



Photo: WHO/E. Kabambi

PLAN NATIONAL DE RIPOSTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA DANS LES PROVINCES DU NORD KIVU ET DE L'ITURI RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Février – juillet 2019

13.02.2019

TABLE DES MATIERES

1. Introduction.....	2
2. Analyse des forces et faiblesses de la riposte.....	2
FORCES.....	2
FAIBLESSES.....	3
OPPORTUNITES.....	3
MENACES.....	4
3. Appréciation des risques.....	4
4. Situation épidémiologique actuelle.....	5
5. Objectifs, orientations stratégiques & hypothèses de planification.....	7
OBJECTIF GÉNÉRAL.....	7
OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	7
ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	7
6. Principales stratégies et activités revisitées.....	10
6.1 Renforcement de la coordination de la réponse multisectorielle à différents niveaux.....	10
6.2 Renforcement du système de gestion de l'information.....	11
6.3 Renforcement de la surveillance, recherche active des cas et suivi des contacts.....	12
6.4 Points D'Entrée (PoE).....	14
6.5 Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires.....	15
6.6 Prise en charge médicale des malades et des cas suspects.....	16
6.7 Programme des survivants.....	17
6.8 Renforcement des mesures de prévention et contrôle de l'infection (PCI).....	18
6.9 Vaccination des groupes à risque.....	20
6.10 Enterrements dignes et sécurisées (EDS).....	21
6.11 Communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire.....	22
6.12 Prise en charge psychosociale.....	24
6.13 Accès aux services de santé.....	25
6.14 Préparation des zones de santé et provinces adjacentes aux foyers épidémiques.....	26
6.15 Renforcement de la coordination et de la formation de la main-d'œuvre par l'établissement du « Centre d'Excellence Ebola » (CEE).....	27
6.16 Ressources Humaines, Appui Opérationnel et Logistique.....	28
6.17 Gestion des risques sécuritaires et des risques politiques.....	29
6.18 Distribution de la nourriture.....	31
7. Suivi et Evaluation.....	32
8. Budget.....	33
ANNEXE : Tableau des Principaux indicateurs de performance.....	35
LISTE DE CONTACTS.....	36

1. Introduction

La dixième épidémie de la MVE qui sévit dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri a été déclarée par le Ministère de la Santé le 1er août 2018. Le plan stratégique de réponse initial (PSR-1) couvrant la période jusqu'au mois d'octobre 2018 puis le PSR-2 (et le PSR-2.1) pour la période d'octobre 2018 à janvier 2019 ont facilité le déploiement des ressources importantes du Gouvernement congolais et ses partenaires.

Malgré la complexité de cette épidémie (population dense et mobile, insécurité, résistances communautaires et risque d'extension aux niveaux national et régional), la mise en œuvre des interventions a permis de réduire sensiblement la transmission de l'épidémie dans les foyers initiaux de Mangina/Mandima et de Béni et de stopper la transmission dans certains foyers secondaires comme Tchomia, Masereka et Mutwanga.

Cependant depuis le début du mois de décembre, une augmentation importante de l'incidence des nouveaux cas est observée particulièrement le long du corridor vers le grand centre urbain de Butembo (zones de santé de Butembo et Katwa) et au-delà dans la zone de santé de Kayna située à environ 150 km de Goma. Par ailleurs, des foyers actifs ont émergé vers le nord notamment dans les zones de santé de Komanda et Oicha.

Ce 3^e PSR prend en compte les points saillants et les recommandations formulées lors de la revue opérationnelle de la mise en œuvre du PSR-2 et d'autres orientations basées sur les leçons apprises et l'analyse des risques.

2. Analyse des forces et faiblesses de la riposte

FORCES

- La fonctionnalité des dispositifs de coordination de la riposte permettant l'implication des partenaires, l'échange et la diffusion d'informations journalières relatives à la mise en œuvre de différents piliers de la réponse ainsi que la bonne coordination des partenaires.
- La mise en place de Centres de Traitement Ebola (CTE) fonctionnels aux standards internationaux, des laboratoires permettant de faire un diagnostic rapide, et le suivi des traitements des patients avec les nouvelles thérapies.
- La fonctionnalité de nombreux Points d'Entrées/Postes de Contrôle (PoE/PCs) qui ont permis de signaler des alertes validées.
- La disponibilité et le déploiement rapide des vaccins (73 298 personnes vaccinées au 27 janvier 2019) contribuant à limiter la propagation de la maladie parmi les nombreux contacts et contacts des contacts des cas confirmés et probables ainsi que parmi le personnel de santé de première ligne.

FAIBLESSES

- Déficit communicationnel entre les sous coordinations et les commissions de la coordination stratégique dans la remontée de l'information et dans l'exécution des décisions et absence de plan de travail détaillé précisant pour tous les acteurs et toutes les agences présentes sur le terrain : qui fait quoi, où, quand et comment.
- Faible perception de la gravité de l'épidémie par les populations et faible implication du personnel de santé local dans les structures et activités de riposte.
- Faible nombre de décès communautaires testés ; faiblesse dans l'identification initiale des contacts et dans le suivi des contacts avec un nombre élevé de contacts perdus de vue.
- Absence d'une stratégie de résolution de conflits devant les incidents sécuritaires rapportés ; absence d'une stratégie claire de gestion des résistances communautaires.
- Déficiences de la Prévention et du Contrôle des Infections (PCI) notamment liée à l'absence de standardisation du paquet d'interventions de la PCI, au faible niveau de formation du personnel et à la précarité des infrastructures et équipements médicaux.
- Nombre élevé d'enfants de moins de cinq ans et de femmes touchées par la maladie, indiquant notamment une insuffisance de la prise en compte du volet de la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né dans les activités de la riposte.
- Le système de gestion de l'information pour la riposte reste faible, avec des bases de données fragmentaires et des informations incomplètes.
- Système d'alerte très faible dans les ZS et insuffisance des capacités de préparation dans les zones de santé à risque non encore touchées par l'épidémie.
- Faible intégration de la riposte dans un contexte d'une crise humanitaire complexe.

OPPORTUNITES

- Appréciation du potentiel élevé dans l'utilisation des réseaux sociaux locaux pour communiquer sur la riposte.
- La prise de conscience par tous les acteurs que la riposte sort du cadre de la santé publique et doit tenir compte d'autres aspects importants notamment les aspects sécuritaires.
- La disponibilité de plusieurs partenaires qui travaillent en étroite collaboration avec les équipes nationales.
- Le potentiel du système de santé local à soutenir la riposte et poursuivre les activités pour le long terme.

MENACES

- Contexte social, politique et sécuritaire sous-jacent conduisant à la réticence, au refus et à la résistance de la communauté à adhérer aux mesures recommandées par les acteurs de la réponse.
- Perturbations des activités de la riposte liées à la situation sécuritaire et attaques contre le personnel et les structures de la riposte au cours de manifestations communautaires.
- Forte mobilité de la population.
- De nombreuses structures sanitaires ne respectent pas les mesures de PCI, y compris dans leur système de triage/isolation, créant ainsi des conditions pour une propagation nosocomiale de la MVE.
- Des retards de paiement des prestataires de première ligne, qui influencent la qualité de l'exécution des activités.

3. Appréciation des risques

Au 27 Janvier 2019, 736 cas (dont 682 confirmés) ont été rapportés dans 18 ZS. Le risque de transmission au niveau national reste très élevé car les provinces touchées sont connectées au reste du pays par des voies aériennes, fluviales et routières. Le risque de transmission au niveau régional est élevé également. En effet, l'épidémie affecte des zones frontalières avec l'Ouganda et voisines du Rwanda, où il existe un flux migratoire transfrontalier élevé pour des raisons de commerce, d'accès aux soins de santé, de visites familiales et humanitaires.

Les facteurs de risques sont notamment :

- L'insécurité dans les deux provinces affectées : la situation générale en matière de sécurité s'est détériorée depuis l'épidémie et entravent l'implémentation des activités de la riposte.
- Des poches de réticence, refus ou résistance communautaires continuent d'être rapportées, notamment dans les ZS de Katwa, Komanda (Bwanasura, Kazaroho), Mangina (Aloya, Cantine) et de Butembo. Des évaluations régulières ont été réalisées et ont permis d'apporter des mesures correctrices.
- Des défis de santé publique importants sont notés, caractérisés notamment par une faiblesse dans l'identification initiale et le suivi des contacts, la précarité des structures de santé en particulier autour des paramètres de la PCI, des contacts perdus de vue, des chaînes de transmission non élucidées, l'arrivée tardive des patients aux CTE, la faible notification des alertes et décès communautaires. Il faut également relever le faible engagement des tradi-praticiens.
- Défis logistiques importants : l'extension géographique de la zone d'intervention ainsi que la situation sécuritaire de la région représentent un important défi pour l'organisation et la mise en œuvre de la riposte. Celle-ci requiert beaucoup de ressources surtout en ce qui concerne le déploiement d'experts ainsi que l'acheminement des matériels et équipements.

- Populations denses et mobiles : les populations du Nord-Kivu et de l'Ituri sont estimées à 6 655 000 et 3 650 000 habitants¹ respectivement. En dehors des déplacements pour des raisons humanitaire, la forte mobilité de ces populations est liée surtout aux activités de micro-commerce et les visites familiales.

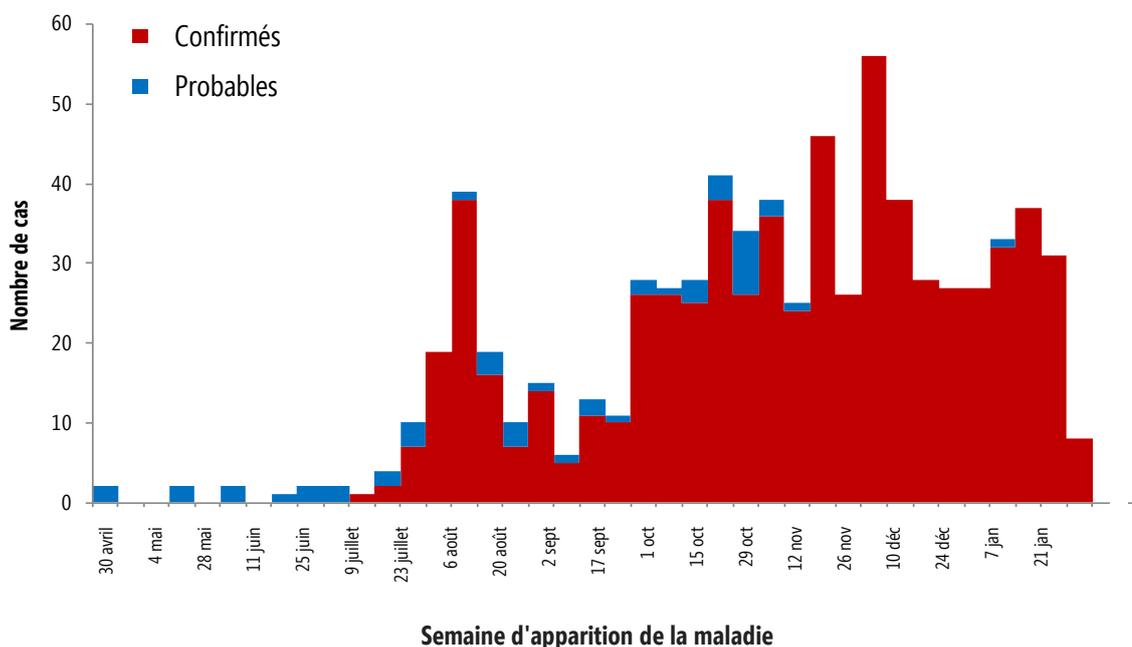
4. Situation épidémiologique actuelle

En date du 27 Janvier 2019, le nombre cumulé des cas s'élevait à 736 (682 confirmés et 54 probables) dont 459 décès, soit une létalité de près de 62 % parmi les cas confirmés et probables. La létalité parmi les cas confirmés était de 59%.

