



République du Sénégal
Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
C.O.U.S.



P r o t o c o l e s
O p é r a t i o n n e l s
N o r m a l i s é s

EBOLA

Edition 2015

EBOLA



Protocoles
Opérationnels
Normalisés
EBOLA
Edition 2015

ebola

Sommaire

Préface	4
Organigramme	5
PON-MVE-001 Organisation des Postes de santé	7-14
PON-MVE-003 Centre de Transit et Traitement	15-26
PON-MVE-005 Mettre et Enlever l'EPI	27-33
PON-MVE-006 Préparation Solution Chlorée	34-41
PON-MVE-007 Organisation des Postes Frontières	42-51
PON-MVE-008 Surveillance Corridor Humanitaire	52-58
PON-MVE-012 ICP Identification et Gestion d'un Cas Suspect 3003	59-67
PON-MVE-013 MCD Identification et Gestion d'un Cas Suspect	68-75
PON-MVE-014 Prélèvement	76-84
PON-MVE-015 Désinfection Poste de Santé	85-91
PON-MVE-016 Désinfection Domicile	92-99
PON-MVE-017 Structure Privée Identification et Gestion d'un Cas Suspect	100-108
PON-MVE-018 Identification et Suivi Cas Contacts	109-117
PON-MVE-019 Prise en Charge Traitement Patients	118-128
PON-MVE-020 Sortie Patient Gueri	129-133
PON-MVE-021 Exposition Accidentelle	134-138
PON-MVE-022 - Décès au Centre de Transit - Traitement	139-145
PON-MVE-023 Décès et Funérailles Sécurisées	146-154
PON-MVE-024 Transport Patients	155-161
PON-MVE-025 Desinfection Véhicules	162-169
PON-MVE-026 Désinfection Centre de Transit - Traitement	170-175
PON-MVE-027 Déploiement Unité de Traitement Mobiles	176-184
PON-MVE-028 Remontée et Suivi de l'Information Systeme de Santé	185-194
PON-MVE-030 Entrées Données - smartphone	195-206
PON-MVE-031 Entrées Données	207-217
Annexes	219
FORM 1 - Fiche notification initiale cas Suspect ICP	220
FORM 2 - Fiche notification initiale cas Suspect MCD	221
FORM 3 - Identification Sujet Contact	222
FORM 4 - Suivi Sujet Contact	223
FORM 7 - Tableau de bord	224
Lettre Circulaire	225

Préface



L'Afrique de l'Ouest fait face actuellement à la plus grave épidémie de Maladie à Virus Ebola (MVE) de l'histoire de l'humanité.

L'impact de la MVE sur notre sous-région voire sur le continent est très négatif avec

un nombre important de décès et des conséquences sanitaires et économiques désastreuses pour nos États. Notre implication et celle de la communauté internationale sont indispensables pour stopper cette épidémie.

La lutte contre la MVE nécessite la mise en place de protocoles bien codifiés, afin d'assurer la prise en charge correcte des cas et éviter toute nouvelle contamination.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal a élaboré sous la coordination du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) des Protocoles Opérationnelles Normalisés (PON), adaptés à notre contexte, pour lutter contre la MVE.

Ces PON servent de support aux professionnels de santé pour apporter une réponse appropriée et coordonnée.

Je voudrai tout particulièrement remercier l'ensemble des personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration de ces PON, particulièrement le CDC, l'OMS, l'UNICEF, PATH et MSF.

Je remercie également la Fondation Bill et Melinda Gates pour le support décisif qu'elle a apporté au COUS, lui permettant de prendre son envol.

Ce cahier de protocoles, première publication du COUS, sera divulgué et partagé avec l'ensemble des acteurs d'ici et d'ailleurs.

Ces PON peuvent évoluer avec le contexte et le temps et feront l'objet de mise à jour au besoin.

Pr Awa Marie Coll Seck
Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Equipe COUS



Coordonnateur
Dr Abdoulaye BOUSSO



Assistante
Mme Khady Fam TALL



Coordonnateur Adjoint et
Chef de la Planification
Dr Alioune Badara LY



Chef Unité Opérations
Dr Alé Baba DIENG



Chef Unité Communication
Mme Marie DIOP GAYE



Chef Unité Admin
et Finances
Mme Rose SARR GNING



Chef Unité Suivi
Epidémiologique
Dr Koura COULIBALY DIACK



Logisticien
Mr Abdoulaye DIOUF



Gestionnaire de données
Ibrahima DIATTA



Chauffeur
Mamadou DIOP



Informaticien
Mamadou Lamine MBAYE



Chauffeur
Thiongane FAYE



PON-MVE-001 Organisation des Postes de santé

1. OBJECTIFS

Définir les étapes pour préparer les postes de santé à la présentation d'un cas suspect Ebola.

2. DEFINITIONS

MCD	Médecin Chef de District
ECD	Equipe Cadre de District
ICP	Infirmier Chef du Poste
EH	Equipe d'Hygiène
COUS	Centre Opérationnel d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle

3. RESPONSABILITES

ICP

- Vérifier que l'équipement essentiel (énuméré ci-dessous) est sur place à tout moment
- Identifier le lieu d'isolement temporaire d'un cas suspect
- S'assurer que le personnel du poste est formé à la prise en charge initiale d'un cas suspect

MCD

- Former l'ICP et l'équipe du poste de santé aux mesures à prendre si un cas suspect se présente au poste de santé
- Effectuer des supervisions régulières pour s'assurer que l'équipe comprend bien les procédures et que le matériel est en place

COUS

- S'assurer que les PON et le matériel ont été distribués
- S'assurer que les formations ont été faites

4. DEFINITIONS

4.1 Définitions

Cas suspect : Une personne qui a séjourné en zone d'épidémie, ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie, dans les 21 jours précédant le début de la maladie

ET

qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et/ou 3 des signes suivants: céphalées, nausées ou vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctives injectées, pétéchies ou purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

Cas confirmé : Un cas suspect avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à la maladie à virus Ebola.

4.2 Protocoles

4.2.1 PON-MVE-001 – Organisation des postes de santé

4.2.2 PON-MVE-012 – ICP Identification et gestion d'un cas suspect

4.2.3 PON-MVE-006 – Réalisation solution d'eau chlorée

5. MATERIELS ET EQUIPEMENTS

Le matériel suivant, constitué en kits, doit être disponible au poste de santé et l'ICP doit vérifier la présence de tous les éléments énumérés sur une base hebdomadaire.

Description	Quantité	Matériel Disponible au Poste de Santé
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Écran facial / lunettes de protection	5	<input type="checkbox"/>
Masques de protection	30	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen	2 boîtes (100 gants/boîte)	<input type="checkbox"/>
Une tenue EPI complète	1	<input type="checkbox"/>
Autres Equipements		
Thermoflash calibré au préalable	2	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (50l) de couleur jaune ou rouge	100	<input type="checkbox"/>
Mouchoirs jetables (paquets)	100	<input type="checkbox"/>
Savon	10 barres	<input type="checkbox"/>
Javel	3 bouteilles	<input type="checkbox"/>
Bassines	4	<input type="checkbox"/>
Bouilloire plastique	3	<input type="checkbox"/>
Bassines hautes avec couvercle	1	<input type="checkbox"/>
Serpillères	10	<input type="checkbox"/>
Balais	2	<input type="checkbox"/>
Ruban de signalisation pour délimiter la zone d'isolation	100 m	<input type="checkbox"/>
Conteneur de Sécurité (pour les aiguilles usagées)	3	<input type="checkbox"/>
Formulaires d'identification (à développer)	25	<input type="checkbox"/>

6. PROCEDURES

6.1. Réception du kit :

L'ICP doit vérifier que l'ensemble des éléments mentionnés dans le kit ci-dessus a bien été reçu. En cas de problème contacter le MCD afin que le kit soit complété.

6.2. Formation

L'ICP doit s'assurer que l'ensemble du personnel du centre a reçu la formation aux PON et que le contenu a été assimilé.

6.3. Identification lieu d'isolement temporaire cas suspect

L'ICP doit identifier dans le poste le lieu d'isolement, une pièce ou un endroit déterminé dans le poste. Au cas où il serait nécessaire d'isoler un patient, l'ICP doit utiliser le ruban de signalisation pour matérialiser la zone d'isolement. Il doit aussi identifier le chemin que le patient devra parcourir s'il doit être acheminé au centre de transit.

Il doit en outre s'assurer qu'une chaise, les deux bassines hautes et une serpillère sont pré-positionnées dans la zone.

6.4. Préparation du tri à l'entrée

Chaque personne entrant ou sortant du poste de santé doit se laver les mains avec une solution chlorée à 0,05 % à l'entrée (bouilloire plastique et bassine). Il faudra utiliser un mouchoir jetable pour prendre la bouilloire. Prévoir un poster pour expliquer le lavage des mains.

Dans les régions frontalières, un relais communautaire doit être formé au triage des patients et se tenir à l'entrée du poste de santé. Le relais portera au minimum des gants d'examen lors du tri.

Dans les postes de santé de la zone frontalière, le relais communautaire prend la température, avec un Thermoflash calibré, de toutes les personnes qui entrent. Si la température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$, le relais communautaire interroge le patient sur son historique de voyage dans un pays endémique, ou de contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie, dans les 21 jours précédant le début de la maladie en utilisant les questions ci-dessous.

Questions	Réponses
Avez-vous voyagé dans un pays où il y'a des cas d'Ebola dans les 21 jours ?	OUI => Cas suspect - Isoler NON => Continuer
Avez-vous été en contact avec des personnes souffrant d'Ebola ou décédées	OUI => Cas suspect - Isoler NON => Continuer
Avez-vous les symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête aigus • Nausées / vomissements • Perte d'appétit • Diarrhée • Fatigue intense • Douleurs abdominales • Douleurs générales • Difficulté à avaler • Respiration difficile • Hoquets • Gingivite • Conjonctives injectées • Pétéchies / purpura • Sang dans les selles • Vomissement de sang • Saignement de nez • Autres saignements 	Oui à trois des symptômes OUI => Cas suspect - Isoler

6.5. Supervision

Le Médecin chef de district (ou un membre de l'ECD) passera dans chaque poste de santé au moins une fois par mois pour vérifier que :

- La zone d'isolement et le parcours pour le patient qui doit être transféré vers le centre de transit ont bien été identifiés.
Si besoin, il aidera l'ICP à identifier la zone d'isolement et pré-positionner le matériel.
- Le kit pré transfert est présent dans le poste de santé en quantité suffisante. Si besoin, il complètera.
- Que le personnel comprend bien les procédures à suivre. Si besoin il fera un rappel en utilisant les Procédures d'Opérations Normalisées (PON).

7. REFERENCES

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-003 Organisation Centre de transit et/ou de traitement



0. POINTS CLEFS

La complexité de l'infrastructure et des procédures doit être réduite à un minimum afin de réduire le stress et de garantir un environnement de travail sûr.

Un centre de transit et/ou de traitement doit être clairement séparé en zone à bas risque pour le personnel de santé et d'hygiène, et une zone à haut risque pour les patients.

Dans la zone à haut risque d'un centre de transit ou de traitement, le personnel doit toujours marcher en avant : il ne peut pas retourner par la porte d'entrée. Toujours, il doit d'abord travailler dans la zone des cas suspects avant de pénétrer dans la zone des cas confirmés.

Pour un centre de 8 à 15 lits, il faut prévoir une équipe d'environ 35 personnes et un stock important d'équipement de protection individuelle et d'autres équipements médicaux et d'hygiène.

1. OBJECTIFS

Cette procédure décrit la mise en place et l'opération d'un centre de transit ou de traitement, afin de :

- minimiser les risques de transmission de la maladie à virus Ebola à d'autres personnes du public et au personnel de santé,
- offrir des soins appropriés aux cas suspects et confirmés qui sont admis au centre.

2. DEFINITIONS

Centre de transit	Centre d'accueil provisoire de patients suspects dans lequel les patients sont isolés et le prélèvement sanguin effectué en vue de la confirmation ou non de la suspicion.
EPI	Equipement de protection individuelle

3. PRINCIPES

- La complexité de l'infrastructure et des procédures doit être réduite à un minimum afin de réduire le stress et de garantir un environnement de travail sûr.
- La sécurité et la protection du personnel de santé dépend principalement des attitudes et bonnes pratiques, et en deuxième lieu de l'infrastructure physique.
- Toute personne impliquée dans les opérations d'un centre de transit et/ou de traitement, et toute personne autorisée à accéder au centre, doit avoir reçu une formation sur les procédures et les règles qui s'appliquent au centre, et doit appliquer ces règles à tout moment.

- La coordination et la communication entre les différents acteurs impliqués dans le fonctionnement du centre est primordiale car leurs actions sont interdépendantes.
- Afin de limiter le risque de stigmatisation, il est recommandé d'éviter le terme « isolation » et de préférer le terme « transit » lorsque l'on s'adresse au patient ou à sa famille.

4. STRUCTURE PHYSIQUE DU CENTRE

4.1 Choix du type et de l'endroit de structure

- Il est préférable d'installer les centres de transit et de traitement dans une seule unité physique, pour faciliter les processus de travail et minimiser les risques de contamination.
- Il est préférable d'installer le centre dans un bâtiment existant (s'il correspond aux normes documentées ci-dessous). Dans l'absence d'un tel bâtiment, le choix doit être fait entre une nouvelle construction (plus facile à désinfecter et offrant de meilleures conditions de travail) et la mise en place de tentes (plus rapide et moins cher).
- **Le choix du type et de l'endroit de la structure physique doit être guidé par :**
 - une évaluation de l'espace physique (ex. disponibilité de bâtiments existants qui correspondent aux normes documentées ci-dessous, et sur le plan du centre (voir annexe 1) ; accessibilité de l'espace par des ambulances ; accès à l'eau, électricité, etc.)
 - une analyse socio-culturelle qui prend en compte les attitudes et perceptions de la population locale (ex. l'attachement du centre de transit à une structure de santé existante peut favoriser son acceptation, mais il peut aussi stigmatiser la structure de santé en question).

4.2 Normes de construction

- **Normes pour l'extérieur de la structure :**
 - Il faut prévoir une pente de la dalle pour l'évacuation des liquides et installer des puits perdus pour leur drainage.
 - Le réseau d'eau et toilettes doit être séparé du reste de la structure de santé auquel le centre de transit/traitement est rattaché.
 - Il faut prévoir un périmètre de sécurité à une distance de 5 mètres autour du centre, utilisant un treillis métallique.
 - Il est recommandé d'installer un parloir en dehors du périmètre de sécurité, et de placer une fenêtre à la même hauteur pour permettre aux proches des patients de communiquer avec eux à quelques mètres de distance.

• Normes pour l'intérieur de la structure :

- Zone à haut risque (seuls les patients et le personnel de santé et d'hygiène peuvent y entrer). Pour le personnel, il faut toujours mettre son EPI avant d'entrer dans cette zone qui comprend :
 - Une unité pour les cas suspects
 - Une unité pour les cas confirmés (qui doit être clairement et visiblement séparée de la zone des cas suspects)
 - Une zone pour la morgue et les déchets
 - Une zone de déshabillage de l'EPI
- Les unités pour les cas suspects et confirmés doivent compter les installations suivantes :
 - Lits de patients (les lits doivent être placés à une distance d'au moins 2 mètres les uns des autres pour des raisons d'intimité et afin d'éviter la contamination d'un patient à l'autre)
 - Petite table et une chaise pour chaque patient
 - Latrines et douches
 - Un endroit pour préparer les solutions chlorées
 - Des points d'eau (ex. robinets)
 - Des seaux pour l'eau potable pour les patients
 - Un pédiluve installé entre la zone des cas suspects et la zone des cas confirmés
- La zone pour la morgue et les déchets doit être équipée des éléments suivants :
 - Zone de déchets avec incinérateur, poubelle à déchets médicaux, et conteneur de sécurité pour les aiguilles usagés
 - Morgue
- La zone à bas risque (ou « risque modéré »), à pénétrer seulement par le personnel de santé et d'hygiène ainsi que le gestionnaire du stock, comprend :
 - Blanchisserie et séchoir
 - Zone de préparation de solutions chlorées
 - Zone de repos pour le personnel
 - Zone d'habillage d'EPI et d'entrée dans la zone à haut risque
 - Pharmacie
 - Plusieurs seaux pour la préparation de solutions chlorées
 - Réfrigérateur
 - Armoire
 - Magasin de stockage si possible

- o Si le centre sert à la fois de site de transit et de site de traitement (réf. PON-MVE-019), la séparation de l'espace pour les cas suspects (isolement) et pour les cas confirmés (traitement) est indispensable.
- o Les portes d'accès à la zone « cas suspects » et à la zone « cas confirmés » doivent être verrouillables par le personnel médical.
- o Il faut prévoir une ventilation adéquate du centre.
- o Des moustiquaires peuvent être installées dans les fenêtres, mais pas sur les lits pour ne pas gêner la désinfection

• **Points d'entrée et de sortie :**

- o Le nombre de points d'entrée et de sortie doit être limité afin de pouvoir contrôler le mouvement des personnes.
- o Une entrée et une sortie pour la zone à bas risque (ou risque modéré) pour le personnel, avec point de lavage de mains et pédiluve pour les chaussures avec du chlore.
- o Une entrée et une sortie séparées pour le personnel entre la zone à bas risque (ou risque modéré) et la zone à haut risque :
 - Cette zone doit être suffisamment spacieuse pour accueillir le personnel soignant qui s'habille et le moniteur
 - L'entrée doit être plus proche de l'unité réservée aux cas suspects.
 - La sortie doit être plus proche de l'unité réservée aux cas confirmés ; il doit y avoir un parcours direct vers la sortie de chaque unité.
 - Des points de lavage à l'eau chlorée à 0.05% préparée le jour même doivent être accessibles immédiatement dans la zone à haut risque en cas d'exposition accidentelle (réf. PON-MVE-006 et PON-MVE-021)
 - A la sortie il doit y avoir une zone de pulvérisation et de désinfection, ainsi qu'un pédiluve.
- o Deux entrées/sorties pour les patients, une pour les cas suspects et une autre pour les cas confirmés, avec une zone de pulvérisation et de désinfection pour les patients qui sortent du centre.
- o Une sortie pour les corps, près de la morgue.

• **Réf. Annexe pour un plan standard d'un centre de transit et d'isolement de 15 lits.**

5. EQUIPEMENT

Le matériel suivant doit être disponible au centre de transit et de traitement. Le gestionnaire de stock doit vérifier la présence de tous les éléments énumérés sur une base hebdomadaire.

Les quantités correspondent à un mois de fonctionnement d'un centre de 15 lits ; elles doivent être mises à l'échelle pour des centres plus petits ou plus grands.

Description	Quantité	Matériel Disponible au Poste de Santé
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Ecran facial /lunettes de protection	50	<input type="checkbox"/>
Masques (N-95)	500	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen	15 boites (100 gants/boite)	<input type="checkbox"/>
Tabliers en plastique	500	<input type="checkbox"/>
Blouses jetables	500	<input type="checkbox"/>
Cagoule	500	<input type="checkbox"/>
Couvre-chaussures et bottes		
Autres Equipements		
Médicaments (anti-malaria, paracétamol, sel de réhydratation orale, ATB)	500 Quantité suffisante pour 15 patients / 10 jours de traitement	<input type="checkbox"/>
Thermoflash calibré au préalable	15	<input type="checkbox"/>
Tensiomètres individuels	15	<input type="checkbox"/>
Savon	10 barres	<input type="checkbox"/>
Chlore HTH 70%	10 boîtes de 450g	<input type="checkbox"/>
Poubelles 100l	2	<input type="checkbox"/>
Kit de désinfection	5	<input type="checkbox"/>
Sacs mortuaires	10	<input type="checkbox"/>
Incinérateur	1	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (100l)	1000	<input type="checkbox"/>

Draps jetables	150	<input type="checkbox"/>
Réservoirs d'eau	2	<input type="checkbox"/>
Pompe à moteur (en service)	1	<input type="checkbox"/>
Seaux	60	<input type="checkbox"/>
Bassines	5	<input type="checkbox"/>
Bidons	5	<input type="checkbox"/>
Conteneurs de Sécurité (pour aiguilles usagées)	3	<input type="checkbox"/>
Autres Equipements		
Ambulances	2	<input type="checkbox"/>
Générateur 10 kva	1	<input type="checkbox"/>
Eclairage	2	<input type="checkbox"/>
Réfrigérateur	2	<input type="checkbox"/>
Ordinateurs	5	<input type="checkbox"/>
Téléphones	5	<input type="checkbox"/>
Téléphones portables	5	<input type="checkbox"/>
Lits et matelas lavables imperméables	15	<input type="checkbox"/>
Tables	17	<input type="checkbox"/>
Chaises	20	<input type="checkbox"/>
Fuel pour générateur	500l	<input type="checkbox"/>
Essence pour véhicules	500l	<input type="checkbox"/>
Formulaires d'identification (à développer)	25	<input type="checkbox"/>

6. PERSONNEL ET RESPONSABILITES

Le personnel d'un centre de transit et/ou de traitement de 8 à 15 lits est composé des fonctions suivantes :

- 6 équipes composées chacune d'un médecin, un infirmier, un assistant-infirmier et 2 hygiénistes de décontamination. Tous les jours, 3 équipes se remplacent après des rotations de 8 heures de travail. Chaque équipe fait des rotations d'une semaine et prend une semaine de congé.
- 1 gestionnaire du stock.
- 4 gardiens qui travaillent en équipe de 2 et avec une rotation toutes les 12h.
- 4 chauffeurs d'ambulance qui travaillent en équipe de 2 et avec une rotation toutes les 12h.

Pour des centres avec moins de 8 lits, un hygiéniste de décontamination par équipe, ainsi que la moitié des gardiens et chauffeurs est suffisante (soit 10 positions de moins sur l'ensemble du personnel).

Pour des centres avec moins de 6 lits et pour une durée limitée, la rotation d'équipes sur 8 jours peut être supprimée, ce qui réduit l'effectif d'environ 12 personnes. Il faut néanmoins assurer que les rotations journalières ne dépassent jamais 8h par équipe.

Le personnel a les responsabilités suivantes :

- **Le médecin** en charge est le chef de l'équipe. Il est responsable pour la sécurité du personnel et du traitement des patients.
- **L'infirmier** soutient le médecin dans le traitement des patients.
- **L'aide-infirmier** s'occupe de l'hygiène des patients.
- **Les hygiénistes (décontamination)** assurent la désinfection de l'équipement au moment du déshabillage et du centre selon les besoins, ainsi que la gestion des déchets dans le centre, afin de minimiser les risques de contamination.
- **Le gestionnaire de stock** assure que l'équipement nécessaire pour le fonctionnement du centre (voir liste ci-dessus) est disponible à tout moment.
- **Les gardiens** assurent que seul le personnel autorisé entre et sort du centre.
- **Les chauffeurs** conduisent les ambulances et véhicules du centre.

7. PROCEDURES

7.1. Arrivée et transfert de patients

- Les patients sont acheminés en ambulance jusque devant l'entrée des cas suspects ou cas confirmés en fonction de leur statut.
- La raison de leur admission et les règles de comportement dans le centre doivent être expliquées au patient lors de son arrivée au centre

7.2. Changement de vêtements

L'habillage et le déshabillage des EPI doit s'effectuer selon le protocole correspondant (PON-MVE-005).

• Le personnel soignant et d'hygiène change de vêtements dans deux endroits spécifiques :

- o Une zone désignée près de l'entrée de la zone à bas risque (ou risque modéré) pour enlever leurs vêtements civils et revêtir leur tenue médicale et vice-versa en sortant après avoir retiré leur EPI. Cette zone doit être équipée d'un stock suffisant d'équipements de protection de base, avec des tailles adaptées au personnel, de seaux ou boîtes pour mettre les tenues médicales utilisées, et d'étagères ou cintres pour les vêtements civils.
- o Une zone désignée près de l'entrée de la zone à haut risque pour s'habiller et se déshabiller de l'EPI additionnel. La zone doit être arrangée de sorte à permettre au personnel entrant dans la zone à haut risque de ne pas interférer avec le personnel sortant ; l'entrée et la sortie doivent être séparées. La zone d'entrée doit être équipée d'un stock suffisant d'équipements de protection additionnels en tailles adaptées au personnel, de miroirs et suffisamment de lumière pour vérifier la position correcte de l'EPI. Elle doit en outre comporter un point de désinfection avec des pulvérisateurs et des seaux contenant de la solution chlorée ainsi que de réceptacles pour les équipements usagés.

7.3. Comportement du personnel

- Le personnel travaille toujours à deux dans la zone à haut risque. Le port d'EPI est obligatoire dans la zone à haut risque.
- Le personnel ne doit jamais entrer par la même porte que les patients.
- Dans la zone à haut risque, le personnel doit toujours marcher en avant. Il ne peut pas retourner par la porte d'entrée et doit d'abord travailler dans la zone des cas suspects avant de pénétrer dans la zone des cas confirmés.
- Aucun objet ne peut sortir du centre.
- Aucun matériel contaminé ne doit passer de la zone des cas confirmés à celle des cas suspects, ou de la zone à haut risque à celle à bas risque (ou risque modéré).
- Les procédures de traitement se trouvent dans le protocole PON-MVE-019.

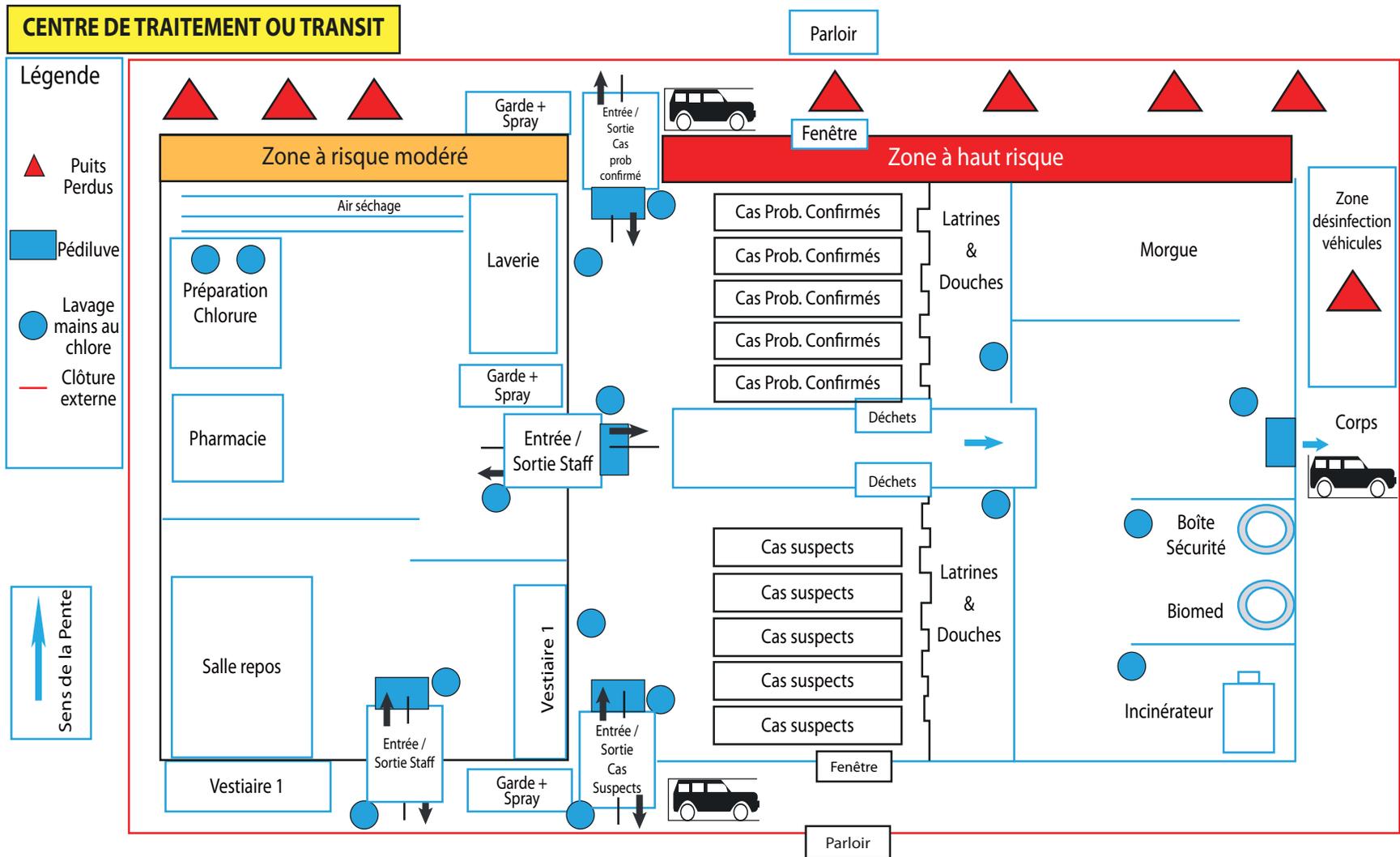
8. REFERENCES

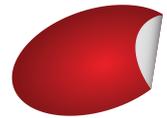
FILOVIRUS HAEMORRHAGIC FEVER GUIDELINE - Médecins Sans Frontières 2008

9. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		<ul style="list-style-type: none">•••

ANNEXE 1 : PLAN D'UN CENTRE DE TRANSIT





PON-MVE-005 Equipement de Protection Individuelle



0. POINTS CLEFS

Pour tout contact avec des cas suspects ou cas confirmés Ebola, il est obligatoire de porter un Equipement de Protection Individuelle (EPI). Avant l'utilisation de l'EPI, il est indispensable de vérifier son intégrité et son fonctionnement.

L'habillage et le déshabillage de l'EPI doit toujours être accompagné d'un observateur qui instruit le porteur de l'EPI dans chaque étape de l'habillage et du déshabillage. L'observateur ne touche jamais le porteur de l'EPI et de son équipement. Le déshabillage doit être accompagné d'une désinfection à chaque étape.

1. OBJECTIFS

Ce document décrit la procédure pour mettre et enlever l'Equipement de Protection Individuelle (EPI).

L'EPI est l'équipement clé de protection du personnel de santé et d'hygiène, pour éviter leur contamination avec le virus Ebola.

2. DEFINITIONS

MCR	Médecin chef de région
MCD	Médecin chef de district
EPI	Equipement de Protection Individuelle

3. RESPONSABILITES

C'est la responsabilité de chaque membre du personnel de santé et d'hygiène de porter un EPI lors de toute interaction avec un cas suspect ou confirmé d'Ebola, pendant le travail dans un centre de transit ou de traitement, ainsi que pendant la désinfection de lieux et d'objets, et lors du traitement de cadavres de personnes suspectées d'être mortes d'Ebola. Pendant le dépistage de cas potentiels (avant qu'ils ne soient identifiés comme cas suspects), le port d'un EPI partiel suffit.

Tout personnel doit recevoir une formation portant sur l'habillage et le déshabillage des EPI avant son engagement dans le cadre clinique. Les MCR sont responsables d'assurer ces formations dans leurs régions respectives. Ils délèguent cette responsabilité aux MCD, pour le personnel travaillant dans chaque district sanitaire.

Les MCD sont aussi responsables de l'approvisionnement d'EPI dans les structures de santé qui sont sous leur responsabilité. Ils délèguent cette responsabilité aux logisticiens qui travaillent dans chaque structure de santé.

4. RESSOURCES

4.1. EPI

L'équipement qui fait partie d'un EPI et listé ci-dessous :

- Ecran facial¹ / lunettes de protection (réutilisables)
- Masque (N-95) (jetable)
- Gants d'examen (latex) (jetables)
- Gants en caoutchouc résistants (jetables)
- Tablier en plastique (jetable)
- Blouse/combinaison² (jetable)
- Cagoule (jetable)
- Bottes (réutilisables)
- Couvre-bottes (jetables)

¹ L'usage d'un écran facial remplace les lunettes de protection mais doit être associé au masque (N-95).

4.2. Matériel de désinfection

- Serviette jetable
- Sac en plastique rouge ou jaune (pour incinération déchets)
- Seau avec robinet avec solution chlorée 0,05% pour laver les mains*
- Pulvérisateur avec solution chlorée 0,5%*
- Bassine avec eau chlorée à 0,5%* pour désinfection des bottes
- Bassine pour les lunettes / écrans réutilisables après désinfection

*Dans la mesure du possible le chlore HTH 70% sera préféré à l'eau de javel car le dosage est plus facile à réaliser. Si ce n'est pas possible, utiliser de l'eau de javel mais il est essentiel de vérifier le % de l'eau de Javel utilisée au préalable. Veuillez voir le protocole PON-MVE-006 pour le dosage de la solution chlorée et pour l'eau de javel.

Pour rappel, la solution chlorée doit être préparée et utilisée le même jour.

5. PROCEDURES

5.1. Règles générales

Les personnels de santé et d'hygiène doivent mettre et enlever l'EPI dans une zone désignée en dehors de la zone à haut risque. Avant l'habillage d'un EPI primaire ou complet, il est essentiel d'enlever tout objet tranchant (bijoux, montres, etc.)

5.2. Port d'un EPI partiel lors du dépistage

Pour le dépistage (avant qu'ils ne soient identifiés comme cas suspects), port de l'EPI partiel (gants, lunettes, masque).

5.2.1. Habillage des gants, lunettes et masque

1. Laver les mains à la solution chlorée à 0,05%
2. Mettre un écran facial
3. Mettre un masque
4. Mettre des gants

5.2.2. Déshabillage des gants, lunettes et masque

1. Laver les mains gantées à la solution chlorée à 0.05%
2. Enlever les gants
3. Se laver les mains avec la solution chlorée
4. Enlever l'écran facial (retirer à partir de l'arrière de la tête)
5. Se laver les mains avec la solution chlorée
6. Décoller le masque (retirer à partir de l'arrière de la tête)
7. Immédiatement après avoir enlevé l'équipement, se laver les mains avec la solution chlorée

5.3. EPI complet

Pour toutes les autres situations, le port d'un EPI complet est obligatoire.

