**Formation des Équipes d’Intervention Rapide Nationales**

**Exercice pratique basé sur un scénario**

***« Décès inexpliqué d’un célèbre joueur de football »***

**Guide du facilitateur**

VERSION REVISEE LE 14/06/2018

****



Sommaire

**1. Introduction à l’exercice pratique basé sur un scénario** **3**

1.1 Objectifs de l’exercice 3

1.2 Principaux rôles de facilitation 4

1.3 Structure du scénario 5

1.4 Principaux événements et chronologie du scénario 7

1.5 Structure de chaque session 7

1.6 Organisation du travail en groupe 8

1.7 Communication avec les EIR pendant l’exercice 8

**2. Scénario et guide détaillé** **9**

Contexte du pays 9

Session C1 14

Session C2 20

Session C3 33

Session C4 36

Session C5 37

Session C6 44

Session C7 46

Conclusions 48

|  |
| --- |
| **Clause de non-responsabilité**  **WHO Health Security Learning Platform - Training Materials**  **Plateforme d’Apprentissage de l'OMS sur la Sécurité Sanitaire - Matériel de formation**  Ces matériels de formation de l'OMS sont © Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2018. Tous droits réservés.  Votre utilisation de ces matériels est soumise aux conditions d’utilisation de la "Plate-forme d'Apprentissage de la Sécurité Sanitaire de l’OMS, Matériel de Formation", que vous avez acceptés lors du téléchargement et qui sont disponibles sur la Plateforme d'Apprentissage de la Sécurité Sanitaire: <https://extranet.who.int/hslp>  Si vous adaptez, modifiez, traduisez ou révisez de toute autre manière le contenu de ces documents, vous n'impliquerez pas que l'OMS soit affiliée à de telles modifications et n'utiliserez pas le nom ou l'emblème de l'OMS dans ces documents modifiés.  En outre, nous vous invitons à informer l'OMS de toute modification de ces documents que vous utilisez publiquement, à des fins d'archivage et de développement continu, en envoyant un courrier électronique à l'adresse suivante: [ihrhrt@who.int](mailto:ihrhrt@who.int) |

**1. Introduction à l’exercice pratique basé sur un scénario**

**1.1 Objectifs de l’exercice**

Cet exercice, qui repose sur un scénario progressif, avec une série de nouvelles informations injectées à chaque étape, a pour but de permettre aux équipes d’intervention rapide (EIR) et à leurs membres de mettre en pratique et de démontrer les connaissances et les compétences nécessaires pour détecter une épidémie potentielle de maladie à virus Ebola (MVE) et y réagir efficacement.

Le scénario illustre la détection d’un cas potentiel de MVE dans un pays imaginaire d’Afrique de l’Ouest (le Matulidji) ; toutes les informations fournies sont fictives et ont été créées à des fins pédagogiques.

Cet exercice pratique basé sur un scénario constitue l’unité d’apprentissage C du paquet de formation. Il doit être conduit une fois que les participants/EIR ont acquis les connaissances et les compétences nécessaires sur les différents thèmes abordés dans la composante didactique de la formation des EIR (unités d’apprentissage A et B) listés ci-dessous :

**Unité d’apprentissage A**

A1. Sécurité sanitaire, RSI et SIMR

A2. Équipes d’Intervention Rapide : fonctionnement et coordination

A3. Déploiement et à la logistique

A4. Livrables clé de l’EIR

A5. Santé et sécurité de base au travail

A6. Centre Opérationnel des Urgences de Santé et Système de Gestion des Incidents

**Unité d’apprentissage B**

B1. Épidémiologie de la MVE

B2. Surveillance épidémiologique

B3. Gestion des données épidémiologiques

B4. Enquête épidémiologique

B5. Evaluation rapide du risque

B6. Prévention et Contrôle des Infections

B7. Prélèvement d’échantillons de laboratoire

B8. Mobilisation sociale et engagement communautaire

B9. Communication du risque

B10. Premiers secours psychologiques

B11. Inhumation digne et sécurisée

La composante didactique et l’exercice pratique basé sur un scénario permettent tous deux aux EIR d’acquérir et de démontrer les connaissances et les compétences nécessaires pour détecter les signes précoces d’une épidémie potentielle de MVE et y réagir rapidement, et plus spécifiquement :

* De préserver leur santé et leur sécurité dans le contexte d’une épidémie de MVE ;
* D’agir comme une équipe multidisciplinaire fonctionnelle à la demande des autorités de santé publique concernées ;
* De procéder à une rapide évaluation des risques pour évaluer l’épidémie de MVE et déterminer si elle représente ou non une menace pour la santé publique ;
* D’optimiser les activités de surveillance et gérer adéquatement les données de surveillance dans le contexte d’une épidémie de MVE ;
* De mener une enquête épidémiologique sur le cas suspect de MVE pour confirmer ou réfuter l’existence d’une épidémie de MVE ;
* De mettre en œuvre les mesures appropriées de prévention et de contrôle des infections ;
* De procéder en toute sécurité au prélèvement d’un échantillon sur le cas suspect de MVE ;
* De rechercher activement les cas et contacts afin de lutter efficacement contre une épidémie potentielle de MVE ;
* D’informer les communautés et collaborer avec elles dans le contexte d’une épidémie de MVE ;
* De procéder à l’inhumation digne et sécurisée des patients morts de la MVE.

*Remarque : La mise en œuvre de cet exercice pratique basé sur un scénario* *de la manière décrite dans ce guide nécessite du temps (de 2 à 3 jours) ainsi que d’importantes ressources (humaines, matérielles, logistiques et financières). Cependant, si* *les ressources sont limitées, ce scénario (tel quel ou adapté) peut être utilisé pour effectuer un exercice sur table.*

**1.2 Principaux rôles de facilitation**

La mise en œuvre de cet exercice pratique basé sur un scénario requiert dans l’idéal de désigner un Coordinateur de l’exercice et d’attribuer des fonctions spécifiques à certains membres de l’équipe de facilitation (essentiellement des coachs d’équipe et des évaluateurs d’équipe) ainsi que des rôles spécifiques aux autres, définis dans le scénario et basés sur des scripts. Les fonctions et rôles principaux peuvent être définis comme suit :

**Coordinateur de l’exercice :** Il a la responsabilité de guider l’équipe de facilitation et les participants tout au long de l’exercice, notamment de :

* Présenter les objectifs et la chronologie de l’exercice pratique basé sur un scénario ;
* S’assurer que tous les arrangements logistiques sont en place avant de démarrer une étape (décor de la pièce, équipement, photocopies) ;
* Veiller à ce que les rôles à jouer pendant l’exercice pratique basé sur un scénario soient tous attribués à un membre de l’équipe de facilitation et à ce que ceux ayant un rôle à jouer aient une copie de leur script ;
* Fournir à chaque étape des instructions claires aux participants et clarifier les résultats attendus des EIR ;
* Répondre à toute demande d’informations supplémentaires qui ne seraient pas présentes dans le scénario ;
* Faciliter/coordonner des sessions de débriefing en plénière après chaque étape.

**Coach d’équipe :** Un coach d’équipe sera affecté à chaque EIR. Le coach d’équipe suivra l’EIR tout au long de la formation. Pendant l’exercice pratique basé sur un scénario, le coach peut répondre aux éventuelles questions, fournir des clarifications ou des conseils basiques, sur demande ou sur la base de l’observation.

Le coach d’équipe fournira des conseils basiques pendant la session de brainstorming ; il s’assurera de l’orientation de la discussion sans interférer avec celle-ci et avec la façon de penser des participants.

Le coach d’équipe veillera à ce que les participants arrivent aux résultats attendus.

Une description plus spécifique du rôle du coach d’équipe pourra être fournie au besoin pour chaque session.

**Évaluateur d’équipe :** À chaque session, il sera demandé à l’EIR d’accomplir un certain nombre de tâches et de démontrer des compétences spécifiques. Un ou plusieurs évaluateurs d’équipe seront affectés à chaque EIR. Ils seront chargés d’évaluer dans quelle mesure les tâches ont été accomplies et les compétences démontrées. Des grilles d’évaluation seront fournies aux évaluateurs d’équipe pour chaque session de l’exercice de simulation. L’échelle d’évaluation va de « 0 » (= non démontré) à « 2 » (= pleinement démontré), « 1 » représentant la moyenne (= partiellement démontré). Si une tâche particulière n’a pas été observée par un évaluateur, celui-ci indiquera « non observé » dans la zone de commentaires. À la fin de chaque session, l’évaluateur prendra 5 minutes pour effectuer un compte-rendu de ses observations à l’EIR et résumer les forces et faiblesses observées concernant les performances de l’équipe.

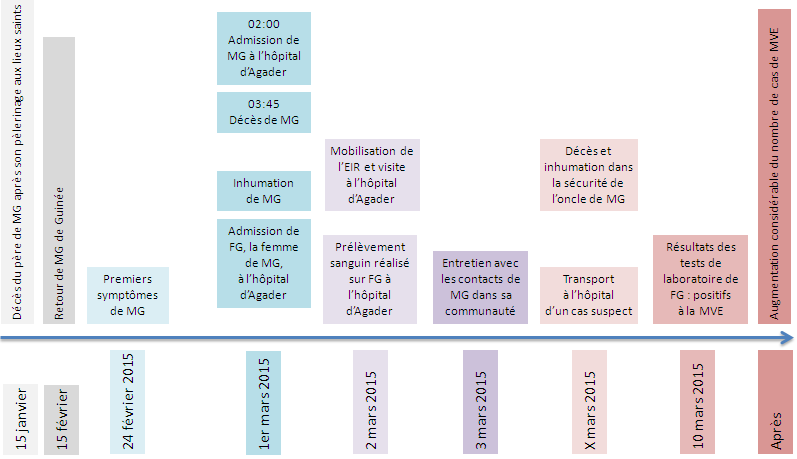
**Acteur :** Tous les membres de l’équipe de facilitation pourront se voir confier différents « rôles » pendant l’exercice de simulation, basés sur des scripts. Les acteurs devront utiliser les informations fournies dans les scripts pour répondre aux questions des EIR. Ils ne devront pas inventer de nouvelles informations ou de nouveaux développements par rapport au scénario. Il pourra être demandé aux membres de l’équipe ayant joué un rôle d’émettre des observations pendant les sessions de débriefing en session plénière.

**1.3 Structure du scénario**

L’exercice pratique basé sur un scénario est structuré autour de 8 sessions couvrant les fonctions clés de l’EIR. Chaque session permet aux participants de mettre en pratique ce qu’ils ont appris dans le cadre de la composante didactique (unités d’apprentissage A et B), comme indiqué ci-dessous :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° de session | Titre de la session | Résumé de la session  (Exercice pratique basé sur un scénario) | Modules associés (composantes didactiques A et B) |
| C1 | EIR mobilisée | Les médias (télévision) transmettent une information sur le décès inexpliqué d’un célèbre joueur de football, Mohammed Gaber (MG), à l’hôpital d’Emrod. Des rumeurs commencent à se répandre dans les réseaux sociaux, et les responsables de l’hôpital sont accusés de ne pas mettre en œuvre suffisamment d’efforts pour limiter le risque d’infection nosocomiale, qui pourrait être la cause du décès de Mohammed Gaber (MG). MG est inhumé dans la matinée, et le jour suivant, sa femme, Mme Fatma Gaber (FG), est admise à l’hôpital avec de la fièvre et des diarrhées. Les causes potentielles du décès de MG sont envisagées et certaines rejetées (intoxication alimentaire, Mers-CoV, peste aviaire). Le Dr. Zaher, coordinateur du COUS/gestionnaire d’Incidents, décide de mobiliser une EIR afin qu’elle entame une enquête sur ce décès inexpliqué et prenne les mesures de contrôle initiales. | A2 EIR  A3 Déploiement  A4 Livrables de l’EIR  B1 Épidémiologie  B2 Surveillance  B4 Enquête épidémiologique  B6 PCI  B8 Engagement communautaire  B9 Communication |
| C2 | À l’hôpital d’Emrod : entretiens avec le personnel médical | L’EIR se rend à l’hôpital, où elle rencontre et interviewe le directeur et le personnel médical concerné. | A2 EIR  B1 Épidémiologie  B2 Surveillance  B5 Evaluation du risque  B6 PCI  B9 Communication |
| C3 | À l’hôpital d’Emrod : entretien avec la patiente | L’EIR interroge également la patiente Fatma Gaber, identifie les contacts potentiels de Mohammed Gaber et effectue un prélèvement sanguin sur Fatma Gaber pour le faire analyser par le laboratoire de référence. | A2 EIR  B1 Épidémiologie  B2 Surveillance  B5 Evaluation du risque  B6 PCI  B7 Laboratoire  B9 Communication |
| C4 | Communication et engagement communautaire | Les résultats de test du prélèvement de Fatma Gaber s’avèrent positifs pour la MVE. L’EIR se prépare à impliquer la communauté, afin qu’elle devienne partie à la solution. Elle va rencontrer et écouter le leader communautaire, se renseigner sur le fonctionnement social et les traditions, les préoccupations de la population.  Elle va élaborer des messages - basés sur les connaissances techniques de l’équipe et les informations dont elle dispose sur la communauté - pour informer les individus dans des termes clairs et pratiques des moyens par lesquels ils peuvent limiter les risques de contracter la MVE et soutenir les membres de leur famille et de leur communauté dans la sécurité et avec humanité. | A2 EIR  B4 Evaluation du risque  B8 Engagement communautaire  B9 Communication  B10 PSP |
| C5 | Recherche des contacts | En se basant sur les contacts listés lors des sessions C1 et C2, l’EIR va initier une surveillance des contacts. Pendant cette procédure, l’EIR sera confrontée à des situations complexes. Au même moment, l’EIR déterminera la composition et les besoins d’une équipe locale de recherche de contacts. | A2 EIR  A3 Déploiement  B2 Surveillance  B5 Evaluation du risque  B8 Engagement communautaire  B9 Communication  B10 PSP |
| C6 | Inhumation digne et sécurisée | Soudain, l’oncle de Mohammed Gaber, qui a aidé à organiser l’inhumation et les funérailles de celui-ci, décède de causes inexpliquées. L’EIR se voit confier la mission de prendre les dispositions nécessaires avec la famille et de procéder à une inhumation digne et sécurisée. | B5 Evaluation rapide du risque  B8 Engagement communautaire  B9 Com. des risques  B10 PSP  B11 Inhumation |
| C7 | Rapport d’investigation | Le nombre de cas de MVE commence alors à exploser au Matulidji. Le Dr. Zaher demande à l’EIR de soumettre un rapport d’investigation complet incluant leurs résultats, conclusions et recommandations. | A2 EIR  B2 Surveillance  B5 Evaluation du risque  B7 Laboratoire  B8 Engagement communautaire  B9 Communication  B10 PSP |

**1.4 Principaux événements et chronologie du scénario**



**1.5 Structure de chaque session**

En plus d’informations détaillées sur le contexte du pays, l’équipe de facilitation trouvera dans ce guide les informations et les conseils nécessaires pour assurer le déroulement de chaque session. Chaque session est organisée comme suit :

1. **Présentation de la session :** tableau fournissant une brève description des différentes étapes de la session, indiquant sa chronologie, les actions qui se dérouleront et les informations à fournir, ainsi que les ressources matérielles, logistiques et humaines nécessaires.
2. **Guide de facilitation étape par étape :** instructions détaillées sur la manière de faciliter la session, incluant les informations et instructions complètes à fournir aux participants, ainsi que les résultats attendus.
3. **Remarques supplémentaires pour assurer le bon déroulement de la session :** clarifications et conseils utiles pour aider à la facilitation.
4. **Remarques à l’intention des facilitateurs concernant le compte-rendu en session plénière :** éléments techniques

Evaluation des sessions : un document Excel contenant une grille d’évaluation pour chaque session est fourni séparément.

Débriefing en session plénière : une présentation PowerPoint avec le contenu technique détaillé répondant aux questions sur la session est fourni séparément.

