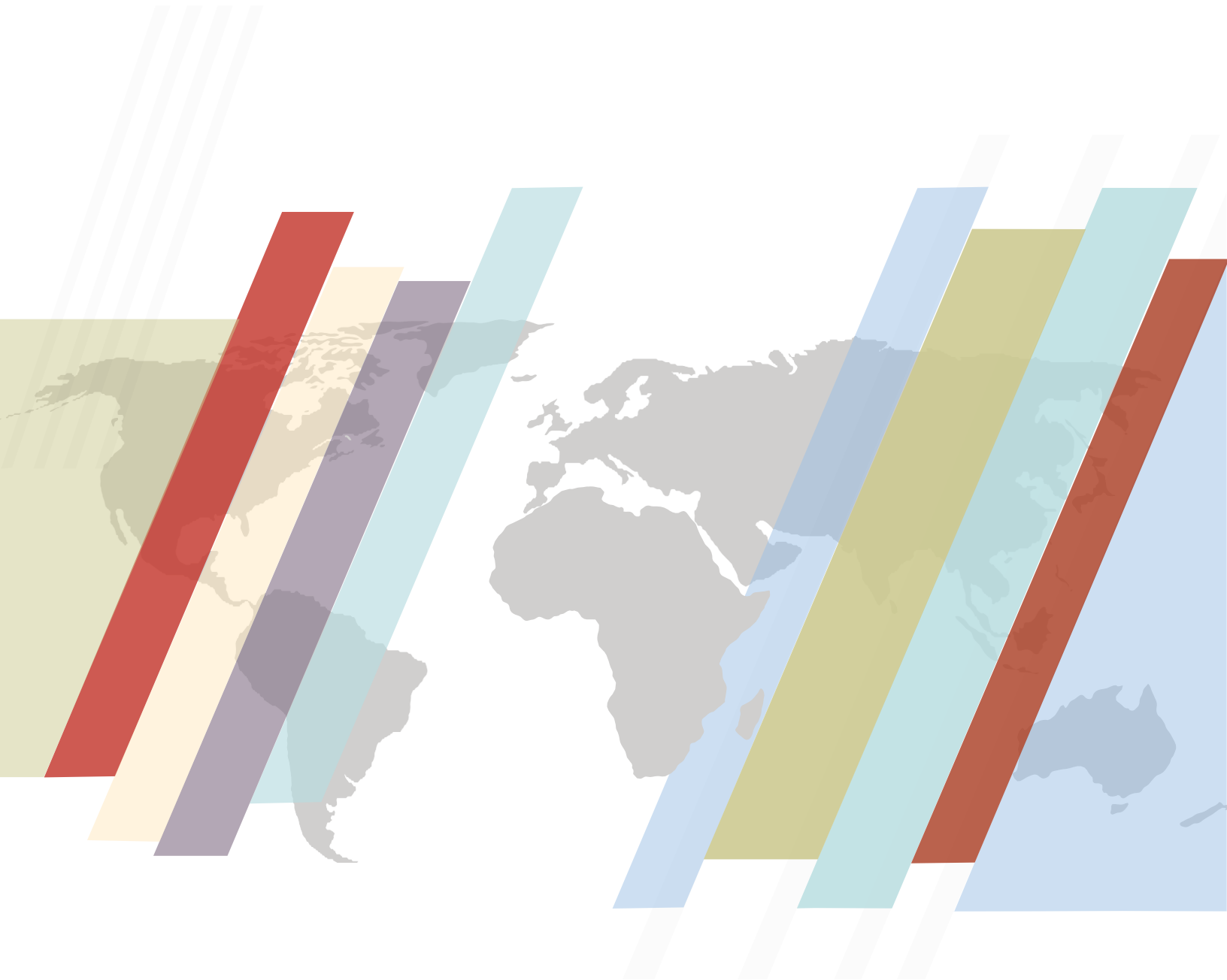


OUTIL DE PRIORISATION DES POINTS D'ENTRÉE ET DE CONTRÔLE (OP PE/C)

Considérations relatives à la priorisation des points d'entrée et de contrôle pour le renforcement des capacités de santé publique



**Département américain de
La santé et des services sociaux**
Centres pour le contrôle et
la prévention des maladies

Équipe de santé frontalière mondiale, Division de la migration mondiale et de la quarantaine

OUTIL DE PRIORISATION DES POINTS D'ENTRÉE ET DE CONTRÔLE (OP PE/C)

Considérations relatives à la priorisation des points d'entrée et de contrôle pour le renforcement des capacités de santé publique

Objectif

Présenter un cadre permettant de prioriser les points d'entrée ou les points de contrôle (PE, internationaux ; PC, nationaux ; les « PE/C ») en vue de renforcer les capacités en matière de santé publique afin de limiter la propagation internationale des maladies transmissibles.

