

Module 3

Morbidité

Partie 1 - Consultation, diagnostic et maladies sexuellement transmissibles (MST)

TABLE DES MATIÈRES

3.1	Quels sont les outils utilisés pour la collecte des données ?	22
3.2	Qui est chargé de la collecte des données ?	23
3.3	Quelles données doivent être recueillies et comment ?	23
3.4	Quand et comment les données doivent-elles faire l'objet d'un rapport ?	31
3.5	Comment les données doivent-elles être interprétées et utilisées ?	33

GUIDES ILLUSTRÉS

>	Guide illustré de la fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires.	36
>	Guide illustré du rapport sur la morbidité	40
>	Guide illustré du rapport sur la morbidité	54

Consultation, diagnostic et maladies sexuellement transmissibles (MST)



3.1 QUELS SONT LES OUTILS UTILISÉS POUR LA COLLECTE DES DONNÉES ?

Les outils de collecte des données utilisés pour les services des consultations ambulatoires sont présentés dans l'encadré ci-après. Leur classement est le suivant :

Outils primaires

Les sources de données primaires sont essentielles à la surveillance de routine au sein du SIS et indispensables au calcul des indicateurs. C'est sur elles que reposent les conseils et la formation prodigués dans ce manuel. Elles sont détaillées dans les Guides illustrés, disponibles à la fin de ce module.

Outils secondaires

Les sources de données secondaires possèdent des fonctions importantes au sein du SIS, mais ne sont pas directement utilisées dans le calcul des indicateurs. Elles jouent un rôle crucial dans la prise de décisions cliniques adaptées, ainsi que dans la promotion de la qualité du service proposé et des performances. Elles sont décrites dans les cases d'information du texte de base.



> Outils de collecte des données et de surveillance

Service de consultations ambulatoires

Outils primaires
1. Fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires (CSA)
2. Registre de morbidité*
3. Formulaire d'alerte épidémique
4. Rapport de morbidité

Outils secondaires
1. Dossiers patient individuels

* Les registres de morbidité ne doivent pas être utilisés comme source directe pour les rapports hebdomadaires, mais sont toutefois considérés comme un outil primaire car ils tiennent lieu de référence en cas d'épidémie (voir Chapitre 2).



3.2 QUI EST CHARGÉ DE LA COLLECTE DES DONNÉES ?

Les administrateurs cliniques sont chargés de tenir à jour les dossiers médicaux des patients ambulatoires. La fiche de contrôle quotidienne constitue la principale source de collecte de données. La fonction des registres et dossiers patient individuels tenus par les services de consultations ambulatoires est expliquée ci-après (voir 3.3 Quelles données doivent être recueillies et comment ?).

Il incombe à chaque administrateur clinique de déterminer le nombre de fiches de contrôle à utiliser en une semaine. En effet, il peut être nécessaire de remplir plusieurs fiches de contrôle, notamment si l'établissement de santé reçoit en consultation un grand nombre de patients en une journée. Toutefois, aucune fiche de contrôle ne doit être utilisée sur plus d'une semaine.

L'administrateur clinique responsable de chaque établissement de santé a pour fonction de compiler le rapport de morbidité à la fin de chaque semaine. Cette opération consiste dans un premier temps à collecter les fiches de contrôle utilisées par les administrateurs cliniques, pour s'assurer que les formulaires sont soumis dans les temps et correspondent bien à la période de rapport concernée.

Le rapport de morbidité hebdomadaire doit être rempli en reportant les totaux des fiches de contrôle sur le formulaire de rapport standardisé et en le soumettant au responsable médical de chaque établissement de santé (voir 3.4 Comment et quand les données doivent-elles faire l'objet d'un rapport ?). Le rôle des administrateurs cliniques dans un contexte de détection des épidémies et de réponse aux épidémies est expliqué en détail dans le chapitre 2 de ce module.



3.3 QUELLES DONNÉES DOIVENT ÊTRE RECUEILLIES ET COMMENT ?

Chaque service de consultations ambulatoires doit indiquer l'âge, le sexe et des données étiologiques de chaque patient. Ces informations doivent être enregistrées systématiquement à partir des sources de données et conformément aux directives communes aux agences de santé.

3.3.1 Fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires

La fiche de contrôle quotidienne constitue la principale source de données de surveillance de routine des services de consultations ambulatoires (voir Guide illustré de la fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires).

> Consultation

Avant de noter la moindre information dans le registre, l'administrateur clinique doit déterminer au préalable si le patient vient en consultation afin de traiter un nouveau problème de santé ou une condition existante. Cette distinction est primordiale pour le calcul et l'interprétation corrects des indicateurs à la fin de chaque semaine ou de chaque mois.

Les critères utilisés pour définir une « Première consultation » et une « Consultation de suivi » doivent être adaptés à chaque pays et énoncés clairement et par écrit dans des directives mises à la disposition des administrateurs cliniques (voir l'encadré Éléments nationaux à prendre en compte). Un seul type de visite doit être sélectionné pour chaque consultation, en fonction du statut du patient (réfugié ou ressortissant).

> Définitions de cas

Le diagnostic doit être indiqué dans une autre section de la fiche de contrôle, indépendamment du type de consultation. Pour garantir l'établissement d'un rapport fiable et précis, il est capital que chaque diagnostic noté corresponde à une définition de cas.

Une définition de cas désigne un ensemble de critères standard qui permettent de définir si un individu présente une maladie particulière. Ces critères doivent être établis de façon claire et objective avant de poser un quelconque diagnostic (voir l'encadré Éléments nationaux à prendre en compte). Si un diagnostic n'est pas conforme à la définition de cas, il ne doit pas être noté.





> Éléments nationaux à prendre en compte

Quelles sont les définitions de « Première consultation » et de « Consultation de suivi » ?

Le personnel clinique doit être en mesure de déterminer si un patient présente un nouveau problème de santé (« Première consultation ») ou une condition préexistante (« Consultation de suivi »).

Les définitions de ces termes doivent être spécifiées pour chaque maladie et événement de santé sous surveillance, et mises à la disposition du personnel clinique pour qu'il puisse s'y référer en consultation afin de prendre des décisions avisées et de garantir une lecture cohérente des informations contenues dans les fiches de contrôle quotidiennes.

Les définitions génériques des termes « Première consultation » et « Consultation de suivi » figurent dans le Tableau 1. Ces définitions doivent être lues parallèlement à d'autres critères spécifiques, qui définissent des paramètres de temps et qui permettent de distinguer entre « Première consultation » et « Consultation de suivi » lorsqu'un patient est déjà venu consulter.

Le Tableau 2 répertorie quelques diagnostics courants et les critères de temps associés. Ces paramètres doivent être adaptés pour chaque pays et identiques pour toutes les agences.

Tableau 1. Définitions de « Première consultation » et « Consultation de suivi »

Première consultation	Patient sans historique de diagnostics ; ou Patient ayant un historique de diagnostics dont le plus récent diagnostic remonte à un temps défini minimum (voir Tableau 2).
Consultation de suivi	Patient ayant un historique de diagnostics dont le plus récent diagnostic ne respecte pas le délai d'attente minimal (voir Tableau 2).

Tableau 2. Délai d'attente minimal avant qu'une consultation de patient présentant un historique de diagnostics puisse être qualifiée de « Première consultation »

Au moins 1 semaine	Au moins 1 mois	Au moins 1 an	Toute la vie*
Paludisme	Maladie de peau	Carence en vitamine A	Rougeole
Infection des voies respiratoires supérieures, infection des voies respiratoires inférieures	Malnutrition	Tuberculose	Polio
Diarrhée	Anémie	Méningite	Hypertension
Maladie des yeux	MST		Diabète
Parasites intestinaux	Gastrite		VIH/SIDA
	État bucco-dentaire		Lèpre

* La qualification de « Première consultation » ne peut plus être attribuée aux patients présentant les problèmes répertoriés dans cette catégorie, si un diagnostic a déjà été prononcé.



> Éléments nationaux à prendre en compte

Quels sont les maladies et événements de santé faisant l'objet d'une surveillance ?

Un SIS ne permet pas de surveiller chaque condition de manière aussi rigoureuse. Chaque pays doit identifier les maladies et les événements de santé prioritaires, qui constituent la principale menace pour la santé des réfugiés et de la population d'accueil.