*Remarque : Le guide du participant pour cet exercice se compose de 2 documents :*

*Le 1er (Guide du participant) inclut les informations et instructions à fournir aux participants, ainsi que les documents de référence et les résultats attendus pour chaque session ; le 2nd (Guide du participant – Annexes) inclut tous les formulaires, listes de vérification, fax, etc., à imprimer et à remettre aux participants.*

**1.6 Organisation du travail en groupe**

* Les participants travailleront en groups de 6/7 (1 groupe = 1 EIR).
* Chaque groupe doit désigner un chef de groupe, un porte-parole et un chronométreur.
* Les formateurs d’équipe fourniront des conseils basiques aux groupes.

**1.7 Communication avec les EIR pendant l’exercice pratique basé sur un scénario**

Pendant cet exercice pratique basé sur un scénario, il convient que l’équipe organisatrice utilise des modes/technologies de communication variés pour communiquer avec les EIR, comme en situation réelle (e-mails, appels téléphoniques, Skype, fax, etc.).

Une grille incluant les noms et rôles des principaux acteurs du scénario est fournie dans ce paquet de formation, qui indique également les adresses e-mail et/ou numéros de téléphone de ces principaux acteurs. Les organisateurs de la formation sont encouragés à créer des comptes e-mail pour les acteurs clés du scénario ainsi que pour chaque EIR, puis à compléter cette grille qui sera communiquée à l’équipe de facilitation (chaque EIR doit recevoir uniquement sa propre adresse e-mail et son propre mot de passe).

Il est crucial que les membres de l’équipe de facilitation jouant les rôles des principaux acteurs du scénario gèrent leurs boîtes de messagerie électronique et accusent rapidement réception des messages/rapports envoyés par les EIR.

**2. Scénario et guide détaillé**

**Contexte du pays**

Le Matulidji est situé sur la côte ouest de l’Afrique. Il a des frontières communes avec le Monogo à l’est, le Barry à l’ouest et le Bamboka au nord, et est bordé par l’océan au sud. Le pays est situé à 6 degrés 30 minutes de latitude nord et à 0 degré 20 minutes de longitude est. Sa côte s’étend sur 539 km. Le pays a une superficie totale de 238 540 km2 et une superficie continentale de 230 020 km2.

La capitale du Matulidji, Emrod, est également la ville présentant la plus forte densité de population du pays. L’aéroport national est situé en banlieue de la capitale. La deuxième ville du pays, Tomogo, est située sur la côte sud.

Figure 1 : Carte du Matulidji



Bahria

**Matulidji**

**Emrod**

**Climat**

Le Matulidji est un pays au climat tropical. Le littoral présente un climat chaud et modérément sec. Au Sud-Ouest, le climat est chaud et humide ; au Nord, il est chaud et sec. Au Sud du Matulidji, il existe 2 saisons des pluies distinctes : mai-juin et août-septembre. Au Nord, ces deux saisons tendent à se confondre. En janvier-février, le pays est balayé par un vent sec en provenance du Nord-Est. Dans la région côtière, les précipitations annuelles atteignent une moyenne de 83 cm. La saison des pluies est difficile pour de nombreuses personnes. Les fortes précipitations peuvent plonger diverses parties du pays dans l’obscurité en raison de coupures d’électricité. Les villages et les petites villes sont alors totalement isolés et inaccessibles, le réseau de transports étant affecté.

**Population**

Le Matulidji compte environ 30 500 420 habitants (selon le Recensement de la population et de l’habitat de 2010) et présente une densité de population moyenne de 102 habitants par km2 (variant de 1 205 hab/km2 dans la région centrale à 35 hab/km2 dans les régions frontalières). Le ratio hommes/femmes est de 1,2. Environ 75 % des Matulidjiens sont âgés de moins de 25 ans, et seulement 3 % de plus de 65 ans, ce qui fait de la population du pays l’une des plus jeunes au monde. Il existe plus de cent groupes ethnolinguistiques, certains dotés de leur propre système politique et judiciaire. Les langues officielles sont l’anglais et l’arabe. Les principales religions représentées au Matulidji sont le Christianisme, l’Islam et les religions africaines traditionnelles. Le pays est divisé en 9 régions administratives et 150 districts décentralisés. Le Matulidji est une démocratie présidentielle avec un parlement élu et un pouvoir judiciaire indépendant.

**Économie**

L’économie du Matulidji est dominée par le secteur agricole, qui regroupe 55,8 % de la population active adulte. Cette économie repose également sur un petit secteur minier capitalistique et un secteur informel en pleine croissance (petits commerçants et artisans, techniciens et hommes d’affaires).

Ces dernières années, le Matulidji a commencé à se faire une place dans le commerce international. Il existe un important trafic avec les pays frontaliers, ainsi qu’avec les continents plus ou moins éloignés. Environ 30 vols atterrissent chaque jour au Matulidji International Airport, transportant 4 000 - 10 000 passagers et 100 000 tonnes de marchandises. Les passages des frontières aériennes, terrestres et maritimes sont également fréquents, avec environ 57 points d’entrée autorisés utilisés quotidiennement. En raison de son économie, le Matulidji attire de plus en plus de travailleurs migrants.

**Santé**

L’espérance de vie au Matulidji est estimée à 66 ans pour les hommes et 77 ans pour les femmes. Le taux d’alphabétisation des adultes (personnes âgées de 15 ans et plus) est de 65 %. La mission du ministère de la Santé est de contribuer au développement et à la richesse socio-économiques, en promouvant la santé et la vitalité, en garantissant l’accès à des services de santé, des services à la population et des services de nutrition de qualité à l’ensemble de la population du pays, et en encourageant le développement du secteur de la santé local. Sa mission sanitaire va au-delà des soins cliniques et s’attache à d’autres facteurs socio-économiques déterminants pour la santé.

Le bien-être des Matulidjiens est largement affecté par les mauvaises conditions environnementales dans lesquelles ils vivent, travaillent et étudient. L’une des plus graves menaces à la santé publique est la mauvaise qualité de l’air, de l’eau et des sols, due à l’élimination inadéquate des déchets, aux émissions de gaz dangereux par les usines et véhicules et aux fumées résultant de l’incinération des déchets et des feux de brousse.

L’infrastructure matulidjienne de gestion des déchets n’a pas évolué au rythme de la croissance de la population. Seulement un tiers des déchets produits dans les centres urbains sont collectés, le reste contribuant ainsi à la pollution environnementale. L’accès à l’eau potable est également un problème. Moins de la moitié de la population matulidjienne en bénéficie. Le reste de la population consomme l’eau des cours d’eau, qui est souvent contaminée par des substances organiques et inorganiques. La situation est plus prononcée dans les communautés situées à proximité d’exploitations minières, dans lesquelles des substances telles que du cyanure polluent l’eau en se répandant. Ainsi, en raison de la mauvaise hygiène de vie et des conditions environnementales défavorables, les taux de morbidité et de mortalité sont élevés.

Le Matulidji, comme les autres pays en voie de développement, peut être décrit comme en phase de transition épidémiologique, laquelle se caractérise par un taux de morbidité élevé des maladies infectieuses (transmissibles), une incidence croissante des maladies non transmissibles, une diminution lente mais progressive de la mortalité infantile et un vieillissement croissant de la population. Bien que le paludisme représente environ 30 à 40 % des consultations externes et environ 20 % des décès, le Matulidji est sujet aux maladies épidémiques, qui demeurent un problème de santé publique. Les fréquentes épidémies de choléra, de méningite cérébrospinale et de fièvre jaune constituent chaque année des causes majeures de décès et de handicap. Parmi les autres maladies émergentes présentant un risque d’épidémie qui menacent gravement la santé publique, on peut notamment citer le SRAG (2003), la grippe aviaire (2005-2006), la grippe H1N1 pandémique (2009-2010), la fièvre de la Vallée du Rift (2012), ainsi que la maladie à virus Ebola, dont la prévalence est actuellement en évolution.

Le système de santé matulidjien est confronté à de nombreuses difficultés. Il existe tout d’abord des difficultés en matière de direction et de gouvernance, notamment : une mauvaise direction et une mauvaise gestion de la santé publique ; des législations sanitaires inadéquates et mal appliquées ; une participation limitée de la communauté à la planification, à la gestion et à la surveillance des services de santé ; une faible action intersectorielle ; des iniquités horizontales et verticales dans les systèmes de santé ; une allocation et une utilisation inefficaces des ressources ; des systèmes d’information et de recherche sanitaires nationaux déficients.

De plus, le pays manque considérablement de professionnels de la santé. Ce problème a été exacerbé par les iniquités dans la répartition de la main d’œuvre et la fuite des cerveaux. Ainsi, la réalisation d’interventions de santé publique efficaces auprès des personnes dans le besoin est compromise, en particulier dans les zones rurales. L’accès à des soins médicaux de qualité est difficile pour la plus grande partie de la population matulidjienne. Le coût de ces soins médicaux constitue un autre facteur aggravant de ce problème d’accès. On estime que plus de 70 % des Matulidjiens s’appuient sur la médecine traditionnelle pour traiter les maladies aussi bien transmissibles que non transmissibles. Les herboristes sont supposés s’enregistrer auprès du Conseil national des chefs et des anciens du Matulidji afin d’exercer et d’ouvrir une clinique, mais beaucoup ne le sont pas.

**Organigramme du ministère matulidjien de la Santé**

****

**Service central des maladies transmissibles**

**Culture, croyances et pratiques**

La famille matulidjienne présente une structure élargie. Il n’est pas rare qu’un foyer soit composé de 30 ou 40 membres. Les décisions concernant les questions familiales importantes reviennent aux anciens de sexe masculin (grand-père, fils aîné), tandis que les décisions relatives aux soins et les décisions domestiques quotidiennes reviennent aux mères et grands-mères. La prise du repas en commun est la norme, même lorsque quelqu’un est malade. Si un membre de la famille est malade, c’est sa parente la plus proche qui assure sa prise en charge (la mère pour les enfants et le mari, la sœur ou la mère pour les femmes).

Comme dans la plupart des pays de la région, les Matulidjiens attachent une grande importance à l’inhumation de leurs défunts (« ce N’EST PAS un cadavre, mais le corps d’une personne décédée »). Lorsqu’une personne décède, son corps est soigneusement lavé et habillé de ses vêtements préférés. La préparation du défunt est fonction de son sexe (les hommes lavent les hommes et les femmes lavent les femmes), sauf pour les enfants qui peuvent être lavés par des adultes des deux sexes. Le défunt est ensuite allongé dans un lit et placé à l’extérieur ou dans un grand salon, à la vue des parents et des membres de la communauté. Souvent, ceux-ci serrent le mort dans leurs bras et l’embrassent pour témoigner de leur amour. Après plusieurs jours, le mort est placé dans un cercueil ou un tapis avec des biens personnels afin d’être inhumé. Les personnes qui participant à l’inhumation se lavent les mains ensemble.

Dans différentes parties du pays, après que le défunt ait été lavé par un membre de la famille, il est habillé de vêtements propres selon les rituels religieux spécifiques, et transporté sur les épaules jusqu’à sa tombe, où ses parents et amis partagent des prières et échangent des condoléances.

|  |
| --- |
| **Introduction à l’exercice pratique (15’)** |

**A. Plan de la session**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etape** | **Durée** | **Actions/nouvelles informations** | **Logistique** | **Besoins en RH (jeux de rôle)** |
| **1** | **15’** | - Distribuer aux participants le contexte du pays et du temps pour le lire (de préférence avant de lancer l’exercice)  Pour lancer l’exercice :  - Introduire le scenario et expliquer comment les participants seront groupés, comme s’ils constituaient une EIR  - Passez la présentation C1.5\_MVE\_context | - PPT C1.5\_MVE\_ context  - Laptop, projecteur, écran, système de son  - C2.1 Guide du participant (la partie context seulement) |  |

|  |
| --- |
| **C1 EIR mobilisée (1h30 - 2h)** |

**A. Présentation de la session**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Durée** | **Actions/Nouvelles informations** | **Besoins logistiques** | **Besoins en RH** **(jeux de rôles)** |
| **1** | **5 min** | Projeter la vidéo exposant la nouvelle-choc. | Vidéo « nouvelle-choc » |  |
| **2** | **5 min** | Fournir aux participants les instruc­tions/ objec­tifs/ré­fé­rences pour la session C2. | Instructions/Objectifs/Ré­fé­ren­ces pour la session C2 |  |
| **3** | **15 min** | **Nouvelle information 1.** Appel téléphonique du Directeur de l’hôpital à l’EIR : la « nouvelle-choc » est fausse. | - Téléphones  - Notes de la nouvelle information 1 | Directeur de l’hôpital |
| **4** | **15 min** | **Nouvelle information 2.** Appel téléphonique du directeur du service des Maladies transmissibles du district : une intoxication alimentaire est suspectée. | - Téléphones  - Notes de la nouvelle information 2 | Directeur du service des Maladies transmissibles du district |
| **5** | **15 min** | **Nouvelle information 3.** Rapport FAX envoyé par le responsable de l’hôpital à l’EIR. | Rapport FAX de la nouvelle information 3 |  |
| **6** | **15 min** | **Nouvelle information 4.** Appel téléphonique du directeur du service des Maladies transmissibles du district : MERS-CoV/ MVE suspectés. | - Téléphones  - Notes de la nouvelle information 4 | Directeur du service des Maladies transmissibles du district |
| **7** | **1h20** | Travail en groupe |  |  |

**B. Guide de facilitation étape par étape**

***1. Informations à fournir aux participants***

Le texte contenu dans l’encadré ci-dessous est la transcription de la vidéo : C1.4\_SBSE\_breaking\_news\_fr.mp4

|  |
| --- |
| **Nouvelle-choc : décès d’un célèbre joueur de football à l’hôpital général**  1er mars 2015, débat télévisé de 21h  Le journaliste : « *Mohamed Gaber, capitaine de l’équipe de football nationale, est décédé ce matin suite à une nouvelle négligence hospitalière. Il avait 25 ans et était en parfaite santé. Il avait été admis à l’hôpital d’Emrod il y a 4 jours, et nous sommes aujourd’hui affligés par sa disparition. Nous ne pouvons pas nous empêcher de penser que quelque chose d’anormal s’est passé à l’hôpital. Il a dû y contracter une infection qui a aggravé son état de santé et entraîné son décès. À notre époque, il est insensé qu’un jeune homme en parfaite santé meure d’une diarrhée !*  *Toute la nation est en deuil. Nous espérons que le ministre de la Santé enquêtera sur les circonstances de cette tragédie. Une autre personne est déjà décédée dans le même hôpital la semaine dernière. Il était père de 2 enfants en bas âge. Il est impératif que l’hôpital soit fermé ou que des mesures soient prises. Une action positive s’impose. »* |

***2. Instructions aux participants, résultats attendus de la session et références***

***Instructions***

En réaction aux rumeurs véhiculées par les médias, le Dr. Zaher, coordinateur du COUS/gestionnaire d’Incidents, vous a demandé d’enquêter afin de confirmer ou de réfuter leur bien-fondé et de prendre les mesures de contrôle initiales nécessaires, ainsi que d’adapter vos plans en fonction des informations recueillies. Il souhaite également que vous lui soumettiez chaque jour un rapport de situation (SITREP).

**Question à régler : Qui allez-vous contacter pour obtenir plus d’informations ?**

***Résultats attendus***

* Définition de la composition de l’EIR ainsi que des rôles des différents membres.
* Élaboration du plan d’action de l’EIR (actions à entreprendre).
* Mise au point d’une liste de vérification logistique.
* Rapport de situation (SITREP) destiné au coordinateur du COUS/gestionnaire d’Incidents, en utilisant le modèle fourni à l’Annexe 1 ci-dessous.

**Session C1 – Annexe 1 : Modèle de rapport de situation (SITREP)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date/heure** |  |
| **Lieux/Zones affectées** |  |
| **Résumé** |  |
| **Situation épidémiologique** |  |
| **Actions engagées** |  |
| **Contacts et coordination** |  |
| **Défis/obstacles** |  |
| **Actions recommandées** |  |

***Références***

* OMS, Foodborne disease outbreak, Guideline for investigation and control [en anglais] <http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/outbreak_guidelines.pdf>
* Outbreak Investigation Team Roles and Responsibilities. Communicable Disease Outbreak Manual. New Jersey’s Public Health Response [en anglais]

<http://njlmn2.rutgers.edu/sites/default/files/Appendix_F1_Outbreak_Investigation_Team.pdf>

* VERSION PROVISOIRE 1.1 Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation, OMS/HSE/PED/CED/05.2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130161/1/WHO\_HSE\_PED\_CED\_2014.05\_fre.pdf?ua=1

***3. Nouvelle information 1 : la « nouvelle-choc » est fausse***

Appel téléphonique du Directeur de l’hôpital à l’EIR : il affirme que la « nouvelle-choc » est fausse.

