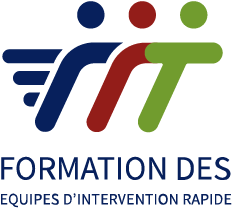


**C2.1 Exercice pratique basé sur un scénario**

**Guide du participant**



|  |
| --- |
|  |

***“Décès inexpliqués d’enfants dans la province de Karan, Salam ”***

Formation avancée des EIR Package



**Table des matières**

[1. Présentation de l’exercice pratique basé sur un scénario 3](#_Toc140084594)

[1.1 Contenu du Kit de formation avancée des Equipes d’Intervention Rapide 3](#_Toc140084595)

[1.2 Objectifs de l’exercice 4](#_Toc140084596)

[1.3 Organisation du travail en groupe 4](#_Toc140084597)

[2. Scénario et guide étape par étape 5](#_Toc140084598)

[2.1 Contexte du pays 5](#_Toc140084599)

[2.2 Orientations étape par étape 10](#_Toc140084600)

[C1 Activation de l’EIR (2 to 3h) 10](#_Toc140084601)

[C2 À l’Hôpital général de Karan : entretiens avec le personnel médical (1 h 30) 12](#_Toc140084602)

[C3 À l’hôpital de Karan : entretien avec une patiente et prélèvement d’échantillons (1 h 30) 13](#_Toc140084603)

[C4 Communication sur les risques et engagement communautaire (1 h) 14](#_Toc140084604)

[C5 Recherche active des cas et suivi des contacts (1 h 30) 15](#_Toc140084605)

[C6 Rédaction (2h) et présentation (1h30) du rapport d’investigation 17](#_Toc140084606)

[Conclusion 18](#_Toc140084607)

[Clause de non-responsabilité 18](#_Toc140084608)

# 1. Présentation de l’exercice pratique basé sur un scénario

## 1.1 Contenu du Kit de formation avancée des Equipes d’Intervention Rapide

La formation avancée des Équipes d’Intervention Rapide (EIR) se compose de quatre unités d’apprentissage, qui sont décrites ci-après.

**Unité d’apprentissage A – L’EIR en contexte (didactique)**

L’unité d’apprentissage A prépare les EIR au déploiement sur le terrain, en leur permettant d’acquérir une bonne compréhension des mécanismes nationaux et internationaux de coordination en cas d’urgence, de la composition d’une EIR et des rôles de ses membres, des parties prenantes impliquées dans les interventions sur le terrain, des principaux documents à livrer par les EIR, et du rôle des EIR dans le cadre des structures nationales de coordination des interventions d’urgence. Ce bloc d’apprentissage permet également aux membres des EIR de prévenir et de gérer les risques et les dangers en matière de santé et de sécurité au travail, d’appliquer les règles éthiques, et de prévenir l’exploitation et les abus sexuels lors de leurs interventions sur le terrain.

**Unité d’apprentissage B – Modules techniques (didactique)**

L’unité d’apprentissage B met l’accent sur la consolidation des connaissances et des compétences acquises par les participants dans les modules techniques suivants : épidémiologie et surveillance, y compris la recherche active des cas et le suivi des contacts, gestion des données, investigation des épidémies, évaluation rapide des risques, prévention et contrôle de l’infection, gestion des échantillons de laboratoire, mobilisation sociale et engagement communautaire, communication sur les risques et premiers secours psychologiques.

**Unité d’apprentissage C – Exercice pratique basé sur scénario (pratique)**

L’unité d’apprentissage C permet aux EIR de mettre en pratique les connaissances et les compétences acquises dans les différents domaines précédemment abordés dans le volet didactique de la formation avancée pour les EIR (blocs d’apprentissage A et B), à savoir la composition et le déploiement de l’EIR, la recherche active des cas et des contacts, la gestion des données, les investigations des épidémies, la prévention et contrôle de l’infection, la gestion des échantillons de laboratoire, l’engagement communautaire, la communication sur les risques, les premiers secours psychologiques et l’éthique.

**Unité d’apprentissage D – Évaluation et étapes suivantes**

L’unité d’apprentissage D présente les méthodologies et les outils utilisés pour évaluer la formation des EIR du point de vue satisfaction des participants, apprentissages et applicabilité professionnelle. Cette unité fournit également des informations sur les prochaines étapes envisageables, notamment en ce qui concerne les modalités d’accès à la communauté de connaissances des EIR, une communauté de pratique regroupant les membres des EIR ayant été formés par l’OMS, des formateurs internationaux et nationaux, ou des partenaires qualifiés.

L’exercice pratique a été conçu pour être réalisé en présentiel, une fois que les participants/EIR ont acquis les connaissances et les compétences requises dans les différents domaines du volet didactique (unités A et B). Avant de participer à la formation avancée en présentiel, les participants/EIR doivent compléter le [Cours en ligne Essentiels pour les Équipes d’Intervention Rapide.](https://extranet.who.int/hslp/training/course/view.php?id=393)

## **1.2 Objectifs de l’exercice**

Cet exercice utilise un scénario progressif dans lequel viennent s’insérer, au fur et à mesure que l’histoire progresse, différents compléments d’information. Le scénario illustre la découverte de différents dangers potentiels dans un pays fictif (le Salam), tels que les risques chimiques ou environnementaux et les épidémies de maladies transmissibles. Toutes les informations utilisées sont fictives, et ont été spécialement imaginées pour les besoins de la formation.