Le SIS permet de spécifier, en plus de la liste principale de maladies à surveiller, cinq maladies ou événements de santé supplémentaires et de les noter sur les fiches de contrôle quotidiennes et les rapports hebdomadaires. La sélection de ces maladies et événements de santé doit se faire en collaboration avec le HCR, les Ministères de la Santé et les prestataires de soins, et prendre en compte les facteurs suivants :

- > Cet événement de santé/maladie a-t-il/elle un lourd impact sur le taux d'incidence ?
- > L'événement de santé/la maladie est-il/elle susceptible de déclencher des épidémies ?
- > L'événement de santé/la maladie est-il/elle concernée par un programme régional, national ou international de lutte contre les maladies ?
- > Les informations collectées serviront-elles à mener une action de santé publique ?

Toutes les conditions de santé qui seront ajoutées à la liste des maladies à surveiller doivent faire l'objet d'une définition de cas et s'exclure mutuellement.

Chaque maladie ou événement de santé sous surveillance doit être associé à une définition de cas, et toutes les agences qui alimentent le système de surveillance, quelle que soit leur affiliation, doivent utiliser les mêmes définitions de cas afin de n'introduire aucune discordance dans les rapports. Le choix des maladies et événement de santé à placer sous surveillance doit faire suite à des évaluations techniques menées à l'échelle du pays et reposer sur des priorités nationales en matière de santé publique (voir l'encadré Éléments nationaux à prendre en compte).

Pour garantir une application stricte des critères de définition de cas, les administrateurs cliniques doivent disposer de l'équipement nécessaire pour réaliser un examen complet et précis de chaque patient. Tous les administrateurs cliniques doivent avoir accès à un équipement médical de base, à savoir un stéthoscope, un thermomètre, un tensiomètre et un abaisse-langue.

> Diagnostic

Seules les premières visites doivent être notées dans la section de la fiche de contrôle réservée au diagnostic ; les consultations de suivi pour un problème identique ne doivent pas être signalées. Si plusieurs diagnostics doivent être notés sous le critère « Première consultation » dans le cadre d'une même consultation, chacun de ces diagnostics doit alors figurer sur la fiche de contrôle. Néanmoins, seule la section « Première consultation » sera utilisée.

Si un patient présente au cours d'une même visite de nouveaux problèmes de santé et une condition existante, la consultation doit être enregistrée sous « Première consultation ». Seul le nouveau diagnostic sera consigné ; l'ancien diagnostic ne doit en aucun cas être signalé.

La fiche de contrôle permet d'ajouter jusqu'à cinq maladies ou événements de santé supplémentaires dans les « cellules libres » de la liste de morbidité. Une excellente coordination entre les agences de santé est indispensable pour garantir la surveillance de causes de morbidité identiques sur l'ensemble des camps. Ceci permet de préserver la cohérence des informations au sein de chaque action nationale.



> Éléments nationaux à prendre en compte

Quelles sont les définitions de cas ?

Les définitions de cas constituent un outil indispensable à tout système de surveillance. Elles permettent d'assurer la cohérence entre les rapports, tout en garantissant une collecte de données de morbidité précises et comparables par tous les prestataires de santé.

Les définitions doivent être claires, concises et adaptées aux outils de diagnostic disponibles. Elles doivent être communes à toutes les agences et utilisées par le personnel de tous les établissements de santé (y compris les services de patients ambulatoires, les services de patients hospitalisés et les laboratoires). Si des définitions de cas ont été produites par les Ministères de la Santé, ces définitions doivent être utilisées. Dans le cas contraire, les définitions de cas standard de l'OMS peuvent être utilisées, mais doivent être adaptées pour refléter le contexte local.

Les définitions de cas utilisés dans le SIS doivent servir uniquement à des fins de surveillance. Les définitions de cas de surveillance ne doivent en aucun cas être utilisées à des fins de prise en charge des patients et n'indiquent pas une intention de traitement.

Les définitions de cas de surveillance doivent indiquer, le cas échéant, si un cas est suspecté, probable ou confirmé (voir Tableau 1).

Tableau 1. Définitions de « Première consultation » et « Consultation de suivi »

Cas suspecté	Les signes et symptômes cliniques observés sont compatibles avec la maladie en question, mais les tests en laboratoire n'ont révélé aucune infection.
Cas confirmé	Les tests en laboratoire ont révélé une infection existante ou récente, indépendamment de la présence ou non de signes ou de symptômes cliniques.
Cas syndromique	Apparition de signes et de symptômes cliniques dus à des agents pathogènes multiples ou divers. La présence d'un agent étiologique est sans importance pour la prise en charge des cas ou les actions de santé publique.
Cas probable	Apparition de signes et symptômes compatibles ; analyses biologiques et épidémiologiques positives pour la maladie en question.

REMARQUE

Certaines définitions de cas contenues dans le SIS peuvent inclure à la fois des cas suspectés et confirmés. Le cas échéant, ces définitions de cas doivent être clairement identifiées.

Pour certaines définitions de cas, aucune confirmation par analyse biologique n'est requise, car ces cas peuvent être diagnostiqués uniquement à partir de données cliniques. Dans ce cas, les définitions doivent être considérées comme Cas confirmé (cliniquement).

> **Alerte épidémique**

Les maladies susceptibles de déclencher des épidémies sont signalées dans la liste de maladies à surveiller à l'aide d'un astérisque (*). Un seuil d'alerte doit être défini pour toutes ces maladies ; celui-ci permettra, une fois ce seuil franchi, de signaler une épidémie. À l'instar des conditions sous surveillance, le choix des maladies retenues comme susceptibles de déclencher des épidémies doit reposer sur les priorités épidémiologiques de chaque pays (voir l'encadré Éléments nationaux à prendre en compte). Les seuils d'alerte doivent être visibles et facilement accessibles par tous les administrateurs cliniques.

Les seuils d'alerte figurent à trois endroits sur le SIS :

1. Sur le verso de chaque fiche de contrôle quotidienne ;
2. Sur le verso de chaque formulaire de rapport de morbidité hebdomadaire ;
3. En regard de chaque définition de cas.

Pour plus d'informations sur l'utilisation et l'application de seuils d'alerte dans le système d'information sanitaire (voir Module 3 : Chapitre 2 - Alerte épidémique et réponse).

> **Maladie sexuellement transmissible (MST)**

Les MST syndromiques sont signalées par deux astérisques (**) dans la liste de maladies à surveiller. Cela indique que chaque cas doit être signalé DEUX fois dans la fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires :

1. Une fois en tant que diagnostic non spécifique sur le recto du formulaire ;
2. Une fois en tant que diagnostic étiologique sur le verso du formulaire.

L'inscription au verso permet de décrire le cas plus en détails et d'ajouter notamment le groupe d'âge (< 18 ans ou ≥ 18 ans), ainsi que des informations sur les partenaires et les traitements qui leur sont administrés. Le suivi des partenaires consiste à surveiller activement les contacts des personnes infectées par une MST et à leur administrer un traitement empirique contre les MST. Cette tâche incombe aux travailleurs de santé au niveau communautaire. Des informations détaillées sur le nombre de partenaires pris en charge et sur les syndromes traités doivent être compilées à partir des dossiers des services de santé de la communauté.



> Outils secondaires

Dossiers patient individuels

La fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires est un outil pratique qui permet de condenser des volumes importants de données de consultation et de diagnostic collectées quotidiennement dans les services de consultations ambulatoires. Cette source de données résumées permet de reporter rapidement les informations en fin de semaine, mais uniquement à des fins de surveillance.

Tout comme les fiches de contrôle, les dossiers patient détaillés doivent être tenus à jour pour permettre la prise de décisions et la prise en charge de cas informées. Tous les notes cliniques doivent être manuscrites et parfaitement lisibles ; la date, l'heure et le nom de l'administrateur clinique doivent figurer au regard de chaque entrée.

La gestion des dossiers patient individuels varie d'une agence à l'autre, mais correspond dans la plupart des cas, à l'un de ces deux modèles :

1. Systèmes externalisés, où les patients disposent de leurs dossiers et les apportent à chaque consultation ;
2. Systèmes centralisés, où les dossiers patient individuels sont conservés de manière centrale au sein de l'établissement de santé et récupérés au moment de la consultation.

Le nombre total de MST indiqué au recto de la fiche de contrôle et dans le tableau des syndromes figurant au verso doivent être identiques. En raison du temps requis pour identifier et retrouver chaque partenaire, le traitement des contacts ne sera pas forcément signalé dans la semaine où le cas initial a été diagnostiqué. Pour cette raison, il est possible que le nombre de MST diagnostiquées à partir des symptômes observés ne corresponde pas au nombre de contacts traités.

