



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
MINISTERE PROVINCIAL DE LA SANTE



PLAN D'ACTION OPERATIONNEL DE LUTTE CONTRE LA MVE DANS LA PROVINCE DU NORD-KIVU



FEVRIER 2021



Acronymes

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

PPL : Personnel de Première Ligne
PROVED : Division Provinciale de l'Enseignement
PSEA : Prévention des Abus et Exploitation Sexuelle

PSY : Psychologue Clinicien
RDC : République Démocratique du Congo
RECO : Relais Communautaire
SE : Son Excellence
SIMR : Surveillance Intégrée de Maladies et Riposte
SITREP : Situation Report (Rapport de la situation)
VSAT : Very Small Aperture Terminal (Terminal à très petite ouverture)
WASH : Water, Sanitation and Hygiène
ZS : Zone de Santé

Table des matières

1. CONTEXT	4
2. OBJECTIFS	5
2.1. OBJECTIF GÉNÉRAL	5
2.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	5
3. STRATEGIES DE MISE EN OEUVRE	6
3.1. Renforcement de la Coordination	8
3.2. Renforcement du système de surveillance intégré de la MVE	10
3.3. Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires	11
3.4. Prise en charge médicale des malades et des cas suspects MVE	12
3.5. Renforcement de la communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire (transversale).....	13
3.6. Renforcement des mesures de prévention et contrôle de l'infection (PCI/ Wash)	14
3.7. Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS).....	15
3.8. Prise en charge psychosociale	15
3.9. Renforcement du système de gestion de l'information	17
3.10. Renforcement de la préparation des zones de santé et provinces adjacentes aux foyers Epidémiques (Catégorie C).....	18
3.11. Vaccination	19
3.12. Subvention des soins	19
3.13. Prise en charge des survivants.....	20
3.14. Sécurité	21
3.15. Logistique.....	21
3.16. Administration et Finances	22
4. BUDGET SYNTHÈSE	23
(Voir Excel)	23
5. ANNEXES	23
Politique de lutte contre la fraude et la corruption	23
Politique de lutte contre l'exploitation et les abus sexuels	24

1. CONTEXT

La province du nord-kivu est l'une des 26 provinces de la République Démocratique du Congo. Elle est limitée au Nord par la Province de L'ituri , à l'Est par les Républiques Rwandaise et Ougandaise, au Sud par la Province du Sud kivu et à l'Ouest par la Province du Maniema.

La province du Nord-kivu est accessible par voies routière et aérienne avec l'aéroport international de Goma et l'aéroport national de MAVIVI à BENI. Les principales activités économiques sont l'agriculture, l'élevage de petits bétails et le commerce. La majeure partie de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté.

Du point de vue sécuritaire, la province du Nord-kivu connaît une situation sécuritaire relativement calme avec des poches de forces négatives disséminées dans la province dont les ADF –NALU dans le territoire de Beni, les FDLR, Mai-Mai et autres dans les autres parties de la province.

La province est constituée de trois villes ; Goma, beni et Butembo et de 6 territoires : Beni, Lubero, Masisi, Nyiragongo Rutshuru, Walikale, et avec une population totale de millions d'habitants en 2021 répartis sur une superficie dekm², soit une densité de habitants au km².

