

Éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre et de l'ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales dans le cadre de l'épidémie de COVID-19

Orientations provisoires
4 novembre 2020



Points essentiels

- Les mesures de santé publique et les mesures sociales (MSPMS) se sont avérées cruciales pour limiter la transmission de la COVID-19 et le nombre des décès.
- La décision d'instaurer, d'adapter ou de lever les MSPMS doit se fonder principalement sur une évaluation de la situation relative à l'intensité de la transmission et à la capacité de riposte du système de santé, mais elle doit être aussi envisagée en fonction des effets que ces mesures pourraient avoir sur le bien-être général de la société et des personnes.
- Des indicateurs et des seuils suggérés sont donnés pour jauger à la fois l'intensité de la transmission et la capacité de riposte du système de santé ; ensemble, ils forment la base pour orienter l'ajustement des MSPMS. Les mesures sont données à titre indicatif et doivent être adaptées à la situation locale.
- Il faut continuellement ajuster les MSPMS selon l'intensité de la transmission et la capacité du système de santé au niveau du pays et au niveau infranational.
- Au moment d'ajuster les MSPMS, les communautés doivent être pleinement consultées et engagées avant de procéder aux changements.

Introduction

Le présent document est une actualisation des orientations provisoires publiées le 16 avril 2020 sous le titre « Éléments à prendre en considération lors de l'ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 ».

Des mesures de santé publique et des mesures sociales (MSPMS) sont prises dans le monde entier pour limiter la transmission et réduire la mortalité et la morbidité imputables à la COVID-19. Elles comportent des interventions individuelles et sociétales non pharmaceutiques pour lutter contre la COVID-19.

À mesure que la pandémie évolue, les MSPMS doivent être régulièrement examinées, adaptées et leur efficacité pour endiguer la transmission du SARS-CoV-2 doit être évaluée. Cela suppose une prise de décision souple, fondée sur des évaluations continues de la situation au niveau administratif le plus local possible. Ces évaluations doivent se baser sur une méthode étudiant les risques et les bénéfices en tenant compte de l'intensité de la transmission, de la capacité de riposte du système de santé et d'autres éléments circonstanciels (tels que les événements à venir pouvant influencer sur la transmission ou la capacité) et l'approche stratégique générale de la lutte contre la COVID-19 dans chaque situation spécifique. Les décisions de durcir, d'assouplir ou d'introduire les MSPMS pour combattre la COVID-19 doivent être soupesées à l'aune des impacts qu'elles auront sur les sociétés et au niveau individuel. Les éléments à prendre en compte sont les effets sur l'économie, la sécurité, la santé mentale, le bien-être psychosocial, les droits de la personne, la sécurité alimentaire, les inégalités socio-économiques, la continuité des programmes de soin et de santé publique et la prise en charge d'autres pathologies que la COVID-19, les violences sexistes et les sentiments du grand public, de même que son adhésion aux MSPMS. La santé et le bien-être général des communautés doivent donc être au premier plan des considérations à prendre en compte au moment de décider des MSPMS et de les appliquer.

Les MSPMS comportent des mesures de protection personnelles (comme l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, le port du masque); des mesures environnementales (comme le nettoyage, la désinfection, l'aération), des mesures de surveillance et de riposte (comme le traçage, l'isolement des contacts et leur mise en quarantaine); des mesures de distanciation physique (comme de limiter la taille des rassemblements, le maintien d'une certaine distance dans les lieux publics ou au travail, les restrictions de déplacement au niveau national) et des mesures relatives aux voyages internationaux.¹ Les MSPMS agissent de concert et il faut qu'elles soient associées pour garantir un contrôle efficace. Elles doivent être adaptées au niveau administratif le moins élevé pour lequel une évaluation de la situation est possible et promulguées de manière pratique.

Modifications par rapport à la version précédente

Le présent document donne des orientations aux États Membres pour les aider à évaluer la situation aux niveaux national et

infranational, ainsi que des recommandations essentielles sur la mise en œuvre des MSPMS. Il doit être lu parallèlement aux orientations provisoires de l'OMS concernant la préparation et les mesures de riposte contre la COVID-19,² qui porte sur plusieurs autres éléments au-delà des MSPMS pour se préparer et riposter à la pandémie.

Les nouvelles orientations comportent plusieurs modifications importantes. Premièrement, elles donnent une classification actualisée de la transmission, subdivisant la 'transmission communautaire' en quatre catégories allant d'une incidence faible à très élevée. L'annexe donne des indicateurs et des seuils révisés pour déterminer la classification de la transmission, ainsi que les capacités actuelles du système de santé. Le document présente ensuite une grille d'évaluation de la situation qui prend en compte la classification de la transmission et la capacité de riposte du système de santé pour arriver à un niveau global de la situation. Enfin, le document donne des orientations sur les MSPMS à appliquer ou à ajuster à chaque niveau de la situation.

Le présent document est destiné aux décideurs de la santé publique et des services de santé à tous les niveaux opérationnels (c'est-à-dire à tout niveau auquel sont prises des décisions sur les MSPMS adaptées), ainsi qu'à tous les intervenants techniques des secteurs concernés (par exemple l'engagement des communautés, l'éducation, les services sociaux) qui soutiennent les MSPMS ou sont impactés.

Scénarios de transmission

L'évaluation du niveau de transmission est essentielle pour appréhender la situation générale de la COVID-19 dans une zone donnée et elle oriente donc les décisions fondamentales prises pour la riposte et l'adaptation des mesures de lutte contre l'épidémie.

Auparavant, l'OMS avait défini quatre scénarios de transmission pour décrire la dynamique de l'épidémie : aucun cas déclaré (zéro transmission et absence de cas détectés et notifiés), cas sporadiques, groupes de cas (clusters) et transmission communautaire.

Comme de nombreux pays sont désormais confrontés à la transmission communautaire et cherchent à ajuster les MSPMS à différents niveaux d'intensité, une actualisation de la classification de la transmission a été élaborée pour obtenir un plus grand degré de précision. On a aussi établi une gamme d'indicateurs pour saisir l'intensité de la transmission et, ainsi, aider à la prise de décision.

La transmission communautaire (TC) est désormais divisée en quatre niveaux, allant d'une faible incidence (TC1) à une incidence très élevée (TC4). Par conséquent, il y a désormais sept catégories (les définitions ci-dessous sont abrégées ; les détails sur cette classification se trouvent dans l'annexe au présent document intitulée « Critères de la santé publique pour l'ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 »).

- Aucun cas (actif)
- Cas importés/sporadiques
- Groupes de cas (clusters)
- TC1 : Incidence faible de cas d'infection acquis localement et largement diffus, détectés au cours des 14 derniers jours

- TC2 : Incidence modérée de cas d'infection acquis localement et largement diffus, détectés au cours des 14 derniers jours
- TC3 : Incidence élevée de cas d'infection acquis localement et largement diffus, détectés au cours des 14 derniers jours
- TC4 : Incidence très élevée de cas d'infection acquis localement et largement diffus, détectés au cours des 14 derniers jours

La classification du niveau de transmission dans une zone géographique évoluera dans le temps (amélioration ou dégradation) et il est probable qu'au même moment les niveaux de transmission divergent dans les différentes zones géographiques d'un même pays.

Des stratégies d'engagement des communautés, fondées sur leurs perceptions, leurs besoins et les retours d'information qu'elles donnent, doivent être appliquées pour orienter les décisions sur les MSPMS, l'objectif étant que chaque communauté s'approprie l'action de la santé publique.

L'annexe ci-après décrit le processus de détermination du classement de la transmission.

