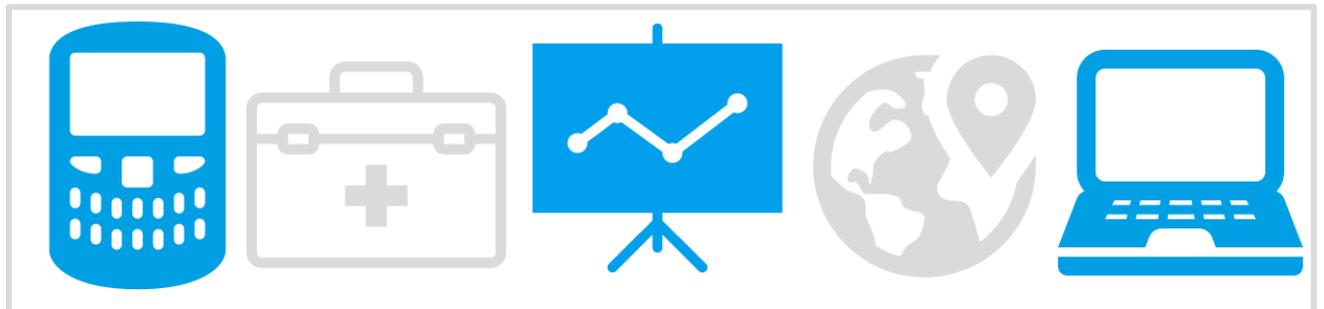




NORMES APPLICABLES AUX SERVICES D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans les Groupes de Responsabilité Sectorielle
Santé Activés et aux autres
Mécanismes de Coordination de l'Action de Santé
à Visée Humanitaire



Mai 2017

L'Organisation
Mondiale de la Santé,
Chef de File du Groupe
de Responsabilité
Sectorielle Santé, en
assure les services de
secrétariat.

CONTENTS

1. OBJET DU PRÉSENT DOCUMENT	6
1. Généralités.....	6
1.2 Fondement de ces normes mondiales.....	6
1.3 Objet et public cible.....	8
2. SERVICES ATTENDUS D'UN GROUPE SECTORIEL SANTÉ ACTIVÉ	9
2.1 Description des services.....	14
Analyse de la situation de la santé publique	14
Évaluation rapide.....	14
Échelle HESPER	15
Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)	16
Estimation de la mortalité dans la population	17
Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé	18
Base de données 3W.....	18
Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS).....	19
Système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS).....	20
Estimation de la couverture vaccinale.....	21
Suivi des indicateurs opérationnels.....	22
Bulletin du groupe sectoriel Santé.....	22
Infographies spéciales.....	23
2.2 Parties prenantes et responsabilités du service d'information sur la santé publique.....	23
Étapes de la prestation des services.....	23
Responsabilité de la prestation des services.....	24
3. NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT DES APPLICATIONS ET ORIENTATIONS POUR CHAQUE SERVICE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE	25
3.1 Notes supplémentaires.....	29
Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)	29
Système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS).....	30
PRIME	31
L'outil des services d'information sur la santé publique (PHIS).....	31
4. HIÉRARCHISATION, MOMENT RECOMMANDÉ ET PRISE DE DÉCISION EN FONCTION DU CONTEXTE POUR CHACUN DES SERVICES D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE.....	32
4.1 Analyse de la situation de la santé publique.....	37
4.2 Évaluation rapide.....	40
4.3 Échelle HESPER	40
4.4 Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)	41
4.5 Estimation de la mortalité dans la population	42
4.6 Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé	47

4.7	Base de données 3W.....	47
4.8	Liste des partenaires.....	48
4.9	Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS) .	49
4.10	Service d'information pour la gestion sanitaire	49
4.11	Estimation de la couverture vaccinale.....	50
4.12	Surveillance des indicateurs opérationnels.....	54
4.13	Bulletin du groupe sectoriel Santé	54
4.14	Infographies spéciales.....	55
5.	BESOINS EN RESSOURCES ET EN PERSONNEL.....	55
5.1	Ressources requises	56
5.2	Besoins en personnel	57
6.	COMPÉTENCES TECHNIQUES POUR LES SERVICES D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LES GROUPES SECTORIELS ACTIVÉS	60
6.1	Portée du présent cadre de compétences.....	60
6.2	Types de compétences	61
6.3	Baseline technical competencies.....	62
6.4	Compétences techniques communes.....	64
6.5	Compétences techniques spéciales pour chaque service	66

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1:	Schéma d'opérations des services d'information sur la santé publique	11
Figure 2:	Schéma de l'évolution de l'analyse de la situation de la santé publique et des sources utilisées.....	39
Tableau 1:	Services d'information sur la santé publique [†] attendus des groupes sectoriels Santé, et ventilation des responsabilités concernant la prestation des services, par étape. Les acteurs responsables à chaque étape sont indiqués en caractères gras.....	12
Tableau 2:	Disponibilité actuelle des applications et des orientations destinées à chaque Service d'information sur la santé publique.....	27
Tableau 3:	Moment recommandé, fréquence et hiérarchisation des services d'information sur la santé publique.....	34
Tableau 4:	Délai prévu pour la disponibilité initiale des services d'information sur la santé publique après le début d'une situation d'urgence.....	37
Tableau 5:	Résumé des orientations pour déterminer s'il y a lieu ou non d'estimer la mortalité dans la population et, le cas échéant, quand et comment.....	44
Table 6:	Summary of guidance for vaccination coverage estimation.....	51
Tableau 7:	Niveau d'activité des agents de gestion de l'information dans le cas d'un scénario correspondant à un grand groupe sectoriel Santé, par service et stade de prestation, en équivalent temps plein (ETP)	58
Tableau 8:	Effectif d'agents de gestion de l'information requis dans le cas d'un scénario correspondant à un grand groupe sectoriel Santé, selon le temps écoulé depuis le début de la situation d'urgence.....	59

ACRONYMS

3W	Base de données 3W (Qui, Quoi, Où)
ACAPS	The Assessment Capacities Project
CDC	Centers for Disease Prevention and Control des États-Unis d'Amérique
DHIS2	Système d'information pour la Gestion Sanitaire de District 2
EWARS	Système d'Alerte et d'Intervention Rapide
GHC	Groupe Sectoriel Mondial pour la Santé
HC	Groupe Sectoriel Santé
HCC	Coordonnateur du Groupe Sectoriel Santé
HeRAMS	Système de Recensement des Ressources Sanitaires Disponibles
HESPER	Échelle de Mesure des Besoins Perçus dans un Contexte d'Urgence Humanitaire
HMIS	Système d'information pour la gestion sanitaire
IMO	Agent de Gestion de l'Information
IPC	Integrated Food Security Phase Classification
MIRA	Évaluation Multisectorielle Rapide Initiale
MVH	Surveillance Systématique des Actes de Violence dirigés contre les Services de Santé
OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires
OIM	L'Application de Suivi des Indicateurs Opérationnels
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PHIS	Services d'information sur la santé publique
PHO	Agent de Santé Publique
PHSA	Analyse de la situation de la santé publique
WHO	World Health Organisation

REMERCIEMENT

Le présent document a été élaboré par l'équipe spéciale chargée des services d'information sur la santé publique du groupe sectoriel mondial pour la santé. Ont contribué à sa rédaction : Francesco Checchi, Emma Diggle, Louise Cheseldene-Culley, Perry Seymour et Abdihamid Warsame (Save the Children); Richard Garfield (Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique); Xavier de Radiguès, Vivienne Forsythe, Christopher Haskew, Samuel Petragallo et Jonathan Polonsky (Organisation mondiale de la Santé); Jessica Dell (iMMAP); Olivier le Polain (Public Health England); et Allen Maina (Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés).

Nous sommes reconnaissants pour leur appui financier et technique au Service des opérations d'aide humanitaire de la Commission européenne (DG ECHO), à l'Office of Foreign Disaster Assistance de l'AID des États-Unis d'Amérique (USAID/OFDA), à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à Save the Children, aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique et à Public Health England.



1. OBJET DU PRÉSENT DOCUMENT

1.1 Généralités

Depuis 2005, l'approche humanitaire des groupes sectoriels fournit un mécanisme prévisible pour la coordination des acteurs humanitaires dans la plupart des crises en l'absence de réfugiés. Le groupe sectoriel mondial pour la santé, dirigé par l'Organisation mondiale de la Santé, associe plus de 40 organismes partenaires ; il sert de plate-forme pour la coordination mondiale des interventions menées en cas de crises ayant des conséquences pour la santé publique, et il prête appui sur le terrain aux groupes sectoriels Santé qui sont activés en leur proposant des politiques et des normes, et des outils pratiques pour les activités quotidiennes, et en renforçant leurs capacités et en les dotant de personnel pour les aider à s'acquitter de leurs fonctions de coordination.

L'une des conditions préalables essentielles pour une action humanitaire efficace est la disponibilité d'informations fiables et solides. Pour prendre des décisions pertinentes lors d'une action de santé à visée humanitaire, les décideurs ont besoin d'informations sur la santé publique pour évaluer et surveiller la situation sanitaire et les risques auxquels est exposée la population touchée, la disponibilité et la fonctionnalité réelle des ressources sanitaires, et l'efficacité du système de santé.

L'expression « gestion de l'information », qui désignait précédemment cette fonction cruciale des mécanismes de coordination de l'action humanitaire, a fait place dans le présent document aux **Services d'information sur la santé publique (PHIS)**, désignation plus exacte.

Bien qu'il soit fait référence dans tout le document aux services d'information sur la santé publique dans les groupes sectoriels Santé activés, les présentes normes relatives à ces services ne sont pas exclusivement réservées aux groupes sectoriels Santé, et elles peuvent être appliquées à l'appui de la coordination d'interventions d'urgence menées par les pouvoirs publics ou d'autres types de mécanismes de coordination sectoriels des secours humanitaires.

1.2 Fondement de ces normes mondiales

La fonction Services d'information sur la santé publique des groupes sectoriels Santé activés a été largement comprise à ce jour comme englobant un éventail d'activités et de produits, allant de tâches d'information administratives simples telles que la tenue de la liste des partenaires du groupe sectoriel Santé activé, à des activités d'une complexité technique sensiblement supérieure comme la mise en œuvre et l'analyse d'enquêtes de terrain ou la surveillance des épidémies. Des informations se révèlent nécessaires pour les six éléments principaux du [Cycle de programme humanitaire](#) (préparation aux mesures d'intervention d'urgence, évaluation et analyse des besoins; planification stratégique des interventions; mobilisation des ressources; mise en œuvre et suivi; et examen opérationnel par les pairs et évaluation). La création, au sein des groupes sectoriels, d'une fonction de coordination, consistant spécialement

à fournir des services d'information sur la santé publique, confiée à un agent de gestion de l'information ou un administrateur des services d'information sur la santé publique, est apparue de plus en plus nécessaire. L'expression agent de gestion de l'information est utilisée dans le présent document.

Malgré ce qui précède, les nombreuses évaluations et les nombreux examens effectués montrent que la prestation des services d'information sur la santé publique par les groupes sectoriels Santé activés n'a pas toujours été efficace. De façon plus générale, dans les crises aiguës ou prolongées survenues à ce jour, les informations sur la santé publique ont souvent été parcellaires, et leur publication tardive et leur qualité insuffisante n'ont pas permis de les utiliser comme prévu pour étayer les actions de santé publique et de sensibilisation.

Sur le terrain, les personnels de coordination des groupes sectoriels Santé, y compris les agents de gestion de l'information, ont généralement été en sous-effectif (de nombreux groupes sectoriels ne disposant même pas d'un agent de gestion de l'information), et leur plan d'activités et leur travail quotidien ont été dictés par les priorités perçues de différents acteurs et non par les besoins objectifs d'informations sur la santé publique. Il semble qu'une importance croissante soit accordée à de contraignants cycles annuels ou bisannuels de collecte de données (pour une évaluation multisectorielle rapide ou un inventaire des ressources sanitaires disponibles, par exemple: voir ci-dessous), et non à la production continue d'informations tournées vers l'avenir aux fins d'une action en temps réel au moyen de systèmes plus légers associant les partenaires des groupes sectoriels Santé à la collecte des données et à l'interprétation des résultats.

Les problèmes précités traduisent en partie une absence de normes et d'orientations réalistes applicables aux services d'information sur la santé publique dans les groupes sectoriels activés, ce qui signifie que chaque groupe sectoriel Santé travaille dans un isolement relatif et doit définir ses priorités et trouver localement des solutions pour assurer ces services, souvent à partir de rien alors que des procédés de haut niveau pour la collecte de données sur la santé publique ont été proposés par le cadre d'action d'urgence de l'OMS et le propre guide du groupe sectoriel Santé du groupe sectoriel mondial pour la santé ; la structure du présent document repose sur certains des domaines suivants des services d'information sur la santé publique non encore étudiés de façon détaillée:

- **Quels services d'information sur la santé publique** (et, par conséquent, quels produits d'information) attendre d'un groupe sectoriel Santé activé, et à qui, dans le groupe sectoriel Santé, doit incomber la responsabilité des différentes étapes de leur prestation;
- **Quels méthodes, applications et outils particuliers** doivent être utilisés pour fournir ces services;
- **À quelle rapidité et avec quelle fréquence d'actualisation** chaque service doit-il être fourni dans différents scénarios de crise;
- **Quel effectif et quelles autres ressources** doivent être à la disposition des groupes sectoriels Santé pour qu'ils s'acquittent avec succès de cette fonction de services d'information sur la santé publique;
- **De quelles compétences techniques en matière de services d'information sur la santé publique** les personnels des groupes sectoriels Santé doivent-ils

disposer lors de leur déploiement sur le terrain et, par conséquent, aux fins de leur recrutement, de leur développement professionnel et de la gestion des performances.

Le présent document s'efforce de traiter des domaines précités, dont sa structure est inspirée, en énonçant le premier ensemble de normes mondialement applicables, assorties d'orientations adaptées à l'échelon local, pour les services d'information sur la santé publique dans les groupes sectoriels Santé activés et d'autres mécanismes de coordination des crises.

1.3 Objet et public cible

Le présent document, qui propose des normes et des orientations, a été élaboré par l'équipe spéciale chargée des services d'information sur la santé publique du groupe sectoriel mondial pour la santé. C'est de ce document que doivent s'inspirer les groupes sectoriels Santé (tous les partenaires et pas seulement le personnel de coordination) pour planifier, exécuter et évaluer leurs activités d'information sur la santé publique. Son public cible comprend :

- **Les coordonnateurs des groupes sectoriels Santé et les agents de santé publique**, qui doivent demander un effectif approprié pour leurs équipes, promouvoir la collecte de données, et interpréter les résultats et prendre des mesures en conséquence; il convient de noter que ces normes attribuent des responsabilités particulières en matière de services d'information sur la santé publique aux coordonnateurs des groupes sectoriels Santé et aux agents de santé publique;
- **Les agents de gestion de l'information** (ainsi que les **épidémiologistes** qui peuvent être déployés dans les groupes sectoriels Santé pour des activités distinctes particulières), qui s'acquittent de l'essentiel de la conception et de l'exécution de la collecte, de la gestion, de l'analyse et la publication;
- **L'OMS en tant qu'organisme dirigeant les groupes sectoriels** dans les pays, dans les régions et au Siège, qui est chargée de fournir des ressources suffisantes et un appui adéquat aux équipes des groupes sectoriels Santé, principalement en recrutant les personnes appropriées en nombre suffisant et en renforçant leurs compétences;
- **Les partenaires du groupe sectoriel mondial pour la santé** qui peuvent également proposer des ressources ou du personnel à l'appui des services d'information sur la santé publique dans les groupes sectoriels Santé activés;
- **Les partenaires des groupes sectoriels Santé aux niveaux national ou infranational**, qui doivent savoir ce qu'il convient d'attendre des équipes des groupes sectoriels Santé, et comment ils sont censés participer aux activités des services d'information sur la santé publique.

Il convient de noter que ces normes servent aussi de base aux activités continues de collecte de fonds pour la dotation en personnel des groupes sectoriels Santé partout dans le monde, pour la conception d'un programme de renforcement des capacités techniques pour toutes les fonctions des groupes sectoriels Santé et pour la présentation de services d'information sur la santé publique et d'applications dans tous les groupes sectoriels Santé activés. Les normes servent aussi de base à la version à venir du guide du groupe sectoriel Santé (2017), ce qui assurera la cohérence des deux documents.



2. SERVICES ATTENDUS D'UN GROUPE SECTORIEL SANTÉ ACTIVÉ

Le présent chapitre décrit les services d'information sur la santé publique particuliers qu'il convient d'attendre de tout groupe sectoriel Santé activé. Les groupes sectoriels Santé ne sont par conséquent pas censés assurer des services qui ne figurent pas dans cette liste et leurs performances seront évaluées en conséquence.

Conceptuellement, les services sont répartis en trois domaines d'informations, comme suit:

- **Situation sanitaire et menaces pour la santé des populations touchées**, notamment des informations sur *l'état de santé* actuel de la population touchée ou de groupes particuliers (mortalité, morbidité et leurs causes principales, statut anthropométrique de base) et sur les *menaces pour la santé* dans le contexte de la crise (maladies à tendance épidémique potentielles, traumatismes psychologiques, menaces liées à l'interruption des services ou des traitements, et autres menaces pour la santé publique imputables à la crise).
- **Disponibilité des ressources et des services de santé**, notamment des informations sur les services de santé préventifs et curatifs, les infrastructures, le personnel et les fournitures provenant des autorités sanitaires ou d'autres acteurs, ainsi que le degré d'accès effectif des populations touchées à ces services.
- **Performances du système de santé**, notamment des informations sur le simple rendement, la couverture, l'utilisation et la qualité (ou l'efficacité) des services de santé disponibles pour la population touchée par la crise.

Comme le montre le Tableau 1, les services sont encore répartis en i) un ensemble « **essentiel** » que tous les groupes sectoriels Santé activés, quel que soit le contexte, doivent fournir; ii) les services « **supplémentaires** » souhaitables que les groupes sectoriels Santé devraient s'efforcer de fournir également, mais qui peuvent être différés ou délibérément suspendus dans des situations où l'effectif et les ressources des groupes sectoriels santé sont insuffisants pour permettre de garantir leur qualité, ou lorsque des facteurs extérieurs comme une insécurité extrême ou le manque de temps entravent la prestation de tous les services à l'exception de l'ensemble essentiel; et iii) les services « **adaptés au contexte particulier** » qui peuvent être indiqués ou non, selon le scénario: des orientations supplémentaires sur ces services sont présentées ci-dessous.

