



Brève situation de la Riposte à l'épidémie de la Maladie
à Virus Ebola (MVE) dans la Province de l'Équateur,
République Démocratique du Congo au 30^e jour

Kinshasa, le 08 juin 2018

Brève situation de la Riposte à l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE) dans la Province de l'Equateur, République Démocratique du Congo au 30^e jour

Responsables de l'Édition

Dr Oly Ilunga Kalenga,
Ministre de la santé de la RDC

Dr Yokouide Allarangar,
Représentant de l'OMS en RDC

Gestionnaires des Incidents

Dr N'djoloko Tambwe Bathé,
Directeur General de la Direction Générale de lutte contre la maladie (DGLM)

Dr N'da Konan Michel Yao,
Résponsable des opérations d'urgence (OMS AFRO)

Coordination et mise en forme

Dr Leon Nkolimoni
Dr Dominique Baabo
Dr Gervais Folefack Tengomo
Mr Rodrigue Barry
Ms Theresa Min-Hyung Lee
Ms Clarisse Kingweze
Ms Fatou Mboge

Crédits photos

Lindsay MACKENZIE
Saya OKA
Eugène KABAMBI

*Remerciements au autorités sanitaires de la République démocratique du Congo,
à tous les partenaires et l'ensemble des équipes de terrain
qui ont contribué à la réalisation de ce rapport.*

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	4
1.1	Brève description du système de santé de la RDC.	5
1.2	Historique de l'épidémie	5
2	LE PLAN DE RIPOSTE	7
2.1	Objectif général	7
2.2	Objectifs spécifiques	7
2.3	Principaux axes de la riposte	7
2.4	Mobilisation des ressources et financements	8
3	SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE A JOUR 30	10
3.1	L'évolution temporelle de l'épidémie	10
3.2	Distribution spatiale des cas	11
3.3	Profil des cas notifiés de la MVE, taux d'attaque et létalité dans les zones de santé affectées	13
3.4	Sexe et âge des cas	14
3.5	Contacts enregistrés et suivis par localité	14
3.6	Alertes	16
4	ORGANISATION DE LA RIPOSTE	17
4.1	Coordination	17
4.2	Les Centres des opérations d'urgence	18
4.3	Les partenaires impliquées dans la riposte à J 30	19
5	ACTIONS MENEES A JOUR 30	20
5.1	Coordination et partenariat	20
5.2	Surveillance et gestion de l'information	21
5.3	Prise en charge clinique et prévention et contrôle de l'épidémie (PCI)	22
5.4	Prise en charge psychosociale	25
5.5	Vaccination	27
5.6	Laboratoires	28
5.7	Communication des risques et engagement communautaire	30
5.8	Surveillance aux Points d'Entrée et Zones à risque	32
5.9	Gratuité des soins	34
5.10	Appui opérationnel et logistique	36
5.11	Ressources humaines	37
5.12	Sécurité	39
5.13	Préparation des autres provinces	40
6	ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES	42
6.1	Forces	42
6.2	Faiblesses	43
7	RECOMMANDATIONS	44
8	ANNEXES	45

1 INTRODUCTION

Avec une population estimée à 1 626 606 habitants et une densité de 16 habitants/km², elle a pour chef-lieu Mbandaka qui est la plus grande ville. L'Équateur est depuis 2015 l'une des 26 provinces de la République démocratique du Congo (RDC).

Les localités de Wangata, Iboko et Bikoro sont trois (03) des dix-huit (18) zones de santé (ZS) de cette province affectées par l'épidémie actuelle de la maladie à virus Ebola (MVE) (**Figure 1**). Voir les différentes populations des localités affectées dans le **Tableau I**.

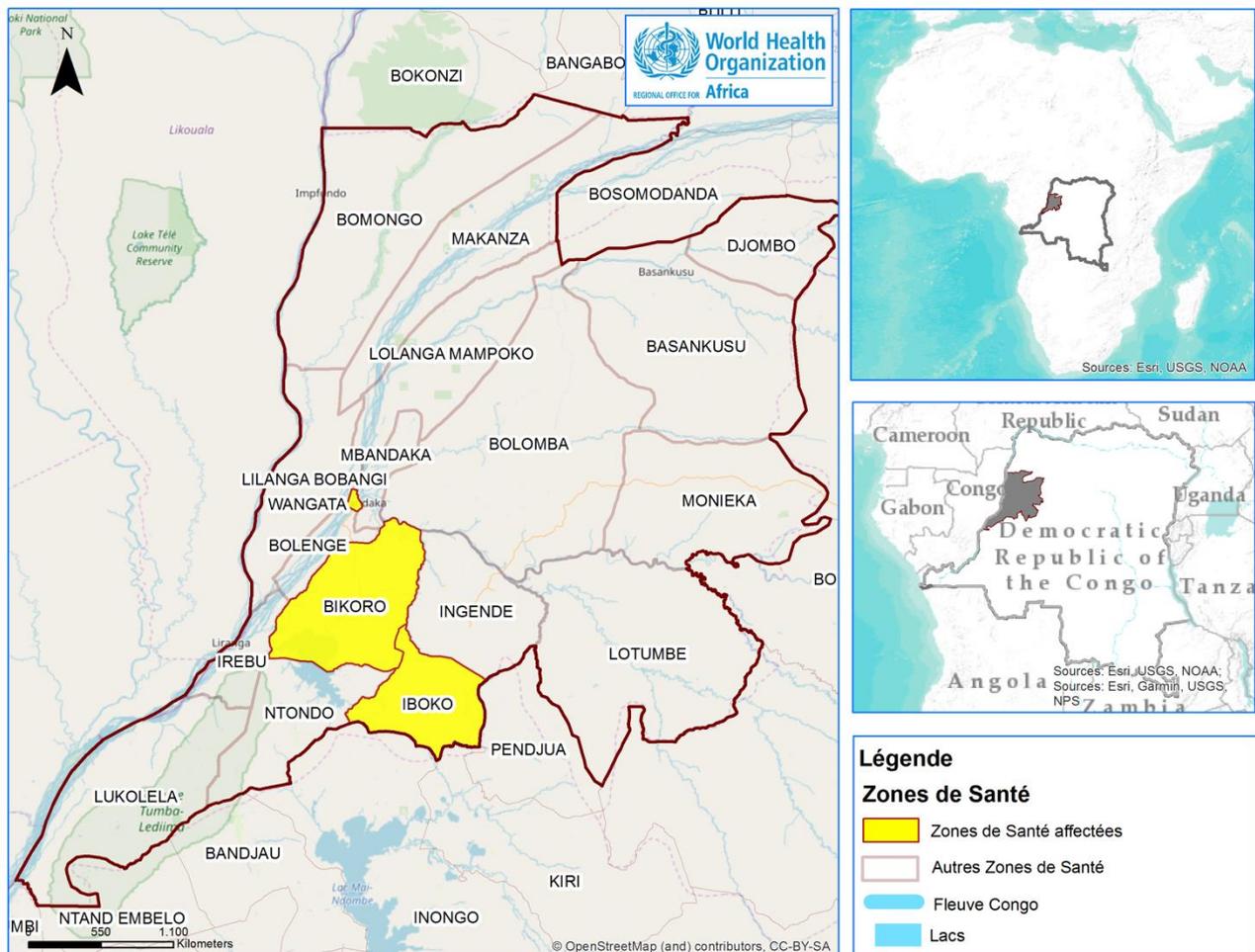


Figure 1 Carte de la Province de l'Équateur et les Zones de Santé affectées par la MVE, Mai 2018

Tableau I Population des zones de santé affectées par l'épidémie de la MVE, province de l'Equateur, RDC, mai 2018

N°	Zone de Santé	Population
1	Wangata	181 848
2	Iboko	113 065
3	Bikoro	153 510
Total		448 423

Source Ministère de la Santé, RDC

1.1 Brève description du système de santé de la RDC.

Le Ministère de la Santé Publique de la RDC est structuré en forme de pyramide à 3 niveaux, à savoir : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

La province de l'Equateur qui est affectée par la présente épidémie est située au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire. A ce niveau, la supervision et la mise en œuvre des stratégies et politiques élaborées par le niveau central sont assurées par la Division Provinciale de la Santé (DPS) chapeauté par un Ministre Provincial en charge de la Santé qui comprend une Division provinciale de la santé (DPS), une Inspection Provinciale de la Santé, un hôpital général provincial de référence, 8 hôpitaux généraux de référence et des Centres de santé et assimilés. La division provinciale de la santé de l'Equateur comprend 18 zones de santé (ZS) qui sont le niveau opérationnel et les aires de santé (AS).

1.2 Historique de l'épidémie

Le 1^{er} mai 2017, la division provinciale de la santé de l'Equateur a reçu une alerte concernant des décès d'origine suspecte dans la zone de santé de Bikoro, située à 125 km au sud de Mbandaka chef-lieu de la province de l'Equateur. Une équipe d'investigation rapide composée des membres du Ministère de la santé, de MSF et de l'OMS s'est

rendue dans la zone de santé de Bikoro du 05 au 06 mai 2018. Au cours de cette mission 16 décès historiques et 5 cas suspects de fièvre hémorragique virale ont été répertoriés. Des 5 échantillons envoyés pour analyse à l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) de Kinshasa le dimanche 06 mai 2018, deux cas se sont révélés positifs au sérotype Ebola-Zaire, par la technique de PCR-TR.

Le 08 Mai 2018, le ministère de la Santé a déclaré officiellement l'épidémie de la MVE dans la province de l'Équateur. Conformément aux dispositions du Règlement Sanitaire International (RSI), le Ministère de la santé de la RDC a notifié à l'OMS des cas confirmés de la MVE dans la zone de santé de Bikoro, province de l'Equateur. Depuis cette déclaration, deux autres zones de santé ont rapporté des cas (Iboko et Wangata dans la ville de Mbandaka). Les ZS affectées sont frontalières avec la République du Congo. Il s'agit de la neuvième épidémie d'Ebola en RDC. Une évaluation rapide des risques pour la santé publique découlant de cette épidémie a classé le risque pour la santé publique élevé au niveau national, modéré au niveau régional et faible au niveau mondial. Figure 2 ci-dessous résume la chronologie des événements depuis le 3 mai 2018, date de l'alerte lancée par le Ministère de la Santé jusqu'au 20 mai 2018 début des activités de vaccination sur le terrain.

INDEX CASE – date unknown

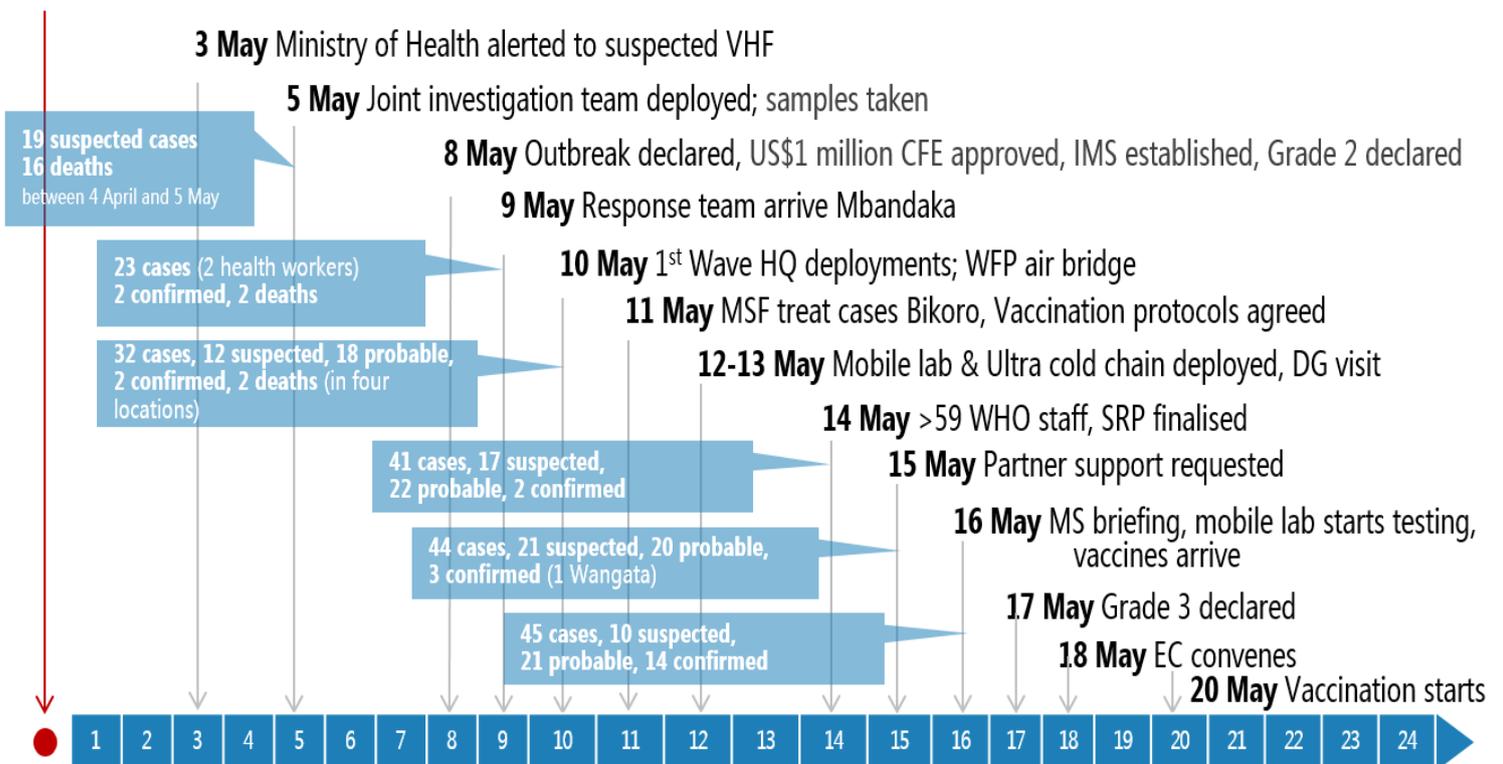


Figure 2 Epidémie de la MVE et chronologie des étapes de riposte dans la province de l'Equateur, RDC, Mai 2018

2 LE PLAN DE RIPOSTE

La première version du plan stratégique de réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola a été publiée le 15 mai 2018, avec un budget de US\$ 25 927 150. Une version révisée du plan initial stratégique de riposte (publié le 25 mai 2018) résulte d'une consultation avec le gouvernement et les partenaires, au cours de laquelle ont été identifiés un certain nombre de domaines clés nécessitant un renforcement de la riposte, à cause du risque accru de propagation, et un engagement supplémentaire de la part des communautés. Cette version révisée a un budget de US\$ 56 060 000.