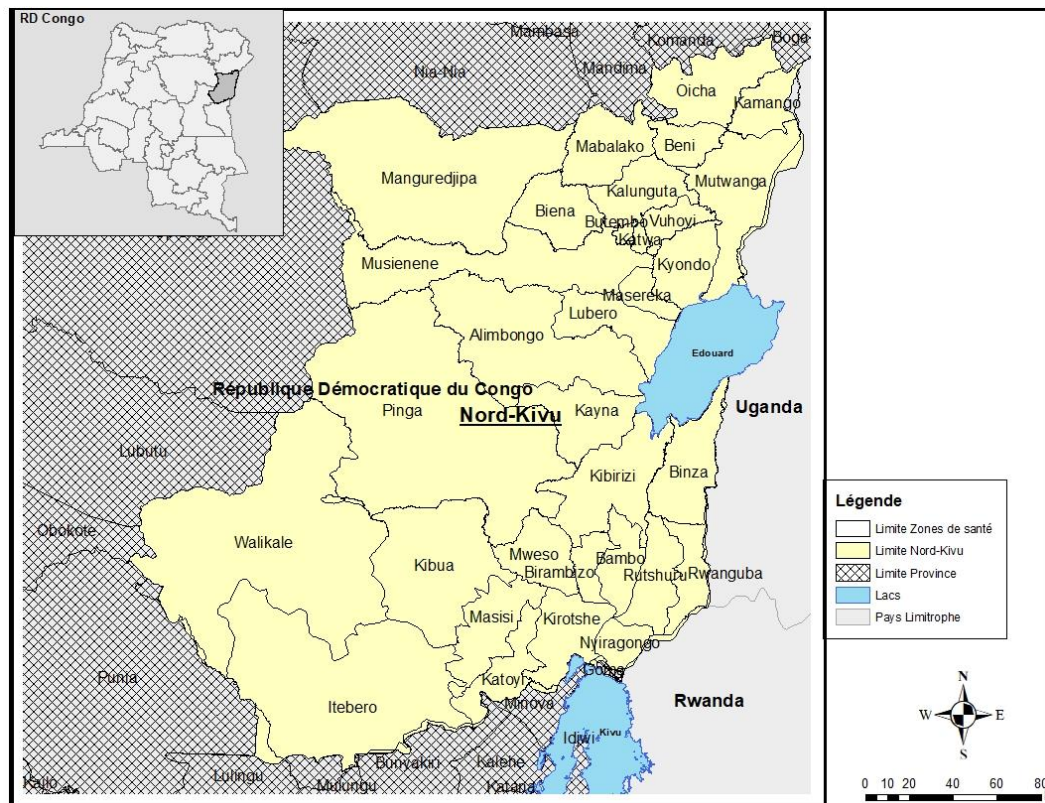


Fig. 1. Cartographie de Province du Nord-Kivu.

Sur le plan sanitaire, la province compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu situé à Goma. La province a trente-quatre (34) zones de santé possédant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé.

La province fait face à plusieurs problèmes avec un système de santé faible, non résilient, une carence en ressources allouées au système et une instabilité de ressources humaines. Au point de vue épidémiologique on note la recrudescence de certaines maladies épidémiques telles que le paludisme, le choléra, la rougeole, la diarrhée sanglante, la covid-19 mais également la maladie à virus Ebola.

En 2018-2020, la province du Nord-Kivu a connu une épidémie de Maladie à Virus Ebola (MVE) dont l'épicentre fut la ZS Mabalako à Mangina. Celle-ci s'est étendue aux zones de santé voisines et les provinces de l'Ituri et le Sud-Kivu avec 3317 cas confirmés, 153 cas probables et 2303 décès.

En date du 06 février 2021, un cas de MVE a été confirmé dans la ZS de Biena ; il s'agissait d'une dame, épouse à un survivant de MVE. Elle avait été prélevée le 02 février et décédée le 04 février 2021.

Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé a fait une déclaration d'épidémie de MVE au Nord-Kivu en date du 07 février 2021 comme étant la douzième épidémie de MVE en RD Congo, épidémie qui survient huit (8) mois après l'épidémie de 2018-2020 et ce, dans un contexte aggravant d'épidémie de COVID-19.

Pour arrêter la propagation de cette épidémie, le présent plan opérationnel de riposte contre la MVE a été élaboré par la province du Nord-Kivu, appuyée par une équipe d'experts du niveau national ainsi que les partenaires.

2. OBJECTIFS

2.1. OBJECTIF GÉNÉRAL

Général : Rompre la chaîne de transmission de la MVE dans la province du Nord-Kivu et éviter sa propagation dans les autres provinces de la RDC et les pays limitrophes.

2.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Assurer la détection précoce des nouveaux cas de la Maladie à virus Ebola ;
- Réduire le risque de la transmission de la Maladie à virus Ebola par la vaccination des groupes à risques ;
- Renforcer la participation et l'engagement des communautés locales pour leur appropriation ;
- Assurer la prise en charge médicale et psychosociale des personnes affectées par la MVE et de leurs familles ;
- Assurer le suivi des survivants des cas de la MVE ;
- Assurer l'enterrement digne et sécurisé de tous les décès confirmés ;

- Réduire la transmission nosocomiale en renforçant les mesures de prévention et de contrôle de l'infection (PCI) dans les formations sanitaires (FOSA) et dans les communautés affectées et à risque ;
- Implémenter les activités de préparation opérationnelles dans les zones de santé à risque ;
- Assurer l'enterrement digne et sécurisé de tous les décès qui sont des cas confirmés et probables et la PCI communautaire et des Fosa ;
- Implémenter et renforcer les activités de préparation opérationnelles dans les zones de santé à risque ;
- Améliorer les mesures sécuritaires autour des activités de la riposte prioritairement dans les zones à problèmes sécuritaires ;
- Utilisation des analyses intégrées épidémiologiques, sciences sociales (CASS), et DHIS2 pour comprendre la dynamique de l'épidémie et ses impacts sur les communautés et la santé communautaire afin d'assurer des approches et activités plus adaptées, plus appropriées et donc plus efficaces pour arrêter la transmission (ajouter ceci dans la stratégie)

3. STRATEGIES DE MISE EN OEUVRE

Ce plan d'action opérationnel de lutte contre la MVE s'appuie sur une série d'orientations stratégiques du plan stratégique.

Resilience du système

XXXXX

Catégorisation des zones de santé

Tenant compte du risque les zones de santé sont catégorisées en :

- Catégorie A, les zones de santé hot spot¹ : Biena, Katwa, Musienene (n=3)
- Catégorie B, les zones de santé à risque² : Butembo, Kalunguta, Mandima Mabalako, Manguredjipa, Vuhovi, Masereka, Lubero, Kyondo, Beni, Mutwanga, Goma et Karisimbi (n=13)

Les zones de santé vont bénéficier des interventions en fonction de leur catégorie.

