

PROTOCOLE D'ÉVALUATION DES SYSTÈMES NATIONAUX DE SURVEILLANCE ET DE RIPOSTE CONCERNANT LES MALADIES TRANSMISSIBLES

DIRECTIVES POUR LES ÉQUIPES D'ÉVALUATION



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

**Département des Maladies transmissibles
Surveillance et Action**

© World Health Organization 2002

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits sont réservés par l'Organisation. Il peut être néanmoins commenté, résumé, reproduit ou traduit sans restriction, en partie ou en totalité, mais pas pour la vente ni à des fins commerciales.

Les opinions émises dans ce document par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs. La mention de firmes ou de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes ou ces produits sont agréés ou recommandés par l'OMS de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	i
REMERCIEMENTS	iii
ACRONYMES	v
INTRODUCTION	1
À QUOI DOIT SERVIR CE DOCUMENT ?	1
QU'EST-CE QU'UN SYSTÈME NATIONAL DE SURVEILLANCE ?	1
POURQUOI ÉVALUER LE SYSTÈME NATIONAL DE SURVEILLANCE ?	2
QU'EST-CE QUE L'APPROCHE INTÉGRÉE OU APPROCHE MULTIPLE DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES ?	3
QUELS SONT LES BUTS ET LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ?	4
QUE FAUT-IL ÉVALUER ?	5
QU'EST-CE QUI DOIT GUIDER L'ÉVALUATION ?	9
PROCÉDURES, ACTIVITÉS ET CALENDRIER DE L'ÉVALUATION	10
PHASE I : PLANIFICATION DE LA MISSION	11
PHASE II : ÉVALUATION	12
ÉTAPE 1 : ATELIER DE PRÉÉVALUATION AVEC ANIMATEURS EN COMPAGNIE DE L'ÉQUIPE NATIONALE	12
ÉTAPE 2 : FORMATION DES ÉQUIPES D'ÉVALUATION	13
ÉTAPE 3 : ÉVALUATION SUR LE TERRAIN	14
ÉTAPE 4 : ANALYSE ET PREMIÈRE RÉDACTION DU RAPPORT	15
ÉTAPE 5 : ATELIER POST-ÉVALUATION DESTINÉ À PRÉSENTER LES PREMIERS RÉSULTATS	16
PHASE III : ATELIER POUR PRÉPARER UN PLAN D'ACTION	18
PHASE IV : SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE : APPROCHE MULTI-MALADIES	19
LISTE DES ANNEXES	21

REMERCIEMENTS

*L'Organisation mondiale de la Santé tient à remercier
l'Agence des États-Unis pour le Développement international,
le Fonds des Nations Unies pour les Partenariats internationaux,
l'Agence britannique pour le Développement international
et le Gouvernement de l'Irlande pour le soutien apporté
à la réalisation du présent document.*

*L'Organisation mondiale de la Santé tient aussi à remercier
le Bureau régional OMS de l'Afrique et la Capacity Development Branch,
Division of International Health, Epidemiology Program Office,
Centers for Disease Control and Prevention,
États-Unis d'Amérique, pour leur contribution technique.*

*Nous remercions aussi les autres Bureaux régionaux OMS, en particulier
EMRO, EURO et SEARO où le protocole a été évalué.*

ACRONYMES

BAD	Banque africaine pour le Développement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DANIDA	Agence danoise pour le Développement international
DFID	Agence britannique pour le Développement international, [Department for International Development, UK]
FETP	Programme de Formation à l'Épidémiologie de Terrain [Field Epidemiology Training Programme]
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OMS/AFRO	Bureau régional OMS de l'Afrique
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PFA	Paralysie flasque aiguë
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIG	Système d'Information géographique
SIM	Surveillance intégrée des Maladies
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement international [United States Agency for International Development]
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

A quoi doit servir ce document ?

Ce manuel a été mis au point à l'usage du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires assurant une évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique contre les maladies transmissibles avec une équipe nationale. Il devra aider le personnel et les consultants de l'OMS à guider un groupe de professionnels du pays à travers l'évaluation du statut général et de la qualité des activités de surveillance au sein d'un État Membre. Cette évaluation devra conduire à un rapport normalisé et à un plan d'action arrêté en commun. Ce plan d'action comprendra un calendrier de mise en pratique agréé par le Ministère de la Santé, l'OMS et les autres partenaires qui pourraient participer au processus.

Ce document constitue un prototype pour l'évaluation de systèmes de surveillance et de riposte et devra être adapté au niveau du terrain. Il apporte des conseils sur la planification et l'exécution d'une évaluation de ce type, ainsi que des outils pratiques (exercices de groupe, modèles de tabulation et tableurs pour la collecte des données). Le manuel propose par ailleurs un format normalisé pour les rapports et des tableaux pour les plans de mise en œuvre.

Qu'est-ce qu'un « système national de surveillance » ?

La surveillance épidémiologique peut être définie comme le processus de recueil, collation et analyse systématiques de données et leur prompt diffusion aux personnes qui en ont besoin pour une action pertinente. Un bon système de surveillance des maladies apporte une information destinée à la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes d'intervention en santé publique. La surveillance axée sur les maladies transmissibles fait partie de la surveillance en santé publique, laquelle à son tour appartient au système plus général d'information sanitaire. Ce sont les objectifs du système de surveillance et l'utilisation de l'information qui détermineront le type de données à recueillir et la rapidité de circulation de l'information au sein du système. Une lutte efficace et rapide contre les maladies transmissibles demande que les épidémies soient signalées le plus tôt possible, et l'information touchant les maladies endémiques sont indispensables au suivi de ces maladies. En tout état de cause, l'information sur les

maladies transmissibles prioritaires est un élément critique de la lutte. De nombreux pays ont mis au point des compétences en matière de surveillance dans le but de suivre les maladies qui représentent une lourde charge, de détecter les flambées de maladies susceptibles de donner lieu à des épidémies et de suivre les progrès par rapport aux objectifs de lutte ou d'éradication fixés au niveau national ou international. La surveillance des maladies transmissibles est donc une fonction nationale.

Pourquoi évaluer le système national de surveillance ?

Dans de nombreux pays, le système de surveillance a été mis au point de façon inégale, les diverses activités de surveillance étant financées et gérées par des programmes de lutte différents, issus de diverses institutions (Ministère de la Santé, institutions universitaires ou de recherche, ONG). Quelques programmes verticaux ont maintenu les fonctions de surveillance proches des fonctions de lutte, ce qui est souhaitable pour lutter contre une maladie spécifique. Cela dit, les activités de surveillance dans leur ensemble peuvent devenir disjointes et inefficaces au sein d'un pays — les travailleurs sur le terrain doivent alors fonctionner au sein de systèmes multiples, en ayant recours à des méthodes de surveillance, une terminologie, des formulaires de rapport et des fréquences de rapport multiples et diverses qui varieront selon la formation reçue. Tout cela peut entraîner un accroissement des coûts et bien souvent pour les travailleurs de santé une surcharge de travail et un manque de motivation.

Dans certains cas, la surveillance n'a que peu de rapports avec les efforts de lutte : la collecte des données couvre une multitude de phénomènes de santé, dont beaucoup ne constituent pas une priorité pour le pays. La détection et la notification des cas et des flambées/épidémies a rarement lieu en temps utile ; l'analyse, l'interprétation et l'utilisation des données disponibles pour la prise de décisions à tous les niveaux est de mauvaise qualité.

Chaque pays devra régulièrement évaluer son système général de surveillance afin que celui-ci continue à refléter les priorités nationales en ce qui concerne la lutte contre les maladies, garde un bon niveau d'efficacité et utilise au maximum les possibilités d'intégrer les activités. Il faudra envisager de nouvelles méthodes et techniques de surveillance qui améliorent l'efficacité du système et les inclure dans le processus de renforcement du système de surveillance.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) encourage une approche plus synergique et coordonnée en ce qui concerne la surveillance des maladies transmissibles et la lutte contre celles-ci. Dans cette optique, le présent

document d'évaluation s'efforce de fournir un système intégré qui fait appel à des approches pratiques et fondées sur la participation.

Qu'est-ce que l'approche intégrée ou approche multiple de la surveillance des maladies ?

Les activités de surveillance pour diverses maladies sont du ressort de fonctions similaires et font très souvent appel aux mêmes structures, aux mêmes procédés et au même personnel. L'approche multi-maladies de la surveillance vise à établir des systèmes bien coordonnés et orientés vers l'action, qui facilitent quand il le faut l'intégration des fonctions essentielles et des fonctions de soutien dans le processus de surveillance, maximisent les synergies, profitent de l'apparition d'outils nouveaux, utilisent au mieux les ressources existantes et mettent à profit les initiatives réussies. On arrive ainsi à partager les expériences et les ressources, à éviter les doublons, à diminuer la charge de travail aux niveaux périphériques et à mieux centrer les efforts. Il faut pour cela une bonne coordination de la collecte, de l'analyse, de l'interprétation et de la diffusion des données. Cette approche vise l'intégration des activités de surveillance à tous les niveaux selon les besoins, tout en réorientant et en coordonnant au mieux les activités de soutien et de surveillance.

La surveillance des maladies demande de rassembler seulement l'information qui est nécessaire pour atteindre les objectifs de la lutte. Les besoins en données peuvent différer d'une maladie à l'autre. Par exemple, le taux d'achèvement d'un traitement et le taux de guérison sont des indicateurs essentiels dans la surveillance de la tuberculose ; pour le VIH/SIDA il conviendra plutôt de suivre la proportion de la population positive au VIH ainsi que le nombre de nouveaux cas de SIDA. Même si les besoins de la surveillance peuvent être très spécifiques, la collecte des données comporte de nombreux éléments très semblables ; c'est souvent un même individu ou un même établissement de santé qui constitue la source des données. Le défi consiste à identifier et à exploiter les possibilités de synergie, tout en reconnaissant que certains programmes ont besoin d'information supplémentaire ou de méthodes de surveillance alternatives.

Les systèmes de surveillance spécialisés (par exemple pour la paralysie flasque aiguë [PFA] ou pour le VIH/SIDA) ont leur importance, surtout là où les méthodes de surveillance sont complexes et où les systèmes ont leurs propres besoins en matière d'information. Tous les systèmes de surveillance font néanmoins appel aux mêmes fonctions universelles (dépistage de cas, confirmation, rapport, analyse, investigation, riposte, rétro-information et suivi), et à des fonctions de soutien communes (formation, supervision, communications, autres). Il est possible d'envisager le système dans son

ensemble avec une approche coordonnée du développement et du renforcement. Il faudra étudier les possibilités d'utiliser des formulaires de rapport communs, le recours à un même système simplifié d'entrée des données pour plusieurs maladies et à des canaux de communication communs. Dans la mesure du possible, tous les rapports devront transiter du niveau de district vers un seul bureau au niveau national. Formation et supervision doivent être intégrées et il conviendra d'utiliser un bulletin commun de rétro-information ; on pourra aussi partager les ordinateurs, les véhicules, les réfrigérateurs, etc. Les divers programmes de surveillance peuvent collaborer dans la recherche de fonds plutôt que d'entrer en compétition sur ce plan.

Il peut aussi y avoir des différences dans la rapidité de circulation des données et de l'information à travers le système, et dans le degré de rapidité requis pour la riposte. Pour que le système puisse fonctionner comme un « système d'alerte précoce », par exemple, il faut que rapports, prise de décision et ripostes soient rapides. En ce qui concerne les maladies endémiques, par contre, le but poursuivi pourra être celui d'examiner attentivement les données assemblées afin d'ajuster ou de mieux cibler le programme de lutte. Le système national de surveillance devra ainsi pouvoir prendre en compte les deux types de besoins et il lui faudra peut-être différentes vitesses de notification.

Dans d'autres cas, un système de surveillance correctement mis au point dans un programme donné peut agir comme moteur et entraîner l'amélioration d'autres activités de surveillance. Il convient d'identifier ces forces motrices pendant l'évaluation et de les utiliser au mieux.

Quels sont les buts et les objectifs de l'évaluation ?

L'approche actuelle rassemble tous ceux et toutes celles qui dans un pays ont la responsabilité de la surveillance des maladies transmissibles, afin d'évaluer formellement les systèmes nationaux de surveillance des maladies pour les renforcer en faisant appel à une approche intégrée ou multiple. L'évaluation devra conduire à un accord sur un plan d'action doté de priorités destiné à améliorer le fonctionnement du système en répondant aux failles identifiées au cours de ce travail.

Les objectifs de l'évaluation sont :

1. D'obtenir des données de base nécessaires à la mise en place d'une approche coordonnée pour la surveillance de plusieurs maladies qui permette de mesurer les progrès accomplis dans le renforcement des efforts de surveillance

2. D'identifier les besoins du pays en ce qui concerne le renforcement du système de surveillance pour la prévention des maladies transmissibles et la lutte contre celles-ci
3. D'identifier les failles et les possibilités d'action dans la mise en place des activités fondamentales ou de soutien en ce qui concerne la surveillance et d'évaluer les ressources disponibles
4. De permettre l'élaboration d'un plan d'action doté de priorités fondé sur les résultats de l'évaluation.

Que faut-il évaluer ?

L'équipe doit se mettre d'accord sur les maladies prioritaires en ce qui concerne surveillance et riposte.

L'évaluation couvrira la structure, l'organisation, les processus et les produits des systèmes de surveillance et de riposte. On examinera les capacités en matière de fonctions essentielles et de fonctions de soutien pour la surveillance et la riposte à tous les niveaux du système de soins de santé. Fonctions essentielles et fonctions de soutien seront mesurées à l'aune d'objectifs esquissés au cours d'un atelier de préévaluation. Le processus d'évaluation tout entier devra permettre d'identifier les occasions d'intégrer, de coordonner la surveillance et de mettre en place des synergies dans le domaine de la surveillance, ainsi que les possibilités de recours à des techniques nouvelles telles que la cartographie de santé pour la surveillance. Il faudra envisager les caractéristiques d'un bon système de système de surveillance (simplicité, flexibilité, acceptabilité, sensibilité, valeur prédictive positive, représentativité et régularité) tout autant que les coûts du système (voir définitions en Annexe 1).

1. Maladies prioritaires

La surveillance devra en principe être centrée sur les maladies prioritaires au sein du pays. Bien des pays s'efforcent à la surveillance d'un très grand nombre de maladies. Il arrive souvent que ce nombre croisse continuellement sans pour autant que soit évaluée la nécessité de cette surveillance. Dans d'autres pays, ces listes sont le legs d'administrations antérieures. Toute évaluation d'un système national de surveillance devra examiner les éléments placés sous surveillance et se poser la question « cette activité constitue-t-elle une priorité ? ». De nombreux systèmes de surveillance ont un long passé d'addition de maladies nouvelles, sans que les maladies qui ne sont plus prioritaires aient été rayées de la liste. Dans d'autres pays, la surveillance peut faire défaut dans l'un ou l'autre domaine critique, surtout si au cours du temps l'une ou l'autre maladie vient à poser problème

alors que l'on ne s'y attendait pas au moment où le système de surveillance était en cours de mise au point.

2. Évaluation de la structure

On décrira l'organisation des systèmes de surveillance et de riposte aux niveaux central, intermédiaire, district, établissement de santé et au niveau communautaire si besoin est. Il faudra décrire et discuter les relations entre les divers niveaux ainsi que les ressources (entrées) affectées aux activités à ces niveaux.

3. Évaluer les processus et compétences pour la surveillance et la riposte

Il faudra examiner les possibilités d'assurer les fonctions de surveillance — tant les fonctions essentielles que les fonctions de soutien — pour chaque maladie ou groupe de maladies prioritaire. De même, il faudra évaluer les modalités de circulation de l'information et l'utilisation de cette information pour l'action, en notant les doublons dans la mise en œuvre de ces fonctions. C'est la possibilité de suivre correctement les événements prioritaires liés à la santé qui déterminera l'adéquation du système national de surveillance.

On évaluera les fonctions essentielles et les fonctions de soutien du système de surveillance à tous les niveaux des soins de santé (central, régional/provincial, district ou équivalent, établissement de santé). Les activités essentielles de la surveillance efficace pour tout événement de santé sont :

- Détection (identification des cas et des flambées)
- Enregistrement
- Confirmation (épidémiologique et de laboratoire)
- Rapport (notification précoce ou systématique)
- Analyse et interprétation (préparation et mise à jour périodique des tableaux et graphiques donnant les informations de lieu, de temps et de personne sur les maladies et événements sujets à notification, identification des tendances ou évolutions inhabituelles ou des valeurs qui dépassent les valeurs-seuils, interprétation des résultats, discussion des possibilités d'action en santé publique)
- Riposte
 - Lutte/riposte : prise en charge des cas, recherche des contacts, mesures de lutte contre l'infection, activités de vaccination, amélioration des mesures de prévention et de lutte (lutte contre les vecteurs, amélioration de l'environnement), éducation/

information de la communauté, mise en état d'alerte des districts ou zones du voisinage

- Investigation des flambées : recherche de cas (dossiers, surveillance active), collecte et transport des échantillons, tests de confirmation, interprétation des résultats épidémiologiques et de laboratoire
 - Ajustements du programme
 - Changements de politique et de planification
- Rétro-information
- Évaluation et suivi.

Une série de fonctions de soutien rendra possibles ces activités en améliorant le fonctionnement des activités essentielles de surveillance — il convient donc d'évaluer également ces activités de soutien :

- Établissement de normes (définitions de cas, lignes directrices normalisées pour la prise en charge des cas, procédures normalisées pour les investigations)
- Formation (surveillance, épidémiologie, laboratoire)
- Supervision
- Systèmes de communication (radio, télécopie, courrier électronique, téléphone, mises à jour sanitaires)
- Apport de ressources (humaines — personnel en nombre suffisant doté des capacités et compétences appropriées ; équipement — véhicules, matériel de laboratoire, fournitures, etc. ; financières).

4. Évaluation des résultats

L'évaluation apportera des renseignements sur l'efficacité et l'efficacité du ou des système(s) en ce qui concerne le suivi des activités de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles. Il faudra étudier les qualités du système (simplicité, flexibilité, exhaustivité, sensibilité, régularité, représentativité). Les produits du système (par exemple les rapports) devront pouvoir indiquer si le système peut ou non atteindre les objectifs fixés.

5. Intégration/coordination/synergie

L'intégration se rapporte à la coordination de toutes les activités de surveillance ainsi que des fonctions de soutien communes à tous les programmes de lutte (par exemple la collecte des données, la formation et la supervision) tout en laissant aux divers programmes d'intervention spécifiques le soin d'assurer les actions de suivi. L'existence de nombreuses fonctions

similaires dans la surveillance de la plupart des maladies transmissibles offre de nombreuses occasions d'intégration. Le niveau d'intégration/synergie dans le système national de surveillance peut influencer le fonctionnement, le coût et la pérennité du système. Il conviendra d'identifier les possibilités d'intégration, de synergie et de coordination pour les maladies sous surveillance au cours de l'évaluation.

6. Laboratoires

Les laboratoires sont un élément essentiel de la surveillance des maladies et la plupart des systèmes de surveillance épidémiologique requièrent une composante de laboratoire à des fins de confirmation. Il s'agit et de la confirmation de routine des syndromes cliniques et de la confirmation rapide de l'agent causal en cas de flambée. Dans certains cas, par exemple dans la surveillance de la résistance aux agents antimicrobiens, la surveillance est exclusivement fondée sur le laboratoire. Il faudra évaluer les compétences de ce dernier (disponibilité, fonctionnement et niveau de perfectionnement) afin de préciser son rôle pour la surveillance à un niveau donné.

7. Cartographie de santé publique : système d'information géographique (SIG)

Le SIG constitue un excellent moyen de récolter et de gérer l'information en matière de surveillance épidémiologique et de programmation. Il est facile de donner une représentation et une analyse cartographiques de ces données, en mettant en évidence des tendances et des interconnexions qu'il serait plus difficile de mettre en évidence par des tableaux. Le SIG permet aux décideurs et aux planificateurs de visualiser facilement la situation sanitaire des populations par rapport au milieu ambiant et aux infrastructures sanitaires et sociales en place (institutions de santé, écoles, approvisionnement en eau, par exemple). Il est possible d'établir des cartes pour des maladies ou des faits liés à la santé par rapport au nombre et à l'emplacement des établissements sanitaires et d'obtenir ainsi une vue d'ensemble de la situation sanitaire pour une communauté, un district ou un pays donnés. L'assemblage de ces représentations cartographiques permet la mise en place d'un outil qui a le pouvoir non seulement de permettre le suivi des résultats de la surveillance mais aussi de procéder à la planification opérationnelle et au ciblage des interventions et des ressources vers les zones et les communautés qui en ont le plus besoin. Une banque de données de ce type peut servir de support géographique commun pour toutes les données de surveillance et de programme au niveau le plus approprié. Le SIG représente ainsi un point d'entrée pour l'intégration d'approches spécifiques en matière de surveillance.

8. Communication

Une surveillance efficace ne peut exister sans de bons systèmes de communication. Dans certains pays il existe des bureaux de communication — avec plans stratégiques, plans de réponse aux médias en cas d'urgence et un personnel formé — à divers niveaux du système de soins de santé. D'autres pays disposent de ressources informatiques (ordinateurs, logiciels, courrier électronique). De nombreux pays font appel à des systèmes informatisés pour la collecte, la transmission, l'analyse, la rétro-information et la diffusion des données. Un système électronique approprié facilitera l'intégration des activités de surveillance, surtout s'il tient compte des spécificités de l'utilisateur et ne fait pas appel à des jeux de données multiples et divers — qui accroissent la charge de travail et découragent les utilisateurs. La radio joue un rôle dans les régions isolées. Il conviendra d'évaluer les systèmes de communication selon les réalités locales et de décrire les ressources et les pratiques en matière de communication, et d'identifier les besoins. On évaluera par ailleurs les produits de ces systèmes (bulletins sanitaires, rapports, publications scientifiques, productions audiovisuelles) et leur contenu (problèmes de santé, données de surveillance, investigation des flambées, recommandations, etc.).

Qu'est-ce qui doit guider l'évaluation?

La procédure recommandée dans le présent document vise à faire du Ministère de la Santé l'agent-clé de l'évaluation. Le rôle de l'équipe extérieure est de faciliter le processus en faisant appel à des méthodes et à des outils normalisés, comme le recommande l'OMS. Le résultat final en devra être un plan national élaboré par les gens du pays. Ce plan ne correspondra peut-être pas aux canons internationaux de perfection mais il aura plus de chances de réussite. Le but est de tomber d'accord sur un plan d'action et de mettre sur pied un programme de suivi.

