

Rapport De Mission Exploratoire

Analyse de la préparation à la riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans l'Ouest de la Côte d'Ivoire

(Régions sanitaires de Tonkpi, Cavally-Guemon
et Gbokle-Nawa-San Pedro)

Médecins Sans Frontières (MSF) - EPICENTRE



Centre Collaborateur de l'OMS
pour la Recherche en Épidémiologie
et la Réponse aux Maladies Emergentes

Rédigé par :

TOURE Brahima, BELLIO Nicoletta, KOUASSI Laurent,
KOUADIO M'Bra Kouakou Dieu-Donné
DJIBRINE Issa (Croix-Rouge Française)

Septembre 2014

TÉLÉPHONE : 00 33 (0)1 40 21 55 55
FAX : 00 33 (0)1 40 21 51 00
E-MAIL : EPIMAIL@EPICENTRE.MSF.ORG
WEB : [HTTP://WWW.EPICENTRE.MSF.ORG](http://WWW.EPICENTRE.MSF.ORG)

Remerciements

Nous remercions les autorités sanitaires, administratives et coutumières des régions sanitaires du Tonkpi, Cavally-Guemon et Gboklé-Nawa San Pedro pour leur accueil, leur support et la facilitation de la visite exploratoire.

Nous remercions toutes les ONG partenaires avec lesquelles nous avons travaillé et qui nous ont accompagnées en nous apportant tout le soutien et le support nécessaire pour la réalisation de cette mission exploratoire.

Nous remercions particulièrement la Croix Rouge Française qui nous a accompagnée tout au long de la visite exploratoire.

Nous remercions l'ensemble du personnel de santé des formations sanitaires publiques, le personnel des formations sanitaires privées, les responsables des gares routières et toute la population de la région ouest que nous avons rencontrés.

SOMMAIRE

I. CONTEXTE	3
I.1. Epidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique de l’Ouest	3
I.2. La Côte d’Ivoire	4
I.3. Organisation de la riposte contre la maladie à virus Ebola	10
II. JUSTIFICATION	11
III. OBJECTIFS	12
IV. METHODES	12
V. RESULTATS	16
V.1. Organisation de la riposte	16
V.2. Description de ressources des formations publiques	16
V.3. La conduite à tenir devant un cas probable d’EBOLA	18
V.4. Description de la surveillance épidémiologique	19
V.5. Description des structures privées	24
V.6. Sensibilisation de la communauté	25
V.7. Analyse socio–anthropologique	28
VI. RECOMMANDATIONS	36
VII. CONCLUSION	36
REFERENCES	37
ANNEXES	38
Annexe 1 : Répartition des établissements sanitaires par région sanitaire	38
Annexe 2 : Localités visitées dans les directions départementales	39
Annexe 3 : Synthèse des besoins Watsan et Log	40
Annexe 4 : Poster définition de cas	41

I. CONTEXTE

I.1. Epidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest

L'Afrique de l'Ouest est confrontée à une épidémie de maladie à virus Ebola (souche Zaïre du virus Ebola) dont les premiers cas ont été notifiés à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Mars 2014. L'épidémie qui a débuté en Guinée s'est rapidement étendue au Libéria, à la Sierra Leone, au Nigéria et au Sénégal (dont le premier cas a été confirmé le 30 août 2014). A la fin du mois d'août 2014, plus de 3518 cas ont été notifiés et 1778 décès enregistrés (soit une létalité de 50,5 %)¹, ce qui en fait la plus importante épidémie à virus EBOLA depuis la découverte de la maladie en 1976.

A ce jour, l'épidémie n'est toujours pas sous contrôle ; la Côte d'Ivoire, qui est frontalière avec la Guinée et le Libéria n'a déclaré aucun cas de maladie à virus EBOLA.

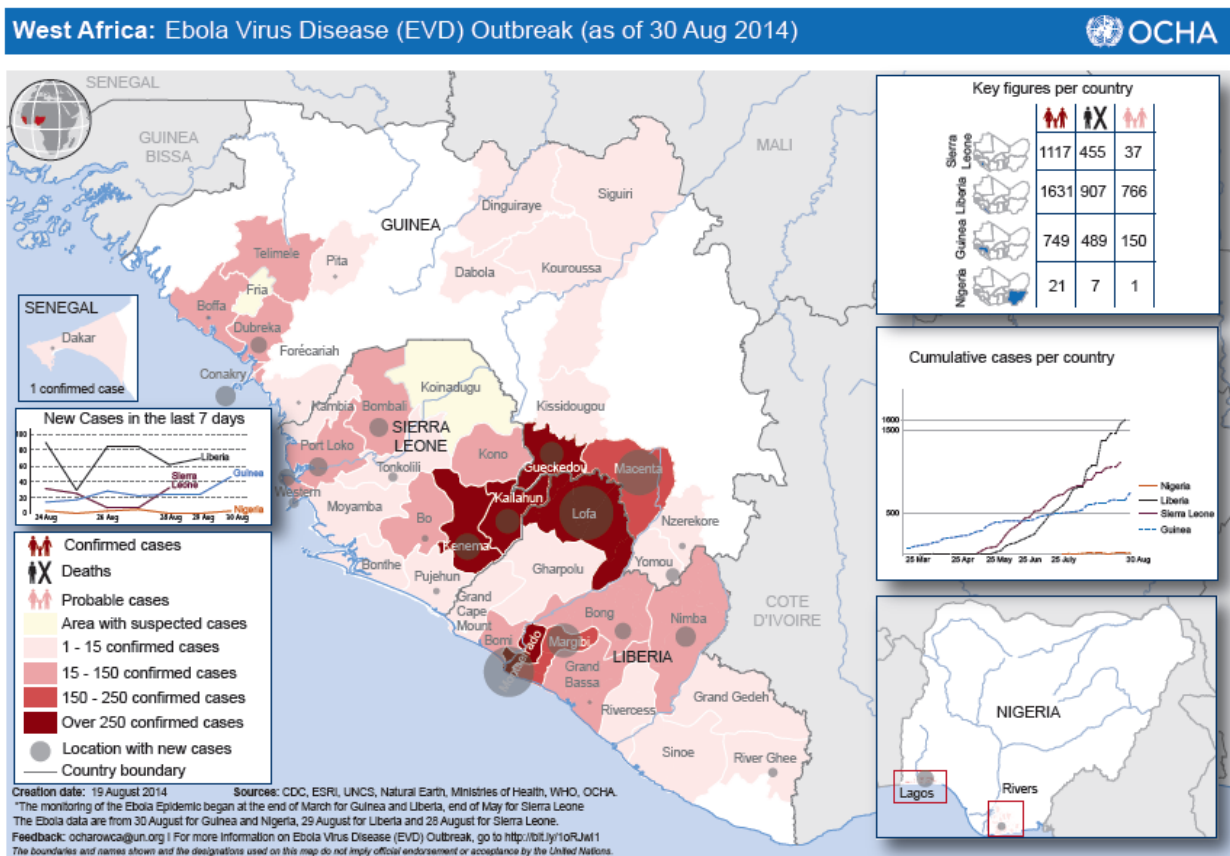


Figure 1 : Epidémie de la maladie à virus EBOLA en Afrique de l'Ouest, 30 Août 2014 (Source : OCHA)

¹ Source OCHA à la date du 30 Août 2014

I.2. La Côte d'Ivoire

I.2.1. Généralités

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. La Côte d'Ivoire partage sa frontière Ouest d'une longueur de 1326 km avec le Libéria et la Guinée.

Selon le Décret N°2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en Districts et en Régions, le territoire national est organisé au niveau déconcentré en deux (2) Districts Autonomes (Yamoussoukro et Abidjan), douze (12) Districts et trente (30) Régions administratives. La population de la Côte d'Ivoire était estimée, en 2011, à 22 594 2381 habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

Le pays a traversé plusieurs crises politiques et militaires depuis 1999 ; la crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, avait entraîné une partition du pays. De graves troubles militaro-politiques ont éclaté suite aux élections d'octobre 2010 [1, 2]. Le contexte sécuritaire est longtemps resté préoccupant, surtout le long de la frontière ouest avec le Libéria qui a connu plusieurs attaques ces dernières années. En 2014, 3 attaques ont été enregistrées à la frontière avec le Libéria dans la région de Grabo en Février, Mars et Mai. Un important dispositif de sécurité a été déployé le long de la frontière ouest qui a connue 5 attaques depuis 2012.

I.2.2. Système de santé

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire (**Figure 1**).

