

REVUE DOCUMENTAIRE DE LA LITTÉRATURE GRISE

**Analyse des leçons apprises, des bonnes pratiques et des difficultés
rencontrées lors de la gestion des épidémies de Maladie à Virus
Ebola (9^e, 10^e et 11^e épidémies)**

**CECI EST UN DOCUMENT DE TRAVAIL DEVELOPPE ET UTILISE
DANS LE CADRE DE LA REVUE APRES ACTION (RAA) DE LA
RIPOSTE AUX 9^e, 10^e, 11^e ET 12^e EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS
EBOLA QUI S'EST DEROULEE DU 07 AU 10 JUIN 2021 A KINSHASA**

REVUE DOCUMENTAIRE DE LA LITTÉRATURE GRISE : Analyse des leçons apprises, des bonnes pratiques et des difficultés rencontrées lors de la gestion des épidémies de MVE (9^e, 10^e et 11^e épidémies)

Réalisée pour chaque pilier d'interventions, cette analyse de la littérature grise s'articule autour de trois axes :

- Les leçons apprises à capitaliser désormais ;
- Les bonnes pratiques ayant contribué au succès des interventions ;
- Les défis majeurs à relever pour atteindre les objectifs de lutte.

1. Coordination

Leçons apprises à capitaliser

1. Il est nécessaire d'adapter les capacités de réponse selon l'intensité de transmission du virus et les risques : dans les zones de santé (ZS) à haut risque où la transmission est en cours et dans celles où le risque de transmission est élevé, une équipe de riposte doit être mise en place et maintenue. Il est aussi possible d'utiliser des équipes mobiles d'appui venant des sous-coordinations les plus proches. Dans les ZS qui ne sont pas encore touchées par l'épidémie, des experts doivent être déployés pour former et accompagner les ECZS (équipes de coordination des zones de santé) et celles des centres de santé dans la mise en œuvre des activités de riposte adaptées.
2. Le transfert de compétences de riposte aux DPS et aux entités sanitaires locales sous supervision est gage de succès. Dans le mentorat et la formation des intervenants locaux, il est essentiel de s'assurer que ces derniers sont respectés et qu'ils sont en mesure de répondre aux préoccupations.
3. Grâce aux actions sociales et humanitaires, complémentaires des interventions contre la MVE dans une région souffrant d'une crise humanitaire chronique, il est indispensable d'améliorer le niveau d'acceptance et d'accès aux activités de riposte, ainsi que les conditions de vie des communautés.

Bonnes pratiques

1. La fonctionnalité des dispositifs de coordination de la riposte permet l'implication des partenaires, l'échange et la diffusion d'informations quotidiennes relatives à la mise en œuvre de différents piliers de la réponse, ainsi que la bonne coordination des partenaires.
2. Il faut Impliquer les autres secteurs (Justice, CNPR, Transport, Intérieur, Défense, Poste, Télécommunications etc.) dans la riposte au niveau opérationnel.

Défis majeurs

1. **Décaissement des fonds** : L'évaluation de la situation financière a montré un faible taux de décaissement des fonds alloués (57%) (SRP 4) et des financements insuffisants pour mener à bien les interventions planifiées pour certains piliers et partenaires.
2. **Intégration des interventions** : on note un **déséquilibre** entre les moyens dédiés à la réponse Ebola et la prise en charge des autres problèmes sociaux et humanitaires. Pour

pouvoir compter sur l'appui des communautés, il faut s'assurer que l'ensemble des problématiques et pas seulement l'épidémie Ebola soit pris en considération.