L’objectif de cet exercice est de permettre aux membres de l’EIR de mettre en pratique leurs connaissances et démontrer les compétences acquises pour détecter rapidement les événements de santé publique et intervenir efficacement, y compris celles nécessaire pour :

* Agir en tant qu’équipe multidisciplinaire fonctionnelle à la demande des autorités publiques sanitaires compétentes.
* Réaliser une évaluation rapide au début d’un événement de santé publique, puis périodiquement tout au long de l’intervention, afin d’orienter les décisions à partir de données probantes.
* Conduire une investigation épidémiologique sur les cas suspects, pour confirmer ou infirmer l’existence d’une épidémie.
* Collecter, analyser et interpréter les données afin d’appuyer les prises de décisions dans le cadre des interventions de santé publique.
* Rechercher activement les cas et suivre les contacts afin de combattre efficacement les épidémies potentielles.
* Appliquer les mesures de prévention et de contrôle de l’infection en s’appuyant sur les résultats de l’évaluation des risques.
* Effectuer des prélèvements d’échantillon en toute sécurité sur les cas suspects, et organiser l’emballage et le transport des échantillons vers le laboratoire de référence.
* Prévenir et gérer les risques et les dangers en matière de santé et de sécurité au travail pendant les opérations sur le terrain.
* Respecter les pratiques éthiques tout en faisant face aux événements de santé publique.
* Communiquer efficacement sur les risques en utilisant des messages et des canaux adaptés au public et à la situation.
* Impliquer les communautés dans les activités d’intervention, en tenant compte de leur culture et en utilisant des approches et des outils adaptés aux différentes phases d’un événement de santé publique.

## 1.3 Organisation du travail en groupe

* Les participants réaliseront l’exercice en groupes de six ou huit personnes, chacune représentant idéalement une discipline différente (prise en charge des cas, épidémiologie, analyse laboratoire, communication sur les risques, mobilisation sociale et prévention et contrôle de l’infection) (1 groupe = 1 EIR).
* Coach et évaluateur :
* Un coach sera attribué à chaque EIR.
* Un évaluateur sera attribué à chaque EIR.

# 2. Scénario et guide étape par étape

## 2.1 Contexte du pays

|  |  |
| --- | --- |
| **Superficie** | **630 278 km2** |
| **Population** | **30,5 millions d’habitants** |
| **Capitale** | **Mando** |
| **Ethnies** | **Agawid (72 %), Thowar (22 %), descendants britanniques, groupes tribaux et autres (6 %)** |
| **Langues** | **Arabe, anglais, Thowari et 102 langues locales (une pour chaque tribu)** |
| **Religions** | **Islam (65 %), christianisme (20 %), autres (15 %)** |
| **Devise** | **1 dollar des États-Unis = 500 livres du Salam** |
| **Climat** | **Tropical, avec deux saisons des pluies (mai-juin et août-septembre)** |

**Salam** possède une longue bande côtière. Il partage des frontières avec le Monogo à l’est, le Barry à l’ouest, le Bamboka au nord, et l’Océan Bay au sud. Le pays se situe à une latitude de 6°30’ nord, et à une longitude de 0°20’ est. Le pays possède un littoral de 539 km de long, et s’étend sur une superficie totale de 238 540 km2, pour une surface terrestre de 230 020 km2. Le Salam compte plusieurs masses d’eau, dont des fleuves. Les deux principaux cours d’eau du pays sont le Puti et le Bughaw.

La capitale du Salam est Mando, qui affiche également la densité de population la plus importante du pays. L’aéroport national se situe dans la périphérie de Mando. La deuxième ville du pays, Tomogo, est située sur la côte.

Salam est devenu indépendant du Royaume-Uni en 1948.



*Figure 1: Carte de Salam*

**Climat**

Le Salam possède un climat tropical. Le littoral est tempéré et moyennement sec. L’extrémité nord-ouest se caractérise par un temps chaud et humide, tandis que l’est du pays est chaud et sec. Le Salam connaît deux saisons des pluies : l’une de mai à juin, l’autre d’août à septembre. Au nord du pays, les deux saisons tendent à se confondre. En janvier et en février, le Salam est balayé par un vent de nord-est. Sur le littoral, les précipitations annuelles atteignent 83 centimètres en moyenne.

La saison des pluies peut être considérée comme difficile pour beaucoup. Les coupures de courant entraînées par les fortes précipitations peuvent plonger de nombreuses zones du pays dans le noir. Les villages et les petites villes se retrouvent alors totalement isolés et inaccessibles, en raison des perturbations qui touchent le réseau de transport. Au cours des dix dernières années, le Salam a connu des inondations dévastatrices liées aux fortes chutes de pluie.

En outre, les cyclones tropicaux constituent une grave menace pour les communautés et les industries du Salam. Le littoral du pays est proche de l’équateur, une région propice à la formation des cyclones.

