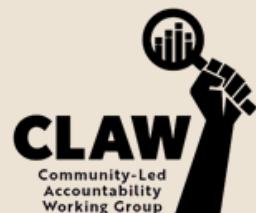


GUIDE POUR L'ÉLABORATION D'INDICATEURS DE **SURVEILLANCE DIRIGÉE PAR LA COMMUNAUTÉ POUR LA PRÉPARATION ET LA RIPOSTE AUX PANDÉMIES**



CONTENU

ABRÉVIATIONS	3
CONTEXTE	4
COMMENT UTILISER CE GUIDE	7
COMMENT ÉLABORER DES INDICATEURS SDC À FORT IMPACT POUR LA PRP	8
• Étape 1: Convoquer un groupe d'experts communautaires et de défenseurs pour le développement des indicateurs de PRP	8
• Étape 2 : Renforcer les capacités et sensibiliser le groupe d'experts communautaires aux concepts et cadres de la PRP	11
• Étape 3 : Définir les besoins de santé publique et les priorités de plaidoyer de votre communauté	14
• Étape 4 : Cartographier les données probantes nécessaires à votre plaidoyer	21
• Étape 5 : Élaborer les questions de collecte de données pour vos enquêtes	25
• Étape 6 : Tester et affiner vos outils de collecte de données	30
APPENDIX A	34
APPENDIX B	39
REFERENCES	42

ABRÉVIATIONS

DAAAQ	Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité, Abordabilité et Qualité
AGYW	Adolescentes et jeunes femmes
AMR	Résistance aux antimicrobiens
CCM	Mécanisme de coordination pays
CHWs	Agents de santé communautaires
SDC	Surveillance dirigée par la communauté
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
GBMSM	Gays, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
FM	Fonds mondial
IHR	Règlement sanitaire international
IPC	Prévention et contrôle des infections
JEE	Évaluation externe conjointe
NAPHS	Plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire
NPHI	Institut national de santé publique
PPE	Équipement de protection individuelle
PRP	Préparation et riposte aux pandémies
PR	Bénéficiaire principal
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PWDs	Personnes en situation de handicap
PUDs	Personnes qui consomment des drogues
RCCE	Communication des risques et mobilisation communautaire
SPARS	Plan stratégique pour l'avancement de la surveillance en temps réel
VPD	Maladie évitable par la vaccination

CONTEXTE

La Surveillance Dirigée par la Communauté (SDC) est une approche de redevabilité sociale qui permet à la société civile de demander des comptes aux gouvernements et aux bailleurs de fonds sur la qualité des services de santé. Ce modèle place les communautés, les usagers des services et les populations les plus touchées par les trois maladies au cœur de la riposte de santé publique, afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'abordabilité et la qualité (DAAAQ) des soins de santé.

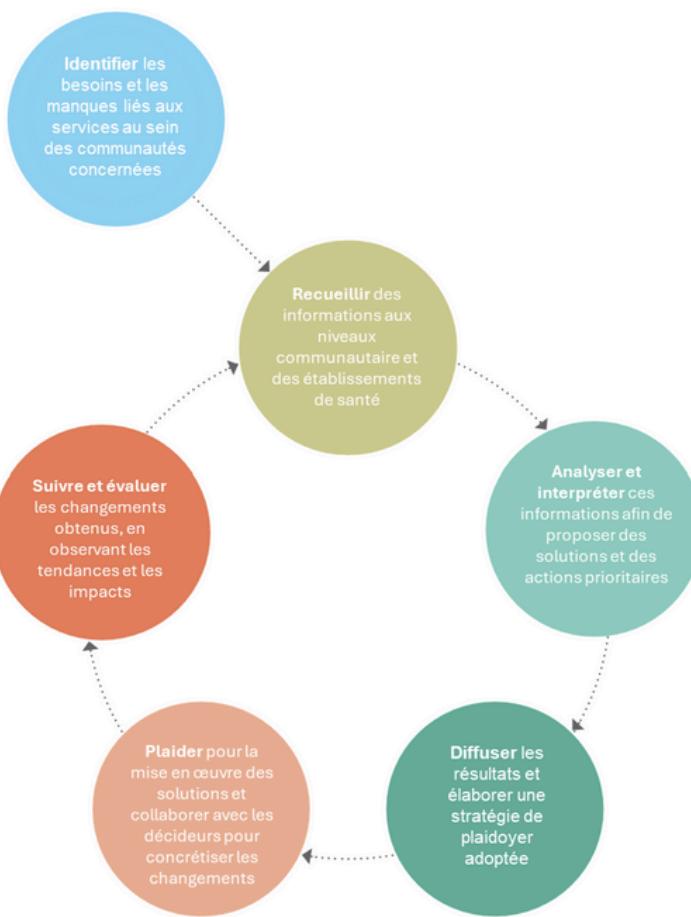
Face à l'émergence et à la réémergence d'épidémies qui affectent la santé et l'activité socio-économique, la SDC peut offrir des solutions ciblées pour la préparation et la riposte aux pandémies (PRP). Des systèmes de santé solides et prêts à affronter les crises futures doivent s'appuyer sur des mécanismes communautaires robustes, capables de surveiller les flambées, d'identifier les lacunes, de proposer collectivement des solutions et de plaider pour des actions rapides et coordonnées. Cette approche renforce la résilience sanitaire, garantit la continuité des services, et consolide les acquis dans des domaines prioritaires comme le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Le modèle de la SDC fonctionne selon un cycle régulier. Il commence par la mise en place d'un organe de coordination regroupant des organisations communautaires, qui réunit les usagers des services de santé afin de définir les priorités à surveiller. Des outils de collecte de données sont ensuite élaborés pour recueillir des informations concrètes sur ces priorités. Des membres de la communauté collectent ensuite ces données dans différents lieux : établissements de santé, sites communautaires et quartiers environnants. Les informations proviennent à la fois des patients et du personnel de santé, à travers des enquêtes, des entretiens et des observations directes. Ces données sont ensuite analysées par la communauté, qui en dégage des solutions concrètes. Ces solutions prennent la forme d'actions de plaidoyer fondées sur des données probantes, visant à renforcer la redevabilité du système de santé. Les communautés produisent ensuite divers outils de diffusion — rapports, fiches d'information, vidéos, récits ou plateformes web — afin de partager les résultats du suivi. Les recommandations communautaires sont ensuite transmises aux détenteurs d'obligations (direction des cliniques, autorités locales et nationales, bailleurs et partenaires de mise en œuvre) afin d'obtenir des engagements concrets de changement. Si certains problèmes identifiés se résolvent rapidement au niveau des établissements grâce à des interventions fondées sur des preuves, d'autres plus structurels exigent un plaidoyer soutenu aux niveaux sous-national, national ou international. L'équipe SDC assure le suivi des engagements pris et veille à leur mise en œuvre.

Il est essentiel de souligner que toutes les étapes du cycle de la SDC sont interconnectées et d'importance égale. Négliger ou mal exécuter une étape peut compromettre l'efficacité de l'ensemble du programme. Chaque phase contribue à garantir que la SDC atteigne ses objectifs et produise des résultats concrets pour orienter le plaidoyer.

Ainsi, le cycle de la SDC doit être mené avec cohérence, rigueur et engagement, chaque étape s'appuyant sur la précédente pour générer un impact durable. Pour assurer la fidélité au processus et suivre efficacement les progrès en matière de renforcement des systèmes de santé et de préparation aux pandémies, il est recommandé d'intégrer dès le départ un dispositif de suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage (SERA) dans la mise en œuvre du programme.

Fig 1. Cycle de la SDC



Source : Adapté de (ONUSIDA, 2023)

Ce qui distingue la Surveillance Dirigée par la Communauté (SDC) des approches classiques d'amélioration de la qualité des services de santé, c'est qu'elle place la redevabilité au cœur de l'action. Conçue par et pour les communautés, la SDC permet à celles-ci d'identifier les obstacles qui limitent l'accès à des soins de qualité et d'y apporter des solutions concrètes.

Dans le contexte de la préparation et de la riposte aux pandémies (PRP), la démarche diffère de celle utilisée pour le VIH, la tuberculose et le paludisme (SDC-HTM). Il ne s'agit plus d'évaluer la réponse actuelle à une maladie, mais plutôt de déterminer dans quelle mesure le système de santé serait prêt à faire face à une nouvelle menace sanitaire. L'objectif est de produire des preuves solides pour éclairer le plaidoyer et combler les failles existantes. Cela suppose de tenir compte des indicateurs habituels de qualité des soins tout en y intégrant de nouveaux éléments, tels que le fonctionnement des laboratoires, la capacité de surveillance communautaire, le dépistage et le traitement communautaires, la préparation et la formation du personnel de santé, les mécanismes de communication en cas d'urgence, ainsi qu'une participation effective des communautés aux instances nationales de planification ou aux groupes de travail « One Health ».

Il est essentiel de concevoir des indicateurs pertinents et adaptés aux contextes de crise sanitaire parce que la collecte de données communautaires constitue la colonne vertébrale de la SDC. Ce guide vise à outiller les équipes de mise en œuvre de la SDC et leurs partenaires pour élaborer, réviser et intégrer des indicateurs de PRP dans les programmes existants. Il cherche à renforcer la capacité des systèmes de santé aux niveaux national et local, tout en restant aligné sur le Règlement Sanitaire International (OMS, 2005) et les domaines de l'Évaluation Externe Conjointe (JEE)^[1] (OMS, 2022). Le guide insiste particulièrement sur l'importance de l'engagement communautaire dans la définition des priorités, la construction d'outils de collecte de données utiles (questionnaires, entretiens, observations) et la mise à l'essai et l'ajustement des indicateurs. L'Évaluation Externe Conjointe constitue d'ailleurs un excellent point d'entrée pour réfléchir aux indicateurs axés sur la PRP.

En tant qu'outil de redevabilité, la SDC doit rester agile et réactive face à l'évolution des besoins communautaires, y compris dans des domaines de santé autres que les trois maladies principales. Cette souplesse en fait un instrument clé de la préparation aux pandémies, car elle permet de disposer de données fiables, actuelles et détenues par les communautés, essentielles pour repérer les faiblesses des systèmes de santé — qu'il s'agisse de la prévention et du contrôle des infections, des mécanismes d'intervention d'urgence, de la surveillance de laboratoire, du renforcement des capacités du personnel, ou encore de la communication des risques et de la mobilisation communautaire. Les informations recueillies servent ensuite à nourrir le plaidoyer en faveur d'une meilleure préparation et d'un renforcement durable des systèmes de santé, garantissant ainsi un accès équitable et continu aux services de santé pour toutes et tous. Enfin, le guide s'appuie sur des études de cas concrètes provenant de programmes de SDC ayant su adapter leurs méthodes de collecte de données pendant des crises sanitaires, offrant ainsi des enseignements pratiques pour bâtir des systèmes de santé plus solides, résilients, inclusifs et réactifs.

[1] L'Évaluation Externe Conjointe (JEE) est un processus multisectoriel permettant aux pays d'autoévaluer leur niveau de préparation à répondre aux nouvelles épidémies et aux situations d'urgence sanitaire (OMS, 2022).



COMMENT UTILISER CE GUIDE

Ce guide est destiné aux acteurs communautaires et aux organisations qui dirigent ou accompagnent la mise en œuvre d'un programme de SDC. Il décompose le processus d'élaboration des indicateurs et des outils de collecte de données en six grandes étapes. Dans un premier temps, il s'agit de constituer une équipe capable de concevoir des outils solides de collecte de données. Cette équipe doit ensuite être sensibilisée à la préparation et à la riposte aux pandémies, en mettant l'accent sur les domaines clés du Règlement Sanitaire International (RSI), les axes de l'Évaluation Externe Conjointe (JEE) et les priorités nationales définies dans les Plans d'Action pour la Sécurité Sanitaire (NAPHS). En s'alignant sur ces cadres (RSI, JEE et NAPHS), l'équipe devra identifier les priorités de plaidoyer propres aux communautés et populations qu'elle représente. À partir de ces priorités, il sera essentiel de déterminer quels types de données ou de preuves seront les plus percutants pour influencer les décideurs et renforcer le plaidoyer. L'ensemble de ces réflexions permettra de formuler des questions d'enquête précises et pertinentes. Une fois les outils élaborés, il faudra les tester (phase pilote), puis les réviser régulièrement à la fin de chaque cycle de collecte, afin d'assurer leur fiabilité et leur pertinence.

Si vous débutez un nouveau programme de SDC, il est recommandé de commencer à l'étape 1 et de suivre les étapes dans l'ordre. Toutefois, si votre programme met déjà en œuvre des activités du SDC, ce guide reste utile à chaque étape du cycle pour réévaluer vos priorités de plaidoyer à mesure qu'elles évoluent (Étape 3), pour améliorer la qualité des données collectées (Étape 5), ou encore pour tester de nouvelles questions ou outils (Étape 6).

COMMENT ÉLABORER DES INDICATEURS SDC À FORT IMPACT POUR LA PRP

Étape 1 : Convoquer un groupe d'experts et de défenseur·e·s communautaires pour le développement des indicateurs de PRP

L'élaboration d'indicateurs est un processus collectif et participatif. Pour que les données recueillies soient réellement utiles, il est essentiel de rassembler un groupe d'experts et de défenseur·e·s communautaires locaux ayant une connaissance approfondie des besoins, des priorités et des réalités vécues dans leurs communautés. Cette approche garantit que le processus demeure dirigé par la communauté, inclusif, ancré dans l'expérience locale et axé sur les priorités réelles des populations touchées par une épidémie. Ce groupe sera chargé d'identifier les domaines prioritaires pour la surveillance de la préparation et de la riposte aux pandémies (PRP), en cohérence avec les Plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire (NAPHS), les Évaluations externes conjointes (JEE) et le Règlement sanitaire international (RSI). Ces domaines peuvent inclure, entre autres la surveillance des maladies, les systèmes de laboratoires, la prévention et le contrôle des infections, la résistance aux antimicrobiens, les systèmes de vaccination, la communication des risques et la mobilisation communautaire (RCCE), les ressources humaines en santé et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Lors de la définition de ces priorités, il est important d'identifier les domaines où les données issues de la SDC complètent celles déjà recueillies par les systèmes gouvernementaux et les bailleurs, afin d'éviter toute duplication ou gaspillage d'efforts.

Contrairement aux interventions classiques de la SDC, qui se concentrent sur l'accès aux services, la détermination d'indicateurs pour la PRP nécessite une approche adaptée tout en préservant les principes fondamentaux de la SDC. Selon le modèle SDC (CD4C et al., 2022), les programmes doivent :

- 1. Préserver le leadership local et l'indépendance**, en protégeant le processus contre toute interférence programmatique d'autres acteurs (bailleurs, gouvernements, ou autres systèmes de suivi et d'évaluation) ;
- 2. Être pleinement détenus par les communautés**, à chaque étape — de la définition des priorités et des indicateurs jusqu'à la décision sur les canaux de communication avec les partenaires, la gestion et l'utilisation des données.

Le leadership communautaire dans le développement des indicateurs de PRP est crucial pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les pandémies émergent dans les communautés. Des systèmes de surveillance communautaire forts, où les communautés participent activement aux mécanismes d'alerte précoce, sont donc essentiels. Ensuite, les communautés sont les mieux placées pour suivre la disponibilité et la qualité des services et des contre-mesures médicales (comme l'oxygène ou les équipements de protection individuelle) dans leurs localités, car elles ont une connaissance directe des conditions de santé et des réalités du terrain. Enfin, un processus dirigé par les communautés permet d'éviter les conflits d'intérêts, les déséquilibres de pouvoir et les biais qui peuvent apparaître lorsque la conception des indicateurs est dominée par les prestataires de services ou les bailleurs.