2. Surveillance et Laboratoire

Leçons apprises à capitaliser

1. La mise en place des **équipes d'intervention rapide mixtes et pluridisciplinaires**, associant aussi des membres influents de la communauté et des leaders locaux, a permis d'avoir des effets directs sur la riposte, surtout dans les zones d'accès difficile.
2. La mise en place, par le ministre de la Santé, d'une Cellule de coordination, de suivi et d'analyse des perdus de vue (**CCSA_PVD**) au sein de la commission Surveillance, a permis d'améliorer le traçage des contacts et de limiter la propagation géographique de l'épidémie. Il convient de souligner la collaboration étroite et efficace de cette Cellule avec les services spécialisés et non apparents (Migration, Police, Renseignements, etc.), ainsi que l'UNPOL (Police des Nations Unies).
3. Face à un environnement aussi complexe et imprévisible que l'Est de la RDC, il est **CRUCIAL** que **les structures et les leaders communautaires** soient impliqués dès le début des activités de la riposte en général et de la surveillance en particulier. En effet, l'amélioration de la situation dépend fortement du niveau d'accès, d'acceptation et d'adaptation de la communauté touchée.
4. Le recours à **la surveillance électronique** (avec des logiciels) en appui à la cellule d'analyse et aux équipes de terrain a amélioré le suivi des contacts, les analyses de tendance et la prise des décisions en temps réel.
5. **L'approche zonale ou approche décentralisée** par zone de santé/district sanitaire/aire de santé autour du Médecin chef de zone s'est avérée adaptée aux réalités de terrain. En effet, cette stratégie couplée aux interventions de la réponse autour des cas de MVE a permis de mener efficacement les activités dans les zones d'accès difficile ou insécurisées.

Bonnes pratiques

1. La mise en place d'une cellule mixte **d'analyses épidémiologiques et sociales** au sein de la commission Surveillance a permis de fournir une analyse exhaustive, y compris socio-anthropologique en temps réel de l'évolution de l'épidémie et d'orienter la prise de décision. Par la suite, cette unité est devenue une cellule d'analyse transversale pour tous les piliers.
2. L'implémentation de la **CCSA_PVD** dans tous les foyers (sous-coordinations) a permis d'améliorer la recherche active des contacts, de contenir la propagation régionale, nationale voire internationale de l'épidémie. L'expérience de cette cellule spécifique et multisectorielle peut être reprise pour les prochaines épidémies
3. **L'approche zonale** autour du Médecin chef de zone/district sanitaire s'est avérée adaptée aux réalités de terrain. En effet, cette stratégie couplée aux interventions de riposte autour des cas de MVE a permis de mener efficacement les activités dans les zones d'accès difficile ou insécurisées.

4. **La distribution de kits alimentaires auprès des contacts (fidélisation des contacts)** suivis et leurs proches a contribué à limiter leurs déplacements dans une communauté caractérisée par une hyper mobilité.
5. La mise en place d'un **partenariat local avec les communautés** touchées par l'épidémie, à travers le recrutement et le renforcement des capacités du personnel local (y compris des survivants d'Ebola) pour mener les activités de riposte ont contribué efficacement à réduire la transmission.
6. **Intégration de la surveillance et communication** au sein de la SBC avec le consensus et l'alignement des parties prenantes sur le paquet d'activités de la SBC au sein des Cellules d'Animation Communautaire (CAC).

Défis majeurs

1. La persistance d'un climat d'insécurité permanente dans la région et la multiplication des rumeurs d'attaques sur les équipes ont créé un environnement de peur/psychose chez les acteurs de la riposte et au sein des communautés, ce qui a conduit à délocaliser la coordination générale de Beni à Goma.
2. La forte mobilité des personnes, y compris de contacts et l'hyperdensité populationnelle ont contribué à l'expansion de l'épidémie.
3. Détection des décès communautaires : Faible nombre de décès communautaires testés.
4. L'identification initiale des contacts et le suivi des contacts étaient insuffisants (absence de registres dans les Fosa, population très mobile ...) avec un nombre élevé de contacts perdus de vue, des chaînes de transmission non élucidées, une faible notification des alertes et décès communautaires.
5. **Protection de la mère et de l'enfant** : Nombre élevé d'enfants de moins de cinq ans et de femmes touchées par la maladie, preuve notamment d'une prise en compte insuffisante du volet santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né, dans les activités de riposte contre la MVE.
6. **Capacités de préparation insuffisantes** dans les zones de santé à risque qui ne sont pas non encore touchées par l'épidémie.

