

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

Visite de pays au Bénin

17-24 novembre 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.

Contents

Liste des acronymes et abréviations.....	5
Liste des graphiques, tableaux, cartes, images et autres représentation.....	6
Résumé d’orientation	7
Rapport narratif détaillé	11
1.1 Généralités sur le Bénin	12
1.2 Contexte de la mission.....	13
2.2 Méthodologie de travail	14
3.1 Principales activités réalisées jour par jour :	15
3.2 Exercice de simulation sur table	17
3.3 Administration de la liste de contrôle consolidée.....	17
3.4 Informations essentielles sur l’investigation de l’alerte Tanguiéta (confirmation dans deux des cas de la Fièvre hémorragique de Lassa)	26
Annexes au rapport.....	36
Annexe 1 :	37
Annexe 2 :	42
Annexe 3 :	50
Annexe 4 :	52

Remerciements

Nos remerciements s'adressent à son Excellence Madame le Ministre de la santé et à Monsieur le Représentant de l'OMS au Bénin pour la facilitation de la mission

Extrait de la cérémonie officielle du lancement officiel du plan de riposte contre Ebola, salle de conférence du Ministère des affaires étrangères, le lundi 24 Novembre 2014 sous la houlette de Mme le Ministre de la santé assistée de son collègue de l'intérieur et de la sécurité.



Au lancement officiel de ce plan de riposte contre Ebola mis au point avec l'appui d'AFRICOM, **Mme le Ministre de la santé, le Professeur Dorothee Akoko KINDE GAZARD**, s'est réjouie de son opportunité. Elle a confié à l'assistance que le plan d'urgence initialement élaboré par son Département ministériel est en cours d'évaluation et de correction par des experts venus de l'Organisation mondiale de la Santé. Pour son homologue de l'intérieur et de la sécurité, la cérémonie de lancement officiel du plan national d'intervention contre la maladie à virus Ebola,¹ est d'une importance capitale pour le système sanitaire national et

dénote toute l'attention qu'accorde le chef de l'État à la santé de ses populations. Simplicie DOSSOU CODJO a pour finir salué la forte implication des partenaires bilatéraux et multilatéraux dans le cadre de l'élaboration de ce plan national intégré de lutte contre Ebola.

Source : www.beninsante.bj

La disponibilité des experts du Ministère de la santé (sous la conduite du Secrétaire général adjoint), des Services de santé des Armées et des partenaires techniques et financiers (UNICEF, CROIX-ROUGE BÉNINOISE-NÉERLANDAISE, CDC, CIDSC-UK, USAID, Gouvernement français et OMS) pour des discussions et échanges a constitué une réelle contribution à notre mission.

¹ Il s'agit ici d'un plan intégré multisectoriel de lutte contre la MVE faisant suite au plan d'urgence Ebola élaboré en septembre 2014 par le Ministère de la santé.

Liste des acronymes et abréviations

ASC	: Agent de santé communautaire
USAFRICOM	: United States Africa Command
CC	: Centre collaborateur
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CR	: Croix-Rouge
CTE	: Centre de traitement Ebola
DGA	: Directeur général adjoint
DSNP	: Direction Nationale de Santé Publique
EIR	: Équipe d'intervention rapide
EPI	: Équipement de protection individuelle
ES	: Établissement de soins
FHV	: Fièvre hémorragique virale
FR	: Feuille de route
HAAC	: Haute autorité de l'audiovisuel et de la communication
HSJDD	: Hôpital Saint Jean de Dieu
IANPHI	: International Association of National Public Health Institutes
INSPQ	: Institut National de Santé Publique du Québec
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique
MAPEPI	: Maladie à potentiel épidémique
MS	: Ministère de la santé
MVE	: Maladie à virus Ebola
OCAL	: Organisation du corridor Abidjan-Lomé
ORSEC	: Organisation des secours en cas de situation de sinistre ou de catastrophe
PE	: Point d'entrée
PHE	: Public Health England
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
ROBS	: Réseau béninois d'organismes de santé
RSI	: Règlement sanitaire international
SIMR	: Surveillance intégrée des maladies et riposte
SURVEPI	: Surveillance épidémiologique

Liste des graphiques, tableaux, cartes, images et autres représentations

Carte 1 : République du Bénin	12
Carte 2 : Emplacement des PE du Bénin	24
Carte 3 : Modélisation et cartographie du risque de Lassa en fonction des données épidémiologiques et environnementales	28
Tableau 1. : Institutions ayant participé à la mission et domaines d'appui	14
Tableau 2 : Répartition des infrastructures sanitaires par Zone sanitaire en 2012	50
Tableau 3 : Couverture des FS en incinérateurs fonctionnels par Zone sanitaire en 2012	51
Tableau 4 : Composition de l'équipe de mission	52
Figure 1 : Fondement du raisonnement	14
Figure 2 : Répartition des EIR selon la proposition nationale	19
Photos 1-2-3 : PE (accueil et bureau) de Sèmè-Kraké (Bénin-Nigéria) et poste de santé de l'OCAL	16
Photos 4-5-6 : Aéroport international de Cotonou : Poster Ebola ; dispositif de désinfection des mains et archivage des fiches dûment remplies par les passagers	16
Photos 7-8-9 : Démonstration sur le port de l'EPI ; briefing de l'équipe de l'Hôpital Saint Joseph Tanguéta sur la lutte contre la fièvre de Lassa et projection d'une diapositive sur l'arbre décisionnel pour la détection des cas	27

Résumé d'orientation

L'évolution de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et ses modalités d'extension dans la sous-région et dans le reste du monde motive une bonne préparation des pays frontaliers tout comme des autres pays à risque vu les risques liés aux mouvements des populations (trafics routier et aérien avec des « hubs sous-régionaux ») et des faiblesses des systèmes de santé nationaux.

Cette mission internationale d'appui à la République du Bénin entre dans le cadre des séries de missions diligentées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec ses partenaires activement impliqués dans la réponse à la MVE afin de contribuer au renforcement de la préparation des pays pour qu'ils soient capables de répondre à une éventuelle importation d'une épidémie de MVE et cela avec efficacité et en temps utile.

L'équipe multidisciplinaire et internationale en charge de l'appui au Bénin était composée d'experts en provenance d'institutions diverses notamment : l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC) ; Public Health England (PHE), Ambassade de France au Bénin et Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Il est important de noter qu'à l'arrivée de la mission, le pays était en train de gérer une situation anormale dans le nord. En effet, la notification d'un « cluster de décès » dans la localité de Tanguiéta, au nord du pays, de cause encore inconnue, avait suscité une grande inquiétude, motivant l'envoi urgent sur le terrain d'une délégation conduite par Mme le Ministre de la santé, avec la participation du Représentant de l'OMS. C'est ainsi que Mme le Ministre demandera à la mission internationale d'inscrire dans ses objectifs l'appui technique à l'investigation de cette situation dans le nord du pays.

Pour permettre une collaboration productive et surtout l'appropriation de la part du pays, en début de la mission, l'équipe avait tenu à faire connaître le fondement de l'approche de travail. Cette dernière se basant principalement sur des échanges avec le pays (Ministère de la santé et les autres parties prenantes notamment l'UNICEF, la Croix-Rouge béninoise-néerlandaise, ...) à propos du niveau de préparation, en comparaison avec les actions critiques proposées par la liste de contrôle consolidée de l'OMS ainsi que les modalités d'amélioration du niveau de préparation et même de riposte, sans omettre la fin de l'enquête sur l'alerte de Tanguiéta en vue d'une riposte adéquate.

Essentiellement, la méthodologie de travail fait appel aux éléments suivants :

- Les différentes visites de terrain (points d'entrée, centre de traitement en cours d'installation au sein de l'enceinte de l'Hôpital Militaire de Cotonou, et la participation à l'investigation à Tanguiéta) ;
- Le renforcement des capacités de l'équipe nationale en charge de l'investigation à Tanguiéta (briefing théorique et pratique sur l'investigation/les techniques de prélèvement des échantillons et la démonstration/port de l'équipement de protection individuelle ou EPI) ;
- L'organisation d'une simulation de table selon les différents scénarios (simple et complexe) ;
- L'administration de la liste de contrôle visant l'évaluation du niveau de préparation du pays ;
- L'organisation conjointe de la réunion technique de restitution de la mission ;
- L'élaboration du rapport de mission assorti des actions prioritaires à envisager dans la feuille de route de la préparation et riposte de la MVE.

La gestion de l'alerte Tanguiéta a servi de véritable simulation sur le terrain car elle a permis au pays de constater les limites réelles de son dispositif en place en termes de préparation et des capacités de réponse à une épidémie de grande envergure. À l'issue de l'investigation de cette alerte, c'est une épidémie de fièvre hémorragique de Lassa (il s'agit d'un cas indicateur présumé provenant de la commune de Cobly au Bénin) qui a été confirmée, exigeant de la part du pays une riposte rapide et un renforcement du dispositif en place dans le cadre de la préparation à la MVE.

La riposte a été prompte avec la disponibilité d'une forte équipe d'épidémiologistes sur le terrain (Ministère de la santé, mission internationale et appui de l'OMS, CDC),² l'établissement d'une liste des personnes contacts, la mise en route du suivi des contacts, la poursuite des prélèvements d'échantillons et surtout la prise en charge des cas en hospitalisation (disponibilité d'un lot important de ribavirine acquis par le Ministère de la santé).

Par rapport à la MVE, à part les faiblesses recensées et méritant des améliorations, le pays a des atouts à capitaliser dans la mise en place effective des dispositifs s'inscrivant dans la préparation et la riposte à la MVE.

Les acquis du pays par rapport à la préparation et la capacité de réponse :

- La mise en place par le conseil des Ministres du 13 Août 2014, d'un comité de crise plurisectoriel présidé par le Ministre d'État en charge de l'enseignement supérieur et comprenant les Ministres en charge du développement, de la santé, de l'intérieur, des affaires étrangères, de la communication, de la décentralisation, de l'environnement, de l'économie et des finances ;
- La signature de l'arrêté ministériel créant le comité national de crise sanitaire Ebola ;
- L'existence d'un dispositif de surveillance intégrée des maladies et de riposte ;
- L'élaboration d'une feuille de route et d'un plan d'urgence ;
- la mise en œuvre de certaines activités en rapport avec la préparation (contrôle à certains points d'entrée, mobilisation sociale et des ressources matérielles, ...) ;
- L'engagement des Services nationaux des Armées pour leur substantielle contribution à une approche intégrée ;
- La volonté exprimée et la disponibilité des partenaires techniques financiers pour l'appui au pays.

Toutefois, la situation actuelle du pays, caractérisée par l'épidémie confirmée de FH de Lassa et la préparation à la riposte MVE demande, d'une part, l'organisation d'une riposte adéquate et d'autre part, un changement de paradigme. Concrètement, en mettant en place un dispositif comme si le pays se trouvait face à son premier cas de MVE plutôt qu'une préparation en l'absence de cas. Certains principes pourraient orienter ce qui précède, à savoir :

- 1) Le renforcement de la collaboration intersectorielle vu les aspects (économique, social, droits de l'homme, ...) que revêt la MVE ;
- 2) L'actualisation d'une feuille de route (FR) budgétisée en veillant à une validation concertée (Gouvernement et toutes les parties prenantes) ;
- 3) La promotion de l'engagement des communautés dans la définition et la gestion de la riposte actuelle FH Lassa et la préparation MVE ;
- 4) La mise en place de mécanismes assurant la transparence des actions menées en renforçant la coordination et la confiance des populations dans ces actions.

Le niveau d'appropriation par le pays des recommandations formulées par la mission internationale peut constituer une garantie quant à leur intégration dans le plan d'amélioration (ou FR).

C'est pourquoi la mission avait opté pour une stratégie d'harmonisation avec le pays concernant les actions prioritaires. Ce sont ces actions qui ont constitué l'essentiel des présentations lors de la réunion de restitution sous la présidence de Mme le Ministre de la santé.

Ces actions sont présentées selon les différentes commissions spécialisées du comité de crise Ebola.

² AFRO avait rendu disponibles 2 épidémiologistes sur le terrain (Équipe Interpays pour l'Afrique de l'Ouest et la République démocratique du Congo).

Coordination et équipe d'intervention rapide

- Mettre en place au moins deux équipes d'intervention rapide ou EIR (nationale et infranationale) en se référant à la liste de contrôle consolidée de l'OMS (composition, formation, procédures, logistique) ;
- Procéder à un état des lieux et une cartographie des structures de santé (salle d'isolement, moyens logistiques associés, équipements de protection individuelle, etc.) ;
- Procéder à des exercices de simulation pour préserver la capacité des EIR à répondre rapidement.

2. Sensibilisation du public et obtention de la participation des communautés

- Organiser des séances de sensibilisation des cibles (autorités politico-administratives, leaders traditionnels, députés, politiciens, patrons des organes de presse, organisations de la société civile, etc.) ;
- Réaliser une enquête nationale CAP auprès des ménages (initiale, 3 mois et 6 mois) ;
- Désigner un porte-parole du comité national (profil et formation préalable) pour les communications régulières ;³
- Mettre en place un mécanisme de gestion des rumeurs en formalisant la documentation (base des données) ;
- Rétablir un partenariat avec les firmes de télécommunication afin de joindre les usagers par l'utilisation des SMS (messages éducationnels) ;
- Développer un bulletin d'information hebdomadaire faisant le point sur les activités du comité national (réunions, mesures, points de presse) et le diffuser par la voie des médias.