5.3.1. Habillage EPI

1. La personne qui s'habille en EPI porte des vêtements de travail légers en dessous
2. Elle s'hydrate avant de mettre la combinaison
3. Elle vérifie le kit
4. Elle met les bottes, met le pantalon dans les bottes pour éviter que la tenue traîne par terre
5. Elle se lave les mains avec la solution chlorée à 0,05%

6. Elle met la première paire de gants (cette paire ne sera jamais en contact avec le patient ou du matériel contaminé jusqu'à la phase de déshabillage et protégée au cas d'éraflure/ouverture dans le 2ème gant pendant le travail)
7. Elle met la combinaison par-dessus les bottes et la première paire de gants (pour que les fluides ne rentrent pas)
8. Elle met la deuxième paire de gants (gants en caoutchouc) par-dessus la combinaison
9. Elle met un masque, bien ajusté pour épouser la forme du nez
10. Elle pose la cagoule ou la capuche sur la tête
11. Elle met un tablier avec sur lequel son nom est mentionné pour pouvoir distinguer la personne habillée
12. Elle met un écran facial ou des lunettes et un masque (sur la capuche)

5.3.2. Déshabillage EPI complet

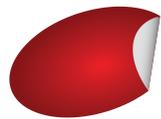
1. Un hygiéniste ayant reçu une formation, habillé d'un EPI partiel (tablier, gants bottes, lunettes de protection) et aide le porteur de l'EPI, sans jamais le toucher.
2. L'hygiéniste pulvérise le porteur de l'EPI entièrement avec l'eau chlorée à 0,5%
3. Le porteur de l'EPI se lave les mains gantées avec la solution chlorée à 0,5%
4. Il enlève le tablier (en premier, car il est plus exposé aux fluides corporels des patients) et le met dans le sachet pour incinération
5. Se laver les mains gantées encore avec la solution chlorée à 0,5%
6. Il décolle ses gants en caoutchouc (paire extérieure) puis les met dans le sachet pour incinération
7. Il se lave les mains gantées avec la solution chlorée à 0,5%
8. Il décolle l'écran facial / protection oculaire (retirer à partir de l'arrière de la tête)
9. Il trempe la protection oculaire pendant au moins 15 minutes dans une solution chlorée
10. Il se lave les mains gantées avec la solution chlorée à 0,5%
11. Il enlève la cagoule de la tête (retirer à partir de l'arrière de la tête)
12. Il se lave les mains gantées avec la solution chlorée à 0,5%
13. Il enlève la combinaison en ne touchant que l'intérieur de la combinaison, et sans toucher les bottes
14. Il se lave les mains gantées avec la solution chlorée à 0,5%
15. Il décolle le masque (tirer et met le masque dans le sachet pour incinération)
16. Se laver les mains gantées avec la solution chlorée à 0,5%
17. Il enlève les gants (paire intérieure) en ne touchant que l'extérieur des gants
18. Après passage dans le pédiluve, Il enlève ses bottes dehors en ne s'aidant que de ses pieds
19. Immédiatement après avoir enlevé l'équipement, se laver les mains avec la solution chlorée à 0,05%
20. L'hygiéniste inspecte et désinfecte les bottes
21. Se tenir dans un bac pour la décontamination des bottes à la sortie de la zone à haut risque.

8. REFERENCES

OMS, CDC, MSF

9. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-006 Préparation Solution chlorée



0. POINTS CLES

Quel que soit le produit utilisé pour la préparation chlorée (HTH ou javel), les règles suivantes sont à respecter systématiquement.

Ne jamais utiliser le chlore sans dilution, risque de dégagement de gaz et réactions chimiques

La solution chlorée perd de son efficacité au contact de l'air et de la lumière.
Il est donc essentiel que les solutions chlorées soient préparées quotidiennement.

On ne réutilisera jamais une solution chlorée préparée la veille

La solution chlorée perd de son efficacité au contact du métal car elle provoque la corrosion du métal.
Ainsi il ne faut jamais utiliser de récipients ou cuillères en métal pour la préparation ou le stockage des solutions chlorées.

Toujours utiliser des ustensiles (cuillères, récipients) en plastique pour la préparation et le stockage

1. OBJECTIFS

Décrire la procédure pour la préparation de solutions chlorées à partir de chlore HTH 70% ou à défaut, de l'eau de javel 8° = 2.4%. Cette procédure doit être connue et maîtrisée par tous les agents de la pyramide sanitaire impliqués dans la réponse Ebola.

2. DEFINITIONS

HTH High Test Hypochlorite (hypochlorite de calcium) : une poudre blanche contenant une forte concentration de chlore (65 à 70%)

3. RESPONSABILITES

Tous les agents de la pyramide sanitaire doivent être en mesure de préparer une solution chlorée à la concentration donnée pour un usage spécifique

4. PROTOCOLE

4.1 Concentration en chlore pour une application spécifique

Les solutions chlorées sont utilisées à toutes les étapes de la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé. Des concentrations différentes sont utilisées en fonction de leur utilisation. Voir tableau ci-dessous.

Solution de Chlore	Désinfection	Rinçage à l'eau claire après désinfection
0,5%	• Fluides corporels (sang, vomissements, excréta, etc.).	NON
	• Laisser agir 15 minutes	
	• Cadavres	NON
	• Latrines	NON
	• Douches	NON
	• Mains avec gants	NON
	• Lit et matelas	NON
	• Pédiluve	NON
0,05%	• Mains nues	OUI
	• Peau	OUI
	• Thermomètres et autres matériels médicaux	OUI
	• Blanchisserie	OUI
	• Trempage lunettes et gants	OUI
	• Assiettes, gobelets, ustensiles	OUI

Si une cuillère doseuse a été fournie avec le kit, l'utiliser sinon se servir d'une cuillère à soupe en plastique qui correspond à 15g de chlore HTH.

4.2 Préparation de chlore à partir de chlore HTH 70%

Dans la mesure du possible, le chlore HTH 70% sera préféré à la javel car le dosage est plus facile à réaliser. De plus le % de concentration des eaux de javel n'est pas toujours exact.

Le tableau suivant propose des quantités de dosage.

Volume	0.5%	0.05%
10 litres	5 cuillères (75g)	½ cuillère
20 litres	10 cuillères (150g)	1 cuillère
120 litres	2 pots de 450g	6 cuillères

4.3 Préparation de chlore à partir d'eau de javel 8° = 2,4%

Dans la mesure du possible, le chlore HTH 70% sera préféré à la javel car le dosage est plus facile à réaliser. Si ce n'est pas possible, utiliser de l'eau de javel mais il est essentiel de vérifier le % de l'eau de javel utilisée au préalable.

Pour préparer une solution à :

0,5%			0,05%		
Litres d'eau de javel	Litres d'eau	Total litres solution	Litres d'eau de javel	Litres d'eau	Total litres solution
1	3	4	0,1	3	3,1
2	6	8	0.2	6	6,2
3	9	12	0.3	9	9.3
4	12	16	0.4	12	12.4
5	15	20	0.5	15	15.5
6	18	24	0.6	18	18.6
7	21	28	0.7	21	21.7
8	24	32	0.8	24	24.8
9	27	36	0.9	27	27.9
10	30	40	1	30	31
11	33	44	1.1	33	34.1
12	36	48	1.2	36	37.2
13	39	52	1.3	39	40.3
14	42	56	1.4	42	43.4
15	45	60	1.5	45	46.5

5. MATERIELS ET EQUIPEMENTS

Les éléments suivants doivent être présents pour la préparation de solutions chlorées.

Vérifier la présence de tous les éléments énumérés dans la liste de contrôle suivante avant de commencer le travail :

Description	Quantité minimum	Matériel présent dans le véhicule
Chlore HTH en quantité suffisante.	2 boites de 450g	<input type="checkbox"/>
A défaut eau de javel.	ou 10 litres	<input type="checkbox"/>
Seaux de 20 litres pour la préparation	2	<input type="checkbox"/>
Cuillère à soupe en plastique 15g	2	<input type="checkbox"/>
PON-MVE-006Préparation solution chlorée	1	<input type="checkbox"/>

En fonction du contexte d'application, il faut prévoir une certaine quantité de gants, masques, tabliers, lunettes de protection et d'autres équipements. Veuillez-vous référer aux protocoles respectifs (ex. PON-MVE-003 pour l'organisation d'un centre de transit ou de traitement ; PON-MVE-001 pour l'organisation d'un poste primaire de santé ; PON-MVE-002 pour l'organisation de postes frontières ; PON-MVE-016 pour la désinfection de domicile ; PON-MVE-025 pour la désinfection de véhicules, PON-MVE-015 pour la désinfection de postes de santé ou PON-MVE-026 pour la désinfection d'un centre de transit et de traitement).

6. PROCEDURES

6.1. Vider et rincer systématiquement l'ensemble des récipients contenant la solution chlorée de la veille

Ceci inclus, les lave-mains, pédiluves, pulvérisateurs, bassines de trempage, etc.

Ne jamais utiliser le dépôt formé au fond du récipient (très fort dosage). Ainsi lors de la préparation de nouvelles solutions et le remplissage des pulvérisateurs et autres équipements, jeter le dépôt et rincer le matériel à l'eau claire.

6.2. Préparation de la solution chlorée

Le chlore est un produit corrosif et irritant. Il est essentiel de mettre une paire de gants, un masque et si possible un tablier et des lunettes de protection avant de le manipuler.

Verser dans le seau de préparation la quantité d'eau désirée. Y ajouter le chlore HTH ou l'eau de javel (voir dosage plus haut).

Mélanger.

Après préparation de la solution, attendre 30 min avant utilisation.

6.3. Transfert solution chlorée pour utilisation

Remplir les récipients lave-mains, pédiluves, pulvérisateurs avec la solution chlorée désirée. Afin de ne pas commettre d'erreur il est bon d'inscrire sur chaque récipient, au marqueur et de manière très visible, la concentration en chlore désirée (0.5% ou 0.05%).

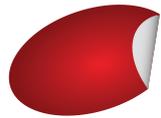
Enlever les gants.

7. REFERENCES

FILOVIRUS HAEMORRHAGIC FEVER GUIDELINE - Médecins Sans Frontières 2008

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-007 Organisation des postes frontières



0. POINTS CLEFS

Identifier les postes frontières où les capacités minimales requises seront renforcées pour une application correcte du Règlement Sanitaire International.

Elaborer et mettre en place les plans d'urgence en santé publique et les modes opératoires normalisés. Ces procédures doivent être en place aux points d'entrée désignés, conformément aux meilleures pratiques internationales, aux accords et au RSI.

Au minimum, le dépistage aux postes frontaliers doit comporter un questionnaire, une mesure de la température et, en cas de fièvre, une évaluation du risque que la fièvre soit due au virus Ebola.

Le dépistage aux postes frontaliers se fait à la sortie des voyageurs en cas d'épidémie dans le pays et à l'arrivée des voyageurs venant des pays en situation d'épidémie.

1. OBJECTIFS

- Assurer la détection précoce des personnes potentiellement infectées ;
- Contribuer à la mise en œuvre des recommandations de l'OMS relatives à la prise en charge de la maladie à virus Ebola ;
- Eviter la propagation internationale de la maladie tout en permettant aux autorités des points d'entrée d'éviter des restrictions et retards inutiles.

2. DEFINITIONS

MCD	Médecin Chef de District
RSI	Règlement Sanitaire International
EH	Equipe D'Hygiène
COUS	Centre Opérationnel d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
SAMU	Service d'Assistance Médicale et d'Urgence

3. RESSOURCES HUMAINES

A chaque poste frontière officiel : (assurer les activités 24 h par jour, 7 jours sur 7).

Pour chaque poste :

- 2 infirmiers (ou, en cas d'indisponibilité, du personnel formé à l'identification des cas, et au moins un membre formé à la désinfection),
- 1 personne chargée de l'immigration
- 1 personne chargée de la sécurité

4. MOYENS PHYSIQUE ET ORGANISATIONNELS

A chaque poste frontière officiel :

- Matériel d'hygiène de base, d'assainissement, de désinfection et de protection : (gants, savons, eau chlorée, désinfectants, élimination des déchets, etc.)
- 9 kits d'EPI
- Equipement médical pour enquêter sur les cas
- 3 thermomètres manuels à infrarouge (Thermoflash calibré)
- 1 scanner
- 2 pièces d'observation
- 2 unités de soins et des fournitures pour l'isolement et l'observation sans risque des cas suspects ; si possible, une pièce d'isolement, sinon une zone séparée
- Selon le lieu géographique : 1 ambulance

5. DISPOSITIFS AU NIVEAU DE CHAQUE POINT

- Veiller à ce qu'un plan d'intervention pour les urgences de santé publique soit en place à chaque point d'entrée désigné. Pour les aéroports internationaux, le plan d'urgence d'aérodrome doit comporter un élément de santé publique conformément aux exigences sanitaires de l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale.
- Désigner des locaux au point d'entrée pour les évaluations médicales, en cas de détection d'une maladie suspecte chez un voyageur.

- Établir des modes opératoires normalisés pour le transfert des voyageurs malades dans des hôpitaux désignés, avec l'identification des services d'ambulance adaptés.
- Veiller à disposer d'un nombre suffisant de personnels qualifiés et à les doter des équipements de protection individuelle (EPI) et des désinfectants nécessaires
- Sensibiliser les exploitants de moyens de transport à la nécessité d'avertir immédiatement les autorités sanitaires du point d'entrée, avant l'arrivée de tout cas suspect. Veiller à ce que les formulaires de localisation de passager pour la santé publique soient à bord des aéronefs et à l'aéroport, et que le personnel au sol de l'aéroport et l'équipage de l'avion soient entraînés à la prise en charge de la maladie à virus Ebola et des contaminants dans l'environnement.
- Maintenir une communication rapide et efficace entre les autorités sanitaires du point d'entrée et le système national de surveillance sanitaire.
- Instaurer rapidement des voies de communication entre les responsables de la santé publique et ceux du secteur du transport, comme les représentants de l'autorité nationale de l'aviation civile, les exploitants de l'aéroport et des avions. Sensibiliser toutes les parties prenantes concernées au point d'entrée à la maladie à virus Ebola et leur diffuser les informations.

6. MISE EN ŒUVRE DU DEPISTAGE PRIMAIRE AUX POSTES FRONTIERES

- Chaque voyageur, sans exception, devra remplir un formulaire de déclaration de santé publique à son arrivée au poste frontière. Ce formulaire sera utilisé pour évaluer le risque d'exposition et permettra aux voyageurs de signaler volontairement les symptômes qu'ils peuvent éventuellement avoir ressentis dans les 48 dernières heures, ou les situations dans lesquelles ils ont pu être exposés à la maladie au cours des 21 derniers jours ;
- Les adultes peuvent remplir le formulaire de déclaration de santé publique des voyageurs au nom des enfants ou aider les adultes qui les accompagnent et qui ne sont pas en mesure de remplir le questionnaire pour un certain nombre de raisons ;
- Le personnel chargé du dépistage primaire doit passer en revue les réponses à ce questionnaire tout en observant les voyageurs, pour déceler des symptômes et des signes correspondant à la maladie à virus Ebola ;
- Ces agents doivent également prendre la température des voyageurs à l'aide d'un Thermoflash calibré ;
- Les voyageurs qui répondent « oui » à n'importe quelle partie du questionnaire doivent être orientés vers le dépistage secondaire pour subir des évaluations plus poussées ;
- Les voyageurs qui montrent des signes de maladie ou signalent des symptômes correspondant au virus Ebola doivent également être orientés vers le dépistage secondaire ;
- Les voyageurs dont la température est supérieure ou égale à 38°C (100,4°F) lors du dépistage primaire ou ceux qui indiquent qu'ils se sentent fébriles doivent également être orientés vers le dépistage secondaire.

Les voyageurs peuvent poursuivre leur voyage après le dépistage primaire :

- si leur formulaire de déclaration de santé publique des voyageurs ne contient que des réponses négatives ;
- s'ils ne montrent aucun des signes et ne déclarent aucun des symptômes de la maladie ;
- ET si leur température est inférieure à 38°C.

Conseiller au voyageur de signaler immédiatement tout signe ou symptôme inquiétant, comme de la fièvre, des céphalées ou un état de faiblesse en appelant le numéro d'urgence / du centre d'appel pour Ébola 800 00 50 50 ou en consultant la formation sanitaire la plus proche.

Expliquer que le fait d'avoir rapidement des soins de qualité permet d'améliorer l'issue de la maladie et qu'une évacuation immédiate du domicile vers une unité d'isolement réduit le risque d'infecter les membres de la famille.

7. CONSIDERATIONS OPERATIONNELLES CONCERNANT LE DEPISTAGE PRIMAIRE

- Mettre sur pied un système permettant de distribuer des formulaires de déclaration de santé publique à tous les voyageurs dès leur arrivée à l'aéroport, au port ou au poste-frontière terrestre ;
- Recruter et former du personnel de dépistage primaire chargé de procéder au dépistage visuel des voyageurs. Le personnel de dépistage primaire n'a pas besoin d'une formation médicale ou en santé publique.
- Utiliser l'EPI approprié et appliquer les autres mesures de prévention et de lutte contre l'infection (par exemple l'hygiène des mains) lors de l'évaluation des voyageurs malades (voir le Tableau 1 ci-dessous) ;
- S'assurer que les EPI sont disponibles en nombre suffisant et que le personnel est formé à leur utilisation adaptée ;
- Choisir du personnel de sécurité chargé de maîtriser les foules ;
- S'assurer que les Thermoflash sont calibrés et que leur exactitude est vérifiée à intervalles réguliers (conformément aux instructions des fabricants) ;
- Recruter des accompagnateurs chargés d'emmener les voyageurs malades ou les voyageurs ayant potentiellement été exposés au virus vers le dépistage secondaire ;
- Organiser une aide concernant les bagages et la sécurité pour les voyageurs orientés vers le dépistage secondaire.

Encadré 1 :

Précautions de prévention et de contrôle des infections pour le personnel chargé du dépistage primaire

- Se laver les mains,
- Porter des gants,
- Se tenir au moins à un mètre des voyageurs à dépister, dans la mesure du possible,
- Éviter de toucher les voyageurs dans la mesure du possible,
- S'il apparaît qu'un voyageur a de la fièvre ou se sent mal pendant le dépistage, éviter de le toucher et appeler immédiatement le personnel chargé du dépistage secondaire, qui procédera à une évaluation plus poussée et à la prise en charge clinique,
- Appliquer les mesures d'hygiène des mains en utilisant une solution hydro-alcoolique ou du savon et de l'eau après avoir enlevé les gants.

8. DEPISTAGE SECONDAIRE

- Le dépistage secondaire concerne les voyageurs pour lesquels le dépistage primaire a défini qu'ils avaient besoin d'une évaluation détaillée concernant la maladie ou un risque d'exposition au virus Ebola ;
- Du personnel avec une formation médicale ou en santé publique doit procéder au dépistage secondaire (équipe des services de contrôle sanitaire aux postes frontières, MCD et son équipe) ;
- Les voyageurs pour lesquels le dépistage secondaire confirme les signes cliniques et les symptômes correspondant à la maladie à virus Ebola seront orientés dans un centre de transit pour y subir des prélèvements ;
- Les voyageurs pour lesquels le dépistage secondaire confirme qu'ils risquent d'avoir été exposés à la maladie à virus Ebola, seront retenus et mis en quarantaine jusqu'à la fin de la période d'incubation de 21 jours.

Les voyageurs peuvent poursuivre leur voyage après le dépistage secondaire :

- s'il n'existe aucun risque connu d'exposition à la maladie à virus Ebola d'après les conclusions de l'entretien de dépistage secondaire ;
- s'ils ne présentent apparemment aucun des signes ou ne signalent aucun des symptômes correspondant à la maladie à virus Ebola d'après les conclusions de l'entretien de dépistage secondaire ;
- ET si leur fièvre est inférieure à 38°C.

9. CONSIDERATIONS OPERATIONNELLES CONCERNANT LE DEPISTAGE SECONDAIRE

- Recruter et former du personnel chargé de soumettre les voyageurs au dépistage secondaire, en fonction des besoins.
Le personnel qui s'occupe du dépistage secondaire doit avoir une formation médicale ou en santé publique ;
- Choisir des agents chargés de former le personnel de dépistage primaire à reconnaître les symptômes de la maladie à virus Ebola, ainsi qu'aux procédures de signalement des cas éventuels de maladie à virus Ebola ;
- Utiliser l'EPI adapté et prendre d'autres précautions (par exemple hygiène des mains) lors de l'évaluation des voyageurs malades (voir ci-après les précautions de prévention et de contrôle des infections pour le dépistage secondaire) ;
- Préparer de la documentation pour informer les voyageurs malades ou exposés au virus ;
- Mettre en place une procédure de gestion des données, notamment la collecte des données portant sur le nombre de voyageurs examinés, et stocker les formulaires de dépistage secondaire remplis en lieu sûr.
- Préparer de la documentation pour informer les voyageurs malades ou exposés au virus ;
- Mettre en place une procédure de gestion des données, notamment la collecte des données portant sur le nombre de voyageurs examinés, et stocker les formulaires de dépistage secondaire remplis en lieu sûr.

Encadré 2 :

Précautions de prévention et de contrôle des infections pour le personnel chargé du dépistage secondaire :

- Porter l'EPI suivant : gants jetables, blouse à manches longues imperméable, masque, protection des yeux (écran facial ou lunettes), et chaussures fermées avec couvre-chaussures ou bottes en caoutchouc ;
- Il est important de porter un masque, une protection pour les yeux et un tablier en plastique sur la blouse si celle-ci n'est pas imperméable, en particulier en cas de risque de projection de sang ou de liquides corporels (par exemple si le patient vomit, saigne ou a la diarrhée) ;
- Suivre avec attention les instructions pour mettre, puis enlever et jeter l'EPI, afin d'éviter toute contamination par du sang ou des fluides corporels ;
- Utiliser l'EPI pour accompagner les malades vers la zone prévue à cet effet, où auront lieu un entretien et une évaluation plus poussée, puis ne porter l'EPI que dans la zone ;
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau, ou à l'aide d'une solution hydro-alcoolique :
 - Avant d'enfiler des gants et de porter l'EPI ;
 - Avant tout geste propre ou aseptique sur un patient ;
 - Après tout risque d'exposition ou toute exposition réelle au sang et aux liquides corporels du patient ;
 - Après avoir touché (même potentiellement) des surfaces, des objets, des équipements contaminés à proximité du patient ;
 - Après avoir enlevé l'EPI.
- Changer d'EPI après avoir soigné chaque voyageur malade ;
- Éviter de toucher les surfaces, les objets et les gens ;
- Ne pas toucher son visage ni ajuster l'EPI avec des gants contaminés ;
- Une fois que l'EPI est enlevé, le jeter dans des sacs en plastique étanches destinés aux déchets infectieux et dans des poubelles avec couvercle ;
- Ne jamais recycler les EPI jetables à usage unique ;
- Placer les EPI réutilisables dans des sacs en plastique étanches destinés aux déchets infectieux et des poubelles avec couvercle distinctes afin qu'ils soient nettoyés et décontaminés correctement.

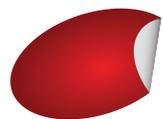
10. GESTION DES DONNEES

La gestion des données fait référence au processus de stockage, d'enregistrement et d'exploitation des données recueillies lors du dépistage aux postes frontières. Cela peut comprendre une tenue de registres sur papier et / ou la création d'une base de données électronique et la saisie électronique des données, en fonction des ressources et de l'infrastructure disponibles.

Transmettre la liste des voyageurs et leurs contacts téléphoniques aux médecins des régions concernées, qui vont transmettre les informations aux districts concernés et les instruire sur la surveillance à mener (appels téléphoniques ou par le biais des relais communautaires).

ANNEXES :

Questionnaire



PON-MVE-008 Surveillance Corridor Humanitaire



1. LES POINTS CLEFS

Le terminal du corridor humanitaire est situé à la base aérienne militaire de Ouakam et est sous le commandement du général Saliou NDIAYE (Présidence).

Aucun transport de malade provenant des zones d'épidémie n'est autorisé.

2. BUT

Permettre à des partenaires autorisés, et sur la base d'ententes clairement identifiées et exprimées, de transporter du personnel et du matériel dans le cadre de l'assistance humanitaire vers et / ou en provenance des pays frappés par l'épidémie à virus Ebola.

3. RESPONSABILITES

- Les partenaires

1. Les partenaires transmettront, au responsable désigné de l'armée de l'air, le planning hebdomadaire des vols ;
2. Les heures d'arrivée et les manifestes passagers seront communiqués au responsable désigné de l'armée de l'air douze (12) heures avant le vol ;
3. Le responsable de l'armée de l'air sera doté d'un contact permanent, joignable à tout moment ;
4. Tout changement dans un manifeste doit faire l'objet d'une nouvelle demande.

- ANACIM

1. Les aéronefs seront stationnés aux positions indiquées ;
2. La société de handling désignée sécurisera l'avion sur demande selon les procédures d'assistance des escales en vigueur.

- Le contrôle sanitaire

1. Doter le personnel de santé des équipements de protection requis;
2. Lavage des mains systématique à l'eau chlorée par tous les voyageurs ;
3. Porter EPI simple par tous les agents de santé lors du screening ;
4. Récupération des formulaires des passagers et des certificats médicaux délivrés à l'embarquement au départ du vol ;
5. Prise de la température des passagers et RFIV ;
6. Récupération de l'attestation de désinfection de l'avion délivré au départ du vol ;
7. Remplissage des fiches d'identification des voyageurs.

- Le contrôle de police

1. Doter le personnel de police des équipements de protection requis ;
2. Armement des positions pour faire les contrôles documentaires ;
3. Vérifier tous les documents de voyage ;
4. Installer, en coordination avec sécuriport, le système de délivrance de visas ;
5. Deux agents au minimum seront disponibles lors des opérations du corridor.

- Le contrôle de douane

1. Doter le personnel de douane des équipements de protection requis ;
2. Tous les passagers et bagages seront contrôlés par la douane ;
3. Moyens matériels : RX, 2 magnétomètres
4. Effectifs : 3 agents et un superviseur

- Le Handling

1. Doter le personnel handling des équipements de protection requis ;
2. Déchargement des bagages par le service de handling et transport jusqu'au terminal de transit.

- Le service national de l'hygiène (SNH)

1. Assure l'application des mesures de désinfection, de désinsectisation, la gestion des déchets biomédicaux selon les procédures admises ;
2. Assure l'assainissement de la plateforme du terminal aérien humanitaire ;
3. Assure le nettoyage de l'avion avec ramassage des ordures et des déchets à l'intérieur de l'avion ;
4. Assure l'incinération des déchets.

- La surveillance épidémiologique

1. Mission assurée par le point focal C.O.U.S du corridor ;
2. Mise à disposition des fiches d'identification du voyageur ;
3. Assure la collecte et l'analyse des données ;
4. Transmet régulièrement les données au C.O.U.S ;
5. Déclenche le processus de prise en charge en cas de suspicion, en informant le C.O.U.S.

-Les cabinets privés dédiés

1. Suivi des personnes pendant 21 jours avec prise bi-quotidienne de température ;
2. Transmission quotidienne des informations au point focal surveillance épidémiologique ;
3. En cas d'alerte ou de suspicion d'informer systématiquement le point focal ou directement le C.O.U.S.

4. DEFINITIONS

1. **Cas suspect** : une personne qui a séjourné en zone d'épidémie, ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie, dans les 21 jours précédant le début de la maladie,

ET

Qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et / ou 3 des signes suivants : céphalées, nausées / vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctives injectées, pétéchies / purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

2. **Cas confirmé** : un cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à la maladie à virus Ebola.

5. MATERIEL ET EQUIPEMENTS

Le matériel suivant, constitué en Kits, doit être disponible au corridor. Le chef d'équipe vérifie la présence de tous les éléments énumérés sur une base hebdomadaire.

Description	Quantité	Matériel Disponible au Poste de Santé
Equipement de Protection Individuelle (tenue EPI complète) Niveau 1		
Ecran facial / lunettes de protection	5	<input type="checkbox"/>
Masques de protection	30	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen	2 boîtes (100gants/boîte)	<input type="checkbox"/>
Une tenue EPI complète	1	<input type="checkbox"/>
Autres Equipements		
Thermoflash calibré au préalable	2	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelle en plastique (50l) de couleur jaune ou rouge	100	<input type="checkbox"/>
Mouchoirs jetables (paquets)	100	<input type="checkbox"/>

Savon	10 barres	<input type="checkbox"/>
Javel	3 bouteilles	<input type="checkbox"/>
Bassines	4	<input type="checkbox"/>
Bouilloire plastique	3	<input type="checkbox"/>
Bassines hautes avec couvercle	1	<input type="checkbox"/>
Serpillères	10	<input type="checkbox"/>
Balais	2	<input type="checkbox"/>
Ruban de signalisation pour délimiter la zone d'isolation	100	<input type="checkbox"/>

6. PROCEDURES

Réception du Kit

Le chef d'équipe doit vérifier que l'ensemble des éléments mentionnés dans le kit ci-dessus a bien été reçu. En cas de problème contacter le médecin chef de la base militaire.

Formation

Le chef d'équipe doit s'assurer que l'ensemble du personnel du centre a reçu la formation aux PON sur le contrôle sanitaire aux frontières.

Identification lieu d'isolement temporaire cas suspect

Le médecin de la base militaire doit identifier dans le poste le lieu d'isolement, une pièce ou un endroit déterminé dans le poste. Au cas où il serait nécessaire d'isoler un patient, le chef d'équipe doit utiliser le ruban de signalisation pour matérialiser la zone d'isolement. Il doit en outre s'assurer qu'une chaise, les deux bassines hautes et une serpillère sont pré-positionnées dans la zone.

7. REFERENCES

FILOVIRUS HAEMORRHAGIC FEVER GUIDELINE - Médecins Sans Frontières 2008

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-012 Identification d'un Cas Suspect - ICP



0. POINTS CLES

Chaque personne entrant ou sortant d'un poste de santé doit se laver les mains avec une solution chlorée à 0,05 %.

Dans les régions frontalières, un relais communautaire doit être formé au tri des patients et se tenir à l'entrée du poste de santé.

Toute personne avec des symptômes compatibles avec la maladie à virus Ebola et ayant visité un pays affecté par Ebola doit immédiatement être isolée et interrogée par un ICP. Celui-ci doit notifier le cas au MCD et remplir la fiche de notification de cas suspect.

Lors de l'interrogatoire, l'ICP doit obligatoirement porter un EPI partiel (gants, lunettes, respirateur N95).

1. OBJECTIFS

Processus de prise en charge initiale d'un cas suspect identifié au niveau d'un poste de santé ou d'un dispensaire.

2. DEFINITIONS

MCR	Médecin Chef de Région
MCD	Médecin Chef de District
ICP	Infirmier Chef du Poste
EH	Equipe Hygiène
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
SAMU	Service d'Assistance Médicale et d'Urgence

3. RESPONSABILITES

ICP

- Vérifier que l'équipement essentiel (énuméré ci-dessous) est sur place à tout moment.
- Utilisant la définition d'un cas suspect (décrite ci-dessous), identifier le cas suspect ou un décès lié à Ebola dans un poste de santé
- Isoler le cas suspect afin de s'assurer qu'il n'ait aucun contact avec des personnes non autorisées.
- Prévenir le MCD qui si nécessaire, préviendra l'autorité administrative et sanitaire pour solliciter le déploiement de forces de l'ordre afin d'assurer la sécurité du patient.
- En attendant l'arrivée du MCD, obtenir des informations d'identification de base sur le patient.

MCD

- Vérifiez que le patient répond à la définition d'un cas suspect.
- Prévenir l'équipe d'hygiène et l'équipe de transport district d'un cas suspect ou d'un décès lié à Ebola dans un poste de santé.
- Prévenir le MCR et le COUS de la présence d'un cas suspect ou de décès.
- Remplir la fiche d'identification du cas suspect.
- Remplir la fiche de laboratoire qui doit accompagner le prélèvement.

MCR

- Confirmer la suspicion du MCD.
- Fournir un appui au MCD sur le diagnostic du cas suspect et son transport vers un centre d'isolement.
- Fournir un appui au personnel du centre de transit sur les mesures à prendre pour le prélèvement et la prise en charge initiale du patient.
- Assurer la régulation avec le SAMU et le centre de transit.

Equipe soignante centre de transit

- Effectuer le prélèvement avec, si besoin, l'appui du SAMU.
- Soins initiaux au patient.

L'équipe d'hygiène

- Se rendre au poste de santé (ou structure de santé) dans les 3h qui suivent l'alerte et procéder à sa désinfection.
- Fournir des services de désinfection du véhicule de transport après le transport du patient et de l'échantillon de sang.

COUS

- Développer et diffuser les Procédures Opérationnelles Normalisées.
- Coordonner l'ensemble du processus et le flux d'informations.

4. OUTILS (Protocoles, Formulaire, Définitions)

4.1 Définitions

Cas suspect : Une personne qui a séjourné en zone d'épidémie, ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie, dans les 21 jours précédant le début de la maladie,

ET

qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et/ou 3 des signes suivants: céphalées, nausées / vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctive injectée, pétéchies / purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

Cas confirmé : Un cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à la maladie à virus Ebola.

4.2 Formulaires

4.2.1 Formulaire de notification de cas (ICP) (voir annexe)

4.3 Protocoles

4.3.1 PON-MVE-012 – ICP Identification et gestion d'un cas suspect

4.3.2 PON-MVE-001 – Organisation des postes de santé

4.3.3 PON-MVE-005 – Mettre et enlever l'équipement de protection individuelle

4.3.4 PON-MVE-006 – Réalisation de la solution d'eau chlorée

5. MATERIELS ET EQUIPEMENTS

Le kit de base Ebola doit être disponible au poste de santé et l'ICP doit vérifier la présence de tous les éléments énumérés sur une base hebdomadaire. Voir la PON-MVE-001 pour la liste du matériel.

6. PROCEDURES

6.1. Déclenchement de la procédure au niveau du poste de santé

Chaque personne entrant ou sortant dans le poste de santé doit se laver les mains avec une solution chlorée à 0,05 % (bouilloire plastique et bassine). Utiliser les mouchoirs jetables pour prendre la bouilloire. Prévoir un poster pour expliquer le lavage des mains.

Dans les régions frontalières, un relais communautaire doit être formé au triage des patients et se tenir à l'entrée du poste de santé. Le relais portera au minimum des gants d'examen et un respirateur N95 lors du tri.