3. PoC et PoE

Leçons apprises à capitaliser

1. La mise en place de **Points de contrôle sanitaire stratégiques fonctionnant 24H/24** sans interruption et l'interception des contacts déplacés, jamais vus et perdus de vue ;
2. La présence des **forces de l'ordre (à visée dissuasive)** au niveau des points de contrôle a permis d'intercepter des corps (testés par la suite positifs) et de réguler le flux des voyageurs .

Bonnes pratiques

1. Le recours de **la surveillance électronique** (avec des logiciels), **le partage d'information (listes) aux PoE/PoC** a permis d'améliorer la recherche active et l'interception des contacts perdus de vue, jamais vus, déplacés ou en fuite.

Défis majeurs

1. **Le contexte sécuritaire volatile**, les multiples **attaques des groupes armés** ciblant les points de contrôle sanitaires ;
2. **La non-fonctionnalité** de certains points de contrôle stratégique et la mobilité des populations empruntant des voies routières secondaires, favorisant par endroits la porosité des frontières ;
3. **La résistance au screening**/volonté d'éviter le screening ;
4. **La non prise en compte des agents de sécurité** comme acteurs à part entière **de la riposte** (primes de prestation), réduisant l'effet dissuasif et contraignant aux PoC/PoE prioritaires

4. Laboratoire

Leçons apprises à capitaliser

1. **La décentralisation des services de diagnostic** en cas de propagation de l'épidémie, permet d'améliorer le délai d'analyse des échantillons collectés, le délai du rendu des résultats, la mise en œuvre des interventions de santé publique autour du cas confirmé ;
2. La prise en compte du **recrutement et de la formation *in situ*** et de personnel local favorise l'appropriation et l'autonomisation d'une riposte ;
3. **Le recours régulier au séquençage génomique**, en appui à la surveillance épidémiologique de terrain, a contribué efficacement à l'identification des sources de contamination, du mode de transmission du virus, et à l'établissement des chaînes de transmission surtout dans les zones d'accès difficile ou insécurisées.

Bonnes pratiques

1. Le déploiement massif de 12 **laboratoires mobiles** dans les différentes sous-coordinations a permis d'analyser par RT/PCR plus de 200 000 échantillons dont plus de 3000 positifs pour Ebola ;
2. La mise en œuvre d'un nouveau protocole **test de diagnostic rapide** (TDR) pour tester tous les décès communautaires signalés (à l'aide de TDR ou de GeneXpert) afin de réduire certains cas de résistance communautaire liés au retard d'intervention

Défis majeurs

1. **Le retard dans le délai de communication** de certains résultats de labo (swab) lié au contexte sécuritaire ;
2. **La gestion des déchets** de laboratoire (cartouches GenXpert) nécessitant l'existence d'un incinérateur adapté ($\geq 1200^{\circ}\text{C}$) compte tenu du volume important d'analyses réalisées ;
3. **La rupture occasionnelle en intrants** de laboratoire (cartouches GenXpert).

5. Prise en charge médicale

Leçons apprises à capitaliser

1. **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.

Bonnes pratiques

1. **La mise en place de Centres de Traitement Ebola (CTE)** fonctionnels, répondant aux standards internationaux, et de laboratoires permettant un diagnostic rapide, ainsi que la prise en charge médicale des patients avec les nouvelles thérapies ;
2. **La mise à disposition** de traitements spécifiques ;
3. **La mise en place du protocole de prévention post-expositionnelle (PEP).**

Défis majeurs

1. **L'arrivée tardive** des patients aux CTE.

6. Vaccination

Bonnes pratiques

1. **La disponibilité et le déploiement rapide des vaccins contribuent** 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.
2. **Le recrutement des acteurs locaux de la vaccination** permettant leur ancrage dans le système de santé.

