de décisions	<ol style="list-style-type: none"> 1. élaborer de plans d'actions opérationnelles/Plans de travail annuel. 2. élaborer de protocole de recherche opérationnelle, 3. suivre la mise en œuvre des plans d'actions, suivi de l'état d'avancement de plans d'actions, évaluation de plan d'actions, riposte face à un problème de santé 4. identifier les objectifs de supervision etc... 	Mensuel / Trimestriel / Annuel	DRS / SAS / Responsable SE / CSE
Activités : Archivage			
Archiver les rapports	<ol style="list-style-type: none"> 1. archiver les rapports utilisés (papier) des réunions de partage et utilisation des données par période selon l'ordre chronologique (par mois, par années) 2. archiver les données sur des supports électroniques (Disque Dur Externe, Clés USB, etc.) 3. mettre à disposition un local (si possible), des cartons d'archives, armoires, CD, disques durs externes... 	DRS / SAS / Responsable SE / CSE	Mensuel / Trimestriel / Annuel
Activités : Gestion du matériel informatique			
Réceptionner le matériel informatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lorsqu'un ordinateur est mis à la disposition du district pour la gestion des données, le DDS ou son représentant réceptionne l'ordinateur, renseigne le registre en mentionnant la date, le numéro de série de l'ordinateur, la provenance, la signature de l'agent ayant réceptionné l'ordinateur 	Le cas échéant	DRS
Assurer la connexion internet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre à la disposition du GD une connexion internet 	Annuel	DRS
Faire le suivi de l'état du kit informatique (ordinateur, imprimante, onduleur, etc...)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Notifier dans un registre un rapport d'état du Kit matériel informatique disponible 	Annuel	DRS
Assurer la maintenance et la protection du matériel informatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Installer un stabilisateur et un onduleur pour chaque ordinateur 2. Installer un antivirus sur chaque ordinateur ; 	le cas échéant	DRS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire la mise à jour régulière de l'antivirus 2. Eteindre l'ordinateur et toutes les autres composantes le soir à la descente du service 3. Couvrir l'ordinateur et ses composantes d'une couverture pour les protéger de la poussière 	Journalier	CSE
Renouveler le matériel informatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer un plan de renouvellement des kits informatiques de l'aire de son district sanitaires ; 2. Renouveler les ordinateurs et leurs composants deux (02) ans après leur acquisition 	Le cas échéant	DDS

VI.6. NIVEAU CENTRAL

NIVEAU CENTRAL			
Activités : Collecte des données			
Taches	Démarche	Périodicité	Responsable
Mettre à disposition les outils nationaux de collectes de données aux régions et aux districts	<ol style="list-style-type: none"> 1. quantifier 2. reproduire et 3. distribuer les outils au niveau des régions et districts. 	Annuelle	DIIS / Sous-Direction de l'information sanitaire
Consulter les bases de données des Régions sanitaires.	<ol style="list-style-type: none"> 1. vérifier l'exhaustivité des données saisies depuis les Districts Sanitaires (voir la complétude et la promptitude des rapports) 	Mensuelle	Gestionnaires de données de la CATSIS
Rattraper les données manquantes et corriger les données aberrantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relancer par appels téléphoniques le Gestionnaire de données de régions en cas de non complétude, non promptitude, incohérences des données 	Mensuelle	Gestionnaires de données de la CATSIS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. faire un courrier officiel à la Direction régionale, signé du Directeur Général de la santé, en cas de non transmission malgré les relances téléphoniques. (au moins 3 appels téléphoniques) 	Mensuelle	Directeur de la DIIS
Approuver et accepter les données des régions sanitaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valider les données des régions sanitaires, après les différentes vérifications (complétude des données est à 100%), et contrôle de cohérence (les règles de validations bien respectées) 	Mensuelle	Gestionnaires de données de la CATSIS
Activités: Analyse et Interprétation			
Faire l'analyse des indicateurs clés	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire des extractions à partir de la base des données. 2. présenter les indicateurs clés sous forme de représentation graphiques (courbes, histogrammes, diagrammes en cercle, diagrammes en barre, cartes, tableaux) 3. Faire des comparaisons sur différentes périodes ou avec des données de référence ou entre Districts, Régions 	Mensuelle	gestionnaires de données de la cellule d'appui technique au système d'information sanitaire (CATSIS)
Interpréter les indicateurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les indicateurs à interpréter 2. Transmettre les indicateurs à interpréter aux directions régionales 3. Faire un courrier électronique aux directions régionales pour les indicateurs à interpréter 	Mensuelle	Sous-Direction de l'Information et carte sanitaire
Elaborer les rapports périodiques sur la situation sanitaire en Côte d'Ivoire	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transmettre les informations extraites des bases de données aux régions et districts pour consolidations 2. Harmoniser les données entre les acteurs du niveau central et du niveau intermédiaire. 3. Rédiger les bulletins trimestriels de retro-information, l'annuaire des statistiques 	Trimestriel/se mestriel/annuel	

	<p>sanitaires, le RASS, le rapport annuel sur les différentes pathologies, etc...</p> <p>4. Valider les bulletins trimestriels de retro-information, l'annuaire des statistiques sanitaires, le RASS, le rapport annuel sur les différentes pathologies, etc...</p>		
Activités : Diffusion des données			
Faire la rétro-information	<p>1. Diffuser les rapports sur les complétudes au niveau des districts et des régions sanitaires</p> <p>2. Diffuser les documents suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les bulletins trimestriels de retro-information ✓ l'annuaire des statistiques sanitaires ✓ le RASS ✓ le rapport annuel sur les différentes pathologies, 	Annuel	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS)
Editer, Diffuser et distribuer les rapports produits aux autres acteurs du système.	<p>1. Sélectionner un fournisseur</p> <p>2. Valider la maquette du document avec le fournisseur</p> <p>3. Reprographier les documents</p> <p>4. Faire une liste de diffusion</p> <p>5. Mettre le document validé en ligne</p> <p>6. Transmettre par mail les documents validés aux acteurs du SNIS</p> <p>7. Distribuer les documents édités aux acteurs du SNIS</p> <p>8. Archiver une copie des bordereaux de livraisons et accusé de réception des documents</p>	Trimestriel/annuel	DIIS/Service Administratif et financier
Activités : Utilisation			
Développer et mettre à jour des tableaux de bords thématiques pour les décideurs et les programmes de santé	<p>1. Créer les tableaux de bords spécifiques à chaque programme de santé</p> <p>2. Mettre à jour les tableaux de bords spécifiques à chaque programme de santé sous la base des besoins formulés</p>	Cas échéant	Gestionnaires de Données CATSIS / Suivi Evaluation Programmes
Prendre des décisions sur la base des informations produites	<p>1. Présenter les données au cours des réunions de cabinet, de la DIIS, de coordination.....</p> <p>2. Organiser une réunion de revue des données à partir des résultats de l'analyse et de l'interprétation des données au niveau national</p> <p>3. Identifier les goulots d'étranglements</p> <p>4. Identifier les faiblesses et capitaliser les forces</p> <p>5. Prioriser les problèmes pour la résolution de ces derniers</p> <p>6. Elaborer le plan de résolution des problèmes</p> <p>7. Identifier et mobiliser les ressources (Financières, Humaines, Matérielles^{1/4})</p> <p>8. Exécuter les décisions prises</p>	Trimestrielle/semestrielle/annuelle	Cabinet/DIIS