Sur 430 cas observés chez les femmes, 62% (268) sont des femmes en âge de procréation (15 à 49 ans d'âge). Les enfants représentent un nombre disproportionné de cas par rapport à l'épidémie précédente. Trente pour cent (n = 220) des cas sont âgés de moins de 18 ans, et 15% (n = 115) sont des jeunes enfants de moins de 5 ans.

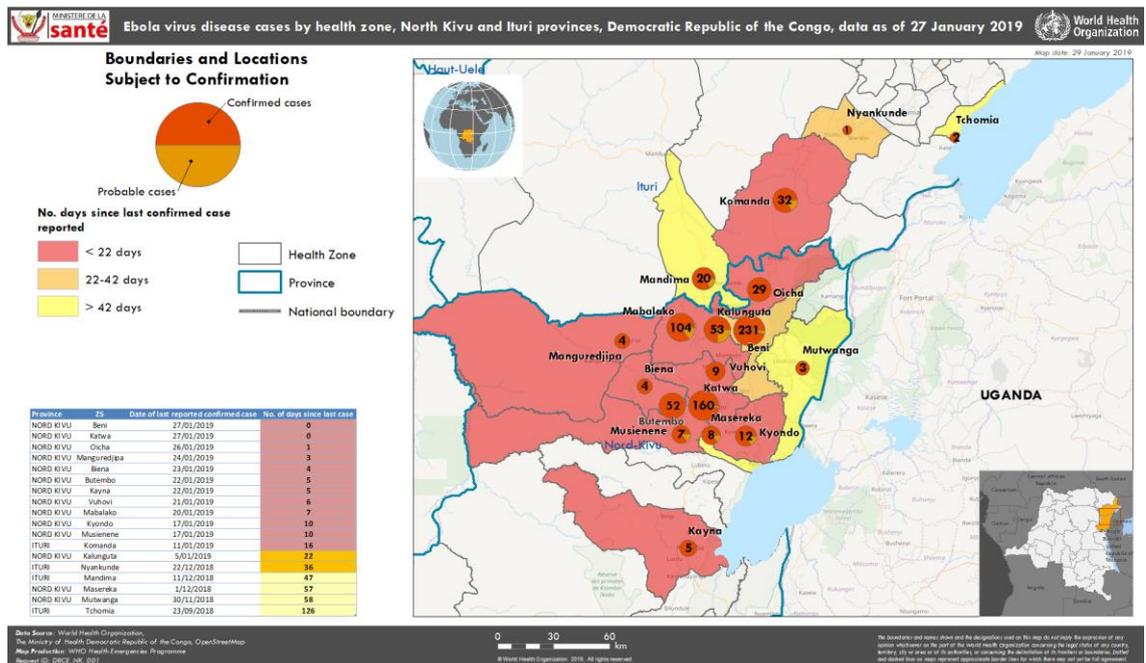
Et au total, 65 agents de santé ont été touchés par la Maladie à Virus d'Ebola.

Figure 1 : Cas et décès confirmés et probables de la maladie à virus Ebola par date de début de signes, du 1er mai 2018 au 27 janvier 2019, provinces de Nord-Kivu et Ituri



¹ Source: Ministère du Plan, 2017, Annuaire Statistique 2015

Figure 2 : Cas de maladie à virus Ebola du 1^{er} mai 2018 au 14 janvier 2019, provinces de Nord-Kivu et Ituri, République Démocratique du Congo



La majorité (74%) des cas ont été signalés dans quatre zones de santé, à savoir Beni (n = 231, 31%), Katwa (n = 160, 22%), Mabalako (n = 104, 14%) et Butembo (n = 52, 7%).

A noter que toutefois que la riposte a permis de réduire sensiblement la courbe épidémique dans les foyers initiaux de Mangina/Mandima et de Béni et de stopper la transmission dans les foyers secondaires comme Tchomia, Masereka, Mutwanga et Komanda.

5. Objectifs, orientations stratégiques & hypothèses de planification

OBJECTIF GÉNÉRAL

Interrompre la transmission de la maladie à virus Ebola dans les Provinces du Nord Kivu et de l'Ituri et éviter sa propagation dans les autres provinces de la République démocratique du Congo et les pays limitrophes.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Accélérer l'appropriation de la riposte par les communautés, leurs leaders et les acteurs des systèmes de santé locaux.
- Mettre en place un système d'alerte fonctionnel dans la communauté et dans les structures de santé.
- Renforcer l'efficacité des mécanismes de coordination et les interactions entre les commissions et les structures impliquées dans la riposte.
- Mettre en place un plan de déploiement et un système de gestion et de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la riposte.
- Renforcer l'analyse des données à tous les niveaux pour la prise de décisions mieux informées susceptibles de guider des interventions multidisciplinaires.

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Ce PSR-3 s'appuiera sur une série de nouvelles orientations stratégiques, capitalisant sur les leçons apprises dans le cadre du PSR-2, dont les points saillants se résument comme suit :

Aspects programmatiques

- L'élaboration d'un cadre unique de mise en œuvre et de redevabilité complétera ce PSR-3 pour préciser comment les stratégies et les activités des principaux piliers seront mises en œuvre, les produits/livrables, le timing ainsi que les rôles et responsabilités des principaux intervenants.
- L'ancrage des activités de la riposte aux structures du système de santé : ceci implique que les structures de pilotage et de prestation des services du secteur de la santé au niveau central, provincial et local soient impliquées. Les instructions sur les rôles et responsabilités de chaque structure seront largement diffusées et leur mise en œuvre suivie systématiquement. Chaque structure s'assurera que les différents services de santé relevant de son niveau et ayant des attributions en lien avec la riposte mènent pleinement leurs activités pour contribuer efficacement à l'atteinte des objectifs de la riposte.
- Les capacités des acteurs seront renforcées à tous les niveaux, particulièrement aux niveaux provincial et local, pour leur permettre d'accomplir efficacement les missions leur dévolues.

- Le renforcement de la coordination stratégique de l'épidémie transférée à Goma, qui sera dotée des capacités optimales de gestion de l'information et d'analyse des données, et des capacités d'intervention rapide et chargée des missions additionnelles notamment un centre de formation pour la mise à niveau et le « mentora » des intervenants, l'organisation périodique des évaluations opérationnelles et thématiques, la supervision des sous-coordinations et ZS impliquées dans la riposte et la documentation des bonnes pratiques.
- La prise en compte de la stratégie de suivi des contacts déplacés, non vus et perdus de vue y compris à travers le renforcement des activités des points d'entrée prioritaires, la mise en place d'une équipe mobile dans les sous-coordinations, et l'amélioration de l'engagement communautaire.
- La prise en compte du nombre grandissant des survivants en vue de développer des stratégies pour mieux les protéger et les impliquer dans la riposte.
- L'intensification des activités garantissant l'engagement communautaire et l'appropriation des principales mesures de la riposte par les communautés.
- La prise en compte du volet de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que des aspects humanitaires en fonction des piliers de la riposte.²

Concept des opérations

Bien que les deux provinces soient mises en mode réponse, les leçons tirées de la revue opérationnelle ont démontré la nécessité d'adapter les capacités de réponse selon l'intensité de transmission du virus et les risques :

- Dans les ZS identifiées comme véritable « hotspots », une capacité de réponse complète sera établie avec le déploiement d'une équipe multidisciplinaire d'experts nationaux et internationaux pour appuyer les équipes cadres des zones de santé (ECZS) et les équipes polyvalentes des centres de santé. Cette réponse complète est actuellement en place dans les sous-coordinations de Beni, Mandima/Mabalako, Komanda, Butembo/Katwa et (exceptionnellement) Goma. Des commissions sont en place pour faciliter la réponse ainsi qu'un CTE.
- Dans les ZS à haut risque où il y a une transmission en cours ou celles où il existe un risque élevé de transmission, une équipe de réponse sera mise en place et maintenue sur place.
 - Dans les ZS de Tchomia, Lubero, Kirumba, Manguredjipa, Nyankunde ces équipes multidisciplinaires seront composées d'experts nationaux et internationaux en rapport avec les principaux piliers de réponse.

² Des activités humanitaires qui n'ont pas pour objectif direct d'interrompre la chaîne de transmission du virus mais qui sont néanmoins essentielles au bien-être des populations du Nord-Kivu et de l'Ituri (et qui, en ce sens, contribuent à créer un environnement favorable pour les équipes de la riposte contre l'épidémie de la MVE et lesquelles s'assurent par exemple une continuité après que l'épidémie a terminé) sont inclus dans le Plan de Réponse Humanitaire 2019 et le Plan Opérationnelle pour le Nord Kivu et Ituri. Veuillez trouver les deux documents: <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/democratic-republic-congo/document/rd-congo-plan-de-r%C3%A9ponse-humanitaire-2019> et rdc.humanitarianresponse.info.

- Dans les ZS de Musienene, Oicha, Mutwanga, Kalunguta, Vuhovi Biena, Kyondo, Kayna, Alimbongo où il n'est pas possible de positionner le personnel international, une équipe d'experts nationaux sera présente pour appuyer les équipes des ZS. Toutefois, ces ZS bénéficieront de l'appui des équipes mobiles composées du personnel national et international en provenance des sous-coordinations les plus proches pour appuyer les interventions de la riposte.
- Dans les ZS non encore affectées, des experts seront déployés pour former et accompagner les ECZS et les équipes des centres de santé dans la mise en œuvre des activités de réponse adaptées (surveillance pour les alertes et suivi de contacts ; communication des risques et mobilisation sociale pour la sensibilisation et l'alerte communautaire ; vaccination du personnel de première ligne).