5. Prévention et lutte contre l'infection (PCI)

Leçons apprises à capitaliser

1. **La mise en œuvre de la stratégie multimodale** autour des cas (PCI-WASH) a contribué à contrôler les épidémies de MVE. En effet, sur un total de plus de 3000 cas confirmés, plus de 500 étaient des cas de possibles infections associées aux soins, dont plus d'une centaine touchant des agents de santé ;
2. L'utilisation du **service de la Protection Civile** du Nord-Kivu comme point focal EDS a facilité l'accès à l'engagement de la jeunesse, des églises et des leaders aux processus des EDS ;
3. L'usage **des numéros verts de la Protection Civile** du Nord-Kivu a facilité l'adaptation du mode de fonctionnement de la Cellule d'alerte ;
4. **Les dialogues communautaires** ont permis d'avoir des membres équipes EDS acceptés par la communauté
5. **Une analyse socio-anthropologique**, préalable dans chaque zone d'intervention, permet de comprendre et d'identifier les spécificités relatives aux us, coutumes et religions en cas de décès et d'améliorer ainsi l'adhésion communautaire aux EDS
6. **La forte mobilisation des ressources financières**, matérielles et humaines a facilité l'adaptation des stratégies grâce à l'expérience d'autres experts de différents pays.

Bonnes pratiques

1. Le relais, dans les zones d'accès difficile, des équipes EDS par les **Equipes Communautaires d'Enterrements d'Urgence à Moindre Risque (ECUMR)** constituées essentiellement d'acteurs locaux, acceptés par les communautés.

Défis majeurs

1. Certaines formations sanitaires (surtout des catégories 3 et 4) ayant un faible niveau de PCI constituent **des points de contamination/d'amplification de l'épidémie** ;
2. **La faible implication des chefs coutumiers** de la région aux activités dès le lancement des opérations d'urgence ;
3. **La résistance de certains responsables** censés mobiliser la communauté ;
4. **L'interférence des élections** et des conflits armés avec les activités de riposte, et un plan de protection et de sécurité insuffisant ;
5. **Certains enterrements** incomplets et infructueux, terminés avant l'arrivée des équipes d'EDS ;
6. **La proportion très élevée de décès communautaires** liés aux problèmes sécuritaires ;

6. Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC)

Leçons apprises à capitaliser

1. **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 diminution des réactions communautaires violentes.
2. **La réponse devrait être guidée** par les commentaires reçus des communautés, en ajustant la mise en œuvre des activités en conséquence. Les membres de l'équipe de prestation doivent toujours communiquer de façon respectueuse, transparente et ouverte afin d'établir la confiance. Les communautés sont des acteurs fondamentaux de la communication, ce qui exige le dialogue et l'écoute active, et pas seulement un partage d'information unilatéral. Il faut répondre aux feedbacks communautaires et en tenir compte pour rassurer, expliquer et obtenir la participation effective des communautés affectées par la MVE.
3. Il faut prendre en compte **les solutions communautaires** efficaces et prouvées, susceptibles de contribuer à casser la chaîne de transmission de MVE (pendant les dialogues communautaires, les communautés font de propositions que les acteurs peuvent analyser, appuyer et autoriser). Il est crucial que les collectivités jouent un rôle de premier plan dans la discussion, la planification, la conception et la mise en œuvre des actions qui les touchent. Les acteurs de la riposte doivent noter les préoccupations de la communauté et les partager avec leurs collaborateurs directs, afin d'adapter et d'améliorer continuellement les mesures en fonction des retours d'information communautaires sur la qualité, la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services.
4. **Visibilité et perception de la réponse** : Le déploiement du personnel et des services doit être proportionnel à la situation épidémiologique et aux besoins exprimés par les communautés. Des déploiements disproportionnés, soudains et non annoncés, peuvent susciter la peur et la méfiance au sein de la population. Les acteurs de la riposte ne doivent pas renforcer les déséquilibres de pouvoir dans la communauté à travers leurs interactions avec les membres de

la communauté et leurs actions techniques. Tous les membres de la communauté doivent être traités avec respect, indépendamment de leur statut social, de leur position dans la communauté, de leur sexe, de leur identité, de leurs croyances et sans discrimination d'aucune sorte.

