



**ANALYSE DES RÉSULTATS DE  
L'ENQUÊTE EN LIGNE  
ET RETOUR D'EXPÉRIENCE  
DES ACTEURS DE LA RIPOSTE AUX  
9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> ET 11<sup>e</sup> ÉPIDÉMIES  
DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA**

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**

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

# TABLE DES MATIÈRES

---

ABREVIATIONS	III
1. INTRODUCTION	1
2. METHODOLOGIE	1
3. PRESENTATION DES RESULTATS	2
<b>3.1. Résultats par pilier de réponse de santé publique</b>	<b>5</b>
3.1.1. Pilier 1 : Coordination, gestion de l'information, administration et finance, logistique et sécurité	6
3.1.1.1 Commission « Coordination »	6
3.1.1.2 Commission « Gestion de l'information »	7
3.1.1.3 Commission « Administration et finance »	8
3.1.1.4 Commission « Logistique »	8
3.1.1.5 Commission « Sécurité »	9
3.1.2. Pilier 2 : Surveillance, laboratoire et vaccination	10
3.1.2.1 Commission « Surveillance »	10
3.1.2.2 Commission « Vaccination »	10
3.1.2.3 Commission « Laboratoires »	11
3.1.3. Pilier 3 : Prise en charge médicale, essai clinique et recherche thérapeutiques, Programme pour les survivants d'Ebola	11
3.1.3.1 Commission « Prise en charge médicale, essai clinique et recherche thérapeutique »	11
3.1.3.2 Commission « Programme des survivants »	12
3.1.4. Pilier 4 : Prévention, biosécurité, enterrements dignes et sécurisés	13
3.1.5. Pilier 5 : Communication sur les risques et engagement communautaire, prise en charge psychologique et sociale	14
<b>3.2. Partage de l'expérience ressentie lors de la réponse à l'épidémie d'Ebola avant et pendant le déploiement</b>	<b>15</b>
3.2.1. Sentiments de satisfaction	15
3.2.2. Sentiments de frustration	16
3.2.3. Sentiments de douleur	17
3.2.4. Expériences de gratification	18
4. RESUME	18
5. ANNEXES	20
5.1.1. Annexe 1 : le questionnaire (version française en word document)	20
5.1.2. Annexe 2 : Développement des thèmes	26

## Abréviations

---

<b>APA</b>	Autorité politico-administrative
<b>AS</b>	Aire sanitaire
<b>CEVAR</b>	Revue après action de la riposte aux épidémies de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo
<b>CTE</b>	Centre de traitement Ebola
<b>CUBE</b>	Chambre d'urgence bio-sécurisée pour épidémies
<b>DGLM</b>	Direction générale de la lutte contre les maladies
<b>DPS</b>	Division provinciale de santé
<b>EDS</b>	Enterrement digne et sécurisé
<b>FARDC</b>	Forces armées de la République démocratique du Congo
<b>FOSA</b>	Formation sanitaire
<b>GOARN</b>	<i>Global Outbreak Alert and Response Network</i>
<b>IMST</b>	<i>Incident Management System Team</i> (gestion des incidents)
<b>MVE</b>	Maladie à virus Ebola
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PCI</b>	Prévention et lutte contre les infections
<b>PEP</b>	Prophylaxie post-exposition
<b>PoE</b>	Points d'entrée
<b>PPL</b>	Personnel de première ligne
<b>RAA</b>	Revue après action
<b>RDC</b>	République démocratique du Congo
<b>POS</b>	Procédure opératoire standardisée
<b>UNDSS</b>	<i>United Nations Department for Safety and Security</i>
<b>WASH</b>	<i>Water, Sanitation and Hygiene</i>

# 1. Introduction

---

Depuis la notification du premier cas de maladie à virus Ebola (MVE) en République démocratique du Congo (RDC) à Yambuku, dans la province de l'Équateur en 1976, le pays a connu 12 épidémies de MVE, dont les quatre dernières qui se sont succédées sur 2018-2021.

Un plan de renforcement du système de surveillance est prévu afin de consolider les acquis de la riposte et mieux se préparer pour les prochaines épidémies.

En raison de la succession rapide des 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> épidémies, la Revue après action (RAA) n'avait pas pu être organisées dans le délais idéal, à savoir dans les trois mois suivant la déclaration de fin d'épidémie. Mais la déclaration de la fin de la 12<sup>e</sup> épidémie, le 3 mai 2021, a offert l'opportunité de réaliser cette RAA portant sur les quatre dernières ripostes.

La gestion de ces épidémies complexes a été marquée par des défis et des difficultés, mais elle a également laissé émerger des pratiques exemplaires. Les enseignements qui en ont été tirés doivent être à présent capitalisés pour la gestion d'éventuelles prochaines épidémies. Le processus de RAA permet ce travail de réflexion, d'analyse et d'apprentissage pour chacun des piliers d'intervention de la riposte. C'est dans ce contexte de renforcement des systèmes de santé pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires que le ministère de la Santé de la RDC avait demandé une RAA des ripostes aux 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> épidémies de MVE qui ont touché les provinces de l'Équateur, de l'Ituri, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu.

Cette RAA suit un format mixte tel que défini dans le guide pour les Revues Après Action de l'OMS, avec l'adaptation de composantes supplémentaires : entretiens avec des informateurs clés et groupes de discussion, doublés d'une étude documentaire préliminaire et d'une enquête en ligne.

L'enquête en ligne vise à obtenir un tableau complet des expériences des acteurs de la riposte afin d'identifier les pratiques exemplaires, les difficultés rencontrées et les enseignements qui en ont été tirés. L'enquête en ligne a été diffusée à tous les acteurs de la riposte *via* les équipes de coordination centrale (équipes de gestion des incidents ou du GOARN de l'OMS). A partir des informations recueillies, des thèmes ont été identifiés pour guider la conception des guides d'entretien avec les informateurs clés ainsi que les discussions approfondies de groupe lors de l'atelier final de RAA.

# 2. Méthodologie

---

L'enquête en ligne a été conçue pour recueillir auprès des acteurs de la riposte des informations sur les difficultés/défis, les meilleures pratiques et les leçons apprises au cours des 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> épidémies de MVE, tout en collectant des informations sur leurs rôles. Les questions de l'enquête en ligne ont été conçues par l'équipe de mise en œuvre de la RAA, plus particulièrement par les agents du ministère congolais de la Santé et de

l'OMS, membres du sous-groupe de travail « Enquête en ligne ». Ensemble, ils ont finalisé le questionnaire afin de garantir la clarté des questions et des choix de réponse associés (questionnaire en Annexe 1).

Le questionnaire a ensuite été mis en ligne sur la plateforme DataForm de l'OMS qui a recueilli les informations données par ordinateur, tablette ou smartphone. Le questionnaire était disponible en français et en anglais.

Cette étude a suivi une approche qualitative, centrée sur des questions ouvertes auprès de participants de profils divers : personnels du gouvernement, membres des organisations partenaires (personnels internationaux et nationaux) et membres de l'OMS (personnels internationaux et nationaux). Au vu du grand nombre de personnes ayant participé à la riposte aux trois épidémies, différents canaux de communication ont été utilisés pour les inviter à répondre à l'enquête en ligne : listes de contacts du ministère de la Santé et du système de gestion des incidents aux 3 niveaux de l'OMS (Bureau pays, Afro et Siège), listes issues du réseau GOARN et du cluster santé en RDC. L'invitation a privilégié les personnes ayant participé à au moins une des trois ripostes. Des groupes WhatsApp actifs durant les réponses ont également permis d'atteindre les personnes disposant d'un accès limité aux emails. L'enquête était accessible à tous les personnes cibles du 27 janvier au 19 mars 2021.

La réflexivité personnelle est un élément clé de la méthodologie, d'autant que les personnes en charge de l'analyse des questionnaires ont-elles aussi des profils différents en termes de provenance géographique et institutionnelle. Afin de limiter les biais d'analyse en raison de ces différences, tous les outils utilisés pour collecter des données ont été développés en collaboration avec les membres du groupe « Enquête en ligne » qui ont une connaissance approfondie du contexte des ripostes faisant l'objet de la revue.

Grâce à un processus inductif itératif, les réponses au questionnaire ont été regroupés sous les 5 piliers d'interventions de riposte retenus (Annexe 2).

Après catégorisation des données, l'élaboration de matrices a permis d'identifier des thèmes et des sous-thèmes émergeant des données afin de répertorier des en-têtes illustrant au mieux les thèmes retenus. L'analyse inductive s'est attachée à identifier les liens et interactions entre les informations recueillies et les différents piliers d'intervention, ainsi qu'à mettre en évidence les expériences spécifiques et à les catégoriser en sous-groupes .