En 2011, de fortes précipitations se sont abattues en une nuit sur la province du sud et les bassins versants du fleuve Puti, provoquant une crue soudaine sur les rives du cours d’eau. Une crue rapide a endommagé le pont ferroviaire traversant le fleuve Bughaw, ce qui a entraîné le déraillement d’un train de fret de 20 wagons. Le train transportait 1 500 tonnes de concentré de cuivre lors de l’accident, dont 1 200 tonnes se sont déversées dans le fleuve.

Malgré les fortes précipitations, certaines régions du pays sont exposées à des sécheresses récurrentes qui ont de graves conséquences sur l’agriculture. Par ailleurs, la déforestation et l’érosion des sols ont de lourdes répercussions sur la terre, l’eau et la population du Salam.

**Population**

Le Salam compte environ 30 500 420 habitants (recensement 2015 de la population et des logements), et affiche une densité de population moyenne de 102 habitants par km2 (de 1 205 habitants par km2 dans le centre du pays à 35 dans les régions frontalières). Le rapport hommes/femmes est de 1,2. Environ 75 % de la population du Salam a moins de 25 ans, et 3 % à peine a plus de 65 ans, ce qui en fait l’un des pays les plus jeunes du monde.

La population du Salam se compose d’Agawid (72 %), de Thowar (22 %), ainsi que de descendants britanniques, de groupes tribaux et autres (6 %). Le peuple **Agawid** est le groupe ethnique majoritaire du Salam et celui qui concentre le plus de pouvoirs. Il contrôle le gouvernement du Salam, l’armée nationale ainsi que l’économie et l’industrie du pays.

Les **Thowar** sont arrivés au Salam au cours des migrations qui ont eu lieu au XVIe siècle en raison des grandes guerres tribales qui sévissaient dans la région. Durant cette période, le commerce des esclaves prenait une importance croissante au Salam. L’opposition des Thowar à l’esclavage au sein de leur propre tribu était si forte que nombre d’entre eux préféraient se suicider plutôt que de devenir esclaves. Les 6 % restants de la population du Salam sont divisés en plus d’une centaine de groupes ethnolinguistiques, dont certains disposent de leurs propres systèmes judiciaire et politique.

Au cours des dix dernières années, on a observé une résurgence des conflits ethniques, notamment dans la province de Karan située à l’extrémité nord-est du pays, essentiellement peuplée par les Thowar. Les libérateurs du peuple Thowar, connus sous le nom de membres du « Mouvement armé de libération du peuple Thowar » (Thulib), ont obtenu l’appui populaire des Thowar dissidents. Les Thulibs luttent pour un État indépendant. La plupart des jeunes hommes ont rejoint ce mouvement armé ou ont fui les conflits. Depuis l’année dernière, plus de 50 000 personnes ont été déplacées à l’intérieur du Salam, et 37 000 se sont réfugiées dans les pays voisins.

**Economie**

L’économie du Salam est dominée par l’agriculture, qui concentre 55,8 % de la population active adulte. L’économie repose également sur un secteur industriel et minier à faible intensité de capital, ainsi que sur un secteur informel en pleine expansion (petits commerçants et artisans, techniciens et entrepreneurs). La découverte d’importants gisements pétroliers au large du Salam en 2007 a suscité un vif intérêt commercial pour le pays au niveau international. Le pétrole devrait représenter 6 % des recettes en 2016.

Malgré certains progrès, l’instabilité de la situation sécuritaire et politique représente encore un défi de taille. L’État de droit reste fragile et inégal. L’incapacité à assurer les services les plus élémentaires de manière fiable, souvent aggravée par la corruption systémique, a fortement entamé la confiance envers le gouvernement.

**Culture, croyances et pratiques**

Au Salam, la cellule familiale se caractérise par une structure élargie. Il n’est pas rare qu’un seul ménage compte 30 à 40 membres. Les grandes décisions familiales sont réservées aux aînés masculins (grand-père, fils aîné), tandis que les décisions relatives aux soins de la famille et à la gestion quotidienne du foyer sont confiées aux mères et grands-mères. Si un membre de la famille est malade, il appartient à la femme de la famille la plus proche de s’en occuper (la mère dans le cas des enfants et de l’époux, la sœur ou la mère lorsque la personne malade est une femme).

Le taux d’alphabétisation global est de 46 % (58 % chez les hommes, 36 % chez les femmes). Le niveau global d’éducation de la population a progressé depuis l’indépendance. Au milieu des années 1950, moins de 150 000 enfants étaient scolarisés dans le primaire, contre plus de 2 millions à l’heure actuelle. Toutefois, le nord du pays compte toujours moins d’établissements scolaires que le sud. La plupart des écoles situées dans le sud du pays ont été créées à l’époque coloniale, et sont toujours dirigées par l’État. En général, les filles sont moins scolarisées que les garçons, car les familles considèrent souvent qu’il est plus utile pour leurs filles d’acquérir des compétences domestiques et de travailler à la maison.

La nourriture joue un rôle central dans de nombreuses interactions sociales. Les visites sont généralement l’occasion de partager du thé, du café ou un soda, voire un repas complet. Il est d’usage de manger dans un plat de service commun, en utilisant sa main droite plutôt que des couverts. La prise des repas en commun est la norme, même lorsque quelqu’un est malade. Les personnes s’assoient sur des coussins autour d’une table basse. Avant le repas, on fait circuler des serviettes et un pichet d’eau autour de la table pour se laver les mains.