Faire le suivi et l'évaluation des décisions prises	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser des rencontre régulière de suivi le suivi du niveau de réalisation du plan de résolution de problèmes 2. documenter l'utilisation des informations produites (revue documentaire) 3. évaluer et suivre les changements 4. Tirer et capitaliser les leçons apprises 	<p>Trimestrielle /semestrielle</p> <p>Annuelle</p>	Service de suivi & évaluation des directions et programmes de santé
Activités : Gestion de la base de données			
Créer des structures sanitaires dans la base de données et assigner des formulaires de saisie aux structures sanitaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Créer la structure sanitaire dans la base de données. 2. Assigner des formulaires sur la base des informations remontées par les districts sanitaires sur le type d'activités menées par la structure. 	Le cas échéant	Administrateur de la base de données DIIS
Créer / assigner des rôles et des unités d'organisations aux utilisateurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Créer les utilisateurs selon le type de profil : <ul style="list-style-type: none"> ✓ GD ✓ Décideurs ✓ administrateurs de base de données 2. Assigner les rôles aux utilisateurs selon le niveau de responsabilité, le type de données et son aire d'intervention 	Cas échéant	Administrateur de la base de données/ DIIS
Mettre à jour la base de données	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre à jour le logiciel selon les besoins d'assignation des formulaires par rapport aux activités menées ou non par les centres de santé 2. Faire la mise à jour des accès des utilisateurs selon leur mobilité 3. Créer / supprimer les formations sanitaires sur la base des besoins formulés par les districts 	Cas échéant	Administrateur de la base de données/ DIIS
Assurer la maintenance du serveur DHIS2	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'assurer du bon fonctionnement du serveur 2. Nettoyer et archiver les fichiers logs 3. Contrôler la sauvegarde automatique des bases de données et du système 4. Vérifier l'intégrité du système 5. Mettre en place des firewalls 6. Gérer les accès utilisateurs au serveur 7. Mettre à jour la version de DHIS2 si nécessaire 8. Cloner l'instance de production dans une instance de formation ou de test quand nécessaire 9. Vérifier les journaux d'accès au système 	Quotidien	Administrateur de la base de données/ DIIS
Activités : Gestion du matériel informatique			
Réceptionner le matériel informatique mis à la disposition pour la gestion des données	<ol style="list-style-type: none"> 2. Faire l'inventaire du matériel informatique 3. Vérifier que toutes les composantes du matériel informatique sont disponibles (clavier, unités central, moniteur, câbles, onduleur, imprimante, souris) 4. Décharger sur le bordereau de livraison 5. Relever le numéro de série de toutes les composantes du matériel informatique ; 	Annuelle/le cas échéant	DIIS/ Sous-Direction informatique et télémedecine

	6. renseigner le cahier de réception de matériel en mentionnant la date le numéro de série, des composants du matériel informatique, le nom de la personne ayant réceptionné le matériel		
Procéder à l'installation du matériel informatique	1. Installer le matériel conformément aux instructions du manuel d'utilisation 2. Installer l'antivirus et les logiciels	Le cas échéant	DIIS/ Sous-Direction informatique et télémédecine
Faire la maintenance du matériel informatique dédié au SISR	1. Evaluer la fonctionnalité des équipements 2. Débrancher le matériel informatique des prises électriques à la descente du travail (quotidien) 3. Procéder à l'entretien du matériel informatique par une maintenance (trimestriel) 4. Procéder au nettoyage du matériel informatique (dépoussiérer à l'aide de pinceau quotidiennement) 5. Faire la mise à jour des antivirus 6. Le responsable du service informatique affecte l'ordinateur à un agent pour le dépannage et notifie le nom de l'agent dans le registre 7. L'agent après le dépannage de l'ordinateur, indique dans le cahier les opérations effectuées	Annuelle	DIIS/ Sous-Direction informatique et télémédecine
Renouveler le matériel informatique	1. Faire un inventaire du matériel informatique 2. Estimer les besoins en équipements informatiques et internet 3. Elaborer un plan de renouvellement des équipements informatiques 4. Elaborer un plan de maintenance des équipements informatiques	Annuel	DIIS/ Sous-Direction informatique et télémédecine
	1. Faire un plaidoyer pour la dotation des structures en matériel informatique		Cabinet/ DIIS

VII. ASSURANCE QUALITE

Selon la norme ISO 9000, l'assurance qualité se définit comme « Ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du Système Qualité et démontrées en tant que de besoin pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la Qualité et mettra en œuvre un cycle vertueux pour une amélioration constante de la qualité. »

L'assurance qualité est donc l'ensemble des stratégies et activités (normes, procédures) définies et mises en œuvre pour garantir la pérennité de la qualité des données produites afin de donner confiance aux acteurs lors de l'utilisation de ces données.

Les éléments de la bonne qualité des données

- ✓ L'exhaustivité ou complétude
- 🌐 La promptitude
- ✓ L'exactitude ou validité
- ✓ La fiabilité
- ✓ La précision
- ✓ L'intégrité
- ✓ La confidentialité

VII.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE

COLLECTE, TRAITEMENT, VALIDATION DES DONNEES

❖ Relances par téléphone

Lorsqu'un Infirmier constate qu'un rapport manque après le 03 du mois suivant la période de transmission du rapport, il doit relancer l'ASC concerné par appel téléphonique pour que ce dernier envoie son rapport physique au centre de santé.

- 1) Après deux relances infructueuses par appel téléphonique l'Infirmier du centre doit se déplacer pour récupérer le rapport mensuel de l'ASC au plus tard le 04 du mois en cours.
- 2) Si malgré ces démarches l'infirmier ne parvient pas à voir l'ASC pour récupérer, il doit informer le DDS.

❖ Cas d'incohérence des données

Au moment de la réception du rapport de l'ASC par l'Infirmier, sur la base d'une liste d'indicateur préalablement établie vérifie la logique des données en présence de l'ASC. Il peut effectuer des comparaisons suivantes en se basant sur une liste de cohérence logique des données (Voire Tableau des **REGLES DE COHERENCE DES ITEMS DU RAPPORT SIG de l'ASC**)

- ✓ Si présence de données incohérentes, le rapport est retourné à l'ASC pour correction, inscrire dans le registre de suivi les incohérences observées et les mesures apportées pour correction,
- ✓ Si les données du rapport sont cohérentes, les 02 exemplaires des rapports sont validés par l'Infirmier.

❖ Vérification de l'exactitude des données du rapport de l'ASC

Pour procéder à la vérification de l'exactitude des données du rapport de l'ASC, l'infirmier compare les totaux des indicateurs du rapport de l'ASC avec les totaux calculés à partir des outils primaires (cahiers, registres et autres outils de l'ASC).

Si les erreurs sont constatées, il corrige les deux exemplaires du rapport de l'ASC puis transmet au district sanitaire.

NB : inscrire dans le registre de suivi les corrections apportées.

ARCHIVAGE DES OUTILS DE L'ASC

Les outils de collecte de données de l'ASC doivent être archivés au domicile de l'ASC dans un lieu sécurisé

- ✓ à l'abri des regards indiscrets donc accessibles uniquement qu'à l'ASC
- ✓ à l'abri de la chaleur et maintenir à une température ambiante de 15 à 25⁰ C.
- ✓ propre et nettoyé régulièrement au moins une fois par jour.
- ✓ à l'abri de l'humidité, des insectes et rongeurs

VII.2. NIVEAU ETABLISSEMENTS DE SOINS (ESPC, HG, CHR,...)

COLLECTE DES DONNEES

- 1) S'assurer que tout le matériel nécessaire pour la collecte de données, la saisie et l'analyse est disponible (Outils de collecte de données, stylos, papier, les formulaires, les ordinateurs)
- 2) Former les agents à l'utilisation des outils de collecte des données

❖ **Cas de faible complétude ou de faible promptitude des rapports**

- 1) Conduire des revues périodiques avec les prestataires des sites (établissements sanitaires) durant le processus de collecte, mise en place de fiche hebdomadaire de synthèse, rencontre hebdomadaire de consolidation des données avec les prestataires par service
- 3) Lorsque le Gestionnaire de données/SUS constate que le rapport d'un service n'a pas été déposé après **le 03 du mois suivant le mois du rapport** (pour les ASC/ESPC/ HG) et **5 du mois suivant le mois du rapport** (pour les CHR), il interpelle le responsable du service concerné. Si malgré ces démarches il n'obtient pas le rapport du service, il saisit le responsable de l'établissement par courrier

TRAITEMENT DES DONNEES

❖ **Cas d'incohérence des données**

- 1) Disposer de grille de vérification des cohérences de données
 - 2) S'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs de calcul dans les rapports
 - 3) Sur la base d'une liste d'indicateur préalablement établie, le GD/SUS vérifie la logique des données en présence du major du service. Il peut effectuer des comparaisons en se basant sur une liste de cohérence logique des données (Voire Tableau des **REGLES DE COHERENCE DES ITEMS DU RAPPORT SIG**)
- ✓ Si présence de données incohérentes, le rapport est retourné dans le service pour correction,
 - ✓ Si les données du rapport sont cohérentes, les 02 exemplaires des rapports sont validés par le GD ou le SUS.