Dans les postes de santé de la zone frontalière, le relais communautaire prend la température de toutes les personnes qui entrent. Si la température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$, le relais communautaire interroge le patient sur son historique de voyage dans un pays endémique ou de contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie dans les 21 jours précédant le début de la maladie en utilisant les questions suivantes :

Question	Réponse
Avez-vous voyagé dans un pays où il y a des cas d'Ebola dans les 21 jours ?	OUI => Suspicion - Continuer NON => Continuer
Avez-vous été en contact avec des personnes souffrant d'Ebola ou décédés	OUI => Cas suspect - Isoler NON => Continuer
Avez-vous les symptômes suivants :	
• Maux de tête	Oui à trois des symptômes OUI => Cas suspect - Isoler
• Vomissements/nausées	
• Perte d'appétit	
• Diarrhée	
• Fatigue intense	
• Douleurs abdominales	
• Douleurs musculaires ou articulaires	
• Difficulté à avaler	
• Difficulté à respirer	
• Hoquets	
• Saignement des gencives	
• Saignement des yeux	
• Saignement cutané	
• Saignement du nez	
• Saignement vaginal	
• Diarrhée sanguinolente ou noire	
• Vomissement du sang	

Si le patient répond oui à la définition de cas (décrite ci-dessus), le relais communautaire l'installe dans la zone d'isolement et prévient l'ICP puis reprend son poste de triage. En attendant l'arrivée de l'ICP il doit s'assurer que le patient ne quitte pas le poste.

Dans les postes de santé qui ne sont pas en zone frontalière. Si l'ICP ou un autre personnel de santé identifie un cas suspect conforme à la définition ci-dessus, il l'isole immédiatement.

L'ICP interroge le cas suspect en respectant la procédure suivante :

1. Il se protège en portant au moins une paire des gants, un masque chirurgical, ou un écran facial et en se tenant à une distance d'au moins un mètre de la personne.
2. Il rejoint le patient dans la zone d'isolation désignée et procède à un interrogatoire sommaire en utilisant la fiche d'identification initiale pour obtenir des informations d'identification de base du patient : nom, prénom, sexe, date de naissance, lieu de départ, lieu d'arrivée, numéro de téléphone, adresse.
3. S'il confirme la suspicion, il s'assure que la zone d'isolement est suffisamment matérialisée et que personne d'autre n'est exposé au cas suspect.
4. Après avoir procédé à ces vérifications, il explique au patient la situation et les bénéfices qu'il y a à avoir une prise en charge précoce. Il demande à l'individu de patienter en attendant l'arrivée du MCD.
5. Il met à la disposition du patient une bassine contenant de l'eau chloré 0.05% pour lavage des mains et un seau d'eau chlorée à 0.5% avec couvercle pour vomissement, urine et selles.
6. En quittant la zone d'isolement, l'ICP enlève ses gants et son masque, et les jette dans le sac poubelle placé dans la zone d'isolement. Il met son écran facial dans un sac séparé. Les deux sacs seront récupérés par l'équipe d'hygiène lors de la désinfection.
7. Si pour une raison impérative (survie du patient), l'ICP doit administrer un traitement ou toucher le malade. Il doit obligatoirement mettre sont EPI complet.
8. Il avertit les autres employés que le patient a été identifié comme un cas suspect.
9. Il remplit le formulaire d'identification initiale cas suspect (voir annexe).
10. Il téléphone pour prévenir le Médecin Chef de District.

6. REFERENCES

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•

ANNEXE : FICHE DE NOTIFICATION DE CAS

(Voir pages suivantes)

Fiche de Notification de Cas

Région Médicale : _____ District Sanitaire : _____
Date de détection du cas ___/___/___
Cas notifié par (*cocher ce qui convient et spécifier*)
 Equipe mobile, no _____ Centre de Santé _____
 Hôpital _____ Autres: _____
Fiche remplie par (nom et prénom) _____
Information transmise par (nom et prénom) _____
Lien de parenté avec le patient _____

Identité du patient

Nom _____ Prénom _____
Pour les mineurs de nom du tuteur _____
Age ___ Ans Mois Sexe M F
Résidence habituelle: Chef de Famille (nom et prénom) _____ Pays _____
Village/Quartier de résidence _____
GPS lat _____ long _____
Nationalité _____
Profession du patient (*cocher ce qui convient*)
 Planteur Ménagère Chasseur/Marchand de viande sauvage Enfant
 Elève/Étudiant Orpailleur Personnel de santé, détails:
Structure Sanitaire _____ service _____ qualification _____
 Autres professions _____

Statut du patient

Etat du patient à la détection Vivant Décédé
Si décédé, date du décès ___/___/___ NSP
Lieu du décès: Communauté, nom village/quartier _____ Pays _____
 Structure, nom et service _____ Pays _____
 Structure, nom village/quartier _____ Pays _____

Histoire de la maladie

Date de début des symptômes ___/___/___ NSP
Nom village où le patient est tombé malade _____ Pays _____
Est-ce que le patient s'est déplacé depuis le début des symptômes ? Oui Non NSP
Si oui, remplir la liste indiquant le Pays:
Villages _____ Structures sanitaires _____
Mode de transport: _____

Le patient a-t-il vu un tradipraticien depuis le début des symptômes? Oui Non NSP
Si oui, nom: _____ Village _____ Pays _____

Le patient a-t-il été hospitalisé ou a-t-il visité un proche hospitalisé pendant les 3 semaines avant le début des symptômes?
Si oui, où _____ Oui Non NSP
entre (dates) ___/___/___ - ___/___/___

Le patient a voyagé pendant les 3 semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, pays en épidémie, Préciser _____ entre (dates) ____/____/____
Préciser _____ entre (dates) ____/____/____
Préciser _____ entre (dates) ____/____/____

Le patient a-t-il eu un contact avec un patient suspect? Oui Non NSP

Le patient a-t-il eu un contact avec une dépouille mortelle suspecte? Oui Non NSP

Si oui, remplir l'information concernant ce dernier cas:

Nom _____ Prénom _____

Lien de parenté avec le patient _____ Village _____ Pays _____

Chef de Famille (nom et prénom) _____

Au moment du contact, est-ce que le cas était Vivant Décédé, date du décès ____/____/____

Date du dernier contact avec le cas ____/____/____

Le patient a-t-il eu un contact avec un animal sauvage trouvé mort en brousse ou a-t-il consommé de la viande de brousse pendant les 3 semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, Type d'animal _____ Localisation _____ date
____/____/____

Symptômes

Le patient a-t-il eu de la fièvre? Oui Non NSP Date de début de la fièvre: ____/____/____

Prise de température avec Thermo-Flash : ____°C NSP

ATTENTION : NE JAMAIS PRENDRE LA TEMPERATURE SANS THERMO-FLASH

Est-ce que le patient présente ou a présenté un des symptômes suivants (*cocher tout ce qui convient*)

Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Vomissements/nausées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Perte de l'appétit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Fatigue Intense	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Douleurs musculaires ou articulaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Difficultés à avaler	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Difficultés à respirer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Hoquet	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Saignement des gencives	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Saignement des yeux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Saignement cutané	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Saignement de nez	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Saignement vaginal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Diarrhée sanguinolente ou noire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Vomissement de sang	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP

ATTENTION, ISOLER LE PATIENT ET ALERTER IMMEDIATEMENT LE MCD



PON-MVE-013 Identification d'un Cas Suspect MCD



1. OBJECTIFS

Processus de prise en charge initiale d'un cas suspect identifié au niveau d'un poste de santé.

2. DEFINITIONS

MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
ECD	Equipe Cadre de District
ICP	Infirmier Chef du Poste
ECI	Equipe Centre d'Isolement
EH	Equipe d'Hygiène
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
SAMU	Service d'Assistance Médicale et d'Urgence

3. RESPONSABILITES

ICP

- Vérifier que l'équipement essentiel (énuméré ci-dessous) est sur place à tout moment.
- Utilisant la définition d'un cas suspect (décrite ci-dessous), identifier le cas suspect ou un décès lié à Ebola dans un poste de santé.
- Isoler le cas suspect afin de s'assurer qu'il n'ait aucun contact avec des personnes non autorisées.
- Prévenir le MCD qui si nécessaire, préviendra l'autorité administrative et sanitaire pour solliciter le déploiement de forces de l'ordre afin d'assurer la sécurité du patient.
- En attendant l'arrivée du MCD, obtenir des informations d'identification de base sur le patient.

MCD

- Vérifiez que le patient répond à la définition d'un cas suspect.
- Informer le MCR
- Prévenir l'équipe d'hygiène et l'équipe de transport district d'un cas suspect ou d'un décès lié à Ebola dans un poste de santé.
- Prévenir le COUS de la présence d'un cas suspect ou d'un décès.
- Remplir la fiche d'identification du cas suspect.
- Remplir la fiche de laboratoire qui doit accompagner le prélèvement.

MCR

- Se concerter avec le MCD afin de confirmer ou infirmer la suspicion de cas suspect.
- Fournir un appui au MCD sur le diagnostic du cas suspect et son transport vers un centre d'isolement.
- Fournir un appui au personnel du centre de transit sur les mesures à prendre pour le prélèvement et la prise en charge initiale du patient.
- Assurer la régulation avec le SAMU et le centre de transit.

Equipe soignante Centre de transit

- Effectuer le prélèvement avec, au besoin, l'appui du SAMU.
- Soins initiaux au patient.

EH

- Se rendre au poste de santé (ou structure de santé) dans les 3h qui suivent l'alerte et procéder à sa désinfection.
- Fournir des services de désinfection du véhicule de transport après le transport du patient et de l'échantillon de sang.

COUS

- Développer et diffuser les Procédures Opérationnelles Normalisées.
- Coordonner l'ensemble du processus et le flux d'informations.

4. OUTILS (Protocoles, Formulaire, Définitions)

4.1 Définition d'un Cas Suspect

Une personne qui a séjourné en zone d'épidémie, ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie, dans les 21 jours précédant le début de la maladie,

ET

qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et/ou 3 des signes suivants: céphalées, nausées / vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctive injectée, pétéchies / purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

4.2 Définition d'un Cas Confirmé

Un cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à MVE.

4.3 Formulaires

4.3.1 Formulaire de notification de cas

4.3.2 Formulaire d'envoi d'échantillon sanguin à l'Institut Pasteur

4.4 Protocoles

4.4.1 PON-MVE-001 – Organisation des postes de santé

4.4.2 PON-MVE-012 – ICP Identification et gestion d'un cas suspect

4.4.3 PON-MVE-006 – Réalisation solution d'eau chlorée

5. MATERIELS ET EQUIPEMENTS

Le matériel suivant doit être à la disposition du MCD, à tout moment, pour lui permettre d'investiguer les cas suspects dans les postes de santé (ou communautés, cliniques privées, etc.).

Description	Quantité	Matériel Présent au niveau du centre
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Écran facial / lunettes de protection	10	<input type="checkbox"/>
Masques N95	40	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen (latex)	4 boîtes (100 gants/boîte)	<input type="checkbox"/>
Gants caoutchouc résistants	20 paires	<input type="checkbox"/>
Tabliers en plastique jetables	40	<input type="checkbox"/>
Combinaison (jetable) / Blouse (préférable)	40	<input type="checkbox"/>
Cagoule	40	<input type="checkbox"/>
Couvre-chaussures / bottes	40	<input type="checkbox"/>

Autres Equipements		
Serviette jetable	100	<input type="checkbox"/>
Chlore HTH 70% (préféré) à défaut Javel	2 kgs ou 10 bouteilles	<input type="checkbox"/>
Sac en plastique jaune ou rouge 50l (pour l'élimination des déchets)	100	<input type="checkbox"/>
Seau avec couvercle (pour vomissements patient durant transport)	3	<input type="checkbox"/>
Thermoflash calibré	5	<input type="checkbox"/>
Formulaires d'identification de cas suspect	100	<input type="checkbox"/>
Téléphones (fixes ou portables)	1	<input type="checkbox"/>
"Smartphone" avec ODK	1	<input type="checkbox"/>
Brancard	1	<input type="checkbox"/>
Pulvérisateur avec solution chlorée 0.5%	2	<input type="checkbox"/>
Bidons pour les EPI réutilisables	3	<input type="checkbox"/>
Véhicule de transport (ambulance ou pick up bâché avec séparation). Voir fiche descriptive en annexe.	1	<input type="checkbox"/>

6. PROCEDURES

6.1. Déclenchement de la procédure au niveau du poste de santé

L'ICP appelle le MCD après l'identification et l'isolement temporaire d'un cas suspect.

6.2. Mesures prises par le MCD une fois qu'il est alerté par rapport au cas suspect

1. Le MCD vérifie que le contact répond à la définition de cas.
 - a. Si non, téléphone au MCR pour infirmer la suspicion de cas suspect
 - b. Si oui, il se rend au poste de santé.
2. Il demande à l'ICP si le patient est en état de se déplacer seul afin de déterminer la taille de l'équipe d'intervention.
3. Il alerte l'EH d'un cas suspect ou d'un décès lié à Ebola dans un poste de santé, et de la nécessité d'effectuer une désinfection d'une structure de santé. Il fournit l'adresse exacte du domicile du patient pour désinfection ultérieure. Dans la mesure du possible, l'EH se rend au poste de santé en même temps que le MCD mais dans des véhicules séparés.
4. Il se rend au poste de santé avec une autre personne formée et un chauffeur. Dans le cas où le patient ne peut pas se déplacer seul, prévoir une 3ème personne formée.

6.3. Mesures prises par le MCD en arrivant au poste de santé

1. Prise de contact et échange d'information avec l'ICP.
2. L'ICP lui remet la fiche initiale d'identification.
3. Le MCD et son assistant revêtent leur tenue de protection.
4. Le MCD se rend dans la zone d'isolement seul mais sous observation de la personne qui l'accompagne
5. Il interroge le patient et confirme la suspicion.
6. Il remplit la fiche d'identification.
7. Il confirme par téléphone avec le MCR qu'il s'agit bien d'un cas suspect et confirme la nécessité de transporter le patient vers un centre de transit.
8. Il demande alors à l'ICP de faire évacuer une partie ou la totalité du poste pour pouvoir procéder au transfert du cas suspect vers le véhicule de transport et pour la désinfection de la structure.
9. Une fois le patient dans le véhicule, l'équipe met à sa disposition un seau avec couvercle contenant de l'eau chlorée à 0,5% (vomis, urines, etc.).
10. Le MCD renforce auprès de l'ICP l'importance de maintenir la zone d'isolement sans que personne ne s'en approche avant l'arrivée de l'EH.
11. L'équipe enlève ses EPI suivant la procédure (PON-MVE-005) et met les éléments réutilisables dans les bidons fermés prévus à cet effet.
12. L'équipe doit impérativement se laver les mains à l'eau chlorée aux étapes prévues dans le PON-MVE-005
13. L'équipe achemine le patient jusqu'au centre de transit.
14. Sur le chemin, il prévient l'équipe du centre de transit de son arrivée avec un patient, et leur demande de se préparer (EPI).

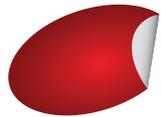
6.4. Mesures prises par le MCD en arrivant au centre de transit

1. Il demande au chauffeur de se garer en marche arrière près de l'entrée des patients du centre de transit.
2. Il prend contact avec l'équipe du centre de transit.
3. L'équipe du centre de transit prend le patient en charge.
4. Le véhicule est laissé dans l'enclos de protection du centre de transit, avec tout le matériel, en attendant l'EH pour sa désinfection.
5. Le MCD transmet la fiche d'identification du cas suspect au MCR avec copie au COUS

7. REFERENCES

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-014 Prélèvement cas suspect



0. POINTS CLEFS

Le prélèvement de sang d'un cas suspect Ebola doit obligatoirement se faire dans un centre de transit ou de traitement. Le personnel qui effectue le prélèvement doit porter un Equipement de Protection Individuelle (EPI) complet.

L'échantillon doit être envoyé dans un triple emballage et être transporté dans une ambulance à l'Institut Pasteur le plus vite possible.

1. OBJECTIF

Décrire la procédure de prélèvement de sang de cas suspects Ebola dans un centre de transit ou de traitement.

2. DEFINITIONS

MCD	Médecin Chef de District
EH	Equipe d'Hygiène
COUS	Centre Opérationnel d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
SAMU	Service d'Assistance Médicale et d'Urgence
IPD	Institut Pasteur de Dakar

3. RESPONSABILITES

3.1. En région de Dakar

MCD

- Informe la région médicale
- S'assurer de l'acheminement du prélèvement vers l'Institut Pasteur.

MCR

- Informe le COUS
- Coordonne avec le MCD le transport du prélèvement et sa réception à l'IPD.

SAMU

- Coordonner avec l'IPD l'acheminement d'un prélèvement
- Faire le prélèvement à Dakar et à Thiès
- Transporter le prélèvement
- Remplir la fiche de laboratoire qui doit accompagner le prélèvement

EH

- Fournir des services de désinfection après le transport du patient et de l'échantillon de sang (voir procédure PON-MVE-025 la désinfection de véhicules).

IPD

- Coordonner le conditionnement et la réception de l'échantillon
- Procéder à l'analyse
- Transmettre les résultats au COUS

COUS

- Contribuera, en collaboration avec la RM et le DS concernés à la classification du sujet en fonction de la définition de cas (suspect ou non) et donc de l'opportunité de réaliser ou pas un prélèvement sanguin
- Appelle l'IPD et/ou le SAMU
- Partager les résultats avec MCR et MCD concernés

3.2. En dehors de la région de Dakar

Infirmier en service au centre de transit ou de traitement

- Faire le prélèvement.
- Remplir la fiche de laboratoire qui doit accompagner le prélèvement.

MCD

- Assurer l'acheminement du prélèvement vers l'Institut Pasteur par une ambulance de district ou un autre moyen de transport approprié.

SAMU

- Fournir un appui, au personnel du centre de transit ou de traitement, sur les mesures à prendre pour le prélèvement et la prise en charge initiale du patient.

EH

- Fournir des services de désinfection après le transport du patient et de l'échantillon de sang (voir procédure PON-MVE-025).

4. OUTILS (Protocoles, Formulaire, Définitions)

4.1 Définitions

Cas suspect : Une personne qui a séjourné en zone d'épidémie ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie, dans les 21 jours précédant le début de la maladie,

ET

qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et/ou 3 des signes suivants: céphalées, nausées / vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctives injectées, pétéchies / purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

Cas confirmé : Un cas suspect avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à la maladie à virus Ebola.

4.2 Formulaire

4.2.1 Formulaire d'envoi d'un échantillon sanguin à l'Institut Pasteur de Dakar.

4.3 Protocoles

4.3.1 Mettre et enlever l'Équipement de Protection Individuelle (PON-MVE-005).

5. RESSOURCES

5.1. Ressources humaines

En région de Dakar, l'équipe d'intervention du SAMU qui fait le prélèvement et son acheminement est composée d'un :

- Médecin si possible
- Infirmier
- Ambulancier

En dehors de la région de Dakar, l'équipe du centre de transit ou de traitement effectue le prélèvement. Le transport de l'échantillon est assuré par un ambulancier et si possible un infirmier.

5.2. Matériels et équipements

Le matériel suivant doit être disponible au centre de transit ou de traitement où le prélèvement est effectué. Le gestionnaire de stock du centre doit vérifier la présence de tous les éléments énumérés sur une base hebdomadaire.

Description	Quantité	Matériel Présent Centre de traitement ou de transit
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Écran facial / lunettes de protection	25	<input type="checkbox"/>
Masques (chirurgical ou N-95)	100	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen (latex)	4 boîtes (100 gants/boîte)	<input type="checkbox"/>
Gants en caoutchouc résistants	25 paires	<input type="checkbox"/>
Tabliers en plastique	100	<input type="checkbox"/>
Blouse ou combinaison jetable	100	<input type="checkbox"/>
Cagoule	100	<input type="checkbox"/>
Couvre-chaussures / bottes	100	<input type="checkbox"/>
Equipements de prélèvement		
Tube sec pour prélèvement + EDTA	10	<input type="checkbox"/>
Dispositif de prélèvement (vacutainer)	10	<input type="checkbox"/>
Caisson pour triple emballage	5	<input type="checkbox"/>
Kit de perfusion	3	
Autres Equipements*		
Serviette jetable	100	<input type="checkbox"/>
Chlore HTH 70% (préféré) à défaut Javel	2 kgs / 10 bouteilles	<input type="checkbox"/>
Sac en plastique jaune ou rouge 50 litres (pour l'élimination des déchets)	100	<input type="checkbox"/>
Seau avec couvercle (pour vomissements du patient durant transport)	3	<input type="checkbox"/>
Thermoflash calibré au préalable	5	<input type="checkbox"/>
Formulaires d'identification du cas suspect	100	<input type="checkbox"/>
Téléphone (fixe ou portable)	1	<input type="checkbox"/>
"Smartphone" avec ODK	1	<input type="checkbox"/>
Brancard	1	<input type="checkbox"/>
Pulvérisateur avec solution chlorée 0.5%	2	<input type="checkbox"/>
Seau plastique avec couvercle pour stocker le matériel de protection réutilisable après usage	3	<input type="checkbox"/>
Véhicule de transport (ambulance ou pick up bâché avec séparation).	1	<input type="checkbox"/>
Voir fiche descriptive en annexe.		

*Les quantités minimales peuvent être plus élevées en fonction de la taille du centre de transit ou de traitement (voir le protocole PON-MVE-003 organisation centre de transit et traitement, pour plus de détails).

6. PROCEDURES

6.1. Réception du patient dans le centre de transit ou de traitement

Le patient entre par le sas d'entrée des patients suspects (voir schéma centre de transit ou de traitement, PON-MVE-003). Si ses habits sont souillés, ils sont enlevés et mis dans un seau contenant de l'eau chlorée à 0,5%. Il prend une douche chlorée. Il met un vêtement non tissé hospitalier.

De l'autre côté du sas il est accueilli par le personnel de santé (infirmier) équipé de son EPI qui l'installe dans son lit. L'équipe d'hygiène procède ensuite à la désinfection du sas de douche.

6.2. Prélèvement sanguin

Le prélèvement sanguin est soit effectué par l'infirmier du SAMU (en région de Dakar) soit par l'infirmier de service dans le centre de transit ou de traitement (en dehors de la région de Dakar).

A Dakar et à Thiès, le MCR informe le COUS au numéro **76 738 38 18** disponible 24h/24. Le COUS contacte l'IPD et/ou le SAMU qui régule le transport de l'échantillon jusqu'à l'IPD. Toutefois, en cas de difficulté d'accéder à ce numéro, le MCR peut joindre le Coordonnateur du COUS au numéro 70 638 18 00 ou son adjoint au numéro 70 638 18 01.

En dehors de Dakar, le MCD informe le MCR qui à son tour prévient le COUS qui doit s'assurer que celui-ci est effectué dans de bonnes conditions. Il coordonne ainsi l'ensemble des étapes allant du moment où le prélèvement doit être effectué à son arrivée à l'IPD.

Une fois que l'infirmier a reçu l'avis favorable de l'IPD via le COUS et la RM pour faire le prélèvement, il porte son EPI et entre dans la zone à haut risque. Dans la salle d'isolement, il informe le patient qu'il vient faire le prélèvement dont on lui a parlé dans la note d'information.

Il identifie les tubes pour le prélèvement :

1. Un tube sec 10ml
2. Un tube EDTA 10m

Ensuite, il fait le prélèvement de sang en utilisant le kit de perfusion. Il emballe les deux tubes avec du coton absorbant et les met dans un premier sachet.

A la limite de la zone à haut risque il met le premier sachet dans un second sachet détenu par l'ambulancier ganté et masqué qui met le tout dans une enveloppe.

En dehors de la zone à haut risque l'enveloppe sera mise dans un pot bien fermé. Ce pot sera mis dans un carton ou une glacière (Les boîtes UN 2814 de la société Emball Infor peuvent être utilisées. Toutefois un autre type d'emballage (ex : glacière, carton, ...) peut être accepté pourvu que le triple emballage soit respecté).

L'infirmier jette ensuite le reste du matériel dans le sas de gestion des déchets.

Il quitte la salle et enlève sa tenue dans le vestiaire conformément à la procédure d'habillage et de déshabillage EPI (PON-MVE-005).

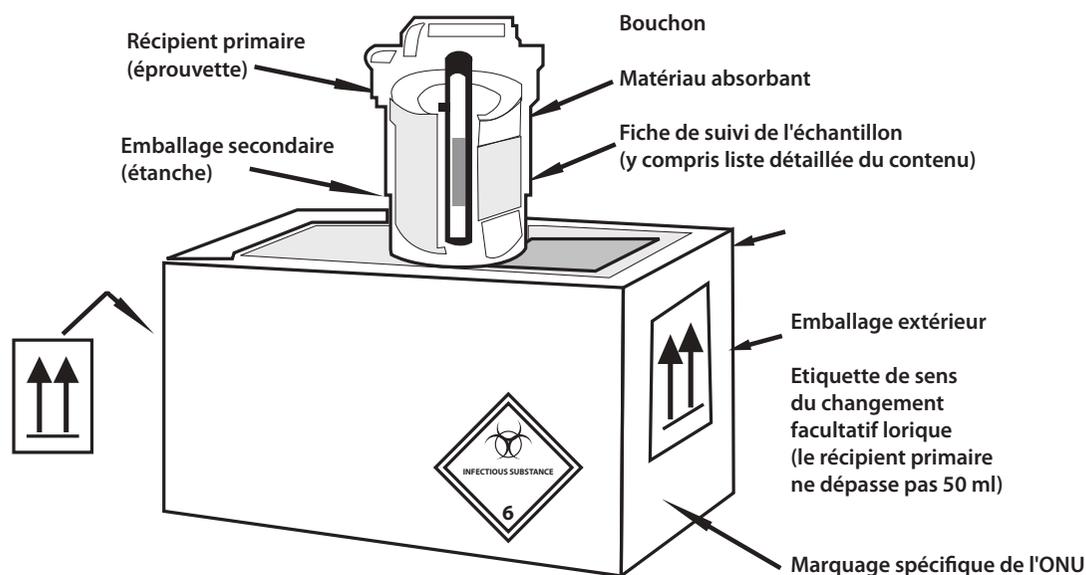
6.3. Envoi de l'échantillon

Pour tous les cas de suspicion de maladie à virus Ebola (cf définition de cas), les échantillons qui doivent être envoyés à l'Institut Pasteur de Dakar pour analyse pourront être réceptionnés à l'Institut Pasteur de Dakar 24h/24h, du lundi au dimanche.

Toutefois, le SAMU contacté par le COUS (Dakar et Thiès devra appeler au préalable l'Institut Pasteur de Dakar (numéro dédié à l'alerte Ebola : 77 270 77 93), pour informer de l'envoi, et convenir d'une heure de réception. Pour les autres régions, le COUS contactera l'IPD et coordonnera l'envoi de l'échantillon.

Conditions d'envoi

Acheminer les prélèvements de façon sécurisée en respectant la chaîne de froid (+4°C), après accord obtenu, par téléphone, l'accord de l'IPD (77 270 77 93). Cet accord doit être obtenu par le COUS ou le SAMU.



- Adresser les échantillons à :

Unité des Arbovirus et Virus des Fièvres Hémorragiques

Institut Pasteur de Dakar / 36 Avenue Pasteur - Dakar

Attention : tout prélèvement ne respectant pas ces conditions ne sera pas traité

A l'arrivée à l'Institut Pasteur, l'infirmier remet l'échantillon et la fiche de prélèvement.

7. REFERENCES

- Procédure de gestion des prélèvements par le SAMU national.

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-015 Désinfection Poste de santé



0. POINTS CLES

Tout poste de santé qui identifie un cas suspect d’Ebola ou un décès probablement lié à Ebola doit être désinfecté de manière rigoureuse.

On ne sait pas combien de temps le virus Ebola peut rester en vie dans le fluide corporel d’un malade. Donc tous les liquides ou les objets touchés ou utilisés par un patient Ebola doivent être considérés comme potentiellement infectieux.

Pour des raisons de sécurité et afin de rassurer le personnel de santé ainsi que la communauté que le poste de santé ne présente plus de risque et peut être à nouveau utilisé, l’équipe de désinfection doit traiter les lieux dans les plus brefs délais.

1. OBJECTIFS

Décrire la procédure pour la désinfection par l’Equipe Hygiène du poste de santé après qu’un cas suspect d’Ebola y ait été identifié.

2. DEFINITIONS

MCD	Médecin Chef de District
ECD	Équipe Cadre de District
ICP	Infirmier Chef du Poste
EH	Equipe d’Hygiène
COUS	Centre Opérationnel d’Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
ODK	Open Data Kit (Système d’informations de surveillance épidémiologique)

3. RESPONSABILITES

MCD Alerter le chef de sous brigade d’hygiène, responsable des Equipes d’Hygiène d’un cas suspect ou d’un décès liés à Ebola dans un poste de santé. Fournir au responsable de l’EH l’adresse précise du poste de santé. Prévenir le COUS de la présence d’un cas suspect ou de décès. Fournir les informations nécessaires concernant le cas suspect et les éventuels contacts en utilisant les formulaires ODK.

EH Se rendre au poste de santé au plus tard dans les 3h qui suivent l'alerte et procéder à sa désinfection.
COUS Coordonner l'ensemble du processus et le flot d'informations.

4. RESSOURCES

4.1. Equipe de désinfection

L'EH se compose de deux agents applicateurs et d'un superviseur.

4.2. Matériels et équipements

Les éléments cités dans le tableau ci-dessous doivent être présents dans le véhicule de l'EH.

Les EPI doivent être disponibles en plusieurs tailles afin d'être adaptés à tous les membres de l'EH.

Vérifier la présence de tous les éléments énumérés dans la liste de contrôle suivante avant de commencer le travail.

Pour une équipe de 3 personnes (un superviseur et 2 agents applicateurs) :

Description	Quantité	Matériel Présent Centre de traitement ou de transit
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Tabliers en plastique	5	<input type="checkbox"/>
Masque facial (Respirateur N95)	5	<input type="checkbox"/>
Lunettes de protection	5	<input type="checkbox"/>
Salopette étanche	5	<input type="checkbox"/>
Cagoule	5	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen en latex	10 paires	<input type="checkbox"/>
Gants de nettoyage en caoutchouc	5 paires	<input type="checkbox"/>
Bottes en caoutchouc	5 paires	<input type="checkbox"/>
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Pulvérisateur d'au moins 10 litres rempli de solution chlorée à 0,5 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/>
Pulvérisateur à main d'1 litre rempli de solution chlorée à 0,05 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (100 litres)	12	<input type="checkbox"/>
Eau de javel 8° / Granules HTH et une cuillère mesure	5 bouteilles / 1 kg	<input type="checkbox"/>

Autres Equipements		
Pulvérisateur d'au moins 10 litres rempli de solution chlorée à 0,5 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/>
Pulvérisateur à main d'1 litre rempli de solution chlorée à 0,05 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (100 litres)	12	<input type="checkbox"/>
Eau de javel 8° / Granules HTH et une cuillère mesure	5 bouteilles / 1 kg	<input type="checkbox"/>
Gobelet plastique gradué pour mesure	2	<input type="checkbox"/>
Bidon 10 litres rempli d'eau pour préparer les solutions de chlore à 0.05% ou 0.5%	2	<input type="checkbox"/>
Seau plastique avec couvercle pour stocker le matériel de protection réutilisable après usage	5	<input type="checkbox"/>
Bâche en plastique 3m - 3m	3	<input type="checkbox"/>
Directives pour la préparation des solutions chlorées (Protocole PON-MVE-006)	1	<input type="checkbox"/>
Seau de 10 litres pour tremper les couverts et effets personnels du malade / défunt	2	<input type="checkbox"/>
Bidon d'essence de 10l pour incinération	1	<input type="checkbox"/>
Pelle	2	<input type="checkbox"/>
Pioche	1	<input type="checkbox"/>
Ruban de signalisation, pour empêcher l'accès aux lieux	1 rouleau	<input type="checkbox"/>
Véhicule de transport de l'équipe (Pickup de préférence)	1	<input type="checkbox"/>

5. PROCEDURES

5.1. Déclenchement de la procédure

Le Médecin Chef de District (MCD) prévient le chef de sous brigade d'hygiène, responsable des Equipes d'Hygiène de la nécessité d'effectuer une désinfection d'une structure de santé, et fournit l'adresse exacte de la structure.

L'équipe composée d'un superviseur et de deux agents applicateurs doit se rendre sur les lieux au plus tard dans les 3 heures qui suivent la notification par le MCD.

5.2. Préparation avant le départ

Avant le départ, l'équipe EH vérifie que l'ensemble du matériel requis est dans le véhicule. Le superviseur signe la liste de vérification (Partie 5).

5.3. A l'arrivée au poste de santé

La désinfection doit être effectuée de manière minutieuse. L'équipe arrive et n'enfile les EPI qu'à l'entrée du poste. Le superviseur prend contact avec l'ICP qui fera évacuer le poste de santé.

Lors de la désinfection, certains biens peuvent être détériorés. Bien expliquer à l'ICP que la désinfection a pour but de décontaminer les zones où le patient est passé afin qu'elles puissent être utilisées en toute sécurité.

5.4. La désinfection

L'ICP doit expliquer de manière détaillée à l'équipe, par où le malade est entré, combien de temps il a séjourné dans la structure, dans quelles pièces, s'il a utilisé les toilettes. Si le patient a séjourné dans le poste et utilisé des couvertures ou matelas qui ont été souillés l'équipe devra prévenir l'ICP que ces équipements devront être incinérés et choisira avec l'ICP le lieu de l'incinération. Ces informations permettront au superviseur d'organiser la désinfection du poste dans les meilleures conditions. Après l'incinération du matériel, un procès-verbal de destruction devra être établi par l'EH, et déposé dans les archives du poste de santé. Les deux agents applicateurs, le superviseur et éventuellement l'ICP s'équipent d'EPI (voir procédure PON-MVE-005 pour enfiler l'EPI). Le superviseur, équipé de son EPI, entre dans le poste de santé et l'évalue. Si les deux agents applicateurs sont expérimentés, le superviseur n'a pas besoin de revêtir son EPI et peut surveiller de l'extérieur du poste de santé. L'un des agents applicateurs désinfecte l'intérieur et l'extérieur des bâtiments du poste de santé. Toutes les pièces et dépendances du poste de santé doivent être pulvérisées. L'autre agent applicateur récupère les couvertures et matelas qui auraient été utilisés par le patient, les pulvérise à l'extérieur, et les isole au soleil, en attendant les résultats. En cas de résultats positifs, l'EH procédera à leur incinération.

