

17^{ième} Epidémie de la Maladie à Virus Ebola/ MVE_RDC

vue rapprochée de la surface



MINISTRE DE LA SANTE
PUBLIQUE, HYGIENE ET
REVOYANCE SOCIALE



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
**Institut National
de Santé Publique**

Centre des opérations d'urgences de sante publique « COUSP-RDC »

PLAN DE REPONSE DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA DANS LA PROVINCE D'ITURI

17^{ième} Epidémie
de la maladie à
Virus Ebola en
RDC

Mai 2026

Table des matières

Acronymes	1
Préface	3
Remerciements.....	4
1. CONTEXTE GENERAL	5
1.1. Contextes de la Province d'Ituri	6
1.2. Contexte spécifique des zones de santé affectées	8
1.3. Dynamique de transmission et facteurs de risque	9
2. OBJECTIFS	11
2.1. Objectif Général	11
2.2. Objectifs Spécifiques	11
3. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE	13
3.1. Gouvernance et coordination	14
3.2. Hypothèses de la planification	14
3.3. Concept des opérations de la réponse	17
3.4. Catégorisation des zones de santé	18
3.5. Principes Directeurs	19
3.6. Période de Mise en Œuvre	19
4. STRATEGIES DE LA REPONSE	20
4.1. Renforcement de la Coordination	20
a) Sureté et Sécurité/PSEA	21
4.2. Renforcement de la Planification	22
4.3. Renforcement des Opérations	23
4.3.1. Renforcement du Système de Surveillance	23
4.3.2. Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires	24
4.3.3. Prise en charge holistique des cas MVE/Gestion clinique des malades	24
4.3.4. Continuité de Services de Santé Essentiels	29
4.3.5. Renforcement des Mesures de Prévention et Contrôle de l'infection (PCI/ Wash) et EDS	30
4.3.6. Communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire CREC (transversale)	31
4.3.7. Renforcement de la préparation des zones de santé et provinces adjacentes aux foyers épidémiques	31
4.3.8. Recherche et innovation	32
4.4. Logistique	35
4.5. Administration et Finances	35
5. BUDGET	36
ANNEXES	37
<i>Annexe 1 : Tableau des principaux indicateurs de performance</i>	37
<i>Annexe 2 : Note de bonne conduite et la responsabilité</i>	41
<i>Annexe 3 : Engagement éthique du personnel recrute pour les urgences de sante publique...</i>	42

ACRONYMES

ANR	: Agence Nationale de Renseignement
APA	: Autorités Politico Administratives
APS	: Assistants Psycho Social
BCZ	: Bureau Central de Zone de Santé
CAC	: Cellule d'Animation Communautaire
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CASS	: Cellule d'Analyse en Sciences Sociales
CAI	: Cellule d'Analyse Intégrée
CF	: Chaîne de Froid
CNC	: Comité National de Coordination
COU	: Centre des Opérations d'Urgences
COUSP	: Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique
CPC	: Comité Provincial de Coordination
CSU	: Couverture Santé Universelle
CT	: Centre de transit
CTE	: Centre de Traitement Ebola
ECP	: Equipe Cadre Provincial
ECUMR	: Enterrement Communautaire d'Urgence à Moindre Risque
ECZ	: Equipe Cadre de Zone de Santé
EDS	: Enterrement Digne et Sécurisé
EHA	: Eau, Hygiène et Assainissement
EPI	: Equipement de Protection Individuelle
ESU	: Enseignement Supérieur et Universitaire
FARDC	: Forces Armées de la République Démocratique du Congo
FOSA	: Formation Sanitaire
GIBS	: Groupe Inter Bailleur Santé
HGR	: Hôpital Général de Référence
IM	: Incident Manager
IMS	: Incident Management System
INRB	: Institut National de Recherches Biomédicales
IT	: Infirmier Titulaire
KVA	: Kilo volt ampère
MAPI	: Manifestation Adverses Post Immunisation
MVE	: Maladie à Virus Ebola
OAC	: Organisation à Assise Communautaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale

<i>PAO</i>	: <i>Plan d'Actions Opérationnel</i>
<i>PCI</i>	: <i>Prévention et Contrôle de l'Infection</i>
<i>PNC</i>	: <i>Police Nationale Congolaise</i>
<i>PoC</i>	: <i>Point de Contrôle sanitaire</i>
<i>PoE</i>	: <i>Point d'Entrée</i>
<i>PPL</i>	: <i>Personnel de Première Ligne</i>
<i>PROVED</i>	: <i>Division Provinciale de l'Enseignement</i>
<i>PSEA</i>	: <i>Prevention des Abus et Exploitation Sexuelle</i>
<i>PSY</i>	: <i>Psychologue Clinicien</i>
<i>RDC</i>	: <i>République Démocratique du Congo</i>
<i>RECO</i>	: <i>Relais Communautaire</i>
<i>SE</i>	: <i>Son Excellence</i>
<i>SIMR</i>	: <i>Surveillance Intégrée de Maladies et Riposte</i>
<i>SITREP</i>	: <i>Situation Report (Rapport de la situation)</i>
<i>VSAT</i>	: <i>Very Small Aperture Terminal (Terminal à très petite ouverture)</i>
<i>WASH</i>	: <i>Water, Sanitation and Hygiène</i>
<i>ZS</i>	: <i>Zone de Santé</i>

Préface

L'épidémie de maladie à virus Ebola représente l'une des menaces sanitaires les plus graves pour la santé publique mondiale, en raison de sa létalité élevée, de sa propagation rapide et de ses conséquences sociales, économiques et sécuritaires. L'expérience des 16 précédentes flambées en République Démocratique du Congo et dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest a montré que la préparation et la réponse rapide sont essentielles pour contenir efficacement la maladie et sauver des vies.

Le présent Plan de réponse à l'épidémie d'Ebola dans la Province d'Ituri s'inscrit dans la vision nationale et internationale de renforcement de la sécurité sanitaire. Il vise à orienter, coordonner et harmoniser les actions des différents acteurs impliqués – autorités sanitaires, partenaires techniques et financiers, société civile et communautés – afin d'assurer une réponse rapide, efficace et intégrée.

Ce document constitue un cadre de référence stratégique et opérationnel. Il définit les priorités, les mécanismes de coordination, ainsi que les mesures de prévention, de détection, de prise en charge et de communication à mettre en œuvre. Il intègre également les leçons apprises des précédentes épidémies Ebola et bien d'autres, dans une perspective de renforcement durable du système de santé et de la résilience communautaire.

En publiant ce plan, le Gouvernement, avec l'appui de ses partenaires, réaffirme son engagement à protéger la santé des populations et à réduire l'impact sanitaire, social et économique des épidémies d'Ebola. L'adhésion et la participation active de toutes les parties prenantes, en particulier des communautés, seront déterminantes pour garantir l'efficacité de sa mise en œuvre.

Dr Dieudonné MWAMBA KAZADI

Directeur Général de l'INSP

Remerciements

L'élaboration de ce Plan de Réponse contre la maladie à virus Ebola a été rendue possible grâce à la contribution de nombreux acteurs et partenaires, dont l'engagement et la collaboration ont été essentiels.

Nous exprimons notre profonde gratitude :

- Aux autorités nationales et provinciales de santé, pour leur leadership et leur engagement constant dans la protection des populations face aux urgences de santé publique.*
- Aux équipes techniques du Ministère de la Santé publique et hygiène et prévoyance sociale et d'autres ministères sectoriels dont l'expertise et le dévouement ont permis de concevoir un document ancré dans la réalité du terrain et adapté aux besoins du pays en rapport avec la réponse Ebola.*
- Aux partenaires techniques et financiers, notamment les agences des Nations Unies, les organisations internationales, bilatérales et non gouvernementales, pour leur appui technique, logistique et financier tout au long du processus.*
- Aux professionnels de santé et agents de première ligne, qui continuent à se mobiliser, souvent au prix de grands sacrifices, pour sauver des vies et limiter la propagation de la maladie à virus d'Ebola.*
- Aux communautés locales et à leurs leaders, qui jouent un rôle déterminant dans la détection précoce, l'adhésion aux mesures de prévention et la résilience collective.*

Enfin, nous saluons l'ensemble des experts, chercheurs et partenaires qui ont partagé leurs connaissances et leurs expériences, contribuant ainsi à renforcer la pertinence et l'efficacité de ce plan.

À toutes et à tous, nous adressons nos sincères remerciements et comptons sur la poursuite de cette collaboration pour assurer la mise en œuvre réussie du présent plan et renforcer durablement notre capacité nationale de riposte aux épidémies.

Pr. Christian NGANDU BWANGANDU

Coordonnateur du COUSP

1. CONTEXTE GENERAL

La Maladie à Virus Ebola (MVE) demeure une menace majeure de santé publique au niveau mondial, particulièrement en Afrique subsaharienne et spécifiquement en République Démocratique du Congo (RDC), pays qui a documenté 16 des 35 épidémies recensées dans le monde, soit près de 42 % des flambées globales. Bien que la majorité de ces crises aient été historiquement causées par l'espèce Zaire ebolavirus, l'actuelle flambée en Ituri marque un tournant épidémiologique critique en raison de l'implication de la souche Bundibugyo. L'agent causal, appartenant à la famille des Filoviridae, se transmet par contact direct avec les fluides biologiques d'animaux ou de personnes infectées, et sa gestion en RDC repose désormais sur une expertise éprouvée mais confrontée ici à des défis biologiques et opérationnels inédits.

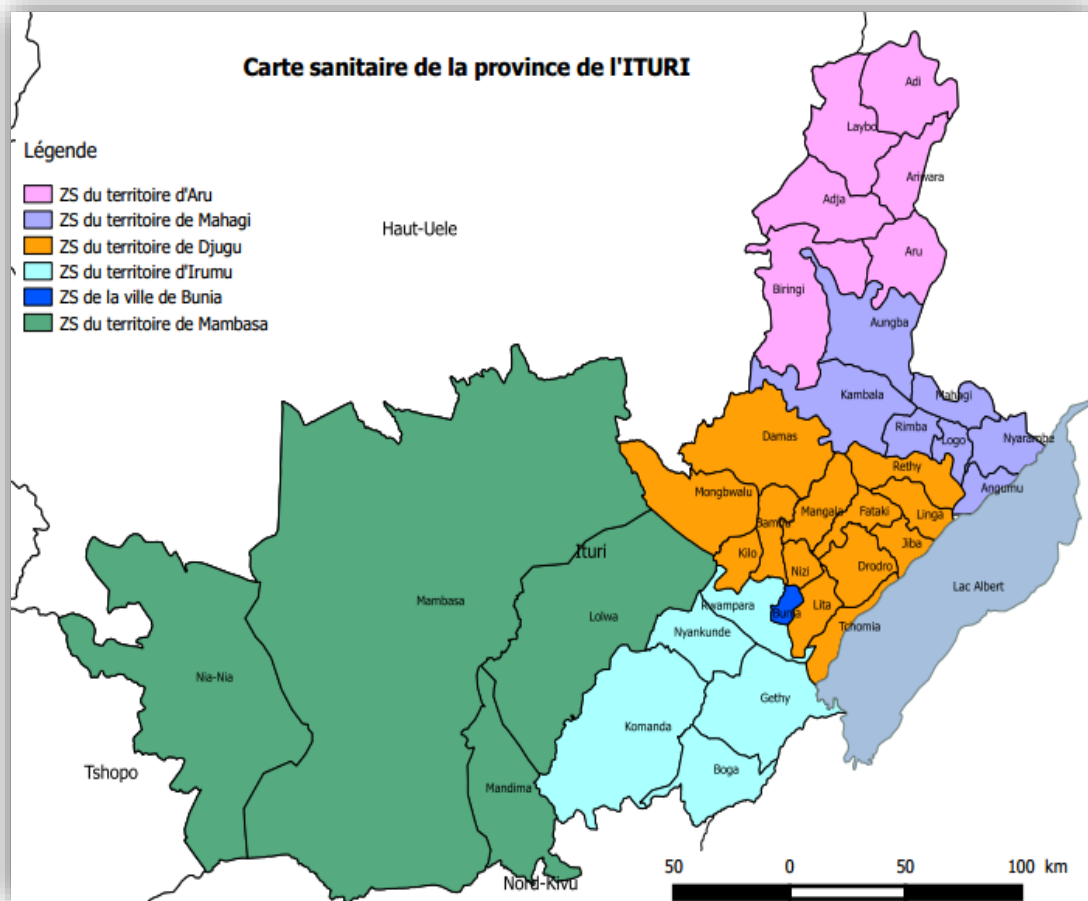
L'investigation épidémiologique situe l'origine de cette 17ème épidémie au 20 avril 2026, date du décès à Bunia d'un patient dont le parcours post-mortem de Bunia à Mungbwalu a contribué à la propagation. Après un séjour de deux jours à la morgue Balidja de Bunia, la levée du corps a été effectuée le 22 avril pour un transfert vers Mungbwalu, où l'enterrement a eu lieu le 23 avril 2026 sans mesures de biosécurité.

