

Chapitre 1 : Introduction

Introduction

1. OBJECTIFS DU SIS

Un Système d'information sanitaire (SIS) a pour objectif de générer, d'analyser et de diffuser les données de santé. Il s'agit d'une activité réalisée en continu, régulièrement, en lien étroit avec les décisions prises en matière de santé publique et la mise en œuvre des actions d'un programme.

Les objectifs du SIS sont décrits ci-dessous. Ils sont à la base de la classification de chaque indicateur du système. Chaque objectif détaillé doit être élaboré en fonction des besoins du programme et des priorités spécifiques à chaque pays.

OBJECTIF 1. DÉTECTER AU PLUS TÔT LES PROBLÈMES DE SANTÉ ET LES ÉPIDÉMIES, ET Y RÉPONDRE RAPIDEMENT

C'est en détectant tôt les épidémies éventuelles et en mettant en œuvre des actions opportunes et efficaces que l'on peut réduire fortement le nombre de cas et de décès en cas d'épidémie.

Pour faire en sorte que chaque organisme de santé soit rapidement alerté en cas de suspicion d'épidémie, il est nécessaire de mettre en place, dès le début de la situation d'urgence, un système d'avertissement et de réaction précoces (EWARS). Cette fonction doit être intégrée, dès que possible, aux objectifs plus larges d'un SIS. Elle fait partie des fonctions les plus immédiates et spécifiques du SIS. Elle est décrite dans un sous-module distinct (voir le Module 3, « chapitre 2 : Alerte épidémique et réponse »).

OBJECTIF 2. SURVEILLER LES TENDANCES EN MATIÈRE D'ÉTAT DE SANTÉ ET TENIR COMPTE EN PERMANENCE DES PRIORITÉS DE SOINS DE SANTÉ

La surveillance de l'état de santé d'une population permet aux responsables médicaux de déterminer son profil de santé, de détecter tout changement de cet état ou l'apparition de tout nouveau problème de santé et d'identifier les priorités en matière de santé publique. Cette surveillance va de pair avec une diffusion pertinente des informations. La collecte de ces informations est un composant essentiel des exigences d'établissement de rapport imposées par les partenaires au personnel sur le terrain, aux sièges sociaux des organismes, aux Ministères de la santé et aux donateurs.

Les données relatives à la mortalité sont recueillies auprès des établissements de santé, des programmes de santé communautaires et des hôpitaux de transfert. Les données sur la morbidité liée aux blessures, aux conditions de santé et aux maladies sont recueillies auprès des établissements de santé proposant des services de consultation externe, des services d'hospitalisation, des centres de nutrition, des cliniques spécialisées dans la santé maternelle et infantile, et des travailleurs communautaires chargés de la santé. En outre, les données spécifiques à l'âge, au sexe et aux

causes permettent aux planificateurs d'identifier les secteurs et les groupes prioritaires au sein de la population, mais aussi de déterminer les programmes véritablement équitables et les ressources réellement attribuées (voir l'objectif 4).

OBJECTIF 3. ÉVALUER L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS ET L'ÉTENDUE DES SERVICES PROPOSÉS

Les disponibilités et l'utilisation des services de santé sont des outils de mesure importants des performances du système de santé. Le suivi des données de consultation permet aux planificateurs des soins d'évaluer la demande en matière de services de soins médicaux au sein de la population concernée. Ils peuvent ainsi étudier les problèmes d'accès aux soins et les contraintes associées à ces soins pesant sur les prestataires de soins individuels.

Des taux d'utilisation inférieurs à ce qui était prévu peuvent signifier que l'accès aux établissements de santé est inapproprié (pour des raisons d'insécurité ou de faiblesse de la capacité d'accueil des services de santé, par exemple). En revanche, un taux plus élevé peut être caractéristique d'une sur-utilisation due à un problème de santé publique spécifique (une épidémie de maladie infectieuse, par exemple) ou d'une sous-estimation de la population cible. Lors de l'analyse des taux d'utilisation, il convient de tenir compte de l'âge et du sexe des populations, afin de s'assurer que les groupes les plus vulnérables ne sont pas sous-représentés (voir l'objectif 4).

