



2021

Plan de renforcement de la surveillance épidémiologique dans le cadre de la réponse à l'épidémie de la MVE dans les 42 jours, région de N'Zérékoré, 2021



ANSS et partenaires

3/31/2021

A. ACRONYMES

Acronyme	Définition
AC	Agent communautaire
ANSS	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
ARN	Acide ribonucléique
ASC	Agents de santé communautaires
CCS	Centre Communautaire de Santé
CCSA	Centre Communautaire de Santé Amélioré
CT-Epi	Centre de Traitement des Maladies Épidémiques
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
ECARE	Équipes Communales d'Alertes et de Ripostes aux Épidémies
EPARE	Équipes préfectorales d'Alertes et de Ripostes aux Épidémies
ERARE	Équipes Régionales d'Alertes et de Ripostes aux Épidémies
GX	GeneXpert
MVE	Maladie à Virus Ébola
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise en Charge
POE/ POC	Point d'entrée / Point de contrôle
RT-PCR	Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
TDR	Test Diagnostique Rapide

TABLE DES MATIÈRES

A. ACRONYMES	2
B. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
C. OBJECTIFS.....	4
1. Objectif général	4
2. Objectifs spécifiques	4
D. PORTÉE DU GUIDE.....	5
1. Personnes visées	5
2. Préfectures de mise en œuvre.....	5
E. FONCTIONS DE LA SURVEILLANCE.....	6
1. Détection des alertes.....	6
a. Définition alerte	6
b. Source des alertes	6
c. Vérification et triage des alertes	7
1. Investigation d'un décès communautaire	8
2. Investigation des cas suspects	9
3. Transfert des cas suspects au CT-Epi.....	9
4. Surveillance transfrontalière	9
5. Gestion des données	10
6. Surveillance des évènements de santé autour des guéris	10
F. Laboratoire	11
G. Vaccination.....	11
H. Renforcement des capacités des acteurs sur les définitions de cas, alertes et les SOP.....	11
I. Etude multidisciplinaire de capitalisation des expériences de la vaccination et la gestion des perdus de vue.....	12
J. ANNEXES	21
1. Algorithme de dépistage de cas suspect et de décès	21
2. Définitions de cas	21
3. Formulaire de rapport de recherche active des cas en milieu de soins.....	23
4. Algorithme sur la gestion des alertes et le flux des données.....	24
5. Algorithme des tests de diagnostic de la MVE au laboratoire	25

B. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Ministère de la Santé en Guinée a déclaré l'épidémie de la MVE le 14 février 2021. En date du 28 mars 2021, il y a un total de 18 cas (14 confirmés et 4 probables) et neuf décès (taux de létalité de 50 %). Des 18 cas confirmés, il y a cinq agents de santé, dont deux décédés. Aucun patient n'est hospitalisé dans le Centre de Traitement des Maladies Epidémiques (CT-Epi) à N'Zérékoré et tous les contacts des cas ont fini leur période de suivi. Au total, 4545 personnes ont été vaccinées, dont 288 contacts à haut risque.

Depuis la déclaration de l'épidémie, le Ministère de la Santé à travers son Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS) et les partenaires ont déployé des équipes dans la préfecture de N'Zérékoré afin d'appuyer la réponse à cette épidémie. Cet appui, dans le cadre de la surveillance consiste à effectuer : la détection et la notification des cas suspects à travers la cellule d'alerte ; la validation des alertes ; l'investigation des cas suspects, probables et confirmés ; le suivi des contacts ; le transfert des cas suspect au CT-Epi ; et l'évaluation de la performance à travers les indicateurs de la surveillance.

Une déclaration de la fin de l'épidémie sera faite à la fin de la double-période d'incubation sans nouveau cas confirmé commençant après la guérison du dernier malade d'Ebola. Comme le dernier cas hospitalisé au CT-Epi de N'Zérékoré est sorti guéri à la date du 23 mars 2021, ce plan est élaboré par le Ministère de la Santé, l'OMS et les partenaires pour donner des directives claires sur les activités de surveillance à entreprendre du 24 mars au 3 mai 2021 si de nouveaux cas confirmés ne sont pas détectés au cours de cette période.

C. OBJECTIFS

1. Objectif général

Renforcer la surveillance épidémiologique dans le cadre de la réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) pendant les 42 jours.

2. Objectifs spécifiques

- a. Détecter toutes les alertes répondant à la définition de cas de MVE ;
- b. Notifier toutes les alertes répondant à la définition de cas de MVE ;
- c. Détecter 100% des cas suspects aux points d'entrée ;
- d. Détecter 100% des événements de sante dans les 24 heures autour des sortis guéris ;
- e. Investiguer 100% des alertes (vivant et décès) ;
- f. Tester 100% des cas suspects et 100% des décès répondant à la définition des cas ;
- g. Transférer 100% des cas suspects au CT-Epi ; et

h. Vacciner au moins 80% de la nouvelle cible définie.

D. PORTÉE DU GUIDE

1. Personnes visées

Ce document est élaboré pour être utilisé par l'ensemble des parties prenantes impliquées dans la riposte de l'épidémie Ébola en Guinée. Un briefing sera fait à l'intention du personnel pour les rappeler sur les directives du guide. Les principales personnes visées par ce plan sont :

- a. Les guérisseurs, tradipraticiens et les agents communautaires ;
- b. Le personnel de santé dans les formations sanitaires publiques et privées ;
- c. Les équipes de la recherche active ;
- d. Les chefs ou assistants de prévention et de contrôle des maladies au niveau des districts et des régions ;
- e. Les équipes préfectorales d'alertes et de ripostes aux épidémies (EPARE), les équipes communales d'alertes et de ripostes aux épidémies (ECARE) et les équipes régionales d'alertes et de ripostes aux épidémies (ERARE)
- f. Le personnel de laboratoire
- g. La croix rouge
- h. Les agents de contrôle sanitaire aux points d'entrée

2. Préfectures de mise en œuvre

Cette surveillance renforcée sera menée en priorité dans le district sanitaire de N'Zérékoré tout en tenant compte des autres districts à proximité. Cette décision doit tenir compte de la capacité des CT-Epi dans les autres préfectures et aussi de la capacité de transport des échantillons de toutes les préfectures de la région de N'Zérékoré vers les laboratoires de la zone.