Ce transfert et les rites funéraires associés sont devenus les moteurs principaux de l'explosion des cas communautaires dans le quartier Shun, illustrant une dynamique d'amplification funéraire classique mais aggravée par une atypie clinique propre à la souche Bundibugyo. Contrairement aux formes hémorragiques précoces souvent observées, cette souche se manifeste ici par une détresse respiratoire, une fièvre brutale, des douleurs épigastriques et des diarrhées, ce qui a initialement induit une divergence d'interprétation entre les communautés et le personnel de santé, retardant ainsi la détection précoce.

L'identification formelle de l'ebolavirus Bundibugyo et la trajectoire du cas index imposent une réorientation immédiate de la stratégie de réponse, car les outils standards acquis depuis 2019, notamment le traitement Ebanga et le vaccin rVSV-ZEBOV, sont spécifiques à la souche Zaire et pourraient présenter une efficacité limitée. Cette situation crée une vulnérabilité immunologique et thérapeutique qui, couplée à la forte densité minière de zones telles que Nzebi, Dala ou Kilo et au transit urbain de corps à Bunia, porte le risque de propagation régionale à un niveau "Élevé". Par ailleurs, la méfiance initiale des autorités sanitaires locales face aux signalements communautaires et la persistance de rumeurs mystiques exigent que ce plan de réponse intègre l'anthropologie médicale comme pilier central pour restaurer la confiance institutionnelle.

Dans ce contexte de forte mobilité et de précarité sécuritaire en Ituri, l'activation du Système de Gestion d'Incident (SGI) est impérative pour contenir cette menace et préserver la sécurité sanitaire nationale.

1.1. Contextes de la Province d'Ituri



Carte 1 : Carte administrative et territoriale de la Province de l'Ituri (RDC) par Territoires et Zones de Santé.

La province de l'Ituri, située au Nord-Est de la République Démocratique du Congo, s'étend sur 65 658 km² et fait face à des vulnérabilités géographiques et structurelles majeures qui compliquent la gestion de cette 17ème épidémie de MVE. Partageant la frontière avec l'Ouganda pays historiquement affecté par les souches Soudan et Bundibugyo, la province enregistre des mouvements transfrontaliers permanents et des flux commerciaux denses transitant par Bunia et Mongbwalu.

Sur le plan démographique : La Division Provinciale de la Santé (DPS) de l'Ituri gère une population estimée à près de 8 millions d'habitants, caractérisée par une densité moyenne de 120 habitants au km² répartis sur 36 zones de santé, 608 aires de santé et 36 hôpitaux généraux de référence.

Cette dynamique de peuplement est fortement fragilisée par une croissance urbaine, une faible couverture en infrastructures d'eau, hygiène et assainissement (WASH), ainsi qu'une forte interaction homme-faune sauvage propice aux événements de débordement zoonotique.

Le contexte opérationnel de l'Ituri est caractérisé par une instabilité sécuritaire chronique et un régime de gouvernance militaire. Les conflits armés persistants, notamment dans le territoire de Djugu ainsi que l'activisme des forces terroristes des ADF dans les territoires d'Irumu et de Mambasa, provoquent des déplacements massifs de populations vers des camps de réfugiés internes saturés et des centres urbains supposés sécurisés. Cette insécurité récurrente restreint l'accès physique des équipes sanitaires aux zones de santé rurales, compliquant l'investigation rapide des alertes et le suivi des contacts.

Sur le plan institutionnel : La province évolue sous une administration militaire dictée par l'état de siège, un cadre de gouvernance au sein duquel le gouvernement provincial accorde des appuis financiers et logistiques ponctuels sur plaidoyer de la DPS, essentiels pour le déclenchement initial des interventions d'urgence.

Le profil éco-sanitaire de la province met en évidence un système de santé déjà saturé par un fardeau de morbidité complexe et des flambées épidémiologiques récurrentes. La province sort à peine d'une gestion de crises multiples subies au cours des derniers mois, notamment une épidémie de Mpox s'étendant sur 27 zones de santé, une flambée de peste dans la zone de santé de Rethy et plus de 1 500 cas enregistrés de rougeole.

Ce tableau clinique est aggravé par des facteurs de précarité économique : la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, et les jeunes actifs sont plus dans l'exploitation minière artisanale de l'or et du coltan délaisse l'agriculture de subsistance, exacerbant l'insécurité alimentaire et la malnutrition infantile chronique dans les foyers de Mongbwalu.

Enfin, les barrières socioculturelles et les croyances ancrées en Ituri représentent le défi le plus critique pour l'interruption des chaînes de transmission de la MVE. Les diverses communautés, réparties entre les groupes ethniques Hema, Lendu, Alur, Bira et Lese, observent des us et coutumes qui s'opposent directement aux protocoles de santé publique, à l'instar des scarifications thérapeutiques traditionnelles ou du refus confessionnel de la transfusion sanguine chez certaines communautés religieuses.

L'émergence massive d'églises de réveil prônant des guérisons miraculeuses et le recours systématique aux tradipraticiens pour des maladies attribuées à des causes mystiques favorisent des pratiques d'exorcisme en vase clos et des appels à des prières collectives prolongées. Ces comportements retardent le recours aux structures de soins qualifiées, dissimulent les cas suspects et perpétuent les rituels funéraires à haut risque de manipulation

de cadavres, agissant ainsi comme de puissants vecteurs d'amplification communautaire des épidémies.

1.2. Contexte spécifique des zones de santé affectées

La Zone de Santé de Mongwalu, épicentre initial de cette 17^{ème} épidémie, présente un profil de vulnérabilité extrême dicté par son économie minière et son enclavement. Caractérisée par une exploitation artisanale intense de l'or et du coltan, elle attire une population active jeune, hautement mobile et instable, particulièrement difficile à répertorier et à suivre pour le traçage des contacts.

Son écosystème, marqué par de vastes zones forestières, multiplie les risques de contacts zoonotiques, tandis que la faiblesse de sa couverture sanitaire et l'insécurité chronique liée aux groupes armés en font une zone d'accès humanitaire restreint. C'est dans ce contexte complexe que le premier a été enterré, favorisant une chaîne de transmission communautaire rapide et non sécurisée dans le quartier Shun, exacerbée par des résistances culturelles et des rumeurs d'origine mystique de la maladie.

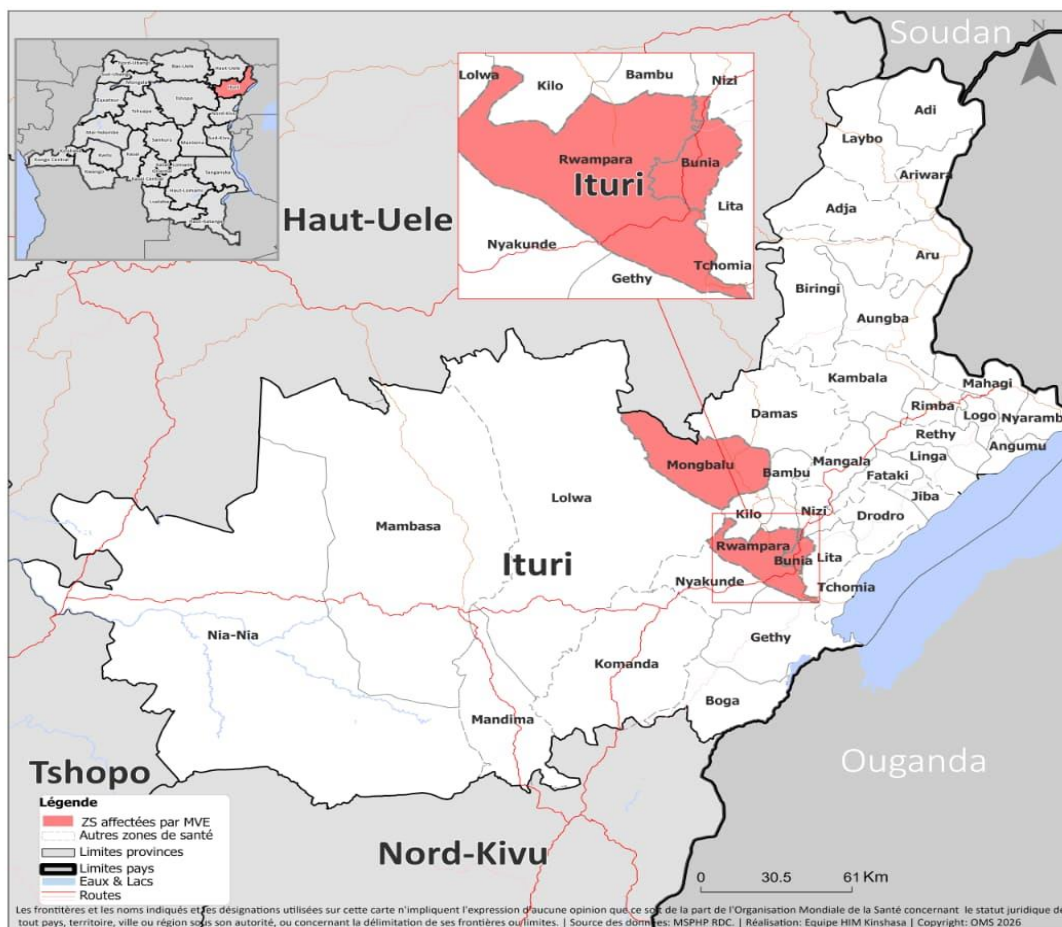
La Zone de Santé de Rwampara, de nature semi-urbaine et périurbaine, sert de ceinture périphérique et de zone de transition directe avec le chef-lieu de la province. Sa forte densité démographique est alimentée par des mouvements quotidiens de populations qui se déplacent vers les centres commerciaux et miniers, ce qui amplifie le risque de transmission communautaire silencieuse le long des axes routiers.

