

# Mesures d'informations critiques sur la COVID-19 pour la prise de décisions éclairée dans des structures directionnelles en dehors des États-Unis

Accessible sur : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/leadership-emergency-response.html>

## INTRODUCTION

---

Afin d'assurer une réponse coordonnée à la COVID-19, il est d'une importance capitale que les parties prenantes internationales et nationales communiquent des informations entre elles. L'intégration des systèmes de gestion des urgences (Emergency Management Systems Integration, EMSI) est le processus consistant à rapprocher les programmes de santé publique, systèmes de gestion des urgences et meilleures pratiques au sein d'un système unique cohérent afin d'améliorer la prévention, la détection et la réponse aux événements de santé publique. L'EMSI permet la coordination des flux d'informations et du partage de ressources entre les autorités de gestion des catastrophes, les ministères multisectoriels et les partenaires externes en réponse à la COVID-19. Elle consiste à intégrer et simplifier des systèmes de santé publique existants, souvent disparates, de façon à se concentrer sur l'accroissement de l'efficacité de la préparation et des programmes de réponse d'un système de santé publique, avant, pendant et après un événement de santé publique, afin d'assurer une prise de décisions et une stratégie optimales.

Le présent document a pour but de fournir des mesures d'informations critiques sur la COVID-19, en fonction des domaines techniques, que des structures en dehors des États-Unis peuvent demander afin d'appuyer des décisions de réponse éclairées à la COVID-19. Le présent document inclut une série de mesures de base au sein de 10 domaines techniques qui aideront les responsables de réponse à suivre la progression de la réponse et à orienter la prise de décision. Cette liste est tirée des directives concernant la COVID-19 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), sur consultation d'experts dans les domaines techniques correspondants du service des Opérations des CDC et du Groupe d'étude international.<sup>1-12</sup> Le présent document n'a pas pour but d'être exhaustif, mais plutôt d'identifier les mesures d'informations critiques pour informer les structures directionnelles de réponse. Les structures directionnelles de réponse au sein des pays peuvent, au sein de leurs systèmes de santé publique, demander et prendre en considération plus de mesures que celles énumérées dans le présent document. En outre, d'autres mesures peuvent être prises en considération en fonction du contexte de transmission spécifique au pays (incidence, mortalité, propagation géographique, etc.).

## COORDINATION, SUIVI ET PLANIFICATION À L'ÉCHELLE DU PAYS<sup>1</sup>

---

1. Proportion de ministères multisectoriels et de partenaires externes impliqués dans la réponse ou qui sont liés au mécanisme de coordination centrale, stratifiée par agence/ministère, implication géographique et domaine technique
2. Proportion d'entités de coordination, de partenaires ou de groupes de travail aux niveaux national et sous-national qui sont sous la responsabilité de l'agence de réponse centrale/principale
3. Proportion de plans de préparation et de réponse qui sont utilisés (par ex., Plan de réponse stratégique national, Plan de concept opérationnel, Plan d'opérations de réponse à la COVID-19, Plan d'action sur les incidents)
4. Nombre et emplacement de centre d'appel effectifs aux niveaux national et sous-national pour le signalement de la COVID-19
5. Nombre de mesures correctives à prendre d'après les résultats des observations au sein de l'action (Inter-Action Reviews, IAR) et des observations après l'action (After-Action Reviews, AAR) et proportion de mesures mises en place en conformité avec le Règlement sanitaire international (International Health Regulations, IHR, 2005)



[cdc.gov/coronavirus](https://www.cdc.gov/coronavirus)

[www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/)