Public

Le public principal de ce document consiste des responsables du ministère de la santé et de la santé portuaire (« responsables de la santé publique »).

Contexte

La facilité et la rapidité croissantes des voyages et du commerce transfrontaliers et mondiaux ont intensifié la propagation internationale des maladies transmissibles, telles que la COVID-19 et les fièvres hémorragiques. Les maladies transmissibles peuvent se propager rapidement à travers les frontières nationales et internationales par voie aérienne, maritime ou terrestre, ce qui rend les interventions aux points d'entrée et de contrôle (« PE/C ») essentielles. Toutefois, il peut être difficile pour les gouvernements d'allouer des ressources suffisantes au renforcement des capacités et à la mise en œuvre du dépistage des voyageurs, à la communication sur les risques et à d'autres mesures de santé publique à tous les PE/C. Pour déterminer quels PE/C à prioriser pour l'allocation des ressources, les responsables de la santé publique doivent tenir compte de divers facteurs.

Cet outil de priorisation des points d'entrée et des points de contrôle (OP PE/C) est destiné à aider les responsables de la santé publique avec une approche systématique pour prioriser les PE/C, quel que soit leur statut de désignation du Règlement sanitaire international (RSI) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en vue d'un renforcement des capacités à court ou à long terme. Cet outil peut être appliqué à n'importe quel PE/C, qu'il s'agisse d'un PE international ou d'un PC national. Il est important de noter que cet outil n'est pas destiné à déterminer le statut de désignation du RSI d'un PE. L'OP PE/C peut plutôt être utilisé pour compléter les stratégies de désignation proposées par la [troisième édition du RSI \(2005\)](#) et le [Manuel de l'OMS pour le renforcement des capacités de santé publique aux passages terrestres et de la collaboration transfrontalière](#).

Méthodologie

Un responsable ou une équipe de responsables de la santé publique utilise la partie 1 (Considérations sur la priorisation des PE/C) de cet outil en deux parties pour compiler des informations sur les PE/C identifiés. Les informations recueillies dans la partie 1 peuvent ensuite être utilisées pour prioriser les PE/C en vue du renforcement des capacités de santé publique avant ou pendant une épidémie de maladie transmissible, à l'aide de la partie 2 (Tableau d'évaluation de la priorisation des PE/C). En outre, avant de terminer la partie 2, les responsables de la santé publique classeront par ordre de priorité (élevée, moyenne ou faible) chacun des six (6) facteurs afin de déterminer une note globale et un niveau de priorité pour chaque PE/C. Le tableau 1 fournit des exemples d'outils, de sources de données et de matériel que les responsables peuvent utiliser pour accéder aux données ou mettre en œuvre pour recueillir de nouvelles données pour chaque considération. L'annexe 1 fournit une description détaillée de chaque facteur pouvant être utilisé pour caractériser le PE/C. Pour chaque PE/C identifié, les responsables de la santé publique examinent chaque considération et caractérisent le PE/C concerné sur la base des facteurs de notation figurant dans la partie 2.



**Département américain de
la santé et des services sociaux**
Centres pour le contrôle et
la prévention des
maladies

Partie 1. Considérations relatives à la priorisation des PE/C

1) Caractérisation du PE/C

- a. Description : Les PE/C situés dans des zones d'insécurité ou disposant de moins de ressources peuvent avoir une main-d'œuvre moins constante que les autres PE/C, ce qui peut avoir une incidence sur la capacité du personnel des PE/C à reconnaître un voyageur malade et à prendre des mesures pour prévenir la transmission d'une maladie transmissible.
- b. Évaluation : La caractérisation du PE/C peut porter sur la sécurité, l'infrastructure existante et le personnel au PE/C, comme l'équipement disponible, les locaux, le personnel, les heures d'ouverture et la facilité générale d'accès au PE/C. Il faut également tenir compte de la facilité et de la fréquence avec lesquelles la communauté accède au PE/C pour faire des achats, trouver des moyens de transport ou obtenir d'autres services.

