

Équipe de
renforcement de la
préparation à la
maladie à virus
Ebola

***Visite de pays au
République centrafricaine
2-8 décembre 2014***



**Organisation
mondiale de la Santé**

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimés dans ce document ne représentent pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

Table des matières

Table des matières	3
Introduction	4
Objectif de la mission en République centrafricaine	5
Méthodologie.....	5
Équipe de la mission	5
Contexte du pays	6
Activités.....	7
Atouts et faiblesses	14
Équipe humanitaire du pays	20
Mécanismes de coordination.....	20
Résultats de la simulation sur table.....	22
Résultats de la simulation de terrain	23
Principaux domaines où le Ministère de la santé peut apporter des améliorations.....	24
Conclusions et prochaines étapes	29
Annexes.....	30
Annexe A : Équipe de la mission	30
Annexe B : Observations lors des visites de terrain.....	31
Annexe C : Directives/Protocoles à élaborer	36
Annexe D : Exercice de simulation sur table.....	39
Annexe E : Évaluation de la simulation sur table par les participants	42
Annexe F : Observations sur le Centre de Traitement Ebola à Bangui	46
Annexe G : Inventaire de l'entrepôt d'urgence de l'OMS.....	51
Annexe H : Résultats préliminaires de la liste consolidée de préparation à Ebola.....	52

Introduction

Compte tenu de l'évolution de la situation de la maladie à virus Ebola, le risque est grand de voir des cas apparaître dans des pays actuellement non touchés. Avec une préparation suffisante, ces introductions peuvent être contenues avant d'entraîner des flambées épidémiques de grande ampleur. L'OMS déploie actuellement des équipes internationales de renforcement de la préparation pour aider les pays non touchés à tirer parti de ce qu'ils ont déjà accompli en matière de préparation et de planification. Ces équipes sont composées de représentants des partenaires d'exécution et des réseaux nationaux et internationaux comme les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), l'Association internationale des instituts de santé publique (IANPHI) et le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). Les équipes conjointes qui effectuent les visites de pays s'efforcent de préparer le mieux possible les pays à faire face à la maladie à virus Ebola.

Le 8 août 2014, le Directeur général de l'OMS a déclaré que la flambée de maladie à virus Ebola constituait une urgence de santé publique de portée internationale au titre du Règlement sanitaire international (RSI). Le Comité d'urgence du RSI a recommandé aux États non touchés mais ayant des frontières terrestres avec des États confrontés à la transmission du virus Ebola de mettre en place d'urgence une surveillance des cas de fièvre ou de décès inexplicables dus à une affection fébrile ; d'instituer l'accès à des laboratoires qualifiés pour le diagnostic de la maladie à virus Ebola ; de veiller à ce que les agents de santé connaissent les procédures de prévention et de lutte contre l'infection et soient formés à les appliquer ; d'établir des équipes d'intervention rapide ayant la capacité d'enquêter sur les cas de maladie à virus Ebola et leurs contacts et de les prendre en charge.

En particulier, le Comité d'urgence du RSI a recommandé aux pays :

1. de mettre en place un système d'alerte :
 - aux principaux points de passage terrestres vers les pays déjà touchés (actuellement la Sierra Leone, la Guinée, le Libéria et le Mali) ;
 - dans les capitales – dans les aéroports, les ports maritimes et les établissements de soins (en particulier les principaux hôpitaux) ;
2. de mettre en marche leur comité de gestion des épidémies et leurs équipes d'intervention rapide, et de garantir que des infrastructures et des produits appropriés soient disponibles dans les établissements de soins pour la prévention et la lutte contre l'infection et que les agents de santé soient formés à l'application des précautions standard et à la bonne utilisation de l'équipement de protection individuelle ; et d'envisager de déclencher des plans de santé publique d'urgence aux points d'entrée désignés.

Les efforts de préparation à la maladie à virus Ebola ont également bénéficié du concours de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE), dont les cinq piliers stratégiques consistent à arrêter la flambée, traiter les patients infectés, assurer les services essentiels, préserver la stabilité et empêcher de nouvelles flambées. Une réunion consultative sur l'état de préparation à la maladie à virus Ebola s'est tenue entre l'OMS et ses partenaires du 8 au

10 octobre 2014. Elle a permis d'intensifier, d'harmoniser et de coordonner les efforts destinés à soutenir les pays non touchés.

L'OMS accélère ses activités de préparation en vue de doter les pays suivants d'une capacité de riposte immédiate : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal et Togo.

Objectif de la mission en République centrafricaine

L'objectif premier de cette mission en République centrafricaine était de s'assurer que le pays est prêt autant que possible à détecter des cas potentiels de maladie à virus Ebola, à enquêter sur eux, et à les déclarer, et ce de manière efficace et en toute sécurité. Elle devait également permettre d'organiser une réponse efficace afin d'empêcher une épidémie de plus grande ampleur.

La mission a permis d'identifier et de retenir des actions prioritaires, nécessaires et réalistes sur la base des insuffisances constatées pour renforcer les phases de préparation aux échéances de 30, 60 et 90 jours.

Méthodologie

La méthode de travail a consisté à organiser des séances techniques avec les autorités sanitaires du niveau national et le bureau de l'OMS, à évaluer le « Plan pour la préparation et la riposte à une éventuelle épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) » sur la base de *la Liste de contrôle consolidée* pour se préparer à faire face à la maladie, et à organiser une simulation de table et de terrain et des visites dans plusieurs sites à Bangui. L'observation, l'exploitation documentaire (plan de transition, plan de préparation à Ebola, décisions ministérielles portant création d'un comité de gestion des urgences et d'une cellule stratégique Ebola ...) et des entretiens de groupe, avec les représentants des Directions générales du Ministère de la santé et de la population, les membres des comités techniques de la Cellule Stratégique Ebola et avec les acteurs humanitaires présents sur le terrain sont les principaux outils méthodologiques utilisés.

Les principales recommandations ont été partagées et validées par le Ministère de la santé et de la population et les acteurs humanitaires au cours de deux séances de restitution à la fin de la mission. La première réunion qui a eu lieu à l'OMS était destinée aux partenaires techniques de la santé et secteurs connexes impliqués dans la réponse contre la MVE, alors que la seconde réunion s'est déroulée à l'Hôtel Ledger en présence de trois ministres (ceux de la santé – qui représentait le Premier Ministre –, des affaires sociales et des transports), et des responsables locaux des organisations du système des Nations Unies et des autres organisations internationales.

Équipe de la mission

L'équipe conjointe de renforcement de la préparation à la maladie à virus Ebola en République centrafricaine était composée de représentants de l'OMS (Siège, Équipe d'appui inter pays pour l'Afrique centrale, Bureau régional de l'Afrique et Bureau de l'OMS en République centrafricaine), de l'UNICEF (Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (BRACO)), de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de l'Université Johns Hopkins, de l'Institut tropical et de santé

publique suisse, de l'Ambassade de France à Yaoundé, et d'un consultant indépendant en gestion des catastrophes.

Contexte du pays

Depuis près d'une trentaine d'années, la République centrafricaine a connu plusieurs séries de troubles sociaux, politiques et militaires. Les violences perpétrées par différents groupes armés et milices lors des troubles les plus récents ont progressivement plongé le pays dans un état d'insécurité et considérablement affaibli les services de l'État en dehors de la capitale, Bangui. Sur une population estimée à 4,8 millions d'habitants avant la crise, on évalue à 130 000 le nombre de réfugiés ayant quitté le pays auxquels s'ajoutent 400 000 personnes déplacées sur le territoire centrafricain. Depuis décembre 2013, le déploiement de troupes de maintien de la paix de l'Union africaine, de la France et de l'Union européenne et progressivement de l'Organisation des Nations Unies (MINUSCA) sur le territoire centrafricain a contribué à réduire le niveau d'insécurité.

Sur le plan politique, le Gouvernement de transition dirigé par Mme Catherine Samba Panza (désignée en janvier 2014), a entamé un processus de réconciliation (juillet 2014) qui devrait aboutir au troisième trimestre 2015 à des élections générales, afin de tenter de mettre fin à la crise.

Le système de santé a profondément pâti des troubles qui agitent le pays. Les formations sanitaires se sont vidées de leur personnel et la plupart des structures de santé ont été pillées, les ambulances n'ayant notamment pas été épargnées. La couverture vaccinale a fortement chuté, les systèmes de surveillance nationaux sont à l'arrêt dans certaines parties du pays tandis que les besoins se font cruellement sentir en raison des nombreux problèmes de santé, y compris de santé mentale, issus des violences communautaires.

Suite à une enquête visant à évaluer le système de santé et à définir les besoins et les priorités, dont les résultats ont été présentés en avril 2014, le Ministère de la santé s'est attelé à la rédaction d'un plan de transition couvrant la période 2015-2016. L'objectif de ce plan est « de définir la stratégie du Ministère pour organiser les interventions prioritaires dans la transition entre urgence et relance du système de santé ». Il se décline en cinq axes stratégiques, avec des activités à court et à moyen terme :

1. Renforcement du Ministère dans ses fonctions de gouvernance
2. Mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité
3. Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant
4. Amélioration de la gestion des urgences et des catastrophes
5. Amélioration de la lutte contre les maladies




La préparation et la réponse à la lutte contre la maladie à virus Ebola (MVE) s'inscrit dans le quatrième axe.



La mise en œuvre du plan de transition a notamment débouché sur l'élaboration d'un plan d'urgence en cas d'épidémie (ci-après plan d'urgence Ebola). Le virus Ebola est en effet spécifiquement mentionné dans le plan, d'une part, en raison de la flambée qui sévit en Afrique de l'Ouest (liaisons aériennes directes avec la République centrafricaine) et, de l'autre, en raison du risque endogène car le pays présente une séroprévalence à la maladie, comme son voisin, la République démocratique du Congo (RDC). Plusieurs domaines d'action prioritaire ont été identifiés dans le plan d'urgence Ebola, comme la mise en place d'une coordination au niveau national (cellule stratégique Ebola renforcée par quatre sous-comités techniques), le renforcement de la surveillance ou encore la sensibilisation des communautés.

Cette mission internationale de préparation à la MVE s’inscrit dans le suivi des travaux entamés par les autorités centrafricaines et entend fournir un appui au Ministère de la santé dans la consolidation et l’opérationnalisation du plan d’urgence Ebola.

Activités

Calendrier des activités		
Jour 1		
Réunion de l’équipe avec le représentant de l’OMS en République centrafricaine (RCA) (Le Dr Michel Yao)	OMS RCA	<p>Présentation du niveau de préparation à Ebola en RCA selon l’OMS par le représentant de l’OMS en RCA :</p> <ol style="list-style-type: none"> Contexte sanitaire centrafricain : État affaibli, services de l’État peu opérationnels hors de la capitale, système de santé reposant en grande partie sur les Nations Unies et les ONG. Présentation des plans existants : <ul style="list-style-type: none"> Plan de transition du secteur santé Plan d’urgence Ebola national Plan d’urgence Ebola pour les Nations Unies
Réunion d’introduction avec les autorités nationales (Ministère de la santé et de la population), organismes des Nations Unies (UNICEF, OCHA notamment) et autres partenaires (Croix-Rouge, MSF, Institut Pasteur...)	OMS RCA	<p>Présentation du Directeur général de la santé publique sur le contexte de crise et ses effets pour le système de santé (dysfonctionnements du système et désorganisation des soins) et sur les différents piliers du plan d’urgence Ebola national :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordination Mobilisation sociale et communication Surveillance épidémiologique et laboratoire Prise en charge des cas Logistique et sécurité <p>Présentation par la chef d’équipe (Stella Chungong)</p> <ol style="list-style-type: none"> Contexte de crise : L’équipe a fait le point sur le contexte actuel, y compris l’action de l’OMS, les recommandations du Comité d’urgence en matière de préparation, la réunion de Brazzaville et la mise sur pied de la Mission des Nations Unies pour l’action d’urgence contre l’Ebola (MINUAUCE). Objectifs et résultats attendus de la mission : identifier les forces et faiblesses du pays dans la riposte à Ebola, élaborer un rapport de mission et un plan opérationnel pour la mise en œuvre des activités à 30, 60 et 90 jours. Programme : mission de 5 jours comprenant des visites de terrain, l’examen de la liste de contrôle consolidée, un exercice de simulation sur table et la consolidation des forces et faiblesses. <p>Formation de groupes de travail constitués de membres de la mission internationale et de représentants nationaux pour la collecte d’informations en fonction des différentes composantes de la liste de contrôle consolidée.</p>
Visite de courtoisie au Coordonnateur	Bangui	Le représentant du Bureau de l’OMS dans le pays, la chef de la mission de préparation Ebola et le représentant de

résident des Nations Unies		<p>L'INSPQ ont rendu visite au Représentant spécial adjoint du Secrétaire général et coordonnateur résident des Nations Unies, M. Aurélien Agbenonci. Les objectifs de la mission ont été examinés, de même que le partenariat interorganisations et multidisciplinaire qui avait été mobilisé pour soutenir la mission. On a souligné la nécessité d'accroître la préparation dans un pays en proie à une profonde crise humanitaire. Malgré les progrès réalisés – élaboration d'un plan d'urgence, mesures mises en place à l'aéroport et sensibilisation accrue à la maladie – il restait encore beaucoup à faire, dans un pays où le système de santé reste très fragile. Il a été convenu que l'équipe ferait un compte rendu à la fin de la mission et que les conclusions seraient communiquées en amont.</p>
Jour 2		
Visite au centre de traitement Ebola 	Bangui 1 ^{er} arrondissement	<p>L'équipe a visité le site du centre de traitement Ebola (CTE) en cours de construction. Situé dans le centre de Bangui sur le site de l'hôpital général, il n'est pas encore opérationnel. L'estimation de la capacité par le constructeur du site est de 18 patients (10 lits pour les cas suspects et 8 pour les cas confirmés) avec une possibilité d'extension limitée.</p>
Visite des stocks du bureau de l'OMS 	Bangui 1 ^{er} arrondissement	<p>L'équipe a visité un premier entrepôt de l'OMS mis à disposition par le Ministère de la santé et de la population à 200 m du site du CTE. Ces stocks ne sont pas réservés aux activités contre la MVE mais seraient mobilisables lors d'activités liées à la prise en charge de cas. Le second entrepôt, réservé aux urgences, y compris la MVE, est situé dans l'enceinte du bureau de l'OMS. La capacité de stockage est limitée et ne représente pas une option viable pour la réponse à la MVE.</p>
Visite à la base logistique du PAM	Boy Rabe	<p>L'équipe a rencontré un coordonnateur de la base logistique du PAM. Les discussions ont porté sur l'implication du PAM dans le cadre d'une riposte à Ebola en termes de capacités de stockage, de stocks d'urgence et de capacité de transport terrestre (camions) et aérien etc.</p>
Visite du CSU de Lakouanga 	Bangui 2 ^e arrondissement	<p>L'équipe a visité le centre de santé urbain (CSU) de Lakouanga. Le personnel de santé est composé de : 1 médecin, 4 sages-femmes, 2 assistants de santé et 3 assistantes accoucheuses. Les consultations sont payantes : 250 francs CFA pour des soins infirmiers et 1000 francs CFA pour la consultation du médecin. Il n'y a pas de service de garde de nuit depuis les événements pour des raisons de sécurité. Le personnel du CSU a été sensibilisé au risque de la maladie à virus Ebola. Des affiches sont disposées au CSU mais les messages ne sont pas traduits dans la langue locale. Des réunions communautaires ont lieu régulièrement au CSU, au cours desquelles le problème de la MVE est abordé. Aucun équipement (thermomètre</p>