Description	Méthode de désinfection	Vérification superviseur
Murs intérieurs	Désinfection solution chlorée 0.5% y compris encadrement de fenêtre	<input type="checkbox"/>
Murs extérieurs	Désinfection solution chlorée 0.5% y compris encadrement de fenêtre	<input type="checkbox"/>
Lit et autre mobilier	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>
Sol	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>
Latrines	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>
Plafond	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>
Objets durs réutilisables, tels que des seaux, des meubles, etc.	Désinfection solution chlorée 0.5% sur toutes les faces. 1h après la désinfection, le personnel du poste de santé peut nettoyer les éléments avec de l'eau et du savon.	<input type="checkbox"/>
Ustensiles tels que des assiettes, des cuillères, des tasses	Laisser tremper pendant 30 minutes, dans un seau de 10 l apporté par l'équipe et contenant une solution chlorée à 0.05%. Après la désinfection, ils peuvent être nettoyés avec de l'eau et du savon par le personnel du poste de santé.	<input type="checkbox"/>
Ustensiles personnels	Laisser tremper pendant 30 minutes, dans un seau de 10 l apporté par l'équipe et contenant une solution chlorée à 0.5%.	<input type="checkbox"/>
Matelas utilisé par le malade / défunt	Creuser une fosse pour incinération à l'extérieur du poste de santé	<input type="checkbox"/>
Vêtements du malade / défunt	Creuser une fosse pour incinération à l'extérieur du poste de santé	<input type="checkbox"/>
Moustiquaire utilisé par le malade / défunt	Creuser une fosse pour incinération à l'extérieur du poste de santé	<input type="checkbox"/>
Remblayage de la fosse et désinfection	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>

5.5. Fin de la désinfection du poste de santé

Les deux agents applicateurs, le superviseur et éventuellement l'ICP enlèvent leur EPI (voir procédure PON-MVE-005 pour enlever l'EPI).

Le matériel jetable est conditionné dans les sacs plastiques pour incinération au poste de santé.

Le matériel réutilisable est conditionné dans les seaux qui sont fermés.

Au retour, le véhicule et les différents équipements sont décontaminés (voir procédure PON-MVE-025 de désinfection des véhicules).

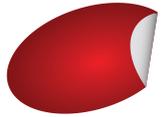
Le superviseur rend compte au chef de sous brigade qui envoie son rapport au MCD avec copie à son chef de brigade régionale.

6. REFERENCES

FILOVIRUS HAEMORRHAGIC FEVER GUIDELINE - Médecins Sans Frontières 2008

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-016 Désinfection Domicile



0. POINTS CLES

La maison d'un patient qui est transporté en unité de transit ou de traitement, ou d'un patient qui est mort à son domicile doit être désinfectée.

On ne sait pas combien de temps le virus Ebola peut rester en vie dans le fluide corporel d'un malade donc, tous les liquides ou les objets touchés ou utilisés par un patient Ebola doivent être considérés comme potentiellement infectieux.

Pour des raisons de sécurité et afin de rassurer la famille et la communauté que la maison ne présente plus de risque et peut être à nouveau utilisée, l'équipe d'hygiène et de sécurité doit désinfecter le logement où le patient séjournait lors de l'apparition des premiers symptômes ainsi que ses effets personnels.

1. OBJECTIFS

Décrire la procédure pour la désinfection du domicile d'un patient ou d'une personne décédée avec suspicion d'Ebola par l'Equipe Hygiène (EH).

2. ACRONYMES

MCD	Médecin Chef de District
ECD	Equipe Cadre de District
ICP	Infirmier Chef du Poste
EH	Equipe Hygiène
COUS	Centre Opérationnel d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
ODK	Open Data Kit (Système d'informations de surveillance épidémiologique)
DAS	Direction de l'Action Sociale du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

3. RESPONSABILITES

- MCD** Alerter le chef de sous brigade d'hygiène, responsable des Equipes d'Hygiène et Sécurité d'un cas suspect ou d'un décès liés à Ebola. Fournir à l'EH l'adresse précise du domicile. Prévenir le COUS de la présence d'un cas suspect ou de décès. Fournir les informations nécessaires concernant le cas suspect et les éventuels contacts en utilisant les formulaires ODK.
- EH** Se rendre au domicile au plus tard dans les 6h qui suivent l'alerte et procéder à sa désinfection.
- COUS** Coordonner l'ensemble du processus et le flot d'informations.
- DAS / Croix Rouge** Distribuer les kits de solidarité.

4. RESSOURCES

4.1. Equipe de désinfection domiciliaire

L'EH se compose de deux agents applicateurs et d'un superviseur.

4.2 Matériels et équipement

Les éléments contenus dans le tableau ci-dessous doivent être présents dans le véhicule de l'EH.

Les EPI doivent être disponibles en plusieurs tailles afin d'être adaptés à tous les membres des EH.

Vérifier la présence de tous les éléments énumérés dans la liste de contrôle suivante avant de commencer le travail.

Pour une équipe de 3 personnes (un superviseur et 2 agents applicateurs) :

Description	Quantité pour chaque équipe de 3 personnes	Matériel Présent dans le véhicule
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Tabliers en plastique	5	<input type="checkbox"/>
Masque (N95)	5	<input type="checkbox"/>
Lunettes de protection	5	<input type="checkbox"/>
Salopette étanche	5	<input type="checkbox"/>
Cagoule	5	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen en latex	10 paires	<input type="checkbox"/>
Gants de nettoyage en caoutchouc	5 paires	<input type="checkbox"/>
Bottes en caoutchouc	5 paires	<input type="checkbox"/>
Autres Equipements		
Pulvérisateur manuel d'au moins 10 litres rempli de solution chlorée 0,5 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/>
Pulvérisateur manuel à main d'1 litre rempli de solution chlorée 0,05 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (100 litres)	12	<input type="checkbox"/>
Eau de javel 8° / Granules HTH et une cuillère mesure	5 btl / 1 kg	<input type="checkbox"/>
Gobelet plastique gradué pour mesure	2	<input type="checkbox"/>
Bidon de 10 litres remplie d'eau, pour préparer des solutions chlorée à 0.05% ou 0.5%	2	<input type="checkbox"/>
Seau en plastique avec couvercle pour stocker le matériel de protection réutilisable après usage	5	<input type="checkbox"/>
Bâche en plastique 3m fois 3m	3	<input type="checkbox"/>
Directives pour la préparation des solutions chlorées (Protocole PON-MVE-006)	1	<input type="checkbox"/>
Seau de 10 litres pour tremper les couverts et effets personnels du malade / défunt	2	<input type="checkbox"/>
Bidon à essence de 10 litres pour incinération	1	<input type="checkbox"/>
Pelle	2	<input type="checkbox"/>
Pioche	1	<input type="checkbox"/>
Ruban de signalisation, pour empêcher l'accès aux lieux	1 rouleau	<input type="checkbox"/>
Véhicule de transport de l'équipe (Pickup de préférence)	1	<input type="checkbox"/>

Les kits de solidarité distribués aux familles pour remplacer les objets détruits lors de la désinfection du domicile contiennent le matériel suivant :

- Vêtements
- Matelas
- Moustiquaire
- Serviettes
- Draps et savon

5.PROCEDURES

5.1. Déclenchement de la procédure

Le Médecin Chef de District (MCD) prévient le chef de sous brigade d'hygiène, responsable des Equipes d'Hygiène, de la nécessité d'effectuer une désinfection domiciliaire et fournit l'adresse exacte du domicile.

L'équipe composée d'un superviseur et de deux agents applicateurs, doit se rendre sur les lieux au plus tard dans les 6 heures qui suivent la notification par le MCD.

5.2. Préparation avant le départ

Avant le départ, l'EH vérifie que l'ensemble du matériel requis est dans le véhicule. Le superviseur signe la liste de vérification (Partie 5).

5.3. A l'arrivée au domicile

La désinfection doit être effectuée d'une manière respectueuse. L'équipe arrive et enfile les EPI avant d'entrer dans le domicile. Lors de la désinfection, certains biens appartenant à la famille peuvent être détériorés. Il est essentiel de bien expliquer la procédure à la famille. Bien expliquer à la famille que la désinfection a pour but de décontaminer les zones où le patient a séjourné ainsi que ses objets personnels afin qu'ils puissent être utilisés en toute sécurité. Il est aussi important d'expliquer que certains éléments (matelas, serviettes, draps, moustiquaires) vont devoir être incinérés sur place. Valider avec la famille le choix de l'endroit où cette incinération aura lieu.

Si possible, l'EH demande au staff de la DAS ou de la Croix Rouge de fournir à la famille un kit de solidarité, pour remplacer les éléments détériorés ou détruits lors de la désinfection. Ce kit pourrait contenir : matelas, moustiquaires, serviettes, draps et savon.

5.4. La désinfection

Les deux agents applicateurs, le superviseur et éventuellement un membre de la famille, si il/elle le désire, s'équipent d'EPI (voir procédure PON-MVE-005 pour enfiler l'EPI).

Le superviseur équipé de son EPI entre dans le domicile et l'évalue. Si les agents applicateurs sont expérimentés, le superviseur n'a pas besoin de revêtir son EPI et peut surveiller de l'extérieur de la maison.

L'un des agents applicateurs désinfecte l'intérieur et l'extérieur des bâtiments du domicile. Toutes les pièces et dépendances de la maison doivent être désinfectées. L'autre agent applicateur récupère les vêtements, couvertures et matelas qui seront désinfectés à l'extérieur des bâtiments.

Description	Méthode de désinfection	Vérification superviseur
Murs intérieurs	Désinfection solution chlorée 0.5% y compris encadrement de fenêtre	<input type="checkbox"/>
Murs extérieurs	Désinfection solution chlorée 0.5% y compris encadrement de fenêtre	<input type="checkbox"/>
Lit et autre mobilier	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>
Sol	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>
Latrines	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>
Plafond	Désinfection solution chlorée 0.5% y compris encadrement de fenêtre	<input type="checkbox"/>
Objets durs réutilisables, tels que des seaux, des meubles, etc.	Désinfection solution chlorée 0.5% sur toutes les faces. 1 h après la pulvérisation la famille peut nettoyer les éléments avec de l'eau et du savon.	<input type="checkbox"/>
Ustensiles tels que des assiettes, des cuillères, des tasses	Laisser tremper pendant 30 minutes, dans un seau de 10 l apporté par l'équipe et contenant une solution chlorée à 0.5%. 1 h après la désinfection, ils peuvent être nettoyés avec de l'eau et du savon par les membres de la famille.	<input type="checkbox"/>
Literie, moustiquaires et vêtements	Désinfection solution chlorée 0.5% sur toutes les faces, à l'extérieur. 1 h après la désinfection, ils peuvent être lavés avec de l'eau et du savon, puis séchés au soleil par la famille.	<input type="checkbox"/>
Ustensiles personnels	Laisser tremper pendant 30 minutes, dans un seau de 10 l apporté par l'équipe et contenant une solution chlorée à 0.05%.	<input type="checkbox"/>
Matelas du malade / défunt	Creuser une fosse pour incinération à l'extérieur de la maison	<input type="checkbox"/>
Vêtements du malade / défunt	Creuser une fosse pour incinération à l'extérieur de la maison	<input type="checkbox"/>
Moustiquaire du malade / défunt	Creuser une fosse pour incinération à l'extérieur de la maison	<input type="checkbox"/>
Remblayage de la fosse et désinfection	Désinfection solution chlorée 0.5%	<input type="checkbox"/>

5.5. Fin de la désinfection domiciliaire

Les deux agents applicateurs, le superviseur et éventuellement un membre de la famille enlèvent leur EPI (voir procédure PON-MVE-005 pour enlever l'EPI).

Le matériel jetable est conditionné dans les sacs plastiques pour incinération au centre de santé.

Le matériel réutilisable est conditionné dans les seaux qui sont fermés.

Le superviseur insiste sur l'importance de la référence précoce en cas de symptômes et le fait que l'équipe de suivi des sujets contacts passera tous les jours pour évaluer leur tableau clinique.

Au retour, le véhicule et les différents équipements sont décontaminés (voir procédure PON-MVE-025 pour la désinfection des véhicules).

Le superviseur rend compte au chef de sous brigade qui envoie son rapport au MCD avec copie à son chef de brigade régionale.

6. REFERENCES

FILOVIRUS HAEMORRHAGIC FEVER GUIDELINE - Médecins Sans Frontières 2008

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-017 Structures Privées Identification d'un Cas Suspect

0. POINTS CLES

Chaque personne entrant ou sortant de la structure de santé doit se laver les mains avec une solution chlorée à 0,05 %.
Toute personne avec des symptômes compatibles avec la maladie à virus Ebola et ayant visité un pays affecté par Ebola dans les 21 jours précédant le début de la maladie doit immédiatement être isolée et interrogée par le responsable de la structure de santé.
Celui-ci doit notifier le cas au MCD et remplir une fiche simplifiée pour les cas suspects.
Lors de l'interrogatoire l'agent de santé doit obligatoirement porter un EPI partiel (gants, lunettes, respirateur N95).

1. OBJECTIFS

Processus de prise en charge initiale d'un cas suspect identifié au niveau d'une structure de santé privée (pharmacie, cabinet médical, etc.).

2. DEFINITIONS

MCR	Médecin Chef de Région
MCD	Médecin Chef de District
ECD	Équipe Cadre de District
ICP	Infirmier Chef de Poste
EH	Equipe d'Hygiène
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
RS	Responsable de la structure privée

3. RESPONSABILITES

Responsable Structure (RS)

- Vérifier que l'équipement essentiel (énuméré ci-dessous) est sur place à tout moment.
- Utilisant la définition d'un cas suspect (décrit ci-dessous), identifier le cas suspect ou un décès lié à Ebola.
- Isoler le cas suspect afin de s'assurer qu'il n'ait aucun contact avec des personnes non autorisées.
- Si nécessaire prévenir l'autorité administrative et sanitaire pour solliciter le déploiement de forces de l'ordre afin d'assurer la sécurité du patient.
- Prévenir le MCD.
 - En attendant l'arrivée du MCD, obtenir des informations d'identification de base sur le patient.

MCD

- Vérifier que le patient répond à la définition d'un cas suspect.
- Informer le MCR et le niveau central (COUS).
- Prévenir l'équipe d'hygiène et l'équipe de transport district d'un cas suspect ou d'un décès lié à Ebola dans une structure privée.
- Remplir la fiche d'identification du cas suspect.
- Remplir la fiche de laboratoire qui doit accompagner le prélèvement.

MCR

- Confirmer la suspicion du MCD.
- Fournir un appui au MCD pour le diagnostic du cas suspect et son transport vers un centre d'isolement.
- Fournir un appui au personnel du centre de transit sur les mesures à prendre pour le prélèvement et la prise en charge initiale du patient.
- Assurer la régulation avec le SAMU et le centre de transit.

Equipe soignante centre de transit

- Effectuer le prélèvement avec si besoin l'appui du SAMU.
- Soins initiaux au patient.

EH

- Se rendre au poste de santé (ou structure de santé) dans les 3h qui suivent l'alerte et procéder à sa désinfection.
- Fournir des services de désinfection du véhicule de transport après le transport du patient et de l'échantillon de sang.

COUS

- Développer et diffuser les Procédures Opérationnelles Standards.
- Coordonner l'ensemble du processus et le flot d'information.

4. OUTILS (Protocoles, Formulaire, Définitions)

4.1 Définitions

Cas suspect : Une personne qui a séjourné en zone d'épidémie ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie dans les 21 jours précédant le début de la maladie

ET

qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et/ou 3 signes suivants: céphalées, nausées / vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctives injectées, pétéchies / purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

Cas confirmé : Un cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à la maladie à virus Ebola.

4.2 Protocoles

- PON-MVE-017 – Structures privées Identification et gestion d'un cas suspect
- PON-MVE-001 – Organisation des postes de santé
- PON-MVE-005 – Mettre et enlever l'équipement de protection individuelle
- PON-MVE-006 – Réalisation solution d'eau chlorée

5. MATERIELS ET EQUIPEMENTS

Le kit de base Ebola doit être disponible au poste de santé et l'ICP doit vérifier la présence de tous les éléments énumérés sur une base hebdomadaire. Voir le protocole PON-MVE-001 pour la liste du matériel.

6. PROCEDURES

6.1. Déclenchement de la procédure au niveau de la structure privée

Chaque personne entrant ou sortant de la structure de santé doit se laver les mains avec une solution chlorée à 0,05 % à l'entrée (bouilloire plastique et baignoire). Utiliser les mouchoirs jetables pour prendre la bouilloire. Prévoir un poster pour expliquer le lavage des mains.

Si le personnel de la structure de santé identifie un cas suspect conforme à la définition ci-dessus, il l'isole immédiatement.

Question	Réponse
Avez-vous voyagé dans un pays où il y a des cas d’Ebola dans les 21 jours ?	OUI => Suspicion - Continuer NON => Continuer
Avez-vous été en contact avec des personnes souffrant d’Ebola ou décédées	OUI => Cas suspect - Isoler NON => Continuer
Avez-vous les symptômes suivants :	Oui à trois des symptômes OUI => Cas suspect - Isoler
• Maux de tête	
• Vomissements / nausées	
• Perte d’appétit	
• Diarrhée	
• Fatigue intense	
• Douleurs abdominales	
• Douleurs musculaires ou articulaires	
• Difficulté à avaler	
• Difficulté à respirer	
• Hoquets	
• Saignement des gencives	
• Saignement des yeux	
• Saignement cutané	
• Saignement du nez	
• Saignement vaginal	
• Diarrhée sanguinolente ou noire	
• Vomissement du sang	

Le RS interroge le cas suspect en respectant la procédure suivante :

1. Il se protège en portant au moins une paire des gants, un masque chirurgical, ou un écran facial et en se tenant à une distance d'au moins un mètre de la personne.
2. Il procède à un interrogatoire sommaire, en utilisant la fiche d'identification initiale, pour obtenir des informations d'identification de base du patient : nom, prénom, date de naissance, lieu de départ, lieu d'arrivée, numéro de téléphone, adresse.

Le questionnaire suivant permet au RS de définir s'il s'agit d'un cas suspect ou non.

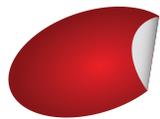
3. Si le RS confirme la suspicion : historique de voyage en zone endémique ou contact avec une personne malade et trois des symptômes ci-dessus, il isole le patient dans une zone d'isolement suffisamment matérialisée et s'assure que personne d'autre n'est exposé au cas suspect.
4. Après avoir procédé à ces vérifications, il explique au patient la situation et les bénéfices qu'il y a à avoir une prise en charge précoce. Il demande à l'individu de patienter en attendant l'arrivée du MCD.
5. Il met à la disposition du patient une bassine contenant de l'eau chlorée à 0.05% pour le lavage des mains et un seau d'eau chlorée à 0.5% avec couvercle pour vomissement, urine et selles.
6. En quittant la zone d'isolement, le RS enlève ses gants et son masque, et les jette dans le sac poubelle placé dans la zone d'isolement. Le sac sera récupéré par l'équipe d'hygiène lors de la désinfection.
7. Il avertit les autres employés que le patient est identifié comme un cas suspect.
8. Il remplit le Formulaire d'identification initiale cas suspect ci-dessous.
9. Il téléphone pour prévenir le Médecin Chef de District.

Question	Réponse
Nom Prénom	
Age Numéro de téléphone	
Adresse	
Avez-vous voyagé dans un pays où il y a des cas d'Ebola dans les 21 jours ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été en contact avec des personnes souffrant d'Ebola ou décédées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous les symptômes suivants :	
Maux de tête aigus	<input type="checkbox"/>
Nausées / vomissements	<input type="checkbox"/>
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>
Fatigue intense	<input type="checkbox"/>
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>
Douleurs générales	<input type="checkbox"/>
Difficultés à avaler	<input type="checkbox"/>
Respiration difficile	<input type="checkbox"/>
Hoquets	<input type="checkbox"/>
Gingivite	<input type="checkbox"/>
Conjonctives injectées	<input type="checkbox"/>
Pétéchies / purpura	<input type="checkbox"/>
Sang dans les selles	<input type="checkbox"/>
Vomissement de sang	<input type="checkbox"/>
Saignement de nez	<input type="checkbox"/>
Autres saignements	<input type="checkbox"/>

7. REFERENCES

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
		•



PON-MVE-018 Suivi de Sujets Contacts



0. POINTS CLEFS

Toute personne ayant été en contact physique avec un cas confirmé, ses fluides corporels ou des objets manipulés par cette personne depuis l'apparition des symptômes de ce cas, doit être considérée comme sujet contact.

Les sujets contact doivent rester chez eux et doivent recevoir deux visites par jour, pour évaluer la présence ou non de symptômes liés à Ebola. Les sujets doivent avoir accès à l'information, à un appui psycho-social et à une aide sociale pour assurer l'observance de ces mesures. En présence de symptômes au cours des 21 jours de ce suivi, le sujet contact devient un cas suspect.

Le MCD est en charge du déclenchement et de l'application de la procédure dans sa zone de responsabilité.

1. OBJECTIFS

Décrire la procédure pour le suivi des sujets contact par le personnel de santé après l'identification initiale par le MCD du district ayant reçu le cas suspect d'Ebola. L'identification de sujets contact commence au moment de l'identification du cas suspect. Le suivi de sujets contacts ne débute que lorsque le prélèvement du cas suspect a été confirmé positif par Institut Pasteur de Dakar.

2. DEFINITIONS

CB	Code Barre
MCD	Médecin Chef de District
EH	Equipe Hygiène
PON	Procédures Opérationnelles Normalisées
COUS	Centre Opérationnel d'Urgence Sanitaire

3. RESPONSABILITES

MCD	Identification de sujets contact, gestion de la logistique, supervision des équipes chargées du suivi des sujets contact, analyse des données et remontée de l'information.
EH	Désinfection de domicile cas suspect
COUS	Coordonner l'ensemble du processus et le flot d'information

4. PROTOCOLE ET QUESTIONNAIRES

Identification détaillée des sujets contacts et suivi bi-quotidien pendant les 21 jours suivant la confirmation du cas d’Ebola.

4.1 Questionnaires et formulaires

- Fiche identification sujet contact
- Notice d’information initiale sujet contact
- Fiche Suivi sujet contact
- Notice d’information finale sujet contact

5. MATERIELS ET EQUIPEMENTS

• Equipement

- o Smartphones
- o Gants
- o Thermoflash calibré au préalable
- o Thermomètres (pour l’auto-prise de température par les sujets contacts qui sont eux-mêmes agents de santé)
- o Codes-barres
- o Désinfectant chloré (voir PON-MVE-006)

• Documents

- o EBOLA - Fiche Identification sujets contact version papier
- o EBOLA - Fiche Suivi sujets contact version papier
- o EBOLA – Notice d’information initiale des sujets contact
- o EBOLA – Notice d’information finale des sujets contact
- o Liste papier des sujets contacts à suivre

6. PROCEDURES

6.1. Déclenchement de la procédure

Après la confirmation du cas Ebola,

- et sur la base de la fiche d'identification de cas fournie par le MCD ou le responsable de la structure de santé qui a identifié le cas suspect,
- ainsi que d'éventuelles informations additionnelles fournies par l'investigation du cas confirmé (par le COUS ou toute autre entité).

Le MCD qui a identifié le cas suspect déclenche immédiatement le suivi de sujets contact de sa zone de responsabilité. Il informe immédiatement le MCR qui, à son tour informe et le COUS sur les autres sujets contact qui ne dépendent pas de sa zone de responsabilité. Le COUS et la Région Médicale concernée coordonnent alors le suivi de ces sujets contact.

6.2. Identification détaillée du sujet contact

Le sujet contact reste à son domicile en limitant les contacts avec d'autres individus tant qu'il est asymptomatique. En cas d'apparition de symptômes, le sujet contact doit être placé en centre de transit où un prélèvement sanguin sera effectué.

Ainsi la visite des sujets contact décrite ci-dessous se focalise sur les visites domiciliaires. Toute conversation avec des personnes ayant été en contact direct avec un ou des cas confirmés doit être menée de façon courtoise, mais en respectant une distance de prudence d'au moins un mètre de la personne questionnée, et en évitant tout contact direct tel que serrement de mains, etc.

L'Enquêteur (personnel de santé ou communautaire formé) utilisera lors de la première visite au sujet contact la « Notice d'information initiale » et le questionnaire « Fiche identification sujet contact ».

Lorsque c'est possible, avant toute visite à domicile, l'enquêteur contactera au téléphone le sujet contact et, après avoir vérifié que le sujet n'est toujours pas symptomatique, définira avec lui les modalités de l'organisation du suivi, pour réduire les risques de stigmatisation et les conséquences péjoratives sur le sujet ou son entourage. Toute stratégie susceptible de renforcer la discrétion du suivi doit être encouragée.

Ainsi, un contact téléphonique pour l'un des deux suivis bi-quotidiens peut être acceptable.

La Fiche d'identification reprend les informations suivantes :

EBOLA - Fiche identification sujet contact

Q1 - Nom enquêteur	List drop-down Si autre Q2 sinon Q3
Q2 - Autre	
Q3 - Téléphone de l'enquêteur	Saisi
Q4 - Profession de l'enquêteur	
Q5 - Date et heure du début du suivi	Calendrier
Q6 - Région	Drop-Down – voir liste en dessous
Q7 - District	Drop-down en fonction de la région voir liste en dessous
Q8 - Référence du cas confirmé index	Saisi (numérique) – Sur version papier Inclure nom, prénom, nom du chef de ménage, adresse, quartier/village, district, date début des symptômes, structure de santé qui a identifié le cas.
Q9 - Prénom	Saisi
Q10 - Nom	Saisi
Q11 - Sexe	Masculin Féminin
Q12 - Moins de 1 an ?	Oui => Q13 Non => Q14
Q13 - Age mois	Saisi
Q14 - Age années	Saisi
Q15 - Relation avec cas suspect	Saisi
Q16 - Profession	Contrôler et spécifier
Q17 - Date du dernier contact	Saisi
Q18 - Type de contact	<ol style="list-style-type: none"> 1. En contact avec des fluides corporels 2. Contact direct, a touché la personne 3. Contact avec draps, habits, couverts du patient 4. Dormi ou mangé dans maison du patient 5. Autre (expliquer)
Q19 - Nom du chef de ménage	Saisi
Q20 - Adresse	Saisi
Q21 - Quartier/village	Saisi
Q22 - District	Saisi
Q23 - Téléphone	Saisi
Q24 - Personnel de santé	Oui/non

Q25 - Quelle structure de santé	Saisi
Q26 - Autres commentaires permettant d'identifier la personne	
Q27 - ID individuelle	Définir code

Une fois les données collectées, celles-ci sont finalisées et saisies sur le smartphone. En l'absence d'un smartphone, la fiche en copie dure sera remise au MCD.

Ce recueil de données sera complété par une évaluation rapide de la situation économique et psychologique, pour repérer les difficultés psychiques, alimentaires ou sociales, préexistantes ou provoquées par le maintien au domicile, ou la perception du risque, et y pallier afin d'assurer l'observance de la mesure. Cette évaluation individuelle et familiale pourra donner lieu à une prise de contact avec les services médicaux, sociaux ou associations lorsque nécessaire.

Un membre de la cellule de soutien psychologique est associé si possible à la première visite pour assurer l'évaluation de l'état psychologique du sujet contact et enclencher le suivi psychologique.

Lorsque le sujet contact est un agent de santé, un lien est établi avec le service sanitaire pour recueillir des informations auprès des supérieurs hiérarchiques.

La « Notice d'information initiale » lue au sujet contact et commentée comprend les informations suivantes :

- Informations de base sur les symptômes et les modes de transmission, détaillant l'absence de transmission en phase asymptomatique.
- Informations sur les conduites à tenir avec les proches.
- Information sur les personnes pouvant apporter un appui psychologique ou des informations par téléphone (cellule de suivi psychologique, numéro vert SNEIPS).

Après chaque identification de sujet contact, le district complète la fiche d'information contact et procède à la remontée de l'information vers le COUS et la Région Médicale.

6.3. Suivi bi-quotidien des sujets contacts

Les sujets contacts doivent recevoir deux visites par jour, pour évaluer la présence ou non de symptômes liés à Ebola (prise de température et interrogatoire). En présence de symptômes durant le suivi de 21 jours, le sujet contact devient un cas suspect (voir PON-MVE-012).

Les enquêteurs qui visitent les sujets contact quotidiennement saisissent les informations sur le smartphone mis à leur disposition par le COUS, en utilisant le questionnaire « Fiche Suivi sujet contact », ou sur une fiche de suivi de sujets contact en copie dure.

EBOLA - Fiche Suivi sujet contact

Q1 - Nom Enquêteur	List drop-down Si autre Q2 sinon Q3
Q2 - Autre saisir	
Q3 - Téléphone enquêteur	
Q3 - Date et heure	Calendrier
Q4 - Région	Drop-Down
Q5 - District	Drop-down en fonction région
Q6 - Quartier/village	Saisi
Q7 - ID individuelle	Saisi
Q8 - Coordonnées GPS	GPS quand utilisation des téléphones (premier jour seulement)
Q9 - Dernier jour de contact avec Cas index	Date - premier jour seulement
Q10 - Jour de suivi	Cocher de J1 a J22
Q11 - Visite	Matin Soir
Q12 - Forte fièvre	Oui Non
Q13 - Prise de température (comme indiqué sur thermoflash si disponible)	
Q14 - Maux de tête	Oui – non
Q15 - Vomissements/nausées	Oui – non
Q16 - Perte de l'appétit	Oui – non
Q17 - Diarrhée	Oui – non
Q18 - Fatigue Intense	Oui – non
Q19 - Douleurs abdominales	Oui – non
Q20 - Douleurs musculaires ou articulaires	Oui – non
Q21 - Difficultés à avaler	Oui – non
Q22 - Difficultés à respirer	Oui – non
Q23 - Hoquets	Oui – non
Q24 - Saignement des gencives	Oui – non
Q25 - Saignement des yeux	Oui – non
Q26 - Saignement cutané	Oui – non
Q27 - Saignement de nez	Oui – non
Q28 - Saignement vaginal	Oui – non
Q29 - Diarrhée sanguinolente ou noire	Oui – non

Q30 - Vomissement de sang	Oui – non
Q31 - Info	Si oui coché dans l'une des questions Q12 a Q30 Message : LE CAS PRESENTE DES SYMPTOMES CONTACTER IMMEDIATEMENT LE COUS
Q32 – Commentaires	Saisi

Une fois les données collectées, celles-ci sont finalisées et saisies sur le smartphone. En l'absence d'un smartphone, la fiche en copie dure sera remise au MCD.

La visite comprendra une évaluation rapide des réactions psychologiques et de l'évolution de la situation économique, alimentaire et sociale de la personne et de ses proches (notamment dépendants). La cellule de soutien psychologique établit une liaison par téléphone avec les sujets contacts sur la base des informations obtenues au premier entretien. Les écoutants de la cellule appellent et répondent aux appels des sujets contacts. Ils les informent, les orientent et soumettent leurs difficultés aux structures compétentes pour leur résolution.

Après chaque visite, le district exploite les données et fait la remontée d'informations vers la Région Médicale qui transmet au COUS.

La Notice d'information finale comprend les informations suivantes :

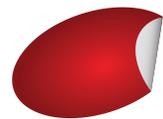
- Un Certificat médical de fin du suivi que le sujet contact pourra utiliser (par exemple vis-à-vis de l'employeur).
- Des informations sur la maladie et des remerciements pour l'adhésion aux mesures de maintien à domicile.
- Rappel du Numéro Vert SNEIPS où des informations peuvent être obtenues.

7. REFERENCES

N/A

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1	2 février 2015	•



PON-MVE-019 Prise en Charge Patients

0. POINTS CLES

- La prise en charge de patients Ebola a pour but d'augmenter leur chance de survie et de réduire leur souffrance.
- La réduction à minima du risque de transmission de la maladie, surtout au personnel soignant, est primordiale :
 - o L'entrée dans la zone à haut risque se fait toujours par équipe de deux personnes.
 - o Le principe de marche en avant doit être respecté.
 - o Une équipe ne passe pas plus d'une heure en zone à haut risque.
 - o Un membre du personnel fait un maximum de 4 entrées en zone à haut risque par rotation de 8 heures.

1. OBJECTIFS

Ce document décrit la procédure de prise en charge des patients Ebola dans un centre de transit ou traitement.

La prise en charge de patients Ebola a pour but d'augmenter leur chance de survie et de réduire leur souffrance, tout en minimisant les risques de transmission de la maladie à d'autres personnes.

2. DEFINITIONS

EPI	Equipement de Protection Individuelle
PON	Procédures Opérationnelles Normalisées
MVE	Maladie à Virus Ebola

3. RESPONSABILITES

Le médecin en charge est le chef de l'équipe. Il est responsable pour la sécurité du personnel et le traitement des patients.

L'infirmier soutient le médecin dans le traitement des patients.

L'hygiéniste (soins) s'occupe de l'hygiène des patients.

Les hygiénistes (décontamination) ou garçon / fille de salle, formés à la MVE, assurent la gestion des déchets dans le centre afin de minimiser les risques de contamination.

Le gestionnaire de stock assure que l'équipement nécessaire pour le fonctionnement du centre (voir liste ci-dessus) est disponible à tout moment.

4. RESSOURCES

- **Ressources humaines :**

- o Médecin
- o Infirmier
- o Hygiéniste (soins)
- o Hygiéniste décontamination

- **Equipement**

- o Smartphones
- o Gants
- o Thermoflash calibré au préalable
- o Codes-barres
- o Désinfectant chloré (voir PON-MVE-006)

- **Formulaires**

- o Dossiers patients, qui doivent rester en dehors de la zone à haut risque.

5. PROCEDURES

5.1 Préambule

Actuellement, il n'y a pas de traitement curatif pour la maladie à virus Ebola. Seul un traitement symptomatique peut être offert aux patients. Toutefois, l'expérience montre que le traitement symptomatique réduit la souffrance des patients et augmente les chances de survie.

Le matériel médical pour l'examen physique (stéthoscopes, tensiomètres, thermomètres) est difficile à utiliser en raison de la barrière créée par les vêtements de protection. En outre, les procédures de désinfection nécessaires après chaque utilisation risquent d'endommager les équipements. Ainsi, il est recommandé de ne pas utiliser de stéthoscopes et si des Thermoflash calibrés ne peuvent être utilisés, chaque patient devra avoir son propre thermomètre numérique et après la sortie ou le décès du patient, le thermomètre devra être détruit.

Pour les centres de transit, seuls les traitements non-invasifs, de type réhydratation sont recommandés. Les procédures invasives devront être réservées aux centres de traitement.