1. Nombre et incidence totaux de cas confirmés, probables et suspectés par population de 100 000 personnes, avec une moyenne mobile de 7 jours  
Stratification de référence par :
  - Temps
  - Données démographiques (par ex., âge, sexe, appartenance raciale, origine ethnique, emplacement)
  - Issue (par ex., récupération, hospitalisation, décès)
  - Personnel soignant
  - Test de laboratoire utilisé pour confirmer le cas
  - Liaison épidémiologique (par ex., foyers)Stratification supplémentaire par :
  - Données démographiques (par ex., condition de logement, revenus, éducation, emploi)
  - Personnel d'intervention (par ex., personnel directionnel, opérationnel et technique, équipe de réponse rapide [Rapid Response Team, RRT], équipe médicale d'urgence [Emergency Medical Team, EMT])
  - Populations vulnérables (par ex., réfugiés, personnes déplacées dans leur propre pays [PDPP])
  - Cadre de transmission (par ex., voyage international contre propagation communautaire)
2. Nombre de tests réalisés par RT-PCR and proportion de résultats positifs
3. Nombre et proportion de cas interrogés au cours des 24 heures de l'identification pour l'obtention des contacts
4. Nombre et proportion de contacts qui :
  - Sont enregistrés dans le système de gestion des données locales
  - Ont fait l'objet d'une enquête au cours des 48 heures de l'identification
  - Ont fait l'objet d'un test\* à l'apparition des symptômes
  - Ont été informés et mis en quarantaine au cours des 48 heures suivant la confirmation de l'exposition
  - Ont fait l'objet de suivi quotidien pendant 14 jours depuis la dernière exposition à un cas infectieux ou jusqu'à ce qu'ils soient confirmés en tant que cas
5. Nombre et proportion des établissements de soins de santé utilisant les définitions de cas normalisées
6. Nombre et proportion de membres du personnel formés à l'enquête de cas ou au suivi de contact
7. Nombre d'événements nationaux et transfrontaliers liés à la COVID-19 détectés par le biais de sources ouvertes provenant des médias (par ex., actualités, réseaux sociaux), y compris les centres d'appels de surveillance fondée sur l'événement (Event-Based Surveillance, EBS)

---

\* L'OMS recommande d'effectuer un test au cours des 24 heures de la détection, ce qui peut toutefois s'avérer complexe dans des structures aux ressources limitées

1. Nombre de cas COVID-19 confirmés et probables, chaque jour et sur une moyenne mobile de 7 jours, hospitalisés, détectés en ambulatoire et détectés au sein de la communauté  
Stratifié par :
    - Temps
    - Données démographiques (par ex., âge, sexe, appartenance raciale, origine ethnique, emplacement, conditions de logement, revenus, éducation, emploi)
    - Populations vulnérables (par ex., réfugiés, personnes déplacées dans leur propre pays [PDPP])
    - Facteurs de risque de mortalité (par ex., antécédents médicaux, traitements, mode de vie)
    - Symptômes et durée
    - Traitement
    - Durée de l'hospitalisation
    - Séquelles (par ex., signes et symptômes persistants, complications)
    - Issue (par ex., récupération, séjour en établissement de soins longue durée, décès)
  2. Nombre et proportion de patients hospitalisés et de lits en USI disponibles et occupés chaque semaine, par patients atteints de COVID-19 probables et confirmés
  3. Nombre et proportion d'établissements de soins en hospitalisation et en ambulatoire utilisés pour des patients atteints de COVID-19
  4. Nombre et proportion d'équipements médicaux disponibles et utilisés (par ex., systèmes de ventilation, machines de ventilation spontanée en pression positive [CPAP], cuves à oxygène, canule nasale)
  5. Nombre et proportion de produits consommables disponibles et utilisés (par ex., médicaments, équipement de protection individuel [EPI] pour la gestion des cas)
  6. Nombre de membres du personnel soignant disponibles et requis, par spécialité et par région (par ex., médecins, infirmiers, guérisseurs traditionnels, agents de santé communautaire)
- 

## PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)<sup>1,2</sup>

---

1. Proportion d'établissements de soins de santé par secteur de soins de santé (par ex., public, privé, guérisseurs traditionnels) et région qui : ont élaboré/adapté et approuvé des procédures de dépistage et de triage
  - ont reçu une formation et des supports sur les activités de dépistage et de triage
  - ont du personnel dédié pour dépister et trier les patients de manière effective
  - ont un espace dédié pour le dépistage et le triage
  - ont les fournitures et l'équipement nécessaires pour dépister et trier les patients de manière effective
  - ont reçu une formation et des supports sur les procédures de dépistage du personnel soignant et d'arrêts de travail
  - ont élaboré et approuvé des procédures d'isolement et de mise en cohorte de patients hospitalisés
  - ont reçu la formation et les supports nécessaires sur l'isolement et la mise en cohorte de patients hospitalisés
  - ont un espace dédié pour l'isolement et la mise en cohorte
  - ont les fournitures et l'équipement nécessaires pour isoler et mettre en cohorte les patients de manière effective
2. Proportion d'espaces publics et communautaires ayant un risque élevé de transmission communautaire d'après les évaluations en PCI et en eau, assainissement et hygiène (WASH)