Tableau I. Classification des zones de santé en fonction du risque

¹ Les **zones de santé hotspots** sont des zones de santé où la transmission intense est en cours au cours de 21 derniers jours et où la poussée de l'épidémie requiert une action immédiate, de grande envergure

² Les **zones de santé à risque** sont toutes les autres zones de santé qui n'ont jamais enregistré des cas où la préparation doit permettre de prévenir et de contenir l'épidémie, le cas échéant. (Référence SRP 4.1.)

N°	Types de Zone de Santé	Paquet d'activités
1	Catégorie A : Actives (hotspot)	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination - Surveillance épidémiologique/PoE, PoC, SBC et laboratoire - Gestion des données - Prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale - Programme des guéris - PCI/EDS, - Communication et Engagement communautaire, - Vaccination - Sécurité - Logistique - Prévention contre l'Exploitation et Exploitation sexuelle et Mitigation de risques de VBG
2	Catégorie B : En alerte	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination - Surveillance épidémiologique/PoE, PoC, SBC et laboratoire - Gestion des données - Prise en charge Psychosociale des contacts et enfants vulnérables - Prévention contre l'Exploitation et Exploitation sexuelle et Mitigation de risques de VBG - logique des contacts - PCI/EDS, - Communication et Engagement communautaire, - Vaccination - Logistique

Approche zonale

Les réponses précédentes aux dernières épidémies de MVE, y compris celle du Nord-Kivu, ont montré à suffisance que « l'approche zonale » permet d'établir et de renforcer le leadership et l'appropriation de la riposte par les ECZ et les services sociaux et de santé essentiels de base qui sont au plus près des communautés affectées. Le personnel de santé, les cadres des autres

secteurs, les cadres administratifs ainsi que les organisations sociales au sein de la zone de santé sont perçus comme les principaux acteurs de la riposte. Ils sont directement associés à l'organisation, à l'exécution et à l'évaluation de la riposte. Les niveaux provincial et national supervisent, apportent leurs expertises et les ressources mobilisées. Cette approche suscite l'engagement de ces communautés, ce qui permettra de gérer efficacement l'épidémie en peu de temps (3 mois). De même, elle permet aux partenaires de maîtriser l'assistance apportée directement aux populations affectées et d'en être facilement redevables.

Grace à cette approche l'opération de réponse existante sera maintenue, en plus, une capacité de réponse complète et intense sera mise en œuvre dans toutes les aires de santé à transmission active, une capacité de réponse active décentralisée dans les aires de santé les plus reculées et enfin la préparation opérationnelle sera mise en œuvre dans les zones de santé voisines/à risque des zones de santé affectées.

Pour ce faire, la zone de santé sera organisée également en coordination et en commissions au même titre que le niveau provincial tout en ayant comme base l'équipe cadre de la zone de santé.

Période du plan

La durée de Trois mois (février à avril 2021) est retenue pour la mise en œuvre des interventions de ce plan, susceptibles de stopper la transmission de l'épidémie de MVE dans la province du Nord-Kivu. La flexibilité dans l'exécution du plan et du budget est cependant de règle pour tenir compte de la dynamique de l'épidémie et formuler les ajustements requis. Si l'épidémie n'est pas maîtrisée d'ici fin avril 2021 ou si le contexte change considérablement, le plan sera révisé.

3.1. Renforcement de la Coordination

La mise en œuvre de la riposte contre la MVE sera pilotée par la coordination provinciale (CPC) sous la supervision directe du Comité National de Coordination (CNC). Le CPC pourra inclure toutes les parties prenantes dans l'esprit de la multisectorialité et de la redevabilité. Un système transparent de gestion et de suivi-évaluation de ressources seront mis en place. Un cadre de concertation humanitaire regroupe les acteurs humanitaires intervenant dans la réponse multisectorielle, autre que la santé.

La mobilisation des ressources se fera aux niveaux national et provincial. Ces ressources serviront à renforcer le système de santé existant.

La coordination technique sera assurée par l'Incident Manager au niveau du COUSP (Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique). Les activités seront mises en œuvre au sein de la section des opérations. Les autres sections en appui aux opérations sont la planification, les ressources humaines et financières et la logistique.

La coordination aura un point focal PSEA/VBG partie intégrante de la structure qui fera l'interface avec les partenaires et la partie gouvernementale dans ce domaine mais aussi facilitera la formation

de tous les piliers mais aussi la remontée et le traitement des alertes d'allegation sexuelle. Cette activité sera supportée par le PSEA network NK du système des Nations Unies.