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

### **3. Présentation des résultats**

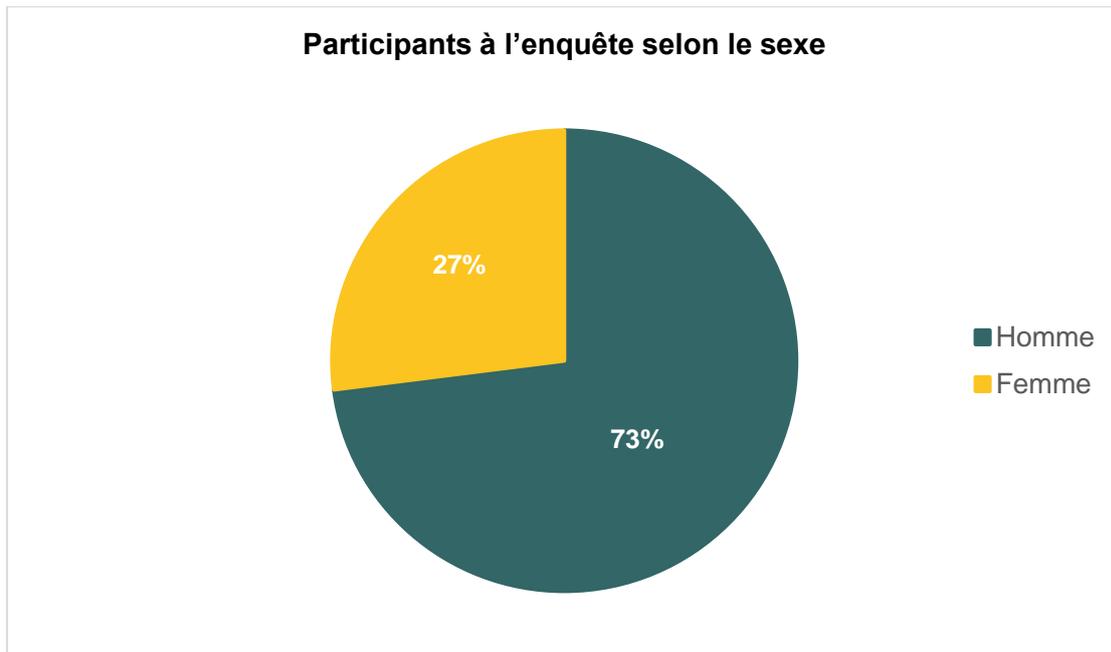
---

Au total, 1.985 réponses en ligne ont été enregistrées, dont 854 ont été retenues car entièrement remplies. Parmi les participants à cette enquête, on compte 27% de femmes et 73% d'hommes, dont une majorité dans la tranche d'âge des 35 à 44 ans (38%) tous

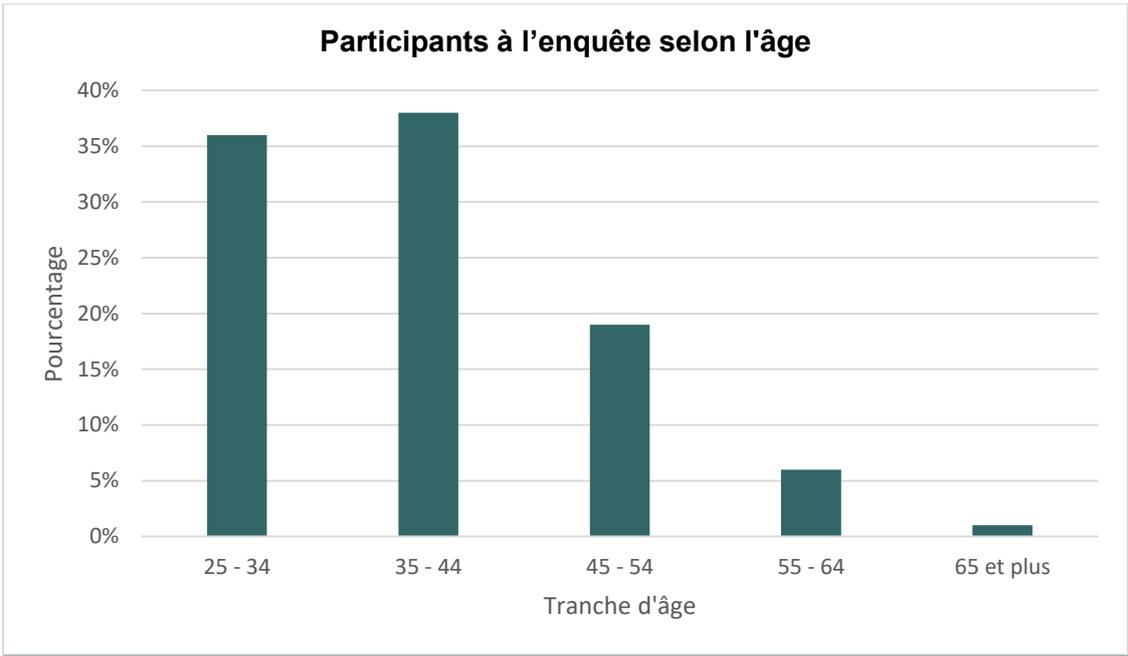
genres confondus. Concernant le degré d'implication dans chaque riposte : 7 (0,8%) répondants ont participé uniquement à l'épidémie de l'Équateur 2018, 599 (70%) à l'épidémie du Kivu 2018-2020 uniquement, 20 (2%) à l'épidémie de l'Équateur 2020 uniquement, 182 (21%) à au moins 2 épidémies et 53 (6%) dans les 3 épidémies examinées.

Parmi les participants à l'enquête, 362 (42%) étaient affiliés au gouvernement de la RDC, 84 (10%) au personnel national d'organisations partenaires, 74 (9%) au personnel international d'organisations partenaires, 166 (19%) au bureau national de l'OMS et 168 (20%) au personnel international de l'OMS.

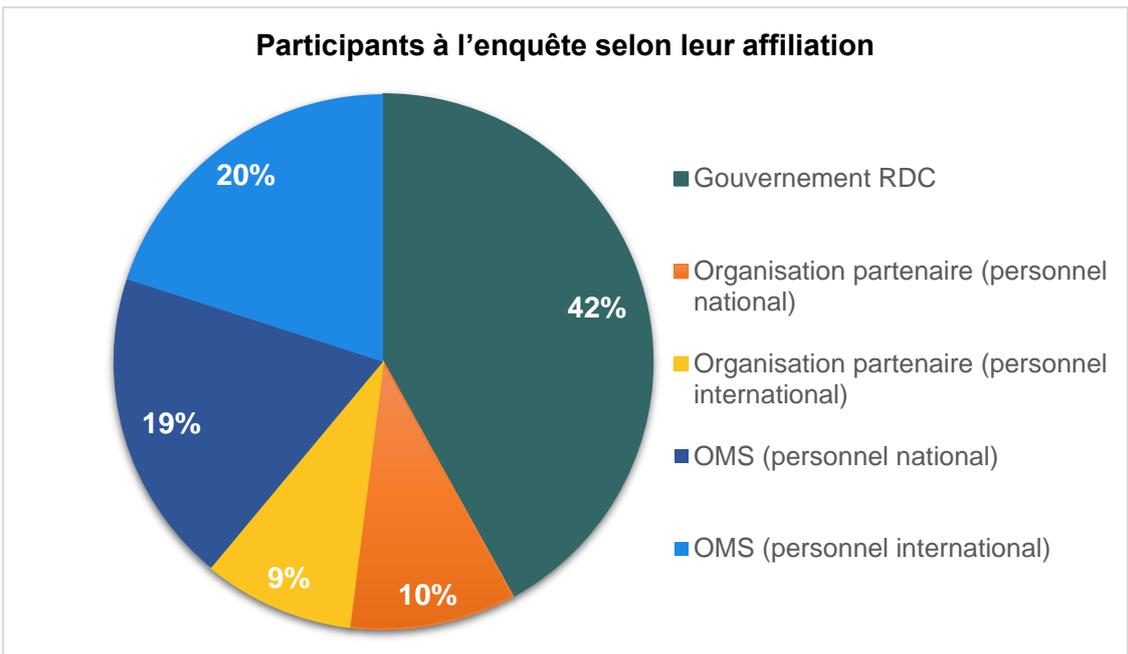
A)



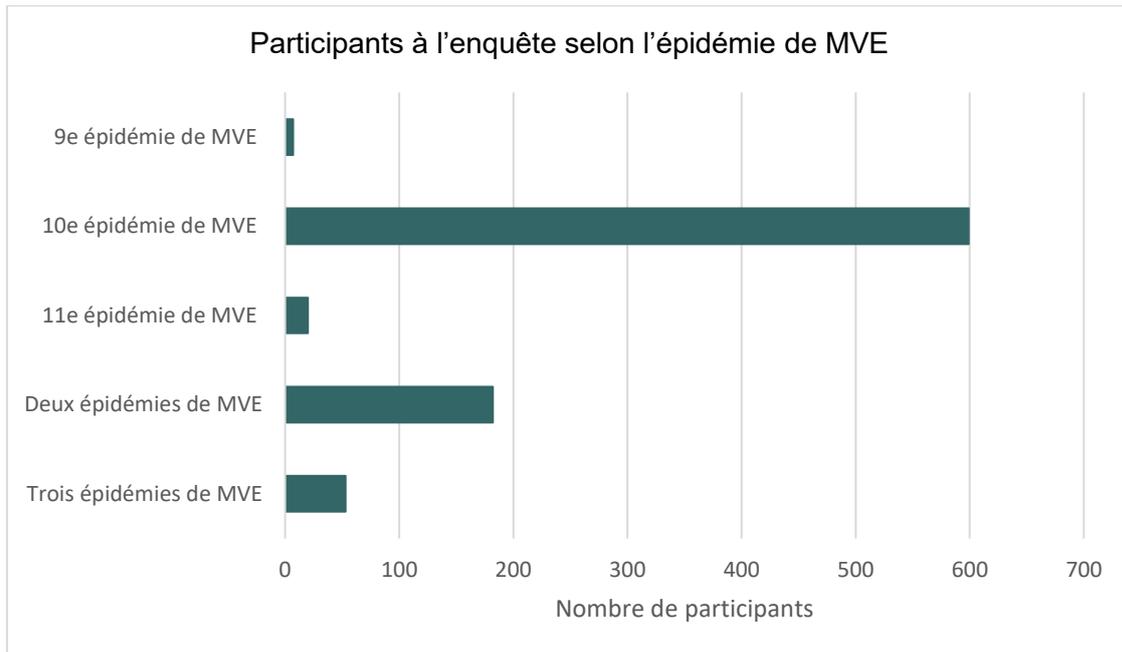
B)



C)



D)



### 3.1. Résultats par pilier de réponse de santé publique

Concernant les défis rencontrés, les bonnes pratiques, les leçons apprises et les innovations observées lors de la riposte, les participants à l'enquête ont indiqué que chaque épidémie avait sa particularité en matière de participation communautaire, d'accès aux zones touchées, de problèmes d'insécurité permanente et de capacité de riposte limitée et complexifiée par la conjonction avec d'autres situations d'urgence locales et/ou nationales. Néanmoins, ils ont relevé plusieurs thèmes que nous avons classés selon les cinq piliers de riposte retenus pour la RAA.