L'étendue de la couverture assurée est calculée en fonction de la population cible, définie au début du programme. Elle peut être affectée par l'acceptabilité du programme, l'emplacement des lieux de soins, la sécurité du personnel et les personnes nécessitant un traitement, les temps d'attente, la qualité du service et l'étendue des consultations à domicile. Il peut être important de procéder à une triangulation des informations et à la vérification des indicateurs calculés dans les études périodiques, afin de déterminer, par exemple, la prévalence de la malnutrition sévère et la couverture vaccinale.

Le SIS permet également aux planificateurs des soins de contrôler l'impact des interventions de santé spécifiques, en comparant les indicateurs de santé de la population avant et après le début de l'intervention. Il peut s'agir, par exemple, de surveiller la diminution des cas de paludisme après la mise en place d'un programme de contrôle du vecteur de la maladie ou l'augmentation de la couverture vaccinale à la suite d'une campagne communautaire ciblée.

OBJECTIF 4. S'ASSURER QUE LES RESSOURCES SONT ADAPTÉES AUX SECTEURS ET GROUPES QUI EN ONT LE PLUS BESOIN

Le système d'information a une autre fonction importante : observer les inégalités en matière de couverture et d'utilisation des services de santé, mais aussi de résultats médicaux. Les identifiants clés tels que l'âge, le sexe ou le statut de réfugié ou de ressortissant, ainsi que l'emplacement géographique sont utilisés afin de décrire les tendances et de mettre en lumière les groupes les plus vulnérables. Des efforts particuliers doivent être entrepris afin d'équilibrer la représentativité homme-femme et d'explorer les obstacles possibles à l'utilisation des services en présence d'un déséquilibre dans la représentation homme-femme.

Il est également important de procéder à une sectorisation appropriée afin de déterminer correctement les groupes à risque prioritaires dans le cadre des programmes de santé spécifiques ; cette sectorisation permet, par exemple, de mettre l'accent sur les besoins des jeunes en matière de santé génésique et de sexualité. Les programmes de santé génésique et de prise en charge du VIH/SIDA accordent une attention particulière au groupe des moins de 18 ans, en vue de contrôler la façon dont ce sous-groupe de population accède aux services et les utilise.

La sectorisation des données relatives aux réfugiés et aux ressortissants du pays d'accueil est également surveillée avec précision. Lorsque les services de santé des réfugiés sont accessibles à la population locale, il est important d'enregistrer les proportions d'utilisation de ces services afin de mesurer leur degré d'acceptation et l'accessibilité des interventions de santé. Ces données peuvent jouer un rôle prescriptif déterminant auprès des autorités de santé locales, améliorer les relations entre les réfugiés et les communautés du pays d'accueil et contribuer grandement aux différents chiffrages tels que ceux permettant de déterminer les taux de consultation, d'occupation des lits et d'utilisation des médicaments et autres produits consommables.

Cependant, l'utilisation des données du pays d'accueil est souvent limitée par l'incapacité à obtenir des chiffres précis sur les populations (dénominateur). L'utilité des données sur le pays d'accueil dans le système d'information est d'autant plus affectée par la faiblesse de l'étendue des services proposés aux populations locales et par le manque de données chiffrées fiables ou représentatives.

OBJECTIF 5. ÉVALUER LA QUALITÉ DES INTERVENTIONS DE SANTÉ

Les programmes doivent surveiller en permanence la qualité des services grâce à des mesures de la participation des communautés, ainsi que de l'acceptabilité des programmes (le taux d'absence, par exemple) et de leur étendue. Les taux d'hospitalisation, d'utilisation des services de consultation externe et de sortie des patients peuvent fournir des indicateurs utiles sur l'adaptation des comportements de recherche de soins dans une communauté ; ils peuvent également indiquer si le service de santé est à même de fournir une réponse adaptée, en termes de délai et de qualité, aux besoins de la population sur le terrain.

Les taux d'absence peuvent être élevés lorsque la population n'a pas accès au programme. Les possibilités d'accès peuvent être limitées par la distance entre le lieu de traitement et la communauté, l'insécurité, le niveau d'assistance offert au patient par le personnel soignant, le nombre de soignants restés au domicile afin de prendre soin de personnes dépendantes et la qualité des soins prodigués. Les causes individuelles de ré-admission, d'absence et de non rétablissement doivent être examinées en permanence.