5. Lorsque la méfiance communautaire entrave la riposte, l'accent doit être mis sur le renforcement de l'engagement communautaire et l'adaptation de la riposte d'après les retours d'information de la communauté. Les escortes de sécurité ne doivent être utilisées qu'en dernier recours en cas de réelle insécurité.
6. Il faut respecter et strictement adhérer au Code de conduite sur la protection contre les abus et l'exploitation sexuels (PEAS). Tous les membres du personnel, les volontaires, les consultants et les partenaires d'exécution d'une agence des Nations Unies ou d'autres organisations internationales/nationales doivent respecter les normes les plus strictes en matière de conduite professionnelle et personnelle, ce qui inclut l'interdiction de toutes les formes d'exploitation et d'abus sexuels. Les infractions à ce code de conduite ne doivent être tolérées en aucun cas.

Bonnes pratiques

1. **La promptitude des acteurs** de communication dans la résolution des incidents communautaires et autres activités ;
2. **L'utilisation des réseaux sociaux locaux** pour communiquer sur la riposte.

Défis majeurs

1. **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.
2. **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.
3. **La faible exploitation des études et enquêtes CAP** et autres, le non suivi des consignes et recommandations données par la commission communication.

7. Logistique

Leçons apprises à capitaliser

1. La mise en place **d'un pont aérien** avec des moyens conséquents (disponibilité des avions et hélicoptères) a permis le déploiement/exfiltration rapide des équipes de la riposte dans certaines zones enclavées, d'accès difficile ou insécurisées.
2. **La mobilisation des partenaires** en appui au ministère de la Santé a permis à la logistique d'être un pilier transversal de toutes les actions de riposte ;
3. **L'achat progressif des véhicules** (jeeps et ambulances), en lieu et place des engins de location, et leur dotation par les autorités nationales aux provinces et zones de santé touchées permet de renforcer la résilience et l'ancrage des activités de riposte dans le système de santé

Bonnes pratiques

1. La mise en place **d'une cellule chargée des ressources humaines** au niveau de la coordination générale et de la régularisation administrative du paiement rapide des agents de santé.

Défis majeurs

1. **La lenteur dans la régulation des situations des staffs sur terrain** (validations tardives des départs et arrivées) ;
2. **Les contraintes sécuritaires** ayant impacté négativement les activités de la riposte ;
3. **L'insuffisance de personnel** surtout du ministère dans certains sites ;
4. **L'appui logistique** aux nouvelles bases de riposte et à la PCI incluant les zones forestières ;
5. **La rupture de stock** pour certains matériels critiques (PPE, cartouches GenXpert, etc.) ;
6. Le **faible partage d'informations** par certains partenaires.

8. Sécurité

Défis majeurs

1. **La situation sécuritaire** et les attaques contre le personnel et les structures de riposte au cours de manifestations communautaires perturbent les actions de lutte contre l'épidémie.

9. Accès aux services de santé

Bonnes pratiques

1. Faciliter l'accès aux services de santé est essentiel pour une riposte efficace car il favorise la détection des malades parmi les personnes potentiellement infectées par le virus Ebola. Subventionner les soins dans les formations sanitaires agréées intensifie l'utilisation des services de santé. On peut admettre la « gratuité » des soins et des frais de fonctionnement en rapport avec **un nombre limité des maladies et de conditions**, principalement pour les enfants et les femmes. Afin d'éviter des effets pervers, la « gratuité » des soins n'est pas instaurée pour les structures privées et les tradipraticiens. Toutefois, d'autres incitations doivent être mises en place pour améliorer leur coopération dans le cadre de la riposte.