Dans la tradition du Salam, le décès est suivi de plusieurs jours de deuil au cours desquels la famille, les amis et le voisinage viennent présenter leurs condoléances à la famille. Les habitants du Salam accordent une très grande importance à l’inhumation (« Il ne s’agit PAS d’un cadavre, mais du corps d’une personne décédée »). La préparation du défunt est l’occasion de rendre un hommage et de présenter ses condoléances. Elle est assurée par la personne la plus proche du défunt, en présence des membres influents de la communauté.

**Santé**

L’espérance de vie au Salam est estimée à 66 ans pour les hommes, et 77 ans pour les femmes. La mission du ministère de la Santé est de contribuer au développement socioéconomique et à la création de richesse, en améliorant la santé et la vitalité, en garantissant l’accès à des services de santé, de population et de nutrition de qualité pour tous les habitants du Salam, et en encourageant le développement du secteur médical au niveau local. Cette mission est désormais axée sur la santé au-delà des seuls soins cliniques, c’est-à-dire sur d’autres déterminants socioéconomiques de la santé.

Les mauvaises conditions environnementales dans lesquelles la population du Salam vit, travaille et va à l’école ont une incidence majeure sur le bien-être des habitants. La mauvaise qualité de l’air, de l’eau et des sols, due à l’élimination inadéquate des déchets, aux gaz dangereux émis par les industries et les véhicules, ainsi qu’aux fumées d’incinération des déchets et des feux de brousse, constitue une grave menace pour la santé publique.

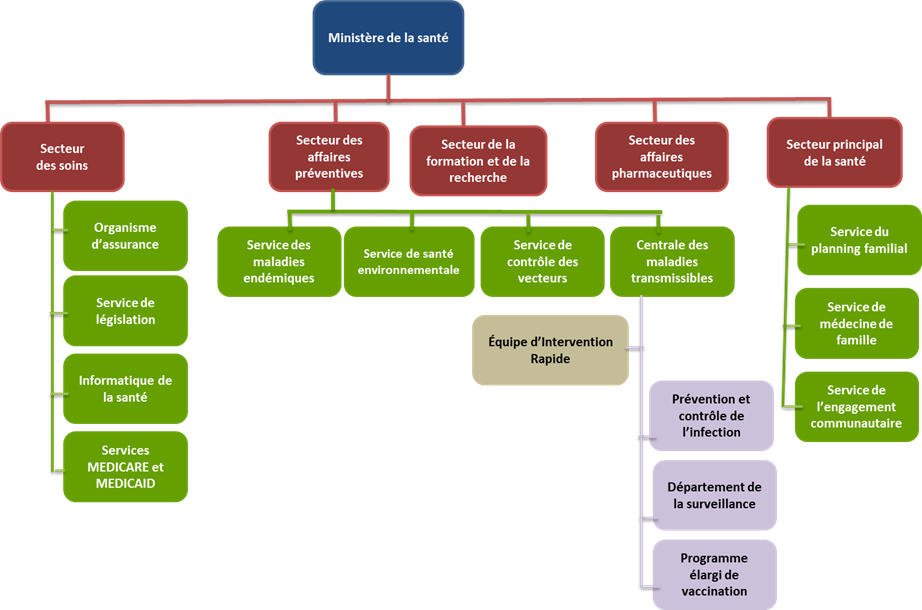
Les infrastructures de gestion des déchets du Salam n’ont pas suivi le rythme de la croissance démographique. Seul un tiers des déchets produits dans les centres urbains est collecté, le reste étant abandonné dans la nature. L’accès à l’eau potable est tout aussi problématique. Moins de la moitié de la population du Salam a accès à l’eau potable. Le reste de la population s’alimente en eau dans les cours d’eau et les fleuves, souvent pollués par des matières organiques et inorganiques. La situation est encore plus grave dans les communautés situées à proximité des zones minières, d’où proviennent des écoulements de substances, telles que le cyanure, qui entraînent une pollution hydrique. Conséquence de mauvaises conditions de vie et de facteurs environnementaux dégradés, les taux de morbidité et de mortalité sont élevés.

Le Salam, comme tout autre pays en développement, peut être considéré comme en période de transition épidémiologique caractérisée par une charge élevée des maladies infectieuses (transmissibles), une incidence accrue des maladies non transmissibles, une réduction lente mais progressive de la mortalité infantile, et un vieillissement de la population. Bien que le paludisme représente 30 à 40 % des consultations externes et environ 20 % des décès, le Salam est sujet aux maladies épidémiques, lesquelles demeurent un problème de santé publique. Les épidémies fréquentes de choléra, de méningite cérébro-spinale et de fièvre jaune font partie des principales causes de décès et de handicap enregistrés chaque année. D’autres maladies émergentes à risque épidémique représentent un grave danger pour la santé publique, à l’instar du syndrome respiratoire aigu sévère (2003), de la grippe aviaire (2005-2006), de la pandémie de H1N1 2009, (2009-2010), de la fièvre de la vallée du Rift (2012), de la récente maladie à virus Ebola (2015), et de la Covid-19 depuis 2020.