Bien qu'elle dispose de structures sanitaires de référence, cette concentration d'infrastructures l'expose de manière critique à des risques élevés de transmission nosocomiale si les mesures de Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI) ne sont pas rigoureusement appliquées. La détection récente de cas suspects dans cette zone fait craindre une dispersion invisible du virus, facilitée par la fluidité des contacts entre le milieu rural et le milieu urbain.

La Zone de Santé de Bunia constitue le carrefour stratégique, administratif et logistique majeur de la province de l'Ituri, ce qui positionne son implication comme le point de bascule critique de l'épidémie vers une crise urbaine de grande ampleur. En tant que principal site commercial et humanitaire, la ville abrite une population à très forte densité et concentre des points de contact de masse tels que de grands marchés publics, des parkings routiers et un aéroport national.

C'est à Bunia, précisément au sein de la morgue BALIDJA, que le corps du premier cas a séjourné avant son transfert, illustrant le rôle de la ville comme vecteur d'exportation du virus vers l'arrière-province et vers les pays limitrophes via le trafic transfrontalier avec l'Ouganda. Malgré sa vulnérabilité face à une amplification urbaine rapide, Bunia centralise la majorité

des partenaires techniques, des structures de coordination de la DPS et le laboratoire provincial, en faisant le siège indispensable du Système de Gestion d'Incident (SGI) pour piloter la riposte.



Carte 2 : Répartition géographique des Zones de Santé affectées par la 17ème épidémie de MVE (souche Bundibugyo) dans la province de l'Ituri.

1.3. Dynamique de transmission et facteurs de risque

L'élaboration d'une stratégie de riposte efficace face à cette 17ème épidémie exige une compréhension des mécanismes de la propagation du virus au sein de la communauté. L'analyse des données collectées met en évidence une corrélation entre des spécificités biologiques propres à la souche Bundibugyo, des vulnérabilités géographiques locales et des déterminants socioculturels complexes. L'épidémie en Ituri se propage à l'intersection de la forte mobilité humaine liée aux activités minières, à de barrières comportementales et ethnique. L'identification des facteurs de risque et de la dynamique de transmission détaillés ci-dessous constitue le socle décisionnel indispensable pour structurer les opérations, anticiper les foyers secondaires et orienter les piliers du Système de Gestion d'Incident (SGI).

2. Amplification par les pratiques funéraires et gravité clinique et professionnelle.

La dynamique de transmission de cette 17ème épidémie trouve son principal moteur dans l'amplification funéraire, où la manipulation non sécurisée des corps et la participation active à des rites traditionnels sont identifiées comme les contextes d'exposition majeurs à l'origine des premiers clusters communautaires. Cette situation est exacerbée par une atypie clinique propre à la souche en cause, laquelle se manifeste initialement par une fièvre brutale, une fatigue intense et des diarrhées, sans signes hémorragiques apparents au stade initial.

Cette absence de manifestations hémorragiques directes a induit un retard de diagnostic différentiel, favorisant une transmission nosocomiale critique qui se traduit déjà par des cas symptomatiques et des décès préoccupants parmi le personnel soignant local. Face à cet indicateur de gravité élevé, la standardisation et l'organisation immédiate d'Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS), associées à un renforcement drastique des mesures de Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI) dans les structures de soins, s'imposent comme des priorités absolues pour rompre la chaîne de contamination.

3. Expansion géographique et couloirs de forte mobilité minière et transfrontalière.

Le risque de propagation géographique de l'épidémie s'accélère sous l'effet combiné de la panique et d'une dynamique territoriale complexe. La fuite des habitants du quartier Shun et la désertification de certaines avenues affectées entraînent des mouvements désordonnés de population vers la périphérie de Bunia et les localités minières environnantes telles que Nzebi, Saio, Pluto, Pilipili, Dala et Kilo.

Cette zone se caractérise par une très forte mobilité des travailleurs et des flux commerciaux informels permanents, ce qui multiplie les contacts invisibles et complique la mise en place du suivi des contacts. Compte tenu des contraintes logistiques persistantes dans l'identification exhaustive des cas et de l'absence de protocoles de prise en charge actualisés pour cette souche non-Zaïre, ces mouvements de population créent un risque éminent de dissémination à grande échelle, menaçant à court terme d'atteindre les pays limitrophes, notamment l'Ouganda et le Sud-Soudan, via les couloirs transfrontaliers.

4. Défiance institutionnelle, obstacles socioculturels et barrières de communication.

Sur le plan sociétal, l'intervention se heurte à des obstacles comportementaux et structurels majeurs qui fragmentent la réponse sanitaire et retardent le déploiement des opérations sur le terrain. Une crise de confiance profonde s'est installée en raison d'une divergence initiale de perception entre les autorités de la Zone de Santé, qui ont d'abord suspecté une fausse alerte

faute de confirmation biologique rapide et les communautés locales confrontées à la réalité de décès persistants.

Cette défiance institutionnelle favorise l'ancrage de rumeurs attribuant l'épidémie à des causes mystiques non médicales, entraînant un refus des soins, des retards majeurs de consultation et une faible adhésion aux directives sanitaires. De surcroît, la forte mobilisation religieuse locale, matérialisée par des appels à des prières collectives prolongées sur plusieurs jours, fait peser un risque critique de rassemblements de masse propices à une contagion communautaire explosive, exigeant l'intégration immédiate de l'anthropologie médicale et de l'engagement communautaire pour réorienter la riposte.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif Général

Interrompre la chaîne de transmission de la Maladie à Virus Ebola dans la province de l'Ituri afin de réduire la morbidité et la mortalité associées dans les zones de santé de Mongbwalu, Bunia et Rwampara et de prévenir l'extension de l'épidémie vers d'autres provinces (Nord Kivu, Haut Uélé, Tshopo et les pays limitrophes (Ouganda et Sud-Soudan) dans un délai de 90 jours.

2.2. Objectifs Spécifiques

Ce plan de réponse a pour objectifs spécifiques suivants :

1) Coordination et sécurité :

- Assurer un commandement unifié et multisectoriel à travers une coordination stratégique et un Système de Gestion d'Incident (SGI) à Bunia, et*
- Garantir la protection physique des équipes de riposte et des infrastructures de prise en charge dans les zones de conflit et d'accès difficile à Djugu.*

2) Planification et Gestion des Données :

- Produire et diffuser un rapport de situation (SITREP) consolidé toutes les 24 heures en numérisant la collecte des données épidémiologiques pour orienter les réajustements hebdomadaires du Plan d'Action Incident (PAI).*

3) Logistique :

- Déployer et maintenir une chaîne d'approvisionnement intégrée, garantissant un stock de sécurité de 30 jours en Équipements de Protection Individuelle (EPI) et intrants*

WASH dans les structures de référence, tout en assurant la gestion de la flotte de transport pour les intervenants.

4) Administration et Finances :

- *Mobiliser, allouer et auditer en temps réel les ressources financières dédiées à la riposte, en assurant le paiement régulier et transparent des primes des prestataires de première ligne pour garantir la continuité des opérations sur le terrain.*

5) Opérations et piliers techniques de riposte

(1) Surveillance épidémiologique et points d'entrée (POE) :

- ✓ *Assurer la détection et l'investigation de 100 % des alertes dans les 24 heures suivant leur notification,*
- ✓ *Assurer le suivi quotidien d'au moins 95 % des contacts enregistrés,*
- ✓ *Renforcer le contrôle sanitaire aux Points d'Entrée/Points de contrôle afin de prévenir la propagation du virus Ebola vers les zones indemnes et au-delà des frontières nationales tout en garantissant la détection précoce et la référence rapide des cas suspects.*

(2) Laboratoire et Séquençage Génomique :

- ✓ *Garantir la confirmation biologique des cas suspects par PCR dans un délai inférieur à 12 heures après le prélèvement au niveau local, et*
- ✓ *Assurer le suivi moléculaire continu de la souche pour adapter les outils de diagnostic rapide.*

(3) Anthropologie Médicale et Socio-anthropologie :

- ✓ *Réaliser des évaluations socio-comportementales rapides dans les 72 heures pour décoder les moteurs de la résistance communautaire, afin d'adapter les interventions médicales et funéraires aux sensibilités culturelles locales.*

(4) Communication sur les Risques et Engagement Communautaire (CREC) :

- ✓ *Négocier l'arrêt des pratiques funéraires à haut risque et des prières collectives massives en engageant 100 % des leaders religieux, des chefs de camps de déplacés et des corporations minières de Mongbwalu dans la diffusion de messages sur l'atypie clinique de la souche.*

(5) Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI / WASH) :

- ✓ *Sécuriser 100 % des structures de soins (publiques, privées et traditionnelles) des zones affectées par la dotation en kits d'hygiène pour stopper la transmission nosocomiale, et*

assurer la réalisation de 100 % d'Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS) de tous les décès suspectés ou confirmés.

(6) Prise en Charge Holistique :

- ✓ Assurer un accès immédiat à des soins médicaux de qualité, adaptés aux spécificités thérapeutiques de la souche Bundibugyo, ainsi qu'un soutien nutritionnel et un accompagnement psychosocial systématique pour 100 % des patients admis dans les Centres de Traitement Ebola (CTE) et leurs familles.

(7) Continuité des Services de Santé Essentiels (CSSE) :

- ✓ Maintenir à hauteur d'au moins 80 % le niveau de fréquentation et de performance des services de santé essentiels (prise en charge du paludisme grave, santé maternelle et infantile, vaccination) dans les zones de santé touchées pour éviter une surmortalité collatérale.

(8) Recherche, Innovation et Vaccination :

- ✓ Documenter l'efficacité des protocoles de soins symptomatiques appliqués à la souche Bundibugyo, mener des études sur le vaccin et des études de modélisation sur les flux de transmission dans les carrières minières de l'Ituri.

3. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE

Ce plan d'action opérationnel de lutte contre la MVE s'inscrit dans la stratégie nationale de réponse aux urgences sanitaires, alignée sur l'approche 7-1-7 (7 jours pour détecter, 1 jour pour notifier, 7 jours pour répondre).

Il met l'accent sur :

- ✓ Détection rapide et prise en charge efficace,
- ✓ Prévention et contrôle de l'infection,
- ✓ Coordination multisectorielle,
- ✓ Engagement communautaire et communication sur les risques.

Les référentiels stratégiques de la mise en œuvre reposent sur des documents nationaux et internationaux de référence :

- ✓ Couverture Santé Universelle (CSU) – accès équitable aux soins de qualité.
- ✓ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2023) – priorités de renforcement du système de santé.
- ✓ Plan d'Action National de Sécurité Sanitaire (PANSS) – préparation et réponse aux menaces sanitaires.
- ✓ Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR, 3^{ème} éd.) – cadre de gestion des alertes épidémiologiques.

- ✓ *Guide de surveillance environnementale, entomologique, faune sauvage et changement climatique.*
- ✓ *Surveillance Intégrée de la Maladie Animale et Riposte (SIMAR) – pour le pilier "Une Santé".*
- ✓ *Plan multirisque national.*
- ✓ *Plan d'action One Health 2022–2027, RDC.*

3.1. Gouvernance et coordination

Sous le leadership du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance sociale, l'Institut National de Santé Publique (INSP) coordonne la réponse via le COUSP et le Système de Gestion des Incidents (SGI).

Le Gouverneur assure la gestion politique et sécuritaire, tandis que la DPS coordonne la mise en œuvre technique et la mobilisation des ressources.