LISTE DES DOCUMENTS ETUDIÉS

1. OMS, Plan Stratégique 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, 4ème édition (PSR-4), Juillet – décembre 2019 ;
2. OMS, Programme de l'OMS pour les urgences sanitaires, Rapport trimestriel-Juillet à Septembre 2020, Riposte à l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola au Nord-Kivu, Sud-Kivu & Ituri, République Démocratique du Congo ;
3. OMS, Programme de l'OMS pour les urgences sanitaires, Rapport annuel-Juillet 2019 à Juin 2020, Riposte à l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola au Nord-Kivu, Sud-Kivu & Ituri, République Démocratique du Congo ;
4. Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention de la RDC, Rapports de Situation (SITREPs N° 2-677), 2018-20, Epidémie de la Maladie à Virus Ebola, Provinces du Nord Kivu et de l'Ituri, République démocratique du Congo ;
5. Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention de la RDC, Rapports de Situation (SITREPs N° 2-169), 2020, Epidémie de la Maladie à Virus Ebola, Province de l'Équateur, République démocratique du Congo ;
6. USAID. (2020) USG DRC Ebola outbreak fact sheet – French;
7. OMS. (2019) High-level meeting on the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo affirms support for Government-led response and UN system-wide approach;
8. OMS, Bureau Regionale des Afrique. (2019) New technology allows for rapid diagnosis of Ebola in Democratic Republic of the Congo
9. Jessica Turner. (2018) Intrahealth international. Getting to Zero: Lessons on Ebola and Global Health Security
10. Ministère de la Santé, DR Congo. (2018) Ebola RDC Bulletin Epidemiologique.
11. McCombes, S. (2020, June 19). *How to write a problem statement*. Scribbr. <https://www.scribbr.com/research-process/problem-statement/>
12. Amzath Fassass. (2019). Ébola : L'engagement communautaire, clé de la riposte. SciDevNet. <https://www.scidev.net/fr/afrique-sub-saharienne/opinions/ebola-riposte-18032019/>

13. OMS, Bureau Regionale des Afrique. (2019) New technology allows for rapid diagnosis of Ebola in Democratic Republic of the Congo
14. OMS. (2019). Ebola outbreak Democratic Republic of the Congo
15. Sonia Rolley, Patient Ligodi. (2019). Un an d’Ebola en RDC: les défis d’une riposte controversée. RFI. <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20190731-an-ebola-rdc-epidemie-defi-riposte-controversee>
16. Nicholas Crawford, Kerrie Holloway (2021). The Democratic Republic of Congo’s 10th Ebola response: lessons on international leadership and coordination. ODI. <https://odi.org/en/publications/the-democratic-republic-of-congos-10th-ebola-response-lessons-on-international-leadership-and-coordination/>
17. Ilunga Kalenga, O., Moeti, M., Sparrow, A., Nguyen, V. K., Lucey, D., & Ghebreyesus, T. A. (2019). The Ongoing Ebola Epidemic in the Democratic Republic of Congo, 2018-2019. *The New England journal of medicine*, 381(4), 373–383. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1904253>
18. ALIMA (2019). The CUBE is a care unit for outbreaks of highly infectious disease. <https://alima.ngo/en/cube/>
19. World Health Organization. (2020). Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 12 February 2020.
20. Ministère de la Sante, DR Congo. (2019). Strategic response plan for the Ebola virus disease outbreak in the provinces of North Kivu and Ituri Democratic Republic of the Congo July - December 2019.
21. World Health Organization. Regional Office for Africa. (2019). Ebola Virus Disease Democratic Republic of Congo: External Situation Report 51 / 2019. World Health Organization. Regional Office for Africa. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326015>
22. La Rédaction. (2018). RDC: La riposte contre l’Ebola en grand danger à Beni. Politico. <https://www.politico.cd/encontinu/2018/09/25/rdc-la-riposte-contre-lebola-en-grand-danger-a-beni.html/29771/>
23. Franceinfo Afrique. (2019). L’épidémie d’Ebola en RDC: une crise de santé publique dans un contexte politique et social très tendu. https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/republique-democratique-du-congo/lepidemie-debola-en-rdc-une-crise-de-sante-publique-dans-un-contexte-politique-et-social-tres-tendu_3582565.html