



RAPPORT TECHNIQUE

REVUE APRES ACTION DE LA RIPOSTE AUX 9^e, 10^e, 11^e ET 12^e EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Juin 2021

SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| SOMMAIRE | i |
| Préface | ii |
| Remerciements | iii |
| ABREVIATIONS | iv |
| 1. RESUME EXECUTIF | 1 |
| 1.1 Contexte et justification de la Revue après action | 1 |
| 1.2 Méthodologie de la Revue après action | 2 |
| 1.3 Résultats de la Revue après action | 4 |
| 2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA REVUE APRES ACTION – SUCCESSION D’EPIDEMIES DE MVE EN RDC..... | 11 |
| 3. DEROULEMENT ET RESULTATS DE LA REVUE APRES ACTION..... | 14 |
| 3.1 Objectifs et champs d’application | 14 |
| 3.1.1 Objectif général | 14 |
| 3.1.2 Objectifs spécifiques | 14 |
| 3.1.3 Champs d’application : activités examinées | 14 |
| 3.2 Approche méthodologique | 15 |
| 3.3 Résultats | 18 |
| 3.3.1 Revue documentaire de la littérature grise et de la littérature scientifique | 18 |
| 3.3.2 Enquête en ligne..... | 21 |
| 3.3.3 Entretiens avec les informateurs clés | 27 |
| 3.3.4 Résultats de la RAA de la riposte aux 9e, 10e, 11e et 12e épidémies de MVE en République démocratique du Congo issus des groupes de discussion (volet final)..... | 32 |
| 3.3.5 Feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations | 74 |
| 4. CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS..... | 75 |
| 5. ANNEXES..... | 79 |
| 5.1 Agenda de l’atelier des groupes de discussion | 79 |
| 5.2 Protocole PCI COVID-19 utilisé durant l’atelier de discussion de groupe | 82 |
| 5.3 Composition des équipes pour la préparation de la RAA (comité de pilotage et groupes thématiques) | 83 |
| 5.4 Liste des participants au pré atelier – (Matadi - 2 au 4 juin 2021) | 85 |
| 5.5 Liste des participants à l’atelier – (Kinshasa – 7 juin au 10 juin 2021)..... | 86 |

Préface

La République démocratique du Congo (RDC) est confrontée à de multiples situations d'urgences de santé publique, notamment aux épidémies de maladies infectieuses telles que la Maladie à virus Ebola (MVE). Le pays s'illustre en effet par l'émergence et des résurgences successives d'épidémies de MVE. Il a ainsi été confronté, il y a seulement quelques mois, à une 12^e épidémie de MVE. Ces flambées épidémiques qui constituent une menace pour la sécurité sanitaire nationale et internationale sont à l'interface entre la santé humaine, animale et environnementale.

Au sortir des 9^e, 10^e, 11^e et 12^e épidémies de MVE, d'autres épidémies (rougeole, polio, choléra, fièvre jaune, anthrax, peste, etc.) et de catastrophes naturelles ; l'analyse diagnostique et prospective de la riposte aux 4 dernières épidémies de MVE montrent la nécessité de renforcer la coordination et les capacités des acteurs de la riposte tant du niveau central que périphérique.

Parmi les options recommandées, en lien avec la sécurité sanitaire mondiale (notamment l'Evaluation externe conjointe et le Plan d'action nationale pour la sécurité sanitaire PANSS), il apparaît nécessaire de mettre en place et de rendre opérationnel un Centre des opérations d'urgence, doté de procédures standardisées, de ressources humaines compétentes et d'infrastructures dédiées pour répondre aux priorités du Gouvernement en matière de santé et à la vision du président de la République, Son Excellence **Felix Antoine Tshisekedi Tshilombo**.

En ma qualité de ministre de la Santé publique, Hygiène et Prévention, je voudrai profiter de cette occasion pour remercier tous les experts, les acteurs nationaux et provinciaux, les partenaires ainsi que le secrétariat technique du comité multisectoriel de la Riposte Ebola pour leur contribution à la réalisation de cette revue après action attendue depuis plusieurs mois. Les différentes recommandations issues de cette revue après action permettront au pays de se renforcer, mais aussi d'être mieux préparé aux éventuelles urgences et catastrophes.

En ce Jeudi 10 Juin 2021, je suis heureux de déclarer solennellement la fin de l'atelier de la revue après action aux épidémies de Maladie à virus Ebola de 2018 à 2021 en République démocratique du Congo.

Je vous remercie.

Signé :

Dr Jean Jacques Mbungani Mbanda

Remerciements

Le ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention, à travers la Direction générale de lutte contre la maladie, tient à remercier toutes les personnes, institutions et partenaires dont le soutien, la participation et l'engagement ont contribué à la réussite de la revue après action aux épidémies de maladie à virus Ebola en RDC qui s'est conclue par un atelier de travail organisé à Kinshasa du 7 au 10 Juin 2021.

Nous remercions cordialement :

- Les experts nationaux de la République démocratique du Congo représentant les ministres impliqués dans la riposte contre les épidémies de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo ;
- Les Divisions provinciales de santé de l'Equateur, du Nord Kivu, Ituri et Sud Kivu pour leur disponibilité et leur participation ;
- L'Organisation mondiale de la Santé (bureau pays, AFRO et Siège) pour son soutien technique et financier à la réalisation de cette revue après action ;
- Les partenaires nationaux et internationaux — *AFENET/FELTP, Africa CDC, Associate Humanitaire Affairs Officer, Banque Mondiale, CARITAS, CDC Atlanta, COMED IFRC, JHPIEGO, MSF, OIM, PDSS, Première Urgence Intermédiaire "PUI", RUMPH&ASS/CDC, UNFPA, UNICEF, PRODS-DUE-ECHO et USAID* — pour leurs contributions.

ABREVIATIONS

| | |
|-----------------|--|
| CDC | : <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| CNC | : Comité national de coordination |
| COUSP | : Centre des opérations d'urgences en santé publique |
| COVID-19 | : Maladie à coronavirus 2019 |
| CREC | : Communication sur les risques et engagement communautaire |
| CTE | : Centre de traitement Ebola |
| DGLM | : Direction générale de lutte contre la maladie |
| DHSP | : Direction de l'hygiène et de la salubrité publique |
| DES | : Direction de la surveillance épidémiologique |
| DPS | : Division provinciale sanitaire |
| ECUMR | : Equipe communautaire d'enterrement d'urgence à moindre risque |
| EDS | : Enterrement digne et sécurisé |
| EEC | : Evaluation externe conjointe |
| EIR | : Equipe d'intervention rapide |
| EPI | : Equipement de protection individuelle |
| EWARS | : <i>WHO's Early Warning, Alert and Response System</i> |
| FICR | Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge |
| FOSA | : Formation sanitaire |
| GHSA | : <i>Global Health Security Agenda</i> |
| GOARN | : Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie |
| IMS | : Système de gestion des incidents (<i>Incident Management System</i>) |
| MSP | : Ministère de la Santé publique |
| MVE | : Maladie à virus Ebola |
| OCHA | Bureau de la coordination des affaires humanitaires |
| OMS | : Organisation mondiale de la Santé |
| PANSS | : Plan d'action national pour la sécurité sanitaire |
| PAM | : Programme alimentaire mondial |
| PCI | : Prévention et lutte contre les infections |

| | |
|-------------------|--|
| PEV | : Programme élargi de vaccination |
| PNCPS | : Programme national de communication pour la promotion de la santé |
| PNHF | : Programme national d'hygiène aux frontières |
| PNUAH | : Programme national des urgences et actions humanitaires |
| PoE/PoC | : Points d'entrée/Points de contrôle sanitaire |
| PTF | : Partenaire technique et financier |
| RDC | : République démocratique du Congo |
| RSI (2005) | : Règlement sanitaire international 2005 |
| RT-PCR | : <i>Real-time transcription polymerase chain reaction</i> |
| POS | : Procédures opérationnelles standardisées |
| SIMR | : Surveillance intégrée de la maladie et la riposte |
| USAID | Agence des États-Unis pour le développement international |
| US CDC | Centre pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis |
| UNDSS | Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies |
| UNHAS | Service aérien d'aide humanitaire des Nations Unies |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| USPPI | : Urgence de santé publique de portée internationale |
| ZS | : Zone de santé |

1. RESUME EXECUTIF

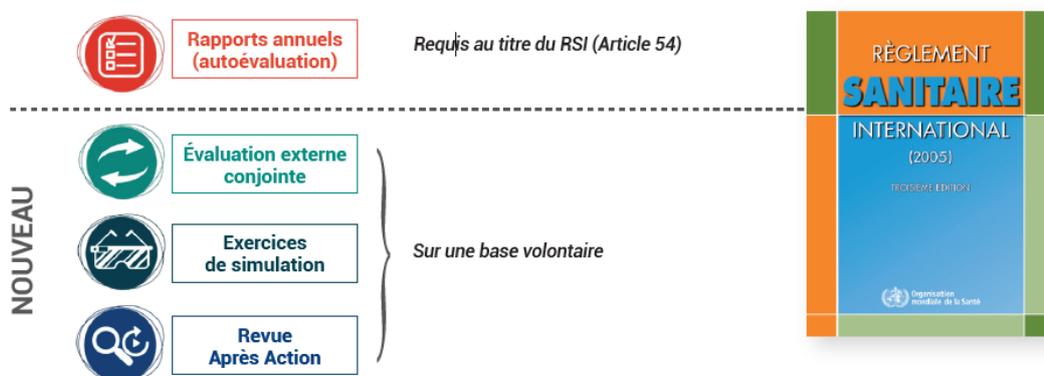
1.1 Contexte et justification de la Revue après action

Le virus Ebola provoque une maladie aiguë, grave, souvent mortelle en l'absence de traitement, avec un taux de létalité moyen d'environ 50%. Transmis à l'homme par des animaux sauvages, le virus se propage dans la population par transmission interhumaine¹.

Depuis l'apparition du premier cas de maladie à virus Ebola (MVE) en 1976, à Yambuku, situé près de la rivière Ebola qui a donné son nom à la maladie, la République démocratique du Congo (RDC) a connu douze épidémies de MVE, dont les quatre dernières sur la période 2018-2021. Plus précisément, du 7 février au 3 mai 2021 pour la douzième.

En vertu de l'application du Règlement sanitaire international (RSI 2005), les pays sont tenus de déterminer les mesures de lutte nécessaires pour éviter la propagation des maladies au niveau national et international. La revue après action (RAA) constitue l'un des volets du cadre de suivi et d'évaluation du RSI², tel qu'illustré ci-dessous.

Cadre de suivi et d'évaluation du RSI tiré du guide OMS pour la Revue après action.



Cadre de suivi et d'évaluation du RSI après 2016 :

- Le cadre fait suite à la résolution WHA68.5 de la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé
- La Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a pris note du cadre
- Le Groupe de la politique mondiale de l'OMS l'a adopté.

Conformément au cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005), les pays sont encouragés à réaliser une RAA qui consiste en l'examen à posteriori des activités de préparation et de riposte à un événement de santé publique majeur afin d'identifier les meilleures pratiques et les difficultés rencontrées au cours de celle-ci, pour renforcer les capacités de préparation, de détection et de réponse à d'éventuels événements de santé publique ultérieurs.

Ainsi, le ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention de la RDC a sollicité l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de ses partenaires pour réaliser une RAA de la riposte aux quatre dernières épidémies de MVE qui ont sévi dans le pays entre 2018 et 2021. Il s'agit des 9^e, 10^e, 11^e et 12^e épidémies.

¹ <https://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/index.html>

² <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276651/WHO-WHE-CPI-2018.51-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Compte tenu du contexte épidémique et pandémique actuel avec la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), cette RAA a adopté un nouveau format de méthode mixte comme proposé dans le guide de l'OMS pour les RAA, publié en avril 2019³. Le format retenu s'appuie ainsi sur l'examen approfondi de la documentation pertinente, une enquête en ligne, des entretiens avec les informateurs clés essentiellement par voie téléphonique et pour terminer, un pré-atelier suivi de l'atelier de groupes de discussion en présentiel qui se sont déroulés, respectivement du 2 au 4 juin 2021 à Matadi, et du 7 au 10 juin 2021 à Kinshasa.

A l'occasion du discours d'ouverture de l'atelier en présentiel, le 7 juin 2021, Mme Véronique KILUMBA, vice-ministre de la Santé publique, Hygiène et Prévention, a fait le point sur la situation en précisant que la RDC était confrontée à de multiples situations d'urgences de santé publique, notamment les épidémies de MVE dont les flambées épidémiques constituent une menace pour la sécurité sanitaire nationale et internationale. « *Suite à la déclaration de la fin de la 11^e épidémie de MVE, le 17 novembre 2020* », a-t-elle indiqué, « *la RDC a élaboré un plan stratégique post-épidémique de 90 jours pour consolider les acquis de la riposte et mieux se préparer à la survenue d'autres épidémies* ». Mais alors même que se préparait sa mise en œuvre, ainsi qu'une RAA de la riposte aux trois dernières épidémies de MVE, une 12^e épidémie a été déclarée le 7 février 2021, provoquant la suspension des activités préparatoires de RAA qui étaient en cours. « *La RDC étant engagée dans la mise en œuvre de la feuille de route de la sécurité sanitaire mondiale, il était cependant essentiel pour le pays de procéder à cette revue* », a conclu Mme Véronique KILUMBA. La déclaration de la fin de la 12^e épidémie, le 3 mai 2021, offrait donc l'opportunité pour le ministère de la Santé de la RDC de réaliser cette RAA portant sur la riposte aux quatre dernières épidémies qui ont touché les provinces de l'Équateur, de l'Ituri, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu.

Lors de cette même cérémonie d'ouverture de l'atelier, le Dr Amédée Prosper DJIGUIMDE représentant pays de l'OMS, a également tenu à saluer la tenue de la RAA : « *En RDC, les épidémies d'Ebola se sont succédées ces dernières années et n'ont pas laissé le temps aux acteurs d'organiser des revues. C'est ainsi que, malgré la pandémie de COVID-19, nous nous sommes donné les moyens d'organiser cette RAA. Le moment idéal pour l'effectuer est le plus tôt possible, de préférence dans les trois mois suivant la déclaration officielle de fin de l'épidémie par le ministère de la Santé, en collaboration avec l'OMS, lorsque les intervenants ou acteurs de la réponse ont encore un souvenir frais et précis de ce qui s'est passé* » a-t-il expliqué.

1.2 Méthodologie de la Revue après action

Selon la définition de l'OMS, une RAA est une : « *...revue structurée des mesures prises en réponse à un événement réel de santé publique. Le processus de revue vise à identifier et à documenter ce qui a bien fonctionné et ce qui a moins bien fonctionné, les raisons pour lesquelles les événements se sont produits ainsi et à identifier les mesures correctives, immédiates et à plus long terme pour les réponses futures. Une RAA peut se concentrer sur une seule fonction spécifique ou sur un large ensemble de fonctions, couvrant un ou plusieurs secteurs impliqués dans la réponse* » (OMS, *Guide pour les revues après actions*, 2019).

Bien que plusieurs méthodes d'évaluation quantitative et qualitative puissent être utilisées, la valeur ajoutée d'une RAA réside dans le fait qu'elle est axée sur l'apprentissage collectif et le partage d'expériences, et qu'elle accorde une attention particulière aux connaissances des

³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329387/WHO-WHE-CPI-2019.4-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

parties prenantes. Elle a pour objectif de transformer le savoir tacite en apprentissage, tout en instaurant un climat de confiance entre les différents acteurs de la réponse. La RAA leur offre en effet une occasion unique de réfléchir aux difficultés rencontrées, aux points forts, aux nouvelles capacités acquises et d'en tirer les leçons pour consolider la compréhension mutuelle des processus de riposte aux événements de santé publique, harmoniser les mécanismes de coordination et de collaboration, renforcer et institutionaliser les capacités nécessaires aux différents niveaux du système de santé publique pour mieux préparer le pays à faire face aux prochaines épidémies.

Pour s'adapter au contexte épidémique et pandémique du moment (COVID-19), imposant des mesures fortes de santé publique qui incitent notamment à la tenue des activités et des réunions en distanciel, la RAA de la riposte aux épidémies de MVE en RDC s'est déroulée en 5 phases, selon un format novateur de méthode mixte s'appuyant sur quatre volets, dont les trois premiers en distanciel et le dernier en présentiel :

- **Etude documentaire de la littérature grise et scientifique** (janvier à mai 2021)
- **Enquête en ligne** (27 janvier au 19 mars 2021),
- **Entretiens avec des informateurs clés et des personnes-ressources** (12 au 25 avril 2021)
- **Atelier de RAA** (7 au 10 juin 2021 à Kinshasa), précédé d'un **atelier préparatoire** (2 au 4 juin 2021 à Matadi).

Les activités à analyser ont été regroupées autour de 5 piliers d'intervention :

1. Coordination/gouvernance, gestion des informations, administration et finance, logistique et sécurité ;
2. Surveillance, vaccination, points d'entrée/points de contrôle sanitaire (PoE/PoC), laboratoire ;
3. Prise en charge médicale, essais thérapeutiques et cliniques, programme pour les survivants d'Ebola ;
4. Prévention et lutte contre les infections (PCI), enterrements dignes et sécurisés (EDS) ;
5. Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC), prise en charge psychologique et sociale.

L'étude de la littérature grise (documents produits par diverses instances publiques et autres documents opérationnels, tels que notes de compte rendu internes de l'OMS, rapports de situation quotidiens, bulletins épidémiologiques) **et de la littérature scientifique** (méthodologie PRISMA pour documenter et sélectionner les articles publiés dans des revues à comité de lecture indexés sur PubMed, EMBASE et Web of Science) a permis d'identifier toute une série d'informations concernant la gestion des 9^e, 10^e, 11^e et 12^e épidémies. Ces informations ont ensuite été rassemblées pour chaque secteur d'intervention selon trois axes : i) pratiques exemplaires ayant contribué au succès des interventions, ii) principaux défis à relever pour atteindre les objectifs de lutte contre les épidémies de MVE et iii) enseignements tirés à capitaliser.

L'enquête en ligne, adressée à tous les acteurs de la riposte aux 9^e, 10^e, 11^e et 12^e épidémies (personnels du gouvernement, membres nationaux et internationaux de l'OMS et des organisations partenaires) et diffusée *via* les équipes centrales de coordination de RAA [équipes du système de gestion des incidents (IMS) ou du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'OMS] a enregistré plus de 800 réponses exploitables sur un

total de 1985 questionnaires envoyés. Les renseignements ainsi obtenus ont permis de trianguler les points communs entre les informations recueillies lors de l'étude documentaire et les entretiens avec les informateurs clés, et de dégager les principales thématiques et points clés pour orienter les discussions de groupe de l'atelier clôturant la RAA.

Les entretiens semi-structurés par visioconférence ou par téléphone avec 31 informateurs clés et personnes ressources ont recueilli des informations sur les expériences et le ressenti personnels d'un échantillonnage des différents types d'acteurs ayant participé à la riposte aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies de MVE (membres du gouvernement congolais et du ministère de la Santé, autorités politico-administratives, leaders communautaires, personnels de l'OMS et d'autres organisations partenaires).

A partir des résultats de l'enquête en ligne et de l'étude documentaire, des guides ont été conçus pour faciliter ces entretiens semi-structurés et passer en revue les points suivants : (i) informations relatives à l'informateur clé ; (ii) points forts par pilier d'intervention ; (iii) difficultés, lacunes et défis à relever par pilier d'intervention ; (iv) enseignements tirés ; (v) difficultés pour la communauté de s'approprier la riposte ; (vi) amélioration du système/recommandations.

L'analyse qualitative des données a ensuite adopté une approche itérative inductive pour identifier des thèmes et des sous-thèmes.

Toutefois, si les informateurs peuvent ainsi donner leur propre perception des lacunes et des points forts, leurs réponses ne permettent pas d'en analyser les causes profondes. Raison pour laquelle, il est impératif que ce travail d'analyse des causes profondes soit effectué lors des discussions de groupe de l'atelier finalisant le processus de RAA.

Un **pré-atelier** en présentiel a été organisé pour former les facilitateurs nationaux aux techniques de facilitation participative, présenter les outils à utiliser, entamer les discussions de groupe et préremplir les fiches de prise de notes à partir des informations déjà disponibles, issues de l'étude de la littérature grise et scientifique, de l'enquête en ligne et des entretiens avec les informateurs clés et personnes ressources. Ce pré-atelier a réuni uniquement les personnes préalablement identifiées par le ministère de la Santé pour assurer les fonctions de facilitateurs et de personnes ressources lors de la dernière phase de la RAA que constitue **l'atelier de groupes de discussion**. Cet atelier en présentiel a rassemblé cinq groupes de travail (un par pilier d'intervention) pour approfondir les discussions et trianguler les informations fournies dans les phases précédentes, rechercher un consensus sur les lacunes et pratiques exemplaires identifiées et sur les perceptions individuelles et collectives des expériences partagées, et formuler enfin des recommandations et activités prioritaires pour renforcer les capacités de la RDC en matière de préparation et de riposte à d'éventuelles nouvelles épidémies de MVE.

1.3 Résultats de la Revue après action

La RAA a été conçue selon une approche globale, comportant quatre volets, afin de recueillir des informations issues de différentes sources, ce qui permet, après triangulation de ces informations, de réduire au minimum le biais de mémoire par rapport aux détails de la riposte.

Cette RAA a été menée avec succès grâce à la participation active de tous les intervenants qui ont su saisir cette opportunité pour échanger sur leurs fonctions et leur vécu durant la riposte aux épidémies successives de MVE.

Les résultats de l'étude documentaire, de l'enquête en ligne et des entretiens avec les informateurs clés ont montré que chaque épidémie avait ses particularités en matière de surveillance aux points d'entrée, de sécurité, de participation communautaire, d'accès aux zones touchées et de capacités, selon la coexistence d'autres situations d'urgence.

Malgré la succession rapide des quatre dernières épidémies de MVE entre 2018 et 2021, les acteurs de la riposte ont pu bénéficier d'innovations et en généraliser l'application, avec notamment, le déploiement de capacités diagnostiques à proximité des patients, l'utilisation de thérapeutiques expérimentales et la vaccination en ceinture puis géographique. Ils ont aussi su tirer les leçons des épidémies successives pour améliorer et adapter leur action, en ayant par exemple recours aux compétences locales à travers l'approche par zone de santé ; en optimisant la logistique ; en coordonnant des activités de surveillance, de vaccination, de prévention et de lutte contre les infections ; et en intégrant les tradipraticiens et les leaders communautaires dans les activités de riposte. Enfin, parmi les points forts retenus, il convient de souligner l'importance de la capitalisation des enseignements tirés de l'épidémie de MVE de 2014 à 2016 en Afrique de l'Ouest, avec notamment l'implication de plusieurs acteurs dans la prise en charge des malades et le suivi médical, biologique et psychosocial des survivants d'Ebola.

Les résultats de la RAA ont aussi mis en exergue des difficultés, entre autres : le manque de formation des intervenants sur le terrain ; la proportion importante d'acteurs extérieurs aux provinces affectées (venus d'autres provinces et d'autres pays) par rapport aux locaux ; les retards de décaissement des fonds ; les contraintes du maintien de la chaîne du froid pour la vaccination ; les difficultés de gestion et d'acheminement de kits de laboratoire, de prélèvement et d'équipements de protection individuelle (EPI) ; les problèmes d'accessibilité et d'insécurité dans certaines zones de santé, ainsi qu'une forte résistance de la population aux activités de riposte.

La RAA a également permis d'identifier, d'expérimenter et de documenter plusieurs innovations, notamment celles développées lors de la 10^e épidémie, qui révolutionneront sans doute la riposte aux prochaines épidémies de MVE et faciliteront leur gestion. Parmi ces innovations : l'utilisation de chambres d'urgence bio-sécurisées pour les épidémies (CUBE) vient en tête (jugée utile par 100% des participants à l'enquête en ligne) ; le déploiement du vaccin Ebola (vaccination « en ceinture » : i.e. vaccination des contacts et des contacts de contacts des cas probables et confirmés) pour éviter la propagation de l'épidémie ainsi que son utilisation pour la protection du personnel de première ligne (jugé utile par plus de 30% des participants au questionnaire en ligne) ; le déploiement de laboratoires mobiles et d'outils de diagnostic modernes et l'utilisation des centres de traitement Ebola mobiles au cours de l'épidémie de MVE de 2020 dans la province de l'Equateur (jugés utiles et adaptés au contexte spécifique des zones affectées d'accès difficile et aux ressources limitées). D'autres innovations ont fait l'objet de projets pilotes. Il s'agit notamment de la mise en place d'une cellule d'analyse opérationnelle, dédiée à l'analyse des données produites par la riposte intégrant épidémiologie et sciences sociales, selon une méthode holistique permettant d'émettre des recommandations adaptées et acceptables par les communautés et avec la collaboration de tous les partenaires impliqués dans la riposte. Citons également au niveau des points d'entrée la recherche des contacts non vus (jamais vu, perdu de vue et déplacés), la géolocalisation des contacts perdus de vue et l'adaptation des stratégies de contrôle sanitaire des voyageurs à la mobilité des populations, particulièrement des malades.

A l'issue de la RAA, les participants ont identifié 65 pratiques exemplaires et 76 difficultés rencontrées lors de la réponse. Ils en ont analysé les raisons et défini 69 activités à renforcer pour améliorer la riposte, parmi lesquelles 40 ont été retenues comme prioritaires selon leur impact et leur facilité de mise en œuvre à plus ou moins longue échéance : court, moyen et long terme.

Les groupes de travail de l'atelier en présentiel ont finalisé cette RAA en discutant des forces, des faiblesses et des défis à relever, ainsi que des enseignements tirés des épidémies successives de MVE. Ils se sont basés sur les informations enregistrées dans les rapports des volets précédents de la RAA, sur le partage des expériences et perceptions individuelles des participants aux discussions en groupe, ainsi que sur le principe de consensus pour établir une perception collective et identifier des activités à conduire à partir des forces, des faiblesses, des défis à relever et des enseignements tirés et discutés collectivement. Ils en ont analysé les raisons et conclu par une série d'activités prioritaires au nombre de 40 parmi 69 activités identifiées.

