

RAPPORT TECHNIQUE

# REVUE APRÈS ACTION DE LA RÉPONSE D'URGENCE À LA FLAMBÉE ÉPIDÉMIQUE DE PESTE PULMONAIRE

2 AU 6 JUILLET 2018 - ANTANANARIVO



Organisation  
mondiale de la Santé



REPUBLIKAN'I MADAGASIKARA  
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana



# REVUE APRÈS ACTION DE LA RÉPONSE D'URGENCE À LA FLAMBÉE ÉPIDÉMIQUE DE PESTE PULMONAIRE

2 AU 6 JUILLET 2018 - ANTANANARIVO



# RESUMÉ

La peste est une maladie endémique à déclaration obligatoire à Madagascar. La saison favorable à la transmission de la maladie s'étale généralement entre septembre et avril.

En 2017, Madagascar a fait face à une épidémie de peste pulmonaire qui a affecté les zones endémiques et non endémiques, y compris les grands centres urbains comme Antananarivo et Toamasina. Du 1er août au 27 novembre 2017, 2 414 cas de peste ont été notifiés dans 58 districts sur les 114. La flambée épidémique de peste de 2017 a ainsi été particulière du fait de son ampleur, de son caractère urbain affectant les grandes villes du pays et de la prédominance de la forme pulmonaire. Grâce à la réponse multisectorielle conduite depuis septembre par le Ministère de la Santé Publique avec le soutien des partenaires, la fin de la flambée épidémique de peste pulmonaire en milieu urbain a été déclarée le 27 novembre 2017.

En vertu du Cadre de suivi et d'évaluation du Règlement Sanitaire International (2005), les pays sont encouragés à réaliser une Revue Après Action (RAA) qui consiste en l'examen à postériori d'un événement de santé publique majeur afin d'identifier les meilleures pratiques et les défis rencontrés au cours de la riposte pour renforcer les capacités de préparation, de détection et de réponse aux potentiels événements de santé publique ultérieurs.

Ainsi, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé à réaliser avec l'appui de l'OMS et de ses partenaires la Revue Après Action de la réponse d'urgence à la flambée épidémique de peste pulmonaire de 2017 dans le cadre du renforcement de la mise en œuvre du RSI (2005) et de la préparation aux situations d'urgences à Madagascar. Cet atelier s'est déroulé du 2 au 6 juillet 2018 à l'hôtel San Cristobal à Antananarivo. Au total 81 participants, multidisciplinaires, ayant activement pris part à la riposte au cours de la précédente flambée épidémique de peste pulmonaire ont participé à cet atelier.

Une approche qualitative et participative a été employée en utilisant les outils standardisés de l'OMS (Guide de l'OMS pour la conduite d'une Revue Après Action, Manuels du participant et du facilitateur). Des travaux de groupe en alternance avec des séances plénières y compris des présentations ont composé les différentes sessions de l'atelier.

Au total, 5 groupes ont été constitués selon les fonctions à analyser :

- Coordination et logistique
- Surveillance et laboratoire
- Communication, mobilisation sociale et engagement communautaire
- Prise en charge des cas et Prévention et Contrôle des Infections
- Lutte anti-vectorielle, anti-réservoir et environnement

Les participants dans 5 groupes de travail ont pris part activement aux 5 sessions de la RAA indiquées dans la méthodologie standard.

Quarante-huit (48) activités ont été identifiées par les participants, parmi lesquelles 23 ont été retenues comme prioritaires. Ces activités ont été catégorisées selon des échéances : court, moyen et long termes.

- Court terme : réalisation des activités dans les six prochains mois
- Moyen terme : réalisation des activités entre six à douze mois
- Long terme : réalisation des activités au-delà d'une année.

Aussi, à court terme, les activités prioritaires toutes fonctions confondues seront :

1. Mettre à jour, diffuser et mettre en œuvre le plan de contingence de lutte contre les épidémies majeures et les pandémies
2. Élaborer un plan stratégique de gestion des intrants de santé pour les urgences sanitaires Inscrire une ligne budgétaire au niveau du ministère de la santé pour les fonds de contingence épidémique
3. Redynamiser le groupe intersectoriel d'appui à la lutte contre la peste (GIALP) au niveau national et les comités de lutte contre la peste au niveau infranational
4. Inscrire une ligne budgétaire au niveau du ministère de la santé pour les fonds de contingence épidémique
5. Élaborer des procédures opérationnelles standardisées (POS) pour le contrôle sanitaire au niveau des points d'entrée et des points de flux de population
6. Élaborer un protocole opérationnel standardisé sur le circuit d'informations sanitaires nationales
7. Former les techniciens de laboratoire au niveau régional sur les techniques de diagnostic de la peste
8. Former les acteurs communautaires sur la surveillance des maladies et des événements prioritaires et mettre des mécanismes fonctionnels de détection et de notification des cas
9. Rendre disponibles des moyens de diagnostic performants pour toutes les formes de la peste
10. Mettre en œuvre une surveillance sentinelle des indicateurs de risque de peste
11. Établir une convention avec les sociétés de transport pour l'acheminement des échantillons
12. Élaborer et valider un protocole de prise en charge de la peste, de prévention et de contrôle des infections
13. Installer un centre de prise en charge de la peste et des maladies à potentiel épidémique adapté, de référence, avec une unité de réanimation au niveau des 6 chefs-lieux de province du pays
14. Former les agents de santé (secteurs publics et privés) en matière de la prise en charge de la peste et de la PCI
15. Réactiver et maintenir le Call center du ministère de la santé (numéro vert)
16. Mener des activités de communication des risques multicanaux relatives à la préparation et à la riposte contre la peste, y compris le protocole de l'enterrement digne et sécurisé (acteurs communautaires, réseaux sociaux, communications interpersonnelles, média, supports imprimés et artistes)
17. Réviser la loi sur les enterrements liés à la peste
18. Conduire des campagnes de dératisation de masse au niveau des communes endémiques en intersaison
19. Réaliser un assainissement périodique au niveau de la communauté
20. Effectuer sans délai la désinfection et/ou la désinsectisation de riposte devant tout cas suspect de peste

A moyen et long terme, les activités seront :

21. Mettre en place une direction en charge des maladies épidémiques, des urgences et maladies tropicales négligées
22. Mettre en place des laboratoires de référence dotés de laboratoires mobiles au niveau des 6 chefs-lieux de province du pays
23. Mettre en place des villages écologiques afin d'assurer un environnement *rat proofing*.

© Organisation mondiale de la Santé 2018

# TABLE DES MATIÈRES

Sigles et abréviations	8
Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
Liste des photos	11
<b>1. CONTEXTE DE LA REVUE APRÈS ACTION</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJECTIFS DE LA REVUE</b>	<b>13</b>
2.1. OBJECTIF GÉNÉRAL	13
2.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	13
2.3. DOMAINES DE LA RAA	13
<b>3. MÉTHODOLOGIE</b>	<b>13</b>
3.1. SESSION 1 : MISE EN SCÈNE – QU'EST-CE QUI ÉTAIT EN PLACE AVANT LA RÉPONSE?	13
3.2. SESSION 2 : CE QUI S'EST PASSÉ DURANT LA RÉPONSE	14
3.3. SESSION 3 : CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ ? CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNÉ ? ET POURQUOI ?	14
3.4. SESSION 4 : CE QUI PEUT ÊTRE FAIT POUR AMÉLIORER LA RÉPONSE LA PROCHAINE FOIS?	14
3.5. SESSION 5 : PROCHAINES ÉTAPES	15
<b>4. DÉROULEMENT DE L'ATELIER RAA</b>	<b>15</b>
<b>5. RÉSULTATS</b>	<b>18</b>
5.1. CE QUI ÉTAIT EN PLACE AVANT LA RÉPONSE	18
5.1.1. La coordination et la logistique	19
5.1.2. La surveillance et le laboratoire	20
5.1.3. La prise en charge, la Prévention et le Contrôle des Infections et la coordination de la riposte	22
5.1.4. La communication des risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire	23
5.1.5. La lutte anti vectorielle, anti réservoir et l'environnement	24
5.2. CE QUI S'EST PASSÉ DURANT LA RÉPONSE	26
5.3. CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ, CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNÉ ET POURQUOI ?	34
5.3.1. La coordination et la logistique	34
5.3.2. La surveillance et le laboratoire	36
5.3.3. La prise en charge, la Prévention et le Contrôle des Infections et la coordination de la riposte	38
5.3.4. La communication des risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire	40
5.3.5. La lutte anti vectorielle, anti réservoir et l'environnement	43
5.4. CE QUI PEUT ÊTRE FAIT POUR AMÉLIORER LA RÉPONSE LA PROCHAINE FOIS	45
5.4.1. La coordination et la logistique	46
5.4.2. La surveillance et le laboratoire	47
5.4.3. La prise en charge, la Prévention et le Contrôle des Infections et la coordination de la riposte	53
5.4.4. La communication des risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire	56
5.4.5. La lutte anti vectorielle, anti réservoir et l'environnement	59
5.5. PROCHAINES ÉTAPES	62
5.6. ÉVALUATION DE L'ATELIER	63
<b>6. RÉUNION DE PLAIDOYER</b>	<b>64</b>
<b>7. CONCLUSION</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>66</b>
ANNEXE 1 : AGENDA DE L'ATELIER	66
ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS	71
ANNEXE 3 : QUESTIONS CLÉS PAR FONCTION	74

## Sigles et abréviations

<b>A020</b>	Peste
<b>AC</b>	Agents communautaires
<b>AFRO</b>	Organisation mondiale de la santé de la région africaine
<b>AS</b>	Agents de santé
<b>BDD</b>	Base des données
<b>BMH</b>	Bureau municipal d'hygiène
<b>BNGRC</b>	Bureau national de gestion des risques et des catastrophes
<b>CERVO</b>	Centre d'études, de réflexion, de veille et d'orientation
<b>CHAPA</b>	Centre Hospitalier Anti-Pesteux Ambohimandra
<b>GIALP</b>	Groupe Intersectoriel d'Appui à la Lutte contre la Peste
<b>CRGRC</b>	Comité régional de gestion de risques et de catastrophes
<b>CRM</b>	Croix rouge malagasy
<b>CTTP</b>	Centre de tri et de traitement de peste
<b>DGCOM</b>	Direction générale de la communication
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DPS</b>	Direction de la promotion de la santé
<b>DVSSE</b>	Direction de la veille sanitaire et de la surveillance épidémiologique
<b>EPI</b>	Équipement de protection individuelle
<b>GRC</b>	Gestion des risques et catastrophes
<b>HQ</b>	Head quarter (OMS Genève)
<b>IPM</b>	Institut Pasteur de Madagascar
<b>LCP</b>	Laboratoire central peste
<b>MCRI</b>	Ministère de la communication et de la relation avec les institutions
<b>MFB</b>	Ministère des finances et du budget
<b>MSANP</b>	Ministère de la santé publique
<b>MTN</b>	Maladies tropicales négligées
<b>OG</b>	Outils de gestion
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisations non gouvernementales
<b>ONN</b>	Office National de Nutrition
<b>ORSEC</b>	Plan organisation et secours
<b>PB</b>	Peste bubonique
<b>PCI</b>	Prévention et Contrôle des Infections
<b>PCR</b>	Polymerase chain reaction
<b>PNC</b>	Plan national de contingence
<b>PP</b>	Peste Pulmonaire
<b>PTF</b>	Partenaires techniques et financiers
<b>Q-PCR</b>	Quantitative polymerase chain reaction
<b>RAA</b>	Revue Après Action
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>RSI</b>	Règlement sanitaire international
<b>SEMOI</b>	Service des équipes mobiles d'intervention
<b>SIMEX</b>	Exercice de simulation



<b>SLMEN</b>	Service de lutte contre les maladies épidémiques et négligées
<b>SLPE</b>	Service de lutte contre la peste
<b>SOP/OPS</b>	Procédures opérationnelles standardisées
<b>SURECA</b>	Service des Urgences et des Ripostes aux Epidémies et Catastrophes
<b>TDR</b>	Test de diagnostic rapide
<b>TIC</b>	Technologie d'information et de la communication
<b>UTGL</b>	Unité technique de gestion logistique
<b>VIPP</b>	Visualisation in participatory planning
<b>WCO</b>	WHO Country Office
<b>ZAP</b>	Zone administrative et Pédagogique

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Les facilitateurs et rapporteurs par fonction durant la RAA 2 au 6 juillet 2018 à l'hôtel San Cristobal – Antananarivo	17
Tableau 2 : Ce qui était en place avant la réponse : coordination et logistique	19
Tableau 3 : Ce qui était en place avant la réponse : surveillance et laboratoire	20
Tableau 4 : Ce qui était en place avant la réponse : prise en charge, prévention et le contrôle des infections et coordination de la riposte	22
Tableau 5 : Ce qui était en place avant la réponse : communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire	23
Tableau 6 : Ce qui était en place avant la réponse : lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement	24
Tableau 7 : Chronologie des évènements et des activités durant la réponse	26
Tableau 8 : Meilleures pratiques durant la riposte : coordination et logistique	34
Tableau 9 : Défis lors de la riposte : coordination et logistique	35
Tableau 10 : Meilleures pratiques durant la riposte : surveillance et laboratoire	36
Tableau 11 : Défis lors de la riposte : surveillance et laboratoire	37
Tableau 12 : Meilleures pratiques durant la riposte : prise en charge, Prévention et le Contrôle des Infections et coordination de la riposte	38
Tableau 13 : Défis lors de la riposte : prise en charge, Prévention et le Contrôle des Infections et coordination de la riposte	39
Tableau 14 : Meilleures pratiques durant la riposte : communication des risques mobilisation sociale et engagement communautaire	40
Tableau 15 : Défis lors de la riposte : communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire	41
Tableau 16 : Meilleures pratiques durant la riposte : lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement	43
Tableau 17 : Défis lors de la riposte : lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement	44
Tableau 18 : Activités clés identifiés par le groupe de coordination et logistique	45
Tableau 19 : Activités clés identifiés par le groupe de surveillance et laboratoire	47
Tableau 20 : Activités clés identifiés par le groupe de prise en charge, Prévention et le Contrôle des Infections et coordination de la riposte	53
Tableau 21 : Activités clés identifiés par le groupe de communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire	56
Tableau 22 : Activités clés identifiés par le groupe de lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement	59
Tableau 23 : Activités prioritisées et échéances de leurs réalisations à l'issue de la RAA	62

## Liste des figures

Figure 1 : Les niveaux d'impact et niveaux de difficulté de la mise en œuvre des activités identifiées au cours de la RAA par les autocollants	15
--	----

## Liste des photos

Photo 1 : Travaux de groupe : Ce qui était en place	14
Photo 2 : Discours du Ministre de la santé lors de l'ouverture de l'atelier	16
Photo 3 : Les facilitateurs de l'atelier	17
Photo 4 : Analyse de l'existant	18
Photo 5 : Chronologie des évènements	26
Photo 6 : Priorisation des activités	62
Photo 7 : Les officielles lors de la restitution de l'atelier et la réunion de plaidoyer	64

# 1. CONTEXTE DE LA REVUE APRÈS ACTION

Le Règlement Sanitaire International ou RSI (2005) est le principal instrument juridique de portée internationale conçu pour aider les pays à se protéger contre la propagation internationale des risques infectieux et non infectieux. Le RSI (2005) contraint les États au renforcement de leur système de sécurité sanitaire en fixant des capacités à atteindre. Toutefois, depuis l'entrée en vigueur du RSI (2005) en 2007, seule une minorité de pays ont renforcé leurs capacités à se préparer et à riposter efficacement aux menaces pour la santé publique.

Ainsi, l'organisation mondiale de la santé ou OMS a développé puis institué en 2016 un nouveau cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005) qui vise à examiner la mise en œuvre des capacités essentielles de santé publique selon le Règlement. Ce nouveau cadre de suivi et d'évaluation se compose de 4 éléments étroitement liés les uns aux autres. Au cours d'une période de 5 ans, il est proposé aux États Parties de mener les activités suivantes : i) Rapports annuels des États parties (RA) ; ii) Évaluation Externe Conjointe (EEC) ; iii) Exercices de simulation ; et iv) Revue Après Action (RAA). Ainsi, le nouveau cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005) doit favoriser la responsabilisation et la transparence grâce à la présentation de rapports précis et réguliers sur l'état d'application du Règlement, encourageant ainsi le dialogue, la confiance et la collaboration entre les États Parties.

Une Revue Après Action (RAA) est une approche qualitative qui permet aux États de tirer des enseignements instructifs suite à un événement de santé publique vécu dans l'objectif d'améliorer la préparation, la détection et la riposte aux potentiels événements de santé publique ultérieurs. La réalisation d'une RAA permet de renforcer la compréhension mutuelle du processus de réponse et peut harmoniser les mécanismes de coordination et de collaboration entre les parties prenantes. La RAA peut être utilisée au niveau national, régional ou communautaire pour identifier et traiter les fonctions des différentes phases de gestion d'un événement de santé publique de portée internationale. Dans un premier temps de nature qualitatives et fonctionnelles, les informations qui seront obtenues à l'issue de la RAA seront mises à profit afin d'améliorer les domaines qui le nécessitent au moyen d'un plan d'action.

