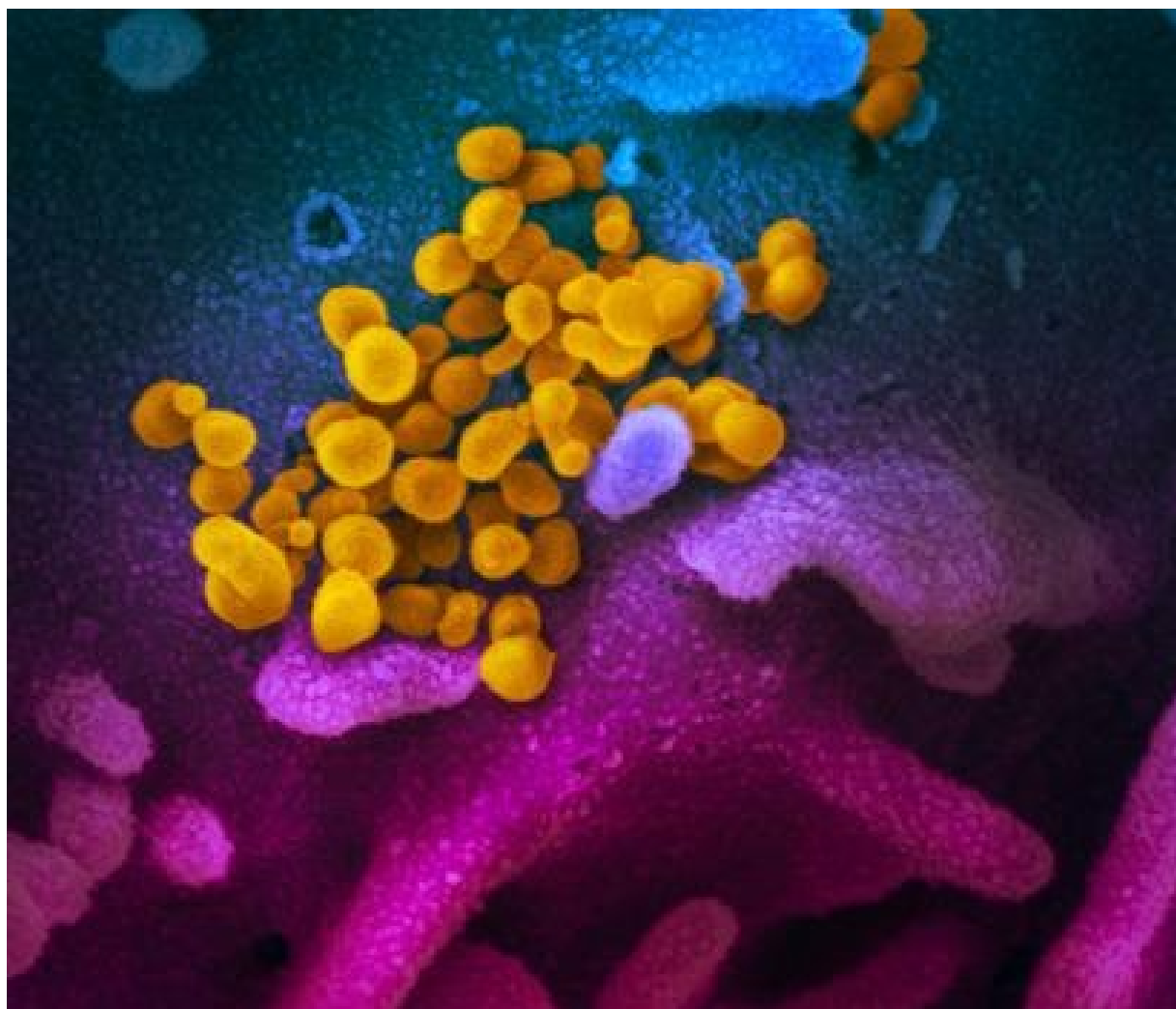


COVID-19 : Un guide essentiel pour les décideurs locaux



Credit: NIAID-RML

Le présent document est élaboré et révisé par les efforts combinés d'experts des principales institutions américaines de recherche en sécurité sanitaires. Les principaux auteurs sont :

Beth Cameron, PhD, Vice-présidente, Politique et programmes biologiques mondiaux, NTI ; Ancien Directeur en charge de la Sécurité sanitaire et la biodéfense mondiale, membre du Conseil de sécurité national sur la Sécurité sanitaire et la biodéfense

Jessica Bell, Responsable principal de programme MS, Politique et programmes biologiques mondiaux, NTI

Jacob Eckles, Responsable de programme MPH, Global Biological Policy and Programs, NTI

Jessica Bell, Responsable principal de programme MS, Politique et programmes biologiques mondiaux, NTI

Ellie Graeden, PhD, Directeur général, Talus Analytics

Jeremy Konyndyk, MSFS, Chargé de recherche, Centre pour le Développement mondial, Ancien directeur du Bureau d'assistance à l'étranger en cas de catastrophe, USAID

Rebecca Katz, PhD MPH, Professeur et directrice du Centre pour la Science et la sécurité sanitaires mondiales, Georgetown University

Matthew Boyce, MS, Chercheur associé senior, Georgetown University Center for Global Health Science and Security (Centre universitaire de Georgetown pour les Sciences de santé et la sécurité mondiales)

Les relecteurs sont :

Paul D. Biddinger, MD FACEP, Chair rentée de MGH en qualité de Directeur de la préparation aux urgences, Centre de médecine des catastrophes et adjoint à la Préparation aux urgences, Département de la médecine d'urgence, Massachusetts General Hospital, Directeur médical pour la préparation aux urgences, MGH and Partners Healthcare, Directeur, Harvard T.H. Programme de Recherche, d'évaluation et de pratique relative à la Préparation aux urgences (EPREP) de la Chan School of public health

Dyla George, PhD, Vice-président, Personnel technique, In-Q-Tel

Margaret Hamburg, MD Chair, Conseil de l'American Association for the Advancement of Science, Ancienne Commissaire de la U.S. Food and Drug Administration

Dan Hanfling, MD, vice-Président, Personnel technique, In-Q-Tel

Ashish K. Jha, MD, MPH, Directeur de la Harvard Global Health Institute

K. T. Li Professeur de santé mondiale, Harvard T.H. Chan School of Public Health

Professeur de médecine, Harvard Medical School

Juliette Kayy, Chaire de faculté, Projet Sécurité et Santé mondiale, Kennedy School of Government, Harvard University

James Lawler, MD, Directeur général, Programmes internationaux et Innovation, Centre mondial de sécurité sanitaire et Chargé de conférences de Médecine, Division des maladies infectieuses, Centre médical de l'université du Nebraska

Timothy Manning, Directeur, Washington DC Opérations, PDC Global, Ancien administrateur adjoint, FEMA

Jennifer Nuzzo, DrPH SM, Chargé de conférences, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Chercheuse principale, Johns Hopkins Center for Health Security

David Polaty, MA, Professeur, Programme de la réponse humanitaire de la US Naval War College et Professeur invité, Brown University Watson Institute

Nathaniel A. Raymond, Jackson Institute of Global Affairs, Yale University

Eric Toner, MD, Chercheur principal, Johns Hopkins Center for Health Security (Centre Johns Hopkins de Sécurité sanitaire)

Crystal Watson, DrPH, Chercheur principal, Johns Hopkins Center for Health Security, Maître assistant, Department of Environmental Health and Engineering, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Gabrielle Fitzgerald, MPA, Fondatrice et PDG, Panorama

COVID-19 : Un guide essentiel pour les décideurs locaux

La pandémie de la COVID-19 cause une rupture importante du quotidien dans les villes et les communautés dans le monde. Le présent guide propose un cadre de stratégie initial pour l'état, la ville et les dirigeants locaux alors qu'ils entament la planification des actions à mener afin de réduire l'impact de la pandémie à court terme. Le guide et les listes de contrôle, portant sur les principaux problèmes auxquels font face les responsables étatiques et locaux actuels, ont été élaborés par une équipe d'experts et d'anciens responsables de la santé publique [Lien vers <https://www.covid-local.org/contributors.html>], en collaboration avec ces derniers. Notre objectif est de fournir des informations afin de ralentir et d'interrompre l'expansion du virus et de satisfaire les besoins de la communauté.

Le présent guide repose sur les directives actuelles fournies par les autorités américaines et mondiales, les résultats de recherche dans le domaine de la santé publique et les enseignements tirés des pays en lutte contre la COVID-19 depuis janvier 2020. **Il vise à compléter sans pour autant les remplacer, les avis et les directives des autorités mondiales, fédérales et locales dans le domaine de la santé publique et les autres autorités.**

Aperçu du guide

La COVID-19 causée par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2), peut se propager de façon explosive si des mesures ne sont pas prises rapidement. Diverses villes feront face à des risques aux profils différents et nécessiteront des stratégies d'atténuation et de contrôle adaptées selon l'ampleur de la pandémie dans un lieu donné. Le présent guide a pour but de fournir aux dirigeants et responsables publics à quelque niveau, que ce soit étatique, municipal ou étatique, un outil d'aide dans la mise au point d'une stratégie avisée et la prise de décision sur les moyens de combat de la COVID-19 dans leur juridiction. Il NE s'agit PAS d'un ensemble prescriptif d'instructions, mais plutôt un document qui situe le contexte et fournit des conseils afin de définir les principes d'une stratégie de contrôle de la pandémie, de la gestion de la catastrophe et d'améliorer les connaissances sur l'impact de la COVID-19 en fonction des différentes conditions locales.

Lutter contre une nouvelle pandémie virale constitue un défi de politique publique sans pareil. Les coûts sur les plan humain et économique de l'inactivité quotidienne et hebdomadaire augmentent de façon exponentielle. Lorsqu'une pandémie commence à se propager et à accélérer, une durée de 1 à 2 semaines peut faire la différence entre des milliers de cas ou de dizaines de milliers. Les recherches sur la pandémie de la grippe de 1918-1919 aux États-Unis ont permis de réaliser que l'application durable et tôt de mesures à l'instar de la distanciation sociale a réduit l'impact de la pandémie au niveau communautaire. L'application des mesures fortes tôt au lieu de l'attente est bénéfique, même si ces mesures semblent prématurées en ce moment. Les leçons tirées de Singapour, Hong Kong et Taïwan durant la pandémie actuelle démontrent que des actions rapides et disciplinées peuvent limiter ou éviter la propagation. Cependant, les dirigeants étatiques et locaux doivent également comparer les avantages de mesures perturbatrices sur la santé publique, à l'impact de second ordre de ces mesures sur l'économie, les populations vulnérables et les autres facteurs locaux.

Étant donné qu'à ce jour il n'existe aucun traitement ni de vaccin contre ce virus, la meilleure façon de limiter la mortalité à court terme consiste à réduire la transmission et à éviter une surcharge du système sanitaire due au volume élevé de cas critiques de COVID-19. Ces cas requièrent une intervention médicale mais constituent *par ailleurs* un surplus sur la demande en soins de santé. En outre, l'expérience de New York, de la Chine et de l'Italie montre qu'une propagation non contrôlée du virus peut entraîner une saturation rapide et brutale des systèmes de santé. Alors que le monde en apprend encore sur la COVID-19, il est clair que la maladie est plusieurs fois plus dangereuse que la grippe saisonnière (dont le taux de fatalité est d'environ 0,1 %). Les taux de mortalité enregistrés dans divers pays sont compris entre plus de 10 % (p. ex. : l'Italie, le Royaume Uni et l'Espagne) et des chiffres plus faibles (p. ex. : la Chine, les États-Unis et l'Allemagne). La Corée du Sud qui a menée la plus grande campagne de dépistage au monde, a enregistré un taux de mortalité d'environ 2 %, soit 20 fois le taux de mortalité dû à la grippe saisonnière.