2) Nombre de voyageurs

- a. Description : Le nombre de personnes traversant un PE/C (bidirectionnel ; tant à l'entrée qu'à la sortie) peut augmenter le risque absolu d'importation ou d'exportation internationale de maladies transmissibles.
- b. Évaluation : Examiner les tendances temporelles du nombre de voyageurs passant par le PE/C (p. ex., l'heure de la journée, le jour de la semaine et les fluctuations saisonnières au PE/C) et les facteurs qui influencent ces tendances (p. ex., les heures d'ouverture du PE/C, l'accessibilité routière, les questions de sécurité, les jours de marché, la saison des pluies par rapport à la saison sèche).

3) Connectivité aux populations ou lieux prioritaires ou à haut risque

- a. Description : Les PE/C où le nombre de voyageurs est faible peuvent néanmoins être considérés comme présentant un risque élevé de transmission de maladies transmissibles s'il existe une connectivité forte entre les voyageurs qui les traversent et une zone géographique ou une population à haut risque.
- b. Évaluation : Les voyageurs qui passent par un PE/C et qui viennent de ou ont des liens avec des zones ou des populations touchées par une maladie transmissible préoccupante pour la santé publique constituent un facteur de risque majeur pour l'importation ou l'exportation internationale de maladies transmissibles ou la propagation nationale de maladies entre des zones administratives.

4) Capacité du personnel et des infrastructures des PE/C à prendre en charge les voyageurs malades

- a. Description : Les PE/C qui ont la capacité d'identifier et de prendre en charge les voyageurs malades sont les plus à même d'atténuer le risque d'importation ou d'exportation de maladies transmissibles par le PE/C.
- b. Évaluation : Les capacités de santé publique, y compris la détection des voyageurs malades, sont menées et maintenues plus efficacement aux PE/C où il existe un moyen d'orienter les voyageurs vers une zone où ils sont observés visuellement pour détecter une maladie ou soumis à des processus de dépistage plus formels tout en maintenant des efforts d'atténuation tels que l'éloignement physique. Il faut également déterminer si le PE/C est relié à un établissement de soins de santé de référence et si les voyageurs suspectés d'être malades peuvent être isolés en toute sécurité des autres voyageurs au PE/C en attendant d'être transférés vers l'établissement de soins de santé de référence.

5) Force des systèmes de surveillance de la santé publique

- a. Description : Les PE/C peuvent servir de sites de surveillance de la santé publique et contribuer à la détection d'événements de santé publique le long de la frontière ou dans des lieux prioritaires à travers le pays. Les PE/C dans les zones où les systèmes communautaires de surveillance des maladies transmissibles sont plus faibles pourraient être prioritaires pour le renforcement des capacités afin de soutenir la détection des maladies transmissibles parmi les voyageurs passant par ces lieux.
- b. Évaluation : Examiner la capacité du personnel du PE/C à saisir, envoyer et conserver des données électroniques, y compris la fréquence des rapports et la capacité à utiliser des processus de rapport formels ou informels. Il faut également examiner les capacités de surveillance de la communauté environnante, y compris les systèmes de surveillance communautaires et les canaux de communication établis entre le PE/C et le système de surveillance de la santé publique local et national.

6) Coordination transfrontalière

- a. Description : La communication et le partage d'informations réguliers sur les événements de santé publique potentiels entre les homologues et autres parties prenantes de la santé publique locaux et transfrontaliers témoignent d'une collaboration transfrontalière solide qui peut atténuer la propagation des maladies transmissibles dans les régions frontalières. Tous les PE situés dans des zones où la collaboration transfrontalière est plus faible devraient être prioritaires pour le renforcement des capacités afin de soutenir la détection et l'intervention aux maladies transmissibles dans ces lieux.
- b. Évaluation : Déterminer si le PE, la communauté environnante ou le niveau infranational où se trouve le PE dispose d'un mécanisme formel ou informel permettant l'échange d'informations sur la santé publique avec des homologues transfrontaliers. Déterminer si la communication transfrontalière est habituel ou peut être rapide et s'il existe des points de contact clairement identifiés.