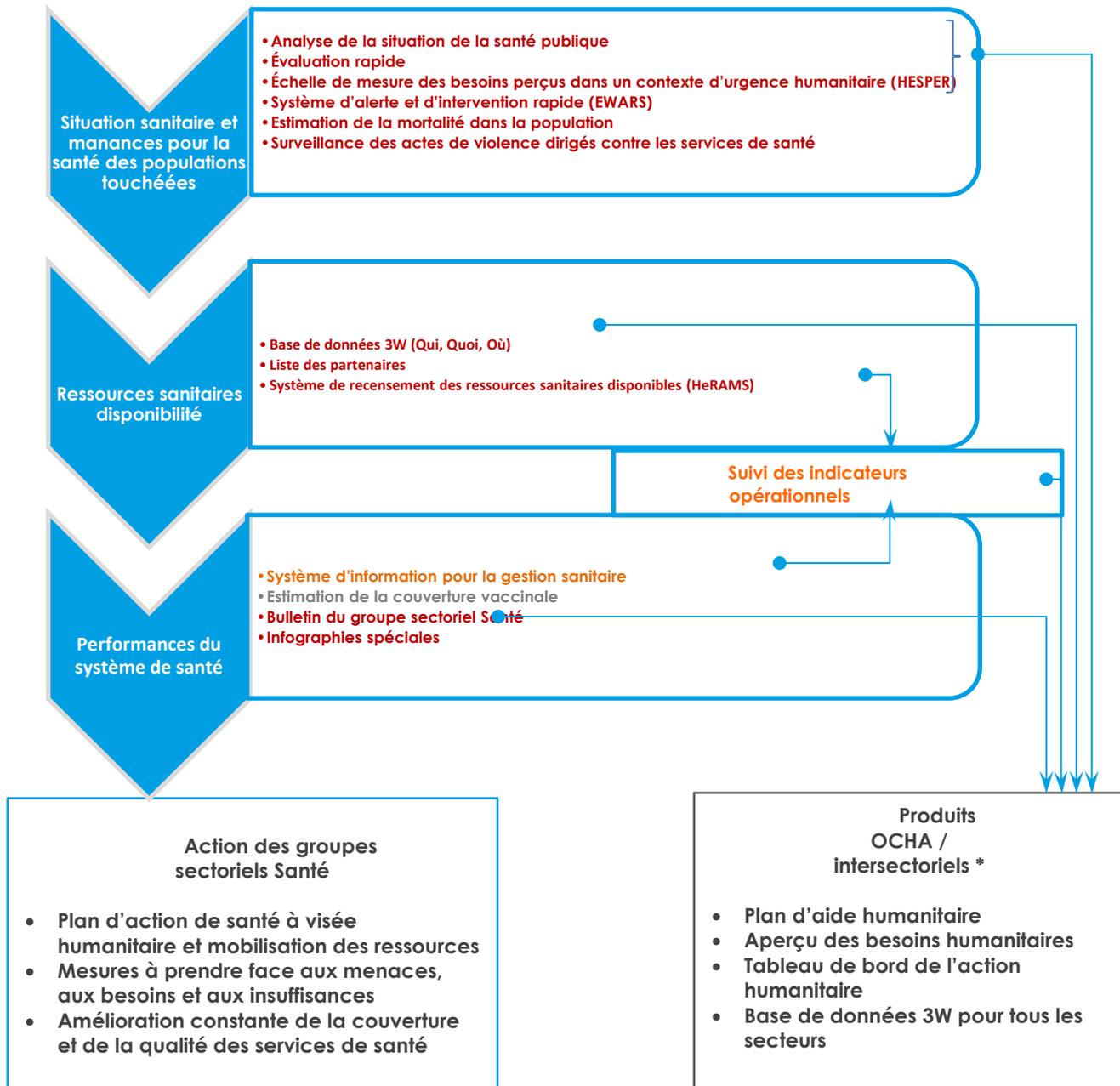
La **Figure 1** présente un arbre conceptuel des services, correspondant aux domaines d'information précités, et montrant comment certains produits des services d'information sur la santé publique sont surtout utiles aux groupes

sectoriels Santé, tandis que d'autres, notamment l'analyse de la situation de la santé publique, l'évaluation rapide, les bulletins des groupes sectoriels et la base de données 3W, guident directement les processus intersectoriels de gestion de l'information établis dans le cadre plus large de l'architecture de l'action humanitaire, à savoir la coordination globale par l'équipe de pays chargée de l'action humanitaire et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA)¹.

Cela signifie également que les activités de prestation de services d'information sur la santé publique des groupes sectoriels Santé doivent être harmonisées en permanence avec les activités intersectorielles de gestion de l'information, sans qu'elles se chevauchent.

¹ IASC (2008) Operational Guidance on Responsibilities of Cluster/Sector Leads & OCHIA in Information Management
<https://interagencystandingcommittee.org/node/2889>

Figure 1: Schéma d'opérations des services d'information sur la santé publique †



†Code couleur pour les services d'information: Rouge = services essentiels; Orange = services supplémentaires; Gris = services adaptés au contexte particulier. ; * Les informations qui contribuent à l'élaboration de produits OCHA/intersectoriels doivent d'abord être analysées et interprétées au niveau du groupe sectoriel Santé

Tableau 1: Services d'information sur la santé publique attendus des groupes sectoriels Santé, et ventilation des responsabilités concernant la prestation des services, par étape. Les acteurs responsables à chaque étape sont indiqués en caractères gras.

	SERVICE	ADAPTATION LOCALE	ORGANISATION	COLLECTE DES DONNÉES	ANALYSE	INTERPRÉTATION	DIFFUSION	ACTION
SITUATION SANITAIRE ET MANANCES POUR LA SANTE DES POPULATION TOUCHÉES	Analyse de la situation de la santé publique	IMO, HCC	sans objet	IMO , GHC Unit, HC Partners	sans objet	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Évaluation rapide	IMO, HCC , PHO, HC partners	IMO (avec OCHA)	HC Partners	IMO	IMO, HCC , PHO, HC partners	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (HESPER)	IMO, HCC , PHO	IMO	IMO , HC Partners	IMO	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)	IMO, HCC , PHO	IMO	HC Partners	IMO	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO, épidémiologiste
	Estimation de la mortalité dans la population	IMO, HCC , PHO, épidémiologiste	IMO, HCC , PHO, épidémiologiste	IMO , épidémiologiste	IMO, épidémiologiste	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé	IMO, HCC , PHO	IMO	HC Partners	IMO	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
SANITAIRES DISPONIBILITÉ	Base de données 3W (Qui, Quoi, Où)	IMO, HCC , PHO	IMO	HC Partners	IMO	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Liste des partenaires	n/a	IMO	IMO	sans objet	sans objet	IMO, HCC , communautés	sans objet

PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE	Système de recensement des ressources sanitaires (ou des services de santé) disponibles (HeRAMS)	IMO, HCC , PHO	IMO	HC Partners	IMO	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Système d'information pour la gestion sanitaire	IMO, HCC , PHO	IMO	HC Partners	IMO , HC Partners	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Estimation de la couverture vaccinale	IMO, HCC , PHO	IMO, épidémiologiste	IMO, épidémiologiste	IMO, épidémiologiste	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Suivi des indicateurs opérationnels	IMO, HCC , PHO	IMO	IMO	IMO	IMO, HCC , PHO	IMO, HCC , communautés	HCC , PHO
	Bulletin du groupe sectoriel Santé	IMO, HCC , PHO	sans objet	IMO	sans objet	sans objet	IMO, HCC , communautés	sans objet
	Infographies spéciales	sans objet	sans objet	IMO	IMO	sans objet	IMO, HCC , communautés	sans objet

† **Rouge** = services essentiels; **Orange** = services supplémentaires; **Gris** = services dépendants du contexte.

Légende du tableau

IMO = agent de gestion de l'information

HCC = coordonnateur du groupe sectoriel Santé

PHO = agent de santé publique

HC partners = partenaires du groupe sectoriel Santé

GHC = groupe sectoriel mondial pour la santé

2.1 Description des services

Les différents services sont brièvement décrits ci-après. Les orientations relatives aux méthodes et aux approches ne figurent pas dans le présent document mais seront rassemblées dans un outil accessible sur les services d'information sur la santé publique des groupes sectoriels Santé (voir la **Section 1.10**), qui pourra être consulté sur le site Web du groupe sectoriel mondial pour la santé, et qui fera partie d'un programme de développement professionnel fondé sur les compétences pour les services d'information sur la santé publique des groupes sectoriels Santé (voir la **Section 6**)

Analyse de la situation de la santé publique

L'analyse de la situation de la santé publique est un document de référence qui fait d'abord la synthèse des données déjà disponibles (les données secondaires), issues d'un large éventail de sources, sur les conditions épidémiologiques, les besoins sanitaires existants et les menaces possibles pour la santé de la population touchée par une crise, et qui est ensuite actualisé au fur et à mesure de la collecte de nouvelles informations (notamment issues des données primaires). Ce document détermine les grands domaines dans lesquels une action de santé est nécessaire en cas de crise et pour le relèvement après la crise. Il est utile pour la préparation comme pour la planification de la riposte.

L'analyse de la situation de la santé publique s'inscrit dans le prolongement des évaluations des risques pour la santé publique publiées antérieurement par l'OMS, essentiellement axées à ce jour sur les maladies infectieuses. Elle donne des informations sur l'ampleur des problèmes et des menaces prévus pour la santé, la désorganisation du système de santé et les besoins du système de santé, et résume les principaux domaines nécessitant des mesures de santé publique.

L'analyse de la situation de la santé publique fournit des informations et des recommandations pour d'autres produits ou processus synthétiques appartenant aux groupes sectoriels Santé ou au Bureau de la coordination des affaires humanitaires (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)(OCHA), notamment le Bulletin du groupe sectoriel Santé (voir ci-dessous), l'évaluation multisectorielle rapide initiale (voir ci-dessous) ou l'aperçu des besoins humanitaires.

Évaluation rapide

L'évaluation multisectorielle rapide initiale (Multi Intersectoral Rapid Assessment) (MIRA) est le principal moyen intersectoriel permettant de procéder à des évaluations rapides conjointes. Elle inclut des options pour la réalisation d'observations, d'entretiens avec des informateurs clés, de discussions de groupe, et d'enquêtes auprès des ménages pour résumer la situation dans les différents secteurs, notamment celui de la santé. L'approche MIRA recouvre un ensemble d'outils normalisé et souple, et la contribution des groupes sectoriels Santé à ce système d'évaluation dépendra du scénario et de la disponibilité, ou de la possibilité de recueillir, des informations. La contribution minimale des groupes sectoriels Santé à l'évaluation multisectorielle rapide initiale consistera notamment à:

- Regrouper les analyses de la situation de la santé publique pour garantir la prise en compte des besoins essentiels du secteur de la santé dans les produits de l'évaluation multisectorielle rapide initiale.
- Appuyer la conception d'évaluations multisectorielles rapides initiales (sélection des indicateurs et des méthodes, par exemple), la formation à la collecte des données, l'interprétation et l'action par les partenaires des groupes sectoriels Santé; il convient de noter que la collecte des données pour l'évaluation multisectorielle rapide initiale incombe d'ordinaire aux équipes du Bureau de la coordination des affaires humanitaires et non à des groupes sectoriels à titre individuel.
- Procéder à une évaluation de l'échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale)(HESPER) (voir ci-dessous).
- Revoir le compte rendu.
- Dans le cadre des activités d'évaluation rapide, elle pourra aussi consister à:
 - Organiser et coordonner des évaluations rapides plus approfondies de la situation sanitaire (autres que l'échelle HESPER) couvrant la totalité de la population touchée par la crise ou des sites particuliers.
- Aider les partenaires des groupes sectoriels Santé à mettre en œuvre leurs propres évaluations rapides de la situation sanitaire locale par les moyens suivants:
 - Appui technique, comme des conseils relatifs aux méthodes et aux indicateurs, à la manière d'organiser la collecte des données ou à la manière d'analyser et d'interpréter les informations; dans la plupart des situations cet appui n'inclut pas la mise en œuvre effective des évaluations locales au nom de ces partenaires, bien que les groupes sectoriels Santé puissent parfois aider un partenaire à mener à bien cette activité.
 - Harmonisation des évaluations rapides de la situation sanitaire effectuées par les partenaires des groupes sectoriels Santé.
- Appuyer la réalisation d'enquêtes spécialisées concernant des domaines de santé qui présentent des aspects techniques tels les incapacités, les soins des maladies non transmissibles ou la santé mentale.
- La **Section 4.1** fournit également des orientations supplémentaires.

Échelle HESPER

L'échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (HESPER) est une méthode qui permet d'évaluer de façon pertinente et fiable les besoins perçus des populations touchées par des crises de grande ampleur. Bien que la méthode soit récente et n'ait pas encore été mise en œuvre sur une grande échelle, elle est préférable aux outils d'évaluation rapide conçus spécialement, car elle privilégie le point de vue des bénéficiaires, et utilise un questionnaire qui a été validé scientifiquement. La méthode, de plus, est adaptée aux évaluations intersectorielles coordonnées car elle étudie les besoins perçus des bénéficiaires sans se limiter à la santé. Les informations fournies par l'échelle HESPER compléteront les données secondaires et les autres informations liées à l'évaluation pour

composer, et actualiser, l'analyse de la situation de la santé publique (voir la **Section 4.1**).

Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)

Vu l'accroissement du risque d'épidémie dans la plupart des scénarios de crise, il est impératif de détecter et de combattre les flambées dès qu'elles se produisent. Un système d'alerte et d'intervention rapide (Early Warning Alert and Response System) (EWARS), qui vise à réduire le nombre des cas et des décès pendant une flambée de maladie infectieuse, se compose comme suit:

- un réseau de prestataires de soins de santé qualifiés et d'établissements de santé;
- une liste type des maladies et des événements sanitaires sous surveillance;
- la définition normalisée des cas pour ces maladies et événements de santé, et les instruments de collecte des données;
- une application de terrain appropriée, du matériel (téléphones, par exemple) et une connectivité pour permettre la notification immédiate des données et les retours d'informations sur les alertes et les performances du système;
- des seuils localement appropriés pour la déclaration d'une alerte et les investigations connexes;
- un registre des alertes, pour enregistrer toutes les alertes déclenchées par le système et pour servir de base aux étapes de la vérification des alertes et, en cas de besoin, de l'évaluation des risques et de leur qualification;
- des plans locaux de préparation et d'intervention pour décrire un ensemble de procédures et de responsabilités préalablement convenues pour la confirmation des flambées et la riposte. Cela inclut les personnels désignés à l'avance pour mener l'investigation sur l'alerte et les premières activités de riposte; des modes opératoires normalisés pour la collecte, le stockage et le transport des échantillons, et leur confirmation au laboratoire; et des fournitures, du matériel et des médicaments essentiels préalablement mis en place pour le lancement d'une intervention initiale;
- des bulletins épidémiques fréquents pour décrire l'évolution de la surveillance, l'efficacité des alertes et l'état d'avancement des mesures de riposte, accompagnés de la communication d'informations à tous les établissements et tous les partenaires participant au système d'alerte et d'intervention rapide;
- un cadre pour le suivi et l'encadrement ininterrompus du système EWARS pendant sa mise en œuvre, et pour son évaluation à la fin du déploiement;
- À titre d'indication, un système EWARS recueillera des données sur 12 ou 14 maladies ou événements sanitaires au maximum, et le choix sera fait conjointement avec le ministère de la santé et orienté par divers critères dépendant des questions suivantes, notamment:
- La maladie a-t-elle des effets importants sur la santé (en termes de morbidité, d'incapacités et de mortalité) ?
- A-t-elle un fort potentiel épidémique (choléra, méningite, rougeole, par exemple)?
- Est-elle particulièrement ciblée par un programme de lutte national, régional ou international?

- Les informations recueillies conduiront-elles à des mesures de santé publique importantes et économiquement efficaces?

Un système d'alerte et d'intervention rapide peut détecter une épidémie de deux manières: i) par des alertes basées sur l'événement, à savoir la communication immédiate d'une alerte par les prestataires de services de santé; ou ii) des alertes fondées sur des indicateurs, c'est-à-dire l'analyse des rapports réguliers (en principe hebdomadaires). Un système EWARS ne se limite cependant pas à la collecte de données et doit inclure des mesures de santé publique et une riposte appropriées en cas d'alerte.

Si une flambée est confirmée, un système EWARS doit être capable de s'adapter et de riposter de façon appropriée, notamment par une surveillance active et l'établissement d'une liste des cas, la publication de bulletins régulier sur les flambées incluant une courbe épidémique, et le suivi d'autres indicateurs de performance clés.

Un système EWARS ne pourra toutefois pas, à lui seul, surveiller l'évolution d'une épidémie confirmée, ou effectuer une étude épidémiologique descriptive ou analytique: des investigations particulières et une surveillance pourront être nécessaires en pareil cas.

Un système d'information pour la gestion sanitaire (voir plus loin dans le présent chapitre) devra être utilisé pour surveiller une liste plus complète de causes de morbidité et de mortalité en cours d'emploi. Un système EWARS devrait en fait être considéré comme complémentaire au système d'information pour la gestion sanitaire, avec un chevauchement minimal entre les deux et une fréquence de notification différente. La fonctionnalité d'un système EWARS fondée sur l'événement n'exige qu'une quantité limitée de données et peut être mise en œuvre rapidement, sans même nécessiter la communication de données sur l'incidence.

Estimation de la mortalité dans la population

La mortalité dans la population, soit le taux de décès dans la population touchée, est une mesure clef de l'état de santé physique et elle aide à situer la gravité générale d'une crise. Le taux brut de mortalité et le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont les indicateurs les plus couramment utilisés de la mortalité dans la population lors d'une crise.

L'estimation de la mortalité peut être effectuée:

- sur une base exceptionnelle, le plus couramment au moyen d'une enquête rétrospective par sondage auprès des ménages (ainsi appelée parce que les informations sur les décès et les autres événements démographiques dans les ménages sont recueillies sur une période passée, en d'autres termes l'enquête estime toujours la mortalité passée et non la mortalité présente); d'autres méthodes d'estimation recourant au modèle statistique prédictif, à l'estimation capture-recapture ou aux entretiens avec des informateurs clés, ont été utilisées ou mises à l'essai mais elles nécessitent des compétences techniques spéciales (voir les orientations à la **Section 4.50**);

- sur une base continue, au moyen d'un système communautaire de surveillance de la mortalité reposant sur la collecte régulièrement actualisée de données par des visiteurs à domicile, ou des compteurs de tombes dans les contextes où tous les morts sont inhumés dans les cimetières. Il convient de noter que dans la quasi-totalité des situations de crise, le fait de tenir compte uniquement des décès qui surviennent dans les établissements de santé conduit à sous-estimer sérieusement la mortalité totale.
- Les estimations de la mortalité à partir d'une enquête ou d'un autre exercice unique doivent être présentées dans un rapport autonome contenant des méthodes reproductibles et des résultats convenablement stratifiés, et incluant les biais d'attrition de l'enquête, et une section portant sur les éventuelles sources de biais et recommandant des mesures fondées sur les résultats. Un tel rapport présentera en annexe tous les instruments de collecte des données. Un système prospectif de surveillance de la mortalité pourra aussi publier des bulletins succincts à intervalles réguliers (hebdomadaires ou mensuels – voir la **Section 4.50**), indiquant le nombre d'habitants qui font l'objet de la surveillance, le nombre brut de décès par classe d'âge (et par localité: voir les orientations à la **Section 4.50**), et les taux de décès pour la période couverte par le bulletin, avec des graphiques indiquant les tendances.

Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé

La surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé est un système de collecte, d'analyse et de notification des actes de violence dirigés contre les établissements, le matériel et les personnels de santé, et les patients. Elle consiste à réunir des informations sur ces attaques destinées à entraver l'accès aux services de soins de santé ou leur prestation. Les groupes sectoriels Santé peuvent utiliser ces informations pour produire les données sur lesquelles reposeront les approches stratégiques assurant une prestation sûre/plus sûre des soins de santé et/ou appuyant la sensibilisation nationale à la protection du droit à l'accès aux soins. Le service de surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé inclut i) un processus d'« alerte » (premier enregistrement d'une attaque notifiée par un acteur du domaine de la santé, quel qu'il soit); ii) la « vérification » de l'attaque en collaboration avec les acteurs du domaine de la protection ou de la défense des droits de l'homme; et iii) l'analyse et la publication informatisées des résultats, soumis à l'interprétation d'un groupe spécial chargé de la surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé et/ou d'autres acteurs.

Base de données 3W

La base de données 3W ('Who does What, Where ?') (« Qui fait Quoi et Où ? ») enregistre systématiquement les activités des partenaires des groupes sectoriels Santé dans l'ensemble de la population touchée, renforçant ainsi l'analyse des insuffisances de la riposte, de la planification et de la coordination des acteurs, notamment des organismes nouvellement venus, qui ont besoin d'orientations quant à leur positionnement géographique et au déficit de services existant. La base de données 3W des groupes sectoriels Santé alimente ensuite la base de données 3W multisectorielle dépendant du Bureau de la coordination des

affaires humanitaires. Elle est censée compléter le système de recensement des ressources sanitaires (ou des services de santé) disponibles (HeRAMS) (voir ci-dessous). Tandis que la base de données 3W suit et enregistre l'activité des partenaires et leurs domaines thématiques d'activité (santé génésique, par exemple), et se concentre sur les activités autres que la prestation directe de services (activités financières, de formation, par exemple), le système HeRAMS suit et enregistre la disponibilité des services à chaque point de prestation de services. La base de données 4W ajoute une dimension temporelle supplémentaire (Qui fait Quoi, Où et Comment), pour enregistrer quand et pendant combien de temps les organismes mènent leurs activités sur le terrain.

Liste des partenaires

La liste des partenaires est une base de données continuellement mise à jour des coordonnées des partenaires des groupes sectoriels Santé, des organismes observateurs et des autres acteurs importants des groupes sectoriels Santé, notamment les interlocuteurs individuels pour différents domaines d'activités, recueillies pour faciliter la communication entre les organismes et le travail des équipes de coordination des groupes sectoriels Santé. La liste peut inclure les coordonnées d'interlocuteurs fournies par le ministère de la santé, issues des mécanismes existants de coordination du secteur de la santé, d'organisations associées au secteur depuis longtemps, et du bouche à oreille. Le cas échéant, la liste peut être communiquée au Bureau de la coordination des affaires humanitaires à l'appui de la coordination intersectorielle. La liste peut inclure des informations sur les opérations et les capacités, mais elle ne doit pas faire double emploi avec la base de donnée 3W ni avec le système HeRAMS (voir ci-dessous).

Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (The Health Services Availability Monitoring System) (HeRAMS)

Le système de recensement des ressources sanitaires (ou des services de santé) disponibles est conçu pour surveiller systématiquement la disponibilité des services de santé pour les populations touchées. Il enregistre tous les points de prestation de services de santé dans la zone touchée par la crise, par niveau (de la communauté aux malades hospitalisés) et par type; les ressources humaines en place à ces points de prestation; les partenaires des groupes sectoriels Santé chargés de la mise en œuvre des activités; et les infrastructures; et il fournit des détails sur les services, par domaine thématique (prise en charge intégrée des maladies de l'enfance; soins pré- et post-natals; prise en charge des traumatismes; santé mentale, etc.) qui sont effectivement proposés à chaque point.

La principale fonction du système HeRAMS est de surveiller la disponibilité et la fonctionnalité des services de santé, de déterminer si les ensembles de services de santé dispensés par les partenaires des groupes sectoriels Santé ou les autorités sanitaires locales sont adaptés aux besoins de santé publique, et de reconnaître, le cas échéant, les services manquants et de prendre les mesures voulues.

Il est important de noter que le système HeRAMS ne doit pas être mis en œuvre ou traité comme une enquête transversale isolée sur les établissements de

santé à un moment donné, mais qu'il doit être conçu comme un système de suivi prévisionnel de la disponibilité des services de santé.

Le poids de la collecte des données et la collaboration nécessaire de tous les services ont souvent contribué à retarder leur publication, réduisant de ce fait leur utilité pour l'action. Les nouvelles technologies (voir la section 3) facilitent toutefois désormais le suivi continu, avec l'actualisation en temps réel des données à chaque point de prestation des services de santé, au fur et à mesure des changements, et la disponibilité ininterrompue des informations pour tous les partenaires des groupes sectoriels Santé, garantissant ainsi la rapidité de l'action.

Système d'information pour la gestion sanitaire (Health Management Information System) (HMIS)

Un système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) recueille, analyse et publie les données émanant des prestataires et des établissements de soins de santé sur les causes de consultation et d'hospitalisation, les services dispensés (nombre de consultations prénatales, par exemple), et (au moins dans les services d'hospitalisation) les issues cliniques pour les patients. Les données du système HMIS, seules ou associées aux chiffres relatifs à la population de la zone couverte, servent à élaborer divers indicateurs de la morbidité et de la mortalité proportionnelles et absolues, de l'utilisation des services et de la qualité des soins. Ces indicateurs servent de base à la planification, à la gestion et à la prise des décisions au niveau de l'établissement de santé et globalement, comme la planification à l'échelon du district par le ministère de la santé. Un système HMIS couvre les personnes qui recueillent et analysent les données et agissent sur ces bases; les indicateurs types qui font l'objet du suivi; les instruments et les méthodes de collecte des données; la plate-forme informatique et l'application de saisie, de gestion et d'analyse des données; et les procédures applicables au flux des données, aux audits, à la notification et à l'action.

La quasi-totalité des pays disposent d'un système HMIS, mais en cas de crise, la plupart sont fortement désorganisés et dysfonctionnent. Les organismes (telles les ONG) qui dispensent directement des services de santé ou prêtent appui aux services du ministère de la santé existants ont également besoin de recueillir des données pour les diffuser, planifier les achats de produits pharmaceutiques sur la base des schémas de morbidité, et pour suivre l'utilisation et la qualité des services. À ces fins, ils sont souvent appelés à établir des systèmes de collecte des données dont la complexité et l'efficacité varient mais qui remplissent certaines, voire la totalité, des fonctions d'un système HMIS.

Les services d'un système HMIS d'un groupe sectoriel Santé consistent à:

- prêter appui à tous les partenaires du groupe sectoriel Santé, notamment les autorités sanitaires locales, pour améliorer et relever tous les aspects de leur système HMIS, au moyen d'activités de formation, d'un appui en cours d'emploi et de l'introduction d'une application approuvée par le groupe sectoriel Santé (voir la section 0.0);

- harmoniser les différents systèmes HMIS mis en œuvre par les partenaires du groupe sectoriel Santé, en introduisant un ensemble commun d'indicateurs, d'instruments et de méthodes de collecte des données, d'ensemble de données des établissements de santé, d'hypothèses relatives à la population de la zone touchée, d'applications, etc.;
- publier régulièrement des bulletins sur le système HMIS couvrant tout le groupe sectoriel Santé et contenant des analyses informatiques des principaux indicateurs;
- aider à rendre le système HMIS du groupe sectoriel Santé aussi inter-opérationnel et cohérent que possible par rapport aux systèmes HMIS existants utilisés par les autorités sanitaires, et transférer de façon responsable le système HMIS du groupe sectoriel Santé aux autorités sanitaires locales lors de la désactivation du groupe ;
- en l'absence de système HMIS antérieur, le groupe sectoriel Santé aidera les autorités sanitaires locales et les partenaires du groupe sectoriel Santé à établir un système HMIS.

Le groupe sectoriel Santé utilisera également ce système pour planifier les activités, détecter et corriger les problèmes de couverture et/ou de qualité de grande ampleur, et publier les principaux indicateurs de performance du système de santé.

Il convient néanmoins de noter qu'un système HMIS n'est pas l'instrument approprié pour détecter et/ou surveiller les épidémies (voir le système EWARS ci-dessus).

Estimation de la couverture vaccinale

La vaccination, préventive ou consécutive à une épidémie, est un pilier des interventions de santé publique dans les populations touchées par une crise, et elle peut réduire la charge de morbidité due à une gamme croissante de maladies infectieuses².

La couverture vaccinale, soit la proportion du groupe de population cible qui a reçu la dose correcte du vaccin à un âge défini (la proportion des enfants auxquels a été administrée la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche avant l'âge de 12 mois, par exemple), est un indicateur essentiel pour évaluer le travail des services de vaccination, estimer le risque d'épidémie, et déterminer si des activités de vaccination correctives sont nécessaires et quelles seraient les stratégies les plus efficaces pour de telles activités (approches géographiques ciblées ou amélioration de la vaccination dans toute la région).

Si la population est stable et solidement quantifiée, et à condition que des données fiables soient recueillies sur le nombre des personnes vaccinées, la couverture pourra être estimée au moyen d'une méthode administrative simple, associant les données relatives au programme (numérateur) et les données

² WHO (2013) Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92462/1/WHO_IVB_13.07_eng.pdf

relatives à la population cible (dénominateur). Une enquête sur la couverture vaccinale basée sur un échantillon représentatif de membres de la population cible pourra toutefois être nécessaire pour évaluer précisément la couverture lorsque les chiffres relatifs au programme ou à la population ne sont pas jugés solides. Une telle enquête pourra également tenter de fournir des estimations ou des décisions concernant la classification binaire (revacciner; ne pas revacciner) pour des sous-sections géographiques de la population (par sous-district ou secteur d'un camp).

Quelle que soit la méthode choisie, les estimations de la couverture vaccinale sont en général présentées dans un rapport autonome succinct contenant des méthodes d'estimation reproductibles et des résultats convenablement stratifiés, et incluant les biais d'attrition des enquêtes (non-réponses), et une section portant sur les sources de biais possibles dans les estimations et recommandant des mesures fondées sur les résultats.

Suivi des indicateurs opérationnels

Le service de suivi des indicateurs opérationnels rassemble et publie un groupe retreint d'indicateurs de performance essentiels concernant l'action du groupe sectoriel Santé dans son ensemble. Ces indicateurs comprennent des chiffres bruts sur les « produits » (nombre de consultations externes, nombre de personnes vaccinées, nombre de naissances en présence de personnel qualifié, nombre d'interventions chirurgicales, par exemple).

Le service de suivi des indicateurs opérationnels ne recueille pas des données primaires. Il saisit les données produites par les partenaires des groupes sectoriels Santé et d'autres systèmes, tel le système HIMS (voir ci-dessus). Le processus mis en œuvre est nécessairement différent pour chaque groupe sectoriel Santé, selon les sources de données disponibles. L'objectif du service de suivi des indicateurs opérationnels est de fournir des informations essentielles pour les tableaux de bord au niveau supérieur (relevant du Bureau de la coordination des affaires humanitaires, par exemple) et les comptes rendus des activités humanitaires. Il est moins utile pour la surveillance de la couverture et de la qualité de la riposte ou du travail de chaque partenaire d'un groupe sectoriel Santé.

Bulletin du groupe sectoriel Santé

Le Bulletin du groupe sectoriel Santé est une publication fréquente qui donne un aperçu des principaux besoins en santé publique, des informations sanitaires essentielles, y compris les tendances et les activités des partenaires des groupes sectoriels Santé. Le Bulletin type d'un groupe sectoriel Santé présentera la structure suivante:

- page de couverture incluant le titre, la désignation de la crise, la période couverte par le rapport, les partenaires du groupe sectoriel Santé et les observateurs;
- points saillants de la période écoulée (depuis la publication du précédent bulletin);
- informations issues des évaluations sanitaires effectuées pendant la période couverte;

- informations émanant de différents systèmes de surveillance / suivi pendant la période couverte;
- résumé des besoins et des insuffisances pendant la période couverte;
- informations au sujet/émanant des réunions de coordination pendant la période couverte;
- activités de l'organisme pendant la période couverte; renforcement des capacités pendant la période couverte ;
- fonds sollicités et reçus pendant la période couverte;
- informations utiles concernant les personnes à contacter notamment les personnels clés à chaque niveau infranational où se poursuivent des activités humanitaires;
- le Bulletin du groupe sectoriel Santé a pour objet principal de tenir tous les partenaires du groupe sectoriel Santé et les autres acteurs informés.

Infographies spéciales

L'infographie désigne toute représentation visuelle d'informations destinée à améliorer la connaissance et par conséquent la compréhension de schémas de données et d'observations essentielles. L'infographie au service de l'information sur la santé publique peut inclure:

- des tableaux;
- des graphiques;
- des diagrammes;
- des tableaux de bord;
- des cartes, qui peuvent inclure des strates de données sur les risques sanitaires (cas de maladies, par exemple), les ressources (nombre de kits pharmaceutiques préalablement mis en place) ou les services (établissements de santé par type, par exemple).

Les infographies sont en général réalisées à la demande du coordonnateur d'un groupe sectoriel Santé ou par un agent de gestion de l'information pour compléter et aider à illustrer des documents provenant d'autres services de santé publique, comme l'analyse de la situation de la santé publique, un Bulletin d'un groupe sectoriel Santé, ou un rapport du système de recensement des ressources sanitaires disponibles. Les infographies peuvent occasionnellement être présentées comme un produit d'information unique, ou être incluses dans des exposés destinés à divers publics.

2.2 Parties prenantes et responsabilités du service d'information sur la santé publique

Étapes de la prestation des services

Aux fins de la planification, de la définition des domaines de compétence, et de l'attribution des responsabilités, la prestation de chaque service est répartie en étapes successives distinctes, comme présenté et défini ci-après:

- **Adaptation locale:** cette étape concerne la décision de créer un service particulier, notamment si celui-ci ne fait pas partie du programme de base du système d'information sur la santé publique (décider, par exemple, si les conditions se prêtent à la mise en place d'un système d'information pour la gestion sanitaire couvrant tout le groupe sectoriel Santé, ou si une estimation de la mortalité est justifiée); et la définition des principaux paramètres du service qui dépendent du contexte (le choix des indicateurs à inclure dans l'évaluation sanitaire rapide; la définition des syndromes à tendance épidémique, les seuils d'alerte et les établissements qui participeront au système d'alerte et d'intervention rapide; les estimations de la mortalité dans la population et de la période couverte qui seront calculées; la question de savoir si une estimation administrative de la couverture vaccinale est appropriée ou si une enquête est nécessaire; etc.).
- **Organisation:** cette étape recouvre essentiellement l'adaptation d'une application et la méthode générale qui accompagne les services, compte tenu de l'infrastructure du système d'information sur la santé publique existante. L'organisation peut également inclure le modèle épidémiologique d'une enquête auprès des ménages; l'élaboration des questionnaires et l'achat d'autres ressources pour la collecte de données; les autorisations des autorités pertinentes; et la sélection et la formation des préposés à la collecte des données avec au besoin des essais pilotes sur le terrain.
- **Collecte des données:** il s'agit du processus de collecte des données, soit comme un exercice ponctuel soit sur une base continue; cette étape inclut l'audit et l'examen de la collecte des données, et la prise de mesures pour résoudre les éventuels problèmes relevés.
- **Analyse:** cette étape concerne la gestion des données papier, la saisie et la gestion des dossiers électroniques et les analyses (manuelles ou informatiques) des données pour la production du bulletin, de rapports ou des autres produits d'information attendus pour chaque service.
- **Interprétation:** cette étape inclut l'analyse critique des résultats, compte tenu des éventuelles sources de biais, et la triangulation avec les autres informations existantes; et le choix, sur la base des résultats, des mesures appropriées, notamment des interventions de santé publique, la sensibilisation, la mobilisation de ressources, le suivi et les autres activités de coordination.
- **Diffusion:** cette étape vise, outre la communication sans délai des produits d'information au groupe sectoriel Santé et aux autres acteurs pertinents, l'adaptation de ces produits sous forme d'exposés ou d'autres types de communication.
- **Action:** cette dernière étape recouvre la planification et l'exécution, ou le contrôle et la coordination de l'exécution, des mesures précitées. Il pourra s'agir par exemple de riposter à une flambée épidémique détectée au moyen du système d'alerte et d'intervention rapide; de tenter de remédier à l'insuffisance des services observée sur un site particulier par le système de recensement des ressources sanitaires disponibles; ou de mener une campagne de sensibilisation pour réduire l'incidence des attaques dirigées contre les services de santé.

Responsabilité de la prestation des services

Il est important que le personnel et les partenaires d'un groupe sectoriel Santé ne considèrent pas que la responsabilité de la prestation des services d'information sur la santé publique incombe au seul agent de gestion de l'information. Les agents de gestion de l'information doivent disposer des compétences techniques et des ressources nécessaires pour assurer ou superviser l'organisation, la collecte et l'analyse des données (voir la section 6). Ils peuvent par ailleurs prêter appui et jouer un rôle de conseil pour toutes les autres étapes. L'adaptation locale, l'interprétation, la diffusion et l'action doivent par ailleurs relever principalement du coordinateur du groupe sectoriel Santé ou des agents de santé publique pour des services comme le système d'alerte et d'intervention rapide qui nécessitent des compétences approfondies en matière de lutte contre les maladies (voir la section 6). Dans la pratique, une collaboration est nécessaire entre les différentes fonctions du groupe sectoriel Santé pour mener à bien les étapes du processus décisionnel précitées. La responsabilité de leur exécution incombera cependant en général au coordonnateur du groupe sectoriel Santé.

Si une fonction du groupe sectoriel Santé n'est pas assurée (en l'absence d'un agent de santé publique ou d'un agent de gestion de l'information, par exemple), la responsabilité par défaut en incombera au coordonnateur du groupe sectoriel Santé. Il est cependant hautement improbable qu'un groupe sectoriel Santé qui ne dispose pas au minimum d'un agent de gestion de l'information dans son équipe de coordination soit capable de dispenser efficacement l'un ou l'autre des services, hormis la tenue d'une liste des partenaires et le maintien de la base de données 3W, et l'élaboration d'un bulletin hebdomadaire du groupe sectoriel (voir à la section 5.2 l'effectif requis pour un service d'information sur la santé publique).