		<p>infrarouge, EPI, gants, solutions hydroalcooliques) n'a été distribué, si ce n'est de manière très aléatoire.</p> <p>La coordination entre les structures (centre de santé et hôpital communautaire) est inexistante : il n'existe ni fiche ni de procédure de référence.</p>
<p>Visite de l'hôpital MSF du camp M'Poko</p> 	<p>Bimbo</p>	<p>L'équipe s'est également rendue à l'hôpital MSF du camp M'Poko qui abrite 19 400 personnes déplacées. Un poste de santé annexé à l'hôpital propose des consultations pour enfants et adultes. Plus de 200 personnels de santé travaillent sur le site dont 8 médecins. Les consultations sont assurées par 3 médecins et 4 infirmiers.</p> <p>Les soins sont gratuits pour les personnes déplacées et la population du voisinage.</p> <p>L'équipe a constaté que les équipes MSF ne sont pas formées spécifiquement. Selon les responsables, ce sont les équipes MSF de la RDC qui interviendront si un cas venait à être confirmé.</p> <p>Aucun équipement (thermomètre infrarouge, EPI, gants, solutions hydroalcooliques) n'a été distribué, si ce n'est de manière très aléatoire.</p>
<p>Visite de l'hôpital communautaire</p> 	<p>Bangui 5^e arrondissement</p>	<p>L'équipe s'est rendue à l'hôpital communautaire où elle s'est entretenue avec le directeur et a visité les locaux. L'hôpital dispose actuellement de 250 lits et de plus de 350 personnels dont une quinzaine de médecins.</p> <p>Les services disponibles sont : la traumatologie (unique centre de référence du pays), la médecine interne, la gynécologie obstétrique (centre de référence du pays), les urgences médico-chirurgicales, le service de réanimation médicale et chirurgicale (sous-équipé), le service de laboratoire (sous-équipé) et un service de rééducation fonctionnelle.</p> <p>On constate que les équipes n'ont reçu aucune sensibilisation, ni formation à ce jour. Quelques posters sont affichés à l'entrée de l'hôpital. Aucun équipement (thermomètre infrarouge, EPI, gants, solutions hydroalcooliques) n'a été distribué, si ce n'est de manière très aléatoire.</p> <p>Un projet était en cours de discussion avec le CICR pour la mise en place de mesures d'hygiène.</p> <p>Le seul cas suspect géré par l'hôpital a déclenché une panique générale.</p>
<p>Visite de l'aéroport de Bangui</p>	<p>Bimbo</p>	<p>L'équipe a visité le site de l'aéroport où elle a rencontré le personnel avant l'arrivée du vol prévu.</p> <p>Le directeur de l'aéroport, quatre agents paramédicaux et un chauffeur d'ambulance ont accueilli l'équipe. Le directeur semblait bien informé sur la MVE et désireux de communiquer des informations sur les protocoles en place et les relations avec les différents partenaires, et sur les dispositions du RSI.</p> <p>L'équipe a assisté à la préparation des agents médicaux à l'arrivée de l'avion (habillage) et les a suivis à leur poste de</p>



travail (sous les hangars construits au bord de la piste avant l'entrée dans la salle commune des arrivées). Tous les passagers à l'arrivée reçoivent une fiche d'identification, permettant de détecter les personnes venant d'un pays touché par la MVE, et se font prendre la température par des thermoscanners. Le carnet de vaccination et les passeports sont également vérifiés. L'équipe a eu un échange de vue avec les agents sur la définition de cas, les moyens de surveillance, la capacité de traiter les patients, le protocole, la gestion des données de surveillance, etc.

Visite des points d'entrée du fleuve Oubangui

Bangui 2^e et 7^e arrondissement

L'équipe a visité deux points d'entrée au niveau du fleuve Oubangui qui délimite la frontière avec la RDC. Des hangars étaient en place, financés par l'OMS avec l'appui de l'UNICEF, mais les postes de contrôle n'étaient pas opérationnels.



Visite de l'Institut Pasteur de Bangui

Bangui 1^{er} arrondissement

L'équipe a été accueillie à l'Institut Pasteur par le directeur par intérim qui a fait une présentation sur l'historique de son Institut, les activités de recherche, de santé publique et de formation menées par l'Institut. Le responsable de la sécurité a aussi fait une simulation sur les mesures de sécurité en place dans l'Institut. Celui-ci a acquis une grande expertise en matière de lutte contre le virus Ebola et d'autres urgences de santé publique à potentiel épidémique en RCA, en partenariat avec d'autres laboratoires de référence en France et au Gabon. Une visite guidée des infrastructures et équipements du laboratoire a été organisée. Les échanges ont ensuite porté sur l'organisation de la collecte, le transport et l'analyse des échantillons et la nécessité de rendre certains laboratoires du pays capables de faire la collecte et l'envoi sécurisé des échantillons à Bangui. Le directeur a souhaité la mise en place d'un système d'approvisionnement régulier en réactifs et en kits de protection individuelle.

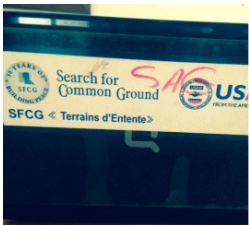



Visite de la radio Ndeke Luka




Bangui 1^{er} arrondissement

L'équipe a rencontré la rédaction et la directrice au siège de la radio Ndeke Luka, une radio privée héritée du Système des Nations Unies en 1998 et considérée par une enquête de couverture médias en RCA comme étant la plus écoutée (8 auditeurs sur 10) du pays devant RFI (Radio France Internationale) et la Radio Nationale (2012). Elle couvre Bangui et les alentours (rayon de 100 km). En outre, elle possède des émetteurs relais à Bambari, Bouar et Bozoum, un autre étant prochainement prévu à Berberati. Par ailleurs, la radio a des projets de collaboration avec une dizaine de radios communautaires. La directrice a déclaré ne pas avoir été informée des dispositifs de coordination nationale mis en place pour la MVE (cellule stratégique Ebola et sous-comités



		<p>thématiques dont celui de la communication et de la mobilisation sociale). L'équipe de la rédaction n'a à ce jour reçu aucune formation spécifique sur la MVE mais elle recueille les informations auprès des spécialistes et de la documentation existante.</p> <p>La radio a déjà proposé des formats d'émissions traitant de la MVE (rubrique santé ; chronique santé ; sketches radiophoniques ; émission interactive d'enquête d'opinion « à vous la parole »).</p> <p>La radio ne reçoit pas de financement du Gouvernement (conformément à sa charte) : 80 % des fonds proviennent de la Fondation Hirondelle en Suisse et 20 % de la régie publicitaire.</p>
<p>Visite de l'ONG Search for Common Ground</p> 	<p>Bangui 1^{er} arrondissement</p>	<p>L'équipe a rencontré le Directeur de « Search For Common Ground » (SFCG) dans le pays, ONG internationale dont le siège est à Washington et à Bruxelles. L'ONG travaille dans le cadre d'un consortium et intervient en RCA depuis quelques années. Elle dispose de quatre bureaux subsidiaires (Bangui, Bossangoa, Kaga Bandoro et Zemio) et prévoit d'en ouvrir deux autres à Boda et Bambari ainsi que des antennes avec des points focaux (là où il n'y a pas de bureau).</p> <p>Ses domaines d'action sont les suivants : six projets basés sur la cohésion sociale et la gestion des conflits, stratégie de transformation des conflits ; paix et réconciliation ; héritage, propriété ; radio et tribune d'expression populaire. Sans intervenir dans le domaine de la santé en RCA, SFCG a une expérience en santé en République démocratique du Congo, au Gabon et en Guinée Équatoriale (SGBV) où elle applique son approche communautaire dans le domaine de la lutte contre MVE.</p> <p>L'ONG travaille en collaboration avec les organisations suivantes : la Croix-Rouge, MSF, IMC, COOPI, CICR, ACF, World Vision, Save the Children et avec la plateforme des responsables religieux.</p>
<p>Visite de l'Association des radios communautaires</p>	<p>Bangui 2^e arrondissement</p>	<p>L'équipe a été accueillie par l'Association des radios communautaires (ARC) de la République centrafricaine. Créée en 2009, l'Association regroupe les radios communautaires et confessionnelles. Sur plus de 20 radios avant la crise, 13 sont actuellement fonctionnelles. Elle est érigée en ONG nationale depuis le 21 juillet dernier.</p>
<p>Visite du Réseau des journalistes pour les droits de l'homme (RJDH)</p>	<p>Bangui</p>	<p>L'équipe a reçu dans les locaux de l'OMS la visite du Coordonnateur principal du Réseau des journalistes pour les droits de l'homme (RJDH). Il s'agit d'un réseau de 25 radios communautaires dont une dizaine sont en réhabilitation et 13 sont fonctionnelles.</p> <p>Son rôle est de réunir les informations touchant aux droits de l'homme, de la femme et de l'enfant ; et au contrôle de l'action du Gouvernement [par exemple, suivi des postes de contrôle de l'aéroport dans le cadre de la surveillance des frontières contre la MVE].</p>

		<p>Parmi les activités, on peut citer la diffusion d'émissions publiques comprenant des dispositifs pour évaluer les messages SMS ; les dispositifs avec messages (répondeurs automatiques) ne sont pas encore opérationnels.</p> <p>Le personnel du Réseau comprend 17 collaborateurs, 2 correspondants radio et 18 correspondants dans les communautés. Ces derniers facilitent la notification des cas et des événements du terrain.</p>
Visite du sous-comité communication et mobilisation sociale	Bangui 1 ^{er} arrondissement	<p>L'équipe a rencontré les membres du sous-comité communication et mobilisation sociale qui comprend le MSPP, l'UNICEF, le RJDH, le FICR, le Plan, l'ARC (Agence de régulation de la communication) et bénéficie d'un appui technique de la part de l'OMS et de l'UNICEF. Ne sont pas représentés les secteurs de l'éducation, de l'agriculture, des eaux et forêts. Le sous-comité se réunit deux fois par semaine (mardi et jeudi).</p> <p>Il élabore et diffuse du matériel de communication (affiches ; flyers ; etc.) et organise des émissions radiophoniques et des spots publicitaires. Il travaille en collaboration avec les compagnies de téléphonie mobile sur Ebola (contribution gratuite pendant un mois des quatre opérateurs : Telecel, Orange, Azur et Moov dont la couverture est estimée à environ 60 % du territoire).</p> <p>L'équipe a également noté les activités de formation de relais communautaires et d'artistes, ainsi que l'élaboration d'un plan de communication et d'un budget. Appui apporté par plusieurs partenaires dont l'OMS et l'UNICEF.</p>
Jour 3		
Travail technique des sous-groupes sur la liste de contrôle pour la préparation à la MVE	OMS RCA	<p>La liste de contrôle pour la préparation à la MVE a été présentée et quatre sous-groupes ont été constitués pour examiner les lacunes, les besoins et les priorités dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 : coordination, logistique, budget, engagement humanitaire • Groupe 2 : surveillance, moyens aux points d'entrée, équipes d'intervention rapide, recherche et suivi des contacts • Groupe 3 : mobilisation sociale • Groupe 4 : prise en charge des cas, inhumation sans risque, prévention et lutte contre l'infection <p>La journée s'est achevée par une restitution en plénière des activités du jour de chaque groupe.</p>
		
Rencontre avec la coordonnatrice humanitaire		<p>Le représentant de l'OMS et la chef de mission ont rendu visite à la coordonnatrice humanitaire pour discuter des objectifs et des principaux résultats attendus de la mission.</p>
Jour 4		
Exercice de simulation sur table	OMS RCA	<p>Le représentant de l'INSPQ a conduit un exercice de simulation sur table auquel ont participé les représentants des départements techniques du Ministère de la santé ainsi que d'autres ministères, l'Institut Pasteur, des</p>

		<p>partenaires internationaux comme L'OCHA, l'UNICEF, MSF, MdM, IMC, Emergency et l'équipe de la mission en tant qu'observateur. L'exercice portait sur plusieurs (18) scénarios fondés sur deux hypothèses de transmission : importation de cas par le point d'entrée de l'aéroport et cas endogène dans une région de la RCA. Il s'agissait de mettre en évidence les atouts et faiblesses aux niveaux national et régional et dans les districts.</p>
<p>Travail technique des sous-groupes sur la liste de contrôle (suite)</p> 	<p>OMS RCA</p>	<p>Les groupes ont poursuivi leurs travaux et ont finalisé l'examen de la liste de contrôle.</p>
<p>Jour 5</p>		
<p>Simulation de terrain</p> 	<p>Centre de traitement Ebola</p>	<p>L'équipe a participé à un exercice de terrain sur la détection, la prise en charge des cas (y compris la prévention et la lutte contre l'infection) et la communication.</p>
<p>Séance de travail pour finaliser les recommandations à transmettre au Ministère de la santé et de la population</p>	<p>OMS RCA</p>	<p>L'équipe s'est retrouvée pour examiner une à une les actions à mener par le Ministère de la santé et de la population avec l'appui des partenaires.</p>
<p>Jour 6</p>		
<p>Restitution auprès du Ministère de la santé en présence de la Ministre</p>	<p>OMS RCA</p>	<p>Séance de présentation des résultats de la mission faisant état des atouts et faiblesses de la RCA par le chef de l'équipe de mission de préparation à une éventuelle épidémie de MVE, et des recommandations de haut niveau.</p> <p>La Ministre de la santé et de la population a accueilli favorablement les résultats et recommandations de la mission. Elle a remercié la mission pour sa venue en RCA et a salué le travail accompli par l'ensemble des partenaires. La Ministre a souligné l'importance de prendre en compte le contexte de crise qui prévaut actuellement dans le pays pour proposer des recommandations pertinentes qui puissent effectivement être mises en œuvre.</p>
<p>Restitution aux membres du Gouvernement (Ministre de la santé, Ministre des</p>	<p>Hôtel Ledger</p>	<p>Session finale de restitution du rapport avec présentation des atouts et faiblesses de la RCA par le Chef de l'équipe de mission de préparation à une potentielle épidémie de MVE, et recommandations de haut niveau.</p> <p>Le Gouvernement était représenté par la Ministre de la</p>

affaires sociales, Ministre des transports et de l'aviation civile) et aux responsables des ONG et organismes des Nations Unies

santé (représentant également le Premier Ministre empêché), la Ministre des affaires sociales, et le Ministre des transports et de l'aviation civile.