Jeu de rôles : un facilitateur joue le rôle du Directeur de l’hôpital ; un autre facilitateur appelle l’EIR pour qu’elle prenne l’appel.

**Script du Directeur** **de l’hôpital :**

|  |
| --- |
| *« Les informations données par le journaliste sont fausses. Le patient n’a pas été admis à l’hôpital il y a 4 jours. Le 24 février, il se plaignait d’une fièvre supérieure à 38 °C et de diarrhées. Le pharmacien local lui a prescrit du métronidazole et un antipyrétique. Aujourd’hui, 1er mars, à 2h du matin, il est arrivé aux urgences dans le coma. Nous avons essayé de le ranimer, mais sans succès. Son décès a été confirmé plus tard dans la nuit, à 3h45.*  *Je vais vous faxer une copie du rapport des urgences.*  *À propos, sa femme a été admise aujourd’hui à l’hôpital ; elle souffre de déshydratation. »* |

***4. Nouvelle information 2 : une intoxication alimentaire et une maladie zoonotique sont suspectées***

L’EIR reçoit un appel téléphonique du directeur du service des Maladies transmissibles : il déclare qu’une intoxication alimentaire et une maladie zoonotique sont suspectées.

Jeu de rôles : un facilitateur joue le rôle du directeur du service des Maladies transmissibles ; un autre facilitateur appelle l’EIR pour qu’elle prenne l’appel.

**Script du directeur du service des Maladies transmissibles :**

|  |
| --- |
| *« Une équipe du service local des Maladies transmissibles a été chargée d’enquêter sur ce cas. La femme de Mohamed Gaber leur a expliqué qu’elle s’est rendue hier dans un restaurant situé sur le marché local pour acheter à manger. Elle a donné cette nourriture à manger à son mari, qui était déjà malade depuis 4 jours. Il n’avait pas d’appétit et elle a mangé le reste de cette nourriture. Pendant la nuit, l’état de santé de son mari s’est aggravé et il a été transféré à l’hôpital. Elle a elle aussi commencer à se sentir fiévreuse et à avoir la diarrhée.*  *Une équipe d’enquête se rendra demain matin au domicile du couple pour prélever un échantillon de nourriture, ainsi qu’au restaurant pour contrôler l’innocuité des aliments et la décontamination environnementale.*  *Je vous tiendrai informés.*  *Parallèlement, j’ai reçu un appel de l’Office vétérinaire matulidjien concernant une enquête en cours suite à une plainte ; un nombre inhabituel de poulets seraient morts dans le quartier de M. Gaber depuis la semaine dernière. Des équipes des services sanitaires et vétérinaires du district ont été envoyées sur les lieux. (Nous suspectons une peste aviaire, mais nous attendons les résultats.) »* |

***5. Nouvelle information 3 : le responsable de l’hôpital envoie le rapport des urgences***

**Session C1 – Annexe 2 : Rapport des urgences**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hôpital general d’Emrod**  **22 rue Rouge, Emrod,**  **Matulidji** | **FAX** |
| **À** | **De** |
| **Fax** | **Pages** |
| **Tél.** | **Date** |
| **RE : Rapport des urgences** | |
| Le dimanche 1ermars à 02:00, M. Mohamed Gaber, joueur de football âgé de 25 ans, a été présenté au service des urgences de l’hôpital. Il était fiévreux et souffrait de pertes de connaissance. Avant l’examen, il s’est évanoui ; la RCR a été pratiquée pendant 30 minutes, sans succès. Son décès a été prononcé à 03:45.  **Histoire de la maladie :** Les premiers symptômes sont apparus il y a 4 jours : fièvre, diarrhée (plus de 10 selles par jour) et douleurs abdominales. Du métronidazole et un antipyrétique ont été prescrits au patient par le pharmacien local. Le patient a progressivement perdu l’appétit, jusqu’à refuser de manger et de boire. Ce matin, son état de santé s’est détérioré et il a perdu connaissance.  **Antécédents personnels :** aucun  **Allergies :** aucune  **Antécédents familiaux :** diabète sucré  **Traitement concomitant :** aucun  **Examen :**  **Signes vitaux :**   * Pouls : 120 battements/min * PA : 60/40 mm Hg * Temp. : 38,9 °C * Fréquence resp. : 30 cycles/min   **GÉNÉRAL :** Le patient est déshydraté, il est pâle et présente une détresse aigüe. Le patient est inconscient et désorienté.  **TÊTE :** La langue est sèche et déshydratée. Les pupilles sont égales, rondes et réactives. Aucune teinte jaune, aucune boursouflure et aucun œdème n’ont été remarqués. Narines dilatées.  **COU :** Souple avec amplitude articulaire complète. Pas de rigidité ni de spasmes.  **POITRINE :** Rétraction intercostale.  **POUMONS :** Dégagés à l’auscultation.  **CŒUR :** Tachycardie avec rythme régulier. Aucun souffle.  **ABDOMEN :** Distendu, sensible avec bruits intestinaux exagérés. Hépatosplénomégalie.  **EXTREMITÉS :** Normales.  **PEAU :** Pétéchies observées.  **Résultats des analyses de laboratoire :** Non obtenus.  **Diagnostic :** La cause du décès est une grave déshydratation. Une intoxication alimentaire infectieuse est suggérée. | |

***6. Nouvelle information 4 : MERS-CoV / MVE suspectés.***

L’EIR reçoit un appel téléphonique du directeur du service des Maladies transmissibles du district :

Jeu de rôles : un facilitateur joue le rôle du directeur du service des Maladies transmissibles ; un autre facilitateur appelle l’EIR pour qu’elle prenne l’appel.

**Script du directeur du service des Maladies transmissibles :**

|  |
| --- |
| *« Lorsque l’équipe d’enquête locale s’est rendue au domicile du défunt pour prélever un échantillon de nourriture, il n’en restait pas.*  *Ils ont discuté avec quelques voisins, qui leur ont dit que la famille était en deuil depuis le décès du père le mois dernier après son retour des lieux saints. Selon l’un des voisins, « C’était un vieil homme généreux. Il a attrapé la grippe lorsqu’il était en terre sainte pour faire son Omra et il est mort une semaine plus tard. À son retour, les docteurs ont dit qu’il avait une pneumonie et que vu son âge, il risquait d’en mourir. » Le voisin n’arrivait pas à croire à la mort de son fils si jeune et si athlétique. Il venait à peine de rentrer de Guinée, où il avait contribué à la victoire par 4 buts à 2 de son équipe contre une équipe de football guinéenne, grâce à un but marqué sur hors-jeu. Il avait été nommé champion d’Afrique cette année.*  *Un autre voisin a mentionné que le directeur de l’Office vétérinaire s’était rendu au village en raison des nombreux poulets morts la semaine passée.*  *Sa femme a été admise à l’hôpital d’Emrod la nuit dernière car elle se plaignait d’une fièvre, de difficultés respiratoires et de diarrhées sanglantes. »* |

**Question : Devez-vous modifier votre plan d’action par rapport à ces nouvelles informations ? Avec quels autres organismes devez-vous coordonner votre action ?**

**C. Remarques supplémentaires pour assurer le bon déroulement de la session**

* Afin d’avoir plus d’informations pour orienter leur discussion, les participants sont censés contacter le Directeur de l’hôpital et/ou le directeur du service des Maladies transmissibles du district. Le coach d’équipe doit les guider dans ce sens. Si les participants ne parviennent pas à cette étape, le coach d’équipe doit leur fournir cette information.
* Les participants doivent être encouragés à effectuer des recherches sur Internet, à utiliser les documents fournis et à discuter librement dans le cadre d’une session de brainstorming.
* Quand fournir les nouvelles informations aux participants : un intervalle de 15 min doit être respecté entre chaque nouvelle information pour laisser aux participants le temps d’intégrer les nouvelles informations dans leurs discussions/réponses.
* Le coach d’équipe doit inciter les participants à demander plus d’informations sur le cas auprès de l’hôpital et du service des Maladies transmissibles du district.
* Il doit s’assurer qu’ils reçoivent tous les nouvelles informations de façon active (en les demandant et en passant un appel téléphonique) ou passive (si les participants n’identifient pas les informations dont ils ont besoin ou les personnes auprès desquelles ils peuvent les obtenir, le coach d’équipe peut passer l’appel téléphonique lui-même ou remettre un exemplaire des nouvelles informations aux participants).
* Le coach d’équipe fournira des conseils basiques pendant la session de brainstorming ; il s’assurera de l’orientation de la discussion sans interférer avec celle-ci et avec la façon de penser des participants.
* Le coach d’équipe s’assurera que les participants arrivent aux résultats attendus.

**D. Remarques à l’intention des facilitateurs concernant le débriefing en session plénière**

Les points suivants doivent être abordés et résolus par les EIR :

* Devons-nous enquêter sur ce cas ?
* S’agit-il d’une épidémie ?
* Quelles sont les étapes d’une enquête sur une épidémie potentielle ?
* Qu’avons-nous besoin de savoir pour vérifier l’existence d’une épidémie ?
* Quels sont les diagnostics différentiels d’une diarrhée aigüe avec fièvre ?
* De quelles informations avons-nous besoin pour enquêter sur cette situation ?
* Préparation du plan d’action : le plan d’action doit inclure les éléments suivants :
  + Composition de l’équipe d’intervention rapide ;
  + Définition des rôles et responsabilités de chaque membre ;
  + Préparation au travail d’investigation sur le terrain (étapes) ;
  + Réalisation de l’enquête de terrain ;
  + Mise en œuvre de mesures de lutte contre les infections ;
  + Signalement conforme au Règlement Sanitaire International (RSI) ;
  + Recherche active de cas et de contacts ;
  + Évaluation des ressources locales ;
  + Répondre aux inquiétudes et préoccupations de la population.

**Après la nouvelle information 4 :**

* Après l’appel téléphonique, les participants doivent se douter que le joueur de football et sa femme sont des cas suspects de MVE ou que le joueur de football et son père sont des cas suspects de MERS-CoV.
* Lorsqu’un cas de MVE ou de MERS-CoV est suspecté, l’EIR doit immédiatement commencer à enquêter pour le confirmer et prendre les mesures de contrôle initiales.
* Dans les deux cas, les participants doivent signaler la situation au Centre des Opérations d’Urgence (COU, ou équivalent) ou à leur superviseur. Les participants doivent parvenir seuls à la décision et à l’exécution de ce signalement. Les coachs d’équipe devront observer et consigner les éléments suivants : l’exécution ou la non-exécution du signalement par les participants, le cas précis signalé, le moment du signalement, sa forme et la personne auprès de laquelle il est effectué. Cet aspect doit être développé/clarifié pendant la session de débriefing.

|  |
| --- |
| **C2 À l’hôpital d’Emrod : entretiens avec le personnel médical (1h30 à 2h)** |

**A. Présentation de la session**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Durée** | **Actions/Nouvelles informations** | **Besoins logistiques** | **Besoins en RH**  **(jeux de rôles)** |
| **1-2** | **5 min** | Fournir aux participants les instruc­tions/ objec­tifs/ré­fé­rences pour la session C3. | Instructions/Objectifs/Ré­férences pour la session C3. |  |
| **3** | **10 min** | Jeu de rôles 1 : entretien avec le Directeur de l’hôpital | Script du jeu de rôles 1 | Directeur de l’hôpital |
| **4** | **5 min** | Nouvelle information 1. Fax du directeur du service des Maladies transmissibles | Annexe 1 : FAX de la nouvelle information 1 |  |
| **5** | **15 min** | Jeu de rôles 2 : entretien avec le coordonnateur de la lutte contre les infections | - Script du jeu de rôles 2  - Annexe 2 : Liste de vérification de prévention et de lutte contre les infections | Coordonnateur de la lutte contre les infections |
| **6** | **15 min** | Jeu de rôles 3 : entretien avec le responsable de la surveillance | - Script du jeu de rôles 3  - Annexe 3 : Liste de vérification de surveillance | Responsable de la surveillance |
| **7** | **15 min** | Jeu de rôles 4 : entretien avec le médecin | Script du jeu de rôles 4 | Médecin |
| **8** | **55 min** | Travail en groupe / Formulaires complétés | Annexe 4 : Dossier médical de l’épouse |  |

**B. Guide de facilitation étape par étape**

***1. Informations à fournir aux participants***

|  |
| --- |
| *Le 2 mars 2015, votre équipe part tôt dans la matinée pour l’hôpital général d’Emrod. Vous devez rencontrer le Directeur de l’hôpital pour lui présenter votre équipe et lui expliquer les objectifs de votre mission afin de vous assurer de sa coopération.* |

***2. Instructions aux participants, résultats attendus de la session et références***

***Instructions***

À l’hôpital général d’Emrod, vous allez vous entretenir avec :

* Le **Directeur de l’hôpital** pour lui présenter votre équipe et lui expliquer les objectifs de votre mission afin de vous assurer de sa coopération ;
* Le **coordonnateur de la lutte contre les infections** pour évaluer l’état de préparation de l’hôpital en matière de prévention et de lutte contre les infections à l’aide de la liste de vérification fournie (Annexe 2) ; en fonction des recommandations de la liste de vérification, vous assurerez la conception et la mise en place d’une unité de traitement contre l’Ebola au sein de l’hôpital, et vous développerez les procédures opérationnelles standard (POS) de gestion des cas de MVE au centre de soins de santé primaires ;
* Le **responsable de la surveillance** pour évaluer l’état de préparation de l’hôpital en matière de surveillance du site signalé à l’aide de la liste de vérification fournie (Annexe 3) ;
* Le **médecin** pour obtenir des informations sur les contacts parmi les professionnels de la santé.

***Résultats attendus***

* Évaluation de l’état de préparation de l’hôpital en matière de prévention et de lutte contre les infections à l’aide de la liste de vérification (Annexe 2)
* Évaluation de la surveillance à l’aide de la liste de vérification (Annexe 3)
* Début de la fiche d’investigation (Annexe 6) (commencer à remplir, puis terminer à l’étape 3)
* Établissement de la liste des contacts parmi le personnel médical (Annexe 5)
* Mise en œuvre des précautions d'hygiène standard ainsi que des précautions supplémentaires en matière de prévention et de lutte contre l'infection applicables aux MVE.

