



Manuel des Normes et Procédures du Système National d'Information Sanitaire à Madagascar

Décembre 2017

Manuel des Normes et Procédures

du Système National d'Information Sanitaire à Madagascar

Décembre 2017

MEASURE Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street Building C, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina, USA 27516
Phone: +1 919-445-9350
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

This publication was produced with the support of the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of MEASURE Evaluation cooperative agreement AID-OAA-L-14-00004. MEASURE Evaluation is implemented by the Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill in partnership with ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health; Palladium; and Tulane University. Views expressed are not necessarily those of USAID or the United States government. SR-17-147 FR



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



U.S. President's Malaria Initiative



MEASURE
Evaluation

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique est conscient de la place importante de la gestion des informations sanitaires pour une planification logique, cohérente, et appropriée des interventions en matière de développement sanitaire à Madagascar. C'est ainsi qu'il a initié, depuis 2013 et avec l'appui inconditionnel de ses partenaires techniques et financiers, le renforcement du Système d'Information Sanitaire dans le pays. Dès lors, tous les efforts se sont convergés vers la mise en place de tous les mécanismes et outils concourant à la performance du Système d'Information Sanitaire.

Le présent Manuel des Normes et Procédures du Système National d'Information Sanitaire constitue un outil précieux pour résoudre en profondeur les problèmes récurrents de la non-disponibilité de données et informations sanitaires de qualité à Madagascar. Il est le fruit d'un processus inclusif et de la collaboration efficace entre les différents Programmes du Ministère de la Santé Publique et les Partenaires Techniques et Financiers. Il définit le cadre de référence à respecter pour la génération d'informations sanitaires dans le pays. L'objectif poursuivi est de disposer, en temps réel et à tous les niveaux, de données et d'informations complètes, fiables, exploitables et permettant une prise de décision appropriée à tous les niveaux du système de santé.

J'ose espérer que tous les acteurs du développement sanitaire du pays s'alignent à ce précieux document de travail. J'exhorte tous les acteurs nationaux, internationaux et communautaires à s'y référer dans le rapportage et la documentation de chacune de leurs interventions.

Antananarivo, le

Le Ministre de la Santé Publique,



Pr. ANDRIAMANARIVO M. Lalatiana

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique exprime sa sincère gratitude et ses profondes reconnaissances à toutes les entités et individus qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration et à la validation de ce Manuel des normes et procédures du Système National d'Information Sanitaire à Madagascar. De vifs remerciements sont adressés particulièrement :

- aux techniciens des différents Programmes de santé et des Directions Centrales du Ministère de la Santé Publique pour leur persévérance et leurs efforts depuis la conception jusqu'à la validation de ce document ;
- aux techniciens de la Direction Régionale de la Santé Publique Atsinanana pour leur participation et leur contribution efficace durant l'atelier d'élaboration de ce manuel ;
- aux techniciens des différents Partenaires Techniques et Financiers pour leur appui efficace et leurs conseils avisés ;
- à l'USAID/PMI et à MEASURE Evaluation pour leurs contributions tant techniques que financières à la réussite de la conception et de la validation de ce document.

Au nom du Peuple Malagasy, bénéficiaire final de tous nos investissements : MISAOTRA TOMPOKO !

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AC	: Agent Communautaire
BSD	: Bureau de Santé du District
CHRD	: Centre Hospitalier de Référence du District
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
COSAN	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Pré-Natale
CPoN	: Consultation Post-Natale
CSB	: Centre de Santé de Base
CSU	: Couverture Santé Universelle
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DHIS 2	: District Health Information System (2 ^{ème} génération)
DRS	: Direction Régionale de la Santé Publique
DSI	: Direction du Système d'Information
DVSSE	: Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique
EC	: Equipe Cadre
FDF	: Formation des Formateurs
FS	: Formation Sanitaire
GESIS	: Gestion pour le Système d'Information Sanitaire
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PDSS	: Plan de Développement du Secteur Santé
PEC	: Prise En Charge
PNS	: Politique Nationale de Santé
PSRSIS	: Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers

RMA	: Rapport Mensuel d'Activité
RDT	: Rapid Diagnostic Test
RSS	: Renforcement du Système de Santé
SDSP	: Service du District de la Santé Publique
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SISR	: Système d'Information Sanitaire de Routine
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SSSD	: Service des Statistiques Sanitaires et Démographiques
TIC	: Technologies de l'Information et de la Communication
TPI	: Traitement Préventif Intermittent du paludisme

SOMMAIRE

PREFACE.....	1
REMERCIEMENTS	1
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	5
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	9
2. ORGANISATION DU MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE	11
3. PRINCIPES ET MISSIONS DU SIS.....	12
3.1 Définition du SIS	12
3.2 Principes.....	12
3.3 Missions.....	12
3.4 Objectifs.....	13
3.4.1 Objectif général du renforcement du SIS.....	13
3.4.2 Objectifs spécifiques du renforcement du SIS	13
3.4.3 Objectifs de l'élaboration du manuel des normes et procédures de gestion du SIS	14
4. DESCRIPTION DU CADRE NORMATIF	15
4.1 Fonctionnement du SIS.....	15
4.1.1 Au niveau communautaire	15
4.1.2 Au niveau des Formations Sanitaires.....	16
4.1.3 Au niveau du SDSP.....	18
4.1.4 Au niveau de la Direction Régionale de la Santé.....	19
4.1.5 Au niveau central	20
4.1.6 Activités communes à tous les niveaux.....	22
4.2 Circuits de transmission de l'information	24
4.3 Processus de production et de gestion des données du SIS de routine.....	26
4.3.1 Collecte des données.....	28
4.3.2 Compilation et transmission des données.....	29
4.3.3 Traitement et analyse des données	35
4.3.4 Utilisation de l'information	37
4.3.5 Assurance de la qualité des données.....	39
4.4 Procédures complémentaires.....	41
4.4.1 Procédures pour le maintien de la confidentialité et de la sécurité des données des patients.....	41
4.4.2 Procédures de classement des dossiers médicaux et des registres (gestion des archives).....	43
4.4.3 Procédures sur la durée de conservation des dossiers médicaux.....	44
4.4.4 Procédures particulières de révision des outils de collecte de données primaires.....	44
4.4.5 Procédures de révision du manuel des normes et procédures de gestion du SIS	45
4.4.6 Principes directeurs de l'intégration et de l'échange des données dans l'entrepôt de données.....	45
ANNEXES.....	48

Annexe 1 : Définitions et mode de calcul des indicateurs	48
Annexe 2 : Liste des indicateurs du SIS.....	53
Annexe 3 : Définition des cas, des termes et de concepts clés	56
Annexe 3 : Dictionnaire des métadonnées	65
Annexe 4 : Brève présentation du dictionnaire des métadonnées	65
Annexe 5 : Outils de rapportage en surveillance épidémiologique.....	66

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Ministère en charge de la Santé a mis en place son système national d'information sanitaire depuis 1998 qui a permis de gérer les informations sanitaires essentielles publiques et privées (rapport mensuel d'activités, Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte, ...). Depuis d'autres programmes ont mis en place des systèmes d'information parallèles qui leur sont propres en utilisant des outils tels que le Global Malaria Profile (GMP), le logiciel CHANNEL et le logiciel Pipeline pour la gestion des intrants, le logiciel de gestion des ressources humaines GRH PARFAITE, l'application « District Vaccination Data Management Tool » (DVTMT), le logiciel de Gestion Informatisée des Patients, des Actes et des Ressources (GIPAR), etc.

Le Système national d'informations sanitaires fournit les informations sur les maladies et autres événements d'importance en Santé Publique, les prestations des services et les ressources à tous les niveaux du système de santé de façon périodique et régulière. Les données de routine et non routine issues des points de prestation de service constituent les sources de données primaires. Le Ministère en charge de la Santé utilise ces données pour évaluer la performance du système de santé afin de prendre des décisions et de planifier les interventions en santé au moment opportun.

Malgré les efforts du Ministère de la santé en matière d'harmonisation, de coordination et d'intégration à travers le Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire 2013-2017, le système rencontre encore des difficultés pour produire des données de qualité nécessaires à la prise de décision (planification, gestion et réponse aux urgences, etc.). En effet, l'existence de systèmes parallèles entrave l'harmonisation et l'intégration du Système d'Information Sanitaire (SIS). Les résultats de l'évaluation du SIS, réalisé en 2015, révèlent une faible performance de SIS en termes d'exactitude, complétude, promptitude et utilisation des données. Les mécanismes de contrôle de qualité rigoureux sont rarement appliqués à ces données à tous les niveaux alors que les décideurs doivent disposer de données de qualité.

En outre, les efforts d'évaluation et d'amélioration de la qualité des données sont souvent mal planifiés et non coordonnés entraînant une mauvaise qualité des données et une mauvaise gestion des ressources déjà très limitées des programmes de santé et la non-atteinte des objectifs fixés.

Dans le but d'améliorer la prise de décision et la planification des stratégies de santé, le Ministère en charge de la Santé à travers la Direction des Etudes et de Planification (DEP), la Direction du Système d'Information (DSI) et la Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique (DVSSE) et en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers (PTF), a procédé en février 2017, à l'élaboration et la validation des documents sur le fonctionnement du Sous-Comité SIS faisant partie du grand comité de Renforcement du Système de Santé (RSS).

L'intégration du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) et autres enquêtes avec le dispositif de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR) a été mise en place depuis quelques années. Un bulletin de surveillance épidémiologique hebdomadaire est produit et un annuaire des statistiques sanitaires est élaboré et publié annuellement. Les rapports d'activités de routine obtenus demeurent de faible qualité (faible complétude, promptitude, fiabilité et validité des données) rendant difficiles les prises de décisions de façon rationnelle à chaque niveau du système de santé. Outre la faible capacité d'utiliser la Technologie de l'Information et de la Communication (TIC), l'insuffisance des supervisions formatives périodiques des centres de santé constitue un obstacle à l'évolution de la coordination des activités en matière de SIS.

L'élaboration du document de normes et procédures cadre avec les objectifs définis dans le document de plan stratégique de renforcement du SIS (PSRSIS) qui s'articule autour des volets suivants :

- Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité en temps réel des informations sanitaires de qualité pour une meilleure gestion des services et une prise de décision rationnelle afin de soutenir les actions de santé.
- Amélioration de la coordination sur le plan organisationnel et institutionnel de la mise en œuvre du SIS et de la mobilisation des ressources.
- Disponibilité d'un manuel de référence des indicateurs de santé essentiels et spécifiques.
- Uniformisation des procédures de collecte en harmonisant les outils de traitements des données sanitaires dans le sens d'une synergie entre les différents acteurs.
- Amélioration de l'accès des utilisateurs à toutes les informations sanitaires, documents cadres nationaux et internationaux pour renforcer l'utilisation des données.

Malgré les efforts du Ministère de la santé en matière d'harmonisation, coordination et d'intégration à travers le PSRSIS 2013-2017, le système rencontre encore des difficultés pour produire des données de qualité nécessaires à la prise de décision (planification, gestion et réponse aux urgences, etc.). En effet, l'existence de systèmes parallèles entrave l'harmonisation et l'intégration du SIS. Les résultats de l'évaluation du SIS réalisée en 2015 révèlent une faible performance de SIS en termes d'exactitude, de complétude, de promptitude et d'utilisation des données.

Ainsi, pour coordonner la mise en œuvre des activités du SIS, l'élaboration d'un manuel de normes et de procédures pour la gestion des informations sanitaires s'avère nécessaire.

Le présent manuel permettra de :

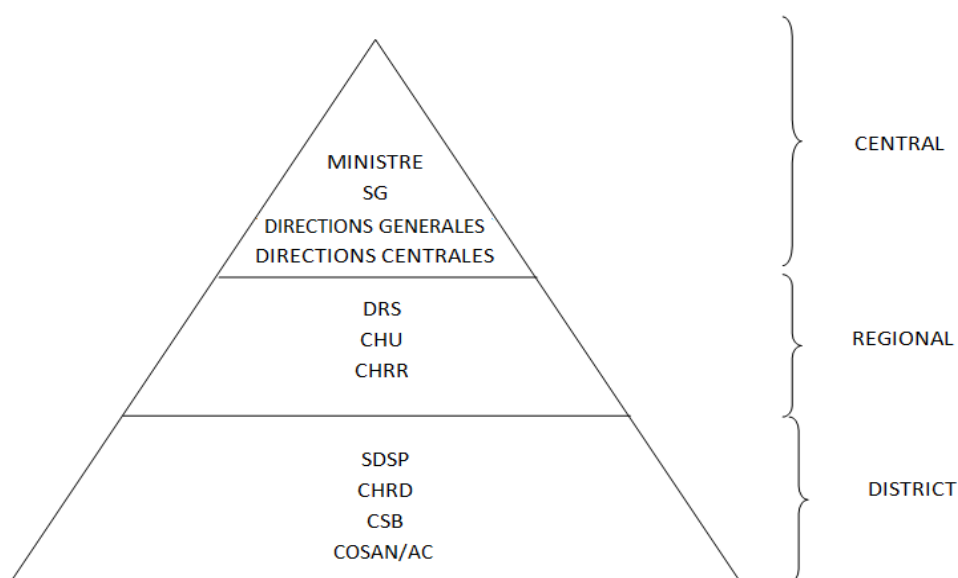
- mieux préciser le fonctionnement du SIS à tous les niveaux ;
- définir le circuit de l'information ;
- préciser la liste des indicateurs pertinents et leur mode de calcul ;
- donner des orientations sur la technique d'analyse de données en vue de leur utilisation.

1. ORGANISATION DU MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE

Le Ministère en charge de la santé a une structure pyramidale définie selon le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- **Le niveau central** : il est chargé d'élaborer les politiques nationales, les plans stratégiques et normatifs en conformité avec les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent.
- **Le niveau régional** : il regroupe les Directions Régionales de la Santé Publique (DRS) dans les 22 régions que compte le pays y compris les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Centres Hospitaliers de Référence Régionaux (CHRR). Elles sont chargées de la mise en œuvre du plan stratégique élaboré par le ministère, de la planification tactique et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie, et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les districts.
- **Le niveau district** : il est constitué de 113 Services du District de la Santé Publique (SDSP). Le SDSP représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé pour la mise en œuvre de la politique en matière de santé. Il est constitué d'un Bureau de Santé du District (BSD) et d'un réseau de formations sanitaires, des Centres Hospitaliers de Références du District (CHRD) et des Centres de Santé de Base (CSB) avec son prolongement communautaire depuis la mise en place des Comités de Santé (COSAN) qui sont composés des agents communautaires (AC). Le circuit de l'information sanitaire respecte les trois niveaux du système de santé et s'effectue selon les procédures spécifiques décrites dans le présent document.

Figure 1 : Organisation du Ministère en charge de la santé



2. PRINCIPES ET MISSIONS DU SIS

2.1 Définition du SIS

Le système d'information sanitaire (SIS) est l'ensemble des dispositifs et procédures de recueil et de traitement des données permettant de générer des informations sur la base desquelles les acteurs en santé décident et entreprennent les actions qu'ils jugent appropriées.

3.2 Principes

Les principes du SIS se réfèrent aux principes directeurs définis dans le document de Politique Nationale de Santé (PNS) à savoir : la décentralisation, l'appropriation nationale, l'équité, la couverture universelle, la bonne gouvernance et l'intersectorialité.

3.3 Missions

Le Système d'Information Sanitaire a pour mission de permettre aux décideurs de prendre des décisions éclairées en matière de la santé de la population à travers la disponibilité des informations et des données de qualités. Il contribue à la réorientation de la politique et des stratégies du Ministère en charge de la Santé à tous les niveaux en réponse aux besoins identifiés et mis en exergue par les informations et les données disponibles selon les normes et standards requis. A cet effet les actions suivantes seront entreprises.

- Assurer la décentralisation de l'utilisation des données à tous les niveaux.

Les régions, les districts sanitaires et les formations sanitaires doivent posséder les capacités d'encadrement technique pour assurer une bonne collecte de données, un suivi et un contrôle de la qualité des données. De même, ils doivent surtout avoir des capacités d'exploitation et d'analyse des données afin de permettre une utilisation de ces données et informations pour l'orientation des stratégies et des réformes dans leurs zones de couverture. Dans toute cette initiative, ils seront appuyés techniquement par le niveau central pour une harmonisation des interventions du système d'information de routine.

- Développer des approches et des techniques d'auto-évaluation.

Pour assurer la pérennisation du SIS, il est essentiel de mettre en place à chaque niveau (central, régional et périphérique) une organisation et des méthodes d'auto-évaluation permettant de garantir la qualité des données.

Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place un personnel qualifié avec des outils adéquats et un système simple qui permet de collecter et de transmettre les données selon un délai officiel du circuit d'information. Ce personnel doit également contrôler l'exactitude, la complétude, la promptitude et la pertinence des données sanitaires.

- Définir les besoins en information pour tous les niveaux.

Un document spécifique doit établir le cadre normatif, les besoins en informations minimales, la liste des variables obligatoires par niveau, indicateurs par structure et toutes les dispositions utiles pour que le SIS réponde à ses engagements nationaux et internationaux. Ces informations seront intégrées dans un tableau de bord mensuel de données qui sera diffusé aux décideurs, aux programmes et aux différents partenaires.

- Mettre en place un mécanisme de coordination de tous les acteurs impliqués dans le développement du SIS.

Tout acteur, tout partenaire du SIS aussi bien du niveau district sanitaire, régional, national qu'international intervenant sur le territoire de Madagascar a pour obligation de participer à la gestion de l'information sanitaire (surtout l'envoi des rapports).

- Développer les techniques modernes de communication pour la gestion de l'information.

Pour mieux coordonner les actions, le SIS utilisera l'outil informatique, les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour assurer la collecte, le stockage, l'analyse, l'utilisation, la transmission, la présentation et la diffusion des données sanitaires.

- Harmoniser les outils et le circuit d'information.

Toutes les structures (publiques et privées) du système sanitaire et les projets financés par les partenaires devront utiliser les mêmes outils et le circuit d'information définis dans le présent manuel.

- Intégrer les données communautaires et les formations sanitaires privées dans le SIS.

Les formations sanitaires et autres acteurs privés (ONG, associations...) utiliseront les principes et le circuit de l'information définis dans le présent manuel des normes et procédures du SIS. Les données communautaires devront être intégrées dans le RMA CSB qui doit être transmis au niveau district. Les particularités du SIS sont : l'accélération de la transmission des données issues des outils standardisés, la prise en compte des données du secteur privé et du niveau communautaire.

3.4 Objectifs

3.4.1 Objectif général du renforcement du SIS

Assurer la disponibilité des informations de qualité pour une prise de décision et une planification basées sur des données probantes.