Le gouvernement devra accepter qu'en fin de compte la surveillance est une fonction essentielle de la santé publique et doit donc être financée en tant que telle au sein du budget de la santé. L'engagement politique et le soutien financier du gouvernement sont indispensables pour que s'opèrent des changements durables du système de surveillance qui puissent entraîner des améliorations dans la lutte contre les maladies. Il est important que les gens du pays décident eux-mêmes des solutions à apporter aux problèmes, et que ces solutions soient perçues comme pertinentes par rapport aux réalités du service de santé dans le pays. Des fonds extérieurs en provenance de l'OMS ou d'ailleurs pourront servir à mettre en place des activités dans les domaines critiques.

Il conviendra d'impliquer les représentants du Ministère de la Santé, les points focaux individuels en matière de surveillance pour chaque événement lié

à la santé, ainsi que les agents de chaque niveau du système au sein d'un processus national, qu'il faudra faciliter.

Procédures, activités et calendrier de l'évaluation

Les directives ci-après esquissent un programme de 17 jours ouvrables (3 semaines) pour mener à bien l'évaluation. Il s'agit ici uniquement d'un guide général, étant donné l'influence que peuvent avoir sur le programme des éléments comme la dimension du pays, les aspects logistiques du travail sur le terrain, et la disponibilité du personnel de haut niveau au Ministère de la Santé.

Calendrier pour l'évaluation du système national de surveillance

PHASE I* Planification	Avant l'évaluation	Planification de la mission
PHASE II Étape 1 Préévaluation	JOURS 1–3	Atelier préévaluation avec animateurs pour examiner les priorités et les objectifs de la surveillance. Sensibiliser plus avant quant à l'approche concernant la surveillance simultanée de plusieurs maladies, tomber d'accord sur la liste des maladies nationales prioritaires, adapter le protocole d'évaluation, planifier le travail sur le terrain
Étape 2 Formation	JOURS 4–6	Formation des membres de l'équipe d'évaluation et des gestionnaires de données. Prétester et adapter les outils de l'évaluation ; mettre au point les exigences logistiques, se rendre sur les sites de l'évaluation
Étape 3 Évaluation sur le terrain	JOURS 7–12	Évaluation sur le terrain et déplacements
Étape 4 Analyse et rapport	JOURS 13–16	Rédiger un rapport préliminaire sur les résultats de l'évaluation selon un format normalisé
Étape 5 Résultats et calendrier de suivi	JOUR 17	Atelier post-évaluation pour présenter les premiers résultats ; discussion et accord sur le calendrier de suivi
PHASE III Plan national d'Action	Après l'évaluation : 4 à 8 semaines	Atelier pour mettre au point le Plan national d'Action et son cadre de mise en application
PHASE IV Suivi		Suivi de la mise en œuvre du Plan d'Action

*La durée de chaque phase et de chaque étape pourra dépendre de la taille du pays.

PHASE I : Planification de la mission

La planification de l'évaluation est indispensable au succès de la mission. Le processus commence par la demande du pays qui requiert l'assistance de l'OMS dans l'évaluation de son ou de ses système(s) de surveillance des maladies transmissibles. Le pays mettra sur pied un organe de coordination avec un responsable au sein du Ministère de la Santé et une proposition de calendrier-cadre pour l'évaluation. L'organe de coordination devra compter des partenaires-clés, y compris un participant de l'OMS/Bureau régional. Le Bureau local de l'OMS devra aussi identifier un homologue pour le responsable du Ministère de la Santé au sein de l'organe de coordination.

Le Bureau du Représentant de l'OMS et le Ministère de la Santé devront commencer à couvrir les besoins en matière de logistique (transport, logement, finances, personnel, disponibilité de bureaux et en équipement, etc.) pour l'évaluation (Voir Annexes 2.0 et 2.1 en ce qui concerne le tableur de planification pour la mission et l'aide-mémoire logistique).

Une réunion de coordination entre tous les consultants externes devra se tenir avant l'évaluation, de préférence dans le pays même, avec le Représentant de l'OMS. Cette réunion permettra d'obtenir un point de vue commun sur l'évaluation et permettra au Représentant de l'OMS de donner un briefing sur le pays. On mettra au point un premier plan de travail pour l'évaluation en esquissant les rôles et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe.

Il est par ailleurs essentiel de s'informer sur le système sanitaire et économique au sein du pays (on consultera avec profit les Profils de Pays préparés par l'OMS, l'ONUSIDA et le PNUD ainsi que les plus récentes Enquêtes démographiques et sanitaires).

Il faudra dès que possible organiser une réunion avec l'équipe nationale. La participation de décideurs de haut niveau au Ministère de la Santé à toutes les étapes de l'évaluation constitue un élément critique : en l'absence de ces décideurs, le soutien politique du gouvernement aux recommandations de l'équipe d'évaluation ne sera pas acquis. Le Représentant de l'OMS devra donc s'assurer de cette participation. Il désignera au sein du Bureau de l'OMS un point focal. Cette personne assurera la liaison avant la mission, prendra une part active au processus et assurera un suivi régulier avec le Ministère de la Santé après l'évaluation. Dans certains pays, le Bureau de l'OMS compte maintenant un épidémiologiste au niveau du pays, en liaison directe avec le Ministère de la Santé. Un document de planification commun pour le Ministère et pour le Représentant de l'OMS pourra être d'une grande utilité (Voir Annexe 2.2).

Composition de l'équipe d'évaluation : équipe extérieure (dont les membres ne résident pas dans le pays concerné)

L'équipe extérieure devra de préférence compter un épidémiologiste, un expert de laboratoire, un expert SIG et la personne désignée comme point focal par le Bureau de l'OMS pour le pays. Cette équipe peut compter des membres du Bureau de l'OMS pour le pays, du Bureau régional OMS, du Siège de l'OMS et d'autres partenaires. Un chef d'équipe aura la responsabilité globale de la mission, de sa mise en œuvre et du suivi. L'équipe extérieure facilitera le processus d'évaluation et prendra part à l'évaluation sur le terrain. En collaboration avec le chef d'équipe national, le chef de l'équipe extérieure coordonnera le processus d'évaluation, y compris la rédaction du rapport d'évaluation. Chaque membre devra se familiariser avec le mandat pour l'évaluation (Voir modèle de mandat, Annexe 3.1).

Équipe nationale

L'équipe nationale devra provenir de différents niveaux des services de santé et de chacun des principaux services de lutte contre les maladies, ainsi que d'institutions nationales comme les Programmes de Formation à l'Épidémiologie de Terrain (FETP) et d'ONG. Une large représentativité nationale assurera une évaluation plus équitable et permettra aux participants une meilleure interaction professionnelle. Il faut absolument que tous les membres de l'équipe reçoivent une information préalable (briefing) sur les objectifs de l'évaluation. Le Ministère de la Santé désignera un homologue national pour diriger l'équipe nationale et un point focal qui assurera la liaison avec le point focal de l'OMS.

PHASE II : Évaluation

Étape 1 : Atelier de préévaluation avec animateurs en compagnie de l'équipe nationale

On rendra une visite de courtoisie au Ministre de la Santé afin de lui fournir une information préalable sur les objectifs de l'évaluation avant la tenue de l'atelier. Le but de l'atelier est d'amener le groupe à examiner les priorités pour les maladies et les objectifs de surveillance, à se mettre d'accord sur le protocole et à adapter les instruments génériques pour l'évaluation sur place du fonctionnement du ou des système(s) de surveillance. L'atelier comporte diverses activités, dont chacune débouche sur un produit qui peut servir à l'activité suivante. Les activités elles-mêmes font partie de l'évaluation et le résultat de chaque activité apportera des informations utiles pour la version finale du rapport. L'atelier dure en général 3 jours. Les heures de début et de fin du travail seront conditionnées par les usages locaux en la matière.

Activités et produits de l'atelier de préévaluation

Activités	Produits
1. Séance plénière sur l'approche concernant la surveillance simultanée de plusieurs maladies et sur les objectifs de l'évaluation (Annexe 3)	1.1 Décideurs du Ministère de la Santé sensibilisés à l'approche concernant la surveillance simultanée de plusieurs maladies et aux objectifs de l'évaluation
2. Exercice: identifier les priorités pour les maladies transmissibles (Annexe 4)	2.1 Adoption d'une liste de maladies transmissibles prioritaires
3. Inventaire des activités de surveillance en cours (Annexe 5)	3.1 Tableau résumant toutes les activités de surveillance en cours
4. Objectifs de la surveillance et indicateurs (Annexe 6)	4.1 Tableau résumant les objectifs de la surveillance et les indicateurs pour chaque maladie prioritaire sous surveillance
5. Description du processus de surveillance et des tâches qui doivent être accomplies, par niveau du service de santé (Annexe 7)	5.1 Organigramme de diffusion pour illustrer le processus de surveillance 5.2 Tableau pour chaque maladie prioritaire montrant les tâches à accomplir à chaque niveau du système de santé
6. Adaptation des outils pour l'évaluation sur le terrain (Annexes 8 et 13)	6.1 Indicateurs de fonctionnement du système 6.2 Aide-mémoire/questionnaires pour la collecte des données
7. Sélection des sites pour l'évaluation, constitution définitive des équipes, organisation, calendrier des visites (Annexe 9)	7.1 Tailles d'échantillons et carte indiquant les districts et les établissements à visiter 7.2 Tableau donnant l'organisation de chaque équipe, les sites à visiter et le calendrier des visites
8. Logistique des visites sur le terrain (Annexe 9.1)	8.1 Tableau montrant transport, sécurité, logement, arrangements financiers et administratifs pour l'équipe

Étape 2 : Formation des équipes d'évaluation

La formation de l'équipe d'évaluation fait suite à l'atelier et comprend l'instauration d'un consensus, le test préalable et la révision éventuelle de l'outil. Pendant cette étape de la formation, les membres de l'équipe devront examiner les outils de collecte des données et acquérir une perception commune et claire des questions à poser et de ce qu'il faudra précisément rechercher au cours des entretiens. La formation devra comprendre des démonstrations de divers types d'analyse. Le chef d'équipe servira de modérateur au cours des séances de formation en collaboration avec l'homologue national.

Le contenu de la formation comprendra :

- Conduite à tenir au cours du travail sur le terrain
- Rencontre d'information avec l'équipe locale
- Organisation détaillée de l'évaluation

- Processus de collecte des données : emploi du questionnaire (contrôle de la qualité)
- Inscription et apurement des données, première analyse
- Essai sur le terrain, rétro-information et adaptation en ce qui concerne les outils d'évaluation.

Activités et produits de l'atelier de formation

Activités	Produits
Briefing sur ce à quoi l'on peut s'attendre à l'arrivée et sur les contacts avec les autorités locales sur place	Comportement (voir Annexe 9.3) et arrangements administratifs déjà connus
Réunion d'information avec l'équipe locale	Maîtrise du contenu et du déroulement de la réunion
Organisation détaillée de l'évaluation (rôle des membres de l'équipe, nombre et types des sites d'évaluation, suivi des questionnaires, identification des personnes à interviewer, rendez-vous, transport, sécurité, logement etc.)	L'organisation détaillée de l'évaluation est bien connue
Processus de collecte des données : aide-mémoire/questionnaire (manière de remplir, contrôle de la qualité)	1. Questions comprises 2. Maîtrise du processus de collecte des données
Inscription et apurement des données, première analyse	1. Acquisition des compétences pour l'inscription et l'apurement des données 2. Programme préliminaire d'analyse adopté
Essai sur le terrain, rétro-information et adaptation en ce qui concerne les outils d'évaluation	1. Outils d'évaluation testés 2. Outils d'évaluation adaptés

Étape 3 : Évaluation sur le terrain

Le but principal des visites sur le terrain est d'assembler, grâce à des instruments préétablis, des informations destinées à l'évaluation formelle du fonctionnement de chaque élément du système de surveillance. L'évaluation sur le terrain durera de 3 à 7 jours.

Organisation et planification préalables sont indispensables au succès de cette étape. Le Ministère de la Santé, avec l'aide du Bureau local de l'OMS, devra préparer ces visites avant l'arrivée de l'équipe d'évaluation.

Les visites devront se dérouler selon un horaire préétabli : une même équipe pourra effectuer une visite aux niveaux périphérique et intermédiaire. Chaque type de site visité requerra un aide-mémoire/questionnaire spécifique. L'utilisation des outils préalablement mis au point impliquera que l'on pose des questions, que l'on observe les pratiques et que l'on documente les activités entreprises.

A chaque site, il faudra :

- Procéder à une rencontre préliminaire qui permettra de s'informer des objectifs de l'évaluation et de poser des questions pertinentes
- Obtenir une rétro-information informelle sur les problèmes et les sujets que les agents de santé ont personnellement identifiés en ce qui concerne la surveillance
- Identifier des exemples de bonnes et de mauvaises pratiques
- Consulter les rapports de flambées ou d'autres investigations
- S'assurer que les aide-mémoire et les questionnaires sont lisiblement remplis
- Noter et si possible résoudre les problèmes ou ambiguïtés au niveau des instruments
- « Nettoyer » les données
- Entrer les données dans une base préétablie.

L'équipe d'évaluation devra se réunir régulièrement à la fin de chaque jour ou une fois tous les deux jours pour signaler formellement les problèmes ainsi que les défis rencontrés, les forces et faiblesses des sites visités, des systèmes évalués, des liens entre les laboratoires et la surveillance, etc. Cette analyse qualitative contribuera à l'interprétation quantitative des données.

Étape 4 : Analyse et première rédaction du rapport

La rédaction du rapport constituera une activité d'équipe qui prendra généralement 3 jours et comportera :

- L'analyse des résultats de l'atelier de préévaluation
- L'analyse des données du travail sur le terrain, aussi bien qualitatives (impressions enregistrées au cours des visites) que quantitatives (réponses aux questionnaires)
- L'identification des forces, des faiblesses, des possibilités, voire des obstacles (*Strengths, weaknesses, obstacles and threats — SWOT*) observés dans le système national de surveillance et de riposte
- L'identification de solutions, de possibilités et d'obstacles concernant l'intégration
- Des recommandations pour renforcer les compétences, améliorer la coordination, mettre en place des synergies et tirer profit des forces motrices en ce qui concerne le système national de surveillance et de riposte.

Le rapport d'évaluation (voir modèle à l'Annexe 11.1) devra avoir recours aux termes normalisés proposés pour la surveillance (Annexe 1).

Le rapport devra considérer les maladies prioritaires ainsi que les possibilités et la coordination/intégration du ou des système(s) de surveillance.

Maladies prioritaires

Les activités en cours correspondent-elles aux maladies sous surveillance et à la population concernée ? Inclure la liste mise à jour des maladies prioritaires.

Compétences

Dans cette section, le terme « compétences » se référera au fonctionnement des activités essentielles de surveillance et aux fonctions de soutien de la surveillance. Les visites sur le terrain fourniront cette information et cette section sera donc le reflet des méthodes de surveillance.

Selon le nombre de maladies incluses dans l'évaluation sur le terrain, on pourra entreprendre une analyse des compétences pour :

- Toutes les maladies
- Les maladies pouvant servir d'indicateur (rougeole pour le PEV, gonorrhée pour les IST et choléra pour les maladies pouvant entraîner des épidémies)
- Des groupes de maladies (par exemple les maladies évitables par la vaccination en ce qui concerne le PEV).

Coordination/intégration

Le niveau de coordination/intégration devra être signalé tant pour les fonctions essentielles que pour les fonctions de soutien. Les systèmes de lutte/surveillance font-ils appel aux mêmes mécanismes pour mener à bien certaines fonctions et dans quel(s) domaine(s) serait-il possible et bénéfique d'accroître les synergies ?

Étape 5 : Atelier post-évaluation destiné à présenter les premiers résultats

La mise en œuvre effective des changements proposés représente le principal défi pour le renforcement des systèmes de surveillance. La transformation d'un rapport doté d'un plan de mise en œuvre en une série d'activités effectives sur une période donnée constitue l'une des tâches les plus difficiles pour l'évaluation et le renforcement de la surveillance. On peut envisager de procéder comme suit :

- Obtenir un engagement politique en faveur du processus

- Obtenir du Ministère de la Santé qu'il engage des ressources dans le processus
- Identifier des activités-clés qui pourraient bénéficier d'une aide extérieure
- Suivre de façon systématique tous les engagements et assurer un processus de mise en œuvre bien coordonné.

Un atelier d'une journée à la fin de l'évaluation peut avoir une grande valeur à cet égard en rassemblant des preneurs de décision dans les différents participants et parties prenantes afin d'arriver à un accord précis sur les activités qu'il conviendra d'assurer et de soutenir. L'énoncé de ces activités devra s'accompagner d'un calendrier d'action et identifier les individus qui en prendront la responsabilité ainsi que les ressources y affectées.

La participation à cet atelier devrait comprendre :

- Le Ministère de la Santé
- L'Organisation mondiale de la Santé
- Les bailleurs de fonds (par exemple ADB, USAID, UE, DANIDA, DFID)
- D'autres organismes des Nations Unies (par exemple PNUD, UNICEF)
- D'autres partenaires (par exemple CDC, des ONG, des institutions universitaires, des représentants des praticiens privés)
- Des laboratoires extérieurs au Ministère de la Santé.

L'atelier devra comporter :

1. Une présentation du rapport préliminaire par l'équipe d'évaluation
2. Une discussion des résultats de l'évaluation
3. Un accord sur les activités à venir (par exemple une date butoir pour la présentation du rapport final d'évaluation et l'atelier sur le Plan d'Action)
4. Le consensus de toutes les parties intéressées quant à la prise en compte des implications des résultats et recommandations apportées par l'évaluation dans la poursuite de leurs activités et dans leurs efforts pour renforcer la surveillance.

PHASE III : Atelier pour préparer un plan d'action

Cet atelier devra se tenir 1 à 2 mois après l'évaluation. Dans l'intervalle, le rapport préliminaire aura été mis en forme et diffusé à toutes les parties intéressées.

Les participants, qui devront appartenir à tous les niveaux du système de santé (central, intermédiaire et district — y compris les établissements de santé) devront préparer un plan provisoire d'activités en assurant ce qui suit :

- Préparer un plan préliminaire de mise en œuvre et se mettre d'accord sur les activités et sur le budget
- Se mettre d'accord sur le plan de mise en œuvre définitive, avec une liste d'activités classées par ordre de priorité, une proposition de calendrier et la répartition des responsabilités
- Se mettre d'accord sur les méthodes et le calendrier de suivi.

Le plan de mise en œuvre devra porter essentiellement sur les activités prioritaires que peuvent améliorer les systèmes de surveillance et de riposte (voir matrice du Plan d'Action à l'Annexe 13). Ce plan sera présenté pour discussion et approbation pendant une journée à la fin de l'atelier.

Le plan de mise en œuvre devra :

- Identifier des activités prioritaires
- Déterminer les calendriers d'activité
- Identifier la personne ou l'organisme qui sera responsable pour chaque activité et pour la mise en œuvre globale
- Estimer les coûts
- Identifier le pourcentage des coûts qui devra être assuré par le Gouvernement
- Identifier des indicateurs de mise en œuvre des activités et de réussite
- Proposer un processus formel de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre à la fois :
 - de manière systématique — grâce à un outil de suivi/mise à jour
 - de manière formelle — grâce à une évaluation de suivi à entreprendre au moins une fois par an.

La participation à la séance finale de l'atelier sur le Plan d'Action devra inclure :

- Le Ministère de la Santé
- L'Organisation mondiale de la Santé
- Les bailleurs de fonds (par exemple ADB, USAID, UE, DANIDA, DFID)
- D'autres organismes des Nations Unies (par exemple PNUD, UNICEF)
- D'autres partenaires (par exemple CDC, ONG, institutions universitaires, représentants des praticiens privés)
- Des laboratoires extérieurs au Ministère de la Santé.

PHASE IV : Suivi de la mise en œuvre : approche multi-maladies

Le suivi est essentiel pour que le processus réussisse. Le Ministère de la Santé devra régulièrement fournir des mises à jour normalisées sur les succès et les problèmes rencontrés. Le Représentant de l'OMS enverra régulièrement des mises à jour au Bureau régional et au Siège.

L'OMS et ses partenaires entreprendront une évaluation externe de la mise en œuvre et des efforts de renforcement en ce qui concerne la surveillance et la riposte, ainsi que de l'approche multi-maladies. Il semblerait utile qu'une revue de la mise en œuvre des objectifs retenus dans le Plan d'Action ait lieu dans la 2^{ème} ou 3^{ème} année et une revue externe au cours de la 5^{ème} année. Il faudra aussi assurer une revue interne annuelle dans le pays même.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1.0	DÉFINITIONS EN MATIÈRE DE SURVEILLANCE	23
ANNEXE 2.0	AIDE-MÉMOIRE POUR PLANIFIER LA MISSION.....	33
ANNEXE 2.1	AIDE-MÉMOIRE DE LOGISTIQUE.....	35
ANNEXE 2.2	TABLEAU DE PLANIFICATION À L'USAGE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ/ REPRÉSENTANT OMS.....	37
ANNEXE 3.0	MISE AU POINT DES OBJECTIFS POUR L'ÉVALUATION ET POUR L'ORGANISATION DE L'ÉQUIPE.....	39
ANNEXE 3.1	MODÈLE DE MANDAT POUR L'ÉVALUATION	41
ANNEXE 3.2	LISTE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION.....	43
ANNEXE 4.0	EXERCICE SUR LA DÉFINITION DES PRIORITÉS.....	45
ANNEXE 5.0	INVENTAIRE DES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE EN COURS.....	47
ANNEXE 5.1	DESCRIPTION DES PRINCIPALES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE — IDENTIFICATION DES LACUNES.....	49
ANNEXE 6.0	SYSTÈME(S) DE SURVEILLANCE, ORGANIGRAMME(S), DESCRIPTION DES TÂCHES	51
ANNEXE 7.0	ANALYSE DES TÂCHES PAR NIVEAU POUR LES MALADIES PRIORITAIRES	53
ANNEXE 8.0	ÉLABORATION D'OUTILS POUR L'ÉVALUATION SUR LE TERRAIN	55
ANNEXE 9.0	SÉLECTION DES SITES D'ÉVALUATION ET PROGRAMMATION DES VISITES.....	57
ANNEXE 9.1	SÉLECTION DES ÉCHANTILLONS POUR RÉGIONS, DISTRICTS ET ETABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	59
ANNEXE 9.2	PROGRAMMATION ET LOGISTIQUE	61
ANNEXE 9.3	CONDUITE À TENIR LORS DE L'ÉVALUATION SUR LE TERRAIN.....	63
ANNEXE 10.0	ANALYSE, RÉDACTION DU RAPPORT PRÉLIMINAIRE.....	65
ANNEXE 10.1	PROTOTYPE DE RAPPORT ÉCRIT	67
ANNEXE 11.0	MATRICE POUR LE PLAN D'ACTION.....	71
ANNEXE 12.0	QUESTIONNAIRES GÉNÉRIQUES.....	73
ANNEXE 13.0	ÉVALUATION DU LABORATOIRE.....	99
ANNEXE 14.0	ÉVALUATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION GÉOGRAPHIQUE ET DES RESSOURCES CARTOGRAPHIQUES.....	115

DÉFINITIONS EN MATIÈRE DE SURVEILLANCE

Les définitions ci-après sont proposées par l'OMS comme définitions normalisées à utiliser au cours de l'évaluation des systèmes de surveillance. Il serait préférable que tous les rapports destinés à l'OMS ou en provenant utilisent ces termes et définitions pour améliorer la standardisation.