***Références***

* Définitions de cas recommandées pour la surveillance des maladies à virus Ebola ou Marburg <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/case-definition/fr/>
* OMS, Ebola surveillance in countries with no reported cases of Ebola virus disease [en anglais], <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134581/1/WHO_EVD_Guidance_SurvNonECount_14.1_eng.pdf>
* Investigating cause of death during an outbreak of Ebola virus haemorrhagic fever: draft verbal autopsy instrument [en anglais]

<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/Corrected%20CoverEboladoc1.pdf?ua=1>

* OMS, Mise en œuvre et gestion de la recherché des contacts pour la maladie à virus Ebola

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186460/1/WHO_EVD_Guidance_Contact_15.1_fre.pdf?ua=1>

* OMS, IPC guidance summary [en anglais],

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131828/1/WHO_EVD_Guidance_IPC_14.1_eng.pdf>

***3. Nouvelle information 1 : rapport du directeur du service des Maladies transmissibles du district envoyé par fax***

**Session C2 – Annexe 1 : Rapport du directeur du service des Maladies transmissibles**

|  |  |
| --- | --- |
| **Service des Maladies transmissibles**  **District d’Emrod**  **40 rue Verte, Emrod,**  **Matulidji** | **FAX** |
| **À** | **De** |
| **Fax** | **Pages** |
| **Tél.** | **Date** |
| **RE : Rapport** | |
| Une équipe d’enquête du service des Maladies transmissibles du district d’Emrod s’est rendue à l’hôpital où le père du joueur de football a été admis. Le rapport médical de l’hôpital a été examiné. Il révèle que le père souffrait d’une pneumonie à staphylocoques. Le résultat des analyses de laboratoire était négatif pour le MERS-CoV. | |

***4. Jeu de rôles 1 : entretien avec le Directeur de l’hôpital***

**Script du Directeur de l’hôpital**

|  |
| --- |
| *« Cet hôpital est le principal hôpital général du district, avec une capacité de 50 lits. 6 services reçoivent des patients en consultation externe, pour des problèmes relevant de différentes spécialités : pédiatrie, gynécologie et obstétrique, ORL, ophtalmologie, médecine dentaire, médecine interne et chirurgie. L’hôpital compte également un service d’hospitalisation, un service de soins intensifs et un service d’urgences. Nous disposons de4 salles communes : 2 pour les cas de médecine interne et 2 pour les cas chirurgicaux (une pour les hommes, l’autre pour les femmes). Nous avons également 4 chambres privées avec salle de bain. Mme Fatma, la femme du joueur de football, a été admise dans une chambre privée. Nous avons de la sympathie pour elle en raison de ce qu’elle a traversé.*  *Notre personnel médical se compose de 10 médecins-chefs et de 30 internes ainsi que d’environ 100 infirmiers et 50 paramédicaux.*  *Nous avons 2 ambulances et 4 équipes ambulancières. Nous avons également une blanchisserie, une centrale d’aseptisation, une cuisine et une morgue.*  ***État de préparation de l’hôpital à la gestion de cas de MVE :*** *Oui, je suis au courant pour les épidémies de MVE, mais nous ne sommes pas concernés. À ma connaissance, aucun cas n’a été signalé au Matulidji et nous n’avons aucune frontière commune avec les pays touchés. Il n’y a aucun risque que nous soyons affectés.*  ***Concernant l’activité de surveillance :*** *M. Samy, notre nouveau responsable de la surveillance, nous a rejoints le mois dernier. Il est chargé d’effectuer le signalement des 27 maladies à déclaration obligatoire au superviseur de la surveillance du district. Mais nous ne savons pas comment procéder pour la MVE.* |

***5. Jeu de rôles 2 : entretien avec le coordonnateur de la lutte contre les infections (à l’aide de la liste de vérification fournie en Annexe 2 ci-dessous)***

**Script du coordonnateur de la lutte contre les infections :**

|  |
| --- |
| ***« PLI :*** *Notre hôpital dispose du meilleur comité PLI actif. L’équipe est composée de 5 personnes. Ils forment régulièrement les professionnels de la santé aux précautions standard de prévention et de lutte contre les infections. L’équipe PLI a également distribué des directives à chaque service et s’est assurée que nous disposions d’un stock adéquat d’équipements et de désinfectants PLI accessible 24h/24 et 7j/7.*  ***Installations pour l’hygiène des mains :*** *Nous disposons d’une quantité adéquate de lavabos et de produits pour l’hygiène des mains (savon, serviettes). Mais très souvent, nous sommes touchés par des coupures d’eau. Nous n’avons pas suffisamment de désinfectant pour les mains pour couvrir nos besoins durant ces périodes.*  ***Gestion des déchets médicaux :*** *Une POS a été distribuée à tous les services. Le personnel est correctement formé à l’élimination des déchets. Nous avons un accord écrit avec une entreprise locale qui se charge de transporter les déchets de l’hôpital vers un site d’incinération.*  ***Politiques et procédures claires :*** *Oui, nous avons imprimé toutes les politiques de PLI ; elles sont affichées aux murs dans les couloirs de l’hôpital.*  ***Politiques de triage, regroupement en cohortes, transfert des patients, admission en soins intensifs des cas suspects de maladies infectieuses, etc. :*** *Je ne suis pas sûr.*  ***Chambre d’isolement :*** *Nous n’avons pas de chambre d’isolement dédiée ; auriez-vous des recommandations ?*  ***EPI :*** *Nous avons des blouses, des gants et des masques chirurgicaux, ainsi que quelques masques respiratoires N95. Le personnel utilise-t-il les EPI de manière appropriée ?*  ***Désinfection et stérilisation :*** *Nous avons une centrale d’aseptisation ainsi qu’un stock adéquat de désinfectant.*  ***Décontamination environnementale :*** *L’équipe PLI supervise l’équipe de décontamination environnementale et un calendrier a été distribué pour ces activités.*  ***Procédures post-mortem :*** *Nous avons une morgue dans l’hôpital.*  ***Surveillance du personnel :*** *Non, nous n’avons mis en place aucune mesure. »* |

# 

# Session C2 – Annexe 2 : Liste de vérification de l’état de préparation à la gestion de la maladie à virus Ebola - Gestion des cas PCI au niveau de l’établissement de soins de santé

| **Élément** | **Oui** | **Non** | **Remarques (si la réponse est « non », indiquez la raison)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. L’hôpital a été sélectionné pour traiter les cas de MVE. |  |  |  |
| 1. La communauté dans laquelle l’hôpital est situé a été consultée sur le fait que l’hôpital traitera les cas de MVE. Elle sera également consultée sur les futures constructions liées à la gestion de l’Ebola (isolement, morgue distincte, site d’incinération). |  |  |  |
| 1. L’hôpital est conscient de la possibilité de détecter les cas de MVE dans les salles de consultation externe ou d’hospitalisation. |  |  |  |
| 1. Une unité d’isolement appropriée est identifiée, dédiée et/ou mise en place pour le soins des patients (si la réponse est « oui », procédez à une observation). |  |  |  |
| 1. Du personnel dédié a été sélectionné pour traiter les cas de MVE. |  |  |  |
| 1. Le personnel est formé à la gestion des cas de MVE. |  |  |  |
| 1. L’hôpital dispose de personnel formé au prélèvement, au stockage et au transport d’échantillons de cas suspects et aux mesures de biosécurité appropriées. |  |  |  |
| 1. Les médicaments essentiels sont disponibles conformément aux directives nationales. \* |  |  |  |
| 1. Des équipements de protection individuelle (EPI) et des substances désinfectantes sont disponibles en quantités suffisantes sur le lieu des soins. |  |  |  |
| 1. Les EPI et les substances désinfectantes sont accessibles 24h/24 et 7j/7. |  |  |  |
| 1. Le personnel est correctement formé à l’utilisation des EPI. |  |  |  |
| 1. Le personnel peut s’entraîner à mettre et à retirer les EPI correctement. |  |  |  |
| 1. Il existe un lieu dédié pour mettre et retirer les EPI. |  |  |  |
| 1. Il existe un Comité de lutte contre les infections ou un organe équivalent. |  |  |  |
| 1. Les responsabilités, objectifs et fonctions au sein du programme de PLI sont clairement définis. \* |  |  |  |
| 1. L’établissement de soins de santé a émis des directives en matière de prévention et de lutte contre les infections. \* |  |  |  |
| 1. Ces directives ont été adaptées pour les FHV (y compris l’Ebola). |  |  |  |
| 1. Une formation initiale et des formations régulières en matière de PLI sont assurées pour tout le personnel. |  |  |  |
| 1. Un ratio en personnel conforme aux normes nationales est maintenu concernant les professionnels et les équipes de PLI. |  |  |  |
| 1. Une prévention et une lutte contre les risques biologiques au travail est organisée. \* |  |  |  |
| 1. Un professionnel responsable des activités de surveillance a reçu une formation de base en matière d’épidémiologie, de surveillance et de PLI. |  |  |  |
| 1. La surveillance repose sur des méthodes actives de collecte de données et des définitions de cas normalisées. \* |  |  |  |
| 1. Les données de surveillance sont analysées et communiquées à toutes les parties intéressées. \* |  |  |  |
| 1. De l’eau potable est disponible. |  |  |  |
| 1. Une ventilation environnementale permanente est disponible dans les zones de soins aux patients. |  |  |  |
| 1. Des installations sont disponibles pour l’hygiène des mains. |  |  |  |
| 1. Des politiques de mise en isolement des patients sur les lieux de soins sont définies. |  |  |  |
| 1. Le personnel soumet des rapports réguliers sur l’état des objectifs et stratégies de PLI ainsi que sur l’impact des activités de PLI. |  |  |  |
| 1. Il existe des directives et des procédures relatives à la gestion des déchets médicaux. |  |  |  |
| 1. Le personnel responsable de la gestion des déchets sait comment gérer les déchets des cas de MVE. |  |  |  |
| 1. Le personnel responsable de la gestion des déchets et de la blanchisserie est formé à la gestion des déchets des cas de MVE. |  |  | --- |
| 1. Des EPI sont à la disposition du personnel responsable de la gestion des déchets. |  |  |  |

***6. Jeu de rôles 3 : entretien avec le responsable de la surveillance (liste de vérification fournie en Annexe 3 ci-dessous)***

**Script du responsable de la surveillance**

|  |
| --- |
| *« Pouvez-vous m’éclairer sur les points suivants :*   * *La définition de cas de la MVE.* * *Le Matulidji est un pays dans lequel aucun cas n’a été signalé ; existe-t-il des exigences de surveillance précoce à respecter ?* * *Que faire si un cas correspond à la définition de cas dans le cadre de l’enquête ?* * *Quelles sont les formes de déclarations requises, comment les utiliser et à qui les adresser ? »* |

**Session C3 – Annexe 3 : Surveillance épidémiologique – Sites signalés (au niveau de l’établissement de soins de santé)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Existe-t-il une équipe dédiée responsable de la surveillance et du signalement ? | Oui | Non |
|  | Le personnel a-t-il été formé au système de surveillance ? |  |  |
|  | Les outils de surveillance suivants sont-ils disponibles et le personnel est-il formé à leur utilisation ?   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Outil** | **Disponible**  **O/N** | **Personnel formé à son utilisation**  **O/N** | | Définition de cas**4** |  |  | | Directives de surveillance |  |  | | Formulaires d’alerte / de déclaration |  |  | | Formulaire d’enquête |  |  | | Formulaires de recherche et de suivi des contacts |  |  | | Listes |  |  | | Définition de cas simplifiée à l’usage de la communauté**5** |  |  | | | |
|  | Les cliniciens ont-ils été formés à l’utilisation des outils susmentionnés et à la définition de cas ? | Oui | Non |
|  | Les cliniciens savent-ils à qui ils doivent signaler un cas suspect de MVE ? (Si oui, contrôlez 3 cliniciens et commentez.) | Oui | Non |
|  | À qui devez-vous signaler un cas suspect de MVE ? (Indiquez la fonction.) | | |
|  | Quand devez-vous signaler un cas suspect de MVE ?  Immédiatement Dans les 24 heures Dans la semaine Après confirmation | | |

Définition de l’OMS : Cas présumé Ebola ou Marburg pour la surveillance de routine :

Toute personne souffrant d’une forte fièvre qui ne répond à aucun traitement des causes habituelles de fièvre dans la région et qui présente au moins l’un des signes suivants : diarrhée sanglante, hémorragie gingivale, hémorragies cutanées (purpura), injection des conjonctives et présence de sang dans les urines.

Cas confirmé Ebola ou Marburg pour la surveillance de routine :

Cas présumé confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM, RT-PCR positive ou isolement du virus).

Source : <http://www.who.int/csr/disease/ebola/Ebola_Definition_de_Cas_Contacts.pdf>

5 Cas alerte : Toute personne présentant une fièvre élevée à début brutal qui ne répond à aucun traitement des causes habituelles de fièvre dans la région OU toute personne ayant présenté une hémorragie ou une diarrhée sanglante ou une hématurie OU toute personne morte subitement.

Source : <http://www.who.int/csr/disease/ebola/Ebola_Definition_de_Cas_Contacts.pdf>

***7. Jeu de rôles 4 : entretien avec le médecin, le Dr Naser (à l’aide des Annexes 5 et 6 ci-dessous)***

* Les EIR s’entretiendront avec le médecin dans le cadre du jeu de rôles. A l’aide de la liste des contacts (Annexe 5), ils pourront remplir la liste des contacts parmi le personnel médical.
* Elles devront également remplir le formulaire d’enquête (Annexe 6).

**Script du Médecin, Dr. Naser**

|  |
| --- |
| *« Désolé, je n’ai que 5 minutes à vous consacrer ; je dois aller examiner un patient aux urgences. J’étais en poste aux urgences quand M. Mohamed Gaber est arrivé à 2h du matin. Il était inconscient et son état de santé se détériorait rapidement. Nous avons pratiqué la RCR, mais il n’a pas survécu. Son décès a été annoncé à 3h du matin.*  *J’étais alors le seul médecin présent aux urgences. Seulement 2 infirmières étaient là pour m’aider. Je suis également le médecin de Mme Fatma.*  *Voyons qui a été en contact avec les 2 cas…*   * *Moi-même, mais j’ai respecté toutes les précautions standard. Je porte toujours un EPI standard quel que soit le patient que j’examine aux urgences.* * *La 1ère infirmière. Elle est infirmière aux urgences. Elle a 35 ans, est mariée et a 3 enfants. Elle a administré l’intraveineuse au défunt aux urgences.* * *Mlle Aml. Elle est responsable du nettoyage de la salle des urgences et a changé les draps du lit.* * *La 2ème infirmière. Elle prend soin de Mme Fatma ; chaque jour, elle prend sa température, contrôle ses signes vitaux et lui administre ses médicaments. »* |

***8. Travail en groupe :******Les EIR doivent :***

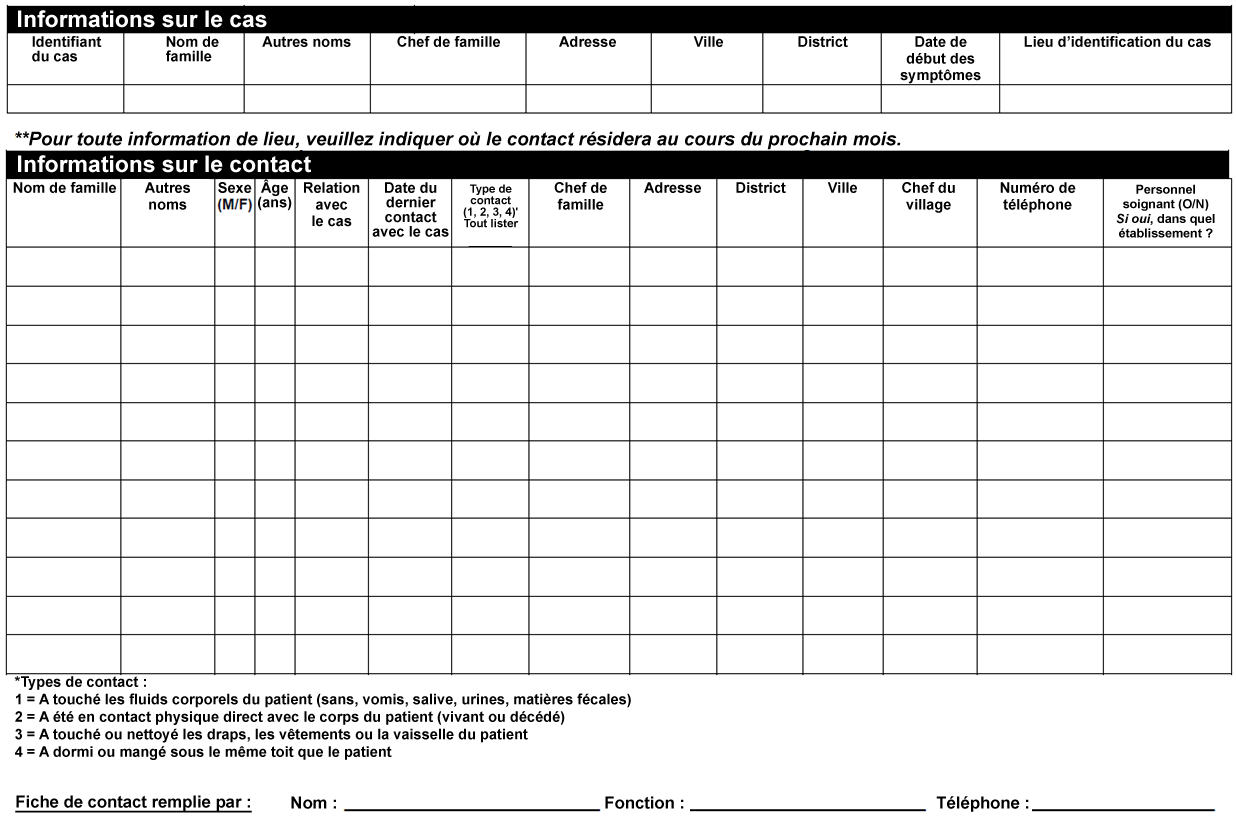
* Examiner le dossier médical de l’épouse (Annexe 4) et le rapport des urgences concernant le joueur de football
* Appliquer la définition de cas aux deux cas, puis classer le cas du joueur de football / de sa femme
* Identifier la durée pendant laquelle les cas (le joueur de football / sa femme) étaient infectieux
* Dresser la liste des personnes à interroger pour obtenir des informations sur les contacts (i.e. l’épouse, le personnel médical, les personnes qui ont transporté le joueur de football à l’hôpital, les personnes qui ont participé à l’organisation de l’inhumation et les personnes qui y ont assisté)
* Dresser la liste des principales informations qu’elles souhaitent collecter afin d’identifier les contacts.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jour d’admission : 1er mars 2015**  File No…………..  Department: ……………  **Fatma Mohamed**  **22 ans**  **Se plaint de : fièvre, diarrhée sanguine, douleurs musculaires, nausées/vomissements**  **Antécédents personnels : aucun**  **Antécédents familiaux : aucun**  **C/p : Patient alerte, conscient, pas de jaunisse, pas d’œdème**  **Érythème sur la poitrine et l’abdomen**   |  | | --- | | **NFS,**  **coproculture** |   **Abdomen, poitrine, extrémités**  **D/ Fièvre à investiguer**  **R/**  Paracétamol IV  Métronidazole IV  Ringer IV  Glucose IV  Capsules antiémétiques   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Jour** | **Équipe** | **Pouls** | **Temp.** | **PA** | **Fréq. resp.** | | **1ermars** | **Matin** | **88** | **38,9** | **120/80** |  | |  | **Nuit** | **100** | **39** | **100/60** |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |

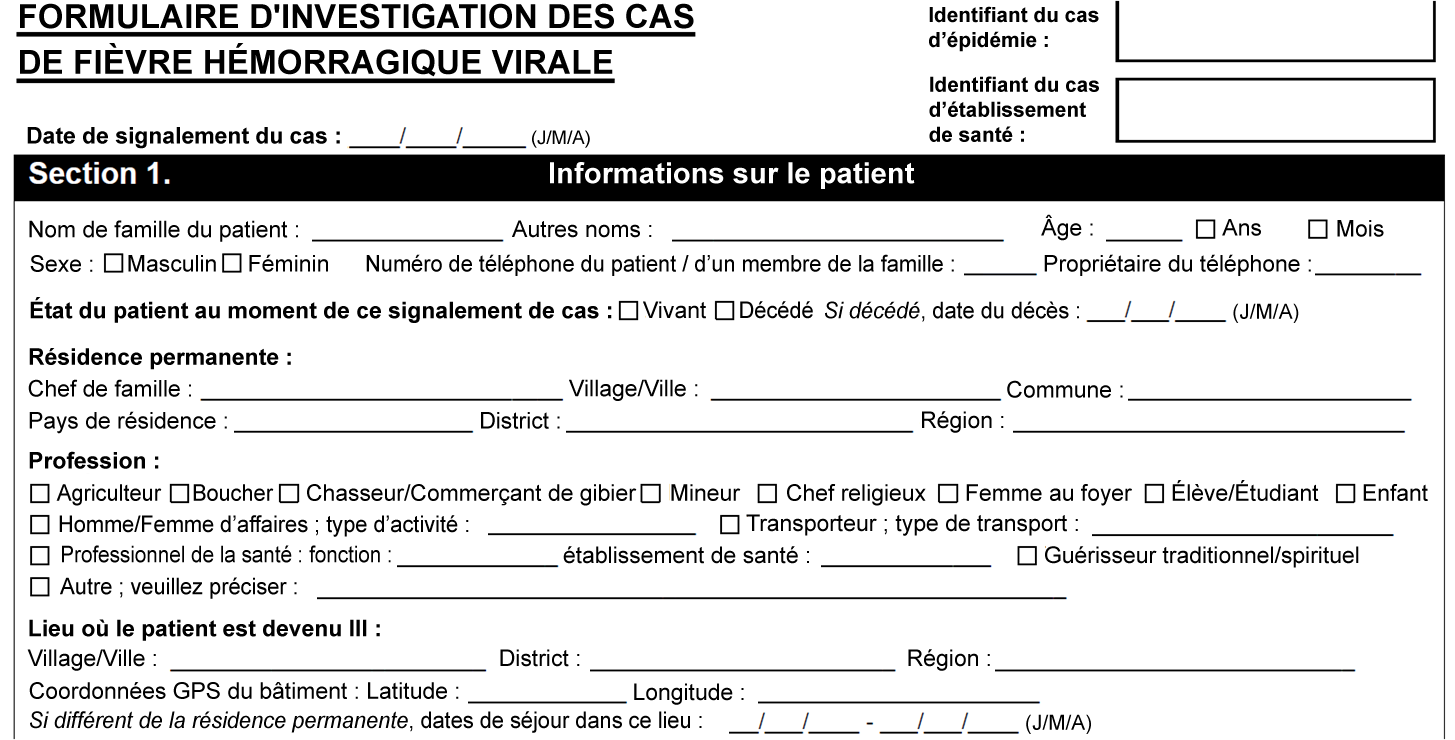
**Session C2 – Annexe 4 : Dossier médical de l’épouse**

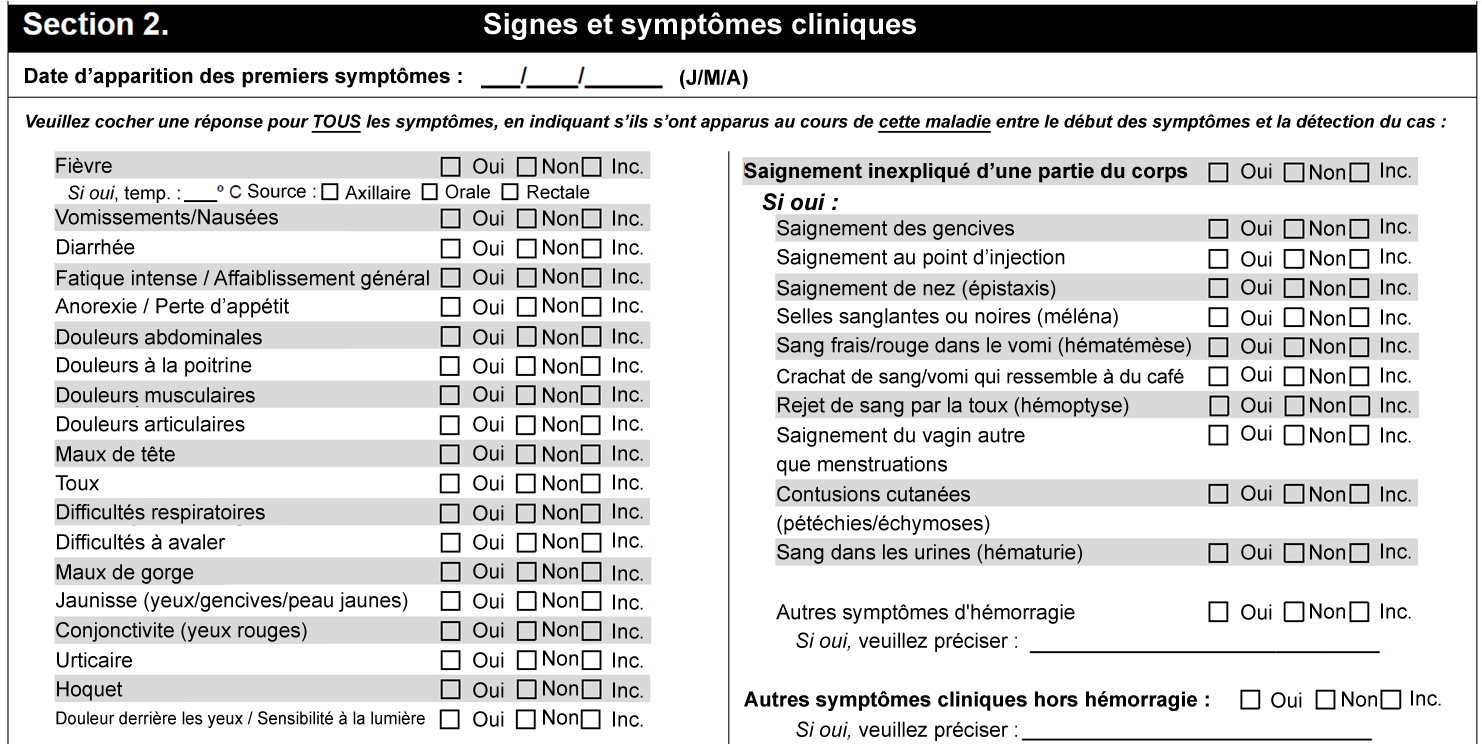
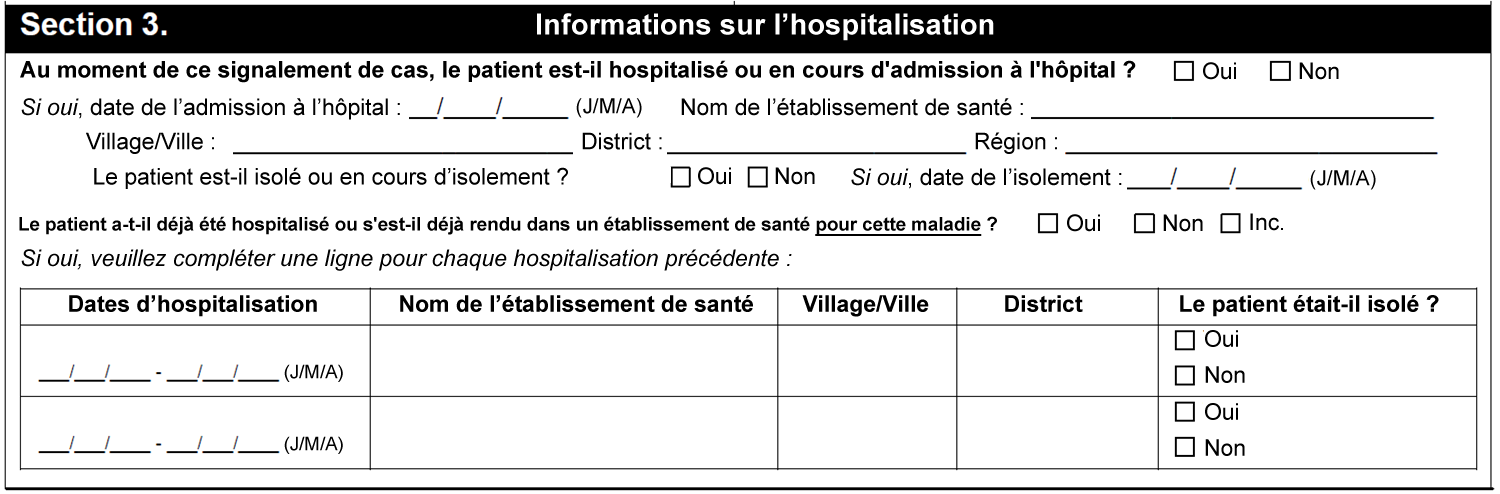
**Session C2 – Annexe 5 : Liste des contacts**

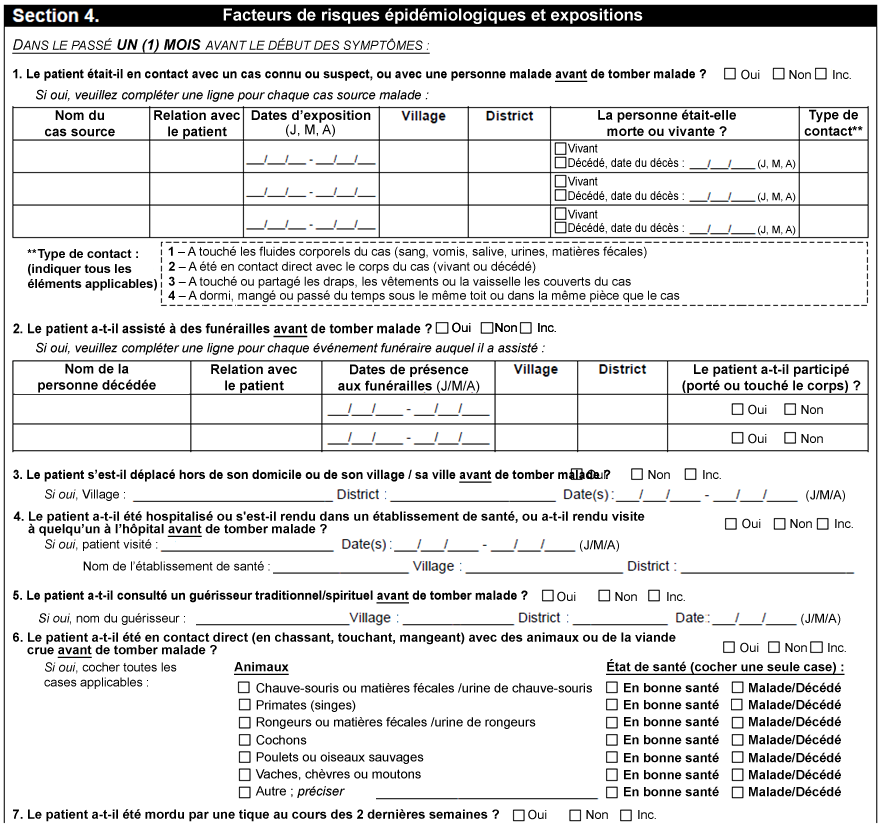
**FORMULAIRE DE LISTE DES CONTACTS DES PERSONNES ATTEINTES D’EBOLA**