2. CONTENU DU SIS

Les exigences de contrôle de tout programme de santé doivent refléter le modèle de soins de santé primaires à la base de la planification, de l'organisation et de l'administration des services. Le SIS contient dix modules qui correspondent aux composants essentiels des soins de santé primaires (voir la liste ci-après).

Au cours des phases d'urgence et post-urgence des actions menées en faveur des réfugiés, différents niveaux de soins de santé peuvent être atteints. Différentes stratégies ou approches opérationnelles doivent alors être adoptées, en fonction du contexte humanitaire et des priorités estimées en matière de santé publique sur le terrain. La configuration du système d'information doit être adaptée afin de refléter ces différences et de correspondre à la gamme de services proposés par chaque partenaire.

> Sections techniques du SIS

Les dix sections suivantes forment le SIS. Elles reposent sur des éléments clés des soins de santé primaires :

1. Population
2. Mortalité
3. Morbidité
4. Hospitalisations et transferts
5. Laboratoire
6. Lutte contre les maladies
7. PEV (avec notamment la surveillance de la vitamine A, de l'anatoxine tétanique et de la croissance)
8. Nutrition
9. Santé génésique
10. VIH/SIDA

* la numérotation correspond aux numéros des modules du chapitre 2 de ce manuel, des documents imprimés et électroniques utilisés dans l'ensemble du système.

Dans chaque section technique, le contenu du SIS peut être regroupé selon trois axes clés :

- 2.1 Normes et indicateurs
- 2.2 Outils et consignes
- 2.3 Coordination et soutien

2.1 NORMES ET INDICATEURS

Les indicateurs sont définis comme des variables, reproductibles dans le temps, qui permettent de suivre l'évolution de la réalisation des objectifs (voir le chapitre 1, plus haut). Une norme correspondante est utilisée afin de déterminer le niveau minimum acceptable dans la réalisation de chaque indicateur.

Les indicateurs représentent les points initiaux et finaux de la conception du SIS. Ils fixent les données devant être recueillies, la disposition et le format des sources d'informations, et indiquent comme les données doivent être gérées, interprétées et utilisées pour diriger les pratiques de santé publique.

Les systèmes de santé qui n'utilisent pas les mêmes indicateurs de santé ne sont pas standardisés, tout comme les informations de santé qu'ils génèrent. Par conséquent, les données produites par des systèmes de santé non standardisés sont souvent incomplètes, ne peuvent être cumulées et ne sont pas adaptées à l'évaluation d'une situation.

2.1.1 Sélection des indicateurs

Le point de départ du processus de standardisation du SIS consiste à établir un consensus autour d'un ensemble clé d'indicateurs et de normes. Cette liste permet de développer un ensemble d'outils cohérents, accompagnés de conseils normatifs relatifs à leur utilisation et leur application sur le terrain.

Le processus de sélection des indicateurs est complexe. Chaque indicateur doit être techniquement valide, simple et mesurable. En outre, le développement et la mise en place de politiques nouvelles (ou révisées) au niveau national et organisationnel dévoilent de nouveaux secteurs de contrôle et de mise en œuvre sur le terrain, qui doivent être en permanence évalués et pris en compte. La liste actuelle des indicateurs est issue des consultations menées auprès des partenaires sur le terrain et des conseils normatifs provenant de sources telles que le projet sur les indicateurs et normes minimaux de l'UNHCR et le projet SPHERE.

Ce manuel et le guide des indicateurs et normes correspondant fournissent une description détaillée des données nécessaires au calcul de chaque indicateur, qui sont notamment les suivantes : domaine d'application, numérateur et dénominateur, unités d'expression, sources et méthodes de collecte des données, personnel impliqué, fréquence (intervalle de mesure) et limites. Le choix des indicateurs est régulièrement affiné et adapté, sous la coordination et la direction de l'UNHCR, et en fonction des tests et de l'utilisation faite sur le terrain.

2.1.2 Sélection des normes

Les normes doivent être adaptées à l'environnement spécifique dans lequel elles sont utilisées et doivent reposer sur la validité empirique de chaque opération. En l'absence de données spécifiques au pays, les normes internationales ou celles de l'UNHCR ont été insérées en regard de certains indicateurs. Il est prévu que, après évaluation et examen approfondis, ces normes soient modifiées et affinées de manière à mettre en place un ensemble de valeurs spécifiques au pays, sur chaque

site. En présence d'indicateurs sans norme de référence, ce processus permettra également de définir des normes empiriques dans les prochaines versions du SIS.