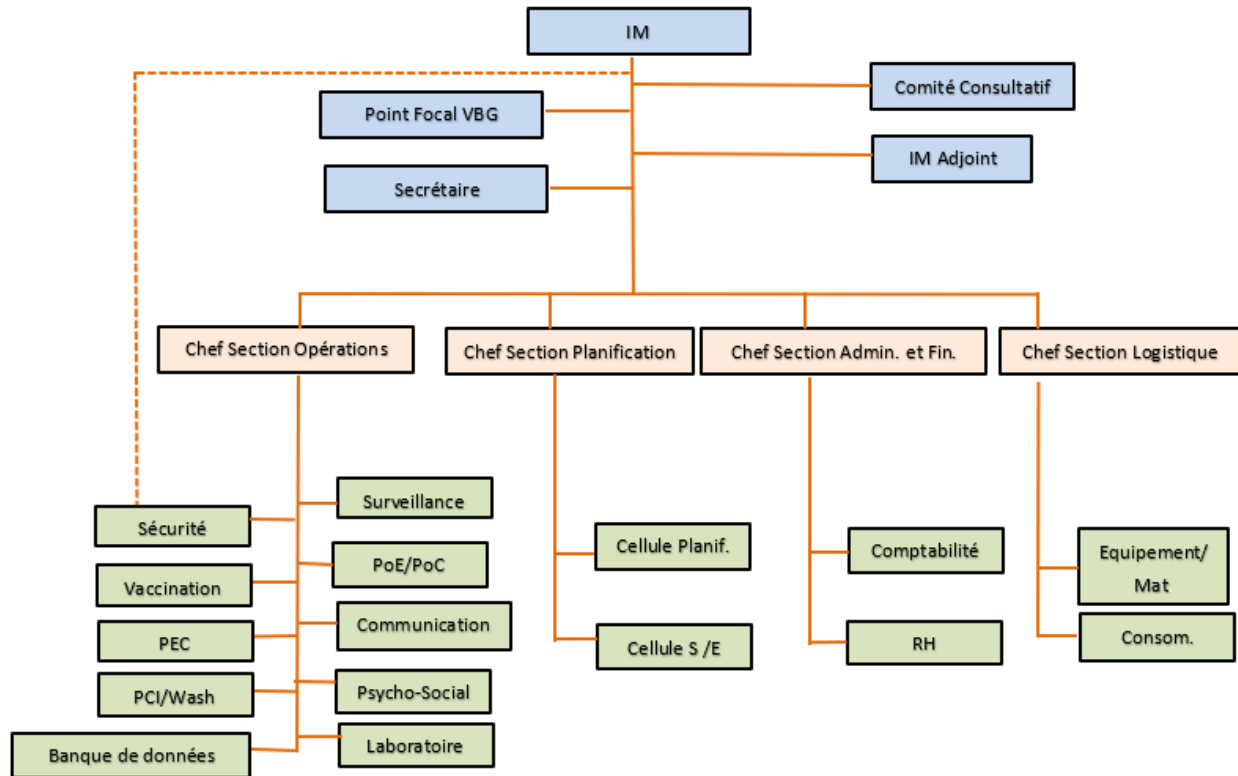


Fig. 2. Système de gestion intégré de l'Incident

Point focal PSEA au lieu de VBG

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

Tableau II. Répartition des partenaires comme Co-Lead par pilier

N°	Partenaire	Pilier
01	OMS	Surveillance, Laboratoire et vaccination
02	UNICEF	Communication, Psycho-social, soins nutritionnels, PCI/Wash
03	FHI	EDS
04	OIM	PoE-PoC
05	IMC	Prise en charge médicale et Alima

Les autres partenaires apportent leur appuis aux commissions en collaboration avec les Co-Lead

Les activités suivantes seront mises en œuvre dans le cadre de la coordination :

- Elaborer le plan opérationnel de riposte MVE
- Briefer les équipes opérationnelles/Commissions
- Accompagner le dialogue communautaire de la Commission Communication
- Organiser le dialogue communautaire/point de presse
- Publier les rapports de situation quotidiens 'SITREP)
- Assurer le fonctionnement de la banque des données
- Nommer l'IM et les Chefs de section
- Assurer le fonctionnement du COUSP
- Fournir les équipement informatique au COUSP (Système de gestion de l'Incident)
- Assurer le fonctionnement de la coordination Provinciale
- Organiser 2 ateliers de Suiivi/Evaluation
- Désigner un point focal de la VBG et d'EAS au sein de la Coordination
- PSEA
- Lutte contre la fraude et la corruption

3.2. Renforcement du système de surveillance intégré de la MVE

Les activités clés à mettre en œuvre consistent à actualiser les définitions de cas selon le contexte, mettre en place les bases de données, assurer l'augmentation des alertes, l'investigation rapide des alertes, le listage et le suivi des contacts et la recherche active des cas. La surveillance de la MVE sera renforcée en assurant le screening des voyageurs par l'activation de points de contrôle sanitaire (POC) et le renforcement de la surveillance a base communautaire le long des corridors de mobilité. La surveillance des voyageurs sera renforcée aux POE des frontières a risque. Les relais communautaires (Reco), les CAC et les infirmiers seront briefés.

Les activités à mettre en œuvre sont les suivantes :

- Renforcer les capacités de 8 équipes d'Invention rapide dans les 8 ZS Biena, Katwa, Butembo, Musienene, Manguredjipa, Kalunguta, Mabalako, Beni)
- Reproduire les outils de gestion de surveillance épidémiologique MVE
- Assurer le fonctionnement de 8 cellules de gestion d'alertes
- Organiser les mission d'investigation des alertes
- Briefer 500 Reco de suivi de contacts
- Organiser les missions de recherche des contacts de perdue de vue, déplacés et jamais vues
- Organiser la recherche active des cas