2.1 Objectif général

Réduire la mortalité et la morbidité de la MVE dans la province de l'Équateur et empêcher la propagation de l'épidémie dans les autres Provinces, voir dans les autres pays.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Détecter tous les cas de la MVE dans la province de l'Équateur et identifier les contacts ;
2. Identifier et suivre tous les contacts ;
3. Renforcer les capacités de réponse rapide à l'épidémie de la MVE dans la province de l'Équateur ;
4. Réduire les risques de transmission de la MVE dans la communauté et la transmission nosocomiale dans les établissements de santé ;

5. Promouvoir les bonnes pratiques individuelles et collectives par la communication sur les risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire pour prévenir la propagation de la MVE dans la province de l'Équateur, dans les autres provinces du pays ainsi que dans les pays voisins ;
6. Renforcer la capacité des laboratoires national et provinciaux au diagnostic de la MVE ;
7. Assurer la prise en charge clinique et psychosociale des patients, des convalescents et du personnel impliqués dans la gestion de l'épidémie ;
8. Renforcer la capacité des pays voisins à risque dans la détection précoce et la réponse aux cas importés de MVE, y compris le dépistage à la sortie.

2.3 Principaux axes de la riposte

Les principaux axes de la riposte sont relatifs à la coordination, la surveillance, le diagnostic, la gestion des cas, la prévention et le contrôle de l'infection (PCI), la vaccination, la communication sur les risques et l'engagement communautaire, la prise en charge psychosociale, la gratuité des soins, la résilience du système sanitaire, la logistique.

2.4 Mobilisation des ressources et financements

Comme la plupart des interventions d'urgence, bien que les partenaires et les autorités locales aient agi rapidement pour faire face à l'épidémie, la mobilisation des ressources restait nécessaire pour soutenir la réponse du pays dans la lutte contre la MVE.

Une stratégie de mobilisation des ressources a été élaborée par le siège, le bureau régional ainsi que le bureau de pays pour une mise en œuvre immédiate et urgente afin de garantir le financement de la riposte

Au début de la riposte, l'OMS avait commencé par utiliser ses fonds propres (CFE) pour immédiatement lancer la riposte dans le pays tandis qu'un appel de fonds pour une réponse rapide ainsi que des alertes aux donateurs avaient été développés et partagés au niveau du siège, de la région et du bureau pays.

Au vu de l'évolution de l'épidémie et pour prendre en compte les risques pour certains pays voisins, un plan financier additionnel conjoint a ensuite été élaboré sous la direction de l'OMS, sur la base de

diverses interactions avec des partenaires, à savoir le gouvernement de la RDC, l'OIM, l'OMS, l'UNICEF, MSF, PAM / UNHAS et la FICR. Grâce à ces interactions, chaque partenaire a déterminé les domaines d'intervention de son organisation et les besoins financiers pour une réponse efficace. Le plan final prévoyait 57 millions de dollars américains pour l'ensemble de la réponse, dont le besoin financier de l'OMS avait été estimé à 28 millions de dollars américains.

Les activités de plaidoyer auprès des donateurs ont eu lieu au siège, aux différents niveaux de l'Organisation avec utilisation des supports de communication (rapports de situation entre autres).

Depuis la déclaration officielle de l'épidémie le 8 mai, la mobilisation des ressources en faveur de la réponse a atteint US\$ 63 millions des donateurs, notamment : Canada, CERF, la Chine, UK-DFID, Wellcome Trust et UK-DFID, Ebola MPTF, ECHO, la France, GAVI, le Gouvernement de la RDC, l'Italie, le Japon, Mercury Funds, Allemagne, la Norvège, USAID, La Banque Mondiale dont 29 millions obtenus par OMS.

Tableau II Ressources mobilisés pour la réponse

Agence de mis en oeuvre	Financement (US\$)	Engagement (US\$)	Balance (US\$)	% Engagé
Gouv RDC	20 000 000	8 789 714	11 210 286	44%
FICR	1 072 900	750 000	322 900	70%
OIM	1 591 620	617 404	974 216	39%
MSF	577 500	577 500	0	100%
UNICEF	9 507 920	6 188 555	3 319 365	65%
PAM	992 500	992 500	0	100%
OMS	29 288 553	22 066 276	7 222 277	75%
Total	63 030 993	39 981 949	23 049 044	63%

3 SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE A JOUR 30

3.1 L'évolution temporelle de l'épidémie

L'épidémie de la MVE a été déclarée le 08 mai 2018. La **figure 3** ci-dessous présente la courbe épidémique des cas dans la province de l'Équateur en RDC à la date du 08 juin 2018 sur l'ensemble des zones de santé touchées, cela 30 jours après les activités de riposte.

L'épidémie a commencé dans la ZS de Bikoro avec la notification d'une série de cas probables et le premier cas confirmé le 8 mai 2018. La **figure 4** ci-dessous présente la courbe épidémique à la date du 08 juin 2018 dans les zones de santé affectées (ZS de Bikoro, ZS d'Iboko, ZS de Wangata) soit 30 jours après le début des activités de riposte.

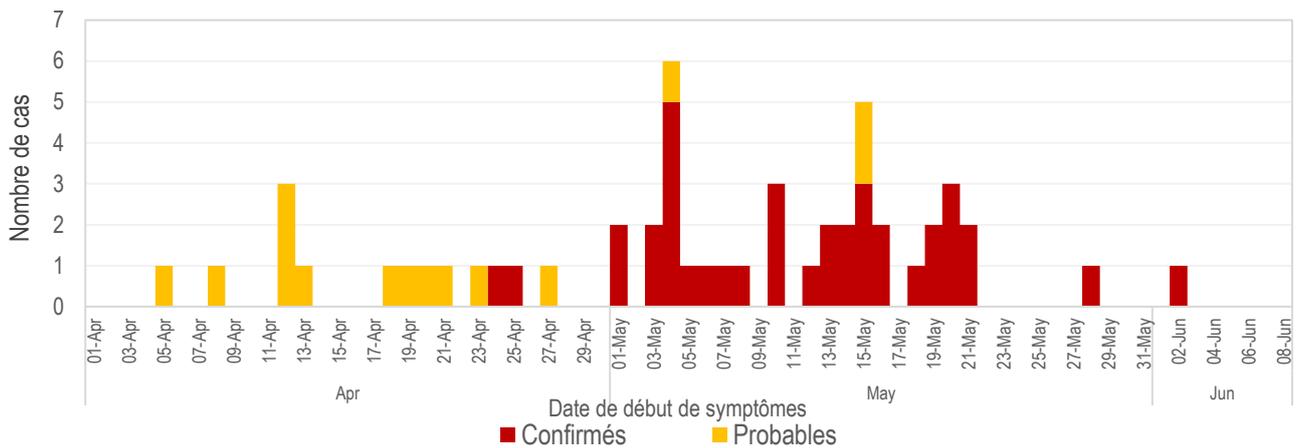


Figure 3 Courbe épidémique des cas de la MVE dans la province de l'Equateur, RDC, par date de début de symptômes au 08 juin 2018

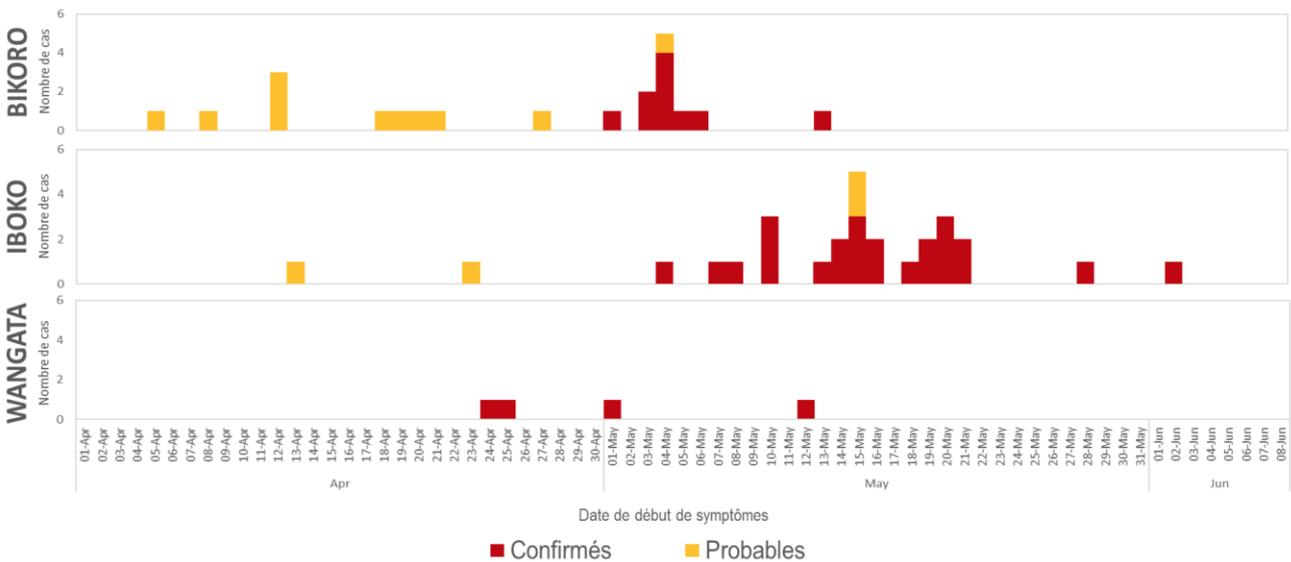


Figure 4 Courbe épidémique de la MVE dans la province de l'Equateur en RDC par dates de début de symptômes par zones de santé au 08 juin 2018

3.2 Distribution spatiale des cas

La distribution géographique des cas de la MVE par aires de santé (AS) est représentée dans la cartographie (**Figure 5**) ci-dessous. La plupart des

cas viennent de l'AS d'Itipo (ZS d'Iboko), AS d'lkoko-Impenge (ZS de Bikoro), et Bikoro Centre (ZS de Bikoro).