District sanitaire	Couverture
N'Zérékoré	Toutes les aires de santé sont couvertes pour la recherche active des cas et la remontée des alertes 8 aires de santé sur 17 sont couvertes par les investigateurs
Beyla	15 aires de santé non couvertes
Macenta	17 aires de santé non couvertes
Guéckédou	13 aires de santé non couvertes
Lola	12 aires de santé non couvertes
Yomou	13 aires de santé non couvertes

E. FONCTIONS DE LA SURVEILLANCE

1. Activités de surveillance épidémiologique

N°	Activités planifiées	Activités en cours	Activités non réalisées	Commentaires
1	Détection, vérification et triage des alertes			OMS, CDC, AFENET, OIM
2	Investigation cas suspects et décès communautaire			
3	Transfert des cas suspects au CT-Epi			
4	Surveillance transfrontalière			
5	Vaccination			
6	Laboratoire			
7	Surveillance des évènements de sante autour des guéris			
8	Renforcement des capacités des acteurs définition de cas, alertes et les SOP			
9	Etude multidisciplinaire de capitalisation des expériences de la vaccination et la gestion des perdus de vue			

2. Détection des alertes

a. Définition alerte

Tout évènement de santé publique (malade ou décès) répondant à la définition de cas suspects de MVE

b. Source des alertes

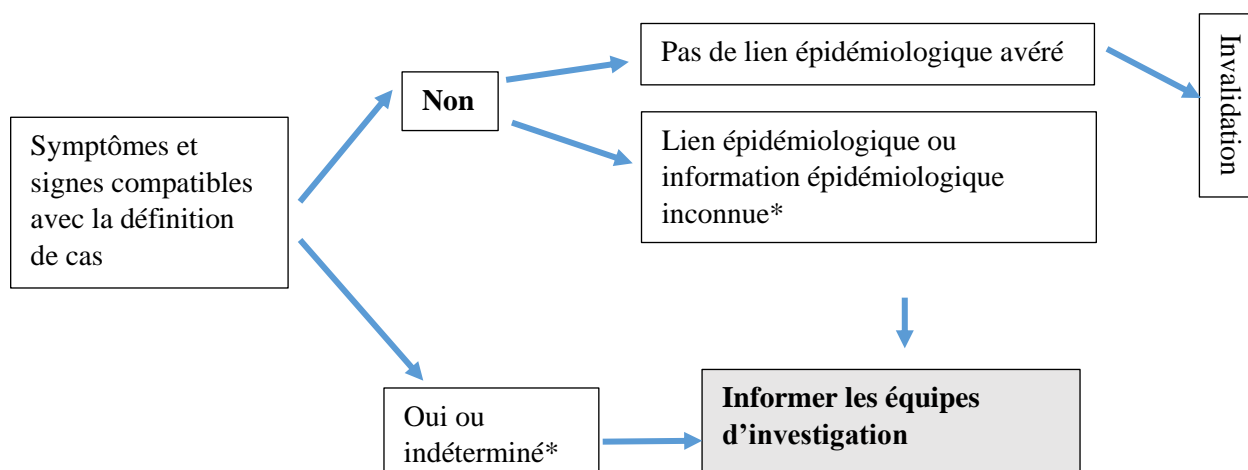
1. Recherche active	
	a. Formations sanitaires
	L'équipe d'investigation catégorise les formations sanitaires d'une aire de santé en priorité 1, 2 et 3
	Un calendrier de recherche active est établi conjointement avec le responsable de l'aire de santé et approuvé par le DPS
	Au cours de la recherche active, l'équipe passe en revue les consultations vues dans le registre de x dates à y dates
	Tout cas répondant à la définition de cas se trouvant dans le registre est enregistré sur la fiche des alertes ou directement dans le DHIS2
	La validation des alertes se fait à travers la fiche d'alerte
	Validation des alertes décès
	Tester systématiquement tous les décès survenant à Gouéké, Samoé, et la commune urbaine de N'Zérékoré
	Tester systématiquement tous les décès groupés
	Tester les décès répondant à la définition de cas de décès suspect dans les autres sous-préfectures de N'Zérékoré, les districts de Beyla, Guéckédou, Macenta, Lola et Yomou

	L'équipe d'investigation ramène la fiche d'alerte remplie à la cellule d'alerte qui saisit les données dans le DHIS2
	L'équipe d'investigation recherche les cas suspects dans la communauté et facilite leur transfert au CT-Epi en revérifiant la définition de cas
	L'équipe d'investigation fournit un rapport hebdomadaire sur la recherche active
	b. Communauté
	La plateforme « One Health » communautaire remonte les alertes en utilisant la définition de cas communautaire au niveau sous-préfectoral
2. Points d'entrée	
	Toutes les alertes identifiées aux points d'entrée doivent être notifiées à la formation sanitaire la plus proche
	La formation sanitaire valide les alertes et si nécessaire mène une investigation
3. Surveillance passive (formations sanitaires)	
	Lorsque l'alerte est remontée, la fiche d'alerte est remplie
	L'équipe va sur le terrain pour investiguer

c. Vérification et triage des alertes

Quand les alertes arrivent, le processus à suivre est le suivant :

- 1) **Duplication** : Vérifier que l'alerte n'a pas été soumise auparavant par une autre source. Si oui, marquer l'analyse comme doublon dans la base d'alertes ;
- 2) **Vérification préliminaire** : Contacter la source de l'alerte (personnel de soins de santé, équipe de recherche active de cas, communauté, points d'entrée et la plateforme une seule santé), afin de faire un triage préliminaire, décider s'il faut envoyer les équipes mobiles.