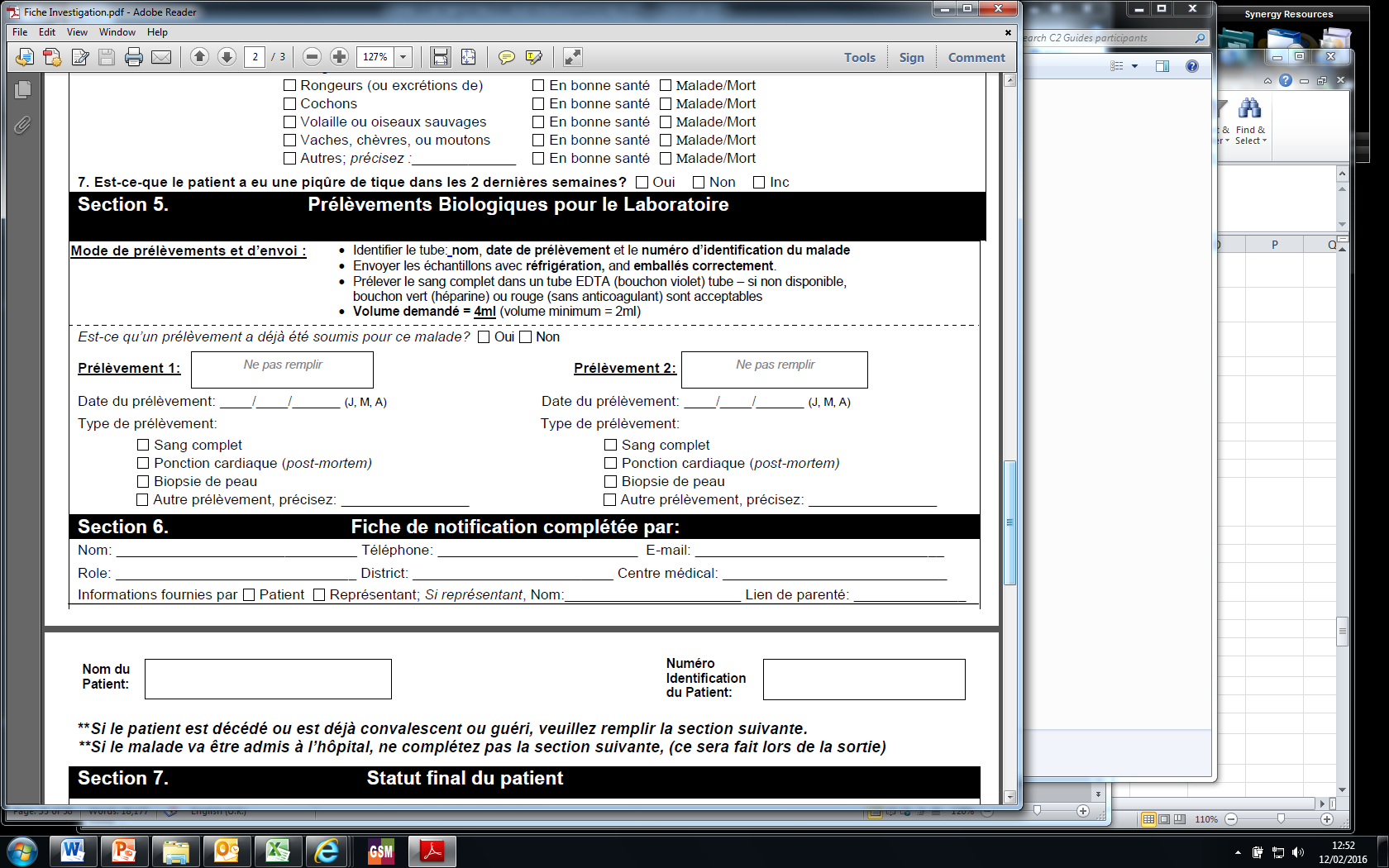


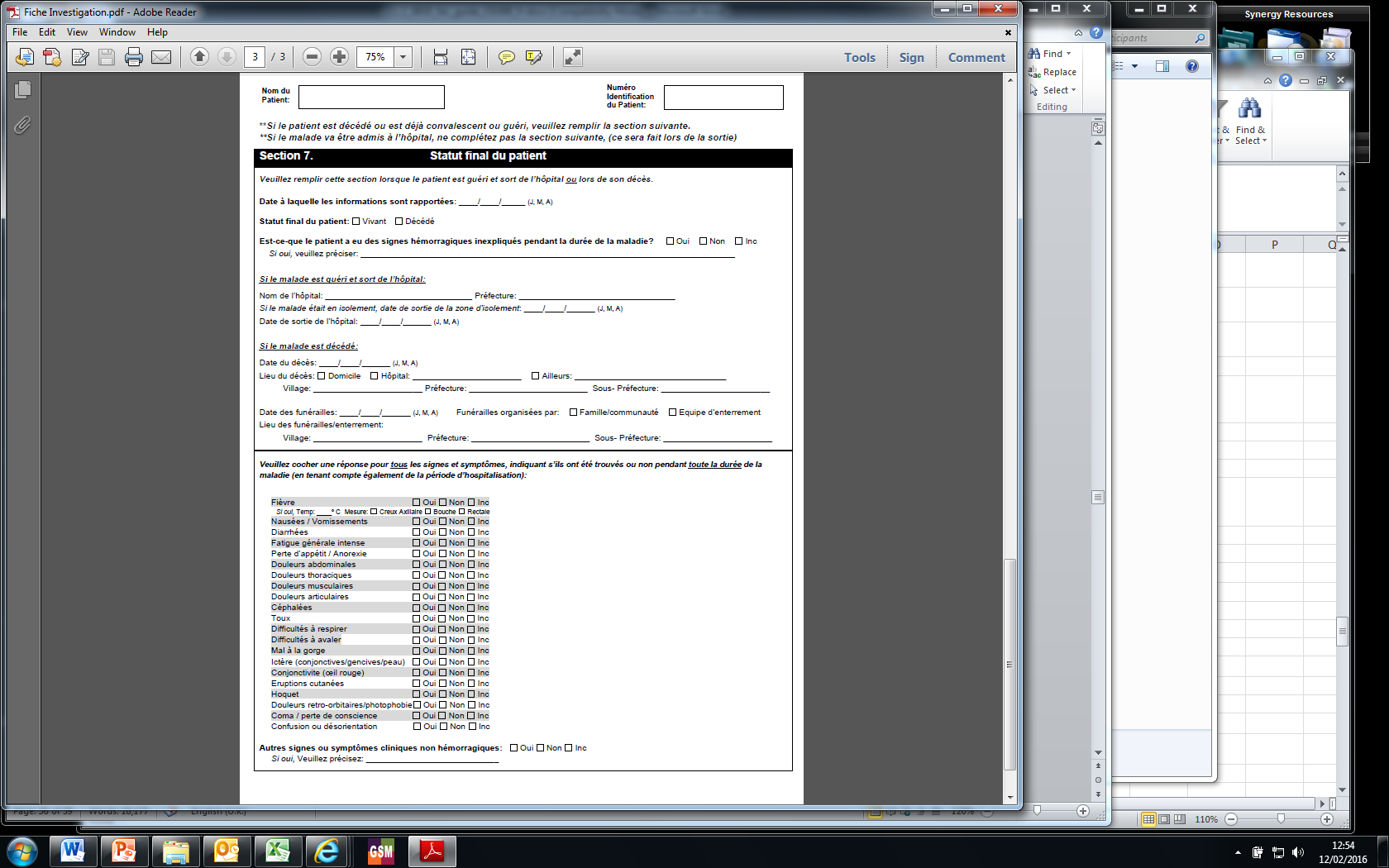
**Session C2 – Annexe 6 : Formulaire/fiche d’investigation**









**C. Remarques supplémentaires pour assurer le bon déroulement de la session**

* Le coach d’équipe doit accompagner l’EIR aux entretiens selon le calendrier proposé, et veiller au respect de la durée de chaque entretien.
* Il doit veiller à ce que l’EIR dispose de tous les documents nécessaires.
* Il doit s’assurer que les participants travaillent dans le bon sens pour réaliser les livrables.

**D. Remarques à l’intention des facilitateurs concernant le débriefing en plénière**

**Exercice de conception du CTE :**

Les équipes doivent concevoir le centre de traitement contre l’Ebola (CTE) en utilisant un tableau de conférence et des marqueurs de couleur pour représenter les éléments suivants :

* Zones de triage, zones d’isolement et zones saines
* Parcours des patients, personnel médical, gestion des déchets et cadavres
* Blanchisserie, latrines et salles de bain
* Décontamination environnementale.

Voir le document PPT B6.1 PCI pour l’EIR.

|  |
| --- |
| **C3 À l’hôpital d’Emrod : entretien avec la patiente et prélèvement sanguin (1h30 à 2h)** |

**A. Présentation de la session**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Durée** | **Actions/Nouvelles informations** | **Besoins logistiques** | **Besoins en RH**  **(jeux de rôles)** |
| **1-2** | **5 min** | Fournir aux participants les instructions/ objectifs/références pour la session C4. | Instructions/Objectifs/Ré­férences pour la session C4. |  |
| **3** | **45 min** | Jeu de rôles 1 : entretien avec l’épouse (y compris enfiler l’EPI) | - Script du jeu de rôles 1  - Chambre d’hôpital  - EPI | - Épouse  - Spécialiste PCI |
| **4** | **30 min** | Exercice pratique : prélèvement sanguin | - Mannequin d’entraînement (bras)  - Kit de prélèvement ; EPI | Spécialiste PCI |
| **5** | **40 min** | Travail de groupe/remplissage de formulaires |  |  |

**B. Guide de facilitation étape par étape**

***1. Informations à fournir aux participants***

|  |
| --- |
| Vous allez maintenant interroger la patiente pour compléter la liste des contacts et effectuer un prélèvement sanguin. |

**Avant de procéder à l’entretien, vous devez vous poser les questions suivantes :**

* Comment pouvez-vous vous assurer que la patiente vous fournira les informations souhaitées ouvertement et honnêtement et consentira au prélèvement sanguin ?
* Quel est l’EPI adapté que vous devrez revêtir avant d’entrer en contact avec la patiente ? (NB : Le cas n’a pour l’instant pas été confirmé.)
* En cas de confirmation, quel serait l’EPI adapté ?

***2. Instructions aux participants, résultats attendus de la session et références***

***Instructions***

Avant d’entrer dans la chambre de la patiente, vous devez préparer tous les formulaires et équipements nécessaires. Pour entrer dans la chambre de la patiente, vous devez avoir revêtu un EPI adapté et pris les mesures de PCI nécessaires, et par-dessus tout être conscient de l’anxiété de la patiente ainsi que de son besoin d’être traitée dans le respect et la dignité. Vous allez interroger la patiente pour compléter la liste des contacts et effectuer un prélèvement sanguin.

***Résultats attendus***

* Approche de la patiente : respectueuse de sa culture, de sa situation, de ses craintes.
* Obtention du consentement éclairé de la patiente pour le prélèvement sanguin
* Finalisation de la liste des contacts de la patiente
* Renseignement de la fiche d’investigation
* Enfilage et retrait corrects de l’EPI
* Gestion adéquate de l’EPI (désinfection ou élimination) suite à son utilisation
* Réalisation de l’entretien et du prélèvement sanguin en toute sécurité, dans le respect des précautions d’hygiène standard ainsi que des précautions supplémentaires de prévention et de lutte contre les infections spécifiques à la MVE.
* Élimination adéquate du matériel de prélèvement suite à son utilisation.

***Références***

* L’équipement de protection individuelle dans le cadre de la riposte à la flambée d’infections à filovirus

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/143891/1/WHO\_EVD\_Guidance\_PPE\_14.1\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137410/1/WHO_EVD_Guidance_PPE_14.1_eng.pdf)

* Guideline on hand hygiene in health care in the context of filovirus disease outbreak response [en anglais]

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144578/1/WHO_HIS_SDS_2014.15_eng.pdf>

* Comment expédier sans risque des échantillons de sang humain provenant de cas suspects de maladie à virus Ebola à l’intérieur d’un pays par le rail, la route ou la mer

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138170/1/WHO\_EVD\_Guidance\_Lab\_14.3\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137549/1/WHO_EVD_Guidance_Lab_14.3_eng.pdf)

***3. Jeu de rôles 1***

**Script de l’épouse de Mohamed (Fatma)**

|  |
| --- |
| *« Mohamed était une personne très active et sociale. Il retrouvait ses amis tous les vendredis. Lorsqu’il a commencé à se sentir mal, il s’est arrêté de sortir. Sa maladie a commencé le 24 février ; il avait de la fièvre et la diarrhée. Il est allé à la pharmacie d’à côté pour se faire prescrire des médicaments. Mais pendant les 4 jours suivants, son état de santé s’est empiré ; il a perdu l’appétit, jusqu’à refuser de manger. J’ai pris soin de lui avec l’aide de sa mère. À la fin du 4è jour, il s’est évanoui dans la soirée. J’ai essayé de le porter jusqu’à son lit. J’ai appelé son frère, qui m’a aidée à le transporter jusqu’à l’hôpital en voiture. M. Ameen, son chauffeur, nous a aidés à le porter. Mais c’était trop tard, Mohamed est mort quand nous sommes arrivés à l’hôpital. Son oncle, qui est l’imam de la mosquée locale, nous a aidés à organiser l’inhumation et les funérailles. Pendant les funérailles, son frère, son oncle et le chauffeur l’ont porté et placé dans sa tombe.*  *Après les funérailles, hier, j’ai commencé à me sentir mal ; j’avais de la fièvre. J’ai eu peur de mourir aussi, alors je suis allée à l’hôpital.*  *Que voulez-vous dire par contact ?*  *D’accord. Voyons voir… Il ne sortait plus et il n’avait pas envie de recevoir du monde. Donc les seules personnes avec qui nous avons été en contact sont :*   * *Sa mère. Elle a 55 ans et ne travaille pas. Elle vit avec nous, dans la même maison, et elle a pris soin de lui quand il était malade. Elle a 2 fils et 1 fille.* * *Son frère. Il a 35 ans, vit seul et travaille comme vendeur. Il habite à côté. C’est lui qui a transporté Mohamed à l’hôpital.* * *Sa sœur. Elle a 25 ans, est mariée et a 2 enfants (âgés de 7 et 5 ans). Son mari est fermier. Ses 2 enfants vont à l’école locale du village. Elle passe chez ses parents tous les jours avant de se rendre au marché local. Mais la semaine dernière, elle avait un rhume, donc elle n’est pas passée les voir.* * *Son oncle. Il a 60 ans et il est veuf. Il a 2 fils et 1 fille. L’un de ses fils est marié, sans enfants. Son autre fils et sa fille vivent avec lui. C’est l’imam de la mosquée locale. Il a aidé à organiser l’inhumation et les funérailles de Mohamed.* » |

***4. Exercice pratique :*** ***prélèvement sanguin***

**Avant d’effectuer le prélèvement sanguin, vous devez vous poser les questions suivantes :**

* Comment allez-vous aborder la patiente et/ou ses parents concernant le prélèvement sanguin ?
* Quel est l’EPI approprié que vous devrez porter pour effectuer le prélèvement sanguin ? (NB : Le cas n’a pour l’instant pas été confirmé.)
* Quels documents et instruments devez-vous préparer pour effectuer le prélèvement sanguin ?

**C. Remarques supplémentaires pour assurer le bon déroulement de la session**

* Avant d’entrer dans la chambre, chaque équipe doit se préparer en prévoyant les documents et instruments nécessaires.
* Cet exercice vise à former les participants aux éléments suivants :
  + Mesures PCI
  + Identification et listage des contacts
  + Prélèvement sanguin.
* L’observation des groupes portera notamment sur leur façon d’aborder l’épouse, en lui témoignant leur soutien psychologique et leur respect, ainsi que sur leur façon de lui expliquer de manière appropriée ce qu’ils vont faire.
* Elle portera également sur leur façon d’utiliser le questionnaire d’identification et de listage des contacts pour élaborer la liste des contacts parmi le personnel médical/la famille. Les groupes devront évaluer les risques pour chaque contact.
* Prélèvement : les groupes seront observés à toutes les étapes : gestion logistique, préparation de l’équipement nécessaire au prélèvement, localisation de l’échantillon et préparation de l’échantillon.

**Rôle supplémentaire des facilitateurs spécialisés :**

* Un formateur spécialisé dans la lutte contre les infections observera les pratiques en la matière durant cette session (pour l’enfilage et le retrait de l’EPI et la procédure de prélèvement). Les erreurs courantes seront abordées pendant la session de débriefing.
* Un formateur spécialisé dans le soutien psychologique, la communication ou l’engagement communautaire observera la façon dont les participants communiquent avec l’épouse. Ses commentaires seront discutés pendant la session de compte-rendu.

**D. Remarques à l’intention des facilitateurs concernant le compte-rendu en session plénière**

## Enfilage et retrait de l’EPI

## Voir le document PPT B6.5 Marche à suivre pour enfiler et retirer un EPI

## **Prélèvement sécurisé d’échantillons de sang humain sur des cas suspects d’Ebola**

Voir le document PPT B7.1 Prélèvement sanguin sécurisé sur un patient potentiellement atteint de la MVE.

|  |
| --- |
| **C4 Communication et engagement communautaire (1h à 1h30)** |

**A. Présentation de la session**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Durée** | **Actions/Nouvelles informations** | **Besoins logistiques** | **Besoins en RH**  **(Jeu de rôles)** |
| **1 -2** | **5 min** | Fournir aux participants les informations/ instructions/objectifs/références pour la session C4. | Informations/Instructions/ Objectifs/Références pour la session C4. |  |
| **3** | **10 min** | Jeu de rôle : entretien avec leader communautaire |  | Leader communautaire + un ancien |
| **3** | **45 min** | Travail en groupe | Tableaux de conférence et marqueurs pour chaque EIR |  |

**B. Guide de facilitation étape par étape**

***1. Informations à fournir aux participants***

|  |
| --- |
| Les résultats de test du prélèvement de Fatma Gaber s’avèrent positifs pour la MVE.  L’EIR se prépare à impliquer la communauté, afin qu’elle devienne partie à la solution. Elle va rencontrer et écouter le leader communautaire, se renseigner sur le fonctionnement social et les traditions, les préoccupations de la population.  L’EIR doit également identifier le meilleur moyen à sa disposition pour communiquer l’information en fonction de l’infrastructure et des principales caractéristiques de la communauté, en tenant compte des subtiles différences entre les divers membres de la communauté (par ex. décideurs, membres lambda de la communauté, prestataires de soins de santé dont guérisseurs ayant recours à des techniques de soins alternatives  Elle va élaborer des messages - basés sur les connaissances techniques de l’équipe et les informations dont elle dispose sur la communauté - pour informer les individus dans des termes clairs et pratiques des moyens par lesquels ils peuvent limiter les risques de contracter la MVE et soutenir les membres de leur famille et de leur communauté dans la sécurité et avec humanité.  Les membres de l’EIR doivent être capables de communiquer des informations ou messages pertinents sur la situation et clairs pour la population. |

***2. Instructions aux participants, objectifs de l’exercice et références***

***Instructions***

* L’EIR a étudié les aspects pertinents du contexte matulidjien, notamment les principaux éléments relatifs à la dimension sociale, aux pratiques culturelles, aux structures de parenté, aux modes de communication et aux tabous partagés par les matulidjiens, autant d’éléments dont l’équipe devra tenir compte pour communiquer avec la communauté.
* L’EIR va organiser une visite dans la communauté afin d’en savoir plus sur celle-ci.
* L’EIR va rencontrer le leader communautaire (par courtoisie et pour demander à visiter différents endroits de la communauté et à parler à la population).
* L’EIR va développer des messages pour informer la communauté dans des termes clairs et pratiques des moyens par lesquels ils peuvent limiter les risques de contracter la MVE et soutenir les membres de leur famille et de leur communauté dans la sécurité et avec humanité.