La Ministre des affaires sociales a indiqué qu'il était crucial d'assurer une capacité de détection et de réponse au niveau des personnes déplacées.

Le Représentant de l'UNICEF a souligné l'importance de mobiliser en amont des ressources pour la préparation à Ebola.

Le Coordonnateur résident des Nations Unies s'est félicité des résultats et recommandations de la mission et a incité les acteurs humanitaires à fournir un appui technique et financier pour la mise en œuvre du plan opérationnel.

Atouts et faiblesses

	Atouts	Faiblesses
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un comité multisectoriel de gestion des crises sanitaires aux niveaux national et préfectoral (2010). - Existence d'une cellule de coordination stratégique des activités pour la riposte à la MVE (août 2014), qui se réunit régulièrement. - Les mandats du Comité de gestion des crises et de la Cellule stratégique sont définis dans les décisions ministérielles. - Les membres du Comité de gestion des crises et de la Cellule stratégique sont nommés au niveau national. - Un groupe de responsabilité sectorielle Santé et la présence de l'OCHA dans le pays qui permettent une coordination entre le Ministère de la santé et les partenaires humanitaires. - Un montant de 10,6 millions de francs CFA est disponible pour redynamiser les comités de gestion des crises au niveau préfectoral (UNICEF). - Un projet de 3 millions d'euros de l'OMS et de l'UE visant à appuyer le retour de l'État dans 	<ul style="list-style-type: none"> - Les comités de gestion des crises au niveau des préfectures ne sont pas opérationnels en raison des problèmes de sécurité. - Les sous-comités techniques au niveau national se réunissent de façon irrégulière. - La liste des membres de la Cellule stratégique et de ses sous-comités n'est pas exhaustive en termes de représentation sectorielle. - Les membres du Comité de gestion des crises ne sont pas nommés au niveau des préfectures. - Dans la pratique, les flexibilités prévues pour les opérations d'urgence ne sont pas toujours appliquées. - Une bonne partie des ressources humaines formées est actuellement employée par les ONG et par les organismes des Nations Unies ou dans d'autres secteurs - Il n'existe pas de centre d'opérations d'urgence.

	<p>cinq régions sanitaires est en cours d'instruction.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des flexibilités sont prévues dans les textes pour les opérations d'urgence (exonération). - Des ressources humaines sont disponibles et mobilisables pour constituer un centre d'opérations d'urgence. Certaines sont formées à la gestion des urgences. 	
<p>Équipes d'intervention rapide (EIR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une EIR existe à Bangui et a déjà été déployée pour investiguer un cas suspect. - La formation des formateurs des EIR a été effectuée. - Existence d'une flotte téléphonique qui permet la communication au sein de l'EIR. - Une formation des formateurs de cliniciens et infirmières a été effectuée. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'EIR de Bangui n'a pas été formalisée et toutes les fonctions techniques n'ont pas été définies. - Il n'y a pas de procédures formelles en place pour l'alerte, l'activation et l'intervention de l'EIR.
<p>Mobilisation sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un sous-comité assure une coordination entre divers partenaires dont certains sont chargés de vérifier les messages et les produits (CCOI, UNICEF, OMS, CICR). - Il y a des points focaux de la Direction de communication et une unité de mobilisation sociale au niveau des districts dans tout le pays. - Une campagne de sensibilisation a été entreprise dès le début de l'épidémie en Afrique de l'Ouest et un plan de communication élaboré, mais leur financement reste très incomplet. - Divers outils ont été mis au point en français et en sango (affiches, dépliants, SMS et spots radio), sur l'hygiène, les modes de transmission de la MVE et les symptômes. - Médecins du Monde a fourni des informations à la radio Emergency lors des consultations mère-enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de participation au Sous-Comité de mobilisation sociale qui se réunit deux fois par semaine est de faible à modéré et certains partenaires clés sont absents (Ministères de l'agriculture, de l'éducation, des eaux et forêts, du commerce, des affaires sociales). - Les unités de mobilisation sociale ne sont pas opérationnelles de façon permanente à cause de l'insécurité dans le pays. - Des directives de communication font défaut et les messages clés ne sont pas mis au point. - Les affiches améliorées suite aux réactions de la population sont seulement disponibles en français et n'ont pas été éprouvées au préalable. - Le numéro vert n'est pas encore opérationnel, le personnel n'a été ni identifié ni formé et les directives pratiques n'ont pas été établies. - Les messages concernant la viande de brousse sont mal compris et

	<ul style="list-style-type: none"> - L'Association des Radios communautaires (ARC) qui chapeaute 10 radios fonctionnelles dans le pays, a assuré une formation destinée aux journalistes au début de l'épidémie. - Dix terminaux téléphoniques ont été gracieusement offerts par les réseaux privés pour un numéro vert. - Après la première distribution des matériels, les messages ont été mis au point en tenant compte des réactions de la population. - La Direction de la communication pour la santé de l'OMS coordonne un réseau de relais communautaires avec des organisations affiliées. Le CICR a formé 200 relais communautaires dans 2 secteurs sur l'Ebola. IRC, IMC et MSF ont aussi des relais communautaires. - Une réunion a été organisée avec les politiciens pour leur présenter le plan d'urgence. - Il y a plusieurs troupes de théâtre participatif qui travaillent dans la communauté. Un chanteur a composé une chanson sur Ebola. - L'ONG RJDH a un réseau de correspondants communautaires qui communiquent quotidiennement les informations dans leurs communautés chaque jour. - Les TDR sont en place pour une étude CAP sur la maladie à virus Ebola. 	<ul style="list-style-type: none"> ont entraîné des plaintes des commerçantes. - Il n'y a pas de messages ciblant des groupes particuliers (chasseurs, écoles, par exemple). - La campagne initiale a été soutenue pendant le premier mois mais est devenue beaucoup plus faible par la suite. Un réseau téléphonique passe encore des SMS régulièrement, et des spots sont diffusés par une seule station radio. - Absence de cartographie des nombreux réseaux de relais communautaires et de leurs lieux d'intervention. - Les financements ne sont pas disponibles pour réaliser l'étude CAP.
<p>Prévention et lutte contre l'infection</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le matériel pour l'hygiène est généralement disponible dans les formations sanitaires appuyées par les ONG. - Les formations sanitaires ont reçu des posters imprimés par 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de distribution systématique de matériel pour l'hygiène de base dans les formations sanitaires. - Il n'y a pas de quantification des besoins en intrants d'hygiène. - Les messages ne sont pas

	<p>l'OMS et remis au Ministère de la santé et de la population pour distribution.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les supports produits sont mis à disposition des acteurs humanitaires pour reproduction. - Diffusion de SMS, spots télévisés et messages radio sur la promotion de l'hygiène de base. - La Fédération internationale de la Croix-Rouge, sur une zone circonscrite (Lobaye), a mobilisé ses volontaires pour une sensibilisation générale à l'hygiène. - Matériel disponible OMS, UNICEF (en commande), FICR, Pasteur, MINUSCA, MSF, ONG Emergency. - Formation en cours sur cinq jours (facilitation OMS, Institut Pasteur, Ministère de la santé et de la population) pour 51 participants 	<p>spécifiques aux risques de contamination dans les formations sanitaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'existe pas d'instructions spécifiques sur la mise en place d'une unité d'isolement. - Des sites n'ont pas été définis pour la mise en place d'unités d'isolement pour les cas suspects. - Quantité et qualité insuffisantes des articles constituant l'EPI. - Pas d'autres formations réalisées à ce stade hormis celle de l'OMS/UNICEF/Ministère de la santé et de la population (décembre 2014). - Pas de distribution d'instructions/modes opératoires standardisés écrits lors de la formation. - Pas de mécanisme de rémunération ni d'avantages sociaux pour le personnel.
<p>Prise en charge des cas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Site identifié, centre en cours de construction, capacité prévue pour 10 cas suspects et huit cas confirmés. - Le choix du site a été effectué de manière à garantir l'acceptation de la population (le bâtiment est clôturé, éloigné des habitations). - La Croix-Rouge nationale a une expérience de la gestion des inhumations sans risque. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le CTE identifié à Bangui ne répond pas à ce jour aux normes internationales OMS/MSF. - Les fournitures de matériel sont insuffisantes (quantité et qualité : seulement dotation initiale du Bureau régional OMS de l'Afrique) - Pas de directive disponible sur le transport des cas suspects de maladie à virus Ebola. - Pas de matériel disponible pour transporter les cas suspects de maladie à virus Ebola. - La planification nationale pour les formations sanitaires qui peuvent être transformées en unités d'isolement puis en CTE existe, mais n'est pas diffusée en province. - Pas de directive pour l'inhumation sans risque. - Matériel pour l'inhumation sans risque et la décontamination partiellement disponible. - Pas de lieu d'inhumation identifié

		<p>à ce jour.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dimension confessionnelle pour les inhumations n'est pas prise en compte. - Nombre insuffisant de personnes formées pour l'inhumation sûre et appropriée. - Pas de directives relatives au transport des corps de cas suspects/confirmés de MVE.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité d'une structure et d'une salle pour la ligne verte, le 1212. - Définition des cas et formulaires d'investigation élaborés. - Un module de formation pour la surveillance existe et certains agents de santé au niveau de Bangui ont été formés. - Le niveau de notification immédiate par les districts est d'environ 90 %. - Tous les districts ont un point focal de surveillance épidémiologique. - Quatre des sept régions sanitaires ont identifié des relais communautaires pour la surveillance à base communautaire pour les maladies évitables par la vaccination. - La définition des cas au niveau communautaire existe. 	<ul style="list-style-type: none"> - La surveillance ne couvre pas tout le pays. - Le numéro vert 1212 n'est pas opérationnel. - Pas de protocole pour le fonctionnement de la ligne verte. - La définition des cas et les formulaires d'investigation n'ont pas été reproduits, ni disséminés à différents niveaux. - Moins de 20 % des districts transmettent les rapports de surveillance à temps. - Tous les districts n'ont pas un point focal de surveillance formé sur la MVE. - Un seul district a formé les relais pour la sensibilisation des communautés à la MVE. - La définition des cas n'a pas été diffusée au niveau communautaire. - Il n'existe pas encore de base de données de surveillance de la MVE.
Recherche des contacts		<ul style="list-style-type: none"> - Pas encore de formation pour la recherche et le suivi des contacts. - Les équipes de suivi et de recherche des contacts n'ont pas été identifiées. - Absence de fiches et de directives de suivi des contacts. - Pas de liste d'équipement nécessaire pour la recherche et le suivi des contacts. - Les équipes de suivi et de recherche des contacts n'ont pas été mise en place au niveau du district.
Laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un réseau national de laboratoires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau national de laboratoires non opérationnel.

	<ul style="list-style-type: none"> - L'Institut Pasteur de Bangui a d'importantes capacités de diagnostic des fièvres hémorragiques virales et a été un laboratoire de référence de l'OMS pour les FHV jusqu'en 2012. - Existence de dispositions et d'un accord avec Air France pour le transport des échantillons à l'extérieur du pays. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de l'accréditation de l'Institut Pasteur de Bangui pour le diagnostic des fièvres hémorragiques virales depuis 2012 pour des raisons administratives. - Insuffisance en EPI, réactifs et consommables à l'Institut Pasteur de Bangui - Les protocoles pour le prélèvement, le conditionnement et le transport sécurisés d'échantillons provenant de cas de MVE n'ont pas été élaborés. - Aucune formation n'a été organisée pour le prélèvement, le conditionnement et le transport sécurisés d'échantillons provenant de cas suspects de MVE.
Moyens aux points d'entrée	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les points d'entrée terrestres, fluviaux et aériens sont identifiés et cartographiés. - Existence d'un algorithme de surveillance aux points d'entrée. - Existence de certaines fournitures à l'aéroport international de Bangui. - Existence d'une équipe d'agents sanitaires au niveau du site de l'aéroport, qui est le seul site actuellement opérationnel. - Formation des agents sanitaires de Bangui et de ceux qui seront déployés à la frontière avec la RDC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un plan d'intervention au niveau des points d'entrées. - Pas de matériel disponible aux points d'entrées sauf à l'aéroport. - Personnel formé insuffisant aux points d'entrée considérés comme étant à haut risque. - Au niveau national, formation insuffisante à la mise en œuvre des protocoles de surveillance et de gestion des cas suspects aux points d'entrée.
Logistique	<ul style="list-style-type: none"> - Un sous-comité « logistique et sécurité » existe au sein de la Cellule stratégique Ebola. - Des partenaires potentiels pour le soutien logistique sont présents en nombre à Bangui : PAM, UNHAS, MINUSCA, CICR, FICR, CRCA, OMS, ONG. - La nécessité d'un centre de traitement Ebola (CTE) fonctionnel à Bangui est reconnue et son installation a commencé. - Une ambulance est réservée à la MVE à Bangui. - Un stock d'urgence de moyens 	<ul style="list-style-type: none"> - Certains acteurs clés qui pourraient favoriser un fonctionnement logistique national effectif et efficace ne sont pas représentés dans le Comité de gestion des urgences. - Les ressources humaines du sous-comité logistique et sécurité sont insuffisantes et il est peu actif. - La sécurité dans le pays est un défi : le transport des patients, du personnel et des biens, aussi bien que le stockage des biens sont difficiles. - Les réseaux de télécommunication par téléphones cellulaires sont

	<p>de communication et de matériels essentiels existe au niveau de l'OMS à Bangui.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nécessité du stockage du matériel essentiel pour une intervention contre la MVE est reconnue. 	<p>faibles et peu fiables dans le pays.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La qualité et la quantité des équipements essentiels pour une intervention contre la MVE sont insuffisantes.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> - Le Ministère de la santé a établi un budget pour les activités prioritaires dans le cadre de la préparation et de la riposte à la MVE. - Un montant de 71 millions de francs CFA a déjà été mobilisé par le Gouvernement. - Une réunion de plaidoyer de haut niveau a été organisée avec les ambassadeurs. - Présence des acteurs humanitaires sur l'ensemble du territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le budget proposé par le Ministère de la santé doit être revu et mis à jour en fonction des conclusions de la mission de préparation. - Les sources budgétaires au niveau des autorités nationales sont très limitées. - Il n'y a pas de mécanisme systématique de mobilisation des ressources. - Insuffisance des mécanismes de suivi et de surveillance des financements en place. - Pas de fonds de réserve facilement accessibles pour la réponse immédiate à Ebola. - Contexte de crise rendant difficile le prépositionnement de fonds au niveau des préfectures. - Circuit bancaire non fiable.