Les activités prioritaires retenues par pilier et leur échéance de mise en œuvre (en cas d'épidémie/court/moyen/long terme) figurent dans le tableau ci-dessous :

| ACTIVITÉS PRIORITAIRES | | ÉCHÉANCE |
|--|--|-------------------|
| Coordination/gouvernance, gestion des informations, administration et finance, logistique et sécurité | | |
| 1 | Mettre en application les articles 105 et 106 de la loi sur la santé ⁴ : Créer un Centre des opérations d'urgence en santé publique (COUSP) et un institut national de santé publique (INSP) en institutionnalisant la formation et le déploiement d'équipes multidisciplinaires d'intervention rapide (EIR) pour la réponse aux épidémies. | Court terme |
| 2 | Décentraliser la coordination des opérations de riposte au niveau des provinces, avec un système de gestion des incidents s'appuyant sur des structures organiques pérennes et des ressources existantes au niveau des divisions provinciales de santé (DPS). | Court terme |
| 3 | Pré-positionner des kits d'urgences au moins dans les provinces considérées à haut risque pour les épidémies de MVE (Kinshasa, Nord Kivu, Haut Katanga, Equateur). | Court terme |
| 4 | Plaider en faveur de l'allocation d'un fonds d'urgence au ministère de la Santé pour permettre un déploiement rapide des experts en cas d'événements/situations d'urgence de santé publique. | Court terme |
| 5 | Créer une commission d'accréditation des partenaires d'appui à la riposte aux événements/situations d'urgence de santé publique. | Court terme |
| 6 | Mettre en place un cadre de suivi et d'évaluation des financements octroyés par les partenaires pour assurer la redevabilité et la traçabilité des fonds dédiés à la riposte. | En cas d'épidémie |

⁴ <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/109917/136538/F-759347609/COD-109917.pdf>

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| 7 | Mettre en place une politique de gestion des ressources humaines, définissant clairement le barème des primes, le ratio experts internationaux/nationaux/provinciaux/locaux, un code de bonne conduite et des mesures disciplinaires à l'intention des acteurs engagés dans la riposte, et la remise de médailles et de diplômes du mérite. | Court terme |
| 8 | Adopter et appliquer avec la partie nationale et les partenaires un code de conduite doté d'un mécanisme de surveillance solide pour lutter contre les abus et principaux risques (financier, abus sexuel, abus d'autorité, etc.). | Court terme |
| 9 | Mettre en place une commission de planification, de suivi et d'évaluation, notamment concernant la documentation et la diffusion des pratiques exemplaires. | Court terme |
| 10 | Développer des stratégies et des directives visant à assurer la continuité des services pendant les épidémies et la contribution à la couverture santé universelle. | En cas d'épidémie |
| Surveillance, vaccination, points d'entrée/points de contrôle sanitaire (PoE/PoC), laboratoire | | |
| 1 | Elaborer une directive pour l'intégration obligatoire des tradipraticiens dans la surveillance à base communautaire. | Court terme |
| 2 | Elaborer une directive pour l'implication des formations sanitaires non gouvernementales dans la recherche active des cas suspects en cas de situation d'urgence. | Court terme |
| 3 | Actualiser les procédures opératoires standardisées (POS) en y intégrant l'itinéraire (ou mapping) thérapeutique et communautaire de chaque cas confirmé qui permettra de dresser une liste exhaustive des contacts. | Moyen terme |
| 4 | Développer et tester un plan de renforcement de la surveillance épidémiologique au niveau des points d'entrée (PoE) désignés, avec notamment une cartographie participative de la mobilité des populations et des grands rassemblements, permettant d'identifier les principaux risques de propagation des maladies et de mettre en œuvre les mesures de mitigation adaptées aux points de départ et d'arrivée, ainsi qu'aux points de transit et d'entrée dans le pays. | Moyen terme |
| 5 | Organiser des réunions de collaboration et de coordination transfrontalière avec les pays voisins. | En cas d'épidémie si nécessaire |
| 6 | Renforcer les capacités des laboratoires provinciaux afin qu'ils puissent déployer rapidement sur le terrain des laboratoires mobiles avec possibilité de séquençage génomique. | Moyen terme |
| 7 | Déployer des séquenceurs haut débit au niveau des divisions provinciales sanitaires (DPS) ciblées. | En cas d'épidémie |
| 8 | Doter toutes les provinces d'incinérateurs à haute température (>1000°C). | Long terme |

| | | |
|--|--|-------------------|
| 9 | Affecter des techniciens pour la maintenance des appareils de laboratoire et autres dispositifs biomédicaux au niveau des provinces et des zones de santé. | Moyen terme |
| 10 | Mettre en place un centre national de développement de vaccins. | Long terme |
| 11 | Augmenter la disponibilité de réfrigérateurs solaires au niveau des antennes et des zones de santé à risque. | Moyen terme |
| 12 | Doter en matériel l'entrepôt central du PEV à Kinshasa, les provinces, les zones/aires de santé : véhicules, motos, matériels pour la chaîne du froid (glacières, etc.). | Long terme |
| Prise en charge médicale, essais thérapeutiques et cliniques, programme pour les survivants d'Ebola | | |
| 1 | Organiser un atelier de mise à jour des protocoles de prise en charge des cas de MVE et des procédures opératoires standardisées (POS), définissant le plateau technique en cas d'urgence Ebola pour les soins spécialisés (gynéco-obstétrique, chirurgie, etc.). | Court terme |
| 2 | Pré-positionner des kits d'urgence inter-institutionnels (médicaments et matériels), y compris du matériel pour la mise en place de structures de traitement (CTE), avec des protocoles pour un déploiement rapide des équipes médicales d'urgence lors d'épidémies de MVE et autres maladies transmissibles. | Court terme |
| 3 | Restructurer avec les institutions compétentes les procédures des essais cliniques au niveau des provinces ciblées et former les cadres du ministère de la Santé à la conduite d'essais cliniques. | Long terme |
| 4 | Augmenter les fonds alloués au déploiement d'experts pour le suivi des personnes guéries. | Court terme |
| 5 | Promouvoir la gratuité des soins grâce à des subventions gouvernementales allouées aux structures sanitaires en cas d'épidémie. | En cas d'épidémie |
| Prévention et lutte contre les infections (PCI), enterrements dignes et sécurisé (EDS) | | |
| 1 | Elaborer une note circulaire/technique pour l'intégration obligatoire d'unités de triage et d'isolement dans le paquet minimum d'activités de toutes les structures sanitaires. | Court terme |
| 2 | Mettre en place des unités de production locales de solution hydroalcoolique dans les 26 hôpitaux provinciaux et 6 cliniques universitaires. | Moyen terme |
| 3 | Actualiser et appliquer la stratégie nationale de PCI-WASH dans le contexte national actuel. | Court terme |
| 4 | Pré-positionner et assurer la gestion des kits (matériels et intrants PCI/WASH) dans 9 divisions provinciales sanitaires (DPS) à risque élevé ; mettre en place un plan d'approvisionnement régulier en intrants et en équipement de protection individuelle (EPI) dans les formations sanitaires de ces DPS, ainsi qu'au niveau de la communauté. | Court terme |
| 5 | Mettre en place un projet de renforcement de l'accès à l'eau et de gestion des déchets dans les formations sanitaires et les | Court terme |

| | | |
|---|---|-------------------|
| | communautés des divisions provinciales sanitaires (DPS) à risque élevé. | |
| 6 | Intégrer le contenu technique de la PCI (Toolkit PCI/Wash) dans les cursus de formation médicale (faculté de médecine et institut supérieur des techniques médicales). | Court terme |
| Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC), prise en charge psychologique et sociale | | |
| 1 | Planifier et réaliser des études socio-anthropologiques en contexte épidémique. | En cas d'épidémie |
| 2 | Plaider pour le financement approprié des nouvelles stratégies de communication (réseaux sociaux, etc.) et de la commission sécurité. Réexaminer régulièrement les plans de communication et les adapter d'après les retours de la communauté et les résultats des enquêtes socio anthropologiques (cellule d'analyse des sciences sociales). | Court terme |
| 3 | Prioriser le déploiement de communicants dans les équipes d'intervenants de première ligne. | Court terme |
| 4 | Documenter les expériences positives de gestion des rumeurs et des infodémies. | Court terme |
| 5 | Mettre en place des mécanismes d'intégration et de prise en compte des retours communautaires au niveau des zones de santé. | En cas d'épidémie |
| 6 | Recruter et affecter des psychologues cliniciens qualifiés à tous les niveaux dans les provinces à risque élevé d'épidémies, et assurer un cadre technique de formation pour la contribution des sciences sociale dans la riposte aux épidémies. | En cas d'épidémie |
| 7 | Intégrer les soins psychologiques dans les soins de santé primaires. | En cas d'épidémie |

Court terme : réalisation des activités dans les six prochains mois.

Moyen terme : réalisation des activités dans les six à douze mois.

Long terme : réalisation des activités au-delà des douze mois.

A la fin du volet en présentiel, un questionnaire a été soumis aux participants pour évaluer non seulement si les objectifs de la RAA avaient été atteints, mais aussi recueillir leurs commentaires et leurs suggestions afin d'améliorer la méthodologie de RAA.

Sur les 60 participants présents le dernier jour de la RAA, 37 (62%) ont complété ce questionnaire. Parmi eux, plus de 94 % ont jugé que la méthodologie adoptée avait permis de recueillir un maximum d'informations. Et plus de 87% ont estimé qu'elle avait permis : i) d'identifier les difficultés et les défis soulevés par les ripostes aux épidémies successives de MVE, ii) de partager des expériences et des pratiques exemplaires, iii) de proposer des mesures pour améliorer les mécanismes de coordination et de collaboration et renforcer ainsi la préparation, la détection précoce et la riposte aux urgences de santé publique dans le pays.

Cette RAA s'est conclue par une table ronde avec les partenaires techniques et financiers basés en RDC, au cours de laquelle le directeur général de la lutte contre la maladie, le Dr Diudonné Mwamba Kazadi, a présenté les différentes recommandations issues de la revue et la feuille de route pour leur mise en œuvre. Dans son mot de clôture, le Dr Jean Jacques

Mbungani Mbanda, ministre de la Santé publique, Hygiène et Prévention, a souligné parmi les principales recommandations la nécessité de mettre en place un Centre des opérations d'urgence opérationnel, doté de procédures opérationnelles standardisées, de ressources humaines compétentes et d'infrastructures dédiées, pour répondre aux priorités du gouvernement en matière de riposte aux urgences de santé publique et aux catastrophes, ainsi qu'à la vision du président de la République, Son Excellence Felix Antoine Tshisekedi Tshilombo. Il a également tenu à remercier tous les experts, les acteurs nationaux et provinciaux, les partenaires, ainsi que le secrétariat technique du Comité multisectoriel de la riposte Ebola, pour leur contribution à la réalisation de cette RAA attendue depuis plusieurs mois et dont les recommandations permettront au pays d'être mieux préparé aux éventuelles urgences de santé publique et catastrophes. Il a également invité les partenaires et tous les participants à cette RAA à conserver le même enthousiasme manifesté lors de cette revue, à accompagner le pays dans la mise en œuvre des recommandations qui en sont issues, et à le soutenir dans sa lutte contre la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et le renforcement de son système de santé.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA REVUE APRES ACTION – SUCCESSION D'ÉPIDÉMIES DE MVE EN RDC

Identifié en 1976 par le microbiologiste belge Peter PIOT et une équipe nationale, dont le professeur congolais Jean- Jacques MUYEMBE TAMFUM, le virus Ebola se transmet à l'homme par des animaux infectés. La transmission interhumaine se fait par les liquides corporels, avec pour principaux symptômes : fièvre, douleurs articulaires, vomissements, diarrhée et des saignements. La maladie à virus Ebola (MVE) (aussi appelée fièvre hémorragique à virus Ebola) est une maladie aiguë grave, souvent mortelle chez l'homme en l'absence d'une prise en charge précoce, principalement axée sur la réhydratation et le traitement symptomatique. Pour juguler les épidémies, la lutte s'appuie sur un ensemble d'interventions : surveillance, prise en charge des cas, mesures de prévention et de lutte contre l'infection, communication sur les risques et engagement communautaire, prise en charge psychosociale.

Depuis l'apparition du premier cas de MVE en 1976 à Yambuku, situé près de la rivière Ebola qui a donné son nom à la maladie, la RDC a connu douze épidémies de MVE (tableau 1)

Tableau 1. Chronologie des épidémies de maladie à virus Ebola (MVE) en RDC de 1976 à 2021

| Année | Dates | Principaux foyers | Souche | Cas | Décès (#) | Létalité | Durée |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------|-----|-----------|----------|---------------------|
| 1 ^{ère} (1976) | août 1976 | Yambuku - Equateur | EBOV | 318 | 280 | 88% | |
| 2 ^e (1977) | juin 1977 | Tandala - Equateur | EBOV | 1 | 1 | 100% | |
| 3 ^e (1995) | mai-juin 1995 | Kikwit - Bandundu - Kwilu | EBOV | 315 | 250 | 79% | |
| 4 ^e (2007) | août-novembre 2007 | Mwaka - Kasai-Occ/Central | EBOV | 264 | 187 | 71% | |
| 5 ^e (2009) | décembre 2008- février 2009 | Mwaka - Kaluamba - Kasai-Occ | EBOV | 32 | 15 | 47% | |
| 6 ^e (2012) | juin-novembre 2012 | Isiro - Province orientale | BDBV | 77 | 36 | 47% | |
| 7 ^e (2014) | août-novembre 2014 | Djera - Boende - Tshuapa | EBOV | 66 | 49 | 74% | |
| 8 ^e (2015) | mai-juillet 2015 | Likati - Orientale - Bas Uélé | EBOV | 8 | 4 | 50% | |
| 9 ^e (2018) | 8 mai-24 juillet 2018 | Wangata, Bikoro - Equateur | EBOV | 54 | 33 | 61% | 78 jours (2,6 mois) |

| | | | | | | | |
|------------------------|--|---------------------------------|------|------|------|-----|-------------------------|
| 10 ^e (2020) | 1 ^{er} août 2018-25 juin 2020 | Nord-Sud , Sud Kivu et Ituri | EBOV | 3470 | 2280 | 66% | 695 jours (23 mois) |
| 11 ^e (2020) | 1 ^{er} juin- 18 novembre 2020 | Mbandaka - Equateur | EBOV | 130 | 55 | 42% | 172 jours (5,7 mois) |
| 12 ^e (2021) | 7 février- 3 mai 2021 | Biena, Butembo - Nord-Kivu | EBOV | 12 | 6 | 50% | 86 jours (2,8 mois) |

Source : ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention, RDC, 2021

Les quatre dernières épidémies de MVE qui font l'objet de cette RAA sont survenues entre mai 2018 et mai 2021 :

- Le **8 mai 2018**, le gouvernement de la RDC a notifié à l'OMS la **neuvième épidémie de MVE** et déclaré sa **fin officielle le 24 juillet 2018**. Au terme de cette épidémie qui a touché la province de l'Equateur, plus précisément les zones de santé de Bikoro, Iboko et Wangata, la Coordination nationale de la riposte contre la MVE a comptabilisé 54 cas, dont 33 décès (létalité 61%) et 21 personnes guéries.
- Quelques jours après, le **1er août 2018**, une **dixième épidémie de MVE** était notifiée à l'OMS. Ce fut la plus longue, la plus complexe et la plus meurtrière à laquelle la RDC ait été confrontée. Sa **fin officielle** a en effet été déclarée près de deux ans plus tard, le **25 juin 2020**. Cette épidémie fut particulièrement difficile à gérer car elle est survenue dans une zone de conflit actif, à savoir les provinces du Nord Kivu, de l'Ituri et du Sud Kivu. En 20 mois, le pays a enregistré 3 470 cas et 2 280 décès (soit une létalité de 66%). Pour l'enrayer, la RDC a eu recours à la vaccination sur plus de 320 000 personnes dans cette zone instable, avec deux vaccins de deux laboratoires différents (Merck et Johnson&Johnson)⁵. Par ailleurs, avec l'appui de ses partenaires (dont l'OMS) et des partenaires déployés par le biais du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), le gouvernement congolais et le ministère de la Santé ont assuré la formation de milliers d'agents de santé, le suivi de 250 000 contacts, les analyses de 220 000 échantillons et un accès équitable aux thérapies de pointe pour tous les patients. Les efforts déployés pour renforcer les capacités de préparation dans les pays voisins ont également permis de réduire le risque de propagation de l'épidémie au-delà des frontières nationales.
- Mais dès le **1er juin 2020**, une **nouvelle épidémie de MVE, la onzième**, était déclarée dans la province de l'Equateur, soit deux ans après la précédente dans cette même province. Officiellement **terminée le 18 novembre 2020**, cette épidémie s'est déroulée dans un contexte particulier, marqué par la pandémie de COVID-19. Le pays a enregistré 130 cas de MVE, dont 55 décès (soit une létalité de 42%).
- Déclarée le **7 février 2021** dans la province du Nord Kivu, la **douzième épidémie de MVE** est une résurgence de celle de 2018 qui avait sévi pendant près de deux ans dans cette même province. Officiellement **terminée le 3 mai 2021**, cette épidémie a

⁵ Merck dans les zones de transmission active du virus et dans les zones frontalières dans le cadre de la préparation ; Johnson&Johnson dans les zones frontalières des zones affectées dans le cadre de la préparation

touché 12 personnes (11 cas confirmés et un probable) dont 6 sont décédées (soit une létalité de 50%).

La MVE est une maladie à déclaration obligatoire. Le 17 juillet 2019, l'OMS a déclaré que la dixième épidémie en RDC constituait une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI). Cette déclaration est survenue suite à la détection de personnes infectées après un voyage en Ouganda (mi-juin 2019), et d'un pasteur résident de Bukavu contaminé lors d'une tournée de prêches dans des villes de la Province du Nord Kivu. Ce dernier a été détecté lors de son arrivée à Goma (cas notifié le 14 juillet 2019), vaste zone urbaine, plaque tournante du commerce avec l'ensemble du pays et à l'international (Rwanda, Burundi, aéroport international).

Par ailleurs, en raison de sa faune diversifiée, de son étendue, de sa position au cœur de l'Afrique avec neuf pays frontaliers, et de l'importance de sa population, la RDC occupe une place importante dans l'agenda de la sécurité sanitaire mondiale (GHSA) au niveau de la sous-région et à travers le monde. Elle a par conséquent le devoir de remplir ses obligations en vertu du Règlement sanitaire international (RSI 2005) dont elle est signataire. En mars 2018, l'évaluation externe conjointe (EEC) de la mise en œuvre des capacités nationales minimum requises a ainsi mis en évidence des lacunes que la RDC s'est engagée à combler. Cette évaluation a examiné 48 indicateurs couvrant 19 domaines techniques pour identifier les atouts, les défis rencontrés et les volets à renforcer. Elle a donné lieu à une série de recommandations et actions prioritaires, notamment l'élaboration d'un Plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANSS) que le pays a mis en œuvre. Mis en place en mars 2019, ce plan sert au renforcement des capacités nationales pour une mise en œuvre efficace et efficiente du RSI (2005). Il plaide en faveur de la mobilisation des ressources et constitue un outil de référence pour la consolidation et le maintien de la sécurité sanitaire nationale et internationale. La RDC a également suivi d'autres recommandations concernant la mise en place d'un Centre des opérations d'urgences en santé publique (COUSP) et d'équipes d'Intervention rapide (EIR) pour améliorer la lutte contre les principales endémies (tuberculose, paludisme, VIH-SIDA, etc.) et épidémies (rougeole, choléra, Ebola, COVID-19, etc.) dans le cadre du plan d'action gouvernemental sous l'égide du président de la République, Felix Antoine TSHISEKEDI.



CLIQUEZ ICI POUR ACCEDER AUX DETAILS CONCERNANT LA CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS SURVENUS LORS DES QUATRE EPIDEMIES FAISANT L'OBJET DE CETTE RAA

La gestion de ces épidémies complexes a été marquée par des difficultés et de nombreux défis à relever, mais elle a également permis l'émergence de pratiques exemplaires et des leçons en ont été tirées. Il est à présent nécessaire d'examiner chaque pilier de la réponse à ces épidémies, de les analyser et de les capitaliser pour la gestion des éventuelles épidémies à venir, grâce au processus de Revue après action (RAA).

Rappelons ici qu'en raison de la succession rapide des trois dernières épidémies, il était difficile d'organiser une RAA pour chacune des trois épidémies dans le délai idéal (à savoir, dans les trois mois suivant la fin officielle de l'épidémie). La déclaration de la fin de la 12^e épidémie, le 3 mai 2021, a donc offert l'opportunité pour le ministère de la Santé de la RDC

de réaliser cette évaluation portant sur la réponse aux quatre dernières épidémies qui ont touché les provinces de l'Équateur, de l'Ituri, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu.

3. DEROULEMENT ET RESULTATS DE LA REVUE APRES ACTION

3.1 Objectifs et champs d'application

3.1.1 Objectif général

La RAA permet, suite à une action, un événement ou une urgence, d'**analyser collectivement ce qui s'est passé, pourquoi cela s'est passé de cette façon, les forces et les faiblesses constatées, les améliorations nécessaires et les leçons à en tirer**. L'objectif est d'identifier des pratiques exemplaires et de nouvelles mesures à mettre en œuvre dans un futur contexte similaire.

Dans ce but, la RAA de la riposte aux épidémies de MVE en RDC s'adresse à tous ceux qui y ont participé pour discuter de façon ouverte et honnête, de leur expérience et de leur perception des différentes activités de riposte entreprises, dans l'unique objectif de renforcer les capacités nationales en termes de préparation, de détection et de réponse aux urgences de santé publique afin d'en atténuer les impacts.

Cette RAA contribue également à promouvoir la responsabilité mutuelle entre toutes les parties impliquées dans la préparation et la riposte aux épidémies de MVE en RDC (partenaires, donateurs, agences spécialisées, entités gouvernementales, etc.).

3.1.2 Objectifs spécifiques

- Identifier les capacités en place avant l'intervention ;
- Identifier toute difficulté rencontrée lors de la gestion de cette épidémie, les enseignements qui en ont été tirés, et les pratiques exemplaires observées ;
- Dégager les écarts entre les activités planifiées et celles qui ont été réalisées conformément aux normes et aux procédures en place ;
- Formuler des recommandations concrètes pour renforcer les capacités de préparation, de détection et de riposte aux éventuelles épidémies.

3.1.3 Champs d'application : activités examinées

Le champ d'application (ou « portée ») de la RAA (Figure 1) a été défini pour répondre aux différents contextes des quatre épidémies de MVE. En effet, les difficultés rencontrées lors des ripostes ont varié d'une épidémie à l'autre, de même que les enseignements qui en ont été tirés. Il est donc essentiel d'évaluer toutes les actions menées dans le cadre des différents piliers d'intervention en matière de santé publique et de soutien aux opérations, lors des quatre épidémies, afin d'évaluer leur impact sur la riposte dans sa globalité et d'identifier, grâce à l'analyse causale, les principaux facteurs qui contribuent aux pratiques exemplaires et aux difficultés rencontrées.

Le processus de RAA est guidé par une liste de « questions clés » amorçant la réflexion sur chaque pilier de réponse. Toutefois, cette liste non exhaustive pouvait être complétée selon les sujets soulevés au cours de cet exercice. Enfin, bien que le processus de RAA soit conduit par les pays eux-mêmes, de préférence par le ministère de la Santé, l'OMS recommande une approche globale, permettant de reconnaître les contributions et les principaux rôles joués par tous les acteurs concernés (gouvernementaux, nationaux et internationaux), y compris par la population comme l'indique la figure 1 ci-dessous.

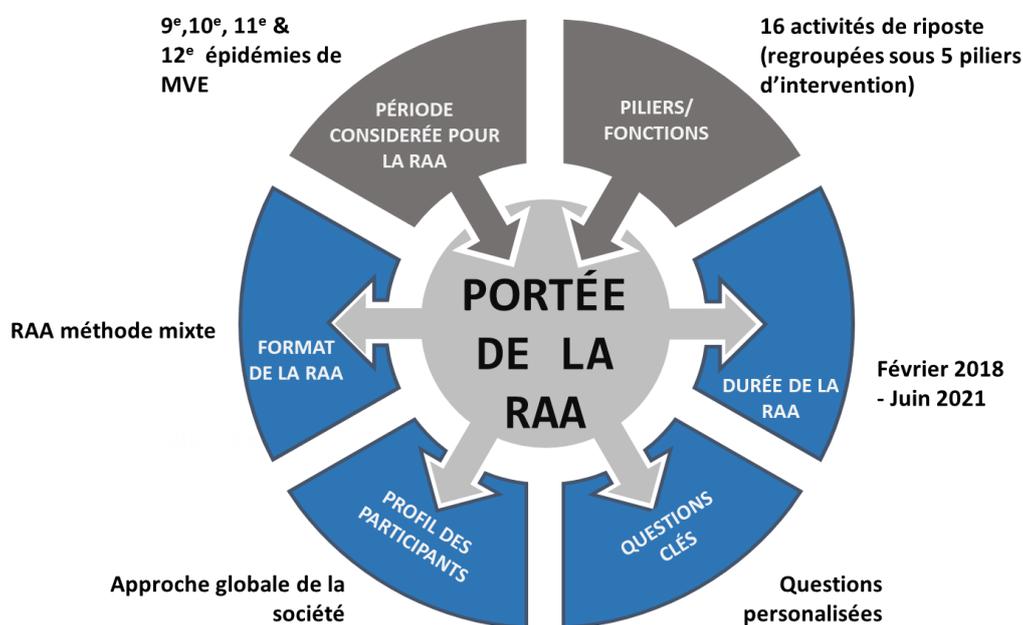


Figure 1. Portée de la RAA de la riposte aux 9^e, 10^e, 11^e et 12^e épidémies de MVE en RDC

3.2 Approche méthodologique

La RAA de la riposte aux quatre dernières épidémies de MVE en RDC suit un format de méthode mixte tel que défini dans le guide pour les Revues Après Action de l'OMS, à savoir : des entretiens avec des informateurs clés et des groupes de travail, précédés d'une revue documentaire de la littérature grise et scientifique et d'une enquête en ligne.

Cette méthodologie mixte a été adoptée en raison non seulement du nombre important et de la diversité des parties prenantes, notamment des intervenants de première ligne impliqués dans les activités de préparation et de riposte aux épidémies de MVE, tant au niveau national que provincial et zonal, mais aussi de la longue période qui s'est écoulée entre la survenue des 3 dernières épidémies et la tenue de la RAA. De nombreux intervenants ayant déjà quitté le terrain, il était difficile d'un point de vue logistique de les faire participer à cette évaluation uniquement sous forme de groupes de travail.