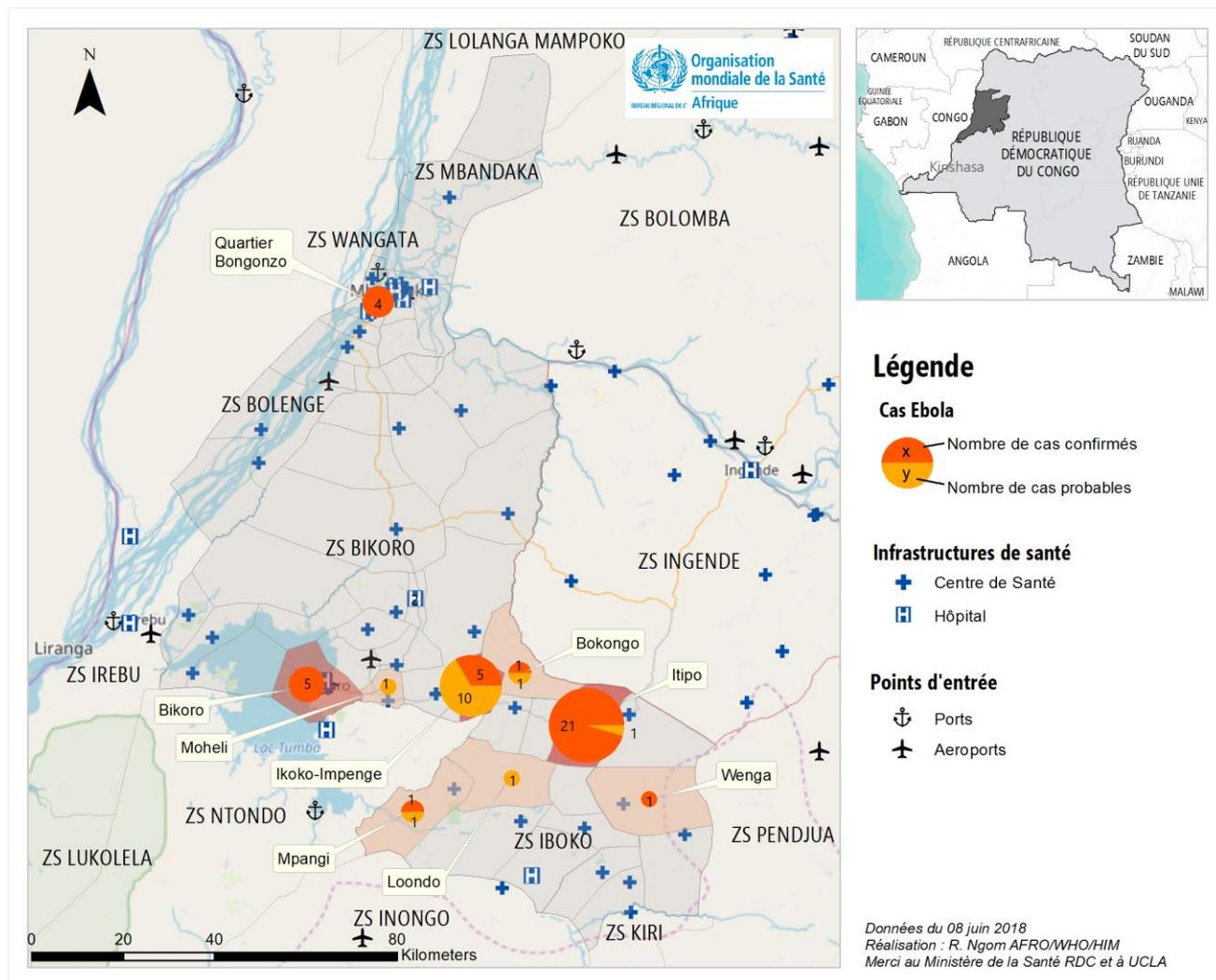


Figure 5 Distribution des cas confirmés et probables de MVE dans les zones de santé affectées, Province de l'Equateur, RDC, au 08 juin 2018

3.3 Profil des cas notifiés de la MVE, taux d'attaque et létalité dans les zones de santé affectées

Le **tableau III** ci-dessous présente la situation des cas dans les différentes zones de santé affectées ainsi que les taux d'attaques et létalité parmi les cas confirmés au 08 juin 2018. Il ressort du tableau III qu'au 08 Juin 2018, un total de 52 cas (dont 38 confirmés et 14 probables) et 27 décès ont été rapportés depuis la notification officielle de l'épidémie par le Ministère de la Santé

conformément au RSI. Le taux d'attaque global est de 12 cas pour 100 000 habitants et le taux de létalité est de 34% parmi les cas confirmés. Depuis le début de l'épidémie, il y a eu 58 cas suspects qui sont devenus non-cas. A cette date, la distribution des cas montre que les ZS d'Iboko et Bikoro restent des foyers actifs de l'épidémie.

Tableau III Cas et décès des cas notifiés de MVE dans les différentes zones de santé affectées ainsi que les taux d'attaques et létalité à la date du 08 juin 2018

Description	Bikoro	Iboko	Mbandaka	Total
Total cas probables	11	3	0	14
Total cas confirmés	10	24	4	38
Total des cas probables et confirmés	21	27	4	52
Total décès	18	6	3	27
Décès parmi les cas confirmés	7	3	3	13
Décès parmi les cas probables	11	3	0	14
Total de non cas (cas suspects testé négatifs et cas probables invalidés)	28	11	20	59
Taux d'attaque (pour 100 000 habitants)	13.7	23.9	2.2	11.6
Létalité parmi les cas confirmés (%)	70.0	12.5	75.0	34.2

3.4 Sexe et âge des cas

La répartition par sexe et groupes d'âge est illustrée dans la **Figure 6** ci-dessous. Parmi les 48 cas pour

lesquels l'information sur le sexe est disponible, il y a 18 femmes (37.5%) et 30 hommes (62.5%).

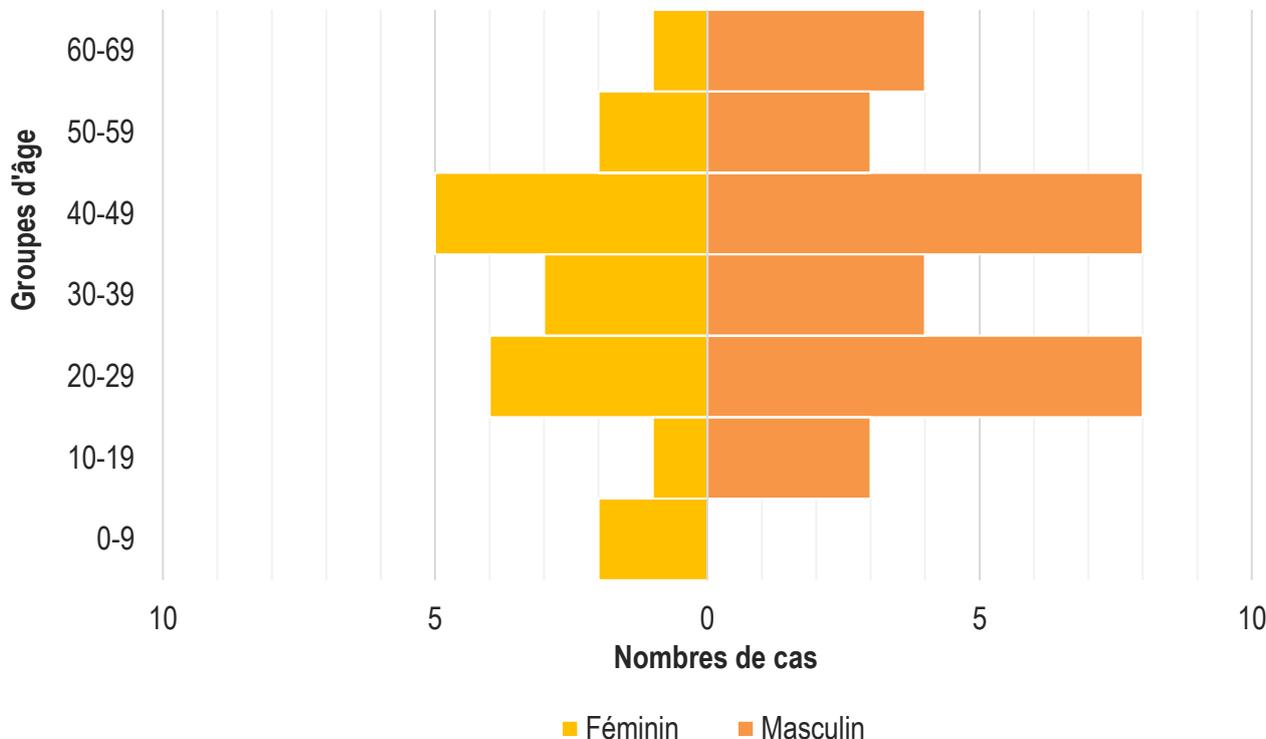


Figure 6 Distribution des cas de l'épidémie de la MVE dans les zones de santés affectées par sexe et groupes d'âge, au 08 juin 2018

3.5 Contacts enregistrés et suivis par localité

Le **tableau IV** ci-dessous présente la situation des contacts enregistrés autour des cas depuis le début de l'épidémie de la MVE au 08 Juin 2018. Un total de 1699 contacts ont été enregistrés depuis le début d'épidémie (dont 791 dans la ZS de Bikoro, 647 dans la ZS d'Iboko, 218 dans la ville de Mbandaka et 43 dans la ZS de Ntondo). Entre le 13 mai et 08 juin 2018, le taux de suivi de contacts

était de 74% en moyenne, et plus de 15 000 visites ont été effectuées. Au 08 juin 2018, 997 contacts sont sortis du suivi.

La **Figure 7** ci-dessous illustre le nombre de contacts vu parmi les contacts à suivre par jour. Le nombre de contacts qui sont devenus suspects, puis confirmés ne sont pas disponibles en ce moment.

Tableau IV Situation des contacts dans les zones de santé touchées, Equateur, RDC, au 08 juin 2018

Contacts	Zone de santé				Total
	Bikoro	Iboko	Mbandaka	Ntondo	
Total des contacts enregistrés depuis le début	791	647	218	43	1699
Contacts sortis du suivi	740	85	129	43	997
Contacts restant à suivre	51	562	89	0	702
Date de sortie du dernier contact					27 juin 2018

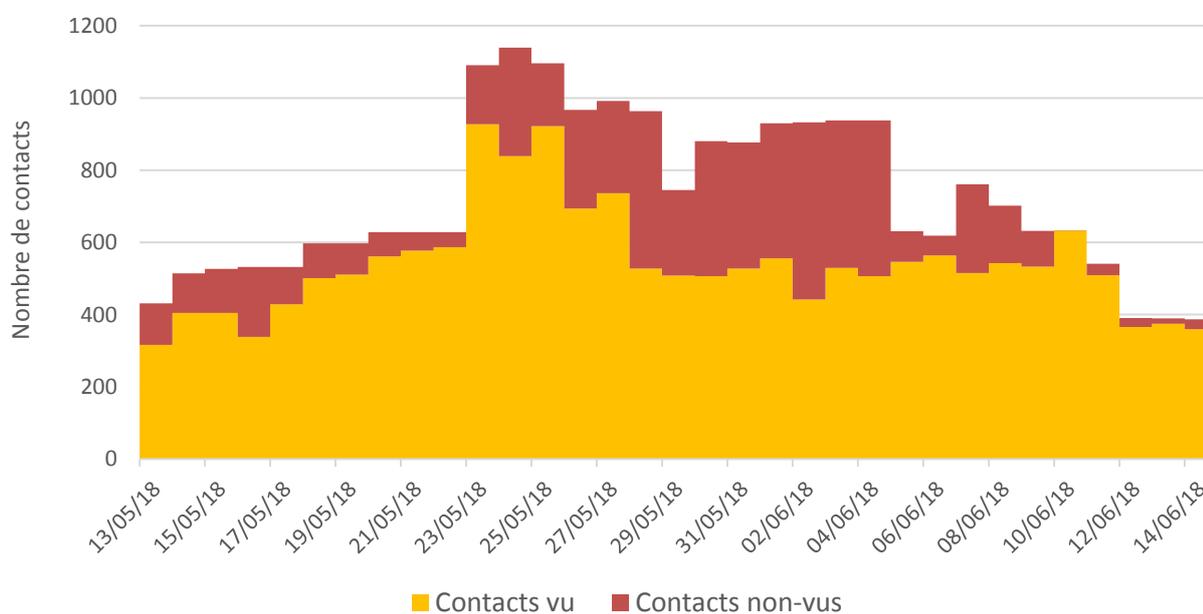


Figure 7 Suivi de contacts dans les zones de santé affectées par la MVE au 08 juin 2018

3.6 Alertes

Plus de 282 alertes ont été enregistrées par l'équipe de surveillance depuis le début d'épidémie, dont 105 dans la ZS de Bikoro, 107 dans la ZS d'Iboko, 54 dans la ville de Mbandaka, 5 dans la ZS d'Ingende, 1 dans la ZS d'Iboko et 3 dans la ville de Kinshasa.

La **Figure 8** ci-dessous montre la synthèse des alertes enregistrées entre 13 mai 2018 et 08 juin 2018.