3. Nombre d'espaces publics et communautaires (par ex., restaurants, lieux de culte, parcs, centres de quarantaine) sans services ni ressources en PCI et en WASH (par ex., masques, eau, savon, désinfectant pour les mains)
- 

## LABORATOIRE<sup>1,2,3</sup>

---

1. Nombre et proportion d'échantillons reçus et analysés sur une période de 24 heures  
Stratifié par :
    - Laboratoire public
    - Laboratoire privé
    - Laboratoire universitaire
  2. Nombre de tests et de réactifs de COVID-19 disponibles
  3. Nombre de laboratoires diagnostiques de COVID-19 dédiés et requis au niveau national par système public, privé et universitaire ayant des normes de PCI
  4. Temps écoulé entre le prélèvement d'échantillon et la réception des résultats par le demandeur par type de test  
Données recueillies par :
    - Temps écoulé entre le prélèvement d'échantillon et la réception par le laboratoire
    - Temps écoulé entre la réception de l'échantillon par le laboratoire et la divulgation des résultats au demandeur
    - Temps écoulé entre la divulgation et la réception des résultats
  5. Nombre d'agents de laboratoire certifiés disponibles et requis
  6. Nombre d'agents certifiés disponibles et requis pour le conditionnement et l'expédition des échantillons
- 

## COMMUNICATIONS, MOBILISATION SOCIALE ET SCIENCE COMPORTEMENTALE<sup>1,3,10,11,12</sup>

---

1. Principales conclusions sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les croyances (KAPB) des populations cibles et vulnérables par rapport à la COVID-19 et des questions de santé liées  
Rapport sur la mesure des éléments suivants :
  - Respect des mesures de mitigation individuelle et communautaire et acceptation des interventions non pharmaceutiques et pharmaceutiques (par ex., distance physique, port du masque, restrictions des déplacements)
  - Acceptation et préoccupations majeures quant à la disponibilité future d'un vaccin contre le SARS-CoV-2 dans les populations cibles
  - Impact des effets secondaires liés à la COVID-19 (par ex., santé mentale, stigmatisation, violence interpersonnelle, pratiques en matière de santé pour des questions de santé non liées à la COVID-19)
2. Présence d'un plan stratégique de communication du risque et implication de la communauté (RCCE), avec éléments à l'appui, axé sur des résultats de changements comportementaux spécifiques dans les populations cibles et vulnérables afin de mitiger la propagation de la COVID-19
3. Nombre et proportion de partenaires, responsables de personnel soignant, intervenants communautaires et porte-paroles formés aux recommandations relatives à la communication des risques

4. Portée estimée des canaux de communication par le biais de lignes d'assistance, sites Internet, réseaux sociaux, chaînes de radio et de télévision et autres plateformes de communication dédiées à la COVID-19
  5. Nombre et proportion de personnes ayant accès à des outils de mitigation de base tels que des masques, du savon, de la solution hydroalcoolique désinfectante pour les mains, etc.
  6. Nombre et type de rumeurs et préoccupations communautaires liées à la COVID-19 signalées, et nombre de rumeurs et préoccupations ayant obtenu une réponse par la promotion de recommandations sanitaires adaptées et exactes afin de mitiger le préjudice que représente la désinformation liée à la COVID-19
- 

## SÉCURITÉ SANITAIRE AUX FRONTIÈRES<sup>1</sup>

---

1. Nombre et proportion de points d'entrée (PdE) et de points de contrôle (PdC) officiels dans le pays aux niveaux national et international qui mènent des activités de réponse à la COVID-19 (par ex., dépistage, réponse à la maladie, communication aux voyageurs)  
Stratifié par :
  - Postes-frontières terrestres
  - Aéroports
  - Ports
  - Points de contrôle au sein de la communauté
2. Nombre et proportion de PdE et de PdC actifs qui ont signalé une alerte dans les 7 dernières jours  
Stratifié par :
  - Postes-frontières terrestres
  - Aéroports
  - Ports
  - Points de contrôle au sein de la communauté
3. Nombre et proportion d'alertes reçues de PdE ou de PdC qui ont fait l'objet d'une enquête dans les 24 heures ; Stratifié par :
  - Postes-frontières terrestres
  - Aéroports
  - Ports
  - Points de contrôle au sein de la communauté
4. Nombre et proportion de PdE et de PdC qui mènent des activités de réponse à la COVID-19 et qui :
  - ont formé leur personnel sur les mesures appropriées pour la gestion des voyageurs malades et sur le nettoyage et la désinfection dans les 3 derniers mois
  - ont la capacité de transporter les patients ou les contacts en toute sécurité vers les établissements de santé dédiés et centres de quarantaine
  - ont formé leur personnel sur la communication des risques liés à la COVID-19 et sur la fourniture de supports éducatifs sur la communication des risques aux voyageurs
5. Nombre et proportion de voyageurs entrants, stratifié par type de PdE\*\*, qui ont :
  - fait l'objet d'un test
  - fait l'objet d'un test dont le résultat était positif
  - été redirigés vers un établissement de santé
  - été mis en quarantaine