Un résumé de chaque indicateur est fourni à la fin de chaque module (voir les cases « Résumé des indicateurs »). Le Guide des indicateurs et des normes livré avec ce manuel contient également une liste exhaustive de ces indicateurs.

2.2 OUTILS ET CONSIGNES

Il est essentiel d'utiliser des outils et des méthodes de collecte communs afin que les données générées dans le SIS soient cohérentes et de bonne qualité. Lorsqu'elles sont utilisées de manière systématique et coordonnée par tous les partenaires de santé, ces ressources permettent de veiller à la comparaison possible des indicateurs d'un camp à l'autre et à l'obtention de niveaux de cumul compatibles.

Le chapitre 2 de ce manuel détaille chaque outil et fournit des instructions en vue d'assurer des pratiques judicieuses de collecte, de gestion et d'établissement de rapports chez chaque partenaire de santé. Chaque section est introduite par les sous-titres suivants :



2.2.1 Quels sont les outils utilisés pour la collecte des données ?

Ce sous-titre introduit les outils nécessaires à la collecte des données dans chaque zone technique. Chaque outil est classé en fonction de sa destination : source directe d'établissement de rapport (outil primaire) ou aide à la prise de décision clinique et à la détermination de la qualité du service (outil secondaire).

Cette liste d'outils primaires et secondaires ne se veut pas exhaustive. D'autres sources de données et formulaires de rapport doivent être tenus à jour en parallèle du SIS, suivant les besoins de chaque organisme.



2.2.2 Qui est chargé de la collecte des données ?

Cette section désigne le personnel de santé chargé de collecter les données et d'établir des rapports sur une base quotidienne et hebdomadaire dans chaque section technique. Les personnels de santé doivent disposer d'exemplaires de chaque Guide illustré correspondant à leur fonction et traduit dans leur langue.



2.2.3 Quelles données doivent être recueillies et comment ?

Cette section identifie les données requises et fournit des consignes sur l'utilisation de chaque outil pour enregistrer les données au quotidien, de façon précise et fiable.

- **Les Guides illustrés** indiquent comment les données de chaque outil primaire doivent être enregistrées et résument les notes importantes contenues dans le texte explicatif. L'accent est mis sur les procédures standard respectées par tous les partenaires de santé et les prestataires de santé intervenant sur le site de collecte des données.
- **Les cases Outils secondaires** permettent de décrire d'autres sources importantes de données nécessaires dans chaque section, mais non utilisées pour rapporter directement les informations de façon hebdomadaire.
- **Les cases Éléments nationaux à prendre en compte** décrivent les problèmes de priorité qui doivent être anticipés pendant l'adaptation et la normalisation du SIS, avant sa mise en place dans chaque pays.



2.2.4 Quand et comment les données doivent-elles faire l'objet d'un rapport ?

Cette section indique comment les données quotidiennes doivent être compilées et rapportées à la fin de chaque semaine et de chaque mois. En tant qu'outil primaire, chaque rapport dispose d'un Guide illustré correspondant, à la fin de son module. Des détails sur la fréquence d'établissement des rapports d'informations sont fournis ci-dessous (voir la section 3.2 : « Périodicité des rapports »).



2.2.5 Comment les données doivent-elles être interprétées et utilisées ?

Une liste des indicateurs est fournie à la fin de chaque module. Chaque indicateur est classé en fonction des cinq objectifs clés du SIS (voir ci-dessus). Le Guide des indicateurs et des normes livré avec ce manuel contient également une liste exhaustive de ces indicateurs. Un exercice sur l'application des indicateurs, illustré d'études de cas et d'exemples de données, est fourni au cours de l'atelier «Formation des formateurs».

2.3 COORDINATION ET SOUTIEN

Les ressources, la surveillance et le contrôle des entrées provenant des différents intervenants assurent la cohésion nécessaire au SIS. Les activités de collecte de données conflictuelles ou menées en parallèle ne constituent pas seulement une perte de temps : elles pèsent lourdement sur les prestataires de santé sur le terrain. Elles affectent souvent la qualité des soins car le personnel se voit contraint d'abandonner les soins des patients pour se consacrer aux systèmes dupliqués et chaotiques d'enregistrement des données. Une coordination et une supervision solides, à tous les niveaux de gestion des soins de santé, sont indispensables pour que le SIS fonctionne de manière efficace. Les rôles respectifs de chaque partenaire sont décrits ci-dessous.