Les Zones de Santé mettent en œuvre des interventions, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et la participation active des communautés.

Une seule équipe de coordination, un seul plan, un budget et un seul compte bancaire (Compte bancaire de l'INSP).

3.2. Hypothèses de la planification

Pour guider l'action opérationnelle, le plan de réponse s'appuie sur quelques hypothèses critiques suivantes, dictées par le contexte épidémiologique actuel :

1. **Retard de détection induit par l'atypie clinique :** *Les manifestations cliniques de la souche Bundibugyo dans cette épidémie s'avèrent trompeuses : les patients présentent une fièvre brutale, une fatigue intense, des douleurs épigastriques et des diarrhées, accompagnées de détresses respiratoires, mais sans aucun signe hémorragique apparent au stade initial. Ce tableau clinique atypique retarde le diagnostic différentiel, induit en erreur les professionnels de première ligne et favorise l'amplification nosocomiale au sein des établissements de soins.*
2. **Moteur d'amplification funéraire et culturel :** *Le parcours du cas index (un infirmier décédé au Centre Médical Évangélique de Bunia, dont la dépouille a séjourné à la morgue Balidja avant d'être transférée et enterrée à Mongbwalu sans aucune mesure de biosécurité) démontre que les rites funéraires traditionnels et la manipulation non sécurisée des corps demeurent le principal accélérateur de la contagion communautaire. De plus, la forte mobilisation religieuse (appels à des vagues de prières collectives*

prolongées) et les croyances rattachant la maladie à des causes mystiques aggravent les retards de consultation.

3. **Forte volatilité des zones minières** : L'épicentre étant situé dans le quartier Shun à **Mongbwalu** (une zone d'exploitation artisanale intense d'or et de coltan), la riposte fait face à une population jeune, précaire et extrêmement mobile. Les flux migratoires incessants entre les carrières minières environnantes constituent un vecteur majeur de dissémination silencieuse.
4. **Enclavement sécuritaire (État de siège)** : L'activisme persistant des groupes armés (notamment en territoire de Djugu, d'Irumu et de Mambasa) restreint l'accès physique des équipes pour l'investigation et le traçage des contacts. Toutes les opérations logistiques et sanitaires doivent s'articuler étroitement avec l'administration militaire provinciale issue de l'état de siège.

En croisant la cartographie de la mobilité des populations et la catégorisation des risques de la Division Provinciale de la Santé (DPS) de l'Ituri, quatre scénarios opérationnels sont inscrits dans ce plan :

Scénario 1 : Scénario Minimal (Foyers contenus)

- ✚ **Description** : L'épidémie reste strictement circonscrite au niveau de la première ceinture épidémique, à savoir les zones de santé de **Mongbwalu, Rwampara et Bunia** (Catégorie A). Grâce à une intégration immédiate de l'anthropologie médicale, la crise de confiance initiale avec la zone de santé est résolue. Les communautés acceptent l'arrêt des rituels funéraires à risque et collaborent pleinement pour les Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS). Le traçage des contacts est exhaustif.
- ✚ **Cibles de planification** : * Zones en mode réponse active : 3 zones de santé (Mongbwalu, Rwampara, Bunia).
 - Volume de cas : Moins de 300 cas suspects/confirmés cumulés.
 - Durée de contrôle : Moins de 90 jours (3 mois).
- ✚ **Orientation stratégique** : Prise en charge médicale purement symptomatique de haute qualité dans les Centres de Traitement Ebola (CTE) locaux ; dotation agressive en kits de Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI/WASH) de tous les établissements de soins de santé et tradipraticiens pour tarir la transmission nosocomiale.

Scénario 2 : Scénario Modéré (Extension territoriale aux carrières minières) :

- ✚ **Description** : En raison de la fuite des habitants du foyer initial du quartier Shun à Mongbwalu et de la nature volatile des creuseurs artisanaux, le virus s'étend aux zones

de santé de Catégorie B limitrophes. Le virus s'implante au cœur des carrières minières enclavées du territoire de Djugu : Nzebi, Saio, Pluto, Dala et Kilo. L'identification des contacts devient complexe dans ces mines informelles et les établissements de santé de brousse subissent de lourdes pertes parmi le personnel soignant.

✚ **Cibles de planification :**

- Zones en mode réponse active : 5 à 8 zones de santé (Ituri-Nord, Djugu, Kilo, Bambu).
- Volume de cas : 300 à 800 cas suspects/confirmés.
- Durée de contrôle : 3 à 4 mois.

✚ **Orientation stratégique :** Déploiement de coordinations mobiles avancées du Système de Gestion d'Incident (SGI) ; implantation de Centres de Transit (CT) au plus près des foyers miniers ; négociation de corridors d'accès humanitaire sécurisés auprès des leaders communautaires et factions locales avec l'appui des autorités politico-administratives (APA).

Scénario 3 : Scénario Majeur (Crise urbaine et résistance communautaire généralisée) :

✚ **Description :** Le virus s'installe à grande échelle dans le chef-lieu, la ville de **Bunia**, profitant de la densité urbaine élevée et de la contamination initiale liée au séjour prolongé du corps à la morgue Balidja. La méfiance institutionnelle s'accroît suite aux messages initiaux contradictoires de la zone de santé (qui évoquait une fausse alerte). Des mouvements de résistance violents éclatent contre les équipes de décontamination et d'EDS. Les églises de réveil continuent de dissimuler des malades lors de séances de prières collectives clandestines. Le système de santé provincial s'effondre sous le poids combiné d'Ebola, du Mpox et de la peste.

✚ **Cibles de planification :**

- Zones en mode réponse active : 10 à 15 zones de santé interconnectées de l'Ituri.
- Volume de cas : 800 à 2 000 cas, avec une forte mortalité communautaire cachée.
- Durée de contrôle : 4 à 6 mois.

✚ **Orientation stratégique :** Recours encadré aux forces de sécurité (PNC/FARDC sous l'état de siège) pour sécuriser impérativement les CTE, les structures de protection et les intervenants sur le terrain ; mise en place de cellules CREC décentralisées impliquant obligatoirement les chefs de confessions religieuses ; renforcement des laboratoires PCR mobiles pour ramener le délai de rendu des résultats sous la barre des 12 heures afin d'apaiser la défiance.

Scénario 4 : Scénario Maximal / Catastrophique (Propagation interprovinciale et transfrontalière) :

✦ **Description :** Ce scénario réplique la complexité de la dramatique 10ème épidémie de MVE en RDC. À partir des terminaux de transport de Bunia et des couloirs commerciaux du Lac Albert, le virus franchit les frontières provinciales pour infecter le Nord-Kivu, le Haut-Uele et la Tshopo. Simultanément, la dynamique de transit permanent avec l'Ouganda (pays historiquement réceptif aux souches Bundibugyo) et le Sud-Soudan entraîne l'exportation internationale de cas confirmés via les Points d'Entrée (POE) terrestres et lacustres.

✦ **Cibles de planification :**

- Zones en mode réponse active : Crise multi-provinciale (plus de 20 zones de santé affectées en RDC) et urgence sanitaire internationale.
- Volume de cas : Plus de 2 000 cas à l'échelle régionale.
- Durée de contrôle : Au-delà de 6 mois.

✦ **Orientation stratégique :** Déclenchement immédiat de coordination transfrontalière avec l'Ouganda et le Sud-Soudan; activation, construction et réhabilitation massives de Points de Contrôle Sanitaire (PoC/PoE) dotés de caméras thermiques le long des frontières et réseaux de transport ; plaidoyer de haut niveau auprès de l'OMS et d'Africa CDC pour l'introduction d'urgence de protocoles d'essais cliniques portant sur des vaccins candidats ou molécules thérapeutiques expérimentaux spécifiquement conçus pour l'espèce Bundibugyo.

3.3. Concept des opérations de la réponse

La réponse contre l'épidémie en Ituri répond au concept des opérations du COUSP. La coordination stratégique est conduite par le ministre de la santé publique, hygiène et prévoyance sociale. Cette coordination mobilise les ressources de toutes sources et émet des orientations sur la réponse envers les COUSP et le système de gestion de la réponse à l'épidémie d'Ebola.

Le SGI Ebola a pour rôle la mise en œuvre opérationnelle de la réponse à travers le travail de terrain qu'il conduit avec les experts du COUSP, des Directions, des programmes, des divisions provinciales de la santé et autres divisions des autres secteurs, des zones de santé, des organisations et des communautés.

Le COUSP appuie le SGI Ebola avec les ressources que l'Institut National de Santé Publique met à sa disposition. Il s'agit des ressources humaines, matérielles, équipements, des

médicaments et des vaccins ainsi que les réactifs de laboratoires et autres contre-mesures médicaux et non médicaux en réponse à l'épidémie d'Ebola.

Les structures de niveau provincial notamment la DPS, les Zones de santé y compris les équipes cadres des zones de santé, les établissements des soins et les communautés. La DPS va gérer les ressources au niveau de la province et va accompagner les zones de santé.

Deux ceintures sont identifiées à savoir la première ceinture avec les zones de santé hotspot (Rwampara, Bunia et Mongbwalu) et ensuite, la deuxième ceinture comprend les zones de santé environnant les zones épicentre.

L'implication des communautés est cruciale dans la réponse contre l'épidémie Ebola. La communauté va être informée, sensibilisée, impliquée dans les activités de surveillance, de communication des risques et de prévention. L'engagement des communautés passera par leurs leaders à différentes strates sociales.

4.4. Catégorisation des zones de santé

- *Catégorie A (zones épidémiques) : Rwampara, Bunia et Mongbwalu ;*
- *Catégorie B (zones à haut risque, limitrophes) : Kilo, Lita, Tchomia, Nyakunde, Bambu, Nizi, Gethy, Damas, Lolwa ;*
- *Catégorie C (zones de vigilance renforcée) : ITURI (ZS de Komanda, Boga, Drodoro, Mangala, Fataki, Jiba, Rethy, Rimba, Kambala) ; NORD-KIVU (ZS de Beni, Butembo, Mutwanga, Katwa, Kalunguta, Oicha, Musienene, Masereka, ...).*

Catégorisation des Zones de Santé et Paquet d'Activités

Catégorie	Paquet d'Activités
Catégorie A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Coordination ;</i> ✓ <i>Surveillance épidémiologique (ESS, PoE, PoC, SBC) et laboratoire ;</i> ✓ <i>Gestion et analyse des données intégrées ;</i> ✓ <i>Prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale, Surveillance nutritionnelle, Promotion et soutien à l'ANJE-MVE ;</i> ✓ <i>Programme des survivants, PCI/EDS ;</i> ✓ <i>Communication sur les risques et engagement communautaire ; Vaccination, Sécurité, Logistique ;</i> ✓ <i>Prévention et réponse à l'exploitation et abus sexuels (PSEAH) et mitigation des risques VBG ;</i> ✓ <i>Approche « Une Santé ».</i>

Catégorie B	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Coordination ;</i> ✓ <i>Surveillance épidémiologique (ESS, PoE, PoC, SBC) et laboratoire ;</i> ✓ <i>Gestion et analyse des données intégrées, Suivi des contacts ;</i> ✓ <i>Communication et engagement communautaire ;</i> ✓ <i>Approche « Une Santé »</i>
Catégorie C	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Coordination ;</i> ✓ <i>Surveillance épidémiologique (ESS, PoE, PoC, SBC) et laboratoire ;</i> ✓ <i>Gestion et analyse des données intégrées, Suivi des contacts ;</i> ✓ <i>Communication et engagement communautaire ;</i> ✓ <i>Approche « Une Santé »</i>