Pilier 1	Coordination, la gestion de l'information, l'administration et finance, la logistique et enfin, la sécurité
Pilier 2	Surveillance, le laboratoire et la vaccination
Pilier 3	Prise en charge médicale, essai clinique et recherche thérapeutique et Programme pour les survivants d'Ebola
Pilier 4	Prévention, biosécurité, enterrements dignes et sécurisés
Pilier 5	Communication sur les risques et engagement communautaire, prise en charge psychologique et sociale

### 3.1.1. Pilier 1 : Coordination, gestion de l'information, administration et finance, logistique et sécurité

#### 3.1.1.1 Commission « Coordination »

Cette enquête montre que l'implication et l'appui du gouvernement, de l'OMS et d'autres partenaires financiers et techniques, fait partie des principales forces de la riposte aux épidémies. Lorsqu'il s'agissait de chercher des solutions aux problèmes rencontrés par les équipes de terrain, les représentants du gouvernement et tous les partenaires se mettaient autour d'une table pour les résoudre.

La prise des décisions ainsi que la validation des tous les plans de travail était collégiale.

Parmi ceux qui ont participé à la 10<sup>e</sup> épidémie, 20% d'entre eux ont mentionné une bonne supervision et la formation continue des prestataires impliqués dans la réponse, l'opérationnalisation du circuit des alertes entre les différents acteurs, commissions et communautés. Pour ce qui est de la riposte 2018 en Equateur, 90% des participants à l'enquête en ligne ont indiqué une bonne planification et une meilleure mise en œuvre des actions intersectorielles comme points forts ayant contribué à la réussite de la riposte, grâce à une bonne coordination interne et externe des interventions entre les 3 niveaux de l'OMS et avec les agents du gouvernement congolais.

Néanmoins, 16% des participants ont employé le terme « politisation » de certaines pratiques, lors de l'implication des autorités politico-administratives dans la gestion de l'épidémie à tous les niveaux, ce qui aurait engendré des résistances farouches de la communauté. Les personnes qui ont pris part à cette enquête ont précisé que la population croyait à une collusion entre le gouvernement et les prestataires de santé, pour chercher l'appui des organisations internationales dans le seul but d'obtenir des ressources à des fins d'enrichissement personnel. Autre difficulté soulevée par les participants à l'enquête, les tensions au sein du personnel du corps médical entre ceux désignés pour participer aux activités de riposte et ceux qui n'avaient pas été retenus. Ces derniers auraient perdu leur motivation dans l'exercice de leur fonction et certains seraient même à l'origine de manœuvres visant à décourager ou à créer de la confusion au sein de la population vis-à-vis de la riposte aux épidémie MVE.

#### Encadré 1

Illustrations tirées de la base des données :

Un personnel de l'OMS (personnel international) a identifié comme bonnes pratiques : « *la mise en place des équipes d'interventions multidisciplinaires, l'implication des plusieurs partenaires internationaux, mise en place des équipes circonstancielles d'intervention, introduction de la vaccination VSV-ZEBOV* ».

Un membre d'une organisation partenaire (personnel national) a également identifié « *Une bonne composition de l'équipe : épidémiologistes de terrain, le personnel expérimenté du PNHF (Programme National de l'Hygiène aux Frontières), le personnel local de la Croix Rouge et les APA (Autorité Politico-Administrative) locales au niveau des ports de Maluku (Kinshasa)* ».

Les participants à l'enquête ont aussi mentionné la mauvaise organisation des services de l'État aux différents points d'entrée vers les grandes agglomérations, ainsi que

Encadré 2  
Un membre d'une organisation partenaire (personnel national) a déclaré : « *La politisation de l'épidémie a engendré une résistance farouche de la communauté* ».

l'ingérence politique dans le recrutement et le paiement des prestataires, l'insécurité du personnel national et international travaillant dans les centres de traitement Ebola (CTE).

60% des répondants parmi le personnel du gouvernement congolais ont déploré dans l'enquête en ligne ce qu'ils ont perçu comme une multiplicité des affectations de certains prestataires à des fins d'enrichissement personnel plutôt que pour l'intérêt général.

### 3.1.1.2 Commission « Gestion de l'information »

Concernant la gestion de l'information, selon 20% des participants à l'enquête, les principales difficultés étaient liées à la collecte irrégulière des données et au manque d'intégration entre les données de différents sites de surveillance et centres de santé (multiplicité). Les réponses reçues évoquent aussi un manque de transparence dans le partage des données et un manque de personnel pour leur gestion.

Cette gestion de l'information représente l'un des principaux défis à relever, d'autant que les participants à l'enquête ont noté que le partage d'informations en temps réel était essentiel pour mener une réponse rapide sur le terrain et produire des rapports à partager avec les partenaires. La mise en place de l'application mobile GoData, grâce à sa capacité de mise à jour des données en temps réel, de stockage et d'intégration des données de surveillance, a été jugée très utile. De plus, l'échange d'informations et de données, en particulier lors des réunions de coordination avec le personnel de terrain a été évoqué par les répondants comme un point fort. Bien que les défis liés à la gestion et au partage de l'information aient été rencontrés lors des 3 épidémies, ils étaient plus particulièrement présents lors de la 9<sup>e</sup> épidémie.

Encadré 3  
Illustrations tirées de la base des données :

Un personnel de l'OMS (personnel national) a déclaré : « *Nous avons demandé à partir sur terrain avec un gestionnaire de données et cela ne nous a pas été accordé et par la suite nous avons rencontré beaucoup de problèmes par rapport à la gestion des données* ».

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré : « *les principaux défis :1. L'insécurité 2. Problème d'internet dans les sous coordination 3. **Mise à jour des bases de données des commissions*** ».

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré : « *les principales forces : 1. Une salle de visualisation des données...* ».

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré comme innovation : « *La mise en place d'une application mobile pour la remontée des données du terrain en temps réel* ».

Un membre de l'OMS (personnel international) a déclaré : « *L'épidémie dans le Nord Kivu a vu le déploiement d'une myriade d'outils innovants dans le but d'améliorer la production des données sur le terrain : le GoData, le kobo toolbox, l'outil pour les chaînes de transmission et autres* ».

Enfin, le développement de systèmes d'analyse automatisés a également été considéré très utile et recommandé en tant qu'innovation à développer davantage dans le futur. Il a également été recommandé d'utiliser un système de gestion des données unique pour l'ensemble de la riposte à une épidémie, par opposition à des systèmes de données parallèles.

### 3.1.1.3 Commission « Administration et finance »

Les participants à l'enquête en ligne se sont peu exprimés sur la gestion administrative et financière. Néanmoins, les opinions exprimées par 25 % d'entre eux soulignent des retards de paiement ou de non-paiement des prestataires de première ligne, du personnel d'appoint et des fournisseurs des services. Ils jugent que cette situation a influencé la qualité de l'exécution des activités de riposte. Enfin, la disparité de rémunération entre le personnel national et international a été évoquée comme source de frustration.

#### Encadré

Un personnel de l'OMS (personnel national) a déclaré : « *Au sud Kivu, il y'a eu plusieurs soulèvements par des fournisseurs des services suite aux retards des paiements de leurs factures* ».

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré en date du 29 Janvier 2021 : « *Le paiement du mois de décembre 2019 en souffrance jusqu'à présent* ».

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré : « *Que les paiements soient identiques, payer en avance la personne qui va en mission, primer les acteurs, respecter la main d'œuvre nationale et locale* ».

### 3.1.1.4 Commission « Logistique »

En matière de logistique, les thèmes les plus fréquemment exprimés par les participants à cette enquête (tous domaines d'activité confondus) ont trait aux difficultés d'accès aux zones affectées et aux malades, ainsi qu'au logement du personnel de riposte. En effet, la majorité des aires de santé sont enclavées et les routes impraticables (délabrement très avancé de la voirie). Cette situation ne facilite pas l'accès aux zones de santé pour assurer le suivi de toutes les personnes affectées et des cas contacts. Enfin, les participants ont signalé un manque de logement adéquat avant leur arrivée dans la communauté.

En ce qui concerne l'approvisionnement, des retards dans l'approvisionnement en matériel de PCI ont été relevés, en raison notamment des distances d'acheminement entre le lieu d'approvisionnement et les points de distribution.

En terme de communication, la faible couverture des réseaux téléphoniques pour la remontée des alertes a souvent été relevé comme un défi majeur à tel point que les équipes de terrain ne pouvaient pas communiquer correctement avec la base en cas d'urgence. En outre, les participants ont mentionné la manque de moyens de déplacement à leur disposition, ainsi qu'un approvisionnement irrégulier en eau pour les

activités de lavage des mains. Ils ont également déploré la faible qualité des données relatives aux performances des PoE.