Partie 2. Tableau d'évaluation de la priorisation des PE/C

Les responsables de la santé publique devraient saisir une valeur pour chaque section du tableau afin de déterminer une note. Des descriptions plus détaillées de chaque considération sont fournies à [l'annexe 1](#). Les responsables devraient utiliser toutes les informations recueillies, y compris auprès du personnel du PDE/C, pour remplir le tableau. **Pour chaque section, les responsables devraient d'abord appliquer le niveau de priorité (faible, moyenne ou élevée) pour ce facteur, ce qui influencera la façon dont la note moyenne du facteur est intégrée dans la note globale.** En utilisant ce tableau, les responsables de la santé publique devraient répéter ce processus de notation pour chaque PE/C concerné. En utilisant les résultats de ce tableau pour chaque PE/C évalué, ils devraient énumérer les PE/C notés par ordre de priorité, en commençant par la note la plus élevée (note maximum = 54). Les responsables de la santé publique sélectionneront ensuite, du haut de la liste, les PE/C pour le renforcement des capacités. Le [tableau 1](#) indique les outils, les sources de données et les matériels qui peuvent être utilisés pour répondre aux considérations de priorisation.

REMARQUE : Si ce formulaire est rempli *électroniquement*, les notes seront automatiquement calculées pour les responsables à chaque sélection. Si le formulaire est *imprimé*, les responsables devraient inscrire manuellement les valeurs et effectuer tous les calculs nécessaires pour générer une note. Les responsables devraient d'abord appliquer le niveau de priorité (faible = 1, moyenne = 2, ou élevée = 3) pour un facteur donné. Ensuite, en utilisant les valeurs fournies pour chaque sélection dans [l'annexe 1](#), les responsables devraient additionner les notes de la colonne de sélection et les indiquer dans la case « Note » pour chaque facteur. Ensuite, les responsables calculeront la note moyenne de chaque facteur en divisant la somme par le nombre total de sélections dans cette section et l'inscriront dans la cellule appropriée sous la colonne « Note moyenne ». Enfin, pour calculer la note globale et le niveau de priorité du PE/C, les responsables multiplieront la note moyenne de chaque facteur par son niveau de priorité correspondant, puis additionneront tous ces totaux spécifiques à chaque facteur.

1) Date : _____

2) Évaluateurs (nom, organisation, intitulé du poste) : _____

3) Quel est le nom du PE/C ? _____

- De quel type de PE/C s'agit-il ? ☐ Passage terrestre ☐ Port ☐ Aéroport ☐ PC

4) Région et district où se trouve le PE/C : _____

Sources de données sur les migrations et les mouvements

1. Caractérisation du PE/C

Niveau de priorité : _____

Caractérisation du PE/C	Sélection
a. Accès au PE/C	
b. Sécurité de la zone	
c. Heures d'ouverture	
d. Zone désignée pour les entretiens	
e. Connaissance par le personnel des signes de maladie	
f. Présence d'agences	
g. Endroit où un responsable de la santé peut travailler et stocker des données	
h. Accès à l'internet	
i. Présence d'électricité	
j. Accès aux télécommunications	
Note :	0
Note moyenne:	0.00

2. Nombre de voyageurs

Niveau de priorité : _____

Nombre de voyageurs	Sélection
a. Volume de flux	
b. Fluctuation du nombre de voyages	
c. Raison principale du mouvement*	
Note :	0
Note moyenne:	0.00

3. Connectivité aux populations ou lieux prioritaires ou à haut risque

Niveau de priorité : _____

Connectivité aux populations ou lieux prioritaires ou à haut risque	Sélection
a. Facilité d'accès à un passage frontalier informel à proximité	
b. Connectivité transfrontalière	
c. Connectivité géographique/de voyage	
Note :	0
Note moyenne:	0.00

4. Capacité du personnel à prendre en charge les voyageurs malades lorsqu'ils sont détectés

Niveau de priorité : _____

Capacité du personnel à prendre en charge les voyageurs malades lorsqu'ils sont détectés	Sélection
a. Personnel disponible pour observer les voyageurs	
b. Personnel disponible pour examiner les antécédents de voyage	
c. Personnel disponible pour saisir les données	
d. Personnel disponible pour effectuer un dépistage secondaire des voyageurs	
e. Personnel supplémentaire/de remplacement disponible	
f. Accès à un laboratoire	
g. Accès à un centre de santé de référence	
h. Capacité du centre de santé de référence	
i. Zone désignée pour l'isolement	
j. Niveau d'approvisionnement pour la zone d'isolement	
Note :	0
Note moyenne:	0.00

*Veuillez noter que le mouvement économique et le mouvement personnel ont la même note de valeur de 1.