5.2 Hydratation

La maladie à virus Ebola provoque des symptômes gastro-intestinaux tels que diarrhées aqueuses, vomissements et anorexie. Il peut en résulter une grave déshydratation.

Les Solutions de Réhydratation Orales (SRO) doivent être fournies aux patients capables de boire. Les patients présentant des vomissements doivent être mis sous anti-émétiques.

5.2.1 Classification de la déshydratation

	LEGERE	MODEREE	SEVERE
Signes	5 %	5 -10 %	≥ 10 %
Conscience	Normal	Agité ou irrité	Léthargique ou coma
Soif	Normal	Vive	Très vive
Yeux excavés	Normal	Excavés ou enfoncés	Très enfoncés
Plis cutanés	Normal	Persistance < 3	> 3
Sécheresse des muqueuses	Normale	Sèche	Très sèche
Perte de poids	< 50ml / kg	75ml / kg	≥ 100ml / kg

5.2.2 Traitement

Solutés

- Par voie veineuse (cristalloïdes)
 - o Soluté électrolytique isotonique : Ringer Lactate
 - o Sérum salé
 - o Sérum glucosé + NaCl + KCl
- Par voie orale
 - o Sachets de Solution de Réhydratation Orale (SRO)

5.2.3 Modalités

5.2.3.1 Déshydratation sévère

Ringer Lactate :

- Adulte et enfant de plus d'un an: 100ml / kg à faire passer en 3 heures, soit 30ml / kg la 1/2 heure et 70ml / kg les 2h30 restantes.
- Enfant (nourrisson < 1an) : 100ml / kg à faire passer en 6 heures, soit 30ml / kg la première heure et 70ml / kg les 5 heures restantes.

5.2.3.2 Déshydratation modérée

- Sachets de Solution de Réhydratation Orale (SRO) 75ml / kg en 4 heures.

5.2.3.3 Diarrhée sans déshydratation

- Donner à boire : eau, soupe, tisane...
- Continuer l'alimentation
- Et après chaque selle :
 - o Hydrique : faire boire 10ml / kg de solution SRO jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.
 - o Liquide ou glairo-sanglante : faire boire 5ml / kg de solution SRO jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

5.3 Traitement symptomatique

Les infections de type MVE provoquent souvent une gorge douloureuse et la difficulté à avaler. Par conséquent, la quantité de comprimés à avaler doit être aussi faible que possible, et la taille des comprimés aussi petite que possible. En cas de grande difficulté, les comprimés peuvent être écrasés.

5.3.1 Anti- pyrétiques

La fièvre est une caractéristique commune des infections Ebola et du paracétamol peut être administré pour réduire la température et la douleur. A utiliser avec prudence si atteinte hépatique.

Remarque : l'aspirine et d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens ne doivent pas être utilisés en raison de leurs effets sur la coagulation sanguine.

5.3.2 Contrôle de la douleur

Les douleurs causées par des infections à filovirus, maux de tête, douleurs abdominales et douleurs articulaires sont souvent aiguës. Des analgésiques adéquats peuvent réduire la souffrance des patients.

Intensité de la douleur	Traitement	Dosage
Légère	PARACETAMOL (PER OS OU INJECTABLE)	Adultes : 1g par 6 heures, max 4 g / 24 h Enfants : 15 mg / kg toutes les 6h
Moyenne	TRAMADOL (PER OS OU INJECTABLE)	50 - 100mg PO / IM / IV lente 4-6 heures Enfants : ne pas utiliser <15 ans
Sévère	MORPHINE ATTENTION SI DEFAILLANCE RESPIRATOIRE	Enfants et adultes : 0,1 mg / kg SC 4h

Remarque :

- Il y a une interaction entre le Tramadol et la morphine, ces médicaments ne doivent pas être donnés simultanément. La morphine peut être combinée avec de la codéine.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne doivent pas être administrés en raison de leur effet sur l'agrégation des plaquettes et le risque d'ulcères gastro-duodénaux.

5.3.3 Nausées, vomissements et dyspepsie

Les nausées et les vomissements sont fréquents. Des anti-émétiques tels que la prométhazine ou le métoclopramide peuvent être utilisés.

Ebola provoque fréquemment des douleurs à l'estomac et la dyspepsie. La dyspepsie peut être traitée avec la cimétidine, la ranitidine ou l'oméprazole.

Traitement	Dosage adulte	Dosage enfant (2-10 ans)
Prométhazine	25-50mg toutes les 6 heures PO	10-25mg toutes les 6 heures PO
Métoclopramide	10 mg PO / IM / IV lente tous les 6-8 heures	2-5 mg PO / IM / IV lente toutes les 8 heures
Cimétidine	200-400 mg OD	Non indiqué pour les enfants

5.3.4 Anxiété

L'anxiété est commune mais, les psychologues peuvent aider à le réduire. Le diazépam (par exemple 5 mg PO 3 fois par jour) peut aider à gérer l'anxiété sévère.

5.3.5 Agitation et confusion

Les patients peuvent être agités, confus ou agressifs, et peuvent être un danger pour eux-mêmes et pour les autres. Des tranquillisants comme la chlorpromazine ou le diazépam peuvent être administrés.

Traitement	Dosage enfant	Dosage adulte	Remarques
Chlorpromazine	25-50 mg IV / IM / PO toutes les 8 heures. (Demi-dose chez les patients âgés)	0.5mg/kg	Des doses supplémentaires peuvent être nécessaires. Attendre au moins 20 mn entre 2 administrations
Diazépam	5-10mg IM, ne pas répéter dans l'heure suivant l'administration	0.3mg/KG IV	

Remarque :

Arrêter l'utilisation de la chlorpromazine si une augmentation soudaine de la température se produit : possible syndrome malin des neuroleptiques (ce qui est rare, mais grave lors de l'utilisation de la chlorpromazine).

5.4 Traitement présomptif

Les symptômes des infections à virus Ebola et Marburg sont similaires à ceux de maladies communes telles que le paludisme, la typhoïde ou la shigellose.

Les patients atteints d'infection à virus Ebola ou Marburg peuvent souffrir de maladies communes en même temps, et ceci peut interférer avec leur capacité à construire une réponse immunitaire à l'infection de filovirus.

Aussi, un patient admis avec une suspicion d'Ebola peut aussi souffrir d'une maladie tropicale commune, et un traitement approprié ne doit pas être retardé jusqu'à ce que les résultats de laboratoire soient connus.

Pour éviter de laisser ces maladies tropicales courantes non traitées chez les patients avec suspicion Ebola, un traitement systématique avec des antibiotiques appropriés et un traitement antipaludique doivent être fournis à tous les patients lors de leur admission.

Remarque : le traitement systématique doit être utilisé de manière flexible et ne peut pas remplacer le jugement des cliniciens.

5.4.1 Antibiotiques à large spectre

Un antibiotique à large spectre avec cefixime par voie orale ou injectable, ceftriaxone (cefixime et ceftriaxone sont tous les deux des C3G mais pas la même molécule) doit être administré à partir du jour de l'admission pour couvrir un large éventail de pathologies. Pour les patients allergiques à la pénicilline, l'azithromycine peut être prescrit (Amoxicilline et cotrimoxazole peuvent ne pas être suffisants).

La durée minimum du traitement est de 5 jours, mais peut être prolongée pendant toute la durée du séjour, selon avis du clinicien. Le clinicien doit prescrire des antibiotiques en fonction de la présentation et de la gravité des symptômes, et selon les épidémies concomitantes.

5.4.2 Antipaludéens

Un traitement antipaludéen doit être administré à l'admission. Amodiaquine et Fansidar doivent être évités en raison de leur effet sur le foie.

Coartem peut être donné en toute sécurité selon le protocole en vigueur au Sénégal.

Remarque: Coartem ne peut pas être administré en même temps que la ciprofloxacine, la cimétidine, les macrolides comme l'érythromycine ou antipsychotiques comme la chlorpromazine.

5.5 Supplémentation nutritionnelle

Les carences en vitamines peuvent avoir une influence négative sur la réaction immunitaire du patient contre le virus. La vitamine A, B, C ou multi-vitamines peuvent être bénéfiques pour les patients.

Vitamine	Dosage Adultes	Dosage Enfants
Vitamine A (Rétinol)	200.000 IU PO par jour 1, 2, 8	100.000 IU PO jours 1, 2, 8 (enfants 6-12 mois)
Vitamine B (Complexe vit. B)	1 comprimé par jour	1 comprimé par jour
Vitamine C (Acide ascorbique)	250-500mg PO 3 fois / jour	125-250mg 3 fois par jour
Multi-vitamines	1 comprimé par jour	1 comprimé par jour

5.5.1 Support Nutritionnel

La nourriture doit être fournie par le centre de traitement. La nourriture doit être transportée dans des plats jusqu'à l'entrée du centre de transit / traitement, où elle sera transférée dans les plats du centre, sans que les plats de transport et du centre n'entrent en contact (rien ne doit ressortir du centre). La nourriture sera ensuite partagée entre zone des cas suspects et zone des cas confirmés. Une quantité de nourriture reste dans la zone de faible risque pour les soignants.

Les familles doivent également être autorisées à fournir de la nourriture pour leurs membres hospitalisés, comme cette nourriture est susceptible d'être plus acceptable par les patients.

Les plats à l'intérieur du centre doivent être systématiquement désinfectés et lavés avant de recevoir de la nourriture.

Le personnel aidera les patients qui ne sont pas capables de manger de façon indépendante.

Type de nourriture

La MVE peut provoquer de l'anorexie, des vomissements et de la difficulté à avaler. Une alimentation inappropriée peut contribuer à diminuer la réponse immunitaire à l'infection à filovirus. Les aliments doivent être faciles à mâcher, bien équilibrés et culturellement acceptables.

Le patient doit être encouragé à prendre du Plumpynut, en plus de la nourriture fournie par l'hôpital, le centre ou la famille. Des bouillies peuvent être proposées car elles sont faciles à avaler.

L'alimentation par sonde naso-gastrique peut être considérée en cas de graves problèmes d'alimentation.

5.5.2 Soutien psychologique

Le soutien psychologique doit être offert à tous les patients et les familles, dès le début de l'isolement. Toutefois fournir des soins psychologiques en EPI peut être difficile.

L'EPI est physiquement épuisant pour le psychologue et pour le patient qui ne peut pas voir son visage ; voir des visages permet d'établir un bon contact. Pour les patients autonomes, une zone peut être créée, pour leur permettre de parler au-dessus de la clôture du périmètre du centre, avec le psychologue à une distance suffisante pour éviter la contamination.

5.5.3 Enfants

Fournir des soins 24h/24h et un soutien psychologique pour les bébés et les petits enfants est difficile en EPI. Le personnel soignant doit faire le maximum pour apporter les soins nécessaires. Cependant, pour le bien-être des enfants et des parents, les parents peuvent être autorisés à rester dans le centre de transit / traitement pour s'occuper de leurs enfants.

Les vêtements de protection doivent alors être fournis et les parents doivent être formés à l'utilisation de l'EPI et sensibilisés aux risques de contamination ; les parents seront supervisés par le personnel du centre de transit / traitement. Les parents, tout comme les soignants doivent prendre des pauses régulières sans EPI. Idéalement une seule personne doit prendre soin de l'enfant afin de minimiser le risque d'infection.

Allaitement

Il existe un risque élevé que les mères atteintes d'une infection à filovirus infectent leurs enfants. Par conséquent, des précautions pour minimiser ce risque doivent être prises:

- Arrêter d'allaiter immédiatement et fournir du lait maternisé ou Plumpynut (si l'enfant a plus de 6 mois).
- Continuer la stimulation de la production de lait et soulager la congestion de la poitrine avec une pompe à lait.
- Séparer l'enfant de la mère et effectuer une surveillance étroite pendant 21 jours.
L'enfant est considéré comme un contact étroit.
- Décourager l'allaitement au sein par une autre femme (nourrice).

5.5.4 Maternité et Ebola

Les patientes enceintes posent des problèmes particuliers dans un centre d'isolement / traitement:

- Les saignements vaginaux sont un symptôme fréquent et les femmes enceintes sont susceptibles d'être prises pour des cas suspects.
- Les patientes enceintes, atteintes d'Ebola sont susceptibles de faire une fausse couche et ont un très mauvais pronostic.
- Au cours d'une épidémie Ebola, il est difficile de faire la différence entre un avortement «normal» spontané et une fausse-couche induite par le virus uniquement sur des bases cliniques. Un échantillon de sang peut aider au diagnostic
- Les accouchements à terme sont rares en centres de transit / traitement, mais les installations de base pour les accouchements et un espace séparé devraient être prévus dans la mesure du possible.

A discuter : femme enceinte et Ebola

5.5.5 Traitement de soutien et de suivi après la sortie

Les convalescents restent faibles pendant quelques semaines ou quelques mois et une aide supplémentaire peut être fournie:

- 1-2 mois de suppléments vitaminiques.
- Plumpynut, en addition à la nourriture normale pour un mois. (Période de temps flexible, en fonction de la gravité de la faiblesse et de la pauvreté de la famille).
- Préservatifs pendant 3 mois pour tous les patients de sexe masculin exécutés. Il est important d'expliquer que le virus peut rester dans le sperme jusqu'à 3 mois après la fin de la maladie, et théoriquement il pourrait infecter d'autres personnes.
- Leur proposer de contribuer à la sensibilisation contre la MVE.

Des visites régulières sont recommandées pour suivre la reprise, et voir si un soutien supplémentaire ou une aide psychologique sont nécessaires pour l'aider à se réintégrer dans la communauté.

6. REFERENCES

Guidelines FHF – MSF 2008

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-020 Sortie Patient Guéri ou non infecté

1. OBJECTIFS

Eviter tout risque de transmission de la maladie à virus Ebola, par des patients sortant d'un centre de transit et traitement, à d'autres personnes et au personnel de santé.

2. DEFINITIONS

EPI Equipement de Protection Individuelle

PCR Réaction en Chaîne par Polymérase

Centre de transit Centre d'accueil provisoire des patients suspects dans lequel ils sont isolés et le prélèvement sanguin effectué en vue de la confirmation ou non de la suspicion.

Centre de traitement Centre dans lequel les patients ayant reçu un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à MVE sont hospitalisés et pris en charge en vue de leur traitement.

3. CRITERES POUR LA SORTIE

Un patient peut quitter le centre de transit et traitement si les conditions suivantes s'appliquent (association de critères clinique et biologique :

- Critères cliniques (doivent s'appliquer tous à la fois):
 - o 3 jours successifs sans fièvre ou symptômes importants ET
 - o Amélioration significative du tableau clinique ET
 - o Capacité du patient à se nourrir, se laver et marcher de manière indépendante (patient autonome).
- Résultats de laboratoire :
 - o Les tests d'antigènes ou de Réaction en Chaîne par Polymérase (PCR) sont négatifs 4 jours ou plus après le début des symptômes (cas d'un patient non infecté),
 - o Deux tests de PCR négatifs à 48h d'intervalle, après un test initial positif,
 - o Si le patient dont le bilan Ebola a été confirmé présente 2 tests PCR négatifs à 48h d'intervalle tout en restant symptomatique, il est alors déclaré guéri de la MVE mais doit être pris en charge par une autre unité hospitalière.

4. PROCEDURES

Que le patient sorte guéri (d'un centre de traitement) ou non infecté (d'un centre de transit après résultat négatif), la procédure à suivre est la suivante :

- Un infirmier entre, habillé en protection maximale (EPI), sans rien toucher et emmène le patient pour une douche à la solution chlorée.
- Un hygiéniste pulvérise la douche avec de l'eau chlorée et prépare le seau d'eau chlorée à 0,05 %.
- Le patient retire tous ses vêtements dans la douche et les place dans le double sac-poubelle sans toucher les bords.
- L'hygiéniste pulvérise un endroit où le sac poubelle est ensuite déposé.
- L'hygiéniste pulvérise l'intérieur du sac.
- L'infirmier remet une serviette contenue dans le kit douche au patient, puis celle-ci est jetée dans le sac de linge contaminé.
- L'infirmier tend de nouveaux vêtements au patient (voir kit douche ci-dessous).
- L'hygiéniste pulvérise un chemin au sol jusqu'à la sortie.
- Tous les vêtements du patient doivent être incinérés par un hygiéniste. Idéalement la famille du patient lui amène de nouveaux vêtements.
- L'hygiéniste extérieur pulvérise la zone de sécurité et accueille le patient à l'extérieur.

- L'hygiéniste donne un kit de sortie (voir contenu ci-dessous) au patient.

Notions importantes :

- Respecter la dignité du patient, et les cultures locales. Essayer, dans la mesure du possible, de faire en sorte que l'infirmier et l'hygiéniste à l'intérieur soient du même sexe que le patient.
- Le suivi psychologique du patient est primordial. La sortie du cocon de «protection» dans la vie quotidienne est un facteur de stress très lourd. Certains patients auront besoin d'un accompagnement spécifique après leur sortie, pendant des semaines, voire des mois. Une rencontre avec une équipe psycho-sociale doit être organisée pour le patient et sa famille.

5. RESSOURCES

5.1. Ressources humaines

- 1 infirmier
- 1 hygiéniste à l'intérieur
- 1 hygiéniste à l'extérieur

5.2. Kit douche

- 2 sacs poubelles
- 1 serviette
- 1 sac contenant les vêtements propres :
 - Pour les hommes : pantalon, t-shirt, slip, sandales.
 - Pour les femmes : pagne, t-shirt, slip, soutien-gorge, foulard de tête, sandales.

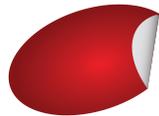
5.3. Kit de sortie

- Plumpy'nut 1 sachet, 3 fois par jour, pendant 7 jours (ou selon l'âge) ou kit de nourriture essentielle.
- Médicaments prescrits lors des derniers jours en isolement.
 - **Exemple :**
 - Paracétamol en cas de douleur
 - Onguent oculaire
 - Oméprazole® si symptômes RGO / gastrite
 - Traitement antérieur
 - Remplacement des objets personnels entrés dans l'isolation.
 - Préservatifs et explications ad hoc.
 - Feuillelet d'information sur la maladie en langue locale.
 - Certificat de guérison du patient

6. REFERENCES

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-021 Exposition accidentelle



0. POINTS CLES

Le personnel de santé et d'hygiène travaillant dans les structures de santé qui accueillent des patients atteints du virus Ebola peut être exposé au risque de contamination avec le virus, malgré le port d'Équipement de Protection Individuelle (EPI), par exemple par une piqûre d'aiguille. Il est essentiel de suivre les procédures décrites dans ce protocole de manière stricte, pour éviter une contamination avec le virus suite à une exposition accidentelle.

NB : En cas de contact avec les fluides sur peau saine il faut, par précaution, laver la partie exposée avec de l'eau chlorée à 0,05% (ou avec de l'eau et du savon) pour éviter le risque d'auto inoculation.

1. OBJECTIFS

Décrire la procédure pour le comportement du personnel médical et d'hygiène, en cas d'exposition accidentelle pouvant entraîner une contamination par le virus Ebola.

2. DEFINITIONS

EPI Équipement de Protection Individuelle
Binôme Groupe de deux personnes pénétrant ensemble dans la zone à risque

3. RESPONSABILITES

Tout personnel de santé et d'hygiène potentiellement exposé à la contamination avec le virus Ebola doit connaître et appliquer, si besoin, les procédures décrites dans ce protocole.
Les médecins en charge des structures de santé et les chefs d'équipe d'hygiène sont responsables de la communication de ces procédures à leur personnel.

4. RESSOURCES

- Solution chlorée à 0,5% (voir procédure PON-MVE-006)
- Solution chlorée à 0,05% (voir procédure PON-MVE-006)
- Eau claire
- Savon
- Ringer Lactate
- Sérum Physiologique (NaCl 0,9%)

5. PROCEDURES

5.1. Piqûre d'aiguille ou autre coupure / abrasion causée par un objet potentiellement contaminé

- Immédiatement exposer l'endroit de la coupure ou abrasion
- Plonger le site de la coupure ou abrasion dans la solution chlorée 0,05% pendant 3 minutes à la station d'eau chlorée la plus proche
- Remettre une nouvelle paire de gant
- Sortir calmement de la zone Haut-Risque et suivre la procédure de déshabillage habituelle
- Le binôme informe le responsable du centre de la nature de la sortie prématurée
- Laver attentivement le site de ponction à l'eau claire et au savon
- Rincer le site sous un courant d'eau claire pendant 30 secondes
- Mettre un pansement si nécessaire (en dehors de la zone à haut-risque)

5.2 Contact direct avec les yeux

- Immédiatement, rincer abondamment l'œil avec :
 - o Du Ringer Lactate
 - o Ou Sérum physiologique (NaCl 0,9%)

5.3 Contact direct avec les muqueuses (bouche ou nez)

- Immédiatement, rincer abondamment la bouche ou le nez avec :
 - o Solution Chlorée 0,05%
 - o Ne pas avaler la solution chlorée
- Rincer abondamment la bouche ou le nez avec de l'eau claire

5.4 Contact avec une peau lésée

- Immédiatement, laver abondamment la zone lésée avec :
 - o Solution Chlorée 0,05%
- Laver attentivement le site de ponction à l'eau claire et au savon

5.5 Mesures complémentaires

- Déclaration obligatoire comme accident du travail
- Mise en œuvre des procédures relatives aux AES (Accident d'Exposition au sang)
- L'agent est considéré comme un sujet contact ; mettre en œuvre la procédure PON-MVE 018.
- Mettre en place un encadrement psychologique

6. REFERENCES

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-022 Décès au centre de transit / traitement



1. POINTS CLEFS

Les décès dans les centres de transit, de traitement ou de santé doivent être gérés avec le plus grand soin, compte tenu du risque de contamination pour les équipes.

2. OBJECTIFS

Processus à suivre pour la préparation d'un corps dans un centre de transit ou traitement.

3. DEFINITIONS

MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
EH	Equipe d'Hygiène
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
Enterrement sécurisé	Un enterrement durant lequel toutes les précautions sont prises pour éviter les risques de transmission de la maladie pendant et après la cérémonie.

4. RESPONSABILITES

EH Pulvérisateurs

- Transport du corps depuis la salle de soins jusqu'à la morgue et préparation du corps avant transport (mise en sac mortuaire et pulvérisation).

MCD

- Informe le MCR et le COUS du décès.
- Coordonne, avec la Croix Rouge et le groupement des Sapeurs-Pompiers, le transport du corps et l'enterrement.

COUS

- Développer, diffuser et mettre à jour les Procédures Opérationnelles Standards.
- Coordonner l'ensemble du processus et le flux d'information.

5. OUTILS (Protocoles, Formulaire, Définitions)

5.1 Définitions

Cas suspect : une personne qui a séjourné en zone d'épidémie, ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie, dans les 21 jours précédant le début de la maladie

ET

qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et/ou 3 des signes suivants: céphalées, nausées / vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctives injectées, pétéchies / purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

Cas confirmé : un cas suspect avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à la maladie à virus Ebola.

5.2 Protocoles

- PON-MVE-006 – Réalisation solution d'eau chlorée
- PON-MVE-005 – Mettre et enlever son équipement de protection
- PON-MVE-023 – Décès / Funérailles
- PON-MVE-026 – Désinfection Centre de Transit/ Traitement

6. RESSOURCES

6.1. Equipe

- 1 Superviseur
- 2 Hygiénistes

6.2. Equipement

L'équipement minimum suivant doit être disponible à tout moment dans chaque centre de transit ou traitement. Le MCD doit vérifier régulièrement la présence du matériel.

Pour une équipe de 3 personnes (2 hygiénistes et 1 superviseur / observateur) :

Description	Quantité pour chaque équipe de désinfection	Matériel présent dans le véhicule
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Tabliers en plastique	3	<input type="checkbox"/>
Lunettes de protection	3	<input type="checkbox"/>
Salopette étanche	3	<input type="checkbox"/>
Cagoule	3	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen (boîtes de tailles M et L avec au moins 20 gants)	3 paires	<input type="checkbox"/>
Gants de nettoyage en caoutchouc Tailles M et L	3 paires	<input type="checkbox"/>
Bottes, tailles adaptées	2 paires	<input type="checkbox"/>
Autres Equipements		
Pulvérisateur manuel de 10 litres rempli de solution chlorée à 0,5 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/>
Brancard dédié à la morgue	1	<input type="checkbox"/>
Pulvérisateur à main 1 litre rempli de solution chlorée à 0,5 % préparée le jour même	1	<input type="checkbox"/>
Sacs mortuaires	3	<input type="checkbox"/>

Nom superviseur.....

Date.....

Signature superviseur.....

7. PROCEDURES

7.1 Règles de base

Les corps de patients qui sont morts de l'infection Ebola sont très contagieux en raison du niveau élevé de la charge virale au moment du décès. Tout contact non protégé avec le corps d'un patient décédé d'Ebola, représente un risque élevé de contagion. Il s'agit d'un des modes de transmission les plus courants. Il est donc essentiel de prendre toutes les mesures nécessaires pour limiter le risque de contamination. Ce mode d'enterrement s'appelle enterrement sécurisé.

Les équipes qui pénètrent dans la zone de traitement ou dans la morgue doivent impérativement revêtir leur EPI complet (PON-MVE-005).

7.2 Transport du corps vers la morgue

Les deux hygiénistes désinfectent le corps et le placent sur le brancard pour l'acheminer vers la morgue. Ils mettent le brancard au sol dans la morgue et désinfectent leurs mains gantées avec une solution chlorée à 0,5%. Pendant toute l'opération, le superviseur surveille le bon déroulement de la procédure.

7.3 Placement du cadavre dans le sac mortuaire

L'un des hygiénistes, ouvre un sac mortuaire et le dépose au sol. Le second pulvérise l'intérieur du sac avec une solution chlorée à 0,5%. Ensemble, ils transfèrent le corps du brancard dans le sac mortuaire. Ils se désinfectent les mains gantées avec une solution chlorée à 0,5%. L'un des hygiénistes pulvérise le corps dans le sac avec une solution chlorée à 0,5%. Le second ferme le premier sac mortuaire. Les hygiénistes se désinfectent les mains gantées avec une solution chlorée 0,5%.

L'un des hygiénistes place le second sac mortuaire au sol, l'ouvre. Le deuxième hygiéniste pulvérise l'intérieur du sac avec une solution chlorée à 0,5%.

Ensemble, ils placent le premier sac mortuaire dans le second. Ils se désinfectent les mains gantées avec une solution chlorée à 0,5%. L'un des hygiénistes pulvérise la partie apparente du premier sac mortuaire avec une solution chlorée à 0,5%. Il désinfecte ses mains gantées avec une solution chlorée à 0,5%. Il ferme le second sac mortuaire. Il désinfecte ses mains gantées avec une solution chlorée à 0,5%.

Les hygiénistes désinfectent le brancard par pulvérisation avec une solution chlorée à 0,5% et lavent leurs mains gantées avec une solution chlorée 0,5%.

7.4 Désinfection de la chambre/box du patient

Voir la procédure de désinfection d'un centre de transit / traitement (PON-MVE-026)

7.5 Arrivée de l'équipe de transport

L'équipe de transport (3 personnes) enfile son EPI et se rend dans la morgue.

Les deux hygiénistes chargent le sac mortuaire sur le brancard et le mettent dans le véhicule des sapeurs-pompiers. Ils demandent aux sapeurs-pompiers le lieu des funérailles afin de pouvoir le consigner dans le dossier patient.

Ils désinfectent le brancard dans la morgue. Ils lavent leurs mains gantées avec une solution chlorée à 0,5%.

Ils informent l'équipe médicale que le corps a été enlevé et indiquent le lieu des funérailles. L'équipe médicale consigne l'information dans le dossier du patient.

8. REFERENCES

9. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-023 Décès et funérailles sécurisés



0. POINTS CLEFS

- Trois équipes interviennent dans la gestion de corps sans vie jusqu'à leur enterrement :
 - o L'équipe d'hygiène assure la désinfection du lieu mortuaire, du défunt ainsi que de tout le matériel et équipement potentiellement contaminé pendant la totalité de la procédure.
 - o Les Sapeurs-Pompiers assurent le transport du corps sans vie.
 - o Les volontaires de la Croix-Rouge assurent l'enterrement.
- Les équipes portent l'EPI pendant l'exécution de leurs tâches.
- Aucun tiers ne peut toucher le corps, le sac mortuaire ou tout autre matériel potentiellement contaminé. Les équipes d'hygiène, les Sapeurs-Pompiers et les volontaires de la Croix-Rouge doivent néanmoins respecter le deuil et les rites des familles et proches du défunt dans la mesure que cela n'implique pas de risque de contamination.

1. OBJECTIFS

Les corps de personnes décédées d'Ebola restent très contagieux, d'où l'importance de réglementer strictement leur traitement pendant le transport et les funérailles.

Ce document décrit la procédure pour le transport et les funérailles d'un patient ou d'une personne décédée avec suspicion d'Ebola.

2. DEFINITIONS

GNSP	Groupement National de Sapeurs-Pompiers
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
MCD	Médecin-chef de district
SBH	Sous-Brigade d'Hygiène
SNH	Service National d'Hygiène
EPI	Equipement de Protection Individuelle

3. RESPONSABILITES

MCD (ou le médecin de la structure de santé)

- Alerter le chef de Sous-Brigade d'Hygiène, le chef des Sapeurs-Pompiers, la Croix Rouge et le COUS d'un décès lié à Ebola dans un centre de traitement, une structure de santé, à domicile ou ailleurs.
- Fournir les informations nécessaires au COUS concernant le cas et les éventuels contacts en utilisant les fiches électroniques prévus à cet effet.

Chef SBH

- Fournir à la SBH l'adresse précise du domicile pour la désinfection.

Equipe SBH

- Se rendre au domicile au plus tard dans les 3h qui suivent l'alerte et procéder à la désinfection des lieux, des objets appartenant au défunt, et de l'ambulance des sapeurs-pompiers ayant transporté le corps sans vie.
- Désinfecter le matériel ayant servi à l'inhumation

Les Sapeurs-Pompiers

- Enlèvement du corps sans vie et transport vers le lieu d'inhumation sous supervision de la SBH.

Croix Rouge

- Inhumation sous la supervision de la SBH

4. RESSOURCES

4.1. Ressources humaines

- L'équipe SBH se compose de
 - o 1 superviseur
 - o 2 agents applicateurs (intervenants).
- L'équipe des sapeurs-pompiers se compose de :
 - o 1 Chef d'agrès (qui supervise les opérations)
 - o Equipe de 2 ou 3 sapeurs-pompiers
 - o 1 Chauffeur

- L'équipe de la Croix-Rouge
 - o 1 Chef d'équipe
 - o 5 volontaires

4.2. Equipement de Protection Individuelle (EPI)

Chacune des trois équipes doit avoir à sa disposition des EPI pour chaque membre de l'équipe. La liste ci-dessous propose le minimum d'équipements par équipe.

Les EPI doivent être disponibles en plusieurs tailles afin d'être adaptés à tous les membres des équipes.

Vérifier la présence de tous les éléments énumérés dans la liste de contrôle suivante avant de commencer le travail :

Description	Quantité pour chaque équipe de 3 personnes	Quantité pour chaque équipe de 5-6 personnes	Matériel Présent dans le véhicule
Tabliers en plastique	5	8	<input type="checkbox"/>
Masque (N95)	5	8	<input type="checkbox"/>
Lunettes de protection	5	8	<input type="checkbox"/>
Salopette étanche	5	8	<input type="checkbox"/>
Cagoule	5	8	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen en latex	10 paires	16 paires	<input type="checkbox"/>
Gants de nettoyage en caoutchouc	5 paires	8 paires	<input type="checkbox"/>
Bottes en caoutchouc	5 paires	8 paires	<input type="checkbox"/>
Bâche de sol	1	2	<input type="checkbox"/>
Gants nitriles (taille moyenne)	10 paires	16 paires	<input type="checkbox"/>

4.3. Equipement d'Hygiène

Les éléments contenus dans le tableau ci-dessous doivent être présents dans le véhicule de l'équipe SBH, en plus des EPI mentionnés ci-dessus.

Vérifier la présence de tous les éléments énumérés dans la liste de contrôle suivante avant de commencer le travail.

Pour une équipe de 3 personnes (un superviseur et 2 agents applicateurs) :

Description	Quantité pour chaque équipe de 3 personnes	Matériel Présent dans le véhicule
Pulvérisateur manuel d'au moins 10 litres rempli de solution de chlorée à 0,5 % préparée le jour-même	2	<input type="checkbox"/>
Pulvérisateur à main d'1 litre rempli de solution chlorée à 0,05 % préparée le jour-même	2	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (100 litres)	12	<input type="checkbox"/>
Eau de javel 8° / Granules HTH et une cuillère mesure	5 bouteilles / 1 kg	<input type="checkbox"/>
Gobelet plastique gradué pour mesure	2	<input type="checkbox"/>
Bidon 10 litres rempli d'eau pour préparer solutions de chlorées à 0.05% ou 0.5%	2	<input type="checkbox"/>
Seau en plastique avec couvercle pour stocker le matériel de protection réutilisable après usage	5	<input type="checkbox"/>
Bâche en plastique 3m fois 3m	3	<input type="checkbox"/>
Seau de 10 litres pour faire tremper les couverts et effets personnels du malade / défunt	2	<input type="checkbox"/>
Sacs mortuaires	2	<input type="checkbox"/>
Bidon à essence de 10l pour incinération	1	<input type="checkbox"/>
Pelle	2	<input type="checkbox"/>
Pioche	1	<input type="checkbox"/>
Ruban de signalisation, pour empêcher l'accès des lieux	1 rouleau	<input type="checkbox"/>
Véhicule de transport de l'équipe (Pickup de préférence)	1	<input type="checkbox"/>

4.4. Equipement des Sapeurs-Pompiers

Description	Quantité	Matériel Disponible
Caisse pour le transport de morts	1	<input type="checkbox"/>
Ambulance exclusivement utilisée pour le transport de morts d'Ebola	1	<input type="checkbox"/>

4.5. Equipement de l'équipe de la Croix rouge

Description	Quantité	Matériel Disponible
Pelle	2	<input type="checkbox"/>
Pioche	1	<input type="checkbox"/>
Instrument de mesure	2	<input type="checkbox"/>
Corde (6 mètres)	4	<input type="checkbox"/>
Barre de fer rond (pour support cercueil)	2	<input type="checkbox"/>

4.6. Protocoles

- PON-MVE-005 Habillage et déshabillage EPI
- PON-MVE-006 Préparation solution chlorée
- PON-MVE-016 Désinfection domicile
- PON-MVE-015 Désinfection poste de santé
- PON-MVE-026 Désinfection centre de transit et traitement

5. PROCEDURES

5.1. Déclenchement de la procédure

Le Médecin Chef de District (MCD) ou le médecin de la structure de santé concernée prévient le chef de Sous-Brigade d'Hygiène, responsable des équipes d'Hygiène et Sécurité, le Chef des Sapeurs-Pompiers, la Croix Rouge et le COUS d'un décès lié à Ebola, dans un centre de traitement, une structure de santé, à domicile ou ailleurs. Il fournit l'adresse exacte du lieu de décès.