Équipe humanitaire du pays

Mécanismes de coordination

La coordination de l'action humanitaire est basée sur les principes de la réforme humanitaire (groupes de responsabilité sectorielle, ICC, EHP) sous la supervision de la Coordinatrice humanitaire principale (CHP).

L'équipe humanitaire du pays (EHP)

Placée sous l'autorité de la Coordinatrice humanitaire principale, elle est constituée des représentants des organisations humanitaires, des ONG internationales et nationales et des partenaires CICR et MSF. L'EHP est l'organe central d'orientation stratégique de l'action humanitaire en RCA. Elle est notamment chargée : 1) de définir et de valider les lignes stratégiques relatives à l'action humanitaire ; 2) d'adopter des règles et des actions communes pour régir l'action humanitaire ; 3) de promouvoir et de favoriser l'adhésion des intervenants humanitaires en RCA aux principes humanitaires et de partenariat, et de faire appliquer par les acteurs humanitaires les orientations, décisions stratégiques et politiques adoptées ; et 4) d'assurer le plaidoyer humanitaire.

La coordination entre groupes de responsabilité sectorielle (ICC)

C'est le forum technique et opérationnel du système de coordination qui réunit les coordonnateurs nationaux des groupes de responsabilité sectorielle et bénéficie de l'appui de l'OCHA. L'ICC propose des interventions, suggère des stratégies, et exécute les décisions de l'EHP. Il permet la coordination entre les groupes en vue d'une orientation multisectorielle des interventions sur le terrain et recherche constamment la complémentarité afin d'éviter les doublons et les chevauchements. L'ICC relève de l'EHP.

Les groupes de responsabilité sectorielle

Conformément à la réforme humanitaire, la planification et la coordination de la réponse humanitaire sont basées sur le principe de la responsabilité sectorielle. Les différentes organisations d'aide travaillant dans un certain secteur d'activité constituent un groupe de responsabilité sectorielle. À chacun des 11 groupes correspond un chef de file du système des Nations Unies, qui nomme des responsables de la coordination du groupe. Ces coordonnateurs des groupes nationaux se réunissent ensemble, et élaborent et mettent en œuvre les stratégies nationales de leur groupe, coordonnent le travail des sous-groupes, et rendent compte à l'EHP directement ou à travers l'ICC. Les chefs de file sont responsables en dernier ressort des interventions visant à couvrir les besoins essentiels insatisfaits dans leur secteur. Le secteur santé est coprésidé par l'OMS et le Ministre de la santé et de la population. Tous les autres groupes en RCA sont actifs. Dans le cas particulier de la RCA, l'OMS est le chef de file du secteur santé. La coordination du groupe santé bénéficie de la collaboration de l'ONG Save the Children, élue par ses pairs ONG comme chef de file associé du groupe de responsabilité sectorielle Santé.

Les acteurs humanitaires du secteur de la santé jouent un rôle dans l'offre des services de santé (80 % des structures fonctionnelles sont appuyées par les ONG, la Croix-Rouge et les organismes des Nations Unies) et contribuent au système de surveillance des maladies et à la riposte aux épidémies.

Extension de la coordination décentralisée sur le terrain

La coordination des actions humanitaires est assurée dans certaines zones d'interventions par les bureaux subsidiaires ou antennes OCHA suivants : Bouar, Bambari, Kaga-Bandoro, Ndélé, Paoua, Bossangoa, et temporairement à Batangafo et Boda. En 2015, Bria et Zemio seront également couverts par l'OCHA.

Afin de renforcer la coordination de proximité sur le terrain et au vu des capacités limitées de l'OCHA de se déployer dans toutes les zones, des points focaux humanitaires, issus des ONG internationales ou d'autres organismes des Nations Unies, sont identifiés dans certaines zones. Ces points focaux, avec l'appui de l'OCHA, faciliteront la coordination quotidienne des activités entre les acteurs humanitaires basés dans leurs zones. Ce concept sera appuyé à titre expérimental dès le premier trimestre 2015 dans quelques zones.

Coordination avec les autorités

La coordination avec les autorités au niveau national se fait à travers la cellule mise en place par le Ministère des affaires sociales et de l'action humanitaire et à travers plusieurs contacts *ad hoc* avec la Ministre de tutelle lors des principales échéances du cycle de programme humanitaire et au cours des missions sur le terrain. Au niveau des préfectures et des sous-préfectures, des cadres réguliers de concertation sont mis en place dans les zones dotées d'un bureau de l'OCHA. Des représentants des services techniques de l'État participent également aux réunions des groupes.

Coordination avec la MINUSCA et les autres forces internationales

L'intervention humanitaire en RCA résulte d'une situation d'urgence complexe ayant entraîné la présence de plusieurs forces internationales (MINUSCA, SANGARIS et EUFOR) dont les mandats diffèrent. Celui de la MINUSCA comprend la protection physique des civils et le maintien de l'ordre, l'appui à la restauration de l'autorité de l'État dans le pays, ainsi que l'appui au désarmement, à la

démobilisation et à la réintégration des groupes armés. Les acteurs humanitaires sont en liaison étroite avec ces forces internationales afin d'échanger des informations sur l'accès aux personnes vulnérables et de garantir le respect des principes humanitaires (humanité, neutralité, impartialité et indépendance opérationnelle) au moyen d'une coordination fonctionnelle entre civils et militaires à Bangui et dans les préfectures et sous-préfectures concernées.

Plan d'urgence interorganisations

Un plan d'urgence pour les Nations Unies et les partenaires internationaux en cas d'épidémie éventuelle de maladie à virus Ebola/Marburg en RCA a été établi en septembre 2014 afin de donner aux responsables des organismes des Nations Unies et aux acteurs humanitaires des outils d'orientation sur les stratégies et activités à mettre en œuvre pour prévenir et combattre une épidémie éventuelle d'Ebola/Marburg pouvant affecter le personnel des Nations Unies ou des expatriés en RCA.

Ce plan a été présenté à la réunion de coordination interorganisations des Nations Unies (UNCT), et lors d'une réunion de l'équipe humanitaire du pays. Les capacités logistiques des partenaires sont actualisées par le groupe Logistique (coordonné par le Programme alimentaire mondial). Étant donné la situation particulière de la République centrafricaine, les acteurs humanitaires et organismes des Nations Unies seront des relais incontournables dans toute la gestion d'une éventuelle crise de MVE, du déploiement des équipes d'intervention rapide jusqu'à l'identification et la prise en charge des cas suspects et confirmés. Une coordination étroite entre la Cellule stratégique du Ministère de la santé et l'équipe humanitaire du pays est indispensable.

Résultats de la simulation sur table

La simulation, animée par le Dr Alain Poirier (INSPQ) assisté du Dr Ernest DABIRE et du Dr Peguy Massamba, a permis aux observateurs/membres de la mission de préparer de recueillir des informations sur l'intégration des éléments de la liste de contrôle consolidée. L'exercice avait pour objectif d'identifier les forces, les lacunes et les domaines d'action à renforcer.

L'exercice visait à examiner :

- le processus de gestion des opérations pour un cas suspect d'Ebola ;
- les dispositions relatives à la notification, à la coordination et aux communications internes avant et après la confirmation d'une infection à virus Ebola ;
- la protection personnelle et les autres besoins logistiques (désinfection, inhumations, etc.) ;
- la prise en charge des cas suspects avant et après confirmation au laboratoire ;
- les besoins concernant les laboratoires, le transport des échantillons, les points d'entrée et le financement ;
- la communication avec le grand public et les médias.

Les questions et échanges étaient structurés en 19 scénarios selon les trois étapes suivantes : 1) détection, isolement et traitement initial ; 2) virus confirmé et diffusé ; 3) épidémie à échelle nationale.

Scénarios		
→ Période de six semaines →		
Détection, Isolement et traitement initial	Virus confirmé et diffusé	Épidémie à l'échelle nationale
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Premiers rapports sur les cas suspects de MVE ➤ Isolement, échantillons, transport ➤ Suivi des contacts 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Confirmation des cas ➤ Autres cas identifiés ➤ Inquiétude et anxiété du public ➤ Élargissement du confinement et du suivi des contacts 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plusieurs cas confirmés et suspects tandis que le virus se propage dans tout le pays, y compris en zone urbaine à forte densité de population ➤ Implications pour la sécurité nationale et crise humanitaire potentielle

Une fiche de rétroaction a permis de dégager les points principaux à partir de questions ouvertes sur les forces et les besoins de précisions ou d'améliorations (faiblesses). Les réponses de 21 répondants ont été regroupées dans un tableau (annexe E) selon les composantes de la liste de contrôle consolidée.

Globalement, c'est au niveau de la coordination – y compris l'actualisation du plan et les directives – du financement, de l'engagement de la communauté et de la formation qu'on attend le plus d'améliorations.

Résultats de la simulation de terrain

Quatre membres de l'équipe de la mission de préparation (chef de mission, INSPQ, Institut tropical et de santé publique suisse, consultant en gestion des désastres) ont observé un exercice de simulation de terrain prévu dans le cadre d'une formation des personnels de santé intervenant dans la prise en charge des cas de MVE organisée par l'OMS. Sur le site du centre de traitement Ebola (CTE), les exercices pratiques portaient sur :

- la préparation de solutions désinfectantes ;
- le revêtement des EPI et le déshabillage ;
- la prise de sang d'un cas suspect et son emballage sécurisé ;
- la désinfection des lieux et des personnes ;
- la prise en charge d'un mort-né et d'une mère positive ;
- la gestion des déchets.

Parmi les principaux points à améliorer les observateurs ont retenu qu'il fallait :

- évaluer l'apprentissage des participants et ajuster la formation continue ;
- dans le centre mis aux normes, refaire les exercices de nombreuses fois avec tous les participants, en variant les scénarios, afin d'éliminer les erreurs et les risques de contamination ;
- refaire les exercices sans les consignes des instructeurs ;
- fournir des directives validées aux participants et les afficher à chaque station de travail.

Une analyse détaillée des forces et faiblesses du CTE est proposée à l'annexe F.

Principaux domaines où le Ministère de la santé peut apporter des améliorations

Les domaines d'amélioration suivants ont été définis et communiqués au Ministère de la santé et de la population, sur la base des activités menées par la mission et des atouts et faiblesses recensés dans le pays.

i. Coordination

- rendre opérationnel les Comités de gestion des urgences aux niveaux régional et préfectoral et en nommer les membres ;
- ouvrir la Cellule stratégique Ebola à de nouveaux partenaires clés (Ministère des affaires sociales, OCHA, MINUSCA, par exemple) et redynamiser ses sous-comités thématiques ;
- alléger la mise en œuvre des procédures en situation d'urgence (visas, exonération douanière, immatriculation etc.) ;
- organiser une réunion technique avec les acteurs humanitaires (EHP) pour définir les rôles et responsabilités dans le cadre de la préparation et de la riposte à Ebola ; formaliser les accords identifiés avec les acteurs humanitaires (EHP) ;
- aligner les activités de préparation et de réponse à Ebola sur le Plan de transition ;
- mettre en place par un arrêté interministériel un Centre d'opérations d'urgence doté d'un organigramme fonctionnel chargé de coordonner les opérations techniques et de mettre en œuvre les activités de préparation et de riposte ;
- mettre en place des systèmes de suivi des activités.