4.5. Principes Directeurs

- ✓ *Collaboration et coordination : une équipe multisectorielle unique, avec plan et budget consolidés ;*
- ✓ *Transparence et redevabilité envers les communautés, les autorités et les partenaires ;*
- ✓ *Approche « Une Santé » : intégration des dimensions humaine, animale et environnementale ;*
- ✓ *Protection et équité de genre : prévention et réponse aux violences basées sur le genre (VBG) et abus/exploitation sexuels ;*
- ✓ *Approche zonale : la Zone de Santé constitue l'unité opérationnelle de mise en œuvre des interventions.*

4.6. Période de Mise en Œuvre

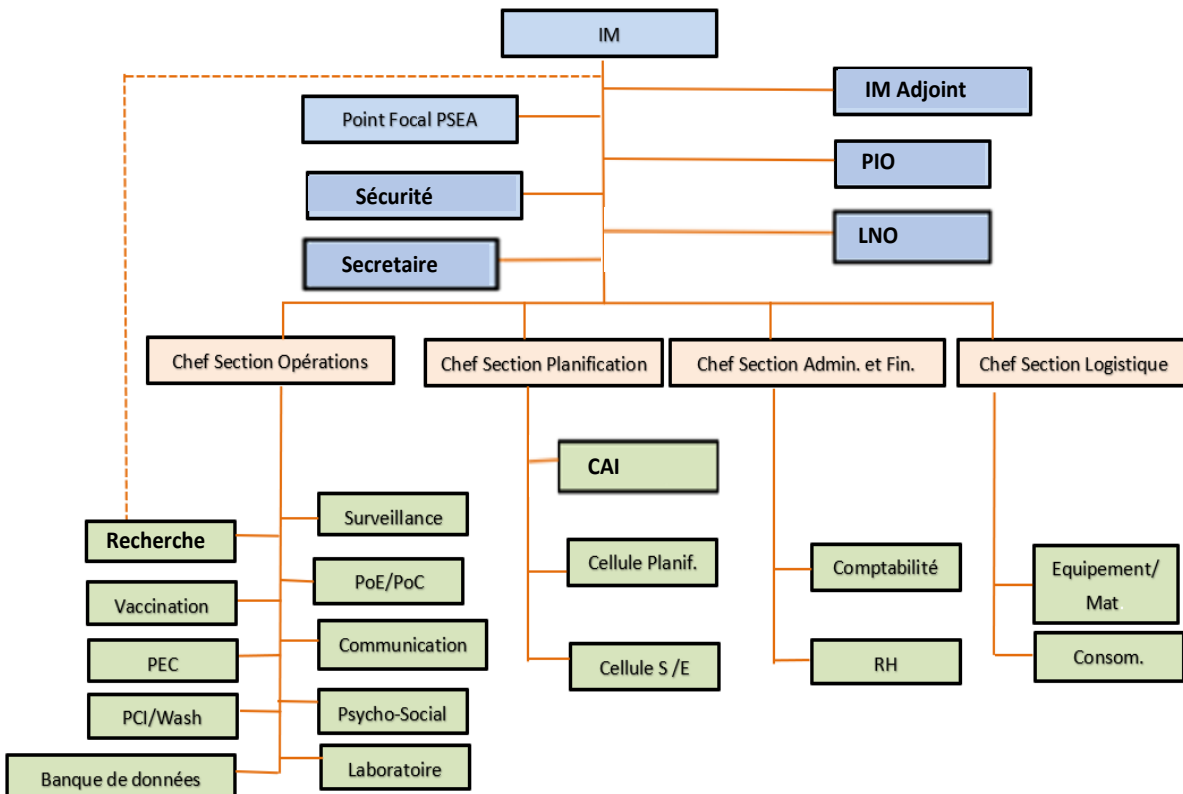
La durée du plan est de trois mois (septembre – novembre 2025). Il peut être prolongé en fonction de l'évolution de l'épidémie. La flexibilité dans l'exécution et le budget reste de mise pour s'adapter aux réalités du terrain

5. STRATEGIES DE LA REPONSE

Axes Stratégiques et Activités Prioritaires

5.1. Renforcement de la Coordination

1. Leadership est assuré par le COUSP/INSP via le Système de Gestion de l'Incident (SGI) ;
2. Coordination multisectorielle et intégrée selon l'approche « Une Santé » ;
3. Mise en place d'un système d'accréditation pour la gestion des partenaires et des ressources afin d'assurer la transparence, éviter les doublons et optimiser l'impact ;
4. Mobilisation des ressources à tous les niveaux pour renforcer le système de santé existant ;
5. Désignation d'un point focal PSEAH/VBG/Redevabilité au sein de la coordination ;
6. Ensemble avec le SGI Ebola, organiser les déploiements des équipes sur terrain (Tout déploiement est conditionné à la vaccination contre la MVE) ;
7. Alignement des PTFs selon les piliers d'appui à la réponse et selon les besoins ;
8. Coordination de la recherche opérationnelle pour la production des évidences afin d'appuyer la réponse.



Infographie 2 : Système de gestion intégré de l'Incident

Les différents partenaires vont également appuyer les piliers et chaque pilier aura un Co-lead parmi les PTFs.

Les activités suivantes seront mises en œuvre :

- ✓ *Organiser des points de presse réguliers avec messages harmonisés (talking points) ;*
- ✓ *Mobiliser des ressources pour la préparation, la réponse et le renforcement institutionnel du COUSP ;*
- ✓ *Assurer le fonctionnement effectif des coordinations provinciales et zonales conformément aux normes ;*
- ✓ *Tenir des réunions journalières de coordination opérationnelle et hebdomadaires de coordination stratégique ;*
- ✓ *Valider et vulgariser la cartographie des partenaires techniques et financiers (PTF) ;*
- ✓ *Suivre les activités de renforcement des capacités des équipes opérationnelles ;*
- ✓ *Appuyer le dialogue communautaire pour renforcer l'adhésion ;*
- ✓ *Publier les rapports de situation quotidiens (SitRep) de la riposte ;*
- ✓ *Renforcer le COUSP en équipements informatiques et logistiques ;*
- ✓ *Veiller au respect des normes de composition multisectorielle des équipes de coordination ;*
- ✓ *Organiser les missions de suivi, de déploiements et de supervision à tous les niveaux.*

a. Sureté et Sécurité/PSEA

La riposte à la MVE est confrontée à des risques sécuritaires : exposition biologique, résistance communautaire, attaques contre le personnel et les infrastructures, vols. Une stratégie de sûreté intégrée est donc indispensable.

Activités :

- ✓ *Assurer la protection des CTE, CT-MVE, COUSP, sites stratégiques, des équipes et intervenants de terrain ;*
- ✓ *Briefer quotidiennement les équipes sur la situation sécuritaire ;*
- ✓ *Mettre en place des escortes et un dispositif de transport sécurisé ;*
- ✓ *Assurer la biosécurité du transport des échantillons ;*
- ✓ *Intégrer le suivi de la sûreté-sécurité dans les réunions de coordination ;*
- ✓ *Garantir le bien-être psychologique et la sécurité du personnel ;*
- ✓ *S'assurer de la sécurité et santé au travail de tous les intervenants et collecter toutes les données ;*
- ✓ *Briefer les acteurs/intervenants et prestataires sur le PRSEAH, la prévention et mécanismes de signalement d'EAS et VBG ;*
- ✓ *Assurer la prise en charge juridique et sociale, VBG.*

5.2. Renforcement de la Planification

La section planification assure la préparation, le suivi et l'adaptation des interventions. Elle élabore les plans d'urgence, de rétablissement et de démobilisation, en lien avec toutes les équipes opérationnelles. Elle :

- Suit l'évolution de l'épidémie et les performances de la réponse,
- Identifie les risques et propose des mesures correctives,
- Garantit l'alignement intersectoriel et multisectoriel,
- Facilite l'utilisation des évidences pour la prise de décision.

Activités clés

- ✓ Développer un tableau de bord des indicateurs de performance.
- ✓ Produire des rapports d'évaluation des activités et des outputs.
- ✓ Diffuser un tableau de bord hebdomadaire sur l'évolution de l'épidémie.
- ✓ Mettre à jour la cartographie des intervenants et des interventions.
- ✓ Organiser des revues intra-action et post-action.
- ✓ Assurer la mise à jour des bases de données et analyses DHIS2.
- ✓ Développer des analyses intégrées et des études ciblées.
- ✓ Présenter des résultats adaptés aux commissions et à la coordination.
- ✓ Suivre la mise en œuvre conjointe des actions validées.

❖ Cellule de gestion des informations/ Cellule d'Analyses Intégrées (CAI) :

La CAI est une plateforme multidisciplinaire et multipartenaire qui centralise et interprète les données issues des différents piliers et partenaires. Son rôle est de :

- ✓ Renforcer la compréhension de la dynamique épidémique,
- ✓ Orienter les priorités stratégiques et opérationnelles,
- ✓ Fournir des analyses et recommandations en temps quasi réel,
- ✓ Assurer la coordination des analyses avec le gouvernement, les partenaires techniques et financiers, les institutions académiques et la société civile.

Activités principales :

- ✓ Adapter en continu les plans et programmes sur base des évidences ;
- ✓ Produire des analyses épidémiologiques, opérationnelles et de risques ;
- ✓ Identifier et investiguer les questions critiques ;
- ✓ Décrire les schémas de transmission et les facteurs de risque (cas, cas-témoins, contacts) ;
- ✓ Organiser des sessions de co-développement avec les parties prenantes.

- ✓ *Suivre l'impact des actions mises en œuvre.*
- ✓ *Développer des approches innovantes et un **tracker CAI** pour documenter les activités.*

5.3. RENFORCEMENT DES OPERATIONS

5.3.1. Renforcement du Système de Surveillance

L'objectif est de renforcer la surveillance épidémiologique par la détection précoce de cas, la gestion des contacts et référencement des cas suspects afin de prévenir la propagation du virus Ebola dans les zones épidémiques et indemnes à l'intérieur ainsi l'extérieur des frontières nationales.

Cet axe d'intervention va s'occuper essentiellement de la surveillance épidémiologique humaine, animale y compris la faune sauvage, environnementale et biologique, aux PoE/PoC.