La coordination stratégique sera placée à Goma, dotée d'un Centre Opérationnel d'Urgence (COU) qui suivra la mise en œuvre des opérations par des liens avec les COU des sous-coordinations et les contacts directs avec les équipes des ZS.

Hypothèses de la planification

- Toutes les ZS dans les deux provinces affectées seront mises en mode réponse, en raison du nombre actuel de ZS déjà affectées par l'épidémie et des risques avérés d'extension géographique.
- La durée de six mois est retenue pour la mise en œuvre des interventions susceptibles de contenir la transmission dans les deux provinces touchées. La durée proposée tient compte de l'expérience de la riposte dans l'agglomération de Beni et de l'intensité de l'épidémie à Butembo/Katwa.
- La flexibilité dans l'exécution du plan et du budget est toutefois nécessaire pour tenir compte de la dynamique de l'épidémie et formuler les ajustements requis.
- Il est important de noter que l'observation de la transmission de la MVE dans la ville de Goma marquerait une étape radicalement différente dans cette épidémie. Ceci justifie le développement d'un plan de contingence étant donné les graves risques d'extension nationale, régionale et internationale de l'épidémie. Goma jouit en effet des connections aériennes régulières avec les grandes villes de la République démocratique du Congo, des pays voisins et autres hubs aériens en Afrique comme Nairobi et Addis Abeba.
- A ce stade, il est difficile de faire une projection réaliste du nombre de cas en raison notamment de différentes contraintes telles que le fait qu'actuellement un grand nombre de cas ne sont pas identifiés à partir de chaînes de transmission connues et le fait qu'il y a des nombreux cas qui viennent des contacts perdus de vue.

6. Principales stratégies et activités revisitées

6.1 Renforcement de la coordination de la réponse multisectorielle à différents niveaux

Les mécanismes de coordination et la collaboration entre les différentes instances de coordination vont être renforcés pour améliorer l'efficacité de la riposte. Le but est d'améliorer les interactions entre les structures de coordinations et les commissions sur les questions communes et transversales, et assurer une communication plus efficace avec tous les partenaires d'exécution.

La riposte est principalement organisée à deux niveaux : le niveau national à Kinshasa et le niveau opérationnel.

- A Kinshasa, il y a le Comité stratégique, présidé par S.E.M le Ministre de la Santé Publique et le Comité National de Coordination (CNC).
- Au niveau opérationnel de la riposte, il y a la Coordination stratégique et les Sous-coordinations, appuyées par les Commissions et Sous-commissions qui dirigent les principaux piliers de la riposte.
- La Cellule de Suivi des Actions au niveau national et la Cellule de Suivi des Actions (auparavant appelée la Cellule de Planification Stratégique) au niveau opérationnel assurent une coordination et un suivi efficaces des décisions et recommandations prises aux deux niveaux ainsi qu'un bon flux d'informations entre les deux niveaux.

La revue opérationnelle a fait noter des déficits communicationnels entre les différentes structures de coordination, la non harmonisation de certains outils, le faible suivi dans la mise en pratique des décisions et le manque de lien entre les acteurs de la riposte et ceux des systèmes de santé locaux. En outre les autorités politico-administratives, les leaders communautaires et de la société civile n'ont pas été systématiquement impliqués dans les structures de coordination.

Les activités essentielles ci-après seront menées pour renforcer la fonctionnalité de l'ensemble des coordinations et sous-coordinations de la riposte et leurs interactions :

- Organiser le déplacement de la coordination stratégique à Goma et la structurer de manière à assurer aussitôt que possible le fonctionnement d'un COU, la mise place des équipes et moyens d'intervention rapide, l'organisation des activités du centre de formation sur la MVE et du nouveau système d'information, le développement et l'exécution d'un plan de déploiement des ressources humaines et l'organisation des activités de supervision, suivi et évaluations.
- Assurer le fonctionnement des mécanismes de coordination selon les termes de référence et les modalités d'interactions définis ; renforcer l'implication du système de santé en mettant l'ECZS au centre de l'action de la riposte et renforcer l'efficacité des sous coordinations de Bunia et Goma en leur dotant de mêmes capacités de réponse que les ZS affectées.
- Assurer des analyses quotidiennes des situations de la riposte à tous les niveaux avec des informations actualisées afin d'améliorer la planification des opérations en temps réel.

- Mettre en place un échancier de suivi des recommandations par sous coordination.
- Mettre un lien entre les réunions de coordinations matinales, les réunions de coordinations stratégiques et les réunions de coordination nationale.
- Renforcer les passerelles de collaboration entre les acteurs de la riposte et ceux de la coordination humanitaire par un dialogue régulier entre les principaux acteurs concernés.

6.2 Renforcement du système de gestion de l'information

La gestion des données et de l'information de l'épidémie à virus Ebola se focalisera sur une approche systématique de la collecte, de l'analyse, du reportage, et de l'interprétation des données opérationnelles clés de tous les partenaires intervenant dans la riposte. Avec un renforcement à plusieurs niveaux, l'analyse de la qualité des activités d'intervention sera examinée continuellement dans le contexte de la situation épidémiologique actuelle, des défis, des menaces et des problèmes émergents.

La stratégie de gestion de l'information sera mise en œuvre sous la direction du Ministère de la santé, avec la collaboration de tous les partenaires soutenant les opérations de lutte contre la maladie à virus Ebola. La collecte de données dans le cadre du suivi s'intéressera aux informations les plus récentes liées l'état de santé de la population (surveillance et alerte), la recherche et le suivi des contacts, la prévention et le contrôle des infections, la vaccination, ainsi que d'autres piliers essentiels, tels que l'engagement communautaire, les activités de soutien psychosocial, et les ressources consenties à l'appui et à la mise en œuvre de la riposte.

Quatre grands axes sont définis à travers la nouvelle stratégie de gestion de l'information³:

- Mise en place d'un modèle opérationnel de gestion de l'information qui doit être intégré à la Coordination stratégique et doit transcender le cadre des organisations répondant à la riposte, et qui supporte la collecte et l'analyse des données opérationnelles au niveau des sous-coordinations.
- Amélioration de la qualité de l'information collectée pour une meilleure prise de décision opérationnelle et stratégique à travers une harmonisation des outils de collecte et la mise en place d'un système d'identifiant unique robuste pour faciliter l'intégration des bases de données disparates (par exemple, données de cas, recherche de contacts, enterrements, notification de la famille, données de laboratoire).
- Renforcement de capacités humaines liées à la collecte, l'analyse, et à la gestion de données et de l'information.
- Renforcement de la gouvernance sur les données très essentielle dans cette situation d'urgence complexe.

³ « DRC EVD Response Information management and Operational monitoring Strategy » du 22 janvier 2019

Les produits d'information énumérés ci-dessous, développés et publiés conformément à cette stratégie visent à fournir une vision plus large de l'épidémie d'Ebola, y compris des analyses épidémiologiques plus approfondies :

- Tableau de bord des indicateurs-clé de performance
- Rapport d'évaluation des activités opérationnelles sur les outputs
- Tableau de bord hebdomadaire sur l'évolution de l'épidémie de la maladie à virus Ebola
- Cartographie des activités des organisation participant à la riposte
- Liste des partenaires
- Synthèse des flux financiers

6.3 Renforcement de la surveillance, recherche active des cas et suivi des contacts

La **surveillance** permet de produire des données fiables pour assurer la détection précoce et l'isolement des nouveaux cas et prévenir la propagation de l'épidémie. Les activités clés à mettre en œuvre consistent à assurer l'augmentation des alertes, l'investigation rapide des alertes validées et des cas, le listage et le suivi des contacts et la recherche active des cas.

La communication d'alertes émane de plusieurs sources, y compris EWARS, des leaders communautaires, des équipes de surveillance et de la PCI qui mènent des activités de recherche de cas actives dans les établissements de santé. Le nombre d'alertes et des enquêtes dans les 24 heures a augmenté à partir de janvier 2019 dans la plupart des foyers épidémiques.

On note des faiblesses dans l'implication des professionnels de santé (prestataires des soins, tradi-praticiens) dans les activités de surveillance mais aussi des insuffisances de la surveillance à base communautaire notamment en raison des profils inadaptés des Relais Communautaires impliqués dans la riposte.

Les activités prioritaires ci-dessous complèteront les actions en cours :

- Elargir la définition des alertes et cas suspects pour inclure des contacts des cas confirmés et probables qui sont malades mais ne présentent pas la fièvre. L'analyse des données au 1er Janvier montre que 194 cas sur 599 cas confirmés (33%) n'ont pas présenté de la fièvre au moment de la notification des cas.
- Former et superviser les personnels impliqués dans la surveillance dans les FOSA et dans les communautés (RECOs, leaders communautaires et acteurs/ influenceurs).
- Renforcer la collaboration entre les équipes de surveillance et celles de vaccination pour mener des enquêtes plus approfondies sur les cas et la liste des contacts, ainsi qu'avec les équipes d'engagement communautaire pour relever les défis liés à la résistance communautaire.

Le **suivi des contacts** est une mesure essentielle pour contrôler une flambée de MVE. Il permet d'identifier les nouveaux cas le plus rapidement possible afin d'augmenter les

chances de survie de ces patients grâce à une gestion précoce, et limiter leur période infectieuse dans la communauté et réduire ainsi le risque de transmission secondaire.

Cependant, le traçage des contacts dans le contexte épidémique actuel reste difficile, en raison d'une série de défis liés à l'identification de tous les contacts dans une population urbaine et très mobile, le listage de tous les contacts dans les établissements de soins de santé en l'absence de registres des patients, ainsi que la résistance des communautés et l'évitement par les contacts des équipes d'enquête.

L'identification exhaustive des contacts à haut risque au cours des enquêtes de cas a été une faiblesse critique dans la réponse à ce jour. Parallèlement, une proportion importante des contacts à haut risques identifiés sont déplacés ou perdus dans le suivi entraînant un risque significatif de transmission secondaire et de propagation vers de nouvelles zones géographiques.

Les récentes données analysées indiquent que la proportion des cas qui sont des contacts connus s'est améliorée de 24% à 63% entre octobre et décembre 2018 mais cette proportion a fortement chuté à la mi-janvier à environ 10% en raison des perturbations des activités de suivi des contacts, liées aux problèmes sécuritaires et politiques.