Pour la Structure de gestion des incidents/le Centre d'opérations d'urgence :

- intégrer toutes les ressources humaines nécessaires à la préparation et à la riposte dans la structure et la chaîne de commandement du centre d'opérations d'urgence ;
- renforcer les capacités techniques et consolider les ressources humaines au sein de la structure du Centre d'opérations d'urgence ;
- veiller à ce que les équipes techniques bénéficient d'un soutien logistique (y compris pour le matériel de prélèvement des échantillons, la prévention et la lutte contre les infections, le transport, les infrastructures, les télécommunications, etc.) ;
- intégrer le Centre d'opérations d'urgence dans le plan d'urgence Ebola ;
- définir les rôles et responsabilités au sein du Centre d'opérations d'urgence en termes de communication.

ii. Surveillance

- rendre opérationnel le numéro vert 1212 et assurer la gestion rapide et efficace de l'information ;
- adapter/développer/diffuser les outils nécessaires pour la surveillance de la MVE ;
- rendre opérationnelle une base de données cohérente pour la gestion des données sur la MVE ;
- former les agents de surveillance de la MVE ;
- redynamiser le système de surveillance aux niveaux régional et préfectoral, en y impliquant les acteurs humanitaires ;
- rendre opérationnelle la surveillance épidémiologique au niveau des communautés ;
- renforcer la coordination entre le Ministère de la santé et le Ministère de l'élevage et des eaux et forêts.

iii. Points d'entrée

- entreprendre une analyse des risques tenant compte de l'état de l'épidémie pour identifier les points d'entrée prioritaires ;
- adapter/développer/diffuser un plan d'intervention au niveau des points d'entrée à haut risque ;
- rendre opérationnelles les équipes d'agents de santé au niveau des points d'entrées à haut risque ;
- s'assurer que les points d'entrée à haut risque ont les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan ;
- assurer le transport sécurisé de tout cas suspect depuis les points d'entrée vers le site d'isolement dans les meilleurs délais ;
- veiller à ce que les vols humanitaires de l'ONU qui viennent de l'extérieur soient soumis à un contrôle de santé ;
- renforcer les activités de sensibilisation à la MVE et à sa prévention pour les passagers au niveau des points d'entrée ;
- mettre en œuvre le Règlement sanitaire international au niveau des postes-frontières.

iv. Recherche et suivi des contacts

- mettre en place les procédures, outils et moyens pour la recherche et le suivi des contacts aux niveaux national et infranational (régions, districts, préfectures) ;
- mettre en place et former les ressources humaines pour la recherche et le suivi des contacts dans tout le pays ;
- établir la liste des équipements et du matériel nécessaires pour la recherche et le suivi des contacts ;
- associer les ONG et volontaires communautaires (par exemple, la Croix-Rouge) au suivi des contacts.

v. Prévention et lutte contre l'infection

- élaborer/adapter et diffuser des normes en matière de précautions standards et de messages spécifiques et appropriés dans les formations sanitaires sur l'hygiène de base, l'assainissement et la désinfection/protection ;
- faire un état des lieux du matériel actuellement disponible dans le pays (tous acteurs confondus, en qualité et quantité) et rendre disponible les intrants d'hygiène dans les formations sanitaires prioritaires ;
- identifier les formations sanitaires à retenir pour la mise en place d'une unité d'isolement (UI) ;

- rendre opérationnelle une équipe d'hygiénistes pour la décontamination et la gestion des déchets au niveau de Bangui ;
- adapter/élaborer/diffuser des directives à destination des formations sanitaires identifiées pour la mise en place et la gestion des cas suspects dans l'unité d'isolement ;
- adapter/élaborer/diffuser des directives de prévention et de lutte contre les infections de MVE à l'intention des formations sanitaires ;
- mettre en œuvre les formations pour les équipes-cadres de régions (ECR)/équipes-cadres de districts (ECD) et les équipes humanitaires (y compris les exercices de simulation et y compris au niveau périphérique) ;
- fournir les équipements de protection individuelle (EPI) aux formations sanitaires disposant d'une unité d'isolement ;
- mettre en place un mécanisme de rémunération et des avantages sociaux pour le personnel intervenant dans une unité d'isolement et un centre de traitement Ebola (CTE).

vi. Prise en charge des cas

- identifier et mettre en œuvre les travaux complémentaires à réaliser pour une mise aux normes du CTE à Bangui ;
- créer au moins un CTE mobile à déployer en cas de besoin ;
- adapter et diffuser le protocole standard OMS de prise en charge clinique des cas suspects/probables/confirmés ;
- Adapter/élaborer des modes opératoires standardisés – prise en charge (MOS-PEC) clinique pour les différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants) et des supports visuels adaptés pouvant être affichés dans les unités d'isolement et les CTE ;
- élaborer/adapter et diffuser les MOS, former les ambulanciers/brancardiers et mettre à disposition les moyens de transport adéquats ;
- élaborer/adapter et diffuser les MOS et former les agents chargés des inhumations et mettre à disposition les moyens de transport adéquats ;
- identifier des sites d'inhumation adaptés prenant en compte la diversité confessionnelle ;
- élaborer des directives et émettre un arrêté relatif au transport des cas suspects de MVE décédés.

vii. Équipes d'intervention rapide

- constituer une équipe d'intervention rapide (EIR) basée au niveau central ;
- élaborer/adapter et diffuser des procédures nécessaires pour l'activation et les interventions de l'EIR ;
- élaborer des mécanismes pour que l'EIR soit opérationnelle sur l'ensemble du territoire en sécurité ;
- renforcer la communication rapide (système de flotte) au sein de l'IER pour la gestion des cas suspects de MVE.

viii. Activités de laboratoire

- identifier et renforcer les capacités des techniciens des laboratoires des districts pour la collecte, le conditionnement et l'acheminement des échantillons ;
- doter l'Institut Pasteur de Bangui (IPB) d'EPI, de réactifs et consommables de laboratoire ;
- renouveler l'accréditation de l'IPB auprès de l'OMS ;
- obtenir un accord de coopération avec l'UNHAS pour le transport des échantillons de la périphérie vers Bangui ;

- élaborer/adapter et diffuser le protocole de prélèvement, de conditionnement et d'acheminement des échantillons auprès de tous les techniciens de laboratoire des districts.

ix. Mobilisation sociale

Réviser et mettre en œuvre le plan de communication en prenant en compte les points suivants :

- adapter/mettre au point des directives de communication pour le pays sur la MVE, y compris des lignes de presse à partager avec tous les acteurs, y compris les médias, les ministères et le porte-parole ;
- rendre la ligne verte fonctionnelle dans tout le pays ;
- assurer la coordination et l'échange des informations et messages avec tous les acteurs ;
- adapter/mettre au point les messages pour les cibles identifiées (chasseurs, vendeurs de viande de brousse, responsables religieux, personnel de santé, tradipraticiens, secteurs de l'éducation et des transports) ;
- cartographier tous les relais communautaires du pays, les former et les associer aux activités de prévention et surveillance ;
- intensifier les activités d'engagement communautaire ;
- au niveau des districts, associer les points focaux de la Direction de la communication à la coordination et à la mise en œuvre des activités de mobilisation sociale ;
- établir un système de veille médiatique impliquant les correspondants communautaires de l'ONG Réseau des journalistes pour des droits de l'homme.

x. Logistique

- intégrer des membres supplémentaires dans le sous-comité logistique de la cellule stratégique : PAM (incluant UNHAS), MINUSCA, CICR et OCHA ; augmenter les ressources humaines dans le sous-comité logistique : deux administrateurs pour la gestion et centralisation des informations et un technicien polyvalent comme conseiller technique ; fixer une réunion hebdomadaire du sous-comité logistique et sécurité ;
- une intervention contre la MVE requiert une logistique efficace et effective : intégrer au moins un représentant du sous-comité logistique et sécurité permanent dans la Cellule stratégique Ebola/Centre d'opérations d'urgence ;
- sécurité, transports et stockage : centraliser les stocks d'urgence Ebola à Bangui ; mettre à disposition un système à plusieurs couches et conclure des accords avec les partenaires pour les transports nécessaires, y compris pour l'équipe d'intervention rapide et le CTE mobile : biens (camions, vols), équipes d'intervention rapide (véhicules tout terrain (pickups tout terrain), patients (ambulances tout terrain (pickups), corps (pickups tout terrain) ;
- mettre en place un système de télécommunication fiable : installer des radios VHF et HF dans tous les véhicules et endroits liés à une intervention contre la MVE (y compris le stock d'urgence) ; mettre à disposition un stock d'urgence de téléphones satellitaires ;
- acquérir des véhicules (ambulances, hardtops, pickups, camions, motos) conformes adaptés aux terrains difficiles, y compris l'ambulance au niveau de Bangui ;
- créer un « inventaire Ebola » complet et précis : assurer les qualités et quantités recommandées des articles essentiels et éviter une interprétation erronée de l'expression « kit ».

xi. Budget

- mettre à jour le budget proposé pour les activités de préparation à Ebola à partir des informations du plan opérationnel réalisé avec l'appui de la mission de préparation ;
- organiser un atelier de mobilisation des fonds avec le Gouvernement et les bailleurs de fonds (bilatéraux et multilatéraux) sur la base du plan opérationnel ;
- profiter du vote de la loi de finance 2015 pour introduire un mécanisme de mobilisation rapide des ressources en cas d'urgence et mettre à disposition des fonds de réserve ;
- identifier et formaliser des procédures pour le transfert de fonds du niveau central au niveau local.

Conclusions et prochaines étapes

En collaboration avec le Ministère de la santé et de la population, l'OMS facilitera la mise en œuvre du plan opérationnel de préparation et de réponse à la MVE et s'attachera particulièrement à :

- fournir un appui immédiat et à plus long terme à la République centrafricaine, en collaboration étroite avec l'ensemble des acteurs humanitaires, pour mettre en œuvre le plan de préparation opérationnel dont les objectifs sont échelonnés sur 30, 60 et 90 jours, par des visites de suivi par des experts techniques ;
- fournir un soutien logistique, financier et humain pour les opérations de préparation et de riposte requises aux niveaux national et infranational ;
- fournir un appui immédiat pour développer et adapter des protocoles écrits qui permettront de gérer tous les aspects de la préparation et de la réponse à Ebola. La liste des protocoles recommandés est fournie ;
- appuyer le Ministère de la santé et de la population de la République centrafricaine dans la mise en place des accords et procédures nécessaires à une collaboration efficace avec les organisations partenaires, les ONG internationales et les forces internationales de maintien de la paix dans le cadre d'une réponse à une épidémie de MVE ;

En plus de fournir un appui pour la mise en œuvre des mesures présentées ci-dessus, l'équipe humanitaire du pays pourra plus particulièrement :

- participer activement aux mécanismes de coordination nationaux pour la mise en œuvre du plan opérationnel issu de la mission OMS de préparation à la MVE ;
- fournir un soutien technique et financier aux autorités centrafricaines ;
- sensibiliser les communautés, en lien avec le Ministère de la santé et de la population, au rôle des organismes des Nations Unies et des acteurs humanitaires en cas de MVE ;
- aider les organismes des Nations Unies et les acteurs humanitaires à diffuser des messages communs (uniformisés) auprès du personnel et de leurs familles ;
- mettre en place une procédure d'isolement, de traitement et d'évacuation conjointe pour le dispensaire des Nations Unies, le Centre Médico-Social (CMS) de l'Ambassade de France et l'infirmierie de la MINUSCA, et diffuser la procédure au sein des organismes des Nations Unies et organisations humanitaires ;
- aider les organismes des Nations Unies et les acteurs humanitaires à revoir leur plan de continuité des opérations en prévoyant en cas d'épidémie sévère de MVE l'évacuation du personnel non essentiel.

Annexes

Annexe A : Équipe de la mission

OMS	Siège Dr Stella Chungong (Chef de mission) Nicolas Isla Margot Nauleau Olivia Varsaneux
	Bureau de l'OMS-République démocratique du Congo Dr Adolphe Nkongolo
	Équipe d'appui interpays pour l'Afrique centrale Dr Abdoulaye Diarra Dr Pierre Claver Kariyo
	Bureau de l'OMS Dr Michel Yao Dr Casimir Manengu Dr Christian Itama Dr Gilbert Guifara Dr Peguy Massamba Dr Richard Fotsing
	UNICEF Dakar Dr Ernest Dabire
INSPQ	Dr Alain Poirier
Johns Hopkins University	Alessia Radice
Institut tropical et de santé publique suisse	Bruno Lab
Ambassade de France à Yaoundé	Caroline Comiti
Consultant indépendant en gestion des catastrophes	Timon Marszalek

Annexe B : Observations lors des visites de terrain

Visites Groupe 1	
Centre de traitement Ebola	
Atouts	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Le site du centre de traitement est identifié • Le centre a été conçu par un consultant de l’OMS et est en cours de construction • La possibilité d’une extension a été prise en compte • Le site dispose d’un approvisionnement en eau et en électricité 	<ul style="list-style-type: none"> • Le centre ne dispose pas d’un système d’évacuation • L’eau et l’électricité ne sont pas fournies en quantité suffisante • L’espace laissé pour un agrandissement du centre semble trop restreint
Entrepôts du bureau de l’OMS en RCA	
Atouts	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Deux stocks de l’OMS existent à Bangui (un stock d’urgence à la base OMS et un stock fourni par le Ministère de la santé et de la population près de la base de l’OMS) • Centralisation des biens liés à une intervention Ebola à Bangui 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d’un « inventaire Ebola » complet (tous articles nécessaires pour toutes activités liées à Ebola) et précis (codes des articles en conformité avec les recommandations techniques internationales OMS/MSF) • Il existe le risque réel d’un manque d’équipement de protection (« kits » complets et compatibles d’une qualité recommandée) • Utiliser le mot « kit » cause des malentendus et incompatibilités ; méconnaissance des différents types de kits (à noter qu’il existe un « EPI complet » et un « EPI léger » pour les activités) • Quantité et qualité de matériel essentiel insuffisantes • La capacité des deux entrepôts est presque atteinte et s’avère insuffisante pour les besoins prévus

Visites Groupe 2
Centre de Santé Urbain de Lakouanga
Hôpital MSF du camp M'Poko
Hôpital communautaire

Atouts	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Conscience du risque que représente la MVE ainsi que des conséquences réelles qu'elle engendre • Disponibilité de solutions antiseptiques dans le bureau du médecin au CSU • Affiches sur la MVE disposées au CSU de Lakouanga et à l'hôpital communautaire • Formation/sensibilisation reçue par certains personnels sur la MVE, notamment les cinq personnels de santé du CSU de Lakouanga • Introduction des thèmes sur la MVE lors des séances de CPN et des exposés aux CSU • Existence de quelques mesures dans le domaine de l'hygiène, notamment points de lavage des mains, port de gants lors des consultations au CSU de Lakouanga • Eau courante et électricité • Implication de la communauté dans la sensibilisation à la MVE au CSU lors des réunions du Comité de gestion au cours desquelles les messages ont été diffusés 	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des mécanismes à mettre en place en présence d'un cas suspect de MVE (à qui s'adresser, quel numéro appeler, comment faire pour le transport du malade) • Pas de système de tri des malades avec des directives claires sur les sujets fiévreux • Pas d'ambulance pour la référence des malades (CSU Lakouanga). À noter que les ambulances ont été pillées pendant les différents affrontements à Bangui et dans le reste du pays. • Pas de fiches de référence des malades pour les références et contre-référence
<p>Recommandations spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produire des directives nationales : cas suspect, cas probable, cas confirmé, conduites à tenir dans chaque cas • Organiser des formations sur la base des directives nationales à tous les niveaux des structures sanitaires • Mettre un minimum d'équipement à disposition pour « sécuriser » le personnel soignant dans la prise en charge d'un cas suspect : thermomètre, EPI, solutions hydroalcooliques. • Renforcer l'hygiène hospitalière de base de manière globale • Mobiliser les communautés sur l'identification des cas suspects et leur recours au centre de santé 	