3. Prise en charge des cas, prévention et lutte contre l'épidémie

- Recenser les centres de traitement et les rendre fonctionnels ;
- Procéder à la vérification de la mise en place d'une Unité d'isolement au sein de tous les établissements hospitaliers selon l'esprit de la directive du Ministère de la santé ;
- Évaluer les besoins en matériels/en posters puis approvisionner les ES en tenant compte de leur type et niveau de responsabilité ;
- Organiser une formation des formateurs (soins, prévention/lutte contre l'infection) au niveau national et des formations en cascade jusqu'aux Zones sanitaires.

Surveillance épidémiologique et suivi des cas contacts

- Mettre en place un système de communication avec une ligne d'urgence propre aux professionnels de santé et au moins deux pour le grand public) ;
- Assurer la poursuite de la formation/supervision du personnel axée sur la surveillance MVE ;
- Prendre en compte le système de surveillance épidémiologique dans les exercices de simulation global ;
- Renforcer la surveillance au niveau communautaire ;
- Créer une base de gestion des données spécifique à la MVE ;
- Mettre en place les mécanismes de suivi de cas contacts (mettre à disposition les outils, former les membres des EIR, des infirmiers, des agents de santé communautaires).

Laboratoire

- Désigner les laboratoires responsables du traitement des échantillons biologiques et du transport des échantillons (national-infranational et un centre collaborateur ou CC de l'OMS comme principal centre de référence) ;

³ Il serait intéressant que le porte-parole ne soit pas du secteur de la santé.

- Faire l'état des lieux des besoins en ressources humaines, en équipements, en consommables, en protocoles, en logistique, incinérateurs, ... ;
- Doter l'ensemble des laboratoires (équipements de protection individuelle, triple emballage, désinfectants et incinérateurs, ...) ;
- Établir des arrangements formels avec le laboratoire de virologie de l'Université de Lagos (expédition des échantillons, gestion des résultats et échange d'informations) ;
- Créer un poste afin d'assurer la gestion des données de laboratoire au niveau du laboratoire national de référence.

Points d'entrée

- Renforcer la coordination et la collaboration intersectorielles au niveau du point d'entrée (santé, immigration, sécurité, douanes, etc.) ;
- Élaborer les procédures pour une gestion optimale des PoE (application des critères de sélection des cas suspects, modalités d'observation, partage interne des informations, ...) ;
- Améliorer les conditions de travail des agents (équipements, salle de vaccination, salle de repos, salle d'observation, stockage des équipements, gestion des déchets, etc.) ;
- Renforcer la coopération avec les compagnies aériennes et maritimes ainsi que la coopération transfrontalière ;
- Mettre à jour les connaissances spécifiques sur Ebola du personnel des points d'entrée sur la base du plan national du Bénin et en se référant à la liste de contrôle consolidée ;
- Intégrer les points d'entrée dans le cadre des exercices de simulation liés au dispositif de surveillance épidémiologique du pays.

Logistique et budgétisation globale :

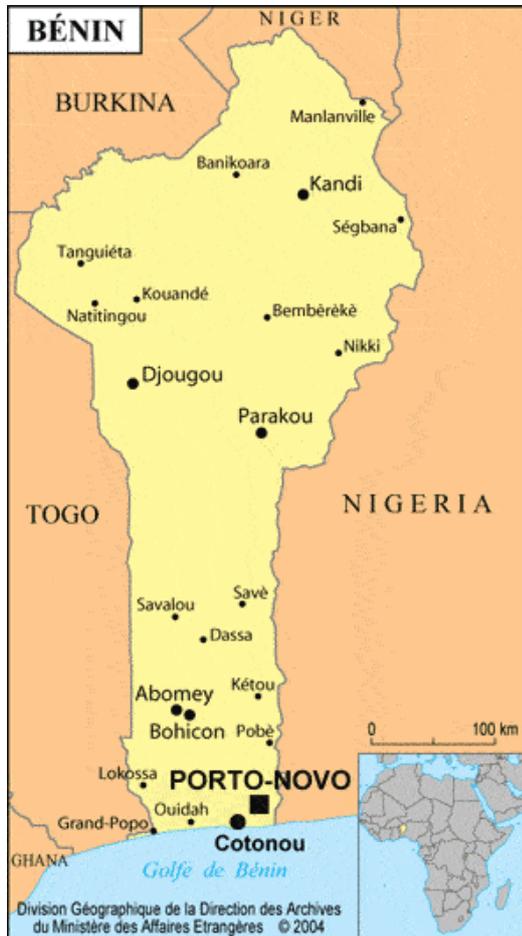
- Finaliser un état des lieux en urgence sur la situation du dépôt (don chinois et autres) à faire valider par la coordination ;
- Échanges interpays pour bénéficier des expériences des autres (établissement des bases de calculs, coût unitaire pour certains articles comme tentes, thermoflash, matériel de protection, ...) ;
- Se référer aux mécanismes existant au niveau du pays dans le cadre de budgétisation du Plan national de développement sanitaire (PNDS) ou des stratégies nationales des programmes.

Deux préoccupations constituant des recommandations formulées à l'issue de cette mission internationale sont : i) l'impérieuse nécessité de doter le pays d'un laboratoire P3 et ii) l'accélération de la mise en application des prescriptions du Règlement sanitaire international 2005 (RSI 2005).

Rapport narratif détaillé

I. INTRODUCTION

1.1 Généralités sur le Bénin



Carte 1 : République du Bénin

La République du Bénin est située sur le golfe de Guinée et fait partie des États de la sous-région ouest africaine. Elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigeria et au sud par l'océan Atlantique.

Le Bénin couvre une superficie de 114 763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguéta).

Les cinq premières causes de fréquentation des services de santé sont par ordre décroissant :

- Le paludisme
- Les infections respiratoires aiguës
- Les autres affections gastro-intestinales
- Les traumatismes
- L'anémie

Les épidémies les plus fréquentes sont le choléra, la méningite et la rougeole.

Globalement son système de santé est organisé à 3 échelons, à savoir, le niveau central, le niveau intermédiaire (Départements sanitaires) et le niveau périphérique ou opérationnel (Zones sanitaires).

Son offre de services est constituée par des établissements sanitaires du secteur public, privé confessionnel et privé à but lucratif.

Le réseau hospitalier est dense : i) 4 centres hospitalo-universitaires, ii) 5 centres hospitaliers départementaux et iii) 27 Hôpitaux fonctionnels sur les 34 Zones sanitaires.⁴

⁴ Référence : Annuaire statistiques nationales 2012.

1.2 Contexte de la mission

Le risque de l'extension de l'épidémie de MVE aux pays non encore affectés mais à haut risque (frontières communes avec les pays affectés, avec des mouvements importants des populations, des systèmes nationaux de santé très insuffisants) reste réel.

C'est pourquoi, l'OMS déploie actuellement des équipes internationales de renforcement de la préparation pour aider les pays non encore touchés à tirer parti de ce qu'ils ont déjà accompli en matière de préparation et de planification. Ces équipes sont composées d'experts des partenaires d'exécution et des réseaux nationaux et internationaux comme les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), l'International Association of National Public Health Institutes (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 la MVE.

La situation actuelle du Bénin est spécifique vu l'exigence de renforcer les dispositifs pour une riposte efficace contre l'épidémie de fièvre hémorragique de Lassa en cours dans le nord-est du pays.

2.1 Objectifs de la mission

La finalité de notre mission a été de contribuer à l'amélioration du niveau de préparation du pays face à un risque d'introduction d'un cas de MVE.

Du point de vue spécifique :

- 1) *s'assurer que le Bénin est opérationnellement prêt et le plus tôt possible pour détecter et, après enquête, notifier des cas potentiels de maladie à virus Ebola (MVE) et bâtir une réponse efficace en vue de prévenir l'extension de l'épidémie ;*
- 2) *apporter un appui technique à l'enquête sur l'épidémie de FHV en cours dans la localité de Tanguiéta (Département de l'Atakora).*

2.2 Méthodologie de travail

- **Équipe de mission :**

La mission a été conduite sur le terrain par un expert de l'OMS en provenance du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Institutions	Nbre	Domaines d'appui
1. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)	02	- Coordination - Équipe d'intervention rapide - Communication et engagement communautaire
2. Centers for Disease Control and Prevention des États Unis (CDC)	02	- Lutte contre les infections - Surveillance épidémiologique - Recherche et suivi des contacts - Laboratoire
3. Public Health England (PHE)	01	- Surveillance épidémiologique - Recherche et suivi des contacts
4. Organisation mondiale de la Santé (OMS)	05	- Prise en charge - Lutte contre les infections - Laboratoire - Points d'entrée
5. Ambassade de France au Bénin	01	- Coordination

Tableau 1 : Institutions ayant participé à la mission et domaines d'appui

Au niveau du pays, à part la disponibilité des experts du Ministère de la santé, nous avons bénéficié de la collaboration des experts des Services de santé des Armées, des partenaires techniques et financiers (UNICEF, CROIX-ROUGE BÉNINOISE-NÉERLANDAISE, OMS).

- **Méthodes :**

Il était important d'échanger avec l'équipe pays sur l'approche globale de travail qui doit privilégier l'appropriation plutôt qu'une mission de contrôle ou d'inspection.

La démarche étant d'aider le pays à voir ses limites/dysfonctionnements dans la préparation et échanger avec l'équipe de mission sur les actions correctrices prioritaires.

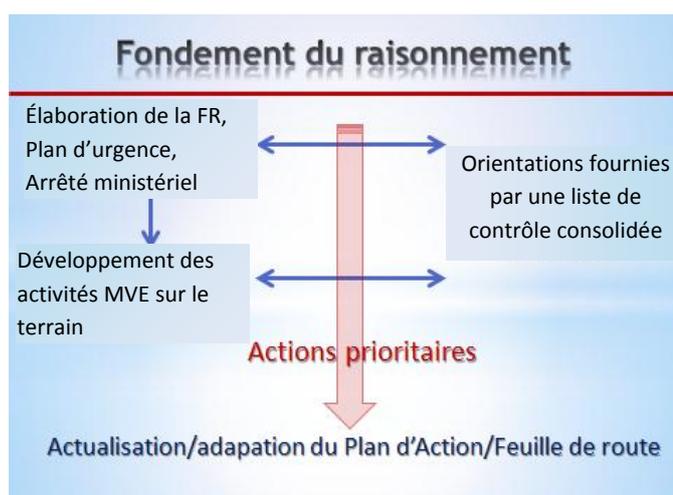


Figure 1 : Fondement du raisonnement

La méthode de travail a consisté en :

- L'exploitation des documents disponibles (plan d'urgence, arrêté ministériel, rapports d'activités,...) ;
- Des visites du terrain ciblées (points d'entrée, centre de traitement en cours d'installation, structures de santé, laboratoire national, ...) ;
- L'appui à l'équipe du Ministère de la santé désignée pour l'investigation de la maladie inconnue dans le nord du pays ;
- L'appui technique de l'organisation/suivi de l'expédition des échantillons reçus du terrain vers les laboratoires de référence (Lyon, Lagos et Atlanta-CDC) ;
- L'administration de la liste de contrôle consolidée de l'OMS pour se préparer à faire face à la maladie à virus Ebola (toutes les composantes) ;
- L'organisation d'une séance conjointe avec les membres des commissions techniques sur les actions prioritaires à considérer dans le plan de lutte ;
- L'organisation d'un exercice de simulation sur table ;
- La participation à la séance de restitution sous la conduite de Mme le Ministre de la santé.

III. DÉROULEMENT DE LA MISSION

3.1 Principales activités réalisées jour par jour :

Jour 1 : Lundi 17 novembre

- Présentation des civilités à Monsieur le Représentant de l'OMS au Bénin ;
- Briefing de l'équipe sur l'alerte en provenance de la localité de Tanguiéta dans le nord du pays où une grappe de décès (cluster) a été observée ;
- Présentation des objectifs de la mission à Mme le Ministre de la santé et aux partenaires ;
- Demande de Mme le Ministre concernant un appui technique et logistique à la mission d'investigation dans le nord du pays ;
- Appui technique au Ministère de la santé pour la préparation de la conférence de presse annonçant la mission d'investigation de l'alerte dans la localité de Tanguiéta au nord du pays.

Jour 2 : Mardi 18 novembre

- Départ pour le nord du pays de Mme le Ministre accompagnée de M. le Représentant du bureau de pays de l'OMS ;
- Tenue de la séance de travail avec la délégation de la Croix-Rouge béninoise-néerlandaise ;
- Encadrement technique et logistique de l'équipe nationale en charge de l'investigation à Tanguiéta ;
- Visite sur le terrain (2 PE : frontière Bénin-Nigéria et Aéroport international de Cotonou).



Photos 1-2 : PE (accueil et bureau) de Sèmè-Kraké (Bénin-Nigéria) et 3 : poste de santé de l'OCAL

Jour 3 : Mercredi 19 novembre

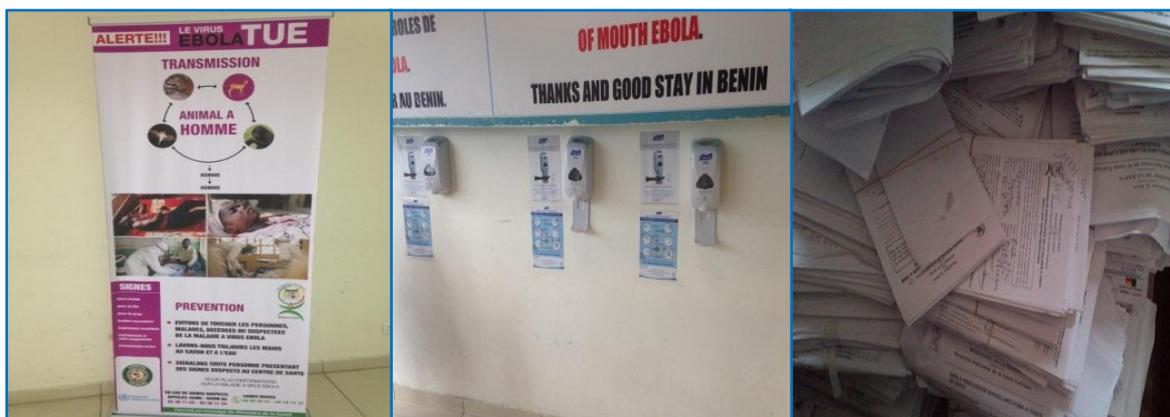
- Démarrage de l'administration de la liste de contrôle pour la composante « Mobilisation sociale et engagement communautaire » ;
- Visite du centre de traitement en cours d'installation dans l'enceinte de l'Hôpital militaire de Cotonou.