ACCEPTABILITÉ L'acceptabilité est mesurée par l'empressement que mettent les personnes qui assurent la surveillance et celles qui fournissent les données à offrir des données justes et cohérentes en temps utile.

AGRÉGAT ou **GRAPPE** Assemblage spatio-temporel d'événements ou de maladies relativement rares, en quantités qui sont perçues ou considérées comme supérieures à ce que le hasard suffirait à expliquer. (*D'après Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

CAS Personne présentant la maladie, le trouble de santé ou l'état de santé correspondant à la définition retenue aux fins de surveillance ou d'investigation en cas de flambée. La définition d'un cas aux fins de surveillance et d'investigation d'une flambée n'est pas nécessairement la même que la définition clinique habituelle. (*D'après Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

CLASSIFICATION DES CAS Degrés de probabilité du cas (par exemple suspect/probable/confirmé). Cette classification est particulièrement utile lorsque la notification précoce des cas est importante (en cas de fièvre hémorragique à virus Ebola par exemple) ou lorsqu'il est difficile d'établir un diagnostic définitif (si, par exemple, des épreuves d'un laboratoire spécialisé sont requises).

CONTACT (INFECTIEUX) Personne ou animal qui a été en association avec une personne ou un animal infecté ou un environnement contaminant dans des conditions dont on estime qu'elles ont entraîné un risque d'acquérir l'infection. (*Traduit de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

DÉCLARATION OBLIGATOIRE (NOTIFICATION) Processus qui consiste à porter les cas ou les flambées à la connaissance des autorités sanitaires. Dans le cadre du *Règlement sanitaire international*, la notification consiste en la communication officielle d'un cas ou d'une flambée (ou d'un événement de santé) à l'Organisation mondiale de la Santé par l'administration sanitaire de l'État Membre concerné.

DÉFINITION DE CAS Ensemble de critères de diagnostic à remplir pour être considéré comme un cas de la maladie considérée aux fins de surveillance ou d'investigation des flambées. Les définitions de cas reposent sur des critères cliniques, de laboratoire ou une association des deux avec des éléments de lieu, de temps et de personne.

ÉLIMINATION Réduction de la transmission à un niveau très faible fixé d'avance ; à titre d'exemple, l'élimination de la tuberculose en tant que problème de santé publique correspond pour l'OMS (1991) à une réduction de la prévalence à un niveau de moins d'un cas par million d'habitants. (*Traduit de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

ENDÉMIE La présence constante d'une maladie ou d'un agent infectieux au sein d'une zone géographique ou d'une population donnée ; peut aussi décrire la prévalence habituelle d'une maladie au sein de ce groupe ou de cette population. L'expression « maladie endémique » a une signification semblable. (*D'après Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

ENQUÊTE Étude au cours de laquelle les informations sont systématiquement recueillies. On l'effectue généralement auprès d'un échantillon appartenant à un groupe donné de population et au cours d'une période limitée dans le temps. A la différence de la surveillance, elle n'est pas continue, mais on peut la recommencer. Les enquêtes répétées régulièrement peuvent former la base d'un système de surveillance.

ÉPIDÉMIE [du grec επι (sur) et δειμος (peuple)]. Survenue au sein d'une communauté ou d'une région de cas de maladie, de comportement spécifiquement lié à la santé ou d'autres événements liés à la santé en nombre nettement supérieur à ce que l'on attendrait normalement. La communauté ou la région et la période au cours de laquelle ces éléments surviennent doit être spécifiée avec précision. Le nombre d'éléments qui permet d'indiquer la présence d'une épidémie variera selon l'agent ainsi que selon le type et l'importance de la population soumise au risque, les antécédents d'exposition ou non à l'agent de la maladie et le lieu et moment d'apparition de celle-ci. (*D'après Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

ÉVÉNEMENT DE SANTÉ Tout événement relatif à la santé d'un individu (par exemple survenue d'un cas de maladie ou syndrome donné, administration d'un vaccin ou hospitalisation).

EXHAUSTIVITÉ DE LA NOTIFICATION Proportion des notifications attendues qui ont été effectivement reçues, en général notée sous la forme « pourcentage d'exhaustivité à une certaine date » (si, sur 30 unités administratives au sein d'un système de notification, 15 présentent un rapport, l'exhaustivité de la notification sera de 50%; si sur 50 cas de diarrhée 40 sont signalés, elle sera de 80%).

EXPOSITION Proximité et/ou contact par rapport à la source d'un agent de maladie de manière à ce qu'une transmission effective de l'agent ou de ses effets néfastes ou protecteurs puisse survenir. (*D'après Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

FLAMBÉE Épidémie limitée à une augmentation locale de l'incidence d'une maladie, par exemple dans un village, une ville ou une institution fermée. (*D'après Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

FLEXIBILITÉ Mesure de la capacité du système de surveillance à pouvoir être adapté facilement à de nouveaux besoins en matière de rapports correspondant à des modifications qualitatives ou quantitatives au sein des événements de santé, de la population en question ou des ressources disponibles.

IDENTIFICATION DES CONTACTS voir Recherche active des cas.

INCIDENCE Nombre de cas de maladie qui ont commencé, ou de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée et pour une population déterminée (*Bulletin de l'OMS, 1966, 35: 785*).

INDICATEURS DE RÉSULTATS Paramètres spécifiques et convenus pour suivre le fonctionnement des participants au sein du système de surveillance ou de déclaration/notification. Ces indicateurs peuvent mesurer à la fois le processus de notification (par exemple l'exhaustivité, la régularité), les actions décidées en réponse aux informations (par exemple le pourcentage de cas ayant fait l'objet d'une enquête) et l'impact des mesures de surveillance et de lutte concernant la maladie ou le syndrome en question (par exemple le pourcentage de flambées détectées par le système, la diminution en pourcentage du nombre de cas pour une période donnée).

INFECTIONS ÉMERGENTES Nom collectif donné à des maladies dont l'identification et la classification taxonomiques sont récentes. Plus de 30 maladies de ce type ont été identifiées pendant le dernier quart du vingtième siècle – la plupart sont susceptibles d'entraîner des épidémies dangereuses. On compte parmi elles l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la maladie à virus Ebola, le syndrome pulmonaire à hantavirus et autres fièvres hémorragiques virales, l'infection à *Campylobacter*, les encéphalopathies spongiformes transmissibles, la maladie des légionnaires et la maladie de

Lyme. Certaines semblent être des maladies « nouvelles » pour l'homme, d'autres ont sans doute existé pendant des siècles et n'ont été reconnues que récemment suite à des modifications écologiques ou autres qui ont accru leur risque infectieux pour l'homme. Les infections réémergentes sont représentées par ces « vieilles » maladies telles que la tuberculose et la syphilis chez qui une modification des relations hôte-agent entraîne une résurgence. (D'après Last JM, ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2001).

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE Maladie que les lois ou autres modalités législatives imposent de déclarer aux autorités de santé publique ou autres au sein de la juridiction dès que le diagnostic a été posé. (D'après Last JM, ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2001).

MALADIE INFECTIEUSE voir MALADIE TRANSMISSIBLE

MALADIE TRANSMISSIBLE (synonyme : MALADIE INFECTIEUSE)
Maladie due à un agent infectieux spécifique ou aux toxines que cet agent produit et survenant lors de la transmission de cet agent ou de ses produits à partir d'une personne infectée, d'un animal infecté ou d'un réservoir de l'agent à un hôte sensible, par voie directe ou par voie indirecte, par l'intermédiaire d'un réservoir végétal ou animal, par un vecteur ou par l'environnement. (Traduit de Last JM, ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2001).

NOTIFICATION SYNDROMIQUE Notification d'un événement de santé sous surveillance dont la définition de cas est fondée sur un syndrome et non sur une maladie spécifique (par exemple syndrome de fièvre hémorragique aiguë, syndrome respiratoire aigu).

NOTIFICATION ZÉRO Notification de zéro cas lorsque l'unité soumettant le rapport n'a détecté aucun cas. Cela permet au niveau suivant du système de s'assurer que les participants n'ont pas oublié d'envoyer leurs données ou que celles-ci n'ont pas été perdues.

PÉRIODICITÉ Existence de caractéristiques répétitives dans la survenue en excès de cas ou autres événements de santé, en particulier la répétition de valeurs comparables, par exemple la fluctuation saisonnière du nombre de cas d'infections respiratoires. (Traduit de Last JM, ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2001).

PORTEUR Personne ou animal chez qui on trouve un agent infectieux donné en l'absence de maladie clinique discernable et qui sert de source d'infection potentielle. L'état de porteur peut survenir chez un individu présentant une infection qui reste non détectée en permanence (porteur sain ou asymptomatique) ou bien au cours de la période d'incubation, de la convalescence ou de la post-convalescence d'un individu atteint d'une maladie cliniquement identifiable (porteur d'incubation ou de convalescence). L'état de

porteur peut être de courte ou de longue durée (porteur temporaire ou porteur chronique). (*Traduit de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

PRÉVALENCE Nombre de cas de maladie ou de personnes malades, ou de tout autre événement de santé au sein d'une population donnée, sans distinction entre cas *nouveaux* et cas *anciens*. La prévalence peut être calculée soit à un moment précis (prévalence ponctuelle) soit au cours d'une période déterminée (prévalence de période). (*Bulletin de l'OMS, 1966; 35: 785*).

RAPPORT DE SURVEILLANCE Publication régulière contenant des informations spécifiques sur la maladie faisant l'objet de la surveillance. Ce rapport doit comporter des mises à jour, des tableaux et des graphiques standardisés, ainsi que des informations sur les flambées, etc. En outre il peut donner des renseignements sur les performances des participants en faisant appel à des indicateurs convenus.

RECHERCHE ACTIVE DES CAS Procédé qui consiste à rechercher des cas de maladie ou des événements de santé sous surveillance (p.ex. au moyen de visites à domicile effectuées par des agents communautaires afin d'identifier des cas de tuberculose, examen actif des registres médicaux pour identifier des cas de fièvre hémorragique aiguë).

RÉGULARITÉ DE LA NOTIFICATION Proportion des notifications attendues qui ont été reçues à la date prévue.

RETOUR D'INFORMATION (RÉTRO-INFORMATION, *FEEDBACK*) Processus régulier par lequel les analyses et les rapports concernant les données de surveillance sont renvoyés à tous les niveaux du système de surveillance de façon à ce que tous les participants puissent être informés des tendances et des résultats.

SENSIBILITÉ DE LA SURVEILLANCE Capacité du système de surveillance ou de notification à détecter la survenue vraie d'événements de santé, par exemple le rapport du nombre d'événements détectés par le système au nombre total d'événements détectés par un système autonome et plus performant.

SÉROSURVEILLANCE Surveillance d'une maladie infectieuse par le recours à des marqueurs immunologiques de la maladie dans une population ou une sous-population (par exemple en mesurant les taux d'anticorps au VIH chez les femmes enceintes qui se présentent à la consultation prénatale).

SEUIL ÉPIDÉMIQUE Le nombre ou la densité de sujets susceptibles requis pour que survienne une épidémie (par exemple méningite à méningocoque, voir système de notification des exceptions). (*D'après Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

SPÉCIFICITÉ DE LA SURVEILLANCE Une mesure de la rareté des cas où le système identifie des cas faussement positifs, par exemple le nombre d'individus que le système identifie comme non malades ou ne présentant pas un facteur de risque donné, divisé par le nombre total de personnes qui ne présentent pas la maladie ou le facteur de risque en question.

SURVEILLANCE Le processus de collecte systématique, de consolidation organisée et d'évaluation de données pertinentes, menant à des résultats qui sont promptement transmis aux personnes qui ont besoin d'en prendre connaissance, en particulier les personnes à même d'entreprendre une action efficace (*D'après le Rapport des Discussions techniques de la Vingt et unième Assemblée mondiale de la Santé sur la Surveillance des Maladies transmissibles au Niveau national et mondial, 18 mai 1968 – A21/Discussions techniques/5*).

SURVEILLANCE ACTIVE Surveillance dans laquelle les agents de santé publique recherchent activement et régulièrement les rapports des participants au système de surveillance (en téléphonant par exemple tous les mois à chaque participant) plutôt que d'attendre ces rapports.

SURVEILLANCE COMMUNAUTAIRE Surveillance ayant pour point de départ un événement se rapportant à la santé qui a eu lieu dans une communauté et qui est en général notifié par un agent communautaire. Cette surveillance peut être active (information recherchée activement) ou passive (rapports). Cette surveillance peut se révéler particulièrement utile au cours de flambées ou lorsqu'on peut avoir recours à des définitions syndromiques de cas (l'identification active des cas d'infection à virus Ebola dans la communauté à Kikwit est un exemple de surveillance communautaire active).

SURVEILLANCE DES CAS INDIVIDUELS Surveillance d'une maladie en recueillant des données spécifiques sur chaque cas (comme les détails recueillis pour chaque cas de paralysie flasque aiguë lors de la surveillance de la poliomyélite).

SURVEILLANCE HOSPITALIÈRE (Synonyme : surveillance fondée sur les données d'hospitalisation) Surveillance où le point de départ de la notification est l'admission à l'hôpital d'un(e) malade présentant une maladie ou un syndrome particulier.

SURVEILLANCE INTENSIFIÉE Le passage d'une surveillance passive à un système de surveillance active pour une raison donnée et pour une durée limitée (souvent à cause d'une flambée). Il faut remarquer que le système devient alors plus sensible et qu'il convient donc d'être prudent dans l'analyse temporelle à long terme.

SURVEILLANCE DE LABORATOIRE Surveillance ayant pour point de départ l'identification ou l'isolement d'un organisme donné par un laboratoire (surveillance des salmonelloses par exemple).

SURVEILLANCE PASSIVE Surveillance attendant les notifications sans essayer de rechercher activement des notifications auprès des participants au système.

SURVEILLANCE RENFORCÉE Recueil de données supplémentaires sur les cas notifiés lors de la surveillance habituelle (systématique). Cette dernière constitue le point de départ pour le recueil de données plus spécifiques sur un événement donné qui se rapporte à la santé. Ces informations sont recherchées auprès du notificateur, du cas, du laboratoire ou d'une autre source de renseignements.

SURVEILLANCE PAR RÉSEAU SENTINELLE Surveillance à partir d'un échantillon (aléatoire ou non) de la population, en ayant recours à un échantillon de sites de notification possibles comme indicateurs pour le reste de la population, afin d'identifier précocement des cas de la maladie ou d'obtenir des données qui puissent fournir des indications sur les tendances d'une maladie ou d'un événement se rapportant à la santé. Exemples : recours à un petit nombre d'hôpitaux pour suivre la composition du virus de la grippe et s'assurer que le vaccin comporte bien les éléments requis, ou bien à un réseau de généralistes pour suivre une maladie ou un événement se rapportant à la santé (par exemple les tentatives de suicide ou les demandes de test VIH). Le recours à un groupe particulier de la population constitue un exemple de surveillance par réseau sentinelle (par exemple le suivi du niveau d'infection par le tréponème de la syphilis ou le VIH chez les femmes enceintes afin de suivre les tendances de ces infections dans l'ensemble de la population). La surveillance par réseau sentinelle ne convient pas lorsque chaque cas exige une action en santé publique, par exemple la poliomyélite. Elle doit faire appel à des définitions de cas et à des protocoles normalisés pour garantir la validité des comparaisons entre des moments et des lieux différents malgré l'absence d'un échantillonnage valable sur le plan statistique. La surveillance par réseau sentinelle peut recourir à des animaux pour détecter par exemple la circulation d'arbovirus.

SURVEILLANCE SYSTÉMATIQUE Recueil régulier et systématique de données spécifiées afin de surveiller une maladie ou un événement se rapportant à la santé.

SYNDROME Ensemble où les symptômes et/ou les signes coexistent plus fréquemment que l'on ne s'y attendrait d'après les lois du hasard si les signes et les symptômes étaient indépendants. (*Traduit de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

SYSTÈME D'INFORMATION GÉOGRAPHIQUE (SIG) Ensemble organisé de matériel informatique, de logiciels, de données géographiques et de personnel conçu afin de permettre de façon efficace la collecte, le stockage, la mise à jour, la manipulation, l'analyse et l'affichage de toutes formes d'information à référence spatiale. C'est avant tout un système d'information fondé sur des variables géographiques qui permet aux utilisateurs de traiter, d'analyser et de visualiser facilement dans l'espace les données ou l'information disponibles. Le SIG peut servir à préparer des modèles qui décrivent les tendances dans le temps et dans l'espace. L'imagerie par satellite et la perception à distance en ont étendu les possibilités (par exemple l'identification de régions susceptibles d'être atteintes par le paludisme).

SYSTÈME DE NOTIFICATION Processus spécifique par lequel a lieu la notification des maladies ou des événements se rapportant à la santé. Le processus variera selon l'importance de la maladie et du type de surveillance.

SYSTÈME DE NOTIFICATION DES EXCEPTIONS Système manuel ou automatisé d'analyse des données qui calcule les seuils de détection d'une épidémie ou d'une flambée (par exemple en cas d'incidence supérieure à 15 cas pour 100 000 pendant 2 semaines consécutives dans la ceinture africaine de la méningite).

SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE Pour la surveillance des maladies, processus spécifique destiné à permettre l'identification la plus précoce possible de toute anomalie ou de toute déviation des fréquences habituellement ou normalement observées pour un phénomène donné (par exemple un cas unique de fièvre à virus Ebola). Ce genre de système n'est utile que s'il est lié à un mécanisme de riposte précoce. (*D'après Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

TAUX D'ATTAQUE Incidence cumulée de l'infection au sein d'un groupe observée pendant une durée déterminée au cours d'une épidémie. On peut calculer ce « taux » de façon empirique en identifiant des cas cliniques et/ou en se fondant sur la séro-épidémiologie. Vu l'absence de définition claire ou non arbitraire de la dimension temporelle de cette mesure, il serait sans doute préférable de ne pas la décrire comme un « taux ». (*Traduit de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

TAUX D'INCIDENCE Pour un événement donné, taux de survenue d'événements nouveaux au sein d'une population. Le numérateur en est le nombre d'événements nouveaux survenant au cours d'une période déterminée ; le dénominateur en est la population soumise au risque de l'événement nouveau au cours de cette période, parfois exprimée en unités personne-temps. (D'après Last JM, ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2001).

TAUX DE LÉTALITÉ Proportion des cas d'une maladie donnée qui présentent une issue fatale au cours d'une période donnée. (D'après Last JM, ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2001).

$$\frac{\text{Décès dus à une maladie donnée au cours d'une période donnée} \times 100}{\text{Nombre de diagnostics de la maladie portés au cours de la même période}}$$

TAUX DE PRÉVALENCE Le quotient du nombre total d'individus présentant une maladie ou autre caractéristique de santé à un moment donné ou au cours d'une période donnée par la taille de la population soumise au risque de présenter cette maladie ou cette caractéristique attribut de santé à ce moment ou à mi-période. (Traduit de Last JM, ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2001).

TENDANCE À LONG TERME (Synonyme : tendance au cours du temps) Changements observés sur une longue période, généralement des années ou des décennies. (D'après Last JM, ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2001).

VALIDITÉ / REPRÉSENTATIVITÉ / POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION Le degré auquel il est permis d'inférer à partir des conclusions réunies par le système de surveillance vers la population dans son ensemble.

ANNEXE 2.0

AIDE-MÉMOIRE POUR PLANIFIER LA MISSION

Tâche	Responsabilité
S'assurer de l'engagement du Ministère de la Santé dans le processus	Bureau OMS dans le pays
Obtenir de l'OMS une orientation claire pour tous les membres de l'équipe OMS en ce qui concerne les objectifs de la mission	Bureau régional OMS Siège de l'OMS
S'assurer que le chef de la mission est clairement identifié	Bureau régional OMS
S'assurer que le Représentant de l'OMS est pleinement informé et impliqué	Bureau régional OMS
S'assurer que les invitations nécessaires ont bien été envoyées	Bureau régional OMS
Identifier une personne qui a déjà œuvré comme point focal au sein du Bureau de l'OMS dans le pays	Bureau OMS dans le pays
S'informer sur le pays, les services de santé et le(s) système(s) de surveillance	Bureau OMS dans le pays Bureau régional OMS
Faire parvenir au Bureau de l'OMS dans le pays et au Ministère de la Santé des documents touchant l'évaluation	Siège de l'OMS Bureau régional OMS
S'assurer que le Représentant de l'OMS a bien informé et sensibilisé le Ministère de la Santé en ce qui concerne l'approche multiple dans la surveillance des maladies	Bureau OMS dans le pays
Préciser le profil auquel devront correspondre les participants à l'évaluation	Bureau régional OMS Siège de l'OMS
S'assurer la participation de personnel de haut rang au sein de l'équipe nationale	Bureau OMS dans le pays Ministère de la Santé
S'assurer la participation de différents niveaux du système et de tous les principaux programmes de lutte	Bureau OMS dans le pays Ministère de la Santé
Identifier une personne pouvant œuvrer comme point focal au sein du Ministère de la Santé pour la planification et l'exécution de l'évaluation	Ministère de la Santé
Préparer les questions de logistique pour la mission	Bureau OMS dans le pays Ministère de la Santé
Choisir un site pour l'atelier	Bureau OMS dans le pays Ministère de la Santé
Organiser l'accès aux ordinateurs, aux imprimantes, aux photocopieuses et aux services de secrétariat	Bureau OMS dans le pays Ministère de la Santé
Organiser voyages et hébergement le cas échéant	Bureau OMS dans le pays

ANNEXE 2.1

AIDE-MÉMOIRE DE LOGISTIQUE

Arrivée dans le pays

- Le Représentant de l'OMS assure la prise en charge à l'aéroport, y compris les visas si nécessaire
- Le Représentant de l'OMS assure la réservation des places d'hôtel
- Le Représentant de l'OMS assure les autorisations de sécurité le cas échéant.