Le système de santé du Salam est confronté à de nombreuses difficultés. Il existe de graves problèmes de direction et de gouvernance : faiblesse de la direction et de la gestion de la santé publique ; législation inadéquate en matière de santé et application insuffisante de cette dernière ; participation communautaire limité dans la planification, la gestion et le suivi des services de santé ; action intersectorielle insuffisante ; inégalités horizontales et verticales au sein des systèmes de santé ; manque d’efficacité dans l’affectation et l’utilisation des ressources ; et faiblesse des systèmes nationaux d’information et de recherche sur la santé.

En outre, il existe une pénurie criante de professionnels de santé. Ce problème a été aggravé par des inégalités dans la répartition des effectifs, et par un exode des compétences. Ainsi, la mise en œuvre d’interventions de santé publique efficaces auprès des populations qui en ont besoin se trouve compromise, en particulier dans les zones rurales reculées. La majeure partie de la population du Salam peut rencontrer des difficultés d’accès à des soins médicaux de qualité. Le coût financier est un autre facteur qui aggrave le problème de l’accessibilité des soins de santé. Selon les estimations, plus de 70 % de la population du Salam a recours à la médecine traditionnelle pour traiter les maladies transmissibles et non transmissibles. Les herboristes sont censés s’inscrire auprès du Conseil national des chefs et des anciens du Salam pour pouvoir exercer et ouvrir un cabinet, mais la plupart d’entre eux ne le font pas.

**Organigramme du ministère de la Santé de Salam**



## 2.2 Orientations étape par étape

|  |
| --- |
| **C1 Activation de l’EIR (2 to 3h)** |

**1. Information à donner aux participants**

|  |
| --- |
| **Titre : Un mystérieux virus frappe des enfants et des femmes à Syan**  **Date : Jeudi 22 juillet 2021**  **Source : *Salam Times*, édition du soir**  <http://www.salamtimes.sal.html>  Des responsables gouvernementaux ont annoncé le décès de plus de 100 personnes dans la province de Karan, au nord du Salam. Les décès signalés sont dus à un mystérieux virus. Les principaux symptômes de cette étrange épidémie sont une diarrhée aiguë sévère et des vomissements. Les autorités du Salam font état d’environ 65 décès, essentiellement des femmes et des enfants, dans le village de Syan. Les autres décès ont été signalés dans les villages voisins.  Une source médicale indépendante (qui a souhaité garder l’anonymat) a confirmé que le virus avait commencé à se propager à d’autres régions, menaçant principalement les jeunes enfants. Cette source a ajouté : « Je m’attends à observer prochainement des cas similaires de personnes infectées par cet étrange virus dans la ville de Mando, la capitale du Salam ». |

**2. C*onsignes, réalisations attendues de la session et références***

***Consignes***

Votre groupe constitue l’EIR nationale du Salam. Alerté par les rumeurs relayées par les médias, le Dr Zaher, responsable de l’EIR au Centre d’opérations d’urgence, active l’EIR et lui demande de se déployer afin d’investiguer pour confirmer ou démentir les rumeurs, et de mettre en place une première série de mesures de contrôle et de prévention si nécessaire. Le Dr Zaher convoque l’EIR cette après-midi, le 23 juillet 2021, pour une réunion d’information préalable au déploiement. L’EIR doit rassembler toutes les données et informations possibles sur la situation avant de procéder au déploiement. L’équipe doit préparer un plan d’action et l’examiner lors de la réunion préalable au déploiement. Le plan d’action devra être actualisé suivant l’évolution du scénario, en fonction des nouvelles informations reçues.

L’EIR, par l’intermédiaire de son chef d’équipe, doit présenter un rapport de situation au Dr Zaher, le gestionnaire des EIR au Centre d’opérations d’urgence.

*Que devez-vous faire ?*

Discutez en groupe et décidez des premières actions à mener. Vous pouvez commencer par attribuer et définir les rôles (comme dans le cadre d’une EIR). Les réalisations attendues indiquées ci-dessous vous guideront lors des prochaines étapes.

***Réalisations attendues (à présenter par l’équipe en fin de session)***

1. Définition de la composition de l’EIR et des mandats de ses différents membres (au moyen de l’annexe 1).
2. Sujets à aborder/informations à recueillir lors de la réunion d’information/briefing préalable au déploiement (au moyen de l’annexe 2).
3. Élaboration du plan d’action de base (au moyen du modèle fourni dans l’annexe 3).
4. Établissement de la liste de contrôle logistique en vue du déploiement
5. Élaboration du rapport de situation à l’intention du gestionnaire des EIR au Centre d’opérations d’urgence en vue des étapes suivantes (au moyen du modèle fourni dans l’annexe 4).