Afin de contenir l'épidémie, une stratégie renforcée pour le suivi des contacts à haut risque déplacés ou perdus dans le suivi a été élaborée. Elle comprend :

- Des équipes mobiles de surveillance dédiées à la recherche des contacts non vus et perdus lors du suivi.
- Une cellule de coordination, de suivi et d'analyse au niveau de chaque sous-coordination dédiée à l'analyse des contacts invisibles, perdus et déplacés.
- Un renforcement des mesures déjà existantes pour le suivi des contacts non trouvés et perdus pour le suivi au niveau de la sous-coordination.
- Un renforcement des mesures d'accompagnement psychosocial ou autre des contacts listés pour les inciter à participer pleinement au programme de suivi des contacts.
- La participation de la protection civile, de l'UNPOL et de l'Agence nationale de renseignement (ANR) au suivi des contacts perdus et déplacés.
- La formation des membres de la coordination stratégiques sur l'utilisation du logiciel CommCare et son utilisation sur le terrain pour le suivi quotidien des relais communautaire et autres personnes impliquées dans le suivi des contacts.
- La définition du ratio « contact tracer/nombre de contacts à suivre chaque jour » qui sera adapté en fonction de l'évolution de la situation.

6.4 Points D'Entrée (PoE)

À ce jour, un total de 76 points d'entrée (PoE) et de points de contrôle sanitaire (PoC) ont été mis en place dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri. Près de 30 millions d'actes de dépistages de santé ont été effectués, donnant lieu à plus de 170 alertes. Par la suite, quatre alertes ont été confirmées en tant que cas de MVE. Les activités menées dans les PoEs et PoCs ont également permis de diffuser des messages de prévention et de lutte contre la MVE aux voyageurs et aux communautés locales, ainsi que de promouvoir l'hygiène des mains et contribuer à la recherche des contacts perdus de vue.

Malgré les réalisations, des défis importants continuent d'avoir un impact sur les activités de réponse aux PoE/PoC. Il s'agit notamment du nombre élevé de nouveaux sites ; l'absentéisme et les grèves dans de nombreux PoE / PoC liées aux attaques répétées sur le personnel et les retards de paiement des travailleurs ; l'approvisionnement irrégulier en eau pour les activités de lavage des mains et la faible qualité des données relatives aux performances des PoE / PoC.

Pour relever ces défis, en plus des interventions en cours, les stratégies et actions suivantes ressortent à titre de recommandations-clé :

- Protéger les grandes villes et éviter la transmission transfrontalière par le renforcement des capacités de préparation en particulier à Goma à travers une stratégie d'encerclement de la ville avec 11 Points d'entrée fonctionnant 24h/24.
- Renforcer des activités en établissant des PoE prioritaires dans les points chauds et les corridors stratégiques et en adaptant un ensemble d'interventions multisectorielles en fonction des situations épidémiologiques avec la mise en place d'un mécanisme de réponse rapide pour les PoE / PoC, utilisant des équipes mobiles à déployer rapidement dans les nouveaux points chauds ou pour renforcer le dépistage aux points stratégiques, tels que les marchés, les agences de voyages, les agences de transport et les parkings.
- Mieux gérer la rémunération des travailleurs de première ligne et la fourniture d'eau pour le lavage des mains et la décontamination des surfaces dans tous les PoE / PoC sans interruption.
- Intégrer la recherche des contacts aux activités des PoE / PoC stratégiques, qui fonctionneront 24h/24 et 7j/7 avec le soutien du personnel de sécurité, afin de faciliter l'identification des contacts disparus et perdus.
- Etablir des liens plus étroits avec le système de gestion des zones de santé existant grâce à une collaboration étroite avec l'administration des zones de santé et un transfert de connaissances aux acteurs locaux de la santé.
- Renforcer la collaboration transfrontalière par le biais de réunions régulières, du partage de données de surveillance et de l'élaboration d'approches normalisées pour la gestion des cas et les renvois dans les zones frontalières.

6.5 Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires

Le diagnostic de la maladie n'est définitif que si les échantillons analysés au laboratoire se révèlent positifs pour le virus Ebola. Le déploiement des laboratoires mobiles dans les provinces affectées permet d'accélérer la confirmation du diagnostic et d'améliorer l'efficacité des investigations épidémiologiques.

Avec l'appui de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB), la capacité de laboratoire a été établie dans tous les principaux centres d'opérations, y compris Beni, Butembo, Mangina, Tchomia, Bunia et Goma par le déploiement de machines GeneXpert. Grâce à des rapports quotidiens, la capacité de laboratoires est suivie pour s'assurer qu'ils sont tous en mesure d'accommoder le nombre d'échantillons collectés. Des machines GeneXpert récemment déployées à Beni et à Butembo permettent d'augmenter la capacité de tests quotidiens à 90 et 60 échantillons par jour respectivement.

Les activités essentielles à exécuter sont les suivantes :

- Poursuivre l'appui au fonctionnement des sept laboratoires en réactifs, consommables et matériels pour le diagnostic de la MVE.
- Acquérir 4 laboratoires mobiles (deux de réserve et deux pour formation).
- Organiser la gestion des échantillons (prélèvement, stockage, conditionnement et transport).
- Former des nouvelles équipes des techniciens de laboratoire dans le diagnostic de la MVE.

6.6 Prise en charge médicale des malades et des cas suspects

Le but des soins cliniques pour les patients MVE est de fournir des soins sûrs et de haute qualité et des soins individualisés centrés sur le patient dans un environnement qui assure la biosécurité afin de minimiser le risque de propagation du virus à d'autres patients ou aux agents de santé.

Au cours de cette flambée, des CTE ont été placés à Mangina, Beni, Makeke, Butembo, Tchomia, Katwa et Komanda. Les CTE ont varié en taille (nombre de lits), en fonction de la dynamique des flambées avec le plus grand hébergeant 86 lits (CTE de Butembo installé avec l'appui de MSF). En général, les CTE ont deux zones de soins des patients : une réservée aux patients suspects et une autre zone pour les patients confirmés. Ceci est nécessaire pour garantir des règles de biosécurité strictes.

Toutefois, la surveillance renforcée dans les communautés et la recherche active des cas dans les formations sanitaires ont fait augmenter le nombre de cas suspects nécessitant la construction des centres de transit supplémentaires (CT), où les patients suspects peuvent être soignés jusqu'à ce que les résultats de leurs tests soient obtenus. Ainsi, les patients confirmés sont rapidement transférés au CTE pour un traitement approprié (dont l'inscription au protocole d'essai thérapeutique). Enfin, l'utilisation des tests cliniques « CUBE » et de la biochimie sur site constitue un progrès majeur pour les soins cliniques des patients admis dans les CTE.

La revue opérationnelle a fait noter certaines faiblesses : la fonctionnalité des CTE est dépendante des ressources des partenaires (intrants, paiement du personnel et durée de la supervision) ; l'insuffisance d'approvisionnement en médicaments pédiatriques ; le manque de standardisation des protocoles cliniques dans l'administration des soins dans les différents CTE et la prise en charge insuffisante des malades non cas sortis des CTE.

Pour poursuivre les services de soins cliniques pendant cette épidémie, il est nécessaire de maintenir le fonctionnement des CTE et CT en s'assurant que les équipements médicaux essentiels, les fournitures et un personnel dûment formé (médecins, infirmières, hygiénistes, travailleurs sociaux, psychologues, gestionnaires, logisticiens, et pharmaciens) demeurent en place.

En outre, il est nécessaire de constituer des équipes de soins cliniques susceptibles d'être mobilisées rapidement pour optimiser la prestation de soins cliniques rapides aux patients suspects et confirmés dans des environnements sûrs et biosécurisés dans les ZS nouvellement touchées. L'objectif de ces équipes, serait d'être en mesure d'ouvrir des CT ou CTE dans les 7 jours, donc plus rapidement que la pratique actuelle. Le type et la taille des nouvelles installations dépendront de l'emplacement, de la proximité d'un CTE existant et du niveau sécuritaire de la zone et des routes d'accès.

Les principales activités de soins cliniques sont les suivantes :

- Continuer d'appuyer les CTE de Mangina, Beni, Butembo, Katwa, Komanda et Goma, avec la possibilité d'ouvrir au moins 3 autres CTE en fonction de l'évolution de la flambée.
- Continuer à appuyer les CT de Beni, Bwanasura et Kayina, avec la possibilité d'ouvrir des CT additionnelles en fonction de l'évolution de la flambée.
- Développer rapidement jusqu'à cinq équipes de soins cliniques à réponse rapide.
- Assurer la qualité des soins grâce à l'utilisation de protocoles de soins validés, y compris la mise en œuvre de thérapies expérimentales, de soins de soutien optimaux et de bien-être nutritionnel et psychosocial et les protocoles de soins adaptés aux soins des femmes enceintes et des enfants.
- Faciliter les formations des équipes nationales par des formation et suivi en assignant au moins un formateur par site de CTE.
- Continuer à fournir des soins cliniques au personnel de santé après un risque d'infection ou d'infection confirmée.
- Maintenir un équipement médical de base et une chaîne d'approvisionnement pour fournir des soins cliniques aux nouveaux patients (kit PEC), avec un total 3 kits disponibles en tout temps.
- Fournir des soins et des conseils en matière de nutrition en fournissant des intrants nutritionnels, une assistance technique et des conseils aux patients.

6.7 Programme des survivants

L'objectif de ce programme est d'assurer une gestion intégrée et harmonieuse des problèmes qui touchent les personnes guéries de la maladie d'Ebola en intégrant les dimensions cliniques, de dépistage et psycho-sociales. Cette offre de services s'inscrit dans les structures de santé existantes et est gratuite pour les personnes guéries de la maladie d'Ebola.

Les personnes guéries de la maladie d'Ebola peuvent développer des complications médicales et psychologiques. Ces personnes doivent bénéficier d'un appui lors de leur retour dans leurs communautés pour réduire au maximum tout risque de stigmatisation et complications post MVE. Etant donné la durée variable de la persistance du virus dans le liquide séminal des hommes, le risque de transmission sexuelle, bien que limité, existe. Par conséquent, le suivi des personnes guéries devient une priorité pour circonscrire tous les risques potentiels notamment ceux de la transmission sexuelle.

Pour ces raisons, un suivi intégré et multidisciplinaire est essentiel. Le programme proposé est conçu pour une durée d'un an, prévoit d'aider les survivants à rétablir leur santé et leurs moyens de subsistance grâce à l'assistance alimentaire, et est coordonné par le ministère de la santé et soutenu par différents partenaires.

Les différentes procédures et fiches techniques utilisées dans le cadre de ce programme ont été développées dans le cadre de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Equateur en 2018. Ces documents ont été validés par des experts du ministère de la santé, de l'INRB, d'ALIMA, UNICEF et l'OMS.