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

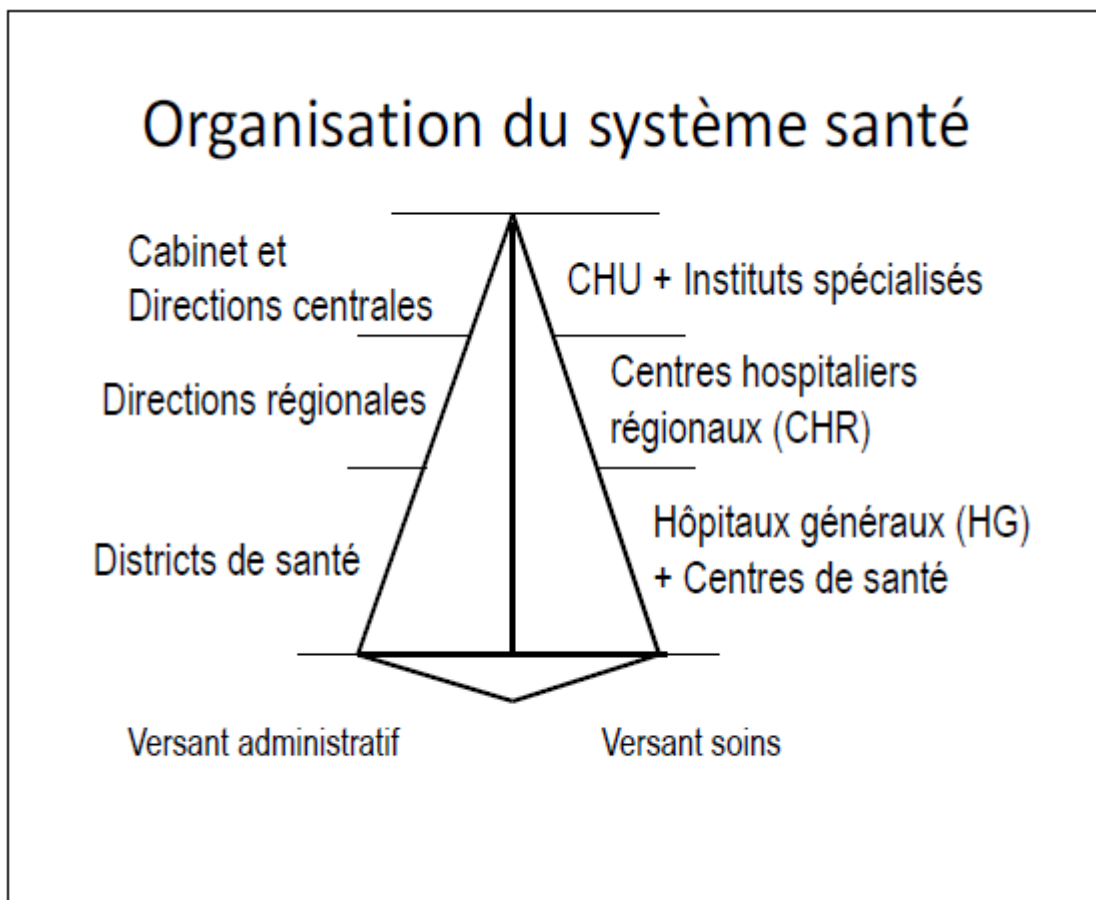


Figure 2 : Organisation du système de santé en Côte d'Ivoire (source : PNDS)

Le versant prestataire ou offre de soins du secteur public comprend :

- (i) le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire) ;
- (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) ;
- (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)).

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

Le versant gestionnaire ou administratif comprend :

- (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé ;
- (ii) le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (20) qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;

- (iii) le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (79) ou Districts sanitaires qui elles sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la politique sanitaire.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation [1].



Figure 3 : Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire (source OCHA)

I.2.3. Le système de surveillance épidémiologique

Le système de surveillance épidémiologique permet la surveillance des maladies évitables par la vaccination ciblées par le Programme Elargi de Vaccination. Il s'agit de la diphtérie, du tétanos néonatal, de la coqueluche, de la tuberculose, de la rougeole, de la fièvre jaune, de la poliomyélite, de l'hépatite B et de la méningite à *Haemophilus influenzae b*. La poliomyélite, la rougeole, le tétanos néonatal et la fièvre jaune font l'objet d'une surveillance renforcée.

Les activités de surveillance sont mises en œuvre à trois niveaux :

- Le niveau opérationnel (district) dépiste, enregistre les cas et les déclare.
- Le niveau central compile, analyses et interprète les données, fait la rétro-information et la diffusion des résultats de l'analyse. Le niveau central prend également les décisions pour conduire les actions qui découlent de l'analyse des données.
- Le niveau intermédiaire (région) reçoit les retro informations [3].

L'INHP est responsable de la coordination des activités de surveillance épidémiologique, de la supervision des activités de surveillance des districts sanitaires, de l'investigation des alertes et des rumeurs avec les districts sanitaires et de l'organisation de la riposte en cas d'épidémie. L'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire participe à la surveillance épidémiologique ; il est chargé de la réception et l'analyse des échantillons biologiques et participe à l'investigation des alertes et des rumeurs.

Depuis Juin 2013, l'OMS a initié le projet EPISURVEYOR² afin de renforcer le système de surveillance épidémiologique en Côte d'Ivoire. EPISURVEYOR est un système rapide et simple de collecte et d'envoi des données sanitaires sur un serveur à l'aide de smartphones connectés à Internet.

² OMS : Episurveyor pour relancer le système de surveillance épidémiologique en Côte d'Ivoire, <http://www.afro.who.int/en/cote-divoire/press-materials/item/5635-episurveyor-pour-relancer-le-syst%C3%A8me-de-surveillance-%C3%A9pid%C3%A9miologique-en-c%C3%B4te-divoire.html>

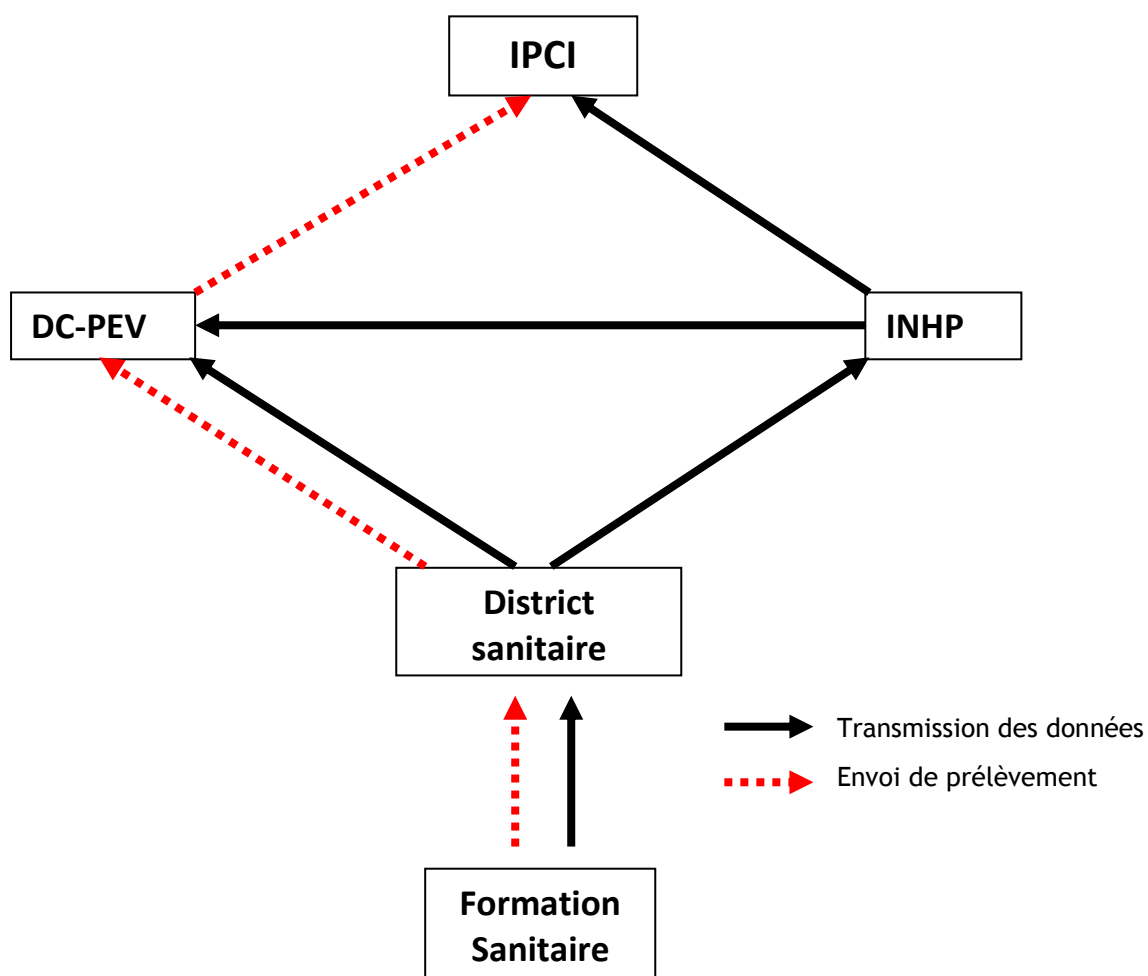


Figure 4 : Circuit de transmission des données et d’envoi des prélèvements d’échantillon du niveau périphérique vers le niveau central³.

³ Circuit de transmission reconstitué à partir des données collectées des entretiens avec le personnel de santé, le personnel des Directions Départementales et des Directions Régionales.

I.3. Organisation de la riposte contre la maladie à virus Ebola

Dès le début de l'épidémie, la Côte d'Ivoire a pris des mesures et des dispositions pour prévenir la survenue de l'épidémie et le cas échéant, lutter efficacement contre la propagation des cas à travers :

- l'organisation de la planification et de la coordination de la lutte contre la maladie à virus EBOLA ;
- l'information et la sensibilisation de la population sur toute l'étendue du territoire ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique ;
- le renforcement des capacités de réponse du système national de santé ;
- le développement de la recherche opérationnelle [4, 5]

Les comités régionaux ont été installés dans les régions sanitaires. Ces comités présidés par le Préfet de Région sont composés du Directeur régional de santé, du représentant local de l'INHP, de l'OMS (dans les régions qui ont un représentant de l'OMS), et des ONG travaillant dans la région (voir Annexe : Arrêté préfectoral).

Quelques dates importantes :

Mars 2014 : Création de Comités Régionaux de lutte dans toutes les régions sanitaires

Mars 2014 : Mesures préventives (mesures d'interdiction de se serrer les mains, faire des accolades ...)

22 Août 2014 : Fermeture des frontières

27 Août 2014 : Création de Comité de veille présidé par le Premier Ministre

II. JUSTIFICATION

Médecins Sans Frontières (MSF) est un acteur clé dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola actuellement en cours en Afrique de l'Ouest. MSF intervient en Guinée, au Libéria, en Sierra Léone et au Nigéria dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de la maladie à virus EBOLA en assurant la prise en charge des malades, suivant les personnes contacts, en sensibilisant la communauté et en apportant une assistance technique aux Ministères de la Santé des pays touchés. A cet effet, MSF a déployé d'importantes ressources humaines, matérielles et logistiques pour faire face à l'épidémie. A ce titre MSF a mis en place 6 centres (600 lits d'hospitalisation) Ebola dans ces trois pays respectifs (Guinée, au Libéria, en Sierra Léone). MSF a pris en charge plus de 4500 patients depuis le début de l'épidémie au mois de mars 2014.