❖ **Vérification de l'exactitude des données du rapport des services**

Pour procéder à la vérification de **l'exactitude des données du rapport des services**, le GD/SUS sélectionne un certain nombre d'indicateur dans chaque rapport de service, puis recalcule ces indicateurs à partir des outils primaires source de collecte de ces indicateurs

Il compare les totaux des indicateurs du rapport de services avec les totaux calculés à partir des outils primaires pour consolidation.

Si les erreurs sont constatées, il corrige les deux exemplaires du rapport de services.

Archivage des rapports

❖ **Archivage des rapports physiques**

Les rapports produits par les établissements de santé doivent être archivé au moins pendant 10 ans dans un local dédié à cet effet.

Le local doit être :

- ✓ à l'abri des regards indiscrets, donc accessibles uniquement au responsable de l'établissement sanitaire ou responsable des archives
- ✓ à l'abri de la chaleur et maintenir à une température ambiante de 15 à 25⁰ C.
- ✓ propre et nettoyé régulièrement au moins une fois par semaine
- ✓ à l'abri de l'humidité

Le stockage et l'archivage des documents d'archive doivent être strictement organisés et les documents archivés doivent être faciles à retrouver et ne doivent pas se détériorer.

Il existe plusieurs outils de rangement :

- ✓ Armoire de stockage ;
- ✓ Boîte d'archivage, classeur chrono ;
- ✓ Palette de stockage.

Le rangement obéit à plusieurs règles :

- ✓ Le rangement est fait en fonction du type de rapport ou dossier (Programme de santé...)
- ✓ Si rapport SIG
 - Classification dans les armoires de stockages par année en suivant l'ordre chronologique de production des rapports par mois.
 - Les années marquées sur le box de l'armoire doivent être chronologiques

❖ **Archivage des rapports électroniques**

Les données des logiciels DHIS2, SIGDEP2, eSIGL, OpenElis et autres logiciel doivent être sauvegardées sur des supports électroniques de stockages (Disque Dur externe, clé USB, CD, carte mémoire, serveur externe ou interne).

- La sauvegarde interne doit être faite chaque semaine sur un support externe et
 - la sauvegarde interne sur le disque de l'ordinateur doit être journalière.
- La sauvegarde doit être classifiée dans des dossiers dument nommés et en fonction du type de programme ou d'activité
- A l'intérieur du dossier de sauvegarde se trouve des sous-dossiers rangés par période (année puis mois)

VII.3. NIVEAU BUREAU DE DISTRICT/REGION SANITAIRE

COLLECTE DE DONNEES

- 1) S'assurer que tout le matériel nécessaire pour la collecte de données, la saisie et l'analyse est disponible (stylos, papier, les formulaires, les ordinateurs)
- 2) Former les agents à l'utilisation des outils de collecte des données
- 3) Superviser les acteurs sur l'utilisation correcte des outils de collecte de données

❖ **Cas de faible complétude ou de faible promptitude des rapports**

- 1) Lorsque le Gestionnaire de données du District constate que le rapport des formations sanitaires n'a pas été déposé après le 05 (ESPC) et 10 (HG/CHR) du mois suivant le mois du rapport, il interpelle le responsable de l'établissement concerné. Si malgré ces démarches il n'obtient pas le rapport de l'établissement, il saisit le responsable de la structure en question par courrier

TRAITEMENT DES DONNEES

❖ **Cas d'incohérence des données**

- 1) Disposer de grille de vérification des cohérences
- 2) S'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs de calcul dans les rapports transmis
- 3) Sur la base d'une liste d'indicateur préalablement établie, le CSE de District vérifie la logique des données en présence du GD de l'établissement. Il peut effectuer des comparaisons en se basant sur une liste de cohérence logique des données (Voire Tableau des **REGLES DE COHERENCE DES ITEMS DU RAPPORT SIG**)

- ✓ Si présence de données incohérentes, le rapport est retourné dans l'établissement pour correction ou le district est interpellé pour action en vue de correction,
- ✓ Si les données du rapport sont cohérentes, les 02 exemplaires des rapports sont validés par le CSE de District ou les données de la base approuvée par la région.

❖ **Validation des données des rapports des établissements par l'équipe du district**

- ✓ L'équipe compare les totaux des indicateurs du rapport de l'établissement avec les totaux calculés à partir des outils primaires pour consolidation.
- ✓ Si les erreurs sont constatées, il corrige les deux exemplaires du rapport de l'établissement.
- ✓ Pour procéder à la vérification **de l'exactitude des données des rapports des établissements**, l'Equipe Cadre de District sélectionne un certain nombre d'indicateur dans chaque **rapport des établissements**, puis recalcule ces indicateurs à partir des outils primaires source de ces indicateurs lors d'une activité de contrôle qualité des données à l'aide de l'outil RDQA dans ledit établissement.

Cette procédure doit être réalisée chaque mois avec un échantillon de centres de santé pris de manière aléatoire. Chaque District a 45 jours après le délai de transmission des rapports des établissements pour réaliser cette activité. A l'issue de cette procédure le Directeur Départemental de la Santé doit notifier au supérieur la validité des données de la base à travers le module d'approbation.

Archivage des rapports

✓ **Archivage des rapports physiques**

Les rapports produits par les établissements de santé doivent être archivés au moins pendant 10 ans dans un local dédié à cet effet.

Le local doit être :

- ✓ à l'abri des regards indiscrets donc accessibles uniquement au responsable de l'établissement sanitaire ou responsable des archives
- ✓ à l'abri de la chaleur et maintenir à une température ambiante de 15 à 25⁰ C.
- ✓ propre et nettoyé régulièrement au moins une fois par jour.
- ✓ à l'abri de l'humidité

Le stockage et l'archivage des documents d'archive doivent être strictement organisés et les documents archivés doivent être faciles à retrouver et ne doivent pas se détériorer.

Il existe plusieurs outils de rangement :

- ✓ Armoire de stockage ;
- ✓ Boîte d'archivage, classeur chrono ;
- ✓ Palette de stockage.

Le rangement obéit à plusieurs règles :

- ✓ Le rangement est fait en fonction du type de rapport ou dossier (Programme de santé...)
- ✓ Si rapport SIG
 - Classification dans les armoires de stockages par année en suivant l'ordre chronologique de production des rapports par mois.
 - Les années marquées sur le box de l'armoire doivent être chronologiques

❖ **Archivage des rapports électroniques**

Les données des logiciels DHIS2, SIGDEP2, eSIGL, OpenElis et autres logiciels doivent être sauvegardées sur des supports électroniques de stockages (Disque Dur externe, clé USB, CD, carte mémoire, serveur externe ou interne).

- La sauvegarde interne doit être faite chaque semaine sur un support externe et
 - la sauvegarde interne sur le disque de l'ordinateur doit être journalière.
- ✓ La sauvegarde doit être classifiée dans des dossiers dûment nommés et en fonction du type de programme ou d'activité
 - ✓ A l'intérieur du dossier de sauvegarde se trouve des sous-dossiers rangés par période (année puis mois)

VII.4. NIVEAU CENTRAL

COLLECTE DE DONNEES

- ❖ **Mettre à disposition les outils standards de collectes de données aux régions et aux districts**
Elaborer une matrice national des besoins en outils de collectes de données (région /districts)
Faire valider la matrice nationale des besoins en outils de collectes de données
Partager la matrice à tous les acteurs du système
- ❖ **Relancer les questionnaires de données des régions en cas de non exhaustivité des données**
Renseigner le registre de suivi des données de complétude et promptitude en marquant les appels et les harmonisations faites avec les CSE (QUOI ? QUI ? OU ? COMMENT? QUAND?)
QUOI = quel est le problème, de quoi il est question
QUI = qui a été contacté pour résoudre le problème, avec qui nous avons travaillé
OU = où le problème a été identifié, la région, le district, l'établissement de santé
COMMENT = comment le problème a été résolu, la méthodologie de résolution
QUAND ? = quand le problème a été résolu