Malgré ces défis, les participants dans leur ensemble ont souligné l'existence et l'utilisation d'un plan de distribution accompagné d'une estimation rigoureuse des durées d'approvisionnement permettant d'éviter les ruptures de stock. Il existe également une forte implication de tous les partenaires, y compris des agences des Nations-Unies, en matière de logistique, ce qui a permis de résoudre plusieurs problèmes de terrain lors des différentes ripostes, et ce à tous les niveaux (ressources matérielles /logistiques, financières et humaines). Les participants à l'enquête recommandent une planification conjointe et coordonnée entre les responsables de la riposte et la logistique.

#### Encadré 5

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré :  
« *Le plus grand challenge que nous avons affronté a été la difficulté d'accès dans des communautés dû au manque d'infrastructures routières* ».

Un personnel de l'OMS (personnel national) a déclaré :  
« *Dans la province de l'équateur, avec ses zones de santé enclavées, la distribution des intrants n'était pas facile* »

Un personnel de l'OMS (personnel national) a déclaré :  
« *La difficulté pendant le déploiement a été surtout liée au logement des staffs. En effet, lorsque l'activité se tient dans des zones reculées, il s'avère très difficile d'assurer un hébergement conséquent au personnel* »

### 3.1.1.5 Commission « Sécurité »

#### Encadré 6

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré :  
« *L'insécurité, nous étions toujours dans la peur et on ne savait pas à quel moment les Mai-Mai pouvaient nous attaquer*».

Un personnel de l'OMS (personnel national) : « *Nos problèmes étaient surtout liés à l'insécurité récurrente causée par les groupes armés et milices qui nous attaquaient souvent et qui ont fait plusieurs morts parmi nous, et à l'incompréhension de la population qui refusait de reconnaître l'existence de la maladie* ».

Un personnel d'une organisation partenaire (personnel international) a déclaré : « *La sécurité, c'était un casse-tête quotidien pour envoyer les équipes sur le terrain ou pour suivre leurs mouvements*».

La sécurité était l'une des préoccupations les plus fréquemment citées, notamment par les personnes ayant participé à la 10<sup>e</sup> épidémie (95%). 40% des répondants ont dit avoir reçu des menaces et même avoir été agressés par la communauté et des groupes armés.

20% des répondants (agents internationaux et nationaux) ont indiqué qu'ils estimaient que leur sécurité était très bien assurée par les éléments de la FARDC et de la police nationale.

Pour réduire la flambée épidémique et le taux de létalité (la proportion de personnes infectées qui décèdent de l'infection), l'approche zonale ou aire de santé a été appliquée pour responsabiliser les locaux et assurer ainsi la remontée des alertes à tout moment. Cette approche zonale a également permis d'apporter des traitements spécifiques aux communautés et d'éviter ainsi que les patients et d'autres membres de la communauté parcourent de longues distances et soient confrontés aux incursions récurrentes des

groupes armés. La formation SAFE assurée par UNDSS pour les agents sur terrain constitue un point fort de la gestion de la sécurité parmi les personnels des Nations-Unies.

### 3.1.2. Pilier 2 : Surveillance, laboratoire et vaccination

#### 3.1.2.1 Commission « Surveillance »

Des problèmes de surveillance ont été rencontrés principalement aux points d'entrée (PoE) et au sein des communautés. Aux PoE, les participants à l'enquête ont indiqué que le manque de personnel entraînait une faible qualité des données recueillies. Le manque de matériels, d'équipements et d'outils de surveillance a également été mentionné.

En ce qui concerne la surveillance communautaire, il s'avère que la résistance communautaire est à l'origine du manque d'alerte sur les nouveaux cas et la perte de vue

##### Encadré 7

Voici quelques illustrations tirées de la base des données :

Un membre de l'OMS (personnel national) a déclaré : « *Notre principale force est que toutes les alertes qui remontaient des aires de santé étaient investiguées et validées ou invalidées. L'engagement communautaire, la promotion de l'équité dans les opérations de la riposte (non-discrimination des pygmées face aux Bantous malgré un contexte national d'inégalités séculaires entre les deux peuples)* ».

Un autre membre de l'OMS (personnel international) a renchéri : « *Le système d'alerte nous a beaucoup aidé à détecter précocement les cas grâce à une forte sensibilisation au sien de la population et à l'engagement communautaire* ».

des cas déjà identifiés. Pour y remédier, des cellules à base communautaire ont été redynamisées. Les participants ont aussi mentionné l'implication des équipes de terrain dans la recherche de cas suspects 7 jours sur 7, H24, pour tenter de les convaincre et de les évacuer vers les CTE pour être pris en charge à temps. Enfin, les POS pour la définition de cas ont été très utiles.

#### 3.1.2.2 Commission « Vaccination »

Le développement d'un vaccin est l'une des principales innovations mentionnées par les participants à l'enquête (30%). La vaccination en anneau a ainsi permis de casser la chaîne de transmission. L'introduction et l'utilisation de la vaccination ZEBOV pour le personnel de première ligne (PPL) a aussi été mentionnée parmi les pratiques exemplaires. En effet, pour la majorité des participants, la vaccination était une des innovations les plus importantes qui doit être institutionnalisée.

Néanmoins, la vaccination a rencontré des difficultés, en particulier des réticences à son égard au sein des communautés, comme l'ont rapporté 80% des participants à l'enquête. En outre, maintenir la chaîne du froid pour les vaccins reste un défi important. Pour surmonter ces problèmes, la mise en place de générateurs ultra puissants et performants

a permis le maintien de la chaîne du froid et d'assurer l'approvisionnement dans toutes les zones touchées.

Les participants ont aussi souligné qu'un bon inventaire des contacts à vacciner était indispensable pour planifier le nombre de doses à expédier dans les différentes zones de santé.

#### Encadré 8

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré : « *Il y avait une forte hésitation face au vaccin contre la MVE et des réticences au sein de la population concernant cet essai vaccinal* ».

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré : « *La vaccination n'existait pas lors des précédentes épidémies qu'a connues notre pays, la RDC, car la chaîne du froid ne disposait pas d'Arkteks permettant la conservation du vaccin contre Ebola à moins 80-60°C* ».

### 3.1.2.3 Commission « Laboratoires »

Selon 15% des participants à l'enquête, l'approvisionnement des laboratoires constituait l'une des principales difficultés lors des épidémies de MVE à cause des problèmes logistiques évoqués ci-dessus. Il a également été mentionné une faible implication des prestataires locaux dans les activités de laboratoire, des complications liées au transport des échantillons vers des laboratoires capables d'assurer des tests de qualité. De plus, le déploiement des experts techniques dans les zones touchées a été retardé.

Malgré les difficultés, 20% des participants ont noté que la coordination entre laboratoires était généralement efficace, malgré les contraintes logistiques. De plus, la création des laboratoires mobiles est considérée comme une importante innovation, de même que l'utilisation d'outils de diagnostic modernes tels que Genexpert plutôt que des thermocycleurs. L'utilisation du séquençage à haut débit a également été signalée comme une innovation majeure dans la réponse du laboratoire à la maladie à virus Ebola.

### 3.1.3. Pilier 3 : Prise en charge médicale, essai clinique et recherche thérapeutiques, Programme pour les survivants d'Ebola

#### 3.1.3.1 Commission « Prise en charge médicale, essai clinique et recherche thérapeutique »

L'enquête en ligne a montré que le problème majeur en matière de soins médicaux était l'absence de POS pendant les premiers jours d'une épidémie. Néanmoins, il y a eu de nombreuses innovations dans ce domaine. Par ailleurs, l'utilisation des centres de traitement mobiles a été très utile pour garantir l'accès au traitement à la majorité de la population. Une autre innovation souvent mentionnée est l'utilisation des Chambres d'Urgence Bio-sécurisées pour Epidémies (CUBE) et les centres de traitement isolés. Certains participants ont ainsi souligné l'importance de pouvoir isoler les patients à domicile, en particulier lorsqu'ils hésitent à se rendre dans les centres de traitement. Enquêter sur les cas ambulatoires constitue un bon outil pour lutter contre la réticence à se rendre dans les centres de traitement. La disponibilité de médicaments expérimentaux et l'introduction du vaccin ZEBOV ont également été mentionnées parmi les innovations importantes.

D'autres pratiques ont été largement identifiées par l'ensemble des catégories de répondants (70%), telles qu'une prise en charge médicale humaine et la prise en charge psychosociale, avec notamment le recours aux personnes guéries de la MVE pour témoigner des traitements et des soutiens dont ils ont bénéficié pendant leurs séjours dans le centre de traitement Ebola.

#### Encadré 9

Un membre d'une organisation partenaire (personnel national) a déclaré comme innovation : « *Mise en place des cubes (chambre individuelle des patients), circuit du patient adapté pour minimiser le risque de contamination* ».

Un membre de L'OMS (personnel international) a déclaré « *L'innovation des cubes médicalisés individuelles avec un plateau technique adéquat a contribué dans la prise en charge des patients graves et surtout des femmes enceintes en travail. La construction des sites de traitements dans les zones touchées avec des salles individuelles* ».

Un membre d'une organisation partenaire (personnel national) a déclaré comme bonne pratique : « *Amélioration du circuit des patients et soignants pour éviter la contamination croisée, en montant des cubes (cellule individuelle par patients, ...)* ».