- Fournir 4 kits d'entretien des bases de données (Lap top, antivirus, disques durs externes)
- Organiser 1 session de briefing des formateurs DPS en Surveillance à Base Communautaire (SBC)
- Organiser 416 sessions de briefing de CAC (1040) sur la MVE (SBC et communication)
- Organiser 6 sessions de briefing de 165 prestataires en surveillance épidémiologique (70 investigateurs, 60 recherche active, 35 gestion alertes)
- Réaliser 7 cartographies de la mobilité de la population
- Réaliser 3 exercices de monitoring des flux des mouvements (FMP)
- Organiser 37 séances de formation des prestataires des PoE et PoC
- Former les BCZ et ITs des 6 zones de santé prioritaires sur la gestion des POC
- Renforcer la surveillance sanitaire à 6 POE à la frontière avec les pays voisins
- Construire/rehabiliter 30 POC/POE
- Assurer le fonctionnement des POC/POE
- Organiser la recherche des contacts aux POC/POE
- Organiser 30 séances de feedback communautaire sur le fonctionnement des POC/POE
- Assurer le fonctionnement de la base de données des mouvements de la population
- Organiser la SBC le long des corridors de mobilité identifiés (4)
- Organiser 10 ateliers de définition de plans de contingences pour l'activation de POC dans les zones à risque
- Appuyer la compensation des frais de voyage des voyageurs suspects isolés par les PoE, PoC
- Suivre les données DHIS2 pour identifier et adresser tout changement potentiels dans la fréquentation des services sanitaires ou des impacts sanitaires secondaires

3.3. Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires

Pour la gestion de cette épidémie, le laboratoire de Butembo sera renforcé en intrants et réactifs. En fonction de l'évolution de l'épidémie, de nouveaux laboratoires pourront être installés pour raccourcir davantage les délais de d'analyse des échantillons.

Les activités essentielles à exécuter sont les suivantes :

- Approvisionner le laboratoire de Butembo en Kit de prélèvement MVE
- Approvisionner le laboratoire de Butembo en réactifs (les amorces/Primers, kits enzymatiques d'amplification, Milieux de transport Viral-MTV ...)
- Assurer le fonctionnement du laboratoire de Butembo

3.4. Prise en charge médicale des malades et des cas suspects MVE

L'équipe de la PEC fournira des soins sûrs et de haute qualité. Ces soins seront individualisés et centrés sur le patient dans un environnement qui assure la biosécurité afin de minimiser le risque de propagation du virus à d'autres patients ou aux agents de santé.

En ce qui concerne la MVE, un CTE sera construit dans la ZS de Biena à Masoya, ceci en fonction de l'accessibilité géographique, l'accès à l'eau, la disponibilité des ressources locales compétentes. L'implantation des Isolements normés supplémentaires (capacité de 10 lits) sera corollaire au besoin et l'évolution de la réponse. On a prévu de les implanter notamment dans les ZS de Biena, Katwa, Butembo, Kalunguta).

Le volet en rapport avec la transfusion sanguine sera pris en compte pour les malades de MVE nécessitant. Les unités de sang qualifiées (marqueurs habituels et PCR) seront fournies par la Coordination de Butembo. Cette dernière sera approvisionnée en intrants.

Dans le cadre de la recherche, les données d'utilisation des molécules spécifiques seront systématiquement collectées et analysées par l'INRB pour compléter les évidences sur le plan de la pharmacovigilance.

Une attention particulière sera accordée aux femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans :

- Les femmes enceintes doivent bénéficier d'une attention particulière lors des CPN et leur accorder des soins cliniques obstétricaux appropriés, tout en prévenant les possibilités d'exposition ou de transmission du virus pour les autres personnes. Les précautions PCI complètes pendant l'accouchement et/ou la prise en charge des complications obstétricales afin de prévenir l'exposition au contenu intra-utérin potentiellement infectieux.
- Il en est de même pour les enfants de moins de 5 ans qui vont nécessiter des soins pédiatriques appropriés. D'où la nécessité d'employer les médecins locaux qui ont bénéficié de l'accompagnement des pédiatres lors de la 10^{ème} épidémie. En cas de nécessité, il sera important de renforcer l'équipe par un pédiatre sénior qui va assurer l'accompagnement des médecins affectés aux différents CTE et centres de transit.

Les principales activités de soins cliniques sont les suivantes :

- Traiter les malades et assurer leur suivi selon le protocole
- Approvisionner les CTE en produits sanguins
- Collecter les données de pharmacovigilance sur les molécules spécifiques de prise en charge
- Briefer 30 prestataires dans la prise en charge de la MVE, y compris les sages-femmes
- Assurer la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des malades MVE (confirmés et suspects)
- Assurer l'évacuation des malades (outreach)

- Fournir 50 Kit admission-Sortie vainqueurs
- Mettre en place 2 Centres de prise en charge (CTE) y compris les crèches dont les capacités seront déterminées en fonction de la dynamique de l'épidémie.
- Mettre en place 4 isolements normés y compris la crèche dans les autres ZS d'une capacité de 4-6 lits
- Fournir des kits de support alimentaires aux guéris

3.5. Renforcement de la communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire (transversale)

Compte tenu de l'expérience, et recommandations codevelopper suite aux evidencesantérieure de la riposte à Ebola dans d'autres régions de la RDC, il est important d'organiser rapidement et mettre en place une stratégie communautaire pour renforcer les mesures de prévention et de riposte.