\*\* Pour les PdE effectuant des tests systématiques sur les voyageurs entrants

---

## GESTION, OPÉRATIONS ET LOGISTIQUE

---

1. Nombre et proportion de postes vacants aux niveaux national et local au sein de la réponse à la COVID-19 par domaine d'expertise technique et par période :
    - Actuellement
    - Prévision pour les 30 prochains jours
    - Prévision pour les 60 prochains jours
    - Prévision pour les 90 prochains jours
  2. Nombre et proportion d'agents disponibles sur la liste de réponse à la COVID-19 par domaine d'expertise technique (personnel directionnel, opérationnel et technique, RRT, EMT)
  3. Nombre et proportion d'agents qui :
    - ont été formés dans leur domaine technique
    - ont été préparés au déploiement
  4. Pourcentage de ressources disponibles pour les opérations de terrain, y compris l'équipement technologique et l'équipement de protection individuelle
  5. Nombre d'intervenants déployés sur le terrain et de personnel de réponse opérationnelle et technique, poste occupé, temps de déploiement et emplacement de déploiement (de base et de renfort)
  6. Nombre de demandes de réponse d'agents actives, achevées et en cours par domaine d'expertise technique, région et temps de déploiement
- 

## SANTÉ ET SÉCURITÉ

---

6. Nombre d'agents/d'intervenants qui ont reçu une approbation médicale, ont eu leur masque respiratoire ajusté et ont reçu une approbation pour le déplacement
  7. Nombre et proportions d'intervenants qui signalent des symptômes de COVID-19 par le biais d'un système de surveillance de la maladie
  8. Nombre et proportion d'intervenants qui signalent des symptômes de mauvaise santé mentale, des facteurs de stress psychologique et une mauvaise résilience
  9. Temps écoulé pour le suivi après une exposition suspectée d'un intervenant
  10. Nombre de blessures, maladies, quasi-accidents et conditions de travail dangereuses signalés ainsi qu'une analyse générale de ces événements signalés
-

## SÛRETÉ

---

1. Nombre et proportion d'intervenants ayant une formation en matière de sûreté et de sensibilisation afin d'assurer la liberté de mouvement, la sécurité et la sûreté dans le cadre de leurs fonctions, selon les normes opératoires minimum
  2. Nombre et proportions d'intervenants qui ont reçu des instructions en matière de sûreté spécifiques à la zone par rapport à la situation actuelle
  3. Nombre d'organisations de police nationales, militaires et/ou d'organisations non gouvernementales internationales (par ex., ONU, IRC) responsable de la situation en matière de sûreté nationale et locale sur le terrain
  4. Nombre de ressources de communication (par ex., téléphones, points d'accès mobiles) à la disposition des agents en déploiement afin de maintenir une chaîne téléphonique ou un programme d'appel quotidien pour faire état de tous les agents en déploiement
  5. Nombre de membres du personnel administratif qui soutiennent les agents en déploiement par de la documentation/un logement/de la nourriture/un moyen de transport sur le terrain
  6. Nombre et emplacement des intervenants ayant rencontré des problèmes en matière de sûreté
-

## REMERCIEMENTS

---

Le présent document a été écrit et préparé par Mays Shamout, MD, MPH ; Luis Hernandez, EM ; Jenny Beaver, MPH ; Leah Dick, MPH, CHES ; Sharanya Krishnan, MPH ; Laura Nguyen, MPH, CHES ; Arianna Gomez Lopez, MPH ; Ashley Greiner, MD, MPH du Groupe d'étude international de la COVID-19 des CDC : Équipe de capacité de réponse d'urgence. Les questions doivent être adressées à [olv6@cdc.gov](mailto:olv6@cdc.gov).