Le Chef de SBH désigne l'équipe composée d'un superviseur et de deux agents applicateurs qui se rend sur les lieux au plus tard dans les 3 heures qui suivent la notification par le MCD ou le médecin de la structure de santé concernée. Si le décès survient dans un centre de transit ou de traitement Ebola, le mort sera placé dans la morgue du centre selon la procédure PON-MVE-022 et la section 5.2 ci-dessous ne s'applique pas.

5.2. Désinfection initiale (hors centre de transit ou de traitement)

Chaque membre de l'équipe SBH porte un EPI complet et procède à la désinfection du corps sans vie et du lieu mortuaire avec la solution chlorée à 0,5%, en suivant les orientations du superviseur ci-dessous :

- Deux intervenants se partagent la pulvérisation et le pompage du pulvérisateur, pendant toute la durée de l'intervention.
- Ils pulvérisent le sol dès l'entrée de la maison ou du bâtiment, et sur tout le chemin d'accès à la pièce où se situe le corps.

- Ils désinfectent leurs gants et bottes.
- Ils pulvérisent toutes les portes et des entourages de portes.
- Ils désinfectent leurs gants et bottes.
- Ils pulvérisent le corps généreusement.
- Ils désinfectent leurs gants et bottes.
- Ils pulvérisent la zone au sol où va être posé le sac mortuaire.
- Ils désinfectent leurs gants et bottes.
- Ils prennent le sac mortuaire donné par le chef d'équipe sans que les intervenants et le chef d'équipe se touchent (Attention : le chef d'équipe n'entre pas dans la zone à haut risque).
- Ils disposent le sac mortuaire et l'ouvrent.
- Ils désinfectent leurs gants et bottes.
- Ils prennent le corps à 2 et le mettent dans le sac mortuaire, le pulvérisent puis ferment le sac. Ils pulvérisent le sac.
- Ils désinfectent leurs gants et bottes.
- Le chef d'équipe donne les pièces à joindre au corps selon la tradition locale (ex. linceul). Un intervenant couvre le sac avec la pièce.
- Ils pulvérisent toute la chambre : murs, sol, ouvertures, objets, meubles, etc.
- Le corps emballé et désinfecté est enlevé de la maison ou du bâtiment.
- Les intervenants collectent les vêtements et autres objets appartenant au défunt.
- Les intervenants pulvérisent le seuil de la maison ou du bâtiment devant et derrière eux et sortent un par un.
- Ils procèdent à l'incinération des vêtements et autres objets appartenant au défunt dans un trou creusé à cet effet.
- Les intervenants attendent leur tour pour enlever leur EPI sous la direction de leur superviseur (voir protocole PON-MVE-005)
- Ils procèdent à l'incinération des éléments jetables de l'EPI dans un trou creusé à cet effet ; les éléments réutilisables de l'EPI sont mis dans deux sacs poubelles identifiés et placés dans l'ambulance des sapeurs-pompiers.
- L'équipe d'hygiène suit l'ambulance des sapeurs-pompiers (voir ci-dessous).

5.3. Transport du corps

L'équipe entière des sapeurs-pompiers porte un EPI complet et procède au transport du corps sans vie du lieu mortuaire au lieu de l'enterrement :

- L'équipe des sapeurs-pompiers procède à l'enlèvement du corps.
- Le corps emballé dans le sac mortuaire est placé dans la caisse prévu à cet effet et placé dans l'ambulance prévue à cet effet.
- La caisse est amenée au cimetière le plus proche qui répond aux normes (min. profondeur de 2 mètres).
Avant le départ l'équipe d'enterrement de la Croix Rouge doit être avisé de l'heure et du lieu d'enterrement.
- Arrivé au cimetière, l'équipe sort la caisse de l'ambulance et la passe aux volontaires de la Croix Rouge.
- Les sapeurs-pompiers se mettent à disposition de la SBH pour la désinfection du matériel et du personnel.

5.4. Enterrement

L'équipe de la Croix Rouge porte des EPI complets et procède à l'inhumation :

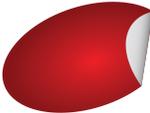
- La fosse d'au moins 2 mètres de profondeur doit déjà être creusée par les fossoyeurs.
- La famille et les proches sont invités à faire leur prière à une distance minimale de 5 mètres.
- L'équipe de la Croix Rouge procède à l'enterrement en respectant les rites religieux (avec ou sans caisse). Seuls les volontaires de la Croix Rouge touchent la caisse et le sac mortuaire.
- L'équipe recouvre le sac ou la caisse avec de la terre.
- L'équipe de la Croix Rouge se met à disposition de la SBH pour la désinfection du matériel et du personnel.

6. REFERENCES

FILOVIRUSHAEMORRHAGIC FEVER GUIDELINE - Médecins Sans Frontières 2008

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-024 Transport Patient



0. POINTS CLEFS

Le transport de cas suspects ou confirmés Ebola se fait de préférence dans un véhicule du type pick-up bâché (ou une ambulance), pour que l'équipe de transport ne soit pas dans le même habitacle que le patient, et pour faciliter la désinfection du véhicule.

L'équipe de transport doit être composée d'un superviseur (le MCD ou un personnel de santé qualifié), 2 agents d'hygiène ou de santé, et si possible un promoteur de santé ou psychologue.

1. OBJECTIFS

Processus à suivre pour le transport de patients Ebola cas confirmés ou suspects.

2. DEFINITIONS

MCD	Médecin Chef de District
EH	Equipe d'Hygiène
EPI	Équipement de Protection Individuelle

3. RESPONSABILITES

MCD

- Assurer que l'équipement essentiel (énuméré ci-dessous) est disponible à tout moment
- Assurer que l'équipe de transport est disponible à tout moment

Superviseur de l'équipe de transport (cette fonction peut être assurée par le MCD ou son représentant)

- Vérifier que l'équipement essentiel (énuméré ci-dessous) est disponible avant le départ
- Coordonner l'activité des membres de l'équipe
- Être le point contact pour le MCD

EH (Pulvérisateurs)

- Installer le patient dans le véhicule
- Procéder à la désinfection des lieux que le patient a fréquenté avant son transport
- Désinfection du véhicule de transport après le transport du patient.

Promoteur de santé / psychologue

- Expliquer au patient la nécessité de le transporter vers un centre de transit.
- Rassurer les proches du patient et expliquer que la prise en charge rapide améliore les chances de survie du patient et limite les risques de contamination pour la communauté.

4. OUTILS (Protocoles, Formulaire, Définitions)

4.1 Définitions

Cas suspect : une personne qui a séjourné en zone d'épidémie ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie dans les 21 jours précédant le début de la maladie

ET

qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et/ou 3 des signes suivants: céphalées, nausées / vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctives injectées, pétéchies / purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

Cas confirmé : Un cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à la maladie à virus Ebola.

4.2 Formulaire

- Formulaire de notification de cas

4.3 Protocoles

- PON-MVE-024– Transport patients
- PON-MVE-017– Structures privées Identification et gestion d'un cas suspect
- PON-MVE-005– Habillage et déshabillage de l'EPI
- PON-MVE-006– Préparation solution d'eau chlorée
- PON-MVE-016– Désinfection domicile
- PON-MVE-025– Désinfection véhicule
- PON-MVE-015– Désinfection poste de santé

5. RESSOURCES

5.1. Ressource humaines

Une équipe de transport comprend les personnes suivantes :

- 1 superviseur d'équipe, si possible le MCD ; dans tous les cas une personne médicale qui a reçu une formation sur les procédures à suivre.
- 2 hygiénistes / pulvérisateurs.
- 1 promoteur de santé / psychologue.
- 1 chauffeur.

5.2. Matériel et équipements

Le matériel suivant doit être présent dans le véhicule avant de partir chercher le patient.

L'équipement doit être prêt à tout moment. Le superviseur doit confirmer la présence du matériel avant le départ.

Pour une équipe comme décrite ci-dessus :

Description	Quantité pour chaque équipe de 3 personnes	Matériel Présent dans le véhicule
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Écran facial / lunettes de protection	5	<input type="checkbox"/>
Masques N95	5	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen (latex)	1 boîte (100 gants)	<input type="checkbox"/>
Gants caoutchouc résistants	5 paires	<input type="checkbox"/>
Tabliers en plastique jetables	5	<input type="checkbox"/>
Blouse / combinaison étanche	5	<input type="checkbox"/>
Cagoule	5	<input type="checkbox"/>
Couvre-chaussures / bottes	5 paires	<input type="checkbox"/>
Autres Equipements		
Pulvérisateur 10 litres rempli avec une solution chlorée à 0,5 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/>
Pulvérisateur à main 1 litre rempli de solution chlorée à 0,05 % préparée le jour même	1	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (100 litres)	12	<input type="checkbox"/>
Chlore HTH 70% et cuillère	1Kg	<input type="checkbox"/>
Savon	4 barres	<input type="checkbox"/>

Gobelet plastique	2	<input type="checkbox"/>
Bidon 10 litres rempli d'eau pour préparer des solutions chlorée à 0,05% ou 0,5%	2	<input type="checkbox"/>
Bidon en plastique avec couvercle pour stocker le matériel de protection réutilisable après usage	5	<input type="checkbox"/>
Brancard plastifié	1	<input type="checkbox"/>
Matelas plastifié	1	<input type="checkbox"/>
Thermoflash calibré	1	<input type="checkbox"/>
Bâche en plastique 3m x 3m	3	<input type="checkbox"/>
Protocole pour la préparation des solutions chlorées	1	<input type="checkbox"/>
Protocole sur le transport de patient	1	<input type="checkbox"/>
Seau 10 litres avec couvercle en cas de vomissement, excréta, etc. durant le transport	1	<input type="checkbox"/>
Ruban de signalisation, pour empêcher l'accès des lieux	1 rouleau	<input type="checkbox"/>
Serpillères	10	<input type="checkbox"/>
Véhicule de transport de l'équipe (Pickup de préférence)	1	<input type="checkbox"/>

6. PROCEDURES

6.1. Règles de base

Quand un cas suspect est identifié, il / elle doit être transféré vers le centre de transit.

Pour éviter la contamination et la propagation de l'infection, les patients doivent être transportés en suivant scrupuleusement cette procédure.

Un véhicule de transport, style pick-up bâché est plus pratique à utiliser pour les raisons suivantes :

- Les patients sont à l'abri du temps, des intempéries.
- Les patients doivent être transportés séparément du personnel de transport.
- L'identité des patients est mieux protégée s'ils ne sont pas visibles pendant le transport.
- Les fluides infectieux des patients ne peuvent pas être projetés à l'extérieur
- L'extérieur est facile à désinfecter.

Une voiture normale ne doit pas être utilisée car le patient et le personnel de santé ne doivent pas être dans le même habitacle durant le transport. De plus, la désinfection avec une solution de chlore peut endommager l'intérieur de la voiture.

Si aucun pick-up bâché n'est disponible, il faut utiliser une ambulance.

La décision d’emmener une personne avec une suspicion d’Ebola génère souvent des réactions émotionnelles fortes et des tensions. La communication à la famille et la communauté est extrêmement importante pour expliquer les raisons et les procédures qui augmentent les chances de survie du patient et limitent les risques de contamination de ses proches. Elle permet d’éviter les malentendus et la méfiance. Un promoteur de la santé ou un psychologue peuvent être utiles afin de communiquer avec l’entourage.

6.2. Si le patient est mobile et peut marcher seul

Le patient sera invité à prendre place à l’arrière du pick-up ou de l’ambulance. Si le patient n’a pas besoin d’être approché par l’équipe, celle-ci n’a pas besoin de mettre sa combinaison mais ne doit en aucun cas toucher le patient et doit garder ses distances.

Des gants doivent être portés pour toucher des objets que le patient aurait pu toucher, par exemple en fermant le pick-up ou l’ambulance. Ces gants doivent être ensuite pulvérisés avant d’être enlevés et mis dans un sac plastique de couleur jaune qui sera mis à l’arrière du véhicule pour être ensuite incinéré (risque élevé).

6.3. Le patient est trop faible pour marcher et doit être transporté avec la civière

Deux personnes (les hygiénistes/pulvérisateurs) doivent revêtir leur équipement de protection individuelle (EPI complet). Ils mettent le patient sur le brancard et l’installent à l’arrière du véhicule.

Si le patient est lourd, une 3ème personne devra revêtir son EPI.

6.4. Avant de quitter les lieux

Pulvérisation de l’endroit où le patient a été accueilli (voir procédure de désinfection du domicile (PON-MVE-016) et du poste de santé (PON-MVE-015).

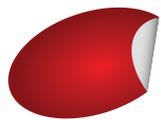
6.5. Après décharge du patient

Pulvérisation de l’arrière du pick-up (ou l’ambulance) où le patient était assis (voir procédure de désinfection de véhicules PON-MVE-025).

7. REFERENCES

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE 025 Désinfection des Véhicules



0. POINTS CLEFS

La désinfection des véhicules est une étape essentielle qui doit être effectuée de manière systématique après chaque transport de patient et nécessite le plus grand soin.

1. OBJECTIFS

Processus à suivre pour la désinfection des véhicules ayant servis au transport de patients Ebola, cas confirmés comme cas suspects.

2. DEFINITIONS

MCD	Médecin Chef de District
EH	Equipe d'Hygiène
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
EPI	Equipement de Protection Individuelle
PS	Promoteur de Santé

3. RESPONSABILITES

EH Pulvérisateurs

- Désinfection du véhicule de transport après le transport du patient et de l'échantillon de sang.

MCD

- Vérification et stockage des fiches de désinfection du véhicule.

COUS

- Développer et diffuser les Procédures Opérationnelles Normalisées.
- Coordonner l'ensemble du processus et le flot d'information.

4. OUTILS (Protocoles, Formulaire, Définitions)

4.2 Protocoles

- PON-MVE-006 – Préparation solution d'eau chlorée
- PON-MVE-025 – Procédure de désinfection véhicule
- PON-MVE-003 – Organisation centre de transit et ou de traitement

5. RESSOURCES

5.1. Equipe d'hygiène

- 1 superviseur
- 1 pulvérisateur

5.2. Equipement

Le matériel suivant doit être assemblé avant de commencer la désinfection. L'équipement doit être disponible à tout moment. Le superviseur doit confirmer la présence du matériel avant le début de la désinfection.

Pour une équipe de 2 personnes (un superviseur et 1 pulvérisateur) :

Description	Quantité pour chaque équipe de désinfection	Matériel nécessaire
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète)		
Tabliers en plastique	3	<input type="checkbox"/>
Lunettes de protection	3	<input type="checkbox"/>
Salopette étanche	3	<input type="checkbox"/>
Cagoule	3	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen (prendre deux boites tailles M et taille L avec au moins 20 gants)	10 paires	<input type="checkbox"/>
Gants de nettoyage en caoutchouc (tailles M et L)	3 paires	<input type="checkbox"/>
Bottes (prévoir tailles adéquates)	3 paires	<input type="checkbox"/>

	Autres Equipements	
Pulvérisateur 10 litres rempli de solution chlorée à 0,5 % préparée le jour même	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pulvérisateur à main 1litre rempli de solution chlorée à 0,05 % préparée le jour même	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (100 litres)	5	<input type="checkbox"/>
Eau de Javel 8° / Chlore HTH 70% et cuillère mesure en plastique	100g	<input type="checkbox"/>
Serpillères	5	<input type="checkbox"/>
Savon	4 Barres	<input type="checkbox"/>
Gobelet en plastique	2	<input type="checkbox"/>
Bidon 10 litres rempli d'eau pour préparer des solutions chlorée à 0,05% ou 0,5%	2	<input type="checkbox"/>
Eau claire 50 litres minimum pour rinçage	1	<input type="checkbox"/>
Bidon en plastique avec couvercle pour stocker le matériel de protection réutilisable après usage – Clairement identifié comme désinfecté (ou comme contaminé et devant être désinfecté)	5	<input type="checkbox"/>
Directives pour la préparation des solutions chlorées	1	<input type="checkbox"/>
Serpillères	10	<input type="checkbox"/>

Nom superviseur.....

Date.....

Signature superviseur.....

6. PROCEDURES

6.1. Règles de base

Après chaque transport de patient, le véhicule doit systématiquement être désinfecté.

Le chauffeur doit stationner le véhicule dans la zone de désinfection puis quitter la zone sans s'approcher de l'espace réservé aux patients.

La zone de désinfection doit idéalement être située dans l'enceinte du centre de transit/traitement). Elle doit être près de l'incinérateur (côté morgue), voir schéma plus bas (et dans PON-MVE-003). Cette zone sera si possible couverte et en tous cas équipée d'un système de drainage (puits perdus) pour éviter le ruissellement des eaux de désinfection hors de la zone.

6.2. Préparation de la désinfection

Le chauffeur prévient l'EH que le véhicule est en zone de désinfection (voir liste et PON sur la préparation des solutions chlorées (PON-MVE-006).

L'équipe prépare le matériel nécessaire, puis revêt son EPI (voir PON-MVE-005) et se rend dans la zone de désinfection.

Tous les éléments qui sont amovibles (poubelles, matelas, brancard) doivent être retirés et détruits ou désinfectés à l'extérieur du véhicule.

6.3. Séparation des éléments amovibles

Les sacs poubelles contenant les objets utilisés lors du transport des patients sont pulvérisés sur toutes les faces avec une solution chlorée à 0,5%, puis stockés dans un coin de la zone pour être ensuite détruits dans l'incinérateur.

Le seau de 10 litre avec couvercle, utilisé en cas de vomissement, excréta, etc. durant le transport du patient sera lui aussi pulvérisé sur toutes les faces extérieures avec une solution chlorée à 0,5%.

Le bidon contenant les EPI de l'équipe de transport, est pulvérisé sur toutes les faces avec une solution chlorée à 0,5%, puis stocké dans un coin de la zone.

6.4. Désinfection de l'intérieur du véhicule

Cette procédure ne concerne que la partie du véhicule qui a hébergé le patient (l'arrière de l'ambulance ou du pick-up).

Le pulvérisateur doit rincer l'intérieur du véhicule avec une solution chlorée à 0,5 %. Si des vomissements, selles ou urines sont au sol, le pulvérisateur doit les évacuer, après pulvérisation, à l'aide de serpillères (qui doivent ensuite être incinérées). Dans ce cas, une seconde pulvérisation est nécessaire.

Dix minutes après la pulvérisation, l'équipe utilisera une solution savonneuse (eau claire et détergent ménager) pour rincer l'intérieur du véhicule.

Une fois cette opération terminée, une autre pulvérisation avec une solution chlorée à 0.5% sera effectuée. Attendre alors 30 minutes puis rincer à l'eau claire. Cette étape est essentielle car la solution chlorée est corrosive pour le véhicule.

Laisser ensuite sécher le véhicule à l'air libre (sans le déplacer). Le véhicule peut être réutilisé après séchage.

Le superviseur et le pulvérisateur peuvent ensuite enlever leur EPI (PON-MVE-005).

6.5. Désinfection des éléments amovibles

Les sacs poubelles contenant les objets utilisés lors du transport patient sont acheminés vers l'incinérateur pour y être détruits.

Si le seau 10 litre avec couvercle utilisé en cas de vomissement, excréta, etc. durant le transport du patient contient des déchets (urines, selles, vomissements) il devra être vidé dans une latrine séparée. L'intérieur sera alors pulvérisé avec une solution chlorée à 0,5% dans la zone de lavage.

Le bidon contenant les EPI réutilisables de l'équipe de transport sera acheminé (en passant par la porte de la morgue) dans la zone de lavage du centre pour être ouvert et les EPI désinfectés par trempage dans une solution chlorée à 0,5% pendant 30 minutes, avant d'être rincé à l'eau claire et étendus pour séchage. Le bidon dans lequel ces EPI étaient transportés ainsi que son couvercle doivent aussi être désinfectés.

Les ustensiles utilisés pour le nettoyage (balais) seront aussi trempés dans une solution chlorée à 0,5% pendant 30 minutes puis rincés avec de l'eau claire avant séchage à l'air libre.

6.6. Fiche de désinfection

Le superviseur remplit la fiche de désinfection du véhicule qui est remise au MCD.

Fiche de désinfection

Date	
Heure	
Immatriculation véhicule	
Equipe de désinfection	
Remarques	

Nom superviseur.....

Signature superviseur.....

Visé par le MCD le.....

Nom du MCD.....

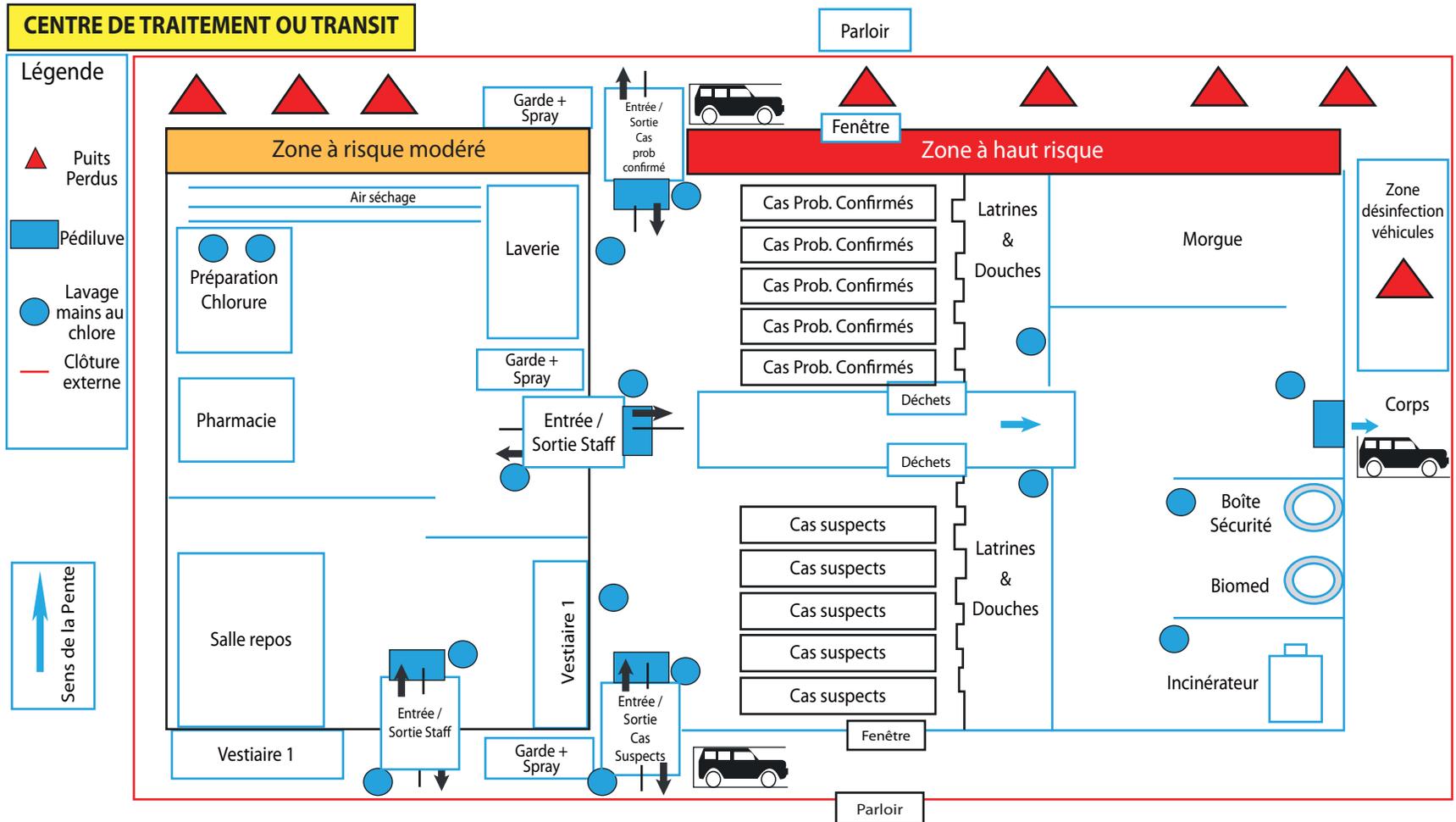
Signature MCD.....

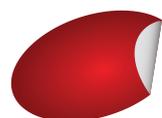
7. REFERENCES

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•

9. Annexe 1 : Schéma du centre de transit / traitement





PON-MVE-026 Désinfection Centre de Transit / traitement

0. POINTS CLEFS

La désinfection systématique et rigoureuse avec du chlore est essentielle pour minimiser les risques de transmission de la maladie à virus Ebola.

Pour la désinfection des fluides corporels, corps sans vie, toilettes, salles de bain, sol, gants, lits, draps et pour les pédiluves, une solution à 0,5% de chlore est utilisée.

Pour la désinfection de la peau, des chaussures, thermomètres, linge, plats, verres et tasses une solution à 0,05% de chlore est utilisée. Des points de désinfection doivent être placés près de chaque porte du centre.

1. OBJECTIFS

Décrire la procédure pour la désinfection des centres de transit et de traitement.
Identifier le personnel, le matériel et les produits adéquats pour la désinfection.

2. ACRONYMES

3. RESPONSABILITES

Le chef de l'équipe des hygiénistes est responsable de la mise en œuvre des procédures décrites dans ce protocole, sauf mention contraire. Il est soutenu par une équipe composée de plusieurs hygiénistes (voir détails ci-dessous).

4. RESSOURCES

4.1. Ressources humaines

Chaque centre de transit et de traitement doit avoir à sa disposition des équipes d'hygiène. Pour un centre de 8 à 15 lits, il est recommandé d'avoir les ressources humaines suivantes :

- **Assistants infirmiers / agent de santé communautaire** qui s'occupent de l'hygiène des patients.

A tout moment un assistant infirmier / agent de santé communautaire doit être en service, pour assurer 3 rotations de 8h par jour, et des rotations d'une semaine de travail et une semaine de congé.

Un total de 6 assistants infirmiers / agents de santé communautaire est nécessaire.

• **Hygiénistes** assurent la gestion des déchets dans le centre, procèdent à la décontamination et à la désinfection du matériel et des lieux, ainsi qu'à la décontamination des personnes sortant du centre, afin de minimiser les risques de contamination.

A tout moment 2 **hygiénistes** doivent être de service, pour assurer 3 rotations de 8h par jour pendant une semaine, suivi d'une semaine de congé. Un total de 12 hygiénistes est nécessaire.

Pour des raisons de sécurité du personnel, il est recommandé que les équipes travaillent par binôme.

Pour les centres avec moins de 8 lits, on peut éliminer les assistants infirmiers / agents de santé communautaire, du fait de la charge de travail réduite.

Les assistants infirmiers / agents de santé communautaire et hygiénistes travaillent sous la responsabilité d'un chef d'équipe d'hygiéniste, et en collaboration avec le reste de l'équipe du centre (médecins, infirmiers, gestionnaire du stock, etc.) et établissent un rapport à l'attention du médecin responsable du centre.

4.2. Matériel de désinfection

Les solutions chlorées sont utilisées à toutes les étapes de la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé. Des concentrations différentes sont utilisées en fonction de leur utilisation. Voir tableau ci-dessous.

Solution de Chlore	Désinfection	Rinçage à l'eau claire après désinfection
0,5%	• Fluides corporels (sang, vomissements, excréta, etc.).	NON
	• Laisser agir 15 minutes	
	• Cadavres	NON
	• Latrines	NON
	• Douches	NON
	• Mains avec gants	NON
	• Lit et matelas	NON
	• Pédiluve	NON
0,05%	• Mains nues	OUI
	• Peau	OUI
	• Thermomètres et autres matériels médicaux	OUI
	• Blanchisserie	OUI
	• Trempage lunettes et gants	OUI
	• Assiettes, gobelets, ustensiles	OUI

Pour plus de détails sur la préparation de la solution chlorée voir protocole PON-MVE-006.

5. PROCEDURES

5.1. Désinfection aux entrées et sorties du centre

Des points de désinfection doivent être installés à chaque entrée et sortie du centre et entre les zones de risque modéré et à haut risque :

- A l'entrée et sortie de la zone à risque modéré :
 - o Solution chlorée à 0,05% pour le lavage des mains et la pulvérisation des bottes et sur-bottes.
 - o Pédiluve avec une solution chlorée à 0,5% pour les bottes sales.

- Entre la zone à risque modéré et la zone à haut risque :
 - o Solution chlorée à 0,05% pour le lavage des mains et la pulvérisation des chaussures.
 - o Solution chlorée à 0,5% pour le lavage des mains gantées.
 - o Eau propre pour rincer le chlore des lunettes / écran facial.
 - o Pédiluve avec une solution chlorée à 0,5% pour les bottes sales.

- Entre l'unité des cas suspects et celle des cas confirmés :
 - o Pédiluve avec une solution chlorée à 0,5% pour les bottes sales.

- A la sortie de la zone à haut risque (pour les patients guéris) :
 - o Solution chlorée à 0,05% pour le lavage des mains et la pulvérisation des chaussures.
 - o Pédiluve avec une solution chlorée à 0,5% pour les bottes sales.

5.2. Désinfection des fluides corporels du patient

Les excréta, l'urine, les vomissures et le sang du patient doivent être décontaminés avec la solution à 0,5% de chlore :

- Si les fluides corporels se trouvent dans un bassin :
 - o Ajouter de la solution chlorée à 0,5% dans le bassin pour couvrir le contenu, jeter dans la latrine.
 - o Nettoyer le bassin avec de l'eau savonneuse, jeter l'eau dans la latrine.
 - o Rincer le bassin avec de la solution chlorée à 0,5%. Après cette procédure, le bassin peut être utilisé de nouveau.

- Si les fluides corporels se trouvent sur le sol :
 - o Verser de la solution chlorée à 0,5% sur le sol pour couvrir complètement les fluides (attention à ne pas faire des éclaboussures, ne pas utiliser de pulvérisateurs).
 - o Laisser agir 15 minutes.
 - o Enlever avec un chiffon ou des serviettes en papier, jeter dans la poubelle pour les déchets contaminés.
 - o Laver la surface avec de l'eau et du savon.

5.3 Désinfection de chambres vidées

Toute chambre vidée par un patient, pour cause de transfert de zone suspecte à zone confirmée, sortie de patient guéri ou décédé, et tout centre de transit et traitement vidé doit être désinfecté de la manière suivante :

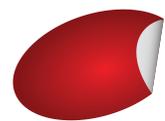
- Le personnel de soins retire tout le matériel médical (perfusions....).
- Le personnel médical informe le chef d'équipe hygiéniste de la chambre à décontaminer.
- Le chef d'équipe hygiéniste prépare une équipe pour décontaminer la chambre. L'équipe est composée de 2 personnes : un agent applicateur et un assistant.
- L'équipe s'assure qu'il ne reste aucun patient dans la pièce et procède à la décontamination de la chambre.
- Lorsque la chambre est vide :
 - o Toutes les affaires personnelles laissées par le patient doivent être mises dans un sac en plastique et brûlées, sans aucune exception.
 - o Inspecter tous les draps de lit. S'ils sont souillés, ils doivent être désinfectés et brûlés. S'il n'y a aucune souillure, les draps sont immergés dans une solution chlorée à 0,05% pendant 30 mn. Ils peuvent être réutilisés ultérieurement.
 - o Inspecter les matelas. S'ils sont intacts, désinfecter avec une solution chlorée à 0,05% et laisser sécher au soleil. S'ils ne sont pas intacts, les amener à la zone des déchets pour les brûler.
 - o Décontaminer le lit avec la même solution chlorée, et le sécher au soleil.
 - o Laver et décontaminer le sol et les murs avec la même solution chlorée.
- Le lit et le matelas sont laissés dehors pendant 24H. Après cela, ils doivent être remis dans la chambre.
- Placer un seau vide à l'envers sur le lit pour signifier qu'il a été décontaminé.

6. REFERENCES

FILOVIRUS HAEMORRHAGIC FEVER GUIDELINE - Médecins Sans Frontières 2008

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-027 Déploiement d'unités temporaires de transit et traitement d'urgence



0. POINTS CLEFS

Le déploiement des unités de transit et de traitement d'urgence, n'est à prévoir que si l'épidémie Ebola prend des proportions telles que le flux de cas suspects ou confirmés ne pourrait être absorbé par les structures de transit et d'isolement en place.

Ces unités peuvent être déployés et être opérationnelles en moins de deux semaines à condition que des sites aient au préalable été identifiés, que du matériel soit pré-positionné dans le pays et que du personnel de santé formé de manière adéquate puisse les faire fonctionner.

1. OBJECTIFS

Cette procédure décrit les différentes étapes pour le déploiement d'unités d'urgence en réponse à une flambée des cas Ebola qui ne pourrait être contenue par les structures existantes :

- Procédure de prise de décision de mise en place d'unités d'urgence,
- Préparation au déploiement d'unités d'urgence,
- Acheminement et mise en place de l'unité mobile,
- Validation et mise en service de l'unité mobile.

2. DEFINITIONS

MCR	Médecin Chef de Région
COUS	Centres des Opérations d'Urgence Sanitaire
EMIS	Equipe Mobile d'Intervention et de Soutien

3. PRINCIPES

- Le Sénégal est prêt à prendre en charge un nombre important de patients dans ses centres d'isolement et de traitement. Cette procédure ne s'applique que si les structures existantes arrivent à un taux d'occupation de plus de 50%.
- La décision de mise en place d'unités mobile est prise conjointement par le MCR et le coordinateur du COUS, après consultation avec le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale.
- Le MCR est responsable pour identifier à l'avance une zone susceptible d'accueillir une unité de traitement mobile.
- L'armée de terre (génie) est responsable pour la réalisation du gros œuvre : terrassement, dalle cimentée, eau, électricité, latrines, douches, puits perdus et incinérateurs.

- Le COUS doit avoir identifié en amont les partenaires (MSF, UNICEF, Croix Rouge, etc.) susceptibles de fournir un appui technique et matériel pour la mise en place d'unités mobiles.
- L'EMIS apporte un soutien à la mise en place et au fonctionnement initial des centres temporaires d'urgence.