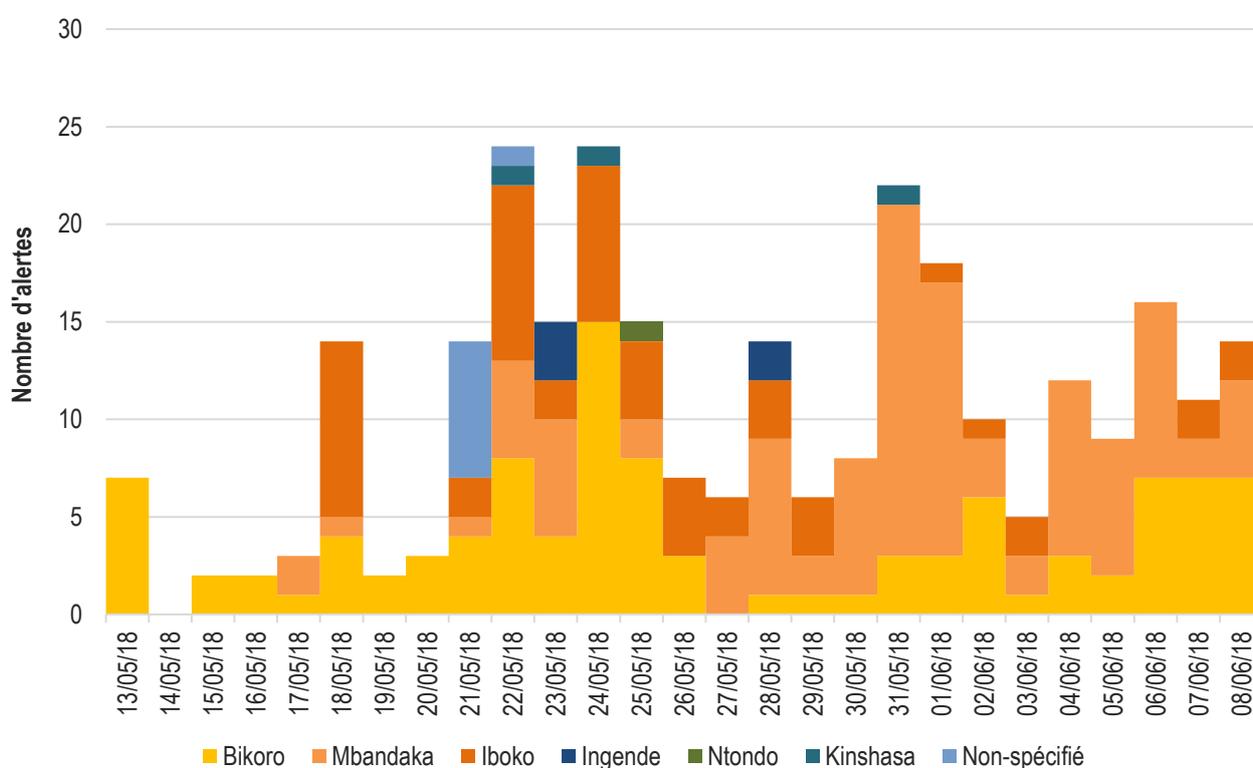


Figure 8 Nombre d'alertes enregistrées dans les zones de santé affectées par la MVE au 08 juin 2018

4 ORGANISATION DE LA RIPOSTE

4.1 Coordination

Le Ministre de la santé publique a pris un arrêté en date du 09 Mai 2018 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de coordination de la riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola déclarée dans la province de l'Equateur. Ce comité de coordination est composé de trois organes :

- ➔ Le comité national de coordination
- ➔ Le comité provincial de coordination
- ➔ Le comité local de coordination

Le comité national de coordination de la réponse à la MVE (CNC) est présidé par le Ministre de la Santé Publique. La vice-Présidence est assurée par le Représentant de l'OMS.

Cette coordination est appuyée par des commissions techniques qui dirigent les principaux piliers de la réponse. La structure de coordination nationale est représentée dans la **Figure 9** ci-dessous.

La coordination provinciale est présidée par le Ministre provincial de la Santé Publique. Elle est basée à Mbandaka, et a la même structure que la coordination nationale.

Au niveau des sites de Bikoro, Iboko et Itipo, des comités locaux de coordination des sites ont été mises en place pour coordonner les activités de réponse. Elles sont présidées par les coordonnateurs des sites désignés par le Ministre de la santé publique.



Figure 9 Piliers de la riposte

Les réunions des comités national et provincial de coordination, présidées respectivement par le Ministre national de la santé publique et le Ministre provincial de la santé publique. Elles se tiennent quotidiennement aussi bien au niveau national que provincial. Depuis le début de l'épidémie, il est observé une forte implication des Ministres de la Santé national et provincial dans la coordination de la réponse. Les réunions de coordination des sites se tiennent aussi quotidiennement, présidées par le coordonnateur du site désigné par le Ministre National de santé publique.

La coordination des partenaires est assurée par l'OMS, sous le leadership de Mme la Coordinatrice humanitaire. Une grande mobilisation des partenaires est observée depuis le début de cette épidémie, aussi bien au niveau de la mobilisation des ressources que de la mise en œuvre des activités de réponse.

4.2 Les Centres des opérations d'urgence

Le centre d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP) qui est le lieu principal où le personnel responsable se réunit pour coordonner la réponse à l'épidémie, n'a pas fonctionné au niveau national. Un COUSP provincial équipé à Mbandaka à l'occasion de cette épidémie, est fonctionnel et permet d'assurer une réponse efficace et coordonnée à la MVE dans la province de l'Equateur.

Un centre de coordination des opérations (SHOC room) est fonctionnel au bureau pays de l'OMS à Kinshasa. Le COUSP de l'OMS, dirigé par un gestionnaire des incidents (IM), utilise le système de gestion des incidents de l'OMS pour coordonner les actions de réponse.



Figure 10 Réunion du Comité National de Coordination

4.3 Les partenaires impliquées dans la riposte à J 30

Les partenaires ci-dessous ont été impliqués dans la riposte en fonction de leurs domaines d'expertise, en appui au Ministère Congolais de la santé. Il s'agit de :

- ➔ MONUSCO
- ➔ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- ➔ UNICEF
- ➔ Programme alimentaire mondial (PAM)
- ➔ Organisation internationale pour les migrations (OIM)
- ➔ Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires – Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA)
- ➔ Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)
- ➔ Centres pour le contrôle et la prévention des maladies - US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- ➔ Africa-CDC,
- ➔ Le Gouvernement Chinois
- ➔ Les Entreprises privées chinoises installées en RDC
- ➔ Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO)
- ➔ L'Agence de coopération internationale du Japon - Japan International Cooperation Agency (JICA)
- ➔ L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
- ➔ Public Health England (PHE)
- ➔ Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)
- ➔ Médecins Sans Frontières (MSF)
- ➔ Emerging and Dangerous Pathogens Laboratory Network (EDPLN)
- ➔ Emerging Diseases Clinical Assessment and Response Network (EDCARN)
- ➔ Croix-Rouge RDC
- ➔ Comité international de la Croix-Rouge (CICR)
- ➔ Le programme de technologie appropriée en santé (PATH)
- ➔ les ONG locales dont Amani Global Works

5 ACTIONS MENEES A JOUR 30

Pour mener à bien les activités de riposte, le plan d'action a retenu 11 axes d'intervention majeures. A la date du 08 Juin 2018, soit 30 jours après la déclaration officielle de l'épidémie.

Les principales activités réalisées par axe d'intervention ont été les suivantes :

5.1 Coordination et partenariat

- ➔ Le 09 mai 2018 : **Arrivée de la première équipe d'intervention dans la province de l'Equateur.** Une équipe d'experts du niveau Central s'est rendue à Bikoro pour organiser la riposte sur le terrain en même temps que la réactivation de la coordination au niveau provincial et local ;
- ➔ Les réunions de coordinations quotidiennes se sont régulièrement tenues, présidées par le Ministre de la santé avec l'implication des partenaires depuis le 9 mai 2018. Il en est de même des réunions de coordination des responsables de la MONUSCO, du groupe inter-bailleur santé (GIBS), des différentes commissions et des réunions quotidiennes au niveau des centres opérationnels de riposte avec un point clé sur le suivi des recommandations ;
- ➔ Le Ministre de la Santé, les Représentants de l'OMS et de l'UNICEF ont effectué plusieurs missions conjointes de supervision et d'évaluation à Mbandaka, Bikoro, Iboko et Itipo qui est devenu l'épicentre de l'épidémie de la maladie à virus Ebola ;
- ➔ Le DG de l'OMSa effectué une première mission dans la province de l'Equateur le Dimanche 13 mai 2018, accompagnée de la Directrice Régionale de l'OMS pour l'Afrique ;
- ➔ Du 09 au 12 juin le DG de l'OMS a mené une seconde visite de terrain qui l'a conduit à visiter la RDC et la RCA ;
- ➔ Le bureau pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), a appuyé la coordination de la riposte, au niveau central à Kinshasa et au niveau provincial à Mbandaka avec l'apport des équipes Surge des bureaux régionaux OCHA de Dakar (6 staff) et Nairobi (1 staff) ;
- ➔ A Mbandaka, OCHA a fourni des conseils aux commissions et à la coordination provinciale afin de rendre plus efficaces leurs réunions journalières. Avec l'OMS, OCHA fournit un appui au Ministère de la santé en matière de collecte et de gestion de l'information.



Figure 11 Suivi de contacts par l'équipe de surveillance d'Itipo

5.2 Surveillance et gestion de l'information

- ➔ Une équipe de l'OMS a été détachée pour appuyer la surveillance épidémiologique au niveau du Ministère ;
- ➔ Un système d'alertes a été mis en place et est fonctionnel. Le numéro vert est fonctionnel (472222) ;
- ➔ Les cas suspects et les décès communautaires sont systématiquement investigués ;
- ➔ Les contacts sont systématiquement recherchés, identifiés, listés et suivis pour tous les cas confirmés ;
- ➔ La surveillance épidémiologique a été renforcée, surtout le volet surveillance active et communautaire ;
- ➔ Le toilettage et l'harmonisation des bases de données des cas et des contacts avec celles du ministère de la santé sont faites régulièrement ;
- ➔ La rédaction et la diffusion des documents tels que les SOPs ont été effectuées ;
- ➔ La production et la diffusion du SITREP conjoint se fait quotidiennement ;
- ➔ Un Dashboard a été élaboré et est mis à jour quotidiennement.



Figure 12 La forêt entre Mbandaka et Itipo

5.3 Prise en charge clinique et prévention et contrôle de l'épidémie (PCI)

- ➔ Dans le cadre de la coordination, une commission prise en charge clinique a été mise en place aux différents niveaux de la coordination, afin de répondre plus efficacement aux besoins de la réponse en cours. Trois sous-commissions ont été mises sur pied : triage, PCI et suivi des survivants ;
- ➔ Plusieurs organisations dont des ONG internationales et national et des équipes d'interventions d'urgences (EMT) ont rejoint les équipes de réponse sur le terrain et à Kinshasa. Outre les équipes de MSF engagées dans la PEC médicale dans les CTE, des personnels de la partie gouvernementale (PNUAH, INRB, etc.) ont également été déployés. Le premier expert logisticien Wash de l'OMS a été déployé sur le terrain le 8 mai 2018 pour une évaluation des conditions d'hygiène, d'assainissement et de l'eau ;
- ➔ 500 kits d'équipements de protection individuelle (EPI) et un kit sanitaire interagence d'urgence pouvant prendre en charge 1000 personnes pendant 3 mois ont été mis en place le 09 mai par l'OMS ;
- ➔ Des outils de prise en charge (PEC) tels que les algorithmes de PEC, un checklist d'évaluation PCI, le plan de nutrition et d'alimentation et la stratégie de prise en charge médicale ont été développés ou actualisés selon les cas ;
- ➔ Le plan de développement de la nutrition et de l'alimentation a été intégré au plan conjoint MSP-Partenaires ;
- ➔ Pour la prise en charge efficace des cas, deux CTE (Wangata et Bikoro) et deux centres de transit – CDT (Ibiko et Itipo) ont été mis en place. Un Centre de traitement agréé (CTA) a été installé par MSF à Bikoro. En attendant l'installation prochaine de ALIMA à Itipo, MSF gère les deux CTE et le CDT ;



Figure 13 Hôpital Général de Référence de Wangata

- Les médicaments pour la prise en charge des cas sont disponibles selon une liste agréée : la liste de dix catégories de médicaments a été revue et actualisée ;
- Outre les médicaments classiques de PEC, une liste de cinq nouvelles molécules (deux antiviraux et trois anticorps monoclonaux) sont proposés par un panel d'experts internationaux et acceptés par les comités d'accréditation et d'éthique ;
- A la date du 08 juin, les CTE avaient totalisé 49 admissions dans les quatre sites de prise en charge parmi lesquels 17 sortis « guéris » et appelés survivants ;
- Un audit PCI de toutes les structures de Santé des localités de Mbandaka, Bikoro, Iboko, Wangata et Bolingue a été réalisé ; soit dans 6 hôpitaux généraux régionaux, 67 centres de santé et 63 postes de santé ;
- Une analyse situationnelle de la mise en œuvre de la PCI au CTE provisoire de Kinkole dans la ville de Kinshasa a été faite ;
- Un Centre de traitement Ebola disposant de 12 lits a été rendu opérationnel à Mbandaka depuis le 28 mai ;
- A Bikoro, MSF a mis en place un centre de traitement Ebola avec 20 lits, en partenariat avec le Ministère de la santé ;
- MSF a récemment aidé à mettre en place une clinique pour s'occuper des survivants et prendre en charge la phase post Ebola et les complications au plan mental et sanitaire au sein de ceux qui auraient survécu à Ebola. La clinique est dirigée par un médecin du Ministère de la santé. Le même processus est en cours à Itipo, où on retrouve le plus de survivants ;
- MSF continue à gérer 13 lits dans le centre de traitement Ebola au sein de l'hôpital général de référence de Iboko, en partenariat avec le Ministère de la santé ;
- Kinkole – Kinshasa : La réhabilitation du centre de traitement Ebola de Kinkole (aux alentours de Kinshasa) est achevée (CTE de 10 lits extensibles à 40) . Le Staff MSF a entrepris des formations (portant sur les mesures de protection, les procédures de traitement, le transport des patients) au profit des équipes du Ministère de la santé qui pourraient gérer les structures en cas de besoin ;
- De son côté l'UNFPA a dès le 14 mai mis à la disposition du Ministère de la santé :
 - 150 EPIs pour renforcer les mesures de barrière en vue d'empêcher la transmission du virus ;