> Traumatismes liés à des violences sexuelles

Les traumatismes sont signalés par trois astérisques (***) dans la liste de maladies à surveiller. Cela permet de rappeler que les traumatismes liés à des violences sexuelles traités dans un établissement de santé doivent être signalés dans cette catégorie. Cette particularité doit également figurer dans la définition de cas des traumatismes.

Chaque fois qu'un cas de violences sexuelles est constaté, compléter un rapport d'incidence de violences sexuelles, mettre en place une prise en charge appropriée et proposer des services de conseil et de transfert conformément au protocole national de prise en charge clinique des victimes de violences sexuelles.

3.3.2 Registre de morbidité et dossiers patient

La fiche de contrôle quotidienne de service des consultations ambulatoires est un outil pratique qui permet de condenser des volumes importants de données de consultation et de diagnostic, tout en facilitant la saisie de statistiques dans le rapport hebdomadaire. Cela ne remplace toutefois pas la création d'un historique et la rédaction de notes d'examen détaillés. Les notes, comme l'historique, doivent être rédigés lisiblement et à la main dans les dossiers patient individuel tenus par chaque agence de santé (voir Outils secondaires : notes patient).

Une synthèse des informations basées sur les cas relatives à chaque consultation doit également être consignée dans un registre de morbidité. Dans chaque salle de consultation de l'établissement de santé sera placé un registre dans lequel seront notés l'identité du patient, les symptômes observés, le diagnostic et le traitement administré, ainsi que toute information de suivi et/ou d'admission pertinente (voir Guide illustré du rapport sur la morbidité). Bien que le registre ne soit pas utilisé comme source de données pour le rapport hebdomadaire, il remplit d'autres fonctions majeures :

1. Guide clinique

Les en-têtes de colonne qui apparaissent dans le registre servent de repère aux administrateurs cliniques lors de chaque consultation. Ils rappellent à l'administrateur les informations requises pour chaque patient et la façon dont il doit les noter, afin d'assurer une certaine cohérence.

2. Alerte épidémique

Les informations basées sur les cas compilées dans le registre sont indispensables au suivi des individus en cas d'épidémie. Ces informations servent de référence à l'administrateur lorsque celui-ci doit remplir la section du formulaire réservée aux alertes épidémiques (voir Guide illustré du formulaire d'alerte épidémique).

3. Qualité des soins

Le résumé centralisé des informations sur les cas compilées dans chaque registre sert d'outil d'évaluation et de surveillance. Les responsables médicaux doivent contrôler régulièrement les registres pour vérifier les pratiques de diagnostic et de prescription adoptées par chaque service des consultations ambulatoires et attester du respect des directives de traitement standard.

Un Guide illustré de la fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires et du registre sur la morbidité, ainsi qu'un descriptif de la façon dont les informations doivent être rapportées sont disponibles à la fin du module.



3.4 QUAND ET COMMENT LES DONNÉES DOIVENT-ELLES FAIRE L'OBJET D'UN RAPPORT ?

À la fin de chaque semaine, les fiches de contrôle quotidiennes utilisées par chaque administrateur clinique doivent être collectées par l'administrateur en chef et compilées dans le rapport hebdomadaire sur la morbidité.

Les dates de chaque semaine de rapport sont indiquées dans le Calendrier d'établissement de rapports. Il est important que tout le personnel connaisse ces dates et que des copies du calendrier soient distribuées dans tous les services de patients ambulatoires.

3.4.1 Conversion des données en chiffres

Avant de soumettre les fiches de contrôle à la fin de chaque semaine, l'administrateur clinique doit convertir les diverses données en données chiffrées. Ces chiffres seront saisis clairement dans les cases de chiffres de couleur noire situées en bas à droite de chaque case de contrôle (voir le Guide illustré de la fiche de contrôle quotidienne).

Le système doit contenir les rapports sur l'absence de cas (0). Autrement dit, chaque établissement de santé doit soumettre un rapport pour chaque maladie observée au cours de chaque période de rapport, même en l'absence de cas. Et ce, afin d'éviter toute confusion entre l'absence de rapport soumis et l'absence de cas observé.

Un administrateur clinique sera désigné pour vérifier la conversion des données écrites en données chiffres sur un échantillon aléatoire de 10 à 20 pointages.

3.4.2 Rapport hebdomadaire

Les chiffres contenus dans les cases de chiffres de chaque fiche de contrôle seront additionnés à l'aide d'une calculatrice, puis reportés dans le champ prévu à cet effet du rapport de morbidité (voir le Guide illustré du rapport de morbidité).

Les données de consultation seront classées par statut (réfugié ou ressortissant) et par sexe (réfugiés uniquement). Les données de diagnostic seront classées par cause, âge, sexe et statut (réfugié ou ressortissant). Les colonnes de totaux (grises) du rapport hebdomadaire doivent être complétées en indiquant le nombre total de diagnostics étiologiques consignés au cours d'une semaine.

Les noms des maladies ou des événements de santé spécifiés dans les « cellules libres » du rapport hebdomadaire doivent coïncider avec les noms figurant sur les fiches de contrôle quotidiennes. Une excellente coordination entre les agences de santé est indispensable pour garantir la surveillance de causes de morbidité identiques d'un camp à l'autre (voir Section 3.3.1 Fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires).

3.4.3 Alerte épidémique

Le SIS joue un rôle déterminant dans la détection des épidémies et la réponse aux épidémies, c'est pourquoi la compilation de rapports hebdomadaires dans chaque service de consultations ambulatoires est si importante. Les seuils d'alerte étant déterminés pour le bassin de population de chaque unité de soins, un système de création de rapports par établissement de santé est indispensable pour garantir une interprétation précise et immédiate, basée sur des informations de répartition appropriées.

Pour plus d'informations sur la surveillance des seuils d'alerte et sur les mesures à prendre en cas de dépassement des seuils au cours d'une semaine donnée, se reporter au chapitre 2 de ce module.

3.4.4 Données complémentaires

Outre les informations reportées directement à partir des fiches de contrôle, deux autres informations doivent être signalées régulièrement dans chaque rapport de morbidité.

> **Le nombre de cliniciens à temps complet** désigne le nombre moyen d'administrateurs cliniques disponibles chaque jour de la semaine de couverture dans l'établissement de santé pour recevoir des patients en consultation. Ce chiffre peut être exprimé sous forme de fraction d'un nombre entier (par exemple, un clinicien qui travaillerait à mi-temps sur une demi-semaine peut-être compté comme 0,5 administrateur clinique).

> **Le nombre de journées entières pendant lesquelles l'établissement de santé est ouvert** désigne le nombre de journées de travail complètes au cours de la semaine de couverture pendant lesquelles l'ensemble des services est proposé aux patients ambulatoires. Dans la plupart des cas, cela exclut les week-ends et jours fériés. Comme pour le nombre de cliniciens à temps complet, le nombre de journées entières peut être exprimé sous forme de fraction d'un nombre entier si nécessaire.

3.4.5 Rapport mensuel

À la fin de chaque semaine, les formulaires de rapport papiers peuvent être saisis directement sur informatique. La base de données regroupe alors automatiquement ces rapports sous forme de rapport mensuel, composé de 4 ou 5 rapports hebdomadaires, selon le calendrier d'établissement des rapports. D'autres informations sur la gestion des données sont fournies dans le chapitre 3 de ce manuel.



3.5 COMMENT LES DONNÉES DOIVENT-ELLES ÊTRE INTERPRÉTÉES ET UTILISÉES ?

Les indicateurs de morbidité, de consultation et de maladie sexuellement transmissible sont présentés ci-après. Chaque indicateur est classé en fonction des cinq objectifs clés du SIS, décrits dans le chapitre 1 de ce manuel. Un résumé de chaque indicateur, accompagné de la formule, des unités d'expression et de la norme correspondants (le cas échéant), est fourni à la section « Normes et indicateurs » de ce manuel.

Il est indispensable que le personnel sache comment sont calculés ces indicateurs et comprenne leur mode d'utilisation dans l'évaluation des performances du programme et dans le processus de prise de décisions sur la santé publique. Le CD-ROM livré avec ce manuel propose un exercice de groupe qui indique, à l'aide d'exemples de données, comment calculer et interpréter les indicateurs.