Une manière simple de déterminer qui devrait participer à l'élaboration des indicateurs consiste à se poser deux questions clés:

1. Cette personne fait-elle partie de la communauté ? Le terme « communauté» désigne ici un groupe de personnes vivant dans un même environnement, partageant des conditions de vie, des défis et des vulnérabilités similaires, un accès comparable aux ressources, ainsi que des expériences vécues communes. Dans le cadre de ce guide, le mot communauté(s) fait référence à des groupes de personnes vulnérables ou marginalisées qui ont des difficultés à accéder aux services de prévention, de traitement ou de soins, en raison de barrières telles que la stigmatisation, la discrimination, la violence ou des lois et politiques punitives. Pour déterminer si une personne fait partie de la communauté, demandez-vous: A-t-elle vécu des expériences similaires lorsqu'elle cherche à se faire soigner ? Partage-t-elle la même volonté d'améliorer la vie des personnes les plus touchées par les urgences sanitaires dans votre environnement ?

2. Cette personne appartient-elle à une institution que nous surveillons dans le cadre du programme de SDC ? L'objectif de la SDC est de renforcer la redevabilité du système de santé envers les communautés, afin d'améliorer la DAAAQ des soins. Il est donc essentiel de garantir que le programme de SDC demeure indépendant, pour préserver son intégrité, sa légitimité, la confiance qu'il inspire et sa durabilité. Concrètement, cela signifie que les institutions ou organisations faisant l'objet du suivi ne doivent pas avoir de pouvoir décisionnel sur le fonctionnement du programme de SDC. Toutefois, les organisations communautaires qui soutiennent la prestation de services peuvent participer à l'élaboration des indicateurs, à condition de ne pas être chargées d'évaluer leurs propres sites ou zones d'intervention.

La composition exacte du groupe de travail variera selon la structure de votre programme de SDC, mais il devrait, dans l'idéal, rassembler une diversité de profils représentant les groupes suivants :

Doivent diriger l'élaboration des indicateurs

- Organisations et réseaux communautaires engagés dans la préparation et la riposte aux pandémies (PRP), la sécurité sanitaire, les droits humains, la redevabilité sociale et le plaidoyer budgétaire.
- Personnes les plus touchées par les épidémies et les urgences sanitaires, notamment les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les populations clés et d'autres groupes vulnérables.
- Organisations de la société civile assurant la prestation de services de santé ou impliquées dans la mobilisation communautaire et la sensibilisation.
- Organisations de plaidoyer œuvrant pour la PRP aux niveaux local, national, régional et mondial.

Peuvent participer à la révision des indicateurs

- Personnel des établissements de santé
- Gouvernements régionaux (ex. : districts, provinces)
- Ministère de la Santé, y compris le point focal du RSI / Institut national de santé publique (NPHI)
- Mécanismes de coordination pays (CCM) du Fonds mondial
- Bénéficiaires principaux (PR), sous-récipiendaires (SR) et sous-sous-récipiendaires (SSR) du Fonds mondial
- Partenaires de mise en œuvre, notamment ceux engagés dans la préparation et la riposte aux pandémies (PRP)
- Bailleurs de fonds, en particulier ceux qui financent ou ont le potentiel de financer la PRP
- Agences des Nations Unies
- Fournisseurs d'assistance technique – leur rôle doit se limiter à fournir des retours et des conseils, sans participer à la prise de décision
- Institut national de santé publique (NPHI)
- Comité de coordination "One Health" / Groupe technique de travail

Conformément au principe d'indépendance de la SDC, les acteurs non communautaires ne doivent pas participer directement aux rencontres communautaires consacrées à l'élaboration des indicateurs. Toutefois, ils peuvent être invités à donner leur avis sur les outils de collecte de données, à la demande des responsables de la SDC. Ces retours peuvent être partagés en personne ou virtuellement, lors d'une révision des questionnaires. Les programmes de SDC restent libres d'accepter ou de rejeter ces suggestions selon leur propre appréciation.

Lorsqu'une assistance technique (AT) est disponible, les programmes de SDC peuvent inviter les fournisseurs d'AT à participer aux rencontres communautaires pour fournir un appui technique lors de la définition des indicateurs et faciliter la coordination des retours des participant·e·s. Toutefois, ces prestataires ne peuvent pas définir les priorités de plaidoyer ni les axes de collecte de données à la place des communautés.

Principes clés de la SDC à respecter

- **Appropriation communautaire** : Ce principe exige que la première étape du processus soit entièrement dirigée et détenue par la communauté concernée par l'épidémie. Le groupe formé à ce stade doit définir les domaines prioritaires d'action en cohérence avec les Plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire (NAPHS), formuler les indicateurs de PRP, déterminer les méthodes de collecte de données, ainsi que la manière dont les informations seront utilisées pour le plaidoyer.
- **Indépendance communautaire** : Les membres du groupe constitué à l'étape 1 doivent rester indépendants des institutions qu'ils ont pour mission de surveiller. Cette indépendance garantit la confiance, la transparence, l'objectivité, la crédibilité et la redevabilité, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder des questions sensibles liées à la sécurité sanitaire.
- **Inclusion**: Il est essentiel d'assurer la représentation de la diversité des voix communautaires, y compris celles des groupes marginalisés et vulnérables, afin que la SDC reflète fidèlement les réalités vécues par toutes les populations concernées.

Étape 1 : Convoquer un groupe d'experts et de défenseur·e·s communautaires

Ce que cela signifie en pratique

Un groupe d'organisations communautaires expérimentées en SDC vient de recevoir un financement pour lancer un programme de SDC axé sur la préparation et la riposte aux pandémies (SDC-PRP). Après avoir rempli toutes les exigences du projet, ces organisations sont prêtes à constituer un groupe communautaire d'experts et de défenseur·e·s.

Elles rassemblent des réseaux de la société civile représentant les personnes vivant avec le VIH, les adolescentes et jeunes femmes, les populations clés, ainsi que des organisations de défense des droits humains. Elles associent également des représentant·e·s d'organisations impliquées dans les processus communautaires de PRP, ainsi que dans le suivi des NAPHS (Plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire) et des Évaluations externes conjointes (JEE).

Au cours de cette rencontre, le groupe travaille notamment à

- Examiner les priorités nationales du NAPHS et les résultats de la JEE, Identifier les faiblesses des systèmes de laboratoire, déterminer les lacunes dans la chaîne d'approvisionnement et

les mécanismes de réponse d'urgence, repérer les insuffisances en matière de communication des risques et de conformité au contrôle des infections (PCI), Identifier les défis liés au déploiement des vaccins comme domaines prioritaires de suivi communautaire.

- Mener une séance de réflexion sur les indicateurs potentiels, notamment l'efficacité de la surveillance des maladies au niveau communautaire, la disponibilité des contre-mesures médicales (équipements de protection individuelle, oxygène médical, etc.), le nombre et la catégorie de prestataires de santé actifs, et l'accès aux vaccins dans les zones reculées ou difficiles d'accès.
- Soumettre les indicateurs proposés à un examen technique par des partenaires non communautaires, tels que les fournisseurs d'assistance technique (AT), les responsables du ministère de la Santé, les instituts nationaux de santé publique (NPHS) et les bailleurs de fonds. Ces partenaires apportent un appui technique tout en respectant l'autonomie des communautés dans la prise de décision.

À la fin de cette rencontre, les domaines prioritaires de suivi pour la PRP et les indicateurs correspondants sont clairement définis et alignés sur les NAPHS. L'équipe aura ainsi posé les fondations de l'étape suivante, qui consistera à renforcer les capacités et à sensibiliser la communauté aux concepts et cadres de la préparation et de la riposte aux pandémies (PRP).

Étape 2 : Renforcer les capacités et sensibiliser le groupe communautaire aux concepts et cadres de la PRP

Une fois le groupe représentatif d'expert·e·s et de défenseur·e·s communautaires constitué à l'étape 1, la prochaine étape consiste à renforcer leurs capacités et à approfondir leur compréhension des concepts, cadres et processus liés à la Préparation et à la Riposte aux Pandémies (PRP). Cette phase vise à garantir une compréhension claire et partagée des principes, outils et cadres existants, afin de permettre au groupe de concevoir des indicateurs de suivi spécifiques à la PRP. Négliger cette étape pourrait compromettre la pertinence de l'identification des priorités et donc la qualité du processus de sélection des indicateurs.

Les notions clés à explorer à ce stade comprennent les fondements de la PRP (définition, objectifs, mécanismes de détection, domaines techniques, indicateurs critiques), l'implication communautaire dans la PRP (pourquoi et à quel moment mobiliser les communautés), et un aperçu des principaux cadres, politiques et outils existants soutenant la mise en œuvre de la SDC appliquée à la PRP.

Les cadres essentiels de la PRP à approfondir peuvent inclure, sans s'y limiter , au Règlement Sanitaire International (RSI) – 2005 (OMS, 2005), à l'Évaluation Externe Conjointe (JEE) (OMS, 2022) et au Plan d'action national pour la sécurité sanitaire^[2] (NAPHS) (OMS, 2025). Des outils et ressources communautaires destinés à appuyer le suivi et le plaidoyer en matière de PRP seront également présentés et étudiés en profondeur, notamment le Guide ITPC - un guide pour traduire les priorités programmatiques et politiques en mesures qualitatives et quantitatives pour la SDC (ITPC, 2022)- et l'outil de suivi budgétaire et de ressources pour la préparation communautaire aux pandémies développé par EANNASO. La maîtrise de ces cadres et outils permettra aux participant·e·s de comprendre comment la SDC appliquée à la PRP s'intègre dans les efforts nationaux et mondiaux de sécurité sanitaire, et acquérir les compétences nécessaires pour participer activement à l'identification et à la conception d'indicateurs SDC-PRP à fort impact.

[2] Le Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire (NAPHS) est un processus de planification pluriannuel, dirigé par le pays, qui vise à accélérer la mise en œuvre des activités essentielles du RSI. Il repose sur une approche "Une seule santé", couvrant tous les types de risques et impliquant l'ensemble du gouvernement.

Étape 2 : Renforcer les capacités et sensibiliser le groupe communautaire aux concepts et cadres de la PRP

Ce que cela signifie en pratique

Lors des séances de renforcement des capacités et de sensibilisation, une formation approfondie est organisée autour de domaines suivants:

1. Fondamentaux de la préparation et de la riposte aux pandémies (PRP) : le groupe d'experts est introduit aux notions de base liées à la PRP, notamment ce qu'est la PRP et pourquoi elle est nécessaire, la différence entre préparation et riposte, le cycle pandémique (prévention, détection, réponse et relèvement), ainsi que la manière dont la SDC-PRP se distingue de la SDC-HTM.
2. Termes techniques liés à la SDC-PRP : ceux-ci peuvent inclure la surveillance des maladies, les systèmes de laboratoire, les nouveaux outils diagnostiques et leurs avantages, ainsi que les outils existants et leurs limites en matière d'impact sur la riposte. On y aborde également la préparation et le contrôle des infections dans les établissements de santé et au sein de la communauté, la coordination et la communication en cas d'urgence, du niveau local jusqu'au niveau national, ainsi que la résilience des chaînes d'approvisionnement.
3. Cadres mondiaux et nationaux de la PRP : il s'agit notamment du Règlement Sanitaire International (RSI, 2005), des Évaluations Externes Conjointes (JEE) et des Plans d'Action Nationaux pour la Sécurité Sanitaire (NAPHS). Les participant·e·s explorent la manière dont ces cadres s'articulent entre eux et comment ils orientent les processus nationaux liés à la PRP.
4. Outils et ressources communautaires pour le suivi et le plaidoyer : cette section comprend la présentation du Guide ITPC : outil pour traduire les priorités programmatiques et politiques en mesures qualitatives et quantitatives pour la SDC, ainsi que de l'outil communautaire EANNASO de suivi budgétaire et des ressources pour la préparation aux pandémies.

La majorité des participant·e·s étant totalement novices en matière de SDC-PRP, les sessions de sensibilisation doivent être menées dans un format simple, participatif et convivial, afin de garantir la compréhension et l'inclusion de tou·te·s. Ces sessions sont tenues dans un lieu communautaire facilement accessible, et une traduction est assurée dans la langue locale des participant·e·s.

Le/la facilitateur·rice, choisi·e pour sa proximité et la confiance qu'il/elle inspire, commence par poser des questions sur la compréhension des pandémies, la différence entre préparation et riposte, et sur les notions de PRP et de SDC-PRP. Les participant·e·s sont invité·e·s à donner des exemples concrets à partir de leurs propres expériences. Cette discussion évolue vers un partage collectif d'expériences vécues lors de pandémies passées. Le COVID-19 constitue souvent une référence commune, car il a touché presque tout le monde, partout dans le monde, de manière simultanée. Un travailleur de santé pourra évoquer la difficulté d'accès aux EPI, tandis qu'un membre de la communauté expliquera qu'il ne savait pas comment signaler un cas suspect ou quels signes surveiller. Ces échanges concrets permettent aux participant·e·s de comprendre l'importance de la surveillance dirigée par la communauté dans la PRP, et de reconnaître la valeur du rôle central des communautés dans la détection, la réponse et la prévention des crises sanitaires.

Domaine / Thème de préparation (JEE)	Réalités communautaires	Questions potentielles
Développement des ressources humaines en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les établissements sont souvent en sous-effectif • Le personnel insuffisamment formé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cette clinique dispose-t-elle d'un nombre suffisant de personnel ?
Système national de laboratoire	<p>Les laboratoires ne peuvent pas toujours effectuer des tests selon les standards internationaux dans les délais prévus pour tous les patients concernés. En conséquence, les patients attendent de longues heures avant d'être servis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que ce centre dispose des tests diagnostiques nécessaires (pour [insérer les maladies sélectionnées]) ? • Ces tests sont-ils disponibles (en termes de coût, de jours et d'horaires de service) ? • Sont-ils acceptables et de bonne qualité ? • En moyenne, combien de temps un patient attend-il avant d'obtenir les résultats ?
Résistance aux antimicrobiens (RAM)	Utilisation sous-optimale des médicaments antimicrobiens.	<ul style="list-style-type: none"> • Cet établissement connaît-il des pénuries d'antibiotiques ? • Les prescriptions d'antibiotiques sont-elles appropriées selon vous ?
Communication des risques et engagement communautaire (RCCE)	<ul style="list-style-type: none"> • Faible participation communautaire et manque d'information sur les activités de santé publique ayant un impact sur la santé des populations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la communauté ont-ils été adéquatement impliqués dans les campagnes de santé publique, au niveau communautaire ou des établissements ?
Prévention et contrôle des infections (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement est globalement sûr, mais certaines conditions de sécurité et d'hygiène peuvent être améliorées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cet établissement dispose-t-il d'un espace suffisant entre les lits ? • - Dispose-t-il d'eau en quantité suffisante pour le lavage des mains ? • - Existe-t-il un espace d'isolement dédié ?