Personnel

- Le Ministère de la Santé désigne le personnel administratif et de secrétariat
- Le Ministère de la Santé procède aux arrangements administratifs en ce qui concerne la participation du personnel national.

Bureaux

- Le Représentant de l'OMS/Ministère de la Santé assure les aménagements de bureau, y compris les facilités de communication, pour l'équipe d'évaluation
- Le Représentant de l'OMS et le Ministère de la Santé organisent les sites et l'équipement que requiert l'atelier.

Transport

- Le Représentant de l'OMS et le Ministère de la Santé organisent le transport.

Autres

ANNEXE 2.2

TABLEAU DE PLANIFICATION À L'USAGE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ/REPRÉSENTANT OMS

Tableau pour la planification de l'évaluation de la surveillance

Pays	Dates de l'évaluation			
Tâche	Personne responsable Nom/Unité	Date prévue JJ/MM/AA	Achevé Oui/Non	Commentaires
Discuter de la mission avec le Ministère de la Santé				
Obtenir du pays un accord et une invitation				
Identifier les points focaux externe (Représentant OMS) et interne (Ministère de la Santé)				
S'informer sur le pays, le(s) système(s) de surveillance, etc.				
Partager les informations d'évaluation de base avec le Ministère de la Santé				
Entamer l'organisation logistique pour la mission				
Rencontrer les bailleurs de fonds et partenaires techniques appropriés				

ANNEXE 3.0

MISE AU POINT DES OBJECTIFS POUR L'ÉVALUATION ET POUR L'ORGANISATION DE L'ÉQUIPE

Activité :	Séance plénière concernant les objectifs de l'évaluation et la mise au point de l'organisation au niveau de l'équipe
Objectif :	Finaliser les objectifs de l'évaluation et l'organisation de l'équipe d'évaluation
Méthode :	Discussion de groupe
Durée :	1 h. 45
Matériel requis :	Modèles de mandat et modèle de tableaux d'équipe pour l'organisation de l'équipe
Rôle de l'animateur :	S'assurer que les objectifs de l'évaluation sont en place, en tenant compte des aspects spécifiques tels que le système de communication, les laboratoires, le SIG et d'autres qui pourraient demander une attention particulière
Produit :	Accord sur le mandat et tableau indiquant la composition des équipes d'évaluation

Étape I

Les participants devront se mettre d'accord sur les objectifs de l'évaluation, en gardant présent à l'esprit le fait que le rapport final devra se référer étroitement à ces derniers. Il faudra se mettre d'accord sur les méthodes à employer et sur les produits attendus (par exemple la documentation exhaustive du système de surveillance, le plan d'action, etc.). Il faudra aussi identifier les différentes institutions qui participeront à l'évaluation.

Étape II

Il faudra préciser le rôle professionnel de chaque membre de l'équipe issu des institutions participantes, afin d'allouer les tâches de façon rationnelle et juste. L'équipe prendra une part active à tous les aspects de l'évaluation, y compris le suivi de l'évaluation après la mission, et assurera la liaison avec les différentes unités et organisations impliquées (voir Annexe 3.2).

Étape III

On mettra au point les détails nécessaires en utilisant les modèles fournis ou une version adaptée de ces modèles (Annexe 3.1: *Mandat type pour l'Évaluation* et Annexe 3.2: *Liste des Participants de l'Équipe d'Évaluation*).

Plan de travail

Étape	Tâche spécifique	Personne responsable	Durée	Ressources	Produit
Étape I	Définir les objectifs et les produits de l'évaluation	Membres de l'équipe	45 minutes	Données de base sur la mission d'évaluation	Énoncé des objectifs et des produits attendus
Étape II	Mettre au point le mandat	Membres de l'équipe / animateur	30 minutes	Premier jet du mandat	Énoncé du mandat mis au point
Étape III	Répartir fonctions et groupes parmi les membres de l'équipe	Membres de l'équipe / animateur	30 minutes	Liste des membres de l'équipe et de leur rôle professionnel	Tableau montrant l'organisation de l'équipe d'évaluation

ANNEXE 3.1

MODÈLE DE MANDAT POUR L'ÉVALUATION

Le Ministère de la Santé de [PAYS] a l'honneur d'inviter l'Organisation mondiale de la Santé à faciliter l'évaluation du système national de surveillance, de préparation épidémique et de riposte aux maladies transmissibles, visant les objectifs ci-après :

- Évaluer la structure, les processus, les compétences, les ressources, l'efficacité et la coordination du système national de surveillance, de préparation épidémique et de riposte aux maladies transmissibles ; et
- Proposer un plan d'action destiné à renforcer la surveillance, la préparation épidémique et la riposte.

L'évaluation prendra l'aspect d'un atelier supervisé destiné à examiner le système en cours et à adapter l'instrument générique proposé ; cet atelier sera suivi d'un programme de formation des enquêteurs et d'essais préalables. L'évaluation sur le terrain se déroulera dans des sites choisis à tous les niveaux du système de santé. Les observations recueillies au cours de l'évaluation seront ensuite résumées en un rapport identifiant les forces et les faiblesses du système en cours. Ce rapport sera présenté lors d'un atelier final au cours duquel on procédera à la mise au point d'un plan d'action provisoire comportant des accords sur les activités, les calendriers et les budgets.

L'équipe d'évaluation sera conduite concurremment par [NOM] du Ministère de la Santé et [NOM] désigné(e) par l'Organisation mondiale de la Santé. L'équipe comptera du personnel de chacun des principaux programmes de lutte et de l'unité d'épidémiologie du Ministère de la Santé ainsi que du personnel de l'OMS.

LISTE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

43

ANNEXE 4.0

EXERCICE SUR LA DÉFINITION DES PRIORITÉS

Objectif :	Mettre en catégories des maladies transmissibles pertinentes selon leur priorité de santé publique
Méthode :	Discussion par petits groupes (8-10 personnes/groupe)
Durée :	Environ 2 heures
Matériaux requis :	Information de base sur les maladies transmissibles dans le pays
Rôle de l'animateur :	Aider le groupe à compléter un modèle de tableau grâce à l'examen de données de base et à une discussion par petits groupes
Produit :	Tableau justifié des maladies transmissibles prioritaires

Étape I

L'animateur amènera le groupe à établir une liste de critères destinée à ranger les maladies par priorité (mortalité élevée, morbidité élevée, taux de létalité élevé, possibilité d'élimination ou d'éradication, lutte possible, coûts, potentiel épidémique, existence de programmes de lutte, objectifs nationaux, régionaux ou mondiaux, etc.) et une liste des maladies qu'il convient de maintenir sous surveillance.

Étape II

L'animateur devra obtenir une liste des maladies sous surveillance dans le pays.

Étape III

Il conviendra de comparer ces deux listes afin d'arriver à un consensus sur ce qu'il conviendrait de maintenir sous surveillance. En l'absence de consensus, l'animateur devra aider à l'établissement de priorités.

ANNEXE 5.0

INVENTAIRE DES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE EN COURS

En faisant appel à la liste consensuelle concernant les maladies prioritaires, le groupe examinera les stratégies utilisées pour la surveillance de ces maladies et identifier les lacunes de surveillance éventuelles.

Objectif : Inventorier les activités de surveillance en cours pour les maladies reprises sur la liste consensuelle et identifier les lacunes

Méthode : Discussion en petits groupes

Durée : Environ 2 heures

Matériaux requis : Liste consensuelle reprenant les maladies de l'exercice précédent et des informations relatives aux activités de surveillance en cours dans le pays

Rôle de l'animateur : Aider le groupe à compléter un tableau modèle en analysant les informations disponibles

Étape I

L'animateur devra aider le groupe à identifier les lacunes éventuelles du système de surveillance. Pour chaque maladie, on posera des questions sur la manière dont s'effectue la surveillance (voir Annexe 5.1).

Étape II

Les participants établiront un document à partir du consensus sur le modèle repris à l'Annexe 5.1.

Étape	Tâche spécifique	Personne responsable	Durée	Ressources	Résultat
Étape I	Inventaire des activités de surveillance	Membres de l'équipe	1 heure	Information de base sur les systèmes de surveillance	Liste des activités de surveillance en cours et des maladies sous surveillance
Étape II	Identification des lacunes de surveillance pour les maladies identifiées comme prioritaires	Membres de l'équipe/ animateurs	1 heure	Tableau modèle	Tableau mettant en évidence les lacunes de surveillance

DESCRIPTION DES PRINCIPALES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE – IDENTIFICATION DES LACUNES

49

ANNEXE 6.0

SYSTÈME(S) DE SURVEILLANCE, ORGANIGRAMME(S), DESCRIPTION DES TÂCHES

En se basant sur la liste consensuelle des maladies prioritaires, le groupe étudiera la structure des systèmes de surveillance et le processus selon lequel les données et les échantillons circulent au sein du système. Le groupe identifiera aussi les unités responsables de la riposte et de la rétro-information.

- Objectif : Dessiner un organigramme montrant la structure du système de surveillance et décrivant la tâche à chaque niveau
- Méthode : Discussion en groupe
- Durée : Environ 3 heures
- Matériaux requis : Résultats des séances précédentes et documents sur les systèmes en cours
- Rôle de l'animateur : Aider le groupe à mettre en place l'organigramme de circulation en examinant les données de fond et à travers une discussion de groupe
- Produit : Organigramme(s) annoté(s)

Plan de travail

Étape	Tâche spécifique	Personne responsable	Durée	Ressources	Produit
Étape I	Identifier les activités de surveillance à chaque niveau pour chaque programme et chaque maladie prioritaire	Participants	1 heure	Documents de base, résultats des ateliers Organigramme modèle	Organigramme de la surveillance (structure et processus)

Étape II	Analyser les tâches à chaque niveau pour les maladies prioritaires	Participants/ animateur	1 heure	Modèle pour l'analyse des tâches	Tableau des tâches analysées pour chaque maladie prioritaire
Étape III	Identifier les obstacles à la surveillance à chaque niveau et proposer des solutions réalistes	Participants	1 heure	Tableau des tâches analysées	Tableau des obstacles à la surveillance à chaque niveau et des solutions proposées

ANNEXE 7.0

ANALYSE DES TÂCHES PAR NIVEAU POUR LES MALADIES PRIORITAIRES

(PEUT ÊTRE ENTREPRISE APRÈS L'ÉVALUATION)

Tâche/Activité proposée, par niveau	Personne responsable	Occasion	Talents requis	Ressources	Fonction de soutien requise
Niveau périphérique					
Détection	Travailleur de santé	Pour chaque événement de santé survenant	Compétences diagnostiques fondamentales	Définitions de cas écrites Registre Formulaires de surveillance	Normes Formations Supervision
Rapport					
Analyse					
Niveau intermédiaire					
Détection/ Confirmation					
Rapport					
Analyse					
Niveau central					

ANNEXE 8.0

ÉLABORATION D'OUTILS POUR L'ÉVALUATION SUR LE TERRAIN

Objectif :	Adapter les outils génériques d'évaluation sur le terrain
Méthode :	Discussion en groupe
Durée :	Environ 8 heures
Matériaux requis :	Liste de maladies prioritaires identifiées et organigramme pour la surveillance
Rôle de l'animateur :	Aider le groupe à adapter les questionnaires génériques d'évaluation sur le terrain au moyen de discussions de groupe. L'animateur devra souligner l'importance de rendre les questions génériques pertinentes pour le pays, l'importance de mettre en valeur les questions pertinentes, d'éliminer celles qui ne le sont pas, de regrouper certaines ou de transformer certaines autres en plusieurs questions le cas échéant. Il faudra souligner l'importance des données qualitatives et des questions d'investigation, même si ce sont là des domaines plus complexes.
Produit :	Tableau d'indicateurs de résultats pour le(s) système(s) de surveillance en ce qui concerne les maladies prioritaires pour le pays, questionnaires d'évaluation sur le terrain pour chaque niveau (central, district ou intermédiaire, centre de soins) et le laboratoire

Étape I

Discuter les indicateurs de résultats génériques et les exemples donnés avec le groupe, puis adapter ou modifier ceux-ci pour les maladies prioritaires au niveau du pays (discussion de groupe). Prendre en compte les objectifs de la surveillance et les diverses composantes de la surveillance qui peuvent affecter le fonctionnement d'un système (par exemple les normes disponibles, les compétences, les ressources matérielles, les techniques de communication).

Étape II

Réfléchir ensemble aux divers aspects du système de surveillance qu'il convient d'évaluer à chaque niveau (pour l'essentiel, la structure, les compétences et la synergie au sein du système et entre les systèmes). Adapter les questionnaires génériques (voir Annexe 12) aux fins d'évaluation sur le terrain à chaque niveau. Les questionnaires devront être issus des indicateurs qui auront été choisis.

Étape	Tâche spécifique	Personne responsable	Durée	Ressources	Produit
Étape I	Créer/identifier des indicateurs pour évaluer le fonctionnement du système à chaque niveau et pour chaque maladie	Animateurs/ participants	3 heures	Liste de maladies prioritaires identifiées, objectif de surveillance	Liste d'indicateurs pour établir le niveau de fonctionnement du ou des système(s) en ce qui concerne les maladies prioritaires
Étape II	Mettre au point et adapter des questionnaires pour la collecte de données pour les indicateurs à chaque niveau	Animateurs/ participants	5 heures	Questionnaires génériques	Questionnaires pour l'évaluation sur le terrain à chaque niveau

ANNEXE 9.0

SÉLECTION DES SITES D'ÉVALUATION ET PROGRAMMATION DES VISITES

Objectif :	Sélectionner les sites d'évaluation, programmer les visites et prévoir la logistique
Méthode :	Discussion de groupe
Durée :	Environ 2 heures
Matériel nécessaire :	Liste des établissements de santé, cartes et modèles de tableaux
Rôle de l'animateur :	Aider le groupe à sélectionner les sites de l'évaluation selon une méthode d'échantillonnage adaptée (voir Annexe 9.1 pour les techniques d'échantillonnage) Aider le groupe à se mettre d'accord sur un programme de visite et sur la logistique
Produits :	Tailles des échantillons pour l'évaluation ; programme des visites de terrain et arrangements logistiques

Plan de travail

Étape	Tâche spécifique	Personne responsable	Durée	Ressources	Produit
Étape I	Choix des types de sites et nombre d'établissements à visiter	Participants	60 minutes	Liste des établissements, cartes	Tailles des échantillons (par niveau) Tableau indiquant types et nombre de sites et établissements à visiter avec mention d'éventuelles exclusions
Étape II	Programmation des visites sur le terrain	Participants/ animateur	30 minutes	Tableau des sites et des établissements	Programme des visites de terrain pour les membres de l'équipe
Étape III	Arrangements logistiques pour visites de terrain	Participants/ animateur	30 minutes	Modèle de tableau de programmation des visites de terrain	Tableau des arrangements pris pour les membres de l'équipe : équipement, transport, hébergement, sécurité et per diem

SÉLECTION DES ÉCHANTILLONS POUR RÉGIONS, DISTRICTS ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La stratégie habituelle d'échantillonnage consiste en la collecte de l'information à tous les niveaux du système de surveillance : national, district et établissement de santé, y compris les laboratoires. Cette collecte donne une vue d'ensemble de la surveillance et de la riposte au sein du système de santé.

Il peut être trop onéreux et coûteux en temps de déterminer un échantillon qui, pour chaque caractéristique du système de surveillance retenue pour l'évaluation, permettrait d'obtenir des données quantitatives précises et cela n'apporterait guère de valeur ajoutée. Un tel échantillonnage n'est pas nécessaire puisque l'objectif de l'évaluation est de **comprendre** comment fonctionne le système de surveillance afin de traiter **les problèmes et les défis communs, de repérer les synergies et de renforcer le système** plutôt que de prendre une mesure scientifique de l'étendue de chacun des problèmes. Il est particulièrement important que l'échantillon retenu comporte des districts qui offrent un large éventail des pratiques de surveillance au sein du pays.

Une des approches possibles consiste à diviser le pays en autant de zones qu'il comporte de régions géographiques ou administratives. On retiendra généralement les régions ou provinces administratives.

Au niveau régional ou provincial, chaque région ou province peut encore être découpée en fonction des caractéristiques importantes du fonctionnement du système de surveillance. Il peut ainsi être intéressant de diviser la province en zones où il semble que les systèmes de surveillance fonctionnent particulièrement bien, en zones où l'on estime ce fonctionnement assez moyen et enfin en zones où il laisse à désirer. En outre, si des zones présentent des caractéristiques épidémiologiques particulières — zones où certains types d'épidémie sont susceptibles de se déclarer et où une alerte précoce est indispensable — il sera judicieux de les inclure en tant qu'entités distinctes au sein de la région. Les districts pourront être choisis au hasard dans chaque entité.

Le choix des établissements de santé doit se faire à partir d'une liste détaillée qui précise le niveau de chacun des établissements (hôpital, centre de santé, poste de soins), leur implantation en zones urbaines ou rurales, leur statut public ou privé. Les établissements de santé devront ensuite être choisis au hasard, dans des zones urbaines et des zones rurales, publiques et privées, et représenter tous les types d'établissements (hôpital, centre de santé, poste de soins, dispensaire). Si donc un district comporte des zones rurales et des zones urbaines, des établissements de soins publics et privés, il faudra choisir des établissements de santé tant publics que privés et cela dans des zones rurales et des zones urbaines.

Il conviendra de garder présent à l'esprit que la sélection des régions ou provinces s'effectue au niveau national, alors que la sélection des districts se fait à l'échelle régionale et celle des établissements de santé au niveau du district. Deux raisons militent en faveur de ce mode d'échantillonnage. Tout d'abord, un des objectifs principaux de l'évaluation est d'impliquer dans ce processus toutes les strates du système de surveillance. En choisissant les districts au niveau de la-région et les établissements de santé au niveau du district, les responsables à ces niveaux se sentiront davantage concernés par le processus dans son ensemble. Par ailleurs, il n'est pas certain que les informations pertinentes et détaillées sur les districts et leurs établissements de santé soient toujours disponibles au niveau national.

Des raisons d'ordre logistique pourront parfois entraîner des difficultés à se rendre partout dans le pays, parce qu'une zone est trop éloignée ou pour d'autres raisons qui rendent la visite impossible. Il faudra identifier ces contraintes avant l'échantillonnage et le fait que certaines zones auront ainsi été exclues devra être pris en considération lors de l'analyse des données. Si, par exemple, il n'a été possible de visiter aucune zone éloignée, cela voudra dire que l'échantillon ne reflète pas la situation dans les zones de ce type et que l'on ne peut tirer aucune conclusion concernant celles-ci.

En analysant l'information, il faut se souvenir que l'évaluation n'est pas fondée sur un échantillonnage scientifique et qu'il n'est pas possible de viser un niveau de signification statistique même s'il est licite de résumer les données. L'analyse devra permettre d'identifier les problèmes communs du système de surveillance et les zones du pays où se posent ces problèmes communs.

ANNEXE 9.3

CONDUITE À TENIR LORS DE L'ÉVALUATION SUR LE TERRAIN

Communication sur le terrain aux différents niveaux

Membres de l'équipe

1. Présenter les membres de l'équipe les uns aux autres — c'est important pour renforcer l'esprit d'équipe
2. Préciser le lieu, la date et la durée de l'évaluation pour chaque site
3. Exposer de façon explicite les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe, qui peuvent varier d'un site à l'autre
4. S'assurer de la logistique et de l'équipement pour les membres du groupe, y compris les outils de collecte, l'équipement de bureau, les allocations journalières, etc.
5. Veiller à la communication régulière (de préférence au moins une fois par jour) avec le responsable en chef de l'équipe
6. Communiquer avec le coordinateur avant de pratiquer toute modification aux outils, aux méthodes ou aux lieux d'investigation. Ces modifications peuvent être nécessaires, mais la cohérence dans la collecte des données impose qu'elles fassent l'objet d'un débat et d'un accord préalables.

Rencontre avec les autorités responsables sur le terrain

1. Identifier la personne responsable dans la région, la zone, l'unité d'évaluation
2. Planifier les consultations suffisamment à l'avance et les programmer
3. Présenter les membres de l'équipe et rappeler les objectifs de la mission
4. Exposer ce que vous attendez de la rencontre

5. Souligner que l'évaluation n'a pas de visée critique, ne conduit pas à des jugements ni à des sanctions mais à des recommandations destinées à renforcer et à faciliter le travail accompli
6. Inviter la personne responsable à émettre ses avis et suggestions
7. Trouver un accord sur les rôles et accepter l'aide des organisations et institutions qui apportent leur soutien à la surveillance sur le terrain
8. Expliquer comment vous fournirez une rétro-information sur l'évaluation, ainsi que sur tout le suivi prévu pour la mission.

Rencontres avec les personnels de santé qui assurent la surveillance

1. Donner une description claire des objectifs de la mission
2. Débattre de leur rôle dans l'évaluation (participation et conduite d'entretiens à un niveau périphérique ? Faut-il les interviewer, leur demander des données, observer leurs pratiques, etc.)
3. Indiquer si vous donnerez une information en retour et si oui, comment celle-ci leur parviendra.

Évaluation des communautés

1. Observer et respecter les normes communautaires
2. Exposer les objectifs de façon simple et concise ; répondre aux questions de la communauté
3. Être honnête quant à votre mission, car celle-ci fait souvent naître des attentes
4. Choisir un moment propice pour ce type d'évaluation communautaire.

ANNEXE 10.0

ANALYSE, RÉDACTION DU RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Objectif :	Analyser les données collectées sur le terrain et préparer un projet de rapport
Méthode:	Discussion de groupe
Durée :	Environ 3 jours
Matériel nécessaire :	Produits de l'atelier préévaluation ; questionnaires du terrain, techniques d'entrée, traitement des données
Rôle de l'animateur :	Aider les groupes à analyser les données obtenues par l'évaluation sur le terrain, tant qualitatives (impressions ressenties) que quantitatives (questionnaires) et les aider à présenter les résultats de cette analyse dans un rapport préliminaire
Produits :	Rapport préliminaire des résultats de l'évaluation, qui restera dans le pays évalué Projet de calendrier pour l'écriture du rapport final d'évaluation, qui sera diffusé aux parties prenantes et aux partenaires du Ministère de la Santé Projet de calendrier pour l'atelier sur le Plan de Travail

Le rapport préliminaire (voir format type à l'Annexe 10.1) ainsi que les projets de calendrier pour l'écriture du rapport final et l'atelier sur le Plan de Travail devront être présentés lors de l'atelier post-évaluation.