3.4.2 Objectifs spécifiques du renforcement du SIS

- Améliorer la qualité des informations sanitaires pour une meilleure gestion des services et une prise de décision rationnelle afin de soutenir les actions de santé.
- Améliorer la coordination sur le plan organisationnel et institutionnel de la mise en œuvre du SIS et de la mobilisation des ressources.
- Mettre à jour le manuel de référence des indicateurs de santé essentiels et spécifiques.
- Elaborer les normes et procédures de gestion du SIS.
- Améliorer l'utilisation des informations sanitaires pour la prise de décision et d'action.

3.4.3 Objectifs de l'élaboration du manuel des normes et procédures de gestion du SIS

L'élaboration du présent manuel des normes et procédures de gestion du SIS vise de façon générale à définir les éléments de références et de cadrage en matière de SIS.

Plus spécifiquement, elle a pour objectifs de :

- définir tous les outils ainsi que les mécanismes pour la production des informations sanitaires à Madagascar ;
- établir les normes pour toutes les étapes de gestion des données et informations sanitaires ;
- décrire les procédures à respecter à tous les niveaux et par tous les intervenants pour toutes les étapes de gestion des informations.

3. DESCRIPTION DU CADRE NORMATIF

Le cadre normatif constitue l'outil technique officiel de base qui définit tous les normes et standards du fonctionnement et du renforcement du Système d'Information Sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire. Il décrit les rôles et les responsabilités de chaque intervenant selon les niveaux : central, régional et du district. Il définit les données à collecter, les outils de collecte, le circuit de l'information et les aspects pratiques du système d'information aux trois niveaux du système de santé. Il est constitué de quatre composantes : le fonctionnement du SIS, le circuit de l'information, la liste des indicateurs, la codification des formations sanitaires.

- Le fonctionnement du SIS consiste à :
 - définir les fonctions du SIS pour chaque niveau de la pyramide sanitaire,
 - déterminer le profil du personnel du SIS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
 - définir les besoins en ressources humaines, matérielles et équipements du SIS à tous les niveaux,
 - indiquer les procédures minimales du respect et du suivi de la qualité des données.
- Le circuit de l'information précise les règles de transmission des données entre les formations sanitaires, les Services de District de la Santé Publique, les Directions Régionales de la Santé Publique et le niveau central ainsi que la rétro-information.
- Une liste des indicateurs à rapporter est contenue dans un canevas de rapport mensuel des activités (RMA).
- Chaque FS doit avoir un code unique afin de faciliter l'échange des données à travers le système de gestion des données électroniques et l'intégration des différentes bases de données. Ce code doit suivre la nomenclature utilisée par l'Institut National de Statistique pour l'identification des différents niveaux administratifs (Région, District, Commune, Fokontany).

4.1 Fonctionnement du SIS

4.1.1 Au niveau communautaire

Au niveau de la communauté, les agents communautaires (AC) jouent un rôle clé en matière de SIS. Ils assurent la collecte et la transmission des données de qualité au Chef du Comité de Santé du Fokontany auxquels ils sont rattachés. Celui-ci consolide tous les rapports des AC de son Fokontany et transmet le rapport consolidé au responsable du centre de santé de base en respectant le délai prescrit.

Les AC doivent anticiper toute insuffisance ou manque des outils de gestion à leur niveau et en informer les Chefs CSB afin d'assurer la disponibilité permanente de ces outils.

Par ailleurs, les ONG et les associations ont l'obligation de remettre les données au CSB de chacune de leurs communes d'intervention.

Profil de l'agent communautaire

L'agent communautaire doit répondre au profil suivant :

- issu de la communauté locale,
- genre masculin ou féminin,
- âgé de 18 ans ou plus,
- sachant lire et écrire,
- ayant le sens de la conviction humanitaire,
- disponible, volontaire et motivé,
- dynamique, sociable et bon communicateur,
- réputé être honnête.

Ressources

Le Ministère en charge de la santé et ses partenaires doivent s'assurer que le prestataire de service communautaire dispose des outils de collecte pour une meilleure gestion et transmission des données.

Activités

i. Collecter les données

Les données fournies par les AC doivent être enregistrées dans les outils de gestion standard du niveau communautaire. Ces outils contiennent des informations adaptées à celles des formations sanitaires.

ii. Transmettre les données

Les données recueillies au niveau communautaire sont transmises au niveau du centre de santé base (CSB) de rattachement, au plus tard le deuxième jour ouvrable du mois suivant.

4.1.2 Au niveau des Formations Sanitaires

Attributions

Selon le type d'institution les prestataires de service assurent la collecte, l'enregistrement, la vérification et l'utilisation des données suivant les normes et procédures du Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

a. Au niveau des Formations Sanitaires de base, le chargé du SIS aura la responsabilité de :

- s'assurer de la disponibilité permanente des outils de gestion ;
- bien remplir ces outils en suivant les normes et les définitions des cas ;
- vérifier les outils de gestion (registres, pré-rapport, rapports périodiques...) : bien tenus, bien remplis, bien classés ;
- vérifier les données des rapports périodiques (promptitude, complétude, incohérence, erreur) et aussi des données transmises par les AC ;
- compiler et préparer les rapports périodiques en tenant compte des données communautaires ;

- établir et afficher les tableaux de bords des indicateurs clés des trois dernières années successives et/ou des trois mois successifs ;
 - transmettre le rapport périodique au bureau du district sanitaire par courrier et si possible par internet et téléphone ;
 - archiver et sécuriser les données.
- b. Au niveau des Centres Hospitaliers de Références (CHRD, CHRR, CHU), le chargé du SIS aura la responsabilité de :
- s'assurer de la disponibilité permanente des outils de gestion ;
 - bien remplir ces outils en suivant les normes et les définitions des cas ;
 - vérifier si les dossiers et registres sont bien remplis et bien classés ;
 - vérifier la promptitude et la complétude des données transmises par les différents services ;
 - compiler et préparer les rapports périodiques ;
 - saisir et transmettre les rapports périodiques au niveau de SDSP pour les CHRD et au niveau DRS pour les CHRR et les CHU par courrier et si possible par internet et téléphone ;
 - s'assurer de la complétude de la codification des pathologies et des examens ;
 - établir et afficher les tableaux de bords des indicateurs clés des trois dernières années successives et/ou des trois mois successifs ;
 - archiver et sécuriser les données.

Profil du chargé du SIS

- a. Au niveau des formations sanitaires de base (CSB)
- Minimum niveau Bac
 - Personne formée en SIS
- b. Au niveau des hôpitaux
- Niveau Bac +3 ;
 - Connaissance et pratique en TIC ;
 - Personne formée en SIS.

Ressources

Pour mieux assurer la fonction du SIS, la formation sanitaire doit disposer au moins :

- des outils de gestion (dossiers médicaux, registres, formulaires de rapport périodique, etc...),
- une étagère,
- un ordinateur, imprimante, onduleur, téléphone(s) de service (flotte) et/ou tablettes, des classeurs et des fichiers,
- une connexion internet ;

- un budget de fonctionnement,
- une source d'énergie permanente.

Activités

- Collecter les données.
- Contrôler la qualité du remplissage des outils de collecte des données.
- Analyser les données.
- Partager et transmettre les rapports.
- Archiver les données.
- Faciliter la conduite de l'Assurance Qualité de Données.

4.1.3 Au niveau du SDSP

Attributions

Ce niveau assure la coordination, la formation et l'encadrement dans le cadre de l'organisation générale du district sanitaire. Ces activités d'encadrement et de supervision sont intégrées autant que possible dans le plan de travail du SDSP.

Ainsi, l'entité/unité responsable en gestion des données du SDSP doit :

- développer des activités spécifiques de supervision, de vérification ou de récupération de données ;
- former et encadrer le personnel des formations sanitaires pour que les outils soient correctement remplis ;
- accuser la réception des formulaires de notification, en inscrivant cette réception sur un calendrier/registre ;
- organiser la saisie des données transmises par les formations sanitaires ;
- évaluer la complétude, la promptitude, la validité et la fiabilité des données étant garant de la validité des données dans sa juridiction ;
- traiter, analyser et utiliser les données pour la planification et la prise de décision ;
- transmettre les rapports à la DRS sur une base périodique ;
- diffuser les informations au niveau des utilisateurs du district ;
- dresser et afficher les tableaux de bord des indicateurs de performance de sa juridiction ;
- suivre le bon fonctionnement des activités du SIS au niveau des FS.

Profil du chargé du SIS

Le responsable chargé du SIS à ce niveau doit avoir des connaissances et aptitudes en gestion informatique des données, en contrôle de la qualité et analyse des données sanitaires. Il doit également avoir des capacités d'encadrement et de formation sur la collecte et la gestion des données sanitaires.

Ressources matérielles

Le SDSP doit disposer des équipements et matériels suivants :

- ordinateur complet, imprimante, téléphone de service (flotte),
- connexion à haut débit (Internet...),
- photocopieuses,
- moyens de locomotion adéquats pour les déplacements,
- disque dur externe,
- logiciel(s) de traitement des données,
- source d'énergie continue.

NB : le SDSP doit disposer d'un budget approprié pour le fonctionnement et la maintenance de ces matériels et équipements. L'entité/unité responsable de la gestion des données doit être le détenteur effectif des matériels cités ci-dessus.

4.1.4 Au niveau de la Direction Régionale de la Santé

Attributions

Le niveau régional constitue le lieu de convergence de toutes les informations venant du niveau périphérique. Il assure la coordination des activités, la formation, le renforcement des capacités et la supervision du personnel de santé travaillant au niveau des SDSP. De ce fait il doit :

- veiller à la mise en œuvre des directives venant du niveau central,
- participer à la formation et à l'encadrement du personnel des formations sanitaires en collaboration avec les équipes de management des Districts ;
- compiler après réception des informations transmises par les Districts sanitaires par voie électronique;
- veiller à la complétude, à la promptitude et à la fiabilité des données ;
- assurer la validation des données transmises par les Districts rattachés par l'intermédiaire d'un comité de validation des données ;
- traiter, analyser de façon synthétique (complétude, promptitude, présentation graphique) les données des Districts rattachés ;
- dresser les tableaux de bord des indicateurs de performance de sa juridiction ;
- élaborer un plan d'action se rapportant aux mesures correctrices si besoin ;
- assurer la transmission périodique des données statistiques au niveau central par voie électronique selon les délais prescrits ;
- veiller à la réception de tous les rapports provenant des Districts sanitaires rattachés ainsi qu'à la transmission des informations au niveau central et à la sauvegarde de celles-ci après compilation.

Profil du chargé du SIS

Le responsable du SIS au niveau régional doit avoir :

- des connaissances et aptitudes en gestion informatique, en contrôle de la qualité et analyse des données sanitaires,
- des capacités d'encadrement et de formation sur la collecte et la gestion des données sanitaires,
- des connaissances sur le système de santé et du SIS.

Il est souhaitable qu'il soit un statisticien ou un épidémiologiste.

Ressources matérielles

La Direction régionale de la santé doit disposer des équipements et des matériels pour assurer la disponibilité des données de qualité. Ces équipements et matériels fonctionnels sont :

- ordinateur complet, ordinateur portable,
- imprimante,
- disque dur externe,
- téléphone du service (flotte),
- connexion à haut débit (internet...),
- photocopieuses,
- moyen de locomotion adéquat,
- logiciel de traitement des données,
- source d'énergie permanente.

NB : la Direction Régionale de la Santé doit disposer d'un budget approprié pour le fonctionnement et la maintenance de ces matériels et équipements.

4.1.5 Au niveau central

Attributions

Ce niveau a pour responsabilité de fournir à temps aux décideurs des informations de qualité et des recommandations sur les données / informations stratégiques reçues en vue d'une prise de décision rapide et appropriée. Il assure également la préparation et la diffusion des rapports périodiques et des annuaires statistiques sanitaires, de la production de retro-information, de la production de la carte sanitaire nationale, de la promotion de l'utilisation des données à tous les niveaux.

Ce niveau se charge également du partage des informations du SIS avec les partenaires techniques et financiers du Ministère en charge de la Santé.

Pour ce faire, le niveau central va s'atteler à :

- faire le suivi du système par la généralisation de l'utilisation des outils, l'application des procédures et le respect des normes à tous les niveaux ;
- évaluer ce système sur une base annuelle ;
- effectuer l'agrégation des données pour faciliter la production d'information ;
- présenter les résultats sur l'analyse des indicateurs de performance du système de santé et du SIS aux parties prenantes ;

- développer et diffuser des tableaux de bord mensuels, des annuaires statistiques et assurer une retro-information (bulletin trimestriel etc.) ;
- coordonner les besoins en formation identifiés à chaque niveau ainsi que les plans de formation y afférents ;
- détecter les faiblesses dans toutes les étapes de fonctionnement du système et proposer le cas échéant les corrections nécessaires ;
- assurer la tenue des réunions de coordination périodiques pour le partage de l'information et la prise de décision ; (à insérer pour chaque niveau) ;
- coordonner la codification au préalable de toutes les Formations Sanitaires ;
- déterminer les fonctions ou rôles des intervenants ;
- alimenter le cadre de suivi du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) ;
- déterminer les données essentielles au calcul des indicateurs ;
- harmoniser les outils de collecte et déterminer les ressources adéquates pour la gestion des données sanitaires ;
- réglementer toutes les opérations communes à tous les sous-systèmes de la gestion des données sanitaires entre autres : la collecte, le stockage, l'analyse et l'interprétation, la transmission, la notification ou la diffusion.

Organisation

Dans le cadre du Renforcement du Système de Santé (RSS) une plateforme en charge de la coordination et de l'harmonisation du SIS dénommée « Sous-comité SIS » a été érigée sous l'égide du Secrétariat Général et assistée par un organe de coordination composé de trois (3) directions à savoir :

1. la Direction en charge de la veille et surveillance épidémiologique (DVSSE),
2. la Direction en charge du système d'information (DSI),
3. la Direction en charge des études et de la planification (DEP).

Une Unité d'Appui en Technologie (UAT) et Cinq Groupes Techniques de Travail (GTT) à savoir le GTT Statistiques Sanitaires, le GTT Recherche et Evaluation, le GTT Assurance Qualité, le GTT Surveillance Epidémiologique, et le GTT Ressources composent cette plateforme.

Profil du personnel chargé du SIS

L'équipe technique de coordination du SIS (DEP-DSI-DVSSE) doit avoir :

- des connaissances en Santé publique,
- des expériences sur le Système de santé et le SIS,
- des connaissances en bio-statistique,
- des compétences en Formation des Formateurs (FDF),
- des compétences en TIC, Data Management, et en administration de données.

Ressources

Les services en charge du SIS doivent être dotés en :

- budget de fonctionnement et de maintenance,
- locaux appropriés,
- ordinateurs, imprimantes en qualité et quantité suffisante,
- téléphones, internet et réseau,
- photocopieuses, scanner,
- moyen de déplacement.

4.1.6 Activités communes à tous les niveaux

Les activités suivantes se retrouvent à chaque niveau : supervision et contrôle de la qualité des données dans leur territoire de compétence, exploitation et retro-information, reproduction et distribution des outils de collecte des données, partage des informations, archivage et sécurité de l'information.

Supervision et contrôle de la qualité des données

Toutes les formations sanitaires, SDSP et DRS doivent bénéficier des interactions personnelles lors des visites périodiques et intégrées des superviseurs pour leur permettre d'améliorer la qualité des données, de résoudre les problèmes, et d'introduire de nouvelles politiques, programmes et approches dans leur système d'offre de services.

Les équipes de supervision sont constituées du personnel du SIS du niveau central, intermédiaire et district sanitaire en veillant à assurer une supervision intégrée, ces équipes devront être constituées par des personnes ayant un gradient de compétences. Elles doivent veiller à la qualité des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les différents aspects des structures font qu'une politique uniforme de supervision s'avère essentielle pour s'assurer que chaque formation sanitaire reçoit l'assistance, l'encadrement, les encouragements et les orientations qu'un superviseur peut et doit offrir.

Les équipes de superviseurs doivent aussi vérifier sur place le respect des normes et procédures du SIS. De même, dans un souci d'intégration des activités, la réalisation d'une séance de revue de la qualité des données au cours des supervisions effectuées par les programmes est fortement recommandée.

Exploitation et retro-information

L'exploitation et la retro-information se font périodiquement à tous les niveaux. L'analyse des données commence au niveau communautaire et des CSB. Pour cela, les formulaires d'aide à l'analyse locale sont standardisés permettant de totaliser, période après période, les données et de suivre leur évolution dans le temps, soit sur tableaux, soit sur graphiques dits d'analyse temporelle. Les données sont utilisées localement. L'évolution significative dans le temps d'un même type de données doit être analysée, utilisée et documentée à tous les niveaux en vue d'une prise de décision.

Tant au niveau du district, de la région qu'au niveau national, la compilation est facilitée par un logiciel, ainsi que la rétro-information. L'outil informatique permet de faire une base de données spécifique à tous les niveaux. Cette base inclut outre la saisie des données, une rétro-information automatisée et des modules d'aide à l'analyse.

La rétro-information restitue les données sous forme de tableaux, de graphiques et donne une image dynamique comparative aux divers niveaux de la pyramide sanitaire. Le rapport de rétro-information envoyé aux formations sanitaires comprend 3 volets :

- des tableaux et graphiques, remarques ou commentaires pour la structure sanitaire ;
- une synthèse de ce qui se passe dans toute l'aire géographique ;
- et des informations et recommandations générales du niveau émetteur de l'information.

Reproduction et distribution des outils de collecte des données

Le niveau central coordonne le développement, la révision, la standardisation et la mise à jour des outils de collecte des données. Le format de ces outils est rendu disponible aux régions et districts afin de permettre leurs reproductions et éviter ainsi les ruptures de stock. Les formations sanitaires font l'estimation des besoins en outil en utilisant les formules d'utilisation périodique des outils et envoient leurs commandes au niveau des districts qui à leur tour reproduisent des outils pour répondre à la demande.

- Archivage et sécurisation de l'information

Au niveau central, après l'agrégation des rapports dans la base de données informatique, un bulletin de rétro-information est produit automatiquement et envoyé aux régions, aux districts et aux formations sanitaires. La copie de ce document et la copie du rapport périodique sont rangées dans un classeur annuel, par ordre chronologique. A partir des bureaux de chaque niveau du système de santé, l'archivage se fait aussi sur les outils informatiques (disque dur externe, petit serveur et autres supports de sauvegarde). Un centre d'archivage et de documentation est installé à tous les niveaux du système d'information sanitaire pour la conservation des registres et fiches remplis, des rapports et documents de recherche. Ces registres et fiches constituent des sources d'information pour la recherche scientifique et les thèses des étudiants. Les registres et les fiches seront conservés pour une durée de 10 ans puis détruits après ce délai afin de disposer des espaces pour la conservation d'autres outils remplis. Au niveau central, les différentes bases de données électroniques seront installées dans un entrepôt de données.