Capacité de riposte

En plus d'évaluer le niveau de la transmission, il est nécessaire de comprendre la capacité actuelle de riposte du système de santé : selon qu'elle est suffisante, moyenne ou limitée, le même niveau de transmission peut aboutir à des situations complètement différentes et nécessiter un degré différent d'application des MSPMS. Pour les besoins du présent document, le terme 'capacité de riposte' recouvre à la fois les soins cliniques et les services de santé publique et se mesure en termes de capacité réelle (aptitude) à délivrer les services et de performance de ces services.

L'annexe ci-après décrit la méthode d'évaluation de la capacité de riposte du système de santé.

Évaluation de la situation à l'aide du niveau de transmission et de la capacité de riposte

La décision d'instaurer, d'adapter ou de lever les MSPMS, ou d'intensifier les capacités du système de santé, doit se fonder sur une analyse du niveau de transmission, sur la capacité de riposte du système de santé et sur d'autres facteurs contextuels

Sur la base de l'évaluation conjointe de ces facteurs, un niveau de situation sera défini pour une zone géographique et il indiquera s'il convient d'ajuster les MSPMS et, dans l'affirmative, comment le faire (voir Tableau 1). Cette évaluation sera renforcée par l'examen d'informations quantitatives et qualitatives provenant de multiples sources qui, grâce à une triangulation, permettront de confronter à la réalité le niveau de situation obtenu. Les **niveaux de situation qui en résultent doivent seulement être pris à titre indicatif** car ils peuvent ne pas correspondre tout à fait à la riposte requise dans un contexte spécifique. Par exemple, dans un petit État insulaire en développement aux capacités limitées, des MSPMS rigoureuses peuvent se justifier dès un niveau de transmission relativement faible.

Les indicateurs doivent être contrôlés régulièrement (par ex. deux fois par semaine) et le niveau de situation évalué en

fonction des résultats pour établir le bien-fondé des MSPMS, l'impact qu'elles ont et pour anticiper de futures modifications.

Tableau 1 : Grille d'évaluation du niveau de situation à l'aide des indicateurs du niveau de transmission et de la capacité de riposte pour orienter l'ajustement des MSPMS

Niveau de transmission	Capacité de riposte		
	Suffisante	Moyenne	Limitée
Aucun cas	0	0	1
Cas importés/sporadiques	0	1	1
Groupes de cas (clusters)	1	1	2
Communautaire – TC1	1	2	2
Communautaire – TC2	2	2	3
Communautaire – TC3	2	3	3
Communautaire – TC4	3	3	4

- **Situation de niveau 0 :** correspond à une situation sans transmission connue du SARS-CoV-2 au cours des 28 jours précédents. Le système de santé et les autorités de santé publique sont prêts à réagir, mais il ne doit y avoir aucune restriction aux activités de la vie quotidienne.
- **Situation de niveau 1 :** situation dans laquelle des mesures de base sont en place pour prévenir la transmission ou, s'il y a déjà des cas, l'épidémie est contrôlée par des mesures efficaces autour des cas ou des clusters, avec une perturbation locale limitée et passagère de la vie économique et sociale.
- **Situation de niveau 2 :** situation avec une faible incidence communautaire ou un risque de transmission communautaire au-delà des clusters. Des mesures supplémentaires peuvent être requises pour endiguer la transmission ; toutefois, les perturbations des activités sociales et économiques peuvent encore être limitées.
- **Situation de niveau 3 :** situation de transmission communautaire avec des capacités supplémentaires de riposte limitées et un risque que les services de santé soient dépassés. Il pourra être nécessaire de mettre en place un groupe plus étendu de mesures pour limiter la transmission, prendre en charge les cas et assurer le contrôle de l'épidémie.
- **Situation de niveau 4 :** correspond à une épidémie hors de contrôle avec une capacité de riposte du système de santé limitée ou aucune possibilité supplémentaire, ce qui requiert des mesures de grande envergure pour éviter que les services de santé ne soient dépassés et empêcher une surmortalité et une surmortalité.

Ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales

Principes fondamentaux

Les décisions sur les mesures à appliquer, à lever ou à renforcer et l'ordre dans lequel elles doivent intervenir doivent se fonder sur les principes directeurs suivants :

- Les mesures ayant le plus haut degré d'acceptabilité, de faisabilité, d'efficacité prouvée et qui réduisent au minimum les conséquences négatives sur la santé et le bien-être de tous les membres de la société et les acteurs économiques doivent être envisagées en premier. L'acceptabilité et la faisabilité seront déterminées au moyen d'une discussion active avec les membres de la communauté, afin d'augmenter le plus possible la probabilité du respect des mesures et l'adhésion, tandis que l'efficacité et les effets négatifs potentiels des MSPMS seront évalués au moyen d'une étude fondée sur des données probantes (par ex., l'examen de la littérature, les orientations de l'OMS, etc.) ; il y aura aussi un suivi actif de l'impact des MSPMS appliquées.
- Des mesures supplémentaires doivent être envisagées dès que la situation se dégrade et que son niveau augmente. On a associé aux retards dans l'application des mesures une hausse de la mortalité et le besoin de recourir à des mesures plus rigoureuses pour reprendre le contrôle de la situation. En particulier, aucun effort ne devrait être épargné pour éviter une intensification de la transmission la faisant passer des 'groupes de cas' (clusters) à la 'transmission communautaire'.
- Lorsque c'est faisable, les mesures doivent être adoptées (ou levées) d'une manière contrôlée et graduelle, de façon à permettre une meilleure compréhension des effets de chacune d'entre elles sur la dynamique de la transmission.
- Les données de surveillance de la santé publique et les enquêtes sur les cas et les clusters apportent des informations importantes sur les conditions associées à la transmission. Ces renseignements peuvent aider à cibler l'application ou l'intensification de certaines MSPMS, sans les imposer universellement en tout lieu.
- Les communautés vulnérables et les personnes désavantagées peuvent être confrontées à des difficultés immédiates pour satisfaire à leurs besoins fondamentaux, comme les revenus, le logement ou l'alimentation, lorsque des MSPMS rigoureuses sont imposées. Il est crucial de prendre en compte ces besoins fondamentaux avant d'instaurer les mesures pour permettre aux gens de s'y conformer. Il est essentiel de préserver les populations vulnérables et désavantagées en prenant des mesures spécifiques de soutien, en mobilisant des ressources et en engageant tous les secteurs et communautés concernés pour en savoir plus sur leurs inquiétudes et recueillir ce qu'ils ont à en dire.
- Pour toute décision d'appliquer des MSPMS rigoureuses, il faut en calculer l'impact (vies perdues sur le court et le long terme par rapport aux vies sauvées en appliquant les MSPMS).
- La protection des populations vulnérables (dont les personnes ayant un risque clinique de formes graves [âgées >60 ans et/ou présentant des comorbidités

augmentant le risque de formes graves de la COVID-19] et les groupes désavantagés, comme les populations marginalisées, les migrants et les réfugiés, ainsi que ceux habitant dans des endroits densément peuplés et ayant peu de ressources, de même que les tranches de la population à faibles revenus) doit être un élément central de la décision prise d'instaurer, de maintenir ou de lever une mesure.