5. Force du système de surveillance de la santé publique

Niveau de priorité : _____

Force du système de surveillance de la santé publique	Sélection
a. Type de système de surveillance	
b. Cohérence de la disponibilité du système	
c. Système de gestion des données au PE/C	
d. Capacité à rendre compte en temps opportun au niveau infranational	
e. Capacité à rendre compte en temps opportun au niveau central	
f. Force de la surveillance communautaire à proximité du PE/C	
g. Informations partagées avec le PE/C	
Note :	0
Note moyenne :	0.00

6. Collaboration transfrontalière

Niveau de priorité : _____

Collaboration transfrontalière	Sélection
a. Protocole d'accord transfrontalier en matière de santé publique en vigueur	
b. Homologue de santé publique transfrontalier connu dans le pays voisin	
c. Partage d'informations formel et transfrontalier pour la santé publique	
d. Partage d'informations informel et transfrontalier pour la santé publique	
e. Capacité de partager en temps opportun des informations à travers la frontière	
Note :	0
Note moyenne :	0.00

NOTE GLOBAL : 0.00

Outils et références

1. Pour le Guide de discussion sur la capacité sanitaire à la frontière (Border Health Capacity Discussion Guide) du CDC, veuillez envoyer un e-mail à gbht@cdc.gov
2. [Évaluation rapide de la capacité des points d'entrée \(Rapid Assessment of Point of Entry Capacity, RAPC\) du CDC](#)
3. [Boîte à outils sur la connectivité transfrontalière des populations \(PopCAB Toolkit\) du CDC](#)
4. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6901a3.htm> Tendances de mouvements de population en République Démocratique du Congo, au Rwanda et en Ouganda lors d'une épidémie de maladie à virus Ebola : Résultats de l'engagement communautaire dans deux districts – Ouganda, mars 2019 (Population Movement Patterns Among the Democratic Republic of the Congo, Rwanda, and Uganda During an Outbreak of Ebola Virus Disease: Results from Community Engagement in Two Districts – Uganda, March 2019)
5. [Considérations pour le dépistage sanitaire de la COVID-19 aux points d'entrée \(Considerations for Health Screening for COVID-19 at Points of Entry\) du CDC](#)
6. [Règlement sanitaire international \(2005\) Troisième édition](#)
7. [Outil d'évaluation pour les besoins en capacité de base dans les aéroports, les ports et les points de passage terrestres désignés \(Assessment tool for core capacity requirements at designated airports, ports, and ground crossings\) de l'OMS](#)
8. [Coordination de la surveillance de la santé publique entre les points d'entrée et le système national de surveillance sanitaire : principes directeurs \(Coordination of public health surveillance between points of entry and the national health surveillance system: advising principles\) de l'OMS ; 2ème édition](#)
9. [Manuel pour le renforcement des capacités de santé publique aux points de passage terrestres et la collaboration transfrontalière \(Handbook for public health capacity-building at ground crossing and cross-border collaboration\) de l'OMS, 2020](#)
10. [Contrôle de la propagation de la COVID-19 aux points de passages terrestres, lignes directrices provisoires \(Controlling the spread of COVID-19 at ground crossing, interim guidance\) de l'OMS, 20 mai 2020](#)

Tableau 1 : Outils, sources de données et matériel pour la caractérisation des PE par considérations de priorisation

Discussions

Outils, sources de données et matériel	Caractérisation du PE/C	Nombre de voyageurs	Connectivité aux populations ou lieux prioritaires ou à haut risque	Capacité du personnel et de l'infrastructure du PE/C à prendre en charge des voyageurs malades	Force des systèmes de surveillance de la santé publique	Coordination transfrontalière
Visite du site	✓				✓	
Direction du PE/C	✓					✓
Communauté			✓			
Parties prenantes et partenaires du PE/C						✓

Rapports et documents

Outils, sources de données et matériel	Caractérisation du PE/C	Nombre de voyageurs	Connectivité aux populations ou lieux prioritaires ou à haut risque	Capacité du personnel et de l'infrastructure du PE/C à prendre en charge des voyageurs malades	Force des systèmes de surveillance de la santé publique	Coordination transfrontalière
Plan d'intervention d'urgence en matière de santé publique				✓		
Rapports sur les exercices de simulation				✓		
Rapports de surveillance					✓	
Protocole d'accord						✓
Évaluations du PE/C ^{1,2}	✓	✓		✓	✓	✓
Procédures opérationnelles standard (POS)				✓		✓
Cartes routières				✓		

Données saisies

Outils, sources de données et matériel	Caractérisation du PE/C	Nombre de voyageurs	Connectivité aux populations ou lieux prioritaires ou à haut risque	Capacité du personnel et de l'infrastructure du PE/C à prendre en charge des voyageurs malades	Force des systèmes de surveillance de la santé publique	Coordination transfrontalière
Registres des voyageurs du PE/C		✓				
Données sur la mobilité de la population ³		✓	✓			