- Partage des informations

Pour les entités au sein du Ministère en charge de la Santé et les Partenaires Techniques et Financiers le partage des informations se fait de façon systématique et périodique selon le degré de confidentialité. Pour tout autre utilisateur, ce partage doit obtenir l'aval du Ministère en charge de la Santé à travers le Secrétaire Général ou son représentant aux niveaux déconcentrés. Mais il est important de concevoir un texte réglementaire (décret) pour stipuler les règles régissant le partage d'informations sanitaires en général pour combler l'inexistence de dispositions particulières relatives au rapportage et au partage des données et informations sanitaires dans la Loi N°2011-002 portant Code de la santé.

Il est à rappeler que le SIS ne traite que des informations d'ordre général à l'échelon d'une formation sanitaire, d'un district, d'une région ou du pays. Il ne dispose pas d'informations spécifiques relatives à un individu. Le décret N°2012-0632 du 13 juin 2012 portant Code de déontologie médicale, notamment en ses articles 5, 23, et 24 définit les principes et règles sur la confidentialité des données médicales.

Enfin, par respect du principe de redevabilité, le Ministère en charge de la Santé a l'obligation de mettre à la disposition de la population des informations à jour sur la situation sanitaire en général et sur les risques et menaces éventuels sur la santé.

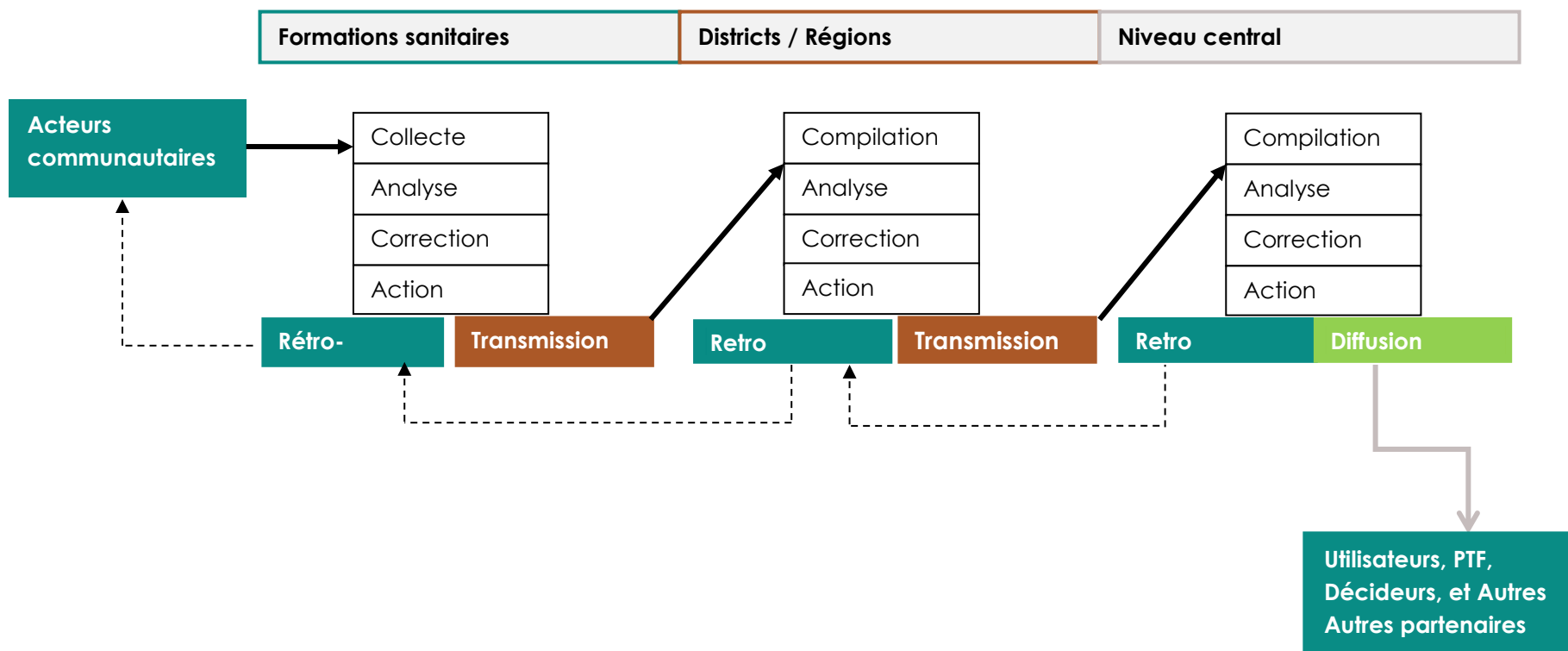
4.2 Circuits de transmission de l'information

Les informations provenant du niveau communautaire sont transmises au niveau du CSB. Elles sont alors saisies, compilées et analysées en même temps que les données spécifiques des CSB. Le rapport est envoyé au niveau du SDSP sur un rythme hebdomadaire pour les Fiches de Surveillance Hebdomadaire et mensuel pour les données du RMA. De même, les centres hospitaliers de référence du district transmettent les données au district. Le district fait la compilation et l'analyse des données provenant des formations publiques, confessionnelles et privées avant de les transmettre aux DRS. Les DRS transmettent les données des districts au niveau central après compilation et analyse.

Les centres hospitaliers de référence régionaux (CHRR) ainsi que les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) transmettent les données à la DRS qui va transmettre au niveau central et la retro-information suit le chemin inverse. Le Service chargé des statistiques sanitaires compile, saisit, analyse, utilise et publie les informations dans le bulletin trimestriel et le transmet aux cadres des départements du niveau central, aux PTFs, et à tous les niveaux du système de santé.

Les Pharmacies de Gros du District (PHAGDIS) ainsi que les Unités de Pharmacie des CHRR ou des CHRD2 rapportent mensuellement leurs activités en suivant les mêmes circuits que leurs structures sanitaires de rattachement. Les Unités de Pharmacie dans les CHU et les Etablissements spécialisés en feront de même mais trimestriellement. Les prestataires de ces Unités de Pharmacie sont tenus de respecter leurs obligations telles que définies dans leurs contrats de prestation.

Figure 2 : Schéma général du circuit de transmission de l'information sanitaire



4.3 Processus de production et de gestion des données du SIS de routine

La production de l'information stratégique de qualité, pour la prise de décision opportune, permet de suivre et d'évaluer la performance du système de santé, la couverture des soins et services et de déterminer l'état de santé de la population. Les processus nécessaires à la production d'informations stratégiques suivants se retrouvent à tous les niveaux :

- a) la collecte des données,
- b) la vérification de la qualité des données,
- c) la compilation des données,
- d) la validation,
- e) la transmission,
- f) le traitement des données,
- g) l'analyse des données,
- h) l'utilisation de l'information.

Tableau 1 : Responsabilités principales des différents niveaux du système de santé dans la production et la gestion des données de SIS sont résumées dans ce tableau.

Composante du SIS	Niveau formation sanitaire/ communauté	Niveau District	Niveau Régional	Niveau Central
1. Collecte des données				
Assurer la disponibilité du manuel de procédures de gestion du SIS dans les établissements de santé.	A	A	R	A
Assurer la disponibilité des outils de collecte de données dans tous les établissements de santé.	A	A	R	A
Fournir l'encadrement technique nécessaire pour l'utilisation correcte des outils de collecte de données.	A	A	R	A
Assurer la formation du personnel impliqué dans la collecte des données.	A	A	A	R
Enregistrer et collecter les données nécessaires en conformité aux procédures établies.	R	A	A	A
2. Contrôle de la qualité des données				
Contrôler la qualité des données collectées.	A	A	A	R
Effectuer des feedbacks sur la qualité des données rapportées.	A	A	A	R
Effectuer des visites de terrain pour (contrôle, corrections).	A	A	R	A
Effectuer des opérations trimestrielles de validation.	A	A	R	A
Effectuer une opération annuelle de validation finale des données avant la préparation du rapport annuel.	A	A	A	R

Composante du SIS	Niveau formation sanitaire/ communauté	Niveau District	Niveau Régional	Niveau Central
Rapportage des données				
Assurer la disponibilité des formulaires de rapports mensuels dans tous les établissements de santé.	A	A	R	A
Assurer la transmission des rapports mensuels du niveau communautaire aux institutions de santé, le 2 du mois suivant au plus tard.	R	A	A	A
Assurer la transmission des rapports mensuels de la formation sanitaire au District, au plus tard 15 jours après la fin d'une période mensuelle.	R	A	A	A
Assurer la transmission des rapports mensuels du District à la région, au plus tard 5 jours après la fin d'une période mensuelle.	A	R	A	A
Assurer la transmission des rapports mensuels de la région au niveau central, au plus tard 10 jours après la fin d'une période mensuelle.	A	R	A	A
Effectuer le postage des données sur GESIS/ DHIS 2 (si applicable).	R	A	A	A
Transmettre l'annuaire statistique au SG, aux directions centrales, régionales, districts, formations sanitaire et communautaire, sur une base annuelle.	A	A	A	R
Traitement et analyse des données				
Analyser la consistance des données saisies.	A	R	R	R
Effectuer la validation des données générées dans les autres sous système.	A	A	A	R
Compléter la base de données GSIS/DHS2 à partir des données tirées des autres sous-systèmes, 30 jours après la fin d'une période trimestrielle.	A	A	A	R
Concevoir le contenu du tableau de bord pour le suivi des indicateurs par niveau.	A	A	A	R
Actualiser les données du tableau de bord de suivi des indicateurs de services, 30 jours après la fin d'une période mensuelle.	A	A	A	R
Support à l'opérationnalisation du SIS				
Fournir l'assistance technique pour l'utilisation correcte de GSIS/DHIS2.	A	A	A	R
Réviser le manuel des procédures de gestion du SIS.	A	A	A	R
Assurer l'impression et la reproduction des outils de collecte et de rapportage.	A	A	A	R
Acquérir les technologies et infrastructures du SIS.	A	A	A	R

R : Responsable de l'activité (Responsable de la conception, de la disponibilité ou du suivi de la mise en œuvre de l'activité en question)

A : Acteur (Responsable de l'utilisation ou de la mise en œuvre de l'activité en question)

4.3.1 Collecte des données

C'est une étape importante et peut-être la plus difficile du processus de production de l'information. La collecte consiste à recueillir toutes les données de sources intra- et extra-institutionnelles générées par le système de santé. Elle doit être bien organisée et coordonnée dès la source même pour que les données qui en sortent soient à la fois complètes et fiables.

Les données nécessaires sont collectées et validées dans les points institutionnels et communautaires de prestation de services. Les données sont enregistrées sur les outils de collecte élaborés à cette fin et retranscrites, après compilation effectuée, sur le support de rapportage approprié.

Les dossiers médicaux et les registres demeurent respectivement les outils de base et intermédiaires de collecte des données du SIS de routine. La plupart des concepts utilisés dans les registres se retrouvent aussi dans les formulaires de rapport périodique. La définition opérationnelle de ces concepts est présentée dans le glossaire des termes du rapport périodique. Les méthodes de collecte et de rapportage des données sont expliquées dans des guides appropriés.

Pour faciliter le contrôle de la qualité et la reconstitution des données rapportées, toutes les institutions de santé doivent enregistrer les données sur les services fournis et les activités réalisées dans les instruments appropriés.

Dans les hôpitaux et les établissements spécialisés (CHRD, CHRR, CHU) où l'on dispose généralement d'une section l'entité en charge de la gestion des données et archivage, le rôle du responsable SIS consiste entre autres à fournir l'encadrement à tous les points de collecte et à réaliser la transcription et la saisie des données enregistrées. Dans les CSB, le responsable de l'institution coordonne la collecte des données.

Les programmes de santé désirant obtenir des données en dehors de celles collectées par le biais des canevas de rapportage périodique intégré devront assurer eux-mêmes, et par leurs propres moyens, la collecte des données. Aucune charge supplémentaire à l'endroit des responsables des formations sanitaires ou des agents communautaires ne sera admise pour fournir les éléments demandés.

Enfin concernant les activités de recherches ponctuelles, elles sont classées en deux catégories : les études dites interventionnelles recourant à des expérimentations sur l'individu et les études non-interventionnelles dans le cadre des recherches opérationnelles aux différents niveaux du système de santé. Pour les études interventionnelles, l'approbation du Comité d'Éthique du Ministère en charge de la santé est requise avant toute mise en œuvre. Le commanditaire de l'étude est tenu de respecter scrupuleusement le protocole validé ainsi que les obligations relatives à la restitution et à la dissémination des résultats. Pour les études non-interventionnelles, aucune activité de collecte de données ne sera permise sans l'aval du Secrétaire Général du Ministère de la Santé, et ce, après consultation et approbation du Service chargé de la Recherche au sein du Ministère de la Santé et du Comité d'Éthique. Le rapport final des résultats (en version électronique et en version papier dûment relié) doit impérativement parvenir au Secrétaire Général, au Service chargé de la Recherche et au Programme concerné au sein du Ministère en charge de la Santé dans les trois mois qui suivent leur validation et dissémination. Dans tous les cas, les destinataires des rapports de recherche délivreront des preuves de la réception des documents sur les résultats.

4.3.2 *Compilation et transmission des données*

Les données enregistrées et collectées au fur et à mesure du développement des activités sont compilées en fonction de la périodicité pré- établie pour être retranscrites par la suite dans les formats de rapport approprié.

Dans les hôpitaux (CHRD, CHRR et CHU) et les établissements spécialisés, l'entité en charge de la gestion des données et archivage assure la coordination de la collecte et prend en charge la compilation. Dans les CSB, le Chef CSB effectue la compilation. Lorsque la plateforme d'entrepôt de données sera opérationnelle, la compilation se fera automatiquement.

Au niveau FS, la compilation concerne aussi bien les données collectées à l'intérieur de l'entité/établissement que celles collectées à l'extérieur par les acteurs communautaires.

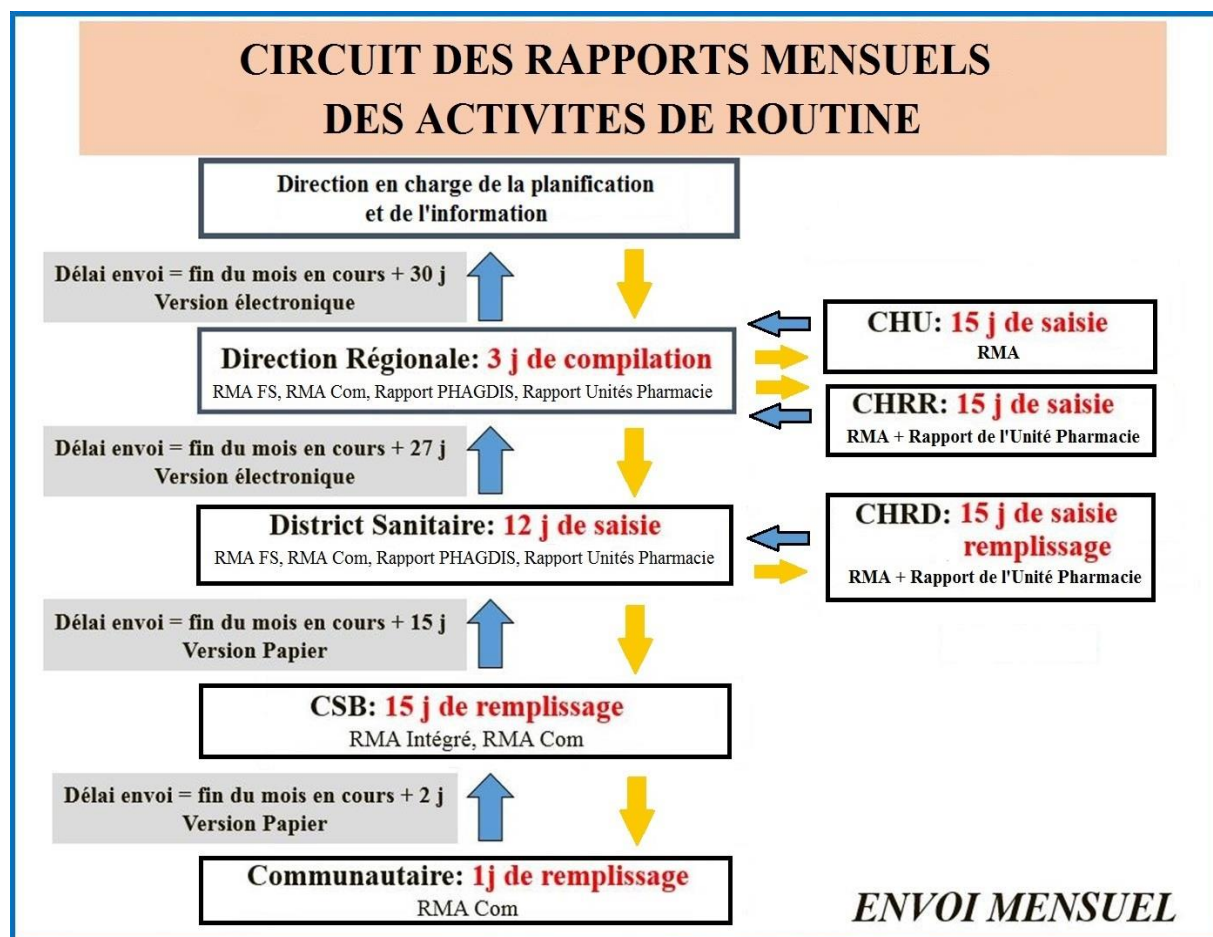
- Procédures pour le rapportage des données

Les données puisées à diverses sources (formations sanitaires et extra-formations sanitaires) doivent être transmises d'un niveau à l'autre du système en suivant un circuit déterminé. Ce processus de transmission comporte deux courants circulant en sens inverse :

- l'un ascendant : c'est le flux à travers lequel les données sont véhiculées du niveau périphérique jusqu'au niveau central ;
- l'autre descendant : le reflux, charriant l'information depuis les niveaux de décision (central) jusqu'au niveau périphérique (établissements - communauté).