Dans le cadre de la préparation de la riposte contre l'épidémie à virus EBOLA, MSF a été sollicité le 03 Septembre 2014 par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA de la Côte d'Ivoire pour une assistance technique. Ainsi, MSF participe aux réunions des différents comités, apporte un support au MSLS. MSF contribue actuellement à la mise en place dans l'enceinte du Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon, d'un site de traitement des malades à virus EBOLA.

Du fait de la survenue de l'épidémie dans les pays limitrophes de la Côte d'Ivoire d'une part et d'autre part, de la limitation actuelle des ressources de MSF pour intervenir dans la lutte contre la maladie à virus EBOLA, MSF-France conduit une mission exploratoire dans la partie ouest de la Côte d'Ivoire (régions sanitaires Tonkpi, Cavally-Guemon et Gbokle-Nawa San Pedro) pour décrire les activités de préparation et de riposte en place afin de mieux adapter son dispositif opérationnel en cas de besoin.

III. OBJECTIFS

L'objectif principal était de décrire les activités de préparation et de riposte contre la maladie à virus EBOLA mises en place par les autorités ivoiriennes dans les Directions régionales de la santé bordant la frontière ouest de la Côte d'Ivoire.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- décrire les ressources disponibles pour la prise en charge des malades à virus EBOLA dans les centres de santé des régions sanitaires de Tonkpi, Cavally-Guemon et Gbokle-Nawa-San Pedro ;
- décrire les activités de surveillance épidémiologique de la maladie à virus EBOLA dans les régions sanitaires de Tonkpi, Cavally-Guemon et Gbokle-Nawa-San Pedro ;
- décrire les connaissances de la maladie à virus EBOLA de la communauté vivant dans les régions sanitaires de Tonkpi, Cavally-Guemon et Gbokle-Nawa-San Pedro ;
- décrire les attitudes et pratiques relatives aux rites funéraires des communautés vivant dans les régions sanitaires de Tonkpi, Cavally-Guemon et Gbokle-Nawa-San Pedro ;
- établir un référentiel de contact des partenaires qui interviennent dans les régions sanitaires de Tonkpi, Cavally-Guemon et Gbokle-Nawa-San Pedro ;
- faire des recommandations pour renforcer les mesures de lutte contre la maladie à virus EBOLA mises en place.

IV. METHODES

Selon le découpage sanitaire, 4 régions sanitaires (Kabadougou-Bafin-Folon, région sanitaire Tonkpi, région sanitaire Cavally-Guémon, région sanitaire Gbokle-Nawa-San Pedro) sont réparties le long de la frontière Ouest. La mission exploratoire s'est déroulée dans 3 régions sanitaires du 13 au 25 septembre 2014. Commencée à Man, dans la région sanitaire du Tonkpi, la mission a continué successivement dans les régions sanitaires du Cavally-Guemon et Gboklé Nawa San Pedro.

Les données ont été collectées par :

- entretien avec les autorités administratives,
- entretien avec les DR, DD et les chargés de la surveillance épidémiologique (CSE)
- entretien avec les directeurs des hôpitaux et le personnel de santé
- entretien avec les leaders communautaires et les membres de la communauté
- la consultation des documents et l'observation directe.

Les données qualitatives ont été collectées à l'aide de 3 outils :

- les focus group ont été organisés avec les leaders communautaires et les relais communautaires (Agents de Santé Communautaires).
- les entretiens individuels ont concerné les autorités religieuses, les agents de santé (infirmiers, sages-femmes), et les Praticiens de Médecine Traditionnelle.
- l'observation directe nous a permis de constater de visu certains comportements des populations : se tendre les mains en se saluant, etc.

Des entretiens informels ont été conduits pour compléter la collecte de données. Ont été ainsi désignés les entretiens avec certaines catégories de la population (jeunes garçons, jeunes femmes, acteurs du transport : syndicats de transporteurs, etc.). Ce type d'entretien a été utilisé, soit pour confronter les propos de certaines cibles telles que les autorités coutumières, soit en raison de l'indisponibilité de ces catégories sociales.

Les données collectées ont concerné :

- les ressources humaines, matérielles et logistiques des formations sanitaires ;
- la surveillance de la maladie à virus EBOLA
- la perception de la population de la maladie à virus EBOLA
- la perception de la population des mesures de prévention
- les contacts des personnes impliquées dans la riposte

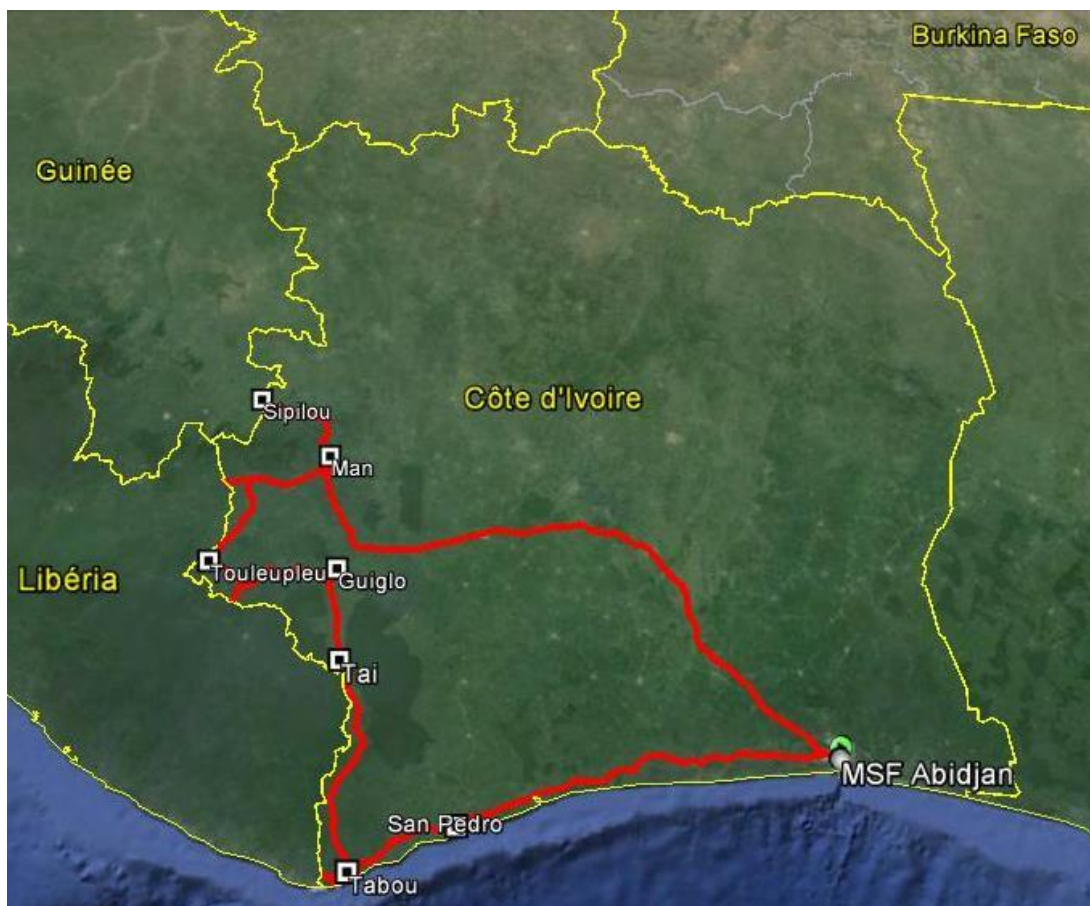


Figure 5 : circuit de la mission exploratoire du 13 au 25 septembre 2014

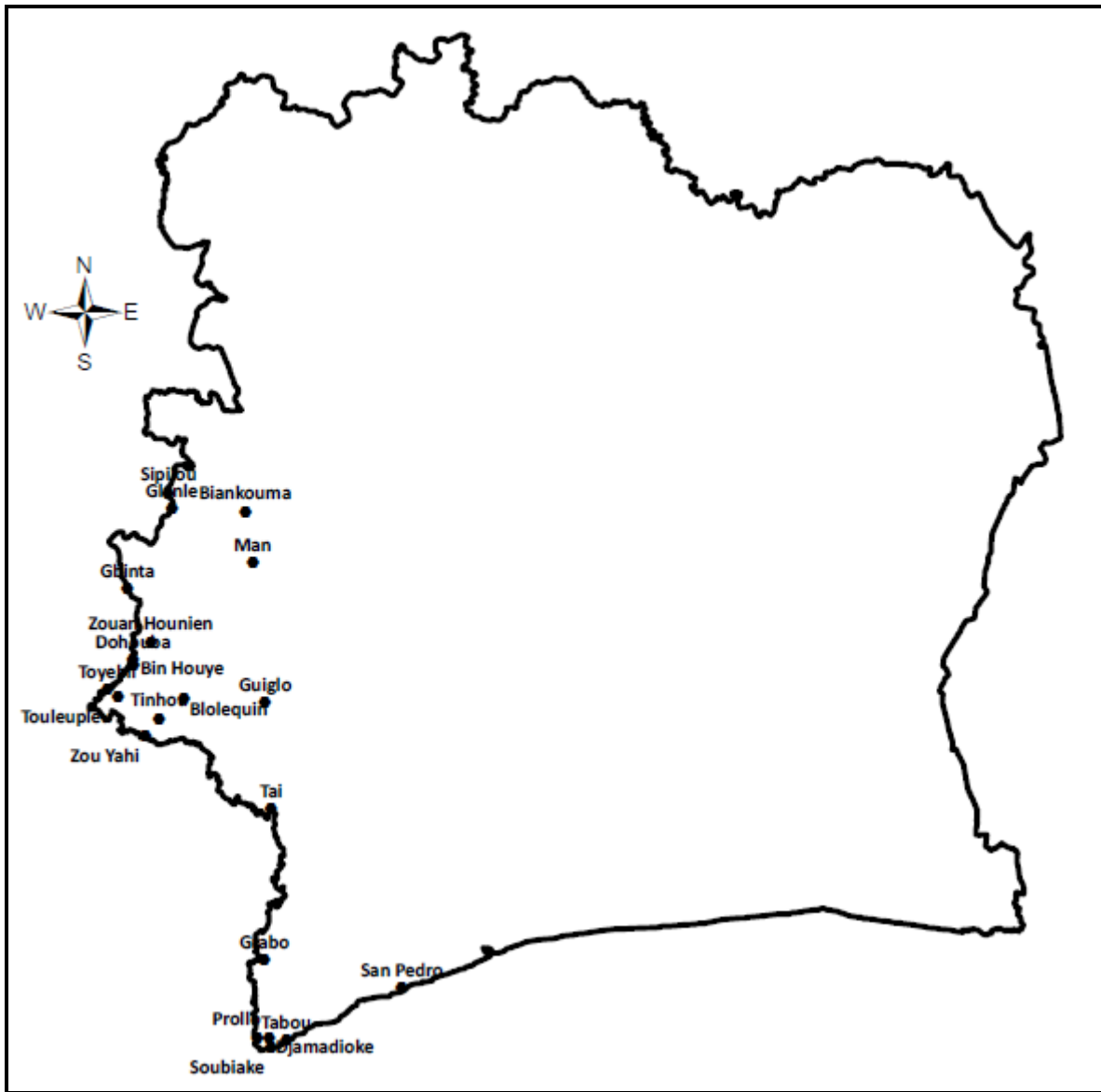


Figure 6 : Localités visitées au cours de la mission exploratoire, 13 au 25 septembre 2014.