- 3) **Définitions de cas pour détecter les alertes** : voir les définitions de cas en annexe pour détecter les alertes
- 4) **Investigation des cas suspects** (vivants et décès). Vue l'inexistence de cas confirmés, la fiche de notification sera remplie pour tous les cas suspects (vivant ou décès) mais le

listage des contacts se fera seulement en cas de confirmation de labo. (Voir SOP pour la surveillance des décès en annexe)

1. Investigation d'un décès communautaire

Dans le contexte d'Ebola, le terme décès communautaires désigne toute mort de personne humaine survenue en dehors d'un centre de traitement Ebola (CT-Epi)

- a. Lorsqu'une alerte pour décès communautaire est enregistrée au centre de réception des alertes, les informations d'identification de la personne qui remonte l'alerte, du/de la défunt(e), d'une personne contact de la famille endeuillée, du lieu de décès, des lères explications du décès sont recueillies.
- b. Ces informations sont communiquées au responsable de l'aire de santé (CCS, CCSA, etc.) pour préparer le terrain avant l'arrivée de l'équipe d'investigation dont il est membre. Cela passe par l'information des autorités locales (responsables du comité de santé, responsables de la plateforme communautaire une seule santé, sous-préfet, chef de quartier, chef de village, chef de secteur, religieux, ...) avec lesquels les premières opérations d'information et de sensibilisation de la famille endeuillées et proches parents sont faites pour obtenir l'accord de la venue du reste de l'équipe d'investigation.
- c. L'équipe de l'aire de santé devant faire l'investigation est mise en place. Le responsable de l'aire de santé en est le premier responsable.
- d. Composition d'une équipe d'investigation de décès communautaires

Membres	Responsabilités
Un responsable de l'aire de santé (CCS/CCSA)	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite les interactions de l'équipe avec les officiels et les membres de l'aire de santé
Un épidémiologiste	<ul style="list-style-type: none"> • Interroge la famille et les proches pour renseigner le formulaire de notification et recueillir d'autres informations utiles • Effectue la recherche d'éventuels cas suspects dans la communauté • Une fois les TDR disponibles, si swab positif : <ul style="list-style-type: none"> ○ Recueille le maximum d'informations possible et fait le pré- listage des contacts en attendant le résultat de la RT-PCR
Trois agents de la Croix Rouge dont un hygiéniste	<p><i>Si l'épidémiologistes estiment que l'EDS était nécessaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Swabent le corps • Acheminent l'échantillon au laboratoire le plus tôt que possible • Assistent la famille pour le traitement sécurisé des corps • Accompagnent la famille pour l'enterrement proprement dit

	<p><i>Une fois les TDR disponibles, effectuée sur place l'analyse du SWAB du corps et suivra les marches suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Swab négatif : avec l'avis des épidémiologistes, le corps est remis à la famille et l'équipe la remercie et se retire • Swab positif : <ul style="list-style-type: none"> ○ Achemine sans délais l'échantillon au laboratoire pour la RT-PCR ○ Assiste la famille du lavage du corps jusqu'à l'enterrement
Un communicateur/ socio anthropologue	<ul style="list-style-type: none"> • Informe et sensibilise la famille et les proches pour les prochaines étapes (approfondissement de l'investigation, suivi des contacts, etc) en cas de positivité du RT-PCR
<p>* NB : Le nombre maximum de véhicules pour l'investigation préliminaire d'un décès communautaire est de deux (2), y compris celui de la Croix Rouge</p>	

3. Investigation des cas suspects

Voir le SOP en annexe pour le suivi des contacts si un cas confirmé est détecté.

4. Transfert des cas suspects au CT-Epi

Les cas suspects seront transférés et prélevés au CT-Epi à travers une ambulance (voir SOP PEC).

5. Surveillance transfrontalière

Dans le cadre de la surveillance active pendant les 42 jours, les activités de surveillance transfrontalière seront focalisées sur :

a. Le contrôle sanitaire aux points d'entrée frontalier et principaux axes routiers

Il s'agit de renforcer les capacités de contrôle sanitaire pour la détection, la notification et l'orientation au niveau des points d'entrée frontalier prioritaire autour de l'épicentre de l'épidémie. Les équipes aux points d'entrée et sur les principaux axes routiers doivent veiller à ce que les voyageurs soient systématiquement contrôlés à travers le lavage des mains, la prise de température, la collecte des informations sur l'état de santé, l'isolement des cas suspects et la notification des alertes.

b. La surveillance à base communautaire le long des frontières

Elle consistera à mobiliser et orienter un réseau d'agents de santé communautaires (ASC) et de leaders communautaires pour renforcer la surveillance communautaire basée sur les événements aux points d'entrée et dans les communautés frontalières et autres zones à forte densité de population.

En plus, les lignes directrices / procédures standards des contacts dans des PoE / PoC seront disséminé auprès des AC.

c. Les réunions transfrontalières

Il s'agira d'organiser des réunions transfrontalières régulières avec les pays voisins, frontaliers avec la région de N'Zérékoré (Liberia, Côte d'Ivoire et Sierra Leone) réunissant les autorités administratives et sanitaires afin de partager les informations et renforcer la coordination des interventions en matière de maladie à virus Ebola de part et d'autre de la frontière.

d. Les missions conjointes d'évaluation des points d'entrée de la région de N'Zerekore

6. Gestion des données

a. Saisie des données : Les données des alertes, des investigations et de suivi de contact seront saisies directement dans le DHIS2.

b. Analyse des données : Les données du DHIS2 seront utilisées pour faire les analyses afin de donner de nouvelles orientations à la coordination sur la riposte.