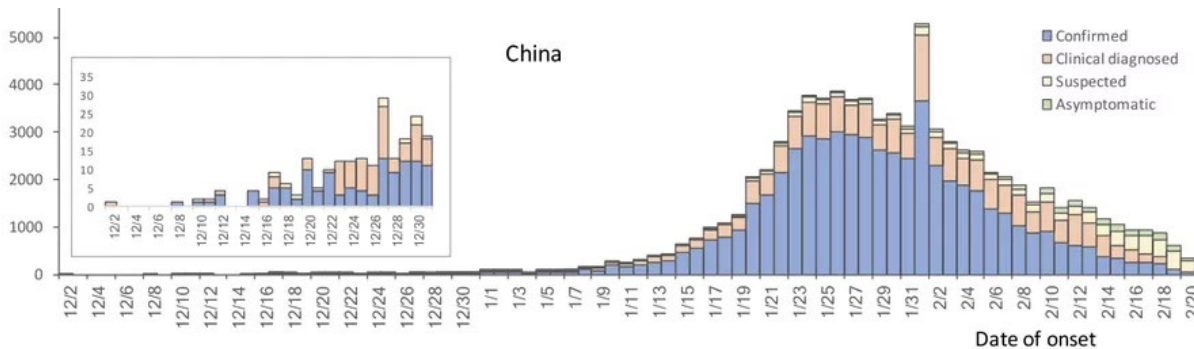


Figure 1. La courbe épidémiologique des cas de Covid-19 confirmés en laboratoire en fonction de la date de déclenchement de la maladie en Chine, le 20 février 2020.¹

Durant la phase précoce d'une pandémie de la Covid-19 dans une communauté, tous les éléments d'une stratégie de réponse initiale doivent concourir à l'atteinte de l'objectif global de limiter les décès en réduisant la transmission globale et en réduisant la pression sur le système de santé. Une action rapide et agressive peut entraîner un cycle positif dans lequel les mesures de ralentissement de la propagation permettront de réduire le nombre de cas critiques et par là, baisser la pression sur les unités de soins intensifs, retarder l'atteinte du pic et maintenir la mortalité sous contrôle. Une augmentation ralentie du taux d'infection se traduit par moins de pression sur le système de santé. Les actions retardées par contre, permettent à la maladie de se propager largement, entraînant une augmentation soudaine des cas graves et une baisse de la qualité des soins ainsi qu'une explosion des taux de mortalité. La différence entre ces scénarios peut dépendre de facteurs aussi faibles que des jours ou des semaines.

Une fois les taux de transmission réduits et le poids sur le système hospitalier stabilisé ou réduit, il sera alors possible de réduire progressivement le nombre de mesures de distanciation

¹ <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

prises pour limiter la transmission. Les conditions à adopter pour annuler les mesures de distanciation sociale en vigueur dans la communauté sont mentionnées ci-dessous ainsi que les définitions des phases progressives pour la réouverture. Des avis et des directives plus détaillées sur cette étape de la réponse à la COVID-19 seront davantage étudiés dans la version en ligne de ce guide.

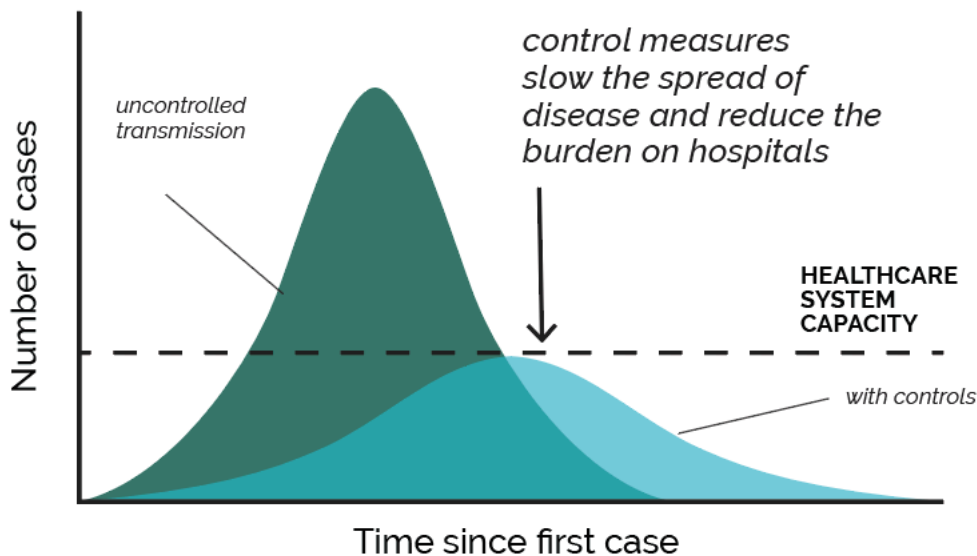


Figure 2. Un aperçu conceptuel de l'impact des mesures de contrôle appliquées en vue de réduire le taux de propagation de la COVID-19 et comment elles peuvent potentiellement réduire la pression sur le système sanitaire.

Les points stratégiques pour le gestion de la COVID-19 dans la communauté

Les priorités d'une communauté seront variées et évolueront selon l'étape de la pandémie. La stratégie s'adaptera, selon le niveau de la pandémie dans la ville ou le nombre de cas enregistrés au sein de la communauté. En fonction de l'évolution de la pandémie, une communauté peut faire face à plusieurs étapes, pouvant se succéder rapidement ou s'accumuler. Toutes les communautés ne connaîtront pas chacune de ces étapes de façon distincte mais plutôt dans une succession rapide. Elles pourront également « sauter » des étapes dans le processus, notamment au début de la pandémie.

Il est important de comprendre que les baisses de transmission sont réversibles et une communauté peut subir plusieurs vagues de cas. Une stabilité ou une baisse du nombre de cas ne suffit pas pour réduire les mesures de distanciation sociale et de confinement. Les

communautés qui enregistrent une baisse du nombre de cas peuvent soudain connaître ensuite une hausse de ce nombre en raison de certains facteurs, notamment une augmentation du nombre de dépistage ou un changement des exigences en matière de déclaration de cas, un relâchement prématuré dans le respect des mesures de contrôle et l'importation de nouveaux cas.

Différentes actions et approches doivent être mises en œuvre lorsqu'une communauté traverse ces étapes de la pandémie. Il sera difficile de déterminer tôt quelle étape traverse une communauté au cours d'une pandémie si des tests de diagnostic précisés, ne sont pas largement accessibles. Les épidémies se développent rapidement et les informations seront imparfaites ou incomplètes. La prise de décision peut se faire sur base de « no-regrets » avant l'identification exacte de l'étape que traverse la communauté.

Ces étapes sont traitées spécifiquement dans le présent guide et sans référence au Pandemic Intervals Framework (Cadre de gestion des intervalles en cas de pandémie) élaboré en 2019 par la CDC².

Local stages of outbreak	Burden on healthcare system
No cases yet	No burden on healthcare
Limited individual cases	No burden on healthcare system
Initial community transmission	Initial burden on healthcare system
Large-scale community transmission	Moderate to high burden on healthcare system
Reduced community transmission	Burden on healthcare system is decreasing
Containment of individual cases	Low burden on healthcare system
Recovery	No burden on healthcare

Figure 3. Description de la progression de la pandémie au sein des communautés locales selon le nombre de cas et la charge sur le système de soins de santé.

² <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/national-strategy/intervals-framework.html>

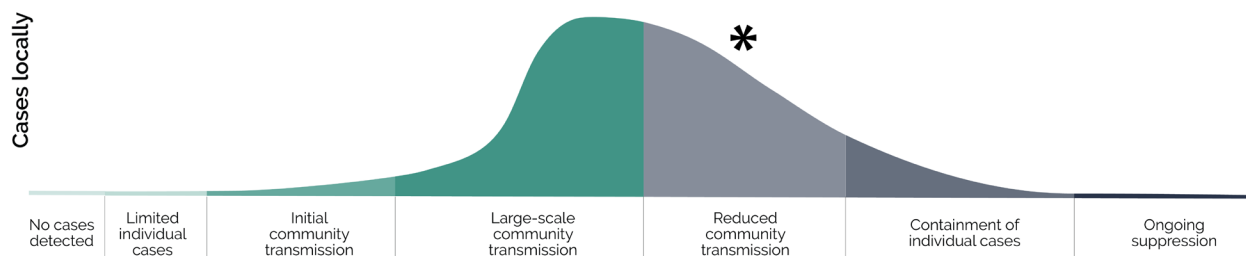


Figure 4. Exemple théorique de la propagation relative et des nombre de cas dans une communauté, sur la base de la progression décrite en Figure 3 et correspondant à peu près à la propagation de la COVID-19 enregistrée en Chine et illustrée en Figure 1. *Veuillez noter qu'il peut avoir plusieurs courbes dans une pandémie, notamment durant la suppression lorsque le nombre de cas peut grimper à nouveau avec le relâchement dans le respect des mesures de distanciation sociale et autres. Voir le texte ci-dessus pour en discuter davantage.

Objectifs clés de lutte contre la COVID-19 au niveau communautaire

Le présent guide repose sur la préparation effectuée et les directives de réponse et met l'accent sur les composantes de la préparation et la réponse, les plus essentielles pour les décideurs dans la réduction des impacts négatifs de la COVID-19.

Le guide ci-dessous fournit aux décideurs locaux les questions essentielles à poser, répondre et suivre alors qu'ils initient la préparation et la réponse à la COVID-19.

Objectifs clés

1. Ouvrir un Centre des opérations d'urgence (EOC) et mettre sur pied une structure de gestion des incidents communautaires

Le contrôle de la pandémie est une activité pluridisciplinaire et implique toute la société. La structure de leadership et de gestion doit en être le reflet. L'ouverture d'un Centre des opérations d'urgence, comme ce serait le cas lors d'une catastrophe naturelle ou de toute autre crise de sécurité nationale, est une meilleure pratique qui a fait ses preuves dans les précédentes nouvelles épidémies à large échelle. L'EOC doit abriter une structure de gestion des incidents communautaire, inspiré des plans locaux de réponse d'urgence existants et des compétences le cas échéant. L'EOC permet à la communauté de simplifier la communication, la planification, la prise de décision et la coordination opérationnelle en impliquant un grand nombre de leaders et acteurs

communautaires, y compris en ce qui concerne la communication et le respect des procédures de EOC et les voies de décision au niveau supérieur (étatique/fédéral). L'EOC doit également disposer de contacts dans ou des représentants d'autres structures de gouvernement, de la santé publique, de la société civile, des responsables religieux, de la communauté économique, académique et autres.

2. Comprendre et contenir la propagation de la COVID-19 en temps réel au sein de la communauté à travers la surveillance, le dépistage, le traçage de contact et l'isolement et la mise en quarantaine des cas.

Une stratégie de contrôle de la pandémie repose sur la compréhension du risque de transmission en cours au sein de la communauté afin de contrôler et de contenir efficacement la maladie. Ceci requiert la surveillance permanente de la maladie, le dépistage, le traçage des contacts, l'isolement et les systèmes de déclaration qui veillent à la disponibilité d'informations récentes afin d'éclairer la mise sur pied des stratégies et la prise de décision tactique au quotidien. Une telle démarche peut s'avérer difficile si l'insuffisance de test et/ou le manque d'équipement de protection individuelle empêchent un dépistage conséquent. L'amélioration et la garantie de l'accès au dépistage au niveau local seront essentielles avec l'augmentation des capacités des laboratoires. Si le dépistage, en tant qu'action bouche-trou, est limitée, les communautés peuvent améliorer la surveillance du syndrome et les autres outils de surveillance dynamiques, de même que le traçage des contacts, afin de circonscrire la maladie au sein de la communauté. Le dépistage effectif et la recherche des contacts nécessiteront une combinaison des capacités de dépistage rapide, d'outils interopérables pour une collecte et une analyse rapides des données de traçage des contacts, de déploiement et de gestion des équipes de recherche de contact; ainsi que des moyens et d'incitations appropriés pour la mise en quarantaine effective des contacts et l'isolement des personnes infectées. La recherche et le dépistage des contacts doivent également être menés en concert avec d'autres éléments d'un plan à long terme afin de contenir et de maintenir le contrôle sur la transmission communautaire. Parmi entre autres composantes figurent également les cycles itératifs des mesures de distanciation sociale tel que l'interdiction des rassemblements, la fermeture des écoles, le télétravail, et l'expansion des capacités des centres de santé pour satisfaire les besoins.

3. Ralentir et réduire la transmission

Ralentir et limiter la transmission au sein d'une communauté sont essentiels pour réduire à court terme, le coût humain de la pandémie et veiller à ce que les hôpitaux puissent sauver des vies. Cette action peut également être fortement perturbatrice, étant donné que les mesures de distanciation sociale doivent être plus agressives en fonction de la propagation exponentielle du virus. Le choix des meilleurs moyens à adopter pour limiter la transmission doit respecter les directives nationales et étatiques, en plus des facteurs de risques locaux. En général, les pratiques de distanciation durant les premières phases d'une pandémie doivent être plus agressives que ne laissent penser les conditions locales observées. Une fois les taux de transmission au sein de la

communauté réduits, et le poids sur le système hospitalier stabilisé ou réduit, il sera alors possible d'envisager de réduire progressivement la portée des mesures de distanciation prises pour limiter la transmission. Afin d'éviter d'accroître la transmission communautaire suite à la levée des mesures de distanciation sociales, la « réouverture » des communautés doit être faite de manière progressive avec à chaque étape un ensemble de conditions précises à remplir par les communautés avant de passer à la prochaine étape. Consulter les définitions ci-dessous pour les phases de la levée incitative des mesures de distanciation sociale ainsi que les conditions à satisfaire avant de passer à l'étape suivant de réouverture.