- Les politiques visant à restreindre les déplacements entre les régions doivent se baser sur une évaluation des niveaux respectifs de transmission et des capacités du système de santé, avec pour objectif d'éviter de réimplanter l'épidémie dans les zones de faible transmission et, le plus possible, de charger davantage les systèmes de santé déjà à la limite de leur capacité. Dans tous les cas, les travailleurs essentiels doivent être autorisés à se déplacer selon les besoins pour appuyer le maintien des services essentiels.
- Au moment de lever les MSPMS, il convient d'examiner l'impact potentiel de cette décision sur la capacité du système de riposter rapidement à toute nouvelle résurgence de cas.
 - Des moyens adéquats du système de santé doivent être en place pour détecter, tester et prendre en charge les nouveaux cas.
 - Il faut réduire au minimum le risque de flambées dans les situations où l'on a des personnes vulnérables. Cela suppose de déterminer les principaux facteurs de la transmission de la COVID-19 (par ex., divers types de lieux fermés) dans le contexte local, avec des mesures appropriées mises en place pour optimiser la distanciation physique et réduire au minimum le risque de nouvelles flambées. Des mesures doivent être en place pour diminuer le risque de transmission nosocomiale et de flambées dans des cadres tels que les centres de soin.
 - À l'aide des données locales de la surveillance, il faut bien comprendre les principaux facteurs de transmission dans la zone locale évaluée et des mesures doivent être réinstaurées rapidement en cas d'augmentation de l'incidence. Il convient de faire particulièrement attention à la prévention et à la détection précoce des événements potentiels de « super propagation ».

Lors de l'ajustement des MSPMS, les communautés doivent être pleinement consultées et engagées avant de procéder aux changements.³ Une communication claire, concise et transparente, incluant la justification factuelle de la modification des mesures, doit être élaborée avec les communautés ciblées par ces MSPMS.

En particulier :

- Il faut reconnaître aux communautés le rôle qu'elles ont à jouer en apportant leur contribution pour ce qui est du moment et de la manière d'instaurer ou de lever les MSPMS.

- Les communautés ont un rôle crucial à jouer dans la mise en œuvre des MSPMS à l'échelle de la population et contribuent à l'atténuation de l'impact social et économique de certaines d'entre elles (par ex. la perturbation dans la disponibilité des denrées alimentaires et d'autres fournitures nécessaires).
- Il convient de mettre en place des mécanismes de retour de l'information pour veiller à ce que tout impact sociétal des modifications des MSPMS soit rapidement identifié et signalé afin de pouvoir agir. Les communautés doivent être à l'origine des solutions pour garantir l'adoption de mesures répondant le mieux aux besoins locaux (par exemple en tenant compte des pratiques culturelles locales) et ainsi augmenter la probabilité d'adhésion de la population.
- Il faut tirer parti des réseaux locaux au niveau des communautés pour soutenir les efforts et renforcer les capacités en formant des dirigeants locaux.
- L'« infodémie »,⁴ apparue avec la surabondance d'informations et de désinformations sur la COVID-19, doit être gérée à tous les stades de la riposte en donnant l'information juste au bon moment, aux bons destinataires et par des canaux fiables (par ex. les dirigeants locaux ou religieux, les médecins de famille et d'autres membres influents de la société).
- Une stratégie de communication et d'engagement des communautés doit être élaborée avant la mise en œuvre de toute modification des MSPMS.³ Elle doit être établie en consultation avec les parties prenantes concernées au gouvernement, dans la société civile et les groupes locaux. Les plans doivent inclure au minimum les objectifs comportementaux, les audiences ciblées, les canaux prioritaires et une association de stratégies et d'activités pour informer et engager le grand public. Des informations essentielles comme l'étendue ou la durée estimée des mesures en place doivent faire partie des messages prioritaires dans les plans mis au point. L'engagement des communautés est essentiel non seulement pour le respect des mesures de santé publique et le soutien qui leur est apporté, mais aussi pour le développement de mesures sociales d'adaptation et l'orientation de la prise de décision sur les MSPMS.

Application des MSPMS sur la base de l'évaluation de la situation

Le tableau 2 donne plus de détails sur les types de mesures pouvant être appliquées à chaque niveau de situation. À chacun de ces niveaux, les mesures sont indicatives car elles seront plus ou moins faisables ou adaptées selon les différents contextes et lieux. Il est à noter que les recommandations sur les voyages internationaux se trouvent dans un autre document.⁵

Les mesures doivent s'inscrire dans une durée déterminée et être réévaluées régulièrement, au moins toutes les deux semaines, parallèlement au niveau de la situation.

Tableau 2 : Orientations sur l'application des MSPMS à chaque niveau de gravité

Niveau de la situation	Éléments à prendre en considération pour l'application des MSPMS en fonction du niveau de la situation*
<p>Niveau 0 : Aucune transmission connue du SARS-CoV-2 dans les 28 jours précédents. Le système de santé et les autorités de santé publique sont prêts à réagir, mais il ne doit y avoir aucune restriction aux activités de la vie quotidienne.</p>	<p>À ce niveau, la surveillance doit veiller à ce que tout nouveau cas puisse être détecté et pris en charge le plus tôt possible, mais il ne devrait y avoir aucune restriction aux activités de la vie quotidienne.</p> <p>Les autorités pourront envisager d'appliquer les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le renforcement de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence en veillant à ce qu'il y ait des réserves suffisantes de médicaments, d'équipements médicaux et à ce qu'un personnel adéquat ait été recruté et formé pour faire face aux poussées anticipées de la charge de travail. • Les personnes doivent appliquer les mesures de précaution individuelles de base et adopter certains comportements, comme l'hygiène des mains,⁶ l'hygiène respiratoire, le fait de rester chez soi / le port du masque⁷ en cas de problème de santé et la distanciation physique volontaire. • Un système fiable de surveillance⁸ doit être en place pour détecter rapidement les cas suspects et les clusters, enquêter⁹ et veiller à ce que des mesures de santé publique comme l'isolement et la quarantaine¹⁰ soient prises pour réduire la poursuite de la propagation si des cas sont confirmés ; les contacts sont recherchés et suivis. • Les déplacements hors de la zone doivent être autorisés selon la politique nationale ; il convient de faire attention au risque d'introduction du virus par des voyageurs en provenance de régions où l'incidence est plus élevée. • Des informations claires doivent être données au grand public sur ce qu'il faut faire en cas de symptômes et qui contacter pour avoir des conseils, se faire tester et/ou traiter.
<p>Niveau 1 : Des mesures de base sont en place pour prévenir la transmission ou, s'il y a déjà des cas, l'épidémie est contrôlée par des mesures efficaces autour des cas ou des clusters, avec une perturbation limitée et passagère de la vie sociale et économique.</p>	<p>À ce niveau, des mesures spécifiques doivent être prises pour les cas et/ou les clusters et il faut renforcer les mesures individuelles, avec un impact limité sur les activités sociales et économiques.</p> <p>En plus des mesures sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence, des mesures individuelles de précaution et de la communication sur le risque, les autorités pourront envisager d'appliquer les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il convient de mettre l'accent sur la détection des cas et des clusters, l'investigation, la recherche et le suivi des contacts. • Les personnes doivent appliquer les mesures de précaution individuelles et certains comportements comme l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, le fait de rester chez soi en cas de symptômes, le port du masque quand il le faut et la distanciation physique. • Recommander d'éviter les trois types de lieux suivants : lieux clos, lieux bondés et lieux où les contacts sont très proches. • Les activités et services quotidiens, comme l'éducation,¹¹ les entreprises¹² et les loisirs/le tourisme, peuvent rester ouverts avec des mesures de sécurité mises en place pour limiter le risque de propagation. • Des mesures doivent être en place pour protéger les plus vulnérables en veillant plus particulièrement à ce que des mesures appropriées soient prises dans les structures de soin de longue durée¹³ et les autres établissements de soin résidentiels.
<p>Niveau 2 : Faible incidence communautaire ou risque de transmission communautaire au-delà des clusters. Des mesures supplémentaires peuvent être requises pour endiguer la transmission ; toutefois, les perturbations des activités sociales et économiques peuvent encore être limitées</p>	<p>À ce niveau, des mesures doivent être prises pour limiter le nombre des rencontres sociales dans la communauté tout en veillant à ce que les services puissent rester ouverts avec des mesures de sécurité. Une plus large gamme de MSPMS pourra être requise pour endiguer la transmission.</p> <p>En plus des mesures sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence, la surveillance, les mesures de précaution individuelles et la communication sur le risque, les autorités pourront envisager d'appliquer les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les établissements d'éducation restent ouverts avec des mesures de lutte anti-infectieuse. • Les entreprises restent ouvertes, avec des mesures de sécurité, mais le télétravail est recommandé le plus possible. • Les personnes doivent appliquer des mesures de précaution individuelles et des comportements comme l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, le fait de rester chez soi en cas de symptômes, la distanciation physique et éviter les trois types de lieu suivants : lieux clos, lieux bondés et lieux où les contacts sont très proches. • Limiter la taille des rassemblements sociaux et des rassemblements de masse.¹⁴ • Le cas échéant, il faudra mettre davantage l'accent sur la protection des plus vulnérables sur le plan clinique par une stricte application des mesures de protection individuelle et de lutte anti-infectieuse, une surveillance renforcée et la gestion des visites dans les structures de soin de longue durée et les établissements de soin résidentiels.