Il est donc impératif de favoriser l'engagement des communautés dans la réponse MVE. Ainsi, les interventions à base communautaire seront privilégiées comme approche dans la mise en œuvre des activités identifiées comme prioritaires.

Les équipes de communication, psychosociales, de surveillance et de vaccination travailleront de manière conjointe. Des mécanismes de feedback communautaires seront mis en place. Les consignes et recommandations de la commission communication seront suivies.

Les leaders communautaires et les influenceurs locaux, incluent une presence equitables des associations feminimes, seront placés au centre du dialogue communautaire pour la gestion des réticences et la mobilisation des groupes. La communauté identifiera les actions et les solutions pertinentes à leurs préoccupations.

Les groupes de femmes mis en place dans certaines aires de sante des ZS de Butembo, Katwa, Kalunguta, Beni, Mabalako seront utilisées pour la mobilisation communautaire et l'identification des solutions pour la prevention de la maladies, la remontees des alertes.

Les activités prioritaires sont les suivantes :

- Elaborer un plan de communication
- Organiser 90 séances de sensibilisation (émissions dans les media, ...)
- Appuyer en matériel les Reco/CAC en communication de risque et engagement communautaire
- Appuyer le fonctionnement de 1040 CAC de 7 ZS
- Appuyer la communication publique (points de presse, tribunes d'information publique)
- Produire et diffuser des émissions, spots et microprogrammes (communiqués) radio et télé sur la prévention de la MVE dans les médias en fonciton des feedback/questions cles qui ressortent par les feedbacks communautaire

- Organiser des réunions de Partenariat avec les associations locales
- Produire les supports de communication (dépliants, affiches) et en langues locales
- Mettre en place 50 supports de communication (panneaux LED)
- Organiser la CREC aux POC/POE
- Organiser la CREC le long des 4 corridors de mobilité identifiés

3.6. Renforcement des mesures de prévention et contrôle de l'infection (PCI/ Wash)

L'accès à l'eau potable et à l'hygiène est un maillon essentiel pour une réponse efficace de l'épidémie MVE. Cependant la couverture en eau est faible dans la ZS de Biena et dans les ZS voisines en général. Les structures de santé ne sont pas suffisamment approvisionnées en eau potable et les communautés n'ont pas accès à l'eau potable dans plusieurs localités incluant celles affectées par l'épidémie MVE.

Les acteurs eau hygiène assainissement (EHA) veilleront à ce que toutes les zones ciblées aient un accès suffisant à l'eau salubre et sûre pour gérer l'hygiène personnelle et à ce qu'il y ait suffisamment d'eau pour la désinfection.

Une approche coordonnée, multidisciplinaire, basée sur les preuves de 2018-20 et normalisée continuera à être utilisée pour cibler les formations sanitaires (FOSA) et les communautés à hauts risques prioritaires. La PCI ciblera les ménages, les Fosa, les lieux publics et les PoE/PoC. Dans les Fosa et dans la communauté, la réponse privilégiera « l'approche multimodale /ring ».

Suites aux preuves intégrées et analyses des chaînes de transmissions et enquêtes des personnels de santé entre l'épidémie 2018-20, la stratégie WASH-PCI concentra sur l'inclusion active des tradipraticiens dans les commissions et dans les formations. Les infections nosocomiales ont été les plus fréquentes dans les structures catégorie 3-4 et tradipraticiens, qui vont, alors, bénéficier dans les formations sur place, afin d'identifier les options PCI adaptées aux structures elle-même.

Les triages au niveau des Fosa rempliront les conditions les plus contraignantes par rapport au contrôle de l'infection.

Les activités à mettre en place sont les suivantes :

- Approche PCI ring autour de chaque cas confirmé de MVE : décontamination, évaluation, briefing, don de kits IPC
- Réponse active aux infections nosocomiales : tous les cas potentiels de transmission nosocomiale sont étudiés conjointement par une équipe (PCI et épi) dans les 24 heures, en utilisant le formulaire d'investigation
- Appui sur les résultats intégrés des analyses sociales, comportementales et épidémiologiques pour pouvoir mieux supporter les approches de la PCI/WASH
- Établissement des FOSA prioritaires et cartographie des partenaires

- Renforcement des normes et pratiques des FOSA prioritaires y compris tradipraticiens en matière de PCI/WASH (en utilisant le toolkit PCI) par des évaluations régulières (à l'aide du Scorecard), de plans d'amélioration, une supervision active et le mentorat
- Distribution continue des stocks PCI WASH dans les FOSA prioritaires (Priorisation pour CAT 3-4 et tradipraticiens)
- Briefing régulier des prestataires de soins y compris tradipraticien, hygiénistes et superviseurs des zones de sante
- Le renforcement des services EHA/PCI dans les établissements de santé publics et privés, via la fourniture des kits EHA/PCI, la mise en place de prétriage, la réhabilitation/construction des infrastructures EHA (douches, stations de lavage des mains, latrines, ouvrages d'approvisionnement en eau...) et la formation des prestataires de santé y compris les tradipraticiens
- Construire/rehabiliter les points de lavage de mains aux POC/POE dont 27 temporaires selon les critères d'activation et désactivation des POC et 3 permanents aux sites prioritaires (2 POC et 1 POE)
- Construire 8 points de lavage de mains dans les 4 corridors de mobilité identifiés

3.7. Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS)

Tous les décès seront investigués et systématiquement prélevés (SWAB) pour les analyses de laboratoire. Des mesures administratives efficaces seront prises pour accompagner cette stratégie. Les équipes vont assurer les enterrements dignes et sécurisés. Et la communauté pourra réaliser au besoin les enterrements communautaires d'urgence à moindre risque (ECUMR).