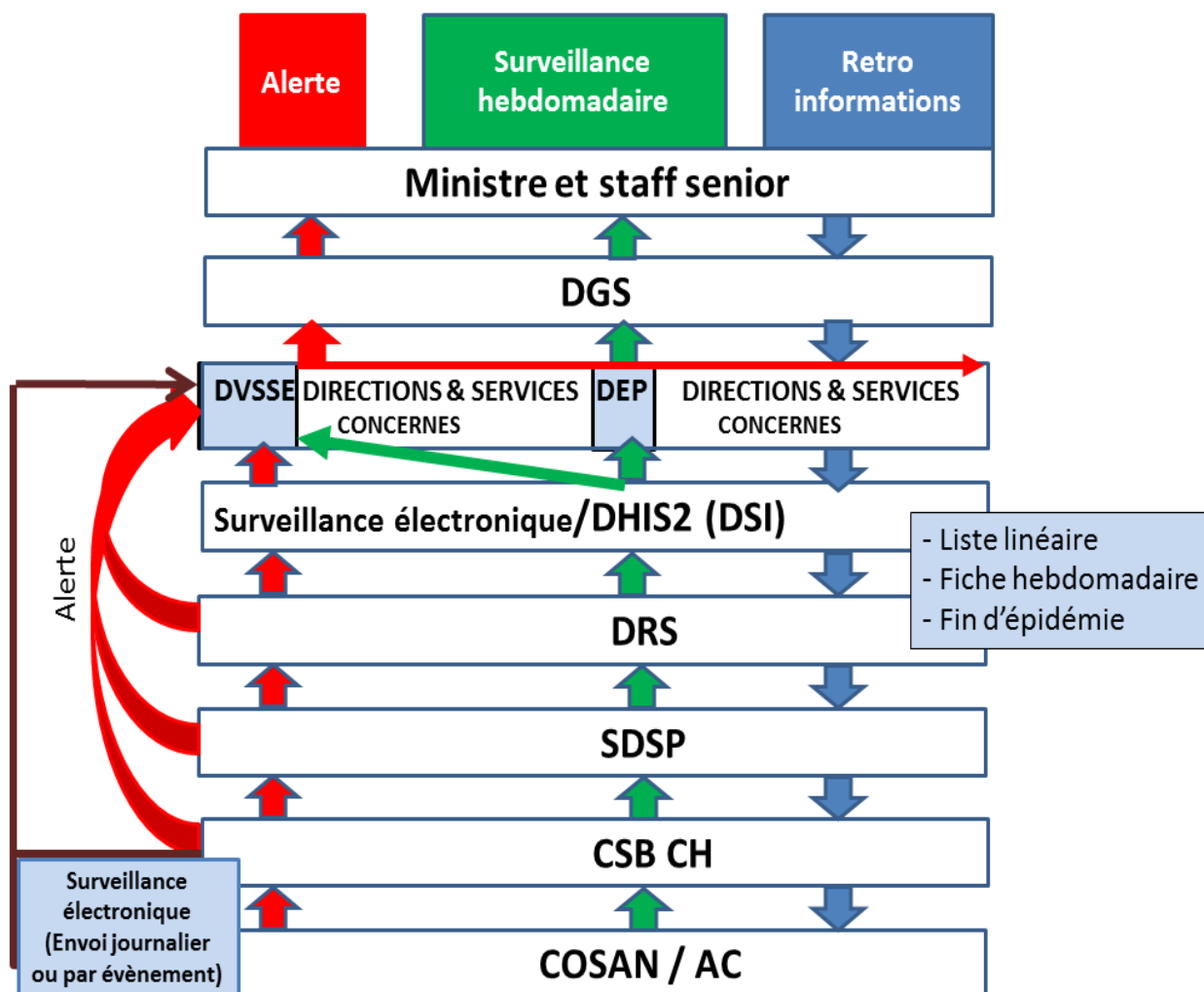
Le flux de rapportage des données est présenté dans les cinq diagrammes qui suivent : le circuit de rapportage mensuel de routine, le circuit de rapportage en surveillance épidémiologique, le circuit de rapportage spécifique du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, le circuit de rapportage dans le cadre de l'utilisation du logiciel de gestion des intrants CHANNEL et enfin le circuit de cheminement des données et informations sanitaires lorsque le système électronique de rapportage et le DHIS2 seront fonctionnels.

Figure 3 : Flux de rapportage et de transmission des données et délai de rapportage des données



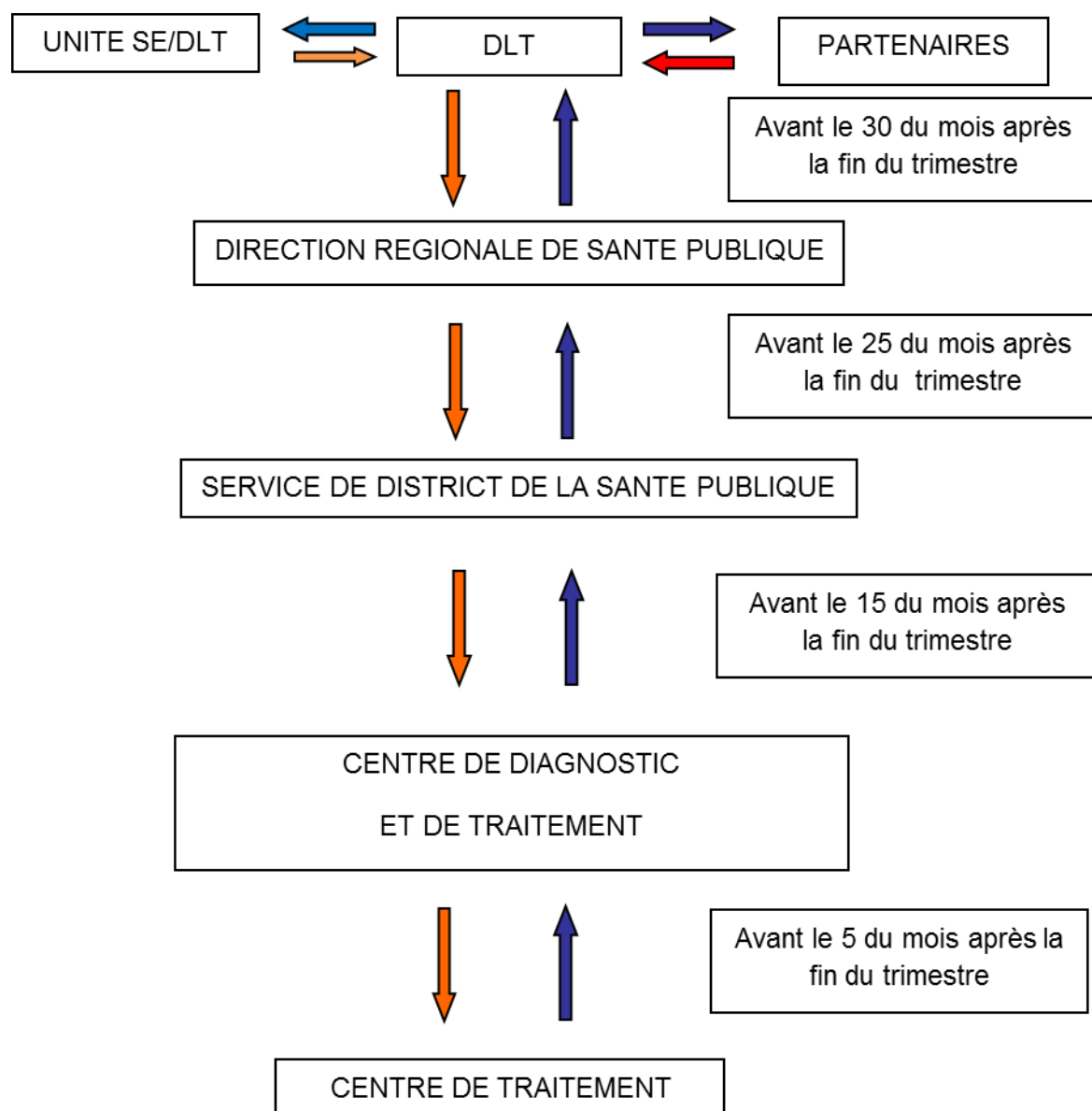
La figure suivante montre le circuit de rapportage dans le cadre de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR).

Figure 4 : Circuit des données de surveillance épidémiologique : surveillance et alerte



Le schéma suivant montre la modalité de rapportage pour le Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Les informations remontent trimestriellement des Centres de Traitement puis des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) et passent par les hiérarchies du district et de la Région avant de parvenir au niveau central à la Direction de la Lutte contre la Tuberculose.

Figure 5 : Circuit des données du Programme de Lutte contre la Tuberculose



➡ : Circuit des données

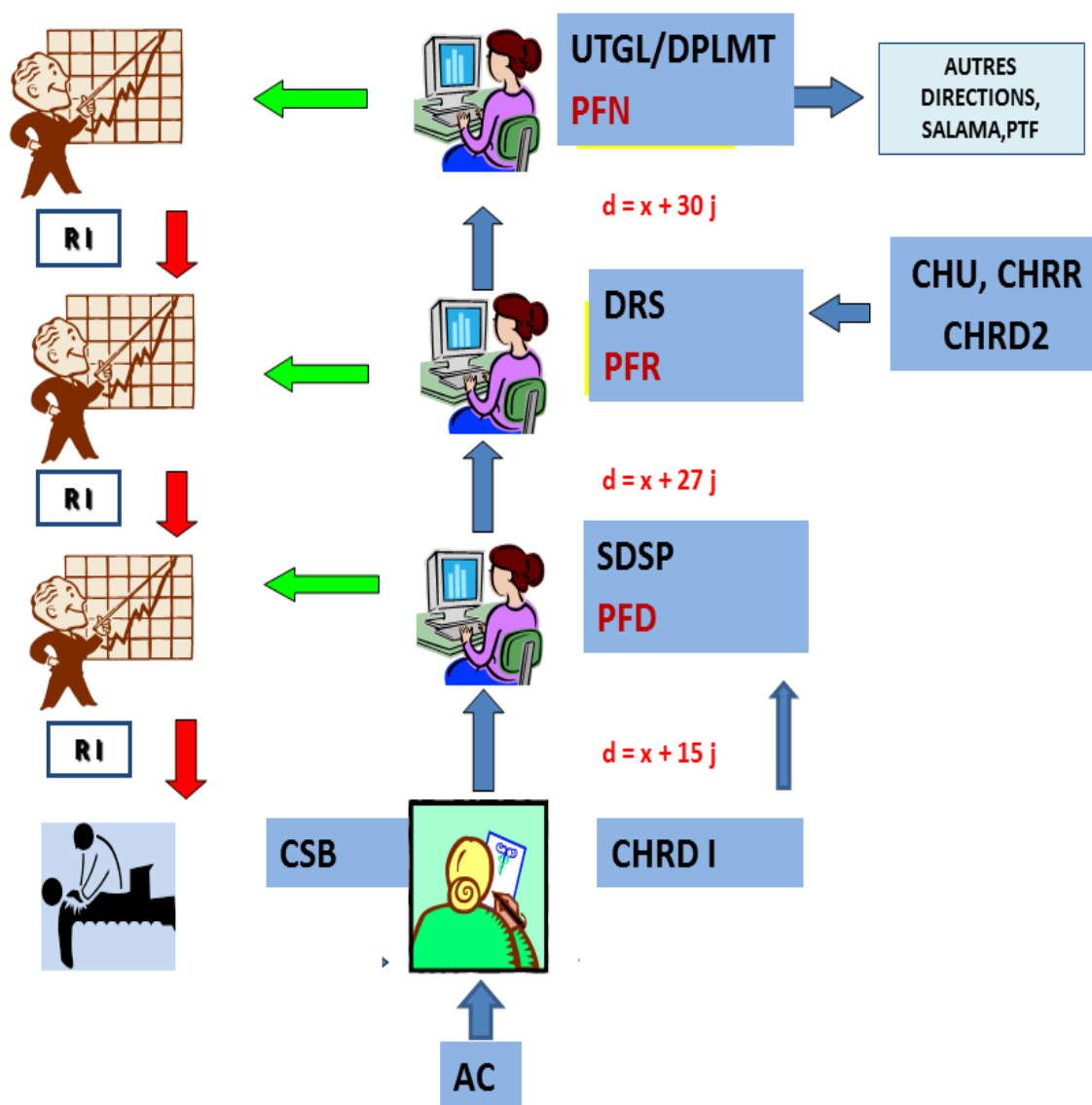
➡ : Feed back – retro information

Rapportage : trimestriel

Promptitude : 1 mois après la fin du trimestre

Le diagramme suivant montre le circuit de rapportage dans le cadre de l'utilisation du logiciel de gestion des intrants CHANNEL

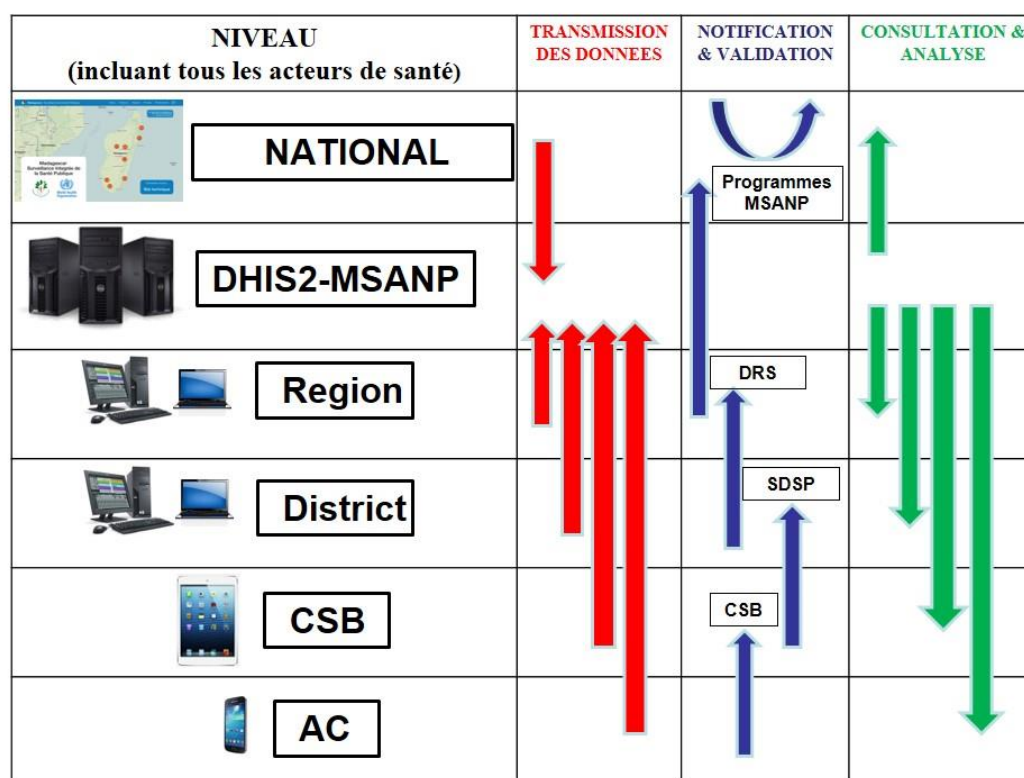
Figure 6 : Circuit des informations sur les intrants de santé via CHANNEL



Le renforcement du SIS initié actuellement vise à terme la disponibilité en temps réel d'informations complètes, de qualité et exploitables pour une prise de décision efficace. Pour cela, le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication et aux outils informatiques devient incontournable.

Le schéma suivant montre le circuit des informations lorsque le système de rapportage et de traitement des données se fait entièrement par voie électronique.

Figure 7 : Circuit de transmission électronique des données de routine



Légendes

- 
Sens de transmission : de la source des données au destinataire (DHIS2 – MSANP) en attente de la validation
 - 
Sens de la flèche : de la source des données à l'instance de validation des données qui est en même temps notifiée pour chaque transmission de données
 - 
Sens de la flèche : des données validées/informations de DHIS2 aux acteurs de santé pour consultation et analyse
- Les traitements routiniers des données se font au niveau du DHIS2**

Les Programmes de santé ou les Directions centrales qui recueillent, pour leurs besoins, des données en dehors du système de rapportage intégré et unique collectent des données brutes, les traitent et transmettent des informations agrégées, analysées et prêtes au partage au DHIS2 à travers des passerelles spécialement établies à cet effet. Les utilisateurs intéressés par ces informations les consultent ainsi à travers le site web destiné au public.

4.3.3 *Traitement et analyse des données*

Les étapes d'analyse, d'interprétation et d'utilisation des données fournies par le SIS demeurent souvent négligées. Pourtant sans elles, l'énorme travail fourni pour collecter les données devient ipso facto un travail inutile puisqu'il ne débouche sur aucune décision. Plusieurs facteurs contribuent à cette négligence : le manque de temps, le manque de compétences, la motivation insuffisante, justifiée par la mauvaise qualité des données. Or, l'analyse, l'interprétation et l'utilisation des données constituent des étapes clés du cycle de l'information qui contribuent comme dans un cercle vertueux à l'amélioration de la qualité des données.

Cette partie du manuel des procédures permet d'apporter aux acteurs, un ensemble d'aptitudes utiles à l'analyse des données avec la certitude que la pratique régulière de l'analyse des données contribue à leur utilisation. Lorsque les données sont nombreuses, et c'est souvent le cas, le responsable ne sait parfois pas comment aborder l'analyse. Il s'avère donc essentiel de proposer une démarche d'analyse simple, applicable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ce document passe en revue quelques concepts théoriques avec une proposition d'un schéma général simple d'analyse. Ce schéma n'est pas destiné à être suivi tel quel - ce n'est pas un protocole de recherche - mais plutôt à créer des réflexes qui, lorsqu'ils commencent à s'automatiser, se doivent d'être complétés, adaptés et enrichis.

Enfin, l'analyse pourra être facilitée par l'utilisation des applications informatiques et électroniques.

- **Traitement des données**

Le traitement réside dans la classification des données en catégories ou groupes homogènes, leur mise en tableaux ou sous forme graphique pour faciliter la compréhension et l'interprétation. Ce traitement est mécanisé au niveau des districts, bureaux régional et central et dans les formations sanitaires qui disposent de la capacité informatique appropriée. Les niveaux district, région et central préparent le format standard de tableaux de bord pour les entités sous leur juridiction.

- Analyse des données

L'analyse des données peut être définie comme un ensemble de techniques visant à découvrir une structure de données, souvent compliquée (ex un tableau de nombres à plusieurs variables) et à la traduire en une représentation schématique plus simple, qui la résume au mieux (ex un graphique plus parlant ou simplement un texte plus compréhensible).

Le résultat final de l'analyse peut être une hypothèse de recherche, une connaissance mise à jour et dans tous les cas doit déboucher sur une action.