Annexe 1 : Description détaillée des facteurs permettant de caractériser le PE/C

1) Caractérisation du PE/C :

- a. Accès au PE/C fait référence à si le PE/C est facilement accessible par les moyens de transport standard du pays ou si le PE/C est plus difficile d'accéder par les moyens de transport standard : accessibilité faible (1), accessibilité moyenne (2) ou accessibilité élevée (3)
- b. Sécurité de la zone fait référence au degré de sécurité du PE/C : sécurisé (1), en quelque sorte non sécurisé (2), non sécurisé (3)
- c. Heures d'ouverture fait référence aux heures normales d'ouverture du PE/C : le PE/C n'est ouvert que les jours de semaine (1) ; le PE/C est ouvert tous les jours pendant des heures spécifiques (2) ; le PE/C est ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (toujours) (3)
- d. Zone désignée pour les entretiens fait référence à si le PE/C dispose d'une zone désignée pour les entretiens avec les voyageurs : le PE/C dispose d'une zone privée pour l'entretien (1) ; le PE/C dispose d'une zone semi-privée pour l'entretien (2) ; il n'y a pas de zone privée pour l'entretien (3)
- e. Connaissance par le personnel des signes de maladie fait référence à la connaissance et à la capacité du personnel à reconnaître les signes de maladie chez les personnes au PE/C : le personnel du PE/C est bien formé pour reconnaître les signes de maladie (1) ; le personnel du PE/C a reçu une certaine formation formelle pour reconnaître les signes de maladie (2) ; le personnel du PE/C n'a pas reçu de formation formelle pour reconnaître les signes de maladie (3)
- f. Présence d'agences fait référence à la présence d'agences non sanitaires (p. ex., les douanes, les autorités aéroportuaires, etc.) au PE/C : toujours présent au PE/C (1), souvent présent au PE/C (2), rarement ou jamais présent au PE/C (3)
- g. Endroit où un responsable de la santé peut travailler et stocker des données fait référence à la capacité d'abriter et de stocker des données de santé : le responsable de la santé dispose d'un bureau privé ou partagé où il peut stocker des données de santé en toute sécurité (1) ; le responsable de la santé dispose d'un bureau partagé avec un espace de stockage des données de santé moins sécurisée (2) ; le responsable de la santé n'a pas d'endroit identifié pour travailler ou stocker des données (3)
- h. Accès à l'internet fait référence à la disponibilité de l'internet au PE/C : l'internet est bon et fiable (1) ; l'internet fonctionne parfois (2) ; l'internet est inexistant ou peu fiable (3)
- i. Présence d'électricité fait référence à la disponibilité de l'électricité au PE/C : l'électricité est bonne et fiable (1) ; l'électricité fonctionne parfois (2) ; l'électricité est inexistante ou peu fiable (3)
- j. Accès aux télécommunications fait référence à la disponibilité des télécommunications au PE/C : les télécommunications sont bonnes et fiables (1) ; les télécommunications fonctionnent parfois (2) ; les télécommunications sont inexistantes ou peu fiables (3)

2) Nombre de voyageurs :

- a. Volume de flux fait référence au nombre de voyageurs au PE/C (entrée et sortie) : faible (1), moyen (2), ou élevé (3)
- b. Fluctuation du nombre de voyages fait référence à la fréquence des fluctuations du nombre des voyageurs (entrées et sorties) et s'il n'y a pas de fluctuations ou si ces fluctuations se produisent de manière saisonnière (p. ex. : saison des pluies ou saison sèche), hebdomadaires (p. ex., le marché local a lieu tous les mercredis) ou quotidiennes (p. ex., déplacements domicile-travail en fonction de l'horaire de travail quotidien) : pas de fluctuations (1), fluctuations saisonnières (1,5), fluctuations hebdomadaires (2), fluctuations quotidiennes (3)
- c. Raison principale du mouvement fait référence à la raison principale du mouvement par le PE/C (entrée et sortie) : économique (1), personnelle (1), ou à la fois économique et personnelle (3)

3) Connectivité aux populations ou lieux prioritaires ou à haut risque :