Pour une meilleure compréhension des domaines techniques, les participant·e·s choisissent un à deux domaines à la fois. Il est recommandé que la sélection de ces domaines soit guidée par les priorités de plaidoyer. Des visites de sites sont organisées pour comprendre le processus de rapportage pendant une pandémie. Par exemple, les participant·e·s intéressé·e·s par la surveillance des maladies visitent un établissement de santé pour comprendre comment les signalements sont effectués. L'équipe travaillant sur la prévention et le contrôle des infections

observe les postes d'hygiène des mains et discute de la signification des différents scores mentionnés dans les rapports d'échantillons. Pour plus de détails, se référer à l'Annexe A : Domaines de base, domaines de préparation, indicateurs et exemples de questions correspondantes.

Étape 3 : Définir les besoins de santé publique et les priorités de plaidoyer de votre communauté

Une fois que le groupe d'expert·e·s et de défenseur·e·s communautaires a été réuni et renforcé pour s'engager dans la Surveillance Dirigée par la Communauté appliquée à la Préparation et à la Riposte aux Pandémies (SDC-PRP), l'étape suivante consiste à réfléchir collectivement aux besoins, défis et priorités de plaidoyer de la communauté, en lien avec la PRP et en cohérence avec les cadres présentés à l'étape 2. Cette phase est essentielle pour s'assurer que les données recueillies dans le cadre de la SDC-PRP soient pertinentes, utiles et directement exploitables, permettant ainsi au programme de mobiliser ses ressources et son temps de manière stratégique. Lorsqu'un outil de collecte de données est conçu sans réflexion préalable sur la manière dont l'information sera utilisée, le risque est de mobiliser beaucoup d'efforts pour accumuler une grande quantité de données, sans jamais les analyser ni les transformer en actions de plaidoyer concrètes.

Étude de cas : L'Afrique du Sud et le suivi communautaire du COVID-19

En mars 2020, l'Afrique du Sud a signalé son premier cas de COVID-19. À la fin du mois, dans le but de réduire le taux de transmission, le gouvernement sud-africain a instauré un confinement national.

Au moment où la pandémie a éclaté, le programme de SDC Ritshidze menait déjà des activités de collecte de données dans plus de 100 sites. Face à la crise, les communautés directement touchées ont rapidement adapté la plateforme Ritshidze et tiré parti de sa portée pour répondre à l'urgence. L'équipe a mis au point des enquêtes rapides ("snap surveys"), menées à distance — par téléphone et en ligne — pendant le confinement, puis en présentiel lorsque certaines restrictions ont été levées. Ces enquêtes ont permis de générer des données en temps réel sur les perturbations liées à la COVID-19 dans l'accès aux médicaments et aux autres services de santé. Les collecteurs de données de Ritshidze et leurs partenaires issus du secteur des PVVIH ont immédiatement commencé à surveiller et documenter les interruptions dans l'accès aux médicaments contre le VIH et la tuberculose, ainsi qu'à d'autres traitements essentiels tels que les contraceptifs et les médicaments de santé mentale. Ils ont également suivi les fermetures de cliniques et la disponibilité des produits de santé essentiels liés à la COVID-19, tels que les équipements de protection individuelle (EPI) et les vaccins. Ces données ont été utilisées pour mener des actions de plaidoyer afin de renforcer la riposte nationale à la COVID-19. Par exemple, Ritshidze a réussi à obtenir l'autorisation pour les patient·e·s d'attendre leurs ARV à l'intérieur des enceintes des cliniques, garantissant ainsi davantage de confidentialité, de sécurité et de dignité. Le rapport intitulé Resilient Advocacy in the Time of a Pandemic du Treatment Action Campaign (TAC) — l'organisation principale de mise en œuvre de Ritshidze — décrit d'autres victoires obtenues grâce à un plaidoyer fondé sur des preuves, notamment l'introduction de la dispensation pluri-mensuelle des traitements antirétroviraux (ARV). Les moniteurs communautaires ont également reçu une autorisation spéciale de déplacement afin de poursuivre leur travail de suivi pendant les confinements, illustrant la reconnaissance officielle du rôle essentiel de la SDC par le gouvernement sud-africain. Alors que les déplacements non essentiels étaient interdits à l'ensemble de la population, les travailleurs de la santé faisaient partie des exceptions — et le ministère de la Santé a étendu cette dérogation à Ritshidze, reconnaissant la valeur de leur contribution en tant que partenaires clés de la santé publique. Les relations solides que Ritshidze avait établies avec les autorités sanitaires lors du lancement du programme se sont révélées déterminantes pendant la crise : les départements de la santé ont reconnu l'équipe comme un acteur de confiance et un partenaire stratégique dans la gestion de l'urgence sanitaire.



[Pendant le niveau 5 du confinement, les patient·e·s de l'hôpital de jour Laeticia Bam se plaignaient de devoir attendre à l'extérieur pour récupérer leurs médicaments. Ils étaient ainsi exposés aux intempéries, soumis à une forte promiscuité augmentant le risque de transmission de la COVID-19, et leur confidentialité n'était pas respectée, les exposant davantage à l'infection. Grâce à l'intervention directe du Treatment Action Campaign (TAC) et du département de la santé du district Nelson Mandela Bay, qui ont assuré un suivi de cet établissement et de 47 autres, les conditions se sont considérablement améliorées. Crédit photo : TAC]

En plus de la collecte de données et du plaidoyer pour la continuité des services, Ritshidze est devenu une source essentielle d'information sur la COVID-19 pour les communautés. Sous la bannière « COVID-19 dans nos vies », l'équipe a produit des supports de littératie thérapeutique adaptés au contexte. Le gouvernement a organisé des sessions d'information à destination des moniteurs communautaires sur la transmission du virus, le dépistage et la vaccination, leur donnant l'occasion de poser des questions et de mieux comprendre la maladie. Lorsqu'ils entraient dans les cliniques pour leurs activités de suivi, les moniteurs communautaires sont ainsi devenus des vecteurs clés de sensibilisation et d'éducation sanitaire.

À mesure que la pandémie progressait, Ritshidze a élargi son champ d'action aux défis non médicaux liés à la COVID-19. Alors que les hôpitaux et cliniques bénéficiaient auparavant d'une protection contre les coupures d'électricité ("loadshedding"), ces dernières ont commencé à affecter le système de santé. Ritshidze a rapidement adapté ses outils de collecte de données pour suivre l'accès aux générateurs et au carburant, ainsi que l'impact des pannes sur l'accès aux médicaments. Lorsque la province du KwaZulu-Natal a connu des troubles politiques en juillet 2021, le programme a également surveillé l'effet des violences sur le transport des médicaments et des produits essentiels à travers le pays. Les données recueillies ont alimenté le plaidoyer de Ritshidze, qui a exigé que chaque clinique dispose d'un générateur, d'un budget pour le carburant et de solutions alternatives pour pallier les perturbations de la chaîne d'approvisionnement.

Un programme de Surveillance Dirigée par la Communauté (SDC) ne peut pas tout suivre à la fois — les indicateurs doivent rester centrés sur les priorités essentielles. Par exemple, un programme pilote nouvellement lancé pourrait choisir de se concentrer uniquement sur une ou deux priorités, tandis qu'un programme plus vaste et plus expérimenté pourrait suivre jusqu'à une dizaine de priorités principales. L'essentiel est de s'assurer que les indicateurs reflètent fidèlement les priorités communautaires en lien avec la Préparation et la Riposte aux Pandémies (PRP). Il est également crucial de ne pas collecter un volume de données trop important ou trop dispersé, au risque de ne pas pouvoir les analyser ni les utiliser efficacement pour le plaidoyer.

Il existe plusieurs façons de définir des priorités de plaidoyer. De manière générale, cinq questions clés doivent être posées :

1. Quels sont les domaines techniques spécifiques mis en avant par les cadres de la PRP ?
2. Lesquels peuvent être mesurés au niveau communautaire ?
3. Quels services liés à la PRP souhaitez-vous surveiller ?
4. Selon votre expérience, ces services sont-ils disponibles ? Sont-ils facilement accessibles ? Leur forme actuelle est-elle acceptable pour votre communauté ? Exigent-ils des dépenses à la charge des usager·ère·s, et celles-ci sont-elles abordables ? Ces services sont-ils de bonne qualité ?
5. Existe-t-il des groupes, des populations ou des régions qui rencontrent des difficultés particulières d'accès à ces services ou qui ont des besoins de santé spécifiques ?

Quel domaine prioritaire de la PRP sera au centre de l'attention ?

Avant de rédiger vos questionnaires de suivi, il est essentiel d'identifier les domaines de préparation les plus pertinents pour votre communauté. Ces domaines peuvent inclure, seuls ou combinés la prévention et le contrôle des infections (PCI), la surveillance de laboratoire, les points d'entrée (aéroports, ports, frontières), la prestation de services de santé, les contre-mesures médicales et le déploiement du personnel, la communication des risques et les opérations d'intervention d'urgence.

Par exemple, pour la prévention et le contrôle des infections (PCI), il peut s'agir d'évaluer si les établissements disposent de postes de lavage des mains adéquats, d'un approvisionnement suffisant en eau, de stocks d'équipements de protection individuelle (EPI), d'espaces d'isolement, de procédures de triage, d'un espacement approprié des lits, ou encore de mesures de sécurité liées aux objets piquants et tranchants. Pour la surveillance de laboratoire, les questions peuvent porter sur les systèmes de transport des échantillons, la disponibilité des tests diagnostiques pour certaines maladies prioritaires, ainsi que sur l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité des services de laboratoire et le délai de restitution des résultats. En ce qui concerne les points d'entrée, la surveillance pourrait se concentrer sur les protocoles de dépistage, les infrastructures de quarantaine ou les mécanismes de communication transfrontalière. Pour la prestation des services de santé, la SDC peut évaluer les plans d'augmentation de la capacité d'accueil en cas d'urgence, les protocoles de triage, et la continuité des services essentiels pendant une flambée épidémique.

Enfin, pour les ressources humaines, les indicateurs peuvent porter sur le comportement du personnel de santé, la formation en réponse d'urgence, les plans de déploiement du personnel et la protection des travailleurs de la santé.

Pour être efficace, la SDC devrait se concentrer sur deux ou trois domaines prioritaires au maximum, plutôt que de tenter d'en suivre un trop grand nombre simultanément. Ces domaines doivent être choisis en fonction des vulnérabilités et besoins spécifiques de la communauté, afin d'assurer un suivi ciblé, pertinent et à fort impact.



Étude de cas : Perturbations des services de santé en Haïti dues à la violence

Haïti traverse actuellement une polycrise sans précédent, marquée par une hausse de la violence des gangs, une incapacité du gouvernement à rétablir la sécurité, et une désorganisation socio-politique et économique généralisée. Au cœur de cette crise se trouve Port-au-Prince, où l'État a perdu le contrôle de plus de 80 % de la zone métropolitaine.

Les crises politiques ont un impact direct sur l'accès aux soins de santé. En Haïti, les confinements répétés et les niveaux élevés de violence ont empêché patient·e·s et soignant·e·s d'accéder à environ 20 % des cliniques offrant des services de VIH, tuberculose et paludisme. Les barricades et points de contrôle illégaux installés par les gangs sur les principales routes ont gravement perturbé les chaînes d'approvisionnement et le transport entre la capitale et les autres régions. Plusieurs établissements ont dû fermer, notamment à cause de la fuite du personnel de santé vers des zones plus sûres ou vers l'étranger.

Selon le Ministère de la Santé^[3], environ 10 000 patient·e·s vivant avec le VIH ont subi une interruption de traitement en 2024 en raison des déplacements internes causés par la violence des gangs. Le recours au diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons a diminué, et de plus en plus de femmes enceintes vivant avec le VIH ont interrompu leur traitement. Par ailleurs, le nombre de nouveaux cas de VIH liés à des violences sexuelles contre des femmes et des populations clés est en hausse.

Malgré ce contexte extrêmement difficile, le programme de SDC en Haïti a continué à suivre l'accès aux services de santé, chaque fois que les conditions de sécurité le permettaient. L'équipe a adapté ses méthodes de suivi selon la situation de chaque province, en limitant la collecte de données aux zones à faible présence de gangs. Pour maintenir le dialogue avec les responsables d'établissement, le programme a mis en place des visites virtuelles par visioconférence. Cependant, dans plusieurs sites, le suivi a dû être suspendu ou reporté en raison de la violence ou du déplacement des personnels de santé.

Les données de la SDC ont mis en lumière ces perturbations : la proportion de patient·e·s se sentant en sécurité dans les salles d'attente de Port-au-Prince est passée de 68 % au troisième trimestre 2021 à 19 % au quatrième trimestre 2024. Le programme SDC en Haïti continue de plaider pour le renforcement du système de santé, afin de garantir un accès équitable et sûr à des soins de qualité pour toutes et tous, malgré le contexte de crise prolongée.

^[3] Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Impact de la crise sur le Département de l'Ouest: La réponse à date et les besoins non couverts. 28 août 2024.

Quels services liés à la PRP souhaitez-vous surveiller ?

Cette étape consiste à réfléchir aux services de Préparation et de Riposte aux Pandémies (PRP) qui représentent les plus hautes priorités pour votre communauté, et à déterminer où le plaidoyer est le plus urgent pour favoriser un changement durable. Dans certains contextes, les acteurs et défenseur·e·s de la santé et de la PRP ont peut-être déjà défini ces priorités. Par exemple, votre communauté a pu identifier ses priorités de plaidoyer lors de l'élaboration de la demande de financement du Fonds mondial. Ou encore, votre pays dispose peut-être d'un plan d'action communautaire ou d'une liste de priorités de plaidoyer pour interagir avec les agences nationales de sécurité sanitaire. Vous devriez également prendre le temps d'examiner les documents et cadres politiques pertinents, tels que les plans stratégiques nationaux spécifiques à la PRP, les plans nationaux de préparation aux pandémies, les Plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire (NAPHS), les cadres de suivi et d'évaluation, les cadres d'intervention d'urgence et les systèmes de surveillance de santé publique. Il est également recommandé de consulter les procédures opérationnelles normalisées (SOP), les rapports annuels des évaluations externes conjointes (JEE) et du SPAR, ainsi que les circulaires ministérielles et recommandations des comités techniques "Une seule santé (One Health)".

Dans d'autres contextes, vous pouvez préférer adopter une approche ascendante, en partant directement des réalités de la communauté. Dans ce cas, il peut être utile de s'appuyer sur un cadre PRP existant pour définir vos priorités de plaidoyer. Par exemple, si votre programme de SDC surveille la PRP, vous pouvez utiliser le cycle de préparation aux pandémies comme point de départ ou prenez-vous que les systèmes d'alerte précoce de votre communauté fonctionnent-ils efficacement ? Les protocoles de réponse d'urgence doivent-ils être renforcés ? Le besoin le plus urgent est-il une meilleure implication communautaire dans la planification de la préparation ? Quels sont les principaux défis et obstacles rencontrés ? Rappelez-vous que l'objectif n'est pas de dresser la liste de tous les services existants dans le pays, mais plutôt de se concentrer sur les besoins et priorités les plus urgents. Les données collectées doivent être directement pertinentes pour les interventions de plaidoyer et de redevabilité que votre communauté mènera dans le cadre de la SDC.

Essentiellement, la réalisation d'un exercice d'évaluation communautaire complet permettra d'identifier et de sélectionner les indicateurs pour la SDC-PRP. Cet exercice inclura une analyse approfondie des dimensions comme le leadership communautaire, la collecte et l'utilisation de données probantes, l'action et la redevabilité, le partenariat et la collaboration et enfin la résilience et la durabilité. Tous ces éléments contribueront à évaluer le niveau de préparation de la communauté à la PRP.