Les partenaires d'un groupe sectoriel Santé sont également responsables, notamment pour ce qui est des services pour lesquels la collecte des données est de leur ressort. L'accès aux données et leur analyse informatique par les partenaires sont possibles grâce à des applications accompagnant les services (voir le chapitre 0). Les partenaires d'un groupe sectoriel Santé sont également considérés dans tout le présent document comme responsables des mesures à prendre compte tenu des résultats obtenus par le service d'information sur la santé publique.

Il pourra être fait appel à l'occasion à un épidémiologiste expérimenté, spécialisé dans l'investigation et la surveillance des épidémies ou la conduite d'enquêtes de terrain complexes, pour des estimations de la mortalité dans la population, par exemple. Le recours à un épidémiologiste sera réservé à des services particuliers et sur une période limitée.



3. NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT DES APPLICATIONS ET ORIENTATIONS POUR CHAQUE SERVICE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Le présent chapitre donne un bref aperçu de la disponibilité actuelle et/ou de l'état d'avancement des applications recommandées par le groupe sectoriel mondial pour la santé aux fins de la collecte et de l'analyse des données, et des orientations pour leur emploi, plus généralement pour la mise en œuvre d'un service donné, ou l'interprétation des informations qui en découlent. Ce chapitre des normes évoluera par conséquent sensiblement dans les éditions futures.

Le **Tableau 2** résume la disponibilité actuelle des applications et des orientations, par service d'information sur la santé publique. Des notes d'orientation supplémentaires sont présentées ci-après.

Tableau 2: Disponibilité actuelle des applications et des orientations destinées à chaque Service d'information sur la santé publique

SERVICE	ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA MÉTHODE ET/OU DES APPLICATIONS	ÉTAT D'AVANCEMENT DES ORIENTATIONS	LANGUAGES AVAILABLE
Analyse de la situation de la santé publique (PHSA)	Pas disponible. Une application n'est pas justifiée pour ce service, mais des orientations aux fins de la réalisation d'une analyse de la situation de la santé publique ont été élaborées par l'équipe spéciale du service d'information sur la santé publique	Un modèle PHSA a été mis au point et il sera disponible avec les outils PHIS sur le site Web du groupe sectoriel mondial pour la santé	n/a
Évaluation rapide	<p>Évaluation multisectorielle rapide initiale (MIRA) (ne relevant pas du groupe sectoriel Santé): la méthode et des modèles MIRA sont disponibles, mais il n'existe pas d'application à l'appui de cette méthode.</p> <p>Pas de méthode normalisée pour les évaluations rapides axées sur la santé. Deux applications pour faciliter le choix des questions et la conception du questionnaire en cours d'élaboration par ACAPS et les CDC.</p>	Disponible pour MIRA	English, French, Russian, Spanish.
Échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (HESPER)	Méthode de mesure HESPER disponible . Une version simplifiée pour les situations d'urgence aiguë (HESPER allégée) est en cours d'élaboration et son utilisation est prévue pour 2017.	Disponible	English, French, Arabic, Urdu.
	Application EWARS OMS disponible	<p>Orientations génériques sur EWARS disponibles.</p> <p>Orientations sur l'application EWARS de l'OMS disponibles</p>	English
Estimation de la mortalité dans la population	<p>La méthode (SMART) de la surveillance et de l'évaluation normalisées des opérations de secours et de la transition permet, moyennant des enquêtes, d'estimer l'anthropométrie, la mortalité et la couverture vaccinale. Elle est principalement conçue pour des scénarios d'estimation relativement simples. Le logiciel ENA appuie la conception, la gestion des données et l'analyse de la mortalité et les enquêtes anthropométriques.</p> <p>Il n'existe pas de consensus concernant la surveillance prospective de la méthode ou</p>	<p>Disponible pour les enquêtes SMART et le logiciel ENA (voir liens à gauche).</p> <p>Également disponible pour la méthode de l'autopsie verbale de l'OMS (voir les liens à gauche).</p>	<p>SMART materials available in English, French, Spanish.</p> <p>Verbal autopsy materials available in English.</p>

	SERVICE	ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA MÉTHODE ET/OU DES APPLICATIONS	ÉTAT D'AVANCEMENT DES ORIENTATIONS	LANGUAGES AVAILABLE
		<p>d'autres approches parfaitement adaptées en cas de crise.</p> <p>La méthode de l'autopsie verbale de l'OMS et les matériels connexes sont également disponibles, mais pas sous forme simplifiée pour les situations de crise. D'autres applications pour l'analyse automatique des autopsies verbales sont également disponibles ici et ici.</p>		
	Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé	<p>L'OMS élabore actuellement un outil du nom de SSA (Système de surveillance des attaques dirigées contre les services de soins de santé), dont l'objet est de surveiller les attaques dont les services de soins de santé sont la cible et leur impact sur la prestation des services aux populations touchées par une situation d'urgence. Les versions initiales de cet outil ont été expérimentées et les enseignements tirés sont en voie d'intégration dans l'outil final. L'OMS et ses partenaires projettent d'appliquer le SSA dans les pays touchés par une situation d'urgence au cours du deuxième semestre de 2017.</p>	Non disponible	English
	Base de données 3W (Qui fait Quoi et Où)	Aucune méthode normalisée de l'application n'est disponible.	Non disponible	English
	Liste des partenaires	Peut être maintenue sur PRIME	sans objet	n/a
	Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS)	La méthode HeRAMS et la liste type des principaux services peuvent être obtenues sur demande à l'OMS, ainsi que plusieurs formulaires pour des contextes particuliers.	Non disponible	English, French, Arabic.
	Système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS)	<p>La plate-forme TWINE du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés est une option possible lors d'une phase aiguë, mais aucune option HMIS allégée n'est actuellement disponible</p> <p>La plate-forme logicielle DHIS2 devrait être envisagée pendant la phase prolongée. Voir les notes ci-dessous.</p>	<p>Pas d'orientations génériques disponibles sur la mise en place de HMIS dans les situations d'urgence.</p> <p>Manuels sur les plates-formes DHIS2 et TWINE disponibles (voir les liens à gauche).</p>	English, French, Arabic.

	SERVICE	ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA MÉTHODE ET/OU DES APPLICATIONS	ÉTAT D'AVANCEMENT DES ORIENTATIONS	LANGUAGES AVAILABLE
	Estimation de la couverture vaccinale	L'OMS dispose d'un manuel pour la méthode administrative, et elle actualise ses manuels bibliographiques pour les enquêtes sur la couverture vaccinale, notamment un cours en ligne, des questionnaires normalisés et des scripts d'analyse sous R/Stata. Voir les ouvrages de référence OMS. Il n'existe cependant pas d'application pour les enquêtes sur la couverture. Les matériels précités ne sont pas conçus pour les situations d'urgence et ils peuvent nécessiter une importante adaptation pour des contextes difficiles avec des données limitées pour le choix des échantillons.	Disponible (méthode administrative) ou en cours d'élaboration (enquête); voir lien à gauche.	English, French.
	Suivi des indicateurs opérationnels	Utilisation des principaux indicateurs de performance types des groupes sectoriels Santé ; peut bénéficier de l'appui de PRIME	Non disponible.	English
	Bulletin du groupe sectoriel Santé	Un modèle a été produit et il sera disponible avec les outils PHIS sur le site Web du groupe sectoriel mondial pour la santé	sans objet	n/a (country-specific).
	Infographie ponctuelle	ArcGIS (nom de marque) ou QGIS (accès libre) sont des applications disponibles pour la création de cartes, qui proposent des manuels d'utilisation complets.	sans objet	n/a (country-specific).

+**Rouge** = services essentiels; **Orange** = services supplémentaires ; **Gris** = services dépendant du contexte.

3.1 Notes supplémentaires

Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)

Le projet de système mondial OMS d'alerte et d'intervention rapide (EWARS) est une initiative destinée à renforcer les systèmes d'alerte et d'intervention rapide dans les situations d'urgence. Il aide les ministères de la santé et les partenaires du domaine de la santé en leur fournissant un appui technique, une formation et des outils de terrain. Cela inclut une **application en ligne pour ordinateurs et pour téléphones portables** qui peut être configurée rapidement et déployée dans les 48 heures suivant la déclaration d'une situation d'urgence. Il est conçu à l'intention des utilisateurs qui se trouvent aux avant-postes et il est destiné à fonctionner sur des théâtres d'opération difficiles et

éloignés. L'application est organisée autour des fonctions de santé publique essentielles :

- **Surveillance:** configurer et déployer rapidement des formulaires pour recueillir des données sur le terrain; soutenir la collecte de données hors ligne dans des lieux éloignés sur le terrain; présenter les rapports d'établissements ou communautaires, ou provenant de sources informelles (médias et communauté, par exemple); créer des rapports adaptés aux besoins pour analyser les données à l'aide de cartes, de diagrammes et de tableaux; obtenir des informations en retour par SMS, courriel et dans l'application;
- **Alerte:** recevoir une notification immédiate en cas de dépassement des seuils d'alerte; utiliser un registre d'alertes pour noter et vérifier chaque alerte; entamer des investigations sur les cas pour confirmer les alertes et s'en servir comme base d'une éventuelle déclaration de flambée épidémique; intégrer cette activité dans la surveillance de laboratoire pour garantir l'actualisation en ligne des résultats des analyses et leur disponibilité immédiate pour les partenaires;
- **Intervention:** déclencher une intervention en cas de flambée épidémique dès qu'une alerte est confirmée; recueillir tout un éventail de données pendant une riposte active à une flambée épidémique, depuis les alertes fondées sur des cas à l'investigation épidémiologique et à la confirmation au laboratoire; établir une analyse informatique des personnes, des lieux et de la durée au moyen de cartes, de diagrammes et de tableaux.

Le projet mondial EWARS fournit également un appui opérationnel direct pour l'établissement d'une surveillance des maladies, de l'alerte et de l'intervention même dans des théâtres d'opération très difficiles et éloignés. **EWARS in a box** est un kit de matériel très résistant, utilisable sur le terrain, nécessaire pour mettre en place des activités de surveillance ou de riposte dans des conditions de terrain sans connexion fiable à l'Internet ou au réseau électrique.

Un réseau complet de surveillance et d'évaluation, doté de normes et d'indicateurs pour suivre le travail du système EWARS, a été élaboré.

Système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS)

Près de 50 ministères de la santé et plusieurs grands organismes humanitaires actifs dans le domaine de la santé (Médecins Sans Frontières, the International Rescue Committee, Save the Children) adoptent de plus en plus l'application en libre accès système d'information sanitaire de district (District Health Information System 2) (DHIS2), d'une grande souplesse d'emploi et adaptable quel que soit le contexte, conçue par l'Université d'Oslo spécialement à l'appui des systèmes d'information pour la gestion sanitaire. L'application DHIS2 se caractérise par une vaste communauté de pratique, et des ouvrages d'apprentissage et d'appui technique.

L'organisation et le maintien de l'application DHIS2 pour toute une intervention d'un groupe sectoriel Santé nécessiterait toutefois un savoir-faire considérable concernant le logiciel, l'accord et la formation des partenaires du groupe sectoriel Santé, et l'utilisation soigneuse de questionnaires normalisés, des indicateurs et des modes opératoires normalisés des systèmes d'information pour la gestion sanitaire; les données de l'application DHIS2 doivent

également être hébergées dans un serveur sécurisé, ce qui peut nécessiter l'application de dispositions juridiques ou de protocoles d'accord entre les partenaires du groupe sectoriel Santé. Une fois mise en place, l'application DHIS2 peut être modifiée avec une grande souplesse pour tenir compte de nouveaux établissements de santé, de nouveaux indicateurs, etc. Des rapports informatiques permettant à chaque partenaire du groupe sectoriel Santé ou au groupe sectoriel Santé dans son ensemble de présenter instantanément aux donateurs les rapports exigés ou de surveiller la qualité du travail des services de santé, peuvent par ailleurs être mis en place : cet aspect particulier de l'application DHIS2, parallèlement à l'automatisation de la validation des données saisies, fait de cette plate-forme un substitut très efficace aux systèmes ponctuels (fondés sur Excel ou Access de Microsoft), mais seulement après une mise en place initiale onéreuse.

Il est improbable que les priorités concurrentes laissent assez de temps au personnel pendant la phase aiguë pour permettre au groupe sectoriel Santé de mettre solidement en place l'application DHIS2 comme la plate-forme de choix des services d'information pour la gestion sanitaire. Aucune version plus légère de l'application DHIS2 pour les situations d'urgence n'a encore été conçue. La plate-forme TWINE du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, utilisée pour son système d'information sanitaire, est une option relativement facile d'emploi qui ne nécessite pas une importante organisation. Le besoin d'une application HMIS légère et souple pour les situations d'urgence aiguës est néanmoins reconnu, mais celle-ci n'est pas encore disponible.

PRIME

[PRIME](#) est un logiciel en accès libre conçu par l'OMS comme une plate-forme permettant d'accéder à différents services. La plate-forme confie la responsabilité de la collecte des données aux utilisateurs finaux des informations, c'est-à-dire aux partenaires des groupes sectoriels Santé, ce qui permet la gestion des données par les partenaires du groupe sectoriel Santé (« détenteurs des données ») et la production d'analyses automatiques.

Au nombre des applications conçues sur PRIME figurent le système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS) et une application à l'appui du service de suivi des indicateurs opérationnels. Une application particulière pour la surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé a également été mise au point pour soutenir les opérations transfrontières en Syrie.

L'outil des services d'information sur la santé publique (Public Health Information Services) (PHIS)

Le groupe sectoriel mondial pour la santé met actuellement au point un outil PHIS en libre accès qui sera hébergé sur le site Web du groupe mondial. Une première version de l'outil devrait être disponible au deuxième trimestre de 2017. L'outil réunira des modèles et des exemples de meilleures pratiques pour chaque service. Il complétera les présentes normes ainsi que d'autres applications.



4. HIÉRARCHISATION, MOMENT RECOMMANDÉ ET PRISE DE DÉCISION EN FONCTION DU CONTEXTE POUR CHACUN DES SERVICES D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Le présent chapitre donne des orientations relatives à trois paramètres essentiels:

1. **Dans quel délai** chacun des services d'information sur la santé publique types devrait-il être disponible après la survenue d'une crise aiguë (catastrophe naturelle; début d'un déplacement de masse; début d'un important conflit armé ou d'une offensive majeure; reconnaissance initiale de toute autre situation d'urgence); la disponibilité signifie ici l'accessibilité des données et la publication de tout produit d'information pertinent (le premier bulletin d'un groupe sectoriel Santé, par exemple);
2. **À quelle fréquence** chacun des services doit-il ensuite être actualisé au moyen d'une nouvelle publication du produit d'information (un nouveau bulletin EWARS, par exemple); dans la pratique, les services liés aux ressources sanitaires et à leur disponibilité (la base de données 3W; la liste des partenaires; HeRAMS) devraient saisir de nouvelles données et produire des analyses et des rapports automatiques en temps réel: aussi un intervalle maximum (fréquence minimale) entre chaque actualisation est-il indiqué pour ces services. En revanche, certains services sont autonomes dans la mesure où ils fournissent des informations spéciales au début de la situation d'urgence (évaluation rapide), ou selon les besoins (estimation de la couverture vaccinale; infographies).
3. **Quand interrompre chaque service** (sans objet pour ce qui est des services ponctuels). Par défaut, chaque service demeure disponible jusqu'à la désactivation du groupe sectoriel, mais certains services doivent en fait être transférés aux autorités sanitaires locales (EWARS, HMIS) même si un groupe sectoriel est désactivé (voir ci-dessous) et il faudra en général chercher à préserver les services d'information sur la santé publique d'un groupe sectoriel Santé dans le mécanisme de coordination qui succédera au système du groupe sectoriel.

La fréquence à laquelle le système d'information sur la santé publique doit être actualisé pour surveiller l'évolution de la situation et intervenir le cas échéant (nouvelle menace pour la santé; disponibilité réduite des acteurs et des services requis pour l'intervention; services de mauvaise qualité, par

exemple) n'est pas identique dans toutes les opérations des groupes sectoriels Santé. Nous distinguons ci-dessous entre deux grands scénarios:

- La **phase dite aiguë** suivant une *situation d'urgence apparue soudainement* (déplacement de population inattendu soudain; épisodes nouveaux ou exacerbés et pérennes d'un conflit armé; catastrophe naturelle ou d'origine industrielle; interruption subite de fonctions administratives et gestionnaires essentielles, comme définie dans le [cadre du Groupe stratégique consultatif d'experts pour la vaccination dans les situations d'urgence humanitaire aiguës](#) ou la reconnaissance d'une *épidémie grave aux effets sociétaux plus larges*, nécessitant la coordination du secteur humanitaire;
- La **phase prolongée** qui suit la phase aiguë, lorsque la population touchée par la crise se relève d'un événement aigu ou continue d'être touchée par des déplacements durables et/ou un conflit armé de moindre intensité.

Aux fins des présentes orientations, les phases 3, 4 et 5 (selon la classification IPC, Integrated Phase Classification) d'une **crise d'insécurité alimentaire à évolution lente** sont considérées comme équivalentes à la phase aiguë précitée; les phases 1 et 2 (selon l'IPC) correspondent aux mêmes paramètres d'urgence et de fréquence que la phase prolongée. **Il convient de noter que la distinction faite ci-dessus entre les phases, bien que correspondant généralement aux autres formulations existantes, n'est établie que pour les besoins des présentes orientations.**

Le **Tableau 3** résume les normes applicables à chaque service d'information sur la santé publique dans les scénarios de phase aiguë ou prolongée pour l'activation d'un groupe sectoriel. Le tableau repose sur l'hypothèse que la prestation de chacun des services commence pendant la phase aiguë, lorsque les groupes sectoriels Santé sont d'abord activés. Les groupes sectoriels Santé activés, notamment les groupes infranationaux, peuvent également revenir à la fréquence de services PHIS correspondant à une phase aiguë si une nouvelle situation d'urgence se superpose à une crise prolongée (crues subites se produisant, par exemple, dans une zone touchée par un conflit armé). Il incombe aux coordonnateurs des groupes sectoriels Santé et aux agents de gestion de l'information de déterminer conjointement la fréquence des services d'information sur la santé publique adaptée à la phase dans laquelle se situe le groupe sectoriel Santé (national ou infranational), et d'ajuster la prestation des services en conséquence.