### 3.1.3.2 Commission « Programme des survivants »

Les principaux défis auxquels sont confrontés les survivants sont : le déplacement des personnes guéries dans des zones où il n'existe pas de programme de suivi des survivants d'Ebola, la gestion des cas de stress post-traumatique et autres troubles psychiques, ainsi que la gestion de la stigmatisation et du rejet social des survivants. Pour répondre à ces défis, des groupes de soutien des survivants ont été créés. Les groupes de parole organisés leur permettent de trouver des solutions à leurs problèmes et de se soutenir mutuellement. Les survivants ont reçu de l'aide sous forme d'assistance alimentaire, coordonnée par le ministère de la santé avec le soutien de différents partenaires. Le suivi des survivants de la MVE a également permis d'éviter d'éventuelles résurgences de l'épidémie.

#### Encadré 10

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 qui serait venu de l'un d'eux* ».

### 3.1.4. Pilier 4 : Prévention, biosécurité, enterrements dignes et sécurisés

La plupart des participants à l'enquête ont évoqué la résistance communautaire comme principale raison du manque de prévention (décontamination difficile des domiciles par exemple). En ce qui concerne la PCI/WASH, des retards dans l'approvisionnement en kits PCI dans les aires de santé ont été mentionnés. De plus, l'accès à l'eau potable est jugé comme un défi important.

Concernant les pratiques exemplaires à capitaliser pour les prochaines ripostes, 60% des participants à l'enquête, toutes catégories confondues, ont indiqué la mise en place de brigades d'hygiène pour sensibiliser les gens aux mesures permettant d'éviter la propagation des maladies dans la communauté. Pour les 40% restants, la délégation des tâches aux superviseurs locaux, la mise en place d'outil de validation et d'investigation conjointe (PCI/WASH et surveillance) des infections nosocomiales, ainsi que la formation des prestataires de soins à la PCI/WASH dans les formations sanitaires, doivent être pérennisées au sein des communautés. La vulgarisation du protocole post-exposition (PEP) des prestataires de soins à la MVE, la prise en charge PEP et la mise en œuvre de la stratégie multimodale (ring PCI) constituent également des pratiques exemplaires à capitaliser.

Concernant les enterrements dignes et sécurisés (EDS), les participants à l'enquête ont identifié parmi les pratiques exemplaires la formation des prestataires de soins des différentes structures aux EDS. Les liens noués avec les membres de la communauté améliorent aussi l'acceptation du soutien psychosocial pour assurer l'EDS d'un des leurs et éviter ainsi la propagation du virus. Parmi le personnel du gouvernement, 60% ont aussi fait mention d'une forte sensibilisation des villageois chasseurs sur le respect du lavage des mains aux points d'entrée et de contrôle sanitaire, ainsi que l'appropriation des mesures de protection par ces derniers.

#### Encadré 11

Un personnel du gouvernement de la RDC a déclaré : « *Dans le cadre de la prévention et du contrôle des infections PCI-WASH, je vous suggère d'intervenir plus dans le WASH, comme la zone de déchets, l'approvisionnement en eau et les matériels de stérilisation, et d'instaurer un système de surveillance intégrée pour pouvoir facilement détecter et rompre la chaîne de transmission* ».

Un autre membre de l'OMS (personnel international) a déclaré : « *Appui technique direct de l'OMS dans les interventions des partenaires de terrain ; notamment dans l'amélioration des constructions des centres de triage et la réalisation des évaluations WASH dans les FOSA* ».

Un autre membre du gouvernement national a renchéri : « *plusieurs points de contrôles ont été créés pour le lavage de mains et la prise de température aux coins des rues, aux entrées et sorties des marchés. Concernant la communication sur les risques et l'engagement communautaire, l'approche zonale et les cellules d'animation communautaires sont les meilleures* ».

### 3.1.5. Pilier 5 : Communication sur les risques et engagement communautaire, prise en charge psychologique et sociale

La MVE est perçue différemment par la population selon les aires de santé touchées et affectées. Le non-respect des normes socio-culturelles des populations est évoqué comme un blocage dans la collaboration avec les peuples autochtones pygmées qui sont très conservateurs de leur tradition ancestrale pour assurer leur survie et leur épanouissement.

L'engagement communautaire est un combat de longue haleine. Il en est de même de la confiance entre les communautés et les prestataires de soins au sein des structures de santé, essentielle pour mener à bien cette lutte. La résistance communautaire est une difficulté mentionnée par plus de 90% des participants à l'enquête. Elle a rendu difficile la communication sur les risques. A cette difficulté, s'ajoutaient les barrières linguistiques entre les prestataires et la communauté.

Selon 50% des participants (toutes catégories), la solution à ce problème a été apportée par l'intervention d'une équipe mixte (multinationale, multisectorielle et multidisciplinaire) qui a brisé la barrière culturelle et instauré un climat de compréhension mutuelle, permettant l'intégration de la communauté aux activités de riposte contre la MVE. D'autres participants à l'enquête (50%) ont mentionné l'implication de tous les groupes socioculturels dans la lutte contre la MVE grâce aux cellules d'animation communautaire qui ont permis aux différentes équipes de riposte de faire leur travail dans le respect des normes recommandées, sans résistance de la part de la communauté.

Parmi les pratiques exemplaires à institutionnaliser, l'enquête a indiqué : le transfert des compétences à l'équipe locale de la zone de santé, afin qu'elle soit capable de riposter à une éventuelle nouvelle épidémie ; la communication sur les risques afin de mobiliser la communauté et de l'engager dans les activités bénévolement ; l'intégration des groupes réticents. La forte implication des autorités politico-administratives dans les activités d'EDS contribue également à modifier le comportement et la perception de la communauté.

#### Encadré 12

Un membre de l'OMS (personnel international) a déclaré : « *la meilleure pratique qui nous a aidé à réussir dans ce monde-là, c'était de travailler en faisant profil bas et en laissant les natifs diriger l'équipe quand bien même c'est nous qui faisons les tâches de surveillance active ; grâce à cela, nos amis se sont sentis intégrés dans la réponse à la MVE* ».

Un membre de l'OMS (personnel international) a renchéri : « *Le recrutement des locaux dans toutes les commissions était un atout parce qu'eux (les locaux) connaissaient parfaitement la cartographie du milieu et parlaient la même langue. Ils étaient mieux compris par leur communauté* ».

Un cadre du ministère de la santé (partie gouvernementale) a rajouté : « *Nos principales forces étaient le dialogue communautaire avec les leaders et la sensibilisation qu'ils apportaient eux-mêmes lors des émissions radio 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 casser la chaîne de transmission et le transfert des compétences sont des force auxquelles je suis fière et contente d'avoir contribué».*

## 3.2. Partage de l'expérience ressentie lors de la réponse à l'épidémie d'Ebola avant et pendant le déploiement

### 3.2.1. Sentiments de satisfaction

A propos du partage des expériences ressenties lors de la réponse à l'épidémie Ebola, 50% des participants se disaient très satisfaits d'avoir stoppé la propagation et d'avoir mis fin à cette épidémie en quelques mois (Equateur 2018). 30% d'entre eux se sont dit satisfaits du briefing reçu avant leur déploiement sur le terrain.

L'environnement de travail multiculturel a facilité la coordination des activités et les personnels internationaux de l'OMS et des autres organismes partenaires n'ont pas eu de difficulté à travailler dans un tel environnement. Ce sentiment de satisfaction était lié non seulement au fait d'avoir réussi à contrôler l'épidémie et à sauver des vies humaines, mais aussi à l'acquisition de nouvelles expériences en matière de riposte aux épidémies.

#### Encadré 13

*Un membre du personnel de l'OMS (personnel international) s'est montré : « très satisfait parce que mes expériences pendant l'épidémie en Guinée, Sierra Leone et Libéria m'ont donné la force de faire face aux 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> épidémies de maladie à virus Ebola. Les résultats aussi étaient très satisfaisants parce qu'on avait mis fin à l'épidémie ».*

L'enquête a aussi mis en évidence pour 20% des participants, la satisfaction d'avoir pu bénéficier de réunions quotidiennes pour l'évaluation de la situation, l'évolution de la vaccination et la prise de nouvelles dispositions pour stopper la propagation de la MVE. La mobilisation des équipes qui travaillaient sans relâche et de manière unifiée constituait aussi un motif de satisfaction.

Pour le personnel de l'OMS, tant international que national, la plus grande satisfaction

#### Encadré 14

*Un membre de l'OMS (personnel international) s'est déclaré : « Très satisfait car le résultat final de la mise en œuvre de la PCI était positif pour sauver des vies et contenir l'épidémie aussi rapidement que possible avec toutes les stratégies mises en œuvre ».*

*Un autre membre de l'OMS (personnel international) a renchéri : « Très satisfait car le résultat final a permis de stopper l'épidémie de maladie à virus Ebola grâce aux meilleures stratégies de lutte contre la pauvreté mises en œuvre ».*

réside dans l'excellente collaboration et la solidarité entre membres des équipes qui se sont acceptés mutuellement et ont travaillé dans un environnement multiculturel ayant contribué à la réussite de leur mission (surveillance, prévention, prise en charge médicale, laboratoire et recherche, logistique, vaccination, sécurité et prise en charge psychosociale). Ils ont aussi exprimé leur satisfaction par rapport à l'organisation de la logistique sur le terrain assurée par les agences des Nations-Unies avec l'appui des autres organisations partenaires, pour stopper la propagation de l'épidémie. Enfin, le renforcement de la coordination multisectorielle et le

perfectionnement des activités de surveillance et d'enquête ont permis de faire en sorte qu'aucun nouveau cas n'ait été notifié suite à la déclaration de fin d'épidémie dans la province de l'Equateur.