Ces services sont-ils disponibles, accessibles, acceptables, abordables et de qualité ?

Maintenant que vous avez identifié vos domaines prioritaires et vos services essentiels, la prochaine étape consiste à repérer les principaux obstacles susceptibles d'affecter ces services en situation d'urgence.

Une méthode efficace consiste à utiliser le cadre AAAAQ, qui décompose les différents aspects de l'accès aux soins de santé, tant en période normale qu'en période de crise. L'objectif à cette étape est d'examiner si ces services sont :

- **Disponibilité:** Lorsqu'une personne se rend dans une clinique, les fournitures d'intervention d'urgence sont-elles placées à des endroits stratégiques ? Existe-t-il des cliniques ou points d'accès communautaires proches des zones d'habitation ? Y a-t-il suffisamment d'infirmier·ère·s ou de médecins formé·e·s sur place pour assurer les services ? Peuvent-ils être rapidement déployés en cas d'urgence ? Y a-t-il assez de salles d'isolement ou d'unités dédiées pouvant être activées rapidement ? La capacité de laboratoire est-elle suffisante pour faire face à une augmentation du nombre de tests lors des flambées épidémiques ?
- **Accessibilité:** Existe-t-il des barrières financières à l'accès aux services, comme des frais d'usager·ère ou des coûts de transport ? Les services d'intervention d'urgence sont-ils répartis équitablement sur le territoire ? Les patient·e·s doivent-ils parcourir de longues distances pour atteindre une clinique ? Les services sont-ils offerts à des horaires compatibles avec les obligations professionnelles, familiales ou de garde des enfants ? Les services sont-ils disponibles pour toutes les populations et tranches d'âge, ou certaines sont-elles exclues ? Les habitant·e·s sont-ils informés de l'existence de ces services ? Les plans d'intervention d'urgence incluent-ils des moyens de transport vers les zones difficiles d'accès ? Les téléconsultations sont-elles disponibles lorsque la consultation en personne n'est pas possible, notamment lors de flambées à forte contagiosité ?
- **Acceptabilité:** Observe-t-on des niveaux élevés de stigmatisation ou de discrimination dans les cliniques ? Les mesures de riposte pandémique sont-elles culturellement adaptées aux différentes communautés ? Les leaders communautaires ont-ils été associés à l'élaboration des plans de réponse ? Les infirmier·ère·s sont-ils formé·e·s à fournir des soins sensibles aux différences culturelles pendant les urgences ? Le personnel des cliniques est-il accueillant, professionnel et compétent dans la prestation des services ? Les plans de riposte prennent-ils en compte les besoins de différentes populations, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants et les personnes vivant avec le VIH ?
- **Abordabilité:** Les tests et traitements sont-ils gratuits ou subventionnés pendant les pandémies ? Les services exigent-ils des paiements directs de la part des usager·ère·s, et ceux-ci peuvent-ils en assumer le coût ? Existe-t-il des plans pour garantir l'accessibilité financière des médicaments essentiels en cas de rupture de chaîne d'approvisionnement ? Des mécanismes de surveillance gouvernementale renforcée du secteur privé sont-ils prévus pendant les urgences sanitaires ?
- **Qualité:** Les services sont-ils fournis conformément aux normes nationales ou internationales de soins ? Par exemple, les résultats des tests sont-ils rendus rapidement ? Les protocoles de traitement et les médicaments prescrits sont-ils appropriés ? Des services médicaux de qualité sont-ils assurés dans tous les établissements, y compris ceux du secteur privé ? Le personnel dispose-t-il des outils médicaux adéquats ? Les médicaments distribués sont-ils périmés ou proches de l'être ? Des systèmes d'assurance qualité sont-ils en place pour le matériel et les fournitures d'urgence ?

En tirant les leçons de la pandémie de COVID-19, il est essentiel de comprendre comment le cadre AAAAQ peut être affecté par les tensions d'une situation d'urgence. L'objectif est d'identifier les points de rupture potentiels du système de santé susceptibles de compromettre la prestation des services de santé, tant pour une épidémie donnée que pour d'autres maladies comme le VIH, la tuberculose et le paludisme, en période de crise.

Quelles populations ou régions rencontrent des obstacles ou ont des besoins spécifiques ?

Enfin, il est essentiel d'identifier les populations, groupes ou zones géographiques qui seraient le plus exposés à des obstacles en cas d'urgence pandémique. Par exemple, les personnes vivant en dehors de la capitale peuvent résider loin des établissements de santé, ce qui implique des coûts de transport élevés et des difficultés pour se rendre en consultation. Dans ce cas, la priorité pourrait être de renforcer les services mobiles ou de proximité, notamment la livraison des médicaments à domicile, le remboursement des frais de transport et la formation et le déploiement d'agents de santé communautaires capables de fournir des soins de base, d'assurer le dépistage et d'effectuer des orientations médicales.

Les ménages à faible revenu risquent de ne pas pouvoir respecter les mesures de quarantaine, car ils doivent continuer à subvenir aux besoins de leur famille. Dans une telle situation, il est important que la SDC évalue l'inclusion de mécanismes de protection socio-économique dans les plans de préparation et de riposte aux pandémies, afin de soutenir ces familles pendant les restrictions de déplacement.

Les travailleurs de la santé et les agents de santé communautaires constituent également un groupe prioritaire avec des besoins spécifiques lors des flambées épidémiques. Ils nécessitent un équipement de protection individuelle (EPI) adéquat, un soutien en santé mentale, ainsi qu'une rémunération des heures supplémentaires.

Il est donc essentiel que les programmes de SDC surveillent la disponibilité et la mise en œuvre de ces mesures pendant les urgences sanitaires.

Étape 3 : Définir les besoins de santé publique et les priorités de plaidoyer de votre communauté

Ce que cela signifie en pratique

Lors d'un atelier communautaire sur les indicateurs, le programme de SDC et les réseaux de la société civile discutent des principales priorités de plaidoyer en matière de préparation aux pandémies dans le pays. Plusieurs participant·e·s sont déjà impliqué·e·s dans le plaidoyer et partagent donc les priorités majeures pour renforcer la capacité d'intervention d'urgence. Le groupe, centré sur le suivi de la préparation et de la riposte aux pandémies (PRP), examine également le cadre de préparation aux pandémies et engage une discussion sur les phases du cycle de préparation qui rencontrent les plus grands obstacles dans le pays. Enfin, puisque le programme bénéficie du soutien du Fonds mondial, les participant·e·s passent en revue les domaines d'intervention financés dans le cadre du renforcement de la résilience des systèmes de santé, puis partagent leurs perceptions des lacunes existantes.

Sur cette base, ils conviennent que les principaux défis dans leur pays concernent le renforcement des systèmes d'alerte précoce au niveau communautaire, et la capacité de réponse accrue dans les établissements de soins de santé primaires. Pour chacun de ces domaines, les participant·e·s discutent des difficultés spécifiques. Ils reconnaissent que les systèmes d'alerte précoce communautaires sont faibles, car les agents de santé communautaires manquent de formation adéquate pour repérer les signes d'une flambée potentielle, et disposent de systèmes de notification insuffisants. Ils constatent également que l'un des obstacles à la montée en puissance de la capacité de réponse réside dans le manque de fournitures d'urgence essentielles dans les établissements de santé, ainsi que dans l'absence de formation du personnel sur les protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI). Par ailleurs, le groupe souligne que la communication des risques est particulièrement faible dans les zones rurales, selon les observations du réseau des jeunes vivant avec le VIH. Certain·e·s défenseur·e·s expriment également leurs inquiétudes

concernant le manque de dispositions spécifiques dans les plans d'urgence pour les personnes handicapées, souvent exclues des protocoles d'évacuation.

En conclusion, le groupe convient que les principales priorités de plaidoyer pour la phase pilote de leur programme de SDC seront de se concentrer sur le renforcement des systèmes communautaires de surveillance des maladies, en particulier dans les zones rurales, et la garantie que les établissements de soins de santé primaires disposent de fournitures d'urgence adéquates et d'un personnel régulièrement formé, avec une prise en compte spécifique des besoins des personnes handicapées.

Étape 4 : Cartographier les données dont vous aurez besoin pour votre plaidoyer

Mesurer le « quoi » et le « pourquoi »

Une fois que vous avez identifié les domaines de préparation aux pandémies que vous souhaitez surveiller, il est temps de réfléchir plus précisément au type de données qui renforceront vos revendications de plaidoyer. Pour cela, imaginez quelle histoire vous pourriez raconter à un responsable d'établissement de santé ou à un représentant du gouvernement pour leur faire comprendre la situation. Quelle donnée, statistique ou information clé vous permettrait d'étayer votre argumentaire ?

Votre plaidoyer sera d'autant plus convaincant si vous pouvez non seulement décrire les problèmes observés dans la préparation du système de santé, mais aussi montrer ce que les responsables peuvent faire pour y remédier. Cela signifie qu'il faut pouvoir présenter à la fois le « quoi » (par exemple : « voici l'état actuel de la préparation aux urgences dans les établissements de santé »), et le « pourquoi » (par exemple : « voici les causes des lacunes observées dans la préparation »). Cette approche vous permet de formuler des demandes claires et précises à l'intention des directions d'établissements, des autorités publiques et des bailleurs de fonds.

Exemple n°1 : Indicateurs pour la surveillance communautaire des maladies

Thème de plaidoyer	Categorie	Le message que vous souhaitez transmettre au détenteur d'obligations	Exemples d'indicateurs SDC	Solution recommandée, appuyée par les données
Les membres de la communauté ne peuvent pas signaler les signaux potentiels d'épidémie	Le Quoi	« Selon les données de la SDC, ___ % des agents de santé communautaires déclarent ne disposer d'aucun mécanisme clair pour alerter les autorités en cas de schémas inhabituels de maladies. »	Questions pour les ASC: « Disposez-vous d'une procédure standard pour signaler des schémas inhabituels de maladies dans votre communauté ? »	« Mettre en place un système de signalement simple utilisant plusieurs canaux — WhatsApp, appel téléphonique, courriel — dans ces ___ communautés où aucun mécanisme de rapportage n'existe actuellement. »
	Le Pourquoi	« Les données du CLM révèlent que la raison la plus courante de l'absence de signalement est le manque de formation sur les principaux signaux à surveiller, selon ___ % des ASC interrogés. »	Questions adaptées aux infirmier·ère·s: « Qu'est-ce qui vous empêche de signaler efficacement les potentiels foyers de maladie dans votre communauté ? »	

Exemple n°2 : Indicateurs sur la préparation des établissements de santé en matière de fournitures d'urgence

Thème de plaidoyer	Categorie	Le message que vous souhaitez transmettre au détenteur d'obligations	Exemples d'indicateurs SDC	Solution recommandée, appuyée par les données
Les structures de santé ne disposent pas des fournitures d'urgence nécessaires.	Le Quoi	« Nos données SDC montrent que ___ % des structures de santé primaires ne disposent pas de fournitures d'urgence adéquates pour une réponse initiale à une flambée épidémique. »	question destinée au personnel de l'établissement: « Votre établissement dispose-t-il d'un kit dédié de fournitures d'urgence contenant des EPI et d'autres matériels essentiels ? »	« Chaque établissement doit maintenir un kit standard avec des vérifications régulières de l'inventaire, en particulier dans ces ___ districts où aucune structure ne dispose de fournitures d'urgence. »
	Le Pourquoi	« Selon nos données SDC, ___ % des établissements déclarent n'avoir jamais reçu d'allocation budgétaire pour la préparation et la riposte (PPR). »	questions adaptées aux gestionnaires d'établissement: « Qu'est-ce qui empêche votre établissement de maintenir des fournitures d'urgence adéquates ? »	

Cet indicateur relèverait du domaine “contre-mesures médicales et déploiement du personnel” dans l’Évaluation Externe Conjointe (JEE) du pays.

Collecter des données faciles à expliquer

Les meilleurs indicateurs sont ceux pour lesquels vous pouvez convertir vos données en pourcentages. Par exemple, si vous demandez à 20 personnes si elles ont reçu un test diagnostique au point de service pour une maladie pandémique comme la COVID-19, et que 5 répondent « non », vous pouvez facilement rapporter que « 25 % des personnes interrogées n'ont jamais reçu de test diagnostique au point de service pour la COVID-19 ». Cette formulation est beaucoup plus facile à interpréter pour plusieurs raisons :

- **Contexte** : dire que cinq personnes n'ont jamais reçu de test diagnostique au point de service n'aide pas à saisir l'importance de ce chiffre. En revanche, dire que 25 % des personnes interrogées n'en ont jamais bénéficié permet de mieux comprendre le poids de cette proportion par rapport à l'ensemble.
- **Comparabilité** : dans la SDC, vous n'interrogez pas toujours le même nombre de personnes dans chaque structure. Cela peut dépendre de la taille des établissements ou du fait que certains sites ont plus de difficulté à trouver des personnes éligibles et disposées à participer. En utilisant des pourcentages, vous pouvez comparer des groupes de tailles différentes — ce qui est impossible avec des chiffres bruts. Par exemple, si un site déclare 10 personnes ayant reçu un test diagnostique, et un autre en déclare 20, vous pourriez penser intuitivement que 20 est supérieur à 10. Pourtant, si le premier site n'a interrogé que 12 personnes ($10/12 = 83\%$) et le second 40 ($20/40 = 50\%$), vous...

pouvez constater que la proportion de personnes ayant reçu un test diagnostique au point de service pour la COVID-19 est en réalité plus élevée dans le premier site. De cette façon, l'utilisation de pourcentages permet de comparer beaucoup plus facilement différents établissements ou différents groupes.

- **Plus facile à comprendre** : En résumé, beaucoup de gens comprennent intuitivement ce que signifie « 50 % des personnes ont reçu un test diagnostique au point de service pour la COVID-19 ». En revanche, « 15 personnes ont reçu un test diagnostique au point de service pour la COVID-19 » est plus difficile à interpréter : on se retrouve à se demander « Est-ce beaucoup ? ».

Comment savoir si vos indicateurs peuvent être interprétés en pourcentages ? Une règle simple consiste à considérer que toute question commençant par « Le nombre de personnes qui... » ou « Combien de personnes... » est conçue pour produire un nombre absolu, c'est-à-dire un décompte. Mais comme vous n'avez pas accès au nombre total de personnes dans la population interrogée (le dénominateur), il est impossible de rapporter ces données autrement qu'en chiffres bruts, donc pas en pourcentage.

En réalité, si vous êtes intéressé·e par des dénombrements de patient·e·s, il vaut la peine de vérifier si ces données n'existent pas déjà ailleurs. Le Ministère de la Santé, les Directions sanitaires de district, l'OMS, le Fonds mondial, le Ministère de la gestion des catastrophes ou encore des organisations communautaires peuvent déjà produire des données sur le sujet qui vous intéresse. De manière générale, vous ne devriez pas chercher à dupliquer des données existantes ; en revanche, les données de la SDC peuvent trianguler ou compléter ces sources. Par exemple, disons que vous souhaitez documenter les pratiques de prévention et contrôle des infections (PCI). Le district sanitaire peut déjà disposer du nombre d'unités d'isolement disponibles dans le district ou dans des établissements précis. Mais les données de la SDC peuvent apporter des informations sur la qualité de ces unités. Vous pourriez, par exemple, demander aux membres de la communauté s'ils sont satisfaits des mesures de PCI dans l'établissement, s'ils ont attendu dans un espace suffisamment large, si la zone était bien ventilée, si la distanciation était respectée, etc. Le suivi communautaire est souvent mieux placé que d'autres systèmes de suivi-évaluation pour capturer l'expérience des usagers et la qualité des services de santé, plutôt que de se limiter au nombre de services offerts, qui est généralement bien documenté par les systèmes traditionnels.