Le programme est organisé autour de trois axes :

- Prise en charge clinique des personnes guéries de la maladie d'Ebola
- Dépistage et conseil sur la prévention de la transmission sexuelle secondaire
- Prise en charge psycho-sociale des personnes guéries de la maladie d'Ebola

6.8 Renforcement des mesures de prévention et contrôle de l'infection (PCI)

Lors d'une épidémie de la MVE, l'objectif de PCI dans les établissements de santé, qui ne sont pas désignés comme unités de traitement Ebola formelles, est d'assurer la confiance constante des agents de santé et du grand public dans le système de santé, et d'éviter l'introduction et la transmission du virus Ebola par la mise en place d'une "culture de la sécurité". Pour atteindre cet objectif, une approche coordonnée, multidisciplinaire et normalisée continuera à être utilisée pour cibler les formations sanitaires (FOSA) à hauts risques prioritaires, en fonction de l'évolution de l'épidémie. Les grands centres de santé dans les ZS touchées viseront à maintenir les services de santé essentiels, ainsi que les centres identifiés comme étant des foyers potentiels de transmission nosocomiale.

Cette approche sera renforcée par l'intégration de données cartographiques et de surveillance en temps réel afin d'identifier rapidement les FOSA à risque et d'intervenir en utilisant une approche PCI en anneau (c'est-à-dire travailler avec les FOSA touchées pour cibler des établissements supplémentaires et des praticiens susceptibles de voir des cas). Cela visera à empêcher d'autres FOSA de la zone géographique d'être affectées.

Malgré les progrès observés, des défis importants pour la mise en œuvre opportune, efficace et fiable de cette approche coordonnée de la PCI multifactorielle demeurent. Une analyse récente de Katwa souligne que 21% des cas ont un contact avec un FOSA avant l'apparition de la maladie. À ce jour, il y a 63 cas signalés parmi les personnels de santé. La résistance communautaire reste un défi majeur et conduit à des préoccupations en matière de sécurité, notamment pour le personnel sur le terrain. En outre, les groupes à haut risque tels que les jeunes enfants et les femmes enceintes qui fréquentent les FOSA ont des défis spécifiques à la PCI qui doivent être adressés.

Pour surmonter ces défis et atteindre les objectifs de la PCI plus rapidement et plus efficacement, la gestion des piliers de la PCI et la fonction de coordination des partenaires devront être renforcées. En outre, les lacunes dans les SOP et les protocoles doivent être rapidement identifiées et corrigées.

Les stratégies et activités qui doivent être poursuivies et/ou renforcées sont les suivantes :

- Travailler avec la cellule de planification et de gestion d'information de la coordination stratégique pour utiliser les données de surveillance en temps réel pour piloter l'action de la PCI.
- Travailler avec l'équipe de cartographie de la surveillance pour élaborer une cartographie fiable des FOSA du secteur public et privé, qui servira de base de données centrale pour l'ensemble de la réponse.
- Continuer de collaborer avec les partenaires chargés de la mise en œuvre pour fournir le paquet PCI aux FOSA. Un plan d'urgence doit également être mis en place pour couvrir les FOSA additionnelles qui seront identifiées.
- Etablir un réseau de distribution sécurisé (c.-à-d. la chaîne d'approvisionnement) pour reconstituer de manière fiable l'approvisionnement en Equipement de Protection Individuel (EPI), selon les besoins, est essentiel au succès de tout plan de lutte contre les infections. Un approvisionnement régulier en EPI aidera les travailleurs du secteur à se sentir confiants qu'ils n'ont pas besoin de rationner l'EPI, et peuvent plutôt l'utiliser comme indiqué. Une coordination étroite avec le pilier logistique doit être maintenue pour assurer un approvisionnement adéquat en EPI.
- Continuer de collaborer avec les institutions privées et les tradipraticiens par le biais de réseaux connus et réduire le risque de transmission auprès des prestataires de services œuvrant dans les maternités et les blocs opératoires.
- Dotations en Kits « Santé de la Reproduction » d'urgence⁴ et Impliquer des sages-femmes ou accoucheuses à travers la formation sur la maladie à virus Ebola et les mesures de prévention et contrôle des infections.

Les activités EHA dans les écoles seront également développées dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) et viseront à enrayer la propagation de la maladie grâce à la promotion de l'hygiène et à la fourniture de kits EHA dans les écoles, y compris une station de lavage des mains et des points de contrôle savon / température dans les écoles ciblées ou à risques des zones de santé touchées.

La stratégie intersectorielle du secteur de l'éducation implique des mesures-clé de prévention de la MVE dans les locaux de l'école, notamment :

- la cartographie des écoles pour identifier sa proximité avec un cas confirmé et l'identification des écoles dans les zones de santé touchées ;
- la formation des acteurs de l'éducation (étudiants, enseignants, inspecteurs, agents de l'administration scolaire, responsables des provinces éducatives) sur Ebola, notamment EHA à l'école, soutien psychosocial et lutte contre la discrimination ;

⁴ Kit 1 Préservatifs (Partie A : préservatifs masculins + Partie B : préservatifs féminins), Kit 2 Accouchement hygiénique (Individuel) (Parties A + B), Kit 3 Post-viol, Kit 4 Contraceptifs oraux et injectables, Kit 5 Prise en charge des IST, Kit 6 Prise en charge médicale de l'accouchement (Parties A + B), Kit 7 Dispositifs intra-utérins. Kit 8 Prise en charge des complications d'avortements, Kit 9 Suture de déchirures (vagin et col de l'utérus) et examen vaginal, Kit 10 Ventouses d'accouchement (manuelle), Kit 11 Niveau de référence en Santé Reproductive (Parties A + B), Kit 12 Transfusions sanguines

- la fourniture de thermomètres à infrarouge et d'installations de lavage des mains, eau potable, savon et renforcement des capacités sur les comportements d'hygiène dans les écoles ;
- la construction de salles d'isolement pour les cas suspects à l'école ;
- la fourniture d'une documentation et d'un protocole spécifiques pour la prévention, l'orientation et la gestion des cas suspects à l'école pour fournir des messages clés sur la prévention d'Ebola aux familles.

6.9 Vaccination des groupes à risque

Malgré le contexte et les défis dans Nord Kivu et Ituri Provinces 695 ceintures (3 février) ont été définies dans la communauté et 2 zones géographiques ciblées. Au total, 73 298 contacts et contacts des contacts étaient énumérés. Parmi les personnes vaccinées 18,895 sont contacts, 22 441 sont personnel de santé et personnel de première ligne et 18 117 sont des enfants âgés de 1 à 18 ans.

Comme le nombre de cas signalés à partir de contacts inconnus reste élevé, des efforts ont été faits pour améliorer l'identification des contacts et des contacts des contacts, en particulier dans tous les endroits où le cas symptomatique a visité des FOSA avant d'être isolé ou mourir.

Il est important de souligner que le vaccin investigation el continuera à être utilisé selon les recommandations de l'OMS y compris la compliance avec les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) et qu'une attention soutenue sur la qualité des processus, des procédures et la gestion des données, conformément aux normes internationales.

Toutefois, on note une insuffisance du personnel national formé en BPC, une faible implication des ECZS et de la communauté dans l'organisation de la vaccination et une augmentation du nombre de personnes inéligibles (femmes enceintes, allaitantes et nourrissons).

Parmi les autres mesures à établir et à poursuivre pour empêcher la propagation de la transmission, citons les suivantes :

- Améliorer davantage le listage des "satellites" des ceintures (c'est-à-dire en dehors du lieu de résidence du cas, il s'agit de tous les lieux qui la personne symptomatique a visité avant d'être isolé ou mourir) pour identifier et offrir la vaccination à toutes les personnes à risque.
- Organiser les équipes de vaccination qui effectuent des opérations de « balayage » pour revoir comment les ceintures ont été définies pour les cas dont le début de symptômes remonte dans les 7 derniers jours et vérifier si les contacts au lieu de résidence et dans les satellites ont été énumérés de façon complète et vaccinés.
- Organiser des équipes qui vaccinent en priorité tout le personnel de santé et le personnel de première ligne dans les FOSA identifiées comme prioritaires parce qu'elles ont consulté ou traité un cas de MVE dans les 21 jours précédents.

- Procéder à la modification du protocole de l'utilisation du vaccin rVSV pour inclure la vaccination des femmes enceintes après le 1^{er} trimestre de la grossesse et la vaccination des nourrissons y compris les nouveau-nés, comme recommandé par le comité éthique national. Des dispositions seront prises pour le suivi des femmes enceintes vaccinées jusqu'au terme de leurs grossesses.
- Renforcer les capacités techniques des équipes nationales sur les BPC pour qu'elles soient capables d'assurer le déploiement d'un vaccin expérimental pour cette épidémie et dans le futur et considérer les options d'études appropriées pour l'évaluation des autres vaccins contre la MVE dans les zones touchées et les zones non touchées à risque autour des foyers épidémiques.

6.10 Enterrements dignes et sécurisés (EDS)

Malgré les défis en matière de sécurité, la résistance des communautés et les cas de violence et d'agression envers des équipes de sépultures sûres et dignes, des progrès significatifs ont été accomplis dans la coordination et la mise en œuvre des enterrements dignes et sécurisés dans toutes les zones touchées. Les enterrements incomplets et infructueux, ainsi que ceux qui n'ont pas répondu, sont dus en grande partie à l'insécurité, à la résistance communautaire ou aux enterrements qui sont terminés avant l'arrivée des équipes de EDS.

Dans ce contexte, les efforts seront renforcés pour assurer les enterrements sécurisés, réaliser les enterrements communautaires d'urgence à moindre risque (ECUMR) dans les zones d'accès difficiles et insécures, former plusieurs équipes de volontaires de la protection civile, les autres volontaires désignés par les leaders communautaire et engager les Chefs traditionnels.

L'évolution de l'épidémie a fait apparaître plusieurs chaînes de transmission inconnues. C'est pourquoi il est demandé aux équipes en charges des EDS de coordonner avec les équipes de laboratoire et s'assurer que tous les décès communautaires dont ils se chargent soient testés.

6.11 Communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire

L'intégration des équipes de communication et des équipes psychosociales dans les équipes de surveillance, de vaccination et de SDB (en plus d'autres piliers) a eu un impact presque immédiat sur le contrôle de l'épidémie et la réduction des réactions violentes des communautés.