Le format mixte de cette RAA s'appuie sur **quatre volets** décrits dans les paragraphes suivants, avec un pré-atelier organisé en préparation du dernier volet (Figure 2) :

- **1 - Etude documentaire** : revue critique de la **littérature grise** [rapports officiels établis par des organismes ayant joué un rôle majeur dans la riposte aux flambées de MVE, tels que l'OMS, les CDC d'Atlanta, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et Médecins sans frontières (MSF) ; et autres documents produits par diverses instances publiques et sources d'information (notes de comptes rendus internes de l'OMS, rapports de situation quotidiens, bulletins épidémiologiques, etc.)] et de la **littérature scientifique** (articles publiés dans des revues scientifiques à comité de lecture indexés sur PubMed, EMBASE et Web of science) – **janvier à mai 2021**.

Cet examen de la littérature vise à s'assurer que des informations provenant de différentes sources et de différents points de vue soient bien prises en compte lors de la RAA. La présente étude documentaire a regroupé les informations disponibles sous forme d'enseignements tirés. L'examen de la littérature scientifique (articles publiés dans des revues à comité de lecture disponibles dans le domaine public) a permis d'identifier les pratiques exemplaires et novatrices appliquées lors de la riposte aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies de MVE en RDC. Ces pratiques ont été illustrées à travers plusieurs études de cas présentant chacune les informations suivantes : contexte local, difficultés rencontrées, approche suivie, résultats notables ou impact et enseignements tirés. Même si les études des cas sélectionnés ne sont pas suffisamment exhaustives pour englober toutes les leçons tirées de la riposte aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies de MVE, elles constituent cependant un document de travail « vivant », utilisé comme outil lors des entretiens avec les informateurs clés et des discussions de groupe menées dans le cadre de la RAA sur site en RDC, afin de raviver les souvenirs des événements qui se sont produits et des décisions qui ont été prises lors des ripostes aux épidémies de MVE entre 2018 et 2020, et amorcer ainsi une réflexion sur les enseignements que l'on peut en tirer.

Cette revue documentaire constitue, par ailleurs, une documentation interne pour la RDC concernant les enseignements de la riposte tirés de l'expérience, après triangulation avec les données issues de l'enquête en ligne, des entretiens avec les informateurs clés et des discussions de groupe dans le cadre de la RAA.

Elle constitue également un recueil d'expériences à partager avec d'autres pays, l'OMS et les autres partenaires, après accord du gouvernement de la RDC. Ce partage d'expérience permettra ainsi à d'autres pays de tirer parti de l'expérience de la RDC en matière de gestion et de riposte pour faire face aux futures épidémies de MVE, en particulier dans les zones de conflit et d'accès difficiles. Il permettra aussi d'améliorer la visibilité des progrès réalisés par la RDC dans le cadre de la gestion des épidémies de MVE entre 2018 et 2021.

- **2 - Enquête en ligne** adressée à tous les acteurs des réponses aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies (y compris les partenaires) et diffusée *via* les équipes centrales de coordination de la RAA : équipes du système de gestion des incidents (IMST) ou du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'OMS – **27 janvier au 19 mars 2021**.

- **3 - Entretiens avec des informateurs clés et des personnes ressources** : 31 personnes sélectionnées selon leur affiliation au gouvernement congolais (ministère de la Santé publique, autorités politico-administratives et leaders communautaires) et aux organisations partenaires (OMS, UNICEF, etc.), et selon leurs fonctions, pour chaque pilier de la riposte à la MVE – **12 au 25 avril 2021**.

Il convient de noter que les trois premiers volets de cette RAA (revue documentaire de la littérature grise et scientifique, enquête en ligne, entretiens avec des informateurs clés et des personnes ressources) ont porté essentiellement sur les 9^e, 10^e et 11^e épidémies de MVE. La 12^e a été intégrée dans la RAA sur avis du ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention de la RDC après qu'elle ait été officiellement déclarée terminée, le 3 mai 2021.

- **4 - Atelier préparatoire**, organisé à Matadi, du 2 au 4 juin 2021 pour former 20 facilitateurs avec l'assistance de facilitateurs de l'OMS (Genève/AFRO et Bureau de pays), afin d'animer **l'atelier de la RAA proprement dit qui s'est déroulé à Kinshasa du 7 au 10 juin 2021**, alternant groupes de travail, séances plénières et présentations, réunissant les intervenants disponibles, les décideurs, les partenaires, les bénéficiaires et le gouvernement de la RDC.

Compte tenu du contexte épidémique et pandémique (COVID-19), les trois premiers volets de la RAA se sont déroulés en distanciel. En revanche, le pré-atelier et l'atelier des groupes de discussion ont pu être organisés en présentiel avec l'application stricte des mesures de prévention et de lutte contre les infections à coronavirus (voir annexe 5.2). C'est à ce stade que la riposte à la 12^e épidémie de MVE a pu être introduite dans la portée de la RAA.

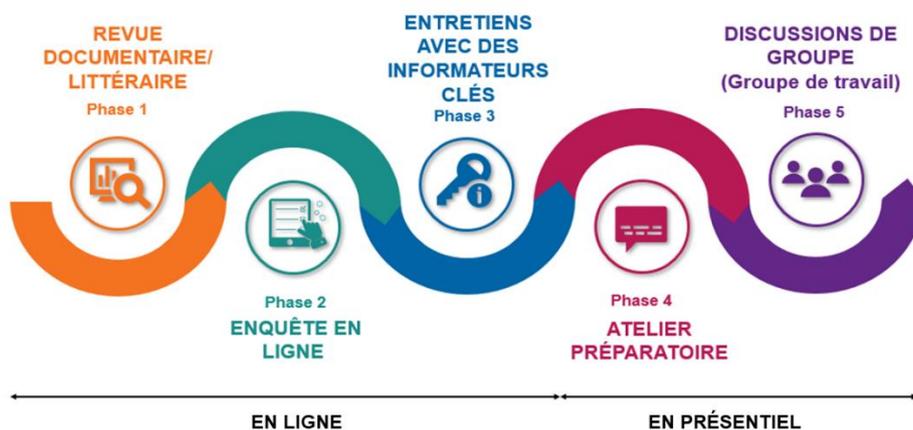


Figure 2. Les différents volets de la RAA de la riposte aux 9e, 10e, 11e et 12e épidémies de MVE en République démocratique du Congo.

Lors de cet atelier, cinq groupes de travail ont été constitués, un pour chacun des 5 piliers d'intervention à analyser, répartis comme suit :

- Coordination/gouvernance, gestion des informations, administration et finance, logistique et sécurité ;

- Surveillance, vaccination, points d'entrée et points de contrôle sanitaire (PoE/PoC), laboratoire ;
- Prise en charge médicale, essais thérapeutiques et cliniques, programme pour les survivants d'Ebola ;
- Prévention et lutte contre les infections (PCI), enterrements dignes et sécurisés (EDS) ;
- Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC), prise en charge psychologique et sociale.

L'atelier de groupes de discussion a été organisé en deux parties : une première partie concernant **l'analyse diagnostique** de la riposte aux quatre épidémies de MVE (session de travail 1) et une deuxième partie concernant **l'analyse prospective** (sessions de travail 2 et 3) :

- **Session 1. Qu'est-ce qui s'est bien passé ? Qu'est-ce qui s'est moins bien passé ? Pourquoi ?**
- **Session 2. Que pouvons-nous faire pour améliorer la réponse à Ebola ?**
- **Session 3. Les voies à suivre pour améliorer les capacités de préparation et de riposte aux futures épidémies.**

Les participants à cet atelier ont été répartis dans les différents groupes de discussion selon leurs expertises et le pilier de la riposte auquel ils ont contribué lors d'une ou plusieurs des quatre dernières épidémies de MVE examinées.

3.3 Résultats

Compte tenu de l'approche novatrice utilisée pour cette RAA, s'appuyant sur quatre volets ou formats d'évaluation, une synthèse est présentée pour chacun d'entre eux : revue documentaire, enquête en ligne et entretiens individuels avec les informateurs clés en distanciel ; atelier de groupes de discussion en présentiel.

3.3.1 Revue documentaire de la littérature grise et de la littérature scientifique

La revue documentaire couvre la riposte aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies de MVE en RDC et s'articule autour de trois axes :

- Pratiques exemplaires ayant contribué au succès des interventions ;
- Difficultés et principaux défis à relever pour une riposte efficace ;
- Enseignements tirés de la riposte aux quatre épidémies de MVE qui doivent être capitalisés.

L'étude de la littérature scientifique a utilisé la méthode PRISMA (*Preferred Reporting Item for Systematic Review and Meta Analysis*) et l'outil de gestion *Endnote* ou *Reference Manager*. Les articles ont été examinés et classés en fonction de leur pertinence et selon trois catégories : i) titre, ii) résumé (si disponible) et iii) article complet.

Même si l'étude a porté exclusivement sur la période 2018-2020, certains articles relatifs à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest ont également été examinés pour mieux comprendre les progrès accomplis de manière générale en matière de préparation, de détection, de contrôle et de riposte avant que ne surviennent les dernières épidémies.

En ce qui concerne les **pratiques exemplaires/points forts**, il ressort de cette revue documentaire une **bonne coordination** grâce à des dispositifs permettant des échanges d'information réguliers entre les différents secteurs impliqués dans la réponse et grâce

également à la mise en place d'une cellule mixte d'analyses épidémiologique et sociale au sein de la Commission Surveillance. L'**approche zonale** a également contribué à la réussite de la riposte, avec notamment : le recrutement de personnel local, le déploiement de laboratoires mobiles, la disponibilité de traitements spécifiques et de vaccins contre Ebola, l'utilisation des réseaux sociaux locaux et la mise en place d'équipes communautaires d'enterrements d'urgence à moindre risque (ECUMR). Enfin, la promptitude des acteurs de la communication à résoudre les incidents dans la population et la gratuité des soins dans les formations sanitaires publiques pour certaines maladies, principalement pour les femmes et les enfants, constituent également des points forts.

Parmi les **difficultés et principaux défis à relever**, l'analyse de la documentation existante souligne à quel point le contexte politique et social, le **climat d'insécurité** permanente dans le pays — plus particulièrement dans la partie Est — et la porosité des frontières aux PoE, entravent la riposte aux épidémies de MVE, notamment l'adhésion de la population aux interventions, l'évacuation de patients vers les centres de traitement Ebola, la recherche active des cas et le suivi des contacts, entraînant une mortalité élevée. L'étude documentaire souligne également le **manque de financements et de ressources humaines**, des capacités de préparation insuffisantes avec des ruptures de stocks. Enfin, les mesures préventives et de lutte contre l'infection restent insuffisantes dans certaines structures sanitaires et au sein même de la communauté.

Concernant les **enseignements tirés de la riposte aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies de MVE**, les résultats de cette revue documentaire en ont identifié un certain nombre, notamment la nécessité : i) d'**adapter les capacités de riposte au niveau de risque** de la zone de santé et de les **décentraliser** (diagnostic, prise en charge sur site avec la création de centres de traitement Ebola et l'utilisation de chambres d'urgence bio-sécurisées) ; ii) de **mobiliser des ressources** matérielles, humaines et financières, et des infrastructures de prévention et de lutte contre les infections ; et iii) de renforcer la mise en place **d'équipes d'intervention rapide** (associant les leaders locaux) et de **points de contrôle sanitaire stratégiques**, opérationnels 24heures sur 24 heures.



CLIQUER ICI POUR ACCEDER AUX DETAILS SUR LA REVUE DOCUMENTAIRE DE LA LITTERATURE GRISE UTILISEE DANS LE CADRE DE CETTE RAA

L'étude de la littérature scientifique est venue compléter celle de la littérature grise. Elle met en exergue des enseignements regroupés sous 11 études de cas utilisées lors du volet de RAA en présentiel :

- **Etude de cas n°1** : Utilisation de l'application Go.Data pour la surveillance en temps réel et la recherche des contacts dans un contexte de conflit ouvert et de méfiance communautaire
- **Etude de cas n°2** : Standardisation de la définition des cas pour la surveillance pendant une épidémie de MVE

- **Etude de cas n°3** : Équité en matière de vaccins et égalité des genres – vaccination des femmes enceintes et allaitantes et de leurs nourrissons susceptibles d’être exposés à la maladie à virus Ebola
- **Etude de cas n°4** : Adaptation de la stratégie de vaccination dans les zones de conflit ouvert pendant une flambée épidémique
- **Etude de cas n°5** : Recours à des outils de laboratoire et à des laboratoires mobiles pour l’identification des cas, la recherche des contacts et la détection de nouvelles chaînes de transmission
- **Etude de cas n°6** : Comprendre la perception de la communauté et instaurer une confiance mutuelle grâce à des données socio-comportementales en temps réel, une écoute active et un soutien psychosocial
- **Etude de cas n°7** : Améliorer la précision du système de surveillance d’Ebola au moyen de campagnes de traitement de masse du paludisme, de l’ajustement de la définition des cas et de l’utilisation d’un algorithme clinique efficace
- **Etude de cas n°8** : Prise en charge des survivants d’Ebola et gestion des risques de résurgence par exposition aux liquides biologiques des survivants
- **Etude de cas n°9** : Promouvoir l’inhumation sans danger et dans la dignité pour limiter la transmission de la maladie – mise en place de stratégies de participation communautaire pour faire face aux réticences des communautés
- **Etude de cas n°10** : Apprendre à utiliser et à appliquer les nouveaux outils de recherche, les innovations et les connaissances pour prendre en charge les cas et rompre les chaînes de transmission
- **Etude de cas n°11** : Renforcement de la collaboration transfrontalière et des capacités de détection et de riposte aux points d’entrée pour prendre en charge les cas de maladie à virus Ebola dans les zones frontalières

Les études de cas proposées illustrent des pratiques exemplaires et novatrices de la riposte aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies de MVE en RDC, sélectionnées dans le cadre de cette RAA pour alimenter et renseigner les autres volets. Cependant, il convient de noter les limites de cette approche :

- Tous les piliers possibles de la riposte à la MVE n’ont pas fait l’objet d’une étude de cas, compte tenu de la disponibilité des articles scientifiques concernant chaque pilier, des ressources humaines et des contraintes de temps pour mener cette recherche documentaire.
- La sélection des études de cas réalisée selon **l’approche de la déviance positive**, dépend d’une certaine façon du point de vue personnel des membres de l’équipe de RAA et de la disponibilité des articles scientifiques publiés dans le domaine public. Il est donc possible que cette sélection soit quelque peu subjective. C’est pourquoi les études de cas doivent faire l’objet d’une triangulation avec les informations issues des autres volets de la RAA qui viennent la compléter.
- Bien que l’étude documentaire ait été réalisée par pilier d’intervention en santé publique, les études de cas n’ont pas forcément été établies par pilier, compte tenu du caractère transversal d’un grand nombre d’activités de riposte. Ainsi, le thème de la sécurité constitue un élément central de la riposte à la 10^e épidémie de MVE.
- Il ne s’agit pas d’une revue systématique, mais plutôt d’une étude documentaire ou d’une « synthèse narrative », visant à repérer des sujets d’intérêt potentiels que les parties prenantes et les acteurs concernés pourront explorer et examiner plus avant au cours des phases ultérieures de la RAA, et compléter avec des données opérationnelles supplémentaires, issues de la littérature grise.

- L'étude documentaire ayant été réalisée fin 2020, elle n'a pas pris en compte les manuscrits des publications soumises à comité de lecture en 2021, à l'exception de certains articles spécifiquement portés à l'attention des auteurs de l'étude documentaire.
- Les articles des revues à comité de lecture ne contenant pas nécessairement des données détaillées sur les pratiques exemplaire et défis opérationnels lors des multiples facettes de la riposte aux épidémies de MVE, il est indispensable que les résultats de cette étude documentaire soient complétés par ceux de la littérature grise et fassent l'objet d'une triangulation avec les données issues des différentes phases de RAA. Certains aspects des expériences vécues sur le terrain peuvent ne pas avoir été pris en compte ni publiés dans des revues à comité de lecture, même s'ils sont largement reconnus parmi les acteurs ayant participé aux ripostes à la MVE.
- La 10^e épidémie de MVE ayant été la plus importante et la plus longue, il est possible qu'il y ait eu un biais de publication en sa faveur, d'autant que la plupart des publications disponibles traitaient uniquement de celle-ci. Par conséquent, le recueil des enseignements tirés met inévitablement l'accent sur cette 10^e épidémie de MVE.



CLIQUEZ ICI POUR ACCÉDER AUX DÉTAILS CONCERNANT LA REVUE DOCUMENTAIRE SCIENTIFIQUE RÉALISÉE DANS LE CADRE DE CETTE RAA.

Chaque étude de cas a été rédigée de manière à pouvoir être exploitée comme un document autonome, contenant sa propre bibliographie, afin d'en faciliter l'utilisation pour amorcer des réflexions lors des discussions de groupe sur un thème spécifique.

3.3.2 Enquête en ligne

Cette enquête a pu être réalisée grâce, bien sûr, à la participation des nombreuses personnes ayant pris part à la riposte à la MVE dans les provinces affectées, mais aussi grâce à l'implication de la Direction générale de lutte contre la maladie (DGLM) et à la mise à disposition de ressources matérielles par l'OMS.

Le questionnaire d'enquête a été conçu par l'Equipe technique de RAA, plus précisément par les membres du ministère congolais de la Santé et de l'OMS qui ont constitué un sous-groupe de travail « Enquête en ligne » visant à recueillir auprès des acteurs de la riposte aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies de MVE, des informations sur leurs fonctions, les difficultés rencontrées, les points forts et les leçons tirées de leurs actions. Ce questionnaire a été mis en ligne sur la plateforme DataForm de l'OMS, en français et en anglais.

L'enquête a adopté une approche qualitative, centrée sur des questions ouvertes auprès des personnels du gouvernement congolais, des personnels nationaux et internationaux des organisations partenaires et de l'OMS.

Compte tenu du grand nombre d'intervenants dans la riposte aux trois épidémies, l'équipe technique de RAA s'est appuyée sur les listes de contacts du ministère de la Santé, du système de gestion des incidents de l'OMS, du réseau GOARN et du Cluster santé en RDC.

Des groupes WhatsApp ont également permis de contacter un certain nombre d'intervenants. L'enquête était accessible en ligne à toutes les personnes concernées, du 27 janvier au 19 mars 2021.

Pour limiter les biais liés à la provenance géographique et institutionnelle, les outils utilisés pour analyser les données ont été développés en étroite collaboration avec les membres du sous-groupe de travail « Enquête en ligne » qui possèdent une connaissance approfondie du contexte des ripostes faisant l'objet de la revue.

Un processus inductif itératif a permis de regrouper les réponses au questionnaire sous 5 piliers d'interventions de santé publique :

- Coordination/gouvernance, gestion des informations, administration et finance, logistique et sécurité ;
- Surveillance, vaccination, points d'entrée et points de contrôle sanitaire (PoE/PoC), laboratoire ;
- Prise en charge médicale, essais thérapeutiques et cliniques, programme pour les survivants d'Ebola ;
- Prévention et lutte contre les infections (PCI), enterrements dignes et sécurisés (EDS) ;
- Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC), prise en charge psychologique et sociale.

Une fois les données catégorisées, l'analyse inductive s'est attachée à identifier les liens et interactions entre les informations et les différents piliers d'intervention, ainsi qu'à mettre en évidence les expériences ressenties spécifiques et à les catégoriser en sous-groupes.

Dans un souci de contrôle de la qualité, le traitement des informations récoltées a été réalisé en parallèle par un analyste du ministère de la Santé et un consultant de l'OMS. Les résultats ont ensuite été comparés pour s'assurer de leur bonne concordance.

Au final, l'enquête en ligne a retenu 854 questionnaires entièrement complétés pour analyse. On compte parmi les participants à l'enquête, 27% de femmes et 73% d'hommes, dont 38% tous genres confondus dans la tranche d'âge des 35 à 44 ans (Figure 3).

Concernant leur participation aux différentes ripostes, 0,8% (7) ont participé uniquement à celle contre la 9^e épidémie (Équateur 2018), 70% (599) uniquement contre la 10^e épidémie (Kivu 2018-2020), 2% (20) uniquement contre la 11^e épidémie (Équateur 2020), 21% (182) contre au moins 2 épidémies et 6% (53) contre les 3 épidémies (Figure 4).

Concernant l'affiliation des intervenants, on compte 42% (362) de membres du personnel du gouvernement congolais, 10% (84) de personnel national d'organisations partenaires, 9% (74) de personnel international d'organisations partenaires, 19% (166) de personnel OMS national et 20% (168) de personnel OMS international (Figure 5).

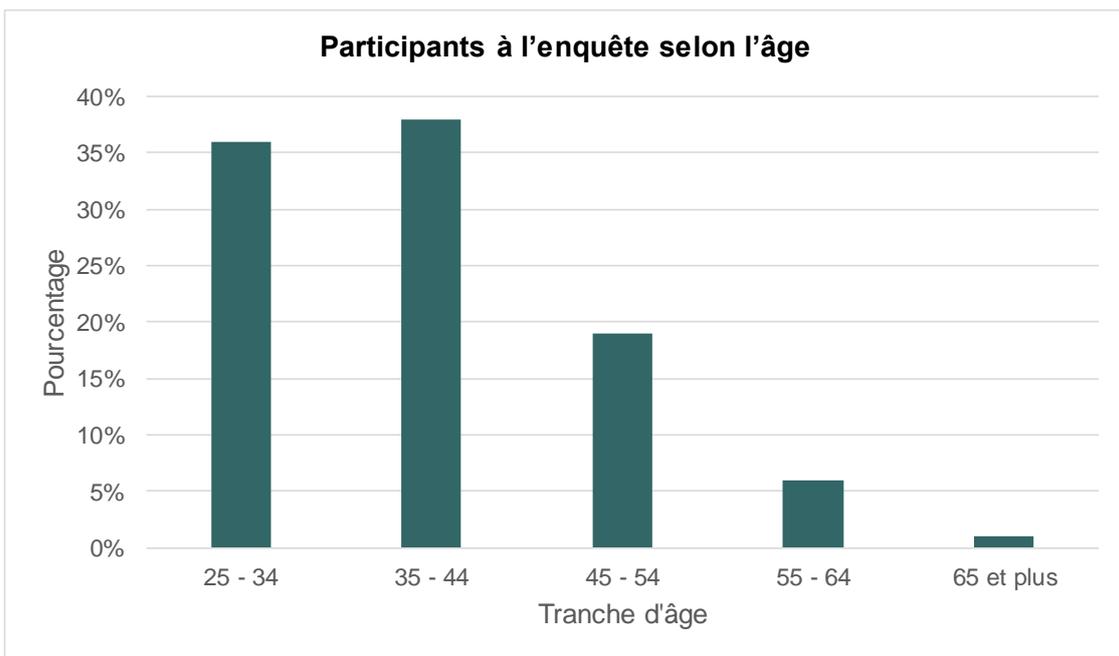


Figure 3. La répartition par groupe d'âge des participants à l'enquête en ligne réalisée dans le cadre de la RAA de la riposte aux 9^e, 10^e, 11^e et 12^e épidémies de MVE en République démocratique du Congo.

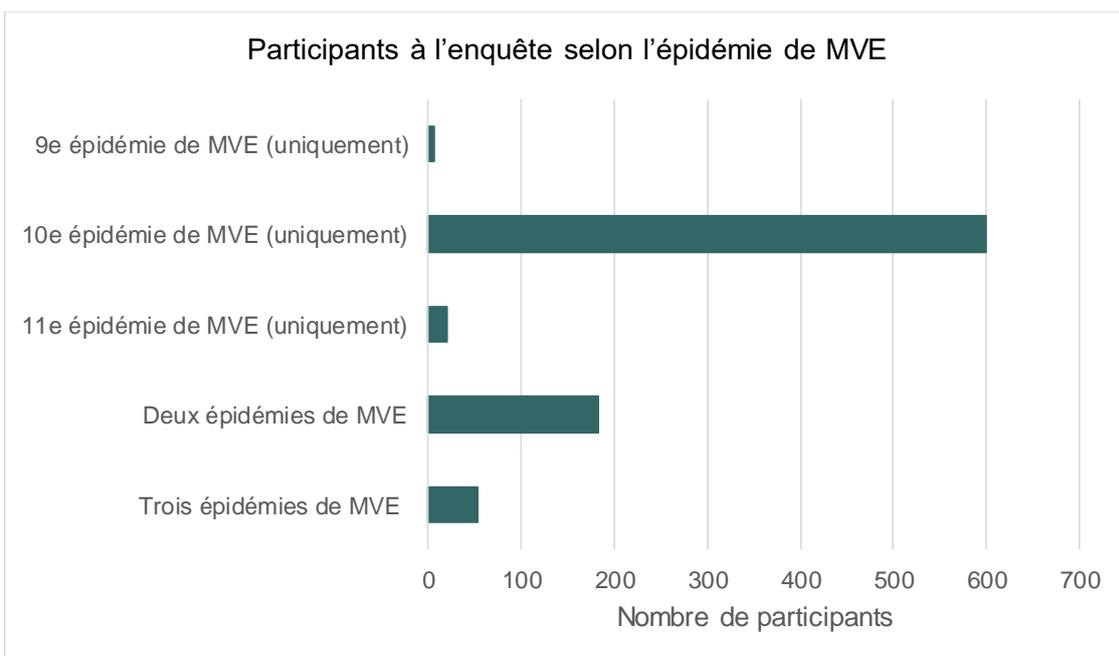


Figure 4. La répartition des participants à l'enquête en ligne selon les différentes épidémies de MVE, réalisée dans le cadre de la RAA de la riposte aux 9^e, 10^e, 11^e et 12^e épidémies de MVE en République démocratique du Congo.