Tableau 3: Moment recommandé, fréquence et hiérarchisation des services d'information sur la santé publique

	SERVICES	PHASE AIGUË (PHASES IPC 3 à 5)			PHASE PROLONGÉE (PHASES IPC 1 et 2) SERVICES	
		DEVRAIEN T ÊTRE DISPONIBL ES	FRÉQUENCE DE LEUR MISE À JOUR	QUAND LES INTERRO MPRE†	FRÉQUENCE DE LEUR MISE À JOUR	QUAND LES INTERRO MPRE *
SITUATION SANITAIRE ET MANANES POUR LA SANTÉ DES POPULATION TOUCHÉES	Analyse de la situation de la santé publique (PHSA)	avant la situation d'urgence dans les 48h (analyse initiale) dans les 14 jours (analyse complète)	Mensuelles au minimum (ou plus rapprochées en cas de changement soudain)	Jamais: passer le relai au ministère de la santé	Trimestrielles (ou plus rapprochées en cas de changement soudain)	Désactivation du groupe sectoriel
	Évaluation rapide	dans les 14 jours	Répéter si une nouvelle situation d'urgence se produit	sans objet (service autonome)	Répéter si une nouvelle situation d'urgence ou un changement soudain se produit	sans objet (service autonome)
	Échelle HESPER	dans les 14 jours	Trimestrielles (ou plus rapprochées en cas de changement soudain)	Désactivation du groupe sectoriel	Trimestrielles (ou plus rapprochées en cas de changement soudain)	Désactivation du groupe sectoriel
	Système EWARS	dans les 7 jours (mise en place) dans les 14 jours (premier bulletin)	Hebdomadaires au minimum, mais quotidiennes en cas d'évolution rapide d'une flambée épidémique	Jamais: passer le relai au ministère de la santé	Hebdomadaires	Jamais: passer le relai au ministère de la santé
	Estimation de la mortalité dans la population	dans le mois qui suit ou plus tard (voir les orientations)	Hebdomadaires ou mensuelles (voir les orientations)	Désactivation du groupe sectoriel	Trimestrielles (voir les orientations)	Désactivation du groupe sectoriel
	Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé (MVH)	dans le mois qui suit (ou plus tôt si les événements le justifient)	Mensuelles	Désactivation du groupe sectoriel (plus tôt si les attaques cessent)	Trimestrielles	Désactivation du groupe sectoriel (ou plus tôt si les attaques cessent)

RESSOURCES SANITAIRES DISPONIBILITÉ	Base de données 3W	dans les 24h	Hebdomadaires (ou plus rapprochées si de nouvelles informations sont disponibles)	Lors de la désactivation du groupe sectoriel et transfert au ministère de la santé dans le cadre de la transition	Mensuelles	Désactivation du groupe sectoriel
	Liste des partenaires	dans les 24h	Hebdomadaires (ou plus rapprochées si de nouveaux partenaires se joignent à l'action)	Lors de la désactivation du groupe sectoriel et transfert au ministère de la santé dans le cadre de la transition	Mensuelles (ou plus rapprochées si de nouvelles informations sont disponibles)	Désactivation du groupe sectoriel
	HeRAMS	dans le mois qui suit (module des services) dans les 3 mois (tous les modules)	Hebdomadaires (ou plus rapprochées si de nouvelles informations sont disponibles)	Lors de la désactivation du groupe sectoriel et transfert au ministère de la santé dans le cadre de la transition	Trimestrielles (ou plus rapprochées si de nouvelles informations sont disponibles)	Désactivation du groupe sectoriel
PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE	HMS	dans les 14 jours (version allégée) dans les 3 à 6 mois (DHIS-2)	Hebdomadaires	Jamais: passer le relai au ministère de la santé	Mensuelles	Jamais: passer le relai au ministère de la santé
	Estimation de la couverture vaccinale	voir les orientations	Selon les besoins (voir les orientations)	sans objet (service autonome)	Selon les besoins (voir les orientations)	sans objet (service autonome)
	Surveillance des Indicateurs opérationnels	dans le mois qui suit	Mensuelles	Désactivation du groupe sectoriel	Hebdomadaires	Désactivation du groupe sectoriel
	Bulletin du groupe sectoriel Santé	dans les 48h (version résumée)	Hebdomadaires (version complète)	Désactivation du groupe sectoriel	Mensuelles	Désactivation du groupe sectoriel
	Infographie ponctuelle	dans les 7 jours, et intervention dans les 24h suivant une demande urgente	Sur demande	Désactivation du groupe sectoriel	Sur demande	Désactivation du groupe sectoriel

†**Rouge** = services essentiels; **Orange** = services supplémentaires; **Gris** = services adaptés au contexte particulier. * Les services, dans la mesure du possible, ne devraient pas être interrompus, mais transférés à la structure de coordination de crise qui reste en place, le cas échéant.

Le présent chapitre, comme les précédents, décrit également un ensemble essentiel de services; un ensemble « complet » de services prévisibles (essentiels et supplémentaires) pour la prestation desquels tous les groupes sectoriels Santé disposeront en définitive des ressources et du savoir-faire nécessaires; et les services adaptés au contexte particulier qui seront nécessaires ou non, selon la situation.

Des orientations particulières supplémentaires sont données ci-après pour chaque service. Les orientations particulières doivent toujours être indiquées, en complément du **Tableau 3**.

Le **Tableau 4** organise les services de façon chronologique, selon le moment après le début de la situation d'urgence où ils devront être disponibles, comme défini précédemment.

Tableau 4. Délai prévu pour la disponibilité initiale des services d'information sur la santé publique après le début d'une situation d'urgence.

AVANT LA SITUATION D'URGENCE	24H	48H	7 jours	14 jours	1MO	3 mois	6 mois
Analyse de la situation de la santé publique (PHSA) (examen des données secondaires)	Base de données 3W	PHSA (examen complet)	Système d'alerte et d'intervention rapide EWARS (mise en place)	PHSA (examen complet)	HeRAMS (module de services)	HeRAMS (tous les modules)	
	Liste des partenaires	Bulletin du groupe sectoriel Santé	Infographies spéciales	Évaluation rapide	Estimation de la mortalité dans la population	HMIS (version complète jusqu'à l'application DHIS2)	
				Échelle HESPER	Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé		
				EWARS (premier bulletin)	Estimation de la couverture vaccinale		
				HMIS (version allégée)	Surveillance des indicateurs opérationnels		

Rouge = services essentiels; Orange = services supplémentaires; Gris = services adaptés au contexte particulier.

4.1 Analyse de la situation de la santé publique

Comme le montre la **Figure 2**, l'analyse de la situation de la santé publique (Public Health Situation Analysis) (PHSA) est un produit d'information composé de plusieurs éléments, fruit de l'interprétation conjointe des informations disponibles issues de diverses sources. Une analyse initiale de la situation de la santé publique, relativement succincte, présentant des données géographiques de base sur la population touchée, un résumé de la situation sanitaire précédant la crise et les facteurs attendus de surmorbidity et de surmortalité, devra être publiée dans les 48 heures suivant le début de la situation d'urgence, période pendant laquelle les partenaires de l'action humanitaire et les donateurs, locaux et internationaux, prennent en général les premières décisions cruciales sur l'opportunité d'une intervention, avec quelles ressources, et dans quel axe thématique (chirurgie traumatologique, vaccination, dispensaires mobiles, etc.). Il est possible et nécessaire de publier une telle analyse initiale, même en l'absence d'informations fiables sur le terrain. Un examen rapide des données secondaires antérieures à la crise sur l'état de santé de la population touchée, de la transmission de maladies connues dans la zone, et des informations sur la fonctionnalité de son système de santé, pourra être associé aux hypothèses relatives aux principales

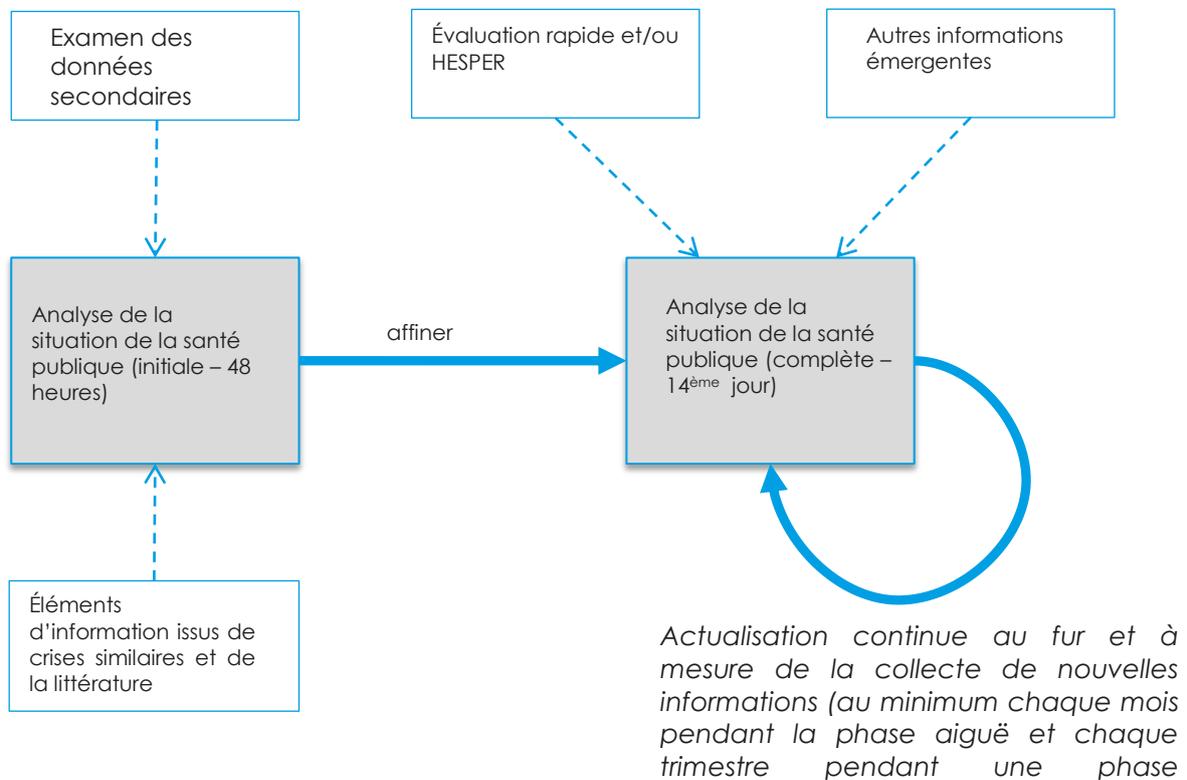
menaces probables pour la santé publique (santé mentale; flambées de maladies diarrhéiques; maladies évitables par la vaccination, par exemple) et à la hausse probable de la surmortalité due à la crise: ces hypothèses pourront s'appuyer sur l'examen des éléments d'information issus des crises antérieures de type similaire (autres exemples de déplacements de masse dans des camps surpeuplés, dans la même région géographique; autres séismes touchant des zones urbaines).

De nombreuses crises (conflits armés, catastrophes naturelles d'origine climatique, insécurité alimentaire) peuvent être prévues et l'alerte donnée au moins quelques jours avant, et plusieurs pays sont connus pour être sujets à des crises. Dans de telles situations, l'examen des données secondaires devra impérativement s'inscrire dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence, et au moins une analyse préliminaire de la situation de la santé publique pour un ensemble indépendant de scénarios de crise (pessimiste; des plus probables; optimiste) devra être élaborée, et communiquée à tous les acteurs concernés. Cela améliorera la mobilisation des ressources pour la santé publique et aidera à accélérer et optimiser l'orientation des ressources.

Au fur et à mesure de la production d'informations issues du terrain, notamment au moyen de l'échelle HESPER et/ou d'autres évaluations rapides, l'analyse de la situation de la santé publique devra être élargie (au minimum dès le 14^{ème} jour après le début de la situation d'urgence), et republiée. L'analyse de la situation de la santé publique devient ainsi l'unique produit d'information général du groupe sectoriel Santé, résumant les informations provenant de diverses sources, et servant de base à l'analyse des besoins et des priorités de santé publique. L'analyse de la situation de la santé publique devra ensuite être actualisée au minimum chaque mois (phase aiguë) ou au minimum chaque trimestre (phase prolongée), et prendre systématiquement en considération les informations provenant des différents systèmes d'information sur la santé publique, notamment les données des systèmes d'information pour la gestion sanitaire sur la morbidité proportionnelle, les données du système d'alerte et d'intervention rapide sur la survenue de flambées épidémiques, les données sur les attaques dirigées contre les services de santé, etc.

Occasionnellement (lorsqu'une épidémie grave est confirmée, par exemple, ou en cas d'afflux ou de mouvement subit de population), l'analyse de la situation de la santé publique devra être actualisée de façon ponctuelle. Lors de la désactivation, tous les produits et les résultats de l'analyse devront être remis au ministère de la santé dans le cadre de la transition. L'analyse de la situation de la santé publique sera également utile pour l'actualisation des produits relevant du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) comme l'aperçu des besoins humanitaires.

Figure 2. Schéma de l'évolution de l'analyse de la situation de la santé publique et des sources utilisées



4.2 Évaluation rapide

Le groupe sectoriel Santé commencera à travailler avec d'autres secteurs dès les 2 ou 4 premiers jours pour pouvoir produire un premier rapport d'évaluation multisectorielle rapide initiale 14 jours environ après le début de la situation d'urgence. L'analyse de la situation de la santé publique elle-même, complétée si possible par une mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (HESPER) ou d'autres données primaires issues d'une évaluation rapide, pourra constituer la contribution du groupe sectoriel Santé à l'évaluation multisectorielle rapide initiale. Le moment de la mise en œuvre de l'évaluation multisectorielle rapide initiale et de sa publication est principalement déterminé par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires et les processus intersectoriels.

En général, une évaluation rapide initiale devra être effectuée très tôt (quelques jours si possible) après le début de la première situation d'urgence, ou après la survenue d'une nouvelle situation d'urgence dans le cadre de la crise. De la même façon, le rapport devra être diffusé dans les quelques jours suivant les activités de terrain. Cela obligera généralement à transiger sur la durée, la profondeur et la qualité des méthodes (biais de sélection inhérent lorsque l'accessibilité géographique est compromise, etc.) au profit de la rapidité et de la qualité de la collecte des données. Les évaluations rapides faites ou publiées des semaines après une situation d'urgence perdent l'essentiel de leur utilité.

4.3 Échelle HESPER

L'échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (HESPER) est considérée comme supérieure aux méthodes d'évaluation sanitaire rapide existantes, car son questionnaire est validé, il met l'accent sur les perceptions des bénéficiaires et il couvre le fonctionnement psychosocial. À ce titre, les groupes sectoriels Santé devraient l'adopter de plus en plus en tant que méthode par défaut pour les évaluations rapides, locales ou étendues à l'ensemble d'une crise, notamment lorsqu'une version allégée de la méthode sera disponible. L'échelle HESPER pourra par ailleurs être utilisée comme la partie de l'évaluation multisectorielle rapide initiale concernant le secteur de la santé. L'adoption de l'échelle HESPER suppose une grande familiarité avec la méthode, et les personnels des groupes sectoriels Santé seront de ce fait censés acquérir progressivement cet ensemble particulier de compétences (voir la section 6).

De même que pour toute évaluation rapide, les informations obtenues par l'échelle HESPER devraient être disponibles dès le 14^{ème} jour après le début de la situation d'urgence, de façon à contribuer à l'analyse de la situation de la santé publique (voir ci-dessus) et à servir de base aux produits en aval comme la stratégie d'intervention du groupe sectoriel Santé et la planification intersectorielle. La répétition des mesures HESPER au bout d'un trimestre (ou plus tôt en cas de changement subtil important dans la constitution de la population touchée ou la dynamique de la crise) est recommandée pour

actualiser les perceptions des bénéficiaires et confirmer ainsi le caractère approprié et les résultats de l'action de santé à visée humanitaire, et aider à évaluer son impact. Les tendances des indicateurs de l'échelle HESPER devront être représentées visuellement.

4.4 Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)

Si la menace d'épidémie est accrue dans la plupart des crises pendant toute leur durée, elle est en principe plus élevée dans les premières semaines et les premiers mois, lorsque les conditions d'assainissement, le surpeuplement et les autres facteurs de risque sont les plus graves. En cas de mouvement de population de masse subit vers des camps ou d'autres établissements provisoires, des flambées de rougeole, de maladies diarrhéiques ou de méningite peuvent se déclarer dans les jours suivant les déplacements. Dans une situation d'urgence, les systèmes de surveillance nationaux existants sont par ailleurs souvent désorganisés ou ne sont pas adaptés pour répondre aux besoins de la situation.

Compte tenu de ce qui précède, un système d'alerte et d'intervention rapide doit être établi dès que possible et en tout cas dans les sept jours suivant la déclaration de situation d'urgence. Le premier bulletin épidémiologique doit être publié dans les 14 jours, et les suivants sur une base hebdomadaire. Aucune distinction de fréquence n'est faite ici entre la phase aiguë et la phase prolongée, les meilleures chances de contenir rapidement les flambées de maladies infectieuses reposant sur la détection immédiate et la communication très rapide des informations pour l'élaboration d'une riposte sans délai.

La mise en place rapide d'un système d'alerte et d'intervention rapide peut parfois être difficile lorsqu'il s'agit de zones géographiques étendues et que les établissements de santé et les partenaires sont nombreux. Selon des éléments d'information limités, la majorité des flambées épidémiques sont détectées grâce aux déclarations d'événements (notification directe de rumeurs ou de groupes inhabituels de cas par la communauté) ou moyennant la notification immédiate d'alertes par un système reposant sur des indicateurs (communication immédiate par téléphone ou courriel lorsqu'un seul cas de maladie à déclaration obligatoire immédiate est signalé par un établissement de santé).

Ces méthodes ne reposent pas sur l'agrégation systématique et la notification du nombre hebdomadaire de maladies et de problèmes de santé sous surveillance, et elles peuvent donc souvent être utilisées à l'appui d'une fonction d'alerte précoce du système EWARS tandis que les tendances hebdomadaires de base sont établies pour d'autres maladies et problèmes de santé (pour le paludisme, par exemple, ou les infections respiratoires aiguës). D'autres indicateurs, comme l'exhaustivité et la ponctualité des rapports, sont aussi des données importantes que le système doit recueillir pour surveiller la qualité même des résultats du système EWARS.

Le système d'alerte et d'intervention rapide est mis en œuvre comme un système de durée limitée et géographiquement circonscrit destiné à appuyer la surveillance des maladies et les interventions dans les zones d'un pays qui sont touchées par la crise. La plupart des pays disposent d'un système national de surveillance des maladies mais la couverture et l'efficacité de ces systèmes peuvent cependant être insuffisantes même avant la crise et/ou la crise peut les avoir sérieusement désorganisés. Il est essentiel que le système d'alerte et d'intervention rapide entretienne une relation étroite avec le système national de surveillance des maladies préexistant, pour garantir que les deux systèmes fonctionnent ensemble et échangent des données. La mise en œuvre d'un système d'alerte et d'intervention rapide peut par ailleurs être l'occasion de renforcer la surveillance nationale, même une fois la crise terminée. Le Système national pakistanais d'alerte précoce en cas de maladie est par exemple issu directement des versions initiales mises en place pendant des déplacements de population et des situations d'urgence dues à des crues. De même à Fidji en 2016, le système d'alerte et d'intervention rapide de l'OMS a initialement été établi à la suite du cyclone tropical Winston mais il a ensuite été adopté comme un système national d'alerte et d'intervention rapide destiné à appuyer de futures ripostes à des situations d'urgence. Aussi faudrait-il prévoir de placer par défaut de façon transitoire le système EWARS, ou les éléments qui le composent, sous l'autorité du ministère de la santé ou d'une autre autorité sanitaire et ne pas le suspendre.