> Résumé des indicateurs

Consultation

Objectif	Indicateur	Source
3. Évaluer l'efficacité des interventions et l'étendue des services proposés.	Taux d'utilisation de l'établissement de santé	UNHCR
	Proportion des consultations offertes aux ressortissants	SIS
4. S'assurer que les ressources sont adaptées aux secteurs et groupes qui en ont le plus besoin.	Consultations par clinicien par jour	UNHCR



> Résumé des indicateurs

Morbidité

Objectif	Indicateur	Source
2. Surveiller les tendances en matière d'état de santé et tenir compte, en permanence, des priorités de soins.	Taux d'incidence*	SPHERE
	Morbidité proportionnelle*	SPHERE



> Résumé des indicateurs

Maladie sexuellement transmissible (MST)

Objectif	Indicateur	Source
2. Surveiller les tendances en matière d'état de santé et tenir compte, en permanence, des priorités de soins.	Incidence des écoulements urétraux chez l'homme	SIS
	Incidence des ulcères génitaux	SIS
3. Évaluer l'efficacité des interventions et l'étendue des services proposés.	Proportion de cas de MST syndromiques chez les ressortissants	SIS
4. S'assurer que les ressources sont adaptées aux secteurs et groupes qui en ont le plus besoin.	Proportion de cas de MST syndromiques chez les mineurs	SIS
5. Évaluer la qualité des interventions de santé.	Proportion de contacts traités : cas de MST syndromiques	SIS

A EN-TÊTE :

Dates :

> Indiquer les dates auxquelles une fiche de contrôle a été utilisée (DU jj/mm/aa AU jj/mm/aa).

Nom de l'administrateur clinique :

> Indiquer le nom de l'administrateur clinique chargé de remplir la fiche de contrôle.

Lieu :

> Indiquer le nom du camp ou du quartier.

Centre de santé :

> Indiquer le nom ou le numéro du service de consultations ambulatoires.

Cette fiche de contrôle contient :

> Entourer Réfugié ou Ressortissant pour indiquer à quel type de population se rapportent les données collectées. Les administrateurs cliniques doivent utiliser des fiches de contrôle différentes pour les réfugiés et pour les ressortissants.

REMARQUES

Chaque administrateur clinique est tenu de savoir comment utiliser chaque fiche de contrôle. L'administrateur clinique responsable doit fournir une assistance sur le terrain et superviser chaque semaine l'ensemble des opérations.

Une nouvelle fiche doit être utilisée si l'une des sections de contrôle est pleine. Aucune fiche de contrôle ne doit être utilisée sur plus d'une semaine de rapport.

B CONSULTATION :

Cocher les cases correspondantes :

> Type de visite (Première consultation / Consultation de suivi) ;

> Statut (Réfugié / Ressortissant) ;

> Âge (< 5 / ≥ 5) ;

> Sexe (Masculin / Féminin).

REMARQUES

Se reporter aux consignes pour obtenir les définitions des expressions « Première consultation » et « Consultation de suivi ».

UNE SEULE entrée doit être saisie pour chaque visite dans la partie réservée aux consultations.

Un patient présentant des conditions mixtes (diagnostics de première consultation et de consultation de suivi) sera classé en tant que Première visite.

C DIAGNOSTIC :

Cocher les cases correspondantes :

> Diagnostic (étiologique) ;

> Statut (Réfugié / Ressortissant) ;

> Sexe (Masculin / Féminin) ;

> Âge (< 5 / ≥ 5).

REMARQUES

Noter uniquement les diagnostics de Première visite qui répondent aux critères cités dans la définition de cas.

Les cellules 22 à 26 sont des « cellules libres » qui permettent d'ajouter des causes de morbidité à surveiller à la liste de causes de décès. Ces chiffres doivent être déterminés en accord avec les autres organismes de santé afin de garantir la cohérence des informations et de pouvoir les comparer pour chaque action entreprise au niveau national.

D CASES DE CHIFFRES :

Avant d'envoyer la fiche de contrôle à la fin de la semaine, compter le nombre de coches dans chaque case et les convertir en nombre.

> Inscrire clairement le chiffre dans le carré blanc disponible dans l'angle inférieur droit de chaque case de contrôle.

REMARQUES

L'administrateur clinique désigné sur le formulaire est chargé de convertir les pointages en chiffres AVANT de les envoyer à la fin de la semaine.

À la fin de chaque semaine, l'administrateur clinique responsable doit vérifier l'exactitude d'un échantillon aléatoire de 10 à 20 conversions de pointage.

> Guide illustré de la fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires (VERSO)

Enregistrer aussi l'information sur les IST dans le tableau ci-dessous :

PATHOLOGIE SYNDROMIQUE	< 18				≥ 18				Contacts Traités		
	Homme		Femme		Homme		Femme				
Sexuellement transmissibles (IST) Syndrome d'écoulement urétral (SEU)	00000	00000	00000						00000	00000	
Syndrome de pertes vaginales (SPV)					00000	00000	00000				
Syndrome d'ulcération génitale (SUG)	00000	00000	00000		00000	00000	00000		00000	00000	
Syndrome inflammatoire pelvien (SIP)					00000	00000	00000				
Infections sexuellement transmissibles (IST) Syphilis congénitale	00000	00000	00000								
Autres	00000	00000	00000		00000	00000	00000		00000	00000	

Zone agrandie

G

Seuils d'alerte hebdomadaire de chaque centre de santé:

Paludisme	1,5 fois la base de référence [†]
Diarrhée aqueuse	1,5 fois la base de référence [†]
Choléra suspecté	1 cas
Diarrhée sanglante	5 cas
Paralysie flasque aiguë / Polio	1 cas
Rougeole	1 cas
Méningite	5 cas ou 1,5 fois la base de référence [†]

Si les seuils d'alerte sont dépassés:

1. Le signaler au superviseur de la clinique
2. Compléter la fiche d'alerte des flambées épidémiques

[†] Base de référence = nombre hebdomadaire moyen de cas de la maladie calculé à partir des chiffres des trois semaines précédentes.

* Maladie à flambée épidémique potentielle. Si le seuil d'alerte hebdomadaire est dépassé avertir immédiatement votre superviseur. ** Enregistrer aussi les diagnostics syndromiques; le groupe d'âge <18 / >18 ; ainsi que le traitement des contacts dans le tableau des IST. *** Inclure la violence sexuelle; compléter le rapport d'incident de tous les cas.

E

PATHOLOGIE SYNDROMIQUE	< 18				≥ 18			
	Homme		Femme		Homme		Femme	
Sexuellement transmissibles (IST) Syndrome d'écoulement urétral (SEU)	00000	00000	00000					
Syndrome de pertes vaginales (SPV)					00000	00000	00000	
Syndrome d'ulcération génitale (SUG)	00000	00000	00000		00000	00000	00000	
Syndrome inflammatoire pelvien (SIP)					00000	00000	00000	
Ophthalmie du nouveau-né	00000	00000	00000		00000	00000	00000	
Autres	00000	00000	00000		00000	00000	00000	

Zone agrandie

E SYNDROMES DE MST :

Chaque nouveau cas de MST doit être enregistré deux fois dans la fiche de contrôle quotidienne des services de consultations ambulatoires.

UNE fois dans la section réservée au diagnostic au recto de la fiche de contrôle, et UNE fois dans la section réservée au diagnostic syndromique au verso de la fiche de contrôle.

Cocher les cases correspondantes :

- > Diagnostic (d'après les symptômes) ;
- > Statut (Réfugié / Ressortissant) ;
- > Sexe (Masculin / Féminin) ;
- > Âge (< 18 / ≥ 18) ;
- > Contacts traités.

REMARQUES

L'administrateur clinique désigné sur le formulaire est chargé de vérifier que tous les cas de MST sont correctement signalés.

Le traitement des partenaires doit être noté lorsque des informations sont disponibles auprès des travailleurs de santé œuvrant au niveau communautaire. Ces informations ne seront pas nécessairement notées la semaine où le cas d'origine a été diagnostiqué ; elles pourront l'être ultérieurement.

Les valeurs indiquées pour nombre total de MST figurant au recto de la fiche de contrôle et dans le tableau des syndromes au verso doivent être identiques.

En revanche, le nombre de MST diagnostiquées à partir des symptômes observés et le nombre de contacts traités peuvent varier.

F CASES DE CHIFFRES :

Avant d'envoyer la fiche de contrôle à la fin de la semaine, compter le nombre de coches dans chaque case et les convertir en nombre.

- > Incrire clairement le chiffre dans le carré blanc disponible dans l'angle inférieur droit de chaque case de contrôle.

REMARQUES

L'administrateur clinique désigné sur le formulaire est chargé de convertir les pointages en chiffres AVANT de les envoyer à la fin de la semaine.

À la fin de chaque semaine, l'administrateur clinique responsable doit vérifier l'exactitude d'un échantillon aléatoire de 10 à 20 conversions de pointage.