Jour 4 : Jeudi 20 novembre

- Visite sur le terrain de l'équipe en charge de l'investigation de l'alerte Tanguiéta ;⁵
- Poursuite de l'administration de la liste de contrôle (toutes les composantes) ;
- Organisation de la simulation sur table avec la participation de Mme le Ministre de la santé.

Jour 5 : Vendredi 21 novembre

- Séance de travail au Ministère de la santé (Mme le Ministre, Monsieur le Représentant et le Chef de mission) ;
- Poursuite du travail dans les différentes commissions, centré sur l'harmonisation des actions prioritaires et les modalités de budgétisation.



Photos 4-5-6 : Aéroport international de Cotonou : poster Ebola ; dispositif de désinfection des mains et archivage des fiches dûment remplies par les passagers

⁵ Deux experts du Ministère de la santé, deux experts de la mission internationale et deux experts épidémiologistes (Équipe Interpays pour l'Afrique de l'Ouest et du bureau de pays de la République démocratique du Congo).

Jour 6-7 : Samedi-dimanche 22-23 novembre

- Réunions techniques de l'équipe pour échanger sur le contenu du rapport final de mission ;
- Séance de travail (dimanche 23 novembre) avec le Directeur général adjoint (DGA) de la santé sur l'harmonisation des actions prioritaires à envisager dans la feuille de route.

Jour 8 : Lundi 24 novembre

- Invitation de l'équipe de mission par Mme le Ministre pour la participation à la cérémonie de réception du plan d'urgence Ebola élaboré avec l'appui d'AFRICOM;
- Participation à la réunion technique de restitution de la mission sous la présidence de Mme le Ministre de la santé avec 3 points à l'ordre du jour:
 - Présentation introductive (Chef de mission);
 - Rapport synthèse de l'investigation de la maladie inconnue (confirmation FHV Lassa?2 échantillons positifs sur les 6);
 - Présentation des actions prioritaires harmonisées à considérer dans la feuille de route (DGA de la santé).

3.2 Exercice de simulation sur table

Cette importante activité a offert l'opportunité d'échanges entre la mission et les différents acteurs du terrain sur les scénarios possibles (du simple au complexe, dans lequel le pays serait dépassé et incapable de gérer l'épidémie vu sa complexité).

Il est important de noter que Mme le Ministre avait participé à une partie des échanges dans le cadre de cette simulation sur table. C'est ainsi qu'elle insistera auprès de ses collaborateurs sur la nécessité du changement du paradigme en termes de la redynamisation des activités de préparation en considérant le scénario dans lequel le Bénin a « son premier cas de MVE » plutôt que l'option d'une préparation avec « 0 cas ».

Au fait ce changement de paradigme découle des limites et dysfonctionnements notés dans la gestion des alertes malgré le dispositif de surveillance mis en place.

3.3 Administration de la LISTE DE CONTRÔLE CONSOLIDÉE

COMPOSANTE 1 : COORDINATION GLOBALE

1.1 Comité d'urgence et Comité de haut niveau sur les épidémies :

Points forts :

- Niveau national : Plan National de l'Organisation des Secours en cas de situation de sinistre ou de catastrophe (ORSEC) : « Plateforme de gestion de la réduction des risques et adaptation aux changements climatiques ». Plateforme présidée par le Ministre de l'intérieur et de la sécurité, vice-présidente, le Ministre de la santé. Le Ministère de la santé a préparé le projet de la première feuille de route et l'a soumise à la validation de la plateforme le 10 avril 2014.
- Niveau Conseil des Ministres : « Comité de suivi de la mise en œuvre de la Feuille de Route (FR) Ebola » mis en place en Conseil des Ministres du 13 août, présidé par le Ministre d'État;
- Niveau Ministère de la santé : Une éventuelle épidémie de maladie à virus Ebola étant une catastrophe principalement sanitaire, Mme le Ministre de la santé a proposé la mise en place d'un « Comité national de crise sanitaire de l'épidémie de maladie à virus Ebola ». Comité créé le 20 août par arrêté 2014-283 de Mme le Ministre de la santé:
 - Le mandat du Comité est défini

- Le Comité est composé des membres de 5 commissions
 - Coordination
 - Prise en charge médicale, psychologique et lutte contre les infections
 - Surveillance épidémiologique et contrôle de la confirmation du laboratoire
 - Mobilisation des ressources, logistique et gestion financière
 - Mobilisation sociale et Communications
- La composition de chaque commission est définie

Points faibles :

- Le Comité national ne s'est réuni officiellement qu'une seule fois, au dire des participants questionnés;⁶
- La quasi-totalité des commissions se réunissent d'une façon irrégulière sauf celle de la communication;
- Les communications entre les commissions et le Comité national sont loin d'être optimales, l'absence de rencontres fréquentes du Comité national serait la cause probable de ce déficit de communication.

1.2 Centre d'opérations d'urgence/Structure de gestion des incidents

Points forts :

- Le Plan national ORSEC via sa « Plateforme de gestion de la réduction des risques et adaptation aux changements climatiques » prévoit l'ouverture d'un centre d'opérations d'urgence en cas de catastrophe. En cas d'épidémie à virus Ebola, les mesures prévues au Plan national ORSEC seraient déployées. Ce Plan est fonctionnel (personnel désigné et formé pour les catastrophes, canaux de communications établis, lieu physique identifié pour le poste de commandement au sein du Ministère de l'intérieur, exercices de mise sous tension à répétition, etc.);
- Une cellule de crise informelle existe au sein du Ministère de la santé pour évaluer les situations en lien avec des cas potentiels de MVE. Cette cellule de crise est composée de Mme le Ministre de la santé (ou, en son absence, du Directeur adjoint de cabinet), du Représentant du bureau de pays de l'OMS, du Directeur national de santé publique, du Conseiller technique du ministre à la politique sanitaire et à la gestion des catastrophes, du Chef de service d'épidémiologie et surveillance sanitaire des frontières, ports et aéroports.

Points faibles :

- La cellule de crise est un comité informel et moins opérationnel;
- Il n'y a pas de plan opérationnel spécifique à une épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) découlant du Plan national ORSEC;
- Les acteurs identifiés pour déployer le Plan national ORSEC n'ont pas été spécifiquement formés dans le cadre des mesures spécifiques à une épidémie de MVE.

⁶ Faible développement des volets traitant de la prise en charge, la lutte contre l'infection en milieu hospitalier tout comme la recherche/suivi des cas.

COMPOSANTE 2 : ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE (EIR)

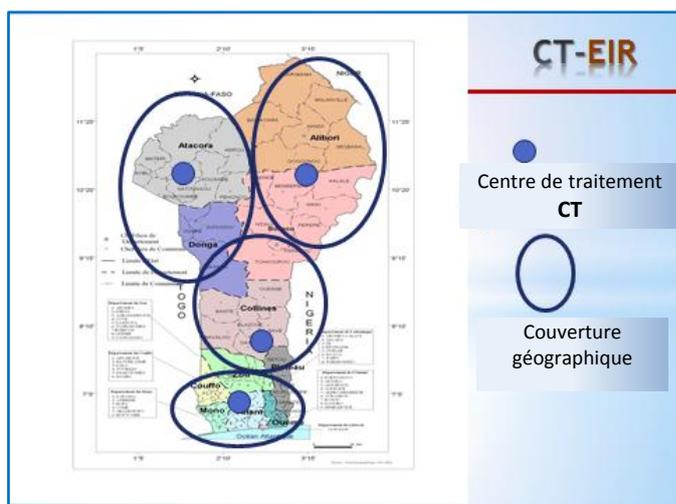


Figure 2 : Répartition des EIR selon la proposition nationale

L'organisation globale de la surveillance est fondée sur les dispositifs de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR). Après échanges avec les collègues membres du comité national Ebola, pour une couverture géographique maximale, le pays se proposait d'avoir 4 CT et 4 EIR spécifiques FHV. Toutefois, les EIR qui existent au niveau des Départements et Zones sanitaires demeurent et vont jouer le rôle précurseur dans le système d'alerte et d'investigation

Points forts:

- Le Bénin possède des équipes d'intervention rapide (EIR) déployées aux niveaux national, départemental (6) et des Zones sanitaires (34). Toutefois, ce dispositif n'est pas spécifique à la riposte à la maladie à virus Ebola mais à toutes les maladies à potentiel épidémique (MEPEPI);
- Large diffusion de la directive nationale (dûment signée par Mme le Ministre) demandant à tous les établissements de soins (hospitaliers) de prévoir une unité d'isolement en leur sein.

Points faibles:

- Les équipes d'intervention rapide ne sont pas conformes aux orientations de la liste de contrôle consolidée de l'OMS;
- Les EIR mises en place dans le cadre de la SIMR (niveau décentralisé) ne sont même pas suffisamment formées aux stratégies de réponse aux épidémies de fièvres hémorragiques;
- L'absence de vérification systématique de la mise en application de la directive nationale demandant à tous les établissements (hospitaliers) de prévoir une unité d'isolement.

COMPOSANTE 3 : SENSIBILISATION DES POPULATIONS ET OBTENTION DE LA PARTICIPATION DES COMMUNAUTES

Points Forts :

- L'existence d'un plan de communication détaillé (budgétisé) et celui des six premiers mois de l'année prochaine est même déjà disponible;
- Les outils de communication/sensibilisation ont été produits et traduits en 8 langues vernaculaires. Les canaux utilisés pour leur diffusion sont les radios nationales et du réseau des radios communautaires. La Croix-Rouge utilise les boîtes à images pour la mobilisation au niveau du terrain. Les bandes dessinées sont destinées aux écoles et d'autres matériels pour les secteurs du commerce des viandes;
- L'existence d'une cartographie des activités de mobilisation sociale dans le pays régulièrement mise à jour;

- La commission a mis en place des mécanismes pour l'identification des différents acteurs (OCAL-Organisation du Corridor Abidjan-Lomé, la Croix-Rouge, le scoutisme béninois, les clubs scolaires, les réseaux de femmes, le ROBS – réseau d'organismes béninois en santé, le réseau de radios communautaires, le Fonds mondial). Des contacts ont été pris avec ces différents acteurs;
- Le déploiement complet prévoit des activités de sensibilisation de masse dans les marchés, les écoles et du porte à porte dans 32 communes plus près des frontières (120 000 ménages). Des budgets détaillés sont disponibles (Croix-Rouge) mais non financés à ce jour;
- Les directeurs des Départements de santé et les médecins coordonnateurs des Zones sanitaires sont autorisés à communiquer (répondre aux demandes médias et animation des émissions éducatives dans les radios de proximité : radios rurales, radios au niveau départemental);
- Une revue de presse nationale est produite par le Ministère de la santé au bénéfice de Mme le Ministre de la santé.

Points faibles :

- Moins d'interaction entre la commission communication et la coordination vu sa faible fonctionnalité (irrégularité des réunions);
- Absence d'orientations claires de la part de la coordination nationale pour la collaboration intercommissions;
- La présidence de la commission par un représentant du Ministère de la santé n'est pas de nature à assurer la transparence et le partage des informations;
- La sous-commission déplore également que la ligne verte soit mise en phase sans qu'elle participe à sa promotion;
- Les plans et outils actuels n'ont pas encore pris en compte les outils qui seront nécessaires lors de la survenue de cas (phase de riposte ou lutte);
- La commission n'a d'ailleurs pas été consultée pour son élaboration;
- Le porte-parole n'est pas spécifiquement formé pour la communication de crise ou d'urgence;
- La non-effectivité des procédures fonctionnelles pour l'examen, la validation et l'autorisation des produits informatifs;
- Divers outils, notamment auprès des travailleurs de la santé, ne sont pas connus du sous-comité;
- L'utilisation des SMS par une compagnie de télécommunications privée a été interrompue à la demande du Ministère de la santé parce que les messages sur la maladie pouvaient laisser croire à la présence du virus en territoire béninois. Les conteurs, théâtres et médias sociaux n'ont pas été exploités pour atteindre le public;
- Un point de presse plus exhaustif et mieux partagé est souhaité par les membres de la commission.

COMPOSANTE 4 : PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE L'INFECTION

Points forts :

- Un lot d'affiches et posters (hygiène des mains, gestion sécurisée des déchets biomédicaux, prise de sang en toute sécurité) a été fourni par l'OMS pour certains établissements de santé;
- Une sensibilisation des responsables de Zones sanitaires à travers les formations organisées (formateurs au niveau national et la série en cascade en cours) et sur le renforcement de l'hygiène dans les milieux hospitaliers pour la lutte contre les infections;
- Existence d'un lot important du Gouvernement chinois avec du matériel et d'autres consommables (matériel de protection, gants, masques, ...).⁷

Points faibles :

⁷ Le plan de distribution était en cours de finalisation selon les recommandations de Mme le Ministre.