#### Encadré 15

Un personnel du gouvernement a relevé : « *la préparation au déploiement a été correctement assurée. Dès réception de l'ordre de déploiement, les collègues de l'Unité des Urgences du Bureau Régional ont assuré la mise à disposition de la « demande de voyage » et du billet. La difficulté pendant le déploiement a été surtout liée au logement des staffs. En effet, lorsque l'activité se tient dans des zones reculées, il s'avère très difficile d'assurer un hébergement conséquent au personnel mais avec l'appui de l'équipe de riposte, les conditions du staff ont été plus ou moins améliorées et nous avons pu mener à bien la mission qui nous était confiée. A l'issue du déploiement à Mbandaka, j'ai été redéployée à Bunia sans aucune difficulté particulière* ».

### 3.2.2. Sentiments de frustration

Les agents de terrain (50%) et certains expatriés de l'OMS et des organisations partenaires ont soulevé l'insuffisance de la couverture par les réseaux de communication cellulaire dans la région, les réticences de la communauté et l'inaccessibilité de certaines localités ne permettant pas un suivi intégré et multidisciplinaire de tous les cas suspects et de leurs contacts pour les acheminer vers le CTE, ni d'aider les survivants grâce à l'aide alimentaire apportée par différents partenaires. La frustration était grande face à des communautés qui ne comprenaient pas la gravité de la MVE.

D'autres participants à l'enquête (50%) ont indiqué ressentir de la frustration liée à la gestion de l'épidémie qui leur paraissait trop centralisée. Ils ont aussi évoqué leur peur d'être contaminé, au moment du déploiement. De plus, ils étaient confrontés à une situation inédite qui modifiait leur façon de travailler, d'échanger et de vivre. Il leur fallait donc réfléchir à la meilleure façon de gérer cette situation pour initier une nouvelle phase de développement.

Au Nord-Kivu, Sud-Kivu et Ituri, la frustration était permanente du fait des groupes armés qui menaçaient de massacrer ceux qui travaillaient pour la riposte à la MVE. Ce sentiment de frustration était également dû au fait que les équipes d'intervention avaient des difficultés à accéder à certaines zones de santé en raison de l'insécurité. D'autres participants à l'enquête ont évoqué plusieurs cas de résistance et de menaces lancées par les familles de cas probables. Les différences de rémunération alors que les risques sur le terrain sont identiques ont également

#### Encerclé 16

Un cadre du ministère de la santé (gouvernement congolais) a indiqué : « *des frustrations dans les points ci-après : le recrutement des prestataires par la partie gouvernementale sans respect des normes, et la gestion des acquis logistiques après la riposte qui ne bénéficie pas aux zones de santé affectées par la MVE* ».

Un membre de l'OMS (personnel international) rajouté : « *C'était frustrant parce que je n'ai trouvé qu'un seul hygiéniste et un personnel international de la PCI sur le terrain* ».

Un autre membre de l'organisation partenaire a renchéri en ces mots : « *Frustrant parce que j'ai dû rester dans la capitale 5 jours avant d'arriver sur mon lieu d'affectation en raison de la logistique du voyage* ».

engendré des frustrations.

En Equateur, lors de l'épidémie de 2020, la frustration était liée au manque de couverture par les réseaux mobiles et de moyens de transport terrestre, ce qui ralentissait la communication entre les équipes de surveillance. Ainsi, il était compliqué de transporter et de tester des échantillons de laboratoire de qualité, et de déployer des experts techniques dans les zones touchées.

Pour les experts de l'OMS, la surveillance de l'évolution de la maladie a été freinée par le faible nombre d'alertes notifiées, en particulier concernant les personnes décédées. Plus de 50 % des cas confirmés n'ont pas été identifiés comme des contacts connus au moment de la détection.

Les experts des organisations partenaires ont souligné que la distribution graphique et les liens épidémiologiques entre les cas restaient encore peu compris.

#### Encadré 17

Un cadre du ministère de la Santé (partie gouvernementale) a déclaré : *« les frustrations sont apparues en raison des menaces par des groupes armés. Parfois toute l'équipe fuyait vers Bunia, mais je restais pour bien encadrer les activités de riposte et casser cette chaîne de transmission. J'ai réussi à casser cette chaîne à Mambasa où étaient notifiés 3 à 6 cas /jour ».*

Un autre prestataire se plaint : *« La rémunération du personnel n'était pas correcte du fait que dans une même équipe y avait un écart salarial énorme sans qu'il y ait d'explication claire ».*

Un autre a renchéri : *« Il y avait inadéquation dans la façon de gérer le personnel, un écart considérable de traitement entre les nationaux, les provinciaux et les locaux alors qu'exécutant le même travail, toutes les missions importantes qui payaient bien étaient exécutées soit par les membres proches ou petites copines du chef de division provinciale de la santé du Nord Kivu en collaboration avec certains membres de l'OMS et du ministère de la Santé qui privilégiaient seulement les équipes venues de Kinshasa ».*

### 3.2.3. Sentiments de douleur

Pour ce qui est des expériences douloureuses vécues lors de la riposte, les participants à l'enquête (60% du personnel du gouvernement) ont mentionné le problème de la rémunération. Certains membres de l'équipe, notamment ceux du ministère de la Santé, de la Croix Rouge et des APA, n'ont pas été payés comme prévu. Ils se sont aussi plaints d'un manque de motivation (c'était aussi le cas pour d'autres prestataires appartenant à l'OMS et aux organisations partenaires).

Pour ce qui est de Nord-Kivu, Sud-Kivu et Ituri, les participants ont exprimé leur peine face aux coups et aux injures reçus. Certains intervenants et des membres de leur famille ont été tabassés à mort, car la communauté les accusait de travailler en connivence avec les étrangers pour exterminer la population.

En Equateur, la méfiance des peuples autochtones pygmées au début de l'épidémie vis-à-vis de l'ensemble des agences des Nations Unies et des organisations humanitaires impliquées dans la riposte était plus importante que le refus de se faire vacciner contre Ebola.

#### Encadré 18

Un prestataire de soins a déclaré : « *j'ai été très souvent victime de menaces de mort, soi-disant parce que je fais partie des gens qui ont amené le virus Ebola dans la zone. Plusieurs fois, j'ai reçu des coups, des injures et mon petit frère a été tabassé à mort à Bandibwame, dans la zone de santé de Lolwa lors d'un EDS* ».

### 3.2.4. Expériences de gratification

Pour ce qui est de la gratification, 50% des participants à l'enquête ont indiqué que des brevets de mérite leur avaient été accordés pour avoir sauvé des vies humaines. De plus, 50% ont été sollicités par d'autres organismes pour appuyer les équipes de terrain lors de la riposte à la 11<sup>e</sup> épidémie à la MVE. D'autres encore ont relevé que la riposte à la MVE leur avait permis de trouver un job même temporaire, ainsi qu'une stabilité au plan social.

## 4. Résumé

---

La réalisation de cette enquête a été rendue possible grâce à la participation des nombreuses personnes qui ont pris part à la riposte aux épidémies de MVE dans les provinces affectées, grâce aussi à la disponibilité des ressources matérielles de l'OMS et à l'implication de la Direction générale de lutte contre les maladies (DGLM).

Cette enquête fait partie de la deuxième phase de la RAA pour la riposte aux 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> épidémies de MVE en RDC. Les résultats reflètent les points de vue et les expériences des intervenants au cours des épidémies mentionnées ci-dessus. Ils ont été présentés par thèmes pour chacun des piliers d'intervention proposés, afin d'éclairer la construction du guide d'entretien avec les informateurs clés et de formuler les questions appropriées.

D'après les résultats de cette enquête, on peut citer parmi les principaux points forts majeurs de la riposte aux épidémies de MVE en RDC : 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, l'implication des leaders communautaires, le recrutement local, la vaccination en anneau, le renforcement des capacités locales de surveillance, de détection et de prise en charge, ainsi que les nombreuses innovations mentionnées par les participants [application mobile *GoData* pour une mise à jour des informations en temps réel, leur stockage et leur intégration aux données de surveillance, développement de systèmes d'analyse automatisés, développement d'un vaccin contre Ebola (une des innovations les plus importantes selon 30% des participants à l'enquête), introduction de la vaccination ZEBOV pour le personnel de première ligne, laboratoires mobiles et outils diagnostic modernes, centres de traitement mobiles et utilisation de chambres d'urgence bio-sécurisées pour les épidémies (CUBE) (jugés utiles par 100% des participants), élaboration de POS pour la définition de cas].

En revanche, les plus grands défis à relever selon les résultats de l'enquête résident dans : les retards de paiement ou non-paiement des prestataires de première ligne (mentionné par 60% du personnel du gouvernement), la situation sécuritaire précaire dans l'est du pays caractérisée par l'incursion des groupes et bandes armées et les massacres à répétition des populations et les violences qui entravent l'organisation et l'efficacité de la riposte (mentionné par 95% des participants), la pérennisation des facteurs socioculturels par les communautés (ethnies, coutumes et traditions ancestrales, perceptions communautaires, etc.). Enfin, la résistance communautaire constitue un défi majeur relevé par 90% des participants à l'enquête. Pour 50% d'entre eux, ce problème peut être surmonté par l'implication des leaders d'opinion à tous les niveaux afin d'intensifier la communication visant à modifier les comportements et permettre à la communauté d'adhérer à la riposte aux épidémies.

Pour la plupart des participants à l'enquête, il est important d'institutionnaliser ou de développer les innovations et nouvelles approches ou pratiques suivantes pour la réponse à d'éventuelles futures épidémies de MVE : renforcement de la surveillance à base communautaire avec le nouveau concept de surveillance basé sur les événements, organisation de visites dans des communautés ciblées avec implication des leaders communautaires, recrutement local pour la construction d'un centre de traitement Ebola, utilisation de thérapeutiques expérimentales comme la prophylaxie post exposition, approche zonale et AS, vaccination en ceinture autour des cas et des contacts de contacts, renforcement des capacités locales à la surveillance, rapprochement des sites de prélèvement et de prise en charge vers les communautés, , disponibilité de traitements spécifiques dans les Divisions provinciales de santé, et stratégie multimodale.