3. COMMENT FONCTIONNE LE SIS ?

Les axes clés du SIS (Normes et indicateurs ; Outils et consignes ; Coordination et soutien) ne peuvent fonctionner seuls. Chacun doit opérer dans un cadre commun, qui définit clairement les points suivants :

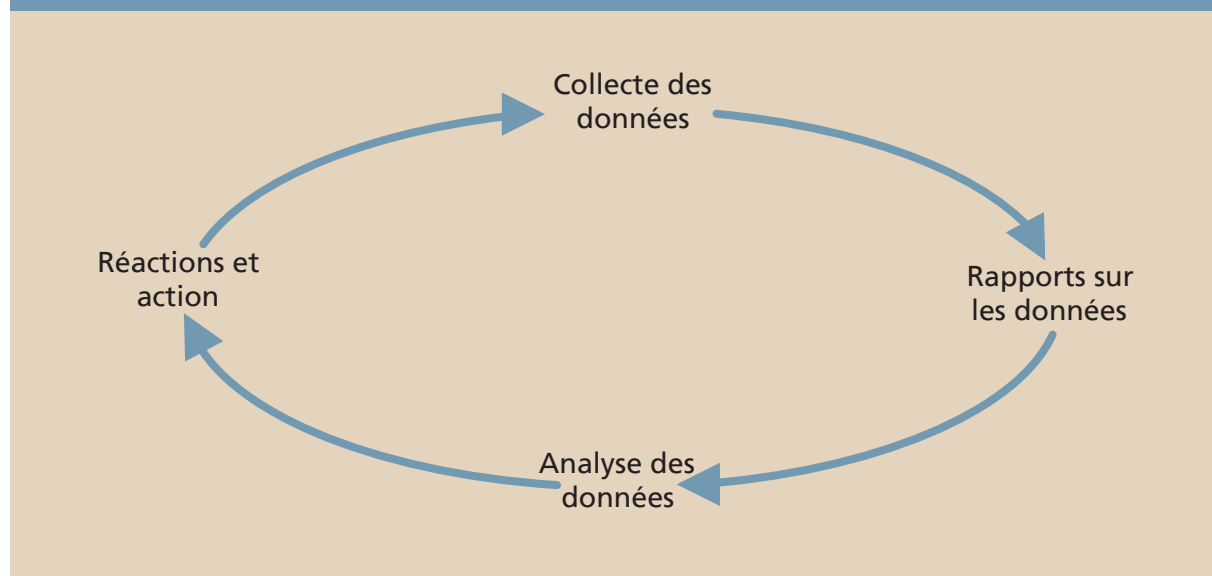
- 3.1 Comment les données doivent être gérées (Cycle des données) ;
- 3.2 Quand exercer un contrôle (Fréquence des contrôles) ;
- 3.3 Qui participe au contrôle et quels sont les rôles de chacun (Partenaires chargés des informations de santé).

3.1 CYCLE DES DONNÉES

Le cycle des données régit les flux d'informations au sein du SIS et résume visuellement les étapes clés de la gestion des données (voir la figure 1). La demande et la fourniture de données varient à chaque niveau du système de santé. Chacun doit être traité en fonction des différentes fréquences de contrôle, des différents volumes d'informations, des différents intervenants dans la gestion des soins et, enfin, des différentes utilisations de ces informations.

- Au niveau des *individus et des communautés*, les informations sont nécessaires pour assurer une gestion clinique efficace et pour évaluer dans quelle mesure les besoins et les demandes des communautés sont satisfaits.
- Au niveau des *partenaires de santé et des agences de l'UN*, les informations de santé permettent aux planificateurs et responsables des soins de santé de prendre des décisions sur le fonctionnement effectif des services de santé et sur l'attribution des ressources.
- À des niveaux supérieurs, tels que les *sièges sociaux des agences, les donateurs et les Ministères de la santé*, les informations sont nécessaires à des fins d'élaboration des politiques stratégiques, de recommandation et de mobilisation des ressources.