En 2017, Madagascar a fait face à une épidémie de peste pulmonaire.

La peste est une maladie endémique à déclaration obligatoire à Madagascar. La peste se présente chez l'homme principalement sous deux formes en fonction de la voie d'infection : la peste bubonique et la peste pulmonaire. Plus virulente que la peste bubonique, la peste pulmonaire peut entraîner le décès en moins de 24 heures en l'absence de traitement, suite à de graves complications. Cette forme clinique de la maladie est également particulièrement contagieuse et peut être à l'origine d'épidémies redoutables par transmission interhumaine directe via des gouttelettes respiratoires émises par un patient infecté. Dans ce dernier cas, la peste est une urgence médicale doublée d'une urgence de santé publique.

A Madagascar, la saison favorable à la transmission de la maladie s'étale généralement entre septembre et avril. Elle affecte principalement les hautes terres centrales du pays, situées à plus de 700 mètres d'altitude. Entre 200 et 400 cas de peste par an sont habituellement notifiés par le Ministère de la Santé Publique, essentiellement de forme bubonique.

En 2017, Madagascar a fait face à une épidémie de peste pulmonaire qui a affecté les zones endémiques et non endémiques, y compris les grands centres urbains comme Antananarivo et Toamasina. Du 1er août au 27 novembre 2017, 2 414 cas de peste ont été notifiés dans 58 districts sur les 114. La flambée épidémique de peste de 2017 a ainsi été particulière du fait de son ampleur, de son caractère urbain affectant les grandes villes du pays et de la prédominance de la forme pulmonaire. Grâce à la réponse multisectorielle conduite depuis septembre par le Ministère de la Santé Publique avec le soutien des partenaires, la fin de la flambée épidémique de peste pulmonaire en milieu urbain a été déclarée le 27 novembre 2017.

Madagascar étant exposé de façon saisonnière à un risque épidémique de peste mais aussi à d'autres maladies à potentiel épidémique, il est indispensable que le pays renforce les capacités de son système de santé en matière de préparation, de détection et de réponse aux événements de santé publique. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé à réaliser avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers la Revue Après Action de la réponse d'urgence à la flambée épidémique de peste pulmonaire.

## 2. OBJECTIFS DE LA REVUE

### 2.1. OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif était de contribuer au renforcement des capacités de préparation, de détection et de riposte aux urgences de santé publique et à la réduction de leurs impacts à travers une Revue Après Action de la réponse d'urgence à la flambée épidémique de peste pulmonaire à Madagascar.

### 2.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Passer en revue l'organisation et les actions entreprises au niveau national, régional et local en termes de préparation aux épidémies (phase préparatoire)
- Décrire les phases chronologiques de l'épidémie de peste pulmonaire et des actions menées pendant la riposte ;
- Décrire les bonnes pratiques, les leçons apprises et les défis observés au cours de la lutte contre la peste pulmonaire à Madagascar ;
- Identifier les facteurs expliquant les succès mais aussi les difficultés rencontrés au cours de la riposte contre l'épidémie de peste pulmonaire à Madagascar ;
- Formuler des actions concrètes pour renforcer les capacités de préparation, détection et riposte contre les épidémies de peste pulmonaire à Madagascar

### 2.3. DOMAINES DE LA RAA

La RAA de la peste pulmonaire à Madagascar a porté sur les fonctions de la réponse suivantes :

- la coordination et la logistique
- la surveillance et le laboratoire
- la prise en charge, la Prévention et le Contrôle des Infections et la coordination de la riposte
- la communication des risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire
- la lutte anti vectorielle, anti réservoir et l'environnement

## 3. MÉTHODOLOGIE

La RAA est une analyse qualitative des actions menées pour répondre à une urgence/événement en vue d'identifier les meilleures pratiques, les gaps et les leçons apprises. Pour la riposte à un événement de santé publique, la RAA essaie d'identifier ce qui a bien fonctionné ou ce qui n'a pas bien fonctionné mais tente aussi de déterminer comment les meilleures pratiques identifiées pourraient être maintenues, améliorées, institutionnalisées et partagées aux différents intervenants. Dans la méthodologie standard de la RAA, il y a 5 sessions interdépendantes qui se succèdent. Ces différentes sessions sont décrites ci-dessous :

### 3.1. SESSION 1 : MISE EN SCÈNE – QU'EST-CE QUI ÉTAIT EN PLACE AVANT LA RÉPONSE?

Le but de cette première étape était de répondre à la question : qu'est-ce qui était en place avant la réponse? Les participants ont été divisés en groupes de travail, par fonction, et ensemble ils ont identifié, les plans/politiques, les ressources, les mécanismes de coordinations et les activités de préparation qui étaient en place avant la survenue de la flambée épidémique de peste à Madagascar. Tous les groupes se sont ensuite réunis en séance plénière pour partager ce qu'ils ont identifié.



Photo 1 : Travaux de groupe : Ce qui était en place

### 3.2. SESSION 2 : CE QUI S'EST PASSÉ DURANT LA RÉPONSE

Chaque groupe par fonction a identifié les événements clés, obstacles et activités qui se sont déroulés au cours de la flambée épidémique de peste à Madagascar. Par la suite ces événements ont été ordonnés de manière chronologique. Une courbe de l'évolution de la flambée épidémique a été distribuée aux participants afin de permettre aux groupes de travail de faire un brainstorming sur les dates importantes au cours de la flambée épidémique.

La chronologie a permis de:

- Établir une compréhension commune des jalons de l'évènement et des actions de la réponse
- Faire une identification préliminaire des bonnes pratiques, lacunes et leçons apprises

Les événements par ordres chronologiques ont été présentés en plénière.

### 3.3. SESSION 3 : CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ ? CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNÉ ? ET POURQUOI ?

A partir des éléments identifiés dans les Sessions 1 et 2, les groupes par fonction ont déterminé les meilleures pratiques et défis qu'ils ont jugé les plus importants.

Puis les participants ont procédé à l'analyse causale de chaque meilleure pratique et défi qu'ils ont identifié, afin d'avoir l'impact que cela a eu sur la réponse, les facteurs facilitants et limitants.

Une séance de world café à l'issue de la session a permis l'échange et l'apport des autres groupes à chaque groupe de travail.

### 3.4. SESSION 4 : CE QUI PEUT ÊTRE FAIT POUR AMÉLIORER LA RÉPONSE LA PROCHAINE FOIS?

Au cours de la session 4, les groupes par fonction ont identifié et développé des activités clés à partir des défis, des meilleures pratiques et des facteurs causales, identifiés durant la session 3.

Pour chaque activité, des informations concernant le calendrier de mise en œuvre, les entités responsables, les étapes de la mise en œuvre et les indicateurs ont été données. Par la suite, des autocollants ont été distribués aux groupes pour définir le niveau d'impact pour améliorer les capacités de préparation et de réponse aux urgences (bleus), le niveau de difficulté de la mise en œuvre (rouges) et l'échéance des activités (verts).

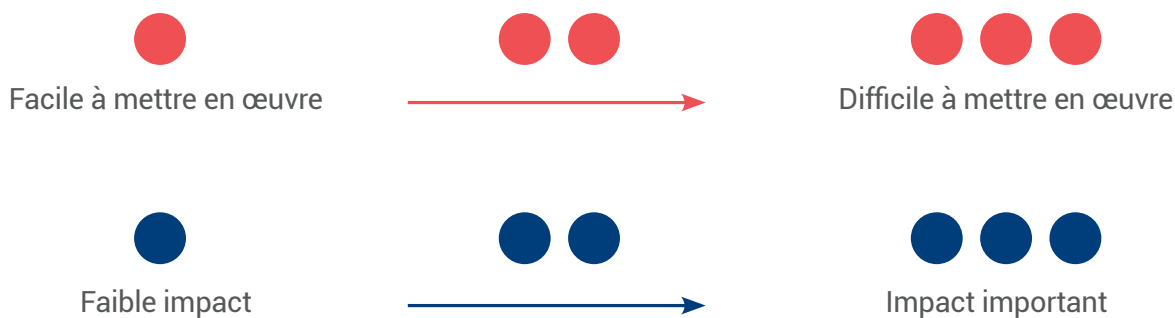


Figure 1 : Les niveaux d'impact et niveaux de difficulté de la mise en œuvre des activités identifiées au cours de la RAA par les autocollants

Les activités ont été catégorisées selon des échéances : court, moyen et long termes.

- Court terme ou CT : réalisation des activités dans les prochains six mois
- Moyen terme ou MT : réalisation des activités entre six à douze mois
- Long terme ou LT : réalisation des activités au-delà d'une année

Une séance de world café à l'issue de la session a permis l'échange et l'apport des autres groupes à chaque groupe de travail.

### 3.5. SESSION 5 : PROCHAINES ÉTAPES

A partir des éléments identifiés dans les Sessions 1 et 2, les groupes par fonction ont déterminé les meilleures pratiques et défis qu'ils ont jugé les plus importants.

Puis les participants ont procédé à l'analyse causale de chaque meilleure pratique et défi qu'ils ont identifié, afin d'avoir l'impact que cela a eu sur la réponse, les facteurs facilitants et limitants.

Une séance de world café à l'issue de la session a permis l'échange et l'apport des autres groupes à chaque groupe de travail.

L'objectif de la session était de donner une opportunité aux participants d'identifier les activités prioritaires, parmi toutes les activités identifiées.

Chaque participant a reçu 6 autocollants jaunes et a placé un autocollant sur 6 activités qu'il a considéré comme prioritaires.

Le porte-parole de chaque groupe a présenté les activités qui ont reçu la plus haute priorité lors de la session 5 aux membres du panel d'experts qui ont posé des questions visant à clarifier et à mieux définir les activités présentées.

## 4. DÉROULEMENT DE L'ATELIER RAA

La préparation de la RAA de la réponse à l'épidémie de peste pulmonaire urbaine à Madagascar a débuté deux mois avant la revue proprement dite. Il y a eu des réunions hebdomadaires préparatoires des équipes du Ministère de la santé et de l'OMS. Les personnes qui ont participé activement au cours de la flambée épidémique ont été invitées. Ces personnes selon les fonctions qu'elles ont occupées au cours de la riposte ont été divisées en groupe de travail au cours de la RAA.

La RAA s'est déroulée à l'Hotel San Cristobal Ivato du 2 au 6 juillet 2018<sup>1</sup>. Quatre-vingt une personnes<sup>2</sup>, multidisciplinaires, venant du Ministère de la santé, des autres ministères et des partenaires techniques et financiers, ont répondu à l'invitation.

1 - Agenda de l'atelier en annexe 1

2 - Liste de présence en annexe 2

La première journée a été consacrée à la formation des facilitateurs sur la conduite de l'atelier. Ces facilitateurs étaient au nombre de 13 pour le Ministère de la Santé et ils ont été appuyés par les facilitateurs de l'OMS (HQ, AFRO et WCO) au cours de la RAA. Des questions clés<sup>3</sup> ont été partagées aux facilitateurs pour stimuler les réflexions et les discussions du groupe.

La cérémonie d'ouverture de l'atelier dans la soirée du 2 juillet 2018, a été présidée par Monsieur le Ministre de la Santé publique. Dans son discours, il a insisté sur la nécessité de la réalisation de la RAA de la réponse d'urgence à la flambée épidémique de peste pulmonaire afin de pouvoir faire face à une éventuelle flambée épidémique de peste ou à d'autres flambées. Madame le Représentant de l'OMS a axé son discours sur l'importance de la RAA qui s'inscrit dans le cadre de suivi et évaluation du RSI (2005).



Photo 2 : Discours du Ministre de la santé lors de l'ouverture de l'atelier

La RAA proprement dite a été réalisée aux deuxième, troisième et quatrième jours. Au début l'atelier, la situation épidémiologique de la peste à Madagascar a été rappelée par le Directeur de la Direction de la veille sanitaire et de la surveillance épidémiologique (DVSSE) puis les résultats de l'évaluation externe indépendante de la riposte à l'épidémie de peste conduite par le cabinet CIPS Consulting ont été partagés aux participants.

Les 5 sessions dans la méthodologie standard de la RAA, décrites ci-dessus, ont été effectuées avec la participation active des participants.

Des cartes Visualisation In Participatory Planning ou VIPP, de différentes couleurs ont été attribuées à chaque groupe. Des guides pour la réalisation de chaque session ont été distribués aux participants et facilitateurs. Un canevas de rapport a été donné aux rapporteurs de chaque groupe.

A l'issue de l'atelier, un questionnaire d'évaluation a été soumis aux participants afin d'évaluer l'atteinte des objectifs de la RAA et de recueillir les commentaires et suggestions des participants.

Le quatrième jour a été la journée de plaidoyer et de mobilisation de ressources, au cours duquel les résultats de la RAA ont été restitués auprès du Chef de Gouvernement, des représentants de l'Etat et des partenaires techniques et financiers.

La RAA a été facilitée par des experts nationaux et internationaux venant des bureaux de l'OMS pour l'Afrique et de Genève.

3 - Questions clés en annexe 3





Photo 3 : Les facilitateurs de l'atelier

Le tableau ci-dessous montre la composition des équipes de facilitateurs et de rapporteurs par fonction durant la RAA

Tableau 1 : Les facilitateurs et rapporteurs par fonction durant la RAA 2 au 6 juillet 2018 à l'hôtel San Cristobal – Antananarivo

Groupes	Coordination et logistique	Surveillance et laboratoire	Prise en charge et prévention et contrôle des infections	Communication des risques	Lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement
Facilitateurs	RAMIHANTANIA RIVO Herlyne RANDRIANIRINA Luc Herman Saina RAMBININTSOANO MENJANAHARY	RANDRIAMANAN TANY Zely RATSITORAHINA Maherisoa	RANDRIA Mamy RANDRIAMANANT SOA Lova Narindra KAYOKO Gilbert	RAKOTOMNAGA Jean de Dieu Marie	RANDREMA Marcellin Bruno RATOVONJATO Jocelyn LAMINA Arthur
Rapporteurs	MARTIN Patricia	RANDRIA Mireille	MANDROSO VOLOLONA Vatsiharizandry	RAMINOSOA Malala	RAKOTOSON Mamitahiana

Les facilitateurs externes présents à la RAA étaient :

- Dr Stella CHUNGONG, OMS Siège (Genève)
- Dr. Landry Ndriko MAYIGANE, OMS Siège (Genève)
- Dr. Margaret Orunya LAMUNU, OMS Siège (Genève)
- Dr. Ali AHMED YAHAYA, OMS AFRO (Brazzaville)
- Ms. Krysten HEITZINGER, OMS AFRO (Brazzaville)
- Ms. Sonia KABIR, OMS Siège (Genève)

## 5. RÉSULTATS

Dans cette partie sera développée les résultats au cours des différentes sessions de la RAA de la riposte à l'épidémie de peste pulmonaire à Madagascar : ce qui était en place avant la riposte, ce qui s'est passé durant la riposte, ce qui a fonctionné et qui n'a pas bien fonctionné, ce qui peut être fait pour améliorer la réponse la prochaine fois et les prochaines étapes.

### 5.1. CE QUI ÉTAIT EN PLACE AVANT LA RÉPONSE

L'analyse de l'existant a porté sur les fonctions pour lesquelles seront énumérés dans les tableaux ci-dessous les plans/politiques, les ressources, les mécanismes de coordination, les activités de préparation et autres mécanismes qui ont été en place avant la survenue de la flambée épidémique de peste à Madagascar.



Photo 4 : Analyse de l'existant

### 5.1.1. La coordination et la logistique

Le tableau ci-après est le résultat des activités du groupe de coordination et logistique sur l'existant avant la survenue de la flambée épidémique de peste de 2017.

Tableau 2 : Ce qui était en place avant la réponse : coordination et logistique

PLANS/POLITIQUES	RESSOURCES	AUTRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de contingence national multirisque et multi-aléas</li> <li>• Politique nationale contre la peste</li> <li>• Guide/note technique peste</li> <li>• Plan de contingence national contre les épidémies majeures et pandémies</li> <li>• Plan de continuité des activités essentielles</li> <li>• Plan régional de Gestion des Risques et Catastrophes (GRC)</li> <li>• Plan organisation et secours (ORSEC)</li> <li>• Existence d'une ligne budgétaire de l'état</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stock d'intrants des PTF</li> <li>• Existence d'intrants peste dans les districts foyers</li> <li>• Central d'achat Salama</li> <li>• Existence d'un budget intrants peste</li> <li>• Existence d'un magasin de stockage</li> <li>• Agents de santé, agents communautaires et autres volontaires</li> <li>• Ligne budgétaire de l'état</li> <li>• Responsables régionaux, et des districts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un système d'alerte – gestion des intrants</li> <li>• Intervention de la CRM et des Organisations Non Gouvernementales</li> <li>• Unité Technique de Gestion Logistique (UTGL) pour quantification besoins en intrants</li> </ul>
MÉCANISMES DE COORDINATION	ACTIVITÉS DE PRÉPARATION	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe intersectoriel d'action de lutte contre la peste (GIALP)</li> <li>• BNGRC (Niveaux national, régional et communal)</li> <li>• CCDS</li> <li>• SURECA</li> <li>• Division peste</li> <li>• Revues périodiques niveau district</li> <li>• Approvisionnement en intrants par les PTF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des agents de santé</li> <li>• Exercice de simulation du BNGRC</li> <li>• Pré positionnement en intrants et outils de gestion dans 4 foyers pesteux</li> <li>• Activités ORSEC</li> <li>• SEMOI</li> </ul>	

### 5.1.2. La surveillance et le laboratoire

Le tableau ci-dessous est le résultat des activités du groupe de surveillance et laboratoire sur l'existant avant la survenue de la flambée épidémique de peste de 2017.