G SEUILS D'ALERTE HEBDOMADAIRES :

À chaque maladie susceptible de déclencher des épidémies correspond un seuil d'alerte répertorié dans ce tableau.

Les administrateurs cliniques doivent connaître ces seuils et s'y reporter chaque fois qu'un diagnostic correspondant est enregistré dans le formulaire.

Le dépassement d'un seuil d'alerte hebdomadaire doit entraîner une action immédiate :

- > Notification au superviseur clinique
- > Documentation d'un formulaire d'alerte épidémique

REMARQUES

Pour certaines maladies, le seuil d'alerte est fixé à UN seul cas que les administrateurs cliniques doivent surveiller étroitement chaque jour.

Un administrateur clinique désigné doit surveiller les seuils d'alerte par établissement de santé à la fin de chaque semaine de rapport.

Réaliser une représentation graphique du rapport cas/temps pour aider à surveiller visuellement les seuils d'alerte définis par rapport à un nombre de cas de référence survenus au cours des semaines précédentes.

> Guide illustré du registre de morbidité

A						B			
No. du SCA	Nom	Age	Sexe (M / F)	Statut (Réf / Nat)	Adresse	Date de la visite	Première visite / Visite de suivi	Temp. (°C)	Poids (kg)

A ENREGISTREMENT :**N° du SCA :**

> Indiquer le numéro de séquence dans le registre.

Nom :

> Indiquer le nom du patient.

Âge :

> Entrer l'âge (en année).

Sexe :

> Spécifier Masculin (M) / Féminin (F).

Statut :

> Classer comme Réfugié (Réf.) / Ressortissant (Ress.).

Adresse :

> Indiquer l'adresse du camp (Réfugié) / Village le plus proche (Ressortissant).

REMARQUES

L'administrateur clinique doit noter correctement et lisiblement les informations contenues dans la fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires et dans les dossiers patients individuels.

Chaque salle de consultation du service de consultations ambulatoires doit comporter un registre.

B DÉTAILS DE LA CONSULTATION :**Date de la consultation :**

> Entrer la date (jj/mm/aa).

Première consultation ou consultation de suivi :

> Classer comme Première consultation / Consultation de suivi (se reporter aux consignes).

Temp. :

> Entrer la température (en °C)

Poids :

> Entrer le poids (en kg).

REMARQUES

Le classement en Première consultation ou en Consultation de suivi doit se faire selon les directives spécifiées.

Pour tous les patients, la température doit être relevée à l'aide d'un thermomètre.

Les mesures de poids sont particulièrement importantes pour les enfants de moins de cinq ans en vue de garantir un calcul précis du dosage de médicament requis (en kg).

Il n'est pas nécessaire de peser régulièrement les patients adultes, à moins que le poids ait une importance dans le motif de la consultation (ex. : tuberculose, VIH/SIDA, malnutrition). Dans ce cas, l'IMC doit également être calculé.

C

Signes et symptômes apparents	Historique du traitement antipaludique †	TRD / résultats de laboratoire	Diagnostic	Traitement ‡	Hospitalisation (O/N)

C

GESTION DES CAS :

Signes et symptômes apparents :

> Entrer une liste annotée des symptômes (historique) et des signes (examen) les plus significatifs.

Antécédents d'utilisation d'antipaludéens :

> Pour les patients atteints de paludisme qui reviennent en consultation pour la même infection, entrer des abréviations pour indiquer le nom, la dose et la durée des prises antérieures d'antipaludéens.

TRD / résultats de laboratoire :

> Entrer les résultats des tests rapides de diagnostic (TRD) ou de tout autre test de laboratoire pertinent, en fonction des besoins.

Diagnostic :

> Entrer le diagnostic. Les critères de définition des cas doivent être utilisés uniquement à des fins d'établissement de rapports, et non en tant que guide dans la gestion ou le traitement clinique.

Si plusieurs diagnostics sont posés, utiliser une ligne distincte pour enregistrer chacun de ces diagnostics.

Traitement :

> Entrer le traitement annoté administré. N'inclure que les traitements correspondant au diagnostic. Pour les médicaments prescrits, entrer le nom, la dose et la durée du traitement.

Hospitalisation :

> Spécifier Oui (O) ou Non (N) pour indiquer si l'hospitalisation était requise.

REMARQUES

Le registre de service de consultations ambulatoires ne doit inclure que les cas comportant des ANNOTATIONS. Les dossiers détaillés relatifs aux antécédents, aux examens et à la gestion clinique doivent être saisis dans les notes patient.

Les registres des services de consultations ambulatoires ne doivent pas être utilisés comme source directe de données de consultation ou de morbidité, mais ils remplissent d'autres fonctions importantes :

1. Guide clinique

Les en-têtes de colonne qui apparaissent dans le registre servent de repères aux administrateurs cliniques lors de chaque consultation. Ils rappellent à l'administrateur les informations requises pour chaque patient et la façon dont il doit les noter, afin d'assurer une certaine cohérence.

2. Alerte épidémique

Les informations basées sur les cas compilées dans le registre sont indispensables au suivi des individus en cas d'épidémie. Ces informations servent de référence à l'administrateur lorsque celui-ci doit remplir la section du formulaire réservée aux alertes épidémiques (voir Guide illustré du formulaire d'alerte épidémique).

3. Qualité des soins

Le résumé centralisé des informations sur les cas compilées dans chaque registre sert d'outil d'évaluation et de surveillance. Les responsables médicaux doivent contrôler régulièrement les registres pour vérifier les pratiques de diagnostic et de prescription adoptées par chaque service de consultations ambulatoires.

Module 3

Morbidité

Partie 2 - Alerte épidémique et réponse

TABLE DES MATIÈRES

3.6	Quels sont les outils utilisés pour la collecte des données ?	43
3.7	Qui est chargé de la collecte des données ?	43
3.8	Quelles données doivent être recueillies et comment ?	43
3.9	Quand et comment les données doivent-elles faire l'objet d'un rapport ?	44
3.10	Comment les données doivent-elles être interprétées et utilisées ?	47

GUIDES ILLUSTRÉS

>	Guide illustré du formulaire d'alerte épidémique.	50
>	Guide illustré du rapport sur la morbidité	54

Alerte épidémique et réponse



3.6 QUELS SONT LES OUTILS UTILISÉS POUR LA COLLECTE DES DONNÉES ?

Les données utilisées pour les alertes épidémiques et réponses aux épidémies sont collectées à l'aide des outils qui servent à collecter les données courantes de consultations ambulatoires (voir Chapitre 1). Il existe toutefois une différence notable : les données sont ensuite intégrées à un mécanisme d'avertissement précoce du système d'informations, pour être soumises alors à des analyses et vérifications supplémentaires au niveau de l'établissement de santé, avant d'être compilées dans le rapport hebdomadaire.



3.7 QUI EST CHARGÉ DE LA COLLECTE DES DONNÉES ?

Pour garantir la détection rapide d'une épidémie, il est nécessaire de mettre en place un mécanisme d'avertissement précoce au sein du système d'information sanitaire. Ce mécanisme repose sur l'identification et le signalement immédiat par le personnel clinique des maladies/syndromes prioritaires susceptibles de déclencher des épidémies.

Il revient aux administrateurs cliniques de reconnaître les maladies sous surveillance au sein de chaque camp susceptibles de déclencher des épidémies. Le personnel clinique doit connaître l'emplacement du système d'information sanitaire où figurent les seuils d'alerte correspondants, comprendre comment ils sont utilisés et connaître les actions à mettre en place si ces seuils sont dépassés. Les agences de santé ont l'obligation d'assurer une surveillance sur place et de veiller à l'actualisation de ces informations.

Pour les maladies dont le seuil d'alerte est faible (polio, rougeole), l'alerte doit être déclenchée aussitôt le seuil franchi et ce, quel que soit le jour. Ces seuils d'alerte doivent être surveillés dès qu'un cas est observé par un administrateur clinique. Pour les autres maladies susceptibles de déclencher des épidémies (le paludisme, par exemple), l'alerte est déclenchée lorsque le nombre de cas signalés dépasse un seuil de référence hebdomadaire défini pour chaque établissement de santé. Il incombe à l'administrateur clinique responsable de surveiller ces seuils d'alerte lors de la compilation des données statistiques des rapports hebdomadaires de chaque établissement de santé. Le déclenchement d'une alerte épidémique doit entraîner des actions immédiates : remplir un formulaire d'alerte épidémique et signaler l'événement à un superviseur (voir ci-après).