Notons cependant que cette étude présente certaines limitations quant à l'interprétation de ses résultats. Premièrement, les résultats sont qualitatifs, c'est-à-dire basés sur des idées, perceptions et points de vue des participants et donc pas nécessairement représentatifs de la réalité sur le terrain. Deuxièmement, un nombre élevé de participants à l'enquête ont donné des informations assez générales et parfois sans argumenter leurs réponses aux questions ouvertes. Comme l'enquête était en ligne, il était impossible de clarifier ni d'approfondir certains points. A ce stade, il est indispensable d'avoir des entretiens avec les informateurs clés et des discussions de groupe pour mieux identifier les enseignements tirés, les pratiques exemplaires et innovations à institutionnaliser.

## 5. Annexes

### 5.1.1. Annexe 1 : le questionnaire (version française en word document)

<b>RETOUR D'EXPERIENCE DU TERRAIN</b>	
Enquête en ligne post-réponse pour les intervenants dans les réponses aux épidémies d'Ebola en République démocratique du Congo, 2018-2020	
Introduction	
<p>Cette enquête en ligne a été envoyée aux intervenants ayant participé à la réponse aux 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup> et 11<sup>e</sup> épidémies d'Ebola en République démocratique du Congo (RDC) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dans la province de l'Équateur en 2018 (9<sup>ème</sup> épidémie)</li><li>- dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri en 2018-2020 (10<sup>ème</sup> épidémie)</li><li>- dans la province de l'Équateur en 2020 (11<sup>ème</sup> épidémie)</li></ul> <p>Le but de l'enquête est de compiler les perceptions individuelles des intervenants afin de saisir les meilleures pratiques, les défis et les leçons apprises rencontrés au cours des réponses aux épidémies citées ci-dessus.</p> <p>Recueillir les commentaires des intervenants de première ligne est une étape précieuse et essentielle pour saisir les expériences de chacun et les connaissances tacites pour un apprentissage continu et le renforcement des capacités de préparation et de réponse aux futures urgences.</p> <p>Il s'agit d'une très brève enquête qui ne devrait pas vous prendre beaucoup de temps.</p> <p>Les résultats de cette enquête aideront à informer le reste de la <b>Revue Après Action Maladie à Virus Ebola</b> dans la République Démocratique du Congo (<b>CEVAR</b>). Veuillez noter que vous pouvez également être invité à contribuer à d'autres phases du processus de la CEVAR, qui comprend des entrevues avec des informateurs clés et des groupes de discussion pour une analyse approfondie.</p>	
REMARQUE :	
Veuillez noter que cette enquête est anonyme et que tous les résultats seront présentés sous forme de données agrégées afin que vous ne soyez pas identifié.	
Section A - À quelles réponses avez-vous participé ?	
<b>1.</b>	<b>Dans quelles réponses à la MVE avez-vous été impliqué ? (Veuillez cocher un ou plusieurs selon le cas)</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018</li><li><input type="checkbox"/> Réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, Sud Kivu et Ituri, 2018-2020</li><li><input type="checkbox"/> Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018</li></ul>
<i>Remarque pour la programmation en ligne de l'enquête :</i> <i>Sur la base de la réponse à la question 1, les participants seront invités à répondre à une ou plusieurs des sections suivantes :</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Section B1 : pour les participants qui ont participé à la « réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018 »</i></li><li>• <i>Section B2 : pour les participants qui ont participé à la « réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, Sud Kivu et Ituri, 2018-2020 »</i></li><li>• <i>Section B3 : pour les participants qui ont participé à la « réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 »</i></li></ul>	
Section B1 - Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018	
<i>Cette section de l'enquête porte sur votre implication dans la réponse à la province de l'Équateur en 2018 (9<sup>ème</sup> épidémie). Essayez de garder vos réponses spécifiques à cette épidémie. Si vous avez été impliqué dans les autres ripostes à l'épidémie de MVE, vous aurez l'occasion d'en parler dans</i>	

d'autres sections de cette enquête.

2.	<b>Combien d'années d'expérience aviez-vous dans la réponse aux épidémies (avant votre déploiement dans cette réponse) :</b> _____ y compris _____ années d'expérience dans les réponses précédentes aux épidémies d'Ebola.
3.	<b>Pendant la « réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018 », vous avez été déployé en tant que :</b> <input type="checkbox"/> Personnel du gouvernement de la RDC <input type="checkbox"/> Organisation partenaire (personnel national) <input type="checkbox"/> Organisation partenaire (personnel international) <input type="checkbox"/> OMS (personnel national) <input type="checkbox"/> OMS (personnel international)
4.	<b>Où était votre principal lieu d'affectation pendant la « Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018 » ?</b> <input type="checkbox"/> Kinshasa <input type="checkbox"/> Capitale provinciale (Mbandaka) <input type="checkbox"/> District, veuillez préciser : _____ <input type="checkbox"/> Bureau régional AFRO <input type="checkbox"/> IMST au siège de l'OMS <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____ <i>? Si vous avez été déployé dans différents lieux d'affectation, veuillez choisir celui où vous êtes resté le plus longtemps.</i>
5.	<b>Dans quel (s) pilier (s) de réponse étiez-vous impliqué pendant la « Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018 » ? (Veuillez cocher un ou plusieurs selon le cas)</b> <input type="checkbox"/> Coordination de la réponse <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Gestion de cas <input type="checkbox"/> Prévention et contrôle des infections ; prévention et contrôle des infections nosocomiales ; et eau, assainissement et hygiène (WASH) <input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Communication des risques et engagement communautaire <input type="checkbox"/> Essais cliniques et recherche thérapeutique <input type="checkbox"/> Enterrements dignes et sécurisés <input type="checkbox"/> Programme des survivants à la MVE <input type="checkbox"/> Prise en charge psychosociale <input type="checkbox"/> Logistique <input type="checkbox"/> Sécurité dans un contexte humanitaire d'urgence <input type="checkbox"/> Points d'entrée <input type="checkbox"/> Gestion de l'information <input type="checkbox"/> Préparation opérationnelle (Pays/Provinces/Zones de santé) <input type="checkbox"/> Administration et Finances des opérations
6.	<b>Quels ont été les principaux défis auxquels vous ou votre équipe avez été confrontés pendant la « Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018 » ? Comment vous ou votre équipe avez-vous géré ces défis ?</b> <i>(texte ouvert)</i> <i>? Un défi est défini comme « un travail, une tâche ou une situation qui est difficile pendant l'intervention parce qu'une personne doit déployer beaucoup d'efforts, de détermination et de compétence pour réussir. »</i>

7.	<p><b>Quelles étaient les principales forces ou meilleures pratiques dont vous ou votre équipe avez été témoins / expérimentés durant la réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018 ?</b> (texte ouvert) <i>? Une meilleure pratique est définie comme « quelque chose qui a été fait pendant la réponse qui a amélioré les performances ou a eu un impact positif. »</i></p>
8.	<p><b>Y a-t-il eu des innovations spécifiques, de nouvelles approches ou pratiques initiées au cours de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018 qui pourraient être institutionnalisées et mises à profit ?</b> (texte ouvert)</p>
9.	<p><b>Dans l'ensemble, comment avez-vous ressenti cette expérience de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2018 (p. ex., satisfaction, frustration, douleur, gratification, etc.) Avant, pendant et après le déploiement ?</b> (texte ouvert)</p>
<p><b>Section B2 - Nord-Kivu, Sud-Kivu, réponse à l'épidémie d'Ebola en Ituri, 2018-2020</b></p>	
<p><i>Cette section de l'enquête porte sur votre implication dans la réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, Sud Kivu et Ituri, 2018-2020 (10<sup>ème</sup> épidémie). Essayez de garder vos réponses spécifiques à cette épidémie. Si vous avez été impliqués dans les autres ripostes à l'épidémie de MVE, vous aurez l'occasion d'en parler dans d'autres sections de cette enquête.</i></p>	
10.	<p><b>Combien d'années d'expérience aviez-vous dans la réponse aux épidémies (avant votre déploiement dans cette réponse): _____ y compris _____ années d'expérience dans les réponses précédentes aux épidémies d'Ebola.</b></p>
11.	<p><b>Pendant la “réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, sud Kivu et Ituri, 2018-2020”, vous avez été déployé en tant que :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Personnel du gouvernement de la RDC</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation partenaire (personnel national)</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation partenaire (personnel international)</li> <li><input type="checkbox"/> OMS (personnel national)</li> <li><input type="checkbox"/> OMS (personnel international)</li> </ul>
12.	<p><b>Où était votre principal lieu d'affectation pendant la “réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, sud Kivu et Ituri, 2018-2020” ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kinshasa</li> <li><input type="checkbox"/> Goma (capitale de la province du Nord-Kivu)</li> <li><input type="checkbox"/> Bukavu (capitale de la province du Sud-Kivu)</li> <li><input type="checkbox"/> Bunia (capitale de la province de l'Ituri)</li> <li><input type="checkbox"/> District, veuillez préciser : _____</li> <li><input type="checkbox"/> Bureau régional AFRO</li> <li><input type="checkbox"/> IMST au siège de l'OMS</li> <li><input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____</li> </ul> <p><i>? Si vous avez été déployé dans différents lieux d'affectation, veuillez choisir celui où vous êtes resté le plus longtemps.</i></p>
13.	<p><b>Dans quel (s) pilier (s) de réponse étiez-vous impliqué pendant la “réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, Sud Kivu et Ituri, 2018-2020” ? (Veuillez cocher un ou plusieurs selon le cas)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Coordination de la réponse</li> <li><input type="checkbox"/> Surveillance</li> <li><input type="checkbox"/> Laboratoire</li> <li><input type="checkbox"/> Gestion de cas</li> <li><input type="checkbox"/> Prévention et contrôle des infections ; prévention et contrôle des infections</li> </ul>