4. Mettre l'accent sur la protection des groupes à haut risque

La COVID-19 pose des risques extrêmement graves aux populations âgées et celles ayant des problèmes de santé. Chaque contexte local est unique et chaque EOC local doit créer une liste de commun accord et fréquemment évaluée, de populations et de sites particulièrement vulnérables (ci-dessous certains exemples). Il convient de mettre l'accent sur les besoins de ces populations et celles liées à leurs habitations ou leurs lieux de rassemblement. La réduction du taux de transmission au sein de ces groupes à travers des mesures d'appui ciblées peuvent permettre de les protéger tout en baissant la pression sur les systèmes de santé.

5. Renforcer et étendre la capacité de réaction du système de santé afin de supporter les opérations de santé et d'éviter la hausse de la mortalité

Le risque de mortalité que constitue la COVID-19 peut accroître de manière significative si un système de santé devient submergé de cas graves. Les expériences de la Chine, de l'Italie, de New York City et autres, ont démontré que les cas de COVID-19 peuvent saturer les installations sanitaires et provoquer d'autres besoins médicaux essentiels. Plus le nombre de cas augmente, plus il sera essentiel de définir des moyens innovants pour renforcer les capacités médicales globales et étendre les capacités des soins intensifs. Des actions urgentes doivent être menées afin de réduire le risque de transmission au sein des configurations sanitaires (transmission nosocomiale). Les téléconsultations, y compris le recours au suivi par télémédecine des patients en situation critique dans les services d'urgences et les unités de soins intensifs doivent être pris en compte comme option pour trier les cas et gérer les soins des patients.

6. Intensifier la communication sur les risques et la participation communautaire

Les agents du secteur public ont l'obligation de relayer les informations sur les risques avec précision et transparence, même si elles sont alarmantes (ou peut-être surtout). La confiance de la communauté peut faciliter ou empêcher une réaction à la pandémie, en raison de l'effectivité de la distanciation sociale et d'autres articulations de l'intervention sur le respect par la communauté. La communication sur les risques doit respecter les meilleures pratiques pour mobiliser des actions avisées plutôt que de susciter la panique. Un ensemble de Besoins d'informations sensibles (CIR) pour les

dirigeants / décideurs doivent être définis par un EOC, mis à jour quotidiennement et permet de fournir un ensemble de Conditions d'informations publiques (PIR) qui peut être communiqué aux populations affectées facilement accessibles par tous.

7. Réduire les conséquences économiques et sociales de la pandémie de la COVID-19

Les pandémies peuvent causer de graves perturbations socio-économiques. Ces perturbations peuvent avoir un impact négatif mais peuvent être particulièrement problématiques s'ils créent des obstacles économiques à la coopération en raison des mesures de distanciation sociale. Réduire ces obstacles peut permettre de réduire le coût humain de la pandémie, au-delà de son impact direct en lui-même. Les dirigeants doivent également accorder de l'attention à l'impact que peuvent avoir la pandémie et les mesures de contrôle sur les populations vulnérables.

Un guide essentiel pour les décideurs locaux

Définitions des phases pour une mise en œuvre progressive (et relâchement) des mesures de distanciation sociale

Phase 1 : Les mesures maximales de distanciation sociale sont mises en œuvre et élaborées pour satisfaire les besoins de la communauté afin de réduire la propagation de la transmission communautaire. L'accent est mis sur la réduction de la transmission interhumaine et la baisse de la pression sur le système de santé tout en renforçant les capacités de préparation par anticipation des potentielles futures augmentations des transmissions.

Phase 2 : La Phase de réouverture initiale doit cibler la réouverture sécurisée d'un nombre limité d'activités essentiellement importantes qui sont à faible risque ou pour lesquelles le niveau moyen de risque de transmission est acceptable (avec les mesures d'atténuation appropriées) en raison du caractère essentiel de l'activité. En général, pendant cette phase, l'interdiction des rassemblements doit être maintenue, de même que les activités impliquant un contact rapproché prolongé et/ou une présence prolongée dans les espaces clos. Les activités à l'extérieur peuvent être autorisées avec un respect approprié de la distanciation. Le télétravail doit être maintenu dans la mesure du possible.

Phase 3 : La Phase de reprise économique doit porter sur une vaste relance des activités économiques et sociales une fois la transmission ambiante réduite et en cours d'élimination effective. Des niveaux faibles de transmission communautaire traduisent le fait que les activités impliquant des rassemblements moyens peuvent être effectuées avec le respect des mesures d'atténuation appropriées. Les grands rassemblements constituent également un risque excessif. Cependant, les activités qui nécessitent un contact prolongé ou une présence dans des espaces clos peuvent être menées avec le respect des mesures d'atténuation. Le télétravail doit être maintenu dans la mesure du possible.

Phase 4 : La nouvelle phase normale représente le retour maximal à la normale qui est viable avant l'immunité collective à travers la vaccination à grande échelle. La transmission communautaire est bien contrôlée et négligeable, la résurgence du virus est contenue rapidement. La plupart des activités à haut risque / faible criticité peuvent reprendre.

Les décideurs doivent être prêts à suivre les étapes dans l'ordre inverse si les données et les preuves l'exigent.

Les conditions à respecter avant le relâchement du respect des mesures de distanciation sociale au sein de la communauté.

1. Taux d'infection : Les taux d'infection doivent être en baisse, chaque cas infectant moins de 1 personne ($R_0 < 1$ et s'approchant de 0). Le pourcentage des cas positifs en fonction des tests de dépistage effectués doit être en permanence bas.
 - a. Le taux de positivité du test de diagnostic [sans restrictions de test]
 - i. Phase 2 : Moins de 10 % des tests effectués dont positifs pour le COVID-19
 - ii. Phases 3 et 4 Moins de 3% des tests effectués dont positifs pour le COVID-19
 - b. Nombre total de cas
 - i. Toutes les phases : La baisse continue du nombre de cas quotidiens est estimée à 21 jours consécutifs tel qu'indiqué par la moyenne mobile de 5 jours.
 - ii. Phase 2 : <5 nouveaux cas / 100 000 personnes par jour, avec dépistage généralisé
 - iii. Phase 3 : <1 nouveaux cas / 100 000 personnes par jour, avec dépistage généralisé
 - iv. Phase 4 : <1 nouveaux cas / 100 000 personnes par semaine, avec dépistage généralisé
2. Test de diagnostic communautaire et surveillance : La surveillance communautaire peut permettre d'identifier rapidement tous les nouveaux cas. Le test de diagnostic des infections actives est rapidement et largement disponible à tous ceux qui en ont besoin.
 - a. Taux de test diagnostique
 - i. Phase 2 : hausse du nombre de tests par jour par 100.000 personnes, à l'aide de cet outil ou d'un outil similaire.

- ii. Phase 3 : Hausse du nombre de tests par jour (proche du niveau suffisant), par jour par 100 000 personnes, à l'aide de cet outil ou d'un outil similaire.
 - iii. Phase 4 : Nombre suffisant de tests par jour par 100.000 personnes, à l'aide de cet outil ou d'un outil similaire.
 - iv. .
- b. Disponibilité de test diagnostique
- i. Phase 2 : Toutes les personnes symptomatiques indépendamment de la gravité et toutes les personnes ou contacts asymptomatiques à haut risque, peu importe la gravité, peuvent avoir accès au test et obtenir un résultat dans un délai de 48 heures à partir de la demande.
 - ii. Phase 3 : Toutes les personnes symptomatiques indépendamment de la gravité et toutes les personnes ou contacts asymptomatiques à haut risque peuvent avoir accès au test et obtenir un résultat dans un délai de 24 heures à compter de l'heure de la demande.
 - iii. Phase 4 : Toutes les personnes symptomatiques indépendamment de la gravité et toutes les personnes ou contacts asymptomatiques à haut risque, ainsi que toute personne qui sollicite un test ou tout médecin qui prescrit un test, peut accéder à un test et obtenir un résultat dans un délai de 24 heures à compter de l'heure de la demande.
- c. Spontanéité du test diagnostique
- i. Phase 2 : La plupart des résultats de test sont fournis au bout de 48 heures.
 - ii. Phases 3 et 4 : La plupart des résultats de test sont fournis au bout de 24 heures..
- d. La disponibilité de test diagnostique pour les Personnels de santé et autres exposés à un risque élevé.
- i. Phase 2 : La plupart des personnels de la santé, des premiers secours, des employés des [infrastructures critiques](#) et autres personnels exposés à un risque élevé peuvent accéder au test une fois par semaine, *qu'ils présentent des symptômes ou pas.*
 - ii. Phase 3 : La plupart des personnels de la santé, des premiers secours, des employés des [infrastructures critiques](#) et autres personnels exposés à un risque élevé peuvent être testés par semaine, *qu'ils présentent des symptômes ou pas.*
 - iii. Phase 4 : La plupart des personnels de la santé, des premiers secours, des employés des [infrastructures critiques](#) et autres

personnels exposés à un risque élevé peuvent être testés tous les 2 à 3 jours, *qu'ils présentent des symptômes ou pas.*

**Les tests d'anticorps peuvent être institués si l'on en sait davantage sur leur exactitude.*

- e. Surveillance syndromique communautaire et test diagnostique
 - i. Toutes les phases : La communauté effectue une surveillance syndromique des hausses de cas de maladies de type grippal ou de type COVID-19.
 - ii. Toutes les phases : La surveillance sentinelle à travers le dépistage généralisé est en cours dans les établissements de soins de longue durée, les prisons, les centres en détention, les abris, les lieux de travail à haut risque et d'autres emplacements à haut risque.
 - iii. Toutes les phases : Le matériel d'analyse (prélèvements, le milieu de transport viral), les réactifs, l'équipement, le personnel et les capacités de traitement du laboratoire suffisent pour atteindre les paramètres susmentionnés sans rationnement.

- 3. Enquêtes sur les cas et les contacts : La capacité à isoler rapidement et effectivement les personnes atteintes de COVID-19, à fournir des services de gestion de cas et à identifier et mettre en quarantaine leurs contacts.
 - a. Disponibilité de la main d'œuvre
 - i. Toutes les phases : Au moins 30 traceurs de contact compétents par 100 000 personnes, sont disponibles pour la gestion de cas et l'éducation sanitaire*

**Les programmes peuvent nécessiter d'ajuster le recrutement selon le nombre de cas et de contacts par traceur.*
 - ii. Toutes les phases : Le personnel sanitaire communautaire, les coordinateurs de gestion des cas et des ressources de santé, et d'éducation sanitaire sont disponibles en nombre suffisant.
 - iii. Toutes les phases : Le pourcentage des contacts atteints en comparaison au nombre de contacts qui se sont manifestés.

 - b. Efficacité de la recherche de contact
 - i. Phase 2 : Au moins de 60 % de nouveaux cas sont recensés parmi les contacts identifiés, avec un pourcentage stable ou en hausse de cas enregistrés pendant le temps indiqué.

- ii. Phase 3 : Au moins de 80% de nouveaux cas sont recensés parmi les contacts identifiés, avec un pourcentage stable ou en hausse de cas enregistrés pendant le temps indiqué.
 - iii. Phase 4 : Au moins 90 % de nouveaux cas proviennent de contacts identifiés.
- c. La rapidité du dépistage des contacts de personnes dont le résultats de test diagnostique ont été positifs et celles atteintes de maladies de types grippal ou de type COVID-19.
 - i. Phase 2 : Au moins 75 % des contacts se sont manifestés, ont été localisés et placés sous quarantaine dans un délai de 48 heures après l'identification du cas.
 - ii. Phase 3 : Au moins 90% des contacts se sont manifestés, ont été localisés et placés sous quarantaine et testés dans un délai de 24 heures après l'identification du cas.
 - iii. Phase 4 : Au moins 95% des contacts se sont manifestés, ont été localisés et placés sous quarantaine et testés dans un délai de 24 heures après l'identification du cas.
- d. Disponibilité d'installations sécurisées d'isolement et de quarantaine.
 - i. Toutes les phases : Les installations sécurisées d'isolement et de quarantaine, ainsi que les services d'appui sont disponibles, notamment pour toutes les personnes testées positives et leurs proches contacts.
 - ii. Phase 3 : 25 - 33 % des séjours en isolement et en quarantaine sont effectués entièrement.
 - iii. Phase 4 : 50 - 60 % des séjours en isolement et en quarantaine sont effectués entièrement.
- e. Gestion de cas
 - i. Toutes les phases : 100 % des traceurs de contact au sein de la communauté se servent d'un système unifié pour la gestion de cas, qui enregistre et signale les contacts de façon sécurisée et en temps réel, au département de la santé.

Toutes les phases : Deux ou plusieurs cas non domestiques (sur un lieu de travail, dans un lieu de vie collective ou dans une institution) signalés en une semaine et ayant un lien épidémiologique dans une période de 14 jours.