Étude de cas 2 : L'Ouganda et l'impact des confinements

En Ouganda, la riposte nationale à la COVID-19 a été marquée par des confinements prolongés, l'interdiction des transports et la fermeture des écoles. Ces restrictions ont entraîné de multiples défis majeurs qui ont affecté l'accès aux services de santé et à d'autres services essentiels.

Bien que le programme SDC venait tout juste d'être mis en place, la coalition en charge de sa mise en œuvre disposait d'une longue expérience préalable en matière de plaidoyer visant à renforcer la redevabilité dans les réponses au VIH et à la tuberculose. Les organisations ont pu s'appuyer sur cette expérience, en mobilisant leurs infrastructures de la société civile pour surveiller et répondre aux effets des restrictions de déplacement, à la persécution étatique des groupes vulnérables et à la congestion accrue des établissements de santé.

Les preuves générées à travers le monitoring ont permis aux communautés d'interpeller les détenteurs d'obligations afin qu'ils ajustent les restrictions et investissent dans la réduction des préjudices causés par les confinements.

Le programme SDC a identifié les priorités de politique et de plaidoyer liées à la COVID-19 à partir des retours rapides des communautés, notamment :

- Les interdictions de transport ont conduit à des accouchements non sécurisés, entraînant la mort de plusieurs femmes pendant le travail, tandis que les militant·e·s mobilisaient les médias pour documenter les cas de morbidité et mortalité maternelles qui en découlaient.
- Persécution policière envers des familles, des personnes LGBTQ+, des travailleur·se·s du sexe et d'autres populations vulnérables ;
- Graves préjudices vécus par les enfants vivant avec le VIH et leurs aidant·e·s, contraints de rester confinés sans accès au revenu, au soutien nutritionnel ou au traitement VIH.

Les moniteur·rice·s ont également développé un outil d'enquête et mené une collecte de données communautaire rapide auprès de jeunes vivant avec le VIH et de leurs aidant·e·s à travers l'Ouganda, afin de mettre en lumière les effets néfastes des politiques de confinement qui n'avaient pas prévu la continuité des services essentiels de prévention et de traitement du VIH. Ces résultats ont été compilés dans un rapport de redevabilité, Left Behind Under Lockdown, ainsi que dans un essai vidéo documentant le décès d'une jeune Ougandaise séropositive, à qui l'on avait refusé les soins à la clinique en l'absence d'une lettre de référence. Le rapport et la vidéo, « Sentayi and Maureen », ont été présentés à PEPFAR et au gouvernement ougandais dans le cadre du plaidoyer visant à influencer le Country Operational Plan 2021 de l'Ouganda, à travers “The People's Voice Uganda”.

En conséquence, les défenseur·e·s ont obtenu des améliorations concrètes dans la réponse à la COVID-19, notamment :

- Des exemptions explicites aux interdictions de transport pour les femmes enceintes et allaitantes ;
- L'autorisation par le Ministère de la Santé des réseaux de PVVIH à assurer la distribution communautaire des renouvellements d'ARV ;
- La suppression de l'exigence de lettre de référence comme condition préalable pour recevoir des soins ;
- Un investissement accru dans divers services de soutien familial, afin de faciliter le retour aux soins et l'adhérence au traitement.

Étape 4 : Cartographier les données dont vous aurez besoin pour votre plaidoyer

À quoi cela ressemble en pratique

Un programme SDC surveille depuis plusieurs années des indicateurs du système de santé, avec un accent particulier sur le paludisme.

L'une des organisations communautaires qui codirige le programme est approchée par le Ministère de la Santé, qui l'invite à participer à la prochaine Évaluation Externe Conjointe (JEE). On lui explique que l'exercice JEE rassemblera plusieurs secteurs afin de partager des données sur le niveau de préparation du pays face à une future pandémie. L'organisation est sollicitée pour représenter le programme SDC et partager les données communautaires, en mettant l'accent sur les ressources humaines pour la santé.

Le programme SDC se réunit pour décider comment se préparer. Plusieurs membres de l'équipe proposent d'ajouter de nouveaux indicateurs aux outils d'enquête existants, notamment des indicateurs visant à compter le nombre d'infirmier·ère·s dans chaque structure de santé. Cependant, le groupe reconnaît que ces dénominations seraient difficiles à interpréter : certaines structures accueillent un plus grand nombre de patient·e·s, et donc auraient naturellement plus de personnel que d'autres. L'équipe décide plutôt de

collecter des données sur la suffisance des effectifs, en posant aux gestionnaires d'établissement et aux patient·e·s la question « Pensez-vous que cette structure dispose d'un nombre suffisant de personnel pour répondre aux besoins des patient·e·s ? »

Cependant, déterminer si le personnel est suffisant ne répond qu'au « quoi », et non au « pourquoi ». Sans comprendre les causes profondes du manque de personnel, il serait difficile de plaider efficacement pour davantage d'infirmier·ère·s. Le programme SDC décide donc d'ajouter deux nouvelles questions. D'abord, il est convenu de demander aux gestionnaires d'établissement si les pénuries de personnel s'expliquent par l'absence de création de postes, l'incapacité à trouver des candidat·e·s qualifié·e·s, ou un taux élevé de rotation du personnel. Ensuite, l'équipe interrogera les infirmier·ère·s eux-mêmes pour savoir si cette rotation élevée est due à une rémunération insuffisante, à des retards de paiement, à une charge de travail trop élevée ou au manque de ressources et d'outils nécessaires pour accomplir leur travail. De cette manière, l'équipe se sent prête à participer à la réunion du JEE, à expliquer quels sont les problèmes de dotation, ce qui les provoque, et à plaider auprès du Ministère de la Santé pour qu'il prenne des mesures concrètes afin de relever ces défis.

Questions clés : Les pays devraient-ils standardiser les indicateurs SDC ?

À mesure que davantage d'acteurs s'impliquent dans la SDC, les gouvernements et autres détenteurs d'obligations ont proposé de « standardiser » les indicateurs de la SDC, y compris ceux de la SDC-PPR. La standardisation, c'est-à-dire le fait que tous les programmes de SDC d'un pays surveillent les mêmes indicateurs est incompatible avec les principes fondamentaux de la SDC, en particulier le principe selon lequel les communautés doivent décider ce qui doit être mesuré. Une approche standardisée suppose à tort qu'un ensemble unique de priorités s'applique à un secteur pourtant très diversifié. Elle suppose également qu'il existe un diagnostic partagé des causes réelles des obstacles à des services de santé accessibles et de qualité, alors que les perspectives communautaires peuvent légitimement diverger de celles d'autres acteurs. Le contrôle communautaire et le leadership communautaire sont essentiels à la réussite de la SDC. La « standardisation » n'est ni nécessaire ni souhaitable, et conduit souvent des acteurs non communautaires à tenter de construire leur propre version d'un programme de SDC, créant ainsi une confusion des rôles et affaiblissant l'esprit communautaire du modèle.

Partager les outils de SDC entre les programmes au sein d'un même pays, ainsi que partager les sites couverts par chaque programme, est généralement utile pour la coordination et le partage de connaissances. Solliciter des retours sur les indicateurs SDC-PPR proposés est également une pratique courante permettant aux communautés de tenir informés les détenteurs d'obligations et les bailleurs. En revanche, standardiser ce qui est mesuré génère des contraintes peu utiles pour les programmes et déplace le pouvoir et le contrôle hors des communautés, ce qui va directement à l'encontre des principes de la SDC.

Étape 5 : Élaborer les questions de collecte de données pour vos enquêtes

Une fois que vous avez défini vos priorités communautaires et que vous avez une idée des types de données que vous souhaitez collecter, l'étape suivante consiste à élaborer les indicateurs (ou questions) qui figureront dans vos outils de collecte de données.

Points essentiels à considérer :

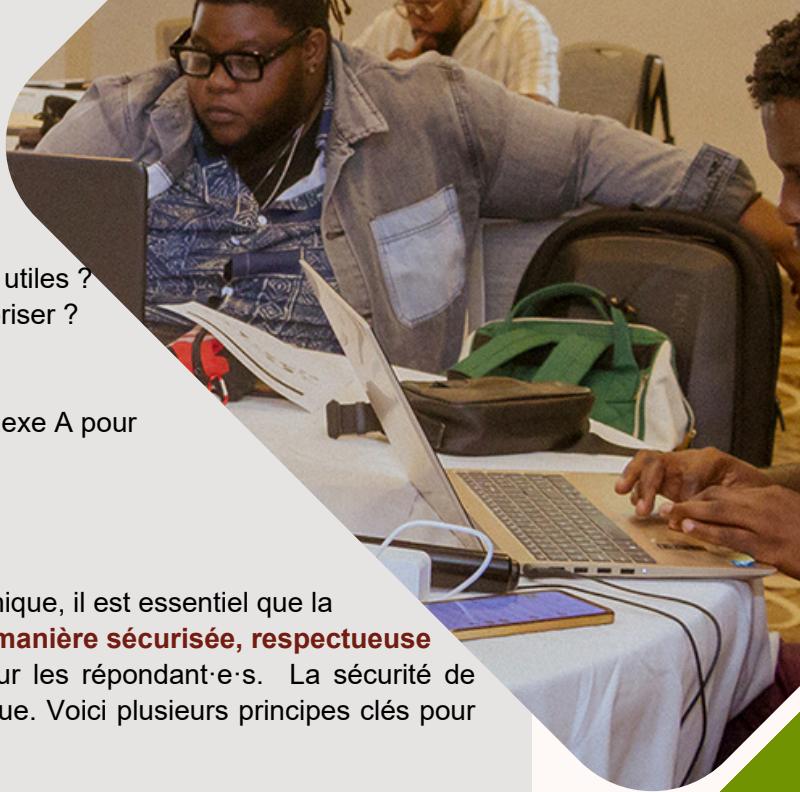
- Qui allez-vous interroger ?
- Quels sites allez-vous sélectionner ?
- Quel type de questions fournira les informations les plus utiles ?
- Quelle dimension technique du PPR souhaitez-vous prioriser ?
- Comment formuler de bons indicateurs ?

Note: Veuillez vous référer à la matrice d'indicateurs en Annexe A pour sélectionner vos indicateurs.

Éthique dans l'élaboration des questions

Même si la SDC n'est pas un exercice de recherche académique, il est essentiel que la collecte, l'analyse et l'utilisation des données se fassent de **manière sécurisée, respectueuse et protectrice, tant pour les collecteurs-trices** que pour les répondant·e·s. La sécurité de toutes les personnes impliquées doit rester la priorité absolue. Voici plusieurs principes clés pour garantir une approche éthique dans vos outils de collecte :

- La SDC vise à évaluer les systèmes et services de santé, pas la vie privée des individus. Par exemple, au lieu de demander : « Avez-vous eu des effets secondaires après l'utilisation de certains antibiotiques ? », il est préférable de formuler : « Pensez-vous que des antibiotiques vous seraient fournis dans cet établissement si votre médecin vous en prescrivait ? » Cela permet d'obtenir des données exploitables sans demander aux personnes de révéler des expériences cliniques personnelles.
- Ne collectez jamais d'informations personnellement identifiantes, comme les noms, numéros d'identification ou numéros de téléphone. Relier ces données au statut d'appartenance à une population clé peut être dangereux, notamment dans des environnements discriminatoires. Les changements de politiques peuvent être rapides : une population non criminalisée aujourd'hui pourrait l'être demain, et les autorités pourraient exiger un accès aux données. Il vaut donc toujours mieux faire preuve d'une prudence maximale.
- Pour les questions susceptibles de mettre les personnes mal à l'aise — par exemple sur l'hygiène ou d'autres sujets sensibles, incluez toujours une option « Préfère ne pas répondre » ou rendez la question facultative. Lors de la collecte, rappelez systématiquement aux répondant·e·s qu'ils peuvent sauter une question ou arrêter l'enquête à tout moment, sans conséquence.
- Ne demandez jamais l'accès à des dossiers médicaux ni ne prenez de photos de ces dossiers durant la collecte de données : cela constitue une violation de la confidentialité des patient·e·s. Ne prenez de photos des usager·ère·s que s'ils vous ont donné leur consentement explicite. De manière générale, tout document public doit flouter les visages des personnes qui ne font pas partie de l'équipe de la SDC.
- Incluez toujours une déclaration de consentement éclairé au début de l'enquête. Celle-ci doit indiquer clairement : qui vous êtes, pourquoi vous collectez ces données, à quoi elles serviront, si elles seront ou non liées à des informations identifiantes, et rappeler que la participation est entièrement volontaire, sans aucune conséquence en cas de refus ou d'arrêt à n'importe quel moment.



Il peut être tentant de poser des questions sur tous les sujets possibles et d'accumuler un maximum de données. En réalité, cela crée beaucoup de travail supplémentaire... sans forcément renforcer l'impact de la SDC-PPR. Lorsque nos questionnaires sont trop longs, une partie des données collectées finit souvent par ne jamais être utilisée. De plus, des enquêtes trop longues fatiguent les répondant·e·s : ils abandonnent avant la fin ou donnent des réponses de faible qualité — par exemple en cochant « oui » à tout pour en finir rapidement. Les moniteurs eux-mêmes s'épuisent lorsque les outils sont trop lourds. C'est pourquoi il est essentiel de se limiter aux indicateurs prioritaires, ceux qui éclairent véritablement le plaidoyer.

Qui devez-vous interroger ?

Vous devez interroger les personnes capables de vous fournir les informations et les perspectives dont vous avez besoin pour votre plaidoyer. Dans la plupart des programmes SDC-PPR, cela inclut un mélange de :

1. Usager·ère·s des services de santé,
2. Responsables de structure (personnes qui prennent les décisions de gestion),
3. Personnel soignant (infirmier·ère·s, médecins, agents de santé communautaires),
4. Responsables sanitaires du district, surtout lorsqu'il s'agit d'obtenir des informations sur les textes légaux et leur application.

Une fois identifié·e·s les détenteurs de l'information, demandez-vous où les trouver. Par exemple, si vous souhaitez en savoir plus sur les groupes de soutien mais que ceux-ci sont gérés par des organisations communautaires, il ne sert à rien de poser ces questions aux responsables d'établissement. De même, si les adolescent·e·s fréquentent peu les structures, orienter l'essentiel de votre enquête vers leur expérience ne produira pas des données de qualité.

Si beaucoup de projets de SDC recueillent leurs données principalement dans les structures de santé, d'autres adoptent des stratégies alternatives lorsque les informations recherchées se trouvent plutôt hors des établissements. Les approches communautaires permettent notamment de documenter les expériences de groupes clés, d'adolescent·e·s (dans -HTM), de personnes difficiles à atteindre dans les structures, de personnes qui ont cessé de fréquenter les services en raison de mauvaises expériences passées. Ces méthodes sont cruciales pour inclure les voix de celles et ceux qui ne se sentent plus accueillis dans les structures.