Visites Groupe 3

Visite de l'aéroport de Bangui

Atouts

- Présence d'une équipe de quatre paramédicaux et un chauffeur ambulancier qui ont été formés et qui donnent les prestations suivantes
- Prise de température de tous les passagers à l'arrivée des vols commerciaux à l'aide de thermomètres infrarouges à balayage
- Remise de fiches d'identification des passagers
- Vérification du carnet de vaccination, des passeports, de la fiche d'identification remplie pour voir si le passager vient d'un pays touché par la MVE
- Équipement pour le niveau de base de l'IPC (robe, filet à cheveux, gants, masques)
- Posters Ebola collés au mur de la salle d'arrivée sur les modes de transmission, les symptômes, et l'importance du lavage des mains dans de multiples domaines, y compris dans les postes de santé
- Fournitures et équipements médicaux de base y compris registre, téléphone portable sur « flotte », trois thermomètres infrarouges, algorithme, SOR, flacon de désinfectant, gants, paracétamol, vaccins contre la fièvre jaune
- Une ambulance (dont l'intérieur n'est pas adapté)
- Supervision du Ministère de la santé et de la population à travers le Service d'épidémiologie, qui recueille des informations du registre deux fois par semaine
- Disposition de l'agence de l'aviation civile permettant la prise en charge d'un cas suspect à bord d'un vol en application du Règlement sanitaire international

Faiblesses

- Seuls les vols commerciaux sont couverts ; les autres vols (humanitaires) ne sont pas couverts
- Pas d'affiches au niveau des hangars sous lesquels les passagers sont aiguillés (sans information)
- Mauvaise application des procédures par le transfert de tous les passagers venant de pays touchés par la MVE qui sont traités comme sujets à risque mêmes s'ils ne présentent pas de fièvre
- Pas de salles d'isolement des passagers à risque
- Registre mal rempli
- Le personnel de santé ne maîtrise pas les directives diffusées
- Ambulance non adaptée :
 - seules trois chaises en plastique, pas de médicaments ou des fournitures d'hygiène ;
 - pas de séparation physique entre le conducteur et le patient suspect.
- Collaboration insuffisante entre les agents de sécurité, les bagagistes et les agents de santé (absence de réunions régulières avec toutes les parties prenantes au site de l'aéroport)

Visite des points d'entrée du fleuve Oubangui	
Atouts	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> Des hangars ont été construits avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune information disponible sur comment ces points seront rendus fonctionnels
<p>Recommandations spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système de gestion de données correct Assurer l'isolement de tout cas suspect et les premiers soins aux points d'entrée à risque identifiés Fournir les moyens, les incitations et les ressources nécessaires au personnel de santé pour assurer une permanence à l'aéroport Veiller à ce que les vols humanitaires et ceux du système des Nations unies soient soumis à un contrôle de santé Fournir l'équipement et le matériel requis pour la prévention et le contrôle de l'infection et de l'hygiène Mobiliser une ambulance répondant aux normes de prise en charge de cas suspects Fournir des formations supplémentaires sur le dépistage Renforcer l'information et la sensibilisation des passagers et toute la population sur la MVE et sa prévention 	

Visite de l'Institut Pasteur de Bangui	
Atouts	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> L'Institut Pasteur de Bangui est un laboratoire de référence pour beaucoup de pathologies Bonne collaboration avec le Ministère de la santé et de la population et l'OMS En réponse à un cas suspect à 160 km de Bangui, une équipe d'intervention rapide, y compris le personnel de l'IPD, a pu se rendre sur le terrain pour recueillir des échantillons et mener l'enquête dans les 24 heures. La possibilité d'assurer une réaction rapide dépend des conditions de sécurité et l'emplacement Solide coordination entre les ONG, l'OMS, le Ministère de la santé et l'Institut Pasteur Protocole et formations en place pour la collecte et le transport des échantillons Disponibilité à Bangui de 50 matériels d'emballage triple pour le transport sécurisé des échantillons Véhicules disponibles pour le transport des échantillons et des équipes mobiles Consommables disponibles Personnel formé et motivé <ul style="list-style-type: none"> - 106 employés à l'Institut 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité d'assurer un ravitaillement régulier en EPI, kits de prélèvements et réactifs pour le laboratoire Pas d'autres structures associées à la collecte et au transport des échantillons Pas de centre de traitement de l'information primaire sur l'existence de cas suspects Manque de ressources et de dispositions pratiques pour assurer la collecte et le transport des échantillons provenant des régions les plus éloignées

- 4 qualifiés pour le diagnostic et l'analyse MVE
- 2 qualifiés pour recueillir des échantillons MVE
- 1 formé et agréé pour l'emballage et le transport des échantillons
- Accords avec Air France et les centres collaborateurs de l'OMS pour le transport des échantillons
- Équipement de laboratoire fonctionnel et personnel capable de l'utiliser
- Réservoirs d'Ebola bien compris en RCA

Visite du Groupe 4 Radio Ndeke Luka ONG Search for Common Ground Association des radios communautaires Visite du sous-comité communication et mobilisation sociale	
Atouts	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une direction chargée de la communication pour la santé (au sein du Ministère) • Mise en place d'un groupe Ebola pour la coordination des opérations Ebola et réunions régulières • Engagement de partenaires compétents : ONG • Radios privées très actives engagées dans la sensibilisation (Ndeke Luka, 80 %, audience radio) • Tenue de certaines formations par des ONG • Engagement politique (au plus haut niveau) • Existence d'un plan de communication • Réseaux de journalistes et de radios communautaires actifs et bonne collaboration entre les médias (une dizaine de radios communautaires) • Existence de messages élaborés pour diffusion (première et deuxième génération) en français et en sango (langue locale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance du sous-comité et du plan de communication • Renforcer la relation public-privé • Numéro vert (1212) attribué mais non fonctionnel • Faible capacité du secteur privé • Faiblesse du financement
<p>Recommandations spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des acteurs de la communication (journalistes, relais, etc.) • Dynamiser les activités du sous-comité et les élargir à des secteurs pertinents (privé, eaux et forêts, etc.) – Contextualiser davantage les messages • Intensifier la sensibilisation • Activités de plaidoyer et appui au financement 	

Annexe C : Directives/protocoles à élaborer

	Directives	Responsable	À l'attention de/cible
Prévention	Surveillance aux points d'entrée	Sous-comité investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire	Agents de santé aux points d'entrée
	Définitions des cas et premières démarches à prendre/notification	Sous-comité investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Toute structure de soins pour l'ensemble du pays en commençant par les zones à haut risque • Point focaux de surveillance • Partenaires humanitaires
	Gestion de la ligne verte 1212/centre d'appel	Sous-comité investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire	Opérateurs de la ligne verte 1212 Point focaux de surveillance
	Détection/identification et prise en charge des cas suspects	Sous-comité investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire	Point focaux de surveillance Partenaires humanitaires Équipe-cadre du district Équipe-cadre de la région
	Réponse	Transport du patient (transport public/transport privé/ambulance)	Sous-comité de prise en charge des cas
Gestion/circuit d'information pour coordination		Cellule stratégique Ebola Sous-comité investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire	Équipe-cadre du district Équipe-cadre de la région

	Directives		Responsable	À l'attention de/Cible
Réponse	Prise en charge	Centre de traitement Ebola	Sous-comité de prise en charge des cas	Équipe-cadre du district Équipe-cadre de la région Équipe d'intervention rapide
		Isolement	Sous-comité de prise en charge des cas	Formations sanitaires retenues pour avoir une unité d'isolement (UI) Partenaires humanitaires
		À domicile/ Communauté	Sous-comité de prise en charge des cas	
	Centre de Traitement	Décès, prise en charge des corps/inhumation sans risque	Sous-comité de prise en charge des cas	
		Sortie du patient	Sous-comité de prise en charge des cas	
		Activation et procédure des équipes d'intervention rapide		Sous-comité investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire
	Procédures d'habillage (EPI)		Sous-comité de prise en charge des cas	
	Prélèvements et transport des échantillons (LABO)		Institut Pasteur de Dakar Sous-comité investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire	
	Communication	Médias	Sous-comité de la communication	
		Communauté	Sous-comité de la communication	
		ONG	Sous-comité de la communication	

	Directives	Responsable	À l'attention de/Cible
	Décontamination (Prévention et lutte contre l'infection)	Hôpital (Niveau III)	Sous-comité de prise en charge des cas
		Dispensaire (Niveau II)	Sous-comité de prise en charge des cas
		Centre de santé (Niveau I)	Sous-comité de prise en charge des cas
		Centre de traitement Ebola	Sous-comité de prise en charge des cas
		À domicile/ communauté	Sous-comité de prise en charge des cas
		Ambulance	Sous-comité de prise en charge des cas
	Recherche et suivi des contacts	Sous-comité investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire	
	Continuité des soins de base pendant la réponse (soins de santé primaires, exemple : vaccination, nutrition, ICCM, etc.)		

Annexe D : Exercice de simulation sur table

	Forces	Faiblesses	Recommandations (points d'action)
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> Existence formelle (<i>texte ministériel</i>) d'un comité stratégique de gestion des urgences avec quatre sous-comités (<i>communication/ mobilisation sociale ; surveillance épidémiologique et laboratoire ; prise en charge ; logistique et sécurité</i>) Plan d'urgence et plans opérationnels (<i>du système des nations unies et nationaux</i>). Rencontres régulières et formelles au niveau du Ministère de la santé et de la population Engagement politique et implication des autorités techniques 	<ul style="list-style-type: none"> Mécanisme de coordination non décentralisé Les mécanismes de communication entre les sous-comités ne sont pas clairement établis Absence de directives sur les rôles et responsabilités des partenaires Absence d'une cellule opérationnelle de coordination de la gestion de crise 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du Comité de gestion des urgences Décentralisation au niveau régional et mise en place de plateformes multisectorielles Mise en place de directives définissant le rôle de chaque partie prenante Nécessité de mettre en place une cellule de gestion de crise (aux niveaux central et décentralisé) dont les modalités de fonctionnement seront définies
Numéro d'information	<ul style="list-style-type: none"> L'initiative de la mise en place d'un numéro vert est pertinente Un mécanisme d'information établi mais pas spécifique à la MVE (information en termes de données, moyens de communication) 	<ul style="list-style-type: none"> Le numéro vert « 1212 » n'est pas opérationnel De même, les canaux et mécanismes de communication avec le terrain et avec le Ministère de la santé et de la population ne sont pas clairement définis Absence de directives claires sur les mécanismes de communication Réseaux de téléphone (GSM) limités 	<ul style="list-style-type: none"> Décrire de façon précise la structure, l'organisation et le fonctionnement de la cellule chargée de gérer la ligne verte/le numéro vert ... Mettre en place des directives qui expliquent les différents modes de communication Évaluer les potentialités à exploiter au niveau du terrain pour améliorer la circulation de l'information

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Des mécanismes de définition et de détection des cas ont été évoqués mais pas spécifiquement • Gestion des points d'entrées : existence d'une équipe et d'équipements au niveau de l'aéroport, algorithme définissant la conduite à suivre devant chaque cas au niveau du point d'entrée 	<ul style="list-style-type: none"> • La définition des cas n'est pas clarifiée (cas suspect, cas alerte) • Nécessité de renforcer certains aspects techniques (prises de température, calibrage des thermomètres) • Calibrage de l'outil de prise de température de manière à ce qu'il soit plus sensible • La relation avec le RSI n'est pas définie • Absence d'un réseau « fonctionnel » de surveillance au niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifier les définitions des cas et assurer une formation à cet égard • Renforcement de la collecte des données, transmission des données • Renforcer la surveillance au niveau communautaire
Suivi des contacts		<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de traçage des contacts, • Insécurité et absence de directives claires 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer avec des procédures relatives au suivi des cas
Équipe d'intervention d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Une équipe d'intervention d'urgence est proposée et des membres ont été identifiés • Formation des membres de l'équipe en cours 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôles et responsabilités de l'équipe d'intervention d'urgence manquant de clarté 	
Laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de l'Institut Pasteur à Bangui avec un plateau technique équipé pour faire le diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipement insuffisant (en qualité et en quantité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités et la décentralisation au niveau régional

Prise en charge des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en cours sur la prise en charge des cas • Un centre de traitement existe bien qui ne réponde pas totalement aux normes 	<ul style="list-style-type: none"> • Les MOS ne sont pas encore élaborés • Pas de personnel au centre de traitement • La répartition exacte des rôles et responsabilités doit être clarifiée, notamment la relation avec les centres d'isolement et les mécanismes de référence • Pas de centre à l'intérieur du pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion sur la prise en charge des cas éventuels au niveau décentralisé • Réadapter le plan de manière à gérer les ressources supplémentaires à mobiliser en cas de passage de l'épidémie à une échelle plus importante (<i>capacité logistique pour l'ouverture d'autres centres de traitement, dispositions pour augmenter les effectifs</i>)
Prise en charge des dépouilles, gestion de l'entourage		<ul style="list-style-type: none"> • Aucune disposition prescrite en ce moment • Il n'est pas tenu compte des sensibilités culturelles dans le processus de prise en charge des dépouilles 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter les MOS qui existent et expérimenter dans les autres contextes • Tenir compte des sensibilités culturelles dans la prise en charge des dépouilles
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • L'existence d'une ligne budgétaire pour la gestion des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de fonds disponibles • Pas de mécanisme de décaissement spécifique pour les urgences en particulier la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un fond spécifique pour la MVE (<i>fonds Ebola/fonds d'urgence</i>) • Élaborer des directives facilitant les procédures de déblocage de fonds pour les urgences , en particulier pour la MVE

Annexe E : Évaluation de la simulation sur table par les participants

La simulation de table a permis aux observateurs/membres de la mission de recueillir certaines informations sur l'intégration des éléments de la liste de contrôle consolidée pour la préparation à la MVE. Les participants nationaux dépassaient la vingtaine et leur contribution aux échanges a été importante.

Une fiche de rétroaction a permis de dégager les points principaux à partir de questions ouvertes sur les forces et les précisions ou améliorations nécessaires (faiblesses). Les réponses de 21 répondants ont été regroupées dans le tableau qui suit selon les composantes de la liste consolidée. Globalement, c'est au niveau de la coordination, de l'actualisation du plan et des directives, du financement, de l'engagement de la communauté et de la formation que le plus d'améliorations sont attendues.