- Deux (2) kits transfusion sanguine pour permettre quand c'est vraiment inévitable une transfusion sanguine rationnelle et sécurisée, puisque les premiers cas suspects présentaient une symptomatologie hémorragique. Les deux kits sont à mesure de couvrir les besoins en transfusion sanguine dans une population de 300 000 personnes pendant 3 mois ;
 - Quatre (4) kits d'accouchements hygiéniques individuels pour réduire le risque d'infection pour 800 femmes enceintes ;
 - 2 100 paires de gants gynécologiques de différentes tailles (petite, moyenne et grande) qui longues jusqu'au coude et qui protègent la sage-femme et l'accoucheur de contracter les infections et de les transmettre ;
 - 17 500 paires de gants d'examen de taille diverses pour maximiser la réduction du risque dans les formations sanitaires ;
- ➔ Le même jour a eu lieu la donation de motos, reprise plus bas dans la rubrique « Appui opérationnel et logistique ».



Figure 14 Enlèvement d'équipements de protection individuelle (EPI)

5.4 Prise en charge psychosociale

- ➔ Depuis le 05 Juin, PAM, UNICEF ainsi que le ministère de la santé (sous-commission « suivi psychosocial » du CNC) ont commencé avec des distributions de vivres et de non-vivres pour les personnes déchargées des centres de traitement Ebola ainsi que pour les personnes ayant été registre sur les listes des contacts des cas confirmes ;
- ➔ Les déchargées reçoivent un support nutritionnel pour deux semaines ainsi que le panier standard d'aliment pour ménage couvrant 3 mois ;
- ➔ Les personnes de contact reçoivent un support alimentaire pour leur ménages couvrant la période d'incubation (21 jours) ;
- ➔ UNICEF complète le panier avec des légumes frais ainsi que d'un seau et une moustiquaire.



Figure 15 Une socio-anthropologue apporte son soutien à une veuve

5.5 Vaccination

Le 21 mai 2018, la vaccination en ceinture a commencé par les agents de santé à Mbandaka (OMS) et à Bikoro (MSF). Au 21 mai, Merck a fourni à l'OMS 8640 doses du vaccin rVSVΔG-ZEBOV dont 7540 doses sont disponibles en RDC (environ 50 pour 150 personnes). Huit mille (8000) doses supplémentaires seront disponibles dans les prochains jours.

Les activités de vaccination conduites par MSF ont commencé le 28 mai et on ciblé les villes et villages des zones de santé de Bikoro et Iboko en y incluant Itipo, la zone la plus affectée par l'épidémie. Le vaccin a été administré selon l'approche de la vaccination en ceinture (ciblant les

contacts et les contacts des contacts des cas confirmés Ebola) aussi bien que les agents de santé de première ligne et les personnes en charge de l'hygiène dans les centre de traitement Ebola, les leaders religieux, les tradi praticiens et les conducteurs de motos taxi.

Au total, 2145 personnes ont été vaccinées entre le 21 mai 2018 et 08 juin 2018 dans les zones de santé (ZS) affectées (713 à Mbandaka, 498 à ZS de Bikoro, 904 dans la ZS d'Iboko, et 30 à ZS d'Ingende). Avec l'appui de l'OMS, 1328 contacts et contacts de contacts ont été vaccinés entre 21 mai et 08 juin 2018.

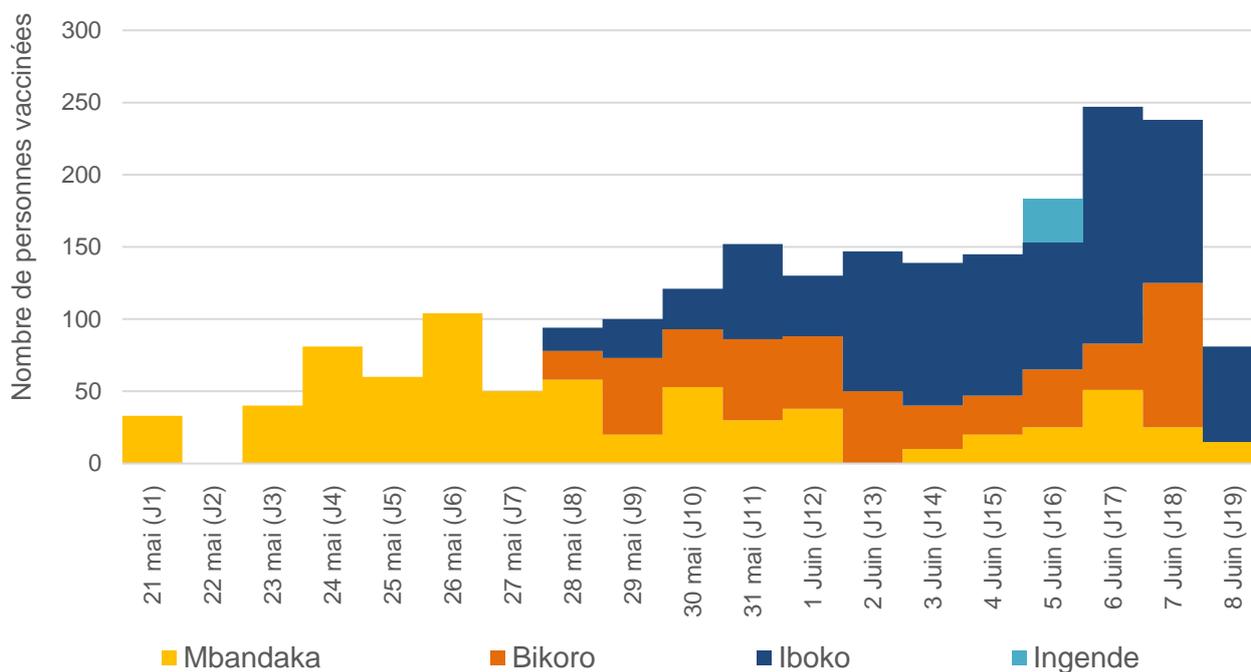


Figure 16 Nombre de personnes vaccinées contre la MVE dans la province de l'Equateur en RDC par zones de santé au 08 juin 2018



Figure 17 L'équipe de vaccination à Iboko

5.6 Laboratoires

- ➔ La stratégie retenue par le Ministère de la Santé est de rapprocher le diagnostic de la maladie à virus Ebola (MVE) des populations affectées par l'épidémie.
- ➔ A cet effet, un premier laboratoire mobile a été déployé à Bikoro le 11 mai 2018. De par l'évolution de l'épidémie, un deuxième laboratoire (GeneXpert) a été mis en place à Mbandaka le 17 mai 2018 et enfin un 3^{ème} à Itipo le 30 mai 2018.
- ➔ Du personnel et de l'équipement de laboratoire sont prêts à être déployés à Iboko par l'INRB si cela s'avérait nécessaire et des dispositions sont en train d'être prises pour renforcer les capacités diagnostiques des régions avoisinant les zones affectées.
- ➔ Un plan pour la couverture nationale en GeneXpert est également en cours de réflexion.
- ➔ Le fonctionnement des laboratoires est assuré par une équipe de l'INRB avec l'appui de partenaires comme MSF Belgique à Mbandaka, IMT d'Anvers à Bikoro et Institut Pasteur de Dakar (IPD) à Itipo. Au niveau de chaque laboratoire, les analyses sont effectuées en utilisant les tests de diagnostic rapide (TDR) et le GeneXpert (Mbandaka) éventuellement complétés par le laboratoire mobile (Bikoro et Itipo).
 - Le plateau technique de Bikoro a été renforcé pour répondre aux exigences du suivi biologique des malades dans le cadre des essais cliniques.

- Ainsi organisé, les résultats des analyses sont généralement disponibles dans les 3h qui suivent l'arrivée de l'échantillon au laboratoire
 - Au 08 juin 2018, un total de 217 échantillons a été testé dans les différents sites identifiant 38 cas positifs.
- ➔ Les partenaires du Ministère de la Santé tels que OMS, JICA, INRD, IMT d'Anvers, CDC, ont assuré l'approvisionnement des laboratoires en tests de diagnostic rapide (TDR) et autres intrans (cartouches pour GeneXpert, matériels de protection, etc).
- Le plateau technique de l'INRB a été renforcé avec cinq machines GeneXpert et à cet effet, un expert de laboratoire a été recruté pour recycler les techniciens sur l'installation, l'utilisation et la maintenance de cette technologie. Il est planifié d'organiser deux sessions de formation de 8 personnes à Kinshasa et Mbandaka. Ces formations seront également organisées dans les autres provinces au fur et à mesure de la mise en œuvre du plan de couverture national en GeneXpert.
- ➔ La commission Laboratoire et Recherche à laquelle participent activement plusieurs partenaires, se réunit trois fois par semaine depuis le 09 mai 2018.
- ➔ L'approvisionnement ininterrompue des réactifs de laboratoire reste un défi de même que la bonne protection des équipements contre les aléas de la fourniture en énergie électrique.

Tableau V Répartition des ressources par zones affectées (équipements et ressources humaines), situation au 08 juin 2018

	Mbandaka	Bikoro	Itipo
Equipements	1 GeneXpert (MSF)	1 GeneXpert	1 GeneXpert
		1 Smart Cyclor	
		1 labo mobile (K-PLAN-INRB)	1 labo mobile (IPD)
	1 générateur	1 générateur	1 générateur
	1 stabilisateur	1 stabilisateur	1 stabilisateur
	1 onduleur	1 onduleur	1 onduleur
Ressources humaines	1 INRB	3 INRB	1 INRB
	1 Mbandaka-MSP		2 IPD
	1 IPD		



Figure 18 Sensibilisation dans la communauté

5.7 Communication des risques et engagement communautaire

Au niveau de Kinshasa

De la série d'activités menées en termes de communication sur les risques et engagement communautaire, on retiendra les plus marquantes entre le 8 mai et le 08 Juin 2018.

- Point de presse sur l'épidémie de la MVE par le ministre de la santé en présence du Représentant de l'OMS et du Directeur général de la lutte contre la maladie ;
- Réalisation d'une Cartographie des radios communautaires et actualisation des messages de sensibilisation ;
- Elaboration/diffusion des supports de communications (affiches, boîtes à images, dépliants en Lingala) ;
- Une quinzaine de Communiqués de presse et Bulletins illustrés publiés et mis en ligne sur les sites web AFRO et HQ, ainsi que sur Reliefweb ;
- Séries de photos et vidéos (visites DG, DDG, RD, RED, WR, MSP à Mbandaka et Bikoro dimanche 13 mai 2018 et 9 Juin) ont été tweetées et vues sur les pages @WHOAFRO, @WHO par plus 50 000 personnes dans le monde (statistiques disponibles sur la vidéo vue) ainsi que sur la page Facebook de l'OMS au Siège ;
- Séries d'interviews (DG, RD, RED, DDG, ADG, WR, IM/EMO Dr Yao, Dr Pierre Formenty, Dr Renée Van De Weerd etc.) ont été facilitées et diffusées par RFI (Service Français et Anglais), BBC World Service (Anglais), BBC Afrique (Français) Al Jazeera, CNN, CBS, CGTN, Agence France Presse, Reuters, Agence Bloomberg, Associated Presse, VOA Afrique (Washington Forum), Jeune Afrique, etc.;
- Banque d'images conçue (photos & vidéos) ;
- Redynamisation des activités de la Sous-Commission Communication du CNC ;
- Six experts staffs internationaux, dont trois de Risk communication, un Community engagement (RCCE), une communications Officer à Kinshasa, et une socio-anthropologue ont été déployés à Mbandaka et Bikoro-Iboko, Itipo ;
- Quatre consultants nationaux ont été recrutés et déployés à Mbandaka et Bikoro ;
- Plaidoyer pour le financement du plan de communication : réunion élargie aux

- partenaires (ambassade des USA, USAID, Croix rouge nationale, Path, OMS, UNICEF) ;
- ➔ Plan d'appui des partenaires (OMS/Croix rouge/UNICEF) a été élaboré ;
- ➔ Appui à l'équipe en charge des points d'entrée aux frontières. Formation en communication sur les risques des volontaires et cadres du PNHF ;
- ➔ Formation en communication sur les risques des équipes du sous bureau OMS de Kinshasa et de la Task Force communication du Ministère de la santé ;
- ➔ En collaboration avec l'UNICEF, briefing réalisé pour des officiers supérieurs des Forces Armées Nationales Congolaise de la 13^{ème} Région militaire du pays ;
- ➔ En collaboration avec l'équipe de la Prévention et contrôle de l'infection (PCI), remise de 50 kits de lavage des mains et des boites de gants à usage unique aux guérisseurs traditionnels formés le 06 juin 2018 ;

- ➔ Recherche sur les rites funéraires, les perceptions de la maladie en général et de la MVE en particulier, les itinéraires thérapeutiques et les aspects genre associés ;
- ➔ Actions de prévention de conflit et colère des communautés (gestion de la réparation des toitures endommagées pendant l'atterrissage de l'hélicoptère).