Identifier des répondant·e·s en dehors des structures peut toutefois demander un peu plus d'efforts. Une stratégie courante consiste à se rendre dans des « hotspots », c'est-à-dire des lieux où les groupes que vous souhaitez entendre ont l'habitude de se retrouver : quartiers densément peuplés, zones de desserte des cliniques, espaces communautaires, etc. Une autre approche est celle de l'échantillonnage « boule de neige » : vous commencez par rencontrer quelques personnes bien informées au sein du groupe ciblé, puis vous leur demandez si elles connaissent d'autres personnes susceptibles de répondre à votre enquête. Dans tous les cas, les collecteurs·trices de données doivent travailler en binôme ou en petit groupe et prioriser leur sécurité, surtout lorsqu'ils interviennent en dehors des structures de santé.

Quels sites devez-vous sélectionner pour vos enquêtes ?

Selon les priorités de votre programme -PPR, vous devrez examiner différents types de données programmatiques, à plusieurs niveaux, afin de déterminer les sites les plus pertinents à monitorer. Par exemple, si vous visitez un programme national SDC-PPR représentatif de la diversité des populations, il sera essentiel d'inclure des établissements de référence à fort volume dans votre échantillon. Si votre plaidoyer porte plutôt sur la disponibilité de médicaments essentiels, comme les antibiotiques, l'analyse des données au niveau des structures peut vous aider à repérer les cliniques connaissant des ruptures fréquentes. Ce type de revue permet souvent d'orienter la sélection des sites. L'absence de tests diagnostiques de base, par exemple, peut signaler d'autres défaillances dans une structure qui gagneraient à être documentées par le monitoring et le plaidoyer. De plus, les communautés d'un territoire donné conservent toute latitude pour décider de suivre la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'abordabilité et la qualité des services dans les établissements où elles se rendent.

Quel type de question fournit les informations les plus utiles ?

Les enquêtes utilisent généralement trois grands types de questions : réponse unique, choix multiples, et questions ouvertes. Chaque format présente des avantages et des limites.

1. Réponse unique

Ce sont les questions où la personne interrogée ne peut choisir qu'une seule réponse parmi une liste. Elles conviennent aux sujets simples, mais sont moins adaptées aux thèmes complexes. Il est crucial que les options proposées couvrent réellement la diversité des expériences vécues. Par exemple, demander : « Le personnel de l'établissement est-il accueillant ? » avec seulement « Oui » ou « Non » comme réponses risque de mal refléter la réalité. Une personne peut avoir eu généralement de bonnes interactions, mais une mauvaise expérience récente — ou l'inverse. Des options comme « Toujours », « Parfois » et « Jamais » permettent une lecture beaucoup plus nuancée. Lorsqu'on utilise des listes, il est également recommandé d'inclure « Aucun de ces choix » ou « Autre », afin que chacun puisse choisir une réponse réellement applicable. Un cas particulier de questions à réponse unique est l'échelle de Likert, qui permet d'indiquer un degré d'accord ou de désaccord (par exemple : de « Tout à fait en désaccord » à « Tout à fait d'accord »).

2. Choix multiples

Ces questions permettent à la personne interrogée de sélectionner autant d'options qu'elle le souhaite. Il peut être tentant de proposer de longues listes, mais les données montrent que cela diminue la qualité des réponses : les participant·e·s lisent rarement toute la liste et ont tendance à choisir les premières ou les dernières options uniquement. Lorsque ce type de question est nécessaire, il est préférable de limiter la liste à moins de huit choix. Pour les sujets importants, mieux vaut interroger chaque élément séparément. Par exemple, au lieu de demander : « Quels services sont disponibles dans cet établissement ? (Sélectionnez tout ce qui s'applique) », il est plus efficace de poser des questions ciblées telles que « Y a-t-il un accès suffisant à l'eau dans cet établissement ? » « Une salle d'isolement est-elle disponible ? »

3. Questions ouvertes, en texte libre

Ce sont des questions qui permettent au répondant de s'exprimer librement plutôt que de choisir une réponse prédéfinie. Elles sont particulièrement utiles lorsque vous ne savez pas à l'avance comment les personnes pourraient répondre, ou lorsque vous souhaitez obtenir plus de détails.

Cependant, elles ne peuvent pas être analysées automatiquement et nécessitent une révision manuelle minutieuse ; elles doivent donc être utilisées avec parcimonie.

Pour des sujets complexes, il peut être préférable d'utiliser des entretiens ou des groupes de discussion plutôt que d'inclure trop de questions ouvertes dans une enquête.

4. Other question types

D'autres types de questions peuvent consister à recueillir des informations comme des dates, des horaires, ou à prendre des photos des conditions dans un établissement de santé. Ce qu'il faut retenir, comme pour tout indicateur, c'est de réfléchir à comment ces données seront analysées et utilisées. Il doit y avoir une raison claire de plaider pour collecter ces données, ainsi qu'un plan d'analyse, surtout lorsqu'il s'agit d'éléments nécessitant une analyse manuelle (comme les photographies).

Il peut également être utile de consulter les outils de sondage utilisés par d'autres programmes de SDC-PRP. Examiner les thématiques déjà surveillées dans d'autres contextes peut vous aider à identifier des idées de sujets à suivre. Plusieurs projets existants de SDC-PRP ont mis leurs outils à disposition du public.e.

Lorsque pertinent, les données doivent être collectées de manière désagrégée afin d'identifier des problèmes propres à certains groupes de population ou de mettre en évidence d'éventuelles disparités entre groupes. Cela signifie qu'au début des enquêtes, vous pourriez poser des questions sur l'âge et le genre de la personne. Lorsque cela peut être fait de manière sécurisée, vous pouvez aussi demander à quelle sous-population la personne appartient, tout en donnant la priorité à la sécurité et à la confidentialité des répondants.

Comment rédiger une bonne question d'enquête ?

Using good question writing methods can help make data more usable for advocacy and more trusted by other stakeholders. Key strategies are described below:

- **Clarté** : Utilisez toujours un langage aussi simple et compréhensible que possible. Si vous devez employer un terme technique que tout le monde ne connaît pas, il peut être utile d'en donner une brève explication. Par exemple, « Avez-vous déjà entendu parler de la résistance aux antimicrobiens (RAM) ? La RAM désigne l'utilisation optimale des médicaments antimicrobiens pour protéger la santé humaine. »
- **Spécificité** : Veillez à ne poser qu'une seule question à la fois, sinon vos résultats seront difficiles à interpréter. Ajouter des repères temporels permet également de s'assurer que les personnes interrogées décrivent des expériences récentes, ce qui renforce l'utilité des données pour le plaider. Cela garantit que les données reflètent un problème actuel et permet d'observer les changements lorsque les détenteurs d'obligations répondent à nos demandes.
- **Éviter les questions orientées** : Il est essentiel de formuler les questions de manière neutre afin de ne pas influencer les réponses. Par exemple, demander : « Quels défis rencontrez-vous pour accéder aux services de santé ? » suppose déjà que des défis existent. À la place, demander : « Rencontrez-vous l'un des défis suivants pour accéder aux services de santé ? » et inclure une option « Aucun » permet aussi de capturer les expériences positives. Une autre façon d'améliorer l'analyse consiste à poser d'abord la question générale (« Rencontrez-vous des défis pour accéder aux services de santé ? »), puis à ne demander aux personnes qui répondent « oui » de préciser quels défis elles rencontrent.

Vérification des connaissances : Conception de questions

Testez vos connaissances !

Parmi les deux questions ci-dessous, laquelle serait la plus solide ?

- Option 1 : Pensez-vous que le personnel de l'établissement est accueillant et compétent ?
- Option 2 : Pensez-vous que le personnel de l'établissement est accueillant [4]

Et pour ces deux questions, laquelle est la plus solide ?

1. Option 1 : Au cours des six derniers mois, vous a-t-on refusé l'accès aux services dans cet établissement parce que vous êtes travailleur·se du sexe ?
2. Option 2 : Vous a-t-on déjà refusé l'accès aux services parce que vous êtes travailleur·se du sexe ?[5]

Étape 6 : Tester et affiner vos outils de collecte de données

Tester les outils avant la collecte des données

Après avoir consacré du temps à élaborer vos outils de collecte, il est essentiel de vérifier qu'ils fonctionneront dans des conditions réelles. Qu'une question vous semble claire ne signifie pas qu'elle le sera pour tout le monde. Le prétest est donc une étape importante pour vous assurer que vos questionnaires ne sont pas trop longs, les questions sont compréhensibles pour les enquêteurs comme pour les personnes interrogées, et qu'il n'y a pas d'erreurs. Voici deux stratégies utiles pour prétester vos outils :

1. **Demandez à vos enquêteurs de se mettre par deux et de s'interviewer mutuellement.** C'est une excellente manière d'évaluer la durée réelle du questionnaire et de permettre aux enquêteurs de repérer rapidement les questions qui ne sont pas claires.
2. **Testez les questions importantes directement auprès des répondants**, une méthode parfois appelée « entretien cognitif ». Passez en revue les questions clés et demandez à des personnes issues des communautés ciblées s'il y a des mots ou expressions qu'elles ne comprennent pas. Leur demander d'expliquer ce qu'elles pensent que la question veut dire, ou de la reformuler avec leurs propres mots, est également une excellente manière d'améliorer vos questions. Il est essentiel de noter que si votre questionnaire existe en plusieurs langues, ce processus doit être réalisé avec des locuteurs de chacune des langues dans lesquelles vous collecterez les données.

[4] Réponse : L'option 2, « Pensez-vous que le personnel de l'établissement est accueillant ? » C'est la meilleure formulation, car une question ne doit porter que sur un seul concept à la fois. Un personnel peut être chaleureux sans être compétent, ou compétent sans être chaleureux. De plus, les actions de plaidoyer à engager face à un personnel peu accueillant ou peu compétent ne sont pas les mêmes : faut-il davantage de formations, ou plutôt un meilleur encadrement par les responsables ?

[5] Réponse : L'option 1, « Au cours des six derniers mois, vous a-t-on refusé l'accès aux services dans cet établissement parce que vous êtes travailleur·se du sexe ? ». Si nous utilisions l'autre question, les responsables pourraient répondre que oui, des refus ont déjà eu lieu... mais il y a longtemps. Cette formulation permet au contraire de situer l'expérience dans le temps et de suivre plus clairement les évolutions et les améliorations.

Quelle est la durée maximale acceptable pour un questionnaire ?

Il n'existe pas de durée « idéale » pour un questionnaire. Toutefois, il est essentiel de se rappeler que nous avons une responsabilité éthique : ne pas prendre trop de temps aux personnes interrogées. Les gestionnaires d'établissements comme les usagers des services ont tous des obligations importantes ! Les données montrent également que plus un questionnaire est long, plus la qualité des réponses se dégrade vers la fin. Les répondants peuvent s'ennuyer, se fatiguer et commencer à répondre rapidement juste pour terminer.

De manière générale, les questionnaires qui durent plus de 30 minutes peuvent devenir trop longs. Il peut alors être utile de revoir vos outils afin de vous assurer que chaque question est réellement utile et pertinente pour votre travail de plaidoyer.

Cependant, il existe quelques stratégies pour rendre les questionnaires plus longs plus faciles à supporter pour les répondants :

- Pour les gestionnaires d'établissement, vous pouvez laisser un numéro de téléphone et leur permettre de vous rappeler plus tard, à un moment qui leur convient, pour répondre au questionnaire.
- Pour les usagers des services, il peut être préférable de les interroger pendant qu'ils attendent leurs soins, après leur inscription, plutôt que d'attendre qu'ils aient terminé leur visite et soient pressés de quitter l'établissement.

Étape 6 : Tester et affiner vos outils de collecte de données

À quoi cela ressemble en pratique

Imaginez que vous réalisez un suivi communautaire des services destinés aux personnes qui utilisent des drogues. Vous constatez que votre ministère de la Santé recommande désormais la disponibilité d'un médicament permettant de renverser une surdose, appelé « Naloxone ». Vous décidez donc de poser la question suivante aux PUD : « Avez-vous actuellement accès à la Naloxone ? »

Vous vous êtes associé·e à une organisation qui accompagne les PUD et vous lui demandez de réunir un groupe d'usagers pour prétester vos outils. Vous passez en revue plusieurs questions du questionnaire, en discutant en détail de la manière dont elles sont comprises. Lorsque vous arrivez à la question « Avez-vous actuellement accès à la Naloxone ? », vous commencez par demander au groupe s'il y a des mots qu'il ne comprend pas. Plusieurs personnes indiquent ne pas savoir ce qu'est la Naloxone.

Il arrive que les questions d'enquête utilisent des mots que les répondants ne connaissent pas ; dans ce cas, vous pouvez chercher des termes plus courts ou plus simples. Alternativement, lorsqu'une question porte sur un service ou un médicament ayant un nom technique, vous pouvez ajouter une brève explication dans la question pour préciser de quoi il s'agit. Non seulement cela aide les répondants à mieux répondre, mais c'est aussi une forme d'alphabétisation thérapeutique, qui permet aux membres de la communauté de comprendre les services dont ils pourraient avoir besoin ou auxquels ils pourraient vouloir accéder.

Vous demandez ensuite comment quelqu'un dans le groupe pourrait reformuler la question autrement. Une personne propose : « Utilisez-vous actuellement un médicament appelé Naloxone ? » Vous réalisez alors que le mot accès peut être interprété différemment selon les personnes. D'un point de vue plaidoyer, ce qui vous importe réellement est de savoir si la Naloxone est proposée aux personnes qui s'injectent des drogues (PUD) dans les établissements de santé publics. En tenant compte de ces deux éléments, vous reformulez donc la question initiale comme suit :

« Au cours des 6 derniers mois, vous a-t-on proposé l'accès à la Naloxone dans votre établissement de santé ? La Naloxone est un médicament qui renverse rapidement une surdose d'opioïdes (comme l'héroïne). Elle peut rétablir une respiration normale en 2 à 3 minutes. »

Révision des outils après la collecte de données

Vos outils peuvent, et doivent, continuer à évoluer à mesure que votre programme effectue de nouveaux cycles de collecte de données. Il est essentiel de conserver les indicateurs qui fonctionnent bien, surtout ceux qui ont déjà servi dans vos activités de plaidoyer, car suivre l'évolution des tendances dans le temps est souvent très révélateur. Cependant, certaines questions peuvent perdre leur pertinence ou devoir être révisées afin d'obtenir des données de meilleure qualité. Voici quelques pistes pour améliorer vos outils :

- **Revoir vos priorités de plaidoyer.** Vous pouvez recueillir les contributions des acteurs communautaires et examiner les nouveaux documents de politique ou de stratégie. S'il apparaît de nouvelles priorités pour lesquelles vous ne disposez d'aucun indicateur, réfléchissez à en créer qui permettront de les couvrir.
- Cependant, il est important de ne pas seulement ajouter des indicateurs, car cela rendrait progressivement vos outils trop lourds. Une bonne règle générale consiste à supprimer un indicateur chaque fois que vous en ajoutez un. Une manière d'identifier des indicateurs à supprimer consiste à repérer ceux que vous n'avez jamais utilisés dans vos actions de plaidoyer au cours de l'année écoulée.
- **Améliorer les questions existantes.** Parfois, vos priorités de plaidoyer restent les mêmes, mais vous réalisez que vos questions ne vous fournissent pas les données dont vous avez réellement besoin. Vous pouvez vous en rendre compte de plusieurs façons :
 - Lors d'un échange de plaidoyer, vous est-il déjà arrivé de constater que les données dont vous disposiez sur un sujet ne suffisait pas pour appuyer la demande de changement que vous vouliez formuler ? Dans ce cas, partez de votre demande de plaidoyer et retravaillez vos questions à rebours.
 - Demandez aux enquêteurs s'il existe des questions que les répondants trouvent confuses. Si oui, réfléchissez à la manière de les reformuler pour qu'elles soient plus simples, plus claires ou plus directes.
 - En analysant les données, si vous remarquez que de nombreuses personnes sélectionnent « Ne sait pas », « Préfère ne pas répondre », « Autre », ou sautent complètement certaines questions, cela indique souvent que la question est difficile à comprendre ou mal formulée, ou les réponses proposées ne correspondent pas à l'expérience réelle des personnes interrogées. Vos options de réponse peuvent-elles être ajustées ?