Tableau 3 : Ce qui était en place avant la réponse : surveillance et laboratoire

PLANS/POLITIQUES	RESSOURCES	AUTRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique nationale de lutte contre la peste</li> <li>• Plan national stratégique de surveillance de santé publique au niveau central</li> <li>• Politique de santé communautaire à tous les niveaux</li> <li>• Plan multisectoriel de contingence</li> <li>• Guide de prise en charge de la peste</li> <li>• Système de surveillance des événements</li> <li>• Résultats de l'Evaluation externe conjointe des capacités essentielles du RSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastructures : Centre d'opération d'urgence (CNOSSE au niveau de la DVSSSE)</li> <li>• Ressources humaines : Expertise nationale disponible au niveau DVSSSE et au niveau périphérique, formation en peste des paramédicaux nouvellement recrutés (avant 2016), existence des agents communautaire pour la surveillance à base communautaire</li> <li>• Ressources matérielles : Boîte à images peste disponible au niveau des formations sanitaires</li> <li>• Capacité de confirmation diagnostique disponible au niveau central (Le Laboratoire Central de Peste abrité par IPM) : techniciens de labo qualifiés, TDR et kits de prélèvement, test de confirmation (PCR, bactériologie)</li> <li>• Pour le niveau périphérique : TDR et kits de prélèvement</li> <li>• Outils de rapportage : TLO</li> <li>• Equipe d'intervention : SMOI au niveau régional</li> <li>• Surveillance électronique</li> <li>• Mécanisme de transports des prélèvements à travers le réseau de surveillance sentinelle</li> <li>• Base de données Peste disponible et régulièrement mise à jour</li> <li>• Pools de formateurs/ Superviseurs</li> <li>• Brigade anti-rats</li> <li>• Equipe d'intervention d'urgence SMOI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutions de recherche</li> <li>• Résultats de recherche disponibles</li> <li>• Présence des PTF</li> <li>• Laboratoire Central de peste à l'IPM, Centre collaborateur de l'OMS</li> </ul>

PLANS/POLITIQUES	RESSOURCES	AUTRES
<p><b>MÉCANISMES DE COORDINATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination entre santé humaine et animale (Plateforme One Health)</li> <li>• Coordination entités aéroportuaires</li> <li>• Coordination multisectorielle : régional et district</li> <li>• Atelier de préparation de la saison pesteuse en 2017</li> <li>• Réunion hebdomadaire de coordination de la surveillance au niveau DVSSSE</li> <li>• Rétro-information hebdomadaire : bulletin hebdomadaire tout au long des saisons pesteuses</li> <li>• Réunion régulière du GIALP (Groupement Intersectoriel des Actions de Lutte contre la Peste)</li> <li>• Implication des autorités locales dans la coordination</li> <li>• Système de Surveillance des événements en collaboration avec les agents communautaires</li> <li>• Système de surveillance des indicateurs de peste par IPM</li> <li>• Poste de contrôle sanitaire aux frontières (aéroport Ivato)</li> <li>• Veille sanitaire régionale COI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacités d'investigation : renforcement de capacités faites en investigation et riposte</li> <li>• Contrôle sanitaire aux frontières : 6 agents de santé fonctionnels et 2 Thermoflashs</li> <li>• DRSP : personnels, mécanismes de supervision</li> <li>• SDSP : capacités de diagnostics</li> <li>• Disponibilité de base de données peste Epidémiologique et Laboratoires</li> <li>• Disponibilité brigade anti-rats dans certaines zones pour la capture des rats et la surveillance murine</li> </ul>	
	<p><b>ACTIVITÉS DE PRÉPARATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre collaborateur de l'OMS</li> <li>• Evaluation EEC</li> <li>• DRSP Haute Matsiatra : Inventaire des intrants, coordination multisectorielle</li> <li>• SDSP Faratsiho : plan de préparation</li> <li>• Renforcement de capacités des agents de santé pendant les revues, formation des agents communautaires, dialogue communautaire</li> </ul>	

### 5.1.3. La prise en charge, la Prévention et le Contrôle des Infections et la coordination de la riposte

Le tableau ci-dessous est le résultat des activités du groupe de prise en charge, prévention et le contrôle des infections et coordination de la riposte sur l'existant avant la survenue de la flambée épidémique de peste de 2017.

Tableau 4 : Ce qui était en place avant la réponse : prise en charge, prévention et le contrôle des infections et coordination de la riposte

PLANS/POLITIQUES	RESSOURCES	AUTRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique nationale Peste (Protocole thérapeutique 2002, gestion des cadavres)</li> <li>• Algorithme de prise en charge de la peste</li> <li>• Plan de riposte au niveau de certains districts endémiques</li> <li>• Plan de contingence accès sur la prise en charge de la peste bubonique</li> <li>• Politique de gestion des déchets, documents 5S</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastructures : existence des structures sanitaires publiques et privées, Centres spécialisés Universitaires en Infectiologie et Pneumologie dans les ex-provinces (CHAPA, HJRB, CHUMET,...), Infrastructures WASH non fonctionnelles, laboratoires nationales de référence</li> <li>• Humaines : Agents de santé publics et privés (Généralistes et spécialistes)</li> <li>• Disponibilité des Intrants Peste (Antibiotiques, TDR, intrants PCI,...) : dans certains districts endémiques, au niveau des officines, magasin de stockage des intrants peste mais mélangé avec d'autres intrants des autres programmes</li> <li>• <b>Matériels</b> : existence des incinérateurs, Outils de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des transports publics, pour l'acheminement des prélèvements et la référence des patients</li> <li>• Mouvements et circulation des familles des malades hospitalisés (Non-respect de l'isolement)</li> </ul>
MÉCANISMES DE COORDINATION		ACTIVITÉS DE PRÉPARATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une division Peste au sein du Ministère de la Santé Publique</li> <li>• Existence d'une structure GIALP (Groupe Intersectoriel d'Appui à la Lutte contre le Peste)</li> <li>• Existence des réseaux de l'Ordre National des Médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des agents de santé publics et privées au niveau des foyers pestueux (Points focaux peste au niveau des districts et régions)</li> <li>• Pré-positionnement des Intrants peste dans certains districts endémiques</li> </ul>	

### 5.1.4. La communication des risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire

Le tableau ci-dessous est le résultat des activités du groupe de communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire sur l'existant avant la survenue de la flambée épidémique de peste de 2017.

**Tableau 5 : Ce qui était en place avant la réponse : communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire**

PLANS/POLITIQUES	RESSOURCES	AUTRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique Nationale de Lutte contre la Peste - 2012</li> <li>• Politique Nationale de Promotion de la Santé - 2013</li> <li>• Politique Nationale de Santé Communautaire - 2017</li> <li>• Plan Combi Peste - 2015</li> <li>• Plan de Contingence National en Urgence - 2016</li> <li>• Peste inscrit dans le Programme scolaire (MEN)</li> <li>• Politique Nationale de Gestion de Risques et Catastrophes</li> <li>• Lignes Directrices sur l'Eau, l'Assainissement et l'Hygiène - 2013</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide Technique de Lutte contre la Peste - 19.</li> <li>• Guide PAC (incluant la lutte contre la peste)</li> <li>• Existence de Points focaux en matière de Promotion de la Santé au niveau des régions</li> <li>• Guide CHAT (Communication for Humanitarian Action Tool kit) - 2016</li> <li>• Fiche CHAT pour Evaluation rapide en communication</li> <li>• Personnes formés en CHAT (&gt; 100 personnes)</li> <li>• Supports de Communication Peste</li> <li>• Equipe Direction de la Promotion Santé</li> <li>• Volontaires (associations, JPE, ...)</li> <li>• Agents communautaires</li> <li>• Convention de Partenariat entre MCRI et radios (170 radios et TV)</li> <li>• 150 journalistes formés sur la peste</li> <li>• Ressources financières (Appui OMS, UNICEF, USAID)</li> <li>• Enseignants et élèves</li> <li>• Responsables Communication des différentes entités (PTF, ONG, ...)</li> </ul>	

MÉCANISMES DE COORDINATION	ACTIVITÉS DE PRÉPARATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous comité Communication du GIALP</li> <li>• Réseau de Communication Urgence (BNGRC, MCRI)</li> <li>• Comités MOBOSOC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de capacité en thématique communication et Peste</li> <li>• Rappel à la vigilance avant chaque début de saison pesteuse par les points focaux régionaux vers les districts</li> <li>• Revues mensuelles des Districts sanitaires</li> <li>• Réunions périodiques du réseau Communication Urgences</li> <li>• Réunions d'information avec les Chefs Fokontany (avec la CUA)</li> </ul>

**5.1.5. La lutte anti vectorielle, anti réservoir et l'environnement**

Le tableau ci-dessous est le résultat des activités du groupe de communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire sur l'existant avant la survenue de la flambée épidémique de peste de 2017.

**Tableau 6 : Ce qui était en place avant la réponse : lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement**

PLANS/POLITIQUES	RESSOURCES	AUTRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique nationale peste</li> <li>• Ady amin'ny pesta (Guide pour AC)</li> <li>• Protocole de dératisation</li> <li>• Protocole d'utilisation insecticides et HTH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humaines : 3 personnes dans la division peste, Point focal peste au niveau des districts endémiques, Présence de bénévoles dans la lutte vectorielle, BAR Ankazobe, Analamanga, Amoron'i Mania</li> <li>• Matérielles : Pré positionnement au niveau des régions (Novembre à décembre 2016), Dotation de pulvérisateur, poudre, insecticide, HTH, gants, masques, bottes, calots, 100 boîte de Kartmann, 100 Nasse à rat, 100 BTS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des autorités locales et des natifs : plaidoyer par MI, financement par les autorités locales et natives</li> <li>• Festivités de lutte contre les réservoirs</li> </ul>



MÉCANISMES DE COORDINATION	ACTIVITÉS DE PRÉPARATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions périodiques des points focaux peste avec les maires et techniciens</li> <li>• Mobilisation sociale</li> <li>• Collaboration Min San / IPM/ CICR</li> <li>• Comité de lutte contre la peste au niveau SSD/CSB/ communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiplication et distribution au niveau des districts endémiques d'outils de sensibilisation sur lutte contre peste</li> <li>• Remise à niveau des acteurs sur le terrain Bongolava</li> <li>• Enquête ponctuelle par IPM à Boeny, avertissement en cas d'augmentation de risque vectoriel : désinsectisation</li> <li>• Assainissement périodique mensuel à Ankazobe</li> <li>• Réunion d'information avec la communauté : visite par les agents communautaires des hameaux pour recueil information sur la prolifération des rats, si oui dératissage, désinsectisation (Projets MIKOLO)</li> <li>• Assainissement périodique au niveau des foyers : avant saison pesteuse</li> <li>• Ambalavao : Enquête ponctuelle par IPM, Sensibilisation communautaire systématique par les CSB</li> <li>• Bongolava : Enquête ponctuelle par IPM, boîte de Kartman, capture de rat dans trois communes (MINSAN, IPM, principauté de Monaco)</li> <li>• Disponibilités des données sur les rongeurs</li> </ul>

## 5.2. CE QUI S'EST PASSÉ DURANT LA RÉPONSE

Les groupes de travail ont établi la chronologie des événements et des activités au cours de la flambée épidémique



Photo 5 : Chronologie des événements

Le tableau suivant résume la chronologie du déroulement des réponses au cours de la flambée épidémique de peste.

Tableau 7 : Chronologie des événements et des activités durant la réponse

EVENEMENTS	ACTIVITÉS	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE
Premier cas de la saison pesteuse à Bejofo (Région Alaotra Mangoro) : peste bubonique					
Premier cas de décès à Moramanga	Assainissement, désinsectisation et désinfection				
Succession de décès non étiquetés en lien avec le cas index présumé	Mise en place de la cellule de crise au niveau central				

EVENEMENTS		ACTIVITÉS		AOÛT		SEPTEMBRE		OCTOBRE		NOVEMBRE	
Premier cas de décès à Toamasina	Première réunion de la cellule de crise niveau central										
	Première réunion de coordination des Partenaires techniques et financiers au bureau siège de l'OMS Pays										
	Réunion d'information au Colbert										
	Information des agents communautaires sur l'augmentation du nombre des réservoirs: 3 communes du district d'Ankazobe (Antokonana, Andranofeno, Fiadanana) pendant 3 semaines										
	Action de sensibilisation par les volontaires										
Décès d'une femme à l'Hôpital militaire Antananarivo = Premier cas de Peste pulmonaire décédé et diagnostiqué biologiquement à Antananarivo	Notification du cas de Peste pulmonaire à la DVSSSE										
Première hospitalisation au CHAPA	Début d'investigation et riposte à Antananarivo, Toamasina, Moramanga, Ankazobe (Fokontany Tsarahonenana Maharondro)										
Evasion d'un patient à Toamasina	Notification de la flambée à l'OMS par le Point Focal RSI										
Premier cas de Peste Bubonique dans la Région Boeny	Déclaration officielle de l'épidémie										
	Plateau télévision, stations privées et publiques										
	Communiqué de presse d'un cas suspect de peste par le MSANP										
	Déploiement des consultants internationaux et nationaux par les partenaires techniques et financiers										
	Formation Brigade Anti-Rat à Tamatave										
Rupture du médicament Cotrimoxazole	Alimentation régulière de la base de données										
	Approvisionnement du premier lot de TDR à Toamasina										
	Acheminement de 300 affiches pour Toamasina										
	Approvisionnement en insecticides et HTH										
Première réunion de coordination logistique											

ACTIVITÉS		AOÛT			SEPTEMBRE			OCTOBRE			NOVEMBRE		
EVENEMENTS	Deuxième cas de peste pulmonaire à Antananarivo												
	Notification du premier cas de peste pulmonaire dans la Région Haute Matsiatra												
	Premier cas de Peste Bubonique à Ambalavao, Région Haute Matsiatra												
	Réunion d'information des 6 arrondissements de la ville d'Antananarivo												
	Production de supports de communication avec secteur privé												
	Conférence de Presse												
	Formation des volontaires												
	Production journalière puis hebdomadaire de situation épidémiologique (Sitrep)												
	Renforcement de capacités en surveillance des agents de santé (détection et investigation)												
	Approvisionnement continu de la périphérie en TDR et kits de prélèvements												
	Surveillance des passagers (gares routières et ferroviaires)												
	Renforcement des capacités des agents communautaires sur la détection des cas												
	Elaboration et validation de la première définition de cas												
	Tenue d'une réunion de coordination et d'organisation à l'UHJRB												
	Réunion des Réseaux Communication Urgence : partage d'un plan de communication, partage de la fiche CHAT												
Evaluation rapide CHAT (Fianarantsoa, Tamatave, Antananarivo)													
Mise à jour de plan de communication de la peste													
Mise à jour des supports de communication													
Conception/mise à jour des supports communication													
Réunion d'informations des Fokontany à Toamasina													
Communiqué sur le respect des procédures sur le transport de cadavre													

EVENEMENTS	ACTIVITÉS	AOÛT			SEPTEMBRE			OCTOBRE			NOVEMBRE		
	Banque de message												
	Définition des cas par scoring												
	Installation d'un pré-triage												
	Etude des Connaissances Attitudes et Pratiques dans les 8 régions												
	Coordination de la riposte par le Premier Ministre												
	Etats des lieux des experts et renforcement des capacités												
	Structuration de la commission communication												
	Désignation des CTTP												
	Mise en place des tentes												
	Elaboration de l'état de répartition des dons												
	Transmission hebdomadaire des situations de stocks des partenaires												
	Dispatching de la première définition de cas au niveau des Régions, Districts et Formations sanitaires												
	Formation des agents de santé sur la peste et TDR												
	Utilisation de pièges à bougie												
	Epannage/Boite de Kartman												
	Donation des intrants PCI												
	Engagement du Président de l'Etat, sa visite lors de la réunion de la Cellule de Crise												
	Déclaration de l'état d'urgence au niveau national et international												
	Notification du premier cas suspect à Fénérive-Est												
	Notification du premier cas suspect à Fénérive-Est												
	Cas suspects au niveau des Fokontany à Antananarivo (Soavimasoaandro, Ambohimananarina, Andraisoro, Fort Duschene)												
	Conflit avec la famille des malades												
	Saturation des CTTP												
	Notification d'un décès communautaire à Vavatenina												
	Refus des médecins dans la prise en charge des cas de peste												