3.8 QUELLES DONNÉES DOIVENT ÊTRE RECUEILLIES ET COMMENT ?

Les maladies susceptibles de déclencher des épidémies consignées dans le système d'information sanitaire et auxquelles un seuil d'alerte a été attribué sont signalées par un astérisque (*). Un seuil d'alerte correspond à un nombre de cas précis au-delà duquel des mesures immédiates doivent être prises. C'est le seuil d'alerte qui permet de déterminer s'il y a lieu de signaler une épidémie.

Les seuils d'alerte sont définis pour le bassin de population de chaque établissement de santé, en fonction du nombre de cas signalés chaque semaine. La création de rapports par établissement de santé est donc essentielle pour garantir une interprétation précise de ces seuils basée sur des informations de répartition appropriées.

Ces seuils doivent être définis à partir des données épidémiologiques de chaque pays, le cas échéant, et identiques pour tous les prestataires de santé. Lorsqu'aucune donnée épidémiologique n'est disponible dans un pays particulier, le pays en question doit adopter les définitions internationales recommandées (voir l'encadré Éléments nationaux à prendre en compte). Les seuils d'alerte doivent être suffisamment clairs et accessibles pour que le personnel clinique puisse s'y reporter facilement en consultation ou lors de la compilation des statistiques hebdomadaires.

Les seuils d'alerte figurent à trois endroits sur le SIS :

1. Sur le verso de chaque fiche de contrôle quotidienne ;
2. Sur le verso de chaque formulaire de rapport de morbidité hebdomadaire ; et
3. En regard de chaque définition de cas.

Les seuils d'alerte doivent être surveillés chaque semaine par chaque établissement de santé. Les mesures à prendre en cas de dépassement d'un seuil d'alerte au cours d'une semaine donnée sont décrites ci-après.



3.9 QUAND ET COMMENT LES DONNÉES DOIVENT-ELLES FAIRE L'OBJET D'UN RAPPORT ?

3.9.1 Détection des épidémies

Chaque établissement de santé pour consultations ambulatoires est tenu de produire un rapport hebdomadaire sur la morbidité, lequel sera ensuite intégré à total des camps. La procédure à suivre pour compiler un rapport hebdomadaire à partir des fiches de contrôle quotidiennes est décrite ci-avant au chapitre 1. Chaque administrateur clinique doit connaître le seuil d'alerte de chaque maladie identifiée par un astérisque dans la liste de maladies à surveiller (*) et s'y référer régulièrement.

Pour certains seuils d'alerte, il est nécessaire de surveiller toute augmentation du nombre de cas par rapport au nombre de référence, ou au nombre moyen de cas, calculé à partir des données des semaines précédentes. Pour mettre en place une intervention prévisible et opportune dès que ces seuils sont franchis, le nombre de cas signalés doit être inséré dans un graphique à la fin de chaque semaine. Ce graphique, appelé courbe épidémiologique, indique le nombre de cas sur l'axe vertical et le temps en semaines sur l'axe horizontal.



> Éléments nationaux à prendre en compte

Quels sont les seuils d'alerte applicables aux maladies susceptibles de déclencher des épidémies ?

La capacité d'une maladie à déclencher une épidémie est très importante, car c'est ce facteur qui détermine si la maladie en question doit être surveillée ou non. (D'autres facteurs déterminants du processus de sélection des maladies et événements de santé à surveiller sont présentés au chapitre 1.)

Le terme seuil d'alerte (ou seuil épidémique) désigne le niveau d'une maladie au-dessus duquel une réponse urgente est requise. Le seuil est spécifique à chaque maladie et dépend de son infectiosité, d'autres facteurs de transmission et des niveaux d'endémicité locaux.

Pour certaines maladies, comme la polio et la rougeole, la manifestation d'un seul cas suffit à déclencher une réponse. Pour d'autres, comme le paludisme, la définition d'un seuil implique la collecte de données d'incidence sur une période donnée pour déterminer une référence acceptable. Cette référence est spécifique à l'épidémiologie de la maladie en question, et doit idéalement être définie à l'aide des données fournies par les pays et relevées sur plusieurs mois ou années. En pratique, cela est quasiment impossible, et dans la plupart des camps de réfugiés les données de référence qui définissent un seuil d'alerte sont calculées à partir de données relevées au cours des semaines précédentes. L'observation des tendances d'une maladie au moyen d'une représentation graphique de l'évolution du nombre de cas dans le temps peut aider considérablement le personnel à surveiller les seuils d'alerte.

Les seuils d'alerte doivent être définis pour chaque maladie susceptible de déclencher des épidémies figurant dans la liste de maladies à surveiller et identiques pour tous les prestataires de santé. Ces seuils d'alerte doivent être surveillés rigoureusement en tenant compte des définitions de cas (voir l'encadré Éléments nationaux à prendre en compte), et déclencher une action rapide dont les consignes seront définies au préalable.

Le système doit contenir les rapports sur l'absence de cas (0). Chaque site doit soumettre un rapport pour chaque période de rapport spécifiée, même en l'absence de cas. Ceci permettra d'éviter toute confusion entre l'absence de rapport soumis et l'absence de cas observés.

Tableau 1. Exemples de seuils d'alerte

Paludisme	1,5 fois la valeur de référence*
Diarrhée aqueuse	1,5 fois la valeur de référence*
Choléra suspecté	1 cas
Diarrhée sanglante	5 cas
Paralysie flasque aiguë / Polio	1 cas
Rougeole	1 cas
Méningite	5 cas ou 1,5 fois la référence*
Autres maladies transmissibles	1,5 fois la valeur de référence*

* référence = moyenne du nombre de cas hebdomadaire relevé au cours des trois semaines précédentes

Les tendances de morbidité doivent être observées dans le temps et faire l'objet d'une surveillance afin de détecter toute augmentation inhabituelle qui pourrait signifier une instabilité et/ou une possible épidémie. Les données historiques permettent de créer et de mettre à jour régulièrement les informations de référence dans les graphiques (pour le paludisme et la méningite, par exemple) et de déterminer ainsi si les seuils d'alerte sont dépassés. En fin de semaine, chaque établissement de santé doit compiler les formulaires hebdomadaires dans un rapport sur la morbidité qui sera envoyé au coordinateur de santé.

3.9.2 Réponse aux épidémies

Le déclenchement d'un seuil d'alerte doit entraîner la mise en place d'actions prédéfinies, connues des administrateurs cliniques et des superviseurs des établissements de santé. Toutes les épidémies suspectées doivent être signalées et donner lieu à une réponse exhaustive et opportune.

La première priorité consiste à informer immédiatement le superviseur de chaque établissement de santé (administrateur clinique responsable) et chaque camp (responsable médical). Un formulaire d'alerte épidémique doit être complété et une copie du formulaire envoyée au coordinateur de santé de l'agence de santé et au HCR (voir Guide illustré du formulaire d'alerte épidémique).

Le formulaire d'alerte épidémique permet de consigner des données basées sur les cas, pour chaque cas suspecté : informations sur le patient, principaux symptômes et signes, statut clinique actuel et résultats détaillés des tests de laboratoire. Ces informations qui permettent d'effectuer un suivi rapide des contacts sont indispensables au processus de vérification de l'épidémie.

Ce formulaire doit être complété à partir de données patients résumées issues des registres de morbidité (voir Guide illustré du registre sur la morbidité). Pour certaines maladies, comme le paludisme, les seuils d'alerte reposent sur l'augmentation du nombre de cas par rapport à un niveau de référence historique. Dans les régions fortement endémiques, ce chiffre sera très élevé, et le signalement de la totalité des cas sera fastidieux et inutile.

Dans ce cas, il est préférable de collecter des informations plus générales, basées sur les entrées de registre de la semaine précédente. Une telle synthèse de données de cas doit indiquer :

- les classes d'âge les plus à risque (< 5 , ≥ 5) ;
- la gravité de la maladie et les taux de mortalité ;
- les régions du camp les plus à risque, ou groupes de cas si observés* (par exemple, des sections / zones au sein du camp) ;
- le nombre de cas confirmés en laboratoire.

* Les informations concernant des tendances inhabituelles ou des groupes de maladies observés doivent être consignées à la fin de chaque semaine, indépendamment des seuils d'alerte.

Ces informations permettent de définir rapidement des priorités en cas d'épidémie et de mettre en place des stratégies de prévention et de contrôle.

3.9.3 Rapports hebdomadaires et mensuels

À la fin de chaque semaine, le nombre d'alertes et d'examen épidémiques doit être noté dans rapport de morbidité pour l'ensemble du camp.