Utiliser les données qualitatives pour réviser vos questions

Bien que de nombreux programmes de SDC privilégient les données quantitatives parce qu'elles sont plus faciles à analyser, il est également utile de collecter des données qualitatives à l'aide d'indicateurs à réponse ouverte (Open Text). Une utilisation courante de ce type d'indicateurs dans les questionnaires consiste à les placer après qu'une personne a sélectionné l'option « Autre » ; on lui demande alors de préciser sa réponse.

Par exemple, dans une évaluation de la préparation et de la riposte aux pandémies (PRP), la question pourrait être :

1. Veuillez sélectionner les défis liés à la réponse d'urgence qui existent dans l'établissement :
 - Manque de formation du personnel sur les protocoles de communication d'urgence
 - Les membres de la communauté ne savent pas à qui s'adresser en cas d'urgence
 - Autre
 - Préfère ne pas répondre
 - Ne sait pas

Si une personne sélectionne « Autre », l'outil doit lui demander de spécifier quels autres défis de communication elle a identifiés. Ces réponses qualitatives permettent souvent de révéler des informations inattendues, par exemple, on peut découvrir que les systèmes de communication ne fonctionnent que pendant certaines heures de bureau.

Après la première collecte de données, il est essentiel d'analyser attentivement les réponses pour en vérifier la fréquence et la cohérence. Si certaines réponses reviennent fréquemment chez plusieurs répondant·e·s, elles devraient être intégrées comme options principales dans la version révisée de l'outil. Cela garantit que l'outil demeure précis, contextuellement pertinent et qu'il recueille des données réellement utiles pour le plaidoyer et l'amélioration continue du programme.

Annexe A :

Suivi communautaire de la préparation et de la riposte aux pandémies : matrice d'évaluation avec indicateurs inspirés du RSI-JEE et exemples de questions

Zone centrale	Zone de préparation	Indicateur	Exemples de questions à poser
Prévenir les épidémies	Législation et politique	P.1.1 Le comté/la province/le district/l'État dispose de lois, de règlements, de politiques et d'instruments administratifs dans tous les domaines pertinents de la préparation aux pandémies et les a évalués, ajustés et harmonisés afin de permettre la conformité au RSI.	<p>Qn 1.1 Êtes-vous au courant de l'existence d'instruments juridiques dans votre région qui permettent aux autorités locales de prendre une ou plusieurs des mesures suivantes lors d'urgences sanitaires : déclaration d'une urgence sanitaire, préparation à l'urgence, coordination des services d'urgence, fourniture d'un soutien au rétablissement aux communautés touchées, mise en place d'un plan d'intervention ?</p> <p>(Proposez des options de réponse telles que oui, non, partiellement ; donnez des exemples d'instruments juridiques – lignes directrices, règlements, politiques, etc. – et enfin, posez une question de suivi sur les autorités compétentes et les actions à entreprendre.)</p> <p>Qn 1.2 D'après votre expérience, dans quelle mesure les lois et les politiques relatives aux urgences sanitaires sont-elles mises en œuvre dans votre région ?</p> <p>(Fournir une liste de réponses possibles : Très bien – toujours respecté, bien – généralement respecté, je ne connais pas les lois et politiques en vigueur)</p>
	Financement	P.2.1 Des mécanismes de financement et des fonds sont disponibles pour répondre rapidement aux urgences de santé publique dans le comté/la province/le district/l'État de façon régulière.	<p>Qn. 2.1 Comment les coûts permanents des activités de préparation aux urgences sanitaires (surveillance des maladies, formation du personnel, fournitures d'urgence, entretien du matériel) sont-ils pris en charge dans votre région par votre établissement de santé local ?</p> <p>(Proposer des options : budget gouvernemental, donateurs, contributions communautaires, dépenses directes, frais d'utilisation, sources mixtes, je ne sais pas)</p>
	Coordination et plaidoyer en matière de RSI	P.3.1 Un mécanisme de coordination multisectorielle fonctionnel est mis en place pour détecter, évaluer et répondre à toute urgence sanitaire.	<p>Question 3.1 : D'après votre expérience des urgences sanitaires dans votre région, comment décririez-vous la coordination entre votre établissement et les autres acteurs concernés ?</p> <p>(Veuillez fournir une liste de réponses possibles : Excellent travail d'équipe, Bonne coopération, Coordination partielle mais avec des lacunes, Je ne sais pas, etc.)</p> <p>Qn 3.2 Êtes-vous au courant d'une stratégie officielle visant à promouvoir la mise en œuvre des activités du RSI ?</p> <p>(Réponses possibles : Oui, je suis au courant de ce projet ; j'en ai entendu parler mais je n'en connais pas les détails ; non, je ne suis pas au courant de ce projet ; je ne sais pas.)</p>
	Résistance aux antimicrobiens (RAM)	P.4.1 Mesures décisives pour prévenir l'émergence et la propagation de la résistance aux antimicrobiens chez l'homme	<p>Qn 4.1 D'après votre expérience dans cet établissement, voyez-vous le personnel tenir des registres des antibiotiques administrés aux patients ?</p> <p>(Réponses possibles : Oui, je vois cela régulièrement ; Oui, je vois cela parfois ; Non, je ne vois pas cela se produire ; Je ne sais pas)</p> <p>Qn 4.2 Lesquelles de ces pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) observez-vous dans votre établissement de santé ?</p>

			<p>(Réponses : lavage des mains ; précautions de contact ; isolement du patient ; nettoyage de l'environnement)</p> <p>Qn 4.3 Dans votre région, les gens ont-ils besoin d'une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé pour obtenir des antibiotiques ? <i>(Oui, il faut toujours une ordonnance ; Oui, mais certains endroits en vendent sans ordonnance ; Non, on peut acheter sans ordonnance ; Je ne sais pas)</i></p> <p>Qn 4.4 Qu'est-ce qui permet aux personnes de votre région d'obtenir des antibiotiques en cas de besoin ? <i>(Réponses possibles : Stocks de médicaments dans l'établissement ; médicaments subventionnés ; médicaments gratuits pour certaines affections ; médicaments d'urgence disponibles ; système d'orientation vers d'autres établissements ; Je ne sais pas)</i></p>
	Maladies zoonotiques	<p>P.5.1 Des systèmes organisés sont en place pour la coordination entre la santé animale, la santé publique et le secteur de l'environnement.</p> <p>P.5.2 Les mécanismes de réponse aux maladies infectieuses et aux zoonoses potentielles sont établis et fonctionnels.</p>	<p>Qn 5.1 Êtes-vous au courant de protocoles d'entente entre différents départements visant à collaborer sur les maladies qui se transmettent des animaux aux humains ? <i>(Réponses possibles : Oui, je connais ces protocoles d'accord ; J'en ai entendu parler, mais je n'en suis pas sûr ; Non, je n'ai connaissance d'aucun protocole d'accord ; Je ne sais pas)</i></p> <p>Qn 5.2 Si une épidémie impliquant des animaux survenait dans votre région, pensez-vous que les autorités locales sauraient quoi faire ? <i>(Réponses possibles : Oui, ils seraient bien préparés ; Oui, mais ils pourraient rencontrer des difficultés ; Non, ils ne seraient pas préparés ; Je ne sais pas)</i></p>
	Sécurité alimentaire	<p>P.6.1 Des systèmes de surveillance sont en place pour la détection et le suivi rapides des maladies d'origine alimentaire et des contaminations alimentaires.</p> <p>P.6.2 Des mécanismes sont établis et fonctionnels pour la réponse et la gestion de la sécurité sanitaire des aliments.</p>	<p>Qn. 6.1 Observez-vous l'une de ces activités de surveillance alimentaire dans votre région ? <i>(Réponses possibles : Personnel de santé enquêtant sur les cas d'intoxication alimentaire ; inspection des aliments dans les marchés et les restaurants ; avertissements publics concernant les aliments contaminés ; signalements de maladies d'origine alimentaire ; aucune de ces réponses ; je ne sais pas)</i></p> <p>Qn. 6.2 En cas d'intoxication alimentaire dans votre région, quels éléments indiquerait que votre établissement est prêt à réagir face à cette situation d'urgence ? <i>(Réponses possibles : Plans d'urgence écrits et affichés publiquement ; Formation du personnel en sécurité alimentaire ; Rôles clairement définis pour chaque service ; Information du public sur la marche à suivre ; Aucun de ces éléments ; Je ne sais pas)</i></p>
	Biosécurité et biosûreté	P.7.1 Programme de surveillance fonctionnelle pour l'utilisation, le stockage, l'élimination et le confinement sûrs et sécurisés des agents biologiques trouvés dans les laboratoires.	<p>Qn.7.1 En repensant à votre dernière visite dans l'établissement, qu'avez-vous observé concernant la gestion des déchets médicaux ? <i>(Réponses possibles : Conteneurs de couleurs différentes pour les différents types de déchets ; Le personnel respecte les procédures de sécurité lors de la manipulation des déchets ; Les déchets sont collectés et éliminés en toute sécurité ; Des règles claires concernant l'élimination des déchets sont affichées ; Mauvaises pratiques de gestion des déchets ; Je ne sais pas quoi observer)</i></p> <p>Qn 7.2 Lorsque vous visitez l'établissement de santé, observez-vous des travailleurs de la santé utiliser des équipements de protection comme des masques, des gants, des blouses, des visières ? <i>(Réponses possibles : Toujours, Parfois, Rarement, Jamais, Je ne sais pas)</i></p>
	Immunisation	P.8.1 Maintien de la vaccination contre la rougeole et les autres maladies épidémiques évitables par la	Qn. 7.1 Quels défis avez-vous rencontrés en essayant d'obtenir des vaccins (contre la rougeole) dans l'établissement de santé ?

		<p>vaccination (MEV)</p> <p>P.8.2 Accès aux vaccins et distribution dans les établissements de santé</p>	<p>(Indiquer des options telles que long temps d'attente, informations insuffisantes, grande distance, etc.)</p> <p>Qn. 7.2 En repensant à votre dernière expérience de vaccination (rougeole) dans l'établissement de santé, dans quelle mesure avez-vous été satisfait(e) du service fourni ?</p> <p>(Fournir des options telles que la qualité et l'adéquation des informations fournies, le temps d'attente, etc.)</p>
Détecer			
	Système national de laboratoires	<p>D.1.1 Tests de laboratoire pour la détection des maladies prioritaires</p> <p>D.1.2 Système d'acheminement et de transport des spécimens</p> <p>D.1.3 Système qualité du laboratoire</p> <p>D.1.4 Déploiement et utilisation efficaces de diagnostics modernes, sûrs, sécurisés, abordables et appropriés</p>	<p>Qn. 8.1 Que se passe-t-il lorsque des patients de cet établissement ont besoin d'examens spéciaux qui ne peuvent pas être effectués sur place ?</p> <p>(Réponses possibles : Les échantillons sont envoyés à d'autres établissements ou laboratoires ; les patients sont orientés vers d'autres établissements ; les tests ne sont pas effectués ; Je ne sais pas)</p> <p>Qn. 8.2 D'après ce que vous avez vu dans cet établissement, les professionnels de la santé savent-ils quels tests prescrire pour différentes affections ?</p> <p>(Réponses possibles : Oui, ils ont des directives claires pour les tests ; Je pense qu'ils ont des directives, mais je n'en suis pas sûr ; Non, ils n'ont pas de directives claires pour les tests ; Je ne sais pas)</p> <p>Question 8.3 : Lorsque vous ou d'autres personnes vous rendez dans cet établissement, obtenez-vous rapidement vos résultats de test ou devez-vous attendre des jours, des semaines ou des mois ?</p> <p>(Réponses possibles : Résultats généralement immédiats ou le jour même ; Résultats parfois rapides ; Délai d'attente habituel de plusieurs jours ; Délai d'attente toujours long ; Je ne sais pas)</p>
	Surveillance et signalement en temps réel	<p>D.2.1 Un système de surveillance de santé publique fonctionnel avec alerte précoce</p> <p>D.2.2 Utilisation des outils électroniques</p> <p>D.2.3 Analyse des données de surveillance</p>	<p>Qn. 9.1 En cas d'épidémies ou d'urgences sanitaires dans votre région, les établissements de santé les signalent-ils rapidement aux autorités ?</p> <p>(Réponses possibles : Oui, ils les signalent toujours rapidement ; Certains les signalent rapidement ; Aucun signalement n'est effectué ; Je ne sais pas)</p> <p>Qn. 9.2 Les autorités de votre région examinent-elles et tentent-elles régulièrement d'améliorer la façon dont les épidémies sont détectées et signalées ?</p> <p>(Réponses possibles : Oui, ils procèdent régulièrement à des révisions et à des améliorations ; Oui, mais pas très régulièrement ; Ils procèdent rarement à des révisions ou à des améliorations ; Ils ne procèdent jamais à des révisions ou à des améliorations ; Je ne sais pas)</p> <p>Qn. 9.3 D'après vos observations, les travailleurs de la santé de cet établissement semblent-ils comprendre et utiliser les données et les statistiques de santé ?</p> <p>(Réponses possibles : Oui, ils semblent très compétents en matière de données ; Ils semblent avoir des compétences limitées ; Ils semblent n'avoir aucune compétence en matière de données ; Je n'ai pas observé cela)</p>
	Ressources humaines	<p>D.3.1 Des ressources humaines sont disponibles pour mettre en œuvre efficacement les services de sécurité sanitaire (services de prévention, de détection et de réponse).</p>	<p>Qn. 10.1 Lorsque des épidémies surviennent dans votre région, voyez-vous des professionnels formés enquêter sur elles ?</p> <p>(Réponses possibles : Oui, des enquêteurs formés interviennent toujours ; Des enquêteurs viennent parfois ; Je vois rarement des enquêteurs ; Je ne vois jamais d'activité d'enquête ; Je ne sais pas)</p> <p>Qn.10.2 Lors d'urgences sanitaires, avez-vous vu des travailleurs de la santé supplémentaires être amenés en renfort ?</p>