***Références***

* Premières étapes de la prise en charge d’une flambée de diarrhée aiguë. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70712?locale-attribute=fr&>
* Foodborne disease outbreak, Guideline for investigation and control. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43771/9789241547222_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
* Outbreak Investigation Team Roles and Responsibilities. Communicable Disease Outbreak Manual. New Jersey’s Public Health Response <https://www.nj.gov/health/cd/edu_training/disease_investigator_video_res_guide.pdf>

|  |
| --- |
| **C2 À l’Hôpital général de Karan : entretiens avec le personnel médical (1 h 30)** |

1. **Informations à donner aux participants**

|  |
| --- |
| L’EIR se rend sur le terrain pour investiguer l’événement. L’équipe décide de commencer par une visite à l’Hôpital général de Karan. Sur place, les membres de l’équipe doivent rencontrer le directeur de l’hôpital pour se présenter et expliquer les objectifs de leur mission afin d’obtenir sa coopération. Ils rencontreront également le médecin qui était présent aux urgences lors de l’admission des cas. |

**2. Consignes, réalisations attendues de la session et références**

***Consignes***

À l’Hôpital général de Karan, les équipes s’entretiendront avec :

* Le **directeur de l’hôpital**, pour présenter les membres de l’équipe et expliquer les objectifs de leur mission afin d’obtenir sa coopération.
* Le **médecin**, pour obtenir des informations sur les cas admis.

Le directeur de l’hôpital leur remettra le registre de l’hôpital, et le médecin leur remettra les dossiers médicaux. Les EIR doivent consulter les dossiers médicaux et le registre de l’hôpital afin d’établir une synthèse des caractéristiques cliniques et d’élaborer une définition de cas et une liste linéaire. Elles doivent envisager une recherche active des cas afin d’identifier de nouveaux cas.

***Réalisations attendues :***

1. Établir une définition de cas.
2. Élaborer un outil de recensement des cas.
3. Recommander une première série de mesures de contrôle au directeur de l’hôpital.

***Références :***

* Lesson 6 : Outbreak investigation. Principle of epidemiology in public health practices.

<http://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/SS1978/Lesson6/Section2.html>

|  |
| --- |
| C3 À l’hôpital de Karan : entretien avec une patiente et prélèvement d’échantillons (1 h 30) |

**1. Informations à donner aux participants**

|  |
| --- |
| L’EIR va maintenant s’entretenir avec la patiente (Mme Laila Samy) afin de recueillir davantage d’informations et prélever l’échantillon de laboratoire approprié. |

**2. Consignes, réalisations attendues de la session et références**

***Consignes***

Avant d’entrer dans la chambre de la patiente, vous devez préparer tous les formulaires et le matériel nécessaires. Lorsque vous entrez dans la chambre de la patiente, veillez à appliquer les mesures de prévention et contrôle de l’infection qui s’imposent et, surtout, gardez à l’esprit que la patiente est anxieuse et doit être traitée avec respect et dignité. Vous vous entretiendrez ensuite avec elle pour recueillir davantage de données et prélever l’échantillon dont vous avez besoin.

***Réalisations attendues :***

1. Relation avec la patiente : respect de sa culture, de sa situation et de ses craintes.
2. Remplissage du formulaire d’investigation initiale de cas : renseignements personnels de la patiente, antécédents médicaux, tableau clinique, exposition et contacts potentiels (au moyen de l’annexe 1).
3. Choix du matériel adéquat de prélèvement d’échantillon, et élimination appropriée de ce dernier après utilisation ; remplissage du formulaire de demande d’analyse en laboratoire (au moyen de l’annexe 2).
4. Choix de l’EPI approprié, respect des bonnes pratiques en matière d’enfilage et de retrait de l’EPI, gestion appropriée de l’EPI après utilisation, respect des bonnes pratiques en matière d’hygiène des mains

***Références :***

* Laboratory methods for diagnosis of dysentery epidemic and cholera. <https://www.cdc.gov/cholera/pdf/Laboratory-Methods-for-the-Diagnosis-of-Epidemic-Dysentery-and-Cholera.pdf>
* Méthodes de laboratoire pour le diagnostic de la dysenterie épidémique et du choléra – Centers for Disease Control and Prevention : chapitres 4 à 7. Disponible à l’adresse suivante : <https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACP054.pdf>

|  |
| --- |
| **C4 Communication sur les risques et engagement communautaire (1 h)** |

**1. Informations à donner aux participants**

|  |
| --- |
| Il y a très peu d’échanges d’informations avec les communautés touchées, car les leaders communautaires et les autorités n’ont pas suffisamment de données à partager. Des rumeurs ont commencé à se propager, et l’EIR doit y répondre afin de gagner la confiance de la communauté.  Dans un premier temps, l’EIR rencontrera le responsable communautaire et les anciens. L’équipe identifiera les rumeurs qui se propagent, les principaux informateurs et/ou personnes d’influence, écoutera les problèmes et les préoccupations de la communauté, et s’attachera à comprendre les pratiques traditionnelles de cette dernière.  La confiance doit être instaurée rapidement afin que la communauté participe à la recherche de solutions. |

**2. Consignes, réalisations attendues de l’exercice et références**

***Consignes***

Avant de se rendre dans la communauté, l’EIR doit examiner le contexte national du Salam, notamment les principaux éléments concernant la dimension sociale, les pratiques culturelles, la parenté, les modes de communication et les tabous au sein de la population, afin de mieux comprendre les dynamiques communautaires. À son arrivée dans la communauté, l’EIR rendra une visite de courtoisie au responsable communautaire, et demandera à se rendre dans différents endroits de la communauté afin d’échanger avec les habitants.