TRAITEMENT DES DONNEES

- ❖ **Traiter les informations contenues dans les Bases de Données (DHIS2, e-SIGL)**
Elaborer les grilles de supervision pour évaluer la qualité des données
Superviser les questionnaires de données des districts et des régions
vérifier la qualité avec l'outil RDQA/DQA/PRISM
Vérifier la qualité des données de la base en faisant :
 - le contrôle de la cohérence interne des données (respect des cascades, respect des règles de validation).
 - le contrôle de la cohérence externe des données (comparaison historique sur 03 ou 06 mois dans la même année ou croisement avec d'autres données externes).Rédiger un rapport de vérification, de la qualité des données et le partager aux acteurs par mail ou au cours des réunions mensuelles
Rédiger un rapport de correction des incohérences observées
- ❖ **Rattraper les données manquantes, corriger les données aberrantes puis approuver et accepter les données des régions sanitaires**
Renseigner le registre de suivi de la gestion et la qualité des données en se posant les questions :
(QUOI ? QUI ? OU ? COMMENT? QUAND?)
QUOI = quel est le problème, de quoi il est question
QUI = qui a été contacté pour résoudre le problème, avec qui nous avons travaillé
OU = où le problème a été identifié, la région, le district, l'établissement de santé
COMMENT = comment le problème a été résolu, la méthodologie de résolution
QUAND ? = quand le problème a été résolu

ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

- ✓ Afficher chaque mois les complétudes des rapports ainsi que les tableaux, graphiques et cartes.....
- ✓ Créer des tableaux de bord des indicateurs clés des programmes à partir des logiciels du SNIS.
- ✓ Mettre à jour les tableaux de bord des indicateurs clé des programmes
- ✓ Produire des documents sur la base des indicateurs des bases de données

DIFFUSION DE DONNEES

❖ **Faire la rétro-information de manière trimestrielle**

- ✓ Etablir une liste des destinataires
- ✓ Archiver les accusés de réception

UTILISATION DES DONNEES

❖ **Prendre des décisions sur la base des informations produites**

- ✓ Identifier les parties prenantes (Structures et Spécialistes)
- ✓ Associer les parties prenantes aux réunions de revues et de présentations de données
- ✓ Aborder les thématiques suivantes lors des rencontres :
 - la qualité des données
 - l'évolution des indicateurs clés de santé
 - la gestion du système de santé
 - La Planification et l'allocation des ressources

❖ **Faire le suivi des décisions prises**

- Organiser des réunions de suivis
- Organiser des supervisons

Gestion de la base de données

❖ **Mettre à jour la base de données**

- ✓ Créer des structures sanitaires dans la base de données et assigner les formulaires de saisie aux structures sanitaires
- ✓ Créer / assigner des rôles et des unités d'organisations aux utilisateurs
- ✓ Produire et partager aux CSE et Gestionnaires de données un rapport sur les formulaires assignés aux établissements
- ✓ Produire et partager un rapport de mise à jour de la base (utilisateurs, unités d'organisation, droit d'accès)
- ✓ Renseigner un registre de suivi de la gestion de la base de données
(**QUOI ? QUI ? OU ? COMMENT ? QUAND ?**)
 - QUOI** = quel est le problème, de quoi il est question
 - QUI** = qui a été contacté pour résoudre le problème, avec qui nous avons travaillé
 - OÙ** = où le problème a été identifié, la région, le district, l'établissement de santé
 - COMMENT** = comment le problème a été résolu, la méthodologie de résolution
 - QUAND ?** = quand le problème a été résolu

❖ **Maintenance du serveur**

- ✓ Renseigner la fiche de suivi de la fonctionnalité du serveur
(**QUOI ? QUI ? OU ? COMMENT ? QUAND ?**)
 - QUOI** = quel est le problème, de quoi il est question
 - QUI** = qui a été contacté pour résoudre le problème, avec qui nous avons travaillé
 - OÙ** = où le problème a été identifié, la région, le district, l'établissement de santé
 - COMMENT** = comment le problème a été résolu, la méthodologie de résolution
 - QUAND ?** = quand le problème a été résolu

Gestion des matériels informatiques

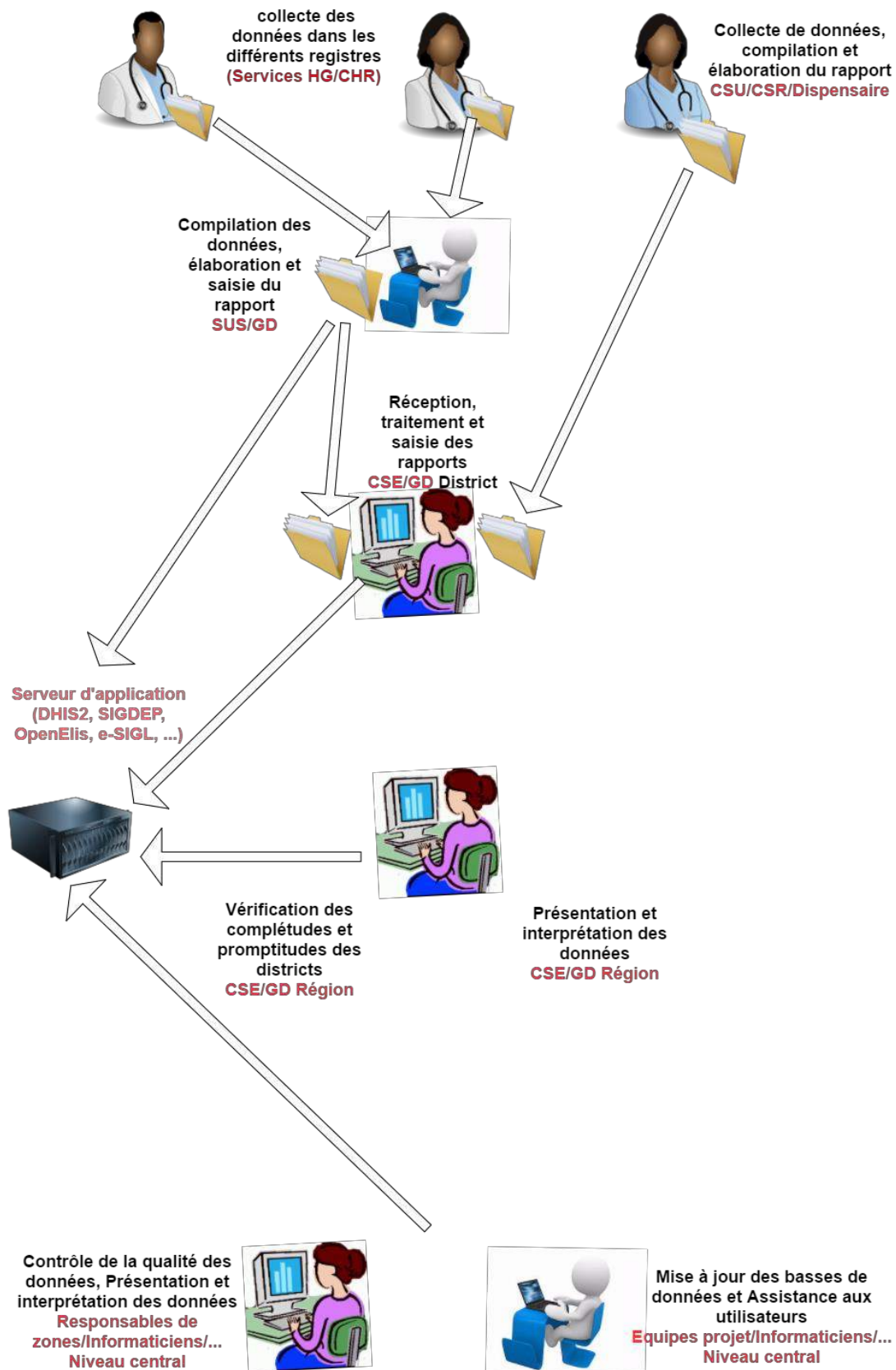
❖ Réceptionner le matériel informatique mis à la disposition pour la gestion des données

- ✓ Remplir le cahier de réception du matériel informatique
- ❖ Procéder à l'installation du matériel informatique
 - ✓ Elaborer une fiche de déploiement du matériel informatique
 - ✓ Faire la maintenance du matériel informatique dédié au SISR
 - ✓ Renseigner la fiche d'entretien