ACTIVITÉS		AOÛT		SEPTEMBRE		OCTOBRE		NOVEMBRE	
Baisse de la fréquentation des hôpitaux	Cellule opérationnelle au niveau Secrétariat général								
	Première réunion de coordination générale par BNGRC								
	Mise en place de la cellule de crise au niveau régional et districts								
	Rapportage journalier des situations nationales à la présidence								
	Première SITREP de la coordination générale								
	Appel aux forces de l'ordre pour la gestion de la crise								
	Organisation de conférence de presse tous les 2 jours								
	Organisation de réunions de mobilisation des ressources								
	Mobilisation du secteur privée pour la mobilisation Peste								
	Collaboration avec collectif d'artistes								
	Pack Call Center/numéro vert : formation responsables, Mise en place matériels								
	Donation des matériels WASH								
	Mise à disposition des ambulances								
	Mise en place et mise en œuvre du mécanisme de transport de prélèvement par moto avec l'appui de l'OMS								
	Demande d'analyse d'échantillon suite à une MAPI								
	Restriction de l'entrée des malades dans les hôpitaux								
	Mise en place des Sites sentinelles au niveau des gares routières								
	Mise en place veille informationnelle								
	Réunions régulières de la cellule de veille								
	Conception et mise à jour des supports de communication								
	Plateaux TV								
	Utilisation de réseaux sociaux								
	Réaménagement de la définition de cas et validation								
	Recrutement des agents de santé et agents communautaires pour la recherche active de cas, contacts et mise en œuvre du contact tracing								

EVENEMENTS	ACTIVITÉS	AOÛT			SEPTEMBRE			OCTOBRE			NOVEMBRE			
	Réquisition et affectation des personnels de santé													
	Formation des hygiénistes													
	Formation des agents de santé sur la PCI													
	Formation des volontaires scouts													
	Formation des Responsables Santé Scolaires des 22 Directions Régionales de l'Education Nationale													
	Formation Communication média													
	Création et distribution des supports de communication (affiches, ...)													
	Acheminement des supports dans toutes les zones concernées													
	Sensibilisation des barrages sanitaires													
	Actions de sensibilisation par les volontaires : boite de KARTMANN													
	Réunion de mobilisation des ressources au niveau des secteurs privés													
	Mobilisation des ressources financières et intrants													
	Pré positionnement en intrants dans les districts touchés													
	Descente des représentants de la commission logistique aux CTPP, gestion des stocks des intrants													
	Accord de prise en charge, donation des nourritures par ONN													
	Elaboration de draft de protocole sur les enterrements dignes et sécurisés (EDS): communiqué par les leaders d'église													
	Remontée des informations communautaires													
	Sensibilisation des personnels des ministères par les volontaires													
	Réunion sur la situation stock des intrants (logisticiens des CTPP et Partenaires)													

EVENEMENTS	ACTIVITÉS	AOÛT			SEPTEMBRE			OCTOBRE			NOVEMBRE		
	Protocole de Tri Adulte et Pédiatrie disponible												
	Déploiement d'un laboratoire mobile à Tamatave par IPM												
	Descente de l'équipe de l'OMS dans la Région Itasy												
	Mise en œuvre du screening des passagers aux aéroports (Ivato et Nosy Be)												
	Engagement des divers partenaires techniques et financiers												
	Descente à Tamatave de l'équipe mixte (Partenaires, Ministère de la Santé), déploiement de l'équipe de riposte												
	Renforcement de capacité Labo par mise à disposition de Q-PCR par IPM												
	Organisation de réunions de mobilisation des ressources												
	Ouverture du CTPP Croix Rouge à Andohatapenaka												
	Renforcement des capacités pour l'engagement communautaire												
	Mise en œuvre des activités d'engagement communautaire												
	Utilisation de réseaux sociaux												
	Suivi des engagements communautaires												
	Suivi des activités des volontaires												
	Acheminement des outils de sensibilisation vers les écoles												
	Evaluation du risque pesteux lié aux rats et à leurs puces dans 20 quartiers de la capitale Antananarivo												
	Coordination technique des équipes de riposte communautaire (SURECA)												
	Descente équipe OMS à Majunga												
	Dernier SITREP de la coordination du BNGRC												
	Proposition de protocole EDS												



EVENEMENTS	ACTIVITÉS	AOÛT			SEPTEMBRE			OCTOBRE			NOVEMBRE		
	Implication des écoles dans le contrôle de la température, salle d'isolement, formation des enseignants												
	Redynamisation du comité d'hygiène												
	Formation de 1400 chefs ZAP												
	Formation des Directeurs des écoles												
	Formation des Responsables Santé Scolaires 114 circonscriptions scolaires												
	Emission spéciale TV « Ady @ peste le raha »												
	Déclaration de fin de flambée de peste pulmonaire urbaine												

### 5.3. CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ, CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNÉ ET POURQUOI ?

Les meilleures pratiques et les défis pour chaque fonction, avec leurs impacts et les facteurs facilitants et limitants ont été identifiés par les participants à la RAA.

#### 5.3.1. La coordination et la logistique

Les meilleures pratiques et les défis avec leurs impacts et les facteurs facilitants et limitants identifiés par le groupe de coordination et logistique sont dans les deux tableaux ci-dessous.

##### 5.3.1.1. Meilleures pratiques

**Tableau 8 : Meilleures pratiques durant la riposte : coordination et logistique**

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
Mise en place de la cellule de crise nationale à différents niveaux et sa réunion régulière.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même niveau d'information et implication effective des parties prenantes</li> <li>• Prise de décision</li> <li>• Facilitation de prise de décision</li> <li>• Disponibilité des données journalières</li> <li>• Coordination et prise de décision améliorées au niveau décentralisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des moyens TIC utilisés</li> <li>• Bonne collaboration avec les autorités locales</li> <li>• Sensibilisation généralisée sur l'épidémie</li> <li>• Implication des PTF</li> </ul>
Implication des PTF et ONG et Organisation des Sociétés Civiles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribution à la disponibilité des intrants</li> <li>• Renforcement de capacités (formation) des niveaux intermédiaires</li> <li>• Appui technique et financier des PTF au renforcement de capacités des acteurs multisectoriels dans des zones affectées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclaration officielle de l'épidémie</li> <li>• Bonne entente entre Ministère et PTF</li> <li>• Engagement effectif de haut niveau</li> </ul>
Engagement effectif de haut niveau (Présidence et primature)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opérationnalisation facilitée des interventions multisectorielles à tous les niveaux et réunion sectorielle dynamique</li> <li>• Mobilisation rapide des ressources</li> <li>• Implication des collectivités décentralisées</li> <li>• Intervention rapide et bien coordonnée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception diversifiée de la situation peste pulmonaire urbaine</li> <li>• Alerte internationale (décès du Seychellois)</li> </ul>
Production de deux types de rapport : général (BNGRC) et épidémiologique (DVSSE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication du secteur privé</li> <li>• Engagement des ONG (nationales et internationales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement du personnel de santé</li> </ul>

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
Mise en place et opérationnalisation de mécanisme de gestion des intrants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge effective et efficace des patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visite de CTTP pour inventaire de stock des intrants existant</li> <li>Réunion conjointe entre les sous-commissions prise en charge et logistique</li> </ul>
Déploiement d'équipes mixtes sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partage d'expérience et d'expertise sur les différentes fonctions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité des partenaires et les ministères concernés</li> <li>Capacité limitée des AS dans les zones non-endémiques sur la prise en charge de l'épidémie de peste</li> </ul>

### 5.3.1.2. Défis

**Tableau 9 : Défis lors de la riposte : coordination et logistique**

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS LIMITANTS
Non appropriation du plan national de contingence ou PNC (manque de vulgarisation officielle pour tous les secteurs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non opérationnalisation des comités de lutte contre la peste au niveau périphérique</li> <li>Coordination bicéphale (MSANP)</li> <li>Retard d'activation des structures de réponses</li> <li>Manque d'information et de formation des acteurs sur le contenu du plan de contingence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PNC non mis à jour (dernière mise à jour 2014)</li> <li>Absence de formation/ information sur le PNC/ Faible diffusion information</li> <li>Conflit de leadership</li> </ul>
Faible coordination des PTF, problème de leadership national	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interventions de certains PTF sur terrain non conformes aux attributions fixées par le PNC</li> </ul>	
Décalage entre besoins exprimés et appuis fournis par les PTF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surstockage des médicaments et intrants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retard d'élaboration du plan de riposte</li> </ul>
Insuffisance de budget alloué pour la prévention et réponse aux urgences épidémiques dont la coordination Absence de cadre institutionnel de la gestion de l'épidémie (division peste)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réponse tardive aux niveaux périphériques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de cadre réglementaire/ SOP</li> </ul>
Défaillance de la fluidité de données interdépartementales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incohérence des données à publier</li> <li>Confusion de la perception publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de SOP</li> </ul>
Non-disponibilité de plan d'approvisionnement des intrants Fonction logistique non inscrite dans le PNC		<ul style="list-style-type: none"> <li>Retard élaboration et mise en œuvre du plan de riposte</li> <li>Surstockage des intrants</li> <li>Pas de standard logistique (EPI, etc)</li> </ul>
Méconnaissance du coût total de l'épidémie (estimation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté de la mobilisation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retard de mise à jour du PNC</li> </ul>

### 5.3.2. La surveillance et le laboratoire

Les meilleures pratiques et les défis avec leurs impacts et les facteurs facilitateurs et limitants identifiés par le groupe de surveillance et laboratoire sont dans les deux tableaux ci-dessous.

#### 5.3.2.1. Meilleures pratiques

**Tableau 10 : Meilleures pratiques durant la riposte : surveillance et laboratoire**

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
Expédition des échantillons (mail courrier, colis express, moto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration du délai d'acheminement des prélèvements</li> <li>Diagnostic précoce et rapide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui des PTF</li> <li>Participation active des agents de santé</li> </ul>
Contrôle sanitaire aéroport/Fluvial/ Gare routière/féroviaire/Maritime (Entrée et sortie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun cas déclaré en dehors de Madagascar</li> <li>Propagation de l'épidémie limitée</li> <li>Recherche de contacts faciles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui des PTF</li> <li>Coordination multisectorielle</li> <li>Mise en œuvre du RSI</li> </ul>
Réunion quotidienne du sous-comité Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définition de cas validée</li> <li>BDD unique</li> <li>Prise de décision concensuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership de la DVSSE et des responsables régionaux</li> <li>Appui des PTF</li> <li>Présence des experts internationaux</li> </ul>
Centre de tri communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilité du contact tracing</li> <li>Déplacements des cas suspects contrôlés</li> <li>Sensibilisation de la population améliorée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volonté politique du gouvernement</li> <li>Implication à niveau du MSANP</li> <li>Appui PTF</li> <li>Engagement du gouvernement dans la mise en place de cadre juridique favorable</li> </ul>
Distribution des téléphones flottes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alerte précoce</li> <li>Prise de décision rapide</li> <li>Mise à jour et analyse des données aisées</li> <li>Motivation des personnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui PTF</li> </ul>
Mise à disposition de l'ensemble des outils de diagnostic dont la Q-PCR et la PCR conventionnelle/ Utilisation d'un algorithme décisionnel dans la confirmation moléculaire au niveau LCP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction du délai de confirmation du prélèvement au rendu de résultats</li> <li>Résultat biologique validé</li> <li>Classification des cas précis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence de laboratoire national de référence</li> <li>Appui PTF</li> <li>Collaborations internationales</li> </ul>

5.3.2.2. Défis

Tableau 11 : Défis lors de la riposte : surveillance et laboratoire

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS LIMITANTS
Capacité de diagnostic au niveau communautaire faible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard de prise en charge</li> <li>• Incompréhension de la population</li> <li>• Retard de classification des cas</li> <li>• Amplification de tension socio-culturelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrière géographique</li> <li>• Remise à niveau non effective des AC</li> <li>• Définition de cas communautaire non diffusée</li> <li>• Motivation presque nulle des AC pour le contact tracing</li> </ul>
Système de suivi des échantillons moins performants pendant l'épidémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard dans le délai de confirmation et de rendu des résultats au niveau des centres de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation non contrôlée des TDR</li> <li>• TDR moins performants pour la peste pulmonaire par rapport à la peste bubonique</li> <li>• Nombre de TDR insuffisants</li> <li>• Intrants de santé insuffisants (commandes non honorées)</li> <li>• Manque de personnel au niveau laboratoire central de peste</li> <li>• Remise à niveau des AS insuffisants</li> </ul>
Surveillance hospitalière défaillante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de données de qualité moyenne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non respect des recommandations lors des protocoles de PEC</li> <li>• Agents de santé insuffisamment formés et préparés</li> <li>• Spécificité et sensibilité TDR diminuées</li> <li>• Absence de supervision</li> <li>• Absence d'outils de gestion standardisés hospitaliers</li> </ul>
Circuit d'information non respecté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard de déclenchement de la réponse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système et envoi des outils défaillants</li> <li>• Insuffisance de formation des agents de santé</li> </ul>
Définition de cas non respectée au niveau des zones non endémiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de données de qualité moyenne</li> <li>• Non cas comptabilisés dans les cas suspects/ cas non comptabilisés</li> <li>• Nombre élevé d'échantillons arrivant au LCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de POS pour les zones non endémiques</li> </ul>
Système de contrôle sanitaire de performance moyenne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence de cas non identifiés</li> <li>• Propagation des cas dans les zones indemnes</li> <li>• Gestion difficile des cadavres pestueux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de personnes formées</li> <li>• Insuffisances de matériels</li> <li>• Us et coutumes sur les morts</li> </ul>

### 5.3.3. La prise en charge, la Prévention et le Contrôle des Infections et la coordination de la riposte

Les meilleures pratiques et les défis avec leurs impacts et les facteurs facilitants et limitants identifiés par le groupe de prise en charge, Prévention et le Contrôle des Infections et coordination de la riposte sont dans les deux tableaux ci-dessous

#### 5.3.3.1. Meilleures pratiques

**Tableau 12 : Meilleures pratiques durant la riposte : prise en charge, Prévention et le Contrôle des Infections et coordination de la riposte**

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
<p>Mise à disposition régulée, activation et existence des réseaux des ambulances au niveau des arrondissements de la capitale et à Tamatave dans le transport des patients</p> <p>Désinfection des ambulances après chaque transport des patients (Personnel équipé à le faire)</p> <p>Implication des cabinets privés dans la détention des malades en attendant l'arrivée des ambulances</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction de la propagation de la maladie au niveau des agents de santé, patients, famille et communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication et collaboration avec les partenaires techniques et financiers (Appui individualisé au CTPP)</li> <li>• Implication des agents de santé et de la communauté</li> </ul>
<p>Mise à disposition des téléphones flottes et crédits de communication pour la commission PEC</p> <p>Mise à disposition des téléphones flottes et crédits de communication pour la commission PEC</p> <p>Formation des agents de santé en PCI</p> <p>Mobilisation des ressources humaines en quantité et en qualité (Réquisition des personnels, formation des Pools des formateurs PCI, équipe et comité de la prise en charge)</p> <p>Disponibilité des intrants PCI</p> <p>Réhabilitation et construction des infrastructures durables (Infra-wash)</p> <p>Appui nutritionnel et financier des malades et accompagnants</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de l'exposition aux infections (Protection des personnels de santé, des malades et de la communauté)</li> <li>• Respect des conditions d'hygiène et de sécurité au niveau des CTPP</li> <li>• Prise de conscience des agents de santé</li> <li>• Réduction de la charge de travail, rapidité de la prise en charge</li> <li>• Amélioration de l'accueil des patients</li> </ul>	
<p>Organisation des circuits et isolement des patients au niveau des CTPP</p> <p>Disponibilité et gratuité des TDR, PCR, culture</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de l'Accès des malades aux soins pour se faire diagnostiquer</li> </ul>	

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
Documents techniques de prise en charge disponibles, révisés (lors des réunions régulières), et utilisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de la létalité</li> <li>• Réduction du nombre des nouveaux-cas</li> </ul>	
Attribution d'un certificat de non-contagiosité aux malades guéris	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurance de la communauté, insertion sociale de patients au niveau de la communauté</li> </ul>	
Réalisation des Prélèvements des échantillons sur des cadavres suspects (Prélèvement post-mortem des cas suspects)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures préventives des infections</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité et volonté des agents de santé</li> <li>• Collaboration avec les autres secteurs (BMH, SURECA,...)</li> </ul>

### 5.3.3.2. Défis

**Tableau 13 : Défis lors de la riposte : prise en charge, Prévention et le Contrôle des Infections et coordination de la riposte**