Niveau de la situation	Éléments à prendre en considération pour l'application des MSPMS en fonction du niveau de la situation*
<p>Niveau 3 : Transmission communautaire avec des capacités supplémentaires de riposte limitées et un risque que les services de santé soient dépassés. Il pourra être nécessaire de mettre en place un groupe plus étendu de mesures pour limiter la transmission, prendre en charge les cas et assurer le contrôle de l'épidémie.</p>	<p>À ce niveau, un renforcement de toutes les MSPMS est nécessaire pour éviter des restrictions plus rigoureuses sur les déplacements et d'autres mesures connexes appliquées au niveau 4. Toutes les personnes doivent réduire leurs contacts et certaines activités devront peut-être fermer tout en laissant ouverts les services essentiels, en particulier les écoles.</p> <p>En plus des mesures sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence et la surveillance, les mesures de précaution individuelles et la communication sur le risque, les autorités pourront envisager d'appliquer les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fermeture de toutes les entreprises non essentielles ou télétravail le plus possible. • Les personnes doivent appliquer les mesures de précaution individuelles et les comportements comme l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, le fait de rester chez soi en cas de symptômes, le port du masque là où il le faut, la distanciation physique et éviter les trois types de lieu suivants : lieux clos, lieux bondés et lieux où les contacts sont très proches. • Envisager de limiter les enseignements universitaires en présentiel et instaurer l'enseignement à distance. • Les services de garde d'enfants, les écoles primaires et secondaires doivent rester ouverts en appliquant des mesures suffisantes de sécurité et de surveillance, aussi longtemps que la situation locale le permet. La continuité de l'éducation des enfants pour leur bien-être général, leur santé et leur sécurité doit rester au premier plan de toutes les considérations et décisions dans ce domaine. • L'évaluation de la tenue des événements sportifs ou autres se fera selon une méthode basée sur le risque : en cas de maintien, ils doivent être organisés en appliquant des règles strictes de sécurité, par exemple sans spectateurs. Les autres rassemblements de masse doivent être suspendus et la taille de toutes les réunions sociales doit être diminuée.
<p>Niveau 4 : Épidémie hors de contrôle avec une capacité de riposte du système de santé limitée ou aucune possibilité supplémentaire, ce qui requiert des mesures de grande envergure pour éviter que les services de santé ne soient dépassés et empêcher une surmortalité et une surmortalité.</p>	<p>À ce niveau, il sera difficile de réduire la transmission communautaire et il faudra peut-être mettre en place des restrictions plus rigoureuses des mouvements et des mesures connexes pour diminuer sensiblement le nombre des rencontres en présentiel. Ces mesures doivent être géographiquement limitées aux zones où elles sont nécessaires, avoir une durée déterminée et il faut viser à ce qu'elles soient aussi courtes et raisonnables que possible.</p> <p>En plus des mesures sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence et la surveillance, les mesures de précaution individuelles et la communication sur le risque, les autorités pourront envisager d'appliquer les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes doivent rester chez elles et limiter les contacts sociaux avec les autres en dehors de leur domicile. • Les travailleurs essentiels devront poursuivre leurs activités avec le maximum de soutien et des mesures de sécurité mises en place. • Fermeture des entreprises non essentielles ou télétravail. • Envisager toutes les options pour la poursuite de l'enseignement en présentiel. Si ce n'est pas possible, limiter les contacts en présentiel. Cela peut englober l'enseignement en présentiel, des stratégies mixtes d'enseignement ou l'enseignement à distance qui limitent strictement le nombre des personnes physiquement présentes sur le site (les exceptions concerneront les enfants des travailleurs essentiels et leurs enseignants). La fermeture des établissements d'enseignement ne doit être envisagée qu'en l'absence de toute autre alternative. • Toutes les structures de soin de longue durée et les autres établissements de soin résidentiels doivent envisager d'appliquer de strictes mesures pour limiter le risque infectieux, comme l'interdiction des visites.

*Les mesures spécifiques appliquées à chaque niveau devront être étudiées attentivement sur la base des principes directeurs décrits plus haut. À chaque niveau, elles sont indicatives car certaines d'entre elles seront plus ou moins faisables ou appropriées en fonction du contexte ou du lieu spécifique.

References

1. Organisation mondiale de la Santé. Taxonomy and Glossary of Public Health and Social Measures that may be Implemented to Limit the Spread of COVID-19. https://www.who.int/docs/default-source/documents/phsm/20200923-phms-who-int.zip?sfvrsn=691966ba_2
2. Organisation mondiale de la Santé. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 <https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
3. Organisation mondiale de la Santé. Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
4. Organisation mondiale de la Santé. Managing the COVID-19 Infodemic - Call for Action <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>
5. Organisation mondiale de la Santé. Questions de santé publique à prendre en considération pour la reprise des voyages internationaux. <https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel>
6. Organisation mondiale de la Santé. Recommendations to Member States to improve hand hygiene practices to help prevent the transmission of the COVID-19 virus. <https://www.who.int/publications/i/item/recommendations-to-member-states-to-improve-hand-hygiene-practices-to-help-prevent-the-transmission-of-the-covid-19-virus>
7. Organisation mondiale de la Santé. Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
8. Organisation mondiale de la Santé. Surveillance de la santé publique dans le contexte de la COVID-19 : Orientations provisoires. <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-surveillanceguidance-2020.7>
9. Organisation mondiale de la Santé. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19 <https://www.who.int/who-documents-detail/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19>
10. Organisation mondiale de la Santé. Considérations relatives au placement en quarantaine des personnes dans le cadre de l'endiguement de la maladie à coronavirus (COVID-19) [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))
11. Organisation mondiale de la Santé. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19. <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>
12. Organisation mondiale de la Santé. Getting your workplace ready for COVID-19 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/advice-for-workplace-clean-19-03-2020.pdf>
13. Organisation mondiale de la Santé. Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soin de longue durée dans le contexte de la COVID-19 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf
14. Organisation mondiale de la Santé. Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332235>

Annexe : Critères de la santé publique pour l'ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales dans le cadre de l'épidémie de COVID-19

Introduction

En réponse à la pandémie de COVID-19, les pays du monde entier ont instauré des mesures de santé publique et des mesures sociales (MSPMS) pour lutter contre celle-ci. À mesure que l'épidémiologie locale de la maladie change, les pays ajustent (assouplissent/ou remettent en vigueur) ces mesures selon la situation.