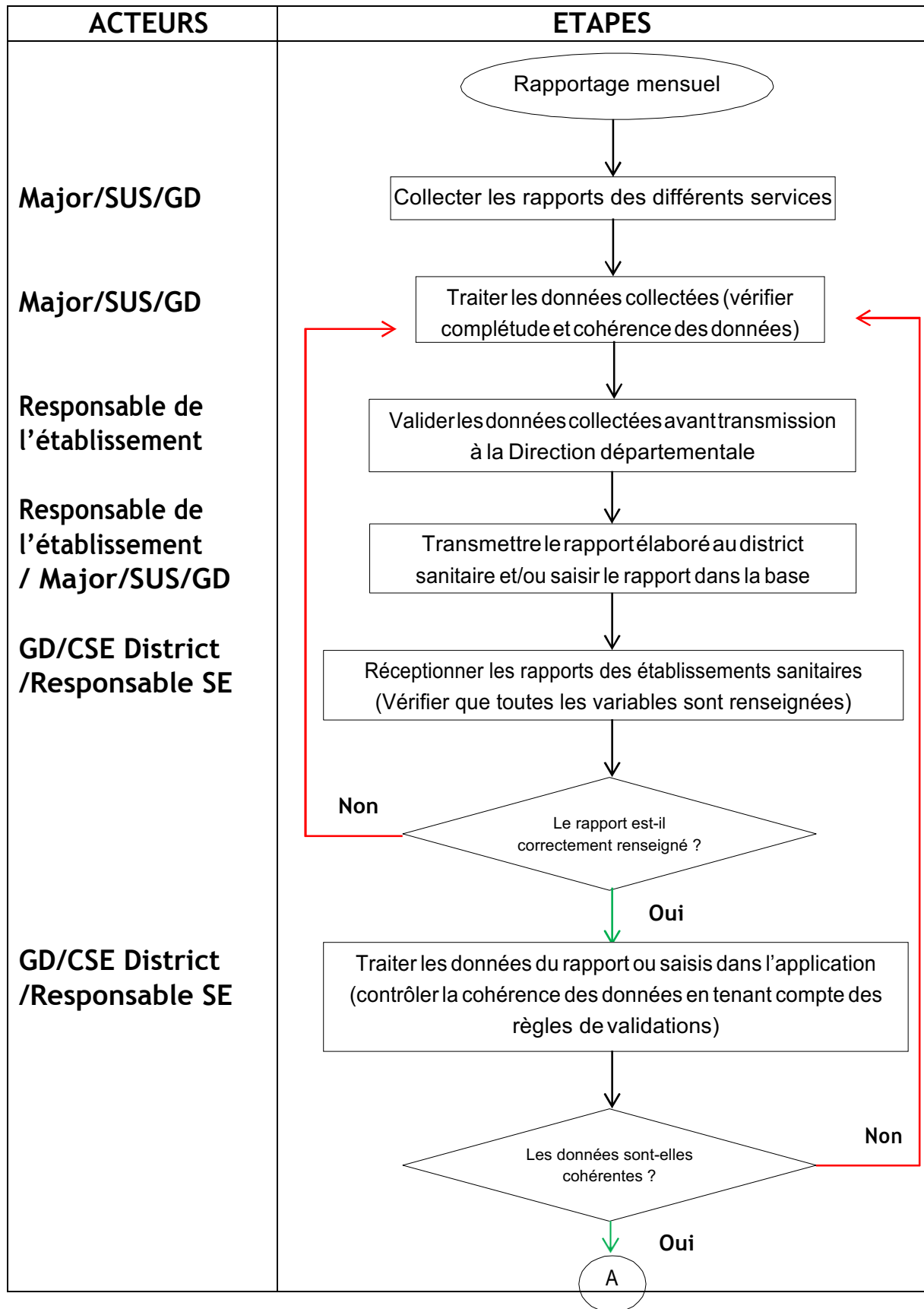
❖ Renouveler le matériel informatique

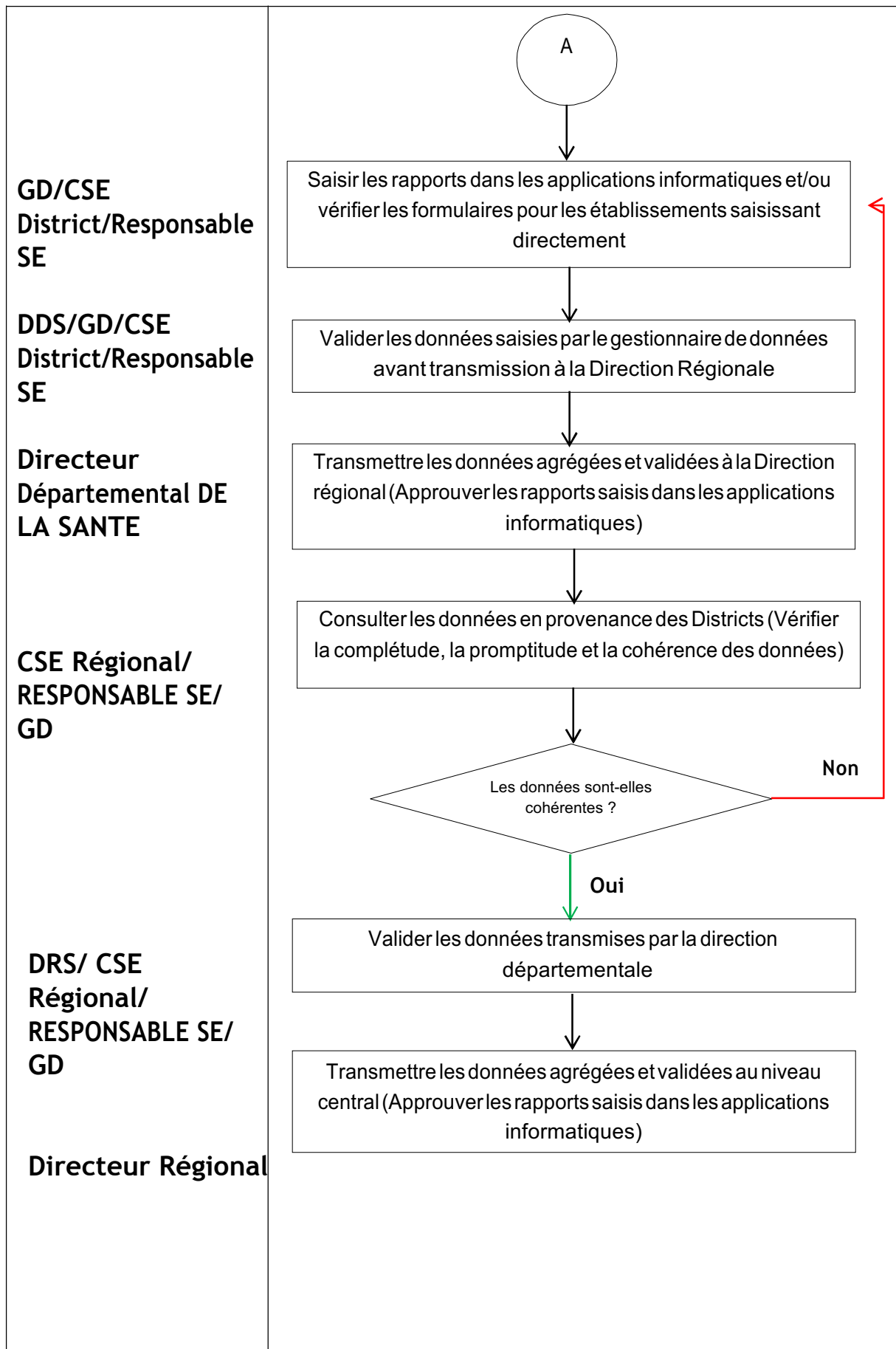
- ✓ Produire une fiche d'inventaire intégrant le suivi de la durée d'utilisation du matériel informatique.
- ✓ Disposer d'une fiche d'estimation des besoins en équipement informatique.
- ✓ Diffuser le plan de renouvellement et de maintenance des équipements informatiques à tous les bailleurs
- ✓ Produire un document de plaidoyer
- ✓ Organiser des rencontres semestrielles de suivi du plan de renouvellement et de maintenance des équipements informatiques à tous les bailleurs