7. Surveillance des événements de santé autour des guéris

Il existe un programme spécifique destiné au suivi des guéris. La surveillance se mettra donc en lien avec ce programme et celui du laboratoire afin de monitorer l'ensemble des événements qui surviennent autour des patients guéris ainsi que leur famille :

a. Des recherches antérieures ont montré que l'ARN viral pouvait être détecté après la guérison dans différents liquides corporels de personnes ayant guéri d'Ebola. En particulier, dans le liquide séminal, l'ARN a été détecté, chez un petit nombre d'hommes jusqu'à deux ans après la sortie du CTE. Dans le lait maternel, certaines études ont montré que le virus pouvait persister de quelques jours à plusieurs semaines après la guérison. Dans le liquide vaginal, l'ARN a été détecté jusqu'à quelques semaines après la guérison dans un nombre très limité d'échantillons.

b. La transmission du virus Ebola lors de relations sexuelles d'un homme guéri d'Ebola à ses partenaires a été documentée dans plusieurs études et rapports d'investigations, notamment en Afrique de l'Ouest.

c. Pour limiter le risque de transmission secondaire par l'exposition à des liquides corporels de personnes guéries, il est recommandé de conseiller les personnes guéries et leurs partenaires sur les pratiques sexuelles à moindre risque ainsi que de proposer un test de dépistage dans les liquides corporels tels que le sperme, le lait maternel et les liquides vaginaux.

d. La plupart des actions de la surveillance seront donc portées par ce programme des guéris mais par ailleurs la surveillance devra s'assurer de :

- 1) La notification des cas de morbidité et mortalité dans les familles des survivants
- 2) Le respect du calendrier de dépistage et le suivi des personnes guéries
- 3) La participation aux réunions de coordination des guéris d'Ébola

F. Laboratoire

Pendant la période des 42 jours, tous les cas suspects testés négatifs seront testés à nouveau dans 48 heures. Pour des détails sur le test des cas suspect (voir l'algorithme de laboratoire).

G. Vaccination

Pour la période de surveillance épidémiologique pour les 42 jours avant la déclaration de la fin de l'épidémie, il a été convenu de continuer la vaccination en se focalisant sur les activités suivantes :

1. Rattraper les contacts sortis du suivi non vaccinés ;
2. Vacciner les proches des survivants non vaccinés à N'Zérékoré à travers leur association ;
3. Revacciner les agents de santé du centre de traitement Ébola, l'équipe du labo, les équipes d'enterrements dignes et sécurisés et ceux qui vont devenir contacts ou contacts de contacts de nouveaux cas dont la vaccination antérieure date de plus de 6 mois à N'Zérékoré (Selon la dernière recommandation du SAGE) ;
4. Guérisseurs traditionnels du district sanitaire de N'Zérékoré ;
5. Laveurs des corps du district sanitaire de N'Zérékoré ;
6. Personnel de première ligne des autres préfectures et d'autres aires de santé incluant personnel œuvrant dans les morgues ;
7. Conducteurs d'ambulance, personnel de la Croix Rouge ; et
8. Conseils des mosquées.

H. Renforcement des capacités des acteurs sur les définitions de cas, alertes et les SOP

Les prestataires des formations sanitaires du district sanitaire de N'Zérékoré en premier seront formés sur les définitions de cas, alertes et les SOP suivi des autres districts sanitaires de la région de N'Zérékoré

I. Etude multidisciplinaire de capitalisation des expériences de la vaccination et la gestion des perdus de vue

Suite aux insuffisances constatées dans la vaccination des cibles et dans la gestion des perdus de vue, une étude sur la capitalisation des expériences s'avère nécessaire.

Prise en charge et suivi des guéris Ebola pour les prochains 42 jours

Stratégies

N°	Activités planifiées	Activités en cours	Activités non réalisées	Commentaires
1	Maintenir les équipes de PEC en place pour le PEC en cas des nouvelles réadmissions			
2	Isolement des cas suspects dans les CT-Epi et leur PEC complète (médicale et psycho sociale)			
3	Mise en place des unités d'isolement des patients dans les hôpitaux de la région forestière en vue d'une approche de décentralisation de la prise en charge des cas suspects, isolement des patients dans le respect des normes de biosécurité, prélèvement et testing des patients, référencement au niveau des CT-Epi			
4	Poursuite des travaux d'extension du CT-Epi de Nzérékoré passe de 15 lits à 40 et de Gouécké passé respectivement de 9 lits à 25 lits			
5	Encourager l'utilisation du CT-Epi disponible, si possible, pour l'isolement des cas suspects au lieu des grands établissements de santé, grâce à un bon système de référence et à l'acceptation de la communauté. S'il s'avère nécessaire d'isoler les patients dans ces établissements, l'OMS apportera son soutien en prévoyant un espace sûr dans l'hôpital, des EPI en nombre suffisant, la formation du personnel soignant, etc.			
6	Renforcement des équipes mobiles en lien avec les CT-Epi dans les formations sanitaires en vue de soutenir les services de triage, isolement des cas suspects et la continuité des soins			

7	Formation des équipes sur la PEC des cas et réanimation à Nzérékoré / renforcement de la participation des acteurs terrains sur les webinars PEC			
8	Approvisionnement des CT-Epi en intrants et médicaments, monitoring des molécules spécifiques			
9	Evaluer le niveau de fonctionnalité des CT-Epi et PEC des cas de la région forestière, réhabilitation, extension, formation des équipes si besoin			
10	Elaboration du protocole de PEP Ebola pour le personnel soignant avec l'équipe de PSI et ANSS;			
11	Appui technique à la commission PEC et ANSS / PEC			
12	Validation des guides PEC / et autres directives			

Suivi des guéris :

- Prise en charge médicale, psycho sociale et suivi biologique des récents patients guéris
- Prise en charge alimentaire, socioéconomique et promotion de la réintégration socioéconomique des guéris, et lutte contre la stigmatisation et discrimination dans la communauté
- Réaliser une recherche holistique sur la cohorte d'anciens patients guéris de différents pays (PEC, suivi des fluides biologiques et du sperme, traitement, aspects socio-anthropologiques...) afin de renforcer la structuration des systèmes de santé publique autour des patients guéris et de générer des connaissances scientifiques sur la maladie et la phase post-aiguë pour adapter les systèmes de santé publique à la lutte contre la MVE.
- Appui technique à l'ANSS pour coordination du programme de suivi des guéris Ebola

Approches de renforcement des activités de la communication de risques et engagement communautaire dans les 42 jours de la surveillance épidémiologique pour la riposte Ebola
Activités du pilier communication et engagement communautaire