La présente annexe actualise celle qui a été publiée le 12 mai 2020 et décrit le processus de prise de décision pour adapter les MSPMS à la situation épidémiologique et à la capacité de riposte du système de santé. Elle doit être lue conjointement au document principal et aux orientations provisoires sur la préparation et la riposte à la COVID-19.¹

Elle est destinée aux divisions de la santé publique des autorités nationales et infranationales qui ont instauré des MSPMS et envisagent de les ajuster. Ses orientations sont limitées au domaine de la santé publique. D'autres documents publiés par l'OMS portent sur d'autres considérations à prendre en compte dans la prise de décision pour instaurer ou assouplir les MSPMS, dont le bien-être et la qualité de vie de la population.

Comment utiliser les orientations données dans la présente annexe

Les critères de la santé publique dans la présente annexe sont regroupés en deux domaines à évaluer pour traiter de deux questions fondamentales :

1. **Situation épidémiologique/Classification de la transmission** – L'épidémie est-elle sous contrôle ?
2. **Capacité et performance du système de santé et des services de santé publique** – Le système de santé est-il en mesure de détecter et de prendre en charge les cas de COVID-19 tout en maintenant les autres services de santé essentiels ?

Ces critères n'ont pas un caractère prescriptif et il peut être impossible d'évaluer certains d'entre eux, par exemple par manque de données. Les pays doivent s'intéresser à ceux qui leur sont les plus pertinents pour orienter la prise de décision. Les seuils sont indicatifs et il pourra être nécessaire de les revoir à mesure que de nouvelles informations sur l'épidémiologie de la COVID-19 et l'impact des mesures seront disponibles. Il est recommandé d'évaluer systématiquement ces critères au moins deux fois par semaine **au niveau administratif opérationnel infranational le moins élevé** pouvant d'un point de vue pratique orienter une riposte locale adaptée.

1. Situation épidémiologique/Classification de la transmission

Les catégories de cette classification peuvent servir à déterminer la mesure dans laquelle on peut considérer que l'épidémie est sous contrôle dans chaque pays/zone au niveau infranational. Les catégories de transmission dans un pays sont également utiles aux autres au moment d'envisager de modifier les politiques relatives aux voyages et au commerce.

Classification de la transmission

L'OMS a déjà défini quatre scénarios de transmission pour décrire la dynamique de l'épidémie : aucun cas déclaré (avec à la fois zéro transmission et absence de cas détectés et notifiés), cas sporadiques, groupes de cas (clusters) et transmission communautaire. La transmission communautaire (TC) se subdivise désormais en quatre niveaux allant d'une faible incidence (TC1) à une incidence très élevée (TC4). Il y a donc désormais sept catégories.

Tableau 1 : Définition des catégories pour la classification de la transmission

Nom de la catégorie	Définition
	<i>Situation des pays/territoires/zones :</i>
Aucun cas (actif)	Aucun nouveau cas détecté depuis au moins 28 jours (soit deux fois la période d'incubation maximale), en présence d'un système fiable* de surveillance. Cela implique un risque infectieux proche du zéro pour l'ensemble de la population.
Cas importés / sporadiques	Les cas détectés au cours des 14 derniers jours sont tous importés, sporadiques (par ex. contractés en laboratoire ou zoonotiques) ou il sont tous liés à des cas importés/sporadiques et il n'y a aucun signe clair de transmission ultérieure locale. Cela implique un risque infectieux minimal pour l'ensemble de la population.

Nom de la catégorie	Définition <i>Situation des pays/territoires/zones :</i>
Groupes de cas (clusters)	Les cas détectés au cours des 14 derniers jours sont avant tout limités à des clusters bien définis sans lien direct avec des cas importés, mais tous sont liés dans le temps, par la localisation géographique et des expositions communes. On postule qu'il y a un certain nombre de cas non identifiés dans la zone concernée. Cela implique un faible risque infectieux pour les autres dans la communauté au sens large si on évite l'exposition à ces clusters.
Transmission communautaire – niveau 1 (TC1)	Incidence faible de cas d'infection acquis localement et largement diffus, détectés au cours des 14 derniers jours, avec de nombreux cas sans lien avec des clusters spécifiques ; la transmission pourra être centrée sur certains sous-groupes de la population. Le risque infectieux est faible pour l'ensemble de la population.
Transmission communautaire – niveau 2 (TC2)	Incidence modérée de cas d'infection acquis localement et largement diffus, détectés au cours des 14 derniers jours ; la transmission est moins centrée sur certains sous-groupes de la population. Le risque infectieux est modéré pour l'ensemble de la population.
Transmission communautaire – niveau 3 (TC3)	Incidence élevée de cas d'infection acquis localement et largement diffus, détectés au cours des 14 derniers jours ; la transmission est répandue et ne se limite pas à certains sous-groupes. Le risque infectieux est élevé pour l'ensemble de la population.
Transmission communautaire – niveau 4 (TC4)	Incidence très élevée de cas d'infection acquis localement et largement diffus, détectés au cours des 14 derniers jours. Le risque infectieux est très élevé pour l'ensemble de la population.

* NB : Dans les régions où le système de surveillance de la COVID-19 n'est pas fiable, l'absence de cas identifiés ne doit pas être interprétée comme une absence de transmission ; d'autres indicateurs (cf. Tableau 5) doivent être examinés pour évaluer la possibilité qu'il y ait des cas de COVID-19 non détectés.

Indicateurs pour déterminer la transmission communautaire

Quatre indicateurs primaires pour déterminer la transmission communautaire sont proposés au Tableau 2. Ils se fondent sur des données devant faire l'objet d'une collecte systématique au cours de la pandémie. L'importance relative de chaque indicateur disponible varie en fonction de la situation locale (par ex. la fiabilité des données pour chacun d'entre eux) et il faudra tenir compte des limitations décrites pour l'interprétation de chacun d'eux. Ils doivent être mesurés au niveau administratif opérationnel le moins élevé possible pour orienter des interventions ciblées de la santé publique. Pour élaborer une classification de la transmission à un niveau administratif plus élevé, une analyse distincte sera menée en se basant sur les indicateurs de ce niveau administratif plus élevé, plutôt que d'agréger les classifications de la transmission à un niveau inférieur.

Ces indicateurs doivent être utilisés parallèlement à d'autres informations épidémiologiques disponibles en routine ou au moyen d'études spéciales ou d'estimations par modélisation, ainsi qu'à des données non épidémiologiques et d'autres éléments pour orienter les décisions stratégiques et opérationnelles.

Il est recommandé d'évaluer ces indicateurs deux fois par semaine en adoptant la définition de la semaine épidémiologique utilisée dans le pays.

Évaluation du niveau de la transmission communautaire

Les fourchettes pour les quatre indicateurs (Tableau 2) ont été mises au point en examinant les données existantes. Elles peuvent être utilisées pour orienter l'application de la classification de la transmission aux niveaux infranationaux. Elles sont données à titre indicatif, pourront nécessiter un ajustement aux situations locales et se basent sur la performance (par ex. la sensibilité, la représentativité) du système local de surveillance et la stratégie de dépistage; elles devront être revues périodiquement. Il convient d'être prudent pour interpréter les modifications d'indicateurs intervenant dans le cadre de changements apportés au système de surveillance (par exemple une augmentation de la fréquence des tests ou un changement de la population surveillée). Il est à noter que certains indicateurs (par ex. l'incidence générale) peuvent être plus élevés en présence de très grands clusters, comme des flambées lors de rassemblements de masse, qu'avec la transmission communautaire.