- 4. Système de soins de santé et disponibilité de l'hôpital : La capacité de lits adéquats, la disponibilité de l'EPI, de l'équipement, du personnel et du matériel

doivent être garanties afin de faire face à la hausse brutale du nombre de cas de COVID-19 sans recours aux normes de soins en temps de crise.

- a. La disponibilité des services de soins intensifs et du personnel pour faire face à la hausse brutale du nombre de patients atteints de COVID-19
 - i. Phase 2 : Au moins 15 % de la capacité des services de soins intensifs existants est disponible pour réagir à la hausse du nombre de patients de COVID-19.
 - ii. Phases 3 et 4 : Au moins 30 % de la capacité des services de soins intensifs ou d'autres services intensifs est disponible pour faire face à la hausse brutale du nombre de patients atteints de COVID-19.
 - iii. Toutes les phases :
 - b. La capacité des hôpitaux à coordonner le mouvement des patients pour faire face à la hausse brutale du nombre de cas de COVID-19 sans recourir aux normes de soins en temps de crise.
 - i. Toutes les phases : Les hôpitaux sont capables d'intensifier et de coordonner le mouvement des patients pour faire face à la hausse brutale du nombre de cas de COVID-19 sans recourir aux standards de soins en temps de crise.
5. La disponibilité d'équipement de protection individuelle et médicale Les EPI et le matériel médical sont disponibles en quantité suffisante afin de répondre à la hausse brutale des cas de COVID-19 sans recourir aux normes de soins en temps de crise.
- a. Disponibilité d'EPI dans les formations sanitaires
 - i. Toutes les phases : L'EPI est disponible pour le personnel essentiel, les employés d'infrastructures critiques et le personnel des installations à risque élevé.
 - ii. Phase 2 : La plupart des hôpitaux, des établissements de soins à long terme, les foyers pour sans abris et autres établissements sanitaires déclarent disposer d'assez de matériel d'EPI pour traiter les patients atteints de COVID-19 et protéger le personnel sanitaire.
 - iii. Phase 3 : 100 % des hôpitaux, des établissements de soins à long terme, des foyers sans abri et autres établissements sanitaires déclarent disposer d'assez de matériel d'EPI pour traiter les patients atteints de COVID-19, mener des opérations quotidiennes et protéger le personnel sanitaire. Réserve de matériel d'EPI pour au moins 2 à 4 semaines.

- iv. Phase 4 : 100 % des hôpitaux, des établissements de soins à long terme, des foyers sans abri et autres établissements sanitaires déclarent disposer d'assez de matériel d'EPI pour traiter les patients atteints de COVID-19, mener des opérations quotidiennes et protéger le personnel sanitaire. Réserve de matériel d'EPI disponible pour au moins 90 jours.
 - b. Disponibilité du matériel d'EPI pour les agences de gestion des urgences et les prestataires de services essentiels
 - i. Toutes les phases : Les commandes d'EPI prioritaires des agences de gestion des urgences locales sont toujours exécutées.
 - ii. Phase 2 : L'EPI est disponible pour tout le personnel essentiel et tous les employés des infrastructures critiques ainsi que le personnel des établissements à haut risque.
 - iii. Phases 3 et 4 L'EPI est disponible pour tout le personnel essentiel, les employés des infrastructures critiques, le personnel des établissements à haut risque et les employés supplémentaires qui ont besoin d'EPI pour travailler en sécurité.
 - c. Disponibilité de l'équipement médical essentiel dans les établissements sanitaires
 - i. Phase 2 : La majorité des hôpitaux qui traitent les patients atteints de COVID-19 dispose d'assez de ventilateurs d'oxygène, de matériels et de personnel nécessaires à l'intubation de tous les patients COVID-19 en cas de besoin.
 - ii. Phases 3 et 4 : 100 % des hôpitaux qui traitent des patients COVID-19 disposent d'assez de ventilateurs, d'oxygène, de matériel et de personnel nécessaires à l'intubation de tous les patients COVID-19 en cas de besoin.
6. Protéger les populations à risque
- a. Cas enregistrés dans les établissements à risque
 - i. Toutes les phases : Les moyens de test et de quarantaine / isolement sont disponibles en quantité suffisante dans les établissements de soins à long terme.
 - ii. Phase 2 : Le pourcentage de cas signalés par les établissements de soins à long terme est inférieur à 20 % sur les derniers 28 jours.
 - iii. Phase 3 : Le pourcentage de cas signalés par les établissements de soins à long terme est inférieur à 10% sur les derniers 28 jours.

- iv. Phase 4 : Le pourcentage de cas signalés par les établissements de soins à long terme est inférieur à 5% sur les derniers 28 jours.
 - b. Équipes de réponse rapide
 - i. Toutes les phases : Les équipes locales de réponse rapide sont disponibles pour réagir aux poches de pandémie en 24 heures et ont assez d'EPI pour une réponse localisée à la pandémie.
 - c. Surveillance sentinelle
 - i. Toutes les phases : Les sites de surveillance sentinelle et de test dans les établissements de soins de longue durée sont opérationnels et d'autres emplacements qui reçoivent les personnes âgées, à faible revenu et les minorités raciales et ethniques y compris les Américains natifs.
 - d. Disponibilité de l'EPI
 - i. Toutes les phases : La majorité des établissements de soins à long terme et les foyers pour sans abris disposent d'assez d'EPI.
 - ii. Toutes les phases : Les équipes de réponse rapide étatiques et locales disposent d'assez d'EPI pour une réponse localisée à la pandémie.
7. Communication et respect de la distanciation sociale
- a. Communication autour de la distanciation sociale
 - i. Toutes les phases : Les méthodes de communication adéquates sont adoptées afin de fournir des informations, notamment dans les communautés à risque élevé (p. ex. : les sans abris, les immigrants, les populations à faible revenu).
 - ii. Toutes les phases : La majorité des résidants sont au courant des restrictions.
 - b. **Respect de la distanciation sociale :**
 - i. Toutes les phases : La majorité de la communauté respecte les mesures de distanciation sociale.

Indicateurs de progrès dans la préparation de la communauté contre la COVID-19

1. La disponibilité des capacités de soins essentiels / traitement en soins intensifs dans la communauté

- a. Est-il possible d'obtenir une estimation des besoins en lit pour les 2 semaines suivantes ?
 - b. Les hôpitaux de la communauté peuvent-ils satisfaire les besoins prévisionnels et actuels en capacité de soins essentiels / intensifs ?
 - c. Les mesures mises en place pour accroître la capacité d'unité en soins critiques / intensifs ?
 - d. Les établissements sanitaires locaux séparent-ils les admissions des patients atteints ou potentiellement atteints de la COVID-19 de ceux ayant besoin d'autres types de soins ?
2. Mettre en place des mesures de protection pour les établissements qui accueillent des populations à risque élevé
- a. Une liste complète des installations qui abritent les populations à risque élevé a-t-elle été dressée ?
 - b. Les pratiques d'hygiène et de prévention des infections en vigueur dans ces installations ont-elles été évaluées et vérifiées ?
 - c. Toutes les failles connues de ces installations ont-elle été résolues ?
3. La communauté est capable d'identifier rapidement toutes les personnes infectées, de les isoler et les mettre en quarantaine, et de rechercher leurs contacts rapidement et efficacement.
- a. Le pourcentage de tests diagnostiques positifs sur le nombre total de tests est-il en baisse et assez bas (p. ex. : 3 %) pour indiquer que votre test permet de détecter la plupart des cas ?
 - b. La plupart des nouveaux cas proviennent-ils de contacts identifiés ?
 - c. Les tests diagnostiques précis sont-ils largement disponibles dans la communauté, ainsi que les résultats à temps (p. ex : 24 heures) ?
 - d. Les équipes de recherche des contacts ont-elles été formées ?
 - e. Les équipes de recherche de contacts ont-elle été déployées convenablement pour satisfaire la demande (p. ex : 5 traceurs pour chaque cas positifs) ?
 - f. Des méthodes spécifiques et interopérables ont-elle été mises en œuvre dans votre communauté pour la collecte et la gestion des données et l'intégration de ces données au test diagnostique et de recherche ?
4. La disponibilité et l'accès au test diagnostique de la COVID-19 dans l'ensemble de la communauté.
- a. Le test diagnostique de la COVID-19 est-il disponible pour tous les symptômes identifiés en 24 heures ? La communauté satisfait-elle les besoins médicaux ?

- b. Les résultats de test diagnostique de la COVID-19 sont-ils disponibles en 24 heures ?
 - c. Le personnel de santé, le personnel des premiers secours, les fournisseurs de service essentiel et ceux exposés à des risques élevés, peuvent-ils avoir accès au test diagnostique de la COVID-19 en permanence, *qu'ils présentent des symptômes ou pas ?*
 - d. Le personnel de santé, le personnel des premiers secours, **et autres exposés à des risques élevés** peuvent-ils être testés fréquemment (p. Ex : tous les **2 à 3** jours), *qu'ils présentent des symptômes ou pas.*
 - e. Existe-il des failles dans la chaîne d'approvisionnement du test diagnostique, y compris l'équipement, le matériel, les réactifs et le personnel ?
 - f. Les tests sérologiques (anticorps) ainsi que les tests diagnostiques sont-ils disponibles ?
5. La mise en œuvre d'une stratégie de communication de crise, y compris les mises à jour prévues et les lignes claires de communication avec les acteurs essentiels.
6. La mise en œuvre des mesures de
- a. L'approvisionnement en et la distribution des denrées alimentaires ?
 - b. Les infrastructures essentiels ?
 - c. L'approvisionnement en eau ?
 - d. La gestion des déchets ?
 - e. L'électricité ?
7. Disponibilité de l'équipement de protection individuelle (EPI) en quantité suffisante pour :
- a. Les unités de soins essentiels ?
 - b. Les centres de test ?
 - c. Les résidences-services et autres établissements abritant des populations très exposées ?
 - d. Les agences de gestion des urgences, les EMT et autres acteurs de première ligne ?
 - e. Les équipes de réponse étatiques et locales pour la réponse localisée à la pandémie ?

8. Ouverture d'un Centre des opérations d'urgence (EOC) avec une Structure de commande en cas d'incident pour gérer les efforts de réponse locale
 - a. Y'a-t-il un responsable en charge des incidents, clairement identifié et nommé à cet effet ?
 - b. Existe-t-il des unités organisationnelles clairement désignées dans l'EOC et alignées sur les principales priorités opérationnelles (p. ex. : le test, la capacité d'hospitalisation, la communication de crise, la protection des populations à risque élevé, etc.) ?
9. Connaissance précise de la tendance de transmission de la COVID-19 au sein de la Communauté
 - a. Les responsables de la communauté ont-ils une connaissance exacte du niveau de transmission de la COVID-19 ?
 - b. Le public en général dans la communauté ont une connaissance exacte de l'état de transmission de la COVID-19 à travers des mises à jour quotidiennes ?

Objectif-clé #1	Ouvrir un Centre des opérations d'urgence et mettre sur pied une structure de gestion des incidents communautaires
Nécessaire pour l'objectif-clé #1	<p>Actions prioritaires</p> <p>Ouvrir un Centre des opérations d'urgence local et le connecter aux EOC étatiques / fédéraux</p> <p>Nommer un Responsable chargé des incidents habilité</p> <p>Orienter les activités des unités / équipes fonctionnelles d'EOC autour des principales priorités opérationnelles</p> <p>Établir des liens avec des partenaires clés du gouvernement (état, fédéral) et les acteurs communautaires</p> <p>Exigences opérationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Centre des opérations d'urgence (EOC) a-t-il été ouvert et la structure de gestion des incidents communautaire mise sur pied ? (Ressources disponibles ici, ici, et ici) • Les équipes fonctionnelles de l'EOC ont-elles été organisées autour des priorités opérationnelles définies (tel que les principales actions identifiées dans ce guide) ? (Ressources disponibles ici et ici)

- L'EOC a-t-il établi des liens avec toutes les parties prenantes compétentes, issues du gouvernement, de la communauté et du secteur privé, y compris : (Ressources disponibles [ici](#), [ici](#), et [ici](#))
 - D'autres responsables étatiques, locaux et fédéraux sont-ils impliqués dans la réaction ?
 - Les coalitions sanitaires, impliquant les hôpitaux, la santé publique, l'EMS et les autres éléments-clés du secteur de la santé et la médecine ?
 - Les groupes de la société civile, les institutions religieuses et autres responsables communautaires ?
 - Représentation appropriée de tous les départements et agences ?
- L'EOC a-t-il identifié le personnel / les secteurs essentiels dans la communauté (soins de santé, matériels, transport, approvisionnement en denrées alimentaires, etc.) ? (Ressources disponibles [ici](#), [ici](#), et [ici](#))
- Existe-il un processus de protection de la santé et du bien-être du personnel affecté au EOC ? (Ressource disponible [ici](#))
 - Avec l'accentuation des mesures de quarantaine et d'auto-isolément, existe-il un processus bien défini de transition vers un EOC virtuel pour le personnel non essentiel qui doit être encore recruté et des alternatives pour ceux qui pourraient être infectés ?
- Un coordonnateur de la réponse a-t-il été nommé et a-t-il le pouvoir de : (Ressources disponibles [ici](#) et [ici](#))
 - soumettre les préoccupations directement aux responsables pour une solution rapide ?
 - entrer en contact avec les experts scientifiques et de la santé afin d'obtenir des directives basées sur les résultats de recherche les plus récents ?
- Existe-t-il un plan de continuité du gouvernement pour assurer la continuité des services essentiels ? (Exemple [ici](#))
 - Les services essentiels à l'instar des établissements de santé ou d'aide aux personnes vulnérables ont-ils des plans de continuité pour garantir la continuité du service ?