- Les affiches/posters ne sont pas visibles dans les établissements sanitaires et parfois sont juste stockés dans un coin de l'établissement sanitaire;
- Le matériel disponible et les consommables (désinfectants, savon, eau courante, gants, masques) ne sont pas suffisants (quantité et qualité) dans la plupart des établissements sanitaires pour permettre la mise en place effective des mécanismes d'assurance de l'hygiène de base et d'autres mesures susceptibles de réduire les infections nosocomiales;⁸
- La non-application de la note de service de Mme le Ministre demandant à tous les établissements de soins (hospitaliers) de mettre en place une unité d'isolement (y compris au niveau du port, des aéroports et des postes-frontières);⁹
- La série de formations et de sensibilisation sur la lutte contre l'infection et les mesures minimales de protection individuelle n'est pas encore effective.¹⁰

COMPOSANTE 5 : PRISE EN CHARGE DES CAS ET INHUMATIONS SANS RISQUE

5a) Centre de traitement Ebola (CTE)

Points forts :

- L'intention du pays de rendre opérationnel un centre de traitement au sein de chacun des hôpitaux régionaux;
- L'offre des Services sanitaires des Armées de mettre à disposition un centre de traitement en cours de finalisation;
- L'existence d'une directive nationale (note de service) recommandant à tous les établissements sanitaires hospitaliers de mettre en place une unité d'isolement en son sein.

Points faibles :

- Absence d'un centre de traitement selon les recommandations (installations, équipements, personnel et modalités de fonctionnalités) de l'OMS;
- Insuffisance dans le suivi de la directive nationale recommandant aux établissements sanitaires hospitaliers de prévoir une unité d'isolement d'au moins 2 lits;
- Manque d'identification, de formation, et de motivation des ressources humaines (soignants et non-soignants) destinée à travailler dans les structures de prise en charge.

5b) Inhumations sans risque

Une sous-composante non encore développée en termes de:

- Élaboration des procédures (transport et inhumations sans risque, définition/formation/équipement des équipes en charge des inhumations et identification des sites après négociation avec les communautés).

⁸ Nécessité de bien établir un état des besoins par article en tenant compte de tous les ES.

⁹ Au niveau de l'aéroport tout comme du port, le cas suspect est juste mis en observation, le temps de mobiliser le SAMU. Les installations des postes frontières terrestres ne permettent pas d'avoir cette unité d'observation.

¹⁰ L'approche serait d'organiser une formation des formateurs au niveau national (avec des délégués des Départements) qui sera suivi d'une série de formations en cascade jusqu'au niveau opérationnel.

COMPOSANTE 6 : SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La surveillance épidémiologique de la maladie à virus Ebola (MVE) est plus basée sur la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR).

Points forts :

- Selon les autorités sanitaires, existence d'une ligne verte gratuite (96 00 00 01) pour toute la population et de deux autres lignes (90 18 12 12¹¹ et 99 00 55 55) payantes notamment : i) une qui oriente vers le SAMU, et ii) deux qui orientent vers l'équipe nationale d'alerte ;
- Organisation d'une formation (septembre 2014) sur les généralités de MVE et ciblant les acteurs clés au niveau central (hôpitaux nationaux, laboratoire de référence, laboratoire militaire) ;
- Transmission des données entre le niveau central et le niveau décentralisé (intermédiaire-Départements et opérationnels-Zones sanitaires) se fait par mail. Une version papier accompagnerait le prélèvement ;
- Existence d'un répertoire des contacts de tous les points focaux en charge de la SIMR (Zones sanitaires, Départements et central – Direction Nationale de Santé Publique ou DNSP);
- Existence d'un système d'alerte précoce qui permet la notification immédiate en cas de suspicion de maladie à déclaration obligatoire, notamment la MVE, selon les recommandations de la SIMR;
- Mise en place d'une base de données (en Excel) sur les cas confirmés, cas probables et cas suspects ainsi que les contacts (feuille Excel).

Points faibles :

- Absence d'une ligne verte propre au secteur de la santé (couvre l'ensemble de la population) ;
- Absence de formation spécifique de l'équipe en charge de la gestion de la ligne verte pour un fonctionnement optimal de la cellule de veille;
- Absence d'une flotte téléphonique ainsi que d'un réseau internet entre les niveaux opérationnels, intermédiaires et la DNSP;
- Faible utilisation du réseau des agents de santé communautaires (ASC) dans la surveillance épidémiologique nationale de la MVE. Aucun support ne permet de collecter les données reçues par ces agents;
- Directives de surveillance épidémiologique encore partielles ; pas de procédures standard pour le système d'alerte Ebola ou FHV aux niveaux local, départemental et national ;
- Faible intégration des données de laboratoire (résultats non intégrés dans la base des données MVE, fiches de notification ne sont pas toujours harmonisées, disponibles, remplies ni reçues au laboratoire de référence);
- Absence de lignes claires de communication et responsabilités de travail entre DPMED Laboratoire et DNSP Epi;
- Insuffisances de moyens roulants (véhicules) pour assurer les investigations (y compris la recherche des contacts);
- Absence d'exercice de simulation du système de surveillance épidémiologique national, les scénarios pouvant également être tirés des cas de MVE avérés négatifs.

¹¹ Cette ligne est devenue aussi gratuite.

COMPOSANTE 7 : RECHERCHE/ SUIVI DES CAS

Points forts :

- Briefing sur les généralités en rapport avec la recherche et le suivi des cas dans le cadre de la formation nationale initiale sur Ebola (formation des formateurs) ;
- Liste de contacts de l'hôpital établie pour les premiers cas suspects en août, toutefois, incomplète ;
- Les équipes de coordination pour la riposte existent à tous les niveaux, mais il faut que les équipes de recherche des contacts sur le terrain soient identifiées et formées ;
- Le personnel est désireux d'avoir du matériel de formation.

Points faibles :

- Pas de procédures standard pour la recherche et le suivi des contacts aux niveaux local, départemental et national;
- La formation spécifique pour la recherche des contacts n'a pas été effective pour le niveau décentralisé (du moins jusque-là);
- Insuffisance d'outils/matériel nécessaires pour la recherche/le suivi des contacts au niveau local ;¹²
- Les listes de contacts de l'hôpital établies pour les premiers cas suspects en août n'étaient pas complètes. Elles ne comprenaient que le personnel de l'hôpital;
- Les instruments et le suivi électronique pour la recherche des contacts ne sont pas utilisés aux différents niveaux (national et local).

COMPOSANTE 8 : LABORATOIRE

Points forts :

- Existence d'un laboratoire national de référence (LNSP) pour organiser les activités liées au diagnostic de la MVE bien que non formellement désigné comme tel;
- Formation d'un certain nombre de personnels de laboratoire dans le cadre de la préparation à la riposte contre la MVE;
- Accessibilité du laboratoire de virologie de l'Université de Lagos, réduisant les difficultés d'expédition des échantillons et de retour des résultats.

Points faibles :

- Absence de désignation formelle des laboratoires des Zones sanitaires (équivalents des districts) pour servir de laboratoire responsable du traitement des échantillons biologiques et du transport des échantillons;
- Non-formalisation des arrangements (des accords) avec le laboratoire de Virologie de l'Université de Lagos pour l'expédition des échantillons, la gestion des résultats et l'échange d'informations;
- Description et formalisation insuffisantes des modalités (responsables, moyens) d'organisation du transport des échantillons aussi bien sur le territoire national (entre les lieux de prélèvements et le LNSP) que vers le laboratoire CC de l'OMS;
- Faible formalisation des arrangements/accords de soutien avec les compagnies d'aviation régionales pour le transport d'échantillons prélevés sur des cas suspects à des centres collaborateurs de l'OMS;

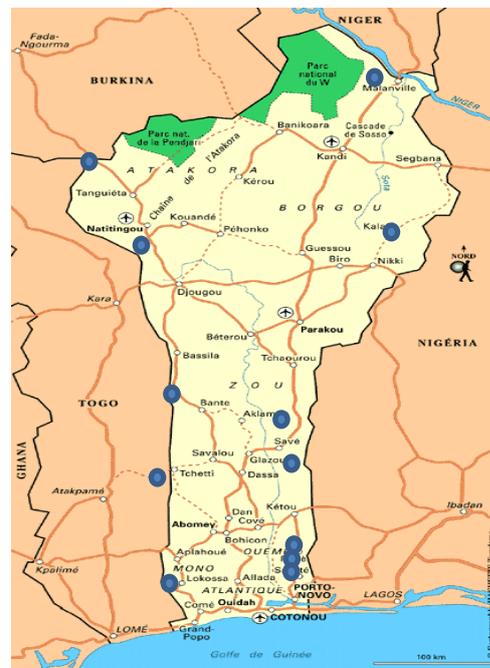
¹² Référence à la liste de contrôle, composante 7 : moyens physiques et organisationnels (mis à part les RH), page 12.

- Insuffisance de personnel, de consommables (équipements de protection individuelle, de triple emballage, de désinfectants et d'autres consommables de laboratoires) au niveau du laboratoire de référence et des laboratoires locaux (Zone sanitaire);
- Absence du poste de sécurité microbiologique, des incinérateurs appropriés, de moyens propres de transport et même d'un service de gestion des données au niveau du laboratoire de référence;
- Absence de mise au point, distribution et affichage des modes opératoires normalisés pour les prélèvements (sang et écouvillon buccal), le triple emballage et le transport des échantillons;
- Aucune formation adéquate du personnel de laboratoire pour leur permettre la contribution la plus efficace possible à la gestion de la MVE (port d'EPI, prévention de l'infection au laboratoire, prélèvements, conditionnement et expédition des échantillons);
- Faible formalisation par des procédures des rapports de collaboration avec les services de traitement et les services épidémiologiques (surtout de la surveillance).

COMPOSANTE 9 : POINTS D'ENTRÉE

Liste des Points d'entrée désignés par le Bénin :

Frontière aérienne	
Aéroport international Bernardin Cardinal GNATI de Cotonou	
Frontière maritime	
Port de Cotonou	
Frontières terrestres	
Bénin-Burkina Faso	- Porga
Bénin-Niger	- Malanville
Bénin-Nigéria	- Igolo
	- Illara
	- Oké- Owo
	- Tchikandou
Bénin-Togo	- Sèmè-Kraké
	- Hilla-Condji
	- Ouaké
	- Tchetti
	- Tohou



Carte 2 : Emplacement des PE du Bénin

Sur les 13 PE, uniquement 2 ont été visités, à savoir, le poste-frontière entre le Bénin et le Nigéria (Sémé-Kraké) et l'Aéroport international de Cotonou.

Étant donné que tous les membres de la mission sont passés par l'Aéroport international de Cotonou, il a été demandé à chacun d'apporter son appréciation des forces et faiblesses constatées.

Points forts :

- Fonctionnement 24h/24 et 7J/7 au niveau des 2 PE visités;
- Renforcement des équipes de contrôle sanitaire au niveau de l'Aéroport international et du Port Autonome de Cotonou¹³ (par exemple, passage de 12 à 21 personnes pour l'aéroport);
- Disponibilité d'un minimum de matériels (thermoflash, kit Ebola et stock de solution hydroalcoolique) au niveau de l'Aéroport international de Cotonou;
- Fonctionnement optimal (vérification de la température, remplissage des fiches, une salle d'observation) du PE au niveau de l'Aéroport international de Cotonou;
- Affiches d'information visibles destinées aux voyageurs;
- Diffusion (par haut-parleur) permanente des messages éducatifs (langues vernaculaires, français et anglais) au niveau PE Sèmè-Kraké;
- Disponibilité d'une unité de soins appartenant à l'OCAL avec du personnel de santé déjà formé sur la MVE et dont chaque membre possède un kit de protection Ebola.

Points Faibles :

- Absence de plan d'intervention pour les urgences de santé publique au niveau des 2 PE visités;
- Connaissance insuffisante et faible application des procédures définies en cas d'identification d'un cas suspect (isolement, observation, appel du SAMU) – absence de procédures écrites ;
- Insuffisance de l'espace de travail pour l'équipe basée à l'Aéroport de Cotonou (vestiaire, salle de soins, salle de repos, ...);
- Aucun dispositif d'observation (cas suspect) au niveau du poste-frontière de Sèmè-Kraké et au Port autonome de Cotonou;
- Insuffisance de matériels (thermoflash, matériel de protection individuelle et consommables ; désinfectant, gants/masques) aux postes-frontières de Sèmè-Kraké et du Port autonome de Cotonou;
- Absence d'application correcte de la technique de prise de température moins maîtrisée (positionnement de l'agent de santé à moins d'un mètre des voyageurs);
- Absence de protocole de désinfection et de maintenance des thermoflashes;
- Insuffisance du système de gestion des déchets biomédicaux au niveau des 2 PE visités;
- Faible collaboration des équipes de santé avec les autres services fonctionnels au PE.

COMPOSANTE 10 : BUDGET

Avant notre mission, le pays était doté d'un plan d'urgence intrasectoriel avec des activités définies et même budgétisées. Outre ce plan, nous avons été conviés par Mme le Ministre à la cérémonie de réception d'un plan intégré plurisectoriel de lutte contre Ebola élaboré avec l'appui de l'USAFRICOM.

Le fait qu'une commission « mobilisation des ressources, logistique et gestion financière » soit prévue est un atout.

Normalement, à l'issue de notre mission, le Ministère de la santé avec ses PTFs tout comme les autres Ministères concernés auront à améliorer le processus de planification (y compris la budgétisation) en se concentrant sur les activités à fort impact et défendables dans la préparation et la riposte à une éventuelle épidémie de la MVE.