Au niveau opérationnel

- ➔ Réunions des partenaires pour harmoniser les stratégies de communication en vue d'une synergie d'action sur le terrain (OMS, MSF, Croix rouge, et autres) ;
- ➔ Appui OMS à OXFAM pour projection de vidéos dans la communauté suivie d'échanges avec es experts OMS et la communauté ;
- ➔ Séances de sensibilisation avec les différentes cibles (Etudiants, Caritas, Moto-taxi pour qu'il relaient les messages clés sur la MVE vers les populations.

Tableau VI Synthèse des activités de RCCE

	Députés	Formés en RRCE
Cibles	Leaders communautaires	50
	Leaders de jeunes	200
	Epouses d'officiers de l'armée	100
	Religieux (églises)	150
	ONG Femme Synergie	65
	Tradi-thérapeutes	129
	Officiers de l'armée	68
	Catéchistes	150
	Elèves	1284
	Jeunes volontaires	60
	Relais communautaires	188
	Ménages sensibilisés sur la MVE	20 481
	Journalistes/animateurs Radios	50
	Conducteurs Motos Taxi et velo	350
Total Général de cibles sensibilisées et formées en RCCE à J-30		23 326

5.8 Surveillance aux Points d'Entrée et Zones à risque

- Pendant la semaine du 14 mai, l'OMS a mis à disposition trois de ses experts techniques pour appuyer le Programme nationale de l'hygiène aux frontières (PNHF) pour le développement du plan stratégique sur la surveillance aux points d'entrée (PoE) et zones à risque de la propagation de la MVE liée aux mouvements de la population – le voyage et le commerce. Ce plan est centré sur deux axes principaux : 1) la cartographie des mouvements de la population pour identifier les PoE et agglomération de voyageurs les plus à risque, et 2) les interventions prioritaires dans chacun de ces points, comprenant : la communication de risque sur la MVE, la promotion des mesures de prévention et contrôles des infections parmi les voyageurs et le dépistage sanitaire des voyageurs (directement lié à la gestion des alertes) ;
- Le PNHF, avec l'appui financier de l'OIM, a ensuite déployé 16 agents pour mettre en place le dépistage sanitaire des voyageurs aux aéroports de Kinshasa et Mbandaka, ainsi qu'aux ports et parkings principaux de Mbandaka, Bikoro, Ntongo, Ingende, Irebu et Lukolela ;
- L'identification de toutes les zones à risque a ensuite été faite ;
- Un plan stratégique pour le renforcement de la surveillance épidémiologique dans les zones à risque identifiés a été élaboré ;
- Une Cartographie des zones à risques a également été réalisée ;
- Formation des acteurs pour la surveillance et le dépistage sanitaire des voyageurs au niveau des différents points d'entrée et d'agglomération des voyageurs de Kinshasa et de l'Equateur ;
- 30 points d'entrée (PoE) et agglomération prioritaires ont été identifiés (19 à Kinshasa, 10 à Mbandaka et 11 à Bikoro) et les équipes mises en place pour screening, sensibilisation et mesures de prévention, contrôle des infections, isolement et transfert des cas suspects ;
- A la date de 08 juin, le dépistage sanitaire des voyageurs est effectué dans 24 des 30 PoE et agglomération prioritaires, ainsi que 30 PoE additionnels. Plus de 2 000 voyageurs sont screenés par jour. Aucun cas confirmé a été identifié au PoE à ce jour.

Entre 21 mai et 02 juin, l'OMS, le PNHF et l'OIM ont évalué les conditions opérationnelles pour le dépistage sanitaire des voyageurs dans 19 points, tous connus pour leur densité de voyageurs et connexion avec les zones affectées, les villes de Kinshasa et Kisangani. Les ports et marchés de Mbandaka qui ont été évalués possèdent aussi un lien direct avec les marchés situés sur le côté de la République du Congo. Ces 19 points sont comme suivants :

- Kinshasa : 2 aéroports (Ndjili et Ndolo) et 3 ports (Beach Ngobila, Maluku et Kinkole) ;
- Mbandaka : l'aéroport de Mbandaka, le marché central et 6 ports (Onatra, Socopla, Makila, Ekunde, Maghain, Wendji Secli) ;
- Bikoro : l'aéroport, 2 marchés (le marché central et le coin Melako) et 3 ports (Territoire, Boyokan et Bobolé).

A la suite de cette évaluation, des actions sont en train d'être mis en œuvre pour couvrir les gaps observés. Il s'agit de la formation des agents du PNHF, approvisionnement en matériel de screening et de PCI, mise en place d'un système d'alerte, sensibilisation des voyageurs et la communication de masse. A la date de 08 juin, pas de cas confirmé identifié au niveau des PoE et agglomération.



Figure 19 Un port à Mbandaka, l'un des points d'entrée prioritaires

Tableau VII Synthèse des points d'entrée prioritaires

	PoE prioritaires	Aéroports/ Hélicopters	Ports	Parking & Marchés
Mbandaka	10	1	8	1
Kinshasa	5	2	3	0
Bikoro	8	1	4	3
Iboko	2	1	0	1
Ntondo	1	0	1	0
Ingende	1	0	1	0
Irebu	1	0	1	0
Lukolela	1	0	1	0
Bolobo	1	0	1	0
Total	30	5	20	5

5.9 Gratuité des soins

L'Etat Congolais a décidé de la gratuité des soins dans les zones de santé affectées par l'épidémie à MVE et dans les zones potentiellement à risque pour supprimer la barrière financière et accroître la surveillance clinique et communautaire

Cette intervention s'appuie sur le financement principal du Projet de développement du système de santé (PDSS). Ce sont au total 7 zones de santé de la province de l'Equateur qui sont concernées par cette gratuité des soins. Il s'agit des zones de santé de Mbandaka, Wangata, Bolenge, Bikoro, Iboko, Ntongo et Ingende. A ce jour une somme d'environ US\$ 600 000 a déjà été mise à la disposition des

zones de santé concernées pour financer la gratuité. Ceci en plus de US\$ 365 000 payés comme subsides pour le premier trimestre de l'année 2018.

Pour appuyer cette gratuité des approches ont été mises en œuvre :

- ➔ Paiement des subsides aux FOSA ciblées ;
- ➔ Assurer la disponibilité des médicaments.

Tableau VIII Synthèse de la gratuité des soins dans les zones de santé affectées

Zones de santé	Population couverte	HGR	ECZ	CS
Bikoro	160 010	1	1	21
Iboko	113 065	1	1	15
Wangata	156 644	1	1	11
Bolenge	91 147	1	1	11
Ingende	167 046	1	1	18
Ntongo	69 483	1	1	11
Mbandaka	162 551	1	1	16
Total	919 946	7	7	103

En ce qui concerne les médicaments :

- ➔ La valeur totale des médicaments mobilisés par le PDSS et pre-positionnés à la CDR CAMESE dans le cadre de cette intervention est de US\$ 328 500 ;
- ➔ La valeur des quantités distribuées est de US\$ 263 978. Il reste un stock valorisé à US\$ 64 522 qui sera utilisé prochainement après évaluation des données de consommation des FOSA bénéficiaires ;
- ➔ Le nombre total de FOSA bénéficiaires de la dotation dans les 7 zones de santé est de 107 dont 7 HGR, 7 CSR et 93 CS ;
- ➔ 40 FOSA de trois zones de santé urbaine de Mbanbaka, Bolenge, et Wangata ont réceptionné leurs dotations durant la période comprise entre le 16 et le 19 juin 2018 ;
- ➔ Par contre, la distribution dans les 67 autres formations sanitaires des zones de santé de Iboko, Ntongo, Bikoro et Ingende a commencé le 20 juin 2018 à travers Village Reach qui a contracté avec le PDSS ;
- ➔ Sur la base des données de consommation des FOSA bénéficiaires, la couverture de la dotation PDSS a été estimée à 4 mois dont 3 mois de stock utilisable et 1 mois de stock de sécurité. Mais compte tenu de la surutilisation des services liés à la gratuité, nous nous sommes proposés d'assurer un suivi régulier de la consommation des médicaments pour proposer des ajustements qui s'avèreront nécessaires.

Les coûts opérationnels de **US\$ 28 615** ont couverts les missions de suivi et d'inspection organisées pour assurer une gestion correcte des ressources.

- ➔ Les stocks en intrants dans les formations sanitaires ont été renforcés par le PDSS avec 65 tonnes de médicaments. Le processus de ravitaillement est en cours à partir de la Centrale de Distribution Régionale de Médicaments Essentiels de Mbandaka ;
- ➔ La gratuité des soins est effective dans les 107 structures sanitaires de la province concernées malgré la disponibilité limitée de certains intrants. Un dispositif de triage est mis en place surtout dans les formations sanitaires à forte fréquentation pour faciliter l'application de cette mesure ;
- ➔ La disponibilité continue des intrants dans toutes les structures sanitaires des différentes zones de santé concernées reste un défi de même que la disponibilité des ressources humaines pour faire face à une éventuelle augmentation de la demande de soins tout comme la maîtrise des effets pervers de la gratuité des soins ;
- ➔ Les principaux défis de la gratuité se résument entre autres à la disponibilité des intrants, à l'application de cette initiative par les structures sanitaires concernées, au renforcement des mesures de prévention et de contrôle des infections pour faire face à l'augmentation de la fréquentation et à une bonne communication avec les populations.

5.10 Appui opérationnel et logistique

- ➔ Une première évaluation des besoins en matière de transport, communication, IT a été faite le 09 mai 2018. Il en est de même de l'évaluation de l'état de la piste de l'aérodrome de Bikoro situé à 35 km du centre de Bikoro. S'en est suivi la mise en place d'un pont aérien avec l'UNHAS entre Kinshasa, Mbandaka et Bikoro ;
- ➔ 10 triples emballages et 24 thermoflashes ont été dispatchés sur le terrain des opérations notamment à Mbandaka ;
- ➔ Un appui de l'OMS à la DPS de l'Equateur est sollicité pour l'opérationnalisation de cette mesure de gratuité des soins en s'assurant qu'il y ait effectivement une bonne communication, une disponibilité effective des différents intrants sur le terrain, une actualisation des besoins afin de permettre au PDSS de procéder aux différents ajustements ;
- ➔ Le jour après la déclaration de l'épidémie UNHAS a transporté le Ministre de la Santé ainsi que la première équipe de l'OMS à Mbandaka ;
- ➔ Dans les 72 heures après la déclaration de l'épidémie UNHAS a établi un pont aérien pour servir tous ceux impliqués dans la riposte. Pour ceci, un hélicoptère a été basé à Mbandaka afin de transporter des passagers et du cargo vers les villages de Bikoro, Iboko et Itipo ;
- ➔ Le premier hélicoptère a été remplacé par un hélicoptère special, conçu pour le transport des patients de la maladie du virus Ebola, le 21 Mai ;
- ➔ Durant les 30 premiers jours UNHAS a transporté 877 passager et 12 tonnes de cargo entre Kinshasa et Mbandaka, ainsi que 673 passager et 28,5 tonnes de cargo entre Mbandaka, Bikoro, Itipo et Iboko ;
- ➔ UNHAS a également assuré depuis Mbandaka la coordination de ses vols avec les vols de la MONUSCO et de ECHO Flight ;
- ➔ Le coordinateur du cluster logistique a fait partie de la première équipe de l'OMS et du gouvernement descendue sur le terrain suite à la déclaration de l'épidémie ;
- ➔ Depuis le début le PAM apporte un appui aux sous-commissions logistiques de Mbandaka ainsi que de Kinshasa au sein de la commission nationale de coordination (CNC) ;
- ➔ Le cluster logistique a produit des cartes des zones affectées ;
- ➔ L'UNFPA a offert au Ministère de la santé 55 motos pour faciliter la mobilité dans les activités d'identification et le suivi des contacts notamment. Cette donation a été faite d'abord le 14 mai (5 motos), puis dans la période du 24 au 30 mai 2017 ;
- ➔ Le Japon a apporté un appui logistique, notamment des kits de diagnostic, des réactifs, des matériels de protection, des kits et crédits de communication, des motos, des kits informatiques et d'impression, un générateur électrique.