Avant de quitter le pays, il est important de :

- Trouver un accord sur la programmation du suivi
- Tomber d'accord sur les dates précises de l'atelier Plan d'Action
- Prendre toutes dispositions pour que la liaison OMS assure le suivi au jour le jour avec le responsable du Ministère de la Santé pour la préparation et la diffusion du rapport final de l'évaluation

- Organiser des mises à jour régulières sur l'évolution du programme et impliquer partenaires techniques et bailleurs de fonds dans le pays
- L'OMS devra être informée de toute difficulté majeure qui pourrait survenir.

PROTOTYPE DE RAPPORT ÉCRIT

Résumé analytique

1. Introduction

2. Présentation du pays

2.1 Géographie

2.2 Démographie

2.3 Facteurs socio-économiques

2.4 Système sanitaire

2.4.1 Infrastructure des services de santé

2.4.2 Ressources humaines pour la santé

2.4.3 Statut sanitaire (description, indicateurs)

2.4.4 Poids de la maladie (mortalité, morbidité, maladies infectieuses)

2.4.5 Décentralisation (s'il y a lieu)

2.4.6 Plan stratégique du secteur santé (s'il y a lieu)

2.4.7 Examen des systèmes de surveillance en cours (y compris organigramme et graphique de circulation des données)

2.4.8 Brève description des composantes des systèmes évalués

2.4.8.1 Maladies prioritaires

2.4.8.2 Structure

2.4.8.3 Processus/Compétences

2.4.8.4 Produits

2.4.8.5 Intégration

2.4.8.6 Laboratoires

2.4.8.7 SIG

2.4.8.8 Communication

3. Objectifs de l'évaluation

3.1 Objectif général

3.1 Objectifs spécifiques

4. Méthode

4.1 Préparation de l'évaluation

4.2 Sélection des sites

4.2.1 Sélection des régions/provinces

4.2.2 Sélection des districts

4.2.3 Sélection des établissements de santé

4.3 Procédure et outils de collecte des données

4.4 Composition des équipes d'évaluation

4.5 Formation des équipes d'évaluation

4.6 Essai sur le terrain

4.7 Évaluation sur le terrain

4.8 Analyse des données

4.8.1 Analyse quantitative

4.8.2 Analyse qualitative

5. Résultats : Pour chaque niveau

5.1.1 Présence de systèmes de surveillance

5.1.2 Existence d'une définition de cas (établissement de santé)

5.1.3 Confirmation des cas (établissement de santé)

5.1.4 Communication des données (exhaustivité et respect des délais)

5.1.5 Analyse des données

5.1.6 Enquête sur les flambées

5.1.7 Degré de préparation à l'épidémie

5.1.8 Riposte à l'épidémie

5.1.9 Rétro-information

5.1.10 Supervision

5.1.11 Coordination

5.1.12 Formation

5.1.13 Ressources

5.1.14 Laboratoire

5.1.15 SIG

5.1.16 Communications

6. Conclusion

7. Recommandations

8. Annexes

Exemple : Annexe 1. Analyse qualitative (forces, faiblesses, opportunités, menaces, solutions/recommandations)

- 8.1 Existence des systèmes de surveillance
- 8.2 Détection des cas
- 8.3 Enregistrement des cas
- 8.4 Confirmation des cas
- 8.5 Notification
- 8.6 Rétro-information par les niveaux supérieurs
- 8.7 Analyse des données
- 8.8 Préparation à l'épidémie et à la riposte
- 8.9 Formation
- 8.10 Supervision
- 8.11 Coordination de la surveillance
- 8.12 Ressources
- 8.13 Conclusions et recommandations

ANNEXE 11.0

MATRICE POUR LE PLAN D'ACTION

Exploitation des résultats et des recommandations de l'évaluation													
	Buts	Objectifs	Activités	Délais	Acteurs	Ressources	Obstacles	Indicateurs					
Détection des cas													
Enregistrement													
Confirmation													
Notification													
Analyse													
Riposte													
Degré de préparation													
Communication													
Formation													
Supervision													
Rétro – information													
Laboratoire													
Intégration													

ANNEXE 12.0

QUESTIONNAIRES GÉNÉRIQUES

Ces questionnaires génériques doivent être adaptés pour chaque pays de façon à ce qu'ils correspondent aux besoins de ce dernier.

Ces questionnaires comprennent des ensembles d'indicateurs et de questions. Les indicateurs sont précédés d'un « I » et figurent en caractères gras. Les questions portent des noms divers, par ex. C1.1.

QUESTIONNAIRE AU NIVEAU CENTRAL

Identification

Équipe d'évaluation : ID1	Personne interviewée : ID3
Date : DATE	Pays : ID8
Personne assurant l'entrevue : ID2	Système de surveillance : ID9

O. Généralités

I. Existence d'un mécanisme juridique pour imposer la surveillance

C0.1 La surveillance est-elle obligatoire pour certaines maladies ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

C0.1T Si *oui*, liste des maladies :

I. Existence d'un manuel national de surveillance

C0.2 Existe-t-il un manuel national de surveillance ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

C0.2T Si *oui*, le décrire (dernière mise à jour, maladies incluses, définitions de cas, surveillance et lutte — intégrées ou différentes pour chaque maladie) :

I. Détection et enregistrement des cas

I. Existence de définitions de cas normalisées pour les maladies prioritaires dans le pays

C1.1 Avez-vous des définitions de cas normalisées pour les maladies prioritaires dans le pays ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

C1. 2Obs [maladies prioritaires de 1 à n]
Ai vu une définition de cas normalisée pour ... Oui ☐ Non ☐
(chaque maladie prioritaire) Sans réponse ☐
Sans objet ☐

II. Enregistrement et notification des données

I. Présence en permanence dans le pays au cours des 6 derniers mois de formulaires d'enregistrement

C2.1 Est-ce le niveau central qui fournit les formulaires de surveillance aux établissements de santé ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

C2.2	Si oui , avez-vous manqué de formulaires à un moment quelconque des 6 derniers mois ?	Oui ☐ Non ☐ Sans réponse ☐ Sans objet ☐
-------------	--	---

I. Pourcentage de rapports de districts reçus au niveau central (directement ou par un niveau intermédiaire) pour chaque période au cours des trois derniers mois :

Nombre de rapports dans les 3 derniers mois comparé au nombre de rapports attendus

C2.31N Hebdomadaires : /12 fois le nombre de districts

C2.32N Mensuels : /3 fois le nombre de districts

I. Délais (fixés dans le pays)

C2.41N Nombre de rapports hebdomadaires reçus à temps : /12 fois le nombre de districts

C2.42N Nombre de rapports mensuels reçus à temps : /3 fois le nombre de districts

I. Rapports à l'OMS

C2.5Obs	Le Ministère de la Santé communique-t-il les données de surveillance à l'OMS ? [Voir rapports au bureau du Représentant de l'OMS]	Oui ☐ Non ☐ Sans réponse ☐ Sans objet ☐
----------------	--	---

I. Capacité de rendre compte au niveau suivant par courrier électronique, téléphone, télécopie ou radio

C2.6 Comment informez-vous ?

Courrier ☐ Télécopie ☐ Téléphone ☐ Radio ☐ Courrier électronique ☐ Autre ☐

III. Analyse des données

I. Le niveau central analyse-t-il :

Les données par caractéristiques de personne (cas, flambée, surveillance sentinelle) ?

C3.1Obs	Observé présentation des données par âge et par sexe	Oui ☐ Non ☐ Sans réponse ☐ Sans objet ☐
----------------	--	---

I. Analyse des données selon le lieu ?

C3.2Obs	Observé présentation des données par district (tableaux, cartes)	Oui ☐ Non ☐ Sans réponse ☐ Sans objet ☐
----------------	--	---

I. Analyse dans le temps ?

C3.3Obs	Observé présentation des données dans le temps	Oui ☐ Non ☐ Sans réponse ☐ Sans objet ☐
----------------	--	---

I. Analyse des tendances ?

C3.4Obs	Observé des graphiques de cas par date	Oui ☐ Non ☐ Sans réponse ☐ Sans objet ☐
----------------	--	---

C3.4T Énumérer la (ou les) maladie(s) dont le graphique a été examiné

I. Un seuil de passage à l'action est-il défini pour chaque maladie prioritaire ?

- C3.5** Un seuil de passage à l'action est-il défini pour l'une ou l'autre des maladies prioritaires du pays ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐
- C3.6** Un seuil de passage à l'action est-il défini pour toute maladie dont l'éradication ou l'élimination est visée ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐
- C3.7** Si *oui*, quel est-il ? cas ☐ % d'augm. ☐ taux ☐
(Pour deux des maladies prioritaires)
- C3.71N** Éradication
- C3.72N** Tendance à l'épidémie

I. Avez-vous des dénominateurs appropriés ?

- C3.8Obs** Noté la présence de données démographiques (Par ex. : population par district et groupes difficilement accessibles) Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

I. Emploi de dénominateurs appropriés ?

- C3.9Obs** Observé des taux tirés de données démographiques Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

I. Emploi d'une source appropriée de dénominateurs ?

- C3.10T** Quelle est la source de votre dénominateur ?

IV. Investigation concernant les flambées

I. Pourcentage de flambées suspectées ayant fait l'objet d'investigation au cours de l'année passée ?

- C4.11N** Nombre de flambées suspectées dans l'année écoulée ?

- C4.12T** Énumérer les maladies

- C4.13N** Parmi elles, combien ont fait l'objet d'enquête ?

(Prendre connaissance des rapports et si possible en obtenir une copie)

I. Parmi les flambées ayant fait l'objet d'enquêtes dans l'année écoulée, quel est le pourcentage où l'on a recherché les facteurs de risque ?

- C4.2N** Nombre de flambées pour lesquelles on a recherché les facteurs de risque ?

I. Parmi les enquêtes effectuées dans l'année écoulée, quel est le pourcentage dont les résultats ont été utilisés pour l'action ?

- C4.3N** Nombre de flambées pour lesquelles les résultats ont été utilisés pour l'action

[Voir rapport]

V. Préparation aux épidémies (maladies à tendance épidémique)

I. Existence d'un plan national de préparation aux épidémies et à la riposte

- C5.1Obs** Pris connaissance d'un plan écrit de préparation aux épidémies et à la riposte Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

I. Existence de réserves d'urgence en médicaments, vaccins et autres fournitures à tout moment de l'année écoulée			
C5.2	Le pays a-t-il disposé de stocks de médicaments, de vaccins et autres fournitures à tout moment de l'année écoulée ?	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
C5.2Obs	L'adéquation des stocks de médicaments, de vaccins et autres fournitures a été vérifiée lors de l'évaluation	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Pénurie de médicaments, de vaccins ou de fournitures lors de la plus récente épidémie ou flambée ?			
C5.3	Le pays a-t-il connu une pénurie de médicaments, de vaccins ou d'autres fournitures lors de la plus récente épidémie (ou flambée) ?	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Existence d'un protocole de prise en charge normalisé des cas pour les maladies à tendance épidémique ?			
C5.4Obs	Pris connaissance d'un protocole écrit de prise en charge pour au moins l'une des maladies prioritaires		
C5.4T	Si <i>oui</i> , énumérer ces protocoles :		
I. Présence d'une ligne budgétaire de riposte à l'épidémie			
C5.5	Y a-t-il une ligne budgétaire pour la riposte à l'épidémie ?	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Existence d'un comité central de prise en charge de l'épidémie			
C5.6	Pris connaissance des minutes (ou rapport) des réunions du comité de gestion de l'épidémie	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Existence d'une équipe centrale de riposte rapide à l'épidémie			
C5.7	Le pays dispose-t-il d'une équipe de riposte rapide à l'épidémie ?	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
VI. Riposte aux épidémies			
I. Capacité du niveau central à réagir sous 48 heures à l'annonce de la dernière flambée signalée			
C6.1Obs	Observé que le niveau central a réagi sous 48 heures à la notification de la dernière flambée en date (à partir de rapports écrits avec projection [tendance] et de l'intervention elle-même)	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Capacité du niveau central à contrôler les évaluations de la couverture des campagnes de vaccinations de masse (méningite et fièvre jaune)			
C6.2Obs	Le niveau central contrôle-t-il les évaluations de la couverture des campagnes de vaccinations de masse (voir les rapports pour confirmer la couverture par groupe d'âge, logistique et coûts) ?	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐

I. Capacité du comité national de prise en charge de l'épidémie à évaluer son propre degré de préparation et ses activités de riposte

- C6.3Obs** Le comité de gestion de l'épidémie a-t-il évalué ses performances en matière de préparation et de riposte au cours de l'année écoulée (confirmer après prise de connaissance d'un rapport écrit) ?
- Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

VII. Rétro-information

I. Existence de capacités de publication concernant la santé et la surveillance

Y a-t-il au Ministère de la Santé

- C7.0** Un bureau éditorial pour les publications ?
- Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐
- C7.1** Un éditeur pour les publications ?
- Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐
- C7.2** Un budget annuel pour les publications ?
- Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

I. Existence d'un rapport ou bulletin à parution régulière qui publie les données de la surveillance

- C7.3N** Combien de rapports ou de bulletins de rétro-information le niveau central a-t-il produits dans l'année écoulée ?
- C7.3Obs** Observé qu'un bulletin ou rapport est produit régulièrement pour diffuser les données de la surveillance
- Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

VIII. Supervision

I. Pourcentage de superviseurs ayant effectué le nombre requis de visites de supervision au cours des 6 derniers mois

C8.1N Combien de visites de supervision avez-vous effectuées les 6 derniers mois ?

C8.2N Obtenu le nombre requis de visites du niveau central

Principales raisons invoquées pour n'avoir pas fait toutes les visites de supervision requises (rédiger)

C8.3T

C8.4T

C8.5T

IX. Formation

I. Pourcentage du personnel de santé formé à la surveillance des maladies

C9.1N Quel pourcentage de vos subordonnés a été formé à la surveillance ?

- C9.2** Avez-vous été formé à la surveillance des maladies ?
- Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

C9.2T Si *oui*, préciser quand, où, pendant combien de temps, par qui ?

I. Pourcentage du personnel de santé ayant reçu une formation continue à la surveillance

C9.3 Avez-vous une reçu une formation à la surveillance en cours d'emploi ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

C9.3T Si *oui*, préciser quand, où, pendant combien de temps, par qui ?

I. Pourcentage de personnel de santé ayant reçu une formation continue à la prise en charge des épidémies

C9.4 Avez-vous une reçu en cours d'emploi une formation à la prise en charge des épidémies ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

C9.4T Si *oui*, préciser quand, où, pendant combien de temps, par qui ?

Obtenir et analyser le contenu de la formation à la surveillance et à la prise en charge des épidémies

C9.5T Forces

C9.6T Faiblesses

C9.7T Opportunités

C9.8T Menaces

I. Principales forces et faiblesses des écoles de formation et des documents destinés à la formation

C9.9T Forces

C9.10T Faiblesses

C9.11T Opportunités

C9.12T Menaces

I. Présence effective d'une Société d'Épidémiologie/Santé publique

C9.13 Y a-t-il une Société nationale d'Épidémiologie/Santé publique ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

C9.13N Fréquence des réunions ?

X. Ressources

I. Pourcentage de sites ayant :

Gestion des données

- Ordinateur
- Imprimante
- Photocopieur
- Gestionnaire de données
- Logiciel de statistique

Communications				
— Téléphone — Télécopieur — Émetteur radio — Téléphone par satellite — Ordinateur(s) avec modem(s)				
Ligne budgétaire				
Logistique				
Gestion des données		(Oui = O Non = N Non-réponse = NR Sans objet = S/O)		Nombre si disponible
— Ordinateur	C10.1	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		C10.1N
— Imprimante	C10.2	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		C10.2N
— Logiciel de statistique	C10.3	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		
— Gestionnaire de données	C10.4	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		C10.4N
— Photocopieur	C10.5	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		C10.5N
Communications				
— Téléphone	C10.6	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		
— Télécopieur	C10.7	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		
— Émetteur radio	C10.8	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		
— Ordinateur(s) avec modem(s)	C10.9	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		C10.9N
Logistique				
XI. Surveillance				
I. Réseau de surveillance fonctionnel et informatisé				
C10.10	Avez-vous un réseau informatisé de surveillance à ce niveau ?	Oui ☐	Non ☐	
		Sans réponse ☐		
		Sans objet ☐		
C10.10T	Si <i>oui</i> , décrire (réseau fermé, serveur de base de données centrales, stockage des données et analyse, retour d'information par le système, etc.)			
C10.11T	Liens avec d'autres niveaux (énumérer)			
C10.12T	Lien avec des systèmes informatisés spécialisés (par ex. système de notification d'épidémie) Énumérer :			
I. Budget pour la surveillance				
C10.13	Le budget du Ministère de la Santé comporte-t-il une ligne pour la surveillance ?	Oui ☐	Non ☐	
		Sans réponse ☐		
		Sans objet ☐		
C10.13N	Si <i>oui</i> , pourcentage de cette ligne par rapport à l'ensemble du budget ministériel	%		
I. Possibilités de renforcement de la surveillance				
C11T	Comment la surveillance pourrait-elle être améliorée ?			

XII. Coordination de la surveillance

I. Existence d'une instance de coordination de la surveillance au niveau central du Ministère de la Santé

C12.1 Y a-t-il une instance de coordination au niveau central du Ministère de la Santé ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

C12.1T Si *oui*, en décrire la composition, la fonction et les liens avec différents secteurs y compris le laboratoire

(Confirmer après lecture des minutes/rapports du comité de coordination)

I. Existence d'une unité responsable de la surveillance au niveau central du Ministère de la Santé

C12.2Obs Y a-t-il une unité responsable de la surveillance au niveau central du Ministère de la Santé ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
(Confirmer après examen de l'organigramme) Sans objet ☐

I. Possibilités d'intégration

C13T Quelles sont les possibilités d'intégration des activités et fonctions de surveillance (activités de base, formation, supervision, directives, ressources, etc.) ?

QUESTIONNAIRE DE DISTRICT (NIVEAU INTERMÉDIAIRE)

Chaque question porte une identification variable par ex., D1.1.

Identification

Équipe d'évaluation : ID1	District : ID6
Date : DATE	Région/Province : ID7
Personne assurant l'entrevue : ID2	Pays : ID8
Personne interviewée : ID3	Système de surveillance : ID9

I. Pourcentage de districts disposant d'un manuel national de surveillance

D0.1 Y a-t-il dans ce site un manuel national de surveillance ?

D0.1Obs Examiner ce manuel

I. Confirmation des cas

I. Pourcentage de districts qui ont la possibilité de transporter des échantillons à un laboratoire de plus haut niveau

D1.1 Le district a-t-il la possibilité de transporter des échantillons à un laboratoire de plus haut niveau ?

Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

I. Pourcentage de districts ayant des directives pour la collecte, la manipulation et le transport vers le niveau suivant

D1.2 Le district a-t-il des directives pour la collecte, la manipulation et le transport des échantillons vers le niveau suivant ?

Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

II. Enregistrement et notification des données

I. Pourcentage de sites qui ont eu à disposition en permanence au cours des 6 derniers mois des formulaires recommandés pour ce pays

D2.1 Avez-vous à un moment quelconque dans les 6 derniers mois manqué de formulaires ?

Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

I. Pourcentage d'établissements de santé qui rendent compte au niveau du district à chaque date prévue au cours des 3 derniers mois

Nombre de rapports reçus au cours des 3 derniers mois sur le nombre de rapports attendus

D2.21 Hebdomadaires : /12 fois le nombre d'établissements de santé

D2.22 Mensuels : /3 fois le nombre d'établissements de santé

I. Dans les délais (délais prévus au niveau national)

D2.31 Nombre de rapports hebdomadaires reçus en temps utile : /12 fois le nombre d'établissements de santé

D2.32 Nombre de rapports mensuels reçus en temps utile : /3 fois le nombre d'établissements de santé

I. Pourcentage de districts ayant fait un rapport au niveau plus élevé au cours des 3 derniers mois selon la périodicité prévue

Nombre de rapports reçus au cours des 3 derniers mois par rapport au nombre attendu

D2.41 Hebdomadaires : /12 fois le nombre d'établissements de santé

D2.42 Mensuels : /3 fois le nombre d'établissements de santé

I. En temps (délais prévus au niveau national)

D2.51 Nombre de rapports hebdomadaires reçus à temps: /12 fois le nombre d'établissements de santé

D2.52 Nombre de rapports mensuels reçus à temps : /3 fois le nombre d'établissements de santé

I. Pourcentage de districts qui ont la possibilité de communiquer avec le niveau plus élevé par courrier électronique, téléphone, télécopieur ou radio

D2.6 Comment informez-vous ?

Courrier ☐ Télécopie ☐ Téléphone ☐ Radio ☐ Courrier électronique ☐ Autre ☐

I. Renforcer la notification

Comment la notification peut-elle être améliorée ?

D2.7T

III. Analyse des données

I. Pourcentage des sites qui :

Présentent les données par caractéristiques de personne (cas, flambées, sentinelle)

D3.1Obs Observé la présentation des données par âge et par sexe

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Présentent les données par lieu

D3.2Obs Observé la présentation des données par lieu (localité, village, lieu de travail, etc.)

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Présentent les données dans le temps

D3.3Obs Observé la présentation des données dans le temps

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Procèdent à une analyse des tendances

D3.4Obs Observé un graphique de l'évolution temporelle des cas
 Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

D3.4T Liste :

I. Ont un seuil de passage à l'action pour chaque maladie prioritaire

D3.41 Avez-vous un seuil de passage à l'action pour chacune des maladies prioritaires du pays ?
 Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

D3.42 Si *oui*, quel est ce seuil ? cas ☐ % d'augm. ☐ taux ☐
 (pour 2 maladies prioritaires)

D3.51N Éradication

D3.52N Tendance à l'épidémie

I. Ont des dénominateurs appropriés

D3.6Obs Observé des données démographiques sur le site
 (Par ex. : population <5 ans, population par village, population totale)
 Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

I. Emploi d'une source appropriée de dénominateurs

D3.7T Quelle est la source de votre dénominateur ?

I. Pourcentage de sites qui comparent la situation présente aux faits antérieurs pour une détection précoce des épidémies

D3.8Obs Observé des courbes de survenue des cas exploitables pour les maladies à tendance épidémique
 Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

D3.8T Liste :

IV. Enquête sur les flambées

I. Pourcentage de flambées ayant fait l'objet d'enquêtes dans l'année écoulée

D4.1N Nombre de flambées ayant attiré l'attention l'an passé

D4.1Obs Parmi celles-ci combien ont fait l'objet d'une enquête
 (voir rapports et prendre copie si possible) ?