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS LIMITANTS
Baisse de la vigilance en matière de Peste pour l'ensemble des agents de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard de diagnostic</li> <li>• Risque de propagation de la maladie au niveau de la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitation des ressources</li> <li>• Pré jugement sur la sélection des zones à appuyer</li> </ul>
Structures de prise en charge inadaptée et non sécurisée (En termes de capacité et d'équipement : infrastructures et gestion des déchets,...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de contamination de l'entourage et de propagation de la maladie</li> <li>• Obligation de déplacer les patients à un autre centre de prise en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitation des ressources</li> <li>• Manque de volonté politique</li> </ul>
Intégration non effective des formations sanitaires privées et libérales dans les mesures de lutte contre la peste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence des cas non-diagnostiqués</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algorithme diagnostique non disponible, confusion sur l'usage des documents</li> <li>• Insuffisance des formations des prestataires</li> </ul>
Mésusage de la définition des cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surélévation des cas, erreur diagnostic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algorithme diagnostique non disponible, confusion sur l'usage des documents</li> <li>• Insuffisance des formations des prestataires</li> </ul>
Transport des prélèvements, non sécurisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non fiabilité des résultats (Erreur de classification)</li> <li>• Risque de propagation de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitation des ressources</li> <li>• Formation insuffisante sur le transport des prélèvements</li> <li>• Kits de prélèvements dotés ne respectant pas les normes</li> <li>• Insuffisance des capacités des laboratoires régionaux</li> <li>• Laboratoires mobiles insuffisants</li> </ul>

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS LIMITANTS
Intrants PCI insuffisants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contamination, absence de protection des autres patients, des agents de santé et accompagnants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitation des ressources</li> </ul>
Non-Fiabilité du résultat TDR (Sensibilité et spécificité douteuses), retard des résultats du PCR et Culture	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surestimation des cas diagnostiqués</li> <li>Augmentation de la Morbidité et de la mortalité liées à d'autres maladies simulant la peste</li> <li>Peur de fréquenter l'hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urgence dans l'épidémie</li> <li>Performance du TDR dans le diagnostic de la peste pulmonaire non documentée dans les littératures</li> </ul>
Protocole thérapeutique de prise en charge des cas de peste non révisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lourdeur et agressivité du schéma thérapeutique, sans alternative, inadaptée à la pharmacopée actuelle</li> <li>Evasion des malades sous traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peste=maladie négligée</li> <li>Urgence dans l'épidémie</li> </ul>
Date de péremption de la streptomycine très proche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque de rupture de stock</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approche first in, first out</li> </ul>
Absence de notification des effets indésirables des médicaments Non-gratuité des autres traitements adjuvants, consommables et les examens complémentaires (Radiographie, analyse biologique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Latrogénie des molécules utilisées non établies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitation des ressources (Pour le financement des examens complémentaires à la recherche des intolérances biologiques), Protocole de recherche des EIM non disponible</li> </ul>
Application inefficace des procédures EDS face au contexte culturel de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque de nouvelle flambée épidémique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respect du contexte culturel</li> <li>Sensibilisation de la communauté non efficace</li> <li>Peur de la vindicte populaire</li> </ul>

#### 5.3.4. La communication des risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire

Les meilleures pratiques et les défis avec leurs impacts et les facteurs facilitants et limitants identifiés par le groupe de coordination et logistique sont dans les deux tableaux ci-dessous.

##### 5.3.4.1. Meilleures pratiques

**Tableau 14 : Meilleures pratiques durant la riposte : communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire**

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
Mécanisme de coordination de la Commission Communication structuré, mobilisé, et fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meilleure coordination dans la gestion des interventions en communication, mobilisation sociale et engagement communautaire</li> <li>Actions de communication plus précises et efficaces</li> <li>Forte mobilisation de tous les acteurs en communication : 50 entités et 130 personnes membres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence du Réseau de communication en Urgence avant l'épidémie</li> <li>Latitude pour la Commission communication pour s'organiser et mener ses activités</li> <li>Membres de la commission ayant des capacités en matière de communication en Urgence</li> <li>Appui PTF</li> </ul>



MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
Développement Banque de message et mise à jour périodique Engagement des leaders religieux et culturels (national, régional) (sensibilisation dans les églises)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messages coordonnées pour une meilleure communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui PTF</li> </ul>
Mise en place et opérationnalisation de la cellule de veille informationnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messages identifiés appropriés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des fonds et des matériels et des ressources</li> <li>• Engagement et disponibilité des acteurs</li> </ul>
Mise en place et opérationnalisation du Call center Equipé PC + phone + puce + personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapidité acheminement des malades</li> <li>• Rapidité de transmission des informations</li> <li>• Référence rapide des cas suspects</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui PTF</li> <li>• Existence des opérateurs téléphoniques</li> <li>• Gratuité des appels téléphoniques</li> <li>• Dotation en ambulance pour référence de cas suspects</li> </ul>
Mobilisation massive de 9000 volontaires au niveau national et régional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution des perdus de vue</li> <li>• Réduction de la survenue des rumeurs</li> <li>• Amélioration du niveau d'information de la population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui PTF</li> <li>• Engagement communautaire</li> <li>• Engagement des CTD</li> </ul>
Mise en place et opérationnalisation Sous-commission Gestion des rumeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des rumeurs efficace</li> <li>• Rapidité Diagnostic et Prise en charge</li> <li>• Motivation répondants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui PTF</li> <li>• Engagement à haut niveau</li> </ul>
Evaluation rapide en communication		

#### 5.3.4.2 Défis

**Tableau 15 : Défis lors de la riposte : communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire**

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS LIMITANTS
Non aboutissement du protocole sur les enterrements dignes et sécurisés (EDS) Communication en temps d'urgence peu effective Incohérence communication sur l'EDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion au niveau de la population sur la manipulation des cadavres</li> <li>• Troubles populaires et désobéissance civile</li> <li>• Mise en danger des personnels de santé et des acteurs de riposte</li> <li>• Non déclaration des décès auprès BMH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peurs des réactions de la population par rapport aux cadavres déjà enterrés dans les fosses communes</li> <li>• Volonté politique faible</li> <li>• Débats anthropologiques et scientifiques (non consultation des leaders traditionnels)</li> </ul>
Perennisation du Call center 910		

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS LIMITANTS
Stigmatisation des contacts des malades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les malades se cachent</li> <li>• Rejet des malades, familles et contacts par leurs communautés</li> <li>• Propagation de la maladie</li> <li>• Automédication</li> <li>• Recours aux guérisseurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible efficacité des messages et des approches communicationnelles</li> <li>• Activités de communication trop focalisées</li> <li>• Négligence de l'aspect lutte contre la stigmatisation dans les actions de communication</li> </ul>
Non harmonisation des messages véhiculés par les différentes autorités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion dans la compréhension de la population</li> <li>• Perte de crédibilité des acteurs de la riposte à tous les niveaux</li> <li>• Propagation de rumeurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de confiance envers les techniciens en communication</li> <li>• Fausse alerte</li> </ul>
Divergence dans les différents messages techniques provenant des experts nationaux et internationaux (port de masque)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion dans la compréhension de la population</li> <li>• Non crédibilité des acteurs de la riposte à tous les niveaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non recours à la commission communication pour véhiculer les messages et</li> <li>• Non-respect des procédures de formulation, de transmission et de validation des messages</li> </ul>
Opérationnalisation des structures locales de communication très faible : (cellule de crise)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources limitées</li> </ul>
Propagation de rumeurs Gestion des rumeurs non optimale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panique dans la population</li> <li>• Menace de vindicte populaire</li> <li>• Non fréquentation des établissements de soins</li> <li>• Automédication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divergence dans les différents messages techniques provenant des experts nationaux et internationaux</li> <li>• Non harmonisation des messages véhiculés par les différentes autorités</li> <li>• Volonté délibéré à créer le chaos</li> </ul>
Non évolution de comportements d'hygiène de base		

### 5.3.5. La lutte anti vectorielle, anti réservoir et l'environnement

Les meilleures pratiques et les défis avec leurs impacts et les facteurs facilitants et limitants identifiés par le groupe lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement sont dans les deux tableaux ci-dessous.

#### 5.3.5.1. Meilleures pratiques

**Tableau 16 : Meilleures pratiques durant la riposte : lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement**

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
Barrage sanitaire : Désinfection des voitures entrant et sortant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter la propagation de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des forces de l'ordre et des autorités locales</li> </ul>
Désinfection systématique des voitures ayant transportées tous cas suspects : malades et cadavres, au niveau hôpital ou BMH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter la propagation de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place des hygiénistes</li> <li>• Disponibilité des matériels</li> </ul>
Riposte (désinfection et désinsectisation) menée devant tous cas suspects	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du nombre des cas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitution équipe pour la riposte</li> <li>• Implication des agents de santé/ PTF</li> <li>• Appui financier et logistique OMS</li> <li>• Sensibilisation</li> </ul>
Désinsectisation de masse au niveau des communes les plus touchées par la peste à Anjoma Ambalavao suite à la notification de plusieurs cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de nouveau cas humain dans la commune</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des autorités locales</li> <li>• Disponibilité des matériels et intrants</li> <li>• Identification des responsables par FKT</li> </ul>
Assainissement des FKT collectif (débroussaillages et nettoyages)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville saine</li> <li>• Diminution gîte à rat autour village</li> <li>• Limitation contact homme réservoir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation et information à différents niveaux</li> <li>• Intervention des agents communautaires dans l'assainissement</li> <li>• Médiatisation relative à l'assainissement</li> <li>• Note ministérielles sur l'assainissement</li> <li>• Dotation des matériels d'assainissement</li> <li>• Engagement politique</li> </ul>
Lutte multisectorielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration de plan national d'urgence de riposte peste dans les 13 régions (ayant une dégradation importante de l'environnement) du secteur environnement</li> <li>• Guide vert avec la lutte contre la peste</li> <li>• Limitation de risque de transmission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brigade de feu ont fait la sensibilisation contre les feux de brousses et assainissement</li> <li>• Collaboration multisectorielle</li> </ul>

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS FACILITANTS
Obstruction des trous à rats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du risque circulation des rats et puces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moindre cout et disponibilité de matériel (bouse de vache, débris de verre)</li> <li>• Limitation de risque de transmission</li> </ul>
Campagne de dératisation durant l'intersaison	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse densité des réservoirs</li> <li>• Diminution de la morbidité et létalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des intrants au niveau de la communauté</li> <li>• Acceptabilité et implication de la communauté</li> </ul>
Implication des AC et volontaires dans la surveillance de la mortalité ou/et augmentation murine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du nombre des cas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des AC</li> </ul>
Disponibilité des HTH et insecticides dans tous les foyers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riposte effective</li> </ul>	

### 5.3.5.2. Défis

Tableau 17 : Défis lors de la riposte : lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement

MEILLEURES PRATIQUES	IMPACTS	FACTEURS LIMITANTS
Perméabilité et pérennité des barrages sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuite des patients</li> <li>• Risque propagation de la maladie</li> <li>• Augmentation de la corruption</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beaucoup de ressources humaines impliquées</li> <li>• Cout élevé de l'activité</li> <li>• Corruption au niveau de gares routières</li> </ul>
Activités de préparation de la saison insuffisante (dératisation / désinsectisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation réservoir</li> <li>• Couverture géographique insuffisante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance matériel</li> <li>• Insuffisance de fond</li> </ul>
Gestion des insecticides	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de résistance des vecteurs aux insecticides</li> <li>• Inefficacité de la LAVR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choix restreint des insecticides</li> <li>• Utilisation intempestive des insecticides</li> </ul>
Utilisation de boîte de Kartman limitée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque augmentation de la transmission</li> <li>• Résistance insecticide</li> <li>• Pollution de l'environnement</li> <li>• Problème de gestion des déchets chimiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre insuffisant des boîtes de Kartman</li> <li>• Acheminement non financé</li> <li>• Agents non formés</li> </ul>
Implication partielle des autorités et de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désinfection et désinsectisation restreintes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de formation</li> <li>• Absence de motivation</li> <li>• Non appropriation dans la LAVR</li> </ul>
Résistance de la communauté lors de la riposte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insécurité des personnels de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumeur</li> <li>• Honte d'avoir eu des pesteux dans les foyers</li> <li>• Manque de sensibilisation</li> <li>• Implication des forces de l'ordre</li> </ul>
Absence d'unité anti réservoir multisectoriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disparité/duplication des activités</li> </ul>	
Politique nationale axée sur la lutte vectorielle		

## 5.4. CE QUI PEUT ÊTRE FAIT POUR AMÉLIORER LA RÉPONSE LA PROCHAINE FOIS

Les activités clés identifiées, à partir des défis, des meilleures pratiques et des facteurs causales, par les groupes de fonction avec leurs niveaux d'impact pour améliorer les capacités de préparation et de réponse aux urgences (bleus), le niveau de difficulté de la mise en œuvre (rouges), l'échéance des activités (verts) et la priorisation de ces activités (jaune) seront rapportées dans les tableaux ci-dessous.

### 5.4.1. La coordination et la logistique

Tableau 18 : Activités clés identifiées par le groupe de coordination et logistique

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Mettre à jour, diffuser et mettre en œuvre le plan de contingence de lutte contre les épidémies majeures et les pandémies	Avant fin septembre 2018	DGS Direction réponse aux urgences SLMEN	Atelier de 4 jours de 30 personnes pour élaboration/ mise a jour Atelier de 1 jour pour validation Duplication et dispatching	Plan de contingence élaboré Plan de contingence disponible et a jour	3	3	15	CT
Élaborer un draft de cadre réglementaire régissant les rôles/responsabilités des différents départements en cas de catastrophe	Septembre 2018	DGS SURECA BNGRC	Atelier d'élaboration, de plaidoyer Atelier de validation	Cadre réglementaire élaboré				CT
Élaborer/valider un document procédures opérationnelles standardisées (POS) de mise en œuvre du plan national de contingence	Fin octobre 2018	DGS SLMEN SLPE SURECA BNGRC/CERVO	Atelier d'élaboration de 4 jours Atelier de validation Dissemination Vulgarisation	Document disponible POS	3	2	2	CT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Mettre à jour les stratégies de lutte contre la peste	Septembre 2018	DGS SLPE	Atelier de mise à jour de stratégies de lutte contre la peste	Plan stratégiques national de lutte contre la peste mis à jour et disponible	3	2	1	CT
Inscrire une ligne budgétaire au niveau du ministère de la santé pour les fonds de contingence épidémique	Décembre 2018	Ministère des finances et du budget (MFB) Ministère de la santé Parlements	Élaboration de budget pour urgences épidémiques Soumission aux MFB/parlements	Fonds de contingence épidémiques disponible et objet d'engagement	3	3	1	LT
Élaborer un plan stratégique de gestion des intrants de santé pour les urgences sanitaires	Juillet - octobre 2019	SLPE SURECA	Dresser et identifier la liste des intrants	Plan standard des intrants disponible	3	2	8	MT
			Établir un plan d'approvisionnement et budget					
			Quantifier les besoins	Besoin en intrants quantifié et validé				
			Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources					
			Etablir un plan de distribution	Intrants disponibles dans les districts bénéficiaires				
Redynamiser le GIALP (groupe intersectoriel d'appui à la lutte contre la peste)	Août 2018	DGS DVSSE SLPE SURECA-SLMEN	Organiser des réunions de redynamisation du GIALP	GIALP fonctionnel, constitué	3	1	6	CT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Mettre en place/ redynamiser les structures de coordination au niveau périphérique	Septembre 2018	DDS DRS	Réunion de mise en place au niveau des drs (en cascade) Remise a niveau des acteurs sur les principales maladies épidémiques		2	1	6	CT
Redynamiser le GIALP (groupe intersectoriel d'appui à la lutte contre la peste)	Avant décembre 2018	Ministre de la santé	Changement d'organigramme du MSANP	Direction en charge des maladies épidémiques, des urgences et MTN en place	3	3	1	MT

#### 5.4.2. La surveillance et le laboratoire

Tableau 19 : Activités clés identifiés par le groupe de surveillance et laboratoire

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Actualiser les POS sur la surveillance de la peste au niveau CSB, hôpitaux et communautaire	Mois d'août (avant la saison pesteuse)	DVSSE Service PESTE	Créer un groupe de 25 personnes Rendre disponible la dernière version CSB pour le groupe Organiser un atelier d'élaboration des POS communautaires et hôpitaux	POS disponibles après validation Nombre de formations sanitaires ayant reçu les POS Nombre d'AC ayant reçu les POS	3	1	2	CT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Elaborer une POS sur le contrôle sanitaire (porte d'entrée, point de flux de population)	16 au 20 juillet 2018	SVSF DVSSE	Mettre à jour la POS CSB					
			Rendre disponibles les POS validées et mises à jour à tous les niveaux respectifs					
Elaborer une POS sur le contrôle sanitaire (porte d'entrée, point de flux de population)	16 au 20 juillet 2018	SVSF DVSSE	Techniques: obtenir les contributions des acteurs concernés pour identifier les points-clés de la procédure	RH: AS, AC, volontaires	3	2	11	CT
			Organiser un atelier d'élaboration de la POS	RF: PTF				
			Organiser un atelier de validation de la POS	Nombre d'ateliers, formations, acteurs formés, acteurs présents				
			Former les acteurs en POS	POS validée				
			Etablir les besoins en TDR et kits de prélèvements	Nombre de formation sanitaires ayant reçu des kits				
			Organiser un atelier de quantification des intrants avec l'Unité Technique de Gestion Logistique (UTGL)	Nombre de kits distribués				
Prépositionner en kits de collecte des échantillons au niveau des FS des Régions à risque	août 2018	SG DGS Division Peste	Assurer la production de TDR		3	2	2	CT
			Organiser un atelier de validation de ces besoins quantifiés par le Comité de Gestion Logistique (CGL)					
			Procéder à l'achat des intrants					
			Distribuer les kits au niveau des formations sanitaires					



ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCÉANCE
Rendre disponible des TDR plus performants pour le diagnostic de la PP	Début à mi-juillet 2018	SG DGS Division Peste DVSSE DPLMT LCP PRMP	Rendre disponibles les résultats des évaluations du TDR qui a été utilisé pour la PP	Test validé disponible (PP)	3	3	9	LT
			Lancer un appel à manifestation d'intérêt au niveau international pour la fourniture de TDR dans le cadre du diagnostic de la PP	Nombre de formations sanitaires ayant reçu les tests validés				
Etablir une convention avec les sociétés de transport	Juillet - Août 2018	SG DGS Division Peste DPLMT LCP PTF DVSSE	Evaluer ces tests	Nombre de tests validés distribués	3	1	5	CT
			Organiser un atelier de validation de ces tests					
			Acquérir les tests via un processus d'appel d'offres					
			Distribuer ces tests validés au niveau des formations sanitaires					
			Identifier les sociétés qui vont assurer l'acheminement des prélèvements	Convention signée				
			Organiser une réunion de concertation avec les parties prenantes					
			Elaborer un draft de convention					
			Signer la dernière version					

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Remettre à niveau les agents de santé sur la surveillance de la peste pendant la période pré-épidémique	08, 09, 10 août pour les 45 districts où on a trouvé un cas de peste	DVSSE Division Peste	Rendre disponible les documents et outils de formation mis à jour	Nombre d'agents de santé formés	3	1	14	CT
	03, 04 et 05 septembre pour les autres districts		Préparation logistique Budgetisation et requête Constituer un pool de formateurs centraux et régionaux pour appui aux districts Mener des suivis et supervisions formatives après la formation	Proportion de SDSP formés				
Former les techniciens de laboratoire au niveau Régional sur les techniques de diagnostic Peste	Août 2018	DVSSE LCP DPLMT DRSP	Elaborer les TDR des technique sde laboratoire régional dans la cadre de la déconcentration des activités de labo Peste	POS Labo disponible	3	1	10	CT
			Identifier les points focaux Régionaux de la peste au niveau Labo Organiser un atelier d'élaboration de POS Labo au niveau Régional Organiser un atelier de validation de cette POS Organiser une formation des points focaux Labo Régionaux	Nombre de points focaux Labo formés Proportion de Régions à haut risque disposant de capacités de diagnostic				

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHEANCE
Former et mettre à niveau les agents communautaires sur la surveillance des maladies et des évènements prioritaires en période pré-épidémique et mettre des mécanismes d'incitation de la détection et notification des cas	13, 14, 15 août 2018 pour les 45 district où on a trouvé un cas de peste;	DVSSE et Service peste	Développer un curriculum de formation	Nombre des agents communautaires formés	2	1	9	CT
	10, 11 et 12 septembre pour les autres districts		Rendre disponible les documents et outils de formation mis à jour Préparation de la logistique Budgetisation et ressources financières Outils de sensibilisation Constituer un pool de formateurs centraux et régionaux pour appui aux districts (114 -45) Mener des suivis groupés des agents communautaires (après formation)	Augmentation du taux de référence communautaire (% cas détectés/AC)				
Cartographier les tradipraticiens (Masseurs de bubons)	30 juillet au 17 août 2018	DPLMT - DVSSE -DRSP MI et CSB	Localiser les zones de présence des tradipraticiens Etablir une BDD géographique Elaborer la carte RH DPLMT, liste des informateurs-clés, gestionnaires de l'information Ressources financières: PTF	Nombre de tradipraticiens repertoriés Nombre de cartes élaborées	2	1	2	CT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHEANCE
Doter des téléphones portables flottes les AS ne disposant pas de tablettes, dans les zones affectées	Fin Août 2018	PTF SG DRSP MI	Identifier et lister les zones prioritaires	Nombre de téléphones flottes dotés par les PTF	3	3	3	MT
			Procéder à l'acquisition de téléphones flottes	Taux d'utilisation des téléphones flottes				
Sensibiliser les autorités locales, tradipraticiens sur la détection des cas de peste	20 au 25 Août 2015	DPS DRS DPLMT MI DVSSE	Faire le dispatching	Nombre de cas de maladies notifiés à temps	3	2	2	CT
			Former les agents de santé sur l'utilisation des téléphones flottes					
Mettre en œuvre une surveillance sentinelle des indicateurs sentinelle des indicateurs de risque de peste			Ressources financières: Appuyer par les PTF		3	2	2	CT
			Organiser un atelier avec les experts de communication pour élaborer le message-clé	Nombre d'ateliers effectués				
			Etablir un plan de communication	Nombre de plans de communication réalisés	3	2	2	CT
			Former les chefs CSB en technique de communication c/ cartographique	Nombre de CSB formés				
			Mettre en œuvre le plan de communication RH, DPLMT, AS, COMM, Service Peste					

### 5.4.3. La prise en charge, la Prévention et le Contrôle des Infections et la coordination de la riposte

Tableau 20 : Activités clés identifiées par le groupe de prise en charge, Prévention et le Contrôle des Infections et coordination de la riposte

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Elaborer et valider un protocole de prise en charge de la peste, de prévention et de contrôle des infections	Juillet 2018	Service peste SFP	Elaboration des drafts Validation Diffusion  Humaines (Comité de prise en charge, Spécialistes), financières (PTF), matériels	Protocole de prise en charge validé  Protocole de PCI validé	3	1	10	CT
Elaborer et valider un protocole de régulation des ambulances dans le transport des malades suspects de peste	Août 2018	DGS/SURECA	Elaboration des drafts Validation Diffusion  Humaines (Comité de prise en charge, Spécialistes), financières (PTF), matériels	Protocole de régulation des ambulances dans le transport des malades suspects de peste, validé	2	1	5	CT
Assurer et sécuriser le transport des prélèvements des cas suspects de peste vers le laboratoire de référence	Août 2018	Service peste LNR IPM	Appel d'Offre Ouvert Contractualisation avec un prestataire de transport  Humaines (IPM, Spécialistes biologistes, Comité laboratoire), financières (PTF), matériels (Kits de transport et de sécurisation)	Contrat signé avec un prestataire de transport établi  Transport de prélèvement sécurisé et assuré	3	2	0	MT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Former les agents de santé publics et privés en matière de la peste (Epidémiologie, Diagnostic, Traitement, PCI)	Août-2018-Janvier 2019	Service peste SFP DVSSE	FDF Organisation et réalisation de la formation Humaines (Ministère de la Santé, PTF), financières (PTF), matériels	Proportion des agents de santé publics et privés formés en matière de la peste	3	2	8	MT
Installer un centre de prise en charge de la peste et des maladies à potentiel épidémique adapté, de référence, avec un service de réanimation au niveau des 6 ex-provinces du Pays	Août 2018-Août 2019	DHRD	Identification des sites Validation du plan/budget Appel d'Offre/Passation de marché Humaines (Equipe de construction,...), financières (PTF), matériels (Construction, équipements,...)	Nombre des centres de pris en charge équipé et adapté installé au niveau des 6 ex provinces du pays	3	3	10	CT/ LT
Mettre en place des laboratoires de référence dotés de laboratoires mobiles au niveau des 6 Chefs lieux de provinces du Pays	Novembre 2018 Décembre 2019	LNR DPLMT	Elaboration et validation des plans Identification des sites Appel d'Offre Humaines (Equipe de construction,...), financières (PTF), matériels (Construction, équipements,...)	Nombre des laboratoires mis en place et opérationnels	3	2	18	LT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHEANCE
Rendre disponible les intrants peste et PCI au niveau central et périphérique	Juillet-Août 2018	Service peste DPLMT	Quantification Commande Approvisionnement Dispatching	Proportion des centres de santé approvisionnés en intrants de peste et PCI Proportion des centres de santé en rupture de stock des intrants peste et PCI Intrants peste et PCI disponibles en quantité suffisante	3	2	5	CT
Assurer la gratuité de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et nutrition-nelle des patients atteints de la peste et accompagnants	Août -Septembre 2018 (Pendant la saison pesteuse)	Service peste ONN	Plaidoyer Accord et convention Humaines (Ministère de la Santé, PTF), financières (PTF), matériels (Intrants PCI et peste,...)	Proportion des patients et accompagnants pris en charge gratuitement	3	2	5	CT
Développer et rendre disponible des outils de gestion cliniques nécessaires dans la gestion des données des cas de peste et des intrants	Août 2018	Service peste	Elaboration Validation, multiplication Diffusion Humaines (Ministère de la Santé, Cliniciens, PTF), financières (PTF), matériels (Outils,...)	Nombre des outils de gestion cliniques nécessaires dans la gestion des données des cas de peste et des intrants développés et disponibles	3	1	8	CT
Effectuer des visites d'évaluation et de supervision régulière en matière de Peste et PCI au niveau des centres de santé	Septembre 2018	Service peste DRSP SDSP	Planification Descente Rapportage Humaines (Ministère de la Santé, Cliniciens, PTF), financières (PTF), matériels (Outils,...)	Proportion des centres de santé visités et supervisés régulièrement	2	1	1	MT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHEANCE
Assurer des moyens de prévoyance, de sécurisation et de motivation des agents de santé prenant en charge des cas de peste	Juillet - Août 2018	Service peste DGS	Identification des moyens à fournir Identification et mobilisation des ressources nécessaires Humaines (Ministère de la Santé), financières (PTF), matériels (intrans et médicaments,...)	Proportion des agents de santé protégée par des EPI - Proportion des agents de santé bénéficiant d'une indemnité de risque - Proportion des agents de santé pris en charge lors des gardes en situation de crise	2	2	4	MT

#### 5.4.4. La communication des risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire

Tableau 21 : Activités clés identifiées par le groupe de communication des risques, mobilisation sociale et engagement communautaire

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHEANCE
Ré opérationnaliser le Call center 910	1 <sup>er</sup> Août 2018 au 30 Avril 2019	DPS MSANP	Identifier les répondants et les acteurs Elaborer le Guide de l'opérateur et le curriculum de formation des répondants, Formation des acteurs Appui matériels et logistiques Communication au grand public sur la réactivation du call center	Nombre de rapports	3	1	10	



ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Ré activer opérationnaliser la Commission Communication Peste	3 <sup>ème</sup> semaine juillet 2018 - juillet 2019	DPS MSANP	Tenue de réunions périodiques	Nombre de réunions tenues	3	1	2	
			Mobiliser et mettre à jour les membres					
			Rapports de réunion					
Utiliser les résultats du Rapid Assesement post épidémique pour la mise à jour du plan de communication de risque Peste	Juillet - Août 2018	DGCOM MCRI	Finalisation du rapport « Rapid Assesement	Rapport finalisé	2	1	11	
			Réunions de revue du plan de communication	Plan de communication mis à jour disponible				
Réviser la loi sur les enterrements liés à la peste	Juillet 2018	DPS MSANP	Atelier d'élaboration de 4 jours	Loi sur les enterrements liés à la peste disponible				
			Atelier de validation					
			Dissémination					
			Vulgarisation					
Mener des activités de communication relatives à la vulgarisation du Protocole EDS	Juillet 2018 à juillet 2019	DPS MSANP	Traduire en malagasy le protocole	Plan de communication sur les mis à jour disponible Nombre d'activités communication EDS mis en œuvre	3	3	3	
			Adapter la communication selon le contexte local					
			Appliquer le Plan de communication EDS mise à jour					
			Consultation au niveau local					

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Opérationnaliser les structures locales de communication de risque relatives à la lutte	Juillet 2018 à Juillet 2019	DGC MCRI	Réunion d'information et de plaidoyer et planification	Structures mises en place Nombre d'activités / proportion d'activités réalisées	3	2	8	
			Elaboration des TDR des structures locales					
Ré opérationnaliser la cellule de veille informationnelle selon les besoins (suivis des activités et gestion des rumeurs)	Août 2018 à Avril 2019	DPS MSANP	Formations	Nombre de rapport de veille	2	3	9	
			Activités de suivi					
			Identification des équipes					
Mettre en place et opérationnaliser un système de suivi Evaluation des activités de communication de risques multicanaux (communautaires, réseaux sociaux, interpersonnel, médias, supports, imprimés, artistes, ...) relatifs à la préparation et à la riposte contre la peste	Juillet 2018 à Juillet 2019	DGC MCRI	Renforcement de capacités (formation des membres, dota-tion en équipements technique et mobiliers	Plan de suivi et d'évaluation disponible	2	2	3	
			Tenue des réunions de la cellule)					
			Elaborer un Plan de suivi et d'évaluation					
			Elaborer les outils de suivi et supervision pour utilisation pour les acteurs	Nombre de rapports de suivis, de supervision et d'évaluation disponibles				

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Mener des activités de communication de risques multicanaux relatifs à la préparation et à la riposte contre la peste (communautaires, réseaux sociaux, interpersonnel, médias, supports imprimés, artistes, ...)	Juillet 2018 à Juillet 2019	DPS MSANP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identification et formation des volontaires et AC</li> <li>Formation des professionnels de média</li> <li>Mobilisation des APART</li> <li>Revue et dissémination des supports</li> <li>Collaboration avec les artistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de volontaires et AC mobilisés</li> <li>Nombre de professionnels de médias mobilisés</li> <li>Nombre de supports disséminés</li> </ul>	3	2	5	

#### 5.4.5. La lutte anti vectorielle, anti réservoir et l'environnement

Tableau 22 : Activités clés identifiées par le groupe de lutte anti vectorielle, anti réservoir et environnement

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Effectuer la désinfection et/ ou la désinsectisation de riposte devant tous cas suspects de peste	Août 2018	Service peste Service de santé de district	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise à disponibilité des intrants (HTH, insecticides, kit EPI, pulvérisateur,...)</li> <li>Formation d'une journée des agents de riposte (2 par FKT)</li> <li>Médiatisation radio locale et nationale</li> <li>Sensibilisation de la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de ripostes effectuées par rapport au nombre de cas détectés</li> <li>Nombre de jours de rupture des intrants</li> </ul>	3	1	16	CT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHEANCE
Conduire une campagne de dératisation de masse au niveau des communes endémiques	Juillet - Août 2018	Service peste Service de santé de district	Situation des stocks au niveau des districts Commande des intrants nécessaires (pièges à rats, appâts, savon, cuvettes, bêche,...) Mise à disponibilité des intrants Formation en cascade Campagne de dératisation Suivi des activités Mobilisation sociale	Nombre de pièges distribués Proportion de foyers disposant de pièges Nombre de rats capturés	3	2	23	CT
Réaliser un assainissement périodique au niveau de la communauté	Une fois par mois	Maires et Chefs CSB	Arrêté communal sur l'assainissement périodique Disponibilité de matériels pour assainissement périodique (râteau, bêche, brouette, balai, poubelles) Elaboration de calen-drier d'assainissement Médiatisation	Nombre de rapport d'assainissement envoyé Nombre de fokontany assainis	3	1	21	CT
Redynamiser le GIALP (groupe d'appui à la lutte contre la peste) au niveau central et le comité de lutte au niveau région, district et commune	A partir Août 2018	Service peste Ministère de la Santé : DGS	Réunion de coordination avec les parties prenantes	PV de réunion Nombre de réunions réalisées	2	1	1	CT

ACTIVITÉS	DATE DE RÉALISATION	RESPONSABILITÉ ET POINT FOCAL	PRINCIPALES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE ET RESSOURCES REQUISES	INDICATEURS	IMPACT	DIFFICULTÉ	PRIORITÉ	ÉCHÉANCE
Organiser un atelier d'élaboration d'un plan national de gestion des insecticides pour la lutte contre les vecteurs		Ministère de la Santé : DGS Ministère de l'environnement	Atelier d'élaboration de plan	Plan disponible	2	1	0	MT
Organiser un atelier de réflexion pour l'intégration des activités de lutte anti vectorielle et réservoir	Novembre ou Octobre 2018	Ministère de la Santé : DGS	Travail de documentation Atelier	Atelier réalisé	1	1	1	MT
Former les agents de santé et communautaire sur l'utilisation des boîtes de Kartman	Août à Septembre 2018	Service peste	Formation d'une journée des AS	Nombre d'agents formés	2	1	3	CT
Mettre en place des villages écologiques pilotes afin d'assurer un environnement rat proofing	Octobre 2018	Ministères de la Santé et de l'environnement	Construction de village écologique Formation des villageois	Village écologique installé Nombre de villageois formés	3	2	11	MT/ LT

## 5.5. PROCHAINES ÉTAPES

À l'issue de la quatrième session, sur les 48 activités identifiées, 23 ont été retenues comme prioritaires à l'issue de la session 5.



