**Paquet de formation EIR**

**A3.3 Exercice : liste de contrôle pour la logistique**

**Guide du facilitateur**

**Objectifs d'apprentissage :**

* Identifier les équipements et les moyens logistiques minimums nécessaires aux EIR en cas d'évènement de santé publique spécifique (outils, directives, transport, communication, chargement, équipements et fournitures).
* Bien utiliser et bien gérer les besoins logistiques minimums nécessaires en cas d'évènement de santé publique spécifique.
* Trouver localement le matériel adapté.

**Durée :** 60 min au total (Présentation : 5 min, travail en équipe : 15 min, bilan : 5 min par groupe ; synthèse : 10 min).

**Méthode** : Travail en équipe avec paper-board et différents syndromes de maladies.

**Groupes** : formation de 3 à 6 groupes en fonction du nombre de participants.

1) Chaque groupe se voit remettre la description succincte du syndrome d'une maladie sur laquelle il doit intervenir (cf. Annexe 1 ci-dessous) :

* Cas suspect d'Ebola
* Cas suspect de fièvre de la vallée du Rift
* Cas suspect de charbon
* Cas suspect de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

2) Chaque groupe doit préparer une liste de contrôle des matériels et des équipements devant être apportés sur le terrain.

**Bilan complet de chaque groupe**. Analyse comparative des différents besoins en fonction des syndromes.

**Astuces pédagogiques :** identifiez les équipements/matériels toujours nécessaires pour les EIR et soulignez leur importance. Discutez également de ce que l'EIR doit faire sur le terrain si elle a besoin de repérer d'autres ou de nouveaux matériels/équipements.

|  |
| --- |
| **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) |

**Annexe 1 : Description des syndromes** (à imprimer pour les participants).

**Cas suspect d'Ebola**

La maladie à virus Ebola (MVE) - autrefois appelée fièvre hémorragique à virus Ebola - est une maladie grave et souvent mortelle chez l’homme. Le virus se transmet à l’homme à partir des animaux sauvages et se propage ensuite dans les populations par transmission interhumaine.

Le taux de létalité moyen est d’environ 50 %. Au cours des flambées précédentes, les taux sont allés de 25 % à 90 %.

Les premières flambées de maladie à virus Ebola sont survenues dans des villages isolés d’Afrique centrale, à proximité de forêts tropicales, mais la récente flambée en Afrique de l’Ouest a touché de grands centres urbains aussi bien que des zones rurales.

La participation de la communauté est essentielle pour juguler les flambées. Pour être efficace, la lutte doit se fonder sur un ensemble d’interventions : prise en charge des cas, surveillance et recherche des contacts, services de laboratoire de qualité, inhumations sans risque et mobilisation sociale.

Les soins de soutien précoces axés sur la réhydratation et le traitement symptomatique améliorent les taux de survie. Aucun traitement homologué n’a pour l’instant démontré sa capacité à neutraliser le virus, mais plusieurs traitements (dérivés du sang, immunologiques ou médicamenteux) sont à l’étude.

Il n’existe actuellement aucun vaccin homologué contre la maladie à virus Ebola, mais deux candidats sont en cours d’évaluation.

**Fièvre de la vallée du Rift**

La fièvre de la Vallée du Rift (FVR) est une zoonose virale identifiée pour la première fois en 1931 au Kenya. Cette maladie transmise par les moustiques touche principalement les animaux mais peut aussi contaminer l'homme. Dans la grande majorité des cas, l'infection se produit chez l'homme à la suite d'un contact direct ou indirect avec du sang ou des organes d'animaux contaminés. Ce contact peur survenir lors du traitement ou de l'abattage d'animaux infectés. Il peut également être possible en ingérant du lait cru. L'infection humaine peut également survenir à la suite de piqûres de moustiques infectés.

La plupart des cas chez l'homme restent relativement bénins mais une petite proportion des patients développent une pathologie beaucoup plus grave prenant en général la forme d'un ou de plusieurs des trois syndromes suivant : forme oculaire, méningo-encéphalite ou fièvre hémorragique. Dans les cas plus graves, c'est le traitement symptomatique général qui prédomine.

**Cas suspect de charbon**

Le charbon est avant tout une maladie des herbivores, même si l'on sait que d'autres mammifères et certains oiseaux peuvent contracter la maladie. Jusqu'à l'introduction et l'utilisation généralisée de vaccins vétérinaires efficaces, le charbon entraînait une très forte mortalité des bovins, moutons, brebis, chameaux, chevaux et cochons partout dans le monde. Le charbon continue à être signalé dans de nombreux pays chez des herbivores apprivoisés ou sauvages, en particulier quand les programmes de vaccinations du cheptel ne sont pas appropriés ou réguliers.

Chez l'homme, la transmission se fait directement ou indirectement à partir d'animaux infectés ou du fait d'une exposition professionnelle à des produits animaux infectés ou contaminés Lutter contre cette maladie chez le bétail est donc la seule façon d'en réduire l'incidence. La maladie est généralement considérée comme non contagieuse. Des cas documentés de transmission d'homme à homme existent mais ils sont rares.

**Cas suspect de SRAS**

Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est une maladie dont l’étiologie est inconnue et que l’on retrouve chez des patients en Asie, en Amérique du Nord et en Europe.

La période d’incubation du SRAS est habituellement de 2 à 7 jours mais elle peut aller jusqu’à 10 jours La maladie commence d’habitude avec un prodrome de fièvre (> 38 °C), souvent élevée, parfois associée à des frissons et à de la rigidité et parfois accompagnée d’autres symptômes, y compris des maux de tête, des malaises et des myalgies Au début de la maladie, certains cas présentent de légers symptômes respiratoires. Typiquement, il n’y a pas d’éruption cutanée et de symptômes neurologiques ou gastro-intestinaux, bien que certains patients aient signalé avoir eu de la diarrhée au cours de la phase prodromique fébrile.

Après 3 à 7 jours, une phase touchant les voies respiratoires inférieures débute avec une toux sèche et improductive ou une dyspnée qui peut être accompagnée de ou progresser jusqu’à l’hypoxémie. Dans environ 10 % à 20 % des cas, la maladie respiratoire est suffisamment sévère pour exiger une intubation et une ventilation mécanique. Le taux de mortalité chez les personnes répondant aux critères actuels de définition de cas du SRAS de l’OMS est d’environ 3 %.