La mise en œuvre d'un système d'information pour la gestion sanitaire ne dispense pas du besoin de système d'alerte et d'intervention rapide, les deux services étant complémentaires et ne faisant guère double-emploi. À l'inverse, le système EWARS n'est pas conçu pour fournir des données aux fins du suivi de l'utilisation, de la couverture ou de la qualité des services de santé, d'où la nécessité d'un service d'information pour la gestion sanitaire.

4.5 Estimation de la mortalité dans la population

Il y a toujours avantage à mesurer la mortalité dans une population, car elle donne des indications fondamentales sur la santé physique et elle est sans doute la mesure la plus importante de l'état de santé. À ce titre, l'estimation de la mortalité ne doit jamais être écartée par défaut dans l'action d'un groupe sectoriel Santé.

Les efforts, le coût et les compétences techniques considérables nécessaires pour produire des estimations solides, précises et interprétables de la mortalité signifient toutefois que ces services ne peuvent être assurés avec les ressources de base dont disposent les groupes sectoriels Santé mais qu'ils nécessitent un budget supplémentaire (en général au minimum 25 000 USD, souvent plus), un appui opérationnel (pour le transport, le recrutement d'enquêteurs, la sécurité, etc.) et des compétences épidémiologiques et statistiques spécialisées. C'est ainsi que la réalisation d'une enquête sur la mortalité couvrant l'ensemble d'une crise nécessitera en général environ un mois d'activité intensive, le recrutement de douzaines d'enquêteurs, des espaces de bureau, la location de véhicules, des négociations avec les communautés, et un travail de terrain quotidien dans des sites éloignés. Les dommages causés par une estimation

de moindre qualité effectuée avec des moyens insuffisants peuvent être importants dans la mesure où les estimations inexactes qui en résultent peuvent influencer sur les décisions de donateurs ou d'organismes de premier plan. Dans un conflit armé, les estimations de la mortalité ont aussi parfois suscité des controverses et une hostilité politique, localement ou au niveau international: aussi doivent-elles être gérées avec soin et une grande adresse politique.

À la lumière de ce qui précède, la décision de procéder ou non à une estimation de la mortalité, et à quel moment, devra être prise avec beaucoup de soin. L'estimation sera tentée si une au moins des cinq conditions énumérées dans le Tableau 5 est remplie.

La condition 1 dépend des circonstances, traduisant la faisabilité relative de la collecte de données dans un camp ou une population urbaine; les conditions 2 à 5 font référence aux principales utilisations possibles des informations relatives à la mortalité. Le tableau recommande également les méthodes, le bon moment et la stratification correspondant à chaque critère. Si plusieurs conditions sont remplies, le choix de la méthode, du moment et de la stratification devront permettre d'assurer le plus grand nombre possible des utilisations prévues des estimations.

Tableau 5. Résumé des orientations pour déterminer s'il y a lieu ou non d'estimer la mortalité dans la population et, le cas échéant, quand et comment.

CONDITIONS	CHOIX DE LA MÉTHODE	MOMENT ET FRÉQUENCE	STRATIFICATION
<p>La population touchée vit en milieu urbain ou dans un camp, et elle est facilement accessible (quels que soient les critères supplémentaires ci-dessous).</p>	<p>Surveillance prospective, associée à un recensement rapide continu de la population au moyen de visites à domicile (et, si possible, un dépistage anthropométrique ou la collecte d'autres données auprès des ménages).</p>	<p>Premières données dans le mois qui suit; notification hebdomadaire pendant la phase aiguë mais dans des petits groupes de population (<50 000 personnes environ), les fluctuations naturelles pouvant se traduire par des pics ou des reculs compromettant l'interprétation, la fréquence mensuelle sera préférable.</p>	<p>Par classe d'âge (<5a, ≥5a); par quartier ou secteur du camp.</p>
<p>L'analyse de la situation de la santé publique et les autres informations disponibles ne permettent pas de mesurer clairement la gravité des effets de la crise sur la santé publique, de sorte que la quantité de ressources sanitaires à allouer pour la crise, en comparaison d'autres secteurs ou d'autres crises, n'est pas certaine.</p>	<p>Enquête rétrospective (couvrant les 3 derniers mois environ) ou surveillance prospective (moins facilement réalisable en dehors d'un camp ou d'une zone urbaine).</p> <p>D'autres méthodes fondées sur des informateurs clefs peuvent être appropriées.</p>	<p>Dès que possible une fois le critère rempli. Les estimations issues d'une enquête seront publiées au plus tard 7 jours après la fin de la collecte des données.</p> <p>Les enquêtes seront répétées tous les trimestres, si possible et toujours considérées comme utiles.</p> <p>En cas de surveillance prospective, voir ci-dessus.</p>	<p>Par classe d'âge (<5a, ≥5a), et par grande subdivision géographique, le cas échéant (mais seulement si la taille des échantillons qui en résulte est adaptée et ne compromet pas la qualité).</p>

<p>Même si le tableau de la santé publique est clair, les estimations de la mortalité pourraient encore améliorer l'assistance aux bénéficiaires, en soutenant les activités de sensibilisation en faveur d'un accroissement des fonds et de l'appui fournis.</p>	<p>Enquête rétrospective (remontant à 3 ou 6 mois) ou surveillance prospective.</p> <p>D'autres méthodes fondées sur la modélisation statistique des données disponibles peuvent être possibles, mais elles requièrent quantité de données statistiques.</p>	<p>Dès que possible une fois le critère rempli. Les estimations issues d'une enquête seront publiées au plus tard 14 jours après la fin de la collecte des données.</p> <p>En cas de surveillance prospective, voir ci-dessus.</p>	<p>Par classe d'âge (<5a, ≥5a), et par grande subdivision géographique, le cas échéant (mais seulement si la taille des échantillons qui en résulte est adaptée et ne compromet pas la qualité).</p>
<p>Les estimations de la mortalité peuvent améliorer la protection des bénéficiaires grâce à une meilleure caractérisation de l'impact et des schémas des attaques dirigées contre des civils.</p>	<p>Enquête rétrospective (remontant au début du conflit mais pas au-delà de 2 ou 3 ans), portant plus spécialement attention aux décès consécutifs à des traumatismes liés à des actes de violence et aux faits connexes (type d'arme, auteur, par exemple). En complément, enregistrement prospectif des morts violentes signalées, des faits connexes et des auteurs.</p>	<p>Dès que possible une fois le critère rempli. Répéter l'estimation une fois par an, s'il y a lieu.</p>	<p>Par sexe et par classe d'âge (notamment par cohorte d'âge militaire), et par grande subdivision géographique et/ou phase de la crise, le cas échéant. Nécessite en général des échantillons de grande taille.</p>

<p>Les estimations de la mortalité sont demandées pour les investigations sur les crimes de guerre et les violations des droits de l'homme ou du droit humanitaire international, ou pour l'établissement de documents historiques.</p>	<p>Enquête rétrospective, comme ci-dessus.</p> <p>Autre possibilité, enregistrement des morts violentes signalées comme précédemment, assorti d'une analyse capture-recapture pour estimer le nombre total (nécessite un important travail de gestion des données et des compétences en matière de statistiques).</p>	<p>À la fin de la crise ou du conflit, ou plus tôt si une investigation requiert explicitement des données sur la mortalité.</p>	<p>Par sexe et par classe d'âge (notamment par cohorte d'âge militaire), et par grande subdivision géographique et/ou phase de la crise, le cas échéant. Nécessite en général des échantillons de grande taille.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.6 Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé

Un système de surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé devra être mis en œuvre en cas de crise lorsqu'au moins une attaque a été dirigée contre des personnels, des biens ou des infrastructures relevant des services de santé. Le système devra produire des données dans le mois suivant la première attaque signalée. Une mise en œuvre plus précoce pourra être justifiée si les attaques sont très fréquentes et évoquent une tactique militaire systématique.

Pour regrouper des informations qui permettront de présenter les tendances et les schémas des attaques, des bulletins mensuels (phase aiguë) ou trimestriels (phase prolongée) seront appropriés. Le groupe sectoriel Santé devra cependant diffuser immédiatement les informations produites par le système en cas d'attaques très alarmantes ou lorsque les informations peuvent contribuer à sauvegarder des vies et des biens. Il n'est pas recommandé de communiquer systématiquement dans l'immédiat des données aux parties intéressées, car le système nécessite une soigneuse validation et la triangulation des rapports, ce qui peut demander quelques jours.

De même que pour le système d'alerte et d'intervention rapide, le système de surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé dépend fortement des déclarations des établissements de santé et des partenaires, et il nécessite par conséquent leur réelle participation et, le cas échéant, l'instauration de procédures claires et rigoureuses pour protéger la confidentialité des données et leurs fournisseurs. Un système de surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé ne doit pas être mis en œuvre sans un accord simultané, comme un partenariat avec un groupe sectoriel Santé, sur un plan concernant les modalités de diffusion des informations sur les attaques, et sur la manière de les utiliser à des fins de sensibilisation et d'amélioration des mesures de sécurité applicables aux personnels, aux biens et aux infrastructures des services de santé. Cela nécessitera en général une interaction avec le groupe sectoriel Protection, les dirigeants de l'action humanitaire, les organisations de protection des droits de l'homme, et éventuellement les parties au conflit.

Le système de surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé sera interrompu si les attaques cessent, et que l'environnement extérieur témoigne d'une amélioration permanente de la sécurité (résultant par exemple d'un accord de paix). La décision de suspendre le système sera toutefois prise en concertation avec les partenaires du groupe sectoriel Santé et les autres acteurs importants (associations de défense des droits de l'homme ou associations médicales nationales, par exemple).

4.7 Base de données 3W

Une base de données 3W devra être établie immédiatement, comme la toute première priorité du système d'information sur la santé publique, une fois un

groupe sectoriel Santé devenu opérationnel. La base de données 3W sera actualisée sur une base hebdomadaire (phase aiguë) ou mensuelle (phase prolongée), et publiée après que les données auront été confirmées comme étant à jour et exemptes d'erreur. La saisie des données 3W incombe cependant aux partenaires du groupe sectoriel Santé et elle devra être effectuée dès que les activités sanitaires des partenaires changent. Les informations fournies par les données 3W seront communiquées et coordonnées avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires, car elles alimenteront la base multisectionnelle 3W.

La base de données 3W sera généralement suspendue lors de la désactivation d'un groupe sectoriel Santé mais elle pourra, le cas échéant, être transférée à une structure de coordination nationale remplaçant le système du groupe sectoriel (un service public de gestion des situations d'urgence, par exemple).

4.8 Liste des partenaires

La liste des partenaires doit être établie immédiatement, en complément de la base de données 3W. La liste sera actualisée chaque fois qu'un nouveau partenaire rejoint le groupe sectoriel Santé ou que changent les coordonnées du représentant désigné par l'organisme auprès du groupe sectoriel Santé. Le roulement des personnes et des tâches nécessitent des actualisations fréquentes, la liste des partenaires servant de base de données cadre pour l'établissement de la liste des adresses électroniques, des chaînes téléphoniques, des groupes de médias sociaux, etc. Dans un conflit armé ou d'autres situations politiquement délicates, le groupe sectoriel Santé pourra être appelé à fournir des assurances aux partenaires et/ou à établir une politique pour protéger les informations personnelles identifiables (nom, adresse, coordonnées, par exemple).

Lorsqu'un groupe sectoriel Santé est désactivé, les fonctions de coordination sont généralement transférées au secteur public de la santé – ou à un autre organisme. Pour garantir le maintien en place d'une structure de coordination des interventions d'urgence efficace après la désactivation il sera souvent nécessaire de communiquer les coordonnées des partenaires opérationnels du groupe sectoriel Santé dans le pays au nouvel organisme responsable de la coordination. Le groupe sectoriel Santé s'assurera auprès de tous les partenaires de leur intention de rester dans le pays et obtiendra leur acceptation écrite concernant la communication de leurs coordonnées à la structure de coordination qui prend le relai après le groupe sectoriel Santé. Lorsque des partenaires ne souhaitent pas que les coordonnées personnelles soient communiquées, ni en partie ni en totalité, ce souhait devra être respecté et les données personnelles connexes relatives à cet organisme seront détruites.

La liste des partenaires peut être gérée sous PRIME, et les différents partenaires peuvent ajouter/supprimer les coordonnées des collègues qu'ils souhaitent voir inclus dans les listes, et utiliser ces listes comme listes d'envoi.

4.9 Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS)

Les services de recensement des ressources sanitaires disponibles seront mis en place dans le premier mois suivant le début de la situation d'urgence. Si la charge de travail du service d'information sur la santé publique du groupe sectoriel Santé est très importante, l'attention pourra porter en premier lieu sur le module des services du système, les modules des infrastructures et des personnels de santé pouvant être ajoutés vers le 3^{ème} mois.

Pour pouvoir mettre en place le système HeRAMS, une base de données des points de prestation des services de santé (géo-localisés dans la mesure du possible, par type) devra être établie, soit sur la base d'informations précédant la crise (presque toujours disponibles auprès des autorités sanitaires locales, mais pas toujours géo-localisées), soit sur la base d'une évaluation systématique faite par les partenaires du groupe sectoriel Santé (visites de terrain par exemple): le poids de la collecte et de la validation de ces données de base ne doit pas être sous-estimé, et leur rassemblement devra donc être entrepris dès que possible après l'activation du groupe sectoriel Santé. Cette base de données type du groupe sectoriel Santé sera également nécessaire pour d'autres services (base de données 3W, système d'alerte et d'intervention rapide, surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé, système d'information pour la gestion sanitaire). La mise en place du système HeRAMS ne devra cependant pas être différée en raison d'insuffisances dans les données de base sur les points de prestation des services de santé: le système sera établi et les partenaires du groupe sectoriel Santé saisiront les données de base, au moins sur les points de prestation qu'ils évaluent ou appuient, ou sur lesquels ils disposent d'informations, et ils actualiseront ces données.

Après l'enregistrement des données de base, tout changement dans la fonctionnalité des services sera immédiatement actualisé dans la base de données, et les agents de gestion de l'information du groupe sectoriel Santé les intégreront mensuellement dans les nouvelles mises à jour (phase aiguë) ou chaque trimestre (phase prolongée). Les cartes présentant les résultats des services et les autres produits d'information du système HeRAMS deviendront un élément central récurrent des réunions du groupe sectoriel Santé, sur la base desquelles les partenaires recenseront et corrigeront les insuffisances géographiques et thématiques de façon coordonnée. Les informations du système de recensement des ressources sanitaires disponibles constitueront par ailleurs la principale base pour le suivi de la mesure dans laquelle l'ensemble de services de santé recommandé par le groupe sectoriel Santé à différents niveaux du système de santé est effectivement proposé à la population.

4.10 Service d'information pour la gestion sanitaire

Un système HMIS, ou les éléments qui le constituent (formulaires normalisés et collecte des données, par exemple), peut ou non être mis en œuvre par les

divers organismes qui prêtent appui aux services de santé. Aider ces organismes à adopter un service HMIS normalisé, et gérer l'agrégation, la validation et l'analyse des données émanant de plusieurs organismes de façon continue, est une tâche considérable, et suppose une importante interaction avec les partenaires du groupe sectoriel Santé ainsi qu'un savoir-faire concernant la principale application utilisée (DHIS2).

À la lumière de ce qui précède, le service HMIS ne sera activé que si les conditions suivantes sont remplies:

- Plusieurs organismes opérationnels et/ou autorités sanitaires locales sont prêts à, ou veulent, recevoir l'appui du groupe sectoriel Santé et à normaliser leur système d'information pour la gestion sanitaire; ces organismes comprennent la charge de travail et les avantages que représente un système HMIS normalisé (efficacité accrue, amélioration des données pour une action en temps réel et responsabilisation);
- D'autres services essentiels ou nécessaires adaptés au contexte particulier sont établis et peuvent être maintenus dans le respect des normes, même si le service d'information pour la gestion sanitaire commence à fonctionner.

Au moins une version initiale allégée d'un service d'information pour la gestion sanitaire, commune à tous les partenaires du groupe sectoriel Santé, devra être mise en place dès le 14^{ème} jour après le début de la situation d'urgence. Dès lors que la situation se stabilise (après 3 à 6 mois d'intervention), une version plus complète du service d'information pour la gestion sanitaire, utilisant l'application DHIS-2 comme plate-forme informatique, sera adoptée. Le service d'information pour la gestion sanitaire pourra aussi être introduit plus tard pendant l'intervention, selon la situation: au fur et à mesure de l'établissement des organismes, cependant, ils pourront élaborer leur propre système, et y investir des sommes importantes, ce qui les rendra moins disposés et moins aptes à adopter un service uniforme.

4.11 Estimation de la couverture vaccinale

Une estimation de la couverture vaccinale pourra être nécessaire en cas de crise i) pour évaluer une récente campagne de vaccination de masse (réalisée à titre préventif ou en réaction à une flambée épidémique), ou ii) pour le suivi des services de vaccination systématique (programme élargi de vaccination, PEV). La couverture vaccinale n'est généralement pas mesurée avant une campagne préventive ou réactive, la décision de mener ces campagnes s'inscrivant dans des contraintes de temps et reposant sur le principe des mesures «sans regrets» en fonction des données épidémiologiques et des informations sur la couverture qui sont disponibles, notamment les estimations précédant la crise issues de l'examen des données secondaires.

De même, la décision de reprendre ou de renforcer la vaccination systématique dépendra des données relatives à la fonctionnalité des services

de vaccination (système de recensement des ressources sanitaires disponibles, par exemple); lorsque les informations disponibles ne sont pas suffisantes pour décider d'étendre ou non la vaccination aux groupes plus âgés qui ne sont d'ordinaire pas inclus dans le calendrier PEV en dehors d'une crise, dans une stratégie de rattrapage, des estimations de la couverture vaccinale obtenues au moyen d'enquêtes auprès de groupes plus âgés pourront être nécessaires. Les estimations administratives pourront aussi aider à concevoir un projet d'appui au PEV, en améliorant encore le renforcement géographique.

Le **Tableau 6** présente des orientations succinctes sur le choix des méthodes et d'autres paramètres clés pour l'estimation de la couverture vaccinale. Aucune orientation n'est proposée ici concernant la conception et la mise en œuvre des méthodes d'estimation. Il convient toutefois de noter que les méthodes utilisant des échantillons de commodité ne sont pas recommandées. En général, ce service est techniquement complexe et il peut requérir l'appui technique de spécialistes de la vaccination et/ou des enquêtes. Une estimation de la couverture vaccinale pourra souvent être associée à des enquêtes de mortalité ou anthropométriques : enquêtes qu'il sera préférable de planifier conjointement.

Table 6. Summary of guidance for vaccination coverage estimation.