Cependant parmi les faiblesses dans la mise en œuvre des activités de communication, on note notamment le faible suivi des feedback communautaires, la faible exploitation des études et enquêtes CAP et autres, le non suivi des consignes et recommandations données par la commission des communications et l'absence des mécanismes continus de renforcement des capacités. Plus il y a de l'expertise dans ce domaine, plus la réponse sera rapide et efficace.

Les stratégies de communication Ebola devraient aboutir à créer des systèmes de surveillance et d'alerte communautaires et autogérés. Ceci devrait être négocié et mis en place dès que possible, en fonction de l'acceptation de la communauté, et en s'assurant du soutien des leaders communautaires et autres "champions".

Dans cette optique, il y a un avantage clair à élaborer une stratégie opérationnelle pour déterminer comment placer plus efficacement les influenceurs locaux en tant que répondants-clé dans la réponse. Plus tôt les collectivités accepteront de s'approprier la réponse elles-mêmes, plus tôt l'épidémie prendra fin.

Les communications sur la MVE doivent être comprises comme une intervention dynamique, fortement axée sur l'écoute, l'empathie et l'adaptation aux pensées et aux réactions des communautés, en temps réel. Il n'y a pas de solution universelle. On devra s'assurer de l'identification de bons profils de personnel à impliquer dans cette activité et de leur formation.

Le choix des activités prioritaires suivantes sera fait conformément à la situation épidémiologique de la ZS :

- Revoir la stratégie de communication actuelle pour l'adapter aux problèmes communicationnels posés par plusieurs groupes spécifiques, intégrer les évidences et études disponibles, adapter la cartographie des partenaires et déterminer leurs rôles et responsabilités spécifiques ;
- Renforcer la collection, l'analyse et l'utilisation de données et les conclusions /recommandations des études ; revoir le système de rapportage et harmonisation entre les différents sites et diligenter les évaluations rapides de la structuration sociale surtout dans les nouvelles touchées ;
- Intensifier la mobilisation des leaders communautaires (chefs de quartiers/villages, chefs de rue, comités locaux, CAC, RECO, responsables de maisons de prières et tradipraticiens) dans le contrôle de l'épidémie de la MVE ;
- Systématiser l'obtention et l'analyse du feedback de la communauté et des mécanismes pour sa prise en compte par les piliers correspondants ou la coordination ;

- Intensifier les activités de sensibilisation visant à améliorer la perception de la population vis-à-vis de la riposte en tenant compte de la spécificité des groupes-cible et en utilisant les personnes guéries, les déchargés et par des sessions de visite guidée des CTE ;
- Poursuivre la production et intensifier la diffusion des émissions, des spots et microprogrammes radio et télé sur la prévention de la maladie à virus Ébola dans les médias locaux ;
- Former les superviseurs et renforcer les missions de supervision et de soutien pour les RECO, leaders communautaires et autres acteurs de communication impliqués dans la riposte, et mettre en place une équipe de formation dédiée, responsable pour la formation continue des superviseurs, des mobilisateurs et des travailleurs de première ligne, et l'adaptation en permanence des formations selon les changements dans les stratégies ;
- Mettre en place un système d'alertes précoce à base communautaire pour les cas suspects, les décès communautaires en collaboration avec l'équipe de surveillance (numéro vert sans coût à la communauté) ; organiser des visites à domicile dans les ménages à risque dans les aires de santé à problème et communiquer sur la vaccination ;
- Impliquer et faire participer les notables et célébrités, appuyer l'intégration des OAC, ONG, Confessions religieuses, les Associations des Femmes et des Jeunes comme acteurs principaux de mise en œuvre des activités de communication sur le terrain ;
- Renforcer les activités de communication à travers les dialogues communautaires, focus groupes, débats communautaires et les Tribunes d'expressions populaires dans les communautés en impliquant les leaders locaux ;
- Dans les points d'entrée et de contrôle, appuyer l'intégration des commandants des unités de la police comme agents sensibilisateurs et la mise en place des hauts parleurs avec messages préenregistrés.

6.12 Prise en charge psychosociale

L'assistance psychosociale est un élément indispensable de la prise en charge des cas de MVE. Les survivants, les contacts et les cas suspects ainsi les membres de leurs familles, sont souvent stigmatisés et empêchés de reprendre leurs activités après leur guérison.

Par ailleurs, il est important d'assurer le briefing psychologique des intervenants sur les attitudes à afficher sur terrain et la gestion de stress ainsi qu'un débriefing psychologique en groupe des intervenants (une brève thérapie préventive après 2 mois de participation à la riposte). Il importe donc d'intégrer des soins psychosociaux à la riposte le plus rapidement possible dans toutes les zones affectées.

Les activités essentielles sont les suivantes :

- Renforcer le soutien psychologique au niveau des CTE (les confirmés, les suspects, et les déchargés) et l'assistance en kits d'hygiène pour tous les déchargés et guéris.
- Soutenir les gardes malades au niveau du CTE et ménages affectés afin d'anticiper la gestion des problèmes de comportements, susceptibles de générer des tensions et des résistances dans la communauté.
- Continuer le soutien psycho-social et/ou assistance matérielle (kits alimentaires, kits « NFI », kits récréatifs) aux familles affectées.
- Poursuivre le soutien psycho-social et alimentaire aux contacts, accompagné de séances psychoéducatives afin de faciliter le travail aux équipes de surveillance et vaccination.
- Poursuivre le soutien psycho-social, alimentaire, matériel et la réinsertion scolaire des enfants orphelins et séparés du fait de la MVE.
- Intensifier les activités de psycho-éducation avec un accent particulier sur les axes ou quartiers ciblés selon la cartographie de zones de résistances pour réduire les angoisses et augmenter l'acceptation de la maladie et des mesures de contrôles.
- Recruter les psychologues locaux supplémentaires, les briefer par des nationaux et renforcer l'effectif des APS (les prestataires), les former sur les techniques de Prise en charge psychologique des victimes de la MVE et prépositionner les équipes d'appui aux autres commissions.
- Briefing et debriefing avec les prestataires.

6.13 Accès aux services de santé

Faciliter l'accès aux services de santé est essentiel pour une riposte efficace car il favorise la fréquentation des malades parmi lesquels ceux potentiellement infectés par la maladie à virus Ebola.

Une revue sommaire montre que l'utilisation des services de santé a augmenté depuis l'instauration de la subvention des soins dans une cinquantaine de FOSA agréées. Le paquet subventionné comprend la mise à disposition des médicaments, la « gratuité » des soins de santé et des frais de fonctionnement en rapport avec un nombre limité des maladies et conditions principalement pour les enfants et les femmes. Pour éviter des effets pervers, la « gratuité » des soins n'est pas instaurée pour les FOSA privées et les tradipraticiens, pour lesquelles d'autres incitations seront mises en place pour améliorer leur coopération dans le cadre de la riposte.

Il faut aussi noter que pendant l'épidémie de la MVE certaines interventions médicales courantes comme les vaccinations injectables, les injections et les actes chirurgicaux devraient se poursuivre mais avec des mesures de sécurité sanitaire renforcées.

Assez rapidement, des effets secondaires inattendus de ce système de subvention des soins de santé ont été observés. L'utilisation dans les centres de santé était moindre, tandis que celle à l'hôpital a augmenté, avec de longues files d'attente, une qualité médiocre et des coûts très élevés et insoutenables. En très peu de temps (1 à 4 mois), le coût moyen de l'approche de la « gratuité » des soins de santé est passé à 17 dollars par habitant et par an (sur une échelle de 3 à 42, la médiane de 14, et une déviation standard de 12,8). L'objectif initial du système, à savoir stimuler l'utilisation au plus bas de la pyramide sanitaire, c'est-à-dire les centres de santé, a subi un impact négatif.

En vue d'être en phase avec l'objectif de cette subvention et d'être rationnel il a été décidé de focaliser les efforts sur le subventionnement des prestations susceptibles de contribuer au dépistage des cas de la MVE. Ainsi seules les prestations suivantes sont subventionnées :

Nr	Prestations du PMA	Prestations PCA
1	Consultation externe	Consultation externe de référence
2		Admission en médecine interne (Cas aigu)
3		Admission en pédiatrie (Cas aigu)

Les activités essentielles sont les suivantes :

- S'assurer que les directives sur la subvention des soins sont claires et bien comprises sur le terrain pour le paquet incluant la consultation externe (centre de sante) ; la consultation externe de référence (Hôpital) ; l'admission en médecine interne (Hôpital) ; l'admission en pédiatrie (Hôpital) ;
- Identifier les autres FOSA selon la dynamique de l'épidémie particulièrement dans l'Ituri (Bunia, Tchomia) ;
- Contribuer à la qualité de prise en charge des patients à travers les supervisions intégrées et la vaccination des personnels de santé dans les zones à risque ;
- Évaluer l'impact de la subvention des soins sur la dynamique de l'épidémie ;
- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels.

Indicateur de suivi :

- Proportion des alertes provenant d'établissements de santé relevant de l'initiative pour la gratuité des soins de santé
- Nombre de nouvelles consultations enregistrées

6.14 Préparation des zones de santé et provinces adjacentes aux foyers épidémiques

Au regard de l'extension géographique de l'épidémie, l'existence des chaînes de transmission non reconnues dans la communauté, les contacts perdus de vue et la forte mobilité des populations dans cette région de la République démocratique du Congo, le risque de propagation de l'épidémie reste élevé non seulement dans les zones de santé non affectées des provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri mais aussi dans les provinces voisines. Il s'avère donc nécessaire d'accélérer les activités de préparation dans ces provinces voisines.

Pour les provinces voisines des foyers épidémiques, les activités essentielles à renforcer sont les suivantes :

- Renforcer les structures de coordination y inclus les sous commissions techniques mises en place par les Gouverneurs et les Ministres provinciaux de la santé ; et organiser au moins deux exercices de simulation sur la gestion des cas suspects par mois ;
- Renforcer les mesures de surveillance, particulièrement l'investigation et du suivi des alertes. Élargir et décentraliser l'établissement, la formation et l'équipement des équipes d'intervention rapide dans au moins cinq des secteurs de santé à risque élevé identifiés dans chaque province. Soutenir l'investigation systématique des alertes ainsi que le transport et le suivi sécurisés des échantillons envoyés pour confirmation diagnostique ;
- Renforcer les capacités de PCI dans les structures des zones de santé (inclure au moins 1 hôpital de référence et 5 centres de santé dans 5 zones de santé de chaque province). Former le personnel de santé aux mesures universelles de précaution ainsi

qu'aux mesures spécifiques de prévention et de lutte contre les EVD (200 agents de santé/province/mois) ;

- Intensifier et décentraliser les activités de sensibilisation et mobilisation communautaires (10 sessions communautaires et formation de 100 leaders communautaires par mois) ;
- Renforcer les capacités de gestion rapide des cas suspects y inclus du suivi des contacts, de la prise en charge sécurisées, des enterrements dignes et sécurisés au niveau des zones de sante à haut risque ;
- Renforcer les activités de screening, de sensibilisation, d'isolement et de référence au niveau des points d'entrée avec passage intense qui ne sont pas appuyés (moyenne de 30 PoE/province) ;
- Assurer la disponibilité des supports et outils techniques, logistiques, sécuritaires et administratifs pour le bon fonctionnement des activités susmentionnées.