N°	Activités planifiées	Activités en cours	Activités non réalisées	Commentaires
1	Continuer les activités de communication de proximité avec les agents communautaires, les guérisseurs traditionnels, les plateformes One health communicateurs traditionnels, les religieux sur les facteurs de risques liés à la Maladie à virus Ebola			
2	Distribuer la boîte à images à Gouéké			
3	Expliquer à la communauté ce qui a été fait et ce qui reste à faire pendant les 42 jours et les 90 jours de la surveillance renforcée			
4	Élaborer des messages spécifiques liés à la nature des activités			
5	Organiser à travers les médias des émissions interactives, tables rondes, magazines, affiches, panneaux et spots d'information sur la connaissance de la maladie (Symptômes, définitions, moyen de prévention, similarité avec d'autres maladies, CAT en cas de suspicion			
6	Exploiter les données d'enquêtes ou d'analyse notamment socio anthropologiques (CERFIG par exemple), les commentaires et feedbacks des communautés pour améliorer les messages de communication et dissiper ainsi les rumeurs enregistrées, adapter la communication au point de vue de la population			
7	Faire une communication positive sur toutes les actions qui ont été menées			
8	Expliquer aux communautés ce qui a été fait pour le contrôle rapide de la maladie			

En fonction de ses directives, nous proposons les activités contenues dans le tableau ci-dessous.

Stratégies	Activité	Nouvelles considérations à intégrer	Message
Expliquer plus en détails les risques à travers les groupes de population et les médias	<ul style="list-style-type: none"> -Continuer les activités de communication de proximité avec les agents communautaires, les guérisseurs traditionnels, les plateformes One health communicateurs traditionnels, les religieux sur les facteurs de risques liés à la Maladie à virus Ebola -Distribuer les boîtes à images 	<ul style="list-style-type: none"> -Tenir compte des facteurs de risques identifiés par l'équipe d'investigation Référence : Rapport d'investigation 	Voire guide des messages sur la connaissance de la maladie et la vaccination
Fournir de plus amples informations sur la maladie	<ul style="list-style-type: none"> -Organiser à travers les médias des émissions interactives, tables rondes, magazines, affiches, panneaux et spots plus d'information sur la connaissance de la maladie (Symptômes, définitions, moyen de prévention, similarité avec d'autres maladies, CAT en cas de suspicion) 	<ul style="list-style-type: none"> -Établir des fiches techniques pour toutes les émissions à faire -Partager et faire valider tous les messages avant diffusion à la commission 	Voire guide des messages sur la connaissance de la maladie et la vaccination
Exploiter les données socio anthropologiques, les commentaires et les feedbacks des communautés	<ul style="list-style-type: none"> -Exploiter les données d'enquêtes ou d'analyse notamment socio anthropologiques (CERFIG par exemple), les commentaires et feedbacks des communautés pour améliorer les messages de communication et dissiper ainsi les rumeurs enregistrées, adapter la communication au point de vue de la population 	<ul style="list-style-type: none"> -Prendre en considération le rapport de terrain des socio anthropologues 	Voire rapport des socio anthropologues et la base de données des rumeurs
Promouvoir le rôle de L'ANSS et de ses partenaires	<ul style="list-style-type: none"> -Promouvoir à travers chaque émission le rôle de l'ANSS et de ses partenaires dans le cadre de la riposte aux épidémies à travers les médias et les CIP dans les communautés -Expliquer aux communautés ce qui a été fait pour le contrôle rapide de la maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dissiper les idées reçues au sujet de l'ANSS et des partenaires (prendre en compte le fichier des rumeurs créés par Breacrough Action) 	Voire Missions et appui des partenaires

Documenter les leçons apprises	<ul style="list-style-type: none"> -Lister toutes les actions de communication réalisées et les documenter -Organiser des séances d'écoute de certains acteurs et leaders dans les communautés pour avoir le point de vue des communautés sur les interventions menées 	<ul style="list-style-type: none"> -Corriger les erreurs de communication 	<ul style="list-style-type: none"> Recenser les meilleures pratiques Recenser également les orientations/approches qui doivent être améliorées
Améliorer les plans	<ul style="list-style-type: none"> -Adapter le plan de communication aux réalités nouvelles enregistrées -Faire des exercices de simulation pour renforcer davantage le rôle des acteurs au niveau national et district 	<ul style="list-style-type: none"> -Intégrer les leçons apprises au plan à réviser -Réadapter le manuel de procédures si nécessaire -Évaluer le niveau d'application des procédures rédigées et validées 	<ul style="list-style-type: none"> Voire le plan de riposte pour les activités post riposte

Activités logistiques dans les 42 jours de la surveillance épidémiologique pour la riposte Ébola

N°	Activités planifiées	Activités en cours	Activités non réalisées	Commentaires
1	Appuis logistiques aux équipes de vaccination anti-Ebola des cibles à Nzérékoré	X		
2	Approvisionnement du magasin relai en intrants Ebola	X		
3	Approvisionnement des sites de prise en charge de Nzérékoré en intrants Ebola	X		
4	Centralisation des intrants de tous les partenaires à la PCG avant expédition sur Nzérékoré	X		
5	Suivi des données de consommation en intrants Ebola à Nzérékoré	X		

Activités du COU-SP Ebola à N'Zérékoré pour les 42 jours de la surveillance épidémiologique

N°	Activités planifiées	Activités en cours	Activités non réalisées	Commentaires
1	Révision du format et du contenu du Sitrep en fonction de la dynamique de l'épidémie d'Ebola		X	Une réunion du comité de rédaction est planifiée en début de la semaine prochaine
2	Evaluation des besoins de renforcement des capacités des COU-SP de N'Zérékoré, Guéckédou, Beyla, Lola, Yomou et Macenta en termes de d'infrastructure de bureau, de mobiliers de bureau, de latrines et de points d'eau.	X		Une mission d'évaluation conjointe (ANSS et partenaires) est planifiée, le 02/04/2021
3	Briefing en ligne des membres permanents des COU-SP des districts sanitaires de la région de N'Zérékoré sur le Système d'information sanitaire d'alertes et de crises (SISAC)		x	TDR réalisé en attente des formalités administratives
4	Déploiement du SISAC dans la région de N'Zérékoré		x	
5	Dotation en matériels de visioconférence des Centres d'Opérations d'Urgence de Santé Publique (COU-SP) des districts sanitaires de Guéckedou, Macenta, Lola, Beyla et Yomou		X	
6	Mise en place d'une plateforme automatique de gestion des alertes à N'Zérékoré à l'image du 115		X	