***Réalisations attendues***

1. Appliquer les mesures de prévention et contrôle de l’infection appropriées lors de la visite communautaire.
2. Identifier les rumeurs et les difficultés liées à l’épidémie (annexe 1).
3. Identifier les pratiques communautaires susceptibles d’aider à contrôler la propagation de l’épidémie (annexe 1).
4. Identifier les pratiques communautaires susceptibles de contribuer à la propagation de l’épidémie (annexe 1).
5. Identifier les outils à utiliser pour encourager l’engagement communautaire (annexe 2).

***Références***

* Communication pour un impact comportemental (COMBI). Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux épidémies épidémiques. Disponible à l’adresse suivante :

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/129391>

* Bringing the community together to plan for Disease Outbreaks and other Emergencies: A step-by-step guide for community leaders. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Risk-Comm-Bringing-Community-Together.pdf>

|  |
| --- |
| **C5 Recherche active des cas et suivi des contacts (1 h 30)** |

**1. Informations à donner aux participants**

|  |
| --- |
| L’EIR a reçu un fax du ministère de l’Environnement indiquant que l’échantillon d’eau prélevé dans le fleuve Bughaw a révélé la présence de cadmium à un niveau inférieur au seuil d’empoisonnement, et que les troubles gastro-intestinaux des villageois de Guntana n’avaient pas de lien avec le cadmium.  Après avoir identifié et répertorié quelques cas potentiels dans la communauté grâce aux entretiens menés auprès de la patiente hospitalisée, l’EIR commencera à rechercher activement les cas et les contacts, et mettra en place des activités de surveillance dans la communauté. En outre, l’équipe doit impliquer la communauté afin de limiter la propagation de la maladie. |

**2. Consignes, réalisations attendues de l’exercice et références**

***Consignes***

L’EIR s’entretiendra avec les personnes suivantes :

**1. Mme Fatma (belle-mère de Laila) et Nelly, fille de Mme Fatma**

L’équipe rend visite à Mme Fatma, la belle-mère de Laila. L’EIR a obtenu son adresse par Laila, la patiente hospitalisée, qui a indiqué que Mme Fatma souffrait également de symptômes similaires. L’équipe arrive à son domicile.

* Quel EPI devez-vous porter, le cas échéant ? Comment allez-vous vous protéger sans créer de distance avec la communauté ?
* Vous entamerez un dialogue avec Mme Fatma. Saluez-la, expliquez-lui le but de votre visite, puis interrogez-la sur son état de santé et sur les précautions qu’elle prend. Conseillez-la sur les mesures susceptibles de prévenir ou non la propagation de l’infection.
* Nelly, la fille de Mme Fatma, s’occupe maintenant de sa mère malade. Quels conseils devez-vous lui donner ?

Nelly est une belle et douce jeune femme. L’équipe souhaite la conseiller sur les précautions à prendre lorsqu’elle prend soin de sa mère. Lorsque l’équipe quitte la maison, l’un des membres masculins de l’EIR retourne à l’intérieur pour s’entretenir en privé avec Nelly : il lui propose de le retrouver dans la soirée dans le parc situé près de la maison. Il lui dit que si elle accepte, il pourra facilement se procurer des médicaments pour sa mère. Vous avez entendu cette conversation.

* Comment qualifieriez-vous le comportement du membre de l’EIR qui a approché Nelly ?
* Que faire pour prévenir ce genre de situations ?
* Que faire pour répondre à ce genre de situations ?

**2. Voisin (barrière de la langue)**

Après avoir rendu visite aux voisins dans le cadre de la recherche active des cas, vous découvrez qu’ils parlent un dialecte que vous ne connaissez pas. Que devez-vous faire ?

**3. Membre(s) de la communauté**

De nombreuses épidémies peuvent être maîtrisées plus rapidement lorsque la population sait comment limiter la propagation de la maladie, et lorsque l’EIR en sait plus sur les pratiques de la communauté. L’éducation sanitaire est primordiale pour garantir l’engagement communautaire, mais elle n’aura d’effets que si l’EIR connaît la communauté. Le responsable communautaire vous a demandé d’organiser des séances d’éducation sanitaire afin de conseiller la population sur les points suivants :

* Les moyens de se protéger lorsque l’on prend soin d’une personne malade.
* La marche à suivre lorsque l’on présente des symptômes.

***Réalisations attendues***

1. Remplir le formulaire de collecte de données pour l’investigation initiale de cas (au moyen de l’annexe 1 fournie dans la session C3).
2. Établir une liste des contacts et commencer le suivi des contacts (au moyen des annexes 2 et 3 ).
3. Établir la liste des mesures à adopter en cas de comportement inapproprié de la part des membres de l’EIR.
4. Répertorier les messages clés d’une campagne d’éducation sanitaire (par exemple, encourager l’hygiène au quotidien plutôt que des mesures exceptionnelles en cas d’épidémie ou de maladie)

***Références***

* Premières étapes de la prise en charge d’une flambée de diarrhée aiguë. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70712?locale-attribute=fr&>
* Foodborne disease outbreak, Guideline for investigation and control. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43771/9789241547222_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
* Communication pour un impact comportemental (COMBI). Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/129391>
* Nations, M.K. et Monte, C.M., 1996. « “I’m not dog, no!”: cries of resistance against cholera control campaigns ». Social Science & Medicine (1982), vol. 43, n° 6, p. 1007-1024.

|  |
| --- |
| **C6 Rédaction (2h) et présentation (1h30) du rapport d’investigation** |