PARAMÈTRE	OBJET D'UNE ESTIMATION DE LA COUVERTURE VACCINALE	
	Suivre la vaccination systématique	Évaluer une campagne de masse
Moment de l'estimation	<p>Une estimation initiale sera en principe produite au moins 2 mois avant la reprise ou le renforcement de la vaccination systématique, de façon à améliorer le ciblage géographique du programme, et/ou décider d'une stratégie de rattrapage pour vacciner les cohortes plus âgées.</p> <p>Les estimations suivantes seront mensuelles si la méthode administrative est utilisée; si la méthode de l'enquête est utilisée, une estimation ultérieure devra être publiée 6 mois après le début du programme, puis 12 mois après et ensuite annuellement.</p>	<p>Au cours du mois suivant la fin d'une campagne préventive de masse.</p> <p>Dans les 7 jours suivant la fin d'une campagne réactive de masse.</p>
Méthode	<p>La méthode administrative doit toujours être appliquée à des fins de comparaison, mais elle ne doit être utilisée comme la principale méthode d'estimation que si les conditions suivantes sont remplies: i) il existe une estimation exacte de la population couverte par les services de santé, actualisée compte tenu de tout mouvement migratoire récent ; ii) la structure par classe d'âge précédant la crise n'a pas sensiblement changé; iii) la fiabilité des données relatives à l'activité aux points vaccination est régulièrement contrôlée par un organisme indépendant (la Croix-Rouge, l'OMS ou une autre partie, par exemple), et elle est jugée très satisfaisante.</p> <p>Sinon, la méthode de l'enquête sera utilisée. Une enquête sera également menée s'il est nécessaire de déterminer la couverture par la vaccination systématique de cohortes plus âgées (≥ 1 an) avant la reprise ou le renforcement du PEV.</p>	

PARAMÈTRE	OBJET D'UNE ESTIMATION DE LA COUVERTURE VACCINALE	
	Suivre la vaccination systématique	Évaluer une campagne de masse
Stratification géographique	<p>Si la méthode administrative est utilisée (d'ordinaire à l'aide des données du service d'information pour la gestion sanitaire), il devrait être possible de surveiller la couverture au fil du temps pour la zone couverte par chaque service PEV. Au moins la couverture par district ou toute autre subdivision administrative sanitaire pertinente devra être mesurée.</p>	<p>Si une enquête est effectuée, la taille de l'échantillon devra être calculée de façon à produire des estimations par strate explicites pour les unités de population de tous âges <100 000 personnes, ou d'autres unités homogènes évidentes. Les échantillons correspondant à des zones de petite dimension n'ont pas besoin d'être très précis et ils peuvent être analysés pour donner une classification binaire pour l'unité de population. 3-4</p> <p>Si l'enquête est réalisée dans des conditions exceptionnellement difficiles, il pourra être préférable d'éviter la stratification géographique et de s'attacher à produire une seule estimation de qualité pour l'ensemble de la population cible. Les différences géographiques pourront être étudiées de manière empirique ou sur la base des données issues de la campagne par site.</p>
Antigènes à inclure dans l'estimation	<p>Vaccin antirougeoleux (≥ 1 dose) et pentavalent (HepB-Hib-DTC: ≥ 1 dose ainsi que la posologie d'amorçage complète de ≥ 3 doses); la couverture de ces antigènes servira d'indicateur pour celle des autres vaccins du PEV.</p> <p>Si l'enquête est réalisée dans des conditions exceptionnellement difficiles, la vaccination antirougeoleuse seule sera acceptable, et la couverture pour tous les autres antigènes sera supposée ne pas dépasser l'estimation concernant la rougeole.</p>	<p>Tous les antigènes proposés dans la campagne; demander si ≥ 1 dose a été reçue et si toutes les doses ont été reçues, dans le cas d'une campagne visant à administrer plusieurs doses/une campagne en plusieurs cycles.</p>

PARAMÈTRE	OBJET D'UNE ESTIMATION DE LA COUVERTURE VACCINALE	
	Suivre la vaccination systématique	Évaluer une campagne de masse
Fourchette et strates d'âge pour l'estimation	<p>L'estimation initiale (voir ci-dessus) devra concerner la classe d'âge <1 an, ainsi que les cohortes plus âgées (par année, ou au moins de 1 à 4 ans) faute d'informations suffisantes pour décider d'une stratégie pour le rattrapage de ces classes d'âge supérieur.</p> <p>Toutes les estimations ultérieures devront concerner la classe d'âge <1 an; si, cependant, les estimations suivantes sont obtenues au moyen d'une enquête, les cohortes plus âgées pourront également être incluses (<1 an, de 1 à 4 ans, par exemple).</p>	<p>Même classe d'âge que celle qui était ciblée par la campagne; si utile au plan épidémiologique, ou en cas d'inquiétude concernant les écarts d'âge ou de sexe dans l'utilisation du vaccin, la taille de l'échantillon sera calculée de façon à stratifier explicitement l'estimation pour quelques classes d'âge (<5 ans, de 5 à 14 ans, ≥15 ans, par exemple), ou par sexe.</p>

4.12 Surveillance des indicateurs opérationnels

La surveillance des indicateurs opérationnels repose sur les données émanant d'autres sources et elle sera mise en place après l'établissement des autres services. Avant de s'engager à appliquer la surveillance des indicateurs opérationnels, il est important de déterminer s'il est possible d'extraire les données secondaires requises (et si les partenaires sont prêts à les communiquer).

Dans la mesure où la surveillance des indicateurs opérationnels n'est pas indispensable pour les interventions de santé publique, elle ne doit pas empêcher les agents de gestion de l'information de se concentrer sur les services essentiels. La liste des principaux indicateurs opérationnels surveillés sera restreinte. Les données issues de la surveillance des indicateurs opérationnels étant destinées à la communication de haut niveau et au suivi sur le tableau de bord de l'action humanitaire, les agents de gestion de l'information ne devront pas consacrer autant de temps à la vérification de ces données qu'aux services qui influent plus directement sur l'action de santé publique.

4.13 Bulletin du groupe sectoriel Santé

Le premier numéro du Bulletin du groupe sectoriel Santé sera publié dans les 48 heures, même si des informations importantes manquent encore dans cette phase précoce, et si la structure du bulletin proprement dit peut être une version succincte du Bulletin type d'un groupe sectoriel Santé (voir le chapitre 2). La mise sur pied d'un bulletin aide à établir la présence du groupe sectoriel Santé, et encourage les partenaires à participer activement et à communiquer des informations. Par la suite, une mise à jour hebdomadaire (phase aiguë) ou mensuelle (phase prolongée) sera suffisante, bien que des événements exceptionnels (une situation d'urgence soudaine dans le cadre

de la crise) puissent justifier la publication immédiate d'un numéro spécial s'écartant du format habituel.

4.14 Infographies spéciales

La capacité du groupe sectoriel Santé à produire des infographies sur demande (cartes sanitaires spéciales ou tableaux de bord de données) sera de préférence établie au début de la situation d'urgence, et au plus tard le 7^{ème} jour, car la demande d'informations et d'auxiliaires visuels pour la coordination prendra vite de l'ampleur avec l'arrivée de nouveaux partenaires et des médias. Seules quelques demandes seront traitées en urgence (sous 24 heures); les autres devront être traitées en une semaine environ, selon le type d'urgence.

Il est indispensable que la charge de travail associée à la production d'infographies n'empêche pas les agents de gestion de l'information d'établir et de maintenir les autres services essentiels. Les agents de gestion de l'information devront se sentir habilités à mettre en question l'urgence ou la pertinence de toute demande d'infographie, et proposer d'autres solutions. De la même manière, les coordonnateurs des groupes sectoriels Santé aideront les agents de gestion de l'information à prendre en charge et planifier ces demandes, et à toujours examiner l'urgence et l'utilité vraisemblable d'une infographie souhaitée à la lumière des autres priorités. À tous moments, la solution par défaut consistera à utiliser les fonctionnalités infographiques des applications.



5. BESOINS EN RESSOURCES ET EN PERSONNEL

Le présent chapitre donne le détail des ressources et du personnel requis par un groupe sectoriel Santé activé pour dispenser rapidement des services d'information sur la santé publique de qualité. Le présent chapitre repose sur l'hypothèse que tous ces éléments seront en place pendant toute la durée de l'activation du groupe sectoriel Santé (malgré une éventuelle fluctuation des besoins en personnel: voir ci-dessous), et donc prêts à être déployés immédiatement lorsqu'un nouveau groupe sectoriel santé est activé. Aussi ce chapitre servira-t-il à l'établissement du budget pour l'activité d'un groupe sectoriel Santé et pour le recrutement et la gestion des équipes de personnel de coordination des groupes sectoriels Santé à déployer.

5.1 Ressources requises

Tous les groupes sectoriels Santé activés auront besoin des infrastructures physiques, des moyens de communication et du matériel informatique suivants pour une prestation satisfaisante de tous les services d'information sur la santé publique:

- Un espace de bureau tranquille réservé aux agents de gestion de l'information;
- Une imprimante, un scanner et une photocopieuse réservés au groupe sectoriel Santé;
- L'accès à des fournitures de bureau, ou à un ensemble de fournitures de bureau incluant les articles suivants:
 - Stylos – bleu, noir, rouge;
 - Surligneur;
 - Papier ordinaire (pour l'imprimante);
 - Carnets, papier réglé, classeurs;
 - Agrafeuse et agrafes;
 - Trombones;
 - Perforatrice & classeurs équivalents;
 - Intercalaires pour classeurs;
 - Corbeilles de classement;
 - Post-It;
 - Encre pour imprimante;
 - Enveloppes;
 - Piles (pour matériel électronique, pour clavier et souris sans fil);
 - Calendrier, organisateur mural;
 - Tableau blanc / marqueurs effaçables à sec;
 - Effaceur pour tableau blanc et liquide de nettoyage;
 - Clefs USB x 50
- Kits EWARS OMS: 1 kit permet d'établir une plate-forme de coordination EWARS au niveau central, ainsi qu'une surveillance de terrain dans 50 centres de santé couvrant environ 500 000 personnes ;
- Une connexion Internet stable dans le pays, et au minimum une connexion intermittente ou satellitaire sur le terrain, avec une solution portable (boîtiers de sécurité ou fonction modem depuis la connexion de smartphones);
- Un ordinateur portable par agent de gestion de l'information (au minimum 250GB drive et 4GB RAM), avec le logiciel requis préinstallé (Microsoft Office, Stata, R, ArcGIS, Tableau, Skype, Lync ou application de communication similaire) et logiciel de chiffrement inclus;
- Un véhicule réservé aux agents de gestion de l'information pourra être

nécessaire ;
Prière de noter que les ressources ci-dessus ne sont pas suffisantes pour effectuer des enquêtes sur l'estimation de la mortalité ou la couverture vaccinale: ces services nécessitent des budgets, des ressources et du personnel distincts.

5.2 Besoins en personnel

Le Tableau 7 évalue approximativement le niveau d'activité prévu des agents de gestion de l'information travaillant pour le groupe sectoriel Santé, en équivalents temps plein d'une personne, pour la prestation de chaque service à tous les stades. Le scénario général est celui d'une intervention de grande ampleur d'un groupe sectoriel Santé (définie arbitrairement comme incluant ≥ 20 partenaires d'un groupe sectoriel Santé). Les besoins en équivalents temps plein pour un scénario plus restreint (< 20 partenaires d'un groupe sectoriel Santé, incluant des groupes infranationaux, par exemple) seraient moitié moindres.

Le tableau est proposé comme un guide pour la dotation en personnel de groupes sectoriels Santé activés, sur la base de ce qui est nécessaire pour la prestation des services de qualité prévus dans des délais acceptables.

Au total, ces estimations correspondent à un minimum d'1 agent de gestion de l'information pendant les 48 heures suivant le début de la situation d'urgence, 2 agents dans les 7 premiers jours, et un pic d'au moins 5 agents vers le 14^{ème} jour (voir le **Tableau 8**). Dans le cas d'un scénario plus restreint, les besoins seront en général réduits de moitié.

Il est essentiel que les agents de gestion de l'information continuent à tout moment de se consacrer entièrement à leur travail pour le groupe sectoriel, et qu'ils ne soient pas priés de remplir aussi d'autres fonctions, des tâches de gestion de l'information internes à l'OMS, par exemple.

En plus des agents de gestion de l'information, il pourra être nécessaire de déployer un **épidémiologiste** (1 équivalent temps plein) pour l'estimation de la mortalité et/ou de la couverture vaccinale.

Tableau 7: Niveau d'activité des agents de gestion de l'information dans le cas d'un scénario correspondant à un grand groupe sectoriel Santé, par service et stade de prestation, en équivalent temps plein (ETP)

	SERVICE	ADAPTATION LOCALE	MISE EN PLACE	COLLECTE DES DONNÉES	ANALYSE	INTERPRÉTATION	DIFFUSION	ACTION
SITUATION SANITAIRE ET MANANES POUR LA SANTÉ DES POPULATION TOUCHÉES	Analyse de la situation de la santé publique	sans objet	sans objet	0,2 (une seule fois)	sans objet	0,05 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,0
	Évaluation rapide	0,2 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	0,0	0,5 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,0
	Échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (HESPER)	0,1 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	1,0 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,0
	Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)	0,1 (une seule fois)	1,0 (une seule fois)	0,0	0,2 (en continu)	0,05 (en continu)	0,05 (en continu)	0,0
	Estimation de la mortalité	0,1 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	0,1 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,0
	Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé	0,1 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	0,0	0,1 (en continu)	0,05 (en continu)	0,05 (en continu)	0,0
RESSOURCES SANITAIRES DISPONIBILITÉ	Base de données 3W (Qui, Quoi, Où)	0,1 (une seule fois)	0,3 (one-off)	0,0	0,1 (en continu)	0,05 (en continu)	0,05 (en continu)	0,0
	Liste des partenaires	sans objet	1,0 (une seule fois)	0,1 (en continu)	sans objet	sans objet	0,0	0,0
	Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS)	0,1 (une seule fois)	1,0 (une seule fois)	0,0	0,4 (en continu)	0,05 (en continu)	0,05 (en continu)	0,0
PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE	Système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS)	0,2 (une seule fois)	1,0 (une seule fois)	0,0	0,3 (en continu)	0,1 (en continu)	0,1 (en continu)	0,0
	Estimation de la couverture vaccinale	0,1 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	0,1 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,05 (une seule fois)	0,0
	Suivi des indicateurs opérationnels	0,1 (une seule fois)	0,5 (une seule fois)	0,2 (en continu)	0,1 (en continu)	0,05 (en continu)	0,05 (une seule fois)	0,0
	Bulletin du groupe sectoriel Santé	0,1 (une seule fois)	sans objet	0,2 (en continu)	sans objet	sans objet	0,05 (en continu)	0,0
	Infographies spéciales	sans objet	sans objet	0,2 (en continu)	0,1 (en continu)	sans objet	0,05 (en continu)	0,0

Tableau 8: Effectif d'agents de gestion de l'information requis dans le cas d'un scénario correspondant à un grand groupe sectoriel Santé, selon le temps écoulé depuis le début de la situation d'urgence.

AVANT LA SITUATION D'URGENCE	24 heures	48 heures	7 jours	14 jours	1 mois	3 mois	6 mois
Effectif essentiel	0,5 (une seule fois)	0,55 (une seule fois)	1,1 (une seule fois)	3,8 (une seule fois)	1,1 (one-off) 1,2 (ongoing) 1,1 (une seule fois) 1,2 (en continu)	1,1 (une seule fois) 1,7 (en continu)	1,7 (en continu)
Effectif supplémentaire				1,2 (en continu)	0,6 (une seule fois) 0,5 (en continu)	1,8 (one-off)* 0,85 (ongoing) 1,8 (une seule fois)* 0,85 (en continu)	1,8 (une seule fois) * 0,85 (en continu)
Effectif adapté au contexte particulier					0,6¶ ± 1,3† ± 1,3‡ (une seule fois)	1,3† ± 1,3‡ (une seule fois) 0,2¶ (en continu)	1,3† ± 1,3‡ (une seule fois) 0,2¶ (en continu)
Nombre total d'agents de gestion de l'information requis (arrondi)	1	1	2	5 (min.) 6 (max.) 5 (min.) 6 (max.)	2 (min.) 7 (max.)	3 (min.) 8 (max.)	2 (min.) 7 (max.)

¶ S'il s'agit de surveiller les actes de violence dirigés contre les services de santé.

† S'il s'agit d'estimer la mortalité (normalement au cours des 6 premiers mois).

‡ S'il s'agit d'estimer la couverture vaccinale (normalement au cours des 6 premiers mois).

* Selon que la version complète du système d'information pour la gestion sanitaire est mise en œuvre au bout de 3 ou de 6 mois.



6. COMPÉTENCES TECHNIQUES POUR LES SERVICES D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LES GROUPES SECTORIELS ACTIVÉS

6.1 Portée du présent cadre de compétences

Le présent chapitre dresse la liste des compétences techniques que doit posséder le personnel d'un groupe sectoriel pour s'acquitter efficacement de la fonction de services d'information sur la santé publique des groupes sectoriels Santé activés. Les compétences ci-dessous s'appliquent à des degrés divers aux fonctions suivantes:

- **Agent de gestion de l'information;**
- **Coordonnateur d'un groupe sectoriel Santé;**
- **Agent de santé publique;**
- **Épidémiologiste:** bien que cette fonction ne soit pas propre à un groupe sectoriel, son déploiement dans les groupes sectoriels Santé pour une durée limitée sera nécessaire pour concevoir, mettre en œuvre et/ou analyser les services d'information sur la santé publique qui nécessitent de réelles compétences techniques dans les domaines des maladies infectieuses, des méthodes d'étude et de l'analyse statistique. Il convient de noter qu'un agent de gestion de l'information qui souhaite progresser dans sa carrière aura la possibilité de se faire reconnaître en tant qu'épidémiologiste.

Les **applications prévues** de ce cadre de compétences sont notamment les suivantes:

- Recruter le personnel pour les fonctions du groupe sectoriel sur la base des compétences attendues (agents de gestion de l'information et épidémiologistes seulement);
- Définir les acquis d'un programme de renforcement des capacités en matière de services d'information sur la santé publique, et attribuer ces acquis à différentes activités d'apprentissage (toutes les fonctions d'un groupe sectoriel);
- Évaluer et gérer les performances du personnel d'un groupe sectoriel au regard d'un ensemble convenu de compétences (toutes les fonctions d'un groupe sectoriel);
- Aider les agents de gestion de l'information et les autres membres actuels ou potentiels du personnel des groupes sectoriels, ainsi que les spécialistes techniques en dehors de la coordination sectorielle à déterminer les étapes et à trouver des ressources d'apprentissage pour leur propre

développement professionnel ou la progression de leur carrière. Les services d'information sur la santé publique attendus des groupes sectoriels activés tels que décrits dans les précédents chapitres du présent document sont les blocs constitutifs de ce cadre de compétences, les compétences dont la liste suit reflétant la nécessité pour les différentes fonctions des groupes sectoriels d'appuyer et/ou de dispenser efficacement chaque service. Les responsabilités liées à chaque fonction des groupes sectoriels dans chaque service sont précisées dans la section **Error! Reference source not found.**, la section 5.2 donnant des orientations sur l'effectif nécessaire.