Points supplémentaires

- Existe-t-il un processus clairement défini par lequel les acteurs sanitaires et médicaux soumettent les demandes de ressources au EOC de la juridiction ?
- Quels sont les systèmes de communications clés et les technologies nécessaires au EOC ?
- Existe-t-il un plan pour dresser et maintenir sur une longue période, une carte opérationnelle commune afin de sensibiliser les partenaires clés sur la situation en cours ?
- Quelles conditions particulières ou directive juridique / réglementaire ont été appliquées et quel en est l'impact sur les décisions à prendre ?
- Existe-t-il un processus pour s'assurer qu'une communication rapide et précise sur les risques est disponible et coordonnée entre toutes les agences de la juridiction ?
- Les spécialistes des informations en santé publique sont-ils intégrés au système commun d'informations ?
- Les acteurs clés ont-ils partagé leurs plans de continuité / de contingence avec l'EOC ?
- Le personnel a-t-il besoin de cours de recyclage sur les notions du Système de commande en cas d'incident (Incident Command System, ICS) ?

	<ul style="list-style-type: none"> • L'EOC s'est-il préparé à une attrition éventuelle des premiers intervenants à travers un plan de continuité des opérations intégrant le remplacement et le complément du personnel essentiel ?
<p>Ressources</p>	<ul style="list-style-type: none"> • National Response Framework, Fourth Edition (Cadre de réponse nationale, Quatrième édition) https://www.fema.gov/media-library-data/1582825590194-2f000855d442fc3c9f18547d1468990d/NRF_FINALApproved_508_2011028v1040.pdf • Incident Command System Primer for Public Health and Medical Professionals: Appendix B : Incident Command System Primer for Public Health and Medical Professionals (Manuel de base du Système de commande en cas d'incident pour les professionnels de la santé publique et de la médecine) https://www.phe.gov/Preparedness/planning/mscc/handbook/Pages/appendixb.aspx • ICS Organizational Structure and Elements https://training.fema.gov/emiweb/is/icsresource/assets/ics%20organizational%20structure%20and%20elements.pdf • Incident Action Planning Process "The Planning P" https://training.fema.gov/emiweb/is/icsresource/assets/incident%20action%20planning%20process.pdf • Standardized Reporting Forms (Formulaires d'information normalisés) https://training.fema.gov/icsresource/icsforms.aspx • Framework for a Public Health Emergency Operations Centre (Cadre pour un Centre des opérations d'urgence en santé publique) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196135/9789241565134_eng.pdf?sequence=1 • EOC Skillsets User Guide (Guide d'utilisateur des compétences de l'EOC) https://www.fema.gov/media-library-data/1537787069093-33f58df52a992c566c62959208fcdd96/EOC_Skillset_Guide_20180918_FINAL.pdf • Qu'est-ce qu'un plan d'action en cas d'incident ? https://www.phe.gov/Preparedness/planning/mscc/handbook/Pages/appendixc.aspx • Système national de gestion d'incident : ICS Resource Center (Centre de ressources de l'ICS) https://training.fema.gov/emiweb/is/icsresource/trainingmaterials.htm • FEMA LifeLines (lignes de vie) https://www.fema.gov/lifelines • Surge Capacity Logistics (Logistique en cas de surcharge) https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)51988-0/fulltext • 2017-2022 Health Care Preparedness and Response Capabilities https://www.phe.gov/Preparedness/planning/hpp/reports/Documents/2017-2022-healthcare-pr-capabilities.pdf
<p>Objectif-clé #2</p>	<p>Comprendre et contenir la propagation de la COVID-19 en temps réel au sein de la communauté à travers la surveillance, le dépistage, la recherche de contacts, et l'isolement et la mise en quarantaine des cas.</p>

**Nécessaire
pour l'objectif-
clé #2**

Actions prioritaires

Déterminer les obstacles communautaires, locales, étatiques et régionaux à l'effectivité du test moléculaire généralisé et la recherche des contacts pour le COVID-19. Reconnaître et combler les failles rapidement.

Suivre les maladies de type grippal (ILI) et de type COVID-19 (CLI).

Développer un protocole pour le test diagnostique généralisé au sein de la communauté. Si le nombre de tests est limité, incluez toutes les personnes symptomatique, les contacts proches, le personnel de santé, les premiers intervenants, les prestataires de service essentiels et les autres personnes à risque

Développer un protocole pour un test régulier du personnel soignant, des premiers intervenants et des employés des infrastructures essentiels

Mettre sur pied des sites de surveillance sentinelle et de test dans les emplacements à risque qui offrent des services aux personnes âgées, à faible revenu, aux minorités raciales et ethniques y compris les Native Americans

Transmettre les données de test de la COVID-19 et de surveillance à l'EOC local

Recruter et former le personnel de recherche de contact

Développer un plan de suivi des tests positifs et des recommandations d'isolement et de traitement

Trouver et déployer une plateforme unifiée pour l'admission des cas et l'intégration d'autres technologies et données collectées pour la recherche de contact

Identifier les capacités de quarantaine et d'isolement de tous les contacts pour les cas positifs et symptomatiques, y compris ceux qui doivent être séparés des autres contacts familiaux et ceux qui sont actuellement dans les établissements de soins à long terme, les prisons ou sans abri.

Mener et documenter l'évaluation du risque formelle sur la base d'un niveau actuel et la tendance de propagation de la COVID-19 dans la communauté

Exigences opérationnelles

- La communauté dispose-t-elle de plans bien définis, avec des mesures, pour la mise en œuvre, la continuité, l'ajustement ou la levée des mesures de distanciation sociale sur la base de la surveillance, du test et de la recherche de contact ? (Ressources disponibles [ici](#), [ici](#), et [ici](#))
- Surveillance : La communauté effectue-t-elle une surveillance active de la COVID-19 ? Un système de surveillance complet a-t-il été mis en œuvre pour suivre les nouveaux cas dans la communauté ? (Ressources disponibles [ici](#))
 - L'EOC a-t-il une image en temps réelle précise de la tendance de la pandémie dans la communauté ? (Ressources [ici](#) et [ici](#))
 - Les prestataires de soins de la zone considèrent-ils les données syndromiques sur les maladies de type grippal et les maladies respiratoires aiguës sévères comme des indicateurs de la COVID-19 ?
- Test rapide généralisé : Le test effectué dans votre communauté répond-il pleinement aux besoins des médecins et du grand public ? (Ressources disponibles [ici](#), [ici](#), [ici](#), [ici](#) et [ici](#))
 - Le test est-il largement disponible pour toutes les personnes qui en ont besoin, y compris toutes celles ayant des symptômes, étant à risque et les proches contacts des personnes infectées ? (Ressources disponibles [ici](#) et [ici](#))
 - Les résultats de test sont-ils disponibles rapidement (24 heures) ?
 - Le test sur le lieu de soins est-il disponible le même jour pour tous les patients présentant des symptômes de la COVID-19 ? Y compris : (Ressources disponibles [ici](#) et [ici](#))
 - Patients hospitalisés ?
 - Le personnel soignant, les premiers intervenants, les prestataires de service essentiels et les autres personnes dans les établissements à risque tel que les établissements de soins de longue durée ?
 - Les personnes qui ont été en contact avec les personnes infectées (test positifs ou personne symptomatique) ?
 - Les personnes symptomatiques dans les établissements qui reçoivent des patients externes (à l'instar des cabinets des médecins) ?
 - Les kits de test sont-ils disponibles en quantité suffisante ?
 - Un aperçu de la chaîne d'approvisionnement des kits de test, de la capacité du laboratoire à mener les tests, du matériel (p. ex : les écouvillons nasaux, les réactifs de test) a été mené ?
 - Existe-t-il des directives et un délai spécifique pour combler les failles identifiées ?
 - Des directives sont-elles disponibles aux fins de suivre et traiter les personnes testées positives ? (Ressources disponibles [ici](#), [ici](#), et [ici](#))
 - Existe-il une structure de rapport pour veiller à ce que les prestataires médicaux soient rapidement notifiés des résultats et disponible un plan défini pour communiquer aux patients ?
 - Les données sont-elles transmises dans la chaîne des établissements de soins de santé / des sites de test aux responsables de santé locaux ? Des responsables locaux aux responsables étatiques et/ou fédéraux ?

- Existe-il des sites de test sentinelles ouverts dans les établissements d'aide aux personnes âgées, des personnes à faible revenu, des minorités raciales et ethniques y compris les Amérindiens ? (Ressources disponible [ici](#))
- Le test sérologique a-il été pris en compte afin de déterminer le nombre de personnes susceptibles d'être exposées ? (Ressources disponible [ici](#))
- Les priorités de test de laboratoire ont-elles été établies et sont-elles respectées ? (Ressources disponible [ici](#))
 - Existe-il un temps de latence pour recevoir les données cliniques et de laboratoire ? Des mesures ont-elles été prises et implémentées afin de réduire ce temps ?
- Y'a-t-il un inconvénient au niveau local entre le fait d'utiliser le peu d'EPI disponible pour des tests et le traitement ou les autres priorités ? (Ressources disponibles [ici](#))
- Recherche de contacts : Le personnel de santé publique conduit-il la recherche des contacts et le suivi des contacts proches en vue de déceler les cas confirmés ? (Ressources disponibles [ici](#), [ici](#), [ici](#), [ici](#), [ici](#), [ici](#), [ici](#), [ici](#), et [ici](#))
 - Une cellule de chercheurs de contacts a-t-elle mise sur pied, formée et déployée avec la capacité de chercher la plupart des cas dans la communauté ?
 - Un financement à long terme a-t-il été mis à la disposition du personnel en charge de la recherche de contacts ?
 - Le matériel de formation et les plans de mise en œuvre à l'attention des chercheurs de contact tiennent-ils compte des mesures et exigences liées
 - au test ?
 - à l'enquête et l'élicitation ?
 - à la recherche ?
 - à la quarantaine et l'isolement ?
 - au suivi ?
 - Existe-t-il un système en place en vue de renforcer les moyens mis à la disposition des équipes de recherche et de la collecte des données et la recherche de contacts
 - En cas d'utilisation des outils technologiques ou de collecte des données, les exigences de sécurité ont-elles été définies et les protocoles sont-ils en place afin de garantir la confidentialité et la sécurité des données ?
 - Existe-il un plan de partage des données afin de déterminer qui accèdera aux données et comment ?
- Quarantaine et isolement Y'a-t-il des options de logement disponibles pour les personnes qui nécessitent une quarantaine mais qui n'ont pas de résidence ? (Ressources disponibles [ici](#) et [ici](#))
 - Y'a-t-il un plan mis en œuvre en vue de suivre les passagers entrants afin d'évaluer leur statut COVID-19 et fournir des directives sur l'auto-isolement ou la quarantaine selon le besoin ? (Ressources disponibles [ici](#) et [ici](#))
 - Les initiatives d'envoi de messages publics et de communication ont-elles été renforcées par l'inclusion des directives en matière de recherche de contact et de test ? (Ressources disponibles [ici](#), [ici](#), [ici](#) et [ici](#))