6.15 Renforcement de la coordination et de la formation de la main-d'œuvre par l'établissement du « Centre d'Excellence Ebola » (CEE)

Les fréquentes épidémies en République démocratique du Congo et la nécessité de consolider les programmes de santé publique existants, mais déconnectés, sous une même structure soulignent la nécessité de créer un Institut National de Santé Publique (INSP) en République démocratique du Congo : le CDC- République démocratique du Congo.

Le Ministère de la Santé Publique vise à établir un Centre d'Excellence contre le virus Ebola (CEE), qui servira d'embryon pour le future CDC- République démocratique du Congo. Le CEE, en tant qu'embryon d'INSP, serait logé au sein du Ministère de la Santé Publique, et ancré à la DGLM, afin de faciliter la coordination avec les structures et les programmes essentiels liés à la maladie tels que la surveillance, le laboratoire et l'hygiène. Il maintiendra un niveau d'autonomie administrative et financière qui permettra au CEE de prendre des décisions pour le déploiement rapide des ressources (humaines et financières), de collaborer efficacement avec les partenaires (internes et externes) et d'assurer la proximité et la collaboration avec le niveau provincial.

Le CEE sera construit sur les efforts de riposte existants et intégrera progressivement des fonctions additionnelles. Il servira à renforcer et à institutionnaliser la riposte en cours au Nord-Kivu et dans l'Ituri. En particulier, la première phase du CEE mettra à profit les structures de réponse actuelles et les meilleures pratiques notamment la nouvelle coordination stratégique de Goma et une direction stratégique à établir au niveau national à Kinshasa. Les partenaires et les parties prenantes continueront de collaborer afin d'identifier les activités pertinentes pour appuyer et renforcer la coordination, notamment en améliorant les liens avec les flux d'information et les équipes de déploiement de briefing. Réagir à l'épidémie d'Ebola au Nord-Kivu et dans l'Ituri offre aux ressortissants de la République démocratique du Congo l'occasion d'acquérir une

expérience de la surveillance et de l'intervention en cours d'emploi. Exploiter les connaissances et l'expérience au sein du personnel de santé publique du pays pendant la dixième flambée épidémique d'Ebola est un investissement dans les ressources humaines avec un gain durable dans l'économie du savoir. Améliorer et appliquer efficacement les connaissances de base de la main-d'œuvre touchée sur la transmission et le contrôle du virus Ebola est une intervention cruciale que la République démocratique du Congo se propose de faire pour stopper l'épidémie.

6.16 Ressources Humaines, Appui Opérationnel et Logistique

Les principales infrastructures, les procédures essentielles et les mécanismes d'appui opérationnel doivent être renforcés pour soutenir efficacement la riposte sur tous les fronts.

Les activités essentielles sont les suivantes :

- Un plan unique de déploiement du personnel du MSP et de toutes les organisations impliquées dans la riposte sera développé et tenu à jour au niveau de la coordination stratégique. Ce plan permettra de suivre les actions connexes comme la mise à niveau des intervenants, la rotation du personnel et le paiement des primes.
- Consolider la mise en place d'une logistique unifiée de la riposte avec une compilation régulière de l'état de stock de tous les partenaires.
- Poursuivre le transport du personnel, la gestion et l'entretien du parc automobile et des motos ; installer des camps mobiles là où cela est nécessaire, au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie.
- Envisager des zones d'expansion potentielles et se préparer pour les mesures d'intensification et de préparation, y compris la solution de camps pré-positionnés et d'unités de stockage mobiles.
- Assurer des services de livraison et de distribution efficaces, y compris le dédouanement, le transport, la manutention, le reconditionnement et l'entreposage adaptés aux besoins des intervenants.
- Assurer la sécurité (clôtures, tours de protection, murs selon l'avis de sécurité) pour les camps de vie et les installations de stockage.
- Continuer l'acquisition de fournitures de bureau incluant matériels de communication et informatique, d'équipements de protection individuelle, de matériels roulants, de groupes électrogènes, de tentes ou de matériels pour la construction d'abris provisoires et/ou la réhabilitation, de lits et autres équipements nécessaire à la mise en place des camps de vie.
- Maintenir la préparation régionale pour renforcer la capacité opérationnelle en République démocratique du Congo au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie, par exemple en identifiant les zones de rassemblement régionales.

6.17 Gestion des risques sécuritaires et des risques politiques

En plus des défis posés par la résistance de la communauté (y compris les attaques signalées contre le personnel responsable de la riposte), la fluidité de la situation en matière de sécurité et le risque de détérioration rapide posent des problèmes de sécurité supplémentaires.

L'imprévisibilité contexte sécuritaire peut conduire à des restrictions sur les mouvements, le couvre-feu et d'autres mesures de sécurité qui peuvent avoir un impact négatif sur la riposte. La planification des mesures d'urgence et la mise en œuvre de mesures d'atténuation spécifiques sont essentielles pour assurer une continuité opérationnelle complète pendant toute la durée de l'intervention Ebola.

Ces activités se concentreront sur les points suivants :

- Des mesures immédiates pour assurer une intervention stable et prévisible à l'appui des opérations existantes tout en continuant à faire évoluer les opérations à Butembo et Katwa. Cela comprendra l'établissement de stocks stratégiques et le repositionnement des approvisionnements et équipements-clé, un dialogue accru avec les communautés locales et d'autres parties prenantes afin de réduire le niveau de risque et la mise en œuvre du télétravail et des opérations à distance avec l'utilisation élargie du personnel national.
- Stratégies visant à assurer la continuité opérationnelle dans les zones de risque accru de sécurité, y compris la mise en place de postes de stabilisation des traumatismes dans tous les domaines opérationnels liés à des procédures d'évacuation des blessés appropriées et au besoin les réinstallations du personnel et la mise en œuvre des opérations d'intervention à distance.
- Stratégies visant à limiter le risque de propagation de la MVE aux régions limitrophes causée par le mouvement des personnes en relation avec des incidents politiques ou de sécurité, y compris l'établissement de structures de coordination et d'intervention dans les zones de santé limitrophes.

La grande quantité de personnel déployé sur une vaste zone géographique accroît encore le risque par des accidents de la circulation routière. Ces risques pour la santé et la sécurité associés à l'indisponibilité des établissements de soins de haut niveau et aux services d'intervention d'urgence posent un défi croissant pour la santé du personnel de l'OMS et de partenaires. Ces derniers, en coordination avec la MONUSCO, mettent en place une capacité d'intervention en cas de traumatismes hautement qualifiée pour entreprendre une stabilisation préhospitalière de haut niveau, y compris une intervention en cas d'accident de masse. Le rôle principal de la capacité de réponse aux traumatismes sera de fournir de multiples équipes d'intervention rapide hautement mobiles capables d'assurer une intervention de réanimation avancée pour le personnel et les partenaires nationaux et internationaux de l'OMS en cas d'urgence traumatique mettant la vie en danger et/ou d'incident de masse avec pertes humaines.

Le soutien médical d'urgence comprendra :

- Fourniture d'un soutien d'urgence en cas de traumatisme 24h/24 à des endroits stratégiques où des concentrations de personnel de l'OMS et des partenaires travaillent et vivent ;
- Fourniture d'un soutien mobile d'urgence en traumatologie aux équipes travaillant dans des régions éloignées à haut risque ;
- Formation continue aux premiers secours d'urgence dispensée au personnel et aux partenaires de l'OMS ;
- Révision et répétition des plans d'intervention en cas d'incidents multiples pour tous les domaines des opérations d'intervention Ebola de l'OMS présentant un niveau de risque acceptable en République démocratique du Congo et fonctionnant en conformité avec toutes les exigences de sécurité de l'UNDSS ;
- Coordination avec toutes les parties prenantes pour assurer une capacité d'intervention harmonisée.

Les équipes seront stationnées dans les résidences hôtelières principales et dans les zones d'opérations, y compris le Centre d'opérations Ebola. Cinq (5) unités devraient opérer avec 3 stationnées à Beni, 1 à Butembo et 1 unité mobile pour compléter d'autres équipes mais aussi se déployer dans des zones éloignées en cas de besoin.

Les zones d'opérations et la réaffectation des équipes seront réexaminées en permanence en tenant compte du contexte épidémiologique de la réponse et de la sécurité Ebola.

Pour assurer l'harmonisation entre les partenaires d'intervention, y compris l'élaboration de scénarios et d'hypothèses communs, la planification des mesures d'urgence est mise en œuvre par l'entremise du Comité stratégique de l'intervention Ebola à Beni.

6.18 Distribution de la nourriture

Considérée comme un incitant non négligeable, elle doit désormais être :

- Organisée par l'équipe de suivi des contacts (équipe conjointe vaccinateurs-suivi des contacts-distribution de nourriture) ;
- Mise en œuvre par une seule organisation avec son agence d'exécution ; et
- Suivi par des indicateurs de performance.

L'aide alimentaire du PAM joue un rôle essentiel pour répondre aux besoins des populations des régions touchées par l'épidémie, et ce, via trois axes essentiels :

- Soigner : soutien alimentaire et nutritionnel direct aux efforts médicaux en vue du traitement, du rétablissement et de la réintégration des patients atteints d'MVE et de leurs ménages ;
- Contenir : assistance fournie aux contacts de cas confirmés de maladie à virus Ebola afin de faciliter les efforts des partenaires sanitaires pour réduire les taux de transmission par le suivi de contacts, la communication, la prévention des infections, le soutien psychosocial et la distribution de kits de sanitaires complémentaires ;
- Protéger : couvrir les besoins en matière de sécurité alimentaire et de moyens de subsistance et promouvoir l'engagement communautaire des populations touchées par le virus Ebola avant, pendant et après l'épidémie.

95% de l'aide alimentaire est consacrée à l'axe « Contenir », le WFP distribuant des colis de vivres chaque semaine pendant la période d'observation médicale des contacts avec Ebola de 21 jours.