6.2 Types de compétences

Le présent cadre de compétences distingue les types de compétences suivants:

- **Compétences techniques de base**, celles qui sont attendues du personnel d'un groupe sectoriel lors de son recrutement pour une fonction dans un groupe sectoriel sur le terrain: ces compétences ont pu être acquises par une éducation formelle, des études privées, une expérience professionnelle, une formation en cours d'emploi ou un tutorat. Des équivalences approximatives concernant le niveau d'études et l'expérience professionnelle sont proposées ci-après; certains candidats pourront cependant posséder les compétences de base sans satisfaire à ces équivalences – et inversement. Le recrutement du personnel devra toujours reposer sur des entretiens portant sur les compétences.
- **Compétences techniques communes**, que doit posséder le personnel d'un groupe sectoriel pour diriger ou appuyer la prestation de divers services d'information sur la santé publique.
- **Compétences techniques spéciales**, propres à chaque service, très étroitement associées aux responsabilités quotidiennes du personnel d'un groupe sectoriel en matière de services d'information sur la santé publique. Pour les agents de gestion de l'information, ces compétences sont surtout liées à la conception, la mise en œuvre et l'analyse. Pour les coordonnateurs des groupes sectoriels Santé et les agents de santé publique, ces compétences couvrent la commande de services particuliers, et, de façon cruciale, l'interprétation des informations et l'action qui s'ensuit.

Les membres du personnel sont censés adapter leurs savoir-faire au cadre de compétences, et reconnaître les domaines les plus utiles pour leur travail dans lesquels il leur sera nécessaire de s'améliorer, ou les savoir-faire qu'ils souhaitent acquérir, aux fins de leur perfectionnement professionnel.

Tout programme de renforcement des capacités pour le personnel d'un groupe sectoriel devra par conséquent viser à aider le personnel à acquérir des compétences communes ou correspondant à un service particulier, par opposition à des compétences de base.

6.3 Baseline technical competencies

Remarque: Les compétences techniques de base du PHIS ne sont pas attendu

CODE	COMPÉTENCE DE BASE	IMO	EPID
B1	<p>S'appuyer sur une solide connaissance des structures d'une base de données pour établir et maintenir des bases de données solides de qualité, tout en utilisant avec compétence les principales applications de gestion des données, notamment Microsoft Excel et Microsoft Access.</p> <p>Éléments du CV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplôme universitaire ou de troisième cycle dans une discipline reposant sur des données quantitatives (statistique, génie logiciel, géographie, par exemple); ou ▪ Expérience antérieure en tant que développeur principal et gestionnaire d'au moins un grand ensemble de données 	Y	Y
B2	<p>Être capable de rédiger des rapports ou des documents techniques succincts et clairs, structurés de façon logique et faisant un usage approprié de tableaux et de figures, et recourant au type d'infographie approprié.</p> <p>Éléments du CV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auteur principal d'au moins 2 documents ou rapports publics ayant fait l'objet d'un examen collégial qui présentent et examinent des informations quantitatives (évaluer la qualité d'échantillons de textes rédigés) 	Y	Y
B3	<p>Comprendre les priorités actuelles de la santé mondiale et exposer clairement comment les principales causes de morbidité et de mortalité diffèrent selon les classes d'âge et les régions du monde.</p> <p>Éléments du CV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplôme universitaire ou de troisième cycle en santé publique ou épidémiologie, assorti de quantité de travaux de cours sur la santé mondiale; ou ▪ Expérience antérieure ou activités de terrain dans une structure sanitaire mondiale (au minimum 2 ans), axées sur la recherche ou les services (en qualité de responsable de l'information sanitaire, par exemple) 	Y	Y
B4	<p>Reconnaître les différents types de crises (conflit armé, déplacements de population, catastrophe naturelle, etc.) et ce qui distingue les différentes actions humanitaires dans ces crises.</p> <p>Éléments du CV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux de cours antérieurs, notamment cours de brève durée, sur l'action humanitaire; ou ▪ Expérience antérieure des activités de terrain dans au moins une situation de crise 	Y	Y

CODE	COMPÉTENCE DE BASE	IMO	EPID
B5	<p>Reconnaître les caractéristiques génériques suivantes des systèmes de santé dans des contextes où les ressources font défaut: i) les différents niveaux de prestation des soins (de communautaires à tertiaires) et la manière dont ils sont reliés les uns aux autres; ii) la différence entre services de santé préventifs et les services curatifs; iii) les problèmes habituels tels que la pénurie de personnels de santé, la faible utilisation des services et les difficultés financières.</p> <p><i>Éléments du CV:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplôme universitaire ou de troisième cycle en santé publique ou épidémiologie, assorti de quantité de travaux de cours sur la santé mondiale; ou ▪ Expérience de travail antérieure dans un établissement de santé ou une autre fonction dans un service de santé publique, notamment dans un contexte pourvu en ressources 	Y	Y
B6	<p>Être capable de mener des recherches sur une épidémie suspectée en utilisant l'épidémiologie descriptive et analytique de base, en appliquant des méthodes épidémiologiques modernes, et en comprenant comment relier les données de terrain à un modèle de transmission dynamique.</p> <p><i>Éléments du CV:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Diplôme de troisième cycle en santé publique ou épidémiologie, assorti de quantité de travaux de cours sur les maladies infectieuses, les méthodes épidémiologiques et les statistiques; et</i> ▪ <i>Éléments de preuve (documents ou rapports publics ayant fait l'objet d'un examen collégial) d'au moins deux activités de terrain portant sur des investigations et/ou la surveillance d'une épidémie.</i> 		Y

6.4 Compétences techniques communes

CODE	COMPÉTENCES	COORDONNATEUR D'UN GROUPE SECTORIEL SANTÉ	AGENT DE SANTÉ PUBLIQUE	AGENT DE GESTION DE L'INFORMATION	ÉPIDÉMIOLOGISTE
	De base				
C1	Comprendre l'architecture de l'aide humanitaire, l'approche fondée sur les groupes sectoriels et la coordination intersectorielle des informations sur la santé publique.	Y	Y	Y	
C2	Comprendre les normes mondiales applicables aux services d'information sur la santé publique dans les groupes sectoriels activés, les traduire en plans de travail concrets et savoir quand commander des services pour un contexte particulier.	Y	Y	Y	
C3	Être capable de formuler, choisir et interpréter les indicateurs de santé publique SMART.	Y	Y	Y	Y
C4	Être capable de reconnaître et de trianguler les sources déjà disponibles d'estimations démographiques et de comprendre les effets de l'incertitude des dénominateurs sur l'interprétation des informations sur la santé publique.			Y	Y
C5	Être capable de concevoir une enquête ou un questionnaire d'évaluation, d'appliquer les bonnes pratiques pour la formulation et la présentation des questions.			Y	Y
C6	Être capable d'administrer un questionnaire sur le terrain, en choisissant et en appliquant la plateforme de collecte des données appropriée (papier ou électronique), et de mener à bien les étapes de la validation et des essais de terrain.			Y	Y
C7	Être capable d'utiliser les informations sur la santé publique disponibles pour dresser un tableau général des risques, des insuffisances et des priorités.	Y	Y		
	Poussées				
C8	Être capable de concevoir, mettre en œuvre et analyser des enquêtes par sondage en population, utilisant notamment des plans			Y	Y

CODE	COMPÉTENCES	COORDONNATEUR D'UN GROUPE SECTORIEL SANTÉ	AGENT DE SANTÉ PUBLIQUE	AGENT DE GESTION DE L'INFORMATION	ÉPIDÉMIOLOGISTE
	d'échantillonnage complexes.				
C9	Être capable de trouver les sources de données géoréférencées disponibles et/ou d'organiser une collecte spéciale de données géoréférencées aux fins de la mise en œuvre d'analyses spatiales d'un système d'informations géographiques (GIS) au moyen de logiciels appropriés.			Y	Y
C10	Être capable de concevoir, mettre en œuvre et analyser la collecte de données de terrain particulières pour estimer rapidement la taille du groupe de population aux fins de la planification, lorsque la solidité des sources disponibles est incertaine.			Y	Y
C11	Être capable d'utiliser des solutions informatiques en accès libre pour élaborer et gérer des sites Web simples destinés à améliorer l'utilisation des informations par les partenaires.			Y	

6.5 Compétences techniques spéciales pour chaque service

SERVICE	CODE	COMPÉTENCE	HCC	PHO	IMO	EPID
Analyse de la situation de la santé publique Analyse de la situation de la santé publique	S1.1	Être capable d'utiliser la littérature publiée et diverses sources en ligne pour trouver des informations secondaires utiles sur la santé publique concernant la population touchée par la crise, notamment des données essentielles sur la situation sanitaire avant la crise, les risques de maladies et la disponibilité des services.	Y	Y	Y	Y
	S1.2	Être capable d'examiner de façon critique la solidité et la pertinence des informations secondaires.	Y	Y	Y	Y
	S1.3	Être capable d'utiliser des informations secondaires ou primaires solides et pertinentes sur la santé publique pour déterminer les principaux risques pour la santé publique, les insuffisances et les mesures de santé publique prioritaires.	Y	Y		
	S1.4	Être capable de présenter l'analyse de la situation de la santé publique dans un document technique succinct, en utilisant de façon appropriée des tableaux et des infographies et en formulant des recommandations claires.	Y	Y	Y	Y
	S1.5	Être capable d'établir et de maintenir une banque d'informations secondaires et de données accessible aux fins de l'analyse de la situation.			Y	
Évaluation rapide	S2.1	Comprendre les méthodes de l'évaluation multisectorielle rapide initiale (MIRA).	Y	Y	Y	Y
	S2.2	Être capable de choisir les indicateurs du secteur de la santé à inclure dans le questionnaire MIRA.	Y	Y	Y	Y
	S2.3	Être capable d'examiner de façon critique et d'interpréter les résultats de l'évaluation MIRA pour affiner l'analyse de la situation de la santé publique.	Y	Y		

SERVICE	CODE	COMPÉTENCE	HCC	PHO	IMO	EPID
Échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (HESPER)	S3.1	Comprendre les méthodes de mesure HESPER et leur adaptation possible aux fins d'une évaluation locale.	Y	Y	Y	Y
	S3.2	Être capable d'exécuter une évaluation HESPER, de gérer convenablement les données et de produire les principaux résultats de l'analyse.			Y	Y
	S3.3	Interpréter les résultats de l'évaluation HESPER pour affiner l'analyse de la situation de la santé publique, et définir les mesures appropriées.	Y	Y		
Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)	S4.1	Être capable de reconnaître les syndromes épidémiques prioritaires, les seuils d'alerte et les établissements de santé participants aux fins de la conception locale du système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS).	Y	Y	Y	Y
	S4.2	Être capable de trouver et d'utiliser de façon appropriée le matériel EWARS, et de configurer l'application EWARS conformément au modèle local du système d'alerte et d'intervention rapide.			Y	Y
	S4.3	Être capable de surveiller et d'évaluer les performances du système d'alerte et d'intervention rapide, et de définir les mesures qui permettront d'améliorer la fonctionnalité du système.			Y	Y
	S4.4	Être capable d'interpréter les alertes du système EWARS déclenchées sur la base des indicateurs ou des événements, et définir les investigations et les interventions appropriées, en fixant les délais requis.	Y	Y	Y	Y
	S4.5	Être capable de publier régulièrement des bulletins épidémiologiques qui suivent les alertes, anciennes et nouvelles, et les flambées épidémiques confirmées.			Y	Y
	S4.6	Être capable d'intégrer le système EWARS dans d'autres systèmes d'information du ministère de la santé, et transférer la responsabilité du système EWARS au ministère de la santé.			Y	

SERVICE	CODE	COMPÉTENCE	HCC	PHO	IMO	EPID
Estimation de la mortalité	S5.1	Comprendre s'il convient d'entreprendre ou de commander une estimation de la mortalité, quand et pourquoi, en dressant la liste des ressources et des compétences requises, et en planifiant les modalités d'utilisation des estimations.	Y	Y	Y	Y
	S5.2	Être capable de concevoir des enquêtes de surveillance prospective ou des enquêtes rétrospectives statistiquement solides sur la mortalité, en surveillant les biais éventuels et en garantissant la faisabilité de la collecte des données.			Y	Y
	S5.3	Être capable d'analyser les données relatives à la mortalité pour calculer des estimations statistiquement solides.			Y	Y
	S5.4	Être capable d'interpréter correctement les estimations de la mortalité, et de communiquer les résultats de façon appropriée.	Y	Y		Y
	S5.5	Être capable de définir les mesures de santé publique appropriées compte tenu des résultats relatifs à la mortalité.	Y	Y		
Surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé	S6.1	Comprendre quand une surveillance systématique des actes de violence dirigés contre les services de santé (MVH) est justifiée.	Y	Y		
	S6.2	Être capable d'adapter et de mettre en place l'application MVH pour une utilisation locale.			Y	
	S6.3	Être capable d'aider les utilisateurs locaux à recueillir et transmettre les données de la surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé, et à donner l'alerte.			Y	
	S6.4	Être capable de vérifier les rapports de surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé et de gérer les données compte tenu des sensibilités locales.			Y	
	S6.5	Être capable de définir des mesures de sensibilisation et de santé publique appropriées compte tenu des résultats de la surveillance des actes de violence dirigés contre les services de santé.	Y	Y		
Base de données 3W	S7.1	Être capable d'adapter et de mettre en place l'application 3W pour une utilisation locale, et d'encourager les partenaires à fournir des			Y	

SERVICE	CODE	COMPÉTENCE	HCC	PHO	IMO	EPID
(Qui, Quoi, Où)		informations.				
	S7.2	Être capable de collaborer avec les partenaires pour surveiller, interpréter et définir les mesures appropriées en s'appuyant sur la base de données 3W.	Y	Y		
Liste des partenaires	S8.1	Être capable d'établir et de maintenir la liste des coordonnées des partenaires au moyen d'une plate-forme adaptée.			Y	
Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS)	S9.1	Être capable d'adapter et de mettre en place l'application HeRAMS pour une utilisation locale, notamment de concevoir un questionnaire localement adapté.			Y	
	S9.2	Être capable d'aider les utilisateurs locaux à recueillir et transmettre les données du système de recensement des ressources sanitaires disponibles HeRAMS, et à gérer et analyser les données sous la direction des partenaires.			Y	
	S9.3	Être capable de produire des rapports informatiques sur le système HeRAMS et de résumer les principaux résultats au moyen d'infographies adaptées.			Y	
	S9.4	Être capable d'utiliser les données du système HeRAMS pour déterminer et corriger les insuffisances dans la prestation des services moyennant une sensibilisation rapide des partenaires et des donateurs et la mobilisation de ressources.	Y	Y		
Système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS)	S10.1	Comprendre la nécessité contextuelle d'un système information pour la gestion sanitaire, en se fondant sur l'état d'un système local d'information pour la gestion sanitaire relevant du ministère de la santé et sur les besoins en données des partenaires.	Y		Y	
	S10.2	Être capable de dresser la liste des indicateurs HMIS localement appropriés pour différents services de santé à partir d'un menu mondial.	Y		Y	

SERVICE	CODE	COMPÉTENCE	HCC	PHO	IMO	EPID
	S10.3	Être capable de configurer et de mettre en place une application HMIS ou DHIS-2 générique d'urgence (dans les scénarios prolongés) pour une utilisation locale, tout en précisant un flux de données rationalisé et en attribuant les rôles et les responsabilités liés au système HMIS.			Y	
	S10.4	Être capable d'aider les partenaires à recueillir des données pour le système HMIS et sur la manière d'interpréter et de prendre des mesures compte tenu des données HMIS fournies par les établissements de santé auxquels ils prêtent appui.			Y	
	S10.5	Être capable de surveiller la ponctualité, l'exhaustivité et la qualité de la collecte de données pour le système HMIS, et de définir des mesures correctrices.			Y	
	S10.6	Être capable d'interpréter le système d'information pour la gestion sanitaire pour actualiser l'analyse de la situation de la santé publique et définir les mesures appropriées.	Y	Y		
Estimation de la couverture vaccinale	S11.1	Comprendre la nécessité contextuelle d'une estimation de la couverture vaccinale compte tenu des informations existantes, notamment pour quels antigènes et quelles classes d'âge les estimations peuvent être nécessaires.	Y	Y		Y
	S11.2	Être capable de choisir la méthode appropriée pour l'estimation de la couverture vaccinale (administrative ou par sondage), et saisir les occasions de recueillir des données sur la vaccination au moyen d'enquêtes prévues à d'autres fins.			Y	Y
	S11.3	Être capable d'estimer la couverture vaccinale par la méthode administrative, compte tenu des écueils courants et des sources de biais décelés par une analyse de sensibilité appropriée.			Y	Y
	S11.4	Être capable de concevoir une enquête sur la couverture vaccinale par les méthodes suivantes : l'échantillonnage aléatoire proportionnel à la taille, l'échantillonnage spatial ou l'assurance par échantillonnage de la qualité des lots.			Y	Y

SERVICE	CODE	COMPÉTENCE	HCC	PHO	IMO	EPID
	S11.5	Être capable d'interpréter les estimations de la couverture vaccinale et de définir les mesures appropriées.	Y	Y		
Suivi des indicateurs opérationnels	S12.1	Être capable de dresser une liste restreinte des principaux indicateurs de performance de l'action sanitaire à visée humanitaire localement adaptés, compte tenu des sources locales de données secondaires.	Y	Y		
	S12.2	Être capable d'adapter et de mettre en place l'application de suivi des indicateurs opérationnels (OIM) pour une utilisation locale.			Y	
	S12.3	Être capable de suivre l'évolution des données provenant de différents services de santé publique et de définir les mesures appropriées.	Y	Y		
Bulletin du groupe sectoriel Santé	S13.1	Être capable d'adapter le modèle du bulletin du groupe sectoriel Santé pour produire un bulletin régulier traitant des principaux éléments de l'action du groupe sectoriel Santé.			Y	
	S13.2	Être capable de recueillir les données provenant de différents services et de différentes sources, et d'utiliser des infographies appropriées pour composer le bulletin.			Y	
Infographies spéciales	S14.1	Comprendre et appliquer les options de visualisation des données appropriées pour répondre à des demandes d'infographies particulières.			Y	
	S14.2	Être capable de produire des tableaux de bord couvrant l'ensemble de l'activité du groupe sectoriel ou des questions particulières au moyen des applications existantes appropriées.			Y	
	S14.3	Être capable de produire des cartes de qualité faciles à interpréter qui présentent des données sur la situation sanitaire et les risques pour la santé, la disponibilité des services de santé et/ou les performances du système de santé, ventilées par niveau administratif approprié.			Y	