VIII. SCHEMA DU CIRCUIT DE LA COLLECTE ET TRANSMISSION DES DONNEES



IX. LOGIGRAMME





REGLES DE COHERENCE DES ITEMS DU RAPPORT SIG

ACTIVITES	TABLEAUX	REGLES DE VALIDATION
ACTIVITES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau1 	✓ Nombre de consultant doit être inférieur ou égal au nombre de consultation
ACTIVITES DE SUIVI DE LA MERE ET DE L'ENFANT	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3 	✓ Grossesse à risque en CPN1 inférieur ou égal à 1ère consultation prénatale au cours du 1er trimestre de la grossesse+1ère consultation prénatale autre trimestre de la grossesse
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 5 	✓ Nombre de femmes enceintes vues en CPN et ayant reçu une MILDA inférieur ou égal à 1ère consultation prénatale au cours du 1er trimestre de la grossesse + 1ère consultation prénatale autre trimestre de la grossesse+2ème consultation prénatale+3ème consultation prénatale+4ème consultation prénatale + 5ème consultation prénatale et plus
		✓ Nombre de femmes enceintes vues en CPN et mise sous Fer + folate Cp inférieur ou égal à 1ère consultation prénatale au cours du 1er trimestre de la grossesse + 1ère consultation prénatale autre trimestre de la grossesse+2ème consultation prénatale+3ème consultation prénatale+4ème consultation prénatale + 5ème consultation prénatale et plus
		✓ Nombre de femmes enceintes vues en CPN et déparasitées inférieur ou égal à 1ère consultation prénatale au cours du 1er trimestre de la grossesse + 1ère consultation prénatale autre trimestre de la grossesse+2ème consultation prénatale+3ème consultation prénatale+4ème consultation prénatale + 5ème consultation prénatale et plus

ACTIVITES	TABLEAUX	REGLES DE VALIDATION
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 6 et 7 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre total d'accouchements enregistrés dans l'établissement (Accouchement dans l'établissement+ Accouchement à domicile) égale au nombre total statut vaccinal (tableau 7)
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Naissance vivante + mort-né frais + mort nés macérés supérieur ou égale au nombre total d'accouchement enregistré dans l'établissement (tableau 6)
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'Enfants nés vivants dont le poids de naissance est inférieur à 2500 g inférieur ou égale au Nombre de Naissances vivantes
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 11 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'enfants ayant reçu une MILDA au cours du PEV inférieur ou égal au nombre d'enfants vus en vaccination PEV de routine (valable pour chaque tranche d'âge)
ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 13 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de clients dépistés inférieur ou égale aux clients conseillés selon les tranches d'âges et le sexe
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de clients conseillés et dépistés pour le VIH ayant reçu le résultat du test inférieur ou égal aux clients dépistés selon les tranches d'âges et le sexe
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de clients conseillés et dépistés pour le VIH ayant reçu le résultat du test supérieur ou égal aux clients dépistés positifs selon les tranches d'âges et le sexe
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau14 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de clients dépistés inférieur ou égale aux clients conseillés selon le type de population
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de clients conseillés et dépistés pour le VIH ayant reçu le résultat du test inférieur ou égal aux clients dépistés selon le type de population
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de clients conseillés et dépistés pour le VIH ayant reçu le résultat du test supérieur ou égal aux clients dépistés positifs selon le type de population

ACTIVITES	TABLEAUX	REGLES DE VALIDATION
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 15 	✓ Nombre de personnes atteintes d'une IST dépistée positive au VIH est inférieur ou égale au nombre de personnes atteintes d'une IST dépistée au VIH
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 16 	✓ Nombre de femmes enceintes dépistée séropositives au VIH inférieur ou égal au nombre de femmes enceintes conseillées et testées qui ont reçu leur résultat du test VIH en CPN et en maternité
		✓ Nombre de femmes enceintes séropositives déjà sous traitement ARV et reçu en CPN1 inférieur ou égal au nombre de femmes enceintes reçues en CPN 1 et se connaissant déjà séropositives au VIH
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 20 	✓ Nombre total de patients VIH positifs ayant reçu les soins dans l'établissement au cours du mois supérieur ou égal au nombre de nouveaux patients VIH positifs inscrits dans les soins du VIH au cours du mois dans l'établissement et ce par tranche d'âge, par sexe et chez la FE et la F allaitante
ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 21 	✓ Nombre de PVVIH sous traitement ARV dont la charge virale ≤ 1000 copies/ml au cours du mois inférieur ou égal au nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une charge virale au cours du mois par tranche d'âge par sexe et chez les FE et allaitante

ACTIVITES	TABLEAUX	REGLES DE VALIDATION
ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 22a 	✓ Nombre de PVVIH ayant bénéficié du paquet minimum de services de santé positive dignité et prévention à la dernière visite inférieur ou égal au nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement au cours du mois (colonne 4 tableau 20) par tranche d'âge, par sexe et chez les FE et allaitantes
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 22b 	✓ Nombre de PVVIH nouvellement mis sous CTX au cours du mois (nouveaux cas) + nombre de PVVIH déjà sous CTX venus renouveler au cours du mois (anciens cas) inférieur ou égal au nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement au cours du mois (colonne 4 tableau 20) par tranche d'âge, par sexe et chez les FE et allaitantes
		✓ Nombre de patients VIH positif dépistés malnutris au cours du mois inférieur ou égal au nombre de patients VIH positifs ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle au cours du mois
ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 23 	✓ Nombre de PVVIH sous ARV (file active) supérieur ou égal au nombre de PVVIH commençant le traitement ARV dans l'établissement au cours du mois par tranche d'âge et par sexe
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 24 	✓ Total 1ère et 2ème ligne Nouvelles inclusions (Patients commençant la ligne/le régime pour la première fois de leur suivi, exclure les transférés) (tab24) égal au Nombre de Patients VIH positif ayant nouvellement commencé (initié) le traitement ARV dans l'établissement au cours du mois par tranche d'âge par sexe (tab23)
		✓ Total 1ère et 2ème ligne Répartition des patients de la file active (tab24) égal au Nombre de Patients VIH positif sous ARV (file active) (tab23)

ACTIVITES	TABLEAUX	REGLES DE VALIDATION
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 25 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de patient VIH positif ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose à la dernière visite inférieur ou égal au Nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement au cours du mois ✓ Nombre de PVVIH suspects de tuberculose chez qui la tuberculose a été diagnostiquée inférieur ou égal au Nombre de patient VIH positif ayant Bénéficié d'une Recherche active de la tuberculose à la dernière visite par tranche d'âge, par sexe et chez les FE et allaitantes
ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 28 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre total de patients de la cohorte en vie et sous traitement ARV 12 mois après le début du Traitement inférieur ou égal au Nombre total de patients de la cohorte à 12 mois de suivi selon le sexe et l'âge ✓ Nombre de patients de la cohorte sous ARV avec un résultat de la charge virale \leq 1000 copies/ml à 12 mois après la mise sous TARV (suppression de la charge virale) inférieur ou égal au nombre de patients de la cohorte sous ARV chez qui la charge virale a été demandée, 12 mois après la mise sous TARV
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 30 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de femmes séropositives au VIH dépistées pour le cancer du col de l'utérus par l'IVA inférieur ou égal au nombre de femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus par l'IVA selon l'âge ✓ Nombre de femmes dépistées présentant des lésions précancéreuses du col de l'utérus inférieur ou égal au nombre de femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus par l'IVA selon l'âge ✓ Nombre de femmes séropositives au VIH présentant des lésions précancéreuses du col de l'utérus inférieur ou égal au nombre de femmes séropositives au VIH dépistées pour le cancer du col de l'utérus par l'IVA selon l'âge

ACTIVITES	TABLEAUX	REGLES DE VALIDATION
		✓ Nombre de femmes dépistées présentant des lésions précancéreuses du col de l'utérus référée vers une structure inférieur ou égal au nombre de femmes dépistées présentant des lésions précancéreuses du col de l'utérus selon l'âge
MORBIDITE	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="555 635 763 667">• Tableau 34 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="969 443 2085 523">✓ Cas de paludisme simple + cas de paludisme grave inférieur ou égal aux cas suspect de paludisme <li data-bbox="969 523 2085 603">✓ Cas de paludisme simple FE + cas de paludisme grave FE inférieur ou égal aux cas suspect de paludisme FE <li data-bbox="969 635 2085 675">✓ Cas de paludisme simple FE inférieur ou égal aux cas de paludisme simple <li data-bbox="969 707 2085 746">✓ cas de paludisme grave FE inférieur ou égal aux cas de paludisme grave <li data-bbox="969 778 2085 858">✓ Cas de paludisme simple FE avec prescription de CTA inférieur ou égal au cas de paludisme simple avec prescription de CTA
MORBIDITE	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="555 986 779 1018">• Tableau 37c <li data-bbox="555 1098 763 1129">• Tableau 38 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="969 922 2085 1002">✓ Rumeurs de cas de ver de guinée investigués inférieur ou égal aux rumeurs de cas de ver de guinée signalés <li data-bbox="969 1002 2085 1082">✓ Rumeurs de cas de ver de guinée investigués dans les 24 H inférieur ou égal aux rumeurs de cas de ver de guinée investigués <li data-bbox="969 1090 2085 1129">✓ Cas de drépanocytose SS inférieur ou égal aux cas de drépanocytose
REALISATION DES TESTS RAPIDES DE DEPISTAGE AU NIVEAU DU POSTE	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="555 1141 947 1220">• Tableaux 41a et 42b (rapport A) ; <li data-bbox="555 1220 947 1300">• Tableaux 80a et 84 (rapport B1) <li data-bbox="555 1300 947 1380">• Tableaux 90a et 94 (rapport C1) 	✓ TDR positif + GE positive égal aux Cas de paludisme simple + cas de paludisme grave (tab34)