¹³ Le Port autonome de Cotonou n'a pu faire l'objet d'une visite mais les membres du personnel de l'Aéroport international de Cotonou travaillant également au contrôle sanitaire du Port autonome de Cotonou, des informations ont pu être recueillies.

La budgétisation devra se fonder sur les bases de calcul claires avec un effort dans la quantification des activités et surtout la définition des coûts unitaires des activités critiques. Ce processus de planification (élaboration de la feuille de route) devrait être inclusif jusqu'au stade de budgétisation.

La commission Mobilisation des ressources se servira de ce plan d'amélioration/FR pour un plaidoyer actif auprès des donateurs et fera régulièrement le point sur le niveau de mobilisation (donateurs et montant, y compris le Gouvernement béninois). Il en sera de même à l'étape de la mise en œuvre à travers des rapports périodiques sur le niveau de décaissement.

La coordination définira et mettra en place des mécanismes de contrôle de la gestion des fonds mis à disposition pour garantir la transparence et la redevabilité.

3.4 Informations essentielles sur l'investigation de l'alerte Tanguiéta (confirmation dans deux des cas de la Fièvre hémorragique de Lassa)

3.4.1 Chronologie des activités :

- **15 octobre 2014** : Le cas indicateur probable, un nourrisson de 12 jours, est reçu en consultation à l'Hôpital Saint Jean de Dieu (HSJDD) de Tanguiéta avec un diagnostic d'infection néonatale. Le 17 octobre, le nourrisson décède. Aucun prélèvement des échantillons sanguins n'a été effectué.
- **08 novembre 2014** : Le Ministère de la santé du Bénin a été informé d'une série de trois décès successifs survenus parmi le personnel de santé de HSJDD de Tanguiéta entre le 27 octobre et le 2 novembre, suite à une maladie non diagnostiquée avec des signes et symptômes généraux similaires et analogues à ceux d'un autre malade. Des prélèvements sanguins avaient été réalisés sur ces patients avant leur décès dans un but d'exploration. Des prélèvements post-mortem ont été également réalisés.
- **17 novembre 2014** : La mission apprend que 4 personnels sur 5 de santé atteints sont décédés. À l'issue de la séance de présentation des civilités auprès du Ministre de la santé, l'équipe internationale est sollicitée pour un appui technique à l'organisation et à la réalisation de l'investigation ;
- **18 novembre 2014** : Le Ministre de la santé accompagnée du Représentant de l'OMS font une visite sur le terrain ;
- **19 novembre 2014** : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique met deux experts épidémiologistes (Coordination Interpays pour l'Afrique de l'Ouest et bureau de pays de la République démocratique du Congo) à la disposition du pays ;
- **20 novembre 2014** : Deux échantillons sur six sont positifs pour la FH de Lassa.¹⁴ C'est la première fois que la fièvre hémorragique de Lassa est confirmée au Bénin ;
- **21-23 novembre 2014** : En collaboration avec l'équipe nationale, appui à l'équipe locale pour approfondir l'investigation sur le terrain (à l'hôpital et en communauté) et développement d'autres activités de renforcement des capacités du personnel de HSJDD et des communautés ;
- **23 novembre 2014** : Expédition de 10 échantillons (à partir de 5 cas suspects) à Cotonou pour livraison à deux laboratoires et centres collaborateurs OMS pour le diagnostic de fièvres hémorragiques virales. Le départ des échantillons a eu lieu le 26 novembre et le 3 décembre 2014.

¹⁴ L'analyse de 6 échantillons avait été faite au Nigéria au Laboratoire de Référence National pour les fièvres hémorragiques.

3.4.2 Appui spécifique apporté à l'équipe nationale par la mission internationale

Photos 7-8-9 : Démonstration du port de l'EPI ; briefing de l'équipe de l'Hôpital Saint Joseph Tanguiéta sur la prévention de la FH de Lassa et projection d'une diapositive sur l'arbre à décision dans la détection des cas



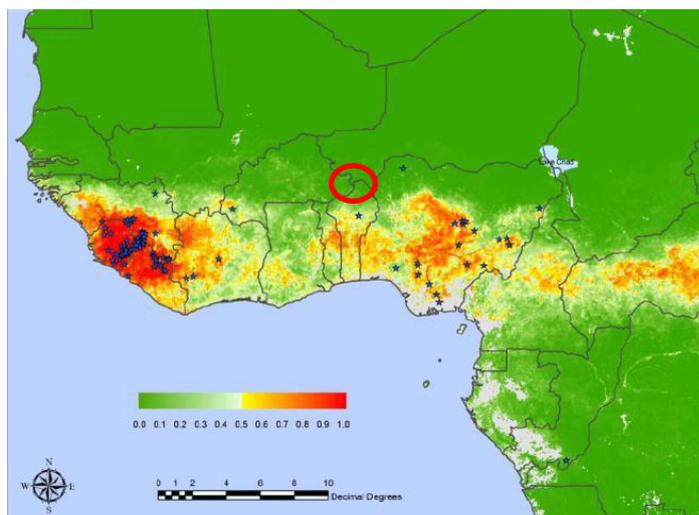
Appui technique à la surveillance active dans la zone de Cobly-Materi-Tanguiéta, pour l'identification des personnes contacts, et la formation des équipes de suivi des contacts;

- Briefing de l'équipe de surveillance sur la gestion des données par le logiciel EPI INFO VHF développé par CDC Atlanta;¹⁵
- Renforcement de la lutte contre l'infection à l'Hôpital SJDD, établissement de salles transitoires d'isolement avec un circuit des patients, des points de lavage des mains et un système de gestion des déchets;
- Remise du lot de matériel de protection à l'HSJDD. Ce lot a été fourni par le Ministère de la santé ;¹⁶
- Formation du personnel de santé dans la zone à l'identification des cas et à la conduite à tenir devant un cas suspect de fièvre hémorragique virale;
- Appui technique à l'identification d'un potentiel centre de traitement de fièvre hémorragique à Tanguiéta (dans la maternité du Centre de Santé de Tanguiéta);
- Contribution à la mobilisation des communautés (messages radios, rencontres avec guérisseurs et leaders, séances de sensibilisation, marché de Kountori);
- Appui technique lors des prélèvements de cas suspects et lors de l'expédition sans risque des échantillons de Tanguiéta à Cotonou et aux laboratoires de référence internationaux.

¹⁵ La mission d'évaluation qui a consacré quelques minutes à l'harmonisation de la démarche d'investigation des FHV et une nouvelle démonstration sur le port de l'EPI aux cadres du Ministère de la santé.

¹⁶ La distribution des EPI est réalisée par le Ministère de la santé à partir des dons chinois à tous les Départements du pays, en particulier à Tanguiéta.

3.4.3 Répartition géographique de la FH de Lassa en Afrique de l'Ouest et centrale¹⁷



La carte présente la modélisation du risque (0 minimum – 1 maximum) de Lassa en fonction des données épidémiologiques et environnementales.

Les **étoiles** identifient les lieux avec présence au moins d'un cas confirmé ou une séroprévalence en population >10 %.



Tangiéta est bien située dans cet espace géographique avec au moins une étoile

Carte 3 : Modélisation et cartographie du risque de Lassa en fonction des données épidémiologiques et environnementales

3.4.4 Leçons tirées pour la préparation à la riposte à la MVE

1. Comme aperçu à Tangiéta, l'équipe d'intervention centrale doit travailler main dans la main avec l'équipe d'intervention locale. L'équipe locale pourra faciliter les activités sur le terrain, mobiliser les acteurs clés et gagner la confiance de la communauté. L'équipe nationale apportera la stratégie globale de lutte, la logistique, et les ressources financières pour monter une intervention rapide;
2. L'intérêt d'amorcer la riposte en temps utile sur le terrain sans attendre la confirmation du laboratoire avec une implication de l'équipe nationale à travers une stratégie claire de lutte;
3. Lors de riposte sur le terrain, une logistique appropriée (EPIs, moyens de communication, moyens de transport, etc.), et surtout un minimum des ressources financières doivent être immédiatement disponibles. De plus, la mobilisation des partenaires locaux doit se faire en amont;
4. Au niveau opérationnel, il est aussi important de procéder à la définition des modalités de motivation du personnel par rapport aux risques encourus. Ceci va influencer l'engagement du personnel de santé dès la phase initiale de la riposte;
5. La recherche des contacts est mise en œuvre immédiatement quand un cas de FHV est trouvé afin d'interrompre la chaîne de transmission. Tout retard peut entraîner une propagation rapide de la FHV. Donc, la préparation est essentielle et devrait comprendre l'identification et l'allocation de l'infrastructure nécessaire, le personnel, le financement, les ressources et la formation avant que le premier cas de FHV soit détecté.

¹⁷ Institut de veille sanitaire (INVS), Département International, 2012, FH de Lassa.

IV. POINTS À AMÉLIORER

Composante 1 : Coordination	30	60	90
1) Prendre un arrêté interministériel mettant en place un comité national de crise Ebola avec une définition claire des responsabilités des différents ministères et les modalités opérationnelles de collaboration entre les différentes commissions spécialisées	X		
2) Préciser le fonctionnement des structures en place dans le cadre d'une riposte à Ebola (désignation des personnes, rôles et responsabilités) en charge des opérations d'urgence au niveau national et décentralisé (Départements et Zones sanitaires) et habilitées à prendre des décisions opérationnelles	X		
Composante 2 : Équipe d'intervention rapide (EIR)	30	60	90
1) Par une note de service, constituer au moins 2 équipes d'intervention rapide (EIR) selon les prescriptions de la liste de contrôle consolidée (profil des membres, formations thématiques, logistique et procédures de fonctionnement)	X		
2) Suivre la mise en application de la directive ministérielle ayant trait à la mise en place d'une unité d'isolement d'au moins 2 lits (avec le minimum requis des précautions sur la lutte contre les infections) au sein de tous les établissements sanitaires du pays		X	
3) Prévoir des exercices de simulation (au bout de 60 jours) pour préserver la capacité des EIR à répondre rapidement et efficacement			X
Composante 3 : Mobilisation sociale et engagement communautaire	30	60	90
1) Adapter le matériel d'information pour les leaders communautaires locaux (autorités politico-administratives et coutumières)	X		
2) Collaborer efficacement avec la commission Prise en charge au processus de renforcement de la campagne d'affichage des spots sur la lutte contre les infections en milieu hospitalier	X		
3) Organiser une série de briefings/plaidoyers ciblant les politiciens, les députés, les chefs religieux, la société civile, le secteur privé et les tradipraticiens	X		
4) Faire un bilan de formations déjà réalisées (thèmes, cibles) pour recenser les lacunes à prendre en compte dans la planification des formations ultérieures	X		
5) Organiser des formations en cascade pour d'autres acteurs de la communication jusqu'au niveau opérationnel (agents de santé communautaires, volontaires de la Croix-Rouge béninoise)	X		

6) Organiser une rencontre nationale avec l'Association nationale des tradipraticiens et organiser une formation en cascade	X		
7) Organiser une formation avec les journalistes et patrons de presse incluant notamment la participation au mécanisme de gestion des rumeurs et mettre sur pied un mécanisme qui permette des échanges réguliers avec les représentants des médias	X		
8) Établir la cartographie des moyens publics de communication et des compétences dans le secteur de la santé et d'autres secteurs. Établir un répertoire des ressources humaines œuvrant en communication au niveau des Départements et des Zones sanitaires	X		
9) Associer à la commission les ministères (éducation, agriculture, intérieur, environnement, culture), l'Association nationale de protection civile et la Haute autorité de l'audiovisuel et de la communication (HAAC)	X		
10) Demander au chargé de communication du Ministère (après consultation du Ministère de la communication) de proposer le profil du porte-parole (n'appartenant pas au MS) pour améliorer la transparence de la coordination. La responsabilité de la communication des risques en période d'urgence sera confiée au porte-parole	X		
11) Élaborer des procédures simples et claires pour faciliter l'animation des émissions interactives (télévisées ou radiodiffusées) par les responsables sanitaires au niveau départemental et des zones de santé	X		
12) S'assurer que la commission est consultée pour la validation de tous les outils et messages destinés aux divers publics avant leur autorisation	X		
13) Mettre en place un mécanisme de gestion des rumeurs incluant leur détection par les sources (volontaires, ligne verte, veille médiatique ...) ainsi que leur analyse selon une typologie séparant les cas des croyances et pratiques. Suite à cette analyse, la réponse doit faire appel aux institutions et porte-paroles correspondant au site de la rumeur	X		
14) Rétablir un partenariat avec les firmes de télécommunications afin de joindre les usagers par des SMS	X		
15) Développer une revue de presse nationale et régionale et la diffuser aux commissions, aux équipes de communication, de surveillance épidémiologique et de gestion des rumeurs	X		