**1. Informations à donner aux participants**

|  |
| --- |
| L’EIR est informée par le personnel de l’hôpital que les résultats de l’analyse des échantillons prélevés sur Mme Laila Samy sont positifs au choléra. De nouveaux cas de choléra ont été identifiés grâce aux activités de surveillance et de recherche active des cas. Afin de déterminer l’étendue géographique réelle du problème et d’identifier les populations touchées, vous devez réaliser une analyse épidémiologique descriptive à partir des données collectées.  En vous appuyant sur les informations disponibles, vous rédigerez un rapport d’investigation et mettrez en œuvre les mesures de contrôle nécessaires pour endiguer cette épidémie.  L’équipe devra présenter son rapport d’investigation au Dr Zaher, le gestionnaire des EIR au Centre d’opérations d’urgence, au cours d’une réunion de 8 à 10 minutes. |

**2. Consignes, réalisations attendues de l’exercice et références**

***Consignes***

Chaque EIR doit rédiger un rapport d’investigation incluant l’ensemble des observations et des conclusions, ainsi que des tableaux de données et des graphiques (sous la forme d’un fichier PPT de 8 diapositives maximum), et présenter le résumé du rapport en session plénière (8 à 10 minutes de présentation).

***Réalisations attendues***

1. Rapport d’investigation exhaustif intégrant les résultats et les conclusions des différentes phases d’investigation de manière systématique, et couvrant les points suivants :

* Mesures de lutte contre le choléra, notamment les interventions techniques et axées sur la communauté.
* Nécessité de créer un centre de traitement du choléra, structure de ce centre, et calcul des fournitures médicales et des postes de réhydratation orale à prévoir
* Réflexion sur la manière dont les membres de la communauté peuvent apporter leur soutien.
* Présentation des données dans des tableaux et des graphiques, selon le cas.
* Mise en lumière des mesures de prévention et contrôle de l’infection concernant la restriction des échanges et des mouvements de population internationaux en raison d’une épidémie de choléra.
* Plan de vérification des hypothèses.

1. Présentation du rapport d’investigation sous la forme d’un diaporama PPT (8 à 10 minutes)

***Références :***

WHO Cholera outbreak toolbox

<https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/cholera-outbreak-toolbox>

|  |
| --- |
| **Conclusion** |

Le choléra reste une menace mondiale dans de nombreux pays en développement. L’accès à une eau potable salubre et à un assainissement adéquat est l’une des mesures les plus efficaces pour éviter les épidémies de choléra.

Au Salam, le ministère de la Santé a intensifié ses interventions afin de combattre et de prévenir la propagation de la maladie. Les patients sont traités avec des sels de réhydratation orale, des perfusions et des antibiotiques, selon les besoins.

Les interventions visant à juguler l’épidémie incluent les activités suivantes : surveillance renforcée au niveau communautaire pour la recherche des cas, approvisionnement en eau potable, amélioration de l’assainissement grâce à la désinfection des fosses septiques, et élimination plus adéquate des déchets. Dans le cadre des efforts visant à contenir l’épidémie, le ministère a soutenu de vastes campagnes de communication afin d’encourager les familles à purifier l’eau, à préparer correctement les aliments, et à se laver les mains.

Cette réussite n’aurait pas été possible sans vos efforts en tant qu’EIR.

***Merci d’avoir fait partie de l’équipe d’intervention rapide du Salam !***



## Clause de non-responsabilité

|  |
| --- |
| **WHO Health Security Learning Platform - Training Materials**  **Plateforme d’apprentissage de l’OMS sur la sécurité sanitaire – Supports de formation**  Les présents supports de formation sont la propriété de © l’Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2022. Tous droits réservés.  Votre utilisation des présents supports est soumise aux conditions d’utilisation de la « [Plateforme d’apprentissage de l’OMS sur la sécurité sanitaire – Supports de formation](https://extranet.who.int/hslp/?q=content/terms-use) », que vous avez acceptées en les téléchargeant, et qui sont disponibles sur la Plateforme d’apprentissage sur la sécurité sanitaire à l’adresse suivante : <https://extranet.who.int/hslp>.  En cas d’adaptation, de modification, de traduction ou de toute autre révision du contenu de ces documents, vous ne devez pas laisser entendre que l’OMS est affiliée de quelque manière que ce soit à ces modifications, et vous ne devez pas utiliser le nom ni l’emblème de l’OMS dans les documents ainsi modifiés.  Si vous adaptez, modifiez, traduisez ou révisez de toute autre manière que ce soit le contenu de ces documents, vous devez en citer la source en indiquant la mention suivante : « Ces supports de formation sont une version modifiée du Kit de formation avancée des équipes d’intervention rapide (disponible à l’adresse suivante : <https://extranet.who.int/hslp/>), lequel est la propriété de © l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2022, et sont utilisés avec l’autorisation de l’OMS. L’OMS décline toute responsabilité en cas de modification ou de révision des documents de l’OMS protégés par le droit d’auteur. »  En outre, nous vous invitons à informer l’OMS de toute modification de ces documents utilisés à des fins publiques, d’archivage ou de développement continu, en envoyant un courrier électronique à l’adresse suivante : [ihrhrt@who.int](mailto:ihrhrt@who.int). |