Figure 1 Cycle des données



Bien que les exigences en matière de données pour les soins des patients, la gestion du système et la prise de décisions soient quelque peu différentes, elles font partie d'un continuum auquel elles sont liées. Par conséquent, chaque niveau d'un système n'a pas forcément besoin de tout savoir. La quantité et le détail des données nécessaires sont généralement plus importants aux niveaux inférieurs du système, où sont prises les décisions concernant les soins dispensés aux individus, qu'aux niveaux supérieurs, où sont prises les décisions politiques plus vastes.

La collecte de données et l'établissement de rapports sont décrits dans le chapitre 2 du manuel, accompagnés des consignes et des outils nécessaires à chaque domaine technique. Un entraînement à l'analyse et à l'interprétation des données s'effectue à la fin de chaque module, à l'aide d'un exercice disponible sur le CD-ROM fourni.

La réalisation du cycle des données est incomplète sans les réactions aux données et leur utilisation. De même, il convient de s'assurer que les informations se traduisent par des pratiques de santé publique concrètes, à l'impact mesurable sur l'état de santé des populations. Trop souvent, les responsables des niveaux inférieurs doivent rapporter des quantités très importantes de données aux niveaux supérieurs, sans obtenir forcément de réactions en retour. En même temps, la surcharge en informations aux niveaux supérieurs est telle que les données sont rarement utilisées de manière efficace. L'importance des réactions communiquées à chaque partenaire chargé des informations, à chaque intervalle de contrôle, est soulignée ci-dessous (voir la section 3.3 : « Partenaires chargés des informations de santé »).

3.2 FRÉQUENCE DES CONTRÔLES

La fréquence des contrôles (quotidien, hebdomadaire, mensuel) est étroitement liée à la question de la responsabilité. À chaque niveau, les données sont utilisées dans des buts différents, sont soumises à divers niveaux de cumul et d'analyse et impliquent plusieurs intervenants.

3.2.1 Contrôle quotidien

C'est sur l'enregistrement au quotidien des données que repose l'ensemble du système d'information. Les erreurs commises à ce niveau se répercutent à tous les niveaux de transmission des rapports et altèrent la fiabilité et les possibilités d'interprétation des indicateurs. Il est important que les responsabilités soient attribuées à des personnels de santé nommément désignés, qui connaissent leurs rôles respectifs et savent comment enregistrer les informations de façon fiable et précise.

Les cadres doivent superviser en permanence le personnel de santé sur le terrain, surtout au cours des cycles de collecte des données et de l'établissement des rapports qui ont lieu juste après la mise en place du nouveau système.

3.2.2 Contrôle hebdomadaire

Le SIS repose sur un contrôle hebdomadaire ; chaque section de santé collecte et rapporte toutes les semaines l'intégralité des données. Ce système présente trois avantages :

> Efficacité

Les rapports hebdomadaires constituent le moyen de contrôle le plus fiable et le plus efficace en termes de temps. Ils permettent de réduire le volume des données à gérer et revoir à chaque intervalle d'établissement de rapport. Il est ainsi possible de minimiser les erreurs évitables résultant du tri manuel d'un grand nombre de fiches de contrôle et de la saisie des entrées chaque mois.

> Qualité

Les rapports hebdomadaires introduisent un autre niveau dans le système, qui peut subir un contrôle qualité. Les cadres disposent régulièrement d'opportunités d'examen des rapports générés sur un mois. Ils peuvent ainsi identifier et corriger les erreurs de données et les aberrations, avant le cumul dans le rapport mensuel.

> Alerte épidémique

Le rapport hebdomadaire fait partie intégrante de la fonction d'avertissement précoce du SIS. Les seuils d'alerte sont conçus pour être contrôlés chaque semaine, sur chaque site. Ils nécessitent que les rapports de morbidité soient complétés et transmis à temps chaque semaine (pour plus de détails, voir le module 3, chapitre 2 : « Alerte épidémique et réponse »).

3.2.3 Contrôle mensuel

Les rapports mensuels regroupent toutes les semaines de rapport, composées de 4 ou 5 rapports hebdomadaires, selon le calendrier d'établissement des rapports (voir la section « Éléments nationaux à prendre en compte : calendrier de rapports »). Les rapports mensuels constituent souvent la première possibilité d'analyse et d'interprétation des indicateurs de la période en question. Ils doivent faire l'objet d'une révision scrupuleusement pointue par les responsables médicaux de chaque partenaire de santé, et envoyés à l'UNHCR dans le délai fixé à l'avance, à compter de la clôture de la période du rapport.