À la fin de chaque semaine, les formulaires de rapport papier peuvent être saisis directement sur informatique. La base de données regroupe alors automatiquement ces rapports sous forme de rapport mensuel, composé de 4 ou 5 rapports hebdomadaires, selon le calendrier d'établissement des rapports. D'autres informations sur la gestion des données sont fournies dans le chapitre 3 de ce manuel.



3.10 COMMENT LES DONNÉES DOIVENT-ELLES ÊTRE INTERPRÉTÉES ET UTILISÉES ?

3.10.1 Examen et confirmation des épidémies

Chaque fois qu'une épidémie est soupçonnée, un examen et une vérification complète doivent être entrepris par le biais d'un suivi actif et de tests en laboratoire pour tous les cas et contacts. Pour cela, la liste de données basées sur les cas du formulaire d'alerte épidémique est essentielle. Cette liste permet de connaître les noms et adresses des cas et de leurs contacts et facilite un suivi actif de la communauté et la collecte d'échantillons cliniques destinés aux tests en laboratoire.

La preuve que des groupes de cas suspectés se sont formés doit également être apportée dans le formulaire d'alerte épidémique au moyen d'une analyse de la répartition spatiale des cas. Ces informations permettent d'établir des schémas de l'évolution de l'épidémie et d'estimer le potentiel de transmission de l'épidémie à des groupes et régions à risque élevé.

3.10.2 Contrôle des épidémies

La confirmation d'une épidémie doit entraîner la formation d'une équipe chargée de contrôler l'épidémie, constituée de membres du HCR, de Ministères de la Santé et d'autres organisations des Nations-Unies. Cette équipe devra travailler en étroite collaboration avec les acteurs des secteurs concernés (tels que les services d'eau et d'assainissement, les services vétérinaires et autres) si besoin est.

Le système d'informations de routine joue un rôle essentiel dans le cadre des activités de lutte contre les épidémies. Le seuil du mécanisme d'avertissement précoce doit être relevé pour garantir que les cas suspectés continuent à être identifiés et transférés pour une prise en charge appropriée. Pour cela, il convient de mettre en place un plan de surveillance renforcé qui imposera l'utilisation de définitions de cas et de formulaires de signalement de cas spécialement prévus pour les cas d'épidémie.

Après l'épidémie, une évaluation doit être réalisée pour analyser les problèmes spécifiques liés à la chronologie des événements (détection de l'épidémie et réponse). Le but de cette évaluation étant d'améliorer le système d'avertissement précoce et les performances pour les épidémies ultérieures.

3.10.3 Normes et indicateurs

Le nombre d'épidémies signalées et ayant fait l'objet d'un examen pendant la période de rapport doit être indiqué dans chaque rapport. L'indicateur utilisé pour surveiller les performances du mécanisme d'avertissement précoce est présenté ci-après. Le CD-ROM livré avec ce manuel propose un exercice de groupe qui indique comment calculer et interpréter les indicateurs.



> Résumé des indicateurs

Alerte épidémique et réponse

Objectif	Indicateur	Source
1. Détecter au plus tôt les problèmes de santé et les épidémies, et y répondre rapidement.	Proportion d'épidémies signalées ayant donné lieu à un examen dans les 48 heures	SIS

> Guide illustré du formulaire d'alerte épidémique (RECTO)

Système d'Information Sanitaire **A**

Organisation: _____

3.0 Formulaire d'alerte de flambée épidémique

Localisation: _____

Nom de la rapporteur: _____ Date: ____ / ____ / ____

B

Maladie soupçonnée / syndrome
(cocher seulement UNE case)

- Paludisme
- Diarrhée aqueuse
- Choléra
- Diarrhée sanglante
- Polio (Paralysie Flasque Aiguë)
- Rougeole
- Méningite
- Fièvre Origine Inconnue

C

Symptômes et signes
(vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Selle liquides ou molles
- Sang visible dans les selles
- Paralysie ou faiblesse aiguës
- Fièvre
- Eruption
- Toux
- Vomissements
- Raideur de la nuque
- Autre (décrire ci-dessous)

Nombre total de case notifiés
(se référer au seuils hebdomadaires)

D

Autres symptômes et signes:

Compléter aussi une liste de tous les cas suspects (voir table au verso)

A EN-TÊTE :

Nom de l'organisation :

> Indiquer le nom du partenaire dans la mise en œuvre des activités relatives à la santé.

Nom du camp et de l'unité :

> Indiquer le camp et l'unité concernés par le rapport.

Date :

> Entrer la date (jj/mm/aa).

Nom de l'administrateur chargé du rapport :

> Indiquer le nom de l'administrateur clinique chargé d'établir le rapport.

REMARQUES

Remplir un formulaire d'alerte épidémique dès qu'un seuil d'alerte est dépassé.

Selon le seuil concerné, l'alerte peut être déclenchée n'importe quel jour, ou en fin de semaine suivant la compilation du rapport statistique.

Pour chaque épidémie (syndrome ou maladie suspectée), un nouveau formulaire doit être utilisé.

B MALADIE/SYNDROME SUSPECTÉ(E) :

Cocher la case correspondant à la maladie/au syndrome indiqué(e) dans le formulaire.

> Entrer le nombre de cas signalés dans l'espace prévu à cet effet.

C SYMPTÔMES ET SIGNES :

Cocher les cases correspondant aux signes et symptômes observés sur les cas signalés.

Plusieurs cases peuvent être cochées si nécessaire.

D AUTRES SIGNES ET SYMPTÔMES :

> Décrire tout autre signe ou symptôme observé sur les cas signalés, ne figurant pas dans la liste de la section C ci-dessus.

E LISTE :

Numéro de série :

> Indiquer le numéro de séquence de chaque cas suspecté contenu dans la liste.

Âge :

> Indiquer l'âge (en années).

Sexe :

> Spécifier Masculin (M) / Féminin (F).

Adresse :

> Indiquer l'adresse du camp (Réfugié) / Village le plus proche (Ressortissant).

Date de début :

> Indiquer la date d'apparition des symptômes (jj/mm/aa).

Prélèvement échant. labo. :

> Spécifier Oui (O) ou Non (N) pour indiquer si des échantillons ont été envoyés au laboratoire pour obtenir confirmation.

Traitement administré :

> Entrer la liste annotée des traitements administrés.

Résultat :

> Classer le statut des cas suspectés : Actuellement malade(I) / Guéri ou en voie de guérison (R) / Décédé (D)

Classification finale :

> Répartit les statuts en deux catégories : Soupçon de cas avec diagnostic clinique (S) / Cas confirmé avec diagnostic en laboratoire (C).

REMARQUES

Saisissez les données basées sur les cas à partir des registres quotidiens des services de consultations ambulatoires.

Pour certaines maladies telles que le paludisme, les seuils d'alerte sont élevés et définis comme une augmentation par rapport à un nombre de cas de référence. Ce chiffre pouvant être très élevé, l'élaboration d'une liste de cas individuels serait fastidieuse et inutile.

Dans de pareils cas, il est donc nécessaire de collecter d'autres informations d'ordre général. Par exemple :

> les classes d'âge les plus à risque (< 5, > 5) ;

> les groupes de cas observés dans une région spécifique du camp (groupement de tentes au sein d'un camp, par exemple) ;

> nombre de cas confirmés en laboratoire ;

> la gravité de la maladie et les taux de mortalité.

Malgré l'absence d'adresse ou de noms spécifiques, ces informations permettent de définir rapidement des priorités en cas d'épidémie et de mettre en place des stratégies de prévention et de contrôle.

> Guide illustré du rapport de morbidité (RECTO)

Système d'Information Sanitaire

Fiche de rapport

3.0 Morbidité

A

Organisation: _____

Emplacement: _____

Période couverte: _____

B

3.1 Consultation

	Réfugié		National	
	H	F	H	F
Premières visites				
Visites de suivi				

Nombre de cliniciens qualifiés à plein temps [§]	
No. de journées d'ouverture des SCA	

[§] Entrer le nombre moyen de consultations de SCA tenues chaque jour de la semaine

C

3.2 Morbidité

	Réfugié				Total	National				Total
	< 5		≥ 5			< 5		≥ 5		
	H	F	H	F		H	F	H	F	
1. * Paludisme (suspecté)										
2. * Paludisme (confirmé)										
3. Infection respiratoire supérieure										
4. Infection respiratoire inférieure										
5. Maladie de la peau										
6. Maladie des yeux										
7. Maladie bucco-dentaire										
8. Parasitose intestinale										
9. * Diarrhée aqueuse										
10. * Diarrhée sanglante										
11. Tuberculose										
12. * Polio/Paralysie Flasque Aiguë										
13. * Rougeole										
14. * Méningite										
15. VIH/SIDA										
16. ** IST (sans VIH/SIDA)										
17. Malnutrition aiguë										
18. Anémie										
19. Maladie chronique										
20. Trouble mental										
21. *** Traumatisme										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27. Autre										
Total										

* Maladie à flambée épidémique potentielle. Si le seuil d'alerte hebdomadaire est dépassé (voir au verso), avertir immédiatement votre superviseur.