***Livrables/résultats attendus***

* Messages pour informer la communauté des moyens par lesquels ils peuvent limiter les risques de contracter la MVE et soutenir les membres de leur famille et de leur communauté dans la sécurité et avec humanité.

***Références***

* MOBILISATION SOCIALE Messages destinés aux communautés pour les zones où la transmission de la maladie à virus Ebola est intense <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136473/1/WHO_EVD_Guidance_SocMob_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1>
* Lignes directrices de l’OMS sur la communication lors des flambées de maladies

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69371/1/WHO_CDS_2005_28_fre.pdf?ua=1>

* Communication pour un impact comportemental (COMBI). Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques

<http://www.who.int/ihr/publications/COMBI_ToolKit_fr.pdf?ua=1>

***3. Jeu de rôles 1 : dirigeant de la communauté***

**Script pour le leader de la communauté et les anciens :**

|  |
| --- |
| * *Nous avons des liens familiaux très forts et dans certains foyers se composent de 30 à 40 personnes. Les décisions concernant les questions familiales importantes reviennent aux anciens de sexe masculin (grand-père, fils aîné), tandis que les décisions relatives aux soins et les décisions domestiques quotidiennes reviennent aux mères et grands-mères.* * *Pour les décisions qui concernent la communauté, ce sont le leader communautaire et les anciens (homes et femmes), y compris les praticiens traditionnels reconnus, qui discutent et prennent ensemble les décisions. D’habitude nous nous retrouvons dans cette salle communale ; les membres de la communauté viennent parfois ici passer du temps et rencontrer les autres.* * *La prise du repas en commun est la norme, même lorsque quelqu’un est malade.* * *Si un membre de la famille est malade, c’est sa parente la plus proche qui assure sa prise en charge (la mère pour les enfants et le mari, la sœur ou la mère pour les femmes).* * *Selon nos traditions, toute la communauté participe à l’enterrement, les jeunes comme les vieux. La famille proche lave la dépouille de la personne décédée. La dépouille est alors exposée afin que les gens puissent venir lui rendre hommage.* * *Cette fois-ci, du fait que les gens ont peur, il y a eu des allégations comme quoi certains villageois cachent leurs malades et enterrent les dépouilles de leurs proches dans la nuit, mais personne n’est en mesure de le confirmer.* * *La préparation du défunt est fonction de son sexe (les hommes lavent les hommes et les femmes lavent les femmes), sauf pour les enfants qui peuvent être lavés par des adultes des deux sexes. Le défunt est ensuite allongé dans un lit et placé à l’extérieur ou dans un grand salon, à la vue des parents et des membres de la communauté. Souvent, ceux-ci serrent le mort dans leurs bras et l’embrassent pour témoigner de leur amour. Après plusieurs jours, le mort est placé dans un cercueil ou un tapis avec des biens personnels afin d’être inhumé. Les personnes qui participant à l’inhumation se lavent les mains ensemble.* * *Dans différentes parties du pays, après que le défunt ait été lavé par un membre de la famille, il est habillé de vêtements propres selon les rituels religieux spécifiques, et transporté sur les épaules jusqu’à sa tombe, où ses parents et amis partagent des prières et échangent des condoléances.* * *On a eu des cas similaires par le passé, mais je ne me souviens pas vraiment de comment on les a gérés. Ce que je sais c’est que le leader, les anciens et les praticiens traditionnels se sont rassemblés et ont dit à la communauté ce qu’il fallait faire. Ils ont aussi demandé de l’aide au gouvernement mais l’aide est arrivée plus tard.* * *Les habitants n’ont de manière générale aucune confiance dans le gouvernement. Aussi nous n’avons pas de personnel médical ici. La plupart des gens vont chez le tradipraticien aussi bien pour soigner les maladies.* * *Pouvez-vous nous aider à informer notre communauté pour lui apprendre à se protéger ?* |

**C. Remarques supplémentaires pour assurer le bon déroulement de la session**

* Le coach d’équipe doit s’assurer que son groupe comprend la tâche à accomplir.
* Il doit encourager les participants à étudier le contexte du pays et à rechercher sur Internet les informations pertinentes nécessaires.

**D. Remarques à l’intention des facilitateurs concernant le débriefing en session plénière**

* Messages globaux et de soutien : éléments essentiels concernant la gravité, la transmission et l’importance d’une prévention précoce
* Traitement : informations destinées aux individus recherchant un traitement pour une personne présentant les symptômes de l’Ebola ; informations destinées aux individus soignant des membres de leur famille malades à leur domicile ; informations destinées aux individus ayant guéri de l’Ebola
* Contacts : informations destinées aux individus ayant été en contact étroit avec une personne atteinte de l’Ebola
* Pratiques d’inhumation sûres : informations destinées aux individus manipulant le corps d’une personne décédée de l’Ebola
* Messages sur les mesures pratiques à mettre en œuvre pour stopper la progression de l’Ebola dans la communauté : suggestions sur la mobilisation efficace de la communauté.

|  |
| --- |
| **C5 Recherche des contacts (2h)** |

**A. Présentation de la session**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Durée** | **Actions/Nouvelles informations** | **Besoins logistiques** | **Besoins en RH**  **(jeux de rôles)** |
| **1-2** | **5 min** | Fournir aux participants les instructions/ objectifs/références pour la session C5. | Instructions/Objectifs/Ré­fé­rences pour la session C5. |  |
| **3** | **25 min** | Travail en groupe / Préparation de l’équipe de recherche des contacts |  |  |
| **4** | **15 min** | Jeu de rôles 1 : frère de Mohamed | - Script du jeu de rôles 1  - 1 petite pièce + 8 chaises  - Pancarte sur la porte : Frère de Mohamed | Frère de Mohamed |
| **5** | **15 min** | Jeu de rôles 2 : personne introuvable (le chauffeur) | - Script du jeu de rôles 2  - 1 petite pièce + 8 chaises  - Pancarte sur la porte : Chauffeur | Femme du chauffeur |
| **6** | **15 min** | Jeu de rôles 3 : infirmière malade | - Script du jeu de rôles 3  - 1 petite pièce + 8 chaises  - Pancarte sur la porte : Infirmière malade | Infirmière malade |
| **7** | **15 min** | Jeu de rôles 4 : membre de la communauté hostile | - Script du jeu de rôles 4  1 petite pièce  - Pancarte sur la porte : Mère de Mohamed | Membre de la communauté hostile |
| **8** | **30 min** | Travail en groupe/Remplissage de formulaires |  |  |

**B. Guide de facilitation étape par étape**

***1. Informations à fournir aux participants***

|  |
| --- |
| Après avoir identifié et listé les contacts du premier cas suspect (Mohamed Gaber) la veille, vous-même et votre équipe commencez les activités de surveillance des contacts.  Dans certaines situations, la recherche des contacts peut s’avérer très complexe, en raison de la nécessité de parcourir de vastes zones géographiques avec des ressources insuffisantes (humaines, financières et logistiques). Par conséquent, la recherche des contacts doit être une responsabilité partagée entre les autorités sanitaires et la communauté. |

***2. Instructions aux participants, résultats attendus de l’exercice et références***

***Instructions***

Sur la base des contacts précédemment listés, vous devez vous entretenir avec :

**Le frère de Mohamed Gaber**

L’équipe a convenu d’une rencontre avec M. Ali Gaber, le frère de Mohamed. Ses coordonnées lui ont été fournies par Mme Fatma Gaber, la femme de Mohamed. Vous arrivez au domicile d’Ali.

* Quel type d’EPI devez-vous porter ?
* Vous commencez à discuter avec M. Ali : vous le saluez, vous lui expliquez le but et la procédure de surveillance des contacts, vous lui demandez quel type de contacts il a eu avec son frère pour réévaluer son exposition, vous l’interrogez sur ses éventuels symptômes et prenez sa température, vous lui procurez des conseils…

**Une personne introuvable (le chauffeur)**

Après avoir convenu avec M. Ameen de le surveiller (car il était l’un des contacts du premier cas suspect), l’équipe se rend à son domicile, mais il est introuvable. Mme Ameen, sa femme, est à la maison.

Que devez-vous faire ?

**Une infirmière malade, qui a pris soin de Mohamed Gaber**

Vous-même et votre équipe avez convenu d’une rencontre avec Mme Farida Salem, l’infirmière qui s’est occupée de Mohamed Gaber aux urgences. Vous vous rendez à son domicile et l’interrogez sur ses symptômes. Elle déclare ne pas se sentir bien ce matin et avoir 38 oC de fièvre.

Que devez-vous faire ?

**Un ou plusieurs membres de la communauté hostiles**

Lorsque vous arrivez au domicile de la mère de Mohamed, certains des voisins commencent à se montrer hostiles et violents. Que devez-vous faire ?

***Résultats attendus***

* Réalisation d’entretiens de recherche des contacts avec divers types de contacts en surmontant les défis et obstacles rencontrés durant les entretiens.
* Remplissage fiche d'investigation de cas (suite), notamment de l'historique du patient.
* Renseignement de la liste des contacts
* Respect des précautions d’hygiène standard ainsi que des précautions supplémentaires de prévention et de lutte contre les infections spécifiques à la MVE
* Communication des résultats au gestionnaire d’incident / médecin responsable du Centre des opérations d’urgence (COU) pour les prochaines étapes (SITREP).

***Références***

* Recherche des contacts pendant une flambée de maladie à virus Ebola

[http://www.afro.who.int/fr/groupes-organiques-et-programmes/ddc/alerte-et-action-en-cas-depidemie-et-de-pandemie/epr-highlights/4318-recherche-des-contacts-pendant-une-flambee-de-maladie-a-virus-ebola.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/contact-tracing-during-outbreak-of-ebola.pdf)

***3. Jeu de rôles 1 : frère de Mohamed***

**Script du frère de Mohamed**

|  |
| --- |
| Ali va vouloir serrer la main aux membres de l’équipe (NB : Les membres de l’équipe doivent trouver un moyen approprié de le saluer en évitant le contact physique.)  Il va les inviter à entrer dans la maison et leur offrir un verre.  Il va ensuite leur poser les questions suivantes :   * *Comment allez-vous me surveiller et pendant combien de temps ?* * *Donc je ne peux pas sortir de chez moi ? Je ne peux pas aller travailler, rencontrer des amis ou voyager ?* * *Est-ce que je dois rester à l’écart de ma famille ?* * *Et l’autosurveillance ?* * *Qu’est-ce que je dois faire si je ne me sens pas bien ?* * *Et si je dois voyager ?* * *Que se passera-t-il au bout de ces 21 jours ?* |

***4. Jeu de rôles 2 : personne introuvable (le chauffeur)***

**Script de Mme Ameen (la femme du chauffeur)**

|  |
| --- |
| *« Mon mari n’est pas là. Il est au travail.*  *Pourquoi avez-vous besoin de le voir ?*  *Que lui conseilleriez-vous de faire ?*  *Il revient à midi. Allez-vous revenir nous voir ? »* |

***5. Jeu de rôles 3 : infirmière malade***

**Script de l’infirmière malade**

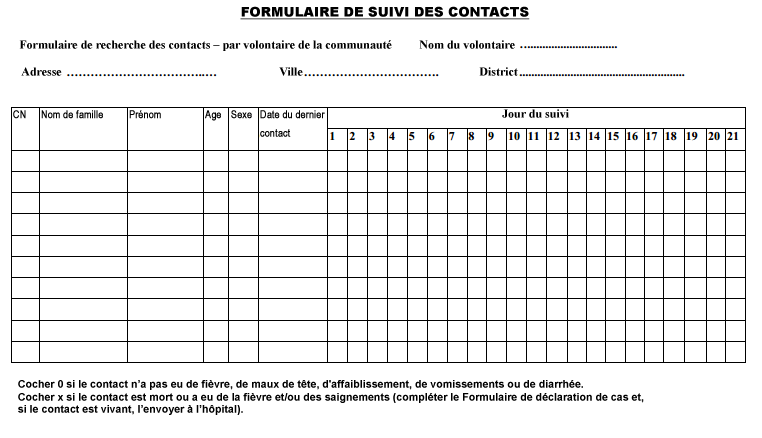
|  |
| --- |
| *« Aujourd’hui, j’ai commencé à me sentir mal, fiévreuse. J’ai 38,8 oC de température. Qu’est-ce que je dois faire ?*  *J’étais l’infirmière de garde aux urgences et je fais partie de l’équipe qui a pris en charge M. Gaber.*  *Et mon mari ? Et mes enfants ? J’ai 3 enfants. Là, ils sont à l’école. Est-ce qu’ils sont en danger ?*  *Est-ce que je dois aller à l’hôpital ? J’ai vraiment peur de mourir là-bas ! »* |

***6. Jeu de rôles 4 : un ou plusieurs membres de la communauté hostiles***

**Script du ou des membres de la communauté hostiles**

|  |
| --- |
| À développer par chaque participant en partant de la situation suivante :  Lorsque les membres de l’équipe de recherche des contacts arrivent au domicile de la mère de Mohamed, celle-ci refuse de leur ouvrir la porte et de coopérer avec eux.  Certains voisins commencent à se montrer hostiles et violents ; ils hurlent sur l’équipe de recherche des contacts et ont des propos agressifs. |

**Session C5 – Annexe 1 : Formulaire de suivi des contacts**



## Session C5 – Annexe 2 : Formulaire de déclaration pour les équipes de terrain



**C. Remarques supplémentaires pour assurer le bon déroulement de la session**

* Le formateur spécialisé dans l’engagement communautaire observera les performances des participants tout au long de cette étape. Ses commentaires seront discutés pendant la session de débriefing.
* Les coachs d’équipe guideront les EIR dans les salles dans lesquelles elles devront réaliser les différents entretiens simultanément, conformément au planning proposé. Tous les entretiens doivent être de la même durée afin de garantir que les différentes EIR changent d’interlocuteur au même moment.

**D. Remarques à l’intention des facilitateurs concernant le compte-rendu en session plénière**

***Réponses suggérées pour le jeu de rôles 2 : infirmière malade***

Le superviseur de terrain doit informer l’équipe d’enquête (ou l’équipe d’intervention rapide s’il en a déjà été constitué une) de l’état de santé de l’infirmière. L’équipe doit alors IMMÉDIATEMENT se rendre sur les lieux pour évaluer le contact et déterminer s’il correspond à la définition d’un cas suspect. Dans l’affirmative, l’équipe d’enquête doit avertir le superviseur de terrain, qui doit à son tour avertir l’épidémiologiste en chef, lequel coordonnera avec l’équipe de gestion des cas l’activation de l’équipe de transport et de l’équipe de désinfection.

Le contact (à présent cas suspect) doit être transféré dans une unité d’isolement pour des soins médicaux et des tests de confirmation.

Pendant ce temps, l’équipe d’enquête doit entamer la procédure de recherche des contacts avec ce nouveau cas suspect.

À ce moment, il est important de témoigner un soutien émotionnel au nouveau cas suspect.

***Réponses suggérées pour le jeu de rôles 3 : personne introuvable***

L’équipe de recherche des contacts doit informer le superviseur de terrain que le contact n’est pas disponible.