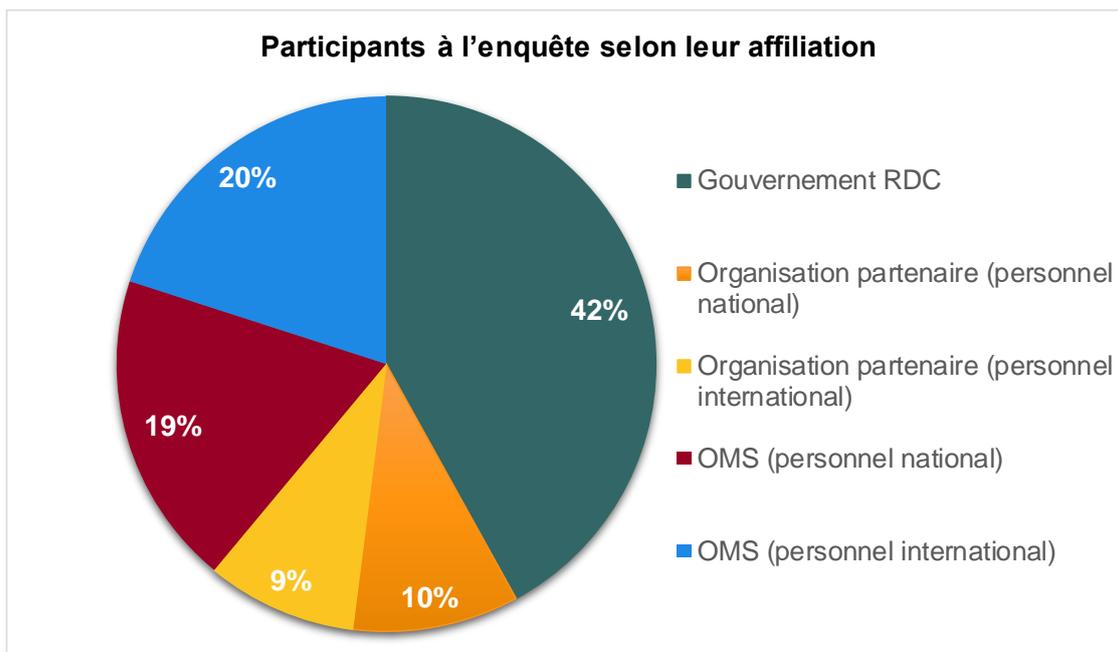


Figure 5. La répartition par affiliation des participants à l'enquête en ligne réalisée dans le cadre de la RAA de la riposte aux 9e, 10e, 11e et 12e épidémies de MVE en République démocratique du Congo.

D'un point de vue général, les participants ont indiqué que chaque épidémie présentait des particularités en matière de participation communautaire, d'accès aux zones touchées, de problèmes d'insécurité et de capacités de riposte limitées et complexifiées par la conjonction avec d'autres situations d'urgence locales et/ou nationales.

Une analyse détaillée des réponses a été réalisée pour les différents domaines rassemblés sous les 5 piliers d'intervention.

Nous présenterons ici une liste des points forts/pratiques exemplaires et des difficultés rencontrées/défis à relever toutes actions confondues.

Points forts/pratiques exemplaires

- Prise en charge psycho-sociale et recours aux personnes guéries de la MVE pour témoigner des traitements et des soutiens dont ils ont bénéficié pendant leurs séjours dans un centre de traitement Ebola (jugé utile par 70% des participants), mise en place rapide d'un programme de suivi des survivants d'Ebola
- Brigades d'hygiène (évoquées par 60% des participants), formation de prestataires locaux aux enterrements dignes et sécurisés
- Approche zonale : décentralisation des services de dépistage et de prise en charge des cas sur site, redynamisation de cellules à base communautaire dans les zones de santé, équipes de terrain pour la recherche des cas suspects et leur évacuation vers les centres de traitement Ebola, implication de tous les groupes socioculturels pour briser la résistance communautaire (selon 50% des participants à l'enquête)
- Implication/appui du gouvernement, de l'OMS et des partenaires financiers et techniques

- Délégation des tâches aux superviseurs locaux, mise en place d'un outil de validation et d'investigation conjointe des infections nosocomiales (PCI/WASH et surveillance), formation régulière des prestataires de soins à la PCI/WASH dans les structures sanitaires (selon 40% des participants à l'enquête)
- Supervision et formation continue des prestataires impliqués
- Fonctionnement du circuit d'alerte et d'échange d'informations entre les différentes parties prenantes (acteurs sur le terrain, communautés, secteurs) (selon 20% des intervenants ayant participé à la riposte à la 10^e épidémie)
- Existence d'un plan de distribution comportant une estimation rigoureuse des durées d'approvisionnement afin d'éviter les ruptures de stock et une bonne coordination entre laboratoires en dépit des contraintes logistiques (selon 20% des participants à l'enquête)
- Bon niveau de sécurité assuré par la police nationale et les forces armées de RDC (selon 20% des participants, agents internationaux et nationaux) ; formation SAFE assurée par UNDSS (Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies) pour les agents de terrain
- Déploiement d'innovations : l'utilisation de chambres d'urgence bio-sécurisées pour les épidémies (CUBE) vient en tête (jugée utile par 100% des participants à l'enquête en ligne) ; le déploiement du vaccin Ebola (vaccination « en anneau » : i.e. vaccination des contacts et des contacts de contacts des cas probables et confirmés) pour éviter la propagation de l'épidémie et protéger le personnel de première ligne (jugé utile par plus de 30% des participants au questionnaire en ligne) ; le déploiement de laboratoires mobiles et d'outils de diagnostic modernes et l'utilisation des centres de traitement Ebola mobiles au cours de l'épidémie de MVE de 2020 dans la Province de l'Equateur (jugés utiles et adaptés au contexte spécifique des zones affectées d'accès difficile et aux ressources limitées). D'autres innovations ont fait l'objet de projets pilotes. Il s'agit notamment de la mise en place d'une cellule opérationnelle, dédiée à l'analyse des données produites par la riposte intégrant épidémiologie et sciences sociales, selon une méthode holistique permettant d'émettre des recommandations adaptées et acceptables par les communautés, et avec la collaboration de tous les partenaires impliqués dans la riposte.

Déclarations tirées de l'enquête :

Un membre de l'OMS (personnel international) a mentionné les points forts suivants : « *la mise en place des équipes d'interventions multidisciplinaires, l'implication de plusieurs partenaires internationaux, la mise en place des équipes circonstancielles d'intervention, l'introduction de la vaccination VSV-ZEBOV* ».

Un membre d'une organisation partenaire (personnel national) a mentionné parmi les innovations : « *la mise en place des cubes (chambre individuelle des patients), le circuit du patient adapté pour minimiser le risque de contamination* ».

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré : « *Le suivi des survivants de la MVE nous a permis d'éviter une éventuelle résurgence de l'épidémie* ».

Une cadre du ministère de la Santé (partie gouvernementale) a déclaré : « *Nos principales forces étaient le dialogue communautaire avec les leaders et la sensibilisation à travers les émissions radio, par les leaders eux même et en langues locales. L'utilisation des ressources et pratiques locales dans la riposte (fabrication de lave-main avec les fûts vendus sur le marché local), la détermination et la motivation de toute l'équipe à couper la chaîne de transmission, ainsi que le transfert des compétences sont des forces auxquelles je suis fier d'avoir contribué* ».

Difficultés/défis à relever

- Absence de POS dans les premiers jours d'une épidémie : problème majeur en matière de soins médicaux (mentionné par 100% des participants)
- Ingérence politique dans certaines pratiques, notamment dans le recrutement et le paiement des prestataires (16% des réponses, dont 60% pour le personnel du gouvernement congolais) et problèmes d'organisation des services de l'État aux différents points d'entrée vers les grandes agglomérations
- Climat d'insécurité (déploré par 95% des participants à l'enquête, dont 40% ont dit avoir reçu des menaces ou avoir été agressés, notamment lors de la riposte à la 10^e épidémie)
- Résistance communautaire (relevé par 90% des participants) aux mesures préventives contre l'infection et à la vaccination (selon 80% des participants) ; barrières socioculturelles et linguistiques
- Répartition non optimisée des moyens de déplacement, manque de couverture par le réseau téléphonique entraînant des retards pour les remontées d'alerte dans le cadre de la surveillance communautaire (dans la province de l'Equateur notamment) et pour l'approvisionnement des laboratoires (selon 15% des participants) et des structures de soins en matériels de prévention et de lutte contre l'infection (l'insécurité y contribue également)
- Surveillance insuffisante aux Points d'entrée (PoE) en raison d'un manque de personnel, de matériels, d'équipements et d'outils de surveillance.

Déclarations tirées de l'enquête :

Un membre d'une organisation partenaire (personnel national) a déclaré : « *La politisation de l'épidémie a engendré une résistance farouche de la communauté* ».

Un membre de l'OMS (personnel national) a déclaré : « *Au sud Kivu, des fournisseurs de services se sont soulevés suite aux retards de paiement de leurs factures* ».

Un membre du personnel du gouvernement congolais a déclaré : « *La plus grosse difficulté que nous avons eu à affronter a été la difficulté d'accès à des communautés, en raison du manque d'infrastructures routières* ».

Un personnel d'une organisation partenaire (personnel international) a déclaré : « *La sécurité était un casse-tête quotidien lorsqu'il s'agissait d'envoyer les équipes sur le terrain ou de suivre leurs déplacements* ».

Un personnel du gouvernement congolais a déclaré : « *Il y avait une forte hésitation face au vaccin contre la MVE et une réticence de la population à accepter cet essai vaccinal* ».

L'analyse de l'enquête en ligne s'est aussi intéressée au ressenti des participants lors des réponses aux épidémies de MVE. Pour 50% d'entre eux, leur plus grande satisfaction était d'avoir réussi à stopper la propagation de l'épidémie en quelques mois (s'agissant des 9^e et 11^e épidémies) et d'avoir contribué à sauver des vies humaines. Dans leur grande majorité, ils ont apprécié l'environnement de travail multiculturel avec les personnels internationaux de l'OMS et des autres organismes partenaires.

Le personnel de l'OMS, tant international que national, a lui aussi particulièrement apprécié l'excellente collaboration et la solidarité entre tous les acteurs de la riposte, ce qui a contribué au bon déroulement des activités (surveillance, prévention, prise en charge médicale, laboratoire et recherche, logistique, vaccination, sécurité et prise en charge psychosociale). Ils ont aussi exprimé leur satisfaction concernant l'organisation de la logistique sur le terrain.

Toutefois, 50% des agents de terrain de l'OMS et des organisations partenaires ont mentionné leur frustration face à l'insuffisance de la couverture téléphonique (fixe et mobile), les réticences communautaires, ainsi que l'inaccessibilité de certaines localités pour assurer un suivi intégré et la prise en charge de tous les cas et de leurs contacts.

Pour 50% d'entre eux, les participants à l'enquête ont également évoqué leur frustration face à la gestion des épidémies, trop centralisée selon eux. Ils ont aussi évoqué leur peur de la contamination et des attaques de groupes armés au Nord-Kivu, Sud-Kivu et Ituri.

Les personnels de l'OMS et des organisations partenaires ont mentionné le faible nombre d'alertes notifiées, en particulier concernant les personnes décédées. Par ailleurs, plus de 50 % des cas confirmés n'ont pas été identifiés comme des cas contacts connus au moment de leur détection (notamment au cours de la 10^e épidémie).



CLIQUER ICI POUR ACCEDER AU RAPPORT DETAILLE DE L'ENQUETE EN LIGNE CONDUITE DANS LE CADRE DE CETTE RAA.

3.3.3 Entretiens avec les informateurs clés

Au total, 31 informateurs clés ont été sélectionnés pour ces entretiens, dont 11 ont répondu pour la riposte à la 9^e épidémie, 29 pour la riposte à la 10^e épidémie, et 11 pour la riposte à la 11^e épidémie.

Certains informateurs ont ainsi participé à plus d'une riposte, ainsi qu'à plus d'un domaine d'action de riposte comme l'indique la figure ci-dessous.

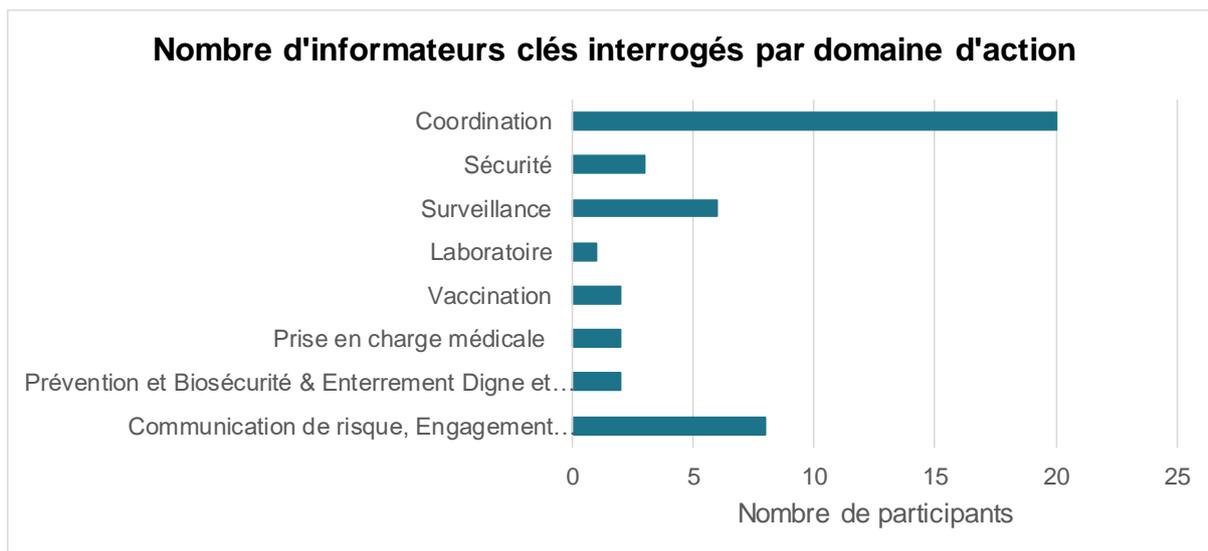


Figure 6. La répartition par domaine d'action des participants aux interviews des informateurs clés conduites dans le cadre de la RAA de la riposte aux 9e, 10e, 11e et 12e épidémies de MVE en République démocratique du Congo.

Suite à la revue documentaire et aux résultats de l'enquête en ligne, 5 piliers d'intervention ont été définis comme suit :

- Coordination/gouvernance, gestion des informations, administration et finance, logistique et sécurité ;
- Surveillance, vaccination, points d'entrée et points de contrôle sanitaire (PoE/PoC), laboratoire ;
- Prise en charge médicale, essais thérapeutiques et cliniques, programme pour les survivants d'Ebola ;
- Prévention et lutte contre les infections (PCI), enterrements dignes et sécurisés (EDS) ;
- Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC), prise en charge psychologique et sociale.

Les résultats des entretiens avec les informateurs clés sont présentés sous chacun des 5 piliers pour chaque domaine/commission en précisant les points forts, les difficultés/défis à relever et les enseignements tirés.

3.3.3.1 Pilier 1 : Coordination/gouvernance, gestion des informations, administration et finance, logistique et sécurité

Coordination/gouvernance

Points forts :

- Engagement des autorités sanitaires nationales et locales ;
- Mobilisation des ressources et des partenaires techniques et financiers ;
- Structure de coordination calquée sur le système OMS de gestion des urgences ;
- Adaptation du dispositif de coordination selon le contexte, grâce à l'approche zonale (notamment au cours de la 12^e épidémie) et à la mise en place de

cellules de sous-coordination (sous-coordination provinciale lors de la 9^e et 10^e épidémies) et du système IMS (*Incident Management System*) ;

- Mise en place d'un secrétariat technique pour le suivi des urgences sanitaires ;
- Bonne organisation de la surveillance et du suivi des contacts pour une réponse rapide des équipes de riposte ;
- Intégration des pygmées dans les équipes EDS lors des 9^e et 11^e épidémies.

Difficultés/défis à relever :

- Compétences insuffisantes de certains personnels recrutés et déployés par la partie nationale et par les partenaires ;
- Proportion trop importante d'acteurs internationaux affectant l'engagement/participation communautaire dans la riposte.

Un personnel du ministère de la Santé a déclaré : « L'implication du gouvernement à travers les visites du ministre de la Santé pour superviser et encourager les prestataires, l'engagement communautaire, l'appui logistique et la construction d'une base de vie pour regrouper les acteurs ont permis une bonne coordination des opérations sur le terrain ».

Gestion des informations

Points forts :

- Appui logistique des partenaires ;
- Création de base de données systématiques dans chaque commission ;
- Transmission des données par les sites de notification ;
- Mise en place d'une cellule d'analyse régulière des données pour orienter les activités de surveillance (alerte, suivi des contacts) et de riposte.

Administration et finances

Points forts :

- Financement par le gouvernement et les partenaires techniques et financiers.

Difficultés / défis à relever :

- Retards de paiements des nationaux et inégalités de rémunération entre intervenants nationaux et internationaux.

Logistique

Points forts :

- Bonne organisation logistique en matière de déploiement des équipes de vaccination et de prise en charge médicale, malgré les difficultés d'accès à certaines zones.

La riposte à la 11^e épidémie a bénéficié des enseignements tirés de la 10^e épidémie en matière de stratégies de prise en charge, de diagnostic et de vaccination.

Sécurité

Points forts :

- Sécurisation du personnel et des structures ;
- Mise à disposition de moyens de déplacement et de sécurisation des équipes de riposte ;

- Réunion quotidienne de la Commission Sécurité pour assurer le partage d'information et la collaboration avec les différentes parties prenantes (chefs de base, police, agence nationale des renseignements, OMS) ;
- Partenariat avec les populations locales et autochtones pour renforcer la sécurité des équipes.

Difficultés/défis à relever :

- Climat d'insécurité, notamment lors de la 10^e épidémie ;
- Nombreuses victimes parmi la population, les agents de santé et ceux de la riposte ;
- Deux centres de traitement Ebola détruits.

3.3.3.2 *Pilier 2 : Surveillance, vaccination, points d'entrée et points de contrôle sanitaire (PoE/PoC), laboratoire*

Surveillance, points d'entrée et points de contrôle sanitaire

Points forts :

- Suivi et vaccination des contacts ;
- Mise en place de PoE/PoC ;
- Décentralisation et adaptation de la surveillance.

Difficultés/défis à relever :

- Mobilité des populations ;
- Non notification des cas dans certaines communautés.

Un membre de l'OMS (personnel international) a mentionné comme points forts : « *la gestion des alertes couplée à la gestion des ambulances, les enterrements dignes et sécurisés, la mise en place de tableaux de bord au cas par cas, la mise en place du mapping obligatoire et la synthèse des cas, le suivi des contacts communautaires (famille, proches), la stabilisation des contacts (cantonnement), la constitution d'une équipe de suivi des voyageurs et des perdus de vue par géolocalisation, et des analyses globales hebdomadaires impliquant toutes les commissions à Butembo* ».

Vaccination

Points forts :

- Vaccination rapide des cas contacts, de leurs contacts et du personnel de première ligne ;
- Déploiement rapide d'experts sur le terrain ;
- Bonne acceptation du personnel soignant de première ligne ;
- Intégration de la communauté locale à la prestation des services de vaccination.

Difficultés/défis :

- Insuffisance de la maintenance de la chaîne du froid.

Laboratoire

Points forts :

- Nouveaux tests de diagnostic rapide ;
- Déploiement de laboratoires mobiles.

Difficultés/défis :

- Gestion non optimale des fournitures ;
- Gestion non optimale des stocks entraînant des retards d'approvisionnement en intrants.

3.3.3.3 Pilier 3 : Prise en charge médicale, essais thérapeutiques et cliniques, programme pour les survivants d'Ebola

Prise en charge médicale, essais cliniques et thérapeutiques

Points forts :

- Capitalisation des enseignements tirés de l'épidémie en Afrique de l'Ouest ;
- Implication de plusieurs acteurs ;
- Développement de nouveaux médicaments.

Difficultés/défis à relever :

- Verticalisation des soins médicaux contre Ebola.

Programme de soins pour les survivants d'Ebola

Points forts :

- Programme de suivi multidisciplinaire (médical, biologique, psychologique) par le ministère de la Santé avec l'appui des partenaires techniques et financiers ;
- Aide psychosociale (lieux de discussion, etc.).

3.3.3.4 Pilier 4 : Prévention et lutte contre les infections (PCI), enterrements dignes et sécurisés (EDS)

Points forts :

- Intégration des tradipraticiens et des leaders communautaires aux activités de riposte ;
- Amélioration de la gestion des déchets.
- Enterrements selon les coutumes locales et fournitures de kits EDS.

Difficultés/défis à relever :

- Manque d'espaces dédiés à la gestion des déchets dans certaines formations sanitaires ;
- Pénurie de kits EDS et d'équipements de PCI dans certaines zones.

Un personnel d'une organisation partenaire a déclaré : « *En ce qui concerne la PCI, il faut une implication plus importante des autorités provinciales et locales dans tous les domaines de la riposte pour mieux lutter contre les réticences de la population et participer à la coordination des activités au niveau local. Il est impérieux d'assurer un approvisionnement continu des intrants PCI et de prévoir des zones de gestion des déchets dans toutes les formations sanitaires* ».

3.3.3.5 *Pilier 5 : Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC), prise en charge psychologique et sociale*

Points forts :

- Intégration des leaders communautaires aux activités de sensibilisation de la population ;
- Formation de volontaires aux interventions de riposte ;
- Recrutement de personnes parlant la langue locale ;
- Adaptation des messages à partir du recueil et de la prise en compte des retours communautaires ;
- Intégration des groupes minoritaires aux EDS ;
- Soutien aux familles endeuillées même après la fin de l'épidémie.

Difficultés/défis à relever :

- Résistance communautaire.



CLIQUEZ ICI POUR ACCÉDER AU RAPPORT DÉTAILLÉ DES ENTRETIENS AVEC DES INFORMATEURS CLÉS CONDUITS DANS LE CADRE DE CETTE RAA.

3.3.4 **Résultats de la RAA de la riposte aux 9^e, 10^e, 11^e et 12^e épidémies de MVE en République démocratique du Congo issus des groupes de discussion (volet final)**

Plus de 92 experts nationaux et internationaux (y compris les partenaires) ont participé au dernier volet de la RAA. En raison du renforcement des mesures de restrictions sanitaires liées à la pandémie de SARS-CoV 2 (COVID-19), un protocole strict de prévention et de lutte contre les infections à coronavirus a été observé durant toute la durée de l'atelier (voir annexe 5.2).

Ce volet constitue la phase la plus importante de la RAA. Il s'agit de réaliser une analyse diagnostique des quatre épidémies en identifiant les difficultés et les pratiques exemplaires, leurs impacts sur la riposte, les facteurs facilitants et limitants à l'origine respectivement des bonnes pratiques et des difficultés/défis à relever. Suite à l'analyse diagnostique, une analyse prospective propose différentes voies à suivre et actions prioritaires pour améliorer la préparation et la riposte aux futures épidémies de MVE et/ou autres événements de santé publique en RDC.

Les informations collectées durant les phases préliminaires de revue documentaire, d'enquête en ligne et d'entretiens avec des informateurs clés ont été exploitées, discutées et complétées. Les membres de chaque groupe de discussion ont en effet procédé à la triangulation des résultats issus des précédents volets de la RAA avec les autres informations disponibles, y compris le partage d'expérience de ceux n'ayant pas participé aux phases préliminaires. Ces derniers ont ainsi pu contribuer à l'analyse diagnostique et prospective, suivie d'une validation des résultats par groupe et en séances plénières, lors desquelles chaque groupe pouvait

recevoir des commentaires et contribuer aux résultats des autres groupes. L'analyse de la 12^e épidémie de MVE a été entièrement réalisée durant ce dernier volet de la RAA.

L'atelier a donné l'occasion aux participants de discuter de leurs perceptions individuelles de la riposte afin d'obtenir une perception collective consensuelle.

Enfin, les facilitateurs de chaque groupe de discussion ont appliqué les conseils et astuces de facilitation qui leur avaient été proposés au cours du pré-atelier. En effet, il convient de noter qu'outre la formation des facilitateurs à animer des groupes de discussion, le pré-atelier a permis d'anticiper les points de malentendus/conflits potentiels et de proposer des stratégies d'atténuation et de gestion de conflits. Il a également permis de simuler la façon dont les discussions de groupe allaient se dérouler, d'examiner les rapports des phases préliminaires de la RAA et de débiter l'inventaire des difficultés et des pratiques exemplaires à prendre en considération lors du dernier volet de cette RAA.

Définitions importantes

Difficulté/défi : tâche, devoir ou situation difficile rencontrée lors de la riposte à l'épidémie, qui a nécessité beaucoup d'efforts, de détermination et de compétences de la part des intervenants pour réussir.

Pratique exemplaire : action entreprise lors de la riposte à l'épidémie de MVE, qui a amélioré les performances ou qui a eu un impact positif.

Les participants aux 5 groupes de travail ont tous pris une part active aux discussions. L'analyse diagnostique a permis d'identifier 65 pratiques exemplaires et 76 difficultés rencontrées lors de la riposte aux épidémies successives et d'en analyser les causes (facteurs facilitants et limitants). L'analyse prospective a ensuite permis de définir 70 activités pour améliorer la préparation et la riposte aux prochaines épidémies. Enfin, lors de la session finale, 40 de ces 69 activités ont été retenues comme prioritaires au vu de leur impact et de leur facilité de mise en œuvre à court, moyen et long terme.

Suite à l'obtention du consensus au sein des groupes de discussion et lors des sessions plénières, les difficultés, pratiques exemplaires, principales recommandations ou voies à suivre pour chaque groupe ou pilier ont été consignées dans les tableaux et paragraphes suivants.

Tableau 2: Coordination / gouvernance, gestion des informations, administration et finance, logistique et sécurité (Pilier 1).