V. RESULTATS

La mission exploratoire s'est déroulée du 13 au 25 Septembre 2014 dans les régions sanitaires du Tonkpi, Cavally-Guemon et Gboklé-Nawa San Pedro.

A l'issue de la mission, nous n'avons pas noté d'éléments en faveur de cas de maladie à virus EBOLA dans les régions sanitaires visitées.

V.1. Organisation de la riposte

L'engagement politique pour la prévention et la lutte contre la maladie à virus EBOLA s'est traduit par la mobilisation et l'implication des autorités administratives, sanitaires et coutumières. Dans les 3 régions visitées, les comités régionaux ont ainsi été créés conformément aux recommandations du gouvernement. Ces comités étaient fonctionnels et se réunissaient une fois par semaine. Cependant, nous avons noté de grandes disparités dans le niveau de préparation et de fonctionnement des différentes régions. A la date de notre mission, le Comité régional de la région sanitaire du Tonkpi a paru être le comité le plus fonctionnel. Les réunions de ce comité sont tenues tous les lundis après-midi.

V.2. Description de ressources des formations publiques

V.2.1. Ressources humaines

Tous les hôpitaux et formations sanitaires visités étaient fonctionnels. Les différents profils du personnel soignant étaient constitués par les médecins, les infirmiers, les sages-femmes, les garçons de salle les filles de salle. Le personnel de santé interrogé a affirmé avoir reçu une formation faite par l'INHP en mars ou en avril. Cependant, la majorité du personnel interviewé a affirmé que le contenu et les modules de la formation faite par l'INHP étaient insuffisants et théoriques sans un contenu pratique. Les DD et DR ont bénéficié d'autres formations après la formation de mars ou avril.

L'appellation retenue par tout le personnel de santé pour désigner la maladie à virus EBOLA était La Fièvre Hémorragique à Virus EBOLA. Les principaux symptômes de la maladie cités étaient la fièvre et les signes hémorragique (saignement, épistaxis, hématomène...).

La majorité du personnel de santé a affirmé ne pas connaître les différents types de tenues de protection et lesquelles utiliser selon les cas, ne pas savoir correctement les porter.

Divers supports de formation et de sensibilisation, les guides ainsi que des directives ont été trouvés avec le personnel de santé et au sein des formations sanitaires. Les posters concernant la maladie à virus EBOLA existaient dans l'ensemble des formations sanitaires publiques visitées. Cependant, nous n'avons pas noté la présence de protocole et d'algorithmes de prise en charge des malades et de conduite à tenir dans les centres de santé.

V.2.2. Ressources matérielles et logistiques

Le matériel de protection individuel existait dans les centres visités. Cependant, ce matériel n'était pas suffisant selon le personnel interrogé. La majorité du personnel dit ne pas avoir reçu de formation sur les types de tenues de protection, le port du matériel de protection (blouse, combinaison, lunettes ...). Les gants ont été retrouvés dans toutes les formations sanitaires ; tout le personnel interrogé a affirmé avoir des gants et ne pas avoir eu de ruptures de stock depuis le début de la préparation de la riposte à l'exception d'une sage-femme qui a affirmé ne pas avoir suffisamment de gants . Le Javel était disponible dans toutes les formations sanitaires visitées.

La majorité des districts ne possédait pas de boîtes de triple emballage.

Les moyens logistiques étaient insuffisants.

- certaines formations sanitaires ne disposaient pas d'ambulance.
- La majorité des ambulances disponibles ne sont pas adaptées pour certaines pistes en saison des pluies.
- dans certains districts, il n'y avait pas de véhicules clairement identifiés pour l'acheminement des prélèvements.

V.2.3. Description des centres de santé et sites

Tous les centres de santé visités étaient fonctionnels avec du personnel de santé du MSLS présent. Dans le cadre de leur fonctionnement général de routine, tous les hôpitaux et centres de santé disposent de pharmacies approvisionnés en médicaments et consommables par la Pharmacie de la Santé Publique. L'approvisionnement en équipement de protection et matériel pour la lutte contre EBOLA est fait par les districts sanitaires.

Au sein des formations sanitaires, un site ou une salle d'isolement a été identifié : il s'agit soit d'une salle, soit de tente(s) installée(s). Les tentes ont été installées au sein des structures de santé sans aménagement de circuits du patient, sans branchement au circuit électrique ni d'adjonction d'eau. Le site de Biankouma était le plus avancé. Cependant, les différents circuits n'étaient pas clairement définis. De plus, certains sites ont été installés dans des zones non adaptées ou difficiles d'accès. L'approvisionnement en matériel de protection et en intrants est fait par les districts sanitaires. Toutes les structures ont signalé des interruptions de l'eau et de l'électricité.

Une équipe de personnel de santé chargée de la prise en charge des malades à virus EBOLA a été identifiée au sein des CHR, hôpitaux régionaux, hôpitaux généraux et centres de santé urbains. Si l'ensemble du personnel a affirmé qu'il fallait isoler tout malade suspect et informer le niveau hiérarchique supérieur, la majorité ignorait cependant la conduite à tenir une fois le malade isolé. Il n'y avait pas de système d'ambulance organisée pour le transfert des malades des centres périphériques vers le site de traitement dans la majorité des directions régionales.

V.3. La conduite à tenir devant un cas probable d'EBOLA

Une équipe de personnel de santé chargée de la prise en charge des malades à virus EBOLA a été identifiée au sein des CHR, hôpitaux régionaux, hôpitaux généraux et centres de santé urbains. Il n'y n'existait pas de définition des tâches, définition des postes, définition des profils de poste des différents membres de l'équipe pour la PEC des cas EBOLA.

Les actions à mener devant un cas probable d'EBOLA (isolement du malade, prélèvement de sang et acheminement du sang à l'INHP d'Abidjan) dans les CHR et Hôpitaux Régionaux de référence des chefs-lieux de région sont bien connues. Cependant, dans l'application pratique au sein des hôpitaux généraux au sein des districts sanitaires, la conduite à tenir pour la prise en charge des malades n'était pas uniforme. Tout le personnel rencontré a ainsi mentionné qu'il fallait isoler le malade dans une salle et informer le district sanitaire.

Dans la majorité des districts, le personnel de santé des hôpitaux a dit qu'il prendrait le malade en charge et ferait un prélèvement de sang pour l'acheminer à l'INHP ; dans certains hôpitaux, le personnel a dit qu'il attendrait l'arrivée de l'équipe EBOLA de la Région sanitaire

pour la prise en charge du malade et le prélèvement de sang.

Tous les districts ne disposaient pas de boîtes de triple emballage et de véhicules identifiés pour l'acheminement des prélèvements à l'INHP (Abidjan). Nous avons ainsi relevé l'acheminement à Abidjan, de prélèvements non accompagnés par un personnel de santé, en utilisant des portes vaccins par les bus (cars de transport) des compagnies de transport en commun.

V.4. Description de la surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique de la maladie à virus EBOLA, basée sur le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique, a été renforcée. L'application MAGPI du EPISURVEYOR n'intègre pas la surveillance de la maladie à virus EBOLA.

Les activités de surveillance sont coordonnées par l'INHP. L'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, identifié comme le laboratoire de référence, participe également à la surveillance épidémiologique ; l'IPCI reçoit et analyse les échantillons de prélèvements biologiques.

Le circuit de transmission des informations collectées au cours de la surveillance de la maladie à virus EBOLA est différent de la surveillance habituelle des maladies cibles du PEV. Toutes les formations sanitaires notifient chaque jour, les données de la surveillance de la maladie virale à Virus Ebola à leur district sanitaire d'appartenance. Les districts sanitaires transmettent toutes données à la direction régionale de la santé de la région sanitaire. Les directions régionales de la santé compilent quotidiennement, toutes les informations et les transmettent à l'INHP.

Le comité se réunit tous les soirs pour analyser les données de la surveillance. Ce comité de surveillance de l'INHP transmet les données de la surveillance au Cabinet du Ministre de la Santé. L'INHP réceptionne également les prélèvements effectués (cas suspects) et les achemine à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire.

La surveillance est passive, basée sur les données des consultations journalières dans les formations sanitaires et dans les hôpitaux. Il n'existe pas de système de surveillance à base communautaire bien que la communauté participe au rapportage des cas et de la présence d'étrangers venant des pays en épidémie.

Le système est simple, basé sur le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique. Le circuit de communication de l'information est clairement connu. Les moyens de communication sont le téléphone et l'Internet qui sont disponibles dans les zones visitées. Cependant, certaines formations sanitaires ont des difficultés d'accès au réseau téléphonique.

Le prélèvement et l'acheminement des échantillons ne sont pas clairement définis. L'utilisation des bus de transport en commun pour l'envoi des prélèvements à l'INHP peut constituer un danger. La définition des cas utilisés accorde une grande importance aux hémorragies.