Les techniques d'analyse des données du SISR sont essentiellement descriptives et auront donc pour but de décrire, d'agréger, de classer et de clarifier les données en tenant compte de nombreux points de vue et d'étudier, en dégagant les grands traits, les associations, les ressemblances ou les différences entre les variables ou groupes de variables.

Au final, les documents fournis sont qualifiés de « synthétiques et percutants » et valent souvent mieux qu'un long discours.

Pédagogiquement, la démarche d'analyse la plus accessible au personnel de santé est celle qui se rapproche le mieux de la démarche clinique.

Le tableau qui suit, établit en neuf étapes un parallélisme entre la démarche d'analyse pour une bonne prise en charge des problèmes de santé du patient et la démarche à faire pour une bonne prise en charge des problèmes de santé publique.

Tableau 2 : Démarche comparée : approche clinique vs approche santé publique

Démarche d'analyse clinique en vue de la PEC des problèmes de santé d'un patient	Démarche d'analyse de situation en vue de la prise en charge (PEC) des problèmes de gestion du système de santé
1. Un médecin reçoit son patient	Une équipe cadre (EC) se propose d'analyser la situation sanitaire de son entité à partir des données de routine
2. Le médecin étudie les informations qu'il recueille à partir de l'anamnèse, des symptômes et des signes cliniques pour repérer des problèmes de santé potentiels	L'EC étudie les informations recueillies à partir du SISR pour repérer les écarts et les problèmes potentiels
3. Le médecin use de ses connaissances et de son expérience en tenant compte du contexte pour identifier des syndromes globaux	L'EC utilise ses connaissances et de son expérience en tenant compte du contexte pour identifier des problèmes globaux
4. Le médecin émet des hypothèses diagnostiques possibles (diagnostics différentiels)	L'EC formule des hypothèses possiblement explicatives
5. Sur base des hypothèses émises, le médecin recherche des informations complémentaires et pousse plus loin son	Sur base des hypothèses émises, l'EC recherche des informations complémentaires et pousse

analyse (autres examens ou appareils diagnostics)	plus loin son analyse (autres sources d'information ou logiciel)
6. A la lumière des informations recueillies, le médecin confirme, élimine ou révisé ses hypothèses et établit son diagnostic	A la lumière des informations recueillies, l'EC confirme, infirme ou affine ses hypothèses ou découvre d'autres pistes
7. A la fin du processus, le médecin <u>prend</u> une décision ou plusieurs décisions	A la fin du processus, l'EC a construit son diagnostic de situation et <u>doit</u> prendre une ou plusieurs décisions
8. La décision peut être l'instauration immédiate d'un traitement ou la demande d'autres examens ou les deux	La décision peut être une action correctrice ou une recherche d'informations complémentaires ou les deux
9. Le médecin fait la retro information au patient	L'EC organise une retro information pour les acteurs du système de santé

De la même façon qu'un médecin ne peut se limiter à examiner le malade, l'Equipe Cadre (EC) ¹ne pourra se limiter à collecter les données. Dans les deux cas il est obligatoire d'aller jusqu'à l'action.

4.3.4 Utilisation de l'information

Les données collectées de façon continue doivent servir à la prise de décision au moment opportun. Or le plus souvent, les producteurs de l'information sanitaire se limitent souvent à élaborer et à transmettre les rapports périodiques d'activité.

Quel que soit le niveau considéré, il est indispensable que l'information produite soit utilisée pour mesurer la performance accomplie en mettant l'accent sur la couverture et la qualité des services tout en questionnant l'efficacité des stratégies utilisées et leur conformité par rapport aux normes et standards nationaux.

Ce document décrit les principales procédures et modalités de suivi recommandées par niveau. Il s'agit d'un ensemble de mesures qui visent à :

- documenter de façon périodique la couverture de services fournis aux différents groupes ciblés dans la population générale ;
- identifier les causes des problèmes de faible performance ;
- déterminer les meilleures expériences pour leur utilisation à plus grande échelle ;
- élaborer des plans de redressement et d'assistance technique sur la base des problèmes identifiés.

¹ L'appellation Equipe Cadre un terme générique désignant l'équipe qui chargée de l'administration, du management et du suivi et évaluation des programmes de développement sanitaire en général au niveau tactique et opérationnel. Actuellement, ce sont les Equipes de Management des Régions (EMAR) ou des districts (EMAD).

- a) A la fin de chaque période mensuelle, la formation sanitaire organise une réunion mensuelle avec le personnel institutionnel et communautaire pour discuter de la performance, déterminer les causes des problèmes rencontrés dans l'organisation et l'offre des services et prendre des décisions appropriées.
- b) Le district utilise aussi l'information générée pour organiser des réunions trimestrielles d'analyse de performance avec son staff afin d'identifier les besoins d'assistance technique et actualiser en conséquence son plan d'encadrement sur la base des priorités d'assistance identifiées.
- c) Comme pour le district, la Direction Régionale organise pour les mêmes raisons des réunions de suivi et des ateliers d'analyse de performance sur une base semestrielle avec les représentants des Districts et des partenaires qui appuient la prestation de service.
- d) Enfin, les informations actualisées du tableau de bord sont utilisées par les directions centrales pour l'organisation des réunions annuelles de suivi de la performance qui débouchent sur des décisions programmatiques relatives au renforcement des soins et services de santé.

Tableau 3 : Modalité, type et procédures d'analyse à tous les niveaux

Niveau impliqué	Type d'analyse	Objectif	Fréquence	Outil utilisé	Méthodologie
A tous les niveaux	Couverture des services	Déterminer la performance de la structure	Périodique	Tableau mural	Comparaison des résultats aux valeurs de référence acceptables (Objectifs, Normes) par domaine
	Qualité des services	Déterminer le respect des normes de la structure	Périodique	Checklist (standard et normes)	Comparaison des résultats aux valeurs de référence acceptables (Objectifs, Normes) par domaine
	Qualité des données	Déterminer le niveau de complétude et de cohérence des données	Périodique	Rapport statistique périodique	Analyse du contenu des rapports
	Evolution des maladies sous surveillance et événements anormaux	Déterminer la fréquence et la distribution des cas et décès en fonction du temps, du lieu et des personnes	Périodique (peut-être journalière ou hebdomadaire)	Tableau mural	Analyse de la tendance des maladies sous surveillance et événements anormaux selon les caractéristiques de personne, de temps et de lieu

Le tableau qui suit donne des indications sur le niveau d'utilisation des données dans le système de santé, considérant une échelle de 0 à 1 :

- 1 = utilisation ;
- 0 = pas d'utilisation du tout)

Tableau 4 : Mesure du niveau d'utilisation des données dans le système de santé

Critères de l'utilisation	Score	Commentaire
1. Allocation des ressources financières sur base des performances des structures sanitaires.		
2. Planification des supervisions		
3. Réalisation des monitorings et évaluations		
4. Elaboration du plan de travail annuel ou PTA précédée d'une analyse de la situation basée sur les données du SIS de routine		
5. Elaboration du PDSS		
6. Formulation des requêtes de financement et plaidoyer auprès des PTF		
7. Mise en place des plans de riposte pour la lutte contre les épidémies		
8. Recherche-actions		
9. Utilisation de l'annuaire statistique dans le processus de planification et de renseignement des indicateurs de suivi du Plan National de Développement (PND) et du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS)		
10. Création de nouveaux centres de santé		
11. Acquisition et répartition de l'équipement, déploiement du personnel de santé et des autres ressources non financières		
TOTAL /11 ET PERFORMANCE		XX%

Une meilleure utilisation du SIS permettrait objectivement de réduire l'écart entre les décisions prises et celles considérées comme les plus rationnelles. Travailler à l'amélioration de cette utilisation aura un impact sur la crédibilité des données du SISR et de surcroît améliorera de façon continue leur qualité aussi bien en termes de pertinence, de fiabilité, de complétude, d'actualité que d'exactitude.

4.3.5 Assurance de la qualité des données

Le but de l'assurance de qualité est de garantir la conformité du processus de collecte et de rapportage des données aux normes et standards. A cet effet, un ensemble de mesures sont indispensables telles :

- L'utilisation du manuel de procédures pour la gestion du SIS.

Ce document définit les responsabilités, procédures et méthodes pour toutes les étapes du processus de production de l'information. Une copie est disponible pour chaque établissement de santé. Il constitue le document de base pour la formation et l'orientation du personnel.

- La formation du personnel.

La formation du personnel fait partie des activités de mise en œuvre du SIS. Tout le personnel concerné est formé et leurs connaissances sont réactualisées chaque année. Un plan et un curriculum de formation

sont élaborés à cet effet. De plus, tous les nouveaux membres du personnel statistique doivent être orientés suivant le plan préétabli.

- L'encadrement du personnel.

Le suivi de la mise en œuvre du SIS nécessite un encadrement de proximité des niveaux supérieurs afin de s'assurer du respect des procédures et de l'utilisation correcte des outils.

- Le contrôle de la qualité des données.

Il est réalisé sur une base mensuelle par :

- les superviseurs des agents de santé et les responsables des institutions pour s'assurer de la complétude et de la fiabilité des données collectées et compilées ;
- les représentants des Districts/ Régions pour vérifier la complétude et la fiabilité des données rapportées ;
- l'entité en charge des données pour vérifier la cohérence et la complétude des données postées sur le support informatique adopté. Par ailleurs, cette entité réalise à la fin de chaque année une enquête de contrôle de la qualité des données du SIS y compris celles provenant des sous-systèmes d'information pour leur validation avant publication dans l'annuaire statistique du Ministère de la Santé Publique.

Procédures de contrôle de qualité des données

Le but du suivi, de l'évaluation et de l'assurance de la qualité est de fournir une assurance raisonnable que le processus suivi pour la collecte des données et la préparation des rapports est conforme aux normes et standards.

Pour le suivi : Il est indispensable que chaque jour à la fin de la journée, le responsable des statistiques au niveau de la formation sanitaire après la compilation quotidienne regarde la tendance de certains indicateurs comme : la fréquentation, les rentrées et les dépenses, la disponibilité en médicaments, le nombre d'enfants vaccinés selon les différents antigènes, la situation des maladies sous surveillance, les maladies dont le nombre de cas dépasse ce qui est attendu et la présence du personnel.

La communication est un élément essentiel pour une bonne gestion des ressources d'une formation sanitaire. Elle fait partie de toutes les activités régulières et est intimement liée au processus de programmation, d'administration, d'évaluation et de contrôle des services. Elle facilite la relation de la formation sanitaire avec son milieu environnant et sur lequel la formation sanitaire doit agir pour connaître ses problèmes et les moyens de mesurer l'efficacité de son action. Si on considère une formation sanitaire comme un système ouvert, c'est la communication qui facilite le processus.

L'élément fondamental de la communication est l'information. Un système de communication doit être organisé dans la formation sanitaire pour favoriser tout le processus de la collecte à l'utilisation de l'information. C'est pourquoi il est fortement souhaité que la journée de travail commence par une courte réunion au cours de laquelle le personnel revoit les données du jour précédent et décide des actions ponctuelles pour les activités du jour.

Pour s'assurer de la bonne qualité des données un ensemble de mesures sont indispensables comme :

- La supervision continue et la révision périodique des sources des données : registres, fiches et formulaires pour s'assurer qu'ils sont complètement et correctement remplis et que l'écriture est lisible. On veillera également à ce que les fiches de consultation aient au minimum les motifs de la consultation, les résultats des examens physiques, les analyses demandées et ce qui est prescrit. La supervision du responsable de l'établissement devait se faire continuellement pour veiller à ce que le processus se fasse en conformité avec les normes et standards.
- La révision mensuelle des rapports par le personnel des établissements. Chaque mois après la préparation du rapport mensuel une réunion du personnel doit être organisée pour réviser le rapport, voir ce qui a marché et pourquoi, ce qui n'a pas marché et pourquoi et prendre les décisions qui s'imposent.
- La révision mensuelle par l'équipe du district. Périodiquement l'équipe du district supervisera les établissements pour contrôler la cohérence et la qualité des données en essayant de les reconstituer. Par exemple si pour la vaccination il est dit dans le rapport mensuel d'activités que 30 enfants sont complètement vaccinés, l'équipe doit contrôler les cartes infantiles pour vérifier si effectivement 30 enfants ont achevé leur vaccination au cours du mois mentionné. L'équipe pourra même visiter quelques enfants pour contrôler leur carte de vaccination.

L'évaluation est une composante essentielle pour la gestion d'une formation sanitaire. Elle est indispensable pour la planification et la programmation. Elle doit faire partie des activités courantes de l'institution quitte à avoir une participation de personnes indépendantes.

Le contrôle est une composante fondamentale de la rétro-alimentation. C'est un ensemble de fonctions qui permettront de maintenir le rendement et les niveaux de qualité des services dans les limites établies et acceptées.

Le responsable d'une formation sanitaire doit s'organiser pour contrôler et évaluer régulièrement et continuellement les activités et pour ce faire, l'information collectée et traitée sera utilisée. C'est la seule façon d'améliorer les services.

4.4 Procédures complémentaires

4.4.1 Procédures pour le maintien de la confidentialité et de la sécurité des données des patients

Les données collectées par les formations sanitaires sur les patients sont strictement confidentielles. De plus, il est extrêmement important de préserver l'intégrité des données en empêchant les manipulations non autorisées ou malveillantes ainsi que les défaillances technologiques. Ces procédures standards expliquent comment préserver le caractère privé durant les activités liées à la collecte, au stockage, à l'utilisation et à la communication de ces données, en particulier les données stockées dans l'entrepôt de données (base de données GESIS et sur le site web du Ministère de la Santé). D'autres mesures doivent être prises par les formations pour prévenir les brèches de confidentialité, comme la divulgation des informations médicales par le personnel.

Cette procédure est applicable à toutes les formations sanitaires du pays. Elle sera appliquée par le personnel médical au niveau des formations sanitaires. Elle sera communiquée à tout nouveau staff avant de lui donner accès aux dossiers des patients. Une version signée sera gardée dans le dossier du personnel afin d'attester que celui-ci en a été informé.

Un système redondant de stockage de données est préconisé pour veiller à la sécurité des données. Toute transmission des données doit suivre des normes adéquates.

Stockage et accessibilité des données

- Tous les documents contenant des informations sur les patients (dossiers des patients, données de laboratoire, registres, cahiers ou formes de compilation, outil électronique...) doivent être conservés dans un endroit sûr accessible uniquement au personnel autorisé et fermé à clé en dehors des heures de bureau.
- Toutes les bases de données et outils électroniques contenant des données des patients doivent être protégés par des mots de passe.
- Le serveur qui héberge la base de données doit également être l'objet de mesures de sécurité (physique et électronique).

Partage de données

Il peut arriver que les données soient partagées dans un but légitime (recherche, analyse, revue de dossiers dans le but d'améliorer les soins des patients, supervision, validation, sur demande de la justice etc.). Ce partage sera autorisé par la direction de la formation sanitaire. La quantité et la nature des données partagées seront toujours le strict minimum nécessaire pour compléter l'activité.

- Les données qui seront transmises sur un support portable (Laptop, External Drive, Flash Drive, cellulaire...) ou par voie électronique devront être des données agrégées, dé-identifiées ou encryptées.
- Pour rendre les données anonymes, les variables suivantes seront codées :
 1. Nom du patient
 2. Adresse, Fokontany, Commune, District du patient
 3. Téléphone du patient
 4. Nom de la personne à contacter en cas d'urgence
 5. Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence
 6. Adresse de la personne à contacter en cas d'urgence
 7. Nom de la personne responsable du patient

Concernant le diagnostic, le codage spécifié dans la dernière version de la Classification Internationale des Maladies sera adopté dans les formations sanitaires.

- Les données contenant des informations permettant d'identifier les individus seront protégées par un mot de passe ou encryptées.
- Au cas où les données seront partagées par email, le mot de passe ne sera pas inclus dans le même mail que le fichier de données.
- Les fichiers/base de données patients conçus aux fins de partage ou d'analyse doivent être effacés quand ils ne sont plus nécessaires.
- Des audits mensuels sur des ordinateurs choisis au hasard permettront de supprimer au besoin les fichiers avec des données de patients qui ne sont plus utiles.

- Un registre pour documenter les partages de données effectuées, incluant la date, le destinataire, la nature des données partagées et le but doit être créé.

4.4.2 Procédures de classement des dossiers médicaux et des registres (gestion des archives)

La bonne tenue des dossiers médicaux constitue une composante importante d'une formation sanitaire. Un des grands problèmes constatés dans les formations sanitaires est le nombre important de dossiers et registres à classer.

Les procédés de classement des dossiers sont nombreux et l'efficacité de chaque méthode dépend des caractéristiques de chaque formation sanitaire (organisation, espace disponible, équipement, personnel etc.)

Les dossiers peuvent être classés soit par :

- *Ordre alphabétique* selon le nom : la classification des dossiers par ordre alphabétique s'avère simple et son maniement ne demande pas beaucoup de formation. Ce procédé est utilisé par beaucoup de formations sanitaires surtout quand le nombre de patients vus à l'année n'est pas élevé.
- *Numéro* : Dans la classification numérique, chaque personne reçoit un numéro unique qui l'identifie et les dossiers sont classés selon la séquence numérique. Toutes les composantes du dossier reçoivent le même numéro et sont plus facilement regroupées. Il permet une extension plus facile et plus rapide. Cependant cette méthode requiert un index pour retrouver les dossiers quand la personne ne revient pas avec la carte portant son numéro.
- *Famille* : Tous les dossiers des membres d'une même famille sont regroupés ensemble. Cela permet à la personne qui fournit les soins de penser et de questionner sur l'état de santé des autres membres de la famille.
- *Ordre chronologique* : la classification chronologique se fait par date selon l'ordre d'arrivée des dossiers. Il est facile à utiliser puisqu'il ne nécessite pas un entraînement spécial pour le personnel qui doit avoir la date de classement pour retrouver rapidement un dossier. Cette méthode est surtout utilisée pour le classement provisoire des dossiers médicaux.
- Service ou par pathologie.

Quel que soit le système choisi par une formation sanitaire, l'important est que l'on puisse retrouver un dossier dans moins de cinq minutes, si non le système ne fonctionne pas.

D'autre part, il faut bien conserver les registres car ils contiennent des informations très utiles sur l'état de santé de la population desservie par l'établissement. Les registres remplis seront gardés dans un endroit sec, à l'abri des intempéries, à l'abri des animaux rongeurs et insectes et si possible sous clé.

- Chaque rapport envoyé à un niveau supérieur, doit avoir une copie dure disponible et accessible en tout temps dans un endroit [à l'intérieur de classeurs métalliques] où une logique d'archivage est poursuivie.
- Tout fichier électronique, lors de leur archivage doit comporter des repères descriptifs (de son contenu) et chronologiques (date de création ou de modification de version).