- a. Facilité de franchissement informel de la frontière à proximité fait référence à la capacité des voyageurs à franchir facilement la frontière en passant par des points de passage informels situés à proximité : difficile (1), quelques difficultés (2), facile (3)
- b. Connectivité transfrontalière fait référence à la connectivité des populations à travers les frontières pour des raisons économiques ou socioculturelles : connectivité faible (1), connectivité moyenne (2), connectivité élevée (3)
- c. Connectivité géographique/de voyage fait référence à la facilité avec laquelle les personnes peuvent traverser la frontière et passer par un PE/C pour se rendre dans les zones prioritaires en utilisant des routes ou des moyens de transport : difficile (1), quelques difficultés (2), facile (3)

4) Capacité du PE/C à prendre en charge les voyageurs malades lorsqu'ils sont détectés :

- a. Personnel disponible pour observer les voyageurs fait référence à la disponibilité du personnel pour observer les personnes se présentant au PE/C : personnel toujours disponible (1) ; personnel parfois disponible (2) ; pas de personnel disponible (3)

- b. Personnel disponible pour examiner les antécédents de voyage fait référence à la disponibilité du personnel pour examiner et inspecter les documents de voyage des personnes se présentant au PE/C : personnel toujours disponible (1) ; personnel parfois disponible (2) ; pas de personnel disponible (3)
- c. Personnel disponible pour saisir les données fait référence à la disponibilité du personnel pour saisir numériquement ou à la main les données de santé publique au PE/C : personnel toujours disponible (1) ; personnel parfois disponible (2) ; pas de personnel disponible (3)
- d. Personnel disponible pour effectuer un dépistage secondaire des voyageurs fait référence à la disponibilité du personnel pour effectuer un dépistage secondaire des personnes au PE/C : personnel toujours disponible (1) ; personnel parfois disponible (2) ; pas de personnel disponible (3)
- e. Personnel supplémentaire/de remplacement disponible fait référence à la capacité de déployer du personnel supplémentaire ou de remplacement au PE/C : le personnel de remplacement est disponible et formé (1) ; le personnel de remplacement est disponible mais pourrait ne pas être entièrement formé (2) ; le personnel de remplacement n'est pas disponible ou n'est pas formé (3)
- f. Accès à un laboratoire fait référence à l'accessibilité d'un laboratoire de référence qui peut traiter les échantillons provenant du PE/C : le laboratoire est proche ou facilement accessible (1) ; le laboratoire est loin ou parfois inaccessible (en raison des routes, de la distance, etc.) (2) ; le laboratoire est inaccessible (3) ; sans objet, il n'y a pas de laboratoire (3).
- g. Accès à un centre de santé de référence fait référence à la capacité d'assurer le transport en temps voulu d'un voyageur malade vers le centre de santé de référence : accès facile (les moyens de transport et les routes nécessaires sont régulièrement disponibles pour atteindre le centre de santé) (1) ; accès limité (les moyens de transport ou les routes ne sont pas régulièrement disponibles) (2) ; pas d'accès (les moyens de transport ou les routes sont rarement disponibles) (3)
- h. Capacité du centre de santé de référence fait référence à la capacité du centre de santé local à aider le PE/C si nécessaire : le centre de santé local a la capacité d'aider au PE/C (1) ; le centre de santé local a une capacité limitée d'aider au PE/C (2) ; le centre de santé local n'a pas de capacité à aider au PE/C (3).
- i. Zone désignée pour l'isolement fait référence à si le PE/C dispose d'une zone désignée pour isoler les personnes soupçonnées d'être malades : le PE/C dispose d'une zone privée désignée adéquate pour isoler les personnes soupçonnées d'être malades (1) ; le PE/C dispose d'une zone semi-privée désignée pour l'isolement, mais elle est mal équipée pour isoler les personnes soupçonnées d'être malades (2) ; le PE/C ne dispose pas de zone désignée pour l'isolement (3)
- j. Niveau d'approvisionnement pour la zone d'isolement fait référence à si le PE/C dispose d'équipements de protection individuelle (EPI) et d'autres équipements pour prendre en charge des voyageurs soupçonnés d'être malades dans la zone d'isolement : le PE/C dispose d'une zone d'isolement entièrement approvisionnée (1) ; le PE/C dispose d'une zone d'isolement semi-approvisionnée (2) ; le PE/C ne dispose d'aucun équipement dans la zone d'isolement (3)

5) Force des systèmes de surveillance de la santé publique :