Nous tenons à remercier les experts techniques du Groupe d'étude international de la COVID-19 et du service des Opérations des CDC suivants, pour leur collaboration (par ordre alphabétique) :

Mame Afua Akyeampong, MPH  
Heather Alexander, PhD  
Kerrethel Avery, CEM  
Susan Bollinger, MPH, MT (ASCP)  
Daniel Bubacz  
Avi Hakim, MA, MPH  
Michelle Chang, MD  
Donda Hansen, BS  
Danny Harley, MPA  
Carl Kinkade, DrPH, MCRP  
Anyie J. Li, MPH  
Paul Malpiedi, MPH  
Eric Marble, DSc, MSE  
Lucy Alexandra McNamara, PhD, MS  
Wilton Menchion, MBA  
Rebecca D. Merrill, PhD  
Michelle Noonan, NHDP-BC  
Lisa Oakley, PhD, MPH  
Benjamin J. Park, MD  
Michael Phipps, MSS, MHR  
Reed J. Sheridan  
Miriam Lydia Shiferaw, MD  
Joel Stanojevich, MPH  
Amitabh B. Suthar, PharmD, MPH  
Xin Wang, PhD  
Sarah E. Ward, MPH  
Jamine Weiss, MPH  
Elisabeth Wilhelm, MA  
Kinda Zureick, MPH



## RÉFÉRENCES

---

1. Organisation mondiale de la santé. (2020). *COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan: Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response*. Genève : OMS. Extrait le 13 août 2020, de : [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-operational-planning-guidelines-to-support-country-preparedness-and-response-\(22may20\).pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-operational-planning-guidelines-to-support-country-preparedness-and-response-(22may20).pdf)
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Guidance for U.S. Centers for Disease Control and Prevention Staff for the Establishment and Management of Public Health Rapid Response Teams for Disease Outbreaks: COVID-19 Disease Supplement*. Extrait le 28 juillet 2020, de : [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/global-covid-19/RRTManagementGuidance\\_COVID-19-Disease-Supplement.pdf](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/global-covid-19/RRTManagementGuidance_COVID-19-Disease-Supplement.pdf)
3. Vital Strategies (2020). *Tracking COVID-19 in the United States: From Information Catastrophe to Empowered Communities*. Extrait le 30 juillet 2020, de : <https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/07/Tracking-COVID-19-in-the-United-States-Report.pdf>
4. Organisation mondiale de la santé. (2020). *Global Surveillance of COVID-19: WHO process for reporting aggregated data*. Extrait le 18 août 2020, de : <https://www.who.int/publications/i/item/aggregated-weekly-reporting-form>
5. Organisation mondiale de la santé. (2020). *Public Health Surveillance for COVID-19: Interim Guidance*. Extrait le 18 août 2020, de : <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-surveillanceguidance-2020.7>
6. Organisation mondiale de la santé. (2020). *Revised Case Report Form for Confirmed Novel Coronavirus COVID-19*. Extrait le 21 août 2020, de : [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/2019-covid-crf-v6.pdf?sfvrsn=c5ff90c6\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/2019-covid-crf-v6.pdf?sfvrsn=c5ff90c6_2)
7. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Event-based Surveillance*. Extrait le 18 août 2020, de : <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/gddopscenter/how.html#:~:text=Event%2Dbased%20public%20health%20surveillance,is%20non%2Dstandardized%20or%20subjective.>
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza — United States, 2017*. Extrait le 18 août 2020, de : <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/rr/rr6601a1.htm>
9. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Operational Considerations for Adapting a Contact Tracing Program to response to the COVID-19 Pandemic*. Extrait le 21 août 2020, de : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/operational-considerations-contact-tracing.html>
10. United Nations Children’s Fund. (2020). *Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance: COVID-19 Preparedness and Response*. Extrait le 20 août 2020, de : [https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
11. Organisation mondiale de la santé EURO. (2020). *WHO tool for behavioral insights on COVID-19*. Extrait le 20 août 2020, de : <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/who-tool-for-behavioural-insights-on-covid-19>
12. Internews. (2020). *Local Media and Community Engagement in Humanitarian Settings*. Extrait le 20 août 2020, de : <https://internews.org/resource/local-media-and-community-engagement-humanitarian-settings>