Il est utile de suivre la fréquence des tests pour mesurer la couverture de la surveillance ; le taux minimal recommandé est d'au moins une personne testée pour 1000 habitants par semaine. Les tests ne doivent pas se limiter à certaines populations (par ex. les citoyens ayant un accès facile au dépistage). Les données prises au dénominateur doivent être disponibles au niveau de ventilation en cours d'évaluation (par ex. district ou province). Certaines autorités pourront choisir de suivre ces indicateurs chez les personnes exposées au plus grand risque de formes graves de la maladie et de décès.

Après le calcul de tous les indicateurs disponibles et si les niveaux calculés sur la base de chaque indicateur divergent, un examen qualitatif devra être entrepris pour déterminer la classification finale de la transmission. Si les données préconisées ne sont pas disponibles (ou fiables) pour tous les indicateurs, il est recommandé d'accorder plus d'importance à ceux qui sont considérés comme plus fiables dans le contexte local. Dans de nombreux cas, les indicateurs en tête de liste au Tableau 2 pourront être plus fiables que ceux inscrits plus bas dans le tableau.

Là où les valeurs des indicateurs ne sont pas fiables mais où le système est stable, on pourra utiliser les tendances comme autre méthode d'évaluation. Un exemple en est la situation dans laquelle la fréquence des tests est très faible, de nombreux cas passent probablement inaperçus mais la stratégie de dépistage reste inchangée.

Le Tableau 3 dresse la liste d'indicateurs supplémentaires susceptibles d'apporter d'autres données probantes pour aider à établir le niveau de transmission. Ces indicateurs peuvent néanmoins être difficiles à obtenir au niveau administratif opérationnel le moins élevé. Ils sont donc considérés comme secondaires par rapport aux quatre premiers indicateurs du Tableau 2. De plus, ils peuvent ne pas refléter directement la transmission ou la force de l'infection à SARS-CoV-2 ou être plus difficiles à interpréter et à comparer par rapport à ceux du Tableau 2. Les seuils ne sont pas présentés pour les indicateurs secondaires en raison du manque de données disponibles et/ou d'une grande variabilité locale.

En dernier recours, lorsqu'il n'y a pas de valeurs d'indicateurs disponibles, on pourra faire une évaluation subjective qui doit porter sur plusieurs semaines pour éviter l'influence d'observations passagères ou anecdotiques.

Tableau 2 : Indicateurs épidémiologiques primaires et fourchettes proposées pour évaluer le niveau de la transmission communautaire de la COVID-19

Domaine	Indicateur	Description/ Justification	Limitations majeures	Niveau de la transmission communautaire			
				TC 1	TC 2	TC 3	TC 4
Taux d'hospitalisation	Nombre de nouvelles hospitalisations dues à la COVID-19 pour 100 000 habitants et par semaine (moyenne sur deux semaines)	Sous-ensemble des cas incidents nécessitant une hospitalisation ; c'est donc un indicateur indirect de l'incidence. Il est improbable qu'il soit soumis à des modifications/des différences au niveau de la politique de surveillance.	Peut être influencé par les politiques d'hospitalisation, par ex. si même les cas bénins sont hospitalisés pour les mettre à l'isolement. Mesure retardée de l'incidence.	<5	5 - <10	10 - <30	30+
Mortalité	Nombre de décès attribués à la COVID-19 pour 100 000 habitants et par semaine (moyenne sur deux semaines)	Sous-ensemble des cas incidents mortels ; c'est donc un indicateur indirect de l'incidence. Influence minimale de la politique de surveillance si les tests sont généralisés.	Mesure retardée de l'incidence. Aux niveaux peu élevés et dans de petites régions géographiques, il peut être sensible à des fluctuations mineures (par ex. un décès au lieu de deux).	<1	1-<2	2-<5	5+
Incidence des cas	Nombre de cas confirmés pour 100 000 habitants et par semaine (moyenne sur deux semaines)	Mesure directe de l'incidence	Sous forte influence de la performance du système de surveillance, de la politique de dépistage et des capacités des laboratoires. Aux niveaux peu élevés et dans de petites régions géographiques, il peut être sensible à des fluctuations mineures du décompte des cas, notamment lors de la notification par lots.	<20	20 - <50	50 - <150	150+

Domaine	Indicateur	Description/ Justification	Limitations majeures	Niveau de la transmission communautaire			
				TC 1	TC 2	TC 3	TC 4
Tests	Proportion de tests positifs dans des sites sentinelles (moyenne sur deux semaines)	Pas influencé par les capacités ou la stratégie de surveillance. Influence mineure de la stratégie et des capacités de dépistage.	Peut ne pas être représentatif de l'ensemble de la population s'il n'y a qu'un nombre limité de sites sentinelles. Les cas bénins ou atypiques peuvent y échapper si les critères du test imposent le syndrome grippal.	< 2%	2% - < 5%	5% - < 20%	20%+

NB : il est possible d'actualiser les seuils de ce tableau avec la disponibilité de données supplémentaires.

Tendances de la transmission

En plus d'établir la catégorie de la transmission selon la classification, il est également important de comprendre l'évolution des tendances des indicateurs qui y contribuent (stabilité, baisse ou hausse) sur plusieurs semaines. Cela peut aider à déterminer si les mesures mises en œuvre améliorent la situation épidémiologique dans la zone concernée, à planifier de futurs changements ou à mettre en place des changements anticipés en vue de mesures de santé publique fondées sur un changement probable de la classification de la transmission.

Tableau 3 : Indicateurs épidémiologiques supplémentaires pour évaluer le niveau de la transmission communautaire de la COVID-19 *

Indicateur	Description/Limitations
Occupation proportionnelle des USI	Proportion des nouvelles admissions en USI attribuées à la COVID-19, par rapport à l'ensemble des admissions en USI sur une période donnée (ou proportion des lits d'USI occupés par des patients atteints de la COVID-19, par rapport à l'ensemble des lits d'USI occupés)
Taux de reproduction effectif	Taux de reproduction effectif au cours d'une ou de plusieurs semaines épidémiologiques précédentes. Si ce chiffre est un indicateur largement utilisé de la transmission, il requiert néanmoins de connaître les diverses méthodes de calcul, d'être suffisamment fiable et de disposer de données sur l'incidence transmises en temps utile. ²
Temps de doublement	Nombre de jours nécessaires pour le doublement du nombre total cumulé de cas. Il est lié au taux de reproduction effectif.
Proportion de cas sans aucun lien parmi les nouveaux cas	Il est défini par la proportion de cas n'ayant pas été jusque-là enregistrés comme des contacts (ou bien, proportion de cas non liés à des clusters/chaînes de transmission connus). Il mesure la propagation dans la communauté au-delà des clusters connus. Il est fortement influencé par les capacités d'investigation sur les cas et de traçage des contacts.
Taux général de positivité des tests (en dehors des sites sentinelles)	Il peut être utile lorsque le nombre des sites sentinelles est limité. Il peut capturer les cas atypiques mieux que la surveillance par sites sentinelles. Il est fortement influencé par la stratégie et la capacité de dépistage.
Tendances du syndrome grippal ou des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS)	Ce n'est pas un indicateur direct des cas de COVID-19, mais la surveillance des syndromes grippaux et des IRAS par réseau sentinelle peut aussi capturer une proportion des cas de COVID-19, ce qui est donc utile pour suivre les tendances de la COVID-19 là où la surveillance spécifique n'est pas assez fiable.