Photo 6 : Priorisation des activités

Ces activités ont été présentées aux membres du panel d'experts (MIN SAN, OMS pays/ AFRO/ HQ, autres PTF) qui ont posé des questions visant à clarifier et à mieux définir les activités présentées.

Les activités retenues sont dans le tableau ci-dessous :

Tableau 23 : Activités priorisées et échéances de leurs réalisations à l'issue de la RAA

	ACTIVITÉS PRIORISÉES	ÉCHÉANCES
<b>COORDINATION &amp; LOGISTIQUE</b>		
1	Mettre à jour, diffuser et mettre en œuvre le plan de contingence de lutte contre les épidémies majeures et les pandémies	Court terme
2	Redynamiser le groupe intersectoriel d'appui à la lutte contre la peste (GIALP) au niveau national et les comités de lutte contre la peste au niveau infranational	Court terme
3	Élaborer un plan stratégique de gestion des intrants de santé pour les urgences sanitaires	Court terme
4	Mettre en place une direction en charge des maladies épidémiques, des urgences et maladies tropicales négligées	Moyen terme
5	Inscrire une ligne budgétaire au niveau du ministère de la santé pour les fonds de contingence épidémique	Moyen terme
<b>SURVEILLANCE &amp; LABORATOIRE</b>		
6	Élaborer des procédures opérationnelles standardisées (POS) pour le contrôle sanitaire au niveau des points d'entrée et des points de flux de population	Court terme
7	Élaborer un protocole opérationnel standardisé sur le circuit d'informations sanitaires nationales	Court terme
8	Former les techniciens de laboratoire au niveau régional sur les techniques de diagnostic de la peste	Court terme

	ACTIVITÉS PRIORISÉES	ÉCHÉANCES
<b>SURVEILLANCE &amp; LABORATOIRE</b>		
9	Former les acteurs communautaires sur la surveillance des maladies et des événements prioritaires et mettre des mécanismes fonctionnels de détection et de notification des cas	Court terme
10	Rendre disponibles des moyens de diagnostic performants pour toutes les formes de la peste	Court terme
11	Mettre en œuvre une surveillance sentinelle des indicateurs de risque de peste	Court terme
12	Établir une convention avec les sociétés de transport pour l'acheminement des échantillons	Court terme
13	Mettre en place des laboratoires de référence dotés de laboratoires mobiles au niveau des 6 chefs-lieux de province du pays	Moyen terme
<b>PRISE EN CHARGE DES CAS ET PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)</b>		
14	Élaborer et valider un protocole de prise en charge de la peste, de prévention et de contrôle des infections	Court terme
15	Installer un centre de prise en charge de la peste et des maladies à potentiel épidémique adapté, de référence, avec une unité de réanimation au niveau des 6 chefs-lieux de province du pays	Court et Long terme
16	Former les agents de santé (secteurs publics et privés) en matière de la prise en charge de la peste et de la PCI	Court et Long terme
<b>COMMUNICATION, MOBILISATION SOCIALE ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE</b>		
17	Réactiver et maintenir le Call center du ministère de la santé (numéro vert)	Court terme
18	Mener des activités de communication des risques multicanaux relatives à la préparation et à la riposte contre la peste, y compris le protocole de l'enterrement digne et sécurisé (acteurs communautaires, réseaux sociaux, communications interpersonnelles, média, supports imprimés et artistes)	Court terme
19	Réviser la loi sur les enterrements liés à la peste	Court terme
<b>LUTTE ANTI-VECTORIELLE ET ANTI RÉSERVOIR ET ENVIRONNEMENT</b>		
20	Conduire des campagnes de dératisation de masse au niveau des communes endémiques en intersaison	Court, moyen et long terme
21	Réaliser un assainissement périodique au niveau de la communauté	Court terme
22	Effectuer sans délai la désinfection et/ou la désinsectisation de riposte devant tout cas suspect de peste	Court terme
23	Mettre en place des villages écologiques afin d'assurer un environnement <i>rat proofing</i>	Moyen et long terme

## 5.6. ÉVALUATION DE L'ATELIER

Au total, 50 participants ont complété le questionnaire, soit 61%.

Plus de 90% des participants ont estimé que la RAA permettait pleinement ou fortement :

- D'identifier les défis et les lacunes rencontrés au cours de la réponse ;
- De partager des expériences et des pratiques exemplaires ;
- De proposer des mesures pour améliorer la préparation, la détection précoce et la riposte aux urgences de santé publique.

Globalement, plus de 80% des participants ont pleinement ou fortement estimé que la méthodologie de la RAA a été efficace pour atteindre les objectifs et les résultats attendus.

Plus encore, 88% des participants ont pleinement ou fortement estimé que les résultats de la RAA contribueront à renforcer les capacités de préparation et d'intervention.

Enfin, environ 72% des participants ont pleinement ou fortement estimé que les résultats de la RAA contribueront à renforcer les mécanismes de coordination et de collaboration.

## 6. RÉUNION DE PLAIDOYER

A l'issue de l'atelier de RAA, une réunion de plaidoyer et mobilisation des ressources a été réalisée à l'Hotel Carlton d'Antananarivo le 6 juillet 2018 à partir de 15 heures.

Cette réunion a été honorée par la présence du Premier Ministre de la République de Madagascar, du Ministre la Santé publique, du Coordonnateur résidant du Systèmes de Nations Unies, des Représentants résidant de l'OMS et de l'UNFPA, des Ambassadeurs de Norvège et Suisse et le Directeur Général de l'USAID. Mais aussi des représentants des diverses institutions et organismes nationaux et internationaux travaillant dans le pays.



Photo 7 : Les officielles lors de la restitution de l'atelier et la réunion de plaidoyer

Les experts de l'OMS HQ et AFRO qui ont facilité la tenue de la RAA ont rappelé l'importance du règlement sanitaire international (RSI 2005), la Sécurité Sanitaire Internationale et la nécessité de conduire une revue après action (RAA) après une urgence.

Le Ministre de la santé publique a restitué, par la suite, les résultats de la RAA à l'assemblée présente avec les activités prioritaires retenues.

A l'issue de la restitution, certains PTF se sont déjà positionnés dont entre autre :

- l'USAID qui va donner 810 000 dollars pour la préparation de la prochaine saison et qui va renforcer les capacités de laboratoire, doter d'EPI aux personnels soignants et fonctionnement du numéro vert;
- l'Ambassade de Norvège qui veut aider Madagascar à éradiquer la peste, car ils ont été victimes de la peste au Moyen Age ;
- le croix rouge international va travailler au niveau de la communauté (sensibilisation, lutte contre la stigmatisation), dans le contrôle vectoriel et va mettre en place des hôpitaux mobiles ;
- le président de l'association des industriels de Madagascar qui a affirmé que les industriels sont



prêts à aider pour la mise en œuvre des activités, car la dernière flambée a eu des répercussions sur leurs activités.

Le Premier Ministre, Chef de Gouvernement, dans son discours pour clôturer la RAA, a rappelé l'ampleur de la flambée épidémique qui ne s'est pas limitée au seul secteur santé, mais s'est étendue à d'autres secteurs. Il a salué les efforts déployés dans la lutte contre ce fléau, ayant permis de garantir le leadership du Gouvernement à mener des interventions efficaces à tous les niveaux.

Le Premier Ministre a encouragé le Gouvernement à renforcer la coordination et la cohérence des interventions ainsi que la communication. Il a recommandé un chronogramme semaine après semaine avec définition des rôles de chacun et un investissement dans la lutte contre la peste.

## 7. CONCLUSION

Madagascar a fait face à une épidémie de peste pulmonaire sans précédent au cours de l'année 2017.

La Revue Après Action de la riposte à l'épidémie, dans le but de dresser le bilan des actions et des défis relevés d'une part et d'élaborer un plan d'actions qui permettra à long terme d'éradiquer la peste à Madagascar d'autre part, a été menée avec succès grâce à la participation active de tous les participants. Ces derniers ont saisi cette opportunité pour partager leurs expériences et pour identifier les meilleures pratiques, les défis et les activités prioritaires à mettre en place pour renforcer la préparation, la détection et la riposte aux potentielles futures épidémies de peste et autres urgences de santé publique à Madagascar.

A l'issue de la réunion de plaidoyer, organisé sous l'égide du Premier Ministre, Chef de Gouvernement, un accent a été mis sur trois domaines prioritaires à savoir : la coordination, la communication et la mobilisation des ressources. Ce cadre a servi d'opportunité de positionnement et sensibilisation des partenaires afin de renforcer la mise œuvre du Règlement sanitaire international (2005) à travers les résultats obtenus au cours de la Revue Après Action.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : AGENDA DE L'ATELIER

### REVUE APRÈS ACTIONS DE LA RÉPONSE D'URGENCE À LA FLAMBÉE ÉPIDÉMIQUE DE PESTE PULMONAIRE À MADAGASCAR

*Hôtel San Cristobal, Antananarivo*

2 - 6 JUILLET 2018

#### ATELIER PRÉPARATOIRE

**LUNDI 2 JUILLET 2018**

HEURE	SESSION	RESPONSABLE
08:30	Enregistrement des facilitateurs	Administration
08:30 - 9.00	Mots de Bienvenue Auto-présentation des facilitateurs	OMS et MSANP
9:00 - 09:30	Présentation de la RAA <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs</li> <li>• Portée</li> <li>• Résultats attendus</li> </ul>	Facilitateur principal de la RAA MSANP
9:30 - 10:00	<i>Pause-café (Photo de groupe)</i>	
10:00 - 13:00	Préparation de la méthodologie Présentation de la méthodologie de la RAA	Facilitateur principal de la RAA Facilitateur externe
13:00 - 14:30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14:30 - 15:30	Présentation de la méthodologie de la RAA Constitution des groupes de travail Partage de l'agenda de travail : TDR des groupes de travail	Facilitateur principal de la RAA Facilitateur externe
15:30 - 17:30	<i>Installation de la salle et finalisation de la préparation</i>	Administration
17:30	Ouverture officielle de la RAA Point de presse organisé par la DPS/ MSANP	Monsieur le Ministre de la santé Directeur de Cabinet

## JOUR 1

LUNDI 2 JUILLET 2018

HEURE	SESSION	RESPONSABLE
08:30	Enregistrement des participants	Administration
08:30 - 08:45	Mots de Bienvenue Auto-présentation des participants	OMS Ministère de la Santé
08:45 - 09:00	Présentation de l'agenda Code de bonne conduite	Facilitateur principal de la RAA
09:00 - 09:30	Annonce administrative et briefing de sécurité	Administration / Security officer
09:30 - 09:45	Présentation sur la RAA de la peste pulmonaire en Madagascar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs</li> <li>• Portée</li> <li>• Résultats attendus</li> <li>• Agenda</li> <li>• Désignation des rapporteurs journaliers</li> </ul>	Facilitateur principal de la RAA
09:45 - 10:30	Introduction de la méthodologie pour la RAA <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration des normes de travail</li> <li>• Annonce des groupes de travail</li> </ul>	Facilitateur externe OMS
10:30 - 10:45	Présentation du pays sur l'épidémie	MSANP
10:45 - 11:00	Présentation des résultats de l'évaluation indépendante de la riposte à la peste pulmonaire	Responsable de l'équipe d'évaluation indépendant
11:00 - 11:30	<i>Pause-café (Photo de groupe)</i>	
11:30 - 12:30	SESSION 1 – MISE EN SCÈNE <i>En groupe de travail : Identification de ce qui était en place avant la riposte</i>	Facilitateurs de groupe
12:30 - 13 :30	SESSION 1 – MISE EN SCÈNE (RESTITUTION) <i>En plénière : Identification de ce qui était en place avant la riposte</i>	Facilitateur externe
13 :30 - 14:30	<i>Pause-déjeuner</i>	

**JOUR 1** (suite)**LUNDI 2 JUILLET 2018**

HEURE	SESSION	RESPONSABLE
14:30 - 16:00	<b>SESSION 2 – CE QUI S'EST PASSÉ DURANT LA RÉPONSE</b> <i>En groupe de travail : reconstitution de la chronologie de l'épidémie et de la riposte à la Peste pulmonaire à Madagascar</i>	Facilitateur de groupe
16:00 - 16:30	<b>Pause-café</b>	
16:30 - 17:15	<b>SESSION 2 – CE QUI S'EST PASSÉ DURANT LA RÉPONSE (RESTITUTION)</b> <i>En plénière : reconstitution de la chronologie de l'épidémie et de la riposte à la Peste pulmonaire à Madagascar</i>	Facilitateur externe
17:15 - 17:45	<b>Discussion en plénière</b>	Facilitateur externe
17:45 - 18:00	<b>Évaluation de la première journée</b>	Facilitateur principal de la RAA

**JOUR 2****MERCREDI 4 JUILLET 2018**

HEURE	SESSION	RESPONSABLE
09:00 - 09:15	<b>Restitution de la première journée (1 page avec points saillants)</b>	Rapporteur
09:15 - 10:30	<b>SESSION 3 – CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ ? CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNÉ ? ET POURQUOI?</b> <i>En groupe de travail : identification des meilleures pratiques, défis, impacts sur la riposte et les facteurs causals (favorisant et limitant)</i>	Facilitateur de groupe
10:30 - 11:00	<b>Pause-café</b>	
11:00 - 13:00	<b>SESSION 3 – CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ ? CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNÉ ? ET POURQUOI? (SUITE)</b> <i>En groupe de travail : identification des meilleures pratiques, défis, impacts sur la riposte et les facteurs causals (favorisant et limitant)</i>	Facilitateur de groupe
13:00 - 14:00	<b>Pause-déjeuner</b>	

## JOUR 2 (suite)

MERCREDI 4 JUILLET 2018

HEURE	SESSION	RESPONSABLE
14:00 - 15:30	<b>SESSION 3 – CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ ? CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNÉ ? ET POURQUOI? (RESTITUTIONS)</b> <i>En plénière: World Café identification des meilleures pratiques, défis, impacts sur la riposte et les facteurs causals (favorisant et limitant)</i>	Facilitateur principal de la RAA
15:30 - 16:00	<b>Pause-café</b>	
16:00 - 17:00	<b>SESSION 4 – CE QUI PEUT ÊTRE FAIT POUR RENFORCER LA RÉPONSE LA PROCHAINE FOIS ?</b> <i>En groupe de travail : identification des activités prioritaires</i>	Facilitateur de groupe
17:00 - 17:15	<b>Évaluation de la deuxième journée</b>	Facilitateur principal de la RAA

## JOUR 3

JEUDI 5 JUILLET 2018

HEURE	SESSION	RESPONSABLE
09:00 - 09:15	<b>Restitution de la deuxième journée</b>	Rapporteur/participant
09:15 - 10:00	<b>SESSION 4– CE QUI PEUT ÊTRE FAIT POUR RENFORCER LA RÉPONSE LA PROCHAINE FOIS ? [SUITE]</b> <i>En groupe de travail : identification des activités prioritaires</i>	Facilitateur de groupe
10:00 - 10:30	<b>SESSION 4 – CE QUI PEUT ÊTRE FAIT POUR RENFORCER LA RÉPONSE LA PROCHAINE FOIS ?</b> <i>En groupe de travail : évaluer le niveau d'impact et la difficulté de mise en œuvre des activités</i>	Facilitateur de groupe
10:30 - 11:00	<b>Pause-café</b>	
11:00 - 12:00	<b>SESSION 4 – CE QUI PEUT ÊTRE FAIT POUR RENFORCER LA RÉPONSE LA PROCHAINE FOIS ?</b> <i>En plénière : World Café – restitutions des groupes de travail sur les activités prioritaire et finalisations des travaux de groupe</i>	Facilitateur principal de la RAA
12:00 - 12:30	<b>SESSION 5 – ALLER DE L'AVANT</b> <i>En plénière : Priorisation des activités</i>	Facilitateur de groupe

**JOUR 3 (suite)****JEUDI 5 JUILLET 2018**

HEURE	SESSION	RESPONSABLE
14:30 - 15:00	<i>Pause-café</i>	
15:30 - 16:00	<b>SESSION 5 – ALLER DE L'AVANT</b> <i>En plénière : comment s'assurer de la mise en place des activités prioritaires</i>	Facilitateur principal de la RAA
16:00 - 17:00	<b>Evaluations du RAA</b>	Facilitateur principal de la RAA

**JOURNÉE DE PLAIDOYER****VENDREDI 6 JUILLET 2018**

HEURE	SESSION	RESPONSABLE
14:30 - 15 :00	<b>Accueil des invités (partenaires techniques et financiers)</b>	Administration
15:00 - 17:15	<b>Suite de programme (agenda séparé)</b>	

Tous les documents de référence et le matériel utilisés dans la RAA de la Peste au Madagascar peuvent être trouvés sur le lien suivant/ *All reference documents and materials for the Madagascar Plague AAR can be found at this link* : <http://bit.do/RAAMada>