Coordination / gouvernance

| DIFFICULTES / DEFIS | | IMPACTS | FACTEURS LIMITANTS |
|---------------------|---|--|---|
| 1 | Perturbation dans la mise en œuvre des activités de riposte aux 9 ^e , 10 ^e , 11 ^e et 12 ^e épidémies | Propagation de la maladie, agressions de prestataires sur le terrain, destruction d'infrastructures (CTE Katwa, Beni, Lolwa, Biakato CS, etc.) et de matériels | <p>Climat d'insécurité dans les trois provinces de l'Est Nord Kivu, Sud Kivu et Ituri</p> <p>Activisme des groupes armés</p> <p>Attaque des équipes sur le terrain</p> <p>Journées « ville morte »</p> <p>Méfiance à l'égard des intervenants extérieurs à la communauté</p> <p>Politisation de la réponse (période électorale pour la 10^e épidémie)</p> <p>Absence de recrutement d'agents locaux</p> <p>Retards de paiement des prestataires et frustration par rapport au barème des salaires</p> |
| 2 | Coordination insuffisante entre les partenaires, absence de concertation | Planification des interventions de riposte non adaptée (ne tient pas compte de la réalité de terrain) | <p>Faible leadership du ministère de la Santé</p> <p>Absence de mémorandums d'entente définissant les interventions des partenaires</p> <p>Non alignement des partenaires</p> <p>Absence de redevabilité</p> <p>Faible application de l'accréditation des parties prenantes</p> <p>Sous-traitance avec les ONG sans concertation avec le gouvernement</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 3 | Riposte dépendante de financements extérieurs non flexibles | Faible réactivité de la coordination nationale dans les nouveaux foyers épidémiques Non renforcement du système de santé | Absence de fonds d'urgence sanitaire Lourdeur des procédures de décaissement des fonds des parties prenantes Non prise en compte de la pérennisation des activités de riposte Absence d'audit concernant la gestion des fonds |
| 4 | Faible documentation et absence de vulgarisation/diffusion concernant les pratiques exemplaires appliquées dans certains foyers épidémiques | Riposte à plusieurs vitesses | Absence d'équipe chargée de la documentation et de la communication sur les pratiques exemplaires |
| 5 | Gestion centralisée de la coordination (à l'extérieur du foyer épidémique) lors de la riposte à la 10 ^e épidémie (foyer initial à Mangina, coordination basée à Beni) | Foyer initial de l'épidémie non maîtrisé, dissémination des cas et perte totale du contrôle de l'épidémie. <i>(Nuance : Il s'agit d'un cas isolé car, de manière générale, la coordination a toujours été décentralisée avec plus de 20 sous-coordinations)</i> | Non application des enseignements tirés des ripostes précédentes (épidémies de Djera/Boende) Exigences sécuritaires et de confort des intervenants |
| 6 | Non-respect de la hiérarchie et du cadre décisionnel du système de santé | Affaiblissement du système de santé Faible implication des autorités locales et des prestataires locaux | Non-respect de la pyramide sanitaire dans les activités de riposte Collaboration insuffisante entre provinces et zones de santé, compliquant l'appui logistique et/ou technique Absence d'inventaire des ressources humaines et des compétences. |

| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FACILITANTS |
|-----------------------|--|--|--|
| 1 | Approche zonale de la réponse aux 11 ^e et 12 ^e épidémies de MVE : coordination au niveau de chaque zone/aire de santé pour assurer d'une part, la mise en œuvre des activités de riposte autour des alertes et des cas confirmés, et d'autre part, le suivi des contacts et des voyageurs au sein de la communauté | Réponse locale prompte et adéquate par des prestataires locaux Extinction rapide des foyers épidémiques Transfert des compétences aux acteurs locaux | Implication et appropriation des activités de riposte par l'équipe d'intervention de la zone de santé et au sein de la communauté. Disponibilité de ressources humaines compétentes au niveau des grandes agglomérations Implication des autorités politico-administratives dans les activités de riposte |
| 2 | Planification du soutien à la coordination dans les zones de santé « hot spot » | Résolution rapide des problèmes Gestion rapide et efficace des foyers épidémiques | Déplacement de la coordination générale vers les zones « hot spot » (Mambasa; Beni, Mwenga, Biakoto, Bikoro, Bolomba) Disponibilité de financements gouvernementaux |
| 3 | Implication communautaire : participation des leaders communautaires à la planification des activités de riposte | Levée des résistances Meilleure collaboration de la communauté avec les équipes de riposte | Existence de sous-coordinations Implication de la main d'œuvre locale dans la mise en œuvre des activités communautaires (EDS, PCI) Intervenants locaux maîtrisant la langue et la culture locales Incitations financières Application des bonnes pratiques, des POS et des leçons du passé Enquêtes anthropologiques et psychosociales |
| 4 | Utilisation des nouvelles technologies de communication | Amélioration de la coordination à tous les niveaux du système de riposte Partage de l'information en temps réel | Disponibilité des nouvelles technologies de communication Disponibilité de gestionnaires de l'information Formation des intervenants à l'utilisation des nouvelles technologies |

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| | | Rapidité dans la prise des décisions | |
|--|--|--------------------------------------|--|

Gestion de l'information

| DIFFICULTES / DEFIS | | IMPACTS | FACTEURS LIMITANTS |
|-----------------------|---|--|---|
| 1 | Mauvaise qualité et faible complétude des données | Mauvaise analyse de la situation Prise de mesures inadéquates ou tardives | Manque de formation de base et de renforcement des capacités Manque de personnels qualifiés Faible maîtrise des outils informatiques par les prestataires locaux lors des 9 ^e , 10 ^e et 11 ^e épidémies Données manquantes ou aberrantes ; absence d'identifiant unique pour caractériser les alertes, les cas et les contacts |
| 2 | Faible couverture du réseau de communication pour les 9 ^e , 10 ^e et 11 ^e épidémies | Transmission tardive des données pour analyse | Opérateur téléphonique ; installation tardive de radiophonie (VHF, HF) |
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FACILITANTS |
| 1 | Mise en place de bases de données systématiques dans tous les secteurs de la riposte lors des 10 ^e et 11 ^e épidémies | Amélioration de la gestion de l'information à tous les niveaux de la riposte | Désignation de gestionnaires des bases de données par secteur Transfert des compétences relatives à l'utilisation des outils de saisie et d'analyse des données |
| 2 | Mise en place d'une cellule d'analyse régulière des données pour orienter les actions de riposte, en particulier la surveillance (alerte, suivi des contacts) lors des 10 ^e et 11 ^e épidémies | Identification immédiate des écarts dans la riposte Prise de décisions rapides et adaptées ; suivi des mesures prises | Formation d'une équipe à la gestion des bases de données Présence d'experts en sciences sociales Dotations en outils informatiques |
| 3 | Mise en place d'un groupe WhatsApp par commission pour transmettre les données, notamment les résultats de | Réactivité et remontée d'information en temps réel | Disponibilité de crédits téléphoniques |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | laboratoire aux chefs d'équipe de chaque commission. | | Listes actualisées des acteurs de la riposte. |
|--|--|--|---|

Logistique / Sécurité

| DIFFICULTES/DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS |
|-------------------|---|--|--|
| 1 | Inaccessibilité de certaines zones de santé à cause de leur enclavement (9 ^e et 11 ^e épidémies) et de l'insécurité (10 ^e épidémie) | <p>Difficultés d'intervention dans certaines zones de santé touchées et coût exorbitant des moyens de riposte : instauration de ponts aériens (hélicoptères, avions), utilisation de véhicules blindés pour escorter les équipes dans les zones insécurisées</p> <p>Lenteur des interventions, retard d'approvisionnement des intrants dans les zones affectées, occasionnant des ruptures de stocks et la perturbation des activités</p> <p>Retard dans le déploiement des équipes de riposte</p> | <p>Enclavement et impraticabilité des routes (pour toutes les épidémies)</p> <p>Groupes armés (10^e épidémie – ex. : nécessité d'installer un pont aérien entre Luemba – Biakato, Beni – Butembo avec rotation journalière aller-retour des équipes de terrain)</p> <p>Manque de moyens de transport lors des 9^e, 11^e et 12^e épidémies de MVE</p> |
| 2 | Déplacements inappropriés et inadaptés des équipes d'intervention sur le terrain | <p>Mauvaise perception des activités de riposte (Ebola Business) par la communauté (résistance et stigmatisation des malades)</p> <p>Retard dans la mise en œuvre des activités de riposte (9^e épidémie)</p> <p>Perte des acquis de la riposte pour le système de</p> | <p>Utilisation non optimale des véhicules affectés à la riposte (9^e et 11^e épidémies)</p> <p>Utilisation abusive ou excessive de véhicules pour les activités de décontamination des domiciles autour des cas et pour la vaccination (10^e épidémie)</p> <p>Recours abusif à la location de véhicules pour couvrir les besoins, ce qui ne contribue pas au</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | santé (toutes les épidémies) | renforcement du système une fois l'épidémie terminée (10 ^e épidémie) |
| 3 | Manque de moyens et de stocks d'urgence au ministère de la Santé pour le déploiement rapide des équipes et des matériels en cas d'urgence | Retard des interventions contribuant à la propagation de la maladie | Préparation insuffisante aux urgences Absence de plateforme logistique d'urgence organisée et bien équipée pour répondre aux épidémies et autres catastrophes Manque de logisticiens formés pour répondre rapidement aux urgences Lourdeur des procédures pour la mise à disposition des ressources humaines et matérielles en cas d'urgence |
| 4 | Manque de maintenance des matériels, équipements et infrastructures de la riposte | Immobilisation des matériels roulants et détérioration des infrastructures (bases de vie, entrepôts) Ex. : ambulances de Butembo immobilisées par manque d'entretien | Absence de budget alloué à la maintenance |
| 5 | Difficultés d'approvisionnement en carburant | Perturbation des activités de terrain Retard de déploiement des acteurs et des intrants de la riposte | Pénurie de carburant dans les zones d'intervention (9 ^e et 10 ^e épidémies) Fonds insuffisants alloués au carburant |
| 6 | Acheminement/transfert tardif des malades dans les structures de prise en charge (Centre de traitement Ebola) | Prise en charge tardive des malades au centre de traitement : complications et risque de décès des malades en cours de transfert Résistance de la communauté à cause des décès liés au retard de transfert | Manque d'ambulances pour acheminer les malades à temps Utilisation de véhicules non-adaptés pour acheminer les malades vers les structures des soins Résistance des malades et des familles au transfert dans les centres de transit/centres de traitement Ebola |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | Mécontentement conduisant à des attaques sur les ambulances et les équipes de riposte | Investigations insuffisantes et problèmes de listage des contacts ; manque de sensibilisation des contacts à l'importance du suivi |
| 7 | Mauvaise gestion des stocks pour la plupart des intrants, matériels et équipements indispensables à la riposte : carburant pour la 9 ^e et 11 ^e épidémies, cartouches GeneXpert et vaccin pour toutes épidémies | Retard dans la prise en charge des cas Augmentation de la morbidité et de la létalité | Capacité limitée en matériel de chaîne du froid pour assurer la conservation et le déploiement des vaccins Chaîne d'approvisionnement assurée par les niveaux national et international rallongeant les délais de livraison/approvisionnement sur le terrain Absence de politique de gestion du panier commun des stocks entre tous les partenaires (chaque partenaire gère son propre stock selon ses activités) Absence d'infrastructures de stockage d'intrants spécifiques, tels que le vaccin qui exige une chaîne de froid ultra |
| 8 | Difficulté de gestion des données logistiques : matériels et équipements déployés sur le terrain par les parties prenantes (qui a amené quoi, où et quand) | Manque de coordination des interventions Manque de traçabilité des intrants, matériels et équipements déployés par chaque partie prenante Affectation de manière disproportionnée (non efficiente) des ressources sur le terrain par les différents partenaires | Manque de formation à la logistique d'urgence à tous les niveaux du système de riposte Manque de matériels informatiques Absence d'outils de gestion standardisés pour le recueil et la remontée des données logistiques Partage insuffisant des données logistiques relatives aux matériels et équipements acquis par les partenaires dans le cadre de la riposte, ce qui rend difficile leur réaffectation équitable après la riposte |
| 9 | Problèmes de logement pour les équipes de terrain | Difficulté d'accès au logement pour les équipes de riposte dans la zone d'intervention | Capacités réduites d'hébergement dans les zones les plus reculées Faible exploitation des ressources humaines locales |

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| | | <p>Hausse du coût des denrées de première nécessité dans ces zones</p> <p>Retard dans la prise en charge des cas</p> | |
| 10 | Transmission tardive des données et difficultés de communication pour les équipes de riposte dans les zones reculées | Faible remontée des alertes et perturbation de la transmission des données pour la prise rapide de décisions | Faible couverture du réseau téléphonique et internet, absence de connexion internet dans certaines zones de santé |
| 11 | Manque d'espaces de travail pour les équipes de terrain | <p>Perte des acquis de la riposte pour le système de santé (toutes les épidémies)</p> <p>Recours extrêmement coûteux à la location de bâtiments privés (Hôtel Okapi et Hôtel Karibu)</p> | <p>Manque ou absence totale d'infrastructures pour recevoir le nombre important des acteurs de la riposte</p> <p>Retard dans le déploiement de tentes</p> |
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FACILITANTS |
| 1 | Lors de la 10 ^e épidémie, utilisation de moyens conséquents de transport pour résoudre les problèmes d'accessibilité : installation de ponts aériens (2 avions, 2 hélicoptères), plusieurs hors-bord) et plus de 500 véhicules pour les activités de riposte, véhicules blindés pour les escortes dans les zones insécurisées (Beni – Oicha, Beni – Kasindi, Beni – Butembo) | <p>Rapidité de déploiement des équipes de riposte</p> <p>Acheminement rapide des échantillons, des vaccins et autres intrants</p> | <p>Disponibilité des partenaires (UNHAS, MONUSCO)</p> <p>Disponibilité des ressources financières allouées au support logistique (mobilisation d'avions, hélicoptères, bateaux et véhicules blindés, hors bords dédiés aux déploiements des équipes et des intrants)</p> |
| 2 | Installation de bases de vie équipées de latrines, de connexion internet, approvisionnées en eau | Réduction des temps de mise en œuvre des activités de riposte | Disponibilité des partenaires et de ressources financières allouées à la construction des bases de vie |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | et en nourriture, etc. dans les zones d'accès difficiles (Bikoro, Itipo, Iboko, Mambassa, Mangina, Mwenga, Komanda, etc.) | <p>Diminution coûts logistiques liés aux allers-retours des prestataires</p> <p>Réduction des dépenses liées à l'hébergement dans les zones où des bases de vie sont installées</p> <p>Réduction des risques d'agression des équipes lors des déplacements dans certaines zones insécurisées</p> | |
| 3 | Installation/réhabilitation des infrastructures de riposte en bureaux de coordination avec connexion internet | <p>Rapprochement des centres de décision vers les zones opérationnelles et gain de temps pour la mise en œuvre des actions à prendre</p> <p>Amélioration des conditions de travail des prestataires</p> <p>Tenue régulière des réunions de coordination</p> | <p>Mobilisation de ressources financières conséquentes pour couvrir ces besoins</p> <p>Présence de partenaires disponibles pour la mise en œuvre des activités de riposte</p> |
| 4 | Formation à la logistique d'urgence et transfert de compétences aux experts locaux en fin de riposte | Préparation à de nouvelles urgences et amélioration des prestations | Mobilisation de ressources pour la formation en logistique d'urgence à l'intention des logisticiens des provinces du Nord Kivu, Sud Kivu et Ituri |
| 5 | Rapprochement des structures de prise en charge des malades Ebola | Amélioration de la prise en charge médicale des cas et réduction de la mortalité dans les centres de traitement Ebola | <p>Disponibilité de ressources financières</p> <p>Présence des partenaires techniques et financiers</p> |
| 6 | Adaptation des véhicules en ambulances pour le transfert des malades et résoudre le problème du manque d'ambulances | <p>Transfert rapide des malades et amélioration de leur prise en charge.</p> <p>Moins de décès liés au transfert tardif des malades</p> | <p>Disponibilité de ressources pour la location et l'adaptation des véhicules</p> <p>Expertise en matière d'adaptation des véhicules</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 7 | Achat progressif d'ambulances dans les zones touchées | Renforcement du système de santé pendant et après la riposte | Disponibilité de ressources financières Disponibilité des partenaires |
|---|---|--|--|

Administration et finance

| DIFFICULTÉS / DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS |
|---------------------|---|---|---|
| 1 | Déploiement tardif des prestataires | Retard dans les activités de riposte (lors des 11 ^e et 12 ^e épidémies, les experts du niveau central ont été déployés en retard) Retard dans la mise à disposition des fonds Retard d'encadrement des équipes locales par le niveau central | Absence de moyens financiers disponibles pour le personnel (Fonds d'urgence) Absence de base multisectorielle et multi disciplinaire de prestataires Absence d'un plan de déploiement Lourdeur des procédures administratives pour produire les ordres de services Absence de grilles et de barèmes de salaire approuvés par les autorités |
| 2 | Gestion non optimale des ressources humaines et de leur déploiement (non prise en compte des compétences, et des besoins) | Prestations de mauvaise qualité Explosion des frais de personnel | Absence de POS de gestion du personnel pendant la riposte (cas des 9 ^e , 10 ^e et 11 ^e épidémies) Absence de plan de déploiement Ingérence de certaines autorités politico administratives dans les processus de recrutement Clientélisme Absence de rationalisation des ressources humaines dans les zones qui ne sont plus à risque élevé |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 3 | Retard de paiement des prestataires | <p>Grèves à répétition des prestataires entraînant un ralentissement des activités de riposte comme ce fut le cas lors des 9^e, 10^e et 11^e épidémies</p> <p>Résistance communautaire</p> <p>Départs des personnels du gouvernement vers les partenaires</p> <p>Moins bonne qualité de la prise en charge.</p> | <p>Alignement insuffisant des rémunérations des prestataires</p> <p>Manque de procédures d'urgence pour le décaissement des fonds pendant la réponse</p> <p>Faible engagement du gouvernement</p> <p>Manque de barème rationnel</p> |
| 4 | Faible sécurité des équipes de riposte assurée les autorités politico-administratives (9 ^e , 10 ^e et 11 ^e épidémies) | <p>Ralentissement des activités</p> <p>Recours juridiques, pertes de temps devant les tribunaux, la police, etc.</p> | Faible engagement du gouvernement aux cotés des acteurs de la riposte |
| 5 | Mécontentement des acteurs des niveaux local et provincial | <p>Blocage des activités de riposte</p> <p>Resistance de la communauté</p> | <p>Absence de barème équitable</p> <p>Absence de transparence sur le recrutement/sélection des prestataires</p> |
| 6 | Multiplicité des primes pour certains prestataires | <p>Conflits entre prestataires</p> <p>Dépenses excessives</p> <p>Resistance de la communauté</p> | <p>Non régulation des inégalités de rémunération par la coordination générale</p> <p>Opacité dans la gestion financière de certains partenaires</p> <p>Opacité dans la sélection des prestataires et liste non communiquée aux partenaires par la coordination nationale</p> |
| 7 | Présence d'opportunistes autour de la riposte dans le seul but de s'enrichir | <p>Blocage des activités de riposte</p> <p>Resistance de la communauté</p> | <p>Pauvreté</p> <p>Abus de pouvoir et trafic d'influence</p> |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 8 | Déséquilibre dans le recrutement entre locaux, nationaux (niveau central) et internationaux | <p>Frustration des prestataires locaux</p> <p>Manque de maîtrise des effectifs par rapport aux besoins réels sur le terrain</p> | <p>Nombre trop important de prestataires internationaux par rapport aux nationaux, et de prestataires du niveau central par rapport à ceux du niveau provincial. Idem entre le niveau provincial et le niveau local (périphérique)</p> |
| 9 | Disfonctionnement des coordinations opérationnelles | <p>Dépendance totale des coordinations vis-à-vis de l'appui des partenaires</p> <p>Retard et/ou absence de réalisation de certaines interventions faute de moyens financiers</p> | <p>Absence de budgets alloués aux coordinations et sous-coordinations pour les dépenses récurrentes</p> |
| 10 | Difficulté de produire des rapports de justification financière de la part du gouvernement et des partenaires | <p>Ebola Business (inadéquation entre les fonds reçus et le résultat sur le terrain)</p> <p>Résultats mitigés (coûts très importants des interventions par rapport à l'impact)</p> <p>Absence de traçabilité des interventions des parties prenantes</p> | <p>Opacité dans la gestion des financements reçus pour la riposte</p> <p>Faible mécanisme gouvernemental rigoureux de suivi et d'évaluation des fonds alloués pour la mise en œuvre des activités de riposte</p> |
| 11 | Non application systématique et rigoureuse des codes de bonne conduite et d'éthique (surtout durant la 10 ^e épidémie) | <p>Allégation d'abus sexuels et abus de pouvoir commis par certains prestataires locaux, nationaux et internationaux</p> <p>Allégation des violences et d'exploitation faites aux femmes</p> | <p>Multiplicité des acteurs déployés, non informés des codes de bonne conduite et d'éthique</p> <p>Divergence des exigences entre acteurs de la partie nationale et ceux des organisations partenaires</p> <p>Plusieurs briefings des acteurs du système des Nations Unis et signature du code de bonne conduite, mais absence ou faible application de ce dernier par certains acteurs</p> <p>Mesures disciplinaires peu appliquées</p> |

| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FACILITANTS |
|-----------------------|---|---|--|
| 1 | Instauration du dialogue avec les contestataires | Apaisement des contestations | Volonté des acteurs de participer au dialogue |
| 2 | Définition de normes en matière de recrutement des prestataires | Rationalisation des effectifs Respect des profils de compétences | Adhésion des autorités politico-administratives au respect des normes Application des normes par les autorités sanitaires provinciales et locales |

VOIES A SUIVRE - PROCHAINES ETAPES

- Mettre en application les articles 105 et 106 de la loi sur la santé : créer un Centre des opérations d'urgence en santé publique (COUSP) ou un institut national de santé publique (INSP) en institutionnalisant la formation et le déploiement d'équipes multidisciplinaires d'intervention rapide (EIR) pour la réponse aux épidémies.
- Décentraliser la coordination des activités de riposte au niveau des provinces, avec un système de gestion des incidents s'appuyant sur des structures organiques pérennes et des ressources existantes au niveau des divisions provinciales de santé (DPS).
- Pré-positionner des kits d'urgences au moins dans les provinces considérées comme des zones à haut risque (Kinshasa, Nord Kivu, Haut Katanga).
- Plaider en faveur de l'allocation budgétaire d'un fonds d'urgence sanitaire au ministère de la Santé pour permettre un déploiement rapide des experts en cas d'événements/situations d'urgence de santé publique, et mettre en place des mécanismes d'audit et de redevabilité par et auprès des bailleurs.
- Rendre opérationnelle la commission d'accréditation des partenaires d'appui à la réponse aux événements/situations d'urgence de santé publique et appliquer les procédures consignées dans le guide pratique pour la constitution des ONG⁶.
- Mettre en place un cadre de suivi et d'évaluation des financements des partenaires pour assurer la redevabilité et la traçabilité des fonds dédiés à la riposte.
- Mettre en place une politique de gestion des ressources humaines, définissant clairement le barème des primes, le ratio experts internationaux/nationaux/provinciaux/locaux, un code de bonne conduite et des mesures disciplinaires à l'intention de tous les acteurs engagés dans la riposte, nationaux et internationaux, et le décernement de médailles et de diplômes du mérite.
- Adopter avec la partie nationale et les partenaire un code de conduite doté d'un mécanisme de surveillance solide pour lutter contre les abus et principaux risques (risque financier, abus sexuel, abus d'autorité, etc.).
- Mettre en place une commission de planification, de suivi et d'évaluation, notamment concernant la documentation et la diffusion des pratiques exemplaires.

⁶<https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Guide%20pratique%20pour%20la%20constitution%20des%20ONG%20en%20RDC.pdf>

- Proposer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire en charge des analyses intégrées permettant la production de recommandations opérationnelles adaptées et sur base de données et d'analyses objectives.
- Renforcer la coordination entre piliers de la réponse et assurer le partage des données entre les différents piliers de la riposte.
- Activer les COUSP (centres d'opération d'urgence de santé publique) aux niveaux national et provincial.
- Organiser des exercices de simulation dans chaque province.