Les activités à mettre en œuvre sont :

- Organiser 3 Session de briefing des équipes des EDS des ZS (6 x personnes/ZS)
- Assurer les prélèvements des ecouvillons sur les corps sans vie
- Décontaminer les sites
- Sécuriser les corps
- Assurer l'EDS
- Approvisionner en Sacs mortuaires
- Approvisionner en Chlore

3.8. Prise en charge psychosociale

La stratégie de réponse psychosociale sera basée sur le renforcement de la prise en charge psychologique des enfants et familles affectées par la MVE et le travail social. La MVE crée la peur et l'incertitude dans la communauté, d'où la nécessité de la composante psychosociale dans la prise en charge. L'assistance psychosociale sera fournie aux patients et familles affectés par la MVE.

Axe 1 : réponse à l'impact psychologique & social de la MVE

Le soutien psychosocial vise à (1) fournir un soutien en santé mentale et psychosocial (MHPSS) aux personnes touchées par Ebola et aux membres de leurs familles (2) fournir un soutien aux agents de santé et du personnel impliqués dans la réponse pour atténuer les effets du stress sur (3) faciliter la prise en charge des survivants de la VBG et d'EAS.

Le volet santé mentale et psychologique sera assurée par des psychologues sous la supervision du point focal du BCZ. L'accompagnement social sera assuré par des travailleurs para-sociaux (voir ci-dessous) sous la responsabilité de la DIVAS. Ceux-ci travailleront en étroite collaboration avec les psychologues et les BCZ à travers la mise en place de mécanismes de référencement.

Axe 2 : Une réponse aux besoins de protection à travers le renforcement du travail social

L'objectif est d'identifier, d'accompagner et de référer aux services appropriés lorsqu'ils existent, les enfants les plus vulnérables et/ou victimes de violence dans les zones affectées par la MVE. Pour cela, les capacités de la DIVAS seront renforcées notamment à travers le déploiement de travailleurs para-sociaux (par travailleurs para-sociaux (TPS), on entend toutes les personnes engagées dans l'identification, l'accompagnement et le référencement des enfants vulnérables – ces TPS travaillent sous la supervision/en collaboration avec les travailleurs sociaux de la DIVAS).

Ce volet de réponse inclura également :

- En complément du déploiement de travailleurs para-sociaux dans les zones affectées par la MVE, les réseaux communautaires de protection (RECOPE) seront renforcés afin de soutenir l'identification, le référencement et la prise en charge des enfants vulnérables notamment à travers l'élaboration de contrats sociaux et la fourniture d'attestations d'indigence par la DIVAS
- La mise en place de mécanismes d'alerte communautaire à travers les TPS & les RECOPE
- La mise en place d'espace amis d'enfants mobiles et/ou fixes dans les communautés affectées par Ebola, et notamment autour des structures et centres de santé
- La fourniture de matériel de biosécurité pour les structures de protection de l'enfance & la sensibilisation du personnel des structures de protection (CTO, SAT) et des chefs de famille d'accueil (FAS / FAT) sur les mesures de prévention contre la propagation d'Ebola

Enfin, le volet protection sera intégrée dans les autres volets de la réponse Ebola en particulier à travers :

- la formation des acteurs santé, WASH, nutrition à l'identification et référencement des cas de protection.
- La mise à disposition des cartographies et mécanismes de référencement– par zones de santé - des services et acteurs de protection, y compris des acteurs luttant contre la VBG, pour garantir une réponse intégrée.

Axe 3 : Prévention de l'Exploitation Sexuelle et des Abus (PSEA)

- Sessions de rappel pour tout le personnel déployé avec signature de code de conduite
- Sensibilisation communautaires, mécanismes de plaintes, prise en charge des victimes
- Distribution des affiches traduites en langues locales, incluant une explication sur les mécanismes de plainte, dans toutes les zones hot spot et à risque.
- Activation des mécanismes d’alerte avec les CAC
- Intensifier les messages radio clés à travers des spots
- Déploiement d’un point focal PSEA pour coordonner les activités PSEA dans la réponse

Les activités essentielles sont les suivantes :

