**Formation des Équipes d’Intervention Rapide**

**Exercice pratique basé sur un scénario**

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

**Guide du participant**

**VERSION REVISEE LE 14/06/2018**

****



Table des matières

**1. Introduction 2**

1.1 Objectifs……………………………………………………………………………………………………………………2

1.2Organisation des groupes de travail2

**2. Scénario et instructions3**

Contexte3

Session C1……………………………………………………………………………………………………………………..8

Session C2 …………………………………………….……………………………………………………………………..9

Session C3……………………………………………………………………………………………………………………10

Session C4……………………………………………………………………………………………………………………11

Session C5……………………………………………………………………………………………………………………12

Session C6…………………………………………………………………………………………………………………...13

Session C7………………………………………………………………………………………………………………..….14

Conclusions15

|  |
| --- |
| **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 |

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

**1.1 Objectifs**

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 doit être effectué après que les participants / EIR ayant acquis les connaissances et les compétences nécessaires sur les différents contenus couverts par la simulation.

Au cours de cet exercice pratique basé sur un scénario, il est attendu des équipes d'intervention Rapide de démontrer les capacités et les compétences nécessaires pour:

* Agir comme une équipe multidisciplinaire fonctionnelle lorsque cela est demandé par l'autorité de santé publique compétente.
* Procéder à une évaluation rapide des risques pour évaluer l'épidémie MVE et déterminer si elle peut être considérée comme une menace à la sécurité nationale.
* Améliorer les activités de surveillance et gérer de manière adéquate les données de surveillance dans le contexte de MVE.
* Effectuer l'enquête épidémiologique autour du cas suspect de MVE soit pour confirmer ou infirmer l'épidémie de MVE.
* Appliquer des mesures de prévention et de contrôle des infections.
* Effectuer la collecte sans risque du prélèvement du cas suspect.
* Mener une recherche active des cas et des contacts, pour contrôler efficacement une potentielle épidémie de MVE.
* Sensibiliser les communautés et les engager dans la lutte contre l’épidémie la MVE.
* Gérer les décès sans risque et dans la dignité.

**1.2 Organisation du travail en groupe**

* Les participants travailleront en groupes de 6 à 7 (1 groupe = 1 EIR).
* Chaque groupe devra désigner un chef, un porte-parole et un gardien du temps.
* Les coachs devront fournir un minimum de directives aux groupes.

# 2. Scénario et instructions

**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 à l’Aéroport International de Matulidji, 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.

|  |
| --- |
| **Session C1 EIR mobilisée** |

**1. Scénario**

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 séance et références***

***Instructions***

En réaction aux rumeurs véhiculées par les médias, le Dr. Zaher, coordinateur du COUS/Gestionnaire des 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.
* Mise au point d’une liste de vérification logistique.
* Rapport de situation (SITREP) destiné au coordinateur du COUS/Gestionnaire des Incidents, en utilisant le modèle fourni à l’Annexe 1.

***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>

|  |
| --- |
| **Session C2 A l’Hôpital d’Emrod : Entretien avec le personnel médical** |

**1. Scénario**

|  |
| --- |
| *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 séance 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>

|  |
| --- |
| **Session C3 A l’hôpital d’Emrod : Entretien avec la patiente/ Réalisation d’un prélèvement** |

**1. Scénario**

|  |
| --- |
| 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 séance 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.
* SITREP destiné au coordinateur du COUS/Gestionnaire des Incidents pour les prochaines étapes.

***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)

|  |
| --- |
| **Session C4 Exercice de mobilisation sociale** |

**1. Scénario**

|  |
| --- |
| 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).

***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>

|  |
| --- |
| **Session C5 Recherche de contacts** |

**1. Scénario**

|  |
| --- |
| 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 eus 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.

***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)

|  |
| --- |
| **Session C6 Inhumation sans risque et dans la dignité** |

**1. Scénario**

|  |
| --- |
| 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 pour identifier quelles sont les personnes que vous devez impliquer dans les 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, livrables 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***

* Field Situation: How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola virus disease

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137379/1/WHO_EVD_GUIDANCE_Burials_14.2_eng.pdf>

|  |
| --- |
| **Session C7 Rédaction du rapport** |

**1. Scénario**

|  |
| --- |
| On est le 10 mars. Le nombre de cas et de décès de MVE 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 et résultats attendus de l’exercice***

***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.

|  |
| --- |
| Conclusion |

12/08/2015

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, coordinateur du COUS/Gestionnaire des Incidents, 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 à l’Equipe d’Intervention Rapide du Matulidji !***