5.11 Ressources humaines

Au total de 200 personnels ont été déployés sur le terrain. Les synthèses des déploiements par lieu, le bureau responsable et mécanisme de déploiement est présenté dans le **Tableau IX** et la **Figure 20**.

Parmi les 200 personnels, 15 (8%) ont été déployé par GOARN, 82 (41%) par l'OMS, et 103 (52%) par recrutement externe (**Figure 21**).

Tableau IX Déploiements actuels sur le terrain par endroit et bureau responsable

PAYS	Locations	DRC	AFRO	HQ	TOTAL
RDC	Bikoro	5	12	3	20
	Iboko		10	2	12
	Itipo	2	20	7	29
	WCO Kinshasa	12	11	20	43
	Mbandaka HUB	18	42	16	76
	Mbandaka ZDS	2	3	3	8
CAR	Bangui			1	1
CONGO	WHO AFRO (Brazzaville)		3	6	9
SWITZERLAND	WHO HQ(Geneva)			2	2
Total		39	101	60	200

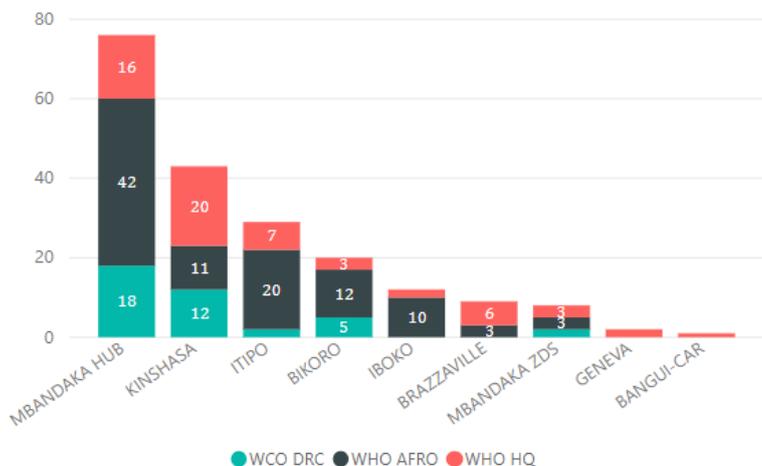


Figure 20 Déploiements par lieu et le bureau responsable

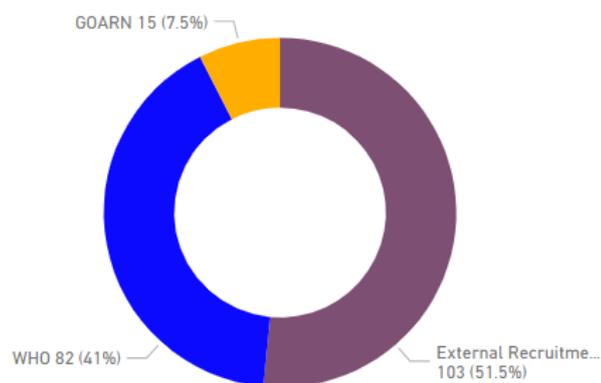


Figure 21 Répartition du mécanisme de déploiement

Le PAM a envoyé le staff suivant à Mbandaka:

- ➔ Le coordinateur du cluster logistique
- ➔ Un coordinateur des vols UNHAS, MONUSCO et ECHO.
- ➔ Un chargé de programme afin de démarrer et superviser les distributions.
- ➔ Un chargé de sécurité afin d'assurer la sécurité du vols VIP avec le ministre de la santé.
- ➔ Une équipe d'hélicoptère y compris un médecin.

Actuellement il y a 470 personnes travaillant sur le terrain dans la réponse pour le compte de MSF (Belgique, Espagne, Pays-bas, Suisse). La grande majorité sont des congolais provenant des régions affectées.

Des experts japonais de Japan Disaster Relief (JDR) ont été déployés à Kinshasa pour appuyer la riposte depuis le 30 mai 2018. Ils se sont concentrés sur des cibles stratégiques et urgentes, notamment le renforcement des capacités de surveillance et la confirmation de laboratoire à Kinshasa.



Figure 22 Officier de sécurité en train de guider l'hélicoptère à Bikoro

5.12 Sécurité

L'appui sécuritaire à la réponse de l'épidémie d'Ebola a consisté à la mise en place d'un plan de sécurité dont la mise en œuvre était assurée par quatre Officiers de Sécurité :

- ➔ Un (01) Officier de sécurité assurait la coordination au niveau HQ
- ➔ Un (01) Officier de sécurité assurait la coordination au niveau Régional à partir de Kinshasa
- ➔ Un (01) Officier de sécurité assurait les opérations de terrain au niveau de Mbandaka
- ➔ Un (01) Officier de sécurité assurait les opérations de terrain de Bikoro, d'où il couvrait Iboko et Itipo.
- ➔ Des briefings de sécurité obligatoires sont donnés à Kinshasa, Mbandaka et Bikoro avant tout déploiement sur le terrain. Au total 180 personnes ont participé au briefing de sécurité.
- ➔ L'Officier de Sécurité de Bikoro a effectué 20 missions d'accompagnement des

équipes dans des localités où la réticence était probable.

- ➔ 100 radios portables Motorola DP VHF ont été déployées Mbandaka, et voie d'encheminement à Itipo. Deux bases de station radio émetteur/récepteur HF/VHF ont été installés à Mbandaka et Itopo pour assurer le suivi des équipes sur le terrain dans des zones non couvertes par le réseau cellulaire. 10 téléphones Thuraya sont disponibles sur le terrain et remis aux équipes pour utilisation.
- ➔ La sécurité a facilité les opérations des hélicoptères à Bikoro, Iboko et Itipo.
- ➔ Les incidents de sécurité rapportés sont majoritairement liés à la réponse à l'épidémie d'Ebola et à la réticence communautaire.
- ➔ **NB** : Aucun personnel de la réponse n'a subi une violence physique au cours de ces incidents

Tableau X Synthèse des incidents de sécurité rapportés

Location	EVD-related incident	Non-EVD Related
Mbandaka	3	1
Bikoro	6	0
Iboko	3	0
Itipo	1	0
TOTAL	13	1

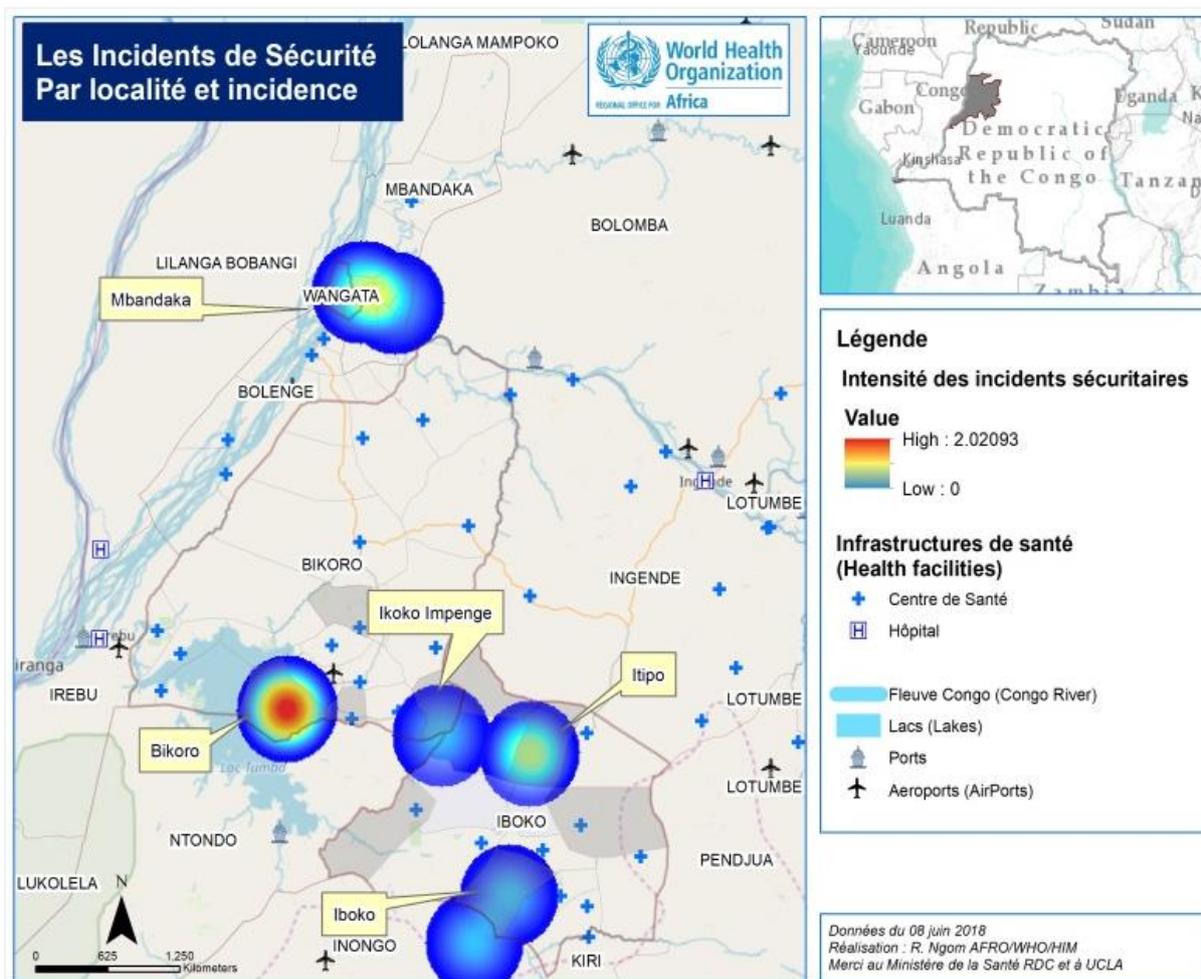


Figure 23 Distribution des incidents de sécurité par localité et incidence

5.13 Preparation des autres provinces

Une analyse situationnelle a été faite au niveau de Kinshasa avec l'hypothèse que des cas de MVE soient importés de Mbandaka vers Kinshasa. C'est ainsi que des activités préparatoires à une éventuelle riposte ont été développées, notamment :

- La tenue d'une réunion de sensibilisation des Médecins directeurs des grands hôpitaux de la ville de Kinshasa, présidée par le Ministre de la santé. Des instructions ont été données au Directeur Generale de l'Organisation et la Gestion des Soins de Santé (DGOGSS) assurer la formation des responsables des formations

sanitaires et des points d'entrée de la ville à cet effet.

- La tenue d'une réunion de sensibilisation du personnel médical de la ville de Kinshasa, notamment 35 médecins chefs de zones ; présidée par le Ministre Provincial de la santé. Au cours de cette réunion, les responsables invitées ont été appelés à observer d'avantage les mesures strictes en matière d'hygiène et de respect des mesures de PCI, le renforcement de la surveillance épidémiologique tant au niveau des formations sanitaires que dans les communautés ainsi que la surveillances des

points d'entrée dans la ville et les investigations des rumeurs . Des outils tels que les définitions des cas et les formulaires d'investigation de MVE ont été distribués aux formations sanitaires. Il a été recommandé d'identifier des salles d'isolement dans les formations sanitaires.

- ➔ Un plan conjoint d'urgence de préparation de la ville de Kinshasa été élaboré par le MSP et les principaux partenaires (OMS, UNICEF, MSF). Les contributions des différents partenaires ont été précisées et un budget élaboré, pour un montant total de US\$ 2 072 890.
- ➔ Les activités de préparation de la riposte se sont déroulées sous la coordination de l'OMS qui a assuré la formation de l'équipe de prise en charge au sein du CTE. Le CTE de Kinkole (Kinshasa) a été réhabilité. MSF Belgique a accepté de prendre en charge des éventuels cas au niveau de ce CTE.

Les autres actions de preparation mises en œuvre dans la province de Kinshasa sont les suivantes :

- ➔ Briefing d'une équipe d'intervention rapide de 30 personnes à Kinshasa (théorique et simulation)

- ➔ Evaluation des conditions de Prévention et contrôle des infections/WaSH et identification des salles d'isolement dans 17 formations sanitaires à risque de Kinshasa, qui sont en cours d'amélioration avec l'appui des partenaires.
- ➔ Acquisition d'une ambulance pour le transport des cas suspects de MVE dans la province de Kinshasa
- ➔ Dotation des formations sanitaires de la province de Kinshasa en matériel de prévention et contrôle des infections et de protection individuelle
- ➔ Formation de 17 personnels suivie d'un exercice de simulation sur les bulles d'isolation pour évacuation médicale.
 - Pendant ce premier mois de réponse, cinq alertes ont été investiguées à Kinshasa et se sont avérées négatives au virus Ebola
 - Une feuille de route des actions prioritaires de préparation a été élaborée, et est en cours de mise en œuvre dans 5 provinces voisines de l'Equateur (Tshuapa, Mai-Ndombe, Mongala, Sud-Ubangi et Tshopo).