3.2.4 Autre

Les partenaires de santé veulent pouvoir surveiller les objectifs des programmes de santé sur de longues périodes. Il est important d'obtenir des tendances moyennes de données qui ne soient pas biaisées par des aberrations ou des variations temporelles. On peut ainsi dériver les informations de référence pour définir les normes et les seuils d'alerte, et calculer les indicateurs instables (tels que ceux de mortalité de la mère et de taux de naissance brut) qui doivent être surveillés sur de longues périodes avant de pouvoir être interprétés et utilisés de façon fiable.

Une base de données du SIS permet aux partenaires de santé d'assurer une gestion et une conservation encore plus avancées des rapports mensuels, mais aussi de générer des analyses

cumulées dans le temps. Les organismes et donateurs exigent, le plus souvent, des rapports trimestriels, biannuels et annuels. D'autres informations sur la gestion des données sont fournies dans le chapitre 3 de ce manuel.



> Éléments nationaux à prendre en compte

Quel est le calendrier de rapports ?

Un calendrier d'établissement de rapports est indispensable au fonctionnement du Système d'information sanitaire. Il doit être le même pour tous les partenaires chargés des informations de santé et ce, à tous les niveaux de l'administration des soins de santé. Des exemplaires doivent également être distribués dans les camps et rester facilement consultables par tout le personnel.

Ce calendrier doit indiquer les dates de début et de fin des semaines.* Le dernier jour de la semaine correspond à la date à laquelle les sources d'informations quotidiennes (fiches et registres quotidiens) doivent être compilées et saisies dans un formulaire de rapport hebdomadaire.

Les rapports mensuels sont générés grâce au cumul de semaines de rapports complètes, composées de 4 ou 5 semaines de rapports, selon le mois.

Le système de rapports hebdomadaires a des conséquences sur la transmission des rapports mensuels car les semaines de rapports cumulées ne sont pas compatibles avec le mois calendaire normal. Très souvent, le premier jour de la première semaine de rapport ne correspond pas au premier jour du mois calendaire. La même problématique se pose pour les derniers jours d'une semaine de rapport et du mois calendaire.

La date d'envoi du rapport mensuel doit correspondre à un nombre de jours fixe, après la clôture de la période de rapport. Ce nombre doit refléter le temps nécessaire au cumul et à la validation des chiffres hebdomadaires et ne doit pas dépasser 4 à 5 jours.

La date à laquelle le rapport est transmis à l'UNHCR doit être communiquée aux partenaires chargés des informations de santé. Étant donné que cette date ne suit pas les dates calendaires fixes, il est essentiel que les modifications apportées soient communiquées et comprises avant le début de la mise en place.

* Noter que ces dates ne doivent pas nécessairement respecter la semaine normale du dimanche au samedi. Il convient de tenir compte du temps nécessaire au personnel pour assimiler et transmettre les données à la fin d'une semaine. Il est donc souvent nécessaire de clore la semaine le vendredi afin que les rapports soient rédigés et envoyés après le week-end.

3.3 PARTENAIRES CHARGÉS DES INFORMATIONS DE SANTÉ

Les consignes fournies au chapitre 2 permettent d'affecter la responsabilité de la collecte des données et de l'établissement des rapports à des intervenants et à des personnels de santé spécifiques dans le camp.

3.3.1 Réfugiés

La communication des informations et des connaissances entre les différentes personnes participant à la prestation des services de santé, y compris les bénéficiaires des soins, est indispensable à l'élaboration de solutions exhaustives, offrant une assistance totalement coordonnée.

Les réfugiés peuvent participer aux services de santé de différentes manières : par exemple, grâce à la mobilisation sociale, en communiquant des messages d'information important sur la santé par l'intermédiaire d'un programme d'éducation communautaire, en signalant très rapidement tout cas pathologique suspect, en procédant à une détection et à une étude des cas d'un habitat à l'autre, en enregistrant et en soutenant les événements de santé (vaccinations, supplémentation en vitamine A, distribution de préservatifs, etc.).