Le circuit de notification est bien connu par tout le personnel de santé que nous avons rencontré : la notification est quotidienne, des formations sanitaires vers les districts de santé. Les districts de santé notifient à la direction régionale de la santé. Chaque direction régionale compile les données de la surveillance (de sa région) et les communiquent à l'INHP. Le prélèvement et l'acheminement des échantillons sont cependant mal définis ; dans certains districts, le prélèvement sera effectué par l'équipe EBOLA de la région. L'acheminement des prélèvements dans certains districts se fait dans les bus de transport encore du district à l'INHP.

NB. :

- le modèle du circuit de transmission des données et des prélèvements a été construit à partir des informations collectées. Un document officiel (organigramme) du Ministère de la Santé est toujours attendu.
- nous n'avons pas eu de données sur les cas alertes et les cas suspects détectés par la surveillance épidémiologiques.

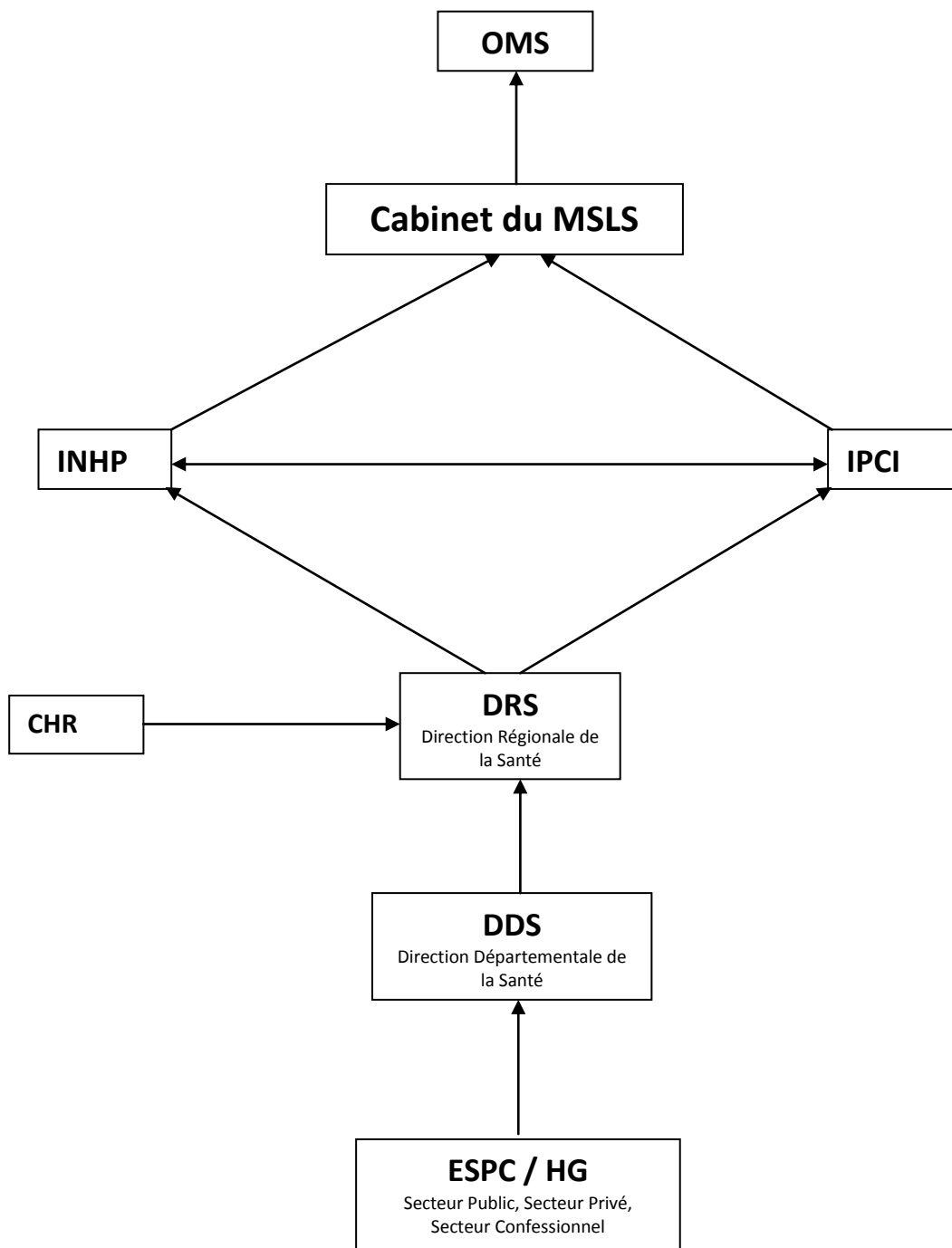


Figure 7 : Circuit de transmission des données et des prélèvements⁴

⁴ Circuit de transmission reconstitué à partir des données collectées des entretiens avec le personnel de santé, le personnel des Directions Départementales et des Directions Régionales.

Les définitions de cas alerte, cas suspect et cas contact⁵

Définition des cas

Les définitions de cas utilisées comprennent le cas alerte et le cas suspect :

Cas alerte

A utiliser par les agents de santé communautaires et la communauté

Toute personne présentant :

*** Fièvre élevée, d'apparition brutale**

OU Saignement ou diarrhée rouge ou sang dans les urines

OU Mort soudaine

Cas suspect :

A utiliser par les centres de santé

* Toute personne souffrant d'une forte fièvre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$) avec ou sans saignement (épistaxis, hématurie, rectorragie etc...)

ET associée à au moins un des facteurs d'exposition suivants :

*** Séjour dans une zone où sévit une épidémie de Fièvre Ebola**

*** contact avec une personne atteinte ou décédée de Fièvre Ebola**

*** contact avec un animal mort ou malade**

Cas confirmé

Cas suspect confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive ou isolement du virus), ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.

⁵ Source : Documents collectés auprès du personnel de santé au cours de la visite exploratoire

Définition de contact

Les définitions de contact utilisées sont : contact d'un cas humain et contact d'un animal décédé ou malade.

***CONTACT D'UN CAS HUMAIN**

Toute personne ayant été en contact avec un cas selon au moins une des modalités suivantes :

- A dormi dans le même foyer que le cas dans le mois précédant le début des symptômes
- A eu un contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) pendant sa maladie
- A touché les fluides corporels pendant sa maladie
- A manipulé les vêtements ou linge du patient
- A été allaité au sein

****CONTACT D'UN ANIMAL DECEDE OU MALADE**

Toute personne ayant été en contact avec un animal décédé ou malade selon au moins une des modalités suivantes :

- A touché
- A manipulé
- A dépecé
- A touché le sang d'un animal
- A mangé de la viande de brousse

Caractéristiques du système de surveillance

Le système de surveillance de la maladie à virus EBOLA est un système simple, basé sur le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique existant et fonctionnel qui a déjà dépisté les cas de fièvre jaune, paralysie flasque aiguë, choléra, méningite, rougeole...

Le système n'est pas à base communautaire ; le système passif et notifie les cas qui sont en contact avec le système sanitaire. Cependant, il faut noter la participation de la communauté dans la surveillance en rapportant aux autorités administratives et sanitaires, les alertes et l'arrivée des étrangers. La surveillance actuelle n'implique pas le réseau des structures privées. Les chargés de la surveillance épidémiologique ont reçu plusieurs formations.

La définition des cas utilisés n'est pas sensible et est très spécifique. La mortalité communautaire n'est pas actuellement surveillée.

Le circuit de communication de l'information est simple, clair et bien défini. Le système utilise le téléphone et l'internet pour la transmission rapide des informations. L'ensemble des centres de santé visité participe quotidiennement à l'envoi des données.

NB : Dans la forêt de Taï et le Parc National de Taï, l'Office Ivoirienne des Parcs et Réserves, le Centre Suisse de la Recherche Scientifique (CSRS) et la fondation WCF (Wild Chimpanzee Foundation) conduisent la surveillance des singes, des primates et des autres espèces.

V.5. Description des structures privées

L'ensemble du personnel de santé des structures privées visitées a affirmé ne pas avoir reçu de formation et ne pas être associé à la préparation de la riposte contre la maladie à virus EBOLA. Les médias étaient leurs principaux canaux d'information. Toutes les structures privées visitées n'avaient pas de posters sur la maladie à virus EBOLA à l'exception d'une structure à Man et à Guiglo.

Les structures privées ne participent pas à la surveillance de la maladie à virus EBOLA et ne disposent pas de matériel de protection.

V.6. Sensibilisation de la communauté

La population rencontrée au cours de la mission avait une connaissance de la maladie à virus EBOLA grâce aux campagnes de sensibilisation menées par les média (télévision, radio, presse écrite ...), les compagnies de téléphonie mobile (envoi de sms), les lieux de cultes.

Localement, les comités de régionaux et départementaux (préfets, sous-préfets, personnel de santé) ont sillonné les villes, villages et campements pour sensibiliser la population sur la maladie. La sensibilisation par les comités régionaux et départementaux paraît moins marquée en milieu urbain comparé au milieu rural.

Le contenu de la sensibilisation souligne le caractère grave et mortel de la maladie sans informer de la guérison d'une partie des personnes malades. Ainsi, la majorité des personnes interviewées ont affirmé qu'elles ont peur de la maladie à virus EBOLA qui est une maladie grave et toutes les personnes malades sont condamnées à mourir.

La majorité des personnes ont affirmé qu'elles quitteraient la région pour aller à Abidjan, particulièrement les quartiers de Yopougon et Abobo, en cas de survenue d'une épidémie.

Dans les villes et villages, les membres de la communauté appellent les autorités administratives et sanitaires pour leur signaler les cas de malades qui leur paraîtraient suspects et dénoncer l'arrivée des personnes venant des pays en épidémie.

Bien que les frontières soient officiellement fermées, l'ensemble des personnes interviewées ont affirmé que les mouvements et les échanges continuent entre la Côte d'Ivoire, le Libéria et la Guinée. Les pirogues ont été retirées des eaux dans les villages frontaliers et l'interdiction de manger le gibier semble respectée.