- Fournir l'assistance alimentaire/matériel aux contacts en suivi
- Assister les enfants orphelins/enfants séparés des parents dans les crèches et dans la communauté
- Assister les familles affectées en Kits social
- Assurer le soutien psychologique au personnel impliqué dans le riposte (PPL et autres)
- Assurer le soutien psycho-social dans le site de prise en charge et d'isolement ainsi que les PoC
- Fournir les Kits de malades (Psy)
- Offrir un soutien et un suivi psychosocial individualisé aux familles et enfants affectés par la MVE, aux guéri(e)s et aux personnes/familles contacts ;
- Organiser les activités de psychoéducation au sein des communautés d'origine autour des cas
- Apporter l'appui aux autres commissions
- Organiser les focus groupes communautaires avec les guéris
- Fournir une assistances aux enfants vulnérables de la communauté dans les Zones affectés par la MVE
- Former le personnel des différents piliers de la réponse pour le référencement des cas de Protection de l'Enfant
- Soumettre le personnel de la riposte à la signature d'un code de bonne conduite
- Organiser des séances de sensibilisation communautaires sur l'EAS
- Mettre en place des mécanismes communautaires de plaintes

3.9. Renforcement du système de gestion de l’information

La mise en place d’une base de données de qualité est essentielle pour une bonne gestion de l’épidémie. En effet, les analyses effectuées sur les données de qualité permettent de prendre des décisions rationnelles .

Les données de surveillance de la MVE seront dans la mesure du possible digitalisées, traitées et stockées dans le Système National d'Information Sanitaire. Toutes les commissions seront dotées de kits informatiques pour la gestion des données.

Un tableau de bord sur base des indicateurs de performance clés sera mis en place dans le cadre du suivi de la réponse humanitaire.

Les informations incluent les analyses réalisées par la CASS (58 études opérationnelles entre 2018-20) qui sont disponible en rapport/ briefs pour être utilisées afin d'informer les interventions liées a la résurgence.

Les analyses couvrent aussi le suivi des tendances des maladies et utilisations des services sanitaires (DHIS2) afin de suivre aucune changement / impact sanitaires durant et après la résurgence.

Les activités vont consister à :

- Mettre en place un tableau de bord des indicateurs-clé de performance pour les deux épidémies
- Produire un rapport d'évaluation des activités opérationnelles sur les outputs
- Produire un tableau de bord hebdomadaire sur l'évolution des épidémies de la MVE
- Mettre à jour la cartographie des intervenants et des interventions de la riposte
- Mettre à jour les bases de données
- Primer le personnel des bases de données
- Doter les équipes de matériel informatique
- Produire des rapports de situation réguliers sur la gestion de l'épidémie
- Revoir les évidences et 112 actions codéveloppées avec la CASS de 2018-20 pour informer la stratégie de réponse et les activités d'interventions
- Analysées les données DHIS2 sur l'utilisation des services sanitaires, et les taux des autres maladies

3.10. Renforcement de la préparation des zones de santé et provinces adjacentes aux foyers Epidémiques (Catégorie C)

Considérant la possibilité de l'extension géographique de la MVE, la mobilité des populations et même des contacts, le risque de propagation de l'épidémie de MVE est possible dans les zones de santé et provinces voisines. Il est utile d'en tenir compte et prévoir des activités de prévention et préparation dans ces zones.

Pour les zones de santé et provinces voisines des foyers épidémiques, les activités essentielles à mettre en œuvre sont les suivantes :

- Assurer le fonctionnement des Comités de Gestion des Urgences de Santé Publique
- Briefer les EIR
- organiser des exercices de simulation sur la gestion des cas suspects

- Renforcer les mesures de surveillance, particulièrement l’investigation et du suivi des alertes (10 missions/ZS/mois)
- Mettre en place le système de surveillance aux PoE/PoC
- Approvisionner les PoC/PoE en matériel de communication (modems, crédits appel,
- Organiser des séances sensibilisation et feedback communautaire (notamment avec les associations féminines) sur le fonctionnement des POC/POE
- Approvisionner en matériel CREC aux PoC/PoE
- Assurer la prévention le long des corridors de mobilité
- Payer les prestataires des PoC/PoE
- Renforcer les capacités de PCI dans les structures des zones de santé, notamment dans les tradipraticiens et les catégories 3-4

3.11. Vaccination

Pour la MVE, il est important d’intégrer la vaccination des groupes à risque conformément aux recommandations de l’OMS. Les stratégies de vaccinations seront adaptées au contexte : la vaccination en ceinture des contacts, des contacts des contacts, du personnel de première ligne (PPL), la vaccination géographique ciblant des populations des aires de santé touchées etc.

Les activités prioritaires de la vaccination sont les suivantes :

- Organiser 3 Sessions de formation de 28 vaccinateurs locale chacune
- Approvisionner 6 ZS avec 450 Kits de Vaccination
- Approvisionner 6 ZS en Kits de fournitures médicales (Paracetamol, corticoïdes ...)
- Fournir les crédits pour Thuraya
- Fournir les combinés Thuraya
- Fournir 25 Kit d’équipement vaccination (Chapiteau, chaises, tables)
- Rendre disponible 2 Kits informatiques
- Suivre les MAPI
- Assurer la chaîne de froid (Artek, congélateurs, réfrigérateurs, glacières et porte(Vaccins)Approvisionner les Equipes en vaccin

3.12. Subvention des soins

Dans le cadre de la riposte à l’épidémie de MVE , la subvention des soins demeure l’un des piliers les plus importants dans la stratégie de mise en œuvre d’une riposte efficace.

Pour garantir l’accessibilité financière aux soins de santé dans cette situation d’épidémie, il est essentiel d’assurer la