La documentation des résultats de l'analyse du SIS dans la langue et sur le support adaptés, et leur diffusion grâce aux chefs et aux représentants des communautés, constituent des actions favorisant la compréhension par le plus grand nombre des problèmes de santé publique. De telles actions peuvent également contribuer au développement de stratégies de promotion des opérations de santé et de prévention.

3.3.2 Partenaires chargés de la mise en place

Au niveau du camp, les personnels de santé en première ligne et leurs superviseurs directs jouent des rôles essentiels dans la collecte et la fourniture d'informations. À ce niveau, les informations ont une utilité opérationnelle immédiate ; elles sont nécessaires pour assurer une gestion clinique efficace et pour évaluer dans quelle mesure les services répondent aux besoins et aux demandes des individus et des communautés.

Le personnel agissant à ce niveau du système inclut également les personnes chargées de la mise en œuvre de toute modification apportée à la politique de santé publique et aux pratiques identifiées grâce à l'analyse des indicateurs. Il est indispensable de fournir aux personnels de santé la formation et les compétences nécessaires pour agir à leur niveau de responsabilité, afin qu'ils comprennent leur rôle et soient compétents dans l'exécution de leurs fonctions de collecte et d'établissement de rapports dans le cadre du SIS.

Au niveau du bureau extérieur et des sièges sociaux, les organismes de santé ont pour obligation de former le personnel et de s'assurer que ses connaissances sont à jour. La formation et la

supervision sont particulièrement prioritaires lors de la mise en place initiale du nouveau système. Il est alors recommandé de prévoir des programmes de visite de contrôle intensifs au cours des premiers cycles de collecte de données et lorsque les outils et les consignes sont utilisés pour la première fois. Les exemplaires imprimés des rapports mensuels doivent être rapportés aux unités de santé, afin d'apporter une démonstration de l'utilisation des informations et de leur conversion en indicateurs. Les formulaires hebdomadaires doivent régulièrement faire l'objet d'une évaluation et d'une vérification en présence du personnel de santé, de manière à relever toute incohérence et toute source d'erreur évitable. D'autres informations sur la validation des données, ainsi que sur leur manipulation et leur gestion figurent au chapitre 3.

3.3.3 UNHCR

L'UNHCR est l'agence de santé chargée de la coordination des opérations menées en faveur des réfugiés. Elle est responsable de l'organisation et de la supervision de la gestion du SIS. Les organismes de santé doivent transmettre les rapports du système d'information sanitaire à l'UNHCR au moins une fois par mois, ou plus selon le degré d'urgence ou la présence de priorités de santé publique.

L'agence de coordination du SIS doit fournir un rapport SIS régulier, assurant une analyse et une interprétation plus approfondies des données. Ce rapport doit être communiqué à tous les organismes compétents, aux décideurs et à la communauté. La fréquence d'établissement du rapport varie en fonction du contexte. Dans la plupart des cas, elle sera mensuelle.

3.3.4 Ministères de la santé

Les exigences d'établissement des rapports fixées par les Ministères de la santé nationaux revêtent une importance déterminante dans la définition des indicateurs du SIS de chaque pays. Dans de nombreux pays, les organismes chargés de la santé doivent indiquer aux autorités de santé locales l'emplacement des camps de réfugiés.

Les politiques et les systèmes gouvernementaux d'établissement de rapports doivent donc être pris en considération à chaque étape de l'adaptation et de la mise en place du système. Les cases Éléments nationaux à prendre en compte reflètent les différentes exigences nationales spécifiques qui doivent être intégrées à l'adaptation du SIS au niveau national.

3.3.5 Donateurs

Les exigences d'établissement des rapports fixées par les donateurs ont souvent un impact positif sur la capacité des partenaires chargés de la mise en œuvre à contrôler et évaluer les programmes issus des donateurs. Cependant, toute incohérence entre les exigences des différentes agences donatrices entraîne une lourde charge de travail imposée au personnel sur le terrain et peut

provoquer une désorganisation ainsi que l'établissement de rapports inefficaces. Le SIS accorde une importance particulière à la coordination avec les donateurs et à la recherche d'un consensus sur la réunion de normes et indicateurs destinés au contrôle des programmes menés en faveur des réfugiés dans le monde entier.