Dans les villes, les personnels des compagnies de transport interrogés dans les gares routières ont affirmé ne pas avoir été sensibilisés. Il n'existe pas de registres dans les gares des compagnies de transport qui effectuent les grandes lignes en direction des grandes villes (Abidjan, Bouaké, Daloa, Yamoussokro...). Quelques compagnies avaient un registre pour mentionner les contacts des voyageurs qui avaient des bagages et colis importants.

NB. : Les conséquences de la fermeture des frontières

- arrêt des échanges commerciaux entre les villages ivoiriens, libériens et guinéens le long de la frontière. Les habitants des villages frontaliers du Libéria et de la Guinée s'approvisionnaient dans les villages et villes frontaliers de la Côte d'Ivoire. Ne pouvant plus s'approvisionner en Côte d'Ivoire, ces Libériens et Guinéens vont certainement chercher à s'approvisionner dans les autres villes et villages (qui sont situés plus à l'intérieur) du Libéria et de la Guinée. Le risque serait l'établissement et le renforcement des échanges avec les autres villes de l'intérieur du Libéria et de la Guinée. Cela pourrait accroître les risques de contamination de ces populations et favoriser l'importation de la maladie dans les villages frontaliers. Sachant les frontières poreuses, en cas d'épidémie dans un (des) village(s) proche(s) de la frontière, le risque d'importation de cas en Côte d'Ivoire sera très important.

- Les élèves originaires de la Côte d'Ivoire sont encore bloqués au Libéria et en Guinée.

- Les ivoiriens réfugiés au Libéria et en Guinée ne peuvent plus rentrer en Côte d'Ivoire.

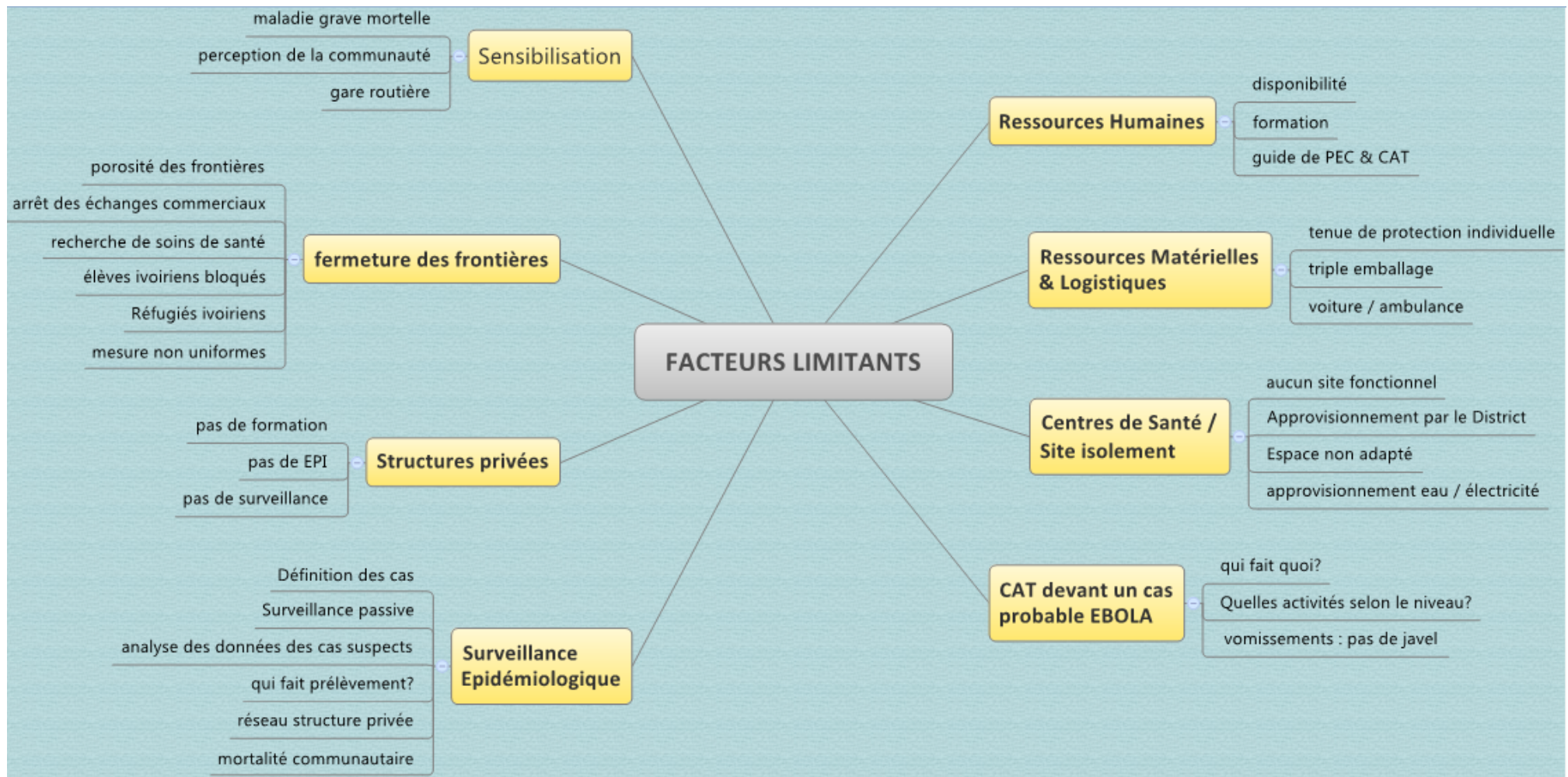


Figure 8 : Facteurs limitants identifiés

V.7. Analyse socio-anthropologique

V.7.1. La connaissance de la maladie à virus Ebola

Les connaissances des populations au sujet de la maladie à virus EBOLA ont été exposées à partir des dénominations, des images associées à la maladie à virus EBOLA, des procédés littéraires et grammaticaux.

La Fièvre Hémorragique à Virus Ebola, est connue sous l'appellation « Ebola ». Il s'agit d'un concept généralement nouveau pour la quasi-totalité de nos enquêtés. A cet effet, le représentant de la communauté guinéenne de Sipilou affirme « [...] *Je connais pas bien tout ça. On dit c'est maladie [...]* ». Cet état de fait est inhérent au fait que c'est la première fois qu'une telle épidémie est constatée en Afrique de l'ouest. Outre le concept « *Ebola* », celui d'« *lbola* » a également été employé par la « Prophétesse » de l'« Eglise de Dieu en Christ » de Tabou.

Des images sont associées à la maladie à virus EBOLA. « Ebola » est connu comme une réalité pernicieuse. Les propos des enquêtés indiquent divers niveaux de gravité de cette maladie ; selon les Autorités coutumières de Danané :

« Ebola, c'est une maladie contagieuse. Elle est très dangereuse. C'est plus grave que le sida. Quand une personne est attaquée, c'est vingt personnes en même temps. [...] Ebola se transmet très rapidement et fait trop de dégâts très rapidement. [...] Ebola est maladie qui ne connaît pas parent. Ça ne trie personne. C'est comme le coton. Quand le vent souffle, ça s'en va. »

En général, les populations ont entendu parler de la maladie à virus Ebola. La totalité des personnes ont souligné la gravité de la maladie à virus EBOLA. En dépit de leur diversité, toutes les personnes sont unanimes sur la dangerosité de la maladie à virus EBOLA. Les termes « *peur* », « *effrayant* », « *mauvais* », « *très grave* », « *sale* », « *mourir* », « *très contagieuse* », « *mortelle* », « *grave* » précisent le champ sémantique de la virulence d'« Ebola ». Elles en retiennent le plus souvent deux mesures préventives : l'interdiction de la chasse d'animaux sauvages et le fait de ne pas se tendre la main, comme l'attestent les leaders communautaires baoulé de Taï : « *Ebola, c'est quelque chose de mauvais. On doit pas manger viande de brousse, faut se laver les mains.* ».

V.7.2. Les attitudes face à la maladie à virus EBOLA

Les entretiens avec les personnes-ressources ont révélé qu'en cas de maladie à virus EBOLA, il y aurait des risques d'affrontements dans certaines localités entre autochtones et allochtones d'une part et entre autochtones et allogènes d'autre part. Interrogées sur leurs attitudes en cas d'existence de la maladie à virus Ebola dans leur milieu de vie, les autorités coutumières de Danané, ont affirmé :

« Les gens ne s'attendent pas à ça ici. Mais, ce n'est pas un découragement. Ça va prêter à beaucoup d'interprétations. Il y en a qui diront à leurs familles de quitter la localité. Il y aura des départs massifs. » « On va attribuer ça aux Guinéens et aux Libériens. On va s'en prendre aux autorités. On leur dira qu'ils n'ont pas garanti notre santé et notre sécurité. ». (Autorités coutumières de Danané)

Comme nous le constatons, les ressortissants des pays endémiques, notamment du Liberia et de la Guinée, risqueraient d'être des boucs-émissaires en cas d'infection d'un membre de la communauté autochtone de Danané.

Avec l'existence de comités de veille dans les villages et quartiers urbains, les populations sont invitées, entre autres, à dénoncer les contrevenants aux décisions gouvernementales dont les mesures préventives. Les populations vivent dans une attitude de méfiance et de suspicion réciproques ; la dénonciation pourrait engendrer des conflits entre des personnes, des familles et des communautés.

C'est ce qu'ont révélé les leaders communautaires allochtones de Tabou :

« Quand les gens viennent du Liberia, on dit de les dénoncer. Ça peut diviser des gens parce que certains peuvent se plaindre que vous les avez dénoncés. ».

Nombreux sont les groupes d'acteurs qui désirent quitter instantanément leur milieu de vie en cas d'épidémie à virus Ebola :

« J'irai à Abidjan, Yopougon, C'est le premier quartier qu'on trouve quand on va à Abidjan. Il y a beaucoup de nos parents là-bas. C'est plus facile pour nous. »
« On ira du côté de l'est, à Abidjan, vers Port-Bouët, Yopougon, Abobo. On a des parents là-bas. ».