6 ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES

6.1 Forces

- ➔ La riposte s'est mise en place rapidement ;
- ➔ Une équipe de coordination est en place tant au niveau de Kinshasa qu'aux niveaux opérationnels depuis le début de la riposte ;
- ➔ La coordination des équipes a été délocalisée au niveau des différentes localités affectées par l'épidémie (Iboko, Bikoro, Itipo) ;
- ➔ Les équipes multidisciplinaires ont été déployées tant au niveaux de kinshasa que sur les différents sites actifs même si des gaps restent encore à couvrir ;
- ➔ Un système d'alerte existe et est fonctionnel ;
- ➔ Les cas suspects et les décès sont investigués et des échantillons prélevés et analysés ;
- ➔ Les contacts autour des cas sont systématiquement identifiés, listés et suivis régulièrement par les équipes de surveillance ;
- ➔ Les Sitreps conjoints Ministère de la santé publique/OMS sont produits et diffusés quotidiennement ;
- ➔ La mise en place d'une cellule chargée de l'obtention des visas et autres facilités douanières ;
- ➔ La disponibilité des Comités Scientifiques et Ethiques pour les différentes approbations des vaccins et médicaments ;
- ➔ Les laboratoires pour assurer le diagnostic sont délocalisés au niveau des sites actifs et les résultats des analyses sont disponibles à temps réel ;
- ➔ La gratuité des soins dans les zones de santé affectées ;
- ➔ Les CTA sont fonctionnels et les médicaments disponibles ;
- ➔ La vaccination des contacts et des contacts des contacts a commencé depuis le 21 mai et se poursuit ;
- ➔ Les fonds pour la riposte ont été mobilisés et sont disponibles.

6.2 Faiblesses

- Accès difficile des les aires de santé et villages, compliquant le suivi des contacts ;
- Chaîne de transmission de l'épidémie incomplète, difficultés d'accès aux données (liste linéaire) ;
- L'élaboration de la chaîne de transmission de l'épidémie est en cours de finalisation ;
- La collecte et la remontée des données du terrain notamment sur les cas (suspects, probables et confirmés), les décès , les alertes, les investigations ainsi que sur le suivi des contacts reste médiocre ;
- Insuffisance d'infrastructure de santé, faible capacités en prévention et contrôle de l'infection dans les formations sanitaires ;
- Insuffisances des structures d'accommodation pour le personnel déployé (établissement des camps de vie) ;
- L'approvisionnement ininterrompu en réactifs de laboratoire reste un défi de même que la bonne protection des équipements contre les aléas de la fourniture en énergie électrique ;
- Les défis logistiques demeurent notamment en matière d'accessibilité des lieux, de télécommunication, d'acommodation des équipes de travail sur les sites actifs de l'épidémie. Avion et hélicoptère affrétés, transport des véhicules par avions ;
- Difficulté de cartographie des intrants des différents acteurs ;
- Faiblesse de la mise en œuvre des protocoles de prévention et de contrôle des infections dans la plupart des structures de santé ;
- Lenteur dans la préparation des zones de santé et provinces à risque.

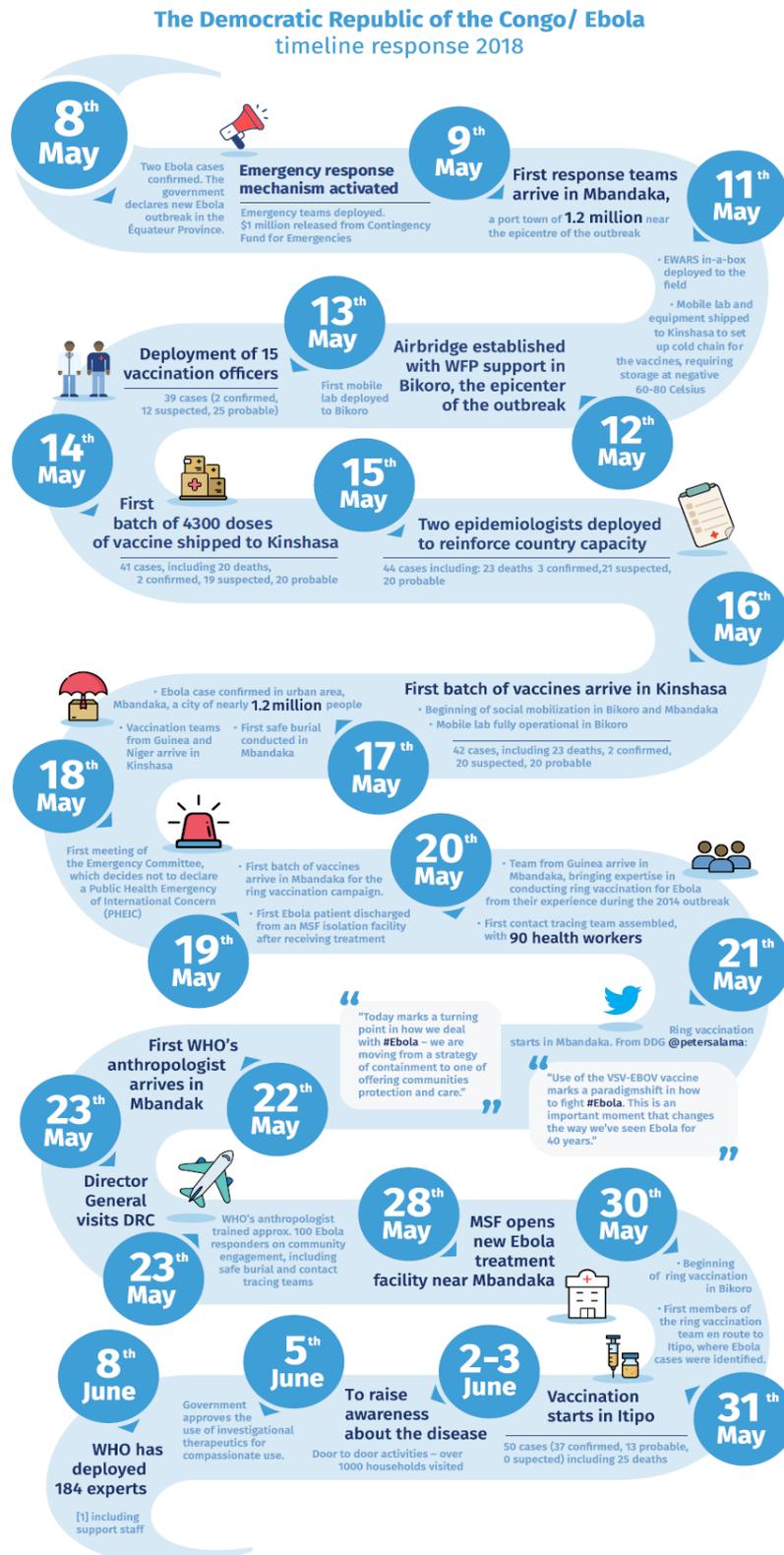
7 RECOMMANDATIONS

- ➔ Renforcer la collaboration entre les équipes OMS-Ministère de la santé sur le terrain afin de faciliter la communication et la cohérence des informations collectées et diffusées sur le riposte (Rapportage des cas, des décès, du suivi des contacts etc.) ;
- ➔ Améliorer le système de télécommunication et de partage d'information entre les sites ;
- ➔ Elaborer et diffuser les protocoles et directives de gestion des épidémies, validées par le Ministère de la santé publique ;
- ➔ Renforcer les équipes de gestion des données afin d'accélérer la gestion et l'harmonisation des bases de données ;
- ➔ Intensifier la recherche active des cas et les capacités d'investigation en mettant en place des équipes de réponse rapide ;
- ➔ Consolider des mesures préventives et de préparation minimale (Prévention des infections; engagement communautaire) ;
- ➔ Finaliser le protocole et mettre en œuvre la prise en charge des survivants de la MVE ;
- ➔ Actualiser les inventaires et définir la priorisation et affectation des ressources logistiques en les adaptant aux priorités actuelles ;
- ➔ Proposer une note technique au Ministre de la santé sur les scénarii de déclaration de fin de l'épidémie ;
- ➔ Planifier la revue après action au plus tard 60 jours après la fin de l'épidémie.



Figure 24 Une famille en attente de recevoir le vaccin contre la MVE à Itipo

ANNEXES



[1] This also includes support staff. The first multidisciplinary team comprised of experts from WHO, Médecins Sans Frontières and the Provincial Division of Health arrived in Bikoro on 9 May to strengthen coordination and investigation.

Figure 25 Chronogramme des interventions (d'après le point de presse du MSP du 09 Juin 2018)

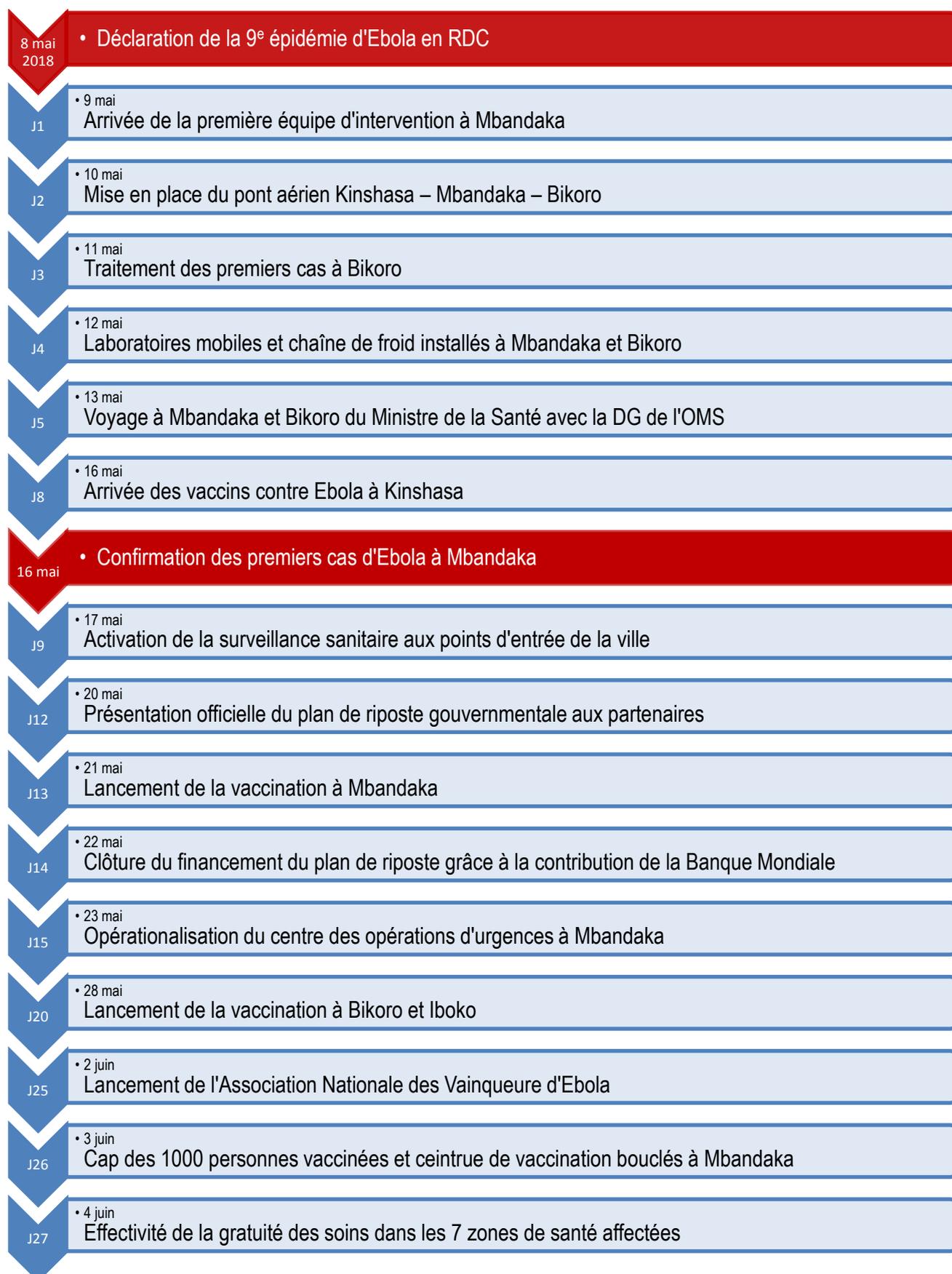


Figure 26 Une réponse immédiate et énergique



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Africa**