- L'archivage de tout document doit se faire de façon périodique au niveau d'une plateforme électronique désigné à cet effet, tenant compte de la nomenclature officiel y relative et de la disposition des dossiers.
- Tous les registres doivent être gardés au niveau de l'établissement dans des classeurs métalliques sécurisés.

4.4.3 Procédures sur la durée de conservation des dossiers médicaux

En vertu de l'article 13 de la Loi N°2011-003 portant réforme hospitalière, les données et les informations sanitaires d'un patient doivent être conservées pendant une durée de dix (10) ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation en son sein. Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès.

A l'issue du délai de conservation mentionné plus haut, les dossiers sur les données et les informations sanitaires doivent être transmis à la Direction de tutelle des Etablissements de soins pour être ensuite transférées à une entité chargée de l'archivage des dossiers médicaux pour suite utile.

4.4.4 Procédures particulières de révision des outils de collecte de données primaires

Les outils de collecte de données constituent le moteur du système d'information sanitaire, ils doivent être découlés du système national d'information sanitaire qui est la composante essentielle du dispositif de suivi évaluation de la mise en œuvre des programmes sanitaires dans le pays. Il tente de répondre aux différents besoins d'information en organisant de façon structurée la collecte et le traitement des données sanitaires pour que les utilisateurs puissent en disposer. L'exploitation de l'information sanitaire permet de renseigner sur l'état de santé de la population.

L'attention croissante accordée à la mesure des performances des services œuvrant à l'amélioration de l'état de santé de la population nécessite une révision périodique de ces supports pour répondre de manière satisfaisante au maximum de besoins d'information. Le choix des informations à collecter doit se faire sur la base d'une large concertation avec les utilisateurs potentiels. La révision des outils de collecte des données doit se faire chaque 5 ans.

Le processus de révision des outils de collecte des données doit être réalisé sous la direction du sous-comité SIS

- La révision des outils de collecte des données doit se faire en atelier de travail impliquant les différentes directions concernées au niveau du Ministère en charge de la santé et ses différents partenaires impliqués dans la gestion des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Un rapport de l'atelier de révision des outils de collecte des données doit être rédigé et acheminé au Secrétaire Général et à la coordination technique du sous-comité SIS. Ce rapport doit préciser les objectifs de l'atelier de révision des outils de collecte des données, les différentes variables ajouter ou retirer dans les outils, la version révisée de outils de collecte des données, les motifs de la révision, les implications de ces révisions sur les programmes en question, entre autres.
- Après l'analyse du rapport de l'atelier de révision des outils de collecte des données, le Secrétaire Général en collaboration avec la coordination technique du sous-comité SIS doit réaliser une réunion à l'interne pour valider la révision des outils de collecte de données réalisée.

- Finalement, le Secrétaire Général du Ministère en charge de la Santé, en collaboration avec le sous-comité SIS, doit faire sortir un circulaire pour annoncer les changements apportés au niveau des outils de collecte des données afin d'officialiser la mise en application/utilisation des outils de collecte des données révisés.

4.4.5 Procédures de révision du manuel des normes et procédures de gestion du SIS

Un manuel de procédures est un document dynamique, il évolue avec le temps pour prendre en compte les changements dans le domaine dans lequel les procédures ont été élaborées.

La mise à jour du présent document normes et procédures se fera tous les cinq ans. Toutefois, si des changements majeurs se présentent, ce délai peut être modifié sous réserve d'une approbation écrite des autorités sanitaires.

4.4.6 Principes directeurs de l'intégration et de l'échange des données dans l'entrepôt de données

Les principes directeurs constituent les normes, standards et accords relatifs à l'interopérabilité, aux processus de mise en œuvre et à la coordination qui doivent satisfaire les initiatives d'intégration des bases de données dans un entrepôt de données. Ces directives doivent permettre :

- *l'effectivité et l'efficience* : l'intégration et l'échange des données permettent de fournir une information sanitaire de qualité pour une bonne prise de décision qui pourraient entraîner l'amélioration de la santé des populations ;
- *des approches centrées autour de l'utilisateur* : le module doit être très accessible aux utilisateurs et augmenter leurs capacités de décideurs et d'acteurs de l'atteinte des objectifs des programmes de santé ;
- *la protection et la sécurité des informations et des choix des utilisateurs* : il est essentiel de préserver la confiance des utilisateurs que les informations ne peuvent pas connaître des distorsions car des procédures informatiques bien sécurisées et protégées ont été mises en place ;
- *la culture de l'accès et de l'utilisation du système électronique intégré* : les standards et les méthodes d'intégration et d'échange des bases de données doivent être accessibles à toutes les parties prenantes et la plateforme doit être capable d'héberger toutes les bases de données sanitaires ;
- *l'innovation et l'amélioration du système intégré* : la demande élevée d'intégration et d'échange de données doit motiver les innovations pour répondre aux besoins des parties prenantes ;
- *le développement d'autres intégrations à partir de l'infrastructure existante* : des investissements importants ont été mis en œuvre pour développer ce système ; il est indispensable que tout système soit développé à partir de l'infrastructure déjà en place ;
- *la mise en place d'une politique et de procédures techniques pour l'interopérabilité* : ceci permet la conformité entre les réseaux, les systèmes techniques et les échanges des données sanitaires ;
- *la maintenance de la modularité* : elle crée la flexibilité et permet l'innovation et l'adoption de nouvelles applications en prenant en compte les changements rapides des méthodes de la médecine et des technologies ;

- *la coordination* : toute activité de modification ou d'intégration des données doit être régulée, ordonnée et supervisée par une instance qui regroupe la majorité des parties prenantes du système d'information sanitaire.

Cadre conceptuel de l'organisation de l'intégration et de l'échange des données

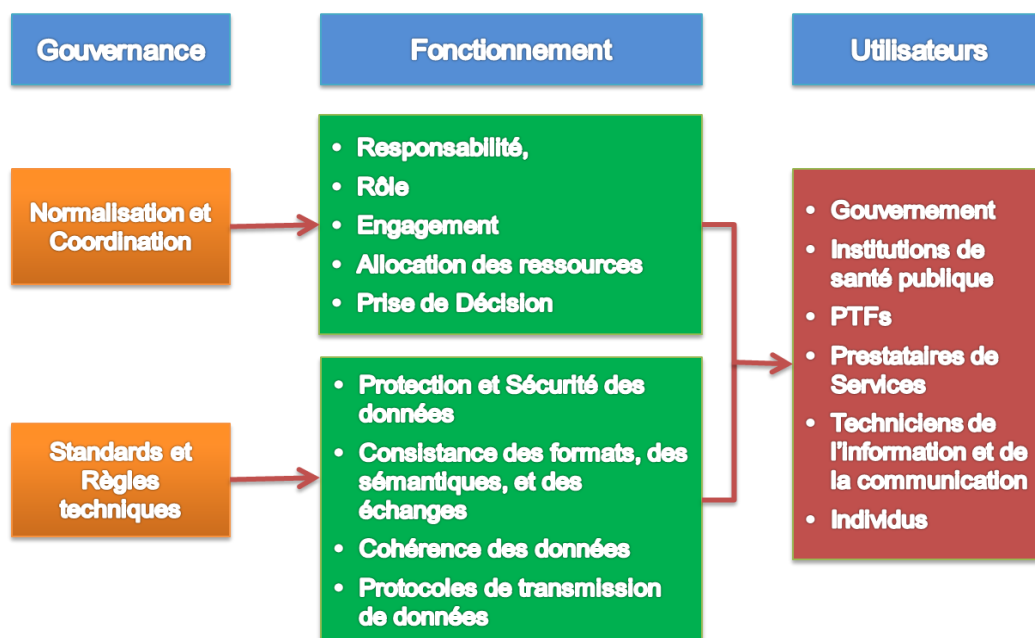
Le cadre conceptuel est structuré en trois dimensions (Gouvernance, Fonctionnement et Utilisateurs) qui doivent permettre de réaliser une intégration coordonnée durable et des échanges adéquates des données pour satisfaire les différents besoins.

La mise en place des normes, des politiques et des mécanismes de coordination doit être un processus inclusif et transparent qui permet de définir les priorités, de prendre les décisions, d'élaborer les règles, les responsabilités, les engagements et les rôles afin d'optimiser et de contrôler l'utilisation abusive des intégrations des bases de données dans l'entrepôt des données. Le développement des standards et des règles dans les applications permettra d'éviter les mauvaises manipulations des données, d'uniformiser la visualisation des données et de relever les incohérences entre les données des différentes bases de données. Il permet également d'améliorer l'accessibilité des utilisateurs aux informations et leur capacité d'échanger leurs informations avec les autres institutions.

L'identification et l'authentification des utilisateurs sont essentielles pour connaître ceux qui ont accès au système afin de rehausser le niveau de confiance et d'éviter les manipulations frauduleuses.

L'authentification permettra l'utilisation d'identifiant et de mots de passe pour l'accès aux applications d'échanges et d'intégration des données sanitaires.

Figure 8 : Schéma du cadre conceptuel de l'organisation de l'intégration et l'échange des données



Operations et techniques nécessaires pour l'échange de données

Le processus de l'intégration et de l'échange des données nécessite le développement des normes qui permettent aux bases de données de communiquer ensemble. La définition de la typologie d'interopérabilité aussi permettra de :

1. développer les liens entre les systèmes ;
2. définir les interfaces et les formats des données mais également les protocoles ;
3. s'assurer de la compréhension de la même interprétation des données et informations échangées ;
4. mettre en place des méthodes claires de codification et de formatage des données.

Il faut également élaborer des règles de cohérence pour faciliter la coexistence entre les bases de données et les images/textes en utilisant les métadonnées pour permettre l'accès à toutes les ressources de l'entrepôt des données à travers l'internet.

ANNEXES

Annexe 1 : Définitions et mode de calcul des indicateurs

Numéro	Indicateur	Définition et mode de calcul
01	Proportion des risques sanitaires détectés ou identifiés	$\text{Nombre des risques sanitaires détectés ou identifiés} \times 100 / \text{Nombre total des événements sanitaires}$
02	Proportion des alertes investiguées	$\text{Nombre d'alertes investiguées} \times 100 / \text{Nb alertes reçues}$
03	Taux de disponibilité des médicaments traceurs au niveau des Pha-G-Dis et au niveau des Unités de Pharmacie des Centres hospitaliers de référence (CHU, ES, CHRR, CHRDII)	Pourcentage des jours sans rupture $(A-D) \times 100 / A$ A= nombre de jours monitorés D= nombre de jours de rupture d'un médicament traceur pendant la période monitorée
04	Pourcentage des Laboratoires des Formations Sanitaires Publiques dotés en PLIM et en CLIM	Nombre des Formations Sanitaires Publiques dotées en PLIM et en CLIM $\times 100 /$ nombre total des Formations Sanitaires Publiques PLIM =Produits des Laboratoires et Imageries Médicales CLIM =Consommables des Laboratoires et Imageries Médicales
05	Taux de complétude des bons de commandes	$\text{Nombre de bon de commande reçu} \times 100 / \text{Nombre de bon de commande attendu en fonction du calendrier}$
06	Taux de promptitude des bons de commandes	$\text{Nombre de bon de commande reçu à temps} \times 100 / \text{Nombre de bon de commande attendu en fonction du calendrier}$
07	Taux de complétude des rapports mensuels	$\text{Nombre de rapport mensuel reçu} \times 100 / \text{Nombre de rapport attendu}$
08	Taux de promptitude des rapports mensuels	$\text{Nombre de rapport mensuel reçu à temps} \times 100 / \text{Nombre de rapport attendu}$
09	Taux de recouvrements des recettes	$\text{Valeur des mouvements du Produit Sortie} \times 100 / \text{recette attendue en fonction de la Consommation Mensuelle Moyenne}$
10	Taux de disponibilité des intrants	$(\text{Nombre de jours de la période évaluée} - \text{Nombre de jours de rupture du produit dans cette période}) \times 100 / \text{Nombre de jours dans cette période}$
11	Taux de satisfaction de la commande	$\text{Nombre des commandes honorées} \times 100 / \text{Nombre total des commandes.}$
12	Taux de perte du à la péremption ou aux produits endommagés	$(\text{Quantité des produits périmés} + \text{Quantité des produits endommagés}) \times 100 / \text{Quantité physique utilisable}$
13	Taux de rupture de stock	$\text{Nombre de jour de rupture de stock dans une période} \times 100 / \text{Nombre de jours de la période}$

Numéro	Indicateur	Définition et mode de calcul
14	Pourcentage de cas dépistés en facteurs de risque (Maladies chroniques non transmissibles) au niveau des Formations Sanitaires de base	Nb de cas de facteurs de risque chez les consultants adultes supérieurs à 18ans x 100 / Nb total de consultants adultes supérieur à 18 ans Cas de facteurs de risque au niveau des Formations Sanitaires de base • HTA • Suspicion de diabète • Obésité
15	Pourcentage de femmes cibles (femmes 25 à 49 ans) dépistées pour lésions précancéreuses du col utérin par IVA au niveau des Formations Sanitaires	Nb de femmes cibles dépistées pour lésions précancéreuses du col utérin par IVA x 100 / Nb de femmes cibles de 25 à 49 ans (Population totale x 25,6%)
16	Proportion de certificats de consommabilité de denrées alimentaires délivrés	Nombre de certificats de consommabilité de denrées alimentaires délivrés x 100 / Nombre d'échantillons de denrées alimentaires analysés
17	Proportion de certificats de non-consommabilité de denrées alimentaires délivrés	Nombre de certificats de non-consommabilité de denrées alimentaires délivrés x 100 / Nombre d'échantillons de denrées alimentaires analysés
18	Proportion de certificats de conformité des produits d'hygiène délivrés	Nombre de certificats de conformité délivrés x 100 / Nombre d'échantillons de produits d'hygiène analysés
19	Nombre de tousseurs chroniques référés par les CSB pour dépistage de la Tuberculose au niveau CDT	Nombre de personnes présentant une toux de plus de trois semaines relevées dans le registre des consultations externes dans les CSB
20	Nombre de nouveaux cas bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués notifiés	Nombre de patients jamais traités ou ayant reçu des antituberculeux pendant moins d'un mois qui sont bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués notifiés
21	Nombre de patients tuberculeux bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués perdus de vue	Nombre de patients qui sont bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués ayant interrompu son traitement depuis plus de 2 mois
22	Nombre de tuberculeux testés en VIH	Nombre de patients qui sont bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués et qui ont fait l'objet de test de diagnostic en VIH.
23	Nombre de cas de retraitement référés pour dépistage de la Tuberculose multirésistante (TBMR)	Nombre de patients en retraitement c'est-à-dire patients enregistrés dans les catégories rechute, échec, reprise et qui sont référés pour dépistage de la Tuberculose multirésistante

Numéro	Indicateur	Définition et mode de calcul
24	Nombre de nouveaux cas d'écoulement génital	Nombre d'hommes présentant des sécrétions purulentes de l'urètre observées par le soignant et des femmes présentant des pertes vaginales plus abondantes que normalement, et d'aspect différent : blanchâtres, verdâtres, jaunâtres.
25	Nombre de nouveaux cas d'ulcération génitale	Nombre d'homme ou femme présentant une ou plusieurs lésions ulcérées et/ou bourgeonnantes des organes génitaux.
26	Proportion des femmes enceintes vues en CPN1 dépistées à la syphilis	$\text{Nombre total des femmes enceintes vues en CPN1 dépistées à la syphilis selon l'algorithme national} \times 100 / \text{Nombre total des femmes enceintes vues en CPN1}$
27	Proportion des femmes enceintes vues en CPN1 syphilitiques bien traitées	$\text{Nombre total des femmes enceintes vues en CPN1 séropositives à la syphilis recevant 3 doses de Benzathine Pénicilline} \times 100 / \text{Nombre total des femmes enceintes vues en CPN1 séropositives à la syphilis}$
28	Proportion des femmes enceintes vues en CPN précoce séropositives à la syphilis recevant une dose de Benzathine Pénicilline	$\text{Nombre des femmes enceintes moins de 4 mois de grossesse, vues en 1ère CPN, séropositives à la syphilis et ayant reçu la première dose de Benzathine Pénicilline} \times 100 / \text{Nombre total des femmes enceintes moins de 4 mois de grossesse vues en 1ère CPN séropositive à la syphilis.}$
29	Proportion des clients effectuant le dépistage du VIH et qui retirent leurs résultats.	$\text{Nombre total des clients qui se font dépister au VIH et ayant retiré le résultat du test.} \times 100 / \text{Nombre total des clients qui ont fait le dépistage du VIH.}$
30	Proportion des clients séropositifs à l'infection au VIH.	$\text{Nombre total des clients qui sont notifiés séropositifs au VIH} \times 100 / \text{Nombre total des clients qui se font dépister au VIH.}$
31	Proportion des PVVIH sous traitement antirétroviral.	$\text{Nombre de PVVIH suivies sous traitement antirétroviral} \times 100 / \text{Nombre de PVVIH suivies}$
32	Proportion des femmes enceintes séropositives à l'infection au VIH recevant du traitement antirétroviral.	$\text{Nombre total des femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant traitement antirétroviral} \times 100 / \text{Nombre total des femmes enceintes notifiées séropositives au VIH.}$
33	% des nourrissons exposés au VIH qui ont commencé une prophylaxie par ARV.	$\text{Nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois et qui ont commencé une prophylaxie par ARV à la naissance} \times 100 / \text{Nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.}$