En cas de déplacements des populations, la ville d'Abidjan a été identifiée comme destination prioritaire. Ce sont principalement les quartiers de Yopougon, Abobo et Port-Bouët qui ont été cités. Selon les personnes, le choix de ces communes réside dans le fait qu'elles y ont des parents ou d'autres réseaux de relations « connaissances ».

Contrairement à ce premier groupe d'acteurs, il en existe d'autres, à l'instar des leaders communautaires allochtones de Tabou et la communauté guinéenne de Tabou, qui ont affirmé ne pas effectuer de déplacements en cas maladie à virus EBOLA.

Les populations dans leur ensemble ont affirmé devoir respecter les consignes sanitaires relatives au décès d'une personne suite à la maladie à virus EBOLA. Elles ont affirmé avoir été sensibilisées sur le risque qu'elles encourent en cas de manipulation des cadavres. Un participant à l'entretien à Ponan (Taï) affirmait en ce sens :

« Si c'est lui seul qui est mort, c'est mieux au lieu que nous tous on va mourir. ».

La quasi-totalité des agents de santé interrogés, ont affirmé que la maladie à virus EBOLA suscite crainte et frayeur. Pour eux, les risques d'exposition sont beaucoup plus élevés au sein de leur corporation étant donné qu'ils doivent prendre en charge d'éventuels cas de malades à virus EBOLA. La crainte des agents de santé est due à deux facteurs : le manque de formation réelle dans le domaine de la prise en charge de cas de maladie à virus EBOLA et l'insuffisance/le manque d'équipements adéquats. En effet, les agents de santé ont affirmé qu'ils n'ont jamais reçu de « formation réelle » dans le domaine de la prise en charge de la maladie à virus EBOLA. Ils ont tous employés le terme « briffés » ; la durée de ces échanges ayant oscillé entre deux et trois heures.

Ces différentes interventions soulignent l'ampleur des problèmes auxquels sont confrontés les agents de santé dans le cadre de la prise en charge de cas confirmés de maladie à virus EBOLA. De ce fait, certains ont affirmé qu'ils abandonneraient leur poste en cas d'épidémie à virus Ebola dans leurs lieux de service. Un infirmier a affirmé sans détour :

« Je vais fuir pour [ma ville d'origine] si les moyens ne sont pas réunis. ».

Les propos de cet intervenant ont été néanmoins contrastés par d'autres agents de santé qui ont affirmé rester à leur poste.

V.7.3. Les pratiques vis-à-vis de la maladie à virus EBOLA

Dans toutes les localités visitées, des campagnes de sensibilisation sur la maladie à virus EBOLA ont été entreprises par divers acteurs : le corps préfectoral, le corps médical et paramédical, les autorités coutumières, etc. Outre ces acteurs locaux, des messages de diffusion sont quotidiennement diffusés par les médias (radio et télévision nationales, radio communautaires, médias étrangers), et par d'autres canaux : téléphonie (sms), etc.

Les médias ont été majoritairement cités par les populations urbaines, quand celles des zones rurales se referaient plus aux corps préfectoral et médical.

Tout comme le corps préfectoral, les leaders religieux et les leaders communautaires sont engagés dans la lutte contre la maladie à virus EBOLA en Côte d'Ivoire. Cependant, les praticiens de médecine traditionnelle (tradipraticiens) et les gestionnaires de structures privées de santé ont affirmé ne pas avoir été impliqués ; la quasi-totalité des intervenants a employé le terme « exclu ».

Très peu d'affiches et autres supports de sensibilisation ont été trouvés dans les lieux publics ou lieux de rassemblement (gares routières, siège des chefferies, lieux de culte, etc.). Des affiches portant sur les mesures préventives au domicile du chef du village de Ponan (Taï), à la grande mosquée de San Pedro, à la gare Aïcha Ni Mory Transport de Tabou.

Dans toutes les localités visitées, il existe des comités de veille ou de vigilance dans les villages et quartiers urbains. Entre autre missions de ces comités, figure l'information des autorités d'immigrations clandestines ; la frontière étant fermée. Plusieurs cas de dénonciation d'immigrations clandestines ont été portés à la connaissance de la mission.

Les pratiques préventives des populations sont dominées par la non-consommation d'animaux sauvages et l'évitement des contacts au cours des salutations.

C'est ce que révèlent les autorités coutumières Yacouba de Sipilou et les leaders communautaires allogènes de Tabou :

- Autorités coutumières Yacouba de Sipilou : « *On ne se tend plus la main ; on ne mange pas la viande de brousse. On ne fait pas d'accolades.* »

Dans le sud-ouest, notamment dans les localités de Taï, Tabou et San Pedro, l'interdiction a porté sur certains aliments tels la goyave, les escargots qui pourraient, selon les personnes interrogées. Certaines pratiques ont été décrites par l'infirmier-major de Taï :

« Il y a des gens qui ont dit que si on se lave avec du sel à 4 h du matin on peut pas avoir ça. Un matin, tout le monde s'est lavé avec de l'eau salée.[...] A cause de ça, nos enfants ne mangent plus goyave. Ils disent que les chauves-souris s'asseyaient dessus. Ils chient dessus. ».

Des difficultés pour l'observance des décisions ont été mentionnées :

- l'évitement des contacts au cours des salutations d'usage ;
- l'interdiction de consommer la viande de brousse car certains groupes ethniques ne mangent pas le poisson ;
- l'interdiction de retour des élèves ivoiriens restés bloqués au Libéria et en Guinée après la fermeture des frontières. Selon différents intervenants, il existerait des réseaux d'immigration clandestine à la frontière ouest.

V.7.4. Conséquences des décisions gouvernementales

Les conséquences des décisions gouvernementales peuvent être situées à trois niveaux : économique, social et scolaire.

Au niveau économique, il est constaté une hausse du coût des denrées alimentaires du fait de la fermeture des marchés dans les villages frontaliers. Dans les villages frontaliers visités, les groupes de discussion ont informés la mission que les populations libériennes s'y rendaient les jours de marché. Outre la vente des marchandises, les rencontres s'effectuaient. On s'enquerrait des nouvelles de certains membres de la famille, des amis, etc. Le marché avait donc une fonction tant économique que sociale. Par ailleurs, certaines personnes de l'ouest de la Côte d'Ivoire ont leurs plantations sur le territoire libérien et réciproquement.

Au niveau social, l'accent est mis sur la « dislocation » provisoire de certaines familles ; des membres vivant sur le territoire ivoirien et d'autres sur le territoire libérien ou guinéen. Dans toutes les localités visitées, nous avons rencontré bien d'autres personnes, des Ivoiriens ou non dont les membres de la famille sont réparties sur les territoires ivoirien, libérien et guinéen.

La rentrée scolaire 2014-2015 a été fixée au lundi 15 septembre 2014 par le Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique (MENET). Dans les zones frontalières de l'ouest de la Côte d'Ivoire, nombreux sont les écoliers et élèves qui s'étaient rendus au Liberia et en Guinée à la faveur des vacances scolaires 2013-2014 (Juin-septembre 2014). Suite à la décision gouvernementale de fermeture des frontières en août dernier, les vacanciers ne peuvent plus regagner leur pays d'origine.

Ces derniers tentent néanmoins de regagner le territoire ivoirien, selon le chef de poste des FRCI de Zou Yahi :

« Souvent, les élèves viennent au bord [du fleuve Cavally] avec leurs familles. Ils sont beaucoup. Ils nous demandent pardon pour qu'on les laisse entrer, mais on leur dit que c'est pas possible. C'est une décision du gouvernement. Nous tous, on est obligés de respecter. ».

Cet état de fait ne pourrait-il pas amplifier le phénomène d'immigrations clandestines ? La frontière ouest de la Côte d'Ivoire est généralement naturelle (cours d'eaux, forêts, montagnes, etc.) Elle est poreuse. Des témoignages sont concordants sur l'existence de réseaux d'immigrations clandestines impliquant divers acteurs sociaux.

Résumé de l'analyse socio-anthropologique

La Côte d'Ivoire est-elle prête à faire face à un cas de maladie à virus EBOLA ? Bien qu'aucun cas confirmé n'ait encore été notifié, le système social, économique, sanitaire, culturel et familial est affecté dans les Régions sanitaires de Tonkpi, Cavally-Guemon et Gbokle-Nawa-San Pedro à l'Ouest et au Sud-ouest de la Côte d'Ivoire. « Ebola » est une maladie qui suscite crainte, peur, méfiance chez les populations, y compris les agents de santé. En vue de la prévenir, des efforts de sensibilisation sont entrepris aussi bien par le corps préfectoral, les professionnels de la santé que par les leaders communautaires. A ces actions, s'ajoutent l'installation de comités de veille dans les villages et quartiers urbains. Bien que louables, ces initiatives se trouvent limitées au regard des habitudes des populations, de l'ampleur de leurs besoins, de la non-implication de certaines couches sociales dans les activités, du sous-équipement des structures sanitaires et d'un manque de formation réelle des agents de santé dans le domaine de la lutte. Les décisions gouvernementales, en particulier celles relatives à la fermeture des marchés (dans les villages frontaliers) et de la frontière, semblent contre-productives eu égard aux difficultés existentielles des populations et de l'existence de réseaux d'immigrations clandestines impliquant diverses catégories d'acteurs. En conséquence, la prise en compte de tous les aspects de l'environnement social, culturel, économique, et structurel s'impose si l'on veut réellement dresser une barrière contre « Ebola » en Côte d'Ivoire.

Recommandations de l'analyse socio-anthropologique

- Organiser de fréquentes séances de formation sur la maladie à virus Ebola de tout le personnel soignant et de toutes les autres corporations.
- Equiper les structures publiques de matériel de protection (gels hydroalcooliques, gants, bavettes, etc.).
- Equiper l'ensemble des structures sanitaires en matériel nécessaire (y compris les moyens de mobilité) et adéquat.
- Prévoir des psychologues dans la chaîne d'intervention.

- Renforcer les actions de sensibilisation des communautés (sensibilisation de masse, porte-à-porte, films, boîtes à images, etc.) dans les milieux urbains comme ruraux.