Le superviseur de terrain doit alors compléter le Formulaire de déclaration de l’équipe de terrain en indiquant que l’équipe n’a pas pu localiser le contact ce jour-ci, et remettre le formulaire à l’épidémiologiste en chef, qui déclare que le contact est une priorité le jour suivant. L’équipe de recherche des contacts doit continuer à essayer de rencontrer le contact jusqu’à le trouver et confirmer qu’il est en bonne santé avant qu’il puisse être éliminé de la procédure de recherche des contacts. Le contact doit être observé pendant 21 jours, y compris le 21è jour.

***Réponses suggérées pour le jeu de rôles 4 : membre de la communauté hostile***

L’équipe de recherche des contacts doit se sortir de cette situation en partant immédiatement, et informer son superviseur. Le superviseur de l’équipe doit envisager des moyens alternatifs d’approcher la communauté et de gagner sa confiance.

Les participants doivent réfléchir à ces approches alternatives.

|  |
| --- |
| **C6 Inhumation sans risque et dans la dignité (1h)** |

**A. Présentation de la session**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Durée** | **Actions/Nouvelles informations** | **Besoins logistiques** | **Besoins en RH**  **(jeux de rôles)** |
| **1-2** | **5 min** | Fournir aux participants les instructions/ objectifs/références pour la session C6. | Instructions/Objectifs/Ré­fé­rences pour la session C6. |  |
| **3** | **55 min** | Travail en groupe : réflexion sur comment aborder la famille |  |  |

**B. Guide de facilitation étape par étape**

***1. Informations à fournir aux participants***

|  |
| --- |
| Vous avez été informés que M. Samy Gaber, l’oncle de Mohamed, est décédé. Vous allez vous rendre dans la communauté et au domicile familial, identifier quelles sont les personnes que vous allez associer aux funérailles, et pour informer la famille du déroulement de l’inhumation et des funérailles et l’impliquer dans ce processus.  L’équipe locale d’inhumation va se charger récupérer le corps et de l’inhumation proprement dite. |

***2. Instructions aux participants, résultats attendus de l’exercice et références***

***Instructions***

Travail en groupe

Vous devez déterminer avec qui, dans la famille et/ou dans la communauté, vous devrez vous entretenir pour vous assurer que l’inhumation digne et sécurisée sera acceptée.

Vous devez réfléchir ensemble à la façon dont vous allez procéder pour approcher la famille du défunt et autres interlocuteurs et les impliquer dans l’organisation de l’inhumation et des funérailles.

***Résultats attendus***

* Respect des mesures de prévention et de lutte contre les infections spécifiques à la MVE lors des différentes étapes de la préparation de l’inhumation et des discussions avec la famille et de la communauté.
* Explications sur la MVE et sur l’inhumation digne et sécurisée données à la famille et membres de la communauté de façon claire et adaptée.
* Entretiens avec les membres de la famille et de la communauté menés dans un climat respectueux de la culture, religion, croyances locales.
* Bonnes relations tissées avec les autorités locales en vue de s’assurer leur collaboration pour l’identification de nouveaux contacts et/ou de nouveaux décès par MVE dans la communauté.

***Références***

* Comment inhumer sans risque et dans la dignité les personnes décédées de maladie à virus Ebola suspectée ou confirmée [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149397/1/WHO\_EVD\_GUIDANCE\_Burials\_14.2\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137379/1/WHO_EVD_GUIDANCE_Burials_14.2_eng.pdf)

**C. Remarques supplémentaires pour assurer le bon déroulement de la session**

* Le facilitateur spécialisé dans l’engagement communautaire observera la manière dont les EIR communiquent avec la famille, notamment leur prise en compte de la dimension culturelle et des croyances locales. Ses commentaires seront discutés pendant la session de débriefing.

**D. Remarques à l’intention des facilitateurs concernant le compte-rendu en session plénière**

1. Réflexion en groupe en en groupe et jeu de rôles (implication de la famille et de la communauté) : voir PPT B11.1 Inhumations digne et sécurisée

|  |
| --- |
| **C7 Rapport d’investigation (1h30-2h)** |

**A. Présentation de la session**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Durée** | **Actions/Nouvelles informations** | **Besoins logistiques** | **Besoins en RH**  **(jeux de rôles)** |
| **1-2** | **5 min** | Fournir aux participants les instructions/ objectifs/références pour la session C8. | Instructions/Objectifs/Réfé­rences pour la session C8. |  |
| **3** | **1h55** | Rédaction/finalisation du rapport en groupe | Guide rapport d’investigation SIMR |  |

**B. Guide de facilitation étape par étape**

***1. Informations à fournir aux participants***

|  |
| --- |
| Le 10 mars, les résultats des tests de laboratoire de Mme Fatma Gaber se sont révélés positifs pour la MVE. Le nombre de cas et de décès continue à augmenter considérablement en dépit des efforts de prévention et de lutte. Le ministre matulidjien de la Santé a demandé l’aide du bureau local de l’OMS. Le ministère a alloué ses ressources à la lutte contre cette épidémie. |

***2. Instructions aux participants, résultats attendus de l’exercice et références***

***Instructions***

* Chaque EIR devra rédiger un rapport d’investigation synthétique intégrant les résultats et conclusions, ainsi que des données sous forme de tableaux et de graphiques (format PPT, 8 diapositives maximum).
* Chaque EIR présentera son rapport synthétique en session plénière (présentation de 8 à 10 min).

***Résultats attendus***

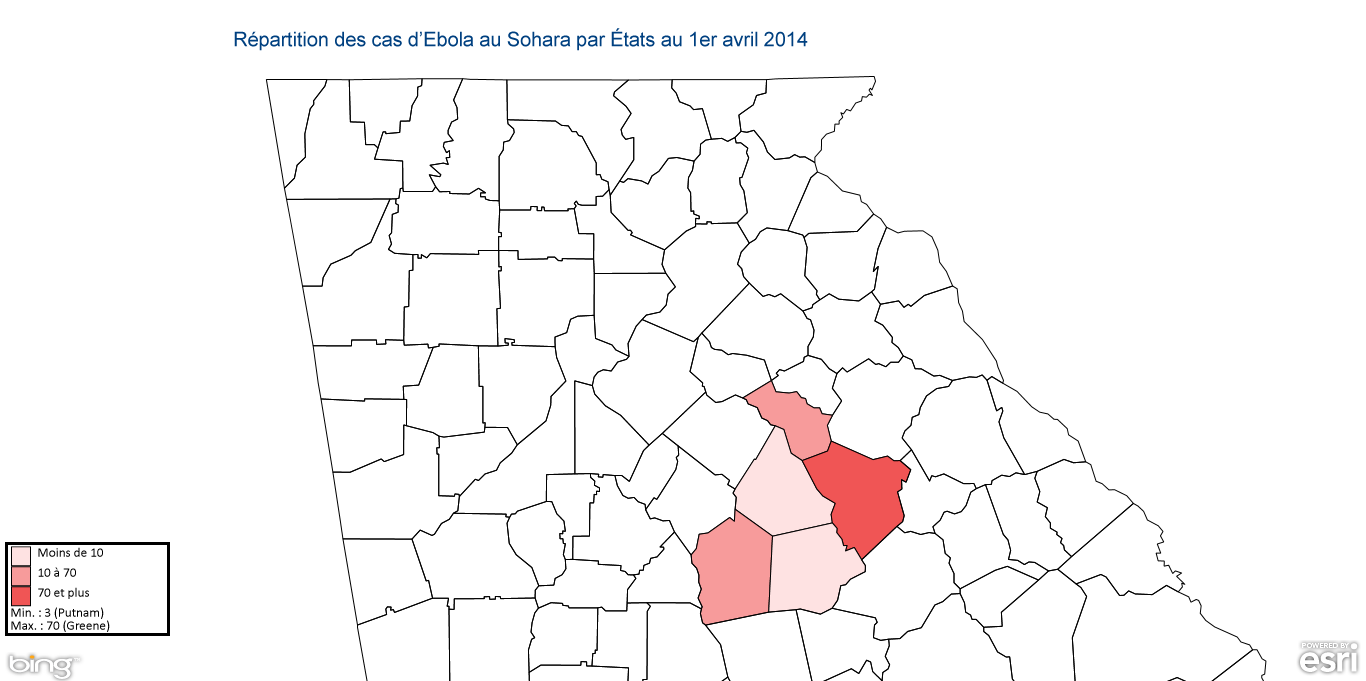
* Rapport d’investigation complet (tous les champs d’information nécessaires sont présents).
* Intégrant de façon synthétique les résultats et conclusions.
* Les données sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques.

**C. Remarques supplémentaires pour assurer le bon déroulement de la session**

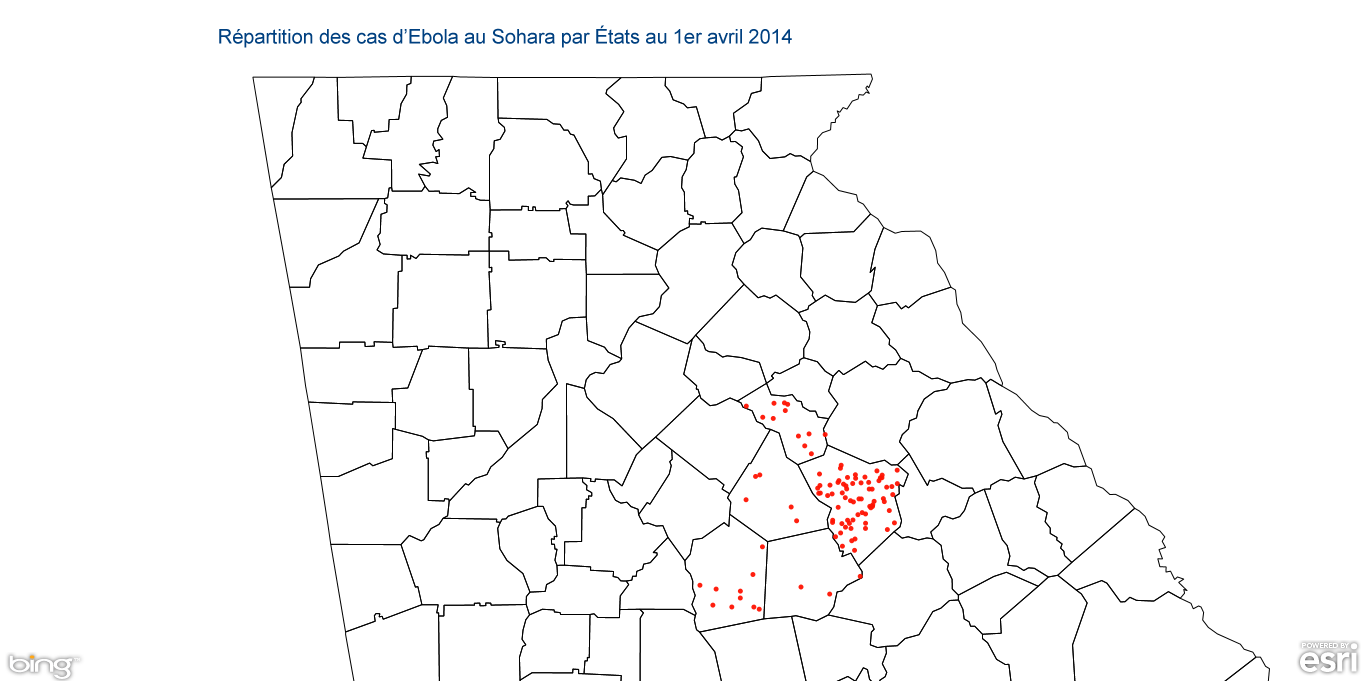
Si nécessaire fournir aux participants un modèle de rapport d’investigation tel que présenté dans l’unité d’apprentissage A.

**D. Notes d’orientation concernant le compte-rendu en session plénière**

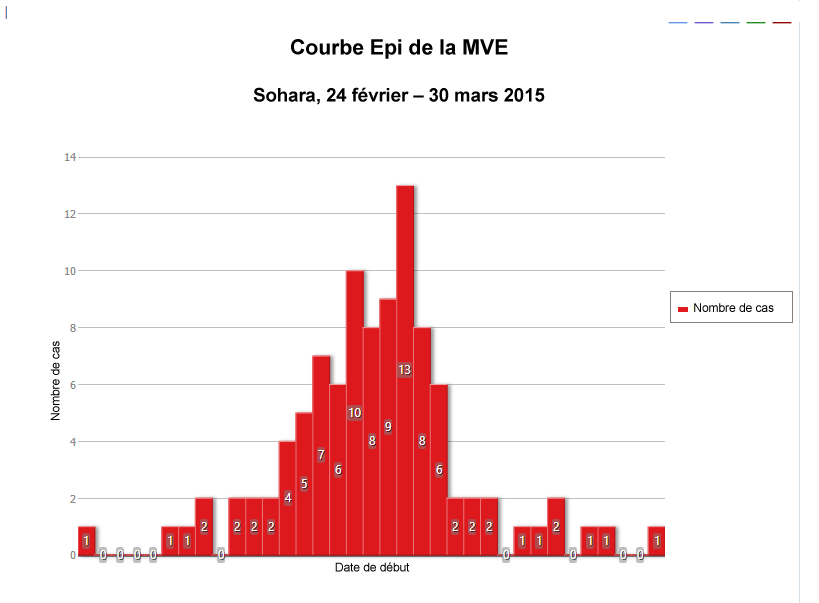
**Répartition des cas d’Ebola au Matulidji par États au 1er avril 2014**



**Répartition des cas d’Ebola au Matulidji par États au 1er avril 2014**



**Courbe épidémiologique de la MVE au Matulidji – 24 février au 30 mars 2015**



|  |
| --- |
| Conclusion |

12 août 2015

Aujourd’hui, exactement 42 jours (ce qui représente deux fois la période d’incubation maximale de la maladie à virus Ebola) après que le dernier contact infectieux avec un cas probable ou confirmé ait eu lieu au Matulidji, les chaînes de transmission ont été rompues.

Le virus a pour l’instant disparu. L’épidémie au Matulidji a été vaincue. L’OMS a déclaré la MVE éradiquée au Matulidji.

Quelles sont les raisons de ce succès ? Dans une grande mesure, la réponse est simple : il tient à la solide direction du pays et à la coordination efficace de la riposte. La riposte matulidjienne à l’épidémie a été grandement aidée par les efforts de son Équipe d’intervention rapide, qui s’est rapidement déployée à Emrod. De plus, une recherche des contacts de grande qualité, menée par des épidémiologistes expérimentés, a accéléré la détection et l’isolement des cas. Les possibilités de transmission ont ainsi été considérablement réduites.

Le Dr. Zaher, directeur du centre matulidjien de contrôle et de prévention des maladies, ainsi que l’équipe d’épidémiologistes, de cliniciens, de logisticiens et d’administrateurs locale de l’OMS, en ont tiré plusieurs leçons. Ces leçons peuvent être utiles à d’autres pays confrontés à leur premier cas d’Ebola importé, ainsi qu’en préparation à une telle situation.

Les facteurs de succès les plus fondamentaux sont les solides capacités de direction et la forte implication du chef d’État et du ministre de la Santé. Une allocation généreuse de fonds gouvernementaux et leur mise à disposition rapide constituent également des facteurs non négligeables. Autre atout, les partenariats avec le secteur public ont permis d’injecter des ressources substantielles dans le renforcement des mesures de lutte contre le virus Ebola, qui ont fini par étouffer l’épidémie dans l’œuf.

Les responsables de la santé publique et les représentants du gouvernement ont pleinement apprécié l’importance de la communication avec le grand public. Ils ont rallié les communautés afin qu’elles soutiennent les mesures de confinement.

Des campagnes d’information porte-à-porte et des messages diffusés par les stations de radio locales dans les dialectes locaux ont été utilisés pour expliquer à la population le niveau de risque. La mise en œuvre de mesures de prévention personnelles efficaces ainsi que de mesures de lutte contre la maladie ont également joué un rôle majeur.

Tous les canaux médiatiques ont été exploités, y compris les réseaux sociaux et la diffusion de messages télévisés sur la maladie par des acteurs célèbres.

***Merci de faire partie de l’Équipe d’intervention rapide au Matulidji !***