J. ANNEXES

1. Répertoire des partenaires par piliers

NO	Piliers	Partenaires
1	Surveillance	OMS, CDC, AFENET, OIM
2	Prise en charge	ALIMA, MSF
3	Communication	UNICEF
4	Logistique	PAM, PFM, UNICEF, OMS, CDC
5	COU	OMS, OIM, GIZ, UNICEF, USAID, AFENET, EXPERTISE FRANCE, CDC

2. Définitions de cas suspects d'Ebola

2.1. Toute personne vivante ou décédée ayant été en contact avec un cas suspect, probable, confirmé d'Ebola ou un animal mort ou malade

ET

Présentant au moins un des symptômes suivants :

Fièvre (> 38 °C)	Hoquet
Maux de tête	Toux
Nausée/vomissements	Douleurs musculaires / articulaires
Anorexie / perte d'appétit	Difficulté à avaler
Diarrhée	Difficulté à respire
Fatigue générale intense	Conjonctivite (yeux rouges)
Douleurs abdominales/thoraciques	Perte de conscience
Mal à la gorge	Éruption cutanée

2.2. Toute personne avec fièvre ou notion de fièvre ET trois des signes ci-dessous :

Maux de tête	Toux
Nausée/vomissements	Douleurs musculaires / articulaires
Anorexie / perte d'appétit	Difficulté à avaler
Diarrhée	Difficulté à respire
Fatigue générale intense	Conjonctivite (yeux rouges)
Douleurs abdominales/thoraciques	Perte de conscience
Mal à la gorge	Éruption cutanée
Hoquet	

2.3. Toute personne avec fièvre ou notion de fièvre ET ayant un lien avec une personne guérie d'Ebola dans la communauté (secteur/village).

2.4. Tout cas de suspicion clinique d'Ebola

2.5. Toute personne présentant des saignements inexpliqués

2.6. Toute personne qui a eu un avortement spontané dans une zone en épidémie d'Ebola

2.7. Toute personne morte subitement et dont le décès est inexpliqué

Définition de cas probable

1. Tout cas suspect évalué par un clinicien

OU

2. Tout cas suspect décédé (et pour lequel il n'a pas été possible d'obtenir des échantillons biologiques pour confirmation au laboratoire) et ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé ou un animal mort (singe, chauve-souris...) ou malade.

Définition de cas confirmé

Cas suspect confirmé par le laboratoire (RT-PCR positive).

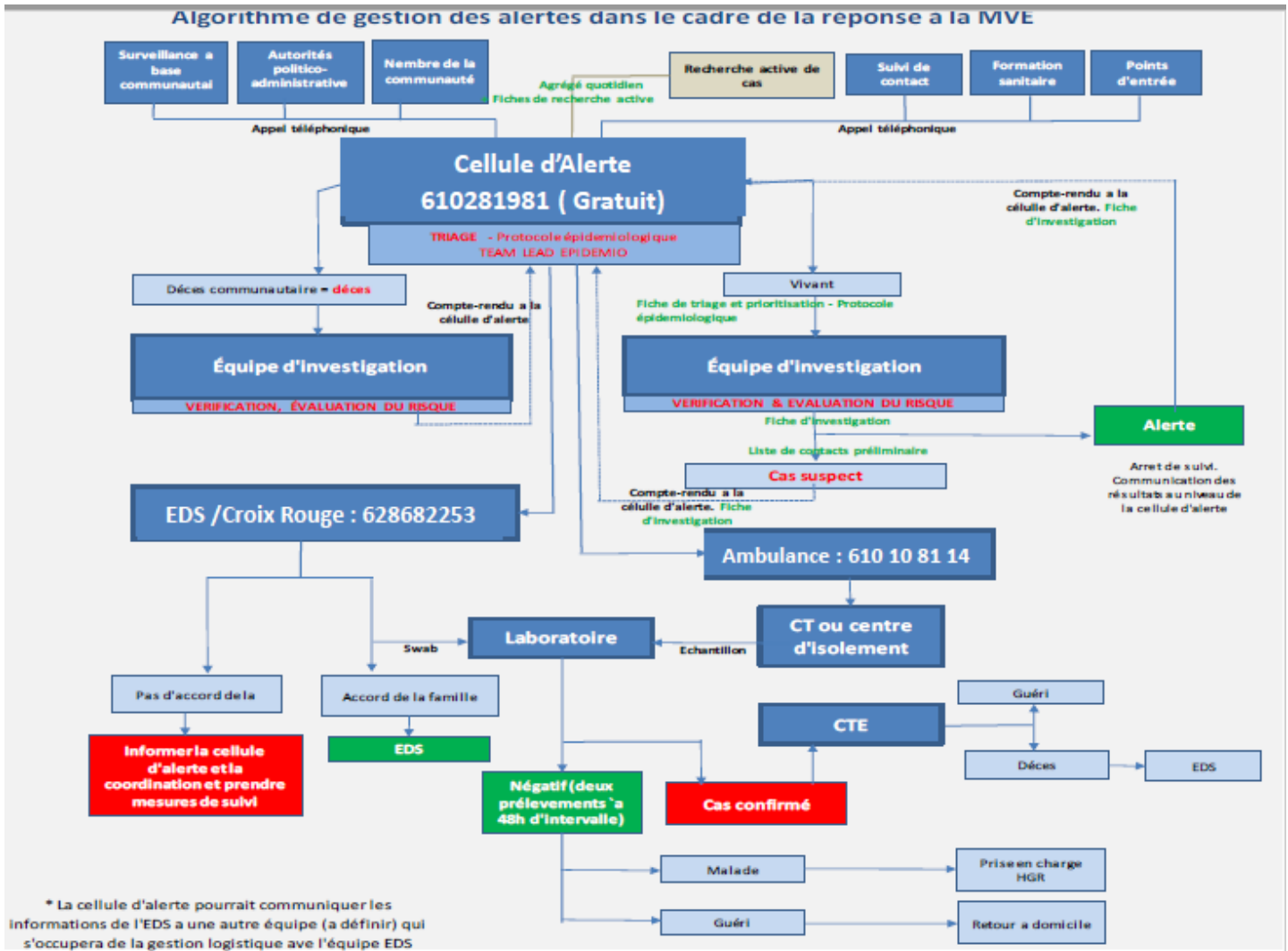
Non-cas

Tout cas suspect ou probable pour lequel le test au laboratoire (RT-PCR) est négatif