	<p>nosocomiales ; et eau, assainissement et hygiène (WASH)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vaccination</li> <li><input type="checkbox"/> Communication des risques et engagement communautaire</li> <li><input type="checkbox"/> Essais cliniques et recherche thérapeutique</li> <li><input type="checkbox"/> Enterrements dignes et sécurisés</li> <li><input type="checkbox"/> Programme des survivants à la MVE</li> <li><input type="checkbox"/> Prise en charge psychosociale</li> <li><input type="checkbox"/> Logistique</li> <li><input type="checkbox"/> Sécurité dans un contexte humanitaire d'urgence</li> <li><input type="checkbox"/> Points d'entrée</li> <li><input type="checkbox"/> Gestion de l'information</li> <li><input type="checkbox"/> Préparation opérationnelle (Pays/Provinces/Zones de santé)</li> <li><input type="checkbox"/> Administration et Finances des opérations</li> </ul>
14.	<p><b>Quels ont été les principaux défis auxquels vous ou votre équipe avez été confrontés pendant la réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, Sud Kivu et Ituri, 2018-2020 ? Comment vous ou votre équipe avez-vous géré ces défis ?</b></p> <p><i>(Texte ouvert)</i></p> <p><i>? Un défi est défini comme « un travail, une tâche ou une situation qui est difficile pendant l'intervention parce qu'une personne doit déployer beaucoup d'efforts, de détermination et de compétence pour réussir ».</i></p>
15.	<p><b>Quelles étaient les principales forces ou meilleures pratiques dont vous ou votre équipe avez été témoins / expérimentés durant la réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, sud Kivu et Ituri, 2018-2020 ?</b></p> <p><i>(Texte ouvert)</i></p> <p><i>? Une meilleure pratique est définie comme « quelque chose qui a été fait pendant la réponse qui a amélioré les performances ou a eu un impact positif ».</i></p>
16.	<p><b>Y a-t-il eu des innovations spécifiques, de nouvelles approches ou pratiques initiées au cours de la réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, Sud Kivu et Ituri, 2018-2020 qui pourraient être institutionnalisées et mises à profit ?</b></p> <p><i>(Texte ouvert)</i></p>
17.	<p><b>Dans l'ensemble, comment avez-vous ressenti cette expérience de la réponse à l'épidémie d'Ebola Nord-Kivu, Sud Kivu et Ituri, 2018-2020 (p. ex., satisfaction, frustration, douleur, gratification, etc.) Avant, pendant et après le déploiement ?</b></p> <p><i>(texte ouvert)</i></p>
<p><b>Section B3 - Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 (11<sup>ième</sup> épidémie)</b></p> <p><i>Cette section de l'enquête porte sur votre implication dans la réponse à la province de l'Équateur en 2020 (11<sup>ième</sup> épidémie). Essayez de garder vos réponses spécifiques à cette épidémie. Si vous avez été impliqué dans les autres ripostes à l'épidémie de MVE, vous aurez l'occasion d'en parler dans d'autres sections de cette enquête.</i></p>	
18.	<p><b>Combien d'années d'expérience aviez-vous dans la réponse aux épidémies (avant votre déploiement dans cette réponse) : _____ y compris _____ années d'expérience dans les réponses précédentes aux épidémies d'Ebola.</b></p>
19.	<p><b>Pendant la « Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 », vous avez été déployé en tant que :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Personnel du gouvernement de la RDC</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation partenaire (personnel national)</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation partenaire (personnel international)</li> <li><input type="checkbox"/> OMS (personnel national)</li> <li><input type="checkbox"/> OMS (personnel international)</li> </ul>

20.	<p><b>Où était votre principal lieu d'affectation pendant la "Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 » ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kinshasa</p> <p><input type="checkbox"/> Capitale provinciale (Mbandaka)</p> <p><input type="checkbox"/> District, veuillez préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bureau régional AFRO</p> <p><input type="checkbox"/> IMST au siège de l'OMS</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser : _____)</p> <p><i>? Si vous avez été déployé dans différents lieux d'affectation, veuillez choisir celui où vous êtes resté le plus longtemps.</i></p>
21.	<p><b>Dans quel (s) pilier (s) de réponse étiez-vous impliqué pendant la "Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 » ? (Veuillez cocher un ou plusieurs selon le cas)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Coordination de la réponse</p> <p><input type="checkbox"/> Surveillance</p> <p><input type="checkbox"/> Laboratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Gestion de cas</p> <p><input type="checkbox"/> Prévention et contrôle des infections ; prévention et contrôle des infections nosocomiales ; et eau, assainissement et hygiène (WASH)</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination</p> <p><input type="checkbox"/> Communication des risques et engagement communautaire</p> <p><input type="checkbox"/> Essais cliniques et recherche thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Enterrements dignes et sécurisés</p> <p><input type="checkbox"/> Programme des survivants à la MVE</p> <p><input type="checkbox"/> Prise en charge psychosociale</p> <p><input type="checkbox"/> Logistique</p> <p><input type="checkbox"/> Sécurité dans un contexte humanitaire d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> Points d'entrée</p> <p><input type="checkbox"/> Gestion de l'information</p> <p><input type="checkbox"/> Préparation opérationnelle (Pays/Provinces/Zones de santé)</p> <p><input type="checkbox"/> Administration et Finances des opérations</p>
22.	<p><b>Quels ont été les principaux défis auxquels vous ou votre équipe avez été confrontés pendant la Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 ? Comment vous ou votre équipe avez-vous géré ces défis ?</b></p> <p><i>(Texte ouvert)</i></p> <p><i>? Un défi est défini comme « un travail, une tâche ou une situation qui est difficile pendant l'intervention parce qu'une personne doit déployer beaucoup d'efforts, de détermination et de compétence pour réussir. »</i></p>
23.	<p><b>Quelles étaient les principales forces ou meilleures pratiques dont vous ou votre équipe avez été témoins / expérimentés Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 ?</b></p> <p><i>(Texte ouvert)</i></p> <p><i>? Une meilleure pratique est définie comme « quelque chose qui a été fait pendant la réponse qui a amélioré les performances ou a eu un impact positif. »</i></p>
24.	<p><b>Y a-t-il eu des innovations spécifiques, de nouvelles approches ou pratiques initiées au cours de la Réponse à l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 qui pourraient être institutionnalisées et mises à profit ?</b></p> <p><i>(Texte ouvert)</i></p>
25.	<p><b>Dans l'ensemble, que pensez-vous personnellement de cette expérience du Réponse à</b></p>

	<p><b>l'épidémie d'Ebola en Équateur, 2020 (p. ex., satisfaction, frustration, douleur, gratification, etc.). Avant, pendant et après le déploiement ?</b> (Texte ouvert)</p>
<p>Remarque pour la programmation en ligne de l'enquête : Les sections « réponse par épidémie » sont maintenant terminées. Les questions suivantes seront posées à tous les participants à l'enquête.</p>	
<p><b>Section C - Possibilité d'amélioration</b></p>	
26.	<p><b>Sur la base de votre observation et de votre expérience dans les 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 11<sup>ième</sup> réponses à la MVE en RDC, que peut-on faire pour améliorer encore les réponses à l'épidémie d'Ebola en général ?</b> (Texte ouvert)</p>
<p><b>Section D - À propos de vous</b></p>	
27.	<p><b>Êtes-vous actuellement impliqué dans d'autres activités de réponse à des épidémies ou d'urgence ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Remarque pour la programmation en ligne de l'enquête : Si la réponse à la question 27 est « oui », posez la question 28. Sinon, passez directement à 29</p>	
28.	<p><b>Dans quelle réponse êtes-vous actuellement impliqué ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Réponse à l'épidémie de COVID-19 en RDC</p> <p><input type="checkbox"/> Réponse à l'épidémie de COVID-19 - dans un autre pays (pas en RDC)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre épidémie / urgence en RDC. Veuillez préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre épidémie / urgence dans un autre pays. Veuillez préciser : _____</p>
<p><b>Section E - Informations supplémentaires</b></p>	
29.	<p><b>À quel sexe vous identifiez-vous ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Homme</p> <p><input type="checkbox"/> Femme</p> <p><input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre</p>
30.	<p><b>Si nous souhaitons avoir plus d'informations sur ce que vous avez exprimé dans cette enquête, pourrions-nous vous contacter pour une entrevue en tant qu'informateur clé?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Remarque pour la programmation en ligne de l'enquête : Si la réponse à la question 30 est « oui », posez la question 31. Sinon, passez directement à la 32</p>	
31.	<p><b>Afin de pouvoir vous contacter, veuillez fournir vos coordonnées :</b></p> <p>Nom complet : _____</p> <p>Adresse e-mail : _____</p> <p>WhatsApp (avec code pays) : + ____ - _____</p>
32.	<p><b>Avez-vous d'autres commentaires ?</b> (Texte ouvert)</p>
<p><b>Section F - Fin de l'enquête</b></p>	
<p>Merci d'avoir répondu à cette enquête et de votre contribution à sauver des vies !</p>	

### 5.1.2. Annexe 2 : Développement des thèmes