Indicateur	Description/Limitations
Tendances du taux d'hospitalisation toutes causes confondues	Ce n'est pas un indicateur direct des hospitalisations dues à la COVID-19 mais, là où les cas de cette infection constituent une proportion importante des hospitalisations, il peut être utile pour dégager les tendances pour les cas de COVID-19. Ces taux peuvent diminuer en cas de restriction dans la prestation des services et du fait d'autres mesures de santé publique. Il faut analyser les tendances dans le cadre des autres causes potentielles de modification des taux d'hospitalisation (comme la circulation concomitante de la grippe). Ces tendances peuvent être utiles là où la surveillance spécifique de la COVID-19 manque de fiabilité.
Tendances de la mortalité (surmortalité) toutes causes confondues	Ce n'est pas un indicateur direct du nombre des cas/décès dus à la COVID-19 mais, là où ces décès représentent une part importante de la mortalité générale, il peut être utile pour dégager les tendances pour la COVID-19. Il faut analyser ces tendances dans le contexte des autres causes potentielles de modification des taux de mortalité (comme la circulation concomitante de la grippe) et, de préférence, les comparer avec des données de référence sur la mortalité pour déterminer une surmortalité allant au-delà des variations (saisonniers) attendues. Alors que c'est un indicateur de la transmission largement utilisé, il nécessite de prendre soigneusement en compte les biais inhérents aux méthodes d'estimation de la mortalité. ³ Ces tendances peuvent être utiles là où la surveillance spécifique de la COVID-19 manque de fiabilité.

*Cette liste ne doit pas être considérée comme exhaustive.

2. Capacité et performance du système de santé et des services de santé publique

La capacité de riposter à la situation épidémiologique existante de la COVID-19 (c'est-à-dire la classification de la transmission) est un élément clé à considérer pour prendre la décision d'adapter les MSPMS. Les soins cliniques et les services de santé publique sont deux domaines essentiels où l'on retrouve l'aptitude d'un pays à s'adapter et à riposter à la fois au nombre de cas de COVID-19 et, plus généralement, à la charge de morbidité. Il faut une capacité suffisante des soins cliniques pour traiter les cas de COVID-19 hospitalisés et ambulatoires, tout en s'assurant que le système de santé ne soit pas dépassé et puisse continuer à traiter le nombre habituel des patients, en particulier lors des pics saisonniers, comme pendant la saison grippale, et lors des augmentations rapides ou importantes de la transmission de la COVID-19. La riposte de la santé publique s'appuie sur la capacité du système de surveillance pour détecter les changements dans la transmission de la COVID-19, y riposter et elle est axée sur des activités essentielles : détection des cas, tests diagnostiques, recherche et suivi des contacts. Chacun des deux domaines (services de santé et santé publique), se subdivise en deux sous-domaines principaux, la capacité (indicateurs de résultats) et la performance (indicateurs de résultat et d'impact).

La présente section n'a pas pour but d'avoir un caractère exagérément prescriptif mais elle donne des seuils quantitatifs (Tableau 4) pour classer la capacité et la performance de la riposte en trois catégories : suffisante, moyenne et limitée. Il est important de noter que la capacité doit être évaluée dans le contexte de la classification actuelle de la transmission. Une capacité de riposte considérée comme suffisante peut être ramenée, en cas de scénario d'incidence plus élevée, au niveau 'moyen' ou 'limité'.

Évaluation du niveau général de la capacité et de la performance du système de santé et des services de santé publique

Pour évaluer la capacité et la performance du système de santé et des services de santé publique en général, les autorités doivent appliquer la même méthode que celle décrite pour la classification de la transmission. Cela inclut de donner la priorité aux indicateurs disponibles et fiables et d'ajuster les seuils aux situations locales et à la fiabilité des données ; d'interpréter les modifications des indicateurs dans le cadre des changements apportés aux mécanismes de collecte des données ; d'entreprendre un examen qualitatif pour déterminer le niveau final de la capacité du système de santé, si les niveaux calculés sur la base de chaque indicateur divergent ; d'utiliser les tendances au lieu de seuils quantitatifs lorsque les données ne sont pas fiables mais que les dénominateurs sont stables ; de faire appel en dernier recours à une évaluation subjective en l'absence de données ; et d'observer les tendances des indicateurs pour anticiper de futurs changements dans le niveau de la capacité et de la performance du système de santé et des services de santé publique. Des indicateurs supplémentaires, pouvant être utilisés pour des triangulations, sont donnés au Tableau 5. Les évaluations sont actualisées deux fois par semaine.

Tableau 4 : Indicateurs épidémiologiques primaires et fourchettes proposées pour évaluer le niveau de la capacité et de la performance du système de santé et des services de santé publique concernant la COVID-19

Domaine	Indicateur	Description/ Justification	Limitations majeures	Capacité de riposte		
				Suffisante	Moyenne	Limitée
Capacité des soins cliniques	Taux d'occupation des lits d'hôpitaux	On observera une forte morbidité et mortalité si la capacité d'hospitaliser les cas graves est insuffisante. Il faut compter toutes les hospitalisations, pas seulement la COVID-19.	Peut-être influencé par la politique en matière d'hospitalisation (par ex. si tous les cas sont isolés à l'hôpital), ce qui n'indique pas la vraie saturation de la capacité hospitalière.	<75% [†]	75-<90% [†]	90%+ [†]
Performance des soins cliniques	Taux de létalité des cas hospitalisés classés (c'est-à-dire dont l'issue est connue)	Indicateur général d'impact des soins adéquats de la COVID-19.	Fortement dépendant de l'âge et de biais divers. ³ Il faut tenir compte de tout changement apporté dans la stratégie de détection des cas ou de dépistage.	Tendance à la baisse	Stabilité	Tendance à la hausse
Capacité de riposte de la santé publique	Nombre de personnes testées pour 1000 habitants et par semaine (moyenne sur deux semaines)	S'il n'y a pas suffisamment de tests, il est difficile d'isoler et de traiter correctement les cas.	Tous les laboratoires ne sont pas en mesure de déclarer les personnes testées ; si possible, on peut compter le nombre des nouveaux tests plutôt que les tests répétés ; sinon on peut compter le nombre des tests mais le chiffre peut induire en erreur du fait des tests répétés. Les laboratoires n'indiquant pas la localisation des cas peuvent masquer des disparités dans le dépistage (par ex. dans les populations non urbaines). En cas d'utilisation de tests de diagnostic rapides, ils devront être employés conformément aux directives et il sera peut-être nécessaire d'augmenter les seuils.	2+	1 - < 2	<1
Performance de la riposte de la santé publique	Proportion des cas pour lesquels une enquête a été menée dans les 24 heures suivant l'identification	C'est une indication de la capacité d'identifier les risques de transmission et les contacts exposés. Lorsque les enquêtes ne sont pas consignées directement, on peut utiliser un indicateur indirect : la proportion de cas avec une liste des contacts.	Il peut être difficile d'obtenir les données en temps utile.	80%+	60-<80%	<60%

Domaine	Indicateur	Description/ Justification	Limitations majeures	Capacité de riposte		
				Suffisante	Moyenne	Limitée
Performance de la riposte de la santé publique	Soutien / adhésion aux MSPMS	Évaluation qualitative basée sur l'observation, la surveillance des médias, des enquêtes sur la perception ou les comportements, les permanences téléphoniques, les groupes ciblés, etc. C'est un indicateur prédictif de l'efficacité des MSPMS mises en place ; il est important d'identifier la situation actuelle, mais aussi les obstacles à une amélioration ou les facteurs qui la favorisent.	Elle peut être très variable selon les sous-groupes et d'une MSPMS à l'autre. L'évaluation objective est difficile.	Forte (adhésion presque universelle à la plupart des MSPMS).	Modérée (adhésion moyenne à la plupart des MSPMS, ou adhésion variable d'une mesure à l'autre).	Faible (adhésion minimale à la plupart des MSPMS).