** Enregistrer aussi les diagnostics syndromiques ; le groupe d'âge < 18 / > 18 ; ainsi que le traitement des contacts dans le tableau des IST (voir au verso).

*** Inclure la violence sexuelle; compléter le rapport d'incident de tous les cas.

A EN-TÊTE :

Organisation :

Indiquer le nom du partenaire dans la mise en œuvre des activités relatives à la santé.

Lieu :

Indiquer le nom du camp ou de l'unité qui a établi le rapport.

Période du rapport :

Entrer le nombre de semaines et de mois (ex. : semaine 1 mars).

REMARQUES

Les dates des semaines de rapport sont indiquées dans le Calendrier d'établissement de rapports. Il est important que tout le personnel soit au fait de ces dates et que des copies du calendrier soient distribuées à tous les services de chaque établissement de santé.

L'administrateur clinique responsable est chargé de gérer l'envoi en temps et en heure de toutes les sections du rapport hebdomadaire complété.

B CONSULTATION :

Compléter le Tableau 3.1 en indiquant le nombre total de cases cochées dans la fiche de contrôle du service de consultations ambulatoires.

Entrer également les données suivantes pour calculer les indicateurs mensuels :

- > Nombre de cliniciens formés qui travaillent à temps complet.
- > Nombre de journées entières pendant lesquelles le service des consultations ambulatoires est ouvert.

REMARQUES

Le nombre de cliniciens à temps complet correspond au nombre de cliniciens ayant reçu des patients en consultation chaque jour de la semaine. Dans certains cas, cette donnée peut être exprimée sous la forme d'un chiffre décimal.

Le nombre de journées entières ne doit pas inclure les week-ends, si les services de consultation et les administrateurs cliniques ne sont pas totalement disponibles durant ces jours-là. Cette donnée peut également être exprimée sous la forme d'un chiffre décimal, si nécessaire.

C DIAGNOSTIC :

Compléter le Tableau 3.2 en indiquant le nombre total de cases cochées dans la fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires.

À l'aide d'une calculatrice, compléter les colonnes grises en indiquant le nombre de diagnostics étiologiques :

- > Moins de 5 ans (< 5) (Réfugié uniquement)
- > Brut (< 5 et ≥ 5) (Réfugié / Ressortissant)

Pour les maladies signalées par un astérisque (*), comparer le nombre de cas relevé pendant la semaine avec les seuils d'alerte figurant au verso du formulaire.

À l'aide d'une calculatrice, compléter les cases grises situées au bas de la fiche en indiquant le nombre de diagnostics :

- > Moins de 5 ans (< 5) (Réfugié uniquement)
- > Brut (< 5 et ≥ 5) (Réfugié / Ressortissant)

REMARQUES

Tous les diagnostics doivent correspondre aux définitions des cas et faire référence à des Premières consultations uniquement.

Pour tous les calculs de totaux, il convient d'utiliser une calculatrice.

Les seuils d'alerte indiqués au verso du formulaire doivent être surveillés, et des mesures appropriées doivent être déployées si ce seuil est dépassé au cours d'une semaine.

Les cellules 22 à 26 sont des « cellules libres » qui permettent d'ajouter des causes de morbidité à surveiller à la liste de causes de décès. Les causes de morbidité ajoutées doivent être identiques à celles notées sur les fiches de contrôle quotidiennes. Une excellente coordination entre les agences de santé est indispensable pour garantir la surveillance de causes de morbidité identiques sur l'ensemble des camps.

> Guide illustré du rapport de morbidité (VERSO)

D

3.3 Alerte de flambée épidémique et riposte

Nombre des flambées épidémiques signalées	
Nombre des flambées épidémiques ayant fait l'objet d'investigations < 48h	

E

3.4 Infections sexuellement transmissibles (IST)

	Réfugié					Contacts traités	National					Contacts traités
	< 18		≥ 18				< 18		≥ 18			
	H	F	H	F			H	F	H	F		
Syndrome d'écoulement urétral (SEU)												
Syndrome de pertes vaginales (SPV)												
Syndrome d'ulcération génitale (SUG)												
Syndrome inflammatoire pelvien (SIP)												
Ophthalmie du nouveau-né												
Syphilis congénitale												
Autres												
Total												

F

Seuils d'alerte hebdomadaire de chaque centre de santé:

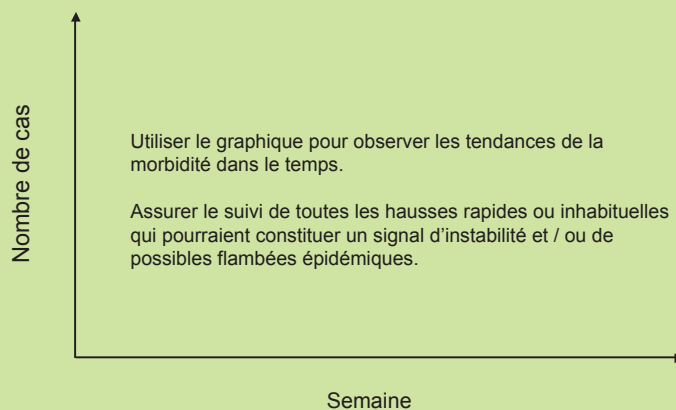
Paludisme	1,5 fois la base de référence
Diarrhée aqueuse	1,5 fois la base de référence
Choléra suspecté	1 cas
Diarrhée sanglante	5 cas
Paralysie flasque aiguë / Polio	1 cas
Rougeole	1 cas
Méningite	5 cas ou 1,5 fois la base de référence

Si les seuils d'alerte sont dépassés:

1. Le signaler au superviseur de la clinique
2. Compléter la fiche d'alerte des flambées épidémiques

* Base de référence = nombre hebdomadaire moyen de cas de la maladie calculé à partir des chiffres des trois semaines précédentes

Présenter également les données chaque semaine dans un graphique (voir ci-dessous). Celui-ci devrait inclure les maladies le plus couramment notifiées ainsi que celles recelant un potentiel de flambée épidémique.



D ALERTE ÉPIDÉMIQUE ET RÉPONSE :

Remplissez le Tableau 3.3 en indiquant le nombre d'épidémies signalées, ainsi que le nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'un examen dans les 48 heures suivant le signalement.

REMARQUES

Les formulaires de rapport hebdomadaires, ainsi que les rapports d'examen, le cas échéant, doivent être joints aux formulaires d'alerte épidémiques.

E SYNDROMES DE MST :

Compléter le Tableau 3.4 en indiquant le nombre total de cases cochées dans la fiche de contrôle du service des consultations ambulatoires.

Indiquer également le nombre de contacts de cas de MST relevés pendant la semaine.

REMARQUES

Les valeurs indiquées pour nombre total de MST figurant au recto de la fiche de contrôle et dans le tableau des syndromes au verso doivent être identiques.

En revanche, le nombre de MST diagnostiquées à partir des symptômes observés et le nombre de contacts traités peuvent varier.

F SEUILS D'ALERTE HEBDOMADAIRES :

Ce tableau contient les seuils d'alerte pour chaque maladie désignée par un astérisque (*) au recto du formulaire.

Les administrateurs cliniques doivent se reporter régulièrement à ces seuils d'alerte lorsque des cas sont signalés.

Si ces seuils sont dépassés, entreprendre une action immédiate pour signaler l'épidémie suspectée et compléter un formulaire d'alerte épidémique.

REMARQUES

Les administrateurs cliniques sont chargés de mesurer les seuils d'alerte quotidiens.

L'administrateur clinique chargé de compiler le rapport hebdomadaire doit surveiller les seuils d'alerte nécessitant un calcul du dépassement par rapport à un nombre de cas de référence calculé à partir des données des semaines précédentes.

Tracer un graphique pour visualiser les tendances d'une maladie donnée et suivre l'évolution hebdomadaire des seuils d'alerte.