Composantes	Forces et faiblesses	F et f /21
Coordination	Forces : L'existence d'un comité national (10) et de sous-comités (5), d'un plan d'urgence (5), de la volonté politique des autorités (3) et de l'implication des partenaires techniques et financiers est évoquée au total à 26 reprises comme point fort.	26
	Faiblesses : Cependant, c'est aussi cette composante qui est le plus souvent à améliorer au chapitre de la coordination (11), du plan lui-même (6), de la faiblesse au niveau régional (5) et de l'absence de procédures (5). Au total 27 mentions d'améliorations à apporter.	27
Équipe d'intervention rapide	Forces : Trois personnes mentionnent sa création en cours comme un point fort.	3
	Faiblesses : Aucune mention.	0
Communication et mobilisation sociale	Forces : Six personnes retiennent ce volet comme une force, notamment la création de la ligne verte (3) et de divers outils (3).	6
	Faiblesses : Huit mentions touchent le besoin de renforcement à l'intérieur du pays (4) et divers outils à utiliser (4).	8
Prévention et lutte contre les infections	Forces : Aucune mention.	0
	Faiblesses : Quatre personnes espèrent des améliorations d'abord au chapitre de la formation et des équipements de protection individuelle (3).	7
Prise en charge cas	Forces : La prise en charge des cas est mentionnée une fois.	1
	Faiblesses : Formation nommée quatre fois.	4
Inhumations sans risque	Forces : Aucune mention.	0
	Faiblesses : Deux mentions d'améliorations à apporter.	2
Surveillance épidémiologique	Forces : Mentionnée comme une force à cinq reprises.	5
	Faiblesses : Les directives à élaborer et à préciser sont mentionnées cinq fois.	5
Recherche des contacts	Forces : aucune mention.	0

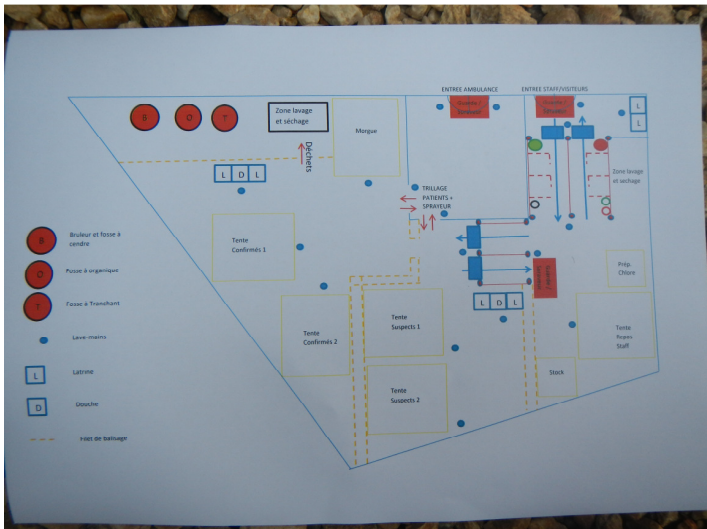
	Faiblesses : Une proposition concernant le renforcement.	1
Laboratoire	Forces : Deux mentions positives.	0
	Faiblesses : Une mention d'améliorations à apporter.	1
Points d'entrée	Forces : L'aéroport est mentionné deux fois.	2
	Faiblesses : Aucune mention.	0
Financement	Forces : Aucune mention.	0
	Faiblesses : La faiblesse du financement est évoquée six fois, notamment en matière d'équipement (3) et de financement au niveau régional.	10

À propos de la mission, il y a eu huit mentions positives, mais deux réponses ont déploré sa durée trop courte et le chevauchement avec une autre activité importante. La nécessité de refaire l'évaluation et d'assurer un suivi est évoquée à trois reprises.

La fiche d'évaluation de la simulation de table comportait des questions relatives à la réalisation des objectifs fixés, à la qualité des discussions et à l'utilité des leçons. Tous les répondants se sont déclarés en accord avec les trois affirmations du tableau ci-dessous.

Contenu	Fortement en désaccord	En désaccord	En accord	Fortement en accord
1. La simulation a atteint le but établi.	0 %	0 %	62 %	38 %
2. Les scénarios et les questions ont donné lieu à de bonnes discussions.	0 %	0 %	67 %	33 %
3. Le travail a permis de soulever d'importantes questions et de tirer des leçons utiles.	0 %	0 %	33 %	67 %

Annexe F : Observations sur le centre de traitement Ebola à Bangui



Un site a été identifié à Bangui (2^e arrondissement), dans l'enceinte de l'Hôpital général, lequel est en partie opérationnel, une ONG humanitaire (MSF) y gérant une unité chirurgicale d'urgence.

Compte tenu des problèmes de sécurité, le choix du site du CTE est approprié (accès facile, position centrale, proximité d'autres structures sanitaires de l'entrepôt/bureau OMS) ; le CTE est partiellement clôturé par un mur en briques, ce qui n'est pas idéal pour l'acceptation par la population mais facilite la sécurisation du site.

La construction de cette structure a démarré sous la direction de l'OMS : les matériaux utilisés sont principalement le bois et les bâches plastiques ce qui permet de qualifier cette structure de temporaire du fait de la durée de vie limitée des matériaux. Il faut par ailleurs souligner que la qualité des bâches plastiques utilisées pour la structure n'est pas adaptée aux besoins, car elles ne sont pas imperméables (risque de fuites d'eau et risque de transmission de liquides contaminés à travers la séparation – voir les photos ci-dessous). Il faudrait remplacer les bâches. La disposition des différentes structures est particulièrement dense: la séparation des zones et l'organisation du site ne répondent pas aux normes recommandées pour un CTE par l'OMS/MSF.



Recommandations

1. Vérifier la possibilité d'une extension du site actuel, y compris au-delà du canal.
2. Cette extension devra avoir pour objectif de mettre en œuvre les améliorations ci-dessous :

	Faiblesses identifiées	Améliorations à apporter	Remarques/ documents de référence
Approvisionnement en eau	<ul style="list-style-type: none"> • Quantité insuffisante • Qualité inconnue 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le volume minimum à stocker • Installation de réserves d'eau supplémentaires (par exemple : réservoir souple) • Contrôler la qualité de l'eau 	Directives PEC et Lutte contre l'infection Mali : 300-400 litres par patient /jour 15 litres par personnel soignant/jour Chlore résiduel de 0,5mg/l
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du matériel pour l'hygiène de base (par exemple : station de lavage des mains) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir et placer les stations de lavage des mains dans les différentes zones 	OMS, Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus, avec un accent particulier sur le virus Ebola (guide provisoire) septembre 2014, annexe 3
Organisation des zones à risque faible (LRZ), à risque élevé (HRZ) ou zone rouge	<ul style="list-style-type: none"> • Espace insuffisant dans les douches et latrines dans la HRZ • Absence de supports visuels organisant le circuit au sein des zones LRZ/HRZ • Séparation insuffisante entre zone « rouge/EPI obligatoire » et zone personnel • Absence des zones suivantes : lavage, séchage, triage, bureau, pharmacie, visites, santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter l'espace des différentes zones • Préciser et indiquer de manière claire le circuit patient/cas suspects confirmés • Renforcer la séparation entre les zones, une double séparation séparée de deux mètres est recommandée • Les zones manquantes doivent être construites/ajoutées (par exemple, zone de visites, stockage pour la nourriture et le chlore) 	
Assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de drainage dans les différentes structures • Matériel de nettoyage : quantité et qualité inconnues 	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir et améliorer l'ensemble du système de drainage 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Eaux résiduelles : fosse septique manquante; • Pluie : risque d'eau stagnante et d'inondation 		
Conditions d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de ventilation dans les bâtiments d'hospitalisation (chaleur élevée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la ventilation dans les zones d'hospitalisation 	
Habillage/déshabillage du personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Espace insuffisant • Lieux de rangement pour les effets personnels non identifiés 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter l'espace pour l'habillage/déshabillage du personnel • Organiser la zone du personnel 	OMS, Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus, avec un accent particulier sur le virus Ebola (guide provisoire) septembre 2014, annexe 3
Désinfection/décontamination	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du matériel pour mesurer/contrôler les dosages de chlore • Confusion sur les concentrations à utiliser 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir le matériel pour la préparation des produits désinfectants ainsi que les récipients de capacités adaptées (par exemple, container de 80-100 l pour lavage du matériel réutilisable) • Adapter/élaborer et afficher dans tout le CTE les instructions sur l'utilisation des solutions chlorées 	OMS, Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus, avec un accent particulier sur le virus Ebola (guide provisoire) septembre 2014, annexe 6
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> • Incinérateur non opérationnel • Manque d'instructions sur l'utilisation des deux fosses à déchets • MOS non disponibles sur le site 	<ul style="list-style-type: none"> • Terminer l'installation de l'incinérateur et prévoir un stock de combustible • Définir l'utilisation des fosses septiques (organiques, matériel coupant ...) • Élaborer les MOS et former le personnel 	

Sécurisation du site	<ul style="list-style-type: none"> • Le mécanisme de gardiennage est partiellement fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Construire un abri pour le personnel de l'entreprise chargée de la sécurité à l'extérieur de l'enceinte du CTE • Élaborer le mandat de l'entreprise chargée de la sécurité (par exemple, fréquence des rondes afin de vérifier l'intégrité de l'enceinte du CTE) 	
Divers	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux clous saillants ou angles aigus dans la structure du CTE pouvant endommager l'EPI • Espace de stockage insuffisant • Distance trop faible entre les bâtiments (risque d'incendie élevé) • Les entrées/sorties des structures en zone rouge en bâches plastiques représentent un risque d'infection • Lits en bois inadaptés et représentant une source potentielle d'infection • Électricité : l'OMS dans le pays a prévu l'installation d'un générateur de secours pour pallier aux coupures fréquentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Supprimer tous les éléments de l'infrastructure pouvant mettre en danger l'intégrité de l'EPI • Prévoir et séparer les zones de stockage distinctes pour la logistique (attention particulière à donner au stockage du chlore) et les produits de santé (médicaments et consommables) • Prévoir les moyens de lutte contre l'incendie • Supprimer les bâches plastiques aux entrées/sorties • Revoir la conception des lits permettant une désinfection complète et sécurisée • Anticiper les coupures de courant : prévoir un lieu d'installation, le branchement, tester le générateur et conserver un stock minimal de carburant 	

3. Si l'extension du site actuel s'avère impossible, le CTE devrait être reclassé comme une unité d'isolement et un autre CTE répondant aux normes de l'OMS devrait être construit sur un site plus adapté.

Problématique de l'extension du CTE dans l'enceinte du CNHUB (ou « Hôpital général »): une des difficultés étant la présence de l'unité de prise en charge chirurgicale de MSF-F (voir le rapport du consultant logistique de l'OMS), il faut souligner qu'en cas d'épidémie, il sera délicat

de faire cohabiter l'activité CTE et l'activité chirurgicale de MSF-F dans la même enceinte. Ce constat renforce la recommandation visant à trouver un autre site pour le CTE ou alors d'envisager son extension, ce qui impliquerait une relocalisation des activités de MSF-F.

Annexe G : Inventaire de l'entrepôt d'urgence de l'OMS

Entrepôt d'urgence de l'OMS à Bangui

dernière sortie : 29 novembre

MSSP

Description	Stock mini	Localisation			Stock au 4 nov.	Sorties prévues	Stock disponible après sorties prévues
		DMPM	OMS	Chambre froide DPEV			
Kits EPI			55		55		55
Sacs mortuaires			10		10		10
Boîtes pour collecte et transport échantillons			1		1		1
Masques anti-poussière			240		240		240
Gants d'examen taille M, boîtes de 100			38		38		38
Blouses de protection			140		140		140
Tabliers jetables			0		0		0
Combinaisons de protection			10		10		10
Masques chirurgicaux			300		300		300
Sacs plastiques polypropylène			600		600		600
Tabliers plastiques (réutilisables)			10		10		10
Seaux en plastique blanc de 10 l		25	10		35		35
Tabourets lave-mains		20			20		20
Lits en bois blancs		16			16		16
Scotch		8			8		8
Bassines en plastique, 82 cm		4			4		4
Cordes à linge 20 m		2			2		2
Seaux GM 20 l		30	5		35		35
Seaux plastique GM		25			25		25
Paires de gants Toutravo 10.5/XL		8	1		9		9
Paires de gants de ménage 7/7.5 BF		20	4		24		24
Cintres U plastique X3 Ass		4			4		4
Tablettes en plastique			2		2		2
Miroirs			2		2		2
Jerricans de 10 l			4		4		4
Bottes de couleur noire		20			20		20
Bottes de couleur verte			5		5		5
Sprays		4	1		5		5
Chaises en plastique Antifongiques		23	5		23		23
					5		5

Annexe H : Résultats préliminaires de la liste consolidée de préparation à Ebola
Composante 1 – Coordination globale

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
1.1	Comité d'urgence et Comité sur les épidémies de haut niveau/groupe spécial Ebola (ETF) Mise en place d'un comité multisectoriel et fonctionnel/groupe spécial Ebola aux niveaux national et infranational/à celui des districts	30	N
1.2	Révision et mise à jour des règles d'appartenance à ce Comité/groupe spécial Ebola au niveau national et à l'échelle des districts à risque	30	N
1.3	Existence d'un mandat clair pour le Comité/groupe spécial ETF	30	O
1.4	Mécanismes en place pour coordonner l'aide des donateurs au niveau national	30	N
1.5	Examen des cadres politiques et législatifs actuels pour s'assurer qu'ils autoriseront les mesures de préparation proposées	30	N
1.6	Évaluation complète des coûts des plans d'intervention/d'urgence existants pour permettre l'identification des financements	30	N
1.7	Centre d'opérations d'urgence (EOC) /Structure de gestion des incidents (IMS) : Mettre en place du personnel EOC/IMS au niveau infranational ou au niveau du district pour qu'il coordonne et gère au niveau local les activités de ces entités	30	N
1.8	Identifier, former et désigner des responsables de la gestion et des opérations ayant pouvoir de prendre des décisions opérationnelles	30	N
1.9	Affecter des responsabilités claires en matière de communication à des fonctions spécifiques au sein de l'EOC/IMS	30	N
1.10	Organiser des canaux de communication au sein de l'EOC/IMS et entre ces entités, leurs partenaires et le public	30	N
1.11	Établir des procédures pour les mécanismes de commande, de contrôle et de coordination et pour l'autorisation des produits techniques et informatifs clés	30	N
1.12	Tester la coordination et les opérations par le biais d'exercices théoriques et de répétitions Identifier un lieu physique pour l'EOC	30	N

Composante 2 – Équipe d'intervention rapide (EIR)