			(Réponses possibles : Oui, du personnel de santé supplémentaire a été mobilisé ; Oui, mais l'obtention de renforts a pris du temps ; Des efforts supplémentaires ont été déployés, mais insuffisants ; Non, aucun personnel supplémentaire n'a été mobilisé ; Je n'ai constaté aucun renfort.)
Réponse			
	Préparation aux situations d'urgence	R.1.1 Évaluation des risques d'urgence et préparation	Qn 11.1 Votre district/établissement dispose-t-il d'un système formel pour évaluer son niveau de préparation face aux urgences sanitaires telles que les épidémies ? (Réponses possibles : Oui, il existe un système d'évaluation formel ; Je pense qu'il y a des contrôles, mais je ne sais pas à quelle fréquence ; Non, il n'y a pas de contrôle régulier de la préparation ; Je ne sais pas)
	Opérations d'intervention d'urgence	R.2.1 Gestion des interventions d'urgence sanitaire R.2.3 Logistique d'urgence et gestion de la chaîne d'approvisionnement	Qn. 12.1 Lors des urgences sanitaires, les travailleurs de la santé suivent-ils des procédures écrites claires (SOP) ? (Réponses possibles : Oui, ils suivent toujours les procédures écrites ; Oui, ils suivent généralement les procédures écrites ; Parfois ils suivent les procédures ; Ils suivent rarement les procédures écrites ; Ils ne semblent pas avoir de procédures écrites ; Je ne sais pas) Qn. 12.2 Lors d'urgences sanitaires, avez-vous constaté des efforts organisés pour obtenir et distribuer des fournitures médicales d'urgence dans votre région ? (Réponses possibles : Oui, la distribution des approvisionnements est bien organisée ; Il y a des efforts, mais l'organisation laisse à désirer ; Aucun effort organisé ; Je ne sais pas)
	Lien entre les autorités de santé publique et de sécurité	R. 3.1 Les autorités de santé publique et de sécurité sont impliquées lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé. (Les autorités de sécurité peuvent inclure les forces de l'ordre, les services de contrôle aux frontières, les services d'inspection de la sécurité alimentaire et les douanes.)	Qn.13.1 Lors des urgences sanitaires dans votre région, dans quelle mesure les autorités sanitaires et les forces de sécurité se coordonnent-elles ? (Réponses possibles : Très bien – coordination formelle claire ; Bien – certaine coordination formelle ; Mal – peu de coordination ; Très mal – aucune coordination ; Je ne sais pas) Qn. 13.2 Existe-t-il des procédures écrites permettant aux responsables de la santé et de la sécurité de travailler ensemble lors de l'évaluation des risques pendant les urgences importantes pour la santé et la sécurité publiques ? (Oui, il existe des procédures écrites claires ; je pense qu'il existe des procédures, mais je n'en suis pas sûr ; non, il n'existe pas de procédures écrites ; Je ne sais pas) Qn. 13.3 Existe-t-il un mécanisme fonctionnel de collaboration et d'échange d'informations en temps opportun entre les organismes de santé publique et les forces de l'ordre en cas d'événements délibérés et/ou accidentels ? (Réponses possibles : Oui, il existe un système clair ; Il existe un système, mais il n'est pas efficace ; Non, il n'existe pas de système ; Je ne sais pas)
	Prestation de services de santé	R.4.1 Gestion de cas R.4.2 Utilisation des services de santé R.4.3 Continuité des services de santé essentiels	Qn. 14.1. D'après vos observations, les professionnels de la santé de cet établissement ont-ils récemment élaboré ou mis à jour des directives de gestion des cas cliniques ? (Réponses possibles : Oui, ils suivent les recommandations cliniques ; Parfois, ils suivent les recommandations cliniques ; Non, ils ne suivent pas les recommandations cliniques ; Je ne sais pas) Qn. 14.2 Votre région dispose-t-elle d'un système fonctionnel de suivi d'éléments tels que le nombre de patients vus, l'utilisation des services et l'efficacité du système de santé en situation d'urgence et en temps

			<p>normal ?</p> <p>(Réponses possibles : <i>Oui, il existe un système fonctionnel ; Oui, il existe un système, mais le suivi pourrait être amélioré ; Il n'existe aucun suivi de la performance du système de santé ; Je ne sais pas</i>)</p> <p>Qn. 14.3 D'après votre expérience au sein de cet établissement, existe-t-il un ensemble de services essentiels définis au niveau national en cas d'urgence ? Si oui, quels sont ces services ?</p> <p>(Réponses possibles : <i>Consultations médicales générales ; Vaccination ; Services de santé maternelle et infantile ; Traitement des maladies courantes ; Éducation sanitaire ; Planification familiale ; Analyses de laboratoire de base ; Soins d'urgence ; Autres...</i>)</p>
	Communication des risques et engagement communautaire	<p>R.5.1 Systèmes de communication des risques pour les événements inhabituels/inattendus et les situations d'urgence</p> <p>R.5.2 . Coordination interne et avec les partenaires pour la communication des risques d'urgence</p> <p>R.5.3 Communication efficace avec les communautés</p>	<p>Qn. 15.1 Lors d'urgences et d'autres événements sanitaires inhabituels, les autorités sanitaires de votre région utilisent-elles activement différentes plateformes médiatiques (radio, télévision, médias sociaux, journaux) pour diffuser des messages de santé ciblés auprès de groupes spécifiques ?</p> <p>(Réponses possibles : <i>Oui, ils utilisent activement les médias pour diffuser des messages ciblés ; Oui, mais cibler certains groupes, par exemple, pourrait être plus efficace ; Utilisation des médias, mais peu ciblée ; Aucune communication active avec les médias ; Je ne sais pas</i>)</p> <p>Qn 15.2 Lors des urgences sanitaires, existe-t-il une équipe dédiée à travailler avec les communautés pour partager des informations, encourager des comportements sains et impliquer les gens dans la réponse ?</p> <p>(Réponses possibles : <i>Oui, il existe une équipe clairement définie pour l'engagement communautaire ; Oui, il existe une équipe, mais elle est insuffisante ; Il n'existe pas d'équipe spécifique pour l'engagement communautaire ; Je ne sais pas</i>)</p>
Se protéger contre les autres menaces pour la santé			
	Points d'entrée	<p>P.1.1 Détection rapide et réponse efficace à tout danger potentiel aux points d'entrée (aéroports et passages terrestres)</p> <p>P.2.1 Approche fondée sur les risques pour les mesures liées aux voyages internationaux</p>	<p>Qn. 16.1 À tous les points d'entrée de votre zone (aéroports, postes frontières et principaux centres de transport), existe-t-il des installations sanitaires capables de tester et de traiter rapidement les voyageurs qui pourraient être malades ?</p> <p>(Réponses possibles : <i>Oui, il y a des structures de santé bien équipées aux points d'entrée ; Oui, il y en a, mais elles ne fournissent que des services de santé de base ; Il n'y a pas de structures de santé aux points de contact ; Je ne sais pas</i>)</p> <p>Qn. 16.2 Pour les zones frontalières avec les pays voisins, des informations sont-elles collectées sur les personnes franchissant la frontière ? Existe-t-il des accords formels entre les pays pour le partage d'informations sanitaires transfrontalières ?</p> <p>(Réponses possibles : <i>Oui, les mouvements frontaliers sont suivis et des accords de partage d'informations existent ; Oui, un suivi existe et des accords sont en place, mais pourraient être améliorés ; Aucun suivi des mouvements frontaliers ni aucun accord n'est en place ; Je ne sais pas</i>)</p>

Adapté de (Danjuma et al., 2025 ; OMS, 2020, 2022)

Annexe B

Glossaire

Ces termes et définitions ont été adaptés de l'Outil d'Évaluation Externe Conjointe (OMS, 2022) et du Manuel de biosécurité en laboratoire (OMS, 2020) afin de clarifier leur sens dans le cadre du présent outil. Ils peuvent différer de ceux figurant dans d'autres documents.

Biosécurité : Principes de confinement, technologies et pratiques mis en œuvre pour prévenir toute exposition involontaire à des agents pathogènes ou à des toxines, ou leur libération accidentelle.

Sécurité biologique : Mesures de protection, de contrôle et de responsabilisation liées aux matériaux biologiques de valeur dans les laboratoires, ainsi qu'aux informations associées et aux recherches à double usage, afin d'empêcher tout accès non autorisé, perte, vol, utilisation abusive, détournement ou libération intentionnelle.

Surveillance communautaire : Point de départ de la notification d'événements au niveau communautaire, en général réalisée par un agent communautaire ; elle peut être active (recherche de cas) ou passive (signalement de cas). Elle est particulièrement utile lors d'une flambée épidémique.

Contamination : Présence d'un agent infectieux ou toxique sur la surface corporelle d'un humain ou d'un animal, dans ou sur un produit destiné à la consommation, ou sur des objets inanimés — y compris des moyens de transport — susceptibles de présenter un risque pour la santé publique.

Laboratoires désignés : Laboratoires désignés pour effectuer des services spécifiques par les autorités nationales, l'OMS ou d'autres institutions, en raison de leurs capacités et compétences avérées.

Points d'entrée désignés : Ports, aéroports ou postes frontaliers terrestres désignés par un État Partie pour renforcer, développer et maintenir en tout temps les capacités nécessaires à l'accès à des services médicaux pour l'évaluation et la prise en charge rapides des voyageurs malades, garantir un environnement sûr pour tous les voyageurs et assurer les fonctions d'inspection et de lutte antivectorielle.

Maladie : Toute affection ou condition médicale, quelle qu'en soit l'origine ou la source, susceptible de causer des dommages significatifs aux humains.

Rétroinformation : Processus régulier de transmission des analyses ou rapports issus des données de surveillance à l'ensemble des niveaux du système, afin que toutes les parties prenantes soient informées des tendances et de la performance.

Poste frontalier terrestre : Point d'entrée terrestre dans un État Partie, y compris ceux utilisés par des véhicules routiers ou des trains.

Danger : Capacité inhérente d'un agent ou d'une situation à produire un effet néfaste ; tout facteur ou exposition susceptible d'affecter la santé de manière adverse.

Événement sanitaire : Tout événement lié à la santé d'une personne, tel que l'apparition d'un cas d'une maladie ou d'un syndrome spécifique, l'administration d'un vaccin ou une admission à l'hôpital.

Prévention et contrôle des infections : Ensemble de mesures appliquées par le personnel de santé dans les structures sanitaires pour réduire la transmission et l'acquisition d'agents infectieux.

RSI (IHR) : Instrument juridiquement contraignant du droit international, issu des Conventions sanitaires internationales de 1851, adopté en réponse aux préoccupations croissantes concernant les liens entre le commerce international et la propagation des maladies (risques sanitaires transfrontaliers).

Isolement : Séparation des personnes malades ou contaminées (ou des bagages, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux concernés) afin de prévenir la propagation de l'infection ou de la contamination.

Législation : Ensemble d'instruments juridiques, administratifs ou gouvernementaux permettant aux États Parties de mettre en œuvre le RSI. Cela inclut des instruments juridiquement contraignants (lois, décrets, arrêtés, règlements, ordonnances), non contraignants (directives, normes, règles opérationnelles), ainsi que des protocoles, résolutions et accords intersectoriels ou interministériels.

Multisectoriel : Une approche holistique mobilisant les efforts de plusieurs organisations, institutions et agences.

Approche “One Health” : Approche définie par l'OMS visant à élaborer et mettre en œuvre des programmes, politiques, lois et recherches dans le cadre d'une collaboration intersectorielle pour améliorer les résultats de santé publique.

Autres instruments gouvernementaux : Accords, protocoles et résolutions adoptés par une autorité ou un organisme gouvernemental.

Flambée : Épidémie limitée à une zone géographique restreinte, comme un village, une ville ou une institution fermée.

ÉPI (PPE) : Équipements de protection individuelle conçus pour créer une barrière contre les risques pour la santé et la sécurité (par ex. lunettes de protection, visières, gants, respirateurs).

Point d'entrée : Lieu d'entrée ou de sortie internationale des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux, ainsi que les agences et zones assurant des services à l'arrivée ou au départ.

Port : Un port maritime ou un port situé sur une voie navigable intérieure où des navires effectuant un voyage international arrivent ou partent.

Équipe d'intervention rapide : Un groupe de personnes formées et prêtes à répondre rapidement à un événement. Sa composition et ses termes de référence sont définis par le pays concerné.

État de préparation : La capacité de répondre rapidement et de manière appropriée à toute urgence lorsqu'elle survient.

Évaluation des risques : Un processus systématique de collecte d'informations et d'analyse de la probabilité et des conséquences d'une exposition ou d'un rejet d'un danger, permettant de déterminer les mesures de contrôle nécessaires pour réduire le risque à un niveau acceptable.

Communication des risques : Dans les situations d'urgence de santé publique, désigne l'ensemble des capacités de communication nécessaires durant les phases de préparation, de riposte et de relèvement afin de soutenir une prise de décision éclairée, de favoriser des changements de comportement positifs et de maintenir la confiance du public.

Procédures opératoires normalisées (SOPs) : Un ensemble d'instructions validées et bien documentées, décrivant étape par étape la manière d'effectuer des pratiques ou procédures données de façon sûre, rapide et fiable, conformément aux politiques institutionnelles, aux meilleures pratiques et aux réglementations nationales ou internationales applicables.

Surveillance : La collecte, la compilation et l'analyse systématiques et continues de données à des fins de santé publique, ainsi que la diffusion rapide d'informations pertinentes pour l'évaluation et la riposte sanitaire, selon les besoins.

Transmission : Le transfert d'un agent biologique à partir d'objets vers des êtres vivants, ou d'un être vivant à un autre, directement ou indirectement via des aérosols, gouttelettes, fluides corporels, vecteurs, aliments/eaux ou d'autres objets contaminés.

Vérification : La communication par un État Partie à l'OMS d'informations confirmant la situation d'un événement sur son territoire.

Maladies zoonotiques (ou zoonoses) : Infections ou maladies infectieuses naturellement transmissibles entre les animaux et les humains.

Événement zoonotique : L'apparition d'une maladie chez les animaux créant un potentiel de transmission à l'être humain en raison de l'exposition à la source animale.

Références

1. CD4C, CLAW, & EANNASO-APCASO-ATAC. (2022). Community-Led Monitoring: Best Practices for strengthening the model.
2. Danjuma, J. S., Okunromade, O., Fasominu, O., Lee, C. T., Daam, C., Bergquist, E. P., Dada, A. O., Dalhat, M., Aruna, O., Oyebanji, O., Olajide, L., Udo, E., Ezeudu, C., Muhammad, B., Bagudu, A. M., Hassan, A., Obiekea, C., Usman, R., Odu, J., ... Adetifa, I. (2025). Development of a Subnational Health Security Capacities Assessment Tool: Lessons From Nigeria and Implications for the Implementation of the Integrated Disease Surveillance and Response Strategy. *Health Security*, 23(1), 35–46. <https://doi.org/10.1089/hs.2023.0185>
3. IPC. (2022). From Insights to Evidence: A guide for translating program and policy priorities into qualitative and quantitative measures for community-led monitoring. https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2022/06/0618_C19Toolkit_Complete_03.pdf
4. UNAIDS. (2023). Community-led Monitoring in action: Emerging evidence and good practice. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3085E_community-led-monitoring-in-action_en.pdf
5. WHO. (2005). International Health Regulations (2005) Third Edition. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1>
6. WHO. (2020). Laboratory Biosafety Manual (4th ed). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337956/9789240011311-eng.pdf?sequence=1>
7. WHO. (2022). Joint External Evaluation Tool: International Health Regulations (2005) (3rd ed). World Health Organization.
8. WHO. (2025). NAPHS for all: A Country implementation guide for national action plan for health security (NAPHS), 2nd Edition. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380231/9789240104983-eng.pdf?sequence=1>



<https://www.observatoirevh-haiti.org>
<https://www.odelpa.org/>
<https://www.clawconsortium.org>



<https://www.facebook.com/ODELPA>

DROITS D'AUTEUR
COPPER, ODELPA, CLAW
SEPTEMBRE 2025

Toutes les photos sont publiées avec l'aimable autorisation d'ODELPA/CLAW.

Cette ressource a été élaborée avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, dans le cadre de l'Investissement Limité Géré Centralement (CMLI) consacré au rôle des communautés dans la préparation et la riposte aux pandémies (COPPER) à travers le Suivi Dirigé par la Communauté (SDC).