Tableau 3: Surveillance, vaccination, points d'entrée et points de contrôle sanitaire (PoE / PoC), et laboratoire (Pilier 2).

| DIFFICULTÉS / DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS |
|---------------------|---|--|---|
| 1 | <p>Faible mise en œuvre des actions communautaires de recherche active des cas, de détection, de remontée des alertes, d'isolement, de suivi et de vaccination des contacts</p> <p>Ex. : opposition d'un groupe de jeunes « délinquants » à la réponse à Ipéko (épïc centre de la 11^e épidémie) /ZS Mbandaka</p> | <p>Propagation de l'épidémie</p> <p>Refus des cas confirmés et suspects de se rendre dans les centres de transit/centres de traitement Ebola</p> <p>Menaces lancées aux acteurs de la riposte sur le terrain</p> | <p>Récupération politique</p> <p>Faible appropriation de la réponse par la communauté</p> <p>Influence des groupes de pression</p> <p>Intérêts économiques</p> <p>Trop forte visibilité de la riposte (véhicules)</p> <p>Absence de prise en compte du niveau socioéconomique de la population (perception Ebola Business)</p> <p>Absence de prise en compte des us et coutumes</p> |
| 2 | <p>Faible coordination entre les acteurs travaillant au PoE/PoC et fonctionnalité insuffisante</p> <p>Faible qualité des données : cas du PoE de Kambuli, ZS de Katwa frontalier avec la ZS de Kyondo au NK (10^e épidémie de MVE)</p> <p>Recherche difficile des contacts perdu de vu et</p> | <p>Difficulté de démarrage des interventions de détection, de prévention et de riposte aux PoE (9^e et 10^e épidémies de MVE)</p> <p>Propagation de la maladie au-delà des zones affectées</p> | <p>Absence des Plan de préparation et de riposte aux urgences de santé publique aux PoE aériens, terrestres, fluviaux et lacustres</p> <p>Rotation permanente des agents de sécurité au niveau des PoE/PoC et recrutement d'agents non formés</p> <p>Volatilité du contexte sécuritaire, multiples attaques des groupes armés</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | jamais vu au niveau des points de contrôles et point d'entrée | | <p>ciblant les PoC (horaires de travail limités)</p> <p>Mobilité des populations</p> <p>Problème d'identification des contacts qui utilisent plusieurs noms différents ou plusieurs personnes portant le même nom</p> <p>Manque de ressources humaines, matérielles et infrastructurelle aux PoE désignés</p> |
| 3 | <p>Retard de transmission des listes de contacts aux équipes de vaccination</p> <p>Ex. : cas de la zone de santé de Mabalako (10^e épidémie) qui a entraîné la propagation du virus aux zones de Beni, Butembo, Katwa et Masereka à partir d'un tradipraticien</p> | <p>Prise de décision tardive pour la vaccination en ceinture</p> <p>Dépassement du délai de vaccination</p> <p>Réticences de la communauté à la vaccination</p> <p>Cibles non vaccinées</p> <p>Risque accru de contamination (contacts non protégés)</p> | <p>Consentement communautaire non organisé</p> <p>Manque de collaboration entre les équipes de surveillance, de communication et de vaccination</p> <p>Non recrutement des prestataires locaux pour la vaccination</p> |
| 4 | Capacités insuffisantes de la chaîne du froid pour les vaccins | <p>Moindre efficacité des vaccins</p> <p>Retard dans la mise en œuvre de la vaccination</p> | <p>Conditions de conservation des vaccins très exigeantes</p> <p>Manque de matériels : faible couverture en réfrigérateurs solaires dans 64% des zones de santé/Nord Kivu ; nombre limité d'Arktek (<i>Passive Vaccine Storage Device</i>) par rapport aux besoins</p> <p>Délais d'approvisionnement sur le terrain (difficulté d'accès à certaines zones dans un délai de 7 jours)</p> |
| 5 | Faible qualité des données recueillies aux PoE | <p>Bases de données incomplètes, non actualisées</p> <p>Prise de décisions inappropriée</p> | Recrutement non objectif et formation tardive des prestataires aux PoE |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | | <p>Fréquent changement d'outils de collecte de données</p> <p>Non fiabilité des sources d'information (changement d'identité)</p> <p>Insécurité (10^e épidémie)</p> |
| 6 | Fonctionnalité limitée des laboratoires | Délais de confirmation des cas et retard dans leur prise en charge | <p>Ruptures en réactifs et consommables faute d'une bonne gestion des stocks du ministère de la Santé et des partenaires</p> <p>Matériel limité (pénurie de GeneXpert lors des 10^e et 11^e épidémies)</p> <p>Longs parcours de transport des prélèvements</p> <p>Insécurité (groupes armés et groupes de pression)</p> <p>Manque de moyens affectés à la commission laboratoire</p> |
| 7 | Problème de gestion et d'élimination des cartouches utilisées | Risque d'exposition des personnes et de l'environnement | <p>Manque d'incinérateur à 1000°C</p> <p>Manque de ressources pour transporter les cartouches à Goma</p> |
| 8 | Sous-utilisation de tests de diagnostic rapide pour les décès communautaire | Opportunité manquée pour réduire les difficultés liées à la gestion des décès communautaire dans certaines zones affectées. | <p>Difficulté à s'accorder sur une stratégie efficace entre les différents piliers concernés</p> <p>Manque d'information de la population à l'utilisation de ces TDR</p> <p>Méfiance à l'égard des autorités politico-administratives</p> |

| 9 | Problème de calibrage et de maintenance annuelle du système GeneXpert | Surcharge de travail et dégradation fonctionnelle des appareils | Non planification des ressources financières pour la maintenance Absence de contrat de garantie et de maintenance |
|-----------------------|---|--|--|
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FACILITANTS |
| 1 | Désignation de PoE/PoC à partir d'une cartographie de la mobilité des populations Fonctionnement 24h sur 24, 7 jours sur 7, (10 ^e et 11 ^e épidémies) | Quadrillage géographique des zones affectées suivant le niveau du risque Relocalisation de certains PoE/PoC et mise en place de PoC satellites temporaires Détection des cas positifs de MVE en déplacement en dehors des horaires d'ouverture des PoC | Contribution des communautés à la cartographie de la mobilité des populations Meilleure formation du personnel aux PoC stratégiques Présence de forces de l'ordre Analyse des risques liés à la mobilité des populations : risque élevé (sphère1 : ZS affectées et ZS voisines), risque moyen (sphère 2 : toutes les autres ZS des provinces affectées), risque faible (sphère 3 : reste du pays) |
| 2 | Déploiement et création de laboratoires mobiles, dotés d'une plateforme GeneXpert dans les zones affectées (10 ^e , 11 ^e et 12 ^e épidémies) | Rendu rapide des résultats qui améliore le suivi des contacts et limite le transport des échantillons | Acteurs de laboratoire disponibles et engagés |
| 3 | Déploiement de séquenceurs haut débit lors de la 10 ^e épidémie | Surveillance de la circulation des différents variants et enquêtes épidémiologiques | Collaboration entre l'Institut national de recherche biomédicale et les partenaires Soutien logistique |
| 4 | Analyses biochimiques et hématologiques réalisés pour la prise en charge des cas confirmés cas confirmés | Amélioration de la prise en charge des cas confirmés | Collaboration entre l'Institut national de recherche biomédicale et les partenaires |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | | Engagement des acteurs de laboratoire |
| 5 | Formation des personnels locaux de laboratoire | Amélioration de la continuité des activités de laboratoire Fonctionnement des laboratoires même après l'épidémie | Appui financier des partenaires Disponibilité d'acteurs locaux Disponibilité de formateurs qualifiés |
| 6 | Construction de bâtiments et d'aménagements pour les laboratoires à Goma, Butembo et Beni | Ancrage de l'activité laboratoire dans la zone de santé | Appui des partenaires |

VOIES A SUIVRE - PROCHAINES ETAPES

Surveillance épidémiologique

- Formaliser les critères de désignation des prestataires au niveau des services et des programmes et approbation de la liste des prestataires par la Direction générale de la lutte contre les maladies
- Préparer une directive pour l'intégration obligatoire des tradipraticiens dans la surveillance à base communautaire
- Préparer une directive pour la participation des formations sanitaires non étatiques à la recherche active des cas dans les situations d'urgence sanitaire
- -Eviter les prélèvements si le patient n'a pas été évalué par une équipe médicale
- Intégrer le suivi des alertes dans les POS de gestion des alertes
- Renforcer les zones de santé et leurs bureaux centraux en outils de surveillance, capacité d'analyse et de communication (radiophonie, notamment dans les endroits sans couverture mobile).
- Assurer le financement des structures mobiles pendant les situations d'urgence sanitaire
- Organiser un atelier de révision des outils de collecte et des bases de données utilisés dans les situations d'urgence sanitaire.

Vaccination

- Doter en matériel (véhicule, motos, équipements pour la chaîne du froid, etc.) les provinces et les zones/aires de santé ;
- Formaliser les critères de désignation des prestataires au niveau des services et des programmes et les faire approuver par le Directeur du PEV.

Points d'entrée

- Organiser un atelier de mise à jour des directives et des POS intégrant les innovations : recherche des contacts perdus de vue et des jamais vus retrouvés », points de contrôles stratégiques 24h /7j, suivi des contacts à l'international.
- Organiser des évaluations stratégiques conjointes intégrant la cartographie de la mobilité des populations et les grands rassemblements avec les autres services et commissions pour établir les risques de santé publique afin de mettre en œuvre les mesures de mitigation aux points de départ et points d'arrivée, en passant par les zones de transit et les Points d'entrée.
- Procéder à un inventaire, une classification et une mise à jour des capacités requises en cas d'urgence sanitaire (ressources humaines, matérielles et infrastructurelles) au niveau des Points d'Entrée.
- Développer et tester les plans de préparation et de riposte aux urgences de santé publique au niveau des Points d'entrée désignés (aériens, terrestres, fluviaux et lacustres).
- Organiser une réunion de collaboration transfrontalière entre la RDC, l'Ouganda, le Rwanda et d'autres pays voisins, pour consolider les acquis et pérenniser les pratiques exemplaires en matière de réponse aux épidémies de MVE.

Laboratoire

- Doter toutes les provinces d'incinérateurs à haute température (>1000°C).
- Doter chaque province de capacités laboratoires pouvant être déployées à proximité des patients (laboratoires mobiles).
- Doter les niveaux national, provincial et zonal en personnels de laboratoire et assurer leur formation continue.
- Pré-positionner les intrants nécessaires au diagnostic (cartouches geneXpert et réactifs).
- Former des techniciens à la maintenance des appareils de laboratoire au niveau provincial et zonal.

Tableau 4 : Prise en charge médicale, essais thérapeutiques et cliniques, programme pour les survivants d'Ebola (Pilier 3).

| DIFFICULTES / DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS |
|---------------------|--|--|---|
| 1 | Appui insuffisant du ministère de la Santé aux activités de prise en charge (majoritairement réalisées par les partenaires) Ex. : lors de la 11 ^e épidémie, après le départ de MSF suite aux attaques de BUTEMBO et KATWA, | Ancrage institutionnel impossible Manque de pérennisation des acquis Reprise à zéro en cas de nouvelle épidémie Circuit des hôpitaux de référence et des centres de | Absence de protocole de collaboration directe entre les partenaires techniques et financiers et le ministère de la Santé en matière d'urgences de santé publique Absence de fonds national dédié à la gestion des urgences de santé publique |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | <p>les équipes du ministère de la Santé ont assuré la gestion des deux plus grands centres de traitement Ebola, mais cette expérience n'a pas pu être capitalisée et le pays a de nouveau fait appel aux partenaires pour les 11^e et 12^e épidémies</p> | <p>soins non adapté à la prise en charge des cas de MVE</p> | <p>Absence de centres médicaux au niveau des zones de santé ayant les capacités de prendre en charge des patients présentant un risque infectieux important</p> |
| 2 | <p>Sélection de prestataires sans tenir compte des compétences</p> <p>Ex. : envoi d'un expert du niveau central à la demande directe du service de gestion des incidents sans l'avis de la commission « Prise en charge » et sans tenir compte du profil de compétences ou de la possibilité de recrutement d'un agent local</p> | <p>Dépendance permanente sur les aspects connexes à la prise en charge : commandes, gestion financière des centres de transit/centres de traitement, gestion de l'approvisionnement, etc.</p> <p>Retard au démarrage des activités de prise en charge médicale en cas d'épidémie</p> <p>Mauvaise qualité de la prise en charge holistique des cas</p> | <p>Techniciens non consultés lors de la signature de protocoles d'entente entre partenaires et ministère de la Santé</p> <p>Absence de collaboration avec les acteurs de terrain lors des décisions de prise en charge médicale par les sous-coordonnateurs de la riposte</p> |
| 3 | <p>Problème de prise en charge des cas d'anémie chez les malades Ebola : prise en charge organisée dans des centres de transit/centres de traitement éloignés des centres de transfusion sanguine ; absence de politique nationale de don de sang lors d'épidémies de MVE ou autres fièvres hémorragiques virales.</p> | <p>Aggravation de l'état de santé</p> <p>Utilisation de sang contaminé</p> <p>Décès</p> <p>Résistance des non-contaminés</p> | <p>Absence de banque de produits sanguins dans les centres de traitement</p> |
| 4 | <p>Mauvaise prise charge des cas de MVE chez la femme enceinte</p> | <p>Aggravation de l'état de santé</p> <p>Utilisation des moyens du bord pouvant exposer le nouveau-né au tétanos</p> <p>Décès des femmes enceintes touchées par la MVE</p> | <p>Faible plateau technique, notamment pour les soins gynéco-obstétricaux</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p>Résistance des personnes n'ayant pas contracté la MVE</p> <p>Transmissions nosocomiales de MVE dans les structures de santé maternelle et reproductive</p> | |
| 5 | Admission des malades à un stade avancé de la maladie (toutes épidémies confondues) | Complications et décès dans les 48 heures suivant l'admission | <p>Déni de la maladie</p> <p>Détection et confirmation tardives des cas</p> <p>Insécurité et inaccessibilité de certaines zones</p> |
| 6 | Aggravation de l'état de santé de certains patients avec ou sans comorbidité | <p>Décès pendant le séjour ou à la sortie du centre de traitement Ebola</p> <p>Résistance accrue au sein de la communauté de la part des personnes n'ayant pas contracté la MVE</p> | <p>Insuffisance du plateau technique limitant le champ de prise en charge (ex. : chirurgie)</p> <p>Retard dans le déploiement de traitements spécifiques</p> <p>Difficultés d'approvisionnement en médicaments indispensables</p> <p>Mauvaise qualité des investigations et du listage des contacts ; sensibilisation insuffisante des contacts ; manque d'engagement de la communauté</p> |
| 7 | <p>Insécurité autour des centres de transit/centres de traitement Ebola (attaques, incendies, tueries des prestataires de soins (10^e épidémie)</p> <p>Ex. : incendie des centres de traitement Ebola dans les zones de santé de Katwa, Butembo, Vuhovi ; attaque à deux reprises de l'hôpital général de KATWA, tuerie de</p> | <p>Perturbation des activités de prise en charge médicale</p> <p>Abandons de poste</p> <p>Sortie non contrôlée de cas confirmés</p> <p>Propagation de la maladie</p> | Persistance de l'insécurité dans certaines zones de santé |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | prestataires à Vuhovi, Lwemba et Oicha | | |
| 8 | Non-respect des POS de transferts des patients vers les centres de transit/centres de traitement Ebola | Aggravation de l'état de santé Décès dans les 48 heures suivant l'admission | Mauvais état des routes Insécurité Manque d'ambulances Résistance communautaire |
| 9 | Difficultés logistiques dans certaines sous-coordinations. Ex. : retard dans la réponse aux demandes émanant des équipes de prise en charge | Manque de motivation Négligence Abandons de poste | Absence de POS pour l'approvisionnement en produits sanguins en cas d'urgence, en eau, etc. Absence d'appui en matière de communication, de transport, etc. Manque de moyens financiers |
| 10 | Faible motivation des responsables de centre de traitement | Mauvaise qualité des soins Manque de motivation Négligence Abandon de poste | Absence de barème au ministère de la Santé tenant compte des responsabilités |
| 11 | Absence de préparation à la gestion des cas de rechute et de résurgence de MVE, lorsque le centre de traitement Ebola est désactivé. Ex. : cas de rechute à Aloya. | Retard dans la prise en charge correcte du cas Exposition de la communauté Reprise de la chaîne de transmission Résistance et réticences communautaires | Manque de procédures permettant de rendre rapidement opérationnelles les structures de prise en charge déjà désactivées pour répondre à la réapparition de cas confirmés dans une zone de santé Manque de capacité d'isolement dans les structures de soins de santé secondaires Non pérennisation des acquis mis en place lors de la phase de réponse à la MVE |

| | | | |
|----|---|--|---|
| 12 | Taux élevé des contaminations dans les formations sanitaires non dédiées à Ebola | Contamination d'un nombre élevé de prestataires lors de la 10 ^e épidémie | Manque de formation des ressources humaines Plan de formation non opérationnel Manque de POS pour le triage Manque d'équipements de protection individuelle (EPI) et d'intrants |
| 13 | Létalité élevée dans les centres de traitement Ebola, dans les 48 heures suivant l'admission Séquestration des malades dans des structures sanitaires privées (10 ^e épidémie) | Aggravation de l'état de santé Réticences communautaires Propagation de faux messages Surcharge de travail Décès | Admission tardive des cas suspects Identification tardive des alertes Refus de transfert des cas confirmés Absence de gratuité effective des soins dans les formations sanitaires non dédiées à Ebola Sensibilisation inadaptée (message et méthode) ; manque d'engagement des communautés. |
| 14 | Proportion élevée de patients négatifs pour la MVE admis dans les centres de transit/centres traitement (10 ^e épidémie) | Occupation des lits Surcharge de travail Augmentation des dépenses des centres de transit/centres de traitement | Mauvaise qualité des investigations Modifications fréquentes des POS pour la définition des cas Diagnostic différentiel non systématique |
| 15 | Faible collaboration entre structures publiques privées intégrées et non intégrées (10 ^e épidémie) | Perturbations dans la prise en charge | Absence de protocoles d'entente |
| 16 | Absence de POS validées par le ministère de la Santé concernant l'application de la prise en | Surcharge de travail Risque de contamination des personnels soignants de première ligne lors de la mise | Manque de personnel dans les formations sanitaires non dédiées à Ebola |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | charge décentralisée (11 ^e et 12 ^e épidémies) | <p>en place des sites décentralisés de prise en charge</p> <p>Soins donnés aux patients suspects Ebola en même temps qu'aux autres patients</p> <p>Non-respect des mesures de prévention et de lutte contre l'infection</p> | Structure décentralisée de prise en charge moins adaptée pour les patients dont l'état de santé est instable |
| 17 | Inaccessibilité géographique et absence de couverture téléphonique (et radiophonie) dans certaines zones de santé (9 ^e et 11 ^e épidémies) | <p>Retard dans l'acheminement des échantillons depuis les zones excentrées</p> <p>Retard dans la prise de décision</p> <p>Temps d'attente long</p> <p>Aggravation de l'état</p> <p>Traitement tardif</p> | Manque de moyens de communication et de déplacement |
| 18 | Collecte de données non harmonisée (10 ^e et 11 ^e épidémies) | <p>Retard dans la prise de décision</p> <p>Aggravation de l'état de santé</p> <p>Instauration tardive d'un traitement spécifique</p> | <p>Difficulté de collecte et de centralisation des données de prise en charge</p> <p>Absence d'identifiant unique</p> |
| 19 | Faible implication du ministère de la Santé concernant le suivi des personnes guéries de la MVE (9 ^e épidémie) | <p>Rendez-vous de consultation non respectés</p> <p>Faible gestion des cas de stress-post-traumatique et autres traumatismes psychiques</p> <p>Stigmatisation des patients guéris</p> | |
| 20 | Peu de recherche expérimentale concernant les activités de prise en charge | Ralentissement de l'amélioration de la prise en charge | Absence de procédures allégées pour l'obtention des autorisations éthiques |

| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FACILITANTS |
|-----------------------|--|--|---|
| 1 | Continuité de la prise en charge des cas dans les centres de traitement par les personnels du ministère de la Santé après le départ des partenaires d'appui (10 ^e épidémie) | Responsabilisation des personnels du ministère de la Santé | Existence de compétences nationales pour la prise en charge Engagement des acteurs de la prise en charge |
| 2 | Organisation de tours de salle mixte impliquant des personnes autres que le personnel soignant (famille, etc.) | Réduction de la durée d'hospitalisation Meilleure compréhension de l'état de santé et de l'évolution de la maladie Anticipation de complications éventuelles | Meilleure prise en charge des cas suspects et confirmés (10 ^e , 11 ^e et 12 ^e épidémies) Démarrage plus rapide du traitement à l'admission des cas confirmés |
| 3 | Standardisation de la prise en charge des cas suspects et confirmés | Centre de traitement standard pérenne Prise en charge adaptée dans les milieux urbains fortement peuplés | Formation de prestataires Présence et appui permanent de l'ensemble des acteurs de la riposte |
| 4 | Déploiement de spécialistes de la prise en charge (10 ^e épidémie) | Soins de meilleure qualité Moindre durée d'hospitalisation Détection et prise en charge précoce des comorbidités | Leçons tirées des précédentes épidémies Disponibilité de spécialistes de la prise en charge |
| 5 | Confirmation des résultats diagnostiques Capacité de suivi biologique (biochimie et hématologie) mise en place à partir de la 10 ^e épidémie | Soins de meilleure qualité | Disponibilité de matériels et d'équipements suite aux 10 ^e et 11 ^e épidémies |
| 6 | Eventail d'actes médicaux dans les centres de transit/centres de traitement : césarienne, transfusions, | Soins de meilleure qualité | Transfert de compétences du niveau national au niveau local Implication des spécialistes |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | accouchements, etc. (10 ^e et 11 ^e épidémies) | | |
| 7 | Construction de centres de transit/centres de traitement équipés de chambres individuelles et de chambres d'urgence bio-sécurisées (CUBE) | Amélioration du circuit patient/soignant minimisant le risque de contamination croisée | Collaboration avec les partenaires ayant développé la technologie CUBE |
| 8 | Réussite de l'essai clinique randomisé et application du protocole de traitement spécifique lors des 10 ^e , 11 ^e et 12 ^e épidémies | Soins de meilleure qualité Réduction de la durée d'hospitalisation Lancement plus rapide du traitement à l'admission du cas | |
| 9 | Présence d'une équipe mobile pour l'administration du traitement spécifique (à Mwenga) | | |
| 10 | Disponibilité de traitements spécifiques au site du chef-lieu de la province | | |
| 11 | Protocoles d'essais contrôlés randomisés et d'évaluation de médicaments expérimentaux | | |
| 12 | Création d'une association nationale des personnes guéries de la MVE et programme de recherche associé | Meilleure adhésion au suivi | |
| 13 | Renforcement du soutien aux personnes guéries de la MVE : remboursement des frais de transport, aide alimentaire, gratuité des soins, offre de soins | | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | spécialisés (centre ophtalmique de Butembo) | | |
| 14 | Formation des personnels au suivi des survivants d'Ebola | Limite le risque de résurgence du virus | |

VOIES A SUIVRE - PROCHAINES ETAPES

- Mobiliser des fonds pour augmenter le budget dédié au déploiement des experts du ministère de la Santé en matière de prise en charge des urgences sanitaires (Cas de l'épidémie de Likati et Butembo après le départ des partenaires).
- Elaborer et mettre en place de directives nationales en matière de la prise en charge médicale.
- Mettre en place des services de transfusion sanguine sécurisée pendant et en-dehors des épidémies de MVE.
- Réviser et mettre en place des POS pour les plateaux techniques en cas d'urgence Ebola.
- Elaborer un plan national de formation des acteurs de la prise en charge médicale dans les zones de santé à risque de MVE.
- Intégrer des stratégies innovantes (nutrition, essais contrôlés randomisés, utilisation et évaluation de médicaments expérimentaux).
- Elaborer des procédures de gestion de fonds d'urgence nationaux.
- Former un pool national de personnel du ministère de la Santé pour pérenniser la prise en charge médicale des cas dans les centres de transit/traitement Ebola.
- Mettre en place des directives nationales de gratuité des soins en cas d'urgence sanitaire.
- Mettre en place un barème tenant compte des responsabilités des personnels assurant la prise en charge dans un centre de transit/traitement Ebola.
- Définir une stratégie nationale de construction de lieux de confinement des cas.
- Mobiliser les fonds pour améliorer les soins et le suivi des personnes guéries de la MVE.

Tableau 5 : Prévention et lutte contre les infections (PCI), enterrements dignes et sécurisés (EDS) (Pilier 4).

| DIFFICULTÉS/DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS |
|-------------------|--|--|---|
| 1 | Résistance et réticences communautaires aux activités d'enterrement digne et sécurisé (test écouvillonnage buccal et décontamination si test | Faible proportion d'enterrements réalisés de façon sécurisée | Faible implication des autorités politico-administratives pour la gestion des corps |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | <p>positif) lors des 9^e, 10^e et 11^e épidémies</p> <p>Ex. : lors de la 10^e épidémie, des équipes d'EDS ont été vandalisées dans les zones de santé de Beni (à Kasanga), Butembo, Katwa et Aloya</p> | | <p>Absence de formation des points focaux EDS dans les zones de santé touchées (9^e et 11^e épidémies)</p> <p>Absence de synergie avec les autres commissions (laboratoire, surveillance, communication) surtout lors des 9^e, 10^e et 11^e épidémies et notamment, refus de constituer une commission EDS qui aurait pu interagir plus facilement avec les autres commissions.</p> <p>Mauvaise perception de la communauté vis-à-vis de la tenue des équipes d'EDS (EPI)</p> <p>Absence de prise en compte des réalités socio culturelles (9^e et 11^e épidémies)</p> <p>Manque de stratégie claire sur les décès communautaires devant solliciter un EDS créant des confusions dans les communautés</p> |
| 2 | <p>Retard de communication des résultats de laboratoire (toutes épidémies confondues) aux communautés</p> <p>Ex. : lors de 10^e épidémie, alors qu'elle attendait les résultats de laboratoire, une famille s'est impatientée et a repris le corps pour l'enterrer de façon non sécurisée</p> | <p>Résistance communautaire</p> <p>Propagation de l'infection</p> | <p>Mauvaise gestion de l'information (résultat laboratoire non communiqué à la commission EDS) contribuant à renforcer la réticence communautaire</p> <p>Insécurité et manque de moyens de transport pour l'acheminement des échantillons (ex : lors de la 9^e épidémie, pas de labo à Itipo et Bikoro)</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | <p>Majorité des formations sanitaires ne remplissant pas les normes PCI-WASH</p> <p>Ex : maison d'habitation exiguë au sol de terre battue, transformée en formation sanitaire</p> | <p>Augmentation des infections associées aux soins</p> <p>Décontamination difficile</p> <p>Difficulté à mettre en place l'ensemble des mesures PCI/WASH</p> | <p>Absence de manuels pour la gestion des déchets</p> |
| 4 | <p>Manque de compétences des prestataires de soins dans certaines formations sanitaires (prestataires initiés ou auto formés lors de toutes les épidémies)</p> | <p>Fréquence élevée de contamination des prestataires des soins</p> | <p>Méconnaissance des POS de prévention et de lutte contre l'infection</p> <p>Manque de personnel soignant dans les zones de santé rurales</p> <p>Faible régulation du fonctionnement des formations sanitaires</p> |
| 5 | <p>Faible alignement de certains partenaires sur les directives de la Commission Prévention et Biosécurité, selon le ministère de la Santé</p> <p>Ex. : partenaires utilisant des outils, et des POS non validés par le ministère de la Santé (9^e et 11^e épidémies)</p> | | |
| 6 | <p>Manque de ressources humaines et matérielles pour trier, isoler les cas</p> | | |
| 7 | <p>Dotations irrégulières en kits PCI/WASH dans les formations sanitaires soutenues par certains partenaires</p> | | |

VOIES A SUIVRE - PROCHAINES ETAPES

Prévention et lutte contre les infections (PCI)/WASH

- Elaborer une note circulaire pour l'intégration obligatoire d'unités standardisées de triage et d'isolement au paquet minimum d'activités de toutes les formations sanitaires.
- Pré-positionner des kits PCI/WASH dans 9 divisions provinciales de santé à risque élevé et mettre en place un plan d'approvisionnement régulier en intrants et en EPI dans les structures sanitaires et au sein des communautés dans les zones de santé à risque élevé.
- Mettre en place un plan d'urgence de renforcement de l'accès à l'eau et de gestion des déchets dans les formations sanitaires prioritaires et dans les communautés des divisions provinciales de santé à risque élevé.
- Organiser des formations à la PCI/WASH (Toolkit) dans les provinces à haut risque.
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de PCI/WASH (Programme PCI-WASH) adaptée aux différents contextes en RDC.
- Redynamiser et renforcer les capacités des brigades d'hygiène et des comités d'hygiène et biosécurité des formations sanitaires dans les provinces à risque élevé ; supervision et évaluation de leurs plans d'action opérationnels par les médecins chefs des zones de santé.
- Organiser des ateliers de mise à jour et de validation des POS/outils de PCI-WASH et d'EDS.
- Intégrer le contenu technique de la PCI (toolkit PCI/Wash) dans les programmes de formation médicale (faculté de médecine et Institut supérieur des techniques médicales).
- Constituer un pool de formateurs nationaux diplômés en PCI/WASH, en collaboration avec l'Ecole de santé publique de Kinshasa.
- Mettre en place dans les hôpitaux provinciaux (26) et les cliniques universitaires (6), des unités de production locales de solutions hydroalcooliques.
- Intégrer les messages sur l'hygiène et la prévention dans les fiches conseils, les boîtes à image et les posters concernant les activités de prévention de routine.