	<p>Points supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none">• L'EOC peut-il être informé de tous les cas testés dans la communauté tant de la part des établissements de santé publics que privés ? (Ressources disponibles ici et ici)<ul style="list-style-type: none">○ Les données sont-elles réparties selon<ul style="list-style-type: none">■ le statut des populations vulnérables ?■ Le sexe ?■ L'âge ?■ Le statut du personnel soignant ?■ Les conditions en vigueur ?• Avec le nombre de cas croissant, le personnel de santé public est-il réorienté vers les foyers d'intervention les plus importants ?• Y'a-t-il une méthode d'évaluation de l'effectivité du dépistage des passagers entrants, en fonction des ressources nécessaires ?
<p>Ressources</p>	<ul style="list-style-type: none">• Recherche de contacts : Part of a Multipronged Approach to Fight the COVID-19 Pandemic https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/principles-contact-tracing.html• Digital Contact Tracing Tools for COVID-19 https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/digital-contact-tracing.pdf• Protocol to Investigate non-seasonal influenza and other emerging acute respiratory diseases, Annex 4 (Protocole d'enquête sur la grippe non saisonnière et autres maladies respiratoires aiguës émergentes, Annexe 4) : Contact tracing and monitoring procedures (Procédures de recherche de contact et de suivi) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275657/WHO-WHE-IHM-GIP-2018.2-eng.pdf• Protocol to Investigate non-seasonal influenza and other emerging acute respiratory diseases, Annex 4 (Protocole d'enquête sur la grippe non saisonnière et autres maladies respiratoires aiguës émergentes, Annexe 4) : Contact tracing and monitoring procedures (Procédures de recherche de contact et de suivi) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275657/WHO-WHE-IHM-GIP-2018.2-eng.pdf• Introduction to Public Health Surveillance (Introduction à la surveillance en santé publique) https://www.cdc.gov/publichealth101/surveillance.html• Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition an Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics (Principes d'épidémiologie la pratique de la santé publique, Troisième édition ; une introduction à l'épidémiologie appliquée et les biostatistiques) Leçon 6 : Enquêter sur une pandémie https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson6/section1.html• Framework for a Public Health Emergency Operations Centre (Cadre pour un Centre des opérations d'urgence en santé publique) https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/874073/retrieve• World Health Organization Surveillance Technical Guidance (Guide technique de surveillance de l'Organisation mondiale de la santé) https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/surveillance-and-case-definitions

(Remarque : le document contient un modèle des listes de cas d'épidémiologie)

- World Health Organization Global COVID-19 Clinical Characterization Case Record Form and new data platform for anonymized COVID-19 clinical data

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-ncov-crf.pdf?sfvrsn=84766e69_2

(Remarque : les villes n'ont pas besoin de s'inscrire mais ces ressources contiennent une fiche de contrôle des questions épidémiologiques clés liées à la COVID-19)

- World Health Organization Global COVID-19 Clinical Characterization Case Record Form and new data platform for anonymized COVID-19 clinical data

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-ncov-crf.pdf?sfvrsn=84766e69_2

- Fever Screening (Dépistage de la fièvre)
<https://www.bnext.org/article/fever-screening-public-health-protection-or-security-theater/>
- Continuité du gouvernement - 2020
<https://whitehouse.gov1.info/continuity-plan/>
- Enquête sur le contact (Aéroport) Rapport sur un PUI ou un cas confirmé
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/reporting-pui.html>
- A Coordinated, National Approach to Scaling Public Health Capacity for Contact Tracing and Disease Investigation
<https://www.astho.org/COVID-19/A-National-Approach-for-Contact-Tracing/>
- Making Contact: A Training for COVID-19 Contact Tracers (Une formation pour les chercheurs de contacts de patients COVID-19)
https://learn.astho.org/p/ContactTracer#product_tab_course_content_12
- Public Health Recommendations for Community-Related Exposure (Recommandations de santé publique pour l'exposition communautaire)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/public-health-recommendations.html>
- US CDC COVID-19 Contact Tracing Training Guidance and Resources
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/php/contact-tracing-training-plan.pdf>
- Cadre d'exemple : Community Tracing Collaborative (Collaboration dans la recherche au sein de la communauté)
<https://www.mass.gov/doc/mass-ctc-framework-04-2020/download>
- Exemple : Contact Tracing Script (Script de recherche de contacts)
<https://www.mass.gov/doc/contact-tracing-scripts/download>
- COVID-19 Community Tracing Collaborative Media and Outreach Approach (Approche de sensibilisation et de médiatisation de la collaboration dans la recherche au sein de la communauté)
<https://www.mass.gov/info-details/covid-19-community-tracing-collaborative-media-and-outreach-approach>
- A National COVID-19 Surveillance System: Achieving Containment (Un système national de surveillance de la COVID-10 : Parvenir à contenir la pandémie)
https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/covid-19_surveillance_roadmap_final.pdf
- COVID Act Now (Agir Maintenant contre la COVID) :
www.covidactnow.org
- COVID-19 Tracker (Traqueur COVID-19) :
www.aei.org/covid-2019-action-tracker

	<ul style="list-style-type: none"> • Thresholds States Must Meet To Control Coronavirus Spread and Safely Reopen (Seuils à atteindre par les États afin de contrôler la propagation du coronavirus et procéder à une réouverture sécurisée) : https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/news/2020/05/04/484373/evidence-based-thresholds-states-must-meet-control-coronavirus-spread-safely-reopen-economies/ • Evaluating and Testing Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (Évaluer et tester les personnes dans le cadre de la maladie à coronavirus 2019, COVID-19) : www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/clinical-criteria.html • ICD-10-CM Official Coding and Reporting Guidelines (Directives ICD-10-CM relatives au codage et au rapport officiels) : www.cdc.gov/nchs/data/icd/COVID-19-guidelines-final.pdf • Guidance-Proposed Use off Point-of-Care Testing Platforms for SARS-CoV-2 (Utilisation proposée des plateformes de test des lieux de soin dans le cas du SARS-CoV-2) : www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/downloads/OASH-COVID-19-guidance-testing-platforms.pdf • COVID-19 Serology Surveillance Strategy (Stratégie de surveillance de la sérologie de la COVID-19) : http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/serology-surveillance/index.html • Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (Directives provisoires pour la collecte, la manipulation et le test des spécimens cliniques issues des personnes, dans le cadre de la lutte contre la maladie à coronavirus 2019, COVID-19) : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/guidelines-clinical-specimens.html • Interim Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Guidance for Hotels Providing Isolation and Quarantine Housing (Directives provisoires relatives à la maladie à coronavirus 2019, COVID-19, destinées aux hôtels qui hébergent les personnes en isolement et en quarantaine) : https://files.nc.gov/ncdhhs/documents/files/covid-19/NC-Interim-Guidance-for-Hotels-Providing-Quarantine-Isolation-Housing.pdf • Planning Guide for Local Governments Setting up Assessment and Recovery Locations for COVID-19 (Guide de planification de mise sur pied des sites d'évaluation et de récupération en situation de COVID-19 pour les gouvernements locaux) : https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/ConsidsforAssessAndReclocs.pdf • Strategies for the surveillance of COVID-19 (Stratégies de surveillance de la COVID-19) : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-surveillance-strategy-9-Apr-2020.pdf • Optimize PPE Supply (Optimiser la fourniture en EPI) : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/index.html • Interim Guidance for Laboratories (Directives provisoires destinées aux laboratoires) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/index.html
<p>Objectif-clé #3</p>	<p>Ralentir et réduire la transmission</p>

**Nécessaire
pour l'objectif-
clé #3**

Actions prioritaires

Expliquer clairement les directives locales en matière de distanciation sociale à la communauté ; les implémenter et les maintenir

Fixer les critères des activités essentielles et non essentielles

Évaluer et réduire l'impact secondaire des mesures de distanciation sociale

Développer les plans pour la levée progressive des mesures de distanciation sociale lorsque les critères sont respectés [voir ci-dessus]

Exigences opérationnelles

- La communauté a-t-elle fixé des seuils pour déterminer quand imposer ou lever les mesures de distanciation sociale, y compris celles de distanciation sociale, de fermeture des activités non essentielles et de couvre-feux ? (Ressources disponibles [ici](#) et [ici](#))
- Les responsables de la communauté ont-ils émis des directives relatives à l'auto-isollement et la quarantaine, y compris comment, quand et où demander de l'aide ? (Ressources disponibles [ici](#))
 - Les normes de levée des mesures de quarantaine et d'isolement ont-elle été fixées et communiquées ?
- Les petites entreprises et les corporations ont-elles été impliquées en qualité de partenaires, aux efforts de réponse ? (Ressources disponibles [ici](#))
 - Les préoccupations liées à au congé-maladie payé et / ou les politiques de travail à distance pour stopper la propagation de la maladie ont-elle été répondues ?
 - L'échange de message avec les entreprises sur les mesures de ralentissement de la propagation au sein de la communauté a-t-il été bien coordonné dans la zone ?
 - Existe-il un plan visant à suspendre le travail des employés exposés à des risques élevés ou à réduire le risque de transmission au cas où il leur est autorisé de retourner au travail ?
- Les responsables d'école (publique et privée) ont-ils été impliqués pour les points suivants : (Ressources disponibles [ici](#))
 - définir des conditions précises pour déterminer quand les écoles doivent fermer et pendant quelle durée ?
 - maintenir des lignes de communication précises et ouvertes avec les responsables d'écoles et de district ?
 - Développer et tester des méthodes d'enseignement et d'apprentissage à distance en cas de besoin ?
 - Mettre des mécanismes en place afin de prendre soin des enfants qui ont besoin de plus de ressources et motiver tous les enfants à rester à la maison en cas de fermeture de l'école ?

- Fournir des repas aux familles à revenu faible ?
- Appliquer des conditions similaires à l'annulation des activités de soutien et extrascolaires prévues par les écoles ou les districts ?
- Existe-il un plan pour favoriser les interventions susceptibles de ralentir la propagation de la maladie au sein de la communauté ?
 - Existe-il un processus pour faire face à la violation des mesures (p. ex : des amendes, des sanctions pénales, etc.) ?
- L'EOC dispose-t-il d'une liste de l'ensemble des conférences majeures, événements sportifs, concerts, rassemblements et autres événements à venir, où un nombre important de personnes peut se rassembler ?
(Ressources disponibles [ici](#))
 - La communauté a-t-elle établi des directives ou des restrictions officielles sur les rassemblements en conformité avec les directives de santé publique en vigueur (à ce jour il est de 10 personnes ou plus) ?
- Les responsables sanitaires ont-ils effectué une évaluation des risques pour ces événements ?
Les responsables communautaires ont-ils encouragé les populations à adhérer aux meilleures pratiques afin de réduire la transmission, notamment (Ressources disponibles [ici](#))
 - le lavage de mains tel que prescrit ?
 - éviter les contacts proches ?
 - rester à la maison en cas de maladie ?
 - se couvrir en cas de toux et de rhumes ?
 - mettre des masques en public ? nettoyer et désinfecter ?
- Dès que la transmission communautaire commencera à baisser de manière durable, existe-il un plan de réouverture et de réintégration de la communauté après la levée des mesures de confinement ? Le plan prévoit-il des critères et une approche par phase tel que recommandé dans le présent guide ? (Ressources disponibles [ici](#))
- Les étapes de gestion des prochains cas de transmission communautaire ont-elle été définies ? (Ressource disponible [ici](#))
 - Quelles ressources sont disponibles pour étendre les soins de santé et / ou renforcer le système de soins ?
 - Quel type de plans et de procédures peut être mis en œuvre pour éviter la propagation des maladies dans la communauté ?
 - La communauté a-t-elle prévu un bilan des leçons apprises, une rencontre avec les divers secteurs impliqués ou censés l'être ? Il peut s'agir des entités publiques et privées.
- La communauté a-t-elle mis en œuvre des plans afin d'assurer les services essentiels en cas de nombre élevé d'absence ? (Ressources disponibles [ici](#))
 - Les fournisseurs de services utilitaires, les responsables de transport, les structures de gestion des déchets et les autres infrastructures essentielles ont-ils été impliqués ?
 - Des plans ont-ils été mis en œuvre afin de permettre aux autres infrastructures essentielles de continuer à fonctionner ?