4. PROCEDURE POUR LE DEPLOIEMENT D'UNITES DE TRANSIT ET TRAITEMENT D'URGENCE

4.1. Décision de déployer des unités d'isolement et de traitement d'urgence

- Cette décision est prise conjointement par le MCR et le COUS (après consultation du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale) lorsque les capacités d'accueil de patients (cas suspects et confirmés) atteignent, pour une région donnée, plus de 50% et que le transfert vers des centres d'autres régions n'est pas envisageable.
- Le COUS contacte alors les partenaires pré-identifiés pour obtenir leur support :
 - o Equipement
 - o Moyens humains
 - o Médicaments

4.2. Préparation au déploiement d'unités d'urgence

- Le COUS doit s'assurer que les éléments suivants sont en place :
 - o Partenaires et leurs capacités de support identifiés

Nom du partenaire	Capacités	Contacts
CDC	Staff	à définir
WHO	Staff	à définir
MSF	Staff et équipements	à définir
UNICEF	Tentes dont l'intérieur est plastifié pour faciliter la désinfection	à définir
Croix Rouge	Tentes	à définir
Armée – Corps du Génie	Transport, préparation de la zone et infrastructures	à définir
Autres		à définir

o Matériels et équipements de base pré-positionnés dans le pays

Description	Quantités	Lieu de stockage
Rouleaux de bâche plastique 4X60m	10	à définir
EPIs complets	200	à définir
Clôtures plastiques	1000 m	à définir
Chlore HTH 70%	100 kgs	à définir

Le MCR identifie le lieu où pourra être déployé l'unité. Il existe deux options : étendre une unité existante, ou déployer une nouvelle unité.

- Une structure existante de traitement des maladies infectieuses peut être étendue. Dans ce cas la zone d'extension doit être clairement identifiée et un plan mis en place pour la rendre disponible. Dans ce cas le MCR communique les informations suivantes au COUS :

Structure Existante	
Lieu choisi : Adresse exacte, etc.	
Rationnel pour le choix de la structure	
Description de la structure existante	
Plan métré de la structure et de la localisation de l'unité d'urgence. Attacher des photos si possible.	
Travaux nécessaires pour l'adaptation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, Entrepreneurs locaux capables d'effectuer ces travaux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nom et contact de l'entrepreneur: Cout estimé : Durée prévue des travaux
Electricité disponible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Générateur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Eau courante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- L'unité mobile doit être déployée sur un nouveau lieu. Dans ce cas, la nouvelle structure doit se trouver à au moins 200 mètres d'une construction.

Nouvelle Structure	
Lieu choisi : Adresse exacte, etc.	
Rationnel pour le choix du lieu	
Plan métré du terrain et de la localisation de l'unité d'urgence. Attacher des photos si possible.	
Eloignement de 200 m au moins d'autres constructions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Electricité disponible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Générateur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Eau courante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Zone défrichée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non Entrepreneurs locaux capables de défricher et aplanir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom et contact de l'entrepreneur: Cout estimé : Durée prévue des travaux	
Dalle cimentée et latrines installées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, Entrepreneurs locaux capables de créer ces infrastructures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom et contact de l'entrepreneur: Cout estimé : Durée prévue des travaux	

Le COUS doit valider le choix du lieu avec le MCR. Le COUS maintient un fichier à jour des lieux identifiés pour chacune des 14 régions.

4.3. Acheminement et déploiement des unités d'isolement et de traitement d'urgence

Une fois la décision prise par le MCR et le COUS, le COUS contacte les différents partenaires et coordonne les activités de chacun ainsi que les aspects administratifs et budgétaires.

Le COUS contacte le génie pour l'acheminement du matériel et des équipements sur le lieu pré-identifié. Les équipes du génie assurent la mise en place initiale du matériel sous la coordination de l'équipe EMIS.

Dans le cas où une dalle cimentée n'a pas été construite, les rouleaux de bâche plastique peuvent être disposés sur sol nivelé en remplacement.

Il est essentiel de bien prendre en compte la pente du terrain et de créer des puits perdus pour éviter tout risque de ruissellement.

Se référer à la procédure PON-MVE-003 Organisation centre transit et traitement pour plus de détails.

De même si les latrines n'ont pu être construites, des seaux peuvent être utilisés pour les patients et deux trous (sur le même mode de construction que les puits perdus) peuvent être aménagés

- o L'un pour évacuer les déchets liquides.
- o L'autre sur lequel sera placé un incinérateur.

L'incinérateur peut être facilement construit à partir d'un conteneur de 200 l.

Attention, les trous doivent être au minimum à 1 m 50 de la nappe phréatique pour limiter les risques de contamination. Ainsi, il sera important d'effectuer un premier trou / forage d'au moins 3 m de profondeur pour s'assurer que l'on n'atteint pas la nappe.

4.4. Validation et mise en service de l'unité

Une fois la structure montée, l'EMIS se charge de valider sa conformité en s'appuyant sur la procédure PON-MVE-003 et sur la fiche d'évaluation du niveau de préparation CT (en cours de développement).

Le matériel suivant doit être disponible dans l'unité avant de pouvoir accueillir des patients.

Les quantités correspondent à un mois de fonctionnement d'un centre de 15 lits ; elles doivent être mises à l'échelle pour des centres plus petits ou plus grands.

Description	Quantité	Matériel Présent au Centre
Equipements de Protection Individuelle (tenue EPI complète) Niveau 1		
Ecran facial / lunettes de protection	50	<input type="checkbox"/>
Masques (N-95)	500	<input type="checkbox"/>
Gants d'examen	15 boîtes (100 gants / boîte)	<input type="checkbox"/>
Tabliers en plastique	500	<input type="checkbox"/>
Blouses jetables	500	<input type="checkbox"/>
Cagoule	500	<input type="checkbox"/>
Couvre-chaussures et bottes	500	<input type="checkbox"/>
Autres Equipements Médicaux et d'Hygiène		
Kits de médicaments (anti-malaria, paracétamol, sel de réhydratation orale, ATB)	150	<input type="checkbox"/>
Thermoflash calibré	15	<input type="checkbox"/>
Tensiomètres	15	<input type="checkbox"/>
Savon	10 barres	<input type="checkbox"/>
Chlore HTH 70%	10 boîtes de 450g	<input type="checkbox"/>
Poubelles 100 l	2	<input type="checkbox"/>
Kit de désinfection	5	<input type="checkbox"/>
Sac mortuaires	50	<input type="checkbox"/>
Incinérateur	1	<input type="checkbox"/>
Morgue	1	<input type="checkbox"/>
Sacs poubelles en plastique (100l)	100	<input type="checkbox"/>
Draps jetables	150	<input type="checkbox"/>
Réservoirs d'eau	2	<input type="checkbox"/>
Pompe à moteur (en service)	1	<input type="checkbox"/>
Seaux	60	<input type="checkbox"/>
Bassines	5	<input type="checkbox"/>
Bidons	5	<input type="checkbox"/>
Conteneur de Sécurité (pour les aiguilles usagées)	3	<input type="checkbox"/>

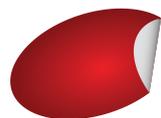
Autres Equipements

Ambulances	2	<input type="checkbox"/>
Générateur 10 kva	1	<input type="checkbox"/>
Eclairage	2	<input type="checkbox"/>
Réfrigérateur	2	<input type="checkbox"/>
Ordinateurs	5	<input type="checkbox"/>
Téléphones portables	5	<input type="checkbox"/>
Lits et matelas	15	<input type="checkbox"/>
Tables	17	<input type="checkbox"/>
Chaises	20	<input type="checkbox"/>
Fuel pour générateur	500l	<input type="checkbox"/>
Essence pour véhicules	500l	<input type="checkbox"/>
Formulaires d'identification (à développer)	25	<input type="checkbox"/>

Lorsqu'EMIS a validé la structure, elle accueille l'équipe de soins détachée par le/les partenaires, et lui présente le mode de fonctionnement du centre.

5. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-028 Remontée et Suivi de l'Information dans le Système de Santé

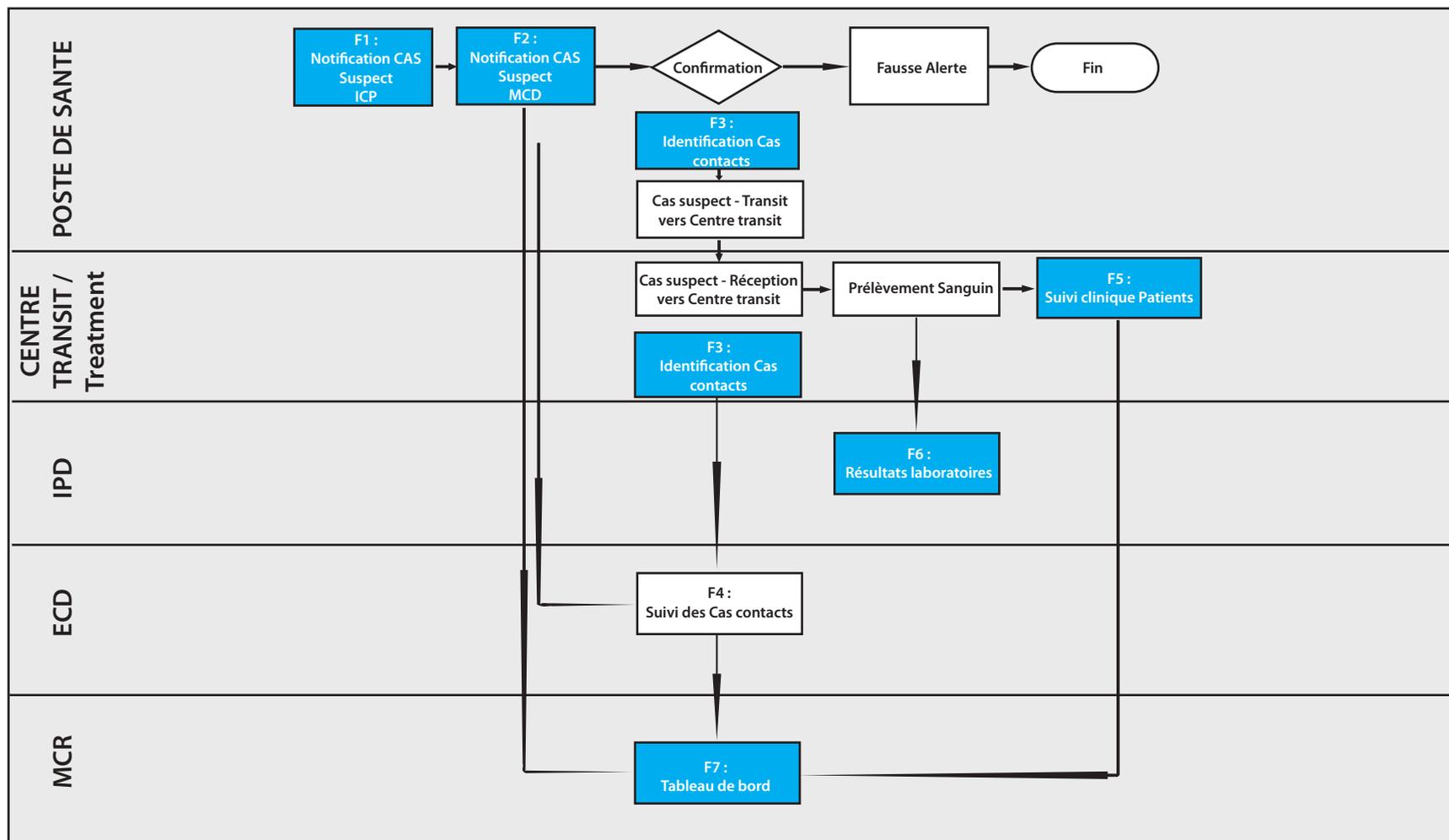


0. POINTS CLEFS

Le flux rapide, systématique et consistant d'information épidémiologique est un élément essentiel dans la prévention et la réponse à Ebola. Les acteurs de santé dans les régions soumettent leur information aux MCR en utilisant les fiches prévues à cet effet. Les MCR consolident l'information et la soumettent au COUS. Le COUS centralise l'information et la diffuse aux acteurs concernés.

1. OBJECTIFS

Processus à suivre pour la remontée et le suivi des informations Ebola.



2. DEFINITIONS

ICP	Infirmier Chef de Poste
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
ECD	Equipe Cadre de District
IPD	Institut Pasteur de Dakar
CNGE	Comité National de Gestion des Epidémies
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire

3. RESPONSABILITES

ICP

- Remplit la fiche de notification initiale des cas suspects (ICP) (FORM 1)

MCD

- Remplit la fiche de notification initiale des cas suspects (MCD) (FORM 2)
- Confirme la suspicion de cas (si besoin avec le support du MCR)
- Remplit la liste des cas contacts (initiale et dans le centre de transit) (FORM 3)
- Transmet le formulaire à l'IPD avec l'échantillon (non décrit ici, voir PON-MVE-011)
- Il transmet toute l'information au MCR

Equipe centre de transit / traitement

- Remplit le dossier patient (FORM 5)

ECD

- Organise le suivi des cas contacts (FORM 4)
- Transmet l'information au MCD et au COUS

MCR

- Transmet l'information cas suspects et contacts au COUS
- Transmet un rapport hebdomadaire au COUS (FORM 7)

IPD

- Transmet résultats de laboratoire au MCR et au COUS (FORM 6)

COUS

- Développe et diffuse les Procédures Opérationnelles normalisées.
- Coordonne l'ensemble du processus et le flot d'information.
- Reçoit toutes les données épidémiologiques

4. OUTILS (Protocoles, Formulaire, Définitions)

4.1 Définitions

Cas suspect : une personne qui a séjourné en zone d'épidémie ou une personne qui a été en contact avec une personne malade provenant d'une zone d'épidémie dans les 21 jours précédant le début de la maladie

ET

qui se présente avec de la fièvre (>38°C) ou décède suite à un tableau de fièvre (>38°C) et/ou 3 signes suivants: céphalées, nausées / vomissements, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs générales, déglutition difficile, respiration difficile, hoquets, gingivite, conjonctives injectées, pétéchies / purpura, mélaena, vomissement de sang, saignement de nez.

Cas confirmé : un cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire (PCR ou sérologie) positif à la maladie à virus Ebola.

4.2 Formulaire

- FORM 1 : Formulaire d'identification initiale cas suspect ICP
- FORM 2 : Formulaire d'identification initiale cas suspect MCD
- FORM 3 : Identification des cas contacts
- FORM 4 : Suivi des cas contacts
- FORM 5 : Suivi clinique du patient (formulaire standard)
- FORM 6 : Résultats de laboratoires (Par email)
- FORM 7 : Tableau de bord

4.3 Protocoles

- PON-MVE-012 – Identification Cas Suspect ICP
- PON-MVE-013 – Identification Cas Suspect MCD
- PON-MVE-018 - Identification et Suivi Cas contacts
- PON-MVE-014 - Prélèvement
- PON-MVE-019 - Traitement des patients
- PON-MVE-020 – Sortie patients guéris
- PON-MVE-022 - Décès au centre de transit/traitement

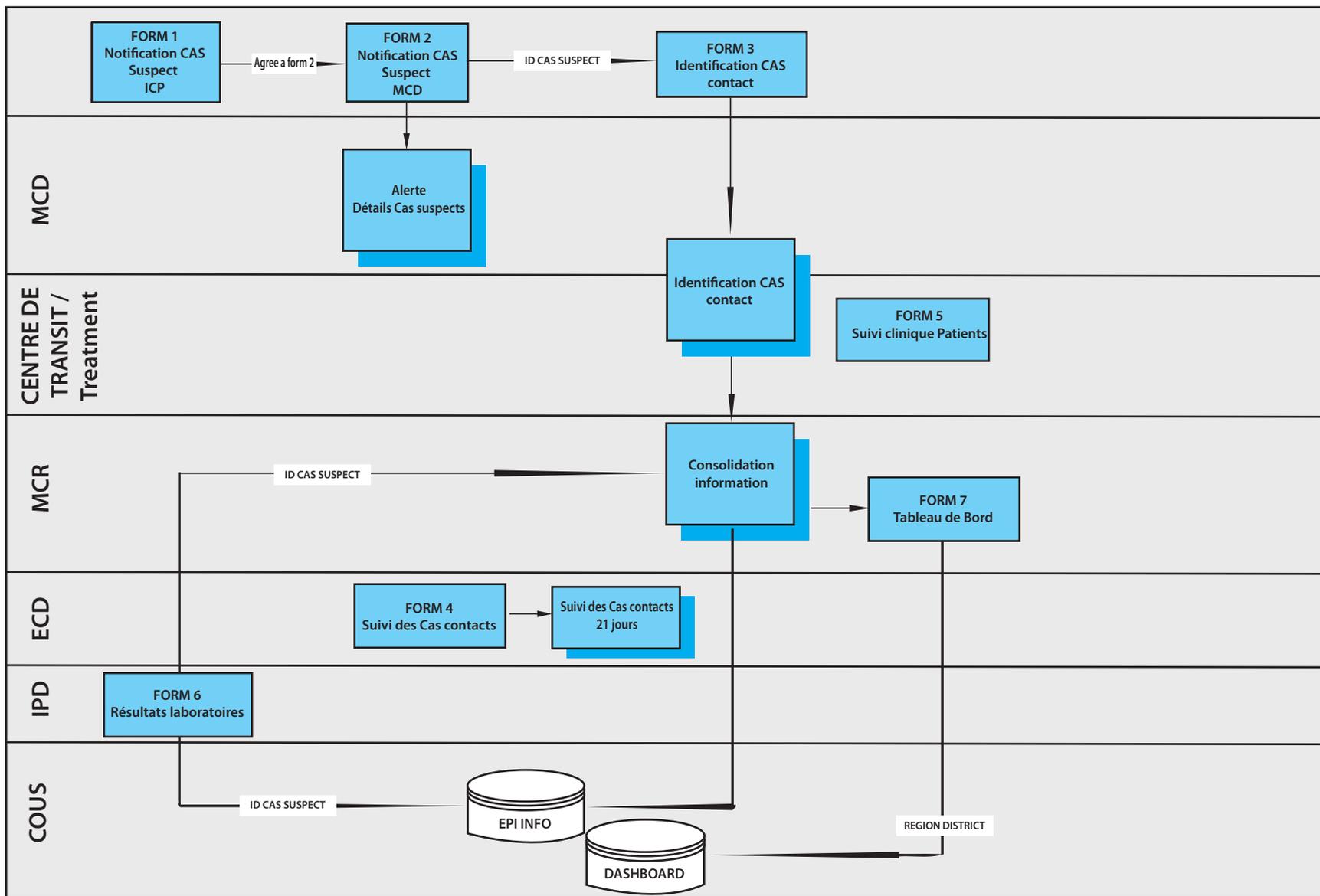
5. MATERIELS ET EQUIPEMENTS

Dans un premier temps, des formulaires papier seront utilisés en annexe. Le COUS envisage de mettre rapidement en place un système informatique (smartphones et ordinateurs pour faciliter la saisie et la consolidation du flux d'information).

6. PROCEDURES

6.1. Règles de base

Les informations doivent être transmises selon le schéma ci-dessous, le plus rapidement possible aux différents acteurs pour une bonne prise en charge de la menace Ebola.



6.2. FORM 1 : Formulaire d'identification initiale cas suspect ICP

Ce formulaire (voir annexe) doit être rempli par l'ICP dès l'identification d'un cas suspect. L'ICP prévient ensuite le MCD (PON-MVE-012).

6.3. FORM 2 : Formulaire d'identification initiale cas suspect MCD

Ce formulaire sera rempli par le MCD après avoir vu le patient. Le MCD agrafera le formulaire 1 au dos de ce formulaire. Il transmettra ensuite l'information au MCR pour consolidation et information au COUS. Le COUS remplira alors la base EPI-Info

6.4. FORM 3 : Identification des cas contacts

Ce formulaire sera rempli par le MCD en deux temps. Immédiatement après avoir rempli le Formulaire 2, sur le lieu d'identification du patient, il tentera d'obtenir le plus d'information possible sur les contacts du patient depuis le début de l'apparition des symptômes. Il transmet ensuite l'information au MCR qui la transmet à son tour au COUS.

Une fois le patient installé dans le centre de transit, le MCD procédera à un second interrogatoire du patient afin de s'assurer qu'aucun contact n'a été oublié. Il transmet ensuite l'information au MCR qui la transmet à son tour au COUS.

Pour plus d'information voir PON-MVE-018.

6.5. FORM 4 : Suivi des sujets contacts

Le MCD activera alors l'équipe en charge de la surveillance des sujets contacts pendant les prochains 21 jours (ECD).

Chaque sujet contact se voit attribuer un formulaire (FORM 4) qui est rempli par l'enquêteur au moment de la visite (matin et soir) au cas contact.

Dans le cas d'apparition de symptômes l'enquêteur doit immédiatement prévenir le MCD qui prendra les mesures nécessaires pour organiser le transfert du sujet contact vers un centre de transit.

Pour plus d'information voir PON-MVE-018.

Ce rapport fera l'objet d'une informatisation prioritaire compte tenu du volume d'information et de leur répétitivité.

6.6. FORM 5 : Suivi clinique du patient

Lors de l'admission d'un patient au centre de transit ou au centre de traitement, le personnel de santé ouvrira un fichier patient afin d'y enregistrer toutes les informations pertinentes liées au traitement et à l'état du patient. Le format utilisé en milieu hospitalier est celui retenu pour plus de simplicité.

6.7. FORM 6 : Résultats de laboratoires

Le laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar fournira les résultats d'analyse conjointement au MCR et au COUS.

Le COUS renseignera alors la base EPI-Info.

Pour plus d'information voir le PON-MVE-014.

6.8. FORM 7 : Tableau de bord

Chaque semaine, les MCD doivent remplir un tableau de bord qui sera envoyé au COUS avant le lundi matin 9h00. Le COUS consolidera les informations des différentes régions, afin de faire la mise à jour du rapport hebdomadaire présenté au CNGE tous les lundis. Ce rapport fera l'objet d'une informatisation prioritaire afin de faciliter la vie des MCR.

7. Annexes (cliquez sur l'icône)

7.1. FORM 1 : Formulaire de notification initiale cas suspect ICP



20141127_F1_fiche_
notification_ICP.doc

7.2. FORM 2 : Formulaire de notification initiale cas suspect MCD



20141127_F2_fiche_
notification_MCD.doc

7.3. FORM 3 : Identification des cas contacts



20141128_F3_Fiche
identification cas co

7.4. FORM 4 : Suivi des sujets contacts



20141128_F4_Fiche
Suivi cas contacts.doc

7.5. FORM 5 : Suivi clinique des patients

Format utilisé en milieu hospitalier

7.6.FORM 6 : Résultats laboratoire

Pour l'instant, ces résultats sont communiqués par email et ne font pas l'objet d'un formulaire.

7.7. FORM 7 : Tableau de bord

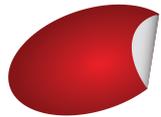
Une solution d'envoi automatique avec le logiciel DHIS2 est testée auprès de la région de Dakar. Les autres régions envoient les données par email.



20141128_F7_Table
au de bord.docx

8. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-030 Entrée des données d'alerte Ebola MCRs - Smartphone



0. POINTS CLEFS

DHIS2 est un outil pour la collecte, le traitement, l'interprétation et l'analyse de données statistiques globales, adapté aux activités de gestion de l'information intégrée du système de santé. C'est un outil générique, avec un modèle de métadonnées ouvert et une interface utilisateur flexible, qui permet à chaque utilisateur de concevoir le contenu d'un système d'information spécifique, sans nécessité de programmation. Ce Système d'Information et de Gestion des données de santé est utilisé par 46 pays et 23 organisations à travers les 5 continents. Le DHIS2 aide les gouvernements et les organismes évoluant dans le domaine de la santé à gérer leurs opérations de manière plus efficace.

1. OBJECTIFS

La procédure ci-après décrit le processus d'installation et d'utilisation de l'application PC du DHIS2. Ce système permet de faciliter la transmission des données liées à la surveillance de l'épidémie à virus Ebola, soumis par l'ensemble des Districts Sanitaires du Sénégal.

Une bonne compréhension de ce module permettra aux utilisateurs d'être en mesure de :

- Installer l'application
- Intégrer les données,
- Envoyer les données.

2. DEFINITIONS

DHIS 2	District Health Information Software 2
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
COUS	Centre Opérationnel d'Urgence Sanitaire
ICP	Infirmier Chef de Poste
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
RM	Région Médicale
DS	District Sanitaire
Organisation Unit	Unité d'organisation
Data Set	Ensemble de Données

3. RESPONSABILITES

Le Médecin Chef de Région (MCR) est le maillon central du schéma établi pour la transmission de l'information du système de santé. Les responsables des structures sanitaires de la région lui soumettent leur information en utilisant les fiches prévues à cet effet. Le MCR consolide les données et soumet les éléments au COUS qui centralise l'information et la diffuse aux acteurs concernés.

ICP

- Renseigne la fiche de notification initiale des cas suspects (ICP) (FORM 1)

MCD

- Renseigne la fiche de notification initiale des cas suspects (MCD) (FORM 2)
- Confirme suspicion de cas (si besoin avec support du MCR)
- Renseigne la liste des sujets contacts (initiale et dans le centre de transit) (FORM 3)
- MCD transmet formulaire IPD avec échantillon (non décrit ici, voir PON-MVE-014)
- Il transmet toute l'information au MCR

MCR

- Transmet l'information cas suspects et contacts au COUS
- Transmet un rapport hebdomadaire au COUS (FORM 7) en utilisant DHIS2

COUS

- Reçoit toutes les données épidémiologiques
- Coordonne l'ensemble du processus et le flot d'information.

4. OUTILS (Protocoles, Formulaires)

4.1. Formulaires

- Fiche de notification de cas (ICP) (Form 1)
- Fiche de notification de cas (MCD) (Form 2)
- Fiche d'identification de cas contacts (Form 3)
- Fiche de suivi de cas contact (Form 4)
- Tableau de bord (Form 7)

4.2. Protocoles

- PON-MVE-028 Remonté et Suivi de l'information du Système de Santé
- PON-MVE-031 Entrée des données d'alertes Ebola MCRs – PC

5. RESSOURCES

5.1. Equipements

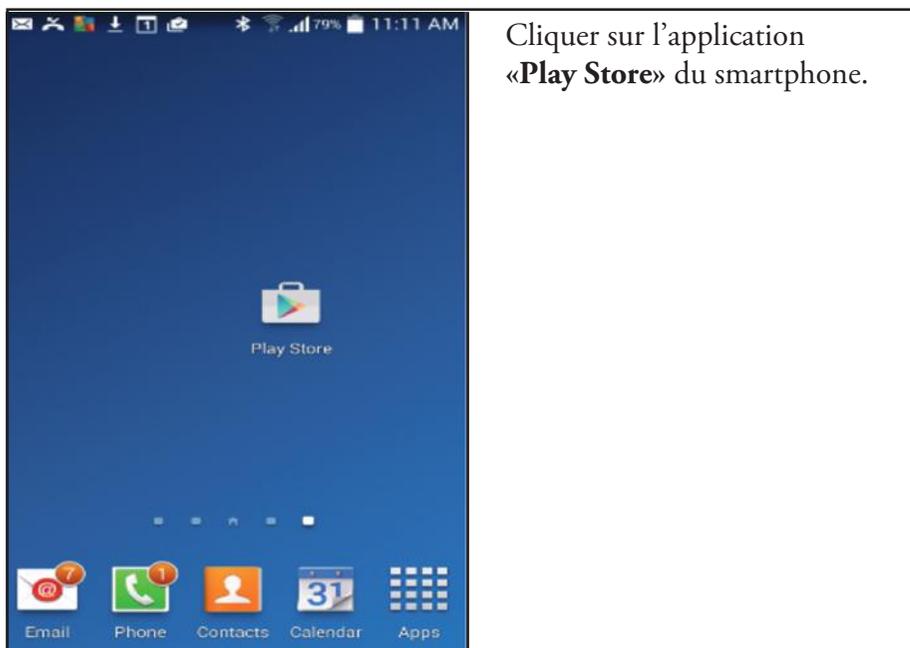
La mise en œuvre de l'application PC du DHIS nécessite la mise à disposition des outils ci-après:

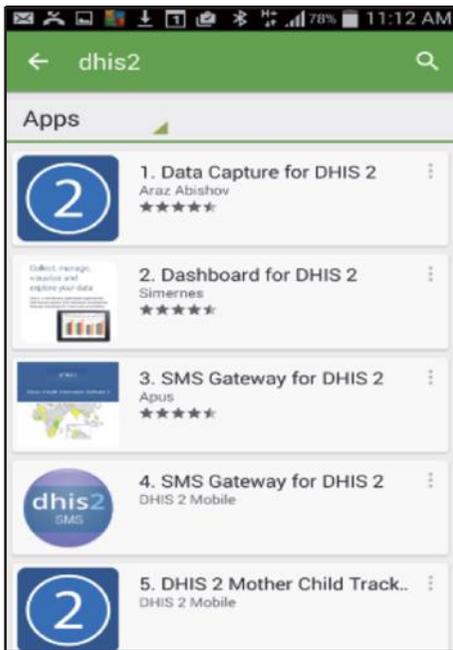
- Ordinateur portable ou de bureau
- Connexion internet

6. PROCEDURES

6.1. Installation de l'application sur le smartphone

Cette procédure ne s'applique que pour la première utilisation. Pour les utilisations ultérieures passez directement à la section 6.2





Cliquer sur l'application «Data Capture for DHIS2» et l'installer.
Lorsque l'application est installée, l'ouvrir.



L'écran ci-avant apparait.
Entrer les informations ci-après :

Serveur : [http://path-odk-server.dydns.org:8083 /cous](http://path-odk-server.dydns.org:8083/cous)

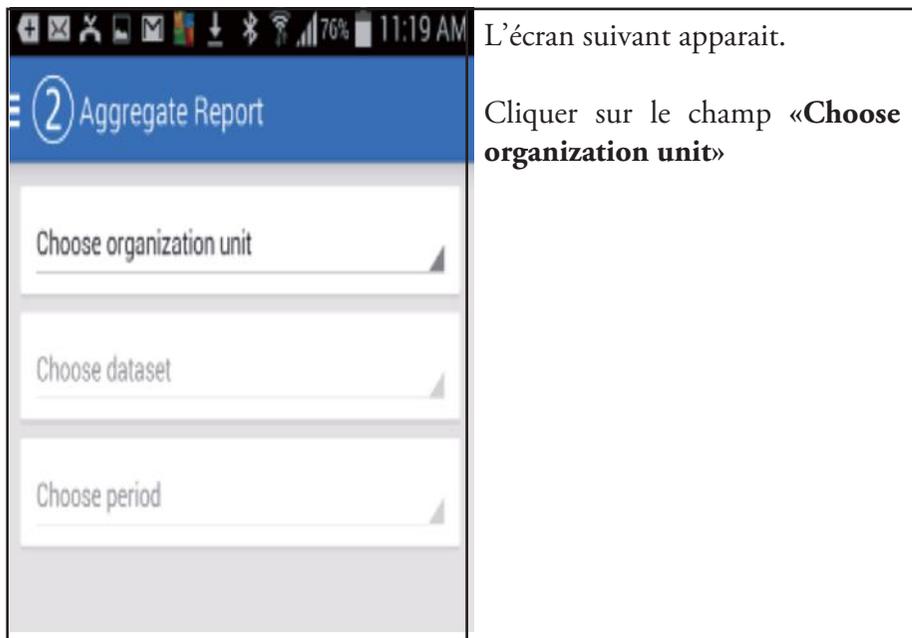
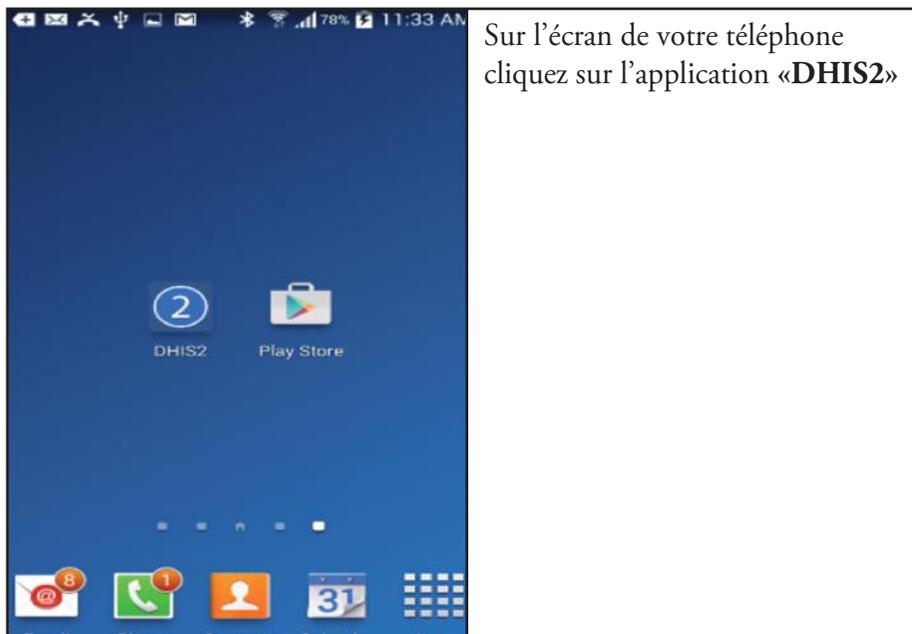
Utilisateur : mcrregion (eg. mcr-tambacounda, mcrcsaintlouis)

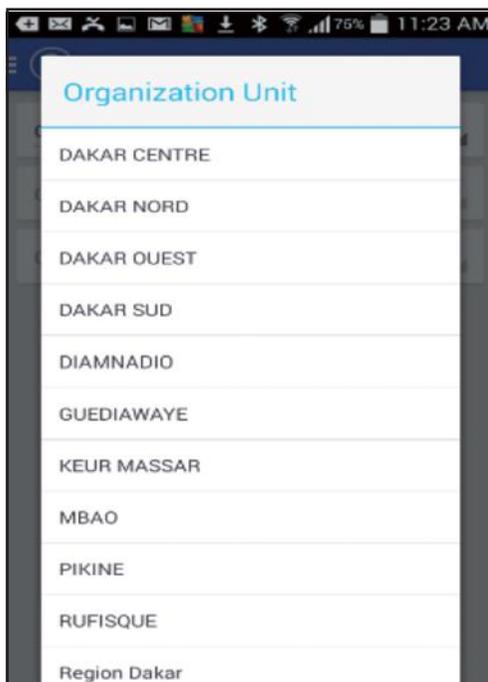
Mot de passe : Ebola2015

Puis cliquer sur «**Log in**»

L'installation est terminée et est prête à être utilisée.