Numéro	Indicateur	Définition et mode de calcul
34	Proportion des PVVIH et sous traitement antirétroviral qui sont en rétention sous traitement antirétroviral 12 mois après la mise en route de ce traitement.	Nombre de patients sous traitement antirétroviral, en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après la mise en route de ce traitement x 100 / Nombre de patients chez lesquels un traitement antirétroviral a été mis en route jusqu'à 12 mois avant le début de l'année considérée. Cela comprend les patients décédés depuis le début du traitement, ceux qui ont arrêté leur traitement et les perdus de vue à 12 mois.
35	Nombre de patients co-infectés VIH-tuberculose qui reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux	Nombre de patients infectés par le VIH et présentant une tuberculose, ayant reçu aussi bien une association d'ARV qu'un traitement antituberculeux conformément aux protocoles nationaux, au cours de l'année.
36	Taux d'accouchement dans la Formation Sanitaire	Nombre d'accouchement dans la FS x 100 / Naissances attendues
37	Proportion de femmes enceintes ayant reçu TPI1	Nombre de femmes enceintes ayant reçu TP1 / Nombre total de femmes enceintes vues en première CPN à plus de 4 mois de grossesse.
38	Taux d'accouchement chez les femmes enceintes de moins de 18 ans au niveau de la Formation Sanitaire	Nombre d'accouchement des femmes enceintes de moins de 18 ans au niveau de la formation sanitaire x 100 / Nombre des femmes enceintes de moins de 18 ans
39	Taux de couverture contraceptive	Nb des Utilisateurs Réguliers au niveau communautaire x 100 / Nb de Femmes en Age de Reproduction
40	Taux d'acceptation en planification	Nouveaux Utilisateur x 100 / Nb total des FAR
41	Proportion d'enfants de moins de 5 ans correctement pris en charge pour paludisme simple	Nb d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge (ayant reçu un ACT) x 100 / Nb d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple (RDT+) reçus aux sites et CSB
42	Proportion des Enfants de 6 mois à 5 ans souffrant de malnutrition sévère	Nb d'enfants de 6 mois à 5 ans dont l'indice poids pour taille est inférieur à -3 écart-types de la médiane de la courbe de référence OU le périmètre brachial est inférieur à 115 mm x 100 / Nb d'enfants de 6 mois à 5 ans reçus aux sites et CSB
43	Taux de couverture en DTCHepHib3	Nb d'enfants vaccinés en DTCHepHib3 x 100 / Cibles survivants (Population totale x 3,3%)
44	Nombre d'enfants non vaccinés	Cibles survivants - Nb d'enfants vaccinés en DTCHepHib3
45	Proportion de CSB avec au moins deux personnels techniques au poste	Nb de CSB disposant d'au moins deux personnels techniques au poste x 100 / Nombre total des CSB1 et CSB2
46	Proportion de Services tenus par un responsable nommé par arrêté.	Nb de Services tenus par un responsable nommé par arrêté ministériel x 100 / Nombre total des Services

Numéro	Indicateur	Définition et mode de calcul
47	Taux de fréquentation de l'hôpital	Nb total des sortants dans le mois x 100 / Population de secteur (district)
48	Taux d'occupation des lits	Nb de jours d'hospitalisation effectives au cours du mois (ou de l'année) / Nb de jours d'hospitalisation potentielle au cours du mois (ou de l'année)] x 100
49	Durée moyenne de séjour	Somme des séjours des sortants du mois (ou de l'année) / Nb total des sortants du mois (ou de l'année)
50	Taux de létalité globale par la peste	Nombre de personnes suspectes de peste décédées x 100 / Nombre de cas de peste déclarés
51	Taux de Couverture Thérapeutique (TCT) sur le Traitement Médicamenteux de Masse (TMM) pour la bilharziose, géo helminthiase, filariose lymphatique, cysticercose	Nombre de personnes ayant pris les médicaments (Praziquantel, Mébendazole, Albendazole, Notezine) x 100 / Nombre total de la population cible
52	Proportion des cas de lymphoedème et/ou hydrocèle recensées au niveau des formations sanitaires	Nombre de cas de lymphoedème et/ou hydrocèle recensées x 100 / Nombre total de consultation au niveau des formations sanitaires
53	Proportion des cas d'hydrocèle opérés	Nombre de cas d'hydrocèles opérés / Nombre de cas d'hydrocèles recensés
54	Proportion des cas d'hématurie et des selles sanguinolentes recensées au niveau des formations sanitaires	Nombre de cas d'hématurie et des selles sanguinolentes recensées x 100 / Nombre total de consultation au niveau des formations sanitaires.
55	Proportion des cas de suspicion de neurocysticercose recensés au niveau des formations sanitaires	Nombre de cas de suspicion de neurocysticercose recensés x 100 / Nombre total de consultation au niveau des formations sanitaires
56	Taux d'infirmité degré 2 chez les nouveaux cas de lèpre au niveau des districts sanitaires	Nombre de malades ayant une infirmité degré 2 x 100 / Nombre total des nouveaux cas de lèpre
57	Proportion de district sanitaire infesté par la puce chique	Nombre de district rapportant des cas de puces chiques x 100 / Nombre total des districts sanitaires

Annexe 2 : Liste des indicateurs du SIS

Contrôle de la sécurité et de la qualité des denrées alimentaires

- Proportion de certificats de consommabilité de denrées alimentaires délivrés
- Proportion de certificats de non-consommabilité de denrées alimentaires délivrés
- Proportion de certificats de conformité des produits d'hygiène délivrés

Gestion des intrants

- Taux de disponibilité des médicaments traceurs au niveau des Pha-G-Dis et au niveau des Unités de Pharmacie des Centres hospitaliers de référence (CHU, ES, CHRR, CHRDII)
- Pourcentage des Laboratoires des Formations Sanitaires Publiques dotés en PLIM et en CLIM
- Taux de complétude des bons de commandes
- Taux de promptitude des bons de commandes
- Taux de complétude des rapports mensuels
- Taux de promptitude des rapports mensuels
- Taux de recouvrements des recettes
- Taux de disponibilité des intrants
- Taux de satisfaction de la commande
- Taux de perte du à la péremption ou aux produits endommagés
- Taux de rupture de stock

Lutte contre les Maladies Endémiques et Négligées

- Taux de létalité globale par la peste
- Taux de Couverture Thérapeutique (TCT) sur le Traitement Médicamenteux de Masse (TMM) pour la bilharziose, géo helminthiase, filariose lymphatique, cysticercose
- Proportion des cas de lymphoedème et/ou hydrocèle recensées au niveau des formations sanitaires
- Proportion des cas d'hydrocèle opérés
- Proportion des cas d'hématurie et des selles sanguinolentes recensées au niveau des formations sanitaires
- Proportion des cas de suspicion de neurocysticercose recensés au niveau des formations sanitaires
- Taux d'infirmité degré 2 chez les nouveaux cas de lèpre au niveau des districts sanitaires
- Proportion de district sanitaire infesté par la puce chique.

Lutte contre les Maladies Non Transmissibles

- Pourcentage de cas dépistés en facteurs de risque (Maladies chroniques non transmissibles) au niveau des Formations Sanitaires de base
- Pourcentage de femmes cibles (femmes 25 à 49 ans) dépistées pour lésions précancéreuses du col utérin par IVA au niveau des Formations Sanitaires

Lutte contre les IST / VIH / SIDA

- Nombre de nouveaux cas d'écoulement génital
- Nombre de nouveaux cas d'ulcération génitale
- Proportion des femmes enceintes vues en CPN1 dépistées à la syphilis
- Proportion des femmes enceintes vues en CPN1 syphilitiques bien traitées
- Proportion des femmes enceintes vues en CPN précoce séropositives à la syphilis recevant une dose de Benzathine Pénicilline
- Proportion des clients effectuant le dépistage du VIH et qui retirent leurs résultats.
- Proportion des clients séropositifs à l'infection au VIH.
- Proportion des PVVIH sous traitement antirétroviral.
- Proportion des femmes enceintes séropositives à l'infection au VIH recevant du traitement antirétroviral.
- % des nourrissons exposés au VIH qui ont commencé une prophylaxie par ARV.
- Proportion des PVVIH et sous traitement antirétroviral qui sont en rétention sous traitement antirétroviral 12 mois après la mise en route de ce traitement.
- Nombre de patients co-infectés VIH-tuberculose qui reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux

Lutte contre la tuberculose

- Nombre de touseurs chroniques référés par les CSB pour dépistage de la Tuberculose au niveau des CDT
- Nombre de nouveaux cas bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués notifiés
- Nombre de patients tuberculeux bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués perdus de vue
- Nombre de tuberculeux testés en VIH
- Nombre de cas de retraitement référés pour dépistage de la Tuberculose multirésistante (TBMR)

Programme Elargi de vaccination

- Taux de couverture en DTCHepHib3
- Nombre d'enfants non vaccinés

Ressources humaines

- Proportion de CSB tenus par un personnel technique (Médecin / Paramédical) conformément aux normes.
- Proportion de Services tenus par un responsable nommé par arrêté.

Santé de la mère et de l'enfant

- Taux d'accouchement dans la Formation Sanitaire.
- Proportion de femmes enceintes ayant reçu TPI1.
- Taux d'accouchement chez les femmes enceintes de moins de 18 ans au niveau de la Formation Sanitaire.
- Taux de couverture contraceptive.
- Taux d'acceptation en planification familiale,
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans correctement pris en charge pour paludisme simple.
- Proportion des Enfants de 6 mois à 5 ans souffrant de malnutrition sévère.

Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte :

- Pourcentage des risques sanitaires détectés ou identifiés
- Proportion des alertes investiguées

Système hospitalier :

- Taux de fréquentation de l'hôpital
- Taux d'occupation des lits
- Durée moyenne de séjour

Annexe 3 : Définition des cas, des termes et de concepts clés

Définitions liées au contrôle de la qualité des denrées alimentaires

Denrée alimentaire	Toute substance ou produit, transformé, partiellement transformé ou non transformé, destiné à être ingéré ou raisonnablement susceptible d'être ingéré par l'être humain. Ce terme recouvre également les boissons, les gommes à mâcher et toutes les substances, y compris l'eau, intégrées intentionnellement dans les denrées alimentaires au cours de leur fabrication, de leur préparation ou de leur traitement.
Certificat	Document administratif délivré par les organismes compétents officiellement reconnus, établi sous forme écrite ou de manière équivalente, assurant que les denrées alimentaires/ les produits d'hygiène ou le système de contrôle des aliments sont conformes aux exigences protégeant les consommateurs des intoxications alimentaires.
Certificat de consommabilité	Certificat délivré par l'Agence de Contrôle de la Sécurité et de la Qualité des Denrées Alimentaires, pour certifier que les Denrées Alimentaires analysées sont propres et saines à la consommation humaine.
Certificat de conformité	Certificat délivré par l'Agence de Contrôle de la Sécurité et de la Qualité des Denrées Alimentaires, pour certifier que les produits d'hygiène sont conformes aux normes sanitaires en vigueur.
Chaîne alimentaire	Ensemble des étapes de la production primaire des aliments, la manipulation, transformation, distribution, vente et consommation finale.
Produits d'hygiène	Produits utilisés pour nettoyer les dents et les gencives ou la peau tels que les dentifrices, le savon

Définitions liées à la santé de la mère et de l'enfant

Définitions liées à la CPN

Numéro de visite CPN	Une femme enceinte doit en théorie effectuer au minimum 4 visites CPN au cours de sa grossesse. Chaque visite est associée à un numéro comptant le nombre de fois que la femme s'est présentée à la CPN. La visite CPN 1 est la première visite d'une femme enceinte à la consultation prénatale pour la grossesse en cours. Ceci indépendamment de l'âge de la grossesse au moment de la visite. La visite CPN 2 est la deuxième visite de la femme pour la grossesse en cours, toujours indépendamment de l'âge de la grossesse au moment de la visite.
Femme à problème	Une femme à problème en CPN est une femme enceinte qui présente un problème de maladie liée à la grossesse ou non comme le paludisme, une HTA, un diabète, une infection urinaire, ou un problème lié à l'évolution de sa grossesse comme une menace d'accouchement prématuré, une menace d'avortement ou toute autre complication du pré-partum.

Définitions liées aux accouchements

Accouchement à risque	Un accouchement est à risque si la femme enceinte présente un ou plusieurs facteurs de risque parmi les suivants : • âge < 15 ans • âge > 38 ans • nullipare
-----------------------	---

- grande multipare
- antécédent de mort-né
- taille < 1m50
- antécédent de césarienne
- accouchement précédent compliqué
- malformation visible du bassin
- antécédent d'accouchement prématuré
- antécédent d'avortements (2ou+) au 2ème trimestre
- poids < 40Kg ou > 80 Kg en début de grossesse
- maladie chronique préexistante (HTA, diabète, cardiopathies, etc.)

Accouchement eutocique Accouchement qui se déroule avec ou sans épisiotomie, avec ou sans déchirure, sans complications ni intervention instrumentale.

Accouchement dystocique L'accouchement dystocique est un accouchement (y compris le travail), difficile pour des raisons maternelles ou fœtales qui ne peut aboutir sans intervention médicamenteuse ou instrumentale, par exemple, en administrant des ocytociques, en utilisant une ventouse ou en recourant à une césarienne. Par principe, tout accouchement dystocique est assisté par un personnel qualifié dans la pratique du geste indiqué soit à l'hôpital (SONUC) ou dans une maternité habilitée à traiter les dystocies (SONUB).
Les accouchements dystociques ne sont notifiés qu'à partir des CDS SONUB et des hôpitaux (SONUC) dotés d'un personnel qualifié pour les traiter.

Enfant mort-né Enfant né sans vie à partir de la 22ème semaine d'aménorrhée

Avortement Interruption de grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée sans distinguer les avortements spontanés des avortements provoqués.

Décès maternels Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a reçus, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Définitions liées aux maladies de l'enfant

Signes de danger spécifiques Signe de danger spécifique de la toux : existence de bruit quand l'enfant respire.

Signe de danger spécifique de la fièvre : raideur de la nuque

Signes de danger spécifiques de la diarrhée :

Déshydratation sévère : Si on trouve deux de ces signes ou plus :

- Plis cutanés s'effaçant très lentement ;
- Yeux très enfoncés ;
- Enfant incapable de boire ou de tétée ;
- Enfant léthargique ou inconscient.

Déshydratation légère : Si on trouve deux de ces signes ou plus:

- Yeux enfoncés ;
- Enfant assoiffé et boit avidement,
- Plis cutanés s'effaçant lentement ;
- Enfant irrité et agité.

Présence de sang dans les selles

Pneumonie	Toux avec tirage sous costal et/ ou respiration rapide (Enfant de 2- 12 mois : FR $\geq$ 50/mn et 12 mois à 5 ans : FR $\geq$ 40/mn)
Paludisme simple	Fièvre avec RDT+
Maladie fébrile très grave	Fièvre avec un ou plusieurs signes généraux de danger et/ ou raideur de la nuque

Définitions liées à la Planification Familiale

Nouvel utilisateur de la contraception moderne	Toute personne utilisant une méthode de contraception pour la première fois de sa vie. Cet indicateur mesure la capacité du programme à attirer de nouvelles clientes en se tournant vers un segment "non exploité" de la population (définition adoptée par le Ministère de la Santé Publique)
Utilisateur régulier (UR)	Toute personne utilisant une méthode contraceptive, respectant ses rendez-vous dans le centre et donc protégée contre les risques d'une grossesse non désirée.
Perdu de vue (PDV)	Tout utilisateur qui ne revient pas 01 mois après la date de rendez-vous fixé pour les méthodes renouvelables de courte durée et 06 mois après la date de rendez-vous fixé pour les méthodes de longue durée (DIU et les implants). Les cas d'abandon quel que soit le motif sauf pour désir de grossesse, ménopausée changement de localité sont considérés comme « Perdu de vue ».

Définitions liées à la Santé de la Reproduction des Adolescents

Grossesse précoce Grossesse chez une femme enceinte âgée de moins de 18 ans.

Définitions liées à la nutrition

Périmètre Brachial Le Périmètre Brachial dont la mesure chez les enfants de 6 mois à 5 ans (plus de 65 cm) est une méthode alternative pour mesurer la maigreur. Il se mesure à l'aide d'un ruban brachial calibré.

Retard de croissance Mesure de la taille de l'enfant par rapport à son âge (T/A). C'est un indicateur de la malnutrition chronique qui est normalement utilisé pour mesurer l'impact à long terme des programmes de développement socio-économique

Insuffisance pondérale Mesure du poids de l'enfant par rapport à son âge (P/A). C'est un indicateur de la malnutrition générale qui est normalement utilisé pour mesurer l'impact des interventions nutritionnelles à court et moyen termes (par exemple : la nutrition communautaire ou la surveillance de la croissance des enfants).

Emaciation Mesure du poids de l'enfant par rapport à sa taille (P/T). C'est un indicateur de la malnutrition aiguë qui est normalement utilisé pour le dépistage et suivi des enfants sévèrement malnutris dans le cadre des programmes d'urgence ou de récupération nutritionnelle.

Définitions liées à la vaccination

Enfants non vaccinés Enfants qui n'ont jamais été vaccinés (zéro dose) ou qui n'ont pas pu finir toutes les prestations incluses dans le calendrier vaccinal (incomplètement vaccinés).

Définitions liées à la gestion des ressources humaines

Présence d'au moins deux personnels techniques au poste Pour assurer la disponibilité de service de soins de santé au niveau des CSB, il est impératif d'avoir deux agents qui y travaillent. On évite ainsi les fermetures en cas d'absence de l'un des agents (stratégie avancée, formation, réunion, congé ...)