❖ Les activités clés de la surveillance :

- ✓ *Reproduire tous les outils de surveillance humaine, animale, environnementale et transfrontalière ;*
- ✓ *Mettre en place des bases de données harmonisées pour les trois secteurs (santé humaine, animale et environnement) ;*
- ✓ *Assurer la gestion des alertes, la recherche active des cas (communauté, aires protégées, PoE/PoC, ESS), les investigations et le suivi des contacts et le mapping de cas confirmés ;*
- ✓ *Garantir le prélèvement sécurisé, le conditionnement et le transport des échantillons selon les normes locales et internationales ;*
- ✓ *Renforcer les capacités des prestataires et acteurs de terrain (RECO, ACSA, écogardes, vendeurs de gibier, etc.) ;*
- ✓ *Organiser des missions de recherche des contacts perdus de vue ou déplacés ;*
- ✓ *Réaliser la cartographie de la mobilité de la population ;*
- ✓ *Établir les chaînes de transmission.*

❖ Activités spécifiques aux PoE/PoC

- ✓ *Cartographier les flux et mobilité de personnes dans les zones de santé à risque/ Mobilité de personnes à travers les réseaux téléphoniques ;*
- ✓ *Former les prestataires (ECZS, IT) et responsables des PoE/PoC en contrôle sanitaire et gestion de PoC ;*
- ✓ *Construire 15 nouveaux PoC et réhabiliter 5 PoE /Installation des hangars ;*
- ✓ *Activer les PoC (recrutement, formation, dotation en kits-consommables & équipements, mise en œuvre des activités sanitaires, PEC du personnel) ;*
- ✓ *Prépositionner les ambulances au niveau de PoE/PoC ;*

- ✓ *Mettre en place un système de suivi des contacts à haut risque dans les 20 PoE/PoC identifiés ;*
- ✓ *Organiser des séances de retour d'information communautaire sur le fonctionnement des PoE/PoC ;*
- ✓ *Appuyer la compensation des frais de voyage pour les voyageurs suspects isolés ;*
- ✓ *Assurer la supervision régulière et intégrée de PoE/PoC ;*
- ✓ *Organiser des réunions transfrontalières avec l'Angola.*

5.3.2. Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires

L'efficacité de la riposte repose sur un diagnostic rapide et fiable. Des laboratoires mobiles seront déployés et les laboratoires locaux renforcés en intrants, réactifs et capacités techniques.

Activités essentielles sont les suivantes :

- ✓ *Approvisionner les laboratoires en kits de prélèvement, consommables et réactifs ;*
- ✓ *Assurer le fonctionnement continu des laboratoires mobiles et locaux ;*
- ✓ *Déployer des laboratoires vétérinaires, y compris pour la faune sauvage ;*
- ✓ *Garantir la biosécurité, la biosûreté et l'assurance qualité dans les laboratoires ;*
- ✓ *Assurer le suivi biologique des patients post-guérés ;*
- ✓ *Organiser le transport sécurisé des échantillons ;*
- ✓ *Former et briefier les prestataires de santé et techniciens de laboratoire sur le prélèvement, le conditionnement et le transport des échantillons.*

5.3.3. Prise en charge holistique des cas MVE/Gestion clinique des malades

L'objectif est d'offrir des soins de qualité, centrés sur le patient, dans un environnement sécurisé afin de réduire la létalité à moins de 50 % et de minimiser le risque de propagation.

Cette approche inclut :

- 1) *Les soins médicaux (cliniciens, infirmiers, nutritionnistes, spécialistes en réhabilitation);*
- 2) *Le soutien psychosocial et santé mentale ;*
- 3) *La prise en charge spécifique des femmes enceintes, allaitantes et des enfants ;*
- 4) *L'intégration des soins nutritionnels et alimentaires.*

Activités principales :

- ✓ *Mettre en place 3 CTE dans les zones de santé cibles (1 HGR et 2 CSR) et des centres de transit dans les aires de santé ;*
- ✓ *Réhabiliter les CTE/CT avec une capacité initiale de 10 lits extensible selon les besoins ;*
- ✓ *Mettre à disposition les agents thérapeutiques, nutritionnistes et ambulances dans toutes les ZS affectées ;*
- ✓ *Réduire la mortalité évitable, notamment liée aux anémies, par l'appui aux banques de sang et l'approvisionnement en unités de sang qualifié via le CPTS ;*
- ✓ *Assurer un traitement spécifique (Régénéron, MAP114) pour les cas confirmés ;*
- ✓ *Décentraliser les soins dans les ESS de proximité pour améliorer l'accessibilité ;*
- ✓ *Garantir une prise en charge obstétricale sécurisée pour les FEFA avec respect strict des mesures PCI ;*
- ✓ *Fournir des soins pédiatriques spécialisés pour les enfants de moins de 5 ans ;*
- ✓ *Mobiliser des spécialistes (pédiatres, gynécologues, infectiologues, psychologues cliniciens, réanimateurs) ;*
- ✓ *Prépositionner les intrants, médicaments, matériels, équipements, vivres et outils de gestion ;*
- ✓ *Mettre en place des cuisines diététiques et renforcer la surveillance nutritionnelle ;*
- ✓ *Renforcer les capacités des équipes locales en soutien alimentaire, soutien nutritionnel et prise en charge nutritionnelle.*

Sous-pilier1 : Prise en charge médicale

- ✓ *Isoler rapidement les cas confirmés et suspects ;*
- ✓ *Assurer la disponibilité des médicaments essentiels, intrants et équipements ;*
- ✓ *Mettre en place des soins intensifs et de réanimation adaptée ;*
- ✓ *Fournir 8 ambulances et 32 motos pour le transport sécurisé des malades ;*
- ✓ *Approvisionner régulièrement les CTE en produits sanguins ;*
- ✓ *Superviser systématiquement les CTE et CT.*

Sous-pilier2 : Prise en charge nutritionnelle et soutien alimentaire

- ✓ *Traiter la malnutrition aiguë selon le protocole national (PCIMA) ;*
- ✓ *Fournir un soutien alimentaire adapté à tous les patients MVE ;*
- ✓ *Distribuer des kits alimentaires ou cash aux patients guéris ;*
- ✓ *Assurer l'alimentation adéquate des nourrissons et jeunes enfants (ANJE-Urgence) ;*
- ✓ *Prendre en charge nutritionnellement les enfants de moins de 24 mois en crèches ;*
- ✓ *Équiper les cuisines diététiques des CTE et crèches.*

a) *Alimentation des enfants de moins de 24 mois*

L'alimentation des enfants de moins de 24 mois orphelins, séparés, guéris et/ou ne pouvant pas être allaités à cause de la MVE sera basée sur des soins nutritionnels appropriés dans les crèches, conformément aux recommandations de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-Urgence). Ainsi, les substituts du lait maternel seront fournis uniquement aux enfants séparés dans les crèches, sous la surveillance stricte des équipes médicales.

Les femmes allaitantes et les enfants de moins de 24 mois constituent une cible spécifique en raison du risque élevé de transmission d'Ebola par l'allaitement maternel. Pour cette raison, l'allaitement est suspendu dès que l'un ou l'autre est admis dans un centre de traitement comme cas suspect ou confirmé.

b) *Maintien et renforcement de l'offre de services de santé et de nutrition*

Le maintien et le renforcement de l'offre de services de santé et de nutrition dans les zones affectées par l'épidémie sont essentiels. La prévention et la prise en charge de la malnutrition dans la communauté contribuent à réduire la létalité, car la MVE entraîne souvent un état nutritionnel précaire. Un organisme affaibli par la malnutrition constitue un terrain défavorable pour l'évolution de la maladie.

c) *Coordination des interventions nutritionnelles*

Les principales activités comprennent :

- ✓ Renforcement des capacités des équipes médicales (CTE/CT, crèches) sur la prise en charge nutritionnelle et le soutien alimentaire aux malades ;*
- ✓ Déploiement de nutritionnistes au niveau des CTE/CT, crèches et au sein de la coordination ;*
- ✓ Approvisionnement en matériel anthropométrique, aliments thérapeutiques et substituts du lait maternel pour les enfants orphelins et séparés de moins de 24 mois ;*
- ✓ Sensibilisation des femmes enceintes, allaitantes et gardiens d'enfants sur les pratiques appropriées d'ANJE en contexte de MVE ;*
- ✓ Renforcement des capacités des CAC/RECO pour l'information et le soutien adaptés au niveau des ménages ;*
- ✓ Appui aux groupes de femmes existants et mise en place de nouveaux groupes pour soutenir l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants ;*
- ✓ Renforcement de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (formation, équipement, approvisionnement en intrants et outils de gestion) ;*

- ✓ *Formation des mères/gardiens sur le dépistage communautaire de la malnutrition via l'approche « Mother MUAC » ;*
- ✓ *Renforcement de la consultation préscolaire pour garantir la continuité des soins préventifs et la surveillance nutritionnelle ;*
- ✓ *Accompagnement du sous-cluster Santé-Nutrition pour une meilleure coordination et l'accès des personnes affectées à une alimentation adaptée ;*
- ✓ *Intégration de la VBG/EAS : diffusion de messages de prévention dans les centres de nutrition et lors des séances communautaires avec les groupes de femmes.*

Sous-Pilier 3 : Prise en charge Santé Mentale et Soutien Psychosocial (SMSPS)

a. Réponse à l'impact psychologique et social de la MVE

Le soutien psychosocial vise à :

- ✓ *Fournir une prise en charge en santé mentale et psychosociale aux personnes affectées par la MVE et à leurs familles ;*
- ✓ *Apporter un soutien psychosocial aux agents de santé et au personnel de la réponse pour réduire le stress ;*
- ✓ *Assurer l'accompagnement des survivants de la VBG et de l'EAS ;*
- ✓ *Mettre en place un dispositif de psychologues (sous supervision des BCZ) et de travailleurs para-sociaux (supervisés par la DIVAS), en lien avec les mécanismes de référencement communautaire.*

b. Protection et travail social :

L'objectif sera d'identifier, accompagner et référer les enfants vulnérables et/ou victimes de violence vers des services appropriés.

- ✓ *Déploiement de travailleurs para-sociaux (TPS) sous la supervision de la DIVAS ;*
- ✓ *Renforcement des réseaux communautaires de protection (RECOPE) pour l'identification, le référencement et la prise en charge des enfants vulnérables ;*
- ✓ *Mise en place de mécanismes d'alerte communautaire via les TPS et RECOPE ;*
- ✓ *Création d'espaces amis d'enfants mobiles/fixes autour des structures de santé ;*
- ✓ *Fourniture de matériel de biosécurité aux structures de protection de l'enfance ;*
- ✓ *Formation des acteurs santé, WASH et nutrition à l'identification et référencement des cas de protection ;*
- ✓ *Diffusion de cartographies des services de protection et mécanismes de référencement par zone de santé.*

c. Prévention de l'Exploitation et des Abus Sexuels (PSEA)

- ✓ *Rappel et signature du code de conduite par tout le personnel déployé ;*

- ✓ *Analyse des risques VBG/PSEA ;*
- ✓ *Renforcement des mécanismes de plaintes avec leadership féminin ;*
- ✓ *Sensibilisation communautaire et affichage des mécanismes de plainte dans les langues locales ;*
- ✓ *Activation des alertes via les CAC et diffusion des circuits de référencement VBG/GTPE ;*
- ✓ *Intensification des messages radios et spots.*

Activités essentielles :

- ✓ *Assistance alimentaire et matérielle aux contacts suivis ;*
- ✓ *Prise en charge des enfants orphelins/séparés dans les crèches et communautés ;*
- ✓ *Appui psychologique au personnel de la riposte ;*
- ✓ *Soutien psychosocial sur les sites de traitement, d'isolement et PoC et aux familles affectées (kits sociaux) ;*
- ✓ *Distribution de kits pour malades et familles ;*
- ✓ *Appui aux communautés pour réduire la stigmatisation des guéris ;*
- ✓ *Organisation de groupes de parole et focus group avec les survivants ;*
- ✓ *Formation du personnel sur le référencement des cas de protection ;*
- ✓ *Mise en place de mécanismes communautaires de plainte.*

Sous-pilier 4 : Prise en charge des survivants

Le programme de suivi des survivants de la MVE est intégré et intensif, couvrant les besoins médicaux, nutritionnels et psychosociaux, tout en réduisant le risque de réintroduction du virus.