- a. Type de système de surveillance fait référence à la manière dont le personnel du PE/C saisit les données pour le système de surveillance : le PE/C utilise un système électronique pour saisir les données (1) ; le PE/C utilise une combinaison de système électronique et papier pour saisir les données (2) ; le PE/C utilise uniquement un système papier pour saisir les données (3)
- b. Cohérence de la disponibilité du système fait référence à la régularité de la disponibilité du système de surveillance (le système peut être considéré comme indisponible en cas de problèmes informatiques fréquents ou de manque de formulaires papier si un système de surveillance sur papier est en place) : Le système de surveillance du PE/C est toujours disponible (1) ; le système de surveillance du PE/C est parfois indisponible (2) ; le système de surveillance du PE/C connaît des problèmes fréquents de disponibilité (3)
- c. Système de gestion des données au PE/C fait référence à la manière dont le personnel du PE/C gère les données pour le système de surveillance : le PE/C utilise un système électronique pour gérer les données du PE/C (1) ; le PE/C utilise une combinaison de systèmes électronique et papier pour gérer les données du PE/C (2) ; le PE/C utilise uniquement un système papier pour gérer les données du PE/C (3)
- d. Capacité à rendre compte en temps opportun au niveau infranational fait référence à la rapidité avec laquelle le personnel du PE/C signale un événement de santé publique au niveau infranational, que ce soit par des communications électroniques ou verbales : dans un délai d'un jour (1), entre un et deux jours (2), plus de deux jours (3) ou incohérent (3)
- e. Capacité à rendre compte en temps opportun au niveau central fait référence à la rapidité avec laquelle un rapport du PE/C atteint le niveau central, que les informations soient transmises par un point de contact infranational ou directement par le PE/C : dans un délai d'un jour (1), entre un et deux jours (2), plus de deux jours (3) ou incohérent (3)
- f. Force de la surveillance communautaire à proximité du PE/C fait référence à la force de la surveillance communautaire dans les communautés proches du PE/C : forte surveillance communautaire près du PE/C (1), faible surveillance communautaire près du PE/C (2), aucune surveillance communautaire près du PE/C (3)
- g. Informations partagées avec le PE/C fait référence à si les informations recueillies par le système de surveillance communautaire sont partagées en temps utile avec les PE/C : partage fréquent d'informations entre la surveillance communautaire et le PE/C (1), partage occasionnel d'informations entre la surveillance communautaire et le PE/C (2), partage peu fréquent ou inexistant d'informations entre la surveillance communautaire et le PE/C (3)

6) Coordination transfrontalière :

- a. Protocole d'accord transfrontalier en matière de santé publique en vigueur fait référence à s'il existe un protocole d'accord établissant le partage d'informations sur la santé publique avec des homologues transfrontaliers pertinents pour le PE ou la zone administrative dans laquelle se trouve le PE : il existe un protocole d'accord et il est opérationnel (1) ; il existe un protocole d'accord, mais il n'est pas opérationnel (2) ; inconnu ou aucun protocole d'accord n'est en vigueur (3)
- b. Homologue de santé publique transfrontalier connu dans le pays voisin fait référence à s'il existe un homologue transfrontalier connu dans le pays voisin : les coordonnées du point de contact du PE du pays voisin sont toujours disponibles (1) ; les coordonnées du point de contact du PE du pays voisin ne sont pas systématiquement disponibles (2) ; les coordonnées du point de contact du PE du pays voisin ne sont jamais disponibles (3)
- c. Partage d'informations formel et transfrontalier pour la santé publique fait référence à l'échange formel d'informations sur la santé publique entre les homologues transfrontaliers : il existe un partage formel d'informations de routine entre homologues transfrontaliers (1) ; il y a occasionnellement un partage formel d'informations entre homologues transfrontaliers (2) ; il n'y a pas de partage formel d'informations entre homologues transfrontaliers (3)
- d. Partage d'informations informel et transfrontalier pour la santé publique fait référence à l'échange informel d'informations sur la santé publique entre les homologues transfrontaliers : il existe un partage informel d'informations de routine entre homologues transfrontaliers (1) ; il y a occasionnellement un partage informel d'informations entre homologues transfrontaliers (2) ; il n'y a pas de partage informel d'informations entre homologues transfrontaliers (3)
- e. Capacité de partager en temps opportun des informations à travers la frontière fait référence à la rapidité du partage d'informations avec les homologues de l'autre côté de la frontière : dans un délai d'un jour (1), entre un et deux jours (2), plus de deux jours (3) ou incohérent (3)



www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/migration-border-health



Département américain de la
santé et des services sociaux
Centres pour le contrôle et
la prévention des maladies