Enterrements dignes et sécurisés (EDS)

- Elaborer une circulaire réglementant la formation, l'installation et le fonctionnement des ECUMR dans chaque zone de santé des provinces à haut risque
- Elaborer une circulaire pour réglementer le déplacement des corps pendant des épidémies de MVE.
- Etablir une stratégie concertée (incluant les communautés, les autorités religieuses et spirituelles) pour déterminer la meilleure approche de gestion des défunts lors d'une épidémie de MVE.

Tableau 6 : Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC), prise en charge psychologique et sociale (Pilier 5).

Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC)

| DIFFICULTES/DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS |
|-------------------|--|---|---|
| 1 | Faible capacité des acteurs locaux assignés à la riposte (10 ^e MVE) | <p>Piètre qualité des prestations sur le terrain</p> <p>Amateurisme</p> <p>Biais des données</p> <p>Non redevabilité</p> | <p>Absence de normes, de directives et de POS relatives au déploiement des experts CREC en cas d'épidémie</p> <p>Faible niveau d'implication de la coordination CREC dans le processus de recrutement ;</p> <p>Affairisme et rétro-commission de certains acteurs qui n'appartiennent ni au ministère de la Santé ni au système</p> <p>Politisation lors du déploiement des acteurs de la riposte (poids des politiques sur le choix des acteurs de terrain, tendance à gonfler les listes d'intervenants selon les affinités/reactions)</p> <p>Existence de groupes de pression à tendances divergentes dont certains acteurs engagés dans la riposte sont eux-mêmes à l'origine d'incidents au Nord Kivu et Ituri</p> |
| 2 | Faible coordination des interventions de la CREC au niveau opérationnel (10 ^e épidémie) | <p>Tendance de certains acteurs à faire table rase des initiatives existantes locales</p> <p>Confusion des rôles entre partenaires et prestataires locaux du gouvernement</p> <p>Imposition d'approches opérationnelles non</p> | <p>Faible leadership managérial des responsables de la CREC au niveau opérationnel</p> <p>Faibles capacités techniques des équipes opérationnelles dans certaines divisions provinciales de santé et sous-coordinations zonales</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | <p>officielles par certains partenaires</p> <p>Messages souvent contradictoires sur le terrain, selon les acteurs et les partenaires</p> <p>Multiplicité des outils sur le terrain (modules, outils IEC etc.)</p> <p>Duplication des acteurs et des initiatives sur le terrain</p> <p>Faible niveau de suivi et d'évaluation des activités de la CREC au niveau opérationnel</p> <p>Non alignement de certains partenaires sur le principe « parler d'une seule voix »</p> | <p>Interventions planifiées mais non financées</p> <p>Retard de déploiement des experts du niveau national pour appuyer techniquement le niveau opérationnel et rationaliser les interventions de communication</p> <p>Faible prise en compte de l'importance de la CREC par les autres acteurs lors des interventions alors qu'elle devrait être au premier plan pour préparer le terrain</p> <p>Absence de plan global de déploiement fixant les priorités des différents acteurs déployés en cas d'épidémies</p> |
| 3 | <p>Faible adoption des mesures de prévention par les communautés (toutes épidémies confondues) avec la persistance de pratiques à risque (rites funéraires, assistance/contact avec un proche malade/mort et non lavage des mains)</p> | <p>Augmentation de la morbidité et de la mortalité</p> <p>Propagation de l'épidémie</p> | <p>Facteurs environnementaux et comportementaux (habitudes alimentaires : consommation de gibiers trouvés morts)</p> <p>Faible recours à la médecine moderne en raison du faible niveau de confiance entre les communautés et les prestataires des soins des structures de santé.</p> <p>Persistance de rumeurs dues aux facteurs politiques (messages des politiques, problématique des élections, sécurité...), socio-culturels (croyances, rites mortuaires, construction identitaire, etc.), économiques (recherche de travail, inégalités de rémunération) et structurels (décisions contraignantes,</p> |

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| | | | divergences des approches parmi les acteurs, mode de recrutement) |
| 4 | Persistance d'incidents communautaires (9 ^e et 10 ^e épidémies) | <p>Perturbation des activités sur le terrain</p> <p>Résurgence de cas</p> <p>Retard et faible remontée des informations par les membres de la communauté</p> | <p>Manque de collaboration lors du lancement des interventions de riposte entre la CREC et d'autres commissions</p> <p>Faible implication/participation des peuples autochtones à la riposte (au début de la 10^e épidémie)</p> <p>Communicants ignorant les us et coutumes et ne parlant pas les langues locales</p> <p>Acteurs payés au-dessus des barèmes localement pratiqués</p> <p>Insécurité persistante et massacres</p> <p>Difficultés liées à l'acceptation des interventions de la riposte par les communautés en raison de la tendance « Ebola Business », de discours politiques divergents sur la MVE, des théories du complot, etc.</p> |
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FACILITANTS |
| 1 | Recours aux leaders communautaires à tous les niveaux (autorités politico-administratives, organisations de la société civile, organisations à assise communautaire, leaders religieux et leaders d'opinions, mouvements citoyens, peuples autochtones, influenceurs directs et | <p>Construction de la confiance</p> <p>Résolution des incidents communautaires</p> <p>Coréalisation de certaines interventions avec les structures locales</p> <p>Appropriation/amplification des interventions de</p> | <p>Existence de structures opérationnelles étatiques, non-étatiques, de réseaux/platformes à assise communautaire</p> <p>Flexibilité des équipes</p> <p>Capacité des acteurs du niveau central (coordination</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | indirects) à toutes les étapes de la riposte (toutes épidémies confondues) | communication par les acteurs locaux | nationale) à mobiliser les acteurs locaux Coopération entre les différentes parties prenantes Dialogue communautaire Institutionnalisation de cellules d'approche communautaire (à partir de la 10 ^e épidémie) |
| 2 | Mise en place de mécanismes de feedback communautaire | Prise en compte des perceptions locales pour orienter les actions de la CREC et ajuster les interventions de riposte Actualisation des supports et des messages (Information Education Communication) | Atelier CREC de Goma qui a réorienté la stratégie et les interventions de la CREC, notamment avec le renforcement de la coordination Disponibilité et engagement des acteurs : analyse des feedbacks communautaires par les équipes d'intervention rapide pour les différents piliers de la riposte |
| 3 | Enquêtes CAP (capacités aptitudes professionnelles) et recherches socio-anthropologiques pour recueillir les perceptions et préoccupations des communautés concernant la mise en œuvre de la réponse à Ebola (cellule d'analyses en sciences sociales) | Ajustement des interventions selon les résultats des enquêtes Actualisation des supports et messages (Information Education Communication) Meilleure compréhension du niveau de connaissance, des normes sociales, des mœurs et des perceptions des communautés sur la MVE | Disponibilités des fonds pour les études CAP Engagement des acteurs Participation communautaire Présence d'experts en sciences sociales et implication de membres de la communauté dans les zones de santé Termes de référence de la cellule d'analyse en sciences sociales développés en collaboration avec les autorités de santé nationales, provinciales et zonales |
| 4 | Mise en place d'une cellule de gestion des incidents communautaires et d'équipes | Moins d'incidents communautaires | Appui des partenaires techniques et financiers |

| | d'intervention rapide sur le terrain | Moins d'agressions des équipes de terrain | Engagement des acteurs de la CREC |
|---|--|--|--|
| 5 | Mise en place d'un groupe de travail médias (pour toutes les épidémies) | <p>Mise à jour régulière des connaissances des journalistes sur la MVE</p> <p>Harmonisation des messages dans les médias</p> <p>Co-planification des émissions radios : même contenu spécifique à la riposte</p> <p>Coordination des produits (choix des thèmes, angles de reportage, conducteurs, plans médias, etc.)</p> | <p>Existence de plates-formes médias locales</p> <p>Bonne collaboration entre les autorités sanitaires et les médias</p> |
| 6 | Utilisation des nouvelles technologies pour le recueil et la gestion des informations (U-Report, Kobo collect, tablettes...) | <p>Diffusion de messages ciblés sur les téléphones portables</p> <p>Réduction des rumeurs</p> <p>Mise à profit des réseaux sociaux pour combattre les rumeurs</p> | Bonne collaboration et lobbying avec les opérateurs de téléphonie mobile (nécessité d'institutionnaliser la collaboration avec ces opérateurs en cas d'urgences) |
| 7 | Désignation de Points focaux de communication attachés aux autres piliers | <p>Efficacité des actions intégrées</p> <p>Facilite les interventions autour des cas</p> | <p>Bonne collaboration entre les différents piliers de la réponse</p> <p>Existence de mécanismes d'échange sur les activités et de partage des difficultés rencontrées entre les piliers</p> |
| 8 | Mise en œuvre du plan de renforcement des capacités de la CREC à tous les niveaux | <p>Renforcement mutuel des capacités des équipes</p> <p>Renforcement des compétences/expertises locales</p> | Existence d'un cadre de collaboration entre les piliers de la réponse |

| | | | |
|----|--|--|---|
| 9 | Intégration des survivants d’Ebola en qualité de sensibilisateurs/communicants | <p>Modération des rumeurs sur l’inexistence de la maladie</p> <p>Renforcement de la confiance envers les équipes de riposte</p> <p>Meilleure participation communautaire</p> <p>Déstigmatisation des survivants/guérés et de leurs proches (famille et amis)</p> | <p>Enquêtes CAP ayant permis de comprendre les perceptions communautaires sur la maladie</p> <p>Survivants d’Ebola prêts à témoigner à l’occasion de dialogues communautaires, de tribunes d’expression populaire, d’émissions radio etc.</p> |
| 10 | Organisation régulière de visites guidées dans les centres de traitement Ebola par les leaders communautaires et des influenceurs. | <p>Diminution des refus concernant le transfert des cas suspects dans les centres de transits et les centres de traitement</p> <p>Réduction des rumeurs liées à la prise en charge dans les centres de transits et les centres de traitement</p> | <p>Disponibilité des experts dans les centres de transits et les centres de traitement pour expliquer et répondre aux questions des visiteurs</p> <p>Collaboration étroite avec les piliers impliqués</p> |

Prise en charge psychologique et sociale

| | DIFFICULTES/DÉFIS | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS |
|---|---|---|--|
| 1 | Absence de psychologues cliniciens au centre de traitement Ebola lors de la 9 ^e épidémie | <p>Absence de soutien psychologique régulier pour les cas suspects et confirmés</p> <p>Troubles psychologiques et difficultés de réinsertion des cas non confirmés et des personnes guéries</p> | <p>Faible disponibilité de psychologues cliniciens</p> <p>Trop peu de psychologues sur les sites dotés d’un centre de traitement Ebola</p> |
| 2 | Absence de psychologues dans les zones de santé et les | Pas de continuité du soutien et de l’accompagnement psychologiques des | Non-intégration des soins psychologiques aux soins de santé primaire |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | structures de soins, lors des quatre épidémies | personnes touchées, une fois l'épidémie terminée Développement de troubles psychologiques, psychosomatiques et psychiatriques chez certaines personnes | |
| 3 | Travail psychologique bâclé lors du triage (10 ^e et 11 ^e épidémies). | Patients non préparés psychologiquement à leur arrivée au centre de traitement Ebola. Réticences aux soins de la part de malades à leur arrivée dans le centre de traitement | Manque de psychologues cliniciens lors du triage Certains membres du corps médical ne font pas la distinction entre une consultation psychologique et une consultation médicale |
| 4 | Non intégration des activités de soutien psychologique aux activités d'engagement communautaire (10 ^e épidémie) | Faible engagement communautaire Interpellation de la commission pour la prise en charge psychosociale par la coordination chaque fois qu'il y a des résistances dans communauté | Lourdeur de la coordination pour l'organisation des activités de riposte Non-respect par la coordination des POS de prise en charge psychosociale |
| 5 | Délai de mise en œuvre d'activités essentielles à l'aide psychosociale (formation de psychologues et d'animateurs psychosociaux) aux 10 ^e et 11 ^e épidémies | Déploiement tardif d'équipes d'aide psychosociale sur le terrain | Longueur et lourdeur des procédures de financement des activités psychosociales par les partenaires d'appui |
| 6 | Absence de soutien psychologique pour les prestataires des structures de soins (ex. à Butembo) | Faible implication des prestataires de soins dans les activités de riposte (registres incomplets, malades dissimulés dans les structures de soins, etc.) | Divergence sur la méthode de travail entre la Commission pour la prise en charge psychosociale et la coordination (ex. à Butembo) |

| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FACILITANTS |
|-----------------------|--|---|--|
| 1 | Soutien psychologique régulier offert aux personnels soignants du centre de traitement Ebola lors de la 9 ^e épidémie | <p>Apaisement de l'anxiété des personnels soignants confrontés à la mort</p> <p>Meilleure prise en charge des malades et forte diminution du taux de létalité au centre de traitement Ebola</p> | <p>Présence régulière d'un du psychologue clinicien du niveau national sur site</p> <p>Bonne collaboration entre le psychologue et l'équipe médicale du centre de traitement</p> |
| 2 | Intégration d'animateurs psycho-sociaux et de psychologues dans les centres de transit et les centres de traitement Ebola (10 ^e et 11 ^e épidémies) | Meilleure collaboration entre patients et soignants | Disponibilité de psychologues et d'animateurs psycho-sociaux formés dans les zones de santé dotées d'un centre de traitement Ebola |
| 3 | Déploiement d'animateurs psycho-sociaux et de psychologues au sein des communautés dans les zones de santé, lors des 10 ^e et 11 ^e épidémies | Implication des familles des patients aux activités de riposte, facilitant ainsi la surveillance épidémiologique | Recrutement et formation d'animateurs psycho-sociaux dans toutes les zones de santé |
| 4 | Séances de débriefing psychologique généralisées à tous les acteurs (10 ^e et 11 ^e épidémies) | <p>Prestations de meilleure qualité</p> <p>Moins de stress intense</p> | Présence régulière de psychologues du niveau national sur tous les sites |
| 5 | Aide alimentaire offerte aux contacts (9 ^e , 10 ^e et 11 ^e épidémies) | <p>Amélioration du suivi des contacts</p> <p>Moins de résistance aux activités de riposte dans la communauté</p> | Présence de psychologues et d'animateurs psycho-sociaux sur site pour évaluer les besoins essentiels des communautés pendant l'épidémie |
| 6 | Fourniture de kit funéraires | <p>Amélioration du travail de deuil dans les familles affectées</p> <p>Moins de résistance communautaire aux EDS</p> | Présence de psychologues et d'animateurs psycho-sociaux locaux pour évaluer les besoins essentiels des communautés concernant les funérailles |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 7 | Mise en place de crèches dans les centres de traitement Ebola | Moins de souffrance psychologique pour les parents malades Meilleur suivi des enfants contacts Implication des personnes guéries dans la garde des enfants. | Permanence de psychologues cliniciens dans les centres de traitement Ebola Présence régulière de psychologues et d'animateurs psycho-sociaux locaux auprès des crèches |
| 8 | Gestion du confinement (lieu de regroupement des contacts) | Meilleur suivi des contacts | Présence de psychologues et d'animateurs psycho-sociaux locaux sur site |
| 9 | Accompagnement psychosocial des personnes guéries de la MVE | Bonne évolution psychologique des guéris et adhésion au suivi médical et biologique | Présence régulière de psychologues et d'animateurs psycho-sociaux locaux sur les sites de suivi des guéris. Supervision régulière par des psychologues du niveau national |
| 10 | Création de groupes WhatsApp sur tous les sites, lors de la 10 ^e épidémie | Partage des informations en temps réel | Approvisionnement en crédit de communication pour les psychologues et les animateurs psycho-sociaux |
| 11 | Mise en place d'un cadre de concertation avec les partenaires d'appui à la prise en charge psychosociale | Meilleure suivi des activités sur le terrain | Présence régulière de psychologues du niveau national |
| 12 | Mise en place d'un cadre de discussion autour des cas, lors des 10 ^e , 11 ^e et 12 ^e épidémies | Amélioration de la prise en charge psychologique des personnes touchées par l'épidémies (infectées et affectées) | Présence régulière de psychologues du niveau national |
| 13 | Recrutement et formation d'animateurs psycho-sociaux dans les zones de santé lors des 9 ^e , 10 ^e et 11 ^e épidémies | Facilitation des activités communautaires | Supervision régulière par les psychologues du niveau national présents sur site |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 14 | Lancement de thérapies de couple pour les guéris | Amélioration du climat familial | Formation de psychologues cliniciens locaux |
| 15 | Supervision des activités psychosociales sur tous les sites | Meilleur suivi des activités sur le terrain | Disponibilité de psychologues cliniciens au niveau national et déploiement sur site |
| 16 | Elaboration d'outils de collecte des données | Base de données exhaustive | Supervision régulière par les psychologues du niveau national |
| 17 | Mise en place d'équipes mobiles de soutien psychologique dans les zones touchées (10 ^e épidémie) | Rapidité des interventions psychosociales | Présence de psychologues et d'animateurs psycho-sociaux locaux qualifiés |
| 18 | Distribution de kits scolaires (10 ^e , 11 ^e et 12 ^e épidémies) | Prise en charge scolaire des enfants orphelins de la MVE | Création d'un service d'identification des enfants orphelins dans chaque zone de santé Collaboration entre la Commission de prise en charge psychologique et sociale et les divisions des affaires sociales |
| 19 | Animation de groupes de parole avec les personnes guéries de la MVE dans les zones de santé | Identification des problèmes psychosociaux des personnes guéries de la MVE Meilleure gestion du stress pour les personnes guéries de la MVE | Présence régulière de psychologues et d'animateurs psycho-sociaux dans les zones de santé |

VOIES A SUIVRE - PROCHAINES ETAPES

Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC)

- Constituer une base de données des ressources humaines qualifiée en matière de CREC.
- Mettre à jour les POS d'intervention en matière de CREC lors des réponses aux urgences et assurer leur diffusion.
- Redynamiser/mettre en place des cellules d'animation communautaires, surtout dans les zones de santé à haut risque afin de renforcer l'engagement des communautés.

- Prépositionner des matériels et des supports de communication adaptés en langues locales dans les zones d'épidémies récurrentes.
- Mettre en place des structures de coordination de la CREC à tous les niveaux.

Prise en charge psychologique et sociale

- Intégrer les soins psychologiques aux soins de santé primaire.
- Affecter des psychologues cliniciens aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel, dans le Nord-Kivu, l'Ituri, le Sud-Kivu et l'Equateur.
- Organiser un atelier de mise à jour des POS pour la prise en charge psychosociale.
- Former des psychologues affectés aux divisions provinciales de santé.
- Organiser un atelier conjoint « Prise en charge psychosociale et CREC » pour élaborer des stratégies de communication en période d'épidémie.

3.3.5 Feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations

A l'issue de l'atelier, une feuille de route a été établie en concertation avec les participants pour faciliter la mise en œuvre des recommandations de la RAA.

Cette feuille de route comporte les étapes suivantes :

- Mettre en place un secrétariat technique post-RAA-MVE-RDC pour finaliser le rapport.
- Partager le draft du rapport final pour validation par la Direction générale de lutte contre la maladie.
- Présenter la synthèse du rapport final de RAA au conseil consultatif, au CNC et lors des différentes réunions de partenaires.
- Mettre en place un comité *ad hoc* post- RAA-MVE-RDC pour le suivi des recommandations. Ce comité va se rencontrer régulièrement et faire l'état de lieu sur la mise en œuvre des recommandations.

Pour chaque recommandation formulée, le groupe de travail a développé un plan opérationnel pour leur mise en œuvre, indiquant pour chaque recommandation une échéance pour sa mise en œuvre, les responsables et points focaux concernés, les appuis nécessaires et des indicateurs de réalisation.

4. CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS

Lors de cette RAA, l'inventaire des points forts, des difficultés rencontrées, des progrès accomplis et des enseignements tirés de la riposte aux quatre dernières épidémies de MVE en RDC s'est appuyé sur des éléments factuels ayant trait à la situation et à l'impact des activités de riposte mises en œuvre, notamment concernant les changements de comportement et le développement de nouvelles capacités en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire.

Des informations qualitatives et quantitatives ont ainsi pu être recueillies lors des différents volets de cette RAA à partir de plusieurs sources : étude documentaire, enquête en ligne auprès des participants à la riposte, entretiens avec des informateurs clés et pour finir l'atelier de groupes de discussion avec les personnels, les représentants du gouvernement et les principaux partenaires impliqués dans les activités de riposte.

A la fin de cet atelier, un questionnaire a été soumis aux participants pour évaluer non seulement si les objectifs de la RAA avaient été atteints, mais aussi recueillir leurs commentaires et leurs suggestions.

Sur les 60 participants, 37 ont complété ce questionnaire, soit 62%. Parmi eux, plus de 94 % ont jugé que la méthodologie adoptée avait permis de recueillir un maximum d'informations. Et plus de 87% ont estimé que la RAA avait permis : i) d'identifier les difficultés et les défis soulevés par les réponses aux épidémies successives de MVE, ii) de partager des expériences et des pratiques exemplaires, iii) de proposer des mesures pour améliorer les mécanismes de coordination et de collaboration et renforcer ainsi la préparation, la détection précoce et la riposte aux urgences de santé publique dans le pays.

Parmi les principaux points forts de la riposte aux épidémies de MVE en RDC, il convient de souligner l'appui du gouvernement et des partenaires, l'implication de toutes les couches sociales dans la lutte contre l'épidémie, l'acquisition de nouvelles connaissances en matière de prévention et de lutte contre les épidémies, l'approche zonale, la surveillance à base communautaire, le renforcement des capacités locales de surveillance, de détection et de prise en charge, ainsi que les nombreuses innovations mentionnées par les participants, avec entre autres l'utilisation des nouvelles technologies de communication, le déploiement de chambres d'urgence bio sécurisées (CUBE) et le développement d'un vaccin contre Ebola. En revanche, les plus grands défis à relever sont liés à l'enclavement de certaines zones, au climat d'insécurité dans l'est du pays qui entrave trop souvent l'organisation et l'efficacité de la réponse aux épidémies, et à la résistance communautaire motivée par des facteurs socioculturels.

L'analyse des facteurs à l'origine des difficultés et des réussites a donné lieu à toute une série de recommandations. Parmi toutes les mesures proposées, 40 ont fait l'objet d'un consensus général. Elles sont présentées ci-dessous sous forme d'une liste de recommandations toutes activités confondues :

1. Mettre en application les articles 105 et 106 de la loi sur la santé : créer un Centre des opérations d'urgence en santé publique (COUSP) ou un institut national de santé publique (INSP) en institutionnalisant la formation et le

- déploiement d'équipes multidisciplinaires d'intervention rapide (EIR) pour la réponse aux épidémies.
2. Décentraliser la coordination des opérations de riposte au niveau des provinces, avec un système de gestion des incidents s'appuyant sur des structures organiques pérennes et des ressources existantes au niveau des divisions provinciales de santé (DPS).
 3. Pré-positionner des kits d'urgences au moins dans les provinces considérées à haut risque pour les épidémies de MVE (Kinshasa, Nord Kivu, Haut Katanga).
 4. Plaider en faveur de l'allocation d'un fonds d'urgence au ministère de la Santé pour permettre un déploiement rapide des experts en cas d'événements/situations d'urgence de santé publique.
 5. Créer une commission d'accréditation des partenaires d'appui à la riposte aux événements/situations d'urgence de santé publique.
 6. Mettre en place un cadre de suivi et d'évaluation des financements octroyés par les partenaires pour assurer la recevabilité et la traçabilité des fonds dédiés à la riposte.
 7. Mettre en place une politique de gestion des ressources humaines, définissant clairement le barème des primes, le ratio experts internationaux/nationaux/provinciaux/locaux, un code de bonne conduite et des mesures disciplinaires à l'intention des acteurs engagés dans la riposte, et la remise de médailles et de diplômes du mérite.
 8. Adopter avec la partie nationale et les partenaire un code de conduite doté d'un mécanisme de surveillance solide pour lutter contre les abus et principaux risques (risque financier, abus sexuel, abus d'autorité...).
 9. Mettre en place une commission de planification, de suivi et d'évaluation, notamment concernant la documentation et la diffusion des pratiques exemplaires.
 10. Développer des stratégies et des directives visant à assurer la continuité des services pendant les épidémies et la contribution à la couverture santé universelle
 11. Elaborer une directive pour l'intégration obligatoire des tradipraticiens dans la surveillance à base communautaire.
 12. Elaborer une directive pour l'implication des formations sanitaires non gouvernementales dans la recherche active des cas suspects en cas de situation d'urgence.
 13. Actualiser les procédures opératoires standardisées (POS) en y intégrant l'itinéraire (ou mapping) thérapeutique et communautaire de chaque cas confirmé qui permettra de dresser une liste exhaustive des contacts.
 14. Développer et tester un plan de renforcement de la surveillance épidémiologique au niveau des points d'entrée désignés, avec notamment une cartographie participative de la mobilité des populations et des grands rassemblements permettant d'identifier les principaux risques de propagation des maladies et de mettre en œuvre les mesures de mitigation adaptées aux points de départ, aux points d'arrivée, aux points de transit et aux points d'entrée.
 15. Organiser une réunion de collaboration et de coordination transfrontalière avec les pays voisins en cas d'épidémie en fonction du contexte.