Ressources

- Non-pharmaceutical intervention (interventions non pharmaceutiques, NPI) : Actions to Limit the Spread of the Pandemic in Your Municipality (Actions en vue de limiter la propagation de la pandémie dans votre municipalité, PAHO)
https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=dwnload&category_slug=tools&alias=530-pandinflu-leadershipduring-tool-4&Itemid=1179&lang=en
- National coronavirus response: A road map to reopening, American Enterprise Institute (La réponse nationale au coronavirus : une carte pour la réouverture Institut de l'entreprise américain)
<https://www.aei.org/research-products/report/national-coronavirus-response-a-road-map-to-reopening/>
- Social Distancing, Quarantine, and Isolation: Keep Your Distance to Slow the Spread (Distanciation sociale, quarantaine e isolement : maintenez vos distances pour ralentir la propagation)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
- Interim Guidance for Businesses and Employers to Plan and Respond to Coronavirus Disease 2019 (Directives provisoires pour les entreprises et les employeurs afin de planifier et de répondre à la COVID-19)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/guidance-business-response.html>
- Supplemental Resources from CDC / PAHO Presentation) (Ressources supplémentaires issues de l'exposé de la CDC / PAHO)
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Community%20Mitigation%20Toolkit_Guide_Supplemental_docs.pdf
- Information about Social Distancing (Informations sur la distanciation sociale, SCVHHS Département de la Santé publique)
http://www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/public/php/185/185_factsheet_social_distancing.pdf
- Implementation of Mitigation Strategies for Communities with Local COVID-19 Transmission (CDC) (Implémentation des stratégies de réduction destinées aux communautés qui enregistrent une transmission locale de la COVID-19)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/community-mitigation-strategy.pdf>
- Responding to community spread of COVID-19 Interim Guidance (Répondre à la propagation communautaire de la COVID-19, Directives provisoires)
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331421/WHO-COVID-19-Community_Transmission-2020.1-eng.pdf
- Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza (WHO) (Mesures de santé publique non pharmaceutiques pour réduire le risque et l'impact de la grippe épidémique et pandémique, par l'OMS)
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf?ua=1>
- CDC Community Mitigation Framework (Cadre de réduction communautaire de la CDC)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/community-mitigation-strategy.pdf>
- CDC Guidance for School Settings (Directives de la CDC pour les établissements scolaires)

	<p>https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/guidance-for-schools.html</p> <ul style="list-style-type: none"> • CDC guidance on COVID-19 and mass gatherings (Directives de la CDC relatives à la COVID-19 et aux rassemblements de personne) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/large-events/mass-gatherings-ready-for-covid-19.html • White House Guidelines (As of 16 March 2020) (Directives de la Maison Blanche le 16 mars 2020) https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2020/03/03.16.20_coronavirus-guidance_8.5x11_315PM.pdf • Guidance on the Essential Critical Infrastructure Workforce, Department of Homeland Security (Directives relatives au personnel essentiel des infrastructures essentiels, Département de la Sécurité nationale) https://www.cisa.gov/publication/guidance-essential-critical-infrastructure-workforce • Preventing Getting Sick, CDC (Éviter de tomber malade, CDC) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/index.html
<p>Objectif-clé #4</p>	<p>Mettre l'accent sur la protection des groupes à haut risque</p>
<p>Nécessaire pour l'objectif-clé #4</p>	<p>Actions prioritaires</p> <p>Dresser une liste complète d'installations qui abritent des populations à risque élevé (maisons pour personnes âgées, les communautés de personnes âgées les prisons et les centres de détention, etc.)</p> <p>Évaluer les pratiques de prévention de l'infection et d'hygiène des entreprises, et leurs besoins.</p> <p>Apporter des solutions aux failles identifiées (EPI, formation, contrôle des infections, les visiteurs, les niveaux de personnel, etc.)</p> <p>Établir des directives afin de réduire l'exposition des groupes à risque élevé (comme limiter les visites extérieures aux installations à haut risque)</p> <p>Mettre l'accent sur les besoins particuliers des populations marginalisées y compris les migrants sans sans abri et sans papiers</p> <p>Exigences opérationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une liste complète des populations à risque et les sites où elles se rassemblent. Y compris : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les populations sans abris ? (Ressources) (Ressources) ○ Les établissements de soins de longue durée ? ○ Autres résidences et communautés de personnes âgées ? (Ressources) ○ Services de soins à domicile ? ○ Prisons ? (Ressources)

	<ul style="list-style-type: none">○ Abris ?○ Lieux d'adoration ? (Ressources)○ Personnes sans papier ? (Ressources) (Ressources)○ Autre habitation de forte densité où des personnes à risque peuvent résider ? <ul style="list-style-type: none">● Les pratiques d'hygiène et de prévention des infections en vigueur dans ces installations ont-elles été évaluées et vérifiées ?● Ces installations ont-elles actuellement la capacité et le protocole approprié pour signaler à temps les maladies infectieuses ?● Les installations à haut risque ont-ils reçu des directives et des visites sur site pour s'assurer qu'elles respectent les politiques en matière de prévention des infections et offrent un accès suffisant à l'EPI ?<ul style="list-style-type: none">○ Les autorités de réglementation se sont-elles impliquées dans les évaluations de ces installations ?● L'accès des visiteurs aux installations abritant des groupes à risque élevé a-t-il été restreint ?● Existe-il des stratégies supplémentaires pour protéger la sécurité et le bien-être des populations à risque élevé et mal desservies ?
	<p>Points supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none">● Les responsables communautaires et sanitaires ont-ils collaboré avec les autorités de réglementation au sujet de ces installations ?● Les populations à risque élevé ont-ils accès à de l'assistance pendant l'auto-quarantaine ?● Des procédures de désinfection ont-elles été établies dans les installations vulnérables ayant enregistré des cas positifs et des normes établies pour la réouverture de ces installations ?
<p>Ressources</p>	<ul style="list-style-type: none">● U.S. CDC Interim Guidance for Homeless Shelters (Directives provisoires de la CDC pour les abris pour sans abris) - https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/homeless-shelters/plan-prepare-respond.html● World Health Organization protocol for assessment of potential risk factors for COVID-19 infection among health care workers in a health care setting (Protocole de l'Organisation mondiale de la santé pour l'évaluation des facteurs de risque potentiels de l'infection COVID-19 chez le personnel soignant dans les établissements de santé) - https://www.who.int/publications-detail/protocol-for-assessment-of-potential-risk-factors-for-2019-novel-coronavirus-(2019-ncov)-infection-among-health-care-workers-in-a-health-care-setting● CDC / King County Guidance for Community Mitigation (includes information on nursing and long-term care facilities) (Directives de CDC / Comté de King pour l'atténuation au sein de la communauté avec informations sur les infirmeries et les établissements de soins de longue durée) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/Seattle_Community_Mitigation.pdf● Built for Zero: Community Solutions – Homeless Populations (Community Solutions - Personnes sans abris) - https://community.solutions/covid-19-and-homelessness/

- Santé reproductive en situations de crise -
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/crisissituations.htm>
- Q&A on COVID-19, HIV and antiretrovirals (WHO) (Questions-réponses sur la COVID-19, le VIH et les antiretroviraux par l'OMS)-
<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-hiv-and-antiretrovirals>
- Quick Reference for the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health (SRH) (Référence rapide pour le paquet minimum pour la santé sexuelle et reproductive)-
<https://iawg.net/resources/misp-reference>
- Strategic Considerations for Mitigating the Impact of COVID-19 on Key Population-Focused HIV Programs (Points stratégiques pour la réduction de l'impact de la COVID-19 sur les principaux programmes VIH axés sur la population) -
<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/epic-kp-strategic-considerations-covid-19.pdf>
- Rights in the time of COVID-19 — Lessons from HIV for an effective, community-led response (Les droits en temps de COVID-19 : leçon du VIH pour une réponse communautaire efficace) -
<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/human-rights-and-covid-19>
- Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention (2020) (Préparation, prévention et contrôle de la COVID-19 en prisons et autres lieux de détention en 2020) -
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2020/preparedness,-prevention-and-control-of-covid-19-in-prisons-and-other-places-of-detention-2020>
- COVID-19 HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People who Use Drugs and are in Prisons (Prévention, traitement, soins et assistances en cas d'infection à la COVID-19 et au VIH pour les personnes qui consomment la drogue et sont en prison) -
<https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/covid-19-and-hiv.html>
- Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19 (les prisons et les établissements d'incarcération font partie d'une réponse complète au COVID-19)-
[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30058-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30058-X/fulltext)
- Handbook for public health capacity-building at ground crossings and cross-border collaboration (Manuel pour le renforcement des capacités en santé publique au niveau des postes-frontières et dans le cadre de la collaboration transfrontalière) -
<https://www.who.int/publications-detail/handbook-for-public-health-capacity-building-at-ground-crossings-and-cross-border-collaboration>
- Directives techniques sur la maladie à coronavirus (COVID-19) : Opérations humanitaires, camps et autres établissements fragiles -
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/humanitarian-operations-camps-and-other-fragile-settings>
- Management of ill travelers at Points of Entry (international airports, seaports, and ground crossings) in the context of COVID-19 (Gestion des voyageurs malades aux Points d'entrée notamment aux aéroports internationaux, ports maritimes et postes-frontaliers, dans le contexte de la pandémie) -
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331512/WHO-2019-nCoV-POEmgmt-2020.2-eng.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> • The Lives and Livelihoods of Many in the LGBTQ Community are at Risk Amidst COVID-19 Crisis (L'existence et les moyens d'existence de plusieurs membres de la communauté LGBTQ sont à risque pendant la crise de la COVID-19). - https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/COVID19-IssueBrief-032020-FINAL.pdf?_ga=2.237224896.1501546044.1586393571-2145181974.1586393571 • How to use WHO risk assessment and mitigation checklist for Mass Gatherings in the context of COVID-19 (Comment utiliser la fiche d'évaluation et d'atténuation des risque de l'OMS pour les grands rassemblements dans un contexte de pandémie due à la COVID-19) - https://www.who.int/publications-detail/how-to-use-who-risk-assessment-and-mitigation-checklist-for-mass-gatherings-in-the-context-of-covid-19 • Practical considerations and recommendations for religious leaders and faith-based communities in the context of COVID-19 (Aspects pratiques et recommandations aux responsables religieux et les communautés de foi dans le contexte de la COVID-19) - https://www.who.int/publications-detail/practical-considerations-and-recommendations-for-religious-leaders-and-faith-based-communities-in-the-context-of-covid-19 • Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak (Santé mentale et psychosociale durant la pandémie de la COVID-19) - https://www.who.int/publications-detail/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak
<p>Objectif-clé #5</p>	<p>Renforcer et étendre la capacité de réaction du système de santé afin de supporter les opérations de santé et d'éviter la hausse de la mortalité</p>
<p>Nécessaire pour l'objectif-clé #5</p>	<p>Actions prioritaires</p> <p>Suivre les taux d'occupation des hôpitaux (en soins généraux et critiques) en temps réel et préparer les conditions d'occupation future sur la base de la tendance</p> <p>S'assurer que les hôpitaux ont lancé le plan d'urgence et initié des mesures pour réduire les activités médicales facultatives et non urgentes</p> <p>Vérifier la disponibilité de l'EPI dans les installations essentielles en permanence</p> <p>Identifier les sources d'acquisition et de production d'EPI alternatives</p> <p>Lancer des plans de grande expansion des capacités de traitement essentiel</p> <p>Collaborer avec les responsables sanitaires afin d'établir des conditions précises en vue d'accorder la priorité aux patients qui sollicitent des soins et établir des systèmes de référence pour les cas graves</p>

Lancer les plans pour séparer le dépistage et l'admission des cas potentiels de COVID-19 des admissions générales aux soins

Suivre l'exposition et les infections du personnel sanitaire et évaluer l'impact sur les capacités du système

Lancer des plans pour tester les employés quotidiennement en vue de déceler les signes et les symptômes de la maladie

Établir une communication opérationnelle quotidienne pour discuter du nombre de cas actuel (suspects et confirmés), évaluer le recensement des hôpitaux et les besoins en personnel

Exigences opérationnelles

- Les installations hospitalières communautaires peuvent-elles prodiguer des soins pour tous ceux en besoin ? ([Ressources](#))
 - Existe-il un processus en vue d'évaluer en permanence le niveau de la demande sur les hôpitaux et comprendre le risque lié à la surcharge de ces établissements ? Ce processus intègre-t-il un plan étatique ou fédéral pour accéder aux EPI et les allouer à votre communauté ? Des options alternatives, de qualité, d'acquisition ou de production sont-elles disponibles (voir les ressources ci-dessous) ? (Ressources disponibles [ici](#), [ici](#), et [ici](#))
 - Les établissements sanitaires locaux ont-ils un plan d'opérations d'urgence à jour ? A-t-il été transmis à l'EOC ?
 - Les prestataires de soins et d'EMS ont-ils assez d'EPI sur la main pour satisfaire les besoins immédiats ? Besoins prévus ?
 - Les moyens de télémédecine sont-ils disponibles et soutenues par une connexion internet ?
- Suite à la confirmation par le laboratoire de présence du SARS-CoV-2 (COVID-19) chez les patients ou les employés, une étude de l'exposition et de la recherche de contacts a-t-elle été effectuée ? Les personnes exposées ont-elles été informées et les employés qui présentent des risques élevés d'exposition ont-ils été suspendus du travail pour 14 jours ? ([Ressources](#))
 - Les systèmes de test prioritaires sont-ils accessibles au personnel de santé ?
- Des sites de soin alternatifs ont-ils été établis ayant des capacités cinq à dix fois supérieures au nombre normal d'hospitalisation pour cause de pneumonie et de grippe lors du pic de la saison de grippe ? ([Ressources](#))
- Les établissements ont-ils reprogrammés et remis en priorité les soins qui ne sont pas urgents ?
- Les centres de traitement ont-ils établis les lignes de triage distinctes pour les patients atteints de maladie de type grippal et/ou d'infection respiratoire supérieure ?
- Des plans précis sont-ils mis en œuvre pour accroître la capacité hospitalière afin de :

- étendre les soins essentiels / la capacité d'ICU / l'oxygénation de la membrane extracorporelle, y compris la capacité en ventilateur supplémentaire ?
 - fournir les médicaments prescrits pendant deux ou trois mois pour tous les patients, en éliminant les pénalités liées aux intéressements et les restrictions sur les assurances ?
 - offrir des mécanismes de vente par correspondance ou tout autre mécanisme de recharge à distance ?
 - trier les patients afin de préserver les ressources hospitalières pour les personnes les plus malades ?
 - utiliser le système électronique de dossier médical pour des mesures proactives de contrôle d'infection tels que les déclencheurs de précautions d'isolement sur la base des questions de dépistage ou des tests en cours de réalisation ?
 - répartir les unités d'hospitalisation pour les patients suspects ou confirmé COVID-19 ?
 - régir les normes de crise des plans de soins axés sur les décisions susceptibles de régir l'allocation du peu de ressources ?
 - augmenter le personnel soignant, y compris en cas d'infection du personnel médical ?
 - développer les procédures d'accréditations d'urgence des fournisseurs (médecins et infirmiers) ?
 - fournir une formation rapide pour renforcer les capacités de réaction rapide médicale ?
 - soutenir la gestion de corps, éviter la surcharge de la morgue, accélérer la délivrance des certificats de décès et satisfaire les conditions de ressources, notamment la possibilité d'un examen médical ?
 - gérer les déchets sans danger ?
 - fournir de l'assistance pour le bien-être et la santé mentale en temps de crise ?
 - fournir du soutien familial aux personnels soignants pour éviter la distraction du personnel ?
- Les établissements réévaluent-ils en permanence :
 - les taux d'occupation ?
 - la fourniture en EPI et les taux d'utilisation prévus ?
 - les capacités de soins essentiels ?
 - les capacités en termes de ventilateur et d'oxygène ?
 - les seuils pour le déclenchement / l'expansion des normes de crise des plans de soin ?