I. Pourcentage de districts ayant jamais enquêté en cas de flambée

[Nombre de districts évalués ayant jamais enquêté

Nombre de districts étudiés pour obtenir un indicateur]

D4.2 Votre district a-t-il jamais enquêté sur une flambée ?
 Oui ☐ Non ☐
 Sans réponse ☐
 Sans objet ☐

I. Parmi les districts ayant conduit une enquête, quel est le pourcentage qui a recherché les facteurs de risque ?

D4.3N Nombre de districts qui recherchent les facteurs de risque (voir les rapports)

I. Parmi les districts qui ont enquêté, quel est le pourcentage qui utilise les données pour agir (par action on entend contenir la flambée, améliorer la surveillance, autres actions communautaires)

D4.4N Nombre de districts qui utilisent les données pour agir (voir le rapport final)

V. Préparation aux épidémies

I. Pourcentage de districts qui ont un plan de préparation et de riposte à l'épidémie

D5.1Obs Observé un plan écrit de préparation et de riposte à l'épidémie

I. Pourcentage de districts qui ont eu en permanence dans l'année écoulée des stocks d'urgence de médicaments, de fournitures

D5.2 Le district a-t-il eu en permanence dans l'année écoulée des stocks de médicaments et de fournitures ?

D5.2Obs Observé des stocks de médicaments et fournitures au moment de l'évaluation

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

Liste des produits disponibles :

I. Pourcentage de districts qui ont manqué de médicaments, de vaccins ou de fournitures lors de la dernière épidémie/flambée

D5.3 Le district a-t-il manqué de médicaments, de vaccins ou de fournitures lors de la plus récente épidémie/flambée ?

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Existence d'une ligne budgétaire ou de fonds accessibles pour riposter à l'épidémie

D5.4 Y a-t-il une ligne budgétaire ou des fonds accessibles pour riposter à l'épidémie ?

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Pourcentage de districts qui ont un comité de prise en charge de l'épidémie

D5.5Obs Observé minutes (ou rapport) des réunions du comité de prise en charge de l'épidémie

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Pourcentage de districts qui disposent d'une équipe d'intervention rapide en cas d'épidémie

D5.6 Le district dispose-t-il d'une équipe d'intervention rapide en cas d'épidémie ?

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

VI. Ripostes

I. Pourcentage de sites qui appliquent les mesures de prévention et de lutte fondées sur des données locales pour au moins une maladie ou syndrome soumis(e) à notification ?

D6.1 Le district a-t-il appliqué les mesures de prévention et de lutte fondées sur des données locales pour au moins une maladie ou syndrome soumis(e) à notification ?

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Pourcentage des districts qui ont réagi sous 48 heures à la dernière notification d'une flambée ?			
D6.2Obs	Observé (vu rapports écrits) que le district a réagi sous 48 heures à la dernière notification d'une flambée	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Pourcentage des districts qui ont connu des taux de létalité acceptables lors de la dernière flambée (soit 10% pour la méningite à méningocoques et 1% pour le choléra)			
D6.3Obs	Observé que le district a connu des taux de létalité acceptables lors de la dernière flambée (Consulter les rapports après flambée)	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Pourcentage de districts ayant procédé à une évaluation de la couverture des campagnes de vaccination de masse (méningite et fièvre jaune)			
D6.41	Le district a-t-il mené des campagne de vaccinations de masse ?	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
D6.42Obs	Si <i>oui</i> , a-t-il mesuré la couverture de la vaccination ? (Voir rapport pour confirmer)	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Pourcentage de comités de prise en charge des épidémies qui ont évalué leur degré de préparation et leurs activités de riposte au cours de l'année écoulée			
D6.5Obs	Le comité de prise en charge des épidémies a-t-il évalué son degré de préparation et ses activités de riposte au cours de l'année écoulée ? (Voir rapports écrits pour confirmer)	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
VII. Rétro-information			
I. Pourcentage de sites produisant régulièrement un rapport écrit pour diffuser les données de la surveillance			
D7.1N	Combien de rapports écrits de rétro-information le district a-t-il produits au cours de l'année écoulée ?		
D7.1Obs	Noté la présence d'un rapport écrit qui diffuse régulièrement les données de la surveillance (district et niveaux supérieurs)	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Pourcentage de sites qui, au cours de l'année écoulée, ont reçu d'un niveau supérieur un rapport ou un bulletin sur les données qu'ils ont fournies			
D7.2N	Combien de bulletins ou de rapports de rétro-information le district a-t-il reçus au cours de l'année écoulée ?		
D7.2Obs	Observé au moins 1 rapport ou bulletin reçu par le district d'un niveau supérieur au cours de l'année écoulée et portant sur les données qu'il a envoyées	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
VIII. Supervision			
I. Pourcentage d'individus supervisés au cours des 6 derniers mois			
D8.1N	Combien de fois avez-vous été supervisé au cours des 6 derniers mois ?		
D8.1Obs	Observé un rapport de supervision ou toute autre preuve de supervision effectuée dans les 6 derniers mois		

I. Parmi les personnes supervisées dans les 6 derniers mois, pourcentage de ceux dont le superviseur du niveau immédiatement supérieur a examiné les pratiques de surveillance

D8.2Obs Observé un rapport ou toute autre preuve d'un examen approprié des pratiques de surveillance

I. Pourcentage des superviseurs qui ont effectué le nombre voulu de visites de supervision au cours des 6 derniers mois

D8.31N Combien de visites de supervision avez-vous faites au cours des 6 derniers mois ?

D8.32N (Obtenir du niveau central le nombre de visites requis)

Principales raisons invoquées pour n'avoir pas fait le nombre requis de visites de supervision (rédiger)

D8.41T Raison 1

D8.42T Raison 2

D8.53T Raison 3

IX. Formation

I. Pourcentage du personnel de santé (en position de responsabilité) formé à la surveillance épidémiologique

D9.1 Avez-vous été formé(e) à la surveillance épidémiologique ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

D9.1T Si *oui*, préciser quand, où, pendant combien de temps et par qui ?

I. Proportion de districts ayant du personnel formé à la surveillance et la prise en charge des épidémies

D9.2 Quel pourcentage de votre personnel dans le district a été formé à la surveillance et la prise en charge des épidémies ?

D9.2N

I. Pourcentage du personnel de santé (en position de responsabilité) qui a reçu une formation continue à la surveillance épidémiologique

D9.3 Avez-vous reçu une formation continue à la surveillance épidémiologique ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

D9.3T Si *oui*, préciser quand, où, pendant combien de temps, par qui ?

I. Pourcentage du personnel de santé qui a reçu une formation continue à la prise en charge des épidémies

D9.4 Avez-vous reçu une formation continue à la prise en charge des épidémies ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

D9.4T Si *oui*, préciser quand, où, pendant combien de temps, par qui ?

X. Ressources

I. Pourcentage de sites ayant :

Logistique

- Électricité
- Bicyclettes
- Motocycles
- Véhicules

Gestion des données

- Fournitures de bureau
- Calculatrice
- Ordinateur
- Imprimante
- Logiciel de statistique

Communication

- Téléphone
- Télécopieur
- Émetteur radio CB
- Ordinateur(s) avec modem(s)

Matériel pour l'information, l'éducation, la communication

- Affiches
- Mégaphone
- Bloc-notes géant ou boîte à images
- Poste de télévision ou de vidéo
- Générateur
- Écran
- Projecteur (cinéma)
- Autres

Matériel pour l'hygiène et l'assainissement

- Pulvérisateur
- Désinfectant

Matériel de protection (énumérer)

Logistique	(Oui = O	Non = N	Non-réponse NR	Nombre (le cas échéant)
	Sans objet = S/O)			
— Électricité	D10.1	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		
— Bicyclettes	D10.2	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		D10.2N
— Motocycles	D10.3	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		D10.3N
— Véhicules	D10.4	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		D10.4N
Gestion des données				
— Matériel de bureau	D10.5	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		
— Calculatrice	D10.6	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		D10.6N
— Ordinateur	D10.7	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		D10.7N
— Imprimante	D10.8	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		D10.8N
— Logiciel de statistique	D10.9	O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐		

Communication					
— Téléphone	D10.10	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Télécopieur	D10.11	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Émetteur radio	D10.12	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Ordinateur(s) avec modem(s)	D10.13	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐ D10.13N
Matériels pour l'information, l'éducation et la communication					
— Affiches	D10.14	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Mégaphone	D10.15	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Bloc-notes géant ou boîte à images	D10.16	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Poste TV ou vidéo	D10.17	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Générateur	D10.18	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Écran	D10.19	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Projecteur (cinéma)	D10.20	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Autres :	D10.21T	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
Matériel pour l'hygiène et l'assainissement					
— Pulvérisateur	D10.22	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Désinfectant	D10.23	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐
— Matériel de protection (énumérer)	D10.24T	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐

XI. Coordination de la surveillance

I. Existence d'une unité ou personne responsable de la coordination au niveau du district

D11.1 Y a-t-il au sein du comité de district de prise en charge des épidémies une personne responsable de la coordination de la surveillance ?

XII. Satisfaction par rapport au système de surveillance

I. Satisfaction par rapport au système de surveillance

D12.1 Êtes-vous satisfait du système de surveillance ?

Oui ☐ Non ☐

Sans réponse ☐

Sans objet ☐

D12.1T Si **non**, comment le système de surveillance pourrait-il être amélioré ?

I. Possibilités d'intégration

D13T Quelles sont les possibilités d'intégration des activités et des fonctions de surveillance (activités principales, formation, supervision, directives, ressources etc.) ?

QUESTIONNAIRE POUR ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Chaque question porte une identification variable e.g. HF1.1.

Identification

Équipe d'évaluation : ID1	Type d'établissement de santé : ID5
Date : DATE	District : ID6
Personne assurant l'entrevue : ID2	Région/Province : ID7
Personne interviewée : ID3	Pays : ID8
Nom de l'établissement de santé : ID4	Système de surveillance : ID9

I. Pourcentage des établissements de santé qui ont un manuel national de surveillance

HF0.1 Y en a-t-il un sur place ?

HF0.1Obs Examiner le manuel national de surveillance

I. Enregistrement et notification des cas

I. Pourcentage des établissements de santé dotés d'un registre des cas

HF1.1Obs Registre des cas examiné	Oui ☐	Non ☐
	Sans réponse ☐	
	Sans objet ☐	

I. Pourcentage des établissements de santé qui enregistrent correctement les cas

HF1.2Obs Enregistrement correct dans le registre des cas observé au cours des 30 jours précédents	Oui ☐	Non ☐
	Sans réponse ☐	
	Sans objet ☐	

I. Pourcentage des établissements de santé qui disposent de définitions de cas normalisées pour les maladies prioritaires du pays

HF1.3 L'établissement dispose-t-il d'une définition normalisée de cas pour les maladies prioritaires du pays ?	Oui ☐	Non ☐
	Sans réponse ☐	
	Sans objet ☐	
HF1.3Obs Définition normalisée de cas observée pour : (chaque maladie prioritaire)	Oui ☐	Non ☐
	Sans réponse ☐	
	Sans objet ☐	

I. Pourcentage des établissements de santé qui utilisent une définition de cas normalisée pour les maladies prioritaires du pays

HF1.4Obs Observé le diagnostic correct de la personne interviewée sur les maladies prioritaires du pays à partir d'une définition de cas normalisée

Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

(Choisir une des maladies prioritaires dans le registre des cas et demander comment le cas a été diagnostiqué — la personne assurant l'entrevue devra avoir obtenu la définition de cas normalisée auprès du Ministère de la Santé)

II. Confirmation des cas*

I. Pourcentage des établissements de santé qui ont la possibilité de récolter des spécimens (crachats, selles, sang/sérum, LCR)

HF2.1 Êtes-vous à même de récolter des crachats ? O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
Selles O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
Sang O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
LCR dans votre établissement ? O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
HF2.1Obs Observé la présence de l'équipement nécessaire pour récolter un spécimen O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
Selles O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
Sang/sérum O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
LCR O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐

I. Pourcentage des établissements de santé qui peuvent traiter le spécimen avant expédition

HF2.2 Êtes-vous à même, dans cet établissement, de traiter correctement le spécimen jusqu'à son expédition (crachats, selles, sang/sérum, LCR) ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐
HF2.2Obs Observé l'existence d'une chaîne du froid fonctionnelle dans l'établissement de santé Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

I. Pourcentage des établissements de santé qui ont la possibilité de faire parvenir des spécimens à un laboratoire de niveau supérieur

HF2.3Obs Observé la présence de milieux de transport pour selles au niveau de l'établissement de santé Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐
HF2.4Obs Observé la présence de matériaux d'emballage pour l'expédition de spécimens au niveau de l'établissement de santé Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

III. Notification des données

I. Pourcentage des sites qui ont eu en permanence au cours des 6 derniers mois des formulaires recommandés pour ce site

HF3.1 Avez-vous à un moment quelconque dans les 6 derniers mois manqué de formulaires ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

* Il pourra être nécessaire d'établir un tableau pour les maladies

I. Pourcentage des sites qui ont reporté correctement les cas du registre dans le rapport destiné au niveau supérieur

Observé la concordance entre le dernier rapport mensuel et le registre pour 4 maladies (1 pour chacun des groupes-cibles [éradication; élimination; tendance à l'épidémie; importance majeure en santé publique])

HF3.21Obs Éradication ☐ O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐

HF3.22Obs Élimination ☐ O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐

HF3.23Obs Tendance à l'épidémie ☐ O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐

HF3.24Obs Importance majeure en santé publique ☐ O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐

I. Pourcentage des sites qui ont envoyé leur rapport au niveau supérieur pour chaque période de notification au cours des 3 mois écoulés

Nombre de rapports envoyés au cours des 3 mois écoulés par rapport au nombre de rapports attendus

HF3.31Obs Hebdomadaires : /12 fois le nombre de sites

HF3.32Obs Mensuels : /3 fois le nombre de sites

I. En temps utile (voir les dates limites fixées au niveau national)

HF3.41Obs Nombre de rapports hebdomadaires envoyés en temps utile: /12 fois le nombre de sites

HF3.42Obs Nombre de rapports mensuels envoyés en temps utile: /3 fois le nombre de sites

I. Pourcentage des établissements de santé qui disposent des moyens nécessaires pour faire parvenir leur rapport au niveau supérieur par courrier électronique, téléphone, télécopie ou radio

HF3.5 Comment envoyez-vous vos rapports ?

Courrier ☐ Télécopie ☐ Téléphone ☐ Radio ☐ Courrier électronique ☐ Autre ☐

I. Amélioration de l'envoi des rapports

Comment pourrait-on améliorer la transmission des rapports ?

HF3.6T

IV. Analyse des données

I. Pourcentage des sites qui :

Présentent les données par caractéristiques de personne (flambées, système sentinelle)

HF4.1Obs Observé la présentation des données par âge et par sexe ☐ Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

I. Présentent les données selon le lieu

HF4.2Obs Observé la présentation des données par lieu (localité, village, lieu de travail, etc.) ☐ Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

I. Présentent les données dans le temps

HF4.3Obs Observé la présentation des données dans le temps ☐ Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

I. Procèdent à une analyse des tendances			
HF4.4Obs	Observé un graphique de l'évolution temporelle des cas	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Ont un seuil de passage à l'action pour chaque maladie prioritaire			
HF4.5	Avez-vous un seuil de passage à l'action pour chacune des maladies prioritaires du pays ?	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
HF4.50	Si <i>oui</i> , quel est-il ?	cas ☐	% d'augm. ☐
	(pour 2 maladies prioritaires)	taux ☐	
HF4.51N	(Éradication)		
HF4.52N	(Tendance à l'épidémie)		
I. Ont des dénominateurs appropriés			
HF4.6Obs	Observé la présence de données démographiques au site même (par ex., population <5 ans, population par village, population totale)	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Utilisent des dénominateurs appropriés			
HF4.7Obs	Observé des taux dérivés de données démographiques	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Utilisent une source appropriée de dénominateurs			
HF4.8T	Quelle est la source de votre dénominateur ?		
V. Préparation aux épidémies			
I. Pourcentage des établissements de santé qui ont un protocole de traitement normalisé pour les maladies à tendance épidémique			
HF5.1Obs	Observé l'existence d'un protocole écrit de traitement des cas pour 1 maladie à tendance épidémique	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
VI. Riposte aux épidémies			
I. Pourcentage des sites qui ont mis en place des mesures de prévention et de lutte fondées sur des données locales pour au moins 1 maladie à tendance épidémique			
HF6.1	L'établissement de santé a-t-il appliqué des mesures de prévention et de lutte fondées sur des données locales pour au moins 1 maladie à tendance épidémique ?	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐
I. Pourcentage des sites qui ont connu des taux de létalité acceptables lors de la dernière flambée (soit 10% pour la méningite à méningocoques et 1% pour le choléra)			
HF6.2Obs	Observé que l'établissement a connu un taux de létalité acceptable lors de la dernière flambée	Oui ☐	Non ☐
		Sans réponse	☐
		Sans objet	☐

VII. Rétro-information

I. Pourcentage des sites qui ont reçu d'un niveau supérieur un rapport ou un bulletin concernant les données qu'ils ont fournies

HF7.1 Combien l'établissement a-t-il reçu de rapports ou de bulletins de rétro-information au cours de l'année écoulée ?

HF7.1Obs Observé à l'établissement de santé au moins 1 rapport ou bulletin provenant d'un niveau supérieur et concernant les données fournies par l'établissement au cours de l'année écoulée

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Pourcentage des établissements de santé qui ont eu des réunions au moins semestrielles avec des membres de la communauté pour discuter des résultats de surveillance ou d'enquêtes

HF7.2 Combien de réunions cet établissement a-t-il tenues au cours des 6 mois écoulés avec les membres de la communauté ?

HF7.2Obs Observé les minutes ou le rapport d'au moins 1 réunion entre l'équipe de l'établissement de santé et les membres de la communauté au cours des 6 mois écoulés

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

VIII. Supervision

I. Pourcentage d'individus supervisés au cours des 6 mois écoulés

HF8.1 Combien de fois avez-vous été supervisé au cours des 6 derniers mois ?

HF8.1Obs Observé un rapport de supervision ou toute autre preuve de supervision au cours des 6 derniers mois

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

I. Parmi les personnes supervisées au cours des 6 mois écoulés, pourcentage chez qui le superviseur du niveau immédiatement supérieur a examiné les pratiques de surveillance appropriées pour leur niveau

HF8.2Obs Observé un rapport de supervision ou toute autre preuve d'un examen approprié des pratiques de surveillance

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

IX. Formation

I. Pourcentage du personnel de santé formé à la surveillance des maladies et à la gestion des épidémies

HF9.1 Avez-vous été formé à la surveillance des maladies et à la gestion des épidémies ?

Oui	☐	Non	☐
Sans réponse			☐
Sans objet			☐

HF9.1T Si *oui*, préciser quand, où, pendant combien de temps et par qui ?

X. Ressources

I. Pourcentage des sites ayant:

Logistique

- Électricité
- Bicyclettes
- Motocycles
- Véhicules

Gestion des données

- Matériel de bureau
- Calculatrice
- Ordinateur
- Logiciel
- Imprimante
- Logiciel de statistique

Communications

- Téléphone
- Télécopie
- Émetteur radio
- Ordinateur(s) avec modem(s)

Matériel d'information, éducation et communication

- Affiches
- Mégaphone
- Bloc-notes géant ou boîte à images
- Poste TV ou vidéo
- Générateur
- Écran
- Projecteur (cinéma)
- Autres :

Matériel pour l'hygiène et l'assainissement

- Pulvérisateur
- Désinfectant
- Matériel de protection (énumérer)

Logistique	(Oui = O Non = N Non-réponse = NR Sans objet = S/O)					Nombre, le cas échéant
— Électricité	HF10.1	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	
— Bicyclettes	HF10.2	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	HF10.2N
— Motocycles	HF10.3	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	HF10.3N
— Véhicules	HF10.4	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	HF10.4N
Gestion des données						
— Matériel de bureau	HF10.5	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	
— Calculatrice	HF10.6	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	HF10.6N
— Ordinateur	HF10.7	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	HF10.7N
— Imprimante	HF10.8	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	HF10.8N
— Logiciel statistique	HF10.9	O ☐	N ☐	NR ☐	S/O ☐	

Communications

- Téléphone **HF10.10** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Télécopie **HF10.11** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Émetteur radio **HF10.12** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Ordinateur(s) avec modem(s) **HF10.13** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐

Matériel d'information, d'éducation et de communication

- Affiches **HF10.14** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Mégaphone **HF10.15** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Bloc-notes géant ou boîte à images **HF10.16** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Poste TV ou vidéo **HF10.17** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Générateur **HF10.18** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Écran **HF10.19** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Projecteur (cinéma) **HF10.20** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Autres : **HF10.21T**
O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐

Matériel d'hygiène et d'assainissement

- Pulvérisateur **HF10.22** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Désinfectant **HF10.23** O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐
- Matériel de protection (énumérer) **HF10.24T**
O ☐ N ☐ NR ☐ S/O ☐

XI. Satisfaction par rapport au système de surveillance

I. Satisfaction par rapport au système de surveillance

- HF11.1** Êtes-vous satisfait du système de surveillance ? Oui ☐ Non ☐
Sans réponse ☐
Sans objet ☐

HF11.1T Si *non*, comment peut-on améliorer le système de surveillance ?

I. Possibilités d'intégration

- HF12T** Quelles sont les possibilités d'intégration des activités et fonctions de surveillance (activités de base, formation, supervision, directives, ressources etc.) ?

ÉVALUATION DU LABORATOIRE

I. Objectifs

Objectif général :

Évaluer rapidement les compétences fonctionnelles d'un laboratoire en ce qui concerne les capacités diagnostiques pour la surveillance des maladies prioritaires.

Objectifs spécifiques :

Faire appel à un outil normalisé destiné à fournir une évaluation rapide – fondée sur des informations faciles à obtenir – de la compétence des laboratoires à tous les niveaux dans le cadre de l'évaluation globale des systèmes nationaux de surveillance.

Identifier les faiblesses au niveau des laboratoires en ce qui concerne la détection des maladies prioritaires et mettre au point des améliorations qui permettent une circulation aisée et sans heurts des échantillons cliniques et de l'information depuis les districts jusqu'aux niveaux provincial et national.

Permettre la mise au point d'un plan d'action destiné à renforcer les compétences des laboratoires en ce qui concerne la surveillance des maladies prioritaires et la lutte contre ces maladies.