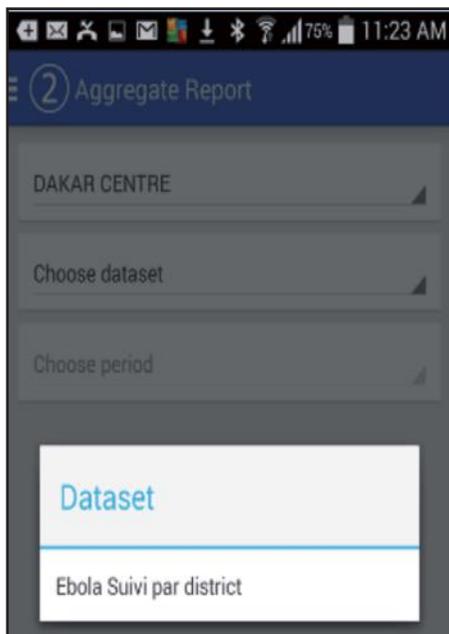
6.2. Entrée de données - Cas où il n'y a pas de données provenant des Districts Sanitaires





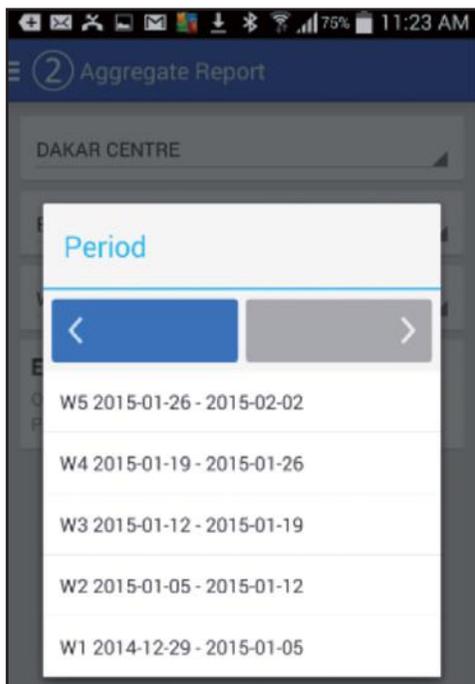
Sélectionner le district pour lequel vous souhaitez rentrer les informations.

Seuls les districts qui sont dans votre zone de responsabilité sont accessibles.



Sélectionnez ensuite le champ «**Choose dataset**» et choisissez la seule option disponible :

«**Ebola Suivi par district**»



Sélectionnez le champ «**Choose period**» et choisissez la semaine correspondant aux informations que vous souhaitez renseigner.

La flèche bleue vous permet d'accéder aux semaines de l'année précédente.

L'écran suivant apparait et vous pouvez renseigner les données pour le district :

Nombre d'alertes

Alertes venant des structures de santé qui ont été déclarées comme fausse alerte et n'ont pas fait l'objet d'un prélèvement

Nombre de Cas suspect

Nombre de cas suspects qui ont fait l'objet d'un prélèvement

Nombre de cas probables

A N'UTILISER QU'EN CAS D'EPIDÉMIE.
Cas qui n'ont pu être testés (ex. décès) mais dont il est fort probable qu'ils étaient infectés par Ebola et dont les contacts doivent faire l'objet d'un suivi

Nombre de cas confirmés

Cas dont le résultat du prélèvement est revenu positif et qui doivent être transférés vers un centre de traitement

Nombre de cas guéris

Cas qui ont été déclarés guéris et sont sortis du centre de traitement

Nombre de décès

Nombre de patients décédés

Nombre de sujets contacts :

Nombre TOTAL de sujets contacts identifiés

Nombre de contacts suivis quotidiennement :

Nombre de contacts identifiés et suivis quotidiennement

Nombre de sujets contacts suivis aujourd'hui

Nombre total de sujets contacts suivi le jour de la saisie de l'information

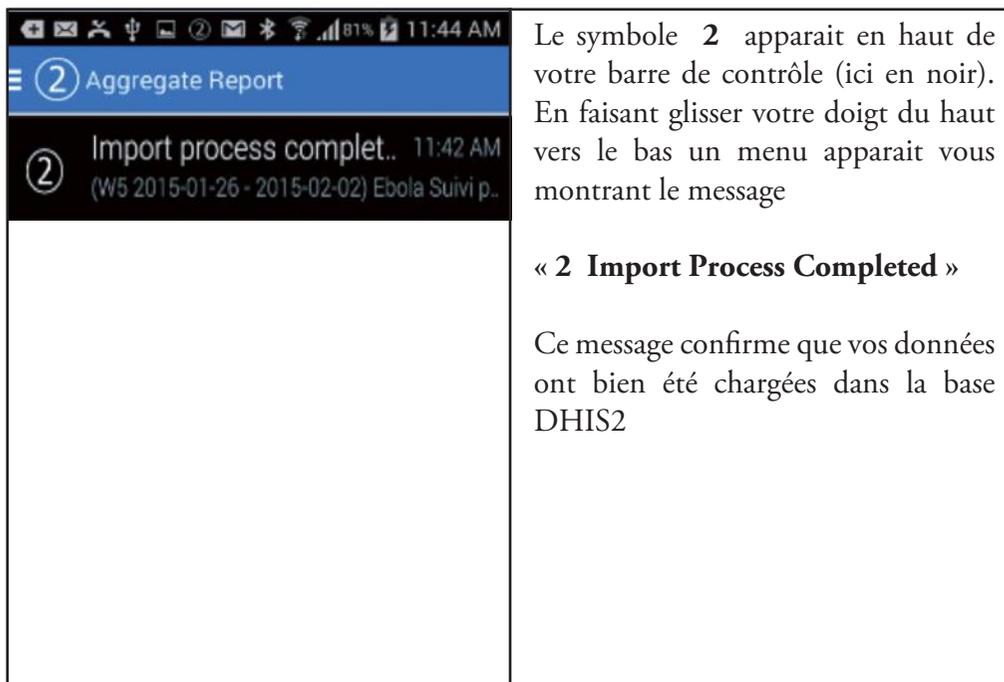
Date de fin de suivi du dernier sujet contact

Date prévue de fin de suivi du dernier sujet contact. Cette date change si de nouveaux cas sont identifiés

Commentaires

Commentaires que le MCR souhaite communiquer au COUS

Lorsque toutes les informations ont été saisies, appuyer sur le bouton «Upload»



Le symbole **2** apparaît en haut de votre barre de contrôle (ici en noir). En faisant glisser votre doigt du haut vers le bas un menu apparaît vous montrant le message

« **2 Import Process Completed** »

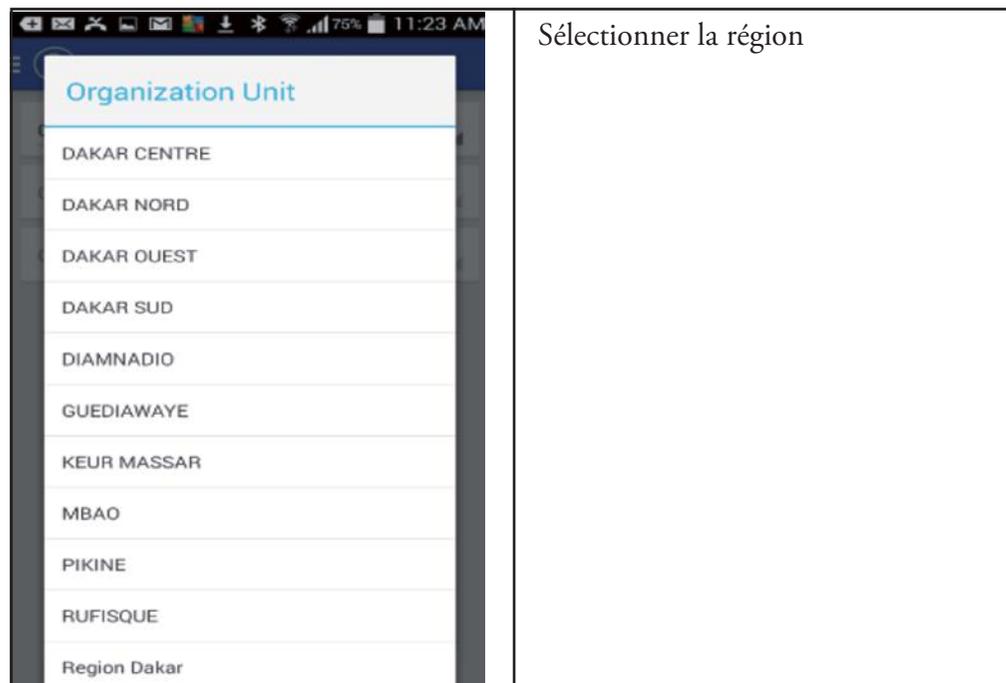
Ce message confirme que vos données ont bien été chargées dans la base DHIS2

Recommencez la procédure pour l'ensemble des districts de la région qui ont des cas à signaler. Si un district n'a aucune alerte à signaler, il n'est pas nécessaire d'entrer 0.

6.3. Entrée de données - Cas où il n'y a pas de données provenant des Districts Sanitaires

Quand il n'y a pas de données en provenance des districts sanitaires, le MCR renseigne la fiche couvrant la Région Médicale selon le processus ci-après :

Si aucun district n'a de cas à signaler il n'est pas nécessaire d'entrer 0 pour chaque district. Il faut alors choisir le niveau région dans la hiérarchie à gauche et saisir 0 dans nombre d'alertes et ajouter un commentaire signalant l'absence de cas cette semaine.

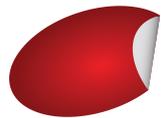


6.4 Entrée de données – Modification des données validées

Les données validées peuvent être modifiées en sélectionnant à nouveau le district et la période concernés. Vous pouvez ensuite modifier les données, puis cliquer sur « Upload ».

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



PON-MVE-031 Entrée des données d'alerte Ebola MCRs - PC



0. POINTS CLEFS

DHIS2 est un outil pour la collecte, le traitement, l'interprétation et l'analyse de données statistiques globales, adapté aux activités de gestion de l'information intégrée du système de santé. C'est un outil générique, avec un modèle de métadonnées ouvert et une interface utilisateur flexible, qui permet à chaque utilisateur de concevoir le contenu d'un système d'information spécifique, sans nécessité de programmation. Ce Système d'Information et de Gestion des données de santé est utilisé par 46 pays et 23 organisations à travers les 5 continents. Le DHIS2 aide les gouvernements et les organismes évoluant dans le domaine de la santé à gérer leurs opérations de manière plus efficace.

1. OBJECTIFS

La procédure ci-après décrit le processus d'installation et d'utilisation de l'application PC du DHIS2. Ce système permet de faciliter la transmission des données liées à la surveillance de l'épidémie à virus Ebola, soumis par l'ensemble des Districts Sanitaires du Sénégal.

Une bonne compréhension du module permettra aux utilisateurs d'être en mesure de :

- Intégrer les données,
- Envoyer les données,
- Visualiser et analyser les données.

2. DEFINITIONS

DHIS 2	District Health Information Software 2
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
COUS	Centre Opérationnel d'Urgence Sanitaire
ICP	Infirmier Chef de Poste
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
RM	Région Médicale
DS	District Sanitaire
Organisation Unit	Unité d'Organisation
Data Set	Ensemble de Données

3. RESPONSABILITES

Le Médecin Chef de Région (MCR) est le maillon central du schéma établi pour la transmission de l'information du système de santé. Les responsables des structures sanitaires de la région lui soumettent leur information en utilisant les fiches prévues à cet effet. Le MCR consolide les données et soumet les éléments au COUS qui centralise l'information et la diffuse aux acteurs concernés.

ICP

- Renseigne la fiche de notification initiale des cas suspects (ICP) (FORM 1)

MCD

- Renseigne la fiche de notification initiale des cas suspects (MCD) (FORM 2)
- Confirme suspicion de cas (si besoin avec support du MCR)
- Renseigne la liste des sujets contacts (initiale et dans le centre de transit) (FORM 3)
- MCD transmet formulaire IPD avec échantillon (non décrit ici, voir PON-MVE-014)
- Il transmet toute l'information au MCR

MCR

- Transmet l'information cas suspects et contacts au COUS
- Transmet un rapport hebdomadaire au COUS (FORM 7) en utilisant DHIS2

COUS

- Reçoit toutes les données épidémiologiques
- Coordonne l'ensemble du processus et le flot d'information.

4. OUTILS (Protocoles, Formulaires)

4.1. Formulaires

- Fiche de notification de cas (ICP) (Form 1)
- Fiche de notification de cas (MCD) (Form 2)
- Fiche d'identification de cas contacts (Form 3)
- Fiche de suivi de cas contact (Form 4)
- Tableau de bord (Form 7)

4.2. Protocoles

- PON-MVE-028 – Remonté et Suivi de l'information du Système de Santé
- PON-MVE-030 – Entrée des données d'alertes Ebola MCRs - Mobile

5. RESSOURCES

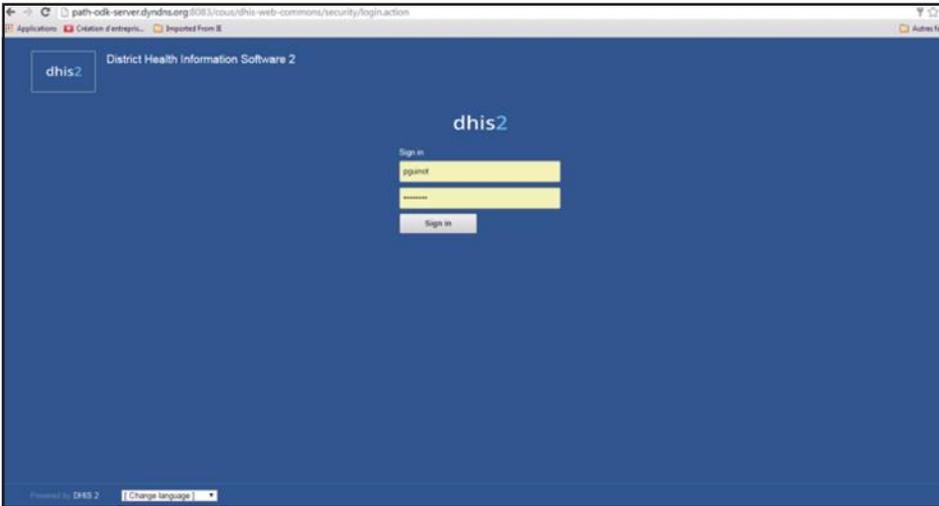
5.1. Equipements

La mise en œuvre de l'application PC du DHIS nécessite la mise à disposition des outils ci-après:

- Ordinateur portable ou de bureau
- Connection internet

6. PROCEDURES

6.1. Entrée de données



Se connecter à:
<http://path-odk-server.dyndns.org:8083/cous>
puis Entrer votre **Username** (Identifiant) et **Password** (Mot de Passe)
Cliquer sur «**Sign In**»

dhis2 District Health Information Software 2

Saisie de données ?

Unité d'organisation: DAKAR CENTRE

Ensemble de données: Ebola Suivi par district

Période: WS - 2015-01-26 - 2015-02-01

Année préc. Année suiv.

Executer la validation
Imprimer le formulaire
Imprimer le formulaire

Ebola Suivi par district

Filter dans section	Valeur
Nombre d'alertes	4
Nombre de cas suspects	
Nombre de cas probables	
Nombre de cas confirmés	
nombre de cas guéris	
Nombre de décès	
Nombre de cas suivis quotidiennement	
Nombre de contacts suivi aujourd'hui	
Date de fin de suivi du dernier cas contacts	
Commentaire	

Terminer Incomplet Executer la validation

Saisir alors les données pour le district.

Nombre d'alertes : alertes venant des structures de santé qui ont été déclarées comme fausse alerte et n'ont pas fait l'objet d'un prélèvement

Nombre de Cas suspect : Nombre de cas suspects qui ont fait l'objet d'un prélèvement

Nombre de cas probables : Cas qui n'ont pu être testés (eg. Décès) mais dont il est fort probable qu'ils étaient infectés par Ebola et dont les contacts doivent faire l'objet d'un suivi

Nombre de cas confirmés :

Cas dont le résultat du prélèvement est revenu positif et qui doivent être transférés vers un centre de traitement

Nombre de cas guéris :

Cas qui ont été déclarés guéris et sont sortis du centre de traitement

Nombre de décès :

Nombre de patients décédés

Nombre de sujets contacts :

Nombre TOTAL de sujets contacts identifiés

Nombre de contacts suivis quotidiennement :

Nombre de contacts identifiés et suivis quotidiennement

Nombre de sujets contacts suivis aujourd'hui :

Nombre total de sujets contacts suivi le jour de la saisie de l'information

Date de fin de suivi du dernier sujet contact :

Date prévue de fin de suivi du dernier sujet contact. Cette date change si de nouveaux cas sont identifiés

Commentaires :

Commentaires que le MCR souhaite communiquer au COUS

Lorsque toutes les informations ont été saisies, appuyer sur le bouton «**Terminer**»

The screenshot shows the DHIS2 interface for data entry. The main window is titled "Saisie de données" and displays a form for "Ebola Suivi par district". The form includes fields for "Unité d'organisation" (DAKAR CENTRE), "Ensemble de données" (Ebola Suivi par district), and "Periode" (WS - 2015-01-25 - 2015-02-01). A table below the form shows the following data:

Filter dans section	Valeur
Nombre d'alertes	1
Nombre de cas suspects	
Nombre de cas probables	
Nombre de cas confirmés	
nombre de cas guéris	
Nombre de décès	
Nombre de cas suivis quotidiennement	
Nombre de contacts suivi aujourd'hui	
Date de fin de suivi du dernier cas contacts	
Commentaire	

A modal dialog box is open, displaying the message: "La page à l'adresse path-odk-server.dyndns.org:8083 indique :
Êtes-vous que ce formulaire est completement rempli?". The dialog has "OK" and "Annuler" buttons. On the right side of the interface, there are buttons for "Executer la validation", "Imprimer le formulaire", and "Imprimer le formulaire". At the bottom of the form, there are buttons for "Terminer", "Incomplet", and "Executer la validation".

Un message d'alerte apparait.

Vérifier les données. Si elles sont correctes, cliquer « **OK** »

Recommencer la procédure pour l'ensemble des districts de la région qui ont des cas à signaler. Si un district n'a aucune alerte, il n'est pas nécessaire d'entrer 0.

En revanche si aucun district n'a de cas à signaler il n'est pas nécessaire d'entrer 0 pour chaque district. Il faut alors choisir le niveau région dans la hiérarchie à gauche et saisir 0 dans nombre d'alertes et ajouter un commentaire signalant l'absence de cas cette semaine. Voir écran ci-dessous :

The screenshot shows the DHIS2 interface for data entry. On the left, a sidebar lists regions in Senegal, with 'Region Dakar' selected. The main area is titled 'Saisie de données' and contains a form for 'Ebola Suivi par district'. The form includes fields for 'Unité d'organisation' (Region Dakar), 'Ensemble de données' (Ebola Suivi par district), and 'Periode' (W5 - 2015-01-26 - 2015-02-01). Below this is a table with the following data:

Filterer dans section	Valeur
Nombre d'alertes	0
Nombre de cas suspects	
Nombre de cas probables	
Nombre de cas confirmés	
nombre de cas guéris	
Nombre de décès	
Nombre de cas suivis quotidiennement	
Nombre de contacts suivi aujourd'hui	
Date de fin de suivi du dernier cas contacts	
Commentaire	Pas de cas

At the bottom of the form, there are buttons for 'Terminer', 'Incomplet', and 'Executer la validation'. On the right side of the interface, there are buttons for 'Executer la validation', 'Imprimer le formulaire', and 'Imprimer le formulaire'.

Entrer 0 dans «**Nombre d'alertes**» et saisir «**Pas de cas**» dans le commentaire.
Puis cliquer sur «**Terminer**» et «**OK**».

6.2 Entrée de données – Modification des données validées

Les données validées peuvent être modifiées en suivant la procédure ci-après :

The screenshot shows the DHIS2 Data Entry interface. The top navigation bar includes the 'dhis2' logo, 'District Health Information Software 2', and user options for 'Apps' and 'Profile'. The main content area is titled 'Data Entry' and displays the following information:

- Organisation Unit: DAKAR CENTRE
- Data Set: Ebola Suivi par district
- Period: W50 - 2014-12-08 - 2014-12-14

A table titled 'Ebola Suivi par district' is shown with the following data:

Filter in section	Value
Nombre d'alertes	
Nombre de cas suspects	1
Nombre de cas probables	
Nombre de cas confirmés	
nombre de cas guéris	
Nombre de décès	
Nombre de cas suivis quotidiennement	
Nombre de contacts suivis aujourd'hui	
Date de fin de suivi du dernier cas contacts	
Commentaire	12/10/2014 2 tests - 265

At the bottom of the form, there are three buttons: 'Complete', 'Incomplete', and 'Run validation'. On the right side of the interface, there are additional buttons: 'Run validation', 'Print form', and 'Print blank form'.

- Aller sur la page des données validées et cliquer sur **«Incomplete»**.
- Le message **«Are you sure you will undo the registration»** apparaît.
- Cliquer sur **«OK»** pour procéder à la modification.
- Compléter ou modifier les données et valider en cliquant sur **«Complete»**.
- Le message **«Are you sure this data set is complete»** apparaît.
- Cliquer sur **«Annuler»** pour corriger ou sur **«OK»** si les données sont correctes.

dhis2 District Health Information Software 2

Apps Profile

DAKAR CENTRE - W50 - 2014-12-08 - 2014-12-14 - Nombre de cas suspects (default)

Run validation
Print form
Print blank form

Data Entry

Organisation Unit: DAKAR CENTRE
Data Set: Ebola Suivi par district
Period: W50 - 2014-12-08 - 2014-12-14

Senegal

- Region Dakar
 - DAKAR CENTRE
 - DAKAR NORD
 - DAKAR OUEST
 - DAKAR SUD
 - DIAMNADIO
 - GUEDIAWAYE
 - KEUR MASSAR
 - MSAO
 - PIKINE
 - RUFISQUE
- Region Diourbel
- Region Fatick
- Region Kaffrine
- Region Kaolack
- Region Kedougou
- Region Kolda
- Region Louga
- Region Matam
- Region Saint-Louis
- Region Sedhiou
- Region Tambacounda
- Region Thies
- Region Ziguinchor

Ebola Suivi par district

Filtrer la section	Value
Nombre d'aïetes	
Nombre de cas suspects	1
Nombre de cas probables	
Nombre de cas confirmés	
nombre de cas guéris	
Nombre de décès	
Nombre de cas suivis quotidiennement	
Nombre de contacts suivi aujourd'hui	
Date de fin de suivi du dernier cas contacts	
Commentaire	12/10/2014 2 tests - 205

Complete Incomplete Run validation

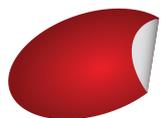
Completed by eberlin at: 2015-02-05 See details

En cliquant à nouveau sur la région que vous avez sélectionnée, l'information sur la date et la personne qui a complété le fichier apparait.

Le processus est terminé.

7. AMENDEMENTS EFFECTUES

N° amendement	Date amendement	Description des modifications
1		•



Annexes





Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Direction Générale de la Santé
Direction de la Prévention

IDCas

Date réception: __/__/__
Pays: _____

Fiche de Notification de Cas Médecin Chef de District

Région Médicale : _____, District : _____

Date de détection du cas __/__/__

Cas notifié par (cocher ce qui convient et spécifier)

 Equipe mobile, no _____ Centre de Santé _____ Hôpital _____ Autres: _____

Fiche remplie par (nom et prénom) _____

Information transmise par (nom et prénom) _____

Lien de parenté avec le patient _____

Identité du patient

Nom _____ Prénom _____

Pour les mineurs de nom du tuteur _____

Age _____ Years Months Sexe M F

Résidence habituelle: Chef de Famille (nom et prénom) _____

Village/Quartier de résidence _____ Pays _____

GPS lat _____ long _____

Nationalité _____

Profession du patient (cocher ce qui convient)

 Planteur Ménagère Chasseur/Marchand de viande sauvage Enfant Elève/Étudiant Orpailleur Personnel de santé, détails: _____

Structure Sanitaire _____ service _____ qualification _____

 Autres professions _____**Statut du patient**Etat du patient à la détection Vivant Décédé Si décédé, date du décès __/__/__ NSPLieu du décès: Communauté, nom village/quartier _____ Pays _____ Structure, nom et service _____ Pays _____

Lieu de l'enterrement, nom village/quartier _____ Pays _____

Enterrement sécurisé ? Oui / Non

Histoire de la maladieDate de début des symptômes __/__/__ NSP

Nom village où le patient est tombé malade _____ Pays _____

Est-ce que le patient s'est déplacé depuis le début des symptômes ? Oui Non NSP

Si oui, remplir la liste indiquant le Pays:

Villages _____ Structures sanitaires _____

Le patient a-t-il vu un tradipraticien depuis le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, nom: _____ Village _____ Pays _____

Le patient a été hospitalisé ou a visité un proche hospitalisé pendant les 3 semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, où _____ entre (dates) __/__/__ - __/__/__



PENDANT LES 3 SEMAINES AVANT LE DEBUT DES SYMPTOMES :

- Le patient a-t-il voyagé?

 Oui Non NSP

- Si oui, pays en épidémie, Préciser _____ entre (dates) __/__/__ - __/__/__

Préciser _____ entre (dates) __/__/__ - __/__/__

Préciser _____ entre (dates) __/__/__ - __/__/__

- Le patient a-t-il eu contact avec un patient suspect? Oui Non NSP- Le patient a-t-il eu contact avec une dépouille mortelle suspecte? Oui Non NSP

- Si oui, remplir l'information concernant ce dernier cas:

- Nom _____ Prénom _____

- Lien de parenté avec le patient _____

- Chef de Famille (nom et prénom) _____ Village _____ Pays _____

- Au moment du contact, est-ce que le cas était Vivant Décédé, date du décès __/__/__

- Date du dernier contact avec le cas __/__/__

- Le patient a-t-il eu contact avec un animal sauvage trouvé mort en brousse ou consommation de viande de brousse? Oui Non NSP

- Si oui, Type d'animal _____ Localisation _____ date __/__/__

SymptômesLe patient a-t-il eu de la fièvre? Oui Non NSP

Si oui, date de début de la fièvre: __/__/__

Prise de température avec Thermo-Flash Calibré: _____°C NSP**ATTENTION : NE JAMAIS PRENDRE LA TEMPERATURE SANS THERMOFLASH**

Est-ce que le patient présente ou a présenté un des symptômes suivants (cocher tout ce qui convient)

Maux de tête Oui Non NSPVomissements/nausées Oui Non NSPPerte de l'appétit Oui Non NSPDiarrhée Oui Non NSPFatigue Intense Oui Non NSPDouleurs abdominales Oui Non NSPDouleurs musculaires ou articulaires Oui Non NSPDifficultés à avaler Oui Non NSPDifficultés à respirer Oui Non NSPHoquet Oui Non NSPSaignement des gencives, Oui Non NSPSaignement des yeux Oui Non NSPSaignement cutané Oui Non NSPSaignement de nez Oui Non NSPSaignement vaginal Oui Non NSPDiarrhée sanguinolente ou noire Oui Non NSPVomissement de sang Oui Non NSP**ATTENTION, ISOLER PATIENT ET ALERTE MCD IMMEDIATEMENT**



Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Direction Générale de la Santé
Direction de la Prévention

IDCas

Date réception: __/__/__
Pays: _____

Fiche de Notification de Cas Médecin Chef de District

Région Médicale : _____, District : _____

Date de détection du cas __/__/__

Cas notifié par (cocher ce qui convient et spécifier)

 Equipe mobile, no _____ Centre de Santé _____ Hôpital _____ Autres: _____

Fiche remplie par (nom et prénom) _____

Information transmise par (nom et prénom) _____

Lien de parenté avec le patient _____

Identité du patient

Nom _____ Prénom _____

Pour les mineurs de nom du tuteur _____

Age _____ Years Months Sexe M F

Résidence habituelle: Chef de Famille (nom et prénom) _____

Village/Quartier de résidence _____ Pays _____

GPS lat _____ long _____

Nationalité _____

Profession du patient (cocher ce qui convient)

 Planteur Ménagère Chasseur/Marchand de viande sauvage Enfant Elève/Étudiant Orpailleur Personnel de santé, détails: _____

Structure Sanitaire _____ service _____ qualification _____

 Autres professions _____**Statut du patient**Etat du patient à la détection Vivant Décédé Si décédé, date du décès __/__/__ NSPLieu du décès: Communauté, nom village/quartier _____ Pays _____ Structure, nom et service _____ Pays _____

Lieu de l'enterrement, nom village/quartier _____ Pays _____

Enterrement sécurisé? Oui / Non

Histoire de la maladieDate de début des symptômes __/__/__ NSP

Nom village où le patient est tombé malade _____ Pays _____

Est-ce que le patient s'est déplacé depuis le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, remplir la liste indiquant le Pays:

Villages _____ Structures sanitaires _____

Le patient a-t-il vu un tradipraticien depuis le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, nom: _____ Village _____ Pays _____

Le patient a-t-il été hospitalisé ou a visité un proche hospitalisé pendant les 3 semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, où _____ entre (dates) __/__/__ - __/__/__



DANS LES 3 SEMAINES PRECEDANT LE DBUT D LA MALADIE :

-Le patient a voyagé? Oui Non NSP

Si oui, pays en épidémie, Préciser _____ entre (dates) __/__/__ - __/__/__

Préciser _____ entre (dates) __/__/__ - __/__/__

Préciser _____ entre (dates) __/__/__ - __/__/__

-Le patient a-t-il eu contact avec un patient suspect? Oui Non NSP-Le patient a-t-il eu contact avec une dépouille mortelle suspecte? Oui Non NSP

Si oui, remplir l'information concernant ce dernier cas:

Nom _____ Prénom _____

Lien de parenté avec le patient _____

Chef de Famille (nom et prénom) _____ Village _____ Pays _____

Au moment du contact, est-ce que le cas était : Vivant Décédé, date du décès __/__/__

Date du dernier contact avec le cas __/__/__

-Le patient a-t-il eu contact avec un animal sauvage trouvé mort en brousse ou a-t-il consommé de la viande

de brousse? Oui Non NSP

Si oui, Type d'animal _____ Localisation _____ date __/__/__

SymptômesLe patient a-t-il eu de la fièvre? Oui Non NSP

Si oui, date de début de la fièvre: __/__/__

Prise de température avec Thermo-Flash calibré : _____°C NSP**ATTENTION : NE JAMAIS PRENDRE LA TEMPERATURE SANS THERMOFLASH**

Est-ce que le patient présente ou a présenté un des symptômes suivants (cocher tout ce qui convient)

Maux de tête Oui Non NSPVomissements/nausées Oui Non NSPPerte de l'appétit Oui Non NSPDiarrhée Oui Non NSPFatigue Intense Oui Non NSPDouleurs abdominales Oui Non NSPDouleurs musculaires ou articulaires Oui Non NSPDifficultés à avaler Oui Non NSPDifficultés à respirer Oui Non NSPHoquet Oui Non NSPSaignement des gencives, Oui Non NSPSaignement des yeux Oui Non NSPSaignement cutané Oui Non NSPSaignement de nez Oui Non NSPSaignement vaginal Oui Non NSPDiarrhée sanguinolente ou noire Oui Non NSPVomissement de sang Oui Non NSP**Classification du cas** Fausse alerte Cas suspect : Si cas suspect, patient transfert dans une structure de transit Oui Non

Si non, indiquer raison : _____

Si oui, est-ce que le prélèvement a été envoyé à l'IPD Oui Non

Si non, indiquer raison : _____



Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Direction Générale de la Santé
Direction de la Prévention

Fiche d'identification des sujets Contacts

Q1 - Nom de l'enquêteur	
Q2 - Autre	
Q3 - Téléphone de l'enquêteur	
Q4 - Profession de l'enquêteur	
Q5 - Date et heure	
Q6 - Region	
Q7 - District	

Référence Cas Suspect

ID CAS :

Nom	Prénom	Nom Chef ménage	Adresse	Quartier/ village	District	Date début symptômes	Structure de santé qui a identifié le cas

FORM 7 : Tableau de bord

Région :

nom du MCR :

Numéro de téléphone du MCR :

Semaine :

District	Nombre d'alertes	Nombre de Cas suspects	Nombre de Cas confirmés	Nombre de décès	Nombre de guéris	Nombre de Cas contacts	Nombre de Cas contacts suivis quotidiennement	Nombre de contacts suivi aujourd'hui	Date de fin de suivi du dernier cas contacts	Commentaires
District 1										
District 2										
District 3										
District 4										



Dakar, le 12 MARS 2015

Le Ministre

LETTRE CIRCULAIRE

En vue d'améliorer la gestion des alertes dans le cadre de la riposte contre la Maladie à Virus Ebola (MVE), je vous demande dorénavant de veiller à l'application des dispositions ci-après:

1. devant tout cas suspect et avant tout prélèvement, il faut obligatoirement joindre le **Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) au 76 738 38 18**, 24h/24 et 7j/7. En cas d'inaccessibilité, vous pouvez joindre le Coordonnateur du COUS (Docteur Abdoulaye Bouusso) au **70 638 18 00** ou son adjoint (Docteur Alioune Badara Ly) au **70 638 18 01** ;

2. le COUS, en concertation avec la Région médicale et la structure sanitaire classera le suspect selon les définitions de cas ;
3. lorsque la décision de faire un prélèvement est prise, le COUS aura la seule responsabilité de contacter l'Institut Pasteur de Dakar et le SAMU National.

Ces nouvelles dispositions seront prises en compte dans la version révisée de la Procédure Opératoire Normalisée sur les prélèvements effectués chez les sujets suspects de MVE.

J'attache du prix au respect et à l'application stricte de l'ensemble des dispositions de la présente circulaire.

Destinataires :

- Régions médicales
- Etablissements publics de Santé
- Etablissements privés de Santé
- Institut Pasteur de Dakar



Cette brochure est une réalisation du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
C. O.U.S.