16. Renforcer les capacités des laboratoires provinciaux afin qu'ils puissent déployer rapidement sur le terrain des équipes d'analyse mobiles avec possibilité de séquençage génomique.
17. Déployer des séquenceurs haut débit au niveau des divisions provinciales de santé (DPS) ciblées.
18. Doter toutes les provinces d'incinérateurs à haute température (Plus de 1000°C).
19. Affecter des techniciens pour la maintenance des appareils de laboratoire et autres dispositifs biomédicaux au niveau des provinces et des zones de santé.
20. Mettre en place un centre national de développement de vaccins.
21. Améliorer la disponibilité de réfrigérateurs solaires au niveau des antennes et des zones de santé à risque.
22. Doter en matériel l'entrepôt central du PEV à Kinshasa, les provinces, les zones et les aires de santé : véhicules, motos, matériels pour la chaîne du froid (glacières, etc.)
23. Organiser un atelier de mise à jour des protocoles de prise en charge des cas de MVE et des procédures opératoires standardisées (POS), définissant le plateau technique en cas d'urgence Ebola pour les soins spécialisés (gynéco-obstétrique, chirurgie, etc.)
24. Pré-positionner des kits d'urgence inter-institutionnels (médicaments et matériels), y compris du matériel pour la mise en place de structures de traitement (CTE), avec des protocoles pour un déploiement rapide des équipes médicales d'urgence lors d'épidémies de MVE et autres maladies transmissibles.
25. Restructurer avec les institutions compétentes les procédures des essais cliniques au niveau des provinces ciblées et former les cadres du ministère de la Santé à la conduite d'essais cliniques.
26. Augmenter les fonds alloués au déploiement d'experts pour le suivi des personnes guéries.
27. Promouvoir la gratuité des soins grâce à des subventions gouvernementales allouées aux structures sanitaires en cas d'épidémie.
28. Elaborer une note circulaire/technique pour l'intégration obligatoire des unités de triage dans le paquet minimum d'activités de toutes les structures sanitaires
29. Mettre en place des unités de production locales de solution hydroalcoolique dans les 26 hôpitaux provinciaux et 6 cliniques universitaires.
30. Actualiser et appliquer la stratégie nationale de PCI-WASH dans le contexte national actuel.
31. Pré-positionner des kits (matériels et intrants PCI/WASH) dans 9 divisions provinciales sanitaires (DPS) à risque élevé ; mettre en place un plan d'approvisionnement régulier en intrants et en équipement de protection individuelle (EPI) dans les formations sanitaires de ces DPS, ainsi qu'au niveau de la communauté.
32. Mettre en place un projet de renforcement de l'accès à l'eau et de gestion des déchets dans les formations sanitaires et les communautés des divisions provinciales sanitaires à risque élevé.
33. Intégrer le contenu technique de la PCI (Toolkit PCI/Wash) dans les cursus de formation médicale (faculté de médecine et institut supérieur des techniques médicales).

34. Planifier et réaliser des études socio-anthropologiques en contexte épidémique.
35. Plaider pour le financement approprié des nouvelles stratégies de communication (réseaux sociaux, etc.) et de la commission sécurité. Réexaminer régulièrement les plans de communication et les adapter d'après les retours de la communauté et des études socio anthropologiques (cellule d'analyse des sciences sociales).
36. Prioriser le déploiement de communicants dans les équipes d'intervenants de première ligne.
37. Documenter les expériences positives de gestion des rumeurs et des infodémies.
38. Mettre en place des mécanismes de retours communautaires au niveau des zones de santé.
39. Recruter et affecter des psychologues cliniciens qualifiés à tous les niveaux dans les provinces à risque élevé d'épidémies et assurer un cadre technique de formation pour la contribution des sciences sociale dans la riposte aux épidémies.
40. Intégrer les soins psychologiques dans les soins de santé primaires.

La RAA de la riposte aux épidémies de MVE en RDC s'est conclue par une table ronde avec les partenaires techniques et financiers basés en RDC, au cours de laquelle le directeur général de la Direction générale de lutte contre la maladie, le Dr. Dieudonné Mwamba Kazadi, a présenté les différentes recommandations issues de la RAA et la feuille de route pour leur mise en œuvre. Dans son mot de clôture, le Dr Jean Jacques Mbungani Mbanda, ministre de la Santé publique, Hygiène et Prévention de la RDC, a remercié tous les experts, les acteurs nationaux et provinciaux, les partenaires ainsi que le secrétariat technique du comité multisectoriel de la Riposte Ebola, pour leur contribution à la réalisation de cette RAA attendue depuis plusieurs mois et dont les recommandations permettront au pays d'être mieux préparé aux éventuelles urgences sanitaires et catastrophes.

5. ANNEXES

5.1 Agenda de l'atelier des groupes de discussion

PREMIER JOUR (J1)

Date : 07/06/2021

Lieu : BEATRICE HOTEL

| TEMPS | SESSION | Responsable |
|-------------|--|--|
| 08:30-08:55 | Enregistrement des participants | Admin (protocole) |
| 08:55-09:00 | Rappel des mesures barrières COVID-19 en vigueur | MSP (PCI) |
| 09:00-09:45 | Cérémonie d'Ouverture officielle : - présentation des participants, - Mot du représentant des partenaires, - Mot d'ouverture | MSP (Protocole d'Etat) MSP (SG ou Directeur DGLM) |
| 09:45-10:30 | - Introduction au processus de RAA - La revue après action dans le cadre du règlement sanitaire mondial (RSI-2005) et objectifs de la RAA (phases du CEVAR) | Facilitateur principal OMS/ MSP |
| 10:30-11:00 | Présentation de l'aperçu de la réponse à la MVE en matière de santé | DES |
| 11:00-11:30 | Pause-café | |
| 11:30-12:30 | Présentation des chronologies des 9e, 10e, 11e et 12e épidémies de MVE en RDC | MSP ET OMS |
| 12:30-13:30 | ANALYSE DIAGNOSTIQUE <i>Constitution des groupes de travail.</i> <i>Discussion en groupe :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Que s'est-il passé pendant la réponse ? • Qu'est-ce qui a bien fonctionné ? Qu'est-ce qui a moins bien fonctionné ? Et pourquoi ? <i>Note : veuillez utiliser, mais ne pas se limiter aux résultats de la revue littéraire, de l'enquête en ligne, des interviews des informateurs clés comme référence.</i> | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 13:30-14:30 | Déjeuner | |
| 14:30-15:30 | ANALYSE DIAGNOSTIQUE <i>Discussion en groupe (Suite)</i> | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 15:30-17:00 | Séance plénière et consolidation | Facilitateur principal et CoLead |
| 17:00-17:15 | Fin de J1 | Facilitateur principal et CoLead |

DEUXIEME JOUR (J2)

Date : 08/06/2021

| TEMPS | SESSION | RESPONSABLE |
|----------------|--|-----------------------------------|
| 09:00-09:15 | Récapitulatif de J1 | MSP |
| 09:15-11:00 | Séance plénière et consolidation (Suite) | |
| 11:00-11:30 | Pause-café | |
| 11:30-13:30 | Séance plénière et consolidation (Suite et fin) | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 13:30-14:30 | Déjeuner | |
| 14:30-15:30 | ANALYSE PROSPECTIVE <i>Discussion en groupe :</i> <ul style="list-style-type: none"> Formulation des recommandations | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 15:30-17:00 | ANALYSE PROSPECTIVE - Travail de discussion en groupe : <ul style="list-style-type: none"> Formulation des recommandations Priorisation des recommandations | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 17:00 – 17 :15 | Fin de J2 | Facilitateur principal et CoLead |

TROISIEME JOUR (J3)

Date : 9/06/2021

| TEMPS | SESSION | RESPONSABLE |
|-------------|--|-----------------------------------|
| 09:00-10:00 | ANALYSE PROSPECTIVE <i>Discussion en groupe :</i> <ul style="list-style-type: none"> Prioritisassions des recommandations (suite) | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 10:00-10:30 | ANALYSE PROSPECTIVE <i>Discussion en groupe :</i> <ul style="list-style-type: none"> Plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 10:30-11:00 | Pause-café | Facilitateurs |
| 11:00-11:30 | ANALYSE PROSPECTIVE <i>Discussion en groupe :</i> <ul style="list-style-type: none"> Plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations (suite) | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 11:30-12:30 | ANALYSE PROSPECTIVE <i>Discussion en groupe :</i> <ul style="list-style-type: none"> Plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations (séance plénière) | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 12:30-13:30 | Déjeuner | Administration |
| 13:30-15:30 | ANALYSE PROSPECTIVE <i>Discussion en groupe :</i> <ul style="list-style-type: none"> Organisation du suivi des recommandations | Facilitateurs de groupe et CoLead |
| 15:30-16:00 | Évaluation individuelle des ateliers et clôture de la RAA | |
| | | |

QUATRIEME JOUR (J4) - TABLE RONDE AVEC LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Date : 10/06/2021

| TEMPS | SESSION | RESPONSABLE |
|-------------|---|-------------|
| 09:00-10:00 | <ul style="list-style-type: none"> Mise en place | MSP |
| 10:00-10:30 | <ul style="list-style-type: none"> Mot d'ouverture du Premier Ministre | PM |
| 10:30-11:00 | <ul style="list-style-type: none"> Présentation des recommandations aux PTFs par Son excellence Monsieur le Ministre de la Santé | MSP |
| 11:00-12:00 | <ul style="list-style-type: none"> Echange avec les PTFs | MSP |
| 12:00-12:10 | <ul style="list-style-type: none"> Clôture de la RAA | MSP |
| 12:00 | Déjeuner | |

5.2 Protocole PCI COVID-19 utilisé durant l'atelier de discussion de groupe

Les mesures de santé publique et sociales pour l'atelier RAA de la 9^{ème}, 10^{ème}, 11^{ème} et 12^{ème} Epidémie de la MVE en République Démocratique du Congo.

Kinshasa du 07 au 10 Juin 2021.

Pour la bonne santé de tous et suivant la situation sanitaire due à la Pandémie du COVID 19, nous rappelons certaines mesures importantes à suivre :

- Au cours de l'atelier :
 - Maintenons la distance minimale d'un mètre entre nous.
 - Gardons nos masques bien ajustés tout le temps. Les masques sont disponibles à l'accueil.
 - Evitons de trop se déplacer dans la salle.
 - Désinfectons nos mains régulièrement avec du gel ou la solution hydro alcoolique.
 - Désinfectons nos mains avant et après l'utilisation du microphone.
 - Désinfectons le microphone après chaque utilisation à l'aide de la solution hydro alcoolique en spray.
 - Les toilettes sont situées au fond de salle principale de la réunion. Il y a du savon et de l'eau pour se laver les mains à chaque fois que nous y allons.
- Pendant la pause-café et le repas :
 - Maintenons la distance minimale d'un mètre pendant le service et à table.
 - Pendant le service permettons aux agents de remplir nos plats afin de limiter les contacts avec les louches et autres outils de service.
- Pendant les travaux de groupe:
 - Restons tant soit peu dans nos groupes respectifs.

Merci pour votre contribution à la bonne santé de tous !

5.3 Composition des équipes pour la préparation de la RAA (comité de pilotage et groupes thématiques)

Les personnes suivantes ont participé à au moins une des 25 réunions de préparation pour la RAA et ont activement contribué à la tenue des travaux préparatoires y compris : la revue documentaire, l'enquête en ligne, les entretiens des informateurs clés ainsi que la préparation et la facilitation des travaux des groupes de discussion.

| N° | Nom | Institution | Adresse email |
|----|-----------------------|----------------|---------------------------------|
| 1 | Abdoulaye YAM | OMS AFRO | yamab@who.int |
| 2 | Abel BUANA NKUMBI | MoH | abelbuana@gmail.com |
| 3 | Amadou DIALLO | OMS AFRO | dialloa@who.int |
| 4 | Annie M MUTOMBO | MoH | anniemutombo7@gmail.com |
| 5 | Armand MBANYA | OMS GENEVE | mbanyaa@who.int |
| 6 | Berthe Marie NJANPOP | OMS AFRO | njanpopb@who.int |
| 7 | Candice VENTE | OMS GENEVE | ventec@who.int |
| 8 | Célestin MWANZEMBE | MoH | drcelemwanzembe@gmail.com |
| 9 | Christian ITAMA | OMS AFRO | itamac@who.int |
| 10 | Christian MALOU | MoH | christianmalo510@gmail.com |
| 11 | Christian MASSIDI | OMS AFRO | massidic@who.int |
| 12 | Cindy CHIU DE VASQUEZ | OMS GENEVE | chiuc@who.int |
| 13 | Colonel MUKOKO | MoH | benildemukoko@live.be |
| 14 | Daniel YOTA | OMS/ DAKAR | yotad@who.int |
| 15 | David CUENCA | OMS AFRO | cuencad@who.int |
| 16 | David TAMBWE | MoH | davidlog9@gmail.com |
| 17 | Denis CHARLES | OMS GENEVE | charlesd@who.int |
| 18 | Deogratias KAKULE | OMS/ DAKAR | kakuled@who.int |
| 19 | Dieudonne KAZADI | DHSP | dieudonnemwambakazadi@gmail.com |
| 20 | Dorothe BULEMFU | MoH | dobulemfu@gmail.com |
| 21 | Erick KILUMBU | PRODS-DUE-ECHO | erick.kilumbu@yahoo.com |
| 22 | Ernest DABIRE | OMS AFRO | dabireer@who.int |
| 23 | Etienne YUMA | MoH | yumaetienne@gmail.com |
| 24 | Francis D.A | MoH | |
| 25 | Freddy BANZA | OMS AFRO | fbanzanutoka@who.int |
| 26 | Gaston TSHAPENDA | MoH | tshapindon86@gmail.com |
| 27 | GERVAIS FOLEFACK | OMS | folefacktengomog@who.int |
| 28 | Giselle MBUYI | MoH | mbuyigiselle213@gmail.com |
| 29 | Guy SAIDI | MoH | guybill22@gmail.com |
| 30 | Henri MBIYA NGANDU | OMS | mbiyanganduluboyah@who.int |
| 31 | Hyppie LONZA | MoH | |
| 32 | Jeannot MIGUNDE | MoH/PNHF | jeannotmigunde@gmail.com |
| 33 | Jobert NANSEU | OMS | jobertrichie_nansseu@yahoo.fr |
| 34 | John KOMBE NGWAMA | MoH | johnkombe171@gmail.com |

| | | | |
|----|----------------------------|------------|---------------------------|
| 35 | John OTSHUDIEMA | OMS | johnotokoye@gmail.com |
| 36 | Jolin KABENGELA | CDC AFRICA | joilidibwe@gmail.com |
| 37 | Julienne NGOUNDOUNG ANOKO | OMS AFRO | ngoundoungj@who.int |
| 38 | Justus NSIO MBETA | MoH | justusnsio@yahoo.fr |
| 39 | Karl ANGENDU | MoH | angendukarl@gmail.com |
| 40 | Landry MAYIGANE | OMS GENEVE | mayiganel@who.int |
| 41 | Luigi MINIKULU | MoH | lminikulu1@gmail.com |
| 42 | Mamadou Saliou SOW | OMS AFRO | msow@who.int |
| 43 | Mary STEPHEN | OMS AFRO | stephenm@who.int |
| 44 | Mathias MOSSOKO | MoH | mossokomathias@gmail.com |
| 45 | Mohamet Lamine Dethie SARR | MoH | |
| 46 | Mory KEITA | OMS AFRO | mokeita@who.int |
| 47 | Noe GUINKO | OMS | noe.guinko1@gmail.com |
| 48 | Papy MUSAS | MoH | musakasombopapy@gmail.com |
| 49 | Pierre Claver LESSIMI | OMS | lessimip@who.int |
| 50 | Primous GODJEDO | OMS/ DAKAR | godjedot@who.int |
| 51 | Prosper DJIGUIMDE | OMS | djiguimdea@who.int |
| 52 | Roland Wango | OMS AFRO | wangokimbir@who.int |
| 53 | Ruben KABULO | MoH | rubenkabulo@gmail.com |
| 54 | Shako LOMAMI | MoH | shakochri@yahoo.fr |
| 55 | Stephane HANS BATEMA | MoH | drstephaneham@gmail.com |
| 56 | Traore MARTIN | OMS AFRO | traoresi@who.int |
| 57 | Tresor MAKUMBU | CDC AFRICA | |
| 58 | Vincent AMBA | MoH | ambavincen59@gmail.com |
| 59 | Vital MONDONGE | OMS | mondongemakumav@who.int |

5.4 Liste des participants au pré atelier – (Matadi - 2 au 4 juin 2021)

| N° | NOMS | INSTITUTION | EMAIL |
|----|-----------------------------|-------------|----------------------------|
| 1 | Abel BUANA NKUMBI | DSE | abelbuana@gmail.com |
| 2 | Armand MBANYA | OMS GENEVE | mbanyaa@who.int |
| 3 | Aurélien PEKEZOU | OMS GENEVE | pekezoua@who.int |
| 4 | Christian LUFWA UKONDALEMBA | PNCPS/MSP | christianlufua2@gmail.com |
| 5 | Christian MALU WA MALU | DHSP | christianmalu510@gmail.com |
| 6 | Daniel YOTA | OMS/ DAKAR | yotad@who.int |
| 7 | Deogratias KAKULE | OMS DAKAR | kakuled@who.int |
| 8 | Dieudonné KAZADI TENDE | DHSP | kontdieudonne@gmail.com |
| 9 | Etienne YUMA KIBONDO | MSP | yumaetienne@gmail.com |
| 10 | Giselle MBUYI WA MULAMBU | DSE/DGLM | mbuyigiselle213@gmail.com |
| 11 | Jeannot MIGUNDE BEGU | MSP/PNHF | jeannotmigunde@gmail.com |
| 12 | John KOMBE NGWAMA | DSE/DGLM | johnkombe171@gmail.com |
| 13 | John OTSHUDIEMA | OMS | johnotokoye@gmail.com |
| 14 | Justus NSIO MBETA | DSE/ST | justusnsio@yahoo.fr |
| 15 | Landry MAYIGANE | OMS GENEVE | mayiganel@who.int |
| 16 | Louise TUMUTEKA KABULU | PNUAH | louisetumuteka@gmail.com |
| 17 | Papy MUSAS KASOMBO | DGLM | musakasombopapy@gmail.com |
| 18 | Primous GODJEDO | OMS/ DAKAR | godjedot@who.int |
| 19 | Prosper DJIGUIMDE | OMS | djiguimdea@who.int |
| 20 | Raphaël OKUM | OMS | raphaelokum@gmail.com |
| 21 | Richard KITENGE OMASUMBU | MSP/PNUAH | richardkitenge2@gmail.com |
| 22 | Ruben KABULO WA KABULO | DGLM | rubenkabulo@gmail.com |
| 23 | Traore MARTIN | OMS AFRO | traoresi@who.int |
| 24 | Vital MONDONGE | OMS | mondongemakumav@who.int |
| 25 | Yannick Tutu | DSE | |

5.5 Liste des participants à l'atelier – (Kinshasa – 7 juin au 10 juin 2021)

| N° | NOMS | INSTITUTION | EMAIL |
|----|----------------------|----------------|---------------------------------|
| 1 | ABEL BUANA KUMBI | DSE | abelbuana@gmail.com |
| 2 | Alain MAGAZANI | AFENET/FELTP | alain.magazani@gmail.com |
| 3 | Armand MBANYA | OMS GENEVE | mbanyaa@who.int |
| 4 | Aruna ABEDI ARUNA | DSE | arunaacron@yahoo.fr |
| 5 | Assani SALUBEZYA | CTA | drtheodoreassani@yahoo.fr |
| 6 | Willy MUDE | DNHSP | mudewilly@yahoo.fr |
| 7 | Aurélien PEKEZOU | OMS GENEVE | pekezoua@who.int |
| 8 | B. MAKRA | PDSS | |
| 9 | Billy Joseph KUBENGA | RUMPH&ASS/CDC | bkubenga@rumphandassociates.com |
| 10 | Casumba KANGENE | DPS SUD KIVU | wesclaudecaka@gmail.com |
| 11 | Célestin MWANZEMBE | DSE | drcelemwanzembe@gmail.com |
| 12 | Célestin MANYANGA | MSP/UNIKIN | emanianga@gmail.com |
| 13 | Christian LUFUA | PNCPS/MSP | christianlufua2@gmail.com |
| 14 | Christian MALU | DHSP | christianmalu510@gmail.com |
| 15 | Danny NGOY WANGOY | PNC SEC | |
| 16 | David NTAMBWE | MSP | davidlog9@gmail.com |
| 17 | Deogracias KAKULE | OMS DAKAR | kakuled@who.int |
| 18 | Dickson MUKEBA | DHSP | mgbdickson@gmail.com |
| 19 | Dieudonné KAZADI | DHSP | kontdieudonne@gmail.com |
| 20 | Dieudonné MWAMBA | DGLM | dieudonnemwambakazadi@gmail.com |
| 21 | Dominique BAABO | PDSS | dobaabo2@gmail.com |
| 22 | Elisabeth MUKAMBA | PEV | emukamba2@gmail.com |
| 23 | Emilia SANA | DGLM | emiliasana@hotmail.fr |
| 24 | Eric KILUMBU | PRODS-DUE-ECHO | erick.kilumbu@yahoo.com |
| 25 | Ernest DABIRE | OMS AFRO | dabireer@who.int |
| 26 | Etienne YUMA | MSP | yumaetienne@gmail.com |
| 27 | Faustin SIMCO | DPS ITURI | faustinsiya@gmail.com |
| 28 | Félix MBUSA | ZS KATWA | mbusa19@gmail.com |
| 29 | Florien BISINWA | UNICEF | fbisimwa@unicef.org |
| 30 | François EDIDI | INRB | franckedidi@gmail.com |
| 31 | François KABAMBA | OIM | fkabamba@iom.int |
| 32 | Freddy KIBWANA | PNUAH | kibwanafreddy@gmail.com |
| 33 | GAKIMA | MSF | msf-rdc-med@msf.org |
| 34 | Germain MUMBERE | DPS | drgermain.kamaliro@gmail.com |
| 35 | Gertrude MUSUAMBI | UNICEF | gertrudemutombo4@gmail.com |
| 36 | Gervais FOLEFACK | OMS | folefacktengomog@who.int |
| 37 | Giselle MBUYI | DSE/DGLM | mbuyigiselle213@gmail.com |
| 38 | Gladys ANYO | USAID | ganyo@usaid.gov |
| 39 | Guy KALAMBAYI | OMS | kalambayikibumba@who.int |
| 40 | Guy KWA JAMES | CAB/MSP | gigal583@outlook.com |
| 41 | Guy MUKARI KANGOMBE | PNLS | mukarigg@yahoo.fr |

| | | | |
|----|----------------------|--------------|-----------------------------|
| 42 | Ijil YAM-KWAM | OMS | ijily@who.int |
| 43 | Jean BELELI | MCZ BIKORO | belelibcemb@gmail.com |
| 44 | Jean-Claude MUKANZO | MSP | jcmavu@gmail.com |
| 45 | Jean-Luc MAKUMA | PNUAH | makpungu@yahoo.fr |
| 46 | Jean-Marie SANGINA | UNICEF | jmsangina@unicef.org |
| 47 | Jeannette KAMUISI | PNCPS/MSP | kamuisi.jeannette@gmail.com |
| 48 | Jeannot MIGUNDE | MSP/PNHF | jeannotmigunde@gmail.com |
| 49 | Jean-Paul AGIBASAY | JHPIEGO | doethuabi2014@gmail.com |
| 50 | John KOMBE NGWAMA | DSE/DGLM | johnkombe171@gmail.com |
| 51 | John OTSHUDIEMA | OMS | johnotokoye@gmail.com |
| 52 | Joseph KABONGO | PNECHOL - MD | kabongokabongo@yahoo.fr |
| 53 | Josiane ODIA | DGLM | josyodia@gmail.com |
| 54 | Jean Pierre LOKONGA | PDSS | lokonga@gmail.com |
| 55 | Julie KALANGA | DGLM | juliekalanga@yahoo.fr |
| 56 | Justus NSIO MBETA | DSE/DSE | justusnsio@yahoo.fr |
| 57 | KABENENGELA JOLIN | CDC-AFRICA | joilidibwe@gmail.com |
| 58 | KALOMBAY MPINDA | PNCST | |
| 59 | KEBELA ILUNGA Benoit | ST | kebelailunga@gmail.com |
| 60 | KINGOMBE BOLIVAR | ACODO/FELTP | kingombebolivar@gmail.com |
| 61 | Kwasia LOKINZI | DPS/EQT | jekwagia7@gmail.com |
| 62 | KWIBE BITAKWUIRA | PNUAH | davidkwibe@yahoo.fr |
| 63 | Landry MAYIGANE | OMS GENEVE | mayiganel@who.int |
| 64 | Louise TUMUTEKA | PNUAH | louisetumuteka@gmail.com |
| 65 | Lovis TSHULO NGANDU | DPS ITURI | lovistshulo@gmail.com |
| 66 | Malaba MUNYANJI | DGLM/DLS | malalance@yahoo.fr |
| 67 | Marthe BASIA | MSP | |
| 68 | MOSSOKO GBE Mathias | DSE | messokomallua@gmail.com |
| 69 | MOKE MEDAKO | UNICEF | nmoke@unicef.org |
| 70 | Mosale KONDO | DPS/EQT | mosalekondo2018@gmail.com |
| 71 | MUKUNGWA ZOUZOU | CAB/MSP | |
| 72 | Papy MUSAS KASOMBO | DGLM | musakasombopapy@gmail.com |
| 73 | Peter BISELENGE | PNHF | peterbiselenge35@gmail.com |
| 74 | Pierre ADIKEY | PNECHOL - MD | dradikey@gmail.com |
| 75 | Primous GODJEDO | OMS/ DAKAR | godjedot@who.int |
| 76 | Prosper DJIGUIMDE | OMS | djiguimdea@who.int |
| 77 | Raoul KAMANDA | PNCPS | raoulkamanda2@gmail.com |
| 78 | Raphaël OKUM | OMS | raphaelokum@gmail.com |
| 79 | Richard KITENGE | MSP/PNUAH | richardkitenge2@gmail.com |
| 80 | Roger KUNAPA | DGLM | |
| 81 | Ruben KABULO | DGLM | rubenkabulo@gmail.com |
| 82 | SAMBA MALKA | ST Covid-19 | sambamalka@gmail.com |
| 83 | Sophie KIMBULU | MSP/SG | sophiekumbulu@gmail.com |
| 84 | Stéphane BATEYA | PEV | desterhars@gmail.com |
| 85 | Stéphane HANS BATEMA | DPS NK | drstephaneham@gmail.com |
| 86 | Toussaint YAMO | SG/Santé | gynacx@gmail.com |

| | | | |
|----|----------------------------|-----------|-------------------------|
| 87 | Traore MARTIN | OMS AFRO | traoresi@who.int |
| 88 | Véronique KILUMBA NKULU | MIN SANTE | verokilumba@gmail.com |
| 89 | Victor RAKOTO | UNFPA | victor@unfp.org |
| 90 | Vincent AMBA | INRB | ambavincent@gmail.com |
| 91 | Vital MONDONGE | OMS | mondongemakumav@who.int |