ACTIVITES	TABLEAUX	REGLES DE VALIDATION
ET AU NIVEAU LABORATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 42c (rapport A) • Tableaux 80b (rapport B1) • Tableaux 90b (rapport C1) 	✓ Total tests réalisés égal au total test positif + total test négatif + total test invalide
	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 42c (rapport A) • Tableaux 80a et 84 (rapport B1) • Tableaux 90a et 94 (rapport C1) 	✓ Total de personnes dépistées positives au VIH égal au total pers dépistées positives VIH1+ total pers dépistées positives VIH2+ total pers dépistées positives VIH1et2
CABINET DENTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 43c (rapport A) • Tableaux 88 (rapport B1) • Tableaux 98 (rapport C1) 	✓ Nombre de consultants ≤ au nombre de consultations
ACTIVITES DE SSSU	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 46 (rapport A) 	✓ Nombre d'élèves reçus et déparasités ≤ au nombre d'élèves visités

NB : Pour les Bilans trimestriels d'activités

Détermination du dénominateur (population) des indicateurs pour un trimestre d'activité :

Rappel formule de calcul des taux

$$\text{Taux} = \frac{\text{Nombre de " changements " d'états pendant une durée T}}{\text{Nombre de sujet à risque de changement d'état pendant cette durée T}}$$

Le dénominateur : il s'agit de la population soumise au risque, soumise à

l'évènement  **Donc pas toujours toute la population**

Dans quel cas il convient de diviser la population totale annuelle par quatre pour les bilans trimestriels et dans quel cas il ne faut pas le faire ?

1- Pour les phénomènes ou événements prévisibles auxquels la population concernée ne peut être exposée qu'une seule fois dans la période, on décide de prendre en compte une certaine taille de la population chaque trimestre, alors on peut diviser la population pour constituer le dénominateur.

Exemple d'indicateurs :

- Couverture vaccinale
- Couverture en CPN
- Proportion d'accouchements assistés
- ...

2- Pour les phénomènes ou événements imprévisibles susceptibles de Toucher toute la population concernée dans la période, on ne doit pas diviser la population

Exemple d'indicateurs :

- Taux d'utilisation des services de consultation de soins
- Taux de fréquentation des services de consultation de soins
- Incidence d'une maladie,
- Prévalence d'une maladie,
- Etc.

Exemple pour ce 2^e cas

Soit 2400 la population annuelle

Pour calculer le taux d'utilisation du service de consultation curative par trimestre : c'est la formule B qui est juste

Formule A : pas juste	T1	T2	T3	T4	Cumule	Annuel
Consultants	300	400	500	200		1400
Population	600	600	600	600		2400
Taux d'utilisation (%)	50	67	83	33	233	58

Formule B : juste	T1	T2	T3	T4	Cumule	Annuel
Consultants	300	400	500	200		1400
Population	2400	2400	2400	2400		2400
Taux d'utilisation (%)	13	17	21	8	58	58

- Le taux d'utilisation du service de consultation curative au premier trimestre est de 13% et non 50%

X. PROCEDURES DE REPROGRAPHIE DES OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

X.1. NIVEAU CENTRAL

X.1.1.Reprographie

➤ Estimation des quantités annuelles d'outils

- ✓ Un comité du niveau central composé par la DGS, la DIIS, les programmes de santé et des partenaires, se chargera de faire l'estimation des besoins annuels en outils par région et districts sanitaires. Cette estimation se fera à partir des indicateurs transmis au niveau central à travers les différentes bases de données et aussi sur la base des consommations en outils communiquées par les régions sanitaires.
- ✓ Un fichier consolidé des besoins annuels en outils de collecte de données de routine sera partagé par la Direction en charge de l'informatique et de l'information sanitaire (DIIS) à tous les acteurs nationaux et partenaires. Le fichier des besoins annuels en outils de collecte au niveau national doit être validé, disponible **avant fin Avril de l'année N** et permettra de corriger les estimations de **l'année N** et faire les projections en outils pour **l'année N+1**.

➤ Reproduction des outils

- ✓ La reproduction des outils est faite par un fournisseur sélectionné à cet effet. La sélection du fournisseur/imprimeurs se fera sur la base de la réglementation Ivoirienne en vigueur en matière d'appels d'offre.
- ✓ Toutes les reprographies d'outils de collecte faites par les structures du niveau central à l'endroit des régions et districts sanitaires doivent être coordonnées par le comité central afin de permettre une meilleure gestion du flux d'outils reproduits. Les partenaires (PMO, PTF, Bailleurs...) doivent informer le comité central en cas reprographie d'outils sur leur ligne budgétaire interne.
- ✓ Un échantillon de chaque outil à reproduire doit être validé par la DIIS avant le tirage à grande échelle par le fournisseur. Signature et cachet de la DIIS sur la page de garde de l'outil faisant foi.
- ✓ Après la reproduction des quantités d'outils sur le dossier d'appel d'offre par le fournisseur, la DIIS effectuera une visite de contrôle afin de délivrer une « **ATTESTATION DE SERVICES FAITS** » au fournisseur. C'est après l'obtention de ce document que le fournisseur commencera la distribution des outils dans les régions sanitaires.

X.1.2. Distribution

La distribution des outils reproduits se fera par le fournisseur sélectionné, le coût de la distribution étant inclus dans l'appel d'offre.

Le fournisseur déposera les quantités d'outils estimées d'une région sanitaire donnée au niveau du siège de ladite région sanitaire, tout en faisant un paquet par district selon les estimations. Au cours de la distribution, le fournisseur devra récupérer une décharge du bureau de région, le cachet de la région sanitaire et la signature d'un membre du bureau de la région sanitaire ou de l'équipe régionale de santé faisant foi.

Une copie des décharges de distribution doivent être déposées à la DIIS par le fournisseur, pour le compte du comité central.

X.1.3. Suivi de la gestion des outils de collecte de données

Une matrice de collecte d'informations sur la gestion des stocks d'outils de collecte, élaborée par le comité central permettra de faire le suivi des consommations et les besoins des entités déconcentrées en outils de collecte.

Une rencontre trimestrielle du comité central avec les autres acteurs, permettra de faire un état des lieux en besoin en outils et proposer des solutions pour éviter les ruptures en outils de collecte de données.

X.2. NIVEAU REGION

X.2.1.Reprographie

➤ Estimation des quantités annuelles d'outils

- ✓ L'équipe régionale se chargera de faire l'estimation des besoins annuels en outils pour ses districts sanitaires, sur la base des indicateurs transmis dans les différentes bases de données et aussi les consommations en outils communiquées par les districts sanitaires.
- ✓ Un fichier consolidé des besoins annuels en outils de collecte de données de routine sera transmis par la région à la DIIS pour le comité central.

➤ Reproduction des outils

- ✓ L'équipe régionale de la santé devra communiquer les maquettes électroniques des outils en vigueur à tous ses districts sanitaires. L'équipe de régional de la santé devra coordonner et participer à la reproduction locale des outils faite par PMO dans son aire.

- ✓ Un échantillon de chaque outil à reproduire doit être validé par l'équipe régionale avant le tirage à grande échelle par le fournisseur. Signature et cachet de la région sur la page de garde de l'outil faisant foi.
- ✓ Après la reproduction des quantités d'outils sur le dossier d'appel d'offre par le fournisseur, la région effectuera une visite de contrôle afin de délivrer une « **ATTESTATION DE SERVICES FAITS** » au fournisseur. C'est après l'obtention de ce document que le fournisseur commencera la distribution des outils dans les aires concernés sous la supervision de l'équipe régionale de santé.