7. Suivi et Evaluation

Le Ministère de la Santé et l’OMS, en collaboration avec OCHA, le PAM, l’OIM, l’UNICEF et CDC et en ligne avec la stratégie de gestion de l’information présentée ci-dessus, publient quotidiennement des mises à jour épidémiologiques. Ces publications sont complétées hebdomadairement avec des rapports de situation détaillées et des rapports périodiques sur les indicateurs établis selon le cadre de référence du suivi de la riposte. Le cadre de suivi de la riposte repose sur une logique visant à identifier les intrants, les extrants, les résultats et les impacts. Les résultats et impacts dérivent de la liste des indicateurs de performance clés (Annexe). Le suivi des résultats se fait à partir d’une liste d’activités essentielles répartie en « piliers » d’intervention tels que la surveillance, CPI-Wash, sur la base d’une série de critères préétablis⁵ pour définir leur statut de mise en œuvre classifié en « opérationnel », « partiellement opérationnel » et « non opérationnel ». Le suivi des intrants est composé de chiffres clés sur les actifs et les ressources (par exemple, stocks, fournitures, transport, communication, vaccins, ressources humaines, etc.) et de la cartographie des partenaires opérationnels dans un 3W (Qui fait quoi, Où).

Les équipes de gestion de l’information de chaque sous-coordination et de la coordination stratégique produiront certains produits essentiels dérivés du processus de collecte, de traitement et d’analyse des données.

Tableau de fréquence des produits

Produits	Fréquence	Contributeurs
Indicateurs Clé	Hebdomadaire	MSP, OMS, OCHA, UNICEF, CDC
Tableau de bord	Hebdomadaire	MSP, OMS, OCHA
Qui-Fait-Quoi-Où	Hebdomadaire/Mensuelle	MSP, OMS, OCHA
Liste des partenaires	Hebdomadaire	MSP, OMS, OCHA
Analyse des extrants	Hebdomadaire	MSP, OMS, UNICEF, CDC
Analyse des intrants		MSP, OMS, UNICEF

⁵ « DRC EVD Response Information management and Operational monitoring Strategy » du 22 janvier 2019

8. Budget

Les activités du Plan national de riposte pour les 6 prochains mois sont évaluées à 148 millions de dollars. Ce budget sera ré-évalué et réajusté périodiquement en fonction de l'évolution de la riposte. La mise en œuvre de ce budget sera suivie de près par une équipe dédiée au sein de la coordination.

Stratégies de riposte (interventions révisés)	US\$ février-juillet	Partenaires de soutien principaux
Renforcement de la coordination de la riposte multisectorielle avec différents comités à différents niveaux <ul style="list-style-type: none"> • 3 x centres des opérations d'urgence provincial • 6 x coordination terrain • 1 x comité nationale de coordination • Gestion de l'information/Suivi et évaluation 	21 150 000	OMS, PDSS, OCHA
Surveillance, dépistage actif des cas et suivi des contacts <ul style="list-style-type: none"> • 17 équipes d'intervention rapide/d'enquête sur les cas • 8 équipes perdu de vue • 75 x superviseurs pour la surveillance • 1 500 x agents de recherche des contacts • 112 x points d'entrée surveillé 	25 100 000	OMS, GOARN, MSF, OIM
Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires mobiles <ul style="list-style-type: none"> • 1 x laboratoire national de référence • 11 x laboratoires mobiles • Logistique pour le transport des échantillons 	1 255 000	OMS, EDPLN, PDSS
Prise en charge médicale des patients et des cas suspects <ul style="list-style-type: none"> • 9 x centres de traitement de la MVE et centres de transit • 600 x unités de triage dans les hôpitaux/centres de santé 	19 432 000	OMS, MSF, EDCARN, ALIMA, Équipes médicales d'urgence
Renforcement des mesures de prévention et de lutte contre l'infection, ainsi que des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé et les communautés <ul style="list-style-type: none"> • 600 x établissements de santé • 600 x dans les écoles • 900 x dans les communautés de la zone touchées • 23 x équipes pour des enterrements sûrs et dans la dignité • 17 x équipes de décontamination 	12 690 000	OMS, UNICEF, FICR, La Croix Rouge, UNFPA
Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale <ul style="list-style-type: none"> • 18 x communication sur le risque • 800 x équipes pour l'engagement des communautés • 8 x équipes anthropologues 	7 610 000	OMS, UNICEF, FICR, La Croix Rouge

Stratégies de riposte (interventions révisés)	US\$ février-juillet	Partenaires de soutien principaux
Soutien psychosocial <ul style="list-style-type: none"> • 10 x équipes de soutien psychosocial • 1 x appui nutritionnel et alimentaire auprès des personnes touchées 	10 993 000	UNICEF, PAM
Vaccination des groupes à risque et riposte de la recherche <ul style="list-style-type: none"> • 20 x équipes de vaccination 	10 780 000	OMS, MSF, GOARN, UNICEF
Appui à la gratuité des services de santé	12 700 000	PDSS
Appui opérationnel et logistique <ul style="list-style-type: none"> • 2 x bases opérationnelles • 6 x bases opérationnelles terrain • 1 x base logistique nationale 	21 615 000	OMS, PAM, MONUSCO, UNICEF
Préparation dans les provinces/Zones de santé avoisinant le Nord-Kivu et de l'Ituri <ul style="list-style-type: none"> • 50 x Zones de santé à Nord Kivu et à l'Ituri 	4 550 000	OMS
BUDGET TOTAL US\$	147 875 000	

ANNEXE : Tableau des Principaux indicateurs de performance

Indicateur		Cible
Général	Nombre de nouveaux cas confirmés	0
Général	Nombre de nouveaux cas probables	0
Général	Nombre de nouveaux cas suspects	Non défini
Général	Nombre de nouvelles aires de santé touchées	0%
Général	Délai entre l'apparition des symptômes et l'isolement effectif (ou notification) en jours	4 jours
Surveillance	Etude de cas de toutes les alertes vérifiées terminées dans les 24 heures	100%
Points d'entrée	Pourcentage de points d'entrée et de contrôle avec des opérations ininterrompues au cours des 7 derniers jours	85%
Points d'entrée	Pourcentage des voyageurs examinés aux PoE / PoC	90%
Suivi de contacts	Pourcentage de contacts (des cas confirmés + probables) pour lesquels la recherche des contacts a été effectuée (21 jours)	100%
Suivi de contacts	Pourcentage de contacts suivis avec succès au cours des 24 heures précédentes	100%
Suivi de contacts	Pourcentage de nouveaux cas probables / confirmés précédemment inscrits sur les listes de contacts	100%
Suivi de contacts	Pourcentage de contacts perdus au suivi	0%
Laboratoire	Proportion de décès dans la communauté testés positifs	100%
Laboratoire	Pourcentage de résultats de laboratoire disponibles pour tous les cas suspects dans les 48 heures	100%
Gestion de cas	Taux de létalité pour tous les cas confirmés admis dans les centres de traitement Ebola	< 50%
Gestion de cas	Pourcentage d'enfants de moins de 23 mois qui ont reçu des conseils appropriés sur l'ANJE en situation d'urgence	100%
PCI	Nombre de cas qui sont des travailleurs de la santé	0
PCI	Proportion de cas suspects décédés pour lesquels des enterrements sans risque ont été menées	100%
PCI	Pourcentage de centres de santé avec un score PCI supérieur à 80%	100%

Indicateur		Cible
PCI	Pourcentage d'établissements de santé dans les zones touchées avec un package PCI minimum	100%
PCI	Pourcentage d'écoles et de lieux publics proches des lieux de cas confirmés où des stations de lavage des mains sont utilisées	100%
PCI	Pourcentage de ménages de cas confirmés, de contacts et de voisins de cas confirmés ayant reçu des kits d'hygiène et de prévention avec un message adéquat	100%
Vaccination	Pourcentage de personnes éligibles vaccinées	100%
Vaccination	Pourcentage de personnes éligibles vaccinées	3 jours
Accès gratuit aux soins de santé	Nombre moyen de jours entre l'identification d'un nouveau cas confirmé ou probable et l'ouverture d'un anneau de vaccination	50%
Engagement communautaire	Proportion des alertes provenant des structures bénéficiant d'un accès gratuit aux soins	80%
Engagement communautaire	Nombre d'enfants d'âge scolaire ayant reçu des informations sur la prévention d'Ebola	Non défini
Prise en charge psychosociale	Pourcentage de familles de cas confirmés et probables touchés, y compris les enfants bénéficiant d'une protection et d'un soutien psychosocial, y compris un kit de soutien	100%

LISTE DE CONTACTS

Pour plus d'informations, contacter :

Le Ministère de la Santé
de la République démocratique du Congo

Dr Ndjoloko Tambwe Bathé
Direction Générale de lutte contre la maladie,
Directeur Général
Courriel : <mailto:mbathe42@hotmail.com>
Tél : +243 99 9990 80 64

Dr Dominique Baabo
Coordinateur
Programme de Développement du Système de Santé
Mobilisation des ressources
Courriel : <mailto:mdobaabo2@pdss.cd>
Tél : +243 81 617 99 21

Mme Jessica Ilunga
Chargé de communication
Courriel : presse@sante.gouv.cd
Tél : +243 82 030 78 72

Les partenaires :

OMS – République démocratique du Congo

Dr Deo Nshimirimana
Représentant de l'OMS dans le pays
Courriel : nshimirimanad@who.int
Tél : +47 241 39001

Dr Michel N'da Konan Yao
Incident manager
Courriel : yaom@who.int

Mme Clarisse Kingweze
Administratrice chargée de la mobilisation des ressources
Courriel : mckingweze@who.int

UNICEF - République démocratique du Congo

Dr Gianfranco Rotigliano
Représentant de l'UNICEF
Courriel : grotigliano@unicef.org

Dr Tajudeen Oyewale
Représentant Adjoint de l'UNICEF
Courriel : toyewale@unicef.org

Dr Hamady Ba
Coordonnateur des interventions d'urgence
Ebola Courriel : hba@unicef.org

PAM - République démocratique du Congo

Mr Claude Jibidar
Représentant Pays
Courriel : claudeljibidar@wfp.org

Coordination humanitaire

Mr Julien Harneis
Coordinateur humanitaire adjoint
Courriel : harneis@un.org
Tél : +243 999981875

ALIMA - République démocratique du Congo

Mr Tinou-paï Blanc
Chef de mission
Courriel : cdm@rdc.alima.ngo
Tél : +243 8 17 59 75 95

MSF - République démocratique du Congo

Mr Karel Janssend
Chef de Mission MSF – OCB RDC
Q. Bassoko – Ngaliema
Tél : +243 (0)815 026 027 / (0)84 136 22 84

OIM - République démocratique du Congo

Mr Jean-Philippe Chauzy
Chef de Mission
Courriel : jpchauzy@iom.int