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
2.1	Désigner et affecter un ou des chefs d'équipe et des membres appartenant à différentes disciplines dans le cadre de l'EOC/IMS	30	N
2.2	S'assurer qu'un système de communication rapide est en place pour alerter l'EIR	30	N
2.3	Former tout le personnel clinique de l'EIR à la prise en charge des cas selon les normes internationales et en utilisant un CTE simulé	30	N
2.4	Former l'EIR aux procédures de prélèvement et au transport des agents pathogènes de catégorie A	30	N
2.5	Former l'EIR infranationale à la surveillance et à la recherche des contacts	30	N
2.6	Cartographier les établissements de soins au niveau du district pouvant être prêts à recevoir des cas suspects de maladie à virus Ebola	60	N
2.7	En l'absence de cas de maladie à virus Ebola dans le pays au bout de 60 jours, réaliser au moins un exercice de simulation pour préserver la capacité de l'EIR à répondre rapidement	90	N

Composante 3 – Sensibilisation du public et obtention de la participation des communautés

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
3.1	Mettre au point ou adapter, traduire dans les langues locales et diffuser des messages ciblés à l'intention des médias, du personnel soignant, des dirigeants locaux et traditionnels, des églises, des écoles, des tradipraticiens et d'autres parties prenantes dans la communauté	30	N
3.2	Identifier et engager des acteurs/mobilisateurs clés, exerçant une grande influence, comme des chefs religieux, des politiciens, des tradipraticiens ainsi que des médias en zones urbaine et rurale	30	N
3.3	Cartographier les moyens publics de communication et les compétences dans le secteur de la santé et d'autres secteurs	30	N
3.4	Définir et mettre en place des mécanismes pour faire participer les réseaux nationaux à la mobilisation sociale	30	O
3.5	Identifier un mécanisme de communication et de coordination fonctionnel et en place impliquant tous les secteurs de l'État et d'autres parties prenantes (y compris des organisations de la société civile et les communautés)	30	N
3.6	Mettre en place un mécanisme de coordination pour amener les communautés à participer (impliquant les tradipraticiens et les secteurs concernés dans le cadre d'une démarche descendante)	30	N
3.7	Mettre en place un mécanisme de coordination pour amener les partenaires à participer (ONG, par exemple)	30	O
3.8	Constituer une liste d'aptitude avec des rôles et des responsabilités clairement définis pour les chargés de communication et les	30	N

	porte-parole internes et externes		
3.9	Mettre en place des procédures fonctionnelles et à jour pour l'examen, la validation et l'autorisation des produits informatifs	30	O
3.10	Identifier et former des porte-parole et une équipe de communication et leur fournir des argumentaires en fonction des besoins	30	N
3.11	Élaborer une stratégie, un plan et un budget complets pour obtenir la participation des médias et du public (avec une stratégie d'élargissement)	30	O
3.12	Mettre en place un système pour suivre et investiguer les rumeurs, puis leur répondre	30	N
3.13	Dresser un plan pour examiner et réviser la stratégie de communication et en suivre l'impact	30	O-N
3.14	Identifier les réseaux de communication importants et planifier l'utilisation de matériel d'information dans les langues appropriées (TV, radio, médias sociaux, SMS, conteurs, théâtre, et autres moyens de communication appropriés)	30	O
3.15	Mettre en place des mécanismes de surveillance des médias disposant d'outils appropriés	30	N

Composante 4 – Prévention et lutte contre les infections

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
4.1	Fournir aux établissements de soins du matériel et des posters dans les domaines de l'hygiène de base, de l'assainissement et de la désinfection/protection. La priorité sera donnée aux hôpitaux, puis aux centres de santé dans les zones à haut risque (débuter dans les 30 jours et couvrir les districts prioritaires dans les 60 jours)	30-60	N
4.2	Accroître la sensibilisation générale à l'hygiène et aux moyens pour mettre en œuvre efficacement la prévention et la lutte contre les infections (débuter dans les 30 jours et couvrir les districts prioritaires dans les 60 jours)	30-60	NA
4.3	Identifier les établissements de soins pour mettre en place des unités d'isolement (2 lits) pour accueillir les cas suspects dans tous les grands hôpitaux et à tous les points frontaliers (dans l'idéal, dans les hôpitaux régionaux et de district)	30	N
4.4	Équiper et former convenablement le personnel soignant, y compris les personnes chargées de la santé environnementale, le personnel de nettoyage, etc., aux mesures d'IPC, y compris la gestion des déchets, la priorité étant donnée au premier contact avec les patients et à l'unité d'isolement de base	60	N
4.5	Mettre en place une rémunération et des avantages sociaux pour les agents de santé : rémunération et motivation pour les affectations à haut risque ; indemnisation en cas d'infection et de décès	60	N

Composante 5 – Prise en charge des cas :

5a) Centre de traitement Ebola (CTE)

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
5a.1	Mettre sur pied au moins un établissement disposant de personnel formé et de fournitures suffisantes et prêt à dispenser des soins à un patient ou un groupe de patients suspectés d'être porteurs du virus Ebola. Cet établissement devra accueillir 15 patients au départ	30	O-N
5a.2	Équiper et former de manière appropriée des équipes d'ambulanciers pour transporter les cas suspects de maladie à virus Ebola	30	N
5a.3	Identifier les établissements de soins au niveau du district pouvant être transformés en peu de temps en CTE	30	N
5a.4	Identifier les établissements de soins au niveau local pouvant être transformés en peu de temps en CTE	60	N

5b) Inhumations sans risque

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
5b.1	Mettre au point des modes opératoires standardisés (MOS) pour l'inhumation sans risque et la décontamination	30	N
5b.2	Identifier un lieu d'inhumation sûr et approprié avec l'accord de la communauté	30	N
5b.3	Équiper et former convenablement les équipes d'inhumation (8 personnes)	30	N
5b.4	S'assurer de l'existence d'une procédure de transport spéciale pour inhumer sans risque les restes humains	30	N
5b.5	S'assurer que les équipes d'inhumation ont accès à des services de soutien tels que chauffeurs, creuseurs de tombe et appui sur le plan de la sécurité pendant le processus d'inhumation	30	N

Composante 6 – Surveillance épidémiologique

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
6.1	Mettre en place une ligne rouge 24h/24, 7j/7, avec des possibilités de transfert à un niveau supérieur et employant du personnel ayant reçu une formation médicale	30	N
6.2	Former le personnel travaillant pour la ligne rouge à l'identification des cas et à la gestion de la communication avec des cas potentiels	30	N
6.3	Fournir des orientations (définition de cas et formulaires d'investigation à tous les niveaux infranationaux/de district et à tous les établissements de soins ; définitions de cas standard à tous les pays)	30	N
6.7	Dispenser des formations sur la définition de cas et l'investigation des cas	30	N
6.8	Tester la surveillance existante/les systèmes d'IDSR pour Ebola, identifier les lacunes et débiter la mise en œuvre des mesures correctives le cas échéant	30	N

6.6	Mettre en place des lignes de notification immédiate pour les cas suspects, avec une définition claire des responsabilités pour ces actions	30	N
6.7	Identifier les moyens humains pour la surveillance au niveau communautaire (agents de santé communautaires, Croix-Rouge/Croissant-Rouge, ONG, guérisseurs, chefs, etc.)	30	N
6.8	Diffuser des définitions de cas simplifiées à l'usage des communautés	60	N

Composante 7 – Recherche et suivi des contacts

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
7.1	Former les équipes aux niveaux national et infranational/du district, et notamment à la recherche des contacts et à la gestion des données (selon une stratégie ToT)	30	N
7.2	Fournir à l'UNMEER une liste des équipements et du matériel nécessaires pour la recherche des contacts aux niveaux national et infranational	30	N
7.3	Former le personnel au niveau du district à la recherche des contacts	30	N
7.4	Former le personnel aux niveaux infrarégional et communautaire à la recherche des contacts	30	N

Composante 8 – Laboratoires

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
8.1	Pour chaque district, identifier le laboratoire responsable de l'analyse ou du traitement des échantillons biologiques et du mode de transport de ces échantillons	30	N
8.2	Dispositions et accords de soutien en place avec les centres collaborateurs de l'OMS pour la réalisation d'analyses de confirmation	30	O
8.3	Dispositions et accords de soutien en place avec les compagnies d'aviation concernées pour le transport d'échantillons provenant de cas suspects à des centres collaborateurs de l'OMS	30	O
8.4	Disponibilité des ressources pour faciliter le transport et l'expédition des échantillons	30	O
8.5	Existence de protocoles pour <ul style="list-style-type: none"> – recueillir les échantillons – adresser et expédier les échantillons provenant de cas suspects de maladie à virus Ebola au laboratoire désigné pour confirmation dans les laboratoires de santé publique nationaux et infranationaux 	30	O
8.6	Personnel de laboratoire formé aux procédures de prélèvement, d'emballage, d'étiquetage, d'adressage et d'expédition, y compris la manipulation de substances infectieuses	30	O

Composante 9 – Capacités aux points d'entrée

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
9.1	S'assurer qu'un plan d'intervention pour les urgences de santé publiques est en place au niveau des points d'entrée à haut risque (ports, aéroports et carrefours terrestres)	30	N
9.2	Délivrer des fournitures identifiées (9 kits complets d'EPI à chaque point d'entrée, équipement médical pour enquêter sur les cas, 3 thermomètres manuels à infrarouges, 1 scanner, 2 chambres d'observation/2 unités de soins et des fournitures pour l'isolement et l'observation sans risque des cas suspects, avec si possible une pièce d'isolement, sinon une zone séparée. Selon le lieu géographique, une ambulance vers les points d'entrée. Chaque point d'entrée doit disposer d'une pièce d'isolement ou d'une zone spécialement affectée pour garder les cas suspects	30	N
9.3	Désigner des équipes disponibles 24h/24 et 7j/7 au point d'entrée pour aider les voyageurs et s'assurer de leur isolement correct, le cas échéant, notamment dans un centre/une zone de « rétention » pouvant accueillir tout cas suspect	30	N
9.4	Examiner et tester le système de communication actuellement en place entre les autorités sanitaires et les exploitants des moyens de transport au point d'entrée, et avec le réseau de surveillance sanitaire national	30	O
9.5	Examiner les systèmes et les procédures de mise en œuvre des mesures sanitaires relatives à l'IPC, et former le personnel concerné	30	N
9.6	Disponibilité de MOS pour identifier, prendre en charge et transférer les malades suspects du point d'entrée vers des hôpitaux désignés/une installation d'isolement	30	N
9.7	Sensibiliser les autorités de santé publique au niveau du point d'entrée à la maladie à virus Ebola, revoir leurs rôles et les procédures de traitement, de notification et de transfert des cas suspects	30	O-N
9.8	Disponibilité de MOS pour réaliser le dépistage à la sortie du territoire en cas de flambée confirmée de virus Ebola	30	N

Composante 10 – Budget global pour la flambée épidémique

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
10.1	Définir un budget opérationnel pour les activités (communication, surveillance renforcée, investigations, etc.), le dépistage pré-épidémique et la réponse préliminaire	30	O
10.2	Vérifier que les sources budgétaires, y compris l'affectation de ressources domestiques et des mécanismes pour lever des fonds supplémentaires en cas de nécessité, ont été mises en place et sont connues	30	N
10.3	Mettre au point des schémas pour la mobilisation des ressources et pour les obligations redditionnelles à l'égard du pays et des donateurs, y compris des mécanismes de suivi et de surveillance de la mise en œuvre des fonds	30	N

10.4	Mettre en place des fonds de réserve facilement accessibles pour la réponse immédiate à la flambée de maladie à virus Ebola au niveau national et en d'autres sites appropriés	30	N
10.5	Identifier le processus pour transférer l'argent du niveau central au niveau local pour une utilisation d'urgence	30	N

Composante 11 – Soutien logistique

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
11.1	Définir et mettre en œuvre un soutien logistique pour l'ensemble des composantes permettant de fournir tous les moyens requis dans un temps donné et selon les standards de qualité	30	N
11.2	Identifier les besoins et les capacités de stockage requis pour l'ensemble des composantes, établir un système de gestion des stocks efficient	30	N
11.3	Identifier les besoins en intrants, optimiser la chaîne d'approvisionnement, définir et mettre en œuvre des procédures opérationnelles standards pour réduire les délais de livraison et améliorer le processus de recouvrement	60	N
11.4	Établir un système de communication approprié pour s'assurer du bon déroulement des opérations	30	N
11.5	Assurer les transports pour les biens et les personnes en tenant compte des besoins et des prérequis pour la sécurité	30	N
11.6	Établir et assurer un système de transport des échantillons sûr et adéquat aux niveaux national et international depuis l'origine jusqu'au laboratoire de référence	30	N
11.7	Assurer l'installation de structures médicales correctes et leur fonctionnement selon les standards de contrôle des infections, en fournissant un espace d'isolement, un système de gestion des déchets, l'approvisionnement en intrants, la fourniture d'eau et d'électricité et un soutien en maintenance adéquat	60	N
11.8	Identifier, former et mettre à disposition les ressources humaines non médicales requises pour assurer la mise en œuvre des activités (chauffeurs, équipe d'inhumation, sécurité, administration, etc.)	60	N

Composante 12 – Engagement humanitaire

	Tâches	Dans (jours)	Oui/Non
12.1	Revoir et réviser si nécessaire les plans de contingence multirisques en incluant un scénario relatif à une épidémie d'Ebola	30	O
12.2	Préparer des propositions de projet relatives aux activités de préparation à la MVE	30	N
12.3	Se mettre d'accord au niveau de l'équipe humanitaire pays sur les structures de coordination humanitaires à mettre en place dans le cadre de la réponse à une épidémie d'Ebola et ce en soutien aux autorités nationales	30	N

12.4	Mettre à jour l'évaluation de la capacité nationale en logistique	30	O
12.5	Développer et disséminer des messages sur Ebola aux personnels et leurs familles	30	O
12.6	S'assurer des procédures de suivi des personnels pendant 21 jours au retour de mission dans les pays affectés par Ebola	30	O
12.7	Revoir les procédures d'isolement, de test et de traitement et quand nécessaire d'évacuation médicale d'un personnel international ou d'un de ses dépendants en cas de symptômes	60	N
12.8	Revoir les plans de continuité des opérations des Nations Unies en cas d'épidémie d'Ebola sévère incluant l'évacuation du personnel non nécessaire	60	N