Composante 4 : Lutte contre l'infection	30	60	90
1) Mettre à la disposition de tous les établissements de soins (priorité accordée aux hôpitaux à haut risque puis les centres de santé) du matériel et des posters de sensibilisation sur l'hygiène intra-hospitalière	X		
2) Organiser des visites de suivi et de sensibilisation à l'hygiène hospitalière en ciblant en priorité les établissements hospitaliers	X		
3) Procéder à des formations sur la thématique (Lutte contre l'infection) selon une approche en cascade ciblant le personnel soignant, en charge de la santé environnementale et de la propreté		X	
4) Approvisionner tous les établissements de soins avec un minimum de matériels et consommables (gants, masques, ...)			
5) Faire un état des lieux des incinérateurs au niveau de tous les établissements hospitaliers, en particulier ceux identifiés comme pouvant être transformés rapidement en centre de traitement		X	
6) Finaliser la note de service définissant les modalités de la motivation financière des personnels soignants et autres exposés au risque		X	
Composante 5 : Prise en charge	30	60	90
1) En considérant les 2 premières EIR, mettre en place 2 centres de traitement selon les orientations de la liste de contrôle consolidée (personnel formé, fournitures/consommables disponibles et quantités acceptables et procédures)	X		
2) Pour chaque centre de traitement, rendre disponibles une ambulance avec du personnel formé (ambulanciers) et 8 personnes en charge des inhumations sans risque	X		
3) Établir une cartographie (structures hospitalières, position géographique, lacunes éventuelles) des établissements de soins hospitaliers susceptibles d'être transformés rapidement en centre de traitement		X	
4) Organiser des visites de suivi et de sensibilisation à l'hygiène hospitalière en ciblant en priorité les établissements hospitaliers	X		
5) Procéder à des formations sur la thématique (Lutte contre l'infection) selon une approche en cascade ciblant le personnel soignant en charge de la salubrité environnementale et de la propreté	X		
6) Élaborer des modes opératoires standardisés (MOS) sur le transport spécial en vue de l'inhumation, l'inhumation sans risque et la décontamination	X		
7) Procéder à une négociation avec les autorités politico-administratives et coutumières, déterminer les sites potentiels d'inhumation	X		

8) Établir et mettre en commun des normes de procédures standards pour la lutte contre l'infection pour les FHV	X		
Composante 6 : Surveillance épidémiologique	30	60	90
1) Procéder à la mise en place d'une ligne verte destinée uniquement au secteur de la santé (pour les professionnels de santé)	X		
2) Organiser une série de formations thématiques (définition des cas, collecte des données, analyse des données, ...) du personnel en charge de la ligne rouge dans le domaine de gestion de la communication avec des cas potentiels	X		
3) Vérifier l'efficacité des formations en cascade en coordination avec les autres sous-commissions (modules de formation élaborés par AFRO disponibles)	X		
4) Mettre à la disposition des différents acteurs un aide-mémoire concernant le format d'une page sur les procédures à suivre en cas de suspicion d'un cas de MVE	X		
5) Exploiter suffisamment les leçons tirées de la détection et l'investigation de l'épidémie de la FH de Lassa dans la localité de Tanguiéta, une réelle simulation de terrain	X		
6) Renforcer la surveillance à base communautaire par la formation des ASC à la détection (définition de cas) et à la notification (formulaire de notification) des cas avec une bonne définition des responsabilités		X	
7) Prendre des mesures allant dans le sens de la redynamisation de la SIMR notamment <i>i) Créer une flotte téléphonique pour l'ensemble des acteurs du système surveillance épidémiologique, ii) exploiter suffisamment les nouvelles technologies de la communication ou NTC (sms rapides avec GPS, données SIG, ...), iii) intégrer les données de laboratoire dans la base des données de la SIMR (idem pour les sous base des données de la MVE) et iv) logistique des transports pour les activités de terrain (investigations, supervisions, ...)</i>	X		
8) Former les agents d'investigation à l'utilisation des équipements de protection individuelle, aux procédures de désinfection et à la collecte d'échantillons ainsi que coordination et protocole de stockage et transport des échantillons	X		

Composante 7 : Équipe d'intervention rapide (EIR)	30	60	90
1) Établir et mettre en commun des normes de procédures standards pour la recherche et le suivi des contacts	X		
2) Organiser (appui technique par le noyau national) des points focaux des Départements et des Zones sanitaires en recherche/suivi des cas contacts	X		
3) S'assurer de la formation des infirmiers et de la mise au courant des agents de santé communautaires en recherche/suivi des cas contacts	X		
4) Fournir un minimum d'outils/de matériels nécessaires pour la recherche des contacts	X		
5) Sensibiliser les leaders communautaires pour la facilitation de la recherche/suivi des contacts (spécifiquement en cas de faible collaboration des communautés)	X		
6) Préparer un plan d'urgence en cas d'abandon de poste pour cause de panique	X		
7) Identifier des partenaires cruciaux (par exemple, Croix-Rouge) pour appuyer les équipes de terrain ou en faire partie	X		
8) Mettre en place un système de collecte d'informations en retour de l'équipe de terrain pour améliorer la recherche active des cas	X		
9) Améliorer la collaboration avec les autorités politico-administratives et les leaders communautaires pour une bonne coordination et la facilitation des déplacements des agents chargés de la recherche/suivi des cas contacts	X		

Composante 8 : Laboratoire

La situation actuelle est telle que les capacités humaines, structurelles, techniques et logistiques sont largement en deçà d'un niveau propre à la gestion convenable et efficace d'une épidémie de MVE.

Composante 8 : Laboratoire	30	60	90
1) Désigner les laboratoires responsables du traitement des échantillons biologiques et du transport des échantillons, aussi bien au niveau central que périphérique, et un CC de l'OMS comme principal centre de référence	X		
2) Faire l'état des lieux, des besoins en ressources humaines, en équipements, en consommables, en protocoles, en logistique	X		
3) Équiper le laboratoire national de référence en poste de sécurité microbiologique, incinérateurs, moyens propres de transport (véhicule 4x4, motocyclettes) ; service de gestion des données de	X		

laboratoire doté d'un personnel formé et équipé			
4) Doter l'ensemble des laboratoires en équipements de protection individuelle, triple emballage, désinfectants, consommables de laboratoires	X		
5) Former adéquatement (contenu, durée, représentativité des laboratoires, nombre de personnes) le personnel de laboratoire au port de l'EPI, prévention de l'infection au laboratoire, prélèvements, conditionnement, et expédition des échantillons, pour contribuer le plus efficacement possible à la gestion de la MVE	X		
6) Établir des arrangements formels avec le laboratoire de virologie de l'Université de Lagos pour l'expédition des échantillons, la gestion des résultats et l'échange d'informations	X		
7) Organiser le transport des échantillons aussi bien sur le territoire national (entre les lieux de prélèvement et le LNSP) que vers le laboratoire CC de l'OMS, désigner les responsables et acteurs, et identifier (ou fournir) les moyens	X		
8) Élaborer des modes opératoires standardisés pour les prélèvements (sang et écouvillon buccal), le triple emballage et le transport, et les diffuser suffisamment dans les laboratoires	X		
9) Décrire par des procédures les rapports fonctionnels de collaboration entre la composante laboratoire et les services de traitement et épidémiologiques (surtout la surveillance)	X		
10) Créer un poste afin d'assurer la gestion des données de laboratoire au niveau du laboratoire national de référence	X		

Composante 9 : Points d'entrée	30	60	90
1) Renforcer la collaboration intersectorielle (avec les autres services fonctionnels au niveau des PE (notamment l'immigration, la sécurité, la douane et assises, etc...)) et la coopération transfrontalière	X		
2) Mettre en œuvre pour chacun des points d'entrée un plan d'intervention pour les urgences de santé publique comprenant un dispositif de convention avec le système de soins d'urgence du pays	X		
3) Améliorer les mécanismes de partage d'informations au sein des équipes des PE (comptes rendus/décisions, nouvelles directives prises en matière de réponse à la MVE, par exemple)	X		
4) Améliorer les conditions de travail des agents (salle de vaccination, salle de repos, salle d'observation, stockage des équipements, etc.)	X		
5) Mettre à jour les connaissances spécifiques à Ebola du personnel des points sur la base du plan national du Bénin et en se référant à la liste de contrôle consolidée pour se préparer à faire face à la maladie à virus Ebola de l'OMS	X		
6) Promouvoir un système de gestion des déchets dans les points d'entrée considérant également les contraintes spécifiques liées au virus Ebola	X		

7) Intégrer les points d'entrée dans le cadre des exercices de simulation liés au dispositif de surveillance épidémiologique du pays			
8) Évaluer les autres points d'entrée du Bénin au moyen de la liste de contrôle consolidée de l'OMS pour se préparer à faire face à la maladie à virus Ebola	X		
9) Mettre en place des mesures incitatives (prime de risque) pour motiver les équipes de PE assurant la continuité des activités 24/24h et 7/7 jours	X		
10) Accélérer la mise en place du Règlement sanitaire international (2005) (évaluation des capacités minimales requises aux points d'entrée, mise à disposition d'un minimum de matériels, des outils de collecte, de la logistique, des moyens de communication, des procédures de collaboration intersectorielle et transfrontalière)	X		

IV. CONTRAINTES PRINCIPALES

Globalement la mission s'est bien déroulée sur le terrain. Les quelques contraintes principales ont été:

- Les différences entre les programmes d'arrivée comme de retour pour tous les experts;
- L'implication dans les activités liées à l'investigation de l'alerte à Tanguiéta, avec comme conséquence la réduction de la disponibilité des experts venus au Bénin dans le cadre de la mission d'appui au pays pour la préparation MVE;
- La faible fonctionnalité de certaines commissions n'a pas favorisé la coordination.

V. CONCLUSION ET ÉTAPES SUIVANTES

À la fin de cette mission internationale, il était attendu : i) d'aider le pays à avoir un plan d'amélioration du niveau de préparation et ii) l'investigation de l'alerte Tanguiéta avec la pleine participation d'une partie de l'équipe internationale.

En effet, lors de la séance de restitution sous la présidence de Mme le Ministre de la santé, une présentation reprenant les activités critiques et harmonisées (par composante de la liste de contrôle consolidée) a été faite par le Secrétaire général adjoint, une preuve de l'appropriation par le pays.

En interaction avec la mission internationale, il est attendu du pays (y compris tous les acteurs), ce qui suit:

- 1. La finalisation du plan d'urgence Ebola aligné sur la liste de contrôle consolidée**
- 2. La budgétisation du plan d'urgence Ebola**
- 3. La validation du plan budgétisé par le comité national multisectoriel**
- 4. La mise en œuvre effective du plan appuyée par des missions techniques de suivi**

Annexes au rapport

Annexe 1 : Liste de contrôle consolidée OMS remplie

Annexe 2 : Rapport sur la simulation sur table

Annexe 3 : Extraits de l'annuaire statistique 2012 (Formations sanitaires et Ressources humaines pour la santé)

Annexe 4 : Composition de l'équipe de mission (Expertise, Institutions, Contacts)

Annexe 1 :

LISTE DE CONTRÔLE CONSOLIDÉE POUR SE PRÉPARER À FAIRE FACE À LA MALADIE À VIRUS EBOLA (version française du 30 Octobre 2014) REMPLIE

• Composante 1 – Coordination globale

	Tâches	En	O/N.
1.1	Comité d'urgence et Comité sur les épidémie 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. 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. Existence d'un mandat clair pour le Comité/groupe spécial ETF Mécanismes en place pour coordonner l'aide des donateurs au niveau national Examen des cadres politiques et législatifs actuels pour s'assurer qu'ils autoriseront les mesures de préparation proposées Evaluation complète des coûts des plans d'intervention/d'urgence existants pour permettre l'identification des financements	30	PARTIEL
	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. Identifier, former et désigner des responsables de la gestion et des opérations ayant pouvoir de prendre des décisions opérationnelles. Affecter des responsabilités claires en matière de communication à des fonctions spécifiques au sein de l'EOC/IMS. Organiser des canaux de communication au sein de l'EOC/IMS et entre ces entités, leurs partenaires et le public. Etablir des procédures pour les mécanismes de commande, de contrôle et de coordination et pour l'autorisation des produits techniques et informatifs clés. Tester la coordination et les opérations par le biais d'exercices théoriques et de répétitions. Identifier un lieu physique pour l'EOC.	30	NON pas spécifique a Ebola

• Composante 2 – Équipe d'intervention rapide

	Tâches	En(days)	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	NON
2.2	S'assurer qu'un système de communication rapide est en place pour alerter l'EIR	30	NON
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	NON
2.4	Former l'EIR aux procédures de prélèvement et au transport des agents pathogènes de catégorie A	30	NON
2.5	Former l'EIR infranationale à la surveillance et à la recherche des contacts	30	NON
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	NON
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	NON

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

	Tâches	En (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	OUI
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	NON
3.3	Cartographier les moyens publics de communication et les compétences dans le secteur de la santé et d'autres secteurs	30	NON
3.4	Définir et mettre en place des mécanismes pour faire participer les réseaux nationaux à la mobilisation sociale	30	NON
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	NON
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	NON
3.7	Mettre en place un mécanisme de coordination pour amener les partenaires à participer (ONG, par ex.)	30	OUI
3.8	Constituer une liste d'aptitude avec des rôles et des responsabilités clairement définis pour les chargés de communication et les porte-parole internes et externes	30	NON
3.9	Mettre en place des procédures fonctionnelles et à jour pour l'examen, la validation et l'autorisation des produits informatifs	30	NON
3.10	Identifier et former des porte-parole et une équipe de communication et leur fournir des argumentaires en fonction des besoins	30	NON
3.11	Elaborer une stratégie, un plan et un budget complets pour obtenir la participation des médias et du public (avec une stratégie d'élargissement)	30	OUI
3.12	Mettre en place un système pour suivre et investiguer les rumeurs, puis leur répondre	30	OUI
3.13	Dresser un plan pour examiner et réviser la stratégie de communication et en suivre l'impact	30	NON
3.14	Identifier les réseaux de communication importants et planifier l'utilisation de matériels d'information dans les langues appropriées (TV, radio, médias sociaux, SMS, conteurs, théâtre, et autres moyens de communication appropriés)	30	OUI
3.15	Mettre en place des mécanismes de surveillance des médias disposant d'outils appropriés	30	NON