X.2.2. Distribution

La distribution des outils reproduits se fera par le fournisseur sélectionné sous la supervision de l'équipe régionale de santé.

Le fournisseur déposera les quantités d'outils estimées dans les aires concernés, avec récupération des décharges des responsables des aires concernés.

Une copie des décharges de distribution doivent être déposées à la région par le fournisseur.

La région devra transmettre une copie de ces décharges à la DIIS, pour le comité central.

X.2.3. Suivi de la gestion des outils de collecte de données

L'équipe de région devra renseigner chaque mois la matrice de collecte d'informations sur la gestion des stocks d'outils et la transmettre à la DIIS pour le comité central avant le 15 du mois suivant.

Une rencontre trimestrielle de l'équipe de région avec autres acteurs, permettra de faire un état des lieux en besoin en outils et proposer des solutions pour éviter les ruptures en outils de collecte de données.

X.3. NIVEAU DISTRICT

X.3.1.Reprographie

➤ Estimation des quantités annuelles d'outils

- ✓ L'équipe cadre de district se chargera de faire l'estimation des besoins annuels en outils pour tous les établissements sanitaires de son aire, sur la base des indicateurs transmis dans les différentes bases de données et aussi les consommations en outils communiquées par lesdits établissements.
- ✓ Un fichier consolidé des besoins annuels en outils de collecte de données de routine sera transmis par le district à la région sanitaire dont il dépend.

➤ Reproduction des outils

- ✓ L'équipe cadre de district devra demander à la région sanitaire, les maquettes électroniques des outils en vigueur avant toute reprographie d'outils.
- ✓ La reproduction des outils est faite par un fournisseur sélectionné à cet effet. La sélection du fournisseur/imprimeurs se fera sur la base de la réglementation Ivoirienne en vigueur en matière d'appels d'offre.
- ✓ Toutes les reprographies d'outils effectuées par le bureau du district sur le budget général de l'Etat (BGE) ou une autre structures partenaire (PMO, collectivités, entreprises privés) devront être communiquées au bureau de région pour information.
- ✓ Après validation des échantillons d'outils à reproduire, l'équipe du district validera également les quantités estimées, reproduites par le fournisseur.
- ✓ Après la reproduction des quantités d'outils sur le dossier d'appel d'offre par le fournisseur, le district devra fournir une « **ATTESTATION DE SERVICES FAITS** » au fournisseur, suite à une visite de contrôle.

X.3.2. Distribution

La distribution des outils reproduits se fera par l'équipe du district à chaque établissement sanitaire concerné, lors des rencontres mensuelles ou des supervisions.

Après la distribution des outils par l'équipe du district, un rapport de la distribution des outils devra être transmis au bureau de région par l'équipe du district.

X.3.3. Suivi de la gestion des outils de collecte de données

L'équipe du district devra renseigner chaque mois la matrice de collecte d'informations sur la gestion des stocks d'outils et la transmettre à la région avant le 10 du mois suivant.

Une rencontre mensuelle de l'équipe de district avec les responsables des établissements de santé de son aire et les autres acteurs, permettra de faire un état des lieux en besoin en outils et proposer des solutions pour éviter les ruptures en outils de collecte de données.

X.4. NIVEAU ETABLISSEMENT DE SANTE

X.4.1.Reprographie

- **Estimation des quantités annuelles d'outils**

- ✓ Le responsable de l'établissement sanitaire devra faire l'estimation des besoins annuels en outils pour son établissement de santé sur la base des données de routine et des consommations en outils observées.
- ✓ Un fichier consolidé des besoins annuels en outils de collecte de données de routine sera transmis au district sanitaire.

➤ **Reproduction des outils**

- ✓ Pour les établissements disposant de leur ligne budgétaire sur le BGE, leurs responsables devront demander au district sanitaire, les maquettes électroniques des outils en vigueur avant toute reprographie d'outils.
- ✓ La reproduction des outils est faite par un fournisseur sélectionné à cet effet. La sélection du fournisseur/imprimeurs se fera sur la base de la réglementation Ivoirienne en vigueur en matière d'appels d'offre.
- ✓ Toutes les reprographies d'outils effectuées par l'établissement sur le budget général de l'Etat (BGE) ou par autre structures partenaire (PMO, collectivités, entreprises privés) devront être communiquées au bureau du district pour information.

X.4.2. Suivi de la gestion des outils de collecte de données

Le responsable de l'établissement devra renseigner chaque mois la matrice de collecte d'informations sur la gestion des stocks d'outils et la transmettre au district sanitaire avant le 05 du mois suivant.

Une rencontre mensuelle de l'équipe de district avec les responsables des établissements de santé de son aire et les autres acteurs, permettra de faire un état des lieux en besoin en outils et proposer des solutions pour éviter les ruptures en outils de collecte de données.

CONCLUSION

Les données sont un élément déterminant dans le processus de suivi-évaluation (S&E), de gestion de projets et programmes de santé. Ainsi, la mise en place de procédures visant à standardiser la gestion des données dans le SNIS (collecte, traitement, analyse, diffusion et utilisation) permettra d'améliorer la qualité des données produites pour une meilleure gestion du système de santé.

Ce manuel de procédures de gestion des données doit être rendu disponible auprès de tous les acteurs du SNIS, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, afin qu'ils s'approprient ces procédures pour garantir la qualité des données et une bonne prise de décisions dans le système de santé.

**LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE REVISION DU
MANUEL DE PROCEDURES DE GESTION DES DONNEES DU SNIS**

No.	NOM & PRENOMS	INSTITUTION	FONCTION
1	ASSIE N'da Kouassi Marcellin.	DGS	CE
2	SANOGO Yaya	DRSHP-N'ZI-IFFOU	CSE
3	KOUAKOU Hugues-Arsène	DDSHP Méagui	DDS
4	N'GUESSAN Reine Affoué	DDSHP PRIKRO	CSE
5	KOYE Affia Marcelline	PNLS	SE
6	KONAN Kouamé Guy Marcel	PNN	Médecin/SVNE
7	AFFI Assamoah Mathieu	CSR NOFFOU/DDS DIMBOKRO	IDES/MAJOR
8	OBITE Gbakré Guy	PNSME	Assistant S&E
9	OULAI Ibodé Valéri	PNLT	Informaticien S&E
10	KADIO Aka	DIIS	Médecin
11	YORO BI Vanié Michel	ALLIANCE-CI	CSE
12	BOSSO Edwige	MEASURE Evaluation	Directrice Adjointe
13	N'GUESSAN Kouamé Bakan Fidèle	SEV-CI	Responsable Base de données
14	KOUADIO Bah Arnaud	MEASURE Evaluation	CTP HMIS
15	BOGUI Serge Pacôme Evrard	MEASURE Evaluation	IT Assistant
16	MALE Mominé Félix	DIIS	S/D de l'Information et de la Carte Sanitaire
17	N'ZI N'Guessan Abel	MEASURE Evaluation	IT assistant
18	EHUI Anicet	PNLP	Gestionnaire de Données
19	KATIA Akaffou	DIIS	IDES
20	N'GUESSAN Kouassi Noël	SAVE THE CHILDREN	Chargé de Suivi-Evaluation
21	LEBRI Christine épouse GBAKA	CHR Yamoussoukro	Surveillante Générale
22	ASSI Sylviane Apo épouse JEAN	DRSHP BELIER	CSE
23	KOUAME Kouassi	CHR Yamoussoukro	Médecin
24	N'GUESSAN Kouamé Germain	DDS Yamoussoukro	IDE
25	ABOUA Dain Leonard	DDS/Bouaflé	IDE/ CSE
26	EFFI BISSIE Ya Monique	DDS Cocody B.	Médecin (SAS)
27	GNAGBO Dabé Constant	DRSHP/GNSP	CSE
28	AHIMON Flauria	DIIS	Pharmacien
29	EBAH Aka Laurence	FONDATION ARIEL GLASER	CTSSE
30	ALLANGBA Maximin	DIIS	Informaticien
31	BA-GOMIS Olivier	MEASURE Evaluation	Conseiller Technique en S&E
32	DJODJO Souagnon	DIIS	IDES
33	N'CHOT Valérie	DSC	Pharmacien

Élaboré avec le soutien de



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MEASURE
Evaluation