II. Étapes-clés au cours d'une évaluation des laboratoires :

Étape I : Étudier documentation et information disponibles dans le pays

1. Obtenir les documents pertinents contenus dans des évaluations de laboratoires antérieures à celle-ci
2. Système national de laboratoires (public et privé)
 - a. Analyser la politique du pays en ce qui concerne les services de laboratoire
 - b. Décrire l'organisation des unités de fonctionnement au sein du Ministère de la Santé (par exemple au niveau des centres de santé, au niveau du district, aux niveaux régional et national)

- c. Décrire l'organisation des unités de fonctionnement au sein d'autres Ministères assurant des fonctions de soins de santé (par exemple le Ministère de l'Éducation ou celui de la Recherche scientifique). Penser aux Facultés de médecine, qui assurent souvent des services de laboratoire
- d. Décrire les laboratoires du secteur privé, y compris les laboratoires autonomes et les laboratoires des hôpitaux privés. S'il existe un bureau d'accréditation des laboratoires, s'informer auprès de cet office du nombre et du type de laboratoires privés.

Étape II : Adapter et modifier le questionnaire générique proposé

Le protocole conseille pour l'évaluation l'emploi d'un outil générique, qu'il conviendra d'adapter à chacun des niveaux du système de santé. Ces adaptations devront tenir compte du degré de complexité de chaque niveau et du type de laboratoire évalué – très variable d'un pays à un autre. Il conviendra d'identifier des questions pertinentes pour chaque niveau de laboratoire à évaluer dans le pays, en examinant attentivement chaque question et en modifiant ou en éliminant celle-ci le cas échéant.

On apprendra aux évaluateurs à utiliser l'outil d'évaluation des laboratoires et à conduire la brève inspection du laboratoire concomitante à l'évaluation. Il faudra tenir compte du fait que le temps requis pour l'administration du questionnaire et l'inspection du laboratoire peut varier considérablement selon le type de laboratoire et le niveau du système de soins de santé envisagé.

Étape III : Évaluation sur le terrain

3.1. On fera appel à un échantillon représentatif de laboratoires à chaque niveau au sein tant du système public que du système privé afin d'évaluer les points suivants :

- 1. Bâtiments et services courants
- 2. Matériel de laboratoire
- 3. Personnel de laboratoire
 - a. Nombre (et niveaux de formation)
 - b. Supervision
- 4. Réactifs
- 5. Examens assurés
 - a. Intitulé de l'examen

- b. Quantité effectuée par mois
- 6. Gestion du laboratoire
 - a. Nombre d'heures de service assurées
 - b. Manuels de service
 - c. Collecte, étiquetage et manutention des échantillons
 - d. Procédures d'enregistrement et de rapports
 - e. Procédures et programmes en ce qui concerne le contrôle de qualité
 - 1) Programmes internes et externes de contrôle de la qualité et de la compétence
 - 2) Entretien et réparations des équipements
 - 3) Obtention et gestion des fournitures
 - f. Sécurité.

3.2. Inspecter le laboratoire et remplir la fiche d'inspection afin de valider les données recueillies au cours de l'entretien.

- a. Inscription et rapports
- b. Manuels
- c. Équipement et réactifs
- d. Sécurité.

Étape IV : Analyse des données et rédaction du rapport

Analyser les données en provenance de l'évaluation des laboratoires de tout le pays en ce qui concerne :

- a. Le fonctionnement global du système de surveillance
- b. Les laboratoires qui devraient faire l'objet d'une évaluation détaillée afin de définir et de renforcer leur rôle au sein du système de surveillance.

Selon les besoins, le rapport fera partie du rapport national global sur l'évaluation du système de surveillance ou sera soumis séparément.

Note : Des évaluations de suivi pourront aussi mesurer les modifications qualitatives et quantitatives dans l'éventail et le nombre d'exams assurés, ainsi que les modifications de compétences, en examinant les données internes de contrôle de la qualité et les résultats de contrôle assurés par des laboratoires de référence.

OUTIL D'ÉVALUATION DES LABORATOIRES

Aide-mémoire pour l'évaluation des laboratoires de diagnostic

Information générale			
Nom du laboratoire			
Adresse du laboratoire			
Téléphone/télécopie/courrier électronique			
Niveau du laboratoire	Etablissement de santé	☐	
	Province/État/Région	☐	
	National	☐	
	Communauté/District	☐	
Affiliation du laboratoire (plus d'une réponse possible, par exemple privé et universitaire)	Public	☐	
	Privé	☐	
	Institution universitaire	☐	
	ONG ou institution religieuse	☐	
Nom du Responsable du laboratoire			
Nom du Directeur du laboratoire			
Bâtiments et services			
État général du bâtiment		bon ☐	moyen ☐ médiocre* ☐
Laboratoire dans un bâtiment indépendant ☐		ou partie d'une autre structure ? ☐	
Le laboratoire assure-t-il les examens de :			
Bactériologie	Oui ☐	Non ☐	
Virologie	Oui ☐	Non ☐	
Mycobactériologie	Oui ☐	Non ☐	
Parasitologie	Oui ☐	Non ☐	
Mycologie	Oui ☐	Non ☐	
Possibilités de cultures cellulaires ?	Oui ☐	Non ☐	
Le laboratoire est-il rattaché aux services hospitaliers ?	Oui ☐	Non ☐	
Dans les laboratoires ci-dessus, combien y a-t-il de locaux avec une paillasse de laboratoire ?	Nombre :		
Pendant quel pourcentage de la journée de travail les services ci-après sont-ils disponibles ?			
Électricité	<50% ☐	50-95% ☐	95%+ ☐
Eau courante	<50% ☐	50-95% ☐	95%+ ☐
Gaz (y compris gaz en bonbonnes)	<50% ☐	50-95% ☐	95%+ ☐

* A définir au niveau du pays

Y a-t-il un système de secours en cas de coupure de courant (par exemple un générateur de secours) ?	Oui ☐	Non ☐
Si oui , quels sont les systèmes protégés ?		
Réfrigérateurs/congérateurs	Oui ☐	Non ☐
Ventilation/climatisation	Oui ☐	Non ☐
Ordinateurs	Oui ☐	Non ☐
Autres (spécifier)	Oui ☐	Non ☐
	Sans objet	☐
Quelle est la ventilation disponible ?		
Fenêtres	Oui ☐	Non ☐
Système de ventilation électrique (hottes et non ventilateurs) ou climatisation	Oui ☐	Non ☐
Quels sont les modes de communication disponibles ?	✓ ... selon le cas	Nombre
Courrier	Oui ☐	Non ☐
Téléphone	Oui ☐	Non ☐
Télécopieur	Oui ☐	Non ☐
Téléphone par satellite	Oui ☐	Non ☐
Courrier électronique (nombre d'ordinateurs)	Oui ☐	Non ☐
Internet (nombre d'ordinateurs)	Oui ☐	Non ☐

Équipement de laboratoire

Types et quantités disponibles	Présent	Nombre
Réfrigérateur	Oui ☐	Non ☐
Congélateur à -20°C	Oui ☐	Non ☐
Congélateur à -70°C	Oui ☐	Non ☐
Microscope + objectif à immersion d'huile	Oui ☐	Non ☐
Lames et lamelles	Oui ☐	Non ☐
Balance ou balance à pesons	Oui ☐	Non ☐
Jarres à bougie	Oui ☐	Non ☐
Autres jarres pour anaérobiose	Oui ☐	Non ☐
Loupe	Oui ☐	Non ☐
Porte-aiguilles/porte-anses	Oui ☐	Non ☐
Anses calibrées de 0,01et 0,001ml	Oui ☐	Non ☐
Bec Bunsen	Oui ☐	Non ☐
En l'absence de bec Bunsen, chauffe-électrique ou à alcool pour stériliser les anses et les aiguilles	Oui ☐	Non ☐
Boîtes de Petri (verre)	Oui ☐	Non ☐
Boîtes de Petri (usage unique)	Oui ☐	Non ☐
Porte-tubes	Oui ☐	Non ☐
Évier et porte-lames permettant les colorations	Oui ☐	Non ☐
Verrerie de laboratoire pour la préparation des milieux (flacons, cylindres gradués, etc.)	Oui ☐	Non ☐
Pissettes	Oui ☐	Non ☐
Papier pH	Oui ☐	Non ☐
pH-mètre	Oui ☐	Non ☐
Pipettes à main (par exemple, Eppendorf)	Oui ☐	Non ☐
Système de distillation d'eau	Oui ☐	Non ☐

Types et quantités disponibles	Présent	Nombre
Centrifugeuse petite vitesse (à main ou électrique)	Oui ☐ Non ☐	
Autoclave – contrôle manuel	Oui ☐ Non ☐	
Autoclave – contrôle électrique	Oui ☐ Non ☐	
Four à air chaud	Oui ☐ Non ☐	
Microscope à contraste de phase	Oui ☐ Non ☐	
Microscope à fluorescence	Oui ☐ Non ☐	
Microscope électronique	Oui ☐ Non ☐	
Lecteur pour plaques ELISA	Oui ☐ Non ☐	
Bain d'eau électrique	Oui ☐ Non ☐	
Incubateur à air chaud	Oui ☐ Non ☐	
Incubateur à CO ₂	Oui ☐ Non ☐	
Bonbonnes de CO ₂	Oui ☐ Non ☐	
Stockage de l'azote liquide	Oui ☐ Non ☐	
Laveur ELISA	Oui ☐ Non ☐	
Cabinet de sécurité – niveau 1 (protège l'opérateur ; cabinet ouvert, flux d'air non recirculé dirigé loin de l'opérateur)	Oui ☐ Non ☐	
Cabinet de sécurité – niveau 2 (protège l'opérateur et l'échantillon contre la contamination ; cabinet ouvert, flux d'air filtré et ventilateur)	Oui ☐ Non ☐	
Cabinet de sécurité – niveau 3 (protège l'opérateur, l'échantillon et l'environnement contre la contamination ; cabinet clos, pression négative, ouvert, flux d'air filtré HEPA et ventilateur)	Oui ☐ Non ☐	
Sinon, quels sont les éléments qui ne sont pas en état de marche ?		

Personnel de laboratoire et supervision pour tous les laboratoires de microbiologie et de sérologie

Personnel dans chaque catégorie	Nombre	% du personnel disponible au labo
Superviseurs — médicaux/scientifiques		
Superviseurs — techniques		
Techniciens (assurant les examens)		
Assistants de laboratoire (n'assurant pas les examens)		
Personnel de bureau		
Quel est le niveau le plus avancé de formation en microbiologie atteint par le personnel technique assurant des examens ? (donner le nombre de membres du personnel dans chaque cas)		
Uniquement formation sur le tas		
Cours sanctionné par un diplôme ou cours de formation spécifique		
Cours universitaire		
Autres (décrire brièvement) :		

Personnel dans chaque catégorie	Nombre	% du personnel disponible au labo
Votre personnel de laboratoire a-t-il reçu une formation au cours de l'année écoulée ?	Oui ☐ Non ☐	
Si oui , donner le type de formation et le nombre d'agents ayant reçu celle-ci		
Formation officielle au laboratoire national	Oui ☐ Non ☐	
Formation officielle sur place	Oui ☐ Non ☐	
Formation internationale	Oui ☐ Non ☐	
Supervision du personnel de laboratoire		
Qui décide habituellement des examens à effectuer quand les échantillons arrivent au laboratoire ?		
Le clinicien qui a envoyé les échantillons	Oui ☐ Non ☐	
Le technicien	Oui ☐ Non ☐	
Un microbiologiste/superviseur	Oui ☐ Non ☐	
Le protocole de laboratoire	Oui ☐ Non ☐	
Qui prend les décisions au sujet d'examens complémentaires éventuels ?		
Le technicien	Oui ☐ Non ☐	
Un superviseur/microbiologiste	Oui ☐ Non ☐	
TOUS les examens sont-ils revus avant de faire parvenir les résultats ?	Oui ☐ Non ☐	
Si oui , qui procède à cette révision (ou à une répétition de l'examen) ?		
Uniquement le technicien qui a assuré l'examen	Oui ☐ Non ☐	
Un autre membre du personnel technique	Oui ☐ Non ☐	
Un superviseur/microbiologiste médical	Oui ☐ Non ☐	
Qui révise le rapport final avant d'envoyer celui-ci au clinicien demandeur ou autre destinataire pertinent ?		
Uniquement le technicien qui a assuré l'examen	Oui ☐ Non ☐	
Un autre membre du personnel technique	Oui ☐ Non ☐	
Un superviseur/microbiologiste médical	Oui ☐ Non ☐	
Réactifs		
Quelle proportion des réactifs :		
Provient d'un fournisseur commercial ?		%
Provient d'un autre laboratoire ?		%
Est préparée sur place ?		%
Quelle eau emploie-t-on pour préparer les milieux et les réactifs ?		
Eau désionisée	Oui ☐ Non ☐	
Eau distillée	Oui ☐ Non ☐	
Eau distillée et désionisée	Oui ☐ Non ☐	
Eau du robinet	Oui ☐ Non ☐	
Autres (préciser)	Oui ☐ Non ☐	

Examens assurés par le laboratoire

Vous trouverez ci-après une liste de maladies et de tests diagnostiques. Notez les tests qui sont assurés par votre laboratoire. Pour chaque maladie, notez si votre laboratoire assure ou non l'examen des spécimens énumérés pour chacun des tests repris. (Si par exemple vous n'assurez aucun examen pour la méningite, faites une marque ✓ dans la colonne des « non » pour tous les examens. Si pour la méningite vous effectuez une coloration de Gram sur LCR mais aucun autre examen, indiquez ✓ dans la colonne des « oui » pour la coloration de Gram, et « non » pour les autres examens de la méningite.) Pour chacun des examens, veuillez indiquer le nombre approximatif d'examens effectués par mois.

Maladie	Échantillon	Examen	Oui	Non	Nombre/ mois
Méningite	LCR <i>S. pneumoniae</i> <i>N. meningitidis</i> <i>H. influenzae</i> Sang	a. Comptage cellules b. Agglutination latex c. Coloration de Gram d. Culture e. Test d'identification f. Susceptibilité A-M Disques à optochine Fermentation des sucres Facteurs X, V, XV Hémoculture avec tests b, e, f ci-dessus			
Dysenterie	Selles	Microscopie de préparations humides Culture Tests d'identification Susceptibilité A-M			
Diarrhée aqueuse (choléra)	Selles	Examen microscopique d'une préparation humide Culture – TCBS Culture – Peptone alcaline Sérotypie			
Peste	Aspirat bubonique, expectorations, sang	Coloration Culture Susceptibilité A-M			
Tuberculose	Expectorations, LCR	Coloration de Ziehl-Neelsen Coloration rhodamine/auramine et examen au microscope à fluorescence Culture Susceptibilité A-M			
Paludisme	Sang	Examen goutte épaisse et frottis mince			

Rougeole	Sérum Frottis de gorge, frottis conjonctival	Mesure immunoenzymatique des IgM Autres examens sérologiques Isolement du virus			
Fièvre jaune	Sérum Sang, tissu hépatique (post mortem)	IgM Isolement du virus			
Fièvre ou pyrexie d'origine inconnue (suspicion de typhoïde ou brucellose)	Sang, selles Sérum	Culture Tests d'identification Susceptibilité A-M Tests sérologiques (Widal, agglutinines anti-Brucella)			
Hépatite	Sérum	IgM anti-hépatite A IgM anti-HBc Antigène anti-Hbs IgM anti-HCV IgG anti-HEV			
Fièvres hémorragiques (toutes)	Sérum Sérum, autres échantillons de tissus	IgM Détection du virus			
Paralysie flasque aiguë	Selles	Isolement du virus Typage du virus			
Infection à VIH	Sérum Sang	Mesure immunoenzymatique des IgG Charge virale Isolement du virus			

Gestion du laboratoire

Quelles sont normalement les heures et jours de service du laboratoire ?	
Nombre de jours par semaine	<5 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
Nombre d'heures par jour	<6 ☐ 6-10 ☐ 11-23 ☐ 24 ☐
Si le service n'est pas assuré 24 heures sur 24, y a-t-il un service en dehors des heures normales ou en urgence ?	Oui ☐ Non ☐
Si le service est assuré 24 heures sur 24, nombre de personnel aux périodes ci-après :	Nombre
17 h à minuit	
Minuit à 7 h	
Comment le laboratoire signale-t-il aux clients ou aux clients potentiels les services qu'il peut offrir ?	
Uniquement verbalement (informel)	Oui ☐ Non ☐

Liste ou brochure imprimées	Oui ☐ Non ☐
Le personnel technique dispose-t-il d'instructions écrites ou dactylographiées pour chaque examen (procédures normalisées)	Oui ☐ Non ☐

Récolte, étiquetage et manipulation des échantillons

Proportion d'échantillons récoltés au laboratoire	<20% ☐ 20-50% ☐ 50-80% ☐ >80% ☐
A-t-on recours à des formulaires normalisés pour demander des examens de laboratoire ?	Oui ☐ Non ☐
Les formulaires de demande d'examen contiennent-ils TOUTES les informations ci-après relatives aux malades : origine de l'échantillon, date et heure de prélèvement, type d'examen demandé ?	Oui ☐ Non ☐
Les formulaires de demande d'examen fournissent-ils une information ou un lien qui permet au laboratoire d'entrer en contact avec le ou la malade ?	Oui ☐ Non ☐
Les échantillons reçus portent-ils le nom du ou de la malade et un élément singulier d'identification ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire fournit-il un numéro d'accès unique pour tous les échantillons ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire a-t-il un journal de bord (papier ou électronique) pour tous les échantillons envoyés pour examen diagnostique ?	Oui ☐ Non ☐
Les échantillons sont-ils éliminés ou conservés après examen ?	Éliminés ☐ Conservés ☐
Dispose-t-on de critères normalisés pour éliminer les échantillons pour lesquels le temps de passage entre la collecte et l'exécution de l'examen au laboratoire a dépassé le temps normal ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire accepte-t-il les échantillons pendant la nuit/la soirée ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui , comment traite-t-on les échantillons suivants ?	
Échantillon	Ensemencé sans délai Si non, conservé à (✓ une réponse)
LCR	Oui ☐ Non ☐ 4° T° ambiante 35° ☐
Sang pour hémoculture	Oui ☐ Non ☐ 4° T° ambiante 35° ☐
Urine	Oui ☐ Non ☐ 4° T° ambiante 35° ☐
Votre laboratoire réfère-t-il les échantillons de sérum ou les isolats bactériologiques au laboratoire du Ministère de la Santé ou autre laboratoire de référence ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui , indiquer la raison (✓ toutes les indications)	
Confirmation	Oui ☐ Non ☐
Identification d'un organisme inconnu	Oui ☐ Non ☐
Examen non assuré par votre laboratoire	Oui ☐ Non ☐
Si oui , par quelle voie ?	
Services postaux normaux	Oui ☐ Non ☐
Messenger	Oui ☐ Non ☐
Service commercial par porteurs	Oui ☐ Non ☐
Autre (préciser) :	
Si oui , nombre moyen d'échantillons envoyés chaque mois ?	
Types de milieux de transport utilisés (✓ tous ceux qui sont d'application)	
Trans-isolat	Oui ☐ Non ☐

Amies	Oui ☐ Non ☐
Stuart	Oui ☐ Non ☐
Cary-Blair	Oui ☐ Non ☐
Gélose-agar inclinée	Oui ☐ Non ☐
Milieu de transport pour virus	Oui ☐ Non ☐
Autres (préciser) :	

Procédures de rapport

Y a-t-il une liste des examens entrepris (nombre et type) et des résultats ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire a-t-il recours à des formulaires normalisés pour enregistrer les résultats ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire dispose-t-il d'une liste de maladies censées être signalées au Ministère de la Santé ?	Oui ☐ Non ☐
Si <i>non</i> , le personnel du laboratoire sait-il quelles maladies il faut signaler ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire soumet-il régulièrement un rapport sur les cas de maladies à déclaration obligatoire à l'un des destinataires ci-après ? Bureaux/institutions du Ministère de la Santé ? (✓ toutes les réponses pertinentes)	
Bureau sanitaire du District	Oui ☐ Non ☐
Bureau sanitaire de l'État/Province	Oui ☐ Non ☐
Laboratoire central	Oui ☐ Non ☐
Programme national de lutte contre les maladies transmissibles	Oui ☐ Non ☐
Le cas échéant, quelle est la fréquence de soumission éventuelle ?	
Hebdomadaire	Oui ☐ Non ☐
Mensuelle	Oui ☐ Non ☐
Trimestrielle	Oui ☐ Non ☐
Autre (spécifier)	Oui ☐ Non ☐
Le cas échéant, par quels moyens les rapports sont-ils transmis ?	
Énumération sur papier	Oui ☐ Non ☐
Téléphone	Oui ☐ Non ☐
Télécopie	Oui ☐ Non ☐
Autre (préciser) :	
Conservez-vous un registre des personnes présentant une ou plusieurs maladies à déclaration obligatoire ?	Oui ☐ Non ☐
Si <i>oui</i> , ce registre est-il informatisé ?	Oui ☐ Non ☐
Dans le cas où le registre est informatisé, existe-t-il des copies de sauvegarde (papier ou disque) et sont-elles gardées dans les archives ?	Oui ☐ Non ☐
Programmes et procédures de contrôle de la qualité	
Existe-t-il un mécanisme de collecte d'information sur le temps de rotation des échantillons en laboratoire (temps écoulé entre la réception de l'échantillon et la sortie du rapport) ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire a-t-il recours à un système de contrôle de la qualité ?	Oui ☐ Non ☐
Chacune des séries d'examens effectuée comporte-t-elle un contrôle interne ?	Oui ☐ Non ☐