† L'occupation des hôpitaux varie d'ordinaire beaucoup d'un pays à l'autre ; il faut donc prendre en considération des taux de référence.

Tableau 5 : Indicateurs épidémiologiques supplémentaires pour évaluer la capacité et la performance du système de santé et des services de santé publique concernant la COVID-19 *

Indicateur	Description/limitations
Nombre d'agents de santé formés travaillant dans les USI pour 10 000 habitants	Cela indique une capacité clinique suffisante pour répondre aux cas les plus susceptibles d'entraîner une mortalité. Cet indicateur pourrait être plus pertinent lorsqu'il est établi par rapport à la population cliniquement vulnérable ⁱ , si l'on dispose de ces données. C'est un indicateur difficile à mesurer. C'est une mesure nécessaire, mais insuffisante, de la capacité à prodiguer des soins intensifs.
Nombre de lits d'USI pour 10 000 habitants cliniquement vulnérables ⁱ	La mortalité due à la COVID-19 sera maximale si les capacités des soins intensifs sont dépassées. Le décompte strict du nombre des lits d'USI ne garantit pas la réussite des soins si le personnel, l'équipement ou les fournitures sont en nombre insuffisant.
Proportion de lits d'USI occupés	Cet indicateur évalue la capacité clinique pour répondre aux cas les plus susceptibles d'entraîner une mortalité. Il peut ne pas être utile dans les pays ayant très peu de lits d'USI (on peut alors le substituer par le taux d'occupation des lits d'hôpitaux +/- oxygène dans ces situations) ; si cet indicateur est très faible, on considérera que la capacité globale du système de santé est limitée, indépendamment de niveaux suffisants pour d'autres indicateurs de capacité.
Proportion de lits occupés avec accès à l'oxygénothérapie	Comme l'oxygénothérapie est importante pour le traitement de la COVID-19, des moyens suffisants pour la fournir peuvent être utiles même en l'absence de capacités d'USI. Cet indicateur peut être difficile à mesurer et ne pas être utile dans les pays ayant une très faible capacité.
Taux brut de létalité de la COVID-19	C'est un indicateur global d'impact des soins de la COVID-19. Il dépend fortement de l'âge et d'autres facteurs de risque, ainsi que de divers biais de notification. ³ L'analyse des tendances doit prendre en compte tout changement apporté à la stratégie de détection des cas ou de dépistage. Il est conseillé aux pays de recueillir des informations supplémentaires sur l'âge, cette mesure étant lourdement affectée par la pyramide des âges de la population concernée.

Indicateur	Description/limitations
Nombre d'agents de traçage des contacts pour 100 000 habitants [ou par nombre de nouveaux cas en une semaine]	Cela indique la capacité de faire un traçage suffisant des contacts pour interrompre la transmission. C'est un indicateur d'entrée qui peut ne pas être en corrélation étroite avec les résultats réels du traçage des contacts. Les bases factuelles pour déterminer des seuils sont minimales. Une mesure exacte peut être difficile là où cette tâche est accomplie par des personnes autres que celles officiellement désignées comme « agents de traçage des contacts ».
Nombre d'agents chargés de la surveillance aux points d'entrée pour 100 000 voyageurs quotidiens	C'est une mesure de la capacité d'atténuer avec succès le risque d'importation. C'est un mauvais indicateur de la capacité nationale interne réelle ; cet indicateur est peu pertinent en cas de transmission communautaire intense ; de bons résultats peuvent être obtenus en détournant à tort des ressources de leur utilisation nationale interne.
Proportion de nouveaux cas confirmés ou présumés interrogés pour la recherche des contacts dans les 24 heures suivant l'identification	Cet indicateur mesure la rapidité d'établissement des listes de contacts, ce qui écourte l'exposition à des sujets potentiellement infectés. Une meilleure métrologie de la rapidité de l'établissement des listes de contact est la proportion réelle de contacts identifiés et tracés/mis en quarantaine dans les 48 heures.
Proportion des contacts des nouveaux cas suivis pendant 14 jours (ou durant la période définie localement)	Cela indique un suivi des contacts jusqu'au moment où il n'y a plus de risque qu'ils deviennent des cas secondaires (liés à un cas source particulier). Cet indicateur peut être particulièrement important pour évaluer la performance du système de santé publique dans les scénarios de transmission 'cas importés/sporadiques' et 'groupes de cas' (clusters). Il peut être faussement gonflé par l'établissement de listes de contacts insuffisantes.
Proportion des cas identifiés isolés dans les 24 heures suivant le résultat du test positif (ou déterminés comme cas présumés)	Cela indique que les enquêtes et l'isolement des nouveaux cas sont suffisamment rapides pour réduire le plus possible l'apparition de cas secondaires. Cet indicateur peut être particulièrement important pour l'évaluation de la performance du système de santé publique dans les scénarios de transmission 'cas importés/sporadiques' et 'groupes de cas' (clusters).
Temps écoulé entre l'apparition des symptômes et la confirmation des cas	Cela mesure la capacité du système de surveillance à détecter rapidement, tester et confirmer les cas symptomatiques. Les éléments individuels (c'est-à-dire le temps écoulé de l'apparition des symptômes à la détection, de la détection au test et le délai d'obtention des résultats du test) peuvent être aussi mesurés séparément.
Proportion de cas apparaissant à partir des listes des contacts	Cela décrit la mesure dans laquelle les nouveaux cas sont déjà capturés et connus du système de surveillance grâce à un processus d'investigation suffisant. Lorsque la proportion est faible, cela tend à indiquer qu'il existe de nombreuses chaînes de transmission « cachées » et/ou une mauvaise qualité des enquêtes sur les cas.

* Cette liste ne doit pas être considérée comme exhaustive.

ⁱ 'Cliniquement vulnérables' : dans ce contexte, ce terme fait référence aux personnes >60 ans et/ou ayant des comorbidités, comme les cardiopathies, l'asthme ou le diabète, qui augmentent le risque de formes graves de la COVID-19.

Références

1. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; (<https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>)
2. Megan O'Driscoll, Carole Harry, Christl A Donnelly, Anne Cori, Ilaria Dorigatti, A comparative analysis of statistical methods to estimate the reproduction number in emerging epidemics with implications for the current COVID-19 pandemic, Clinical Infectious Diseases, 2020; ciaa1599, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1599>
3. Estimation de la mortalité due à la COVID-19 : document d'information scientifique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333642>.

L'OMS continue à suivre de près la situation afin d'identifier tout changement qui pourrait avoir des conséquences sur ces orientations provisoires. En cas de changement de certains facteurs, l'OMS publiera une nouvelle mise à jour. Dans le cas contraire, le présent document parviendra à expiration deux ans après la date de sa publication.

© Organisation mondiale de la Santé 2020. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO reference number : [WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/2020.2](https://www.who.int/publications/i/item/WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/2020.2)