- Distribuer les supports de sensibilisation et les afficher dans les lieux publics.
- Renforcer la sensibilisation à travers des sketches et simulations afin que la population prenne davantage conscience des dangers que constitue cette maladie.
- Impliquer davantage les leaders communautaires, les chefs de ménage, les femmes et les jeunes dans les activités de sensibilisation.

VI. RECOMMANDATIONS

- 1. Définir une stratégie claire et adaptée à la situation de la Côte d'Ivoire**
- 2. Formation (théorique et pratique) du personnel**
- 3. Renforcer la surveillance épidémiologique**
- 4. Implémenter une surveillance à base communautaire**
- 5. Inclure le secteur privé dans la stratégie**
- 6. Continuer la sensibilisation en adaptant le contenu du message**

VII. CONCLUSION

La mission exploratoire qui s'est déroulée du 13 au 25 septembre 2014 a permis de faire l'analyse du dispositif de préparation et de riposte dans la partie ouest de la Côte d'Ivoire. De nombreuses activités de sensibilisation, d'organisation et de formation ont été entreprises. Il n'y avait pas de cas de maladie à virus EBOLA à notre connaissance au moment de la visite.

Il est urgent de définir une stratégie claire et adaptée, de renforcer la surveillance épidémiologique et de former correctement les personnels (publics et privés) de santé.

Références

1. Ministère De La Sante Et De La Lutte Contre Le Sida, Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2015, Avril 2012.
2. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique / Direction De L'information, de la Planification et de L'Evaluation, Rapport D'évaluation du Système National d'Information Sanitaire Ivoirien par L'outil Du Réseau de Métrologie Sanitaire RMS/HMN
3. Kouadio Kouadio Nestor Jean Claude, Evaluation du Système de Surveillance Epidémiologique des Maladies Cibles du PEV au niveau central en Côte D'Ivoire, Mémoire DU Interuniversitaire.
4. Ministère de la Sante et de la Lutte Contre Le Sida, Organisation de la Riposte à L'épidémie de la Maladie A Virus Ebola en Côte D'ivoire, 30 Août 2014
5. Ministère De La Sante de de la Lutte Contre la Sida, Plan de Préparation et de Réponse contre la Fièvre Ebola, Septembre 2014

ANNEXES

Annexe 1

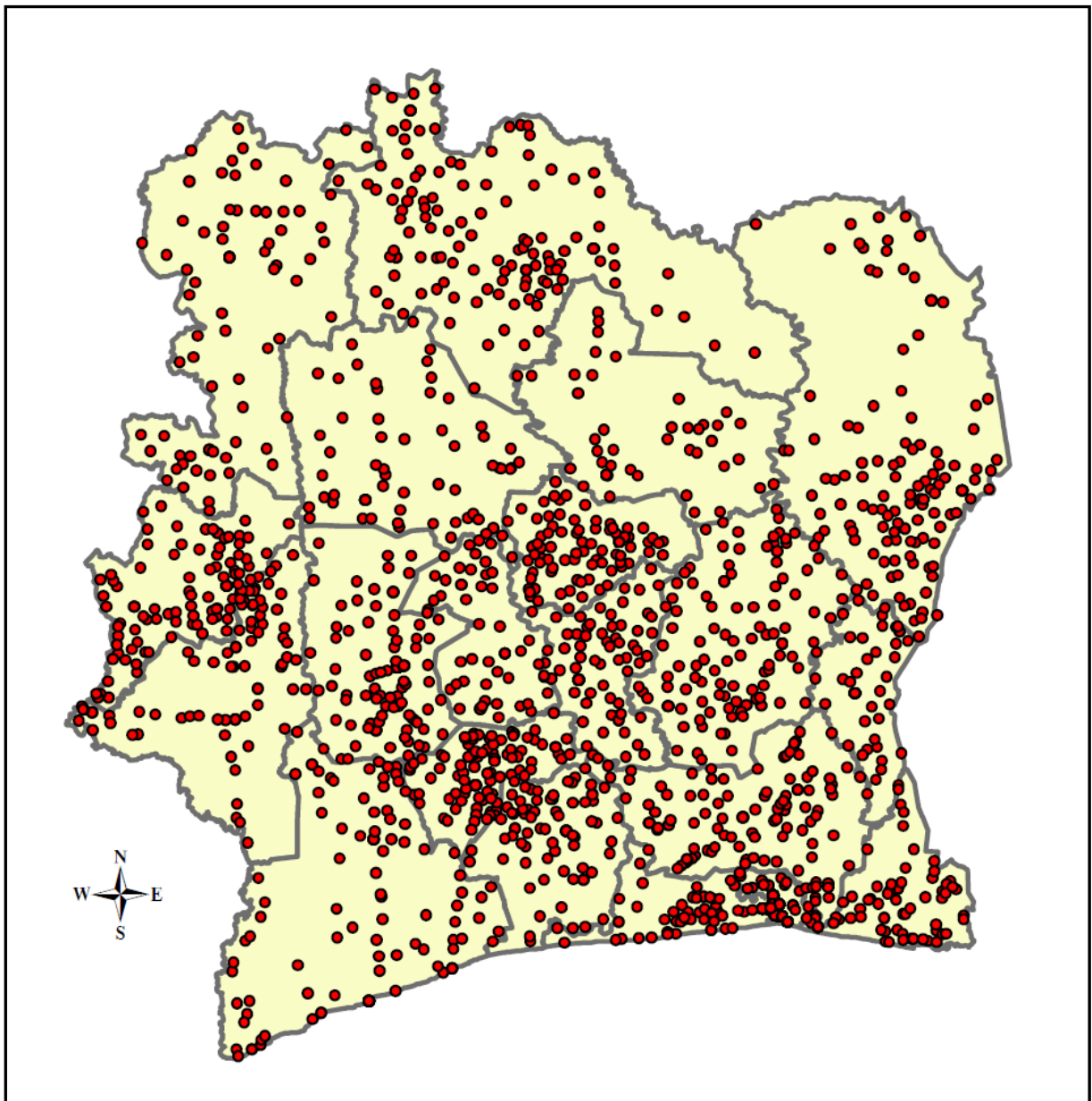


Figure : Répartition des établissements sanitaires par région sanitaire⁶

⁶ Source des données GPS : OCHA

Annexe 2

Tableau : Localités visitées dans les directions départementales

Directions Régionales	Directions Départementales	Localités visitées
TONKPI	Man Biankouma Danané Zouan hounien	Sipilou Glanle Gbeunta Bin Houyé Dohouba
CAVALLY-GUEMON	Toulepleu Bloléquin Guiglo	Toyébly Tinhou Zou yahi Taï Ponan
GBOKLE-NAWA SAN PEDRO	San Pedro Tabou	Grabo Soublaké Prolo

Annexe 3

Tableau: Synthèse des besoins Watsan et Log

Synthèse des besoins Watsan et Log										
District Sanitaire	Formation sanitaire	Eau	Latrines	Douches	Traitement de déchets	Zone d'isolement Cas suspect	Personnel formé à la prise en charge de cas suspect	Equipement de sécurité (combinaison)	la structure est-elle électrifiée	Existe des moyens roulants
Man	CHR de MAN	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Sipilou	CdS de Sipilou	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Biankouma	Dispensaire de Glanlé	1	1	0	0	0	0	0	1	1
Biankouma	CHR deBiankouma	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Danané	CHR de Danané	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Zouanhouin	CHR de Zouanhouin	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Danané	CSU de Bin - houe	1	1	1	1	1	0	0	1	1
Toulepleu	CHR deToulepleu	1	0	0	1	0	0	1	1	0
Guiglo	CHR de Guiglo	1	0	0	0	1	0	1	1	1
Guiglo	CSU de Tai	1	1	0	0	1	0	1	1	1
Tabou	CSU de Grabo	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Tabou	CHR de Tabou	1	1	0	1	1	1	1	1	1
San - Pedro	CHR de San Pedro	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Total		13	9	2	9	10	7	10	13	11
Légende:	1: fonctionnel,									
	0: non fonctionnel									

Annexe 4

Poster définition de cas

REPUBLICQUE DE COTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA FIEVRE EBOLA

DEFINITION DE CAS

Cas alerte

A utiliser par les Agents de Santé Communautaires et la Communauté
Toute personne présentant :
Fièvre élevée, d'apparition brutale
OU : Saignement ou diarrhée rouge ou sang dans les urines
OU : Mort soudaine

Cas suspect

A utiliser par les Agents de Santé
Toute personne souffrant d'une forte fièvre ($T \geq 38^{\circ} C$) avec ou sans saignement (épistaxis, hématomèse, rectorragie etc...)
ET associée à au moins un des facteurs d'exposition suivants :

1. Séjour dans une zone où sévit une épidémie de Fièvre Ebola
2. contact avec une personne atteinte ou décédée de Fièvre Ebola
3. contact avec un animal mort ou malade

DEFINITION DU CONTACT

CONTACT D'UN CAS HUMAIN	CONTACT D'UN ANIMAL
Toute personne ayant été en contact avec un cas selon au moins une des modalités suivantes.	Toute personne ayant été en contact avec un animal décédé ou malade selon au moins une des modalités suivantes.
<ol style="list-style-type: none"> 1. A dormi dans le même foyer que le cas dans le mois précédant le début des symptômes 2. A eu un contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) pendant sa maladie 3. A touché les fluides corporels pendant sa maladie 4. A manipulé les vêtements ou linge du patient 5. A été allaité au sein 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A touché 2. A manipulé 3. A dépecé 4. A touché le sang d'un animal 5. A mangé de la viande de brousse

Cas confirmé

Cas suspect confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive ou isolement du virus), ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.

Les signes de la Maladie à Virus Ebola

- Brusque fièvre
- Faiblesse intense
- Douleurs musculaires
- Vomissements avec présence de sang
- Diarrhées avec présence de sang
- Rougeurs de la peau
- Saignements du nez

En cas d'apparition de l'un de ces signes, rendez vous rapidement dans le centre de santé le plus proche ou appelez le 143 (numéro gratuit)

Partenaires : Ministère de la Santé, CACA, UNICEF