Si oui , les procédures pour ces contrôles internes sont-elles enregistrées et suivies dans le temps ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire prend-il part à un ou plusieurs programmes de contrôle de la qualité ou d'évaluation de la compétence ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui , lesquels ?	
Bactériologie en aveugle	Oui ☐ Non ☐
Tableau d'experts VIH/hépatite	Oui ☐ Non ☐
Susceptibilité antimicrobienne	Oui ☐ Non ☐
Autres (préciser)	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire garde-t-il une trace de la livraison pour les réactifs et les fournitures ?	Oui ☐ Non ☐
Existe-t-il un mécanisme pour le suivi régulier des quantités de réactifs et de fournitures, afin de savoir quand les stocks deviennent insuffisants ?	Oui ☐ Non ☐
Le laboratoire éprouve-t-il des difficultés à obtenir et à garder la plupart des fournitures et réactifs essentiels ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui , quelle est la cause majeure qui empêche de constituer un stock adéquat de réactifs et de fournitures ?	
Manque d'informations sur la façon de les obtenir	Oui ☐ Non ☐
Longs délais de commande et de livraison	Oui ☐ Non ☐
Manque de fonds	Oui ☐ Non ☐
Examen demandé de façon irrégulière/variable par les médecins	Oui ☐ Non ☐
Procède-t-on systématiquement à la vérification/enregistrement du fonctionnement de TOUT équipement mécanique ou électrique (par exemple calibrage des microscopes, vérification des températures pour les incubateurs ou les réfrigérateurs, calibrage des pipettes ou autres instruments de manipulation, fonctionnement des autoclaves...) ?	Oui ☐ Non ☐
Conserve-t-on les dossiers de calibrage, d'entretien et de service ?	Oui ☐ Non ☐
Sécurité	
Le personnel du laboratoire reçoit-il une formation en matière de sécurité de laboratoire ?	Oui ☐ Non ☐
A-t-il facilement accès à un manuel de sécurité ?	Oui ☐ Non ☐
Quelles sont les méthodes utilisées pour l'élimination des déchets solides ?	
Autoclavage	Oui ☐ Non ☐
Incinération	Oui ☐ Non ☐
Mise sous terre sans traitement préalable	Oui ☐ Non ☐
Autres (préciser brièvement) :	
Quelles sont les méthodes utilisées pour l'élimination des déchets liquides ?	
Pas de traitement	Oui ☐ Non ☐
Autoclavage	Oui ☐ Non ☐
Désinfection chimique	Oui ☐ Non ☐
Autres (préciser brièvement) :	
Existe-t-il un agent responsable de la sécurité	Oui ☐ Non ☐
Existe-t-il des procédures normalisées en matière de sécurité	Oui ☐ Non ☐
Le personnel nouveau se voit-il offrir des vaccinations ?	Oui ☐ Non ☐

De quel habillement/équipement de protection le personnel de laboratoire peut-il disposer ? (✓ tous)			
Gants – latex		Oui ☐	Non ☐
Gants – autres		Oui ☐	Non ☐
Blouses de laboratoire		Oui ☐	Non ☐
Lunettes ou visières de sécurité		Oui ☐	Non ☐
Autres (préciser brièvement) :			
Le personnel porte-t-il des gants pour toute manipulation d'échantillons, d'organismes, ou de réactifs ?		Oui ☐	Non ☐
Si oui , type de gants			
Latex		Oui ☐	Non ☐
Autres		Oui ☐	Non ☐
Si non , les porte-t-on			
Uniquement pour certaines procédures nommément désignées OU		Oui ☐	Non ☐
Sur décision du technicien assurant l'examen ?		Oui ☐	Non ☐
Si la réponse concernant l'une ou l'autre des questions relatives au test de susceptibilité antimicrobienne (A-M), veuillez indiquer la méthode appliquée :			
Diffusion sur disque		Oui ☐	Non ☐
Dilution sur gélose		Oui ☐	Non ☐
Dilution en bouillon		Oui ☐	Non ☐
E-Test de sensibilité antimicrobienne		Oui ☐	Non ☐
Toute méthode de mesure de sensibilité aux médicaments antituberculeux		Oui ☐	Non ☐
Avez-vous recours à une ou plusieurs normes reconnues au niveau international pour la définition de résistance/susceptibilité (par exemple , NCCLS, Stokes, DIN, SGRA)		Oui ☐	Non ☐
Si oui , laquelle ou lesquelles ?			
Si le laboratoire assure des examens pour les maladies sexuellement transmissibles (par exemple la syphilis, la gonorrhée, le chancre mou), veuillez les indiquer sur la table ci-après :			
Maladie	Type d'échantillons	Examen assuré	Nombre/mois
Si le laboratoire assure tout autre examen virologique faisant appel à des mesures immunoenzymatiques, à d'autres mesures sérologiques, à l'isolement ou à la détection du virus (y compris les test moléculaires du type réaction de polymérisation en chaîne - PCR), veuillez les indiquer sur la table ci-après (ajoutez une feuille séparée si besoin est) :			
Maladie	Type d'échantillons	Examen assuré	Nombre/mois

INSPECTION DU LABORATOIRE

Inspection du laboratoire

Inspectez le laboratoire et complétez le formulaire ci-après. Ayez la courtoisie de demander la permission avant d'ouvrir les réfrigérateurs, congélateurs, cabinets de stockage des réactifs et incubateurs pour examiner leur contenu. L'information assemblée au cours de votre visite pourra dans certains cas vous permettre de vérifier l'information récoltée par questionnaire. Notez aussi, selon les besoins, les éléments tels que le niveau de propreté et d'organisation du laboratoire, le niveau d'activité du personnel, la charge de travail (d'après le nombre d'échantillons et de boîtes ensemencées que vous observerez), et les autres installations éventuelles. Obtenez une copie des formulaires normalisés le cas échéant.

Inscriptions et rapports

Examinez le(s) carnet(s) d'inscriptions s'il y en a. Calculez le nombre approximatif d'échantillons inscrits au cours d'une période d'un mois. Notez ce nombre : <i>échantillons/mois</i>		
Examinez les formulaires accompagnant les échantillons. Quelle proportion des échantillons reçus portent-ils le nom du patient et un élément singulier d'identification ?	<50% ☐ > 50% ☐	
Existe-t-il des copies du formulaire destiné au rapport ?	Oui ☐ Non ☐	
Si <i>oui</i> , obtenez une copie des formulaires de rapports normalisés en usage		
Manuels		
Type de manuel	Disponible	Date de mise à jour la plus récente
Procédures d'examen	Oui ☐ Non ☐	< 1 an ☐ 2-5 ans ☐ > 5 ans ☐ pas de date ☐
Sécurité	Oui ☐ Non ☐	< 1 an ☐ 2-5 ans ☐ > 5 ans ☐ pas de date ☐
Contrôle de la qualité	Oui ☐ Non ☐	< 1 an ☐ 2-5 ans ☐ > 5 ans ☐ pas de date ☐
Équipement et réactifs		
Vérifiez brièvement si le nombre et le type d'équipements signalés dans le rapport correspondent aux données du questionnaire. D'une façon générale, vos observations correspondent-elles aux données du questionnaire ?	Oui ☐ Non ☐	
Vérifiez si les indicateurs de fonctionnement de l'équipement (par exemple les températures) sont enregistrés régulièrement		
Pièce d'équipement	Feuille de contrôle en place	T° enregistrées (% avec enregistrement en place)
Réfrigérateurs	Oui ☐ Non ☐	0% ☐ 1-50% ☐ >50% ☐
Congélateurs	Oui ☐ Non ☐	0% ☐ 1-50% ☐ >50% ☐
Incubateurs	Oui ☐ Non ☐	0% ☐ 1-50% ☐ >50% ☐
Inspectez les réactifs préparés, les milieux sous forme déshydratée, les disques pour la mesure de la sensibilité aux antibiotiques et les milieux de culture préparés pour vérifier si les dates d'ouverture ou de préparation sont indiquées et si les dates de péremption ont été dépassées.		

Proportion des réactifs correctement étiquetés	aucun ☐ < 50% ☐ >50% ☐
Dates de péremption indiquée	aucune ☐ < 50% ☐ >50% ☐
Pour les réactifs avec date de péremption – % dépassé	aucun ☐ < 50% ☐ >50% ☐
Inspectez les milieux bactériologiques – préparés ou déshydratés – ainsi que les réactifs pour tout signe de détérioration, par exemple une dessiccation, une décoloration, une hémolyse	
Détérioration notée sur un milieu de culture bactériologique	aucune ☐ < 50% ☐ >50% ☐
Sécurité	
S'il existe une hotte de biosécurité, fonctionne-t-elle ?	Oui ☐ Non ☐ Pas de hotte ☐
Y a-t-il une certification ou un cachet d'inspection/certification ?	Oui ☐ Non ☐ Sans objet ☐
Si oui , date de certification?	<1 an ☐ >1 an ☐ Sans objet ☐
Inspectez le laboratoire pour la présence d'équipement de biosécurité (gants, boîte à aiguilles, lunettes ou visières de sécurité)	
Gants	Oui ☐ Non ☐
Boîte à aiguilles	Oui ☐ Non ☐
Quelle est la proportion du personnel qui porte des gants au cours des examens ?	<1-50% ☐ >50% ☐ aucun ☐ inconnu ☐
Inspectez le matériel utilisé pour l'élimination des déchets biologiques (par exemple les autoclaves, l'incinérateur). Le système d'élimination des déchets dangereux fonctionne-t-il ?	Oui ☐ Non ☐

ÉVALUATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION GÉOGRAPHIQUE ET DES RESSOURCES CARTOGRAPHIQUES

Un Système d'Information géographique (SIG) est un excellent moyen de recueillir et de gérer l'information concernant la surveillance épidémiologique et l'information programmatique. Ses données peuvent être aisément visualisées sous forme d'une carte, mettant ainsi en évidence des courants et des interrelations qu'il serait plus difficile de découvrir à partir de tableaux.

Un SIG permet en outre aux décideurs et aux planificateurs de visualiser facilement la situation sanitaire de populations en relation avec leur milieu environnant et les infrastructures médicales et sociales telles que les établissements de santé, les écoles et les ressources en eau.

Maladies spécifiques et événements de santé peuvent être cartographiés par rapport au nombre et à l'emplacement des établissements de santé ou l'accès à une eau saine, de façon à avoir une vue d'ensemble de la situation sanitaire d'une communauté donnée, d'un district ou d'un pays. Une carte comportant toutes ces informations constituera un outil précieux non seulement pour suivre les résultats de la surveillance mais également pour planifier et cibler les interventions ainsi que les apports de ressources aux zones/communautés qui en ont besoin.

La mise en place réussie d'un SIG passe par le développement d'une base de données normalisée avec références géographiques qui soit accessible, mise à jour et utilisée conjointement par divers programmes et secteurs à des niveaux différents (national, régional et de district). Une base de données de ce type sert de plate-forme géographique commune vers laquelle toutes les données de surveillance et de programmes peuvent converger au niveau le plus approprié. **Par voie de conséquence, un SIG constitue un premier pas vers l'adoption de méthodes de surveillance spécifique des maladies.**

Une base de données avec références géographiques doit comporter au minimum :

- Des cartes numérisées indiquant les découpages administratifs, du niveau national au niveau du district
- Des cartes numérisées concernant les caractéristiques géographiques fondamentales telles que fleuves, routes, forêts, altitude, occupation du sol et végétation
- Des bases de données sur les villages (noms et coordonnées géographiques)
- Une information avec références géographiques sur les établissements de santé, les écoles et les points d'eau
- Des statistiques démographiques jusqu'au niveau du village.

Dans certains pays, il se peut que l'emploi d'un SIG par le secteur de la santé soit relativement nouveau ou ne soit pas encore en place. Il arrive souvent néanmoins que d'autres secteurs dans le même pays (souvent les Ministères de l'Eau et de l'Environnement) y aient recours. Il est donc recommandé d'adopter une approche multisectorielle pour l'évaluation des bases de données et des ressources du SIG

Le questionnaire qui suit a pour but de repérer rapidement dans les différents secteurs les ressources et les informations essentielles pour le SIG qui existent dans le pays. Les résultats du questionnaire devront fournir une information de base suffisante pour élaborer un plan de mise en place et d'utilisation d'un SIG, en appui à une surveillance épidémiologique nationale intégrée.

ÉVALUATION DES BASES DE DONNÉES ET DES RESSOURCES SIG

(EN ATELIER)

I. Objectifs

Objectif général

L'objectif général de l'évaluation des bases de données et ressources SIG est de :

- Faciliter le développement de stratégies nationales dans des pays ou régions pour la mise en œuvre de SIG pour la surveillance, la planification, la gestion et le suivi des maladies prioritaires. La stratégie se basera sur une approche multisectorielle.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'évaluation des banques de données et des ressources SIG sont :

- D'évaluer rapidement les ressources et capacités cartographiques dans le pays en s'intéressant particulièrement à l'existence de bases de données avec références géographiques et de cartes numérisées
- D'explorer et d'évaluer les différents usages du SIG dans les ministères nationaux de la santé, des statistiques, de l'eau, du plan et de l'éducation ainsi qu'au sein des organismes partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP
- De présenter l'utilisation planifiée d'une cartographie SIG dans la stratégie intégrée de lutte contre les maladies et proposer/identifier des domaines de collaboration avec les activités et cartographie SIG existantes
- D'identifier les bases de données avec références géographiques concernant les villages, les établissements de santé, les écoles et la population ainsi que les cartes numérisées disponibles en ce qui concerne les limites administratives, le réseau routier et fluvial, les forêts, l'occupation des sols et le relief

- D'explorer et de repérer les modalités de coordination des activités SIG au niveau national en veillant particulièrement au développement de mécanismes permettant un meilleur partage d'informations pour un SIG vraiment efficace
- D'identifier les besoins en assistance technique pour la cartographie SIG, afin d'aboutir à un plan exhaustif de mise en œuvre du SIG à l'appui d'une stratégie de surveillance épidémiologique intégrée.

II. Processus proposé

Le processus proposé est résumé ci-après :

Phase de préévaluation

Étape 1: Avant la visite d'évaluation, l'équipe d'évaluation assemblera, avec le Bureau régional OMS et le programme de cartographie en santé publique (*HealthMap*) au Siège de l'OMS, la documentation existante qui traite des évaluations précédentes ; elle s'informerait des projets de SIG en cours ainsi que des capacités/ressources/bases de données.

Note: Dans les pays où le programme HealthMap a déjà mis en place une cartographie en santé publique et où il existe déjà des bases de données avec références géographiques standardisées, il s'agira d'évaluer l'entretien et la mise à jour de ces bases et les progrès des activités SIG.

Étape 2: Les Représentants de l'OMS dans le pays prendront toutes dispositions pour rencontrer les autorités suivantes :

- Ministère de la Santé
- Ministère de l'Eau
- Ministère de l'Éducation
- Ministère du Plan/de l'Intérieur
- Département des Statistiques nationales
- Institut géographique national
- Bureau de l'UNICEF
- Bureau du FNUAP
- Autres.

Phase d'évaluation dans le pays

Étape 3: Conduire un entretien avec les ministères et organismes ci-dessus à l'aide du guide d'évaluation normalisé pour évaluations rapides du SIG et recueillir toutes informations sur les bases de données et ressources SIG dans chacun des secteurs et ministères concernés.

Étape 4: Obtenir de chaque source de données/cartes identifiée une description et une liste officielle détaillée pour chacun des éléments suivants :

- divisions administratives – du niveau 1 (région) à la plus petite division administrative (district ou sous-district)
- villages – avec leur code s'il y en a
- établissements de santé (publics et privés)
- écoles (publiques et privées)
- villages/communautés dotés de ressources en eau saine.

Étape 5 : Identifier les mécanismes d'obtention des bases de données avec références géographiques et des cartes informatisées existantes.

Après la phase d'évaluation dans le pays

Étape 6 : Rédiger un rapport et en adresser un exemplaire au Bureau régional OMS et un autre au programme de cartographie en santé publique (*HealthMap*) au Siège de l'OMS afin d'élaborer la mise en œuvre d'un SIG pour les maladies prioritaires des pays.

III. Méthode

Envoi de questionnaires ou entretiens avec les ministères nationaux et les organismes partenaires des Nations Unies.

IV. Produits

Présentation détaillée des activités en cours ainsi que des capacités, ressources et bases de données par secteur.

Rapport au Bureau régional OMS et au programme de cartographie en santé publique (*HealthMap*) au Siège de l'OMS.

QUESTIONNAIRE SUR LES BASES DE DONNÉES ET LES RESSOURCES CARTOGRAPHIQUES SIG

Équipe d'évaluation
Date
Personne interviewée
Pays
Nom
Secteur/Ministère/Organisme
Adresse
Téléphone
Télécopie
Courrier électronique

I. Information générale

1. Utilise-t-on le SIG dans votre secteur ? Oui ☐ Non ☐
2. Si **oui**, quels sont les départements/programmes qui utilisent le SIG, dans quel but et à quel niveau ?

APPROFONDISSEMENT

- Pour chaque secteur, demander le système utilisé (évaluation de la distribution spatiale d'une maladie par région, suivi des résultats de la surveillance des maladies, planification/ ciblage des interventions, etc.)
- Faire préciser à quel niveau le SIG est opérationnel (région, district, village, etc.)

Nom du département	But du SIG	Niveau (national, district, village, établissement de santé)
<i>Par ex. : surveillance/ver de Guinée</i>	<i>Ver de Guinée: suivi des résultats de la surveillance</i>	<i>Village</i>
<i>Par ex. : surveillance/paludisme</i>	<i>Paludisme: Suivi de la morbidité/mortalité au niveau du district</i>	<i>District</i>
<i>Par ex. : lutte/paludisme</i>	<i>Planification/distribution de moustiquaires</i>	<i>Village</i>

II. Cartes de base numérisées

1. Existe-t-il des cartes de base numérisées des découpages administratifs ? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, veuillez compléter le tableau suivant :

APPROFONDISSEMENT

- Décrire la structure administrative du pays (nom et nombre de niveaux administratifs 1, 2, etc.)
- Ensuite, voir s'il existe des cartes numérisées pour chaque entité (une carte de ce type peut souvent être disponible pour les 10 régions mais seulement pour 2 districts sur 20)
- Dans chaque cas, faire préciser le format auquel le document est disponible
- Faire préciser la source de chaque élément.

Limites administratives	Nom	Nombre total	Carte numérisée disponible	Format	Source
Niveau administratif 1	<i>Par ex. : Région</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>ArcView</i>	<i>Min. de l'Eau</i>
Niveau administratif 2	<i>Par ex. : Département</i>	<i>30</i>	<i>30</i>	<i>ArcView</i>	<i>Min. de l'Eau</i>
Niveau administratif 3	<i>Par ex. : Commune</i>	<i>300</i>	<i>En cours</i>	<i>?</i>	<i>Min. du Plan</i>
Niveau administratif 4					
Niveau administratif 5 (le cas échéant)					
District sanitaire (si différent du district administratif)	<i>S/O</i>	<i>30</i>	<i>30</i>	<i>MapInfo</i>	<i>Min. de la Santé</i>
District scolaire (si différent du district administratif)	<i>S/O</i>	<i>25</i>	<i>En cours</i>		<i>Min. de l'Éducation</i>

2. Existe-t-il des cartes de base numérisées pour d'autres caractéristiques géographiques telles que réseau routier, fluvial, relief ? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, merci de compléter le tableau suivant :

	Carte numérisée		Format	Source
	Oui	Non		
Réseau routier	☒	☐	ArcInfo	Min. du Plan
Fleuves	☐	☐		
Forêts	☐	☐		
Occupation des sols (p. ex. : rizières, terres cultivées, marécages, etc.)	☐	☐		
Relief	☐	☐		

III. Bases de données avec références géographiques

1. Des bases de données avec références géographiques des villages sont-elles disponibles ? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, merci de compléter le tableau suivant :

APPROFONDISSEMENT

- Expliquer ce qu'on entend par base de données avec références géographiques des villages (c'est-à-dire une base de données soit des villages, soit des établissements de santé, soit des écoles dans un pays, précisant les coordonnées géographiques de chaque village, établissement ou école)
- Pour chaque indicateur (village, école, population, etc.) poser les questions suivantes :
- Existe-t-il une liste officielle (des villages) ?
- Quelle est la date de l'étude ou celle de la dernière mise à jour ?
- Y a-t-il un code officiel dans chaque cas (village/école/établissement de santé)
- Les coordonnées géographiques sont-elles indiquées à chaque fois (ces coordonnées ne sont parfois disponibles que pour les établissements de santé et non pour tous les villages) ?
- Les données sont-elles disponibles sous forme numérisée ?
- Quelle est la source de chaque ensemble de données ?

- Note sur la *Population* : faire préciser si les données sur la population sont établies au niveau du village (par ex. : données du recensement)
- Note sur la *Source* : si la source indiquée n'est pas du ressort de la personne interviewée, prendre toutes dispositions pour identifier la source et lui soumettre le même questionnaire
- Demander si des informations avec coordonnées géographiques *autres* que celles qui figurent sur la liste sont recueillies et noter ces informations pour chaque nouvel indicateur.

	Liste officielle disponible		Année	Code officiel disponible		Coordonnées géographiques disponibles		Base de données informatisée		Source des données
	Oui	Non		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Villages	✓		1991	✓		✓		✓		Min. de l'Eau
Population	✓		1991	✓			✓		✓	Statistiques nationales
Établissements de santé	✓		1995		✓		✓		✓	Min. de la Santé
Écoles	✓		1998	✓		✓		✓		Min. de l'Éducation
Eau saine	✓		1992	✓		✓		✓		Min. de l'Eau
Autre :										
Autre :										

2. Quelle est la procédure à suivre pour obtenir copie – en tout ou en partie – de toutes les bases de données avec références géographiques existantes ?

APPROFONDISSEMENT

- Exposer à nouveau l'intérêt d'un SIG pour une approche multi-maladies de la surveillance et le besoin d'approches coordonnées en matière de gestion et de cartographie des données
- Demander de nouveau comment avoir copie de tout ou partie des données disponibles (par ex. : requête officielle au Ministère ou au programme).

IV. Ressources techniques/humaines

1. Si votre bureau/secteur a recours au SIG, quel est le logiciel employé ?

Cocher ☐

ArcView	☐	Idrisi	☐
AtlasGIS	☐	ArcInfo	☐
MapInfo	☐	PopMap	☐
EpiMap	☐	Autre (spécifier)	

2. Avez-vous des unités GPS (Système de positionnement global)

Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, quelles sont les données recueillies (énumérer) ?

3. Combien de personnes dans votre secteur ont été formées au SIG ?
Spécifier la discipline des personnes formées et les logiciels auxquels elles ont été formées.

Nombre de personnes formées	Discipline des personnes formées	Logiciel
Par ex. : 4	2 statisticiens 2 épidémiologistes	MapInfo

4. Qui est le point focal du SIG dans votre secteur/département/organisme ?

APPROFONDISSEMENT

- Spécifier que le point focal devra être la personne à contacter pour le suivi technique des activités/demandes, etc.

Nom
Secteur
Adresse
Tél.
Télécopie
Courrier électronique

5. Avez-vous besoin d'assistance technique supplémentaire en matière de cartographie SIG ? Veuillez compléter le tableau ci-dessous :

	Oui (cocher) ☐	Non	Si oui, détailler
Formation à l'emploi du SIG	☐		Par ex. : Formation à ArcView (épidémiologie)
Assistance conception/mise au point de bases de données			Oui
Standardisation de bases de données			
Étude SIG des villages			
Besoin de cartes de base de découpage admin., fleuves, etc.			Par ex. : Absence de cartes de district
Autre : Préciser			
Autre : Préciser			