Objectifs :

- ✓ *Appuyer le retour en communauté après la sortie du CTE ;*
- ✓ *Réduire la stigmatisation et les complications post-MVE ;*
- ✓ *Garantir une prise en charge gratuite, intégrée et volontaire dans les structures existantes.*

Activités :

- ✓ *Prise en charge clinique et psychosociale des survivants ;*
- ✓ *Suivi biologique régulier, Suivi nutritionnel et distribution de kits alimentaires ;*
- ✓ *Sensibilisation communautaire pour réduire la stigmatisation ;*
- ✓ *Surveillance épidémiologique autour des survivants (SURGE) ;*
- ✓ *Appui au personnel de suivi.*

5.3.4. Continuité de Services de Santé Essentiels

Cette continuité repose sur le renforcement de la résilience du système de santé, l'adaptation des services au contexte épidémique, la protection du personnel et des usagers, l'approvisionnement continu en intrants essentiels, ainsi que l'engagement communautaire pour maintenir la confiance et l'utilisation des services de santé.

La Continuité des Services de Santé Essentiels (CSSE) vise à assurer le maintien, l'accessibilité, la sécurité et la qualité des soins de santé prioritaires durant et après l'épidémie de Maladie à Virus Ebola (MVE) de souche Bundibugyo dans les zones de santé affectées, afin de limiter les décès indirects liés aux interruptions des soins et de préserver la confiance des communautés envers le système de santé.

Cette stratégie vise spécifiquement à maintenir au moins 80 % du niveau habituel de fréquentation et de performance des services de santé essentiels, afin de prévenir une surmortalité collatérale liée à la baisse d'utilisation des services de santé.

Les principales activités :

- ✓ *Maintenir fonctionnelles les formations sanitaires prioritaires ;*
- ✓ *Renforcer le triage, la PCI et la prévention de la transmission nosocomiale ;*
- ✓ *Garantir la continuité de la prise en charge du paludisme et des urgences médicales ;*
- ✓ *Maintenir les services de santé maternelle, néonatale et reproductive ;*
- ✓ *Assurer la continuité de la vaccination de routine et des activités de rattrapage ;*
- ✓ *Garantir la disponibilité des médicaments essentiels et intrants de santé ;*
- ✓ *Renforcer les ressources humaines et la sécurité du personnel de santé ;*
- ✓ *Renforcer l'engagement communautaire et la demande des services essentiels ;*
- ✓ *Maintenir les activités communautaires et la surveillance à base communautaire ;*
- ✓ *Assurer le suivi des performances et la relance post-épidémique des services.*

5.3.5. Renforcement des Mesures de Prévention et Contrôle de l'infection (PCI/ Wash) et EDS

a. PCI/Wash

La PCI/Wash est un pilier stratégique transversal visant à rompre la chaîne de transmission.

❖ Interventions prioritaires :

- ✓ *Renforcement des mesures PCI/Wash dans les ESS, centres de traitement, cliniques vétérinaires, communautés (y compris écoles), frontières et sites à haut risque (camps de déplacés, prisons) ;*
- ✓ *Organiser les évaluations PCI-EHA dans les Etablissements de santé ;*
- ✓ *Mettre en place/Redynamiser les comités d'hygiène dans les Etablissements de soins et le brigades d'hygiène dans les aires de santé ;*
- ✓ *Renforcer les capacités des équipes cadres, prestataires de soins y compris les CTE sur la PCI-EHA (médecine humaine et vétérinaire, Brigadiers d'hygiène) ainsi que les leaders communautaires ;*
- ✓ *Approvisionnement en intrants PCI-EHA ;*
- ✓ *Construction/réhabilitation des infrastructures WASH (latrines, stations de lavage, points d'eau) ;*
- ✓ *Gestion des déchets biomédicaux et de la logistique d'assainissement ;*
- ✓ *Gestion des enterrements dignes et sécurisés ;*
- ✓ *Assurer le suivi-évaluation des interventions PCI-EHA ;*
- ✓ *Intégration des tradipraticiens et structures non conventionnelles dans la riposte.*

b. Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS)

Tous les décès seront systématiquement investigués avec prélèvements (swabs).

Les équipes EDS assureront :

- ✓ *Le briefing régulier des brigades ; les prélèvements et analyses de laboratoire ;*
- ✓ *La décontamination des sites ; la sécurisation et la mise en bière des corps ;*
- ✓ *La réalisation des enterrements dignes et sécurisés ;*
- ✓ *L'approvisionnement en sacs mortuaires et chlore.*

5.3.6. Communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire CREC (transversale)

Une stratégie CREC coordonnée et adaptée est indispensable pour renforcer la confiance des communautés envers les autorités sanitaires, promouvoir les comportements préventifs et garantir une communication bidirectionnelle.

Elle s'articule autour de quatre axes principaux : coordination, engagement communautaire, gestion de l'infodémie, et génération d'évidences.

a) Coordination RCCE

- ✓ *Mettre en place et appuyer les cellules CREC aux niveaux provincial et local ;*
- ✓ *Organisation de réunions du pilier à différents niveaux ;*
- ✓ *Briefer les membres des équipes CREC sur l'approche et les outils d'intervention ;*
- ✓ *Réaliser une évaluation rapide (partenaires, structures communautaires, médias, besoins) ;*
- ✓ *Actualiser le plan CREC adapté aux zones touchées ;*
- ✓ *Assurer la supervision formative ;*
- ✓ *Soutenir la communication publique (points de presse, tribunes, communiqués).*

b) Génération de la demande, promotion des mesures préventives, et engagement communautaire

- ✓ *Briefer les relais communautaires, leaders religieux, APA, chefs coutumiers, associations, tradipraticiens, CAC, ACSA, Eco-gardes et groupes spécifiques (Ecoles, Responsables de carrières, motards, chasseurs, revendeurs de viande de brousse) ;*
- ✓ *Mobiliser les organisations à base communautaire (femmes, jeunes, enseignants, étudiants) ;*
- ✓ *Outiller les relais communautaires (mégaphones, gilets, outils de collecte des données) ;*
- ✓ *Redynamiser les CAC dans les zones de santé épidémiques et prioritaires ;*
- ✓ *Organiser des dialogues communautaires et causeries éducatives ;*
- ✓ *Impliquer les survivants comme témoins pour réduire la stigmatisation ;*
- ✓ *Produire et diffuser des émissions, spots et supports de sensibilisation en langues locales (affiches, dépliants).*
- ✓ *Utiliser les canaux numériques (SMS, U-Report, réseaux sociaux).*

c) Gestion de l'infodémie et mécanisme des feedbacks communautaires

- ✓ *Mettre en place un mécanisme d'écoute communautaire pour rumeurs et désinformation.*
- ✓ *Briefer tous les acteurs et prestataires de la CREC journalistes, animateurs et influenceurs sur l'écoute sociale et autres thématiques clés de la communication.*

- ✓ Promouvoir la ligne verte 151 et les panels d'échanges communautaires.
- ✓ Organiser des visites guidées dans les CTE et des sondages rapides via U-Report.
- ✓ Lutter contre les rumeurs et conduire les études CAP et anthropologiques ;
- ✓ Mobiliser les jeunes blogueurs pour contrer les fakes news en ligne.

d) Génération des évidences, S&E et Documentation

- ✓ Conduire des études CAP et anthropologiques ;
- ✓ Documenter les expériences et les leçons apprises ;
- ✓ Assurer la collecte, l'analyse et la diffusion régulière des données CREC.

5.3.7. Renforcement de la préparation des zones de santé et provinces adjacentes aux foyers épidémiques

a) Les Zones de Santé environnantes en préparation :

- ✓ Doter les ESS en kits PCI et de décontamination ;
- ✓ Mettre à disposition les outils de surveillance MVE et bases de données des alertes.
- ✓ Cartographier la mobilité des populations et activer les PoC stratégiques ;
- ✓ Organiser le track des contacts à haut risque dans le couloir des mobilités à haut risque aux PoE/PoC (tablettes) ;
- ✓ Diffuser les messages de prévention, de surveillance et de lutte contre la MVE dans les zones de santé non affectées ;
- ✓ Former/briefer les équipes cadres de zones de santé/prestataires/EIRS aux PoE/PoC ;
- ✓ Construire/réhabiliter les PoC et appuyer la prise en charge des voyageurs suspects ;
- ✓ Fournir les intrants pour le prélèvement, conservation et transport d'échantillons (laboratoire);
- ✓ Mettre à disposition motos, carburant et frais de transport pour les activités ;
- ✓ Organiser des supervisions, formations et séances de sensibilisation ;
- ✓ Redynamiser les CAC pour renforcer la surveillance à base communautaire.

b) Les DPS de vigilance renforcée

Renforcer les capacités opérationnelles, techniques et communautaires des zones de santé prioritaires de la province de l'Ituri afin d'assurer une détection précoce, une notification rapide et une riposte efficace à la Maladie à Virus Ebola (MVE). Appuyer la préparation multisectorielle et la coordination des interventions pour limiter la transmission, réduire la mortalité et prévenir l'extension géographique de l'épidémie.

❖ **Principales activités :**

1. *Réaliser une évaluation rapide des capacités de préparation des zones de santé prioritaires (surveillance, laboratoire, PCI, logistique, ressources humaines et coordination).*
2. *Former et recycler les équipes cadres des zones de santé, prestataires de soins, relais communautaires et équipes d'intervention rapide sur les procédures standardisées de riposte MVE.*
3. *Mettre en place et/ou renforcer les systèmes d'alerte précoce, d'investigation des alertes, de notification et de suivi des contacts au niveau communautaire et des formations sanitaires.*
4. *Prépositionner les intrants essentiels de riposte (kits PCI, équipements de protection individuelle, dispositifs de triage, produits de désinfection, outils de collecte des données et matériels de communication).*
5. *Organiser des simulations, exercices de préparation et réunions de coordination multisectorielle pour tester la fonctionnalité des mécanismes de riposte et identifier les gaps opérationnels.*

5.3.8. Recherche, innovation et Vaccination

La recherche opérationnelle est un pilier essentiel pour améliorer la riposte et renforcer la résilience du système de santé. Elle joue un rôle clé dans la maîtrise de la MVE et la prévention de nouvelles épidémies. Plusieurs recherches opérationnelles et multidisciplinaires sur Ebola ont été mené en RDC et d'autres sont en cours et continuent depuis des années.

Au cours de la réponse à l'épidémie, il y aura des investissements pour améliorer la qualité et la capacité des laboratoires, des investigations de cas, du vaccin et plus encore, la perception ainsi que la santé mentale de la communauté affectée.