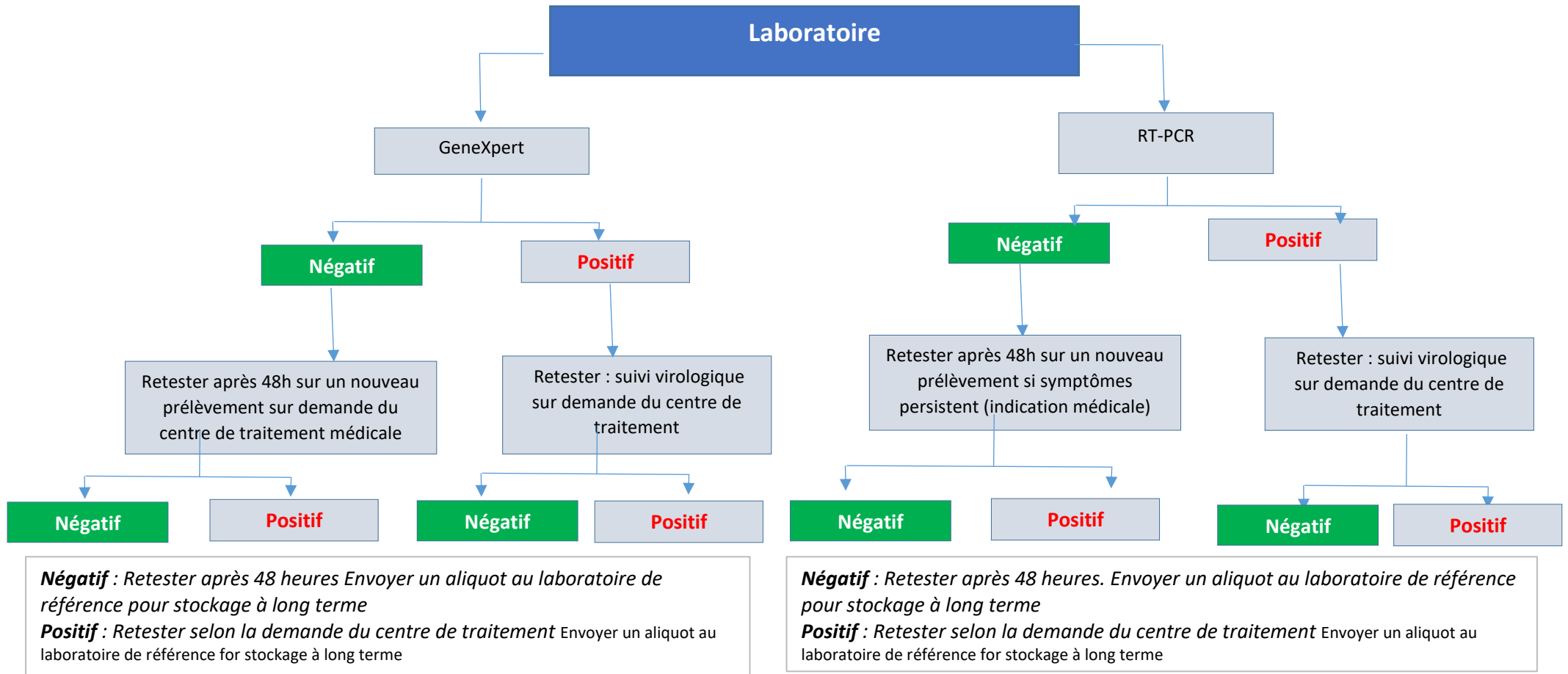
Deuxième test

Tout cas suspect testé négatif sera ré-prélevé 48 heures après pour un deuxième test

4. Algorithme sur la gestion des alertes et le flux des données



5. Algorithme des tests de diagnostic de la MVE au laboratoire



Retester 5 à 10% des échantillons positifs et négatifs par la RT-PCR au laboratoire de référence