Vous pouvez également utiliser ce code QR pour accéder au lien / *You can also use this QR Code to access the link:*



## ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS

N°	NOMS ET PRÉNOMS	TITRE ET FONCTION	DÉPARTEMENT
1	HERIVONONA Durand Dérys	Directeur de la Santé et de l'hygiène	BMH/CUA
2	RAMIARAMANANA Hanitra		BNGRC
3	ANDRIANARITSIFERANTSOA Faraniaina	Chef d'établissement	CHAPA/MINSAN
4	RAFELAMASOANDRO Vonimpahaizana		CHAPA/MINSAN
5	ROBINSON Annick	Directeur	CHUMET/MINSAN
6	RANAIVOARISOA Lucie		CIPS Consulting
7	RANDRIAMIALISOA Zazaravaka		CIPS Consulting
8	RAMANANTENASOA Clarisse		CIPS Consulting
9	RAMIHANTANIARIVO Herlyne	Directeur Général de la Santé	DGS/MINSAN
10	RANDRIANIRINA Luc Herman	Assistant technique	DGS/MINSAN
11	RAHERIVOLOLONA Rasoamanandray Evelyne Georgette	Assistant technique	DGS/MINSAN
12	ANDRIANAINA Berthin		DHRD/MINSAN
13	RATOVOVONJATO Jocelyn	Médecin Entomologiste	DLP/MINSAN
14	MAHAVANY Nicole	Directeur	DPLMT/MINSAN
15	RASOLOFONIRINA Jeanne Raymonde	Directeur	DRSP Amoron'i Mania
15	RASOLOFONIRINA Jeanne Raymonde	Directeur	DRSP Amoron'i Mania
16	RAZAFINJATOVO Andry Solohery	Responsable Peste	DRSP Analamanga/MINSAN
17	RAJOHNSON Charles Désiré		DRSP Analamanga/SEMOI
18	RANAIVOSON Roger	Directeur	DRSP Analanjirifo/MINSAN
19	RAZAFIMAHARO Lala Yvette	Responsable SIMR	DRSP Atsinanana/MINSAN
20	RANDRIANASOLO Prosper	Responsable Peste	DRSP Boeny
21	RABEMANANJARA Ange Roccah		DRSP Bongolava
22	ANDRIANAIVO Ombanimahery Mamy	Directeur	DRSP Itasy/MINSAN
23	RABARISON Michel	Responsable de programme	DRSP Itasy/MINSAN
24	RABENIRINA Mamitiana Pierre	Directeur	DRSP Vakinankaratra
25	RANDRIAMANANTANY Zely	Directeur	DTS/MINSAN
26	RATSITORAHINA Maherisoa	Directeur	DVSSE/MINSAN
27	RAKOTONDRAMANANA Hery	Coordonnateur de programme	FAO
28	RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra	Directeur	HMP/MINSAN
29	CHAUNGONG Stella		HQ/OMS
30	MAYIGANE Landry		HQ/OMS
31	RANDRIA Mamy	Directeur	HUJRB/MINSAN
32	RAKOTOMANGA JDM	Directeur Général	INSPC/MINSAN
33	GIROD Romain		IPM
34	BARIL Laurence	Chef d'Unité Epidémiologie	IPM
35	MARA Volamiranty Donna	Directeur Général Communication	MCRI
36	ANDRIAMBAHOAKA Schneider		MCRI

RAPPORT TECHNIQUE

N°	NOMS ET PRÉNOMS	TITRE ET FONCTION	DÉPARTEMENT
37	ALIJIMY Joelle	Directeur de la Coordination nationale du Volontariat	MCRI
38	RAZAVADAHY Ferdinand	DPH	MEAH
39	ANDRIAMAHENINA Hery Zo		Médecins du Monde
40	RAKOTOSON Rija		OCHA
41	ANDRIAMASINORO Bango	National Project Officer	OIM
42	NDIAYE Charlotte	WR	OMS
43	GAMBA Francis	OO	OMS
44	LAMINA Arthur		OMS
45	RANDRIA Mireille	Chargé SIMR	OMS
46	MARTIN Patricia	Point focal surveillance électronique	OMS
47	Saina RAMBININTSOANOMENJANAHARY		OMS
48	RAMINOSOA Malala	HPR	OMS
49	MANDROSOVOLOLONA Vatsiharizandry	Field Coordinator Plague Outbreak	OMS
50	RAKOTOSON Mamitahiana		OMS
51	Gilbert KAYOKO	Coordonnateur Peste	OMS
52	AHMED YAHAYA Ali		OMS AFRO
53	Krysten Heitzinger		OMS/AFRO
54	ANDRIANTSOA Norotiana Haingomalala	Vice-présidente	ONM
55	ANDRIANTSOA Nicole		ONN
56	RANDREMA Marcellin Bruno	Chef de service	Peste/MINSAN
57	RANDRIAMANANTSOA Mamy Gabriel		Peste/MINSAN
58	RAKOTOMALALA Hariliva	SG	Protective Toamasina
59	MAMISOA Herizo Lala	Chef de service	SCM/DPS/MINSAN
60	JEAN Modeste	Adjoint technique	SDSP Ambalavao/DRSP Haute Matsiatra/MINSAN
61	ANDRIAMBELO Naivomahatratra	Médecin Inspecteur	SDSP Faratsiho/DRSP Vakinankaratra/MINSAN
62	ANDRIANTSIMELO Maherinantenaina Fanovaharjaina	Médecin Inspecteur	SDSP Moramanga/DRSP Alaotra Mangoro/MINSAN
63	RAZAFIMANDIMBY Judicael Roméo	Adjoint technique	SDSP Toamasina 1/DRSP Atsinanana/MINSAN
64	RANDRIAMANDROSO Henri Paul	Chef de service	SEMOI Haute Matsiatra
65	EDOSOA Glenn	Chef de service	SLMEN/MINSAN
66	RAKOTONDRAZANANY Hanitra	Chef de service	SMS/Ministère de l'Environnement, Ecologie et Forêt
67	RAKOTONIRINA Josette	Chef de service	SSC/DDS/MINSAN
68	RANDRIAMAMPIONONA Léa	Chef de service	SSE/DVSSE/MINSAN
69	RAZAFINDRAKOTO Honoré	Assistant technique	SURECA/MINSAN
70	RANDRIAMIARANA Radonandrianina Tefiarison	Chef de service	SVSF/DVSSE
71	SOLOMANDRESY Ratsarazaka	Program specialist	UNFPA
72	RAZAFIMANANTSOA Tiana		UNICEF
73	RAKOTONIAINA	WASH Specialist	UNICEF Madagascar



N°	NOMS ET PRÉNOMS	TITRE ET FONCTION	DÉPARTEMENT
74	RASOAMANANA Vanou	Chef C4D	UNICEF Madagascar
75	ENRIQUE Puz	Chef Santé	UNICEF Madagascar
76	LUKE FREEMAN	PSE	UNICEF Madagascar
77	PIERRE Yves OGER		UNICEF/Bureau Régional
78	RAMASINDRAZANA Beza	Chercheur	Unité Peste/IPM
79	RAZAFINDRAKOTO Joss	Infectious disease Specialist	USAID
80	Jeanne Rideaut	Health advisor	USAID Senior
81	Kendra Chitterden		USAID Washington
82	YOUNG Anna	Consultante	OMS/HQ
83	LAMUNU Margaret Orunya	Epidémiologiste	OMS/HQ
84	FORBIN Ekokobe Elias	Epidémiologiste	OMS Madagascar
85	MESFIN Samue	Data manager	OMS Madagascar
86	CHÊNE Sonia	Technical officer	OMS Madagascar

## ANNEXE 3 : QUESTIONS CLÉS PAR FONCTION

### 1. COORDINATION OPÉRATIONNELLE

- Comment la coordination des actions d'intervention à différents niveaux administratifs (local, régional et national) a-t-elle été entreprise pendant l'événement ?
- Les ressources (humaines, financières et matérielles) étaient-elles suffisantes pour coordonner adéquatement les opérations d'intervention à chaque niveau ?
- Étaient les plans d'intervention et de contingence existants pour cette urgence sont-ils efficaces pour identifier les actions, prendre des décisions et communiquer l'information ?
- Comment la gestion financière a-t-elle été entreprise ?
- Comment la coordination avec les donateurs a-t-elle été assurée pendant l'événement ? Commentaire Comment l'information a-t-elle été gérée pendant l'urgence ? Quels produits d'information ont été développés ? Qui et comment ont-ils été distribués ?

#### Indicateurs

- Date d'activation du COE/début des réunions de coordination
- Fréquence des réunions de coordination
- Fréquence des rapports situationnels ?
- Date d'accès aux fonds ? Accès à des fonds supplémentaires ?
- Date de la déclaration d'urgence/fin d'urgence ?

### 2. COORDINATION INTERSECTORIELLE ET COORDINATION DES PARTENAIRES

- Comment la coordination multisectorielle s'est-elle déroulée pendant l'urgence ?
- Comment la coordination des partenaires internationaux et nationaux (ONU, ONG, OIG, Etc) avoir lieu ?
- Un plan conjoint interinstitutions/multisectoriel a-t-il été élaboré ? Comment cela a-t-il contribué à améliorer la réponse ?
- Des ressources suffisantes (humaines, matérielles et financières) sont-elles disponibles pour la coordination multisectorielle ?
- Le pôle santé a-t-il été activé et opérationnel ? Était-il efficace pour coordonner les rôles et les responsabilités et pour assurer la complémentarité entre les partenaires ?

#### Indicateurs

- Nombre de partenaires participant réunions de coordination
- Fréquence des réunions de coordination
- Activation de l'Agence nationale de gestion des catastrophes réponse

### 3. LOGISTIQUE

- Comment la chaîne d'approvisionnement a-t-elle été gérée ?
- Le prépositionnement du matériel essentiel a-t-il été efficace pour permettre une réponse opportune et efficace ?
- Des ressources suffisantes (humaines, matérielles et financières) sont-elles disponibles pour fournir un soutien logistique pendant l'événement ?
- Comment la gestion de la flotte a-t-elle été entreprise pendant la réponse ?
- Y a-t-il d'autres partenaires ou secteurs impliqués dans la prestation de services logistiques ? Quel (s) rôle (s) et comment a-t-elle été coordonnée et gérée ?
- Disposaient de ressources suffisantes et accessible pour activités de contrôle vectoriel ?
- Comment les produits chimiques et l'équipement ont-ils été fournis, stockés et distribués pendant les activités de lutte antivectorielle ?

#### 4. SURVEILLANCE ET ALERTE RAPIDE

- Comment les systèmes de surveillance et/ou d'alerte ont-ils détecté l'événement?
- Ressources suffisantes pour effectuer la surveillance et l'alerte rapide Activités ?
- Comment les données épidémiologiques ont-elles été analysées et utilisées pour permettre une réponse ?
- Comment les partenaires ou d'autres secteurs ont-ils contribué à la surveillance et à l'alerte rapide ? Comment l'information a-t-elle été partagée ?
- Comment les activités de surveillance ont-elles été adaptées ou renforcées au cours de la réponse ?
- Comment le système de surveillance a-t-il détecté la fin de l'épidémie ou la fin de la situation d'urgence ?
- Indicateurs
- Rapidité-% des sites déclarant les rapports de surveillance en temps opportun
- Exhaustivité-% des rapports de surveillance reçus proportionnellement au nombre prévu
- Suivi des contacts-% des contacts suivis

#### 5. SYSTÈMES DE LABORATOIRE NATIONAUX

- Quel était le processus de confirmation en laboratoire ? Comment l'information provenant des laboratoires a-t-elle été gérée ?
- Les plans et les SOP pour les tests en laboratoire étaient-ils adéquats pour répondre à l'événement ?
- Y a-t-il suffisamment de ressources (humaines, matérielles et financières) pour fournir un soutien uniforme au laboratoire pendant la flambée ?
- Comment la coordination et l'échange d'informations avec d'autres laboratoires dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs fonctionnent-ils ?
- Comment le laboratoire international de référence a-t-il participé à la confirmation de l'événement ?
- Est-ce qu'un accident ou autre incident de biosécurité se produit ? Si oui, quelle en était la cause ?

##### Indicateurs

- Intervalle (moyen) entre l'envoi de spécimens au laboratoire et la réception des résultats
- Qualité des échantillons : proportion d'échantillons arrivant avec une qualité adéquate
- Proportion de faux positifs/faux négatifs

#### 6. GESTION DES CAS

- Comment les cas et les décès ont-ils été gérés pendant l'urgence ?
- Comment les patients ont-ils été transportés/référés entre Installations ?
- Les mesures de prévention et de lutte contre l'infection ont-elles été mises en œuvre pendant l'urgence pour prévenir l'infection dans un environnement de HC ou dans la collectivité ?
- Comment la coordination de la gestion des cas/décès a-t-elle été entreprise entre les secteurs et les partenaires ?
- L'équipement/matériel/ressources nécessaires pour la gestion des cas et la protection personnelle est-il disponible ?
- Quel était le rôle du secteur public et/ou d'autres acteurs dans la gestion des cas
- Comment la gestion des cas a-t-elle été financée? Etait-ce gratuit pour les patients ?

##### Indicateurs

- Taux de létalité

## 7. COMMUNICATION DES RISQUES ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

- Comment la communication des risques a-t-elle été mise en œuvre au niveau communautaire et comment les communautés se mobilisent ?
- Comment les activités de communication des risques et les messages sont-ils coordonnés entre les niveaux du système de santé (local, régional et national) ?
- Qui a été communiqué à, avec quels messages et comment la communication a-t-elle été activée ?
- des ressources suffisantes sont-elles disponibles pour la mobilisation des communautés de communication des risques ?
- Comment les activités et les messages de communication des risques étaient-ils coordonnés avec d'autres secteurs et partenaires ?
- Comment la communication des risques a-t-elle été adaptée et surveillée pour l'efficacité pendant toute l'urgence ? Cela a-t-il permis une gestion efficace et opportune des rumeurs et de la désinformation ?

## 8. COMMUNICATION PUBLIQUE

- Comment les communications publiques ont-elles été menées pendant l'urgence ? Un plan de communication spécifique a-t-il été élaboré ?
- Les communications publiques ont-elles été suffisamment Ressources pendant l'urgence ?
- Quel est le processus de compensation, de coordination et de livraison des produits et messages de communication ?
- Comment la communication publique a-t-elle été coordonnée avec d'autres secteurs ou partenaires ?
- Dans quelle mesure la communication publique a-t-elle été efficace pour bâtir la confiance avec la population publique et gérer les préoccupations émergentes du public ?

### Indicateurs

- Date de déclaration de l'urgence
- Date de la déclaration de la fin de l'urgence

## 9. SURVEILLANCE VECTORIELLE ET DE CONTRÔLE

- Quelles mesures de contrôle vectoriel ont été mises en œuvre pendant l'urgence et comment cela a-t-il influé sur l'évolution de la flambée ?
- Dans quelle mesure la lutte antivectorielle a-t-elle été intégrée plan de gestion mis en œuvre ?
- Comment communautés ont été communiqué lors des activités de contrôle vectoriel ? Les communautés ont-elles accepté et appuyé la stratégie de lutte antivectorielle ?
- Comment lesAI coordination/collaboration gérée ? Comment cela contribue-t-il à l'efficacité des mesures de lutte antivectorielle ?
- Des ressources suffisantes sont-elles disponibles et accessibles pour les activités de lutte antivectorielle ?
- Le modèle de résistance aux produits chimiques utilisés pour la lutte antivectorielle a-t-il été détecté? Comment la résistance est-elle surveillée et gérée ?

### Indicateurs

- Disponibilité de distribution/profil vectoriel pour les régions touchées au début de la flambée; Date disponible
- Date de début des activités de lutte antivectorielle (pulvérisation, communication, etc)

## 10. PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

- Les plans et procédures de la CIB étaient-ils suffisants pour la mise en œuvre des mesures en cas d'urgence ?
- Quelles mesures de la CIB ont été mises en œuvre pour protéger les professionnels de la santé, les patients et les communautés ?
- Comment les déchets sont-ils gérés dans les structures de santé ?
- Étaient des ressources suffisantes disponible pour protéger le personnel contre les infections (EPI), les déchets DEPOSABLE et la décontamination ?
- Comment la coordination avec d'autres secteurs, y compris le secteur privé, a-t-elle été assurée dans la mise en œuvre des mesures de la CIB dans SC et les communautés, et pour les activités de lavage ?

### Indicateurs

- Nombre d'infections chez les travailleurs de la santé
- % des sépultures sûres et dignes



## CONTACT

Dr Erline RAMIHANTANIARIVO  
Directrice Générale de la Santé à Madagascar  
Email : [dgs@sante.gov.mg](mailto:dgs@sante.gov.mg)

Dr. Charlotte Faty NDIAYE  
Représentante Résidente de l'OMS à Madagascar  
Email : [ndiayechar@who.int](mailto:ndiayechar@who.int)