- **Composante 4 – Prévention et lutte contre les infections**

	Tâches	En 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	NON
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	NON
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	NON
4.	Equiper 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	60	NON

	base.		
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	NON

- **Composante 5 – Prise en charge - 5a) Centre de traitement Ebola**

	Tâches	En (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	NON
5a.2	Équiper et former de manière appropriée des équipes d'ambulanciers pour transporter les cas suspects de maladie à virus Ebola	30	NON
5a.3	Identifier les établissements de soins au niveau du district pouvant être transformés en peu de temps en CTE	30	NON
5a.4	Identifier les établissements de soins au niveau local pouvant être transformés en peu de temps en CTE	60	NON

- **5b) Inhumations sans risque**

	Tâches	En jours	Oui/ Non
5b.1	Mettre au point des modes opératoires standardisés (MOS) pour l'inhumation sans risque et la décontamination	30	NON
5b.2	Identifier un lieu d'inhumation sûr et approprié avec l'accord de la communauté	30	NON
5b.3	Équiper et former convenablement les équipes d'inhumation (8 personnes)	30	NON
5b.4	S'assurer de l'existence d'une procédure de transport spéciale pour inhumer sans risque les restes humains	30	NON
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	NON

- **Composante 6 – Surveillance épidémiologique**

	Tâches	En jours	Y/N
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	OUI
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	NON
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	NON
6.4	Dispenser des formations sur la définition de cas et l'investigation des cas		NON
6.5	Tester la surveillance existante/les systèmes d'IDSR pour Ebola, identifier les lacunes et débiter la mise en oeuvre des mesures correctives le cas échéant.	30	NON
6.6	Mettre en place des lignes de notification immédiate pour les cas suspects, avec une définition claire des responsabilités pour ces actions	30	NON
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	NON
6.8	Diffuser des définitions de cas simplifiées à l'usage des communautés	60	NON

- **Composante 7 – Recherche des contacts**

	Tasks	En (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	NON
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	NON
7.3	Former le personnel au niveau du district à la recherche des contacts	30	NON
7.4	Former le personnel au sein du district et communautaire à la recherche des contacts	30	NON

- **Composante 8 – Laboratoire**

	Tâches	En (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	NON
8.2	Dispositions et accords de soutien en place avec les centres collaborateurs de l'OMS pour la réalisation d'analyses de confirmation	30	OUI
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	NON
8.4	Disponibilité des ressources pour faciliter le transport et l'expédition des échantillons	30	NON
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	NON

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	NON
-----	---	----	-----

- Composante 9 – Points d'entrée**

	Tâches	W.	Y/N
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	NON
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, 1 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	PARTIEL
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	OUI
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	NON
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	PARTIEL
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	NON
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	PARTIEL
9.8	Disponibilité de MOS pour réaliser le dépistage de sortie en cas de flambée confirmée de virus Ebola.	30	NON

- Composante 10 – Budget global pour la flambée**

	Tâches	En (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	
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	
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	
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	
10.5	Identifier le processus pour transférer l'argent du niveau central au niveau local pour une utilisation d'urgence	30	

Annexe 2 : Rapport sur la simulation sur table

RAPPORT – EXERCICE DE SIMULATION

Mission Bénin (Dr Tarcisse Élongo, chef de mission)

Rapport de l'exercice de simulation sur table mené le 20 novembre 2014

Facilitateur : Alain Poirier

Rapporteurs : Jocelyne Sauvé et Candice Vente

MESURE PRÉVUE	Commentaires
Volet 1 : Alerte et premières interventions	
<p>Numéro vert en place de même que deux numéros du Ministère de la santé</p>	<p>Pas d'affichage des numéros Confusion quant à la teneur des affiches qui seraient en préparation pour diffuser le numéro vert Il n'y aurait pas d'argent pour les produire Pas de campagne orchestrée pour diffuser les numéros Le numéro vert passerait actuellement sur les ondes radios et TV Malgré ce système, certains participants (notamment les membres de la Commission communication) ne connaissent pas le numéro On se questionne sur la pertinence d'avoir 3 numéros différents</p>
<p>Selon le Ministère de la santé, des affiches seraient produites et contiendraient le numéro</p>	<p>Numéro vert ? Numéro du Ministère ? Les membres de la Commission communication disent que les affiches ne contiennent pas le numéro Bref, confusion sur la question des affiches</p>
<p>Si quelqu'un téléphone au numéro vert, l'appel est pris par un opérateur L'opérateur est censé prendre toutes les informations par téléphone et expliquer ce qui va se passer Un algorithme serait disponible</p>	<p>Confusion sur ce que fait la personne qui reçoit l'appel L'UNICEF a testé la ligne et l'appelant ne semblait pas suivre un algorithme particulier La Commission communication voudrait l'algorithme + savoir intervention rapide locale</p>
<p>L'opérateur prévient l'équipe d'intervention rapide (EIR) locale (au niveau de la Zone sanitaire) qui se rend sur le terrain pour vérifier si le patient répond à la définition de cas. Le travail se fait en collaboration avec le SAMU</p>	<p>EIR pas spécifiquement formée à Ebola. Les EIR sont celles mises en place en lien avec le plan national des urgences Simulation faite auprès du SAMU : la personne qui a reçu l'appel n'était pas prête Pas de documents, ou de procédures écrites facilement accessibles, sur l'investigation d'un cas suspect Il y aurait des documents écrits mais tout n'est pas rassemblé</p>
<p>En plus des EIR locales (au niveau de chaque Zone sanitaire), il existe une EIR au niveau national et une EIR au niveau de chaque Département</p>	<p>EIR nationale est composée de toute la hiérarchie ! Est-ce souhaitable ? Le lien entre toutes ces équipes lors de l'investigation d'un cas suspect n'est pas clair Les EIR nationales et départementales ne sont pas non plus formées spécifiquement en lien avec Ebola</p>

MESURE PRÉVUE	Commentaires
Composition des équipes locales : <ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordonnateur - Représentant de l'hôpital de zone - Responsable du laboratoire de la zone - Responsable hygiène et assainissement - Centre surveillance épidémiologique - Chargé de communication - Médecin de la commune concernée 	La formation reçue par les membres des EIR est une formation générique en lien avec le plan national des urgences Mais formation spécifique sur la recherche et suivi des contacts Ebola donnée aux médecins chefs, aux cliniciens et aux membres des équipes d'épidémiologie
Volet 2 : Gestion des cas suspects	
C'est l'EIR qui décide si on doit faire des prélèvements sanguins	Si prélèvement, la qualité n'est pas garantie due aux équipements
Les cas suspects doivent être isolés Mme le Ministre a demandé à chaque hôpital d'identifier un lieu d'isolement Le personnel serait formé	Aucune visite ou audit n'a été effectué dans les hôpitaux pour vérifier s'il y a effectivement des lieux d'isolement des cas suspects dans les différents hôpitaux désignés. Il est peu probable selon les participants que ces lieux soient tous identifiés et prêts à recevoir un cas suspect La capacité du personnel formé à véritablement travailler dans les salles d'isolement n'a pas été testée (pas de simulation faite)
Histoire vraie : Un cas suspect est survenu à Cotonou. Le patient a été isolé à la maison : un infirmier et un médecin ont été dépêchés sur les lieux Le médecin a passé la nuit dans la maison C'est le biologiste du laboratoire de SP qui a fait le prélèvement à domicile	Pas beaucoup de détails sur la façon dont médecin et infirmier se sont protégés pendant leur séjour dans la maison, ni ce qui a été dit à la famille
1 personne par EIR est responsable des communications	Le cas de Cotonou a mis en évidence que la communication n'a pas fonctionné. Dès que les équipes de santé se sont présentées au domicile du cas suspect, la population s'est énervée La sous-commission pourrait appuyer l'EIR pour sensibiliser la population sur la situation Importance de développer des outils d'information et de communication pour la communauté
Si patient est isolé à domicile et que son état le nécessite, un transfert est prévu vers une salle d'isolement à l'hôpital le plus près	Pas de centre de traitement Ebola fonctionnel nulle part dans le pays, d'où l'importance d'avoir des salles d'isolement pour les cas suspects 2 chambres d'isolement au SAU du CHU Ailleurs ???
Après 3 jours, le patient a été transféré dans une salle Ebola au CHNU	Au CHNU, les personnels n'ont pas collaboré de façon optimale malgré leur formation. Mise en évidence de l'importance de prendre en compte l'élément de panique lors de la survenue de cas

MESURE PRÉVUE	Commentaires
Transport du patient par ambulance	Ambulances spécifiques prévues pour le SAMU mais actuellement, il existe peu ou pas de moyens de transport dédié fonctionnels sauf à Cotonou
La désinfection du véhicule est prévue	Le personnel serait formé pour la désinfection mais pas de désinfectant en quantité suffisante
Désinfection du domicile : 1 personne est formée par centre pour préparation des solutions chlorées, et pulvérisateur	On prévoit de former 1 personne par Zone sanitaire au sein de chaque EIR
Si un patient est suspect, la famille est informée par l'EIR	L'information ne circule pas bien entre les différents acteurs. Les membres de la Commission communication souhaiteraient être informés si cas suspect car pourraient jouer un rôle de soutien auprès des intervenants locaux et des communautés
Les équipements de protection individuelle (EPI) sont en quantité insuffisante aux différents points de contact possibles avec un cas suspect	17 000 EPI sont arrivés de Chine. Non prépositionnés. Mais une répartition sera remise à Mme le Ministre sous peu
Si cas suspect décède, les personnes sont formées Une procédure existerait. On le traite comme positif jusqu'à preuve du contraire Il existe des psychologues formés	
Volet 3 : Notification	
Formulaire de notification pour les cas suspects, disponible dans toutes les Zones sanitaires. Une fois un cas identifié comme « cas suspect », le formulaire doit être rempli. Le Département est informé, le niveau central est informé	Souvent la rumeur devance le système d'information officiel. Il faut s'assurer que l'information circule Actuellement, pas de système de gestion des rumeurs Il y aurait un arrêté en préparation à la DNSP pour gérer les rumeurs La Commission communication dit qu'il y a un goulot d'étranglement de l'information qui fait que la sous-commission est avisée des cas suspects par les médias
Un outil de surveillance informatisé est en préparation pour gérer les rumeurs, les cas suspects, les cas confirmés	
Volet 4 : Recherche et suivi des contacts	
C'est aux EIR au niveau local qu'on a confié la recherche des contacts	Outil en élaboration. Pas encore acheminé dans les EIR
Ce sont également les EIR qui sont désignées pour assurer le suivi des contacts au jour le jour. Avec au niveau local, le médecin coordonnateur	En cas de flambée importante dans une localité avec identification de très nombreux contacts, il est difficile de croire que l'EIR aura le temps et la capacité d'identifier et faire elle-même le suivi des contacts au quotidien

MESURE PRÉVUE	Commentaires
<p>Lors de la formation rapide, on a classé les contacts par catégories (haut risque, moyen, faible)</p> <p>Les contacts à haut risque (ceux qui auraient une lésion ou une blessure) arrêtent de travailler. Pour les autres, simple suivi à domicile</p>	
Volet 5 : Inquiétude et anxiété du public	
En temps de paix, sensibilisation, formation, etc.	Actuellement, moyens limités pour sensibiliser/éduquer/informer la population
Si apparition d'un ou plusieurs cas suspects, on convient que la réponse doit être harmonisée, ce qui nécessite davantage de travail entre les équipes locales, régionales et nationales	Beaucoup est à faire de ce côté Liens ténus entre les membres de la Commission communication et les autres commissions, ce qui ralentit les travaux
Psychologues disponibles par Département	Sont-ils formés ? À clarifier
« Équipes des réseaux communautaires » peuvent être mobilisées	Procédure à clarifier
Actuellement, communications formelles faites par le Ministère. Les Départements peuvent aussi communiquer à leur niveau	Porte-paroles à identifier à tous les niveaux. Outils à préparer pour les aider
Volet 6 : Confirmation des cas et gestion des cas confirmés	
Un centre de traitement Ebola a été mis en place à Cotonou mais a été saccagé par la population. Si cas confirmé aujourd'hui, le patient est traité dans la pièce d'isolement où il se situe	Un centre de traitement sera possiblement situé sur le site de l'hôpital géré par l'Armée. La décision n'est pas finalisée. Le site n'est absolument pas fonctionnel. Le matériel est en quantité limitée. Les EPI sont largement insuffisants Des discussions ont cours actuellement pour finaliser également le choix du nombre et de la situation des CTE dans le pays
Si cas confirmé, la recherche des contacts s'intensifie	
Dans les zones où il y a de bons relais communautaires, on doit les mettre en action	
Cas confirmé : l'OMS reçoit l'info, transmet l'info à Mme le Ministre, qui transmet l'info au Dr Glélé, qui fait redescendre l'information dans la structure	

MESURE PRÉVUE	Commentaires
Volet 7 : Dispositifs aux points d'entrée (PE)	
Peu discuté car visites faites par l'équipe de mission aux différents points d'entrée et absence de responsables de points d'entrée parmi les participants	
Volet 8 : Développement des symptômes chez les contacts	
Le temps n'a pas permis au groupe de se rendre jusqu'à cet élément	
Volet 9 : Épidémie à l'échelle du pays	
Le temps n'a pas permis au groupe de se rendre jusqu'à cet élément	
Volet 10 : Éléments à prendre en considération si non mentionnés précédemment	
-	
Volet 11 : EPI	
Nombre de kits disponibles au CHNU : 6000	Équipement en quantité très limitée partout ailleurs
17 000 EPI reçus de la Chine qui seront acheminés sur le terrain	Proposition de répartition en cours Le prépositionnement devra être soumis à l'accord de Mme le Ministre
Volet 12 : Gestion des cadavres	
Croix-Rouge Équipement et kits mortuaires disponibles	Partout ? À vérifier
Volet 13 : Décontamination	
Traité sous gestion des cas suspects	