Axes prioritaires :

- ✓ *Persistance et réservoirs : étude de la persistance du virus chez les survivants et identification du réservoir animal ;*
- ✓ *Traitements et vaccins : essais cliniques de REGN-EB3 et mAb114 et déploiement des vaccins expérimentaux.*
- ✓ *Variants et épidémiologie : origine virale, caractérisation des souches et compréhension des dynamiques épidémiques ;*
- ✓ *Santé mentale et perception communautaire : recherches sur la résilience, la stigmatisation et l'adhésion aux mesures ;*
- ✓ *Aspects socio-anthropologiques et environnementaux ;*
- ✓ *Renforcement des capacités scientifiques ;*

- ✓ *Approche One Health : la collaboration entre experts en santé humaine, animale et environnementale est essentielle pour identifier les réservoirs, les vecteurs et mieux comprendre les comportements à risque.*

Études prioritaires :

1. *Évaluation de l'impact de la MVE sur l'état nutritionnel des enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes et allaitantes*
2. *Identification de l'origine du virus et mode de transmission pour cette épidémie, Facteurs favorisant de l'apparition de la Maladie à Virus Ebola et Facteurs protecteurs des Zones de Santé voisine;*
3. *Évaluation des populations animales pouvant servir de réservoirs (faune sauvage et domestique) ;*
4. *Contrôle de la faune pour limiter les contacts humains–animaux à risque.*
5. *Analyse des perceptions, comportements et facteurs socioculturels favorisant la transmission.*
6. *Études sur la santé mentale et le bien-être des communautés affectées.*
7. *Recherche sur la stigmatisation des malades, des survivants, des familles et du personnel de santé.*
8. *Analyse des liens entre Ebola, suicides et comportements suicidaires.*

Activités de recherche appliquée :

- ✓ *Renforcer les capacités de séquençage et d'analyse des données (transmission dynamique, séroprévalence communautaire) ;*
- ✓ *Mettre en place des tests rapides périphériques (Ebola GeneXpert) validés par les laboratoires de référence ;*
- ✓ *Enquête sérologique auprès des contacts de cas confirmés et probables et du personnel de santé ;*
- ✓ *Collecter des cellules mononucléées (CMSP) de patients convalescents selon le protocole CEPI pour contribuer au développement des vaccins ;*
- ✓ *Utiliser l'intelligence artificielle pour analyser des images et identifier des lésions cutanées caractéristiques (diagnostic différentiel avec Mpox) ;*
- ✓ *Études cliniques sur l'innocuité et l'efficacité des vaccin, y compris chez l'enfant ;*
- ✓ *Évaluation de la santé mentale et mise en place de programmes de soutien communautaire.*

5.4. Logistique

La logistique est le socle opérationnel de la riposte.

Les axes d'interventions essentielles : activités essentielles sont les suivantes :

a) Transport et mobilité

- ✓ *Acquérir/utiliser les véhicules, ambulances, motos, hors-bords, générateurs et parfois louer ;*
- ✓ *Assurer le transport des échantillons, kits médicaux et vaccins ;*
- ✓ *Garantir la maintenance et l'approvisionnement en carburant.*

b) Chaîne d'approvisionnement

- ✓ *Approvisionner en kits, intrants et équipements (PEC médicale, PCI, labo, vaccination, nutrition, psychosocial) ;*
- ✓ *Reproduction des outils et supports de la réponse ;*
- ✓ *Doter en rations, habillement, fournitures de bureau et matériel de communication (Starling, Valise Satellitaire, Tablette, Téléphone) ;*
- ✓ *Prépositionner les intrants dans les zones à risque.*

c) Infrastructures

- ✓ *Installer des EOC, CTE, zones de triage et laboratoires mobiles ;*
- ✓ *Aménager tentes, structures modulaires et bases vie ;*
- ✓ *Réhabiliter les infrastructures routières critiques ;*
- ✓ *Créer des entrepôts centraux et cartographier les prestataires de services locaux.*

5.5. Administration et Finances

Cette section assure la gestion transparente et efficace des ressources humaines et financières :

- ✓ *Mise en place d'une base de données des prestataires et application stricte du barème officiel ;*
- ✓ *Paiement transparent des ressources humaines validées par la coordination ;*
- ✓ *Gestion des flux financiers, documentation et traçabilité ;*
- ✓ *Appui administratif pour les ordres de mission, contractualisations et accréditations ;*
- ✓ *Priorité à l'utilisation des prestataires locaux, avec recours exceptionnel à des renforts extérieurs.*

6. BUDGET

Présenté par pilier d'intervention, il comprend les coûts directs liés à la riposte (coordination, surveillance, laboratoires, PEC, PCI, vaccination, communication, logistique, etc.). cfr annexe.

a. Budget Synthèse

N°	Sections et piliers	CT (\$)	%	Bi-Hebd
1	COORDINATION	74.414.400	31,0	
	PRSEAH	5.094.660	2,1	
	SURETE ET SECURITE	6.416.000	2,7	
2	PLANIFICATION	4.747.860	2,0	
3	OPERATIONS			
(1)	SURVEILLANCE INTEGREE	14.767.250	6,1	
(2)	SURVEILLANCE ANIMALE	1.898.400	0,8	
(3)	SURVEILLANCE ENVIRONNEMENTALE	1.028.400	0,4	
	PoE et PoC	1.099.100	0,5	
	LABORATOIRE	2.825.500	1,2	
	PRISE EN CHARGE MEDICALE	7.031.670	2,9	
	PRISE EN CHARGE NUTRITIONNEL ET SOUTIEN ALIMENTAIRE	1.701.000	0,7	
	PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE ET SANTE MENTALE	1.066.850	0,4	
	PCI/WASH ET EDS	9.705.940	4,0	
	CREC	9.480.650	3,9	
	CSSE	6.255.500	2,6	
	PREPARATION	5.455.500	2,3	
	RECHERCHE	2.157.000	0,9	
4	LOGISTIQUE	78.552.250	32,7	
5	ADMINISTRATION ET FINANCES	6.568.000	2,7	
		240.265.930	100	0

b. Budget détaillé

Voir document Excel

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau des Principaux indicateurs de performance

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

PCI	<i>Pourcentage d'écoles et de lieux publics proches des lieux de cas confirmés où des stations de lavage des mains sont utilisées</i>	100%
PCI	<i>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</i>	100%
Vaccination	<i>Pourcentage de personnes éligibles vaccinées</i>	100%
Vaccination	<i>Pourcentage de personnes éligibles vaccinées</i>	3 jours
Accès gratuit aux soins de santé	<i>Nombre moyen de jours entre l'identification d'un nouveau cas confirmé ou probable et l'ouverture d'un anneau de vaccination</i>	50%
Engagement communautaire	<i>Proportion des alertes provenant des structures bénéficiant d'un accès gratuit aux soins</i>	80%
Engagement communautaire	<i>Nombre d'enfants d'âge scolaire ayant reçu des informations sur la prévention d'Ebola</i>	Non défini
Prise en charge psychosociale	<i>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</i>	100%

Annexe 2 : note de bonne conduite et la responsabilité

Politique de lutte contre la fraude et la corruption

- **Lutte contre la fraude et la corruption** : Les parties prenantes refusent de soutenir directement ou indirectement toute action frauduleuse et s'engage à minimiser les risques de corruption dans la mise en œuvre de ses activités.
- **Transparence et Responsabilité** : Les parties prenantes s'engagent à être entièrement responsable et transparente envers ses bénéficiaires, partenaires, fournisseurs et bailleurs de fonds, en donnant accès à l'information concernant la répartition et la gestion de ses fonds. L'organisation s'engage à avoir en main tous les outils nécessaires afin d'assurer une gestion adaptée de ses opérations.

Politique de lutte contre l'exploitation et les abus sexuels

Les parties prenantes adoptent une approche de tolérance zéro à l'égard de l'exploitation et des abus sexuels, et s'engagent donc à les prévenir tant au sein de l'organisation que dans le cadre de ses programmes et pour les populations bénéficiaires. Toute participation directe ou indirecte à une exploitation et un abus sexuel est interdite pour tout personnel, entités associées et partenaires lors de toutes les activités de terrain. La prise en compte d'un point focal PSEA dans l'organigramme donne un signal fort de l'engagement du Ministère de la santé de la RDC afin de lutter contre toute forme d'exploitation ou d'abus vis-à-vis de la communauté victime de cette épidémie.

Engagement des parties prenantes à la riposte MVE

- Le Code de bonne conduite reflète notre engagement à respecter les règles et les principes essentiels d'éthique dans toutes nos activités.
- Il est indispensable d'intégrer et de respecter les exigences du Code de bonne conduite sur le terrain d'intervention si nous voulons gagner la confiance des communautés dans lesquelles nous menons notre action et des parties prenantes.
- Il est tout aussi crucial d'instaurer une culture ouverte où les membres du personnel se sentent suffisamment en confiance pour exprimer leurs préoccupations, sachant qu'elles seront traitées de manière fiable, objective et cohérente.
- Le Code de bonne conduite vise à nous aider à développer une culture fondée sur l'autonomie, la responsabilité, l'intégrité et la morale par l'exemple, l'encadrement et l'apprentissage par des meilleures pratiques.
- Loin de nous restreindre, il élargit nos possibilités d'action en définissant clairement quel comportement adopter dans notre travail.

Annexe 3 : Engagement éthique du personnel recruté pour les USP



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVOYANCE SOCIALE
INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE

Direction Générale



ENGAGEMENT ETHIQUE DU PERSONNEL RECRUTE POUR LES URGENCES DE SANTE PUBLIQUE

Je soussigné (e),, recruté(e) en qualité de dans le cadre de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Ituri (17eme Epidémie). Je m'engage solennellement à respecter les manuels des procédures de l'INSP, les principes éthiques et les règles de conduite suivantes tout au long de ma mission :

1. Respect des principes humanitaires

- M'engager à servir toutes les personnes dans le besoin sans discrimination aucune (origine, sexe, religion, opinion politique, statut social...).
- Agir en toute impartialité, neutralité et indépendance.

2. Confidentialité

- M'abstenir de divulguer sans autorisation préalable de l'INSP de toute information ou données confidentielles relative aux patients, aux bénéficiaires ou à la gestion de la réponse en cause.
- Respecter la vie privée des individus et la confidentialité des données recueillies dans le cadre de mes fonctions.

3. Redevabilité

- Rendre compte à ma hiérarchie pour toute les informations et données en rapport avec la gestion de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Ituri pour laquelle je suis enrôlé.
- Rendre compte aux personnes bénéficiaires de mes services dans le respect des instructions émanant de la hiérarchie.
- Ne pas partager les informations, des données ou biologiques ou épidémiologiques ou non en rapport avec la 17eme Epidémie exclusivement sous autorisations du COUSP voire de la Direction Générale de l'INSP. Aucune technologie de l'information non approuvée par l'INSP ne sera utilisée au cours de cette réponse en vue de renforcer la réponse.

4. Intégrité et transparence

- Refuser toute forme de corruption, favoritisme, détournement ou abus de ressources.
- Gérer les biens, fournitures et moyens mis à ma disposition avec honnêteté et responsabilité.

5. Respect des droits humains

- M'engager à promouvoir et protéger la dignité humaine de chaque personne rencontrée.
- Ne tolérer aucun comportement abusif, y compris le harcèlement sexuel, les abus d'autorité ou l'exploitation des personnes vulnérables.

5. Responsabilité et exemplarité

- Être ponctuel(le), assidu(e) et professionnel(le) dans l'exercice de mes fonctions.
- Collaborer avec respect avec les collègues, partenaires et communautés concernées.
- Respecter les directives sécuritaires et sanitaires en vigueur.

6. Signalement des violations

- Signaler sans délai toute conduite contraire à l'éthique ou au code de conduite de l'organisation, en utilisant les mécanismes prévus à cet effet.

En foi de quoi, je m'engage à respecter les principes ci-dessus. Je comprends qu'un manquement à ces engagements pourra entraîner des mesures disciplinaires, y compris la résiliation de mes prestations voire de mon contrat.

Fait à :

Le : / / 20.....

Nom et prénom :

Numéro téléphonique :

Email :

Signature :

Note : Joindre la copie de la pièce d'identité valide à ce document.