Points supplémentaires

- Les protocoles locaux de tri et de prévention / contrôle des infections reflètent-ils le risque lié à la COVID-19 ?
- Les protocoles de réponse ont-été établis et appliqués pour les cas suspects et les personnes sous enquête ? ([Ressources](#))
 - Les protocoles de réponse incluent-ils les étapes vers la levée de l'isolement ou la quarantaine ?
- Les contrôles environnementaux, tel que les chambres à pression négative, les points d'entrée à l'accès contrôlé et la stérilisation, sont-ils en place ?
- Les hôpitaux ont-ils établi des relations avec les laboratoires de santé publique étatiques / locaux, les laboratoires commerciaux et les laboratoires de référence académique pour réaliser des protocoles de test ?

	<ul style="list-style-type: none">• Les hôpitaux ont-ils établi des relations avec les maisons funéraires, les crématorium, etc. afin de prendre en charge une hausse anticipée de décès ?
	<ul style="list-style-type: none">• Les établissements ont-ils mis en place des mesures pour les approvisionnements essentiels notamment :<ul style="list-style-type: none">○ faire des arrangements pour des fournisseurs de remplacement ?○ élargir ses inventaires tout en évitant une accumulation excessive ?○ des inventaires centralisés pour réduire des utilisations inutiles ?○ l'utilisation de l'approche conserver, réutiliser et recycler pour prolonger l'utilisation et la réutilisation de l'EPI ? (Ressources)○ Possibilités de test d'ajustement pour les respirateurs N95 ?○ Impliquer le secteur privé pour renforcer la chaîne logistique et d'approvisionnement ?• Le personnel supplémentaire a-t-il été recruté et formé (cela peut impliquer exploiter les centres médicaux académiques pour la formation et l'accès au personnel bénévole, aux professionnels de santé non pratiquants ou aux étudiants en médecin et en soins infirmiers plus avancés) ?• Les professionnels ont-ils reçu une formation polyvalente (c'-à-d les pharmaciens, les infirmiers praticiens, les médecins qui se spécialisent dans des domaines moins pertinents) ?• Existe-il des plans de réorientation du personnel non essentiel pour aider aux tâches opérationnelles ?• Les établissements de santé ont-ils mis en place des procédures de désinfection et de réouverture de parties de leurs établissements destinées au tri et aux soins des patients suspects et confirmés de COVID-19 ?
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Alliance PPE Supplier Spreadsheet (Tableur de fournisseur d'EPI) https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ZNFnUj7DBnEbKjON70nvhALbmv_s3VaHMJK_x28HNHtg/edit?usp=sharing• USFDA surgical N95 whitelist https://www.cdc.gov/niosh/npptl/topics/respirators/disp_part/respsource3urgicaln95.html• USFDA KN95 whitelist https://www.fda.gov/media/136663/download• Interim Guidance for Emergency Medical Services (EMS) Systems and 911 Public Safety Answering Points (PSAPs) for COVID-19 in the United States - https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-for-ems.html• Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) or Persons Under Investigation for COVID-19 in Healthcare Settings - https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Finfection-control%2Fcontrol-recommendations.html• Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators (Stratégies d'optimisation de la fourniture des respirateurs N95) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Frespirator-supply-strategies.html• World Health Organization Training for Infection Prevention and Control (IPC) for Novel Coronavirus (COVID-19) https://openwho.org/courses/COVID-19-IPC-EN

	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis Standards of Care (Standards de soins en cas de crise) - https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/63/crisis-standards-of-care/0
<p>Objectif-clé #6</p>	<p>Intensifier la communication sur les risques et la participation communautaire</p>
<p>Nécessaire pour l'objectif-clé #6</p>	<p>Actions prioritaires</p> <p>Établir un rythme de briefing régulier pour informer les responsables et les membres de la communauté</p> <p>Fournir des informations équilibrées et mesurées, communiquer de façon explicite sur les sujets d'incertitude, ne pas édulcorer les mauvaises nouvelles ou ne pas faire de belles promesses</p> <p>S'engager auprès des responsables communautaires, commerciaux, religieux et de la société civile afin de leur fournir de sources d'information crédibles pour leurs parties prenantes</p> <p>Exigences opérationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les responsables de la communauté communiquent-ils régulièrement et effectivement avec différents secteurs d'organisations gouvernementales et non gouvernementales (politique, éducation, etc.) pour discuter des activités en cours ? (Ressources) • Les responsables de la communauté communiquent-ils régulièrement avec les personnes qui vivent et travaillent dans la communauté ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Les méthodes de communication les plus efficaces ont-elles été identifiées ? ○ Les communications essentielles peuvent-elles accéder à tous ? ○ Des systèmes d'alerte en cas d'urgence ont-ils été mis en place et testés ? ○ Existe-il une méthode efficace pour combattre la désinformation ? • Des porte-paroles de confiance ont-ils été désignés et affectés pour relayer d'importants messages basés sur des faits à la communauté ? (Ressources) • Les plans de continuité de la communication ont-ils été étudiés par l'EOC et les premiers intervenants dans l'éventualité d'une perturbation / panne des communications mobiles ? • Un ensemble de besoins essentiels en information pour les dirigeants et les décideurs a-t-il été défini ? Facilite-t-il l'accès en ligne aux conditions de transmission des informations publiques ? <p>Points supplémentaires</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les initiatives d'engagement communautaire parviennent-elles précisément aux populations périphériques ou marginalisées, notamment les personnes sans papiers ? Existe-il des messages et des mécanismes dédiés et adaptés pour communiquer avec les populations affectées et à risque ? • Les documents sont-ils disponibles en plusieurs langues, y compris la Langue des signes américaine et le braille ? Sont-ils accessibles à tous les populations dans votre communauté ? • Existe-il une stratégie de désignation des sources d'informations précises / actualisées, de suivi et de prise en considération des perceptions, des croyances et des sources de désinformation des personnes ? • Les structures de coordination d'urgence et d'information publique d'urgence ont-elle été mises sur pied ?
<p>Ressources</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interim US Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Persons with Potential Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Exposures: Geographic Risk and Contacts of Laboratory-confirmed Cases (Directives provisoires américaines pour l'évaluation du risque et la gestion de la santé publique des personnes potentiellement exposées à la COVID-19 : Risque géographique et contacts des cas confirmés en laboratoire) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/public-health-recommendations.html • World Health Organization COVID-19 risk communication package for healthcare facilities (Paquet de communication de l'Organisation mondiale de la santé sur les risques liés à la COVID-19 et destiné aux établissements de santé) https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14482 • World Health Organization guide for preventing and addressing social stigma associated with COVID-19 (Guide de l'Organisation mondiale de la santé pour la prévention et la lutte contre les stigmatisations sociales liées à la COVID-19) https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf • Best Practices in Public Health Risk and Crisis Communication (Meilleures pratiques en communication sur les risques et les crises de santé publique) https://www.researchgate.net/publication/8944073_Best_Practices_in_Public_Health_Risk_and_Crisis_Communication • Communicating risk in public health emergencies (Communiquer sur les risques en situation d'urgences de santé publique) https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ap-7vvmGt_MJ:https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1093088/retrieve+&cd=3&hl=en&ct=clnk&gl=us&lr=lang_en%7Clang_es%7Clang_fr • TEPHINET Risk Communication Training (Formation de TEPHINET en communication sur les risques) https://www.tephinet.org/risk-communication-training-english • WHO Public Health for Mass Gatherings: Key Considerations https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/717805/retrieve • USA CDC - Qualities of an Effective Spokesperson (Qualités d'un porte-parole efficace) https://emergency.cdc.gov/cerc/cerccorner/article_021417.asp
<p>Objectif-clé #7</p>	<p>Réduire les conséquences économiques et sociales de la pandémie de la COVID-19</p>

Nécessaire pour l'objectif-clé #7

Actions prioritaires

Établir des mécanismes pour faire face aux impacts de la pandémie sur les populations vulnérables (p.ex. : les familles en insécurité alimentaire qui dépendent des programmes de cantines scolaires)

Évaluer et réduire l'impact des mesures de distanciation sociale sur les secteurs qui emploient le personnel clé (soins de santé, services publics, etc.)

Évaluer les impacts secondaires des mesures de distanciation sur l'économie locale

Évaluer l'impact des fermetures des lieux de commerces sur les recettes fiscales locales et plaider pour un appui étatique / fédéral afin d'assurer la continuité des opérations gouvernementales

Identifier et travailler en vue de réduire les facteurs dissuasifs économiques au respect des mesures de distanciation sociale

Exigences opérationnelles

- Existe-il une stratégie en vue d'assurer la disponibilité des médicaments à ceux qui en ont besoin ? ([Ressources](#))
- En cas d'ordre de confinement à la maison en guise de mesure de distanciation sociale, la communauté peut-elle fournir les ressources nécessaires (p.ex. : les aliments, les soins médicaux et autres denrées) aux populations affectées ? ([Ressources](#))

Points supplémentaires

- Existe-il des mécanismes de soutien à la distribution de denrées alimentaires au voisinage et à la fourniture de service porte-à-porte ?
 - Les cartes de la communauté sont-elles précises et actualisées ?
 - Existe-il des sous-sections dédiées pour la distribution porte-à-porte au sein de la communauté ?
- Existe-il un plan proactif de relance économique après les perturbations dues à la fermeture des commerces et l'annulation ou le report des événements ?
- Des plans sont-ils mis en œuvre afin de répondre aux défis de la distanciation sociale, la quarantaine et / ou l'isolement pour les populations à risque ? ([Ressources](#))
- Existe-il des plans ou des procédures de demande d'assistance initiés par d'autres juridictions ou structures gouvernementales pour la fourniture des services essentiels en cas d'incapacité des départements en charge ?
- Les accords d'aide mutuels sont-ils en vigueur ? ([Ressources](#))
- Existe-il des plans en œuvre au sein de la communauté, pour s'assurer que les prestataires de soins sont autorisés à prendre un congé, y compris un

	<p>congé familial, à cause de l'absence de garde d'enfants si les écoles et les garderies sont fermées ?</p>
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• U.S. National Response Framework (Cadre de réponse national américain) : https://www.fema.gov/media-library-data/1582825590194-2f000855d442fc3c9f18547d1468990d/NRF_FINALApproved_508_2011028v1040.pdf• FEMA's Continuity Guidance Circular, March 2018 (Circulaire de mars 2018 sur les directives de continuité de la FEMA) https://www.fema.gov/media-library-data/1520878493235-1b9685b2d01d811abfd23da960d45e4f/ContinuityGuidanceCircularMarch2018.pdf• USA CDC - PUBLIC HEALTH MUTUAL AID AGREEMENTS – A MENU OF SUGGESTED PROVISIONS (Accords d'aide mutuelle en santé publique : un ensemble de dispositions suggérées) : https://www.cdc.gov/phlp/docs/Mutual_Aid_Provisions.pdf• European CDC - Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-social-distancing-measuresg-guide-second-update.pdf