MESURE PRÉVUE	Commentaires
Volet 14 : Laboratoire	
<p>Ce qui est prévu à compter de maintenant : la prise de sang se fait au niveau de chaque zone avec technicien identifié pour le faire, puis triple emballage, puis acheminé au laboratoire national</p> <p>Donc, il n'y aura plus de manipulation au niveau local. Le sang total sera acheminé</p>	<p>Actuellement, pas suffisamment de triple emballage. (Il n'en reste que 8 dans le pays en date d'aujourd'hui)</p> <p>Actuellement, les techniciens ne sont pas formés</p> <p>Personne n'a été formé au niveau départemental pour manipuler le triple emballage</p>
<p>Procédure prévue actuellement : une fois le prélèvement reçu par le laboratoire national de Cotonou, le laboratoire fait la séparation, extrait le sérum et congèle. Puis appelle l'OMS</p> <p>Lien avec le laboratoire de Lagos</p> <p>Confirmation à Lyon</p>	<p>La protection des travailleurs est à compléter. EPI est disponible, mais pas de hotte à flux laminaire</p> <p>L'achat d'une hotte à flux laminaire est prévu</p> <p>Encore en discussion. Toutes les décisions ne sont pas arrêtées sur la suite des choses</p>
<p>Le matériel utilisé pour les prélèvements est incinéré</p>	<p>Le matériel qui a été utilisé dans le cas suspect a effectivement entièrement été incinéré, même le bocal</p>
Volet 15 : Communication – médias et grand public – réseau de la santé – autres	
<p>Abordé plus haut</p>	
Volet 16 : Coordination	
<p>Réunion du comité national est planifiée pour étudier la logistique de ce qui doit être fait : kits en nombre suffisant ? Doit-on en ajuster ? A-t-on ce qu'il faut en termes de matériel ? de procédures ? Le personnel est-il formé ? Les mécanismes de communications sont-ils fonctionnels ? Doit-on ajuster le tir ?</p>	<p>Réponse un peu théorique</p>
Volet 17 : Budget	
	<p>Pas de fonds disponibles pour augmentation des capacités</p> <p>Mais il y a des provisions pour mise à la disposition des secteurs dès qu'un cas se déclare</p>

Évaluation de la simulation de table et améliorations suggérées

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. Le nombre de participants présents et leur contribution aux échanges n'ont jamais été optimaux et ce malgré l'implication de Mme le Ministre de la santé pour la reprise des rencontres des sous-commissions et de cette simulation prévues la veille, les deux annulées faute de participants.

Une fiche de rétroaction a permis de dégager les points principaux à partir de questions ouvertes sur les forces et les besoins de clarification ou d'amélioration (faiblesses). Les réponses de seulement 10 répondants ont été regroupées dans le tableau qui suit selon les composantes de la liste de contrôle.

Composante	Forces et faiblesses	F et f /10
Coordination	Forces : L'engagement politique et l'existence d'un comité national, des sous-commissions et d'un comité de crise sont cités.	4
	Faiblesses : Cependant, c'est aussi cette composante qui est le plus souvent critiquée. L'absence de procédures (5), la faiblesse des liens entre les sous-commissions (5) des définitions de rôles (1) et de la coordination en général (1) font que cette composante est le plus souvent citée dans les améliorations à apporter.	12
Unité de réponse rapide	Forces : Deux personnes la conçoivent comme une force.	2
	Faiblesses : Une autre y voit une faiblesse générale. L'acheminement des échantillons est également mentionné une fois de même que le trop petit nombre de centres d'isolement (1).	3
Communication et mobilisation sociale	Forces : Quatre personnes retiennent ce volet comme une force.	4
	Faiblesses : Une personne considère que cette composante devrait être mieux financée et que la gestion des rumeurs devrait être mieux prise en compte.	1
Lutte contre les infections	Forces : Trois personnes considèrent la formation des personnels sanitaires comme une force.	3
	Faiblesses : Deux personnes espèrent des améliorations d'abord au chapitre de la formation, de la gestion des cas suspects (1), des équipements de protection individuelle (1) et du matériel de prévention en général (1).	5
Gestion des cas	Forces : La prise en charge des cas n'est mentionnée ni comme force. Faiblesses : ...ni comme faiblesse.	0 0
Gestion des enterrements	Forces : Aucune mention Faiblesses : Aucune mention	0 0
Surveillance épidémiologique	Forces : L'existence de directives est citée comme une force.	1
	Faiblesses : aucune mention	0
Recherche des contacts	Forces : Aucune mention	0
	Faiblesse : Aucune mention	0
Laboratoire	Forces :	0
	Faiblesses : La rénovation du laboratoire est proposée	1
Points d'entrée	Forces : Aucune mention	0
	Faiblesses : Aucune mention	0
Financement	Forces : Aucune mention	0
	Faiblesses : L'absence de fonds d'urgence et le manque de transparence sur les ressources financières et humaines sont mentionnés par deux répondants.	2

Des commentaires généraux ont été sollicités sur la simulation, la mission et son suivi.

Concernant la simulation, deux répondants l'ont jugée utile et un répondant aurait aimé qu'on invite des membres d'équipe régionale d'intervention rapide.

À propos de la mission, le besoin de partager les recommandations, sa trop courte durée et son existence permanente sont mentionnés (2). La nécessité de refaire l'évaluation dans 30 jours est mentionnée par un répondant.

La fiche d'évaluation de la simulation de table comportait des questions d'appréciation sur l'atteinte du but établi, sur la qualité des discussions et l'utilité des leçons. L'accord avec les trois énoncés retrouvés dans le prochain tableau était supérieur à 80 %.

Contenu	Fortement en désaccord	En désaccord	En accord	Fortement en accord
1. La simulation a atteint le but établi.	0 %	20 %	50 %	30 %
2. Les scénarios et les questions ont donné lieu à de bonnes discussions.	0 %	20 %	30 %	50 %
3. Le travail a permis de soulever d'importantes questions et de tirer les leçons utiles.	0 %	10 %	50 %	40 %

Annexe 3 : Extraits de l'annuaire statistique 2012 (Formation sanitaires et Ressources humaines pour la santé)

Tableau 2 : Répartition des infrastructures sanitaires par Zone sanitaire en 2012

Département/Zone sanitaire	Espace hospitalo-universitaire	CHD	HZ	Autres hôpitaux	CS complets	Dispensaire seul	Maternité seule	FS Confessionnelle	Officines	Dépôt privé
Alibori	0	0	3	0	42	15	7	0	10	0
Banikoara	0	0	1	0	13	2	0	0	6	0
Malanville/Karimama	0	0	1	0	9	2	5	0	2	0
Kandi/Gogonou/Ségbana	0	0	1	0	20	11	2	0	2	0
Atacora	0	1	3	0	64	12	1	18	8	3
Natitingou/Boucoubé/ Toucountouna	0	1	1	0	27	7	1	12	3	1
Kouandé/Péhunco/Kérou	0	0	1	0	16	2	0	3	4	1
Tanguiéta/Matéri/Cobly	0	0	1	0	21	3	0	3	1	1
Atlantique	0	0	2	3	70	9	6	4	0	0
Abomey-Calavi/So-Ava	0	0	1	2	16	1	1	0	0	0
Allada/Toffo/Zè	0	0	0	1	28	3	2	3	0	0
Ouidah/Kpomassè/ Tori/Bossito	0	0	1	0	26	5	3	1	0	0
Borgou	0	1	4	1	54	18	18	0	18	0
Bembèrèkè /Sinendé	0	0	1	0	15	3	5	0	1	0
Nikki/Kalalé/Pèrèrè	0	0	1	0	20	14	9	0	1	0
Parakou/N'dali	0	1	1	1	12	1	1	0	15	0
Tchaourou	0	0	1	0	7	0	3	0	1	0
Collines	0	0	3	2	51	11	5	1	5	0
Savalou/Bantè	0	0	1	0	18	1	1	0	1	0
Dassa-Zoumè/Glazoué	0	0	1	2	18	3	4	1	2	0
Savè/Ouèssè	0	0	1	0	15	7	0	0	2	0
Couffo	0	0	2	1	44	4	6	4	4	3
Aplahoué/Djakotomè/ Dogbo	0	0	1	1	20	0	4	2	3	0
Klouékanmè/Lalo/Toviklin	0	0	1	0	24	4	2	2	1	3
Donga	0	0	2	0	28	10	8	14	4	4
Bassila	0	0	1	0	7	5	2	1	3	1
Djougou/Copargo/Ouaké	0	0	1	0	21	5	6	13	1	3
Littoral	4	0	2	3	14	2	1	3	0	0
Cotonou 1/Cotonou 4	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0
Cotonou 2/ Cotonou 3	1	0	1	0	3	1	1	2	0	0
Cotonou 5	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0
Cotonou 6	2	0	0	1	5	0	0	0	0	0
Mono	0	1	2	0	38	2	11	4	5	4
Lokossa/Athiémè	0	1	1	0	12	2	3	0	2	0
Comè/Grand- Popo/Bopa/Houéyogbé	0	0	1	0	26	0	8	4	3	4
Ouémé	0	1	1	0	65	15	0	0	0	0
Adjohoun/Dangbo/Bonou	0	0	1	0	20	11	0	1	2	0
Akpro/missérétié/ Avrankou/Adjarra	0	0	0	0	18	3	0	0	3	0
Porto-Novo/Sèmè- Kpodji/Aguégués	0	1	0	4	27	1	0	2	29	0
Plateau	0	0	2	0	36	15	0	0	4	0
Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè	0	0	1	0	22	9	0	0	2	0
Sakété/Ifangni	0	0	1	0	14	6	0	0	2	0
Zou	0	1	1	0	57	2	15	4	10	11
Abomey/Agbangnizoun/ Djidja	0	1	0	0	22	0	8	3	4	8
Covè/Quinhi/Zagnanado	0	0	1	0	14	1	2	1	1	0
Bohicon/Za-Kpota/ Zogbodomè	0	0	0	0	21	1	5	0	5	3
Bénin	4	5	27	10	563	115	78	52	68	25

Source : SGSI/DPP, 2012

Tableau 3 : Couverture des FS en incinérateurs fonctionnels par Zone sanitaire en 2012

Département/Zone sanitaire	Nombre FS	CS disposant d'incinérateurs fonctionnels	Proportion (%) de centres de santé disposant d'incinérateurs fonctionnels
Alibori	64	16	25,0
Banikoara	15	7	46,7
Malanville/Karimama	16	4	25,0
Kandi/Gogonou/Ségbana	33	5	15,2
Atacora	77	19	24,7
Natitingou/Boucoumbé/Toucountouna	35	1	2,9
Kouandé/Péhunco/Kérou	18	7	38,9
Tanguiéta/Matéri/Cobly	24	11	45,8
Atlantique	85	28	32,9
Abomey/calavi/So-Ava	18	6	33,3
Allada/Toffo/Zè	33	16	48,5
Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito	34	6	17,6
Borgou	90	38	42,2
Bembèrèkè /Sinendé	23	12	52,2
Nikki/Kalalé/Pèrèrè	43	13	30,2
Parakou/N'Dali	14	8	57,1
Tchaourou	10	5	50,0
Collines	67	26	38,8
Savalou/Bantè	20	8	40,0
Dassa-Zoumè/Glazoué	25	10	40,0
Savè/Ouèssè	22	8	36,4
Couffo	54	21	38,9
Aplahoué/Djakotomè/Dogbo	24	5	20,8
Klouékanmè/Lalo/Toviklin	30	16	53,3
Donga	46	9	19,6
Bassila	14	4	28,6
Djougou/Copargo/Ouaké	32	5	15,6
Littoral	17	11	64,7
Cotonou 1/Cotonou 4	4	0	0,0
Cotonou 2/ Cotonou 3	5	6	120,0
Cotonou 5	3	1	33,3
Cotonou 6	5	4	80,0
Mono	51	17	33,3
Lokossa/Athiémè	17	6	35,3
Comè/Grand-Popo/Bopa/Houéyogbé	34	11	32,4
Ouémé	80	49	61,3
Adjohoun/Dangbo/Bonou	31	18	58,1
Akpro/missérété/Avrankou/Adjarra	21	15	71,4
Porto-Novo/Sèmè-Kpodji/Aguégués	28	16	57,1
Plateau	51	15	29,4
Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè	31	10	32,3
Sakété/Ifangni	20	5	25,0
Zou	74	34	45,9
Abomey/Agbangnizoun/Djidja	30	20	66,7
Covè/Ouinhi/Zagnanado	17	9	52,9
Bohicon/Za-Kpota/Zogbodomè	27	5	18,5
Bénin	756	302	39,9

Source : SGSI/DPP, 2012

Annexe 4 : Tableau 4. Composition de l'équipe de mission

Nom	Organisation	Courriel
1. Alain Poirier	Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)	Alain.poirier@inspq.qc.ca
2. Jocelyne Sauvé	Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)	jocelyne.sauve@inspq.qc.ca
3. Sema Mandal	Public Health England (PHE)	sema.mandal@phe.gov.uk
4. Alain Prual	Ambassade de France au Bénin	alain.prual@diplomatie.gouv.fr
5. Stephanie Salyer	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis(CDC)	wig9@cdc.gov
6. Sofia Arriola	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis(CDC)	wus3@cdc.gov
7. Catherine Smallwood	Organisation mondiale de la Santé –HQ	smallwoodc@who.int
8. Candice Vente	Organisation mondiale de la Santé –HQ	ventec@who.int
9. Coulibaly Sheick Oumar	Organisation mondiale de la Santé –AFRO	coulibalys@who.int
10. Elongo Lokombe Tarcisse	Organisation mondiale de la Santé –AFRO	elongol@who.int