Service tenu par un responsable nommé par arrêté Pour assurer l'engagement budgétaire de chaque SOA, il est nécessaire de régulariser la situation administrative des acteurs budgétaires : il faut procéder aux nominations effectives par arrêté de ce qui sont déjà en place si ce n'est pas encore fait et nommer des chefs de service en cas de vacance de poste

Définitions liées à la veille sanitaire et surveillance épidémiologique

Définitions de concepts clés

Veille sanitaire Ensemble des actions visant à détecter les risques pour la santé publique dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce. Les actions consistent à analyser les données/les informations polymorphes (données des surveillances, RMA, résultats

	d'études scientifiques, informations des médias écrits et audiovisuels, rumeurs, enquêtes, résultats d'investigations, évaluations, ressources documentaires, internet, téléphones, mail...). Cet ensemble d'actions permet d'avertir les autorités compétentes à chaque niveau dans un but de prise de décisions convenables et pour l'action.
Surveillance	Collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision et d'action.
Investigation	Action consistant à décrire et analyser la situation à l'origine de l'alerte afin d'identifier des options de gestions argumentées par l'observation et ainsi définir les actions de gestion appropriées.
Infos veille	Bulletins d'informations et de rétro informations émises périodiquement concernant les menaces pouvant engendrer des problèmes de santé de la population. Elles s'intéressent aux maladies, aux effets de l'environnement sur la santé, et aux risques sanitaires.
Vigilance	Surveillance appliquée à la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou de matériels.
Types de risques sanitaires	• Risques d'incendie • Risques radiologiques • Risques chimiques, toxiques • Risques liés à l'environnement • Risques liés aux changements climatiques • Risques nucléaires • Risques infectieux • Risques zoonotiques • Risques biologiques • Risques physiques • Risques alimentaires • Risques rapportés en veille internationale • Risques professionnels

Maladies
/événements à
surveiller à déclarer
hebdomadairement
pour les
formations
sanitaires

- Arbovirose (cas suspect)
- Autre événement inhabituel nécessitant une alerte
- Choléra
- Décès maternel
- Décès néonatal
- Diarrhée aiguë aqueuse
- Diarrhée chez les > 5 ans
- Dysenterie et Diarrhée sanglante
- Episode d'intoxication par consommation d'animaux marins (ICAM)
- Nombre de cas de fièvre ($T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$)
- Paludisme confirmé par Test rapide ou Goutte Epaisse
- Nombre de RDT effectuée
- Fièvre hémorragique aiguë
- Fièvre typhoïde
- Filariose lymphatique (nouveau cas suspect)
- Ictère
- Infection respiratoire aiguë (IRA)
- Infection sexuellement transmissible (IST autres que VIH)
- Lèpre (nouveau cas)
- Malnutrition aiguë modérée (MAM) ou insuffisance pondérale
- Malnutrition aiguë sévère (MAS)
- Méningite
- Morsure ou griffure (animal à sang chaud)
- Paludisme
- Paralysie flasque aiguë (PFA)
- Peste
- Bandelette peste positif
- Peste bubonique
- Peste pulmonaire
- Rage humaine (Suspicion clinique)
- Rougeole / Rubéole
- Syndrome grippal
- Tétanos néonatal
- Toxiinfection Alimentaire collective (TIAC)
- Toux chronique suspect de Tuberculose

Définitions de cas

Alerte	Toute maladie ou évènement inhabituel
Catastrophe	Un évènement soudain, désastreux qui perturbe gravement le fonctionnement d'une communauté ou d'une société et cause des pertes humaines, matérielles, et économique ou environnementales, dépassant les capacités de la communauté à faire face à l'aide de ses propres ressources.
Risque sanitaire	Un risque sanitaire désigne un risque, immédiat ou à long terme, plus ou moins probable auquel la santé publique est exposée.
Prérupture ou rupture ou d'intrants	Prérupture : le niveau de stock en intrants est en dessous du stock minimal de reserve Rupture : absence d'intrants
Cas de fièvre ($T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$)	Toute personne (tout âge confondu) présentant une température $T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$
Nombre total de cas de diarrhée	Emission d'au moins 3 selles molles ou liquides par jour depuis moins de 15 jours, avec ou sans signes de déshydratation chez tout âge confondu
Diarrhée aqueuse aiguë chez > 5 ans	Emission d'au moins 3 selles molles ou liquides par jour depuis moins de 15 jours, avec ou sans signes de déshydratation chez toute personne âgée de plus de 5ans
Dysenterie et diarrhée sanglante	Toute personne souffrant de diarrhée (apparue depuis moins de 15 jours) avec présence de sang visible dans les selles, associée ou non à des glaires ou des douleurs abdominales, avec ou sans signes de déshydratation
Hématurie (suspicion de bilharziose intestinale)	Présence de sang dans les urines
Syndrome grippal	Toute personne (tout âge) présentant Fièvre d'apparition brusque avec une température supérieure ou égale à 37°C associé à une toux OU maux de gorge avec apparition des symptômes dans les 3 jours ET ne nécessitant pas d'hospitalisation.
Suspicion de Filariose lymphatique	Toute personne présentant un ou plusieurs symptômes aigus : fièvre et enflure localisée, lymphangite (augmentation de volume des membres ou de la bourse)
Cas de tungose ou de puce chique	Coloration ronde blanchâtre sous la peau avec petite tache noir au milieu très prurigineuse et ou douloureuse qui se situe le plus souvent au niveau des orteils ou des doigts
Suspicion de neurocysticercose	Céphalées intenses rebelles aux antalgiques usuelles, crises convulsives apyrétique, vertige et/ou syncope à répétition, troubles visuels avec scotomes
Infection Respiratoire Aigue (IRA)	Toux avec rhume et augmentation de la fréquence respiratoire et fièvre
Episode d'Intoxication	Survenue de symptômes cliniques variés au décours de la consommation d'un animal marin, touchant habituellement au moins 02 personnes ayant consommé cet animal.

collective due aux
animaux marins
(ICAM)

Episode de
Toxiinfection
Alimentaire
collective (TIAC)

Survenue de symptômes cliniques variés au décours d'un repas, touchant au moins 02 personnes ayant partagé le même repas.

Infections
Sexuellement
Transmissibles
(IST) :

Tout **homme** présentant un ulcère de la verge, du scrotum ou du rectum, avec ou sans adénopathie et ou écoulement génital inguinal, ou toute **femme** présentant un ulcère vulvo-vaginal, du ou du rectum, avec ou sans leucorrhées pathologiques ou d'adénopathie inguinale.

Lèpre

Personne présentant au moins l'un des trois signes essentiels de la lèpre : lésion cutanée hypo-pigmentée ou rougeâtre avec perte ou diminution de la sensibilité cutanée, épaissement du nerf périphérique.

Malnutrition
modérée chez les
moins de 5 ans

Tout enfant âgé de moins de 5 ans se trouvant dans la Bande jaune

Malnutrition
sévère chez les
moins de 5 ans

Tout enfant âgé de moins de 5ans se trouvant dans la Bande rouge

Paludisme
confirmé

Tout cas de fièvre ou antécédent de fièvre ($T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$) avec test de diagnostic rapide au paludisme positif

Paralysie Flasque
Aigüe

Un syndrome caractérisé par une paralysie (faiblesse, diminution ou perte de mouvement) qui est flasque (perte de tonus musculaire, membre mou ou flaccide, non spastique) et aiguë (début soudain).

Paralysie d'un ou de plusieurs membres survenant subitement chez un enfant âgé de moins de 15 ans ou tout cas diagnostiqué comme tel par le clinicien.

Suspicion de cas de rage humaine	Toute personne ayant été mordue ou léchée par un animal à sang chaud domestique ou sauvage, présentant un gêne respiratoire avec spasme hydrophobique ou aérophobie ou paralysie (antécédent de prurit ou de paresthésies/fourmillement au niveau du site de la morsure)
Suspicion cas d'arbovirose	Fièvre + au moins 02 des signes suivants : céphalées, myalgie, arthralgie, éruption cutanée, douleurs retro orbitaire, manifestations hémorragiques
Suspicion cas de méningite	Brusque accès de fièvre avec raideur de la nuque, conscience altérée ou autres syndromes méningés
Suspicion cas de rougeole	Toute personne présentant une éruption cutanée maculo-papuleuse généralisée avec de la fièvre, plus un des éléments suivants: toux ou coryza (nez qui coule) ou conjonctivite (yeux rouges)
Suspicion cas de peste	Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale, accompagnée de frissons, céphalées, malaise important, prostration et gonflement très douloureux des ganglions lymphatiques, ou toux avec crachats teintés de sang, douleurs thoraciques, et difficulté à respirer.
Test à la Bandelette peste positif	Résultat du test de diagnostic rapide de la peste effectué s'affiche positif
Peste bubonique	Fièvre d'apparition soudaine (39-40°C) + présence de bubons (adénopathie douloureuse de siège inguinal ou crural, parfois axillaire ou cervical ou maxillaire sans porte d'entrée
Peste pulmonaire	Fièvre d'apparition soudaine (39-40°C) avec une toux, douleurs thoraciques/gêne respiratoire et des crachats sanguinolents
Tétanos néonatal	Tout nouveau-né qui tète et pleure normalement au cours des 2 premiers jours de la vie, mais qui perd cette capacité entre le 3ème et le 28ème jour et présente des raideurs et des spasmes. OU Tout décès néonatal entre le 3ème et le 28ème jour de la vie pour lequel la cause est inconnue.
Toux chronique suspect de Tuberculose	Toute personne toussant depuis au moins 03 semaines
Décès maternel	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle, ni fortuite.
Décès néonatal	Tout enfant né vivant mais décédé entre la naissance et le 28 ^e jour de vie
Autres maladies d'importance en santé publique	Toutes autres maladies que celles citées ci-dessus : ex présence d'ascaris dans les selles, teigne, hématurie...

Annexe 3 : Dictionnaire des métadonnées

Le Dictionnaire des métadonnées est un document qui définit les informations générées par le système d'information sanitaires et donne des précisions sur la façon dont ces données sont organisées dans le logiciel de traitement de l'information sanitaire (GESIS) et les définitions y relatives.

Il s'agit d'un document important qui est mis à la disposition des producteurs et des utilisateurs de l'information sanitaire.

Pour des raisons de simplicité, le document a été développé séparément du manuel des normes sanitaires mais reste un complément indispensable de celui-ci.

Annexe 4 : Brève présentation du dictionnaire des métadonnées

Trois composantes :

- Métadonnées de l'hôpital
- Métadonnées du Centre de Santé de Base
- Métadonnées des autres entités

Contenus de chaque composante :

- liste des définitions utilisées (liées aux programmes, fonctions, ...),
- description des tableaux de bord,
- liste des données par thématique (curatif, promotionnel, préventif, gestion, etc...),
- liste des CHAMPS dans les bases de données.

Annexe 5 : Outils de rapportage en surveillance épidémiologique

1. OUTILS DE RAPPORTAGE POUR LES AGENTS COMMUNAUTAIRES

TATITRA ISAN-TAONA MOMBA NY FANARAHAMASO NY ISAN'NY MPONINA

(Ho fenoin'ny Mpanentana ara-pahasalamana eo anivon'ny fiaraha-monina)

Famintinana ny isan'ny mponina fenoina isan-taona (herinandro voalohan'ny volana janoary)

	0 – 28 andro	1 – 11 volana	1 – 4 taona	5 – 9 taona	10 – 14 taona	15 – 24 taona	25 – 49 taona	50 – 59 taona	60 taona no mihoatra	Fitamb arany
Isan'ny LAHY										
Isan'ny VAVY										

Momba ilay Mpanentana sy ny faritra iadidiany:

Anarana : _____

Laharana finday : | _ | _ | . | _ | _ | _ | . | _ | _ |

Vohitra : _____

Fokontany : _____

Kaominina : _____

Tobim-pahasalamam-panjakana miahy: CSB _____

Anaran'ny Distrika : _____ Code CSB | _ | _ | _ |

FAMANTARANA MANOKANA ILAY MPANENTANA:

_____ (tsy fenoina)

TATITRA ISAN-KERINANDRO MOMBA NY FANARAHAMASO NY TRANGAN'ARETINA
NA FISEHOAN-JAVATRA HAFAHAFAMAHAHAKASIKA NY FAHASALAMANA EO AMIN'NY
FIARAHAMONINA

(Ho fenoin'ny Mpanentana ara-pahasalamana eo anivon'ny fiaraha-monina)

Momba ilay Mpanentana sy ny faritra iadidiany:

Anarana : _____

Laharanafinday :

03 | _ | _ | . | _ | _ | . | _ | _ | _ | . | _ | _ |

Vohitra : _____ Fokontany : _____

Tobim-pahasalamam-panjakana miahy: CSB _____

Code CSB:

| _ | _ | _ |

Tatitra manomboka ny : _____ / _____ / 20____ ka hatramin'ny _____ / _____ / 20____

Daty nandefasana ny tatitra: _____ / _____ / 20____

Tabilao 1: Famintinana ny isan'ny maty

	0 – 28 andro	1 – 11 volana	1– 4 taona	5 – 9 taona	10 -14 taona	15 – 24 taona	25 – 49 taona	50 – 59 taona	60 taona no mihoatra
Isan'ny maty									
Isan'ny reny maty									

Tabilao 2: Soritr'aretina/Aretina /Trangan-javatra arahi-maso :

ARETINA TENA MORA MIFINDRA.	Velona	Maty	Totaliny
Fivalanana misy rà na lio			
Hatoka henjana miampy hafanan-koditra(meningite)			
Atody tarimo: tenda, helika, foto-pe ahiana ho pesta			
Ngorongosy na fahamavona na tazovony (Ictère)			

Fahapoizinana ara-tsakafo (TIAC na ICAM)

Isan'ny tranga:

| _ | _ | _ |

Kaikitra na rangotra biby misy ravin-tsofina sy vangy :
|_|_|_|

Isan'ny voakaikitra :

Fahafahan'anaka mitranga eo amin'ny omby na ondry na osy:
|_|_|_|

Isan'ny tranganiseho :

Fahafatesam-boalavotsynampiasanapoizim-boalavo:

☐ -Nisy

☐ -Tsynisy

ARETINA EZAHINA HO FONGORINA

	Velona	Maty	Totaliny
Fahalemena tampoka (PFA)			
Zaza tsymety minono tampoka aorianan'ny roa (2)andro fahaterahany			
Hoditra mirofitra mirôntono (mamorifotra) miampy maso mena			

ARETINA NA TRANGA HAFA ARAHIMASO

	Velona	Maty	Totaliny
Mafanahoditra ($T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$)			
Tazomoka ka TDR pozitifa			
Kohaka na sery (IRA)			
Fivalanana tsotra amin'ny sokajy taona rehetra			
Fivalanana tsotra amin' ny olona mihoatra ny 5 taona			
Tsy fanjarian-tsakafofaritra mavo			
Tsy fanjarian-tsakafo faritra mena			

TARATASY FANAIRANA MOMBA NY ZAVA-MITRANGA LAHARANA FAHA:.....

Laharana finday : | _ | | _ | | _ | . | _ | _ | . | _ | _ | _ | . | _ | _ |

Toerana :
| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Zava-mitranga :

- ☐ aretina efa mpitranga fa mitombo be ny olona voany
- ☐ aretina vaovao eto amin'ny faritra ka betsaka ny olona marary
- ☐ aretina mitarika fahafatesan'olona maro
- ☐ aretina tafiditra amin'ireo arahi-maso manokana
- ☐ zava-mitranga mety hitondra aretina amin'ny mponina (fahafatesana vorondia)
- ☐ Tsy fahampiana fanafofy na fitaovana enti-mitsabo
- ☐ Loza voajanahary

Daty nanombohan'ny tranga : ____/____/20__

2. OUTILS DE RAPPORTAGE POUR LES AGENTS COMMUNAUTAIRES

RAPPORT ANNUEL SUR LE NOMBRE OFFICIEL DE LA POPULATION DESSERVIE PAR LE CENTRE

(à remplir par le Chef de Centre de Santé)

FS

TYPE : public/privé CSB de rattachement

Synthèse du nombre de la population (dernière semaine du mois de Janvier)

	0 – 28 jours	1 – 11 mois	1 – 4 ans	5 – 9 ans	10 -14 ans	15 – 24 ans	25 – 49 ans	50 – 59 ans	60 ans et plus	TOTAL
--	-----------------	----------------	--------------	--------------	---------------	----------------	----------------	----------------	-------------------	-------

Sexe Masculin										
Sexe Féminin										
TOTAL										

Renseignements concernant la formation sanitaire et sa circonscription :

Nom et Prénom du 1^{er} responsable : _____

Num téléphone : | . | _ | _ | . | _ | _ | _ | . | _ | _

Nom et Prénom : _____ du 2^{eme} responsable :

Num téléphone : | _ | _ | . | _ | _ | _ | . | _ | _ |

Les Fokontany desservis par le centre:

1- _____ 2- _____ 3- _____

Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km

4- _____ 5- _____ 6- _____

Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km

7- _____ 8- _____ 9- _____

Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km

10- _____ 11- _____ 12- _____

Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km

13- _____ 14- _____ 15- _____

Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km

16- _____ 17- _____ 18- _____

Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km Distance | _ | _ | _ | km

Nom du district _____ District (CODE) : | _ | _ | _ |

Symptômes, Maladies/Évènements à surveiller	Vivant	Décès	Total
Arbovirose (cas suspect)			
Autre événement inhabituel nécessitant une alerte			
Choléra			
Décès maternel			
Décès néonatal			
Diarrhée aiguë aqueuse			
Diarrhée chez les > 5 ans			
Dysenterie et Diarrhée sanglante			
Episode d'intoxication par consommation d'animaux marins (ICAM)			
Nombre de cas de fièvre ($T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$)			
Paludisme confirmé par Test rapide ou Goutte Epaisse			
Nombre de RDT effectuée			
Fièvre hémorragique aiguë			
Fièvre typhoïde			
Filariose lymphatique (nouveau cas suspect)			
Ictère			
Infection respiratoire aiguë (IRA)			
Infection sexuellement transmissible (IST autres que VIH)			
Lèpre (nouveau cas)			
Malnutrition aiguë modérée (MAM) ou insuffisance pondérale			
Malnutrition aiguë sévère (MAS)			
Méningite			
Morsure ou griffure (animal à sang chaud)			
Paludisme			
Paralysie flasque aiguë (PFA)			
Peste			
Bandelette peste positif			
Peste bubonique			
Peste pulmonaire			
Rage humaine (Suspicion clinique)			
Rougeole / Rubéole			
Syndrome grippal			
Tétanos néonatal			
Toxi-infection Alimentaire collective (TIAC)			
Toux chronique suspect de Tuberculose			

IDENTIFIANT UNIQUE DU CHEF DE CENTRE DE SANTE:

(à ne pas remplir)

RAPPORT DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

(Formation sanitaire)

Renseignements concernant le centre de santé:

Numéro du téléphone :

03 | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Commune de : _____

Nom du Centre : _____ District (CODE) :
| _ | _ | _ |

Semaine Epidémiologique __ du lundi ____ / ____ / 20 ____ au dimanche ____ / ____ / 20 ____ (date/mois/année)

Date d'envoi du rapport : ____ / ____ / 20 ____ Nouveaux consultants
: | _ | _ | _ | _ | _ |

Récapitulation de décès

	0 – 28 jours	1 – 11 mois	1 – 4 ans	5 – 9 ans	10 – 14 ans	15 – 24 ans	25 – 49 ans	50 – 59 ans	60 ans et plus
Nombre de décès									
Décès maternels									

☐ Alerte ☐ Risque sanitaire/Catastrophe ☐ Pré-rupture ou Rupture de stock en intrants (PEV, palu...)

Si OUI préciser l'alerte/risques (cocher/écrire les réponses):

- ☐ risque lié aux maladies infectieuses
- ☐ risque lié à une exposition radiologique/nucléaire
- ☐ risque lié à une exposition chimique/toxique
- ☐ risque zoonotique
- ☐ risque physique (accidents de la circulation ou de la vie courante ou traumatisme...)
- ☐ risque alimentaire
- ☐ catastrophe : inondations, incendie, sécheresse, cyclones.....
- ☐ risque environnemental
- ☐ risque professionnel
- ☐ autre.....(à préciser)

MEASURE Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street Building C, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina, USA 27516
Phone: +1 919-445-9350
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

This publication was produced with the support of the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of the MEASURE Evaluation cooperative agreement AID-OAA-L-14-00004. MEASURE Evaluation is implemented by the Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill in partnership with ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health; Palladium; and Tulane University. Views expressed are not necessarily those of USAID or the United States government. SR-17-147 FR



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



U.S. President's Malaria Initiative