Interprétations des tests de laboratoires

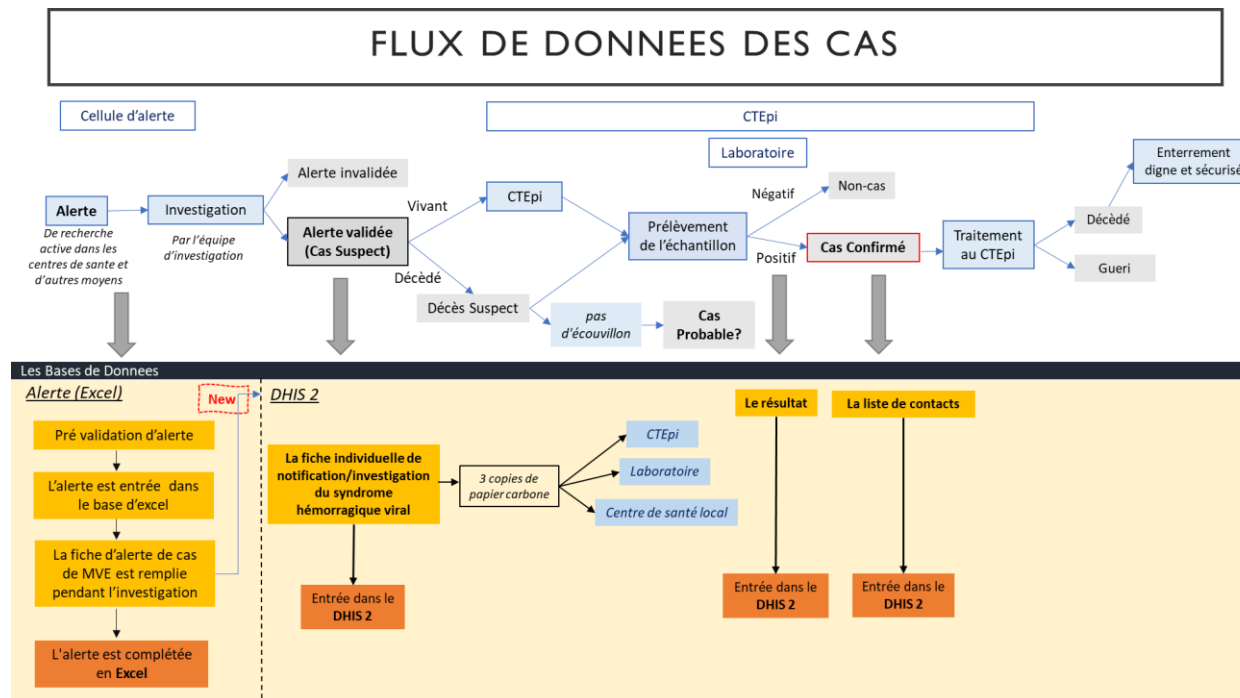
Pour GX

- Un échantillon est classé positif si: GP+NP POS ou GP POS (pour sang seulement, vérifier l'absence de vaccination EBOLA comme il contient GP) ou NP POS.
- Un échantillon est classé négatif si : GP et NP NEG
- Invalide : les contrôles de cartouches ne passent pas → nouvel échantillon

Pour RT-PCR altona filscreen

- Un échantillon est classé positif si: L POS
- Un échantillon est classé négatif si : L NEG + contrôle interne OK
- Invalide : contrôle interne ne passe pas la validation → nouvel échantillon

Flux de données des cas de l'alerte au statut final



ALERTE:

1. Toutes les sources notifient (par appel téléphonique) à la **Cellule d'alerte** de la commission surveillance :
 - a. Recherche active de cas dans les centres de santé (la majorité des alertes)
 - b. Communauté
 - c. Formations sanitaires
 - d. Suivi des contacts
 - e. Points d'entrée/points de contrôle sanitaire (POE/POC)
2. La cellule d'alerte fait une pré validation des alertes et les saisies dans le base d'excel (la nouvelle norme sera qu'ils entreront dans le DHIS2)
3. La cellule d'alerte informe l'équipe d'investigation des alertes pré-validées par aire de santé et envoie l'équipe pour investiguer

- a. L'équipe d'investigation mène l'investigation pour valider ou invalider l'alerte
- 4. La **fiche d'alerte** est remplie par la cellule d'alerte ou remplie directement par les équipes de surveillances actives sur le terrain et rendue à la cellule d'alerte quand il revient le soir
- 5. La **fiche d'alerte** de cas de MVE est retournée à la cellule d'alerte et saisie dans le **DHIS 2**

CAS SUSPECT → CAS CONFIRMÉ ou *Non Cas*

- 6. Si l'alerte est validée et que la personne est :
 - a. Décède = **Décès Suspect**
 - i. Cellule d'alerte est notifiée
 - ii. Croix Rouge est notifiée
 - iii. L'équipe sur le terrain remplit 3 copies de papier carbone de **Fiche Individuelle de Notification/Investigation du Syndrome Hémorragique Viral et saisie dans le DHIS2 (une seule copie)**
 - 1. Une copie de la fiche d'investigation reste au centre de santé local
 - iv. La Croix-Rouge ou le centre de santé obtient un écouvillon et l'envoie au laboratoire avec une troisième copie de la fiche d'investigation
 - 1. Si négatif : fin de l'investigation et restitution du corps à la famille
 - 2. Si **positif** : La Croix-Rouge planifie un **enterrement digne et sécurisé**
 - a. Envoi d'une équipe d'investigation pour le listage complet des contacts
 - b. Remise de la liste des contacts à l'équipe de suivi de contact
 - c. **Liste de contacts saisie dans DHIS 2** par l'équipe d'investigation
 - b. Vivant = **Cas suspect**
 - i. Cellule d'alerte notifiée
 - ii. L'équipe d'investigation remplit la **fiche individuelle de notification/investigation du syndrome hémorragique viral** et saisie dans le **DHIS 2**
 - 1. Une copie de la fiche d'investigation reste au centre de santé local
 - iii. L'équipe d'investigation crée **une liste complète de contacts**
 - iv. Transfert du cas au CTEpi avec une copie de la fiche d'investigation
 - v. **Prélèvement de l'échantillon** au CTEpi et envoi au laboratoire avec une copie de la fiche d'investigation
 - 1. Positif = **cas Confirmé, début de suivi des contacts**
 - 2. Négatif test 1= reprise du test 2 dans 48 heures. Si test 2=négatif, non cas
 - 3. Le laboratoire saisit le résultat dans le DHIS 2

7. Si l'alerte est invalidée et la personne est :
 - a. Décédé = Non-cas
 - i. Remise du corps aux familles
 - b. Vivant = Non-cas
 - i. L'investigation est terminée /ne fait plus l'objet d'un suivi

SUIVI DES CONTACTS

-Des agents de santé engagés par le DPS se rendent dans les zones de santé 2 fois par jour pour remplir les fiches individuelles de suivi des contacts.

-Les équipes de suivi des contacts sont supervisées par des équipes d'investigation qui saisissent les informations de suivi des contacts individuels (suivi quotidien) dans le DHIS 2 chaque jour.

VALIDATION DES DONNEES

- Réunion journalière à 16 heures avec toutes les équipes d'investigation sur le terrain au centre de coordination/EOC
 - Les mises à jour des alertes, des investigations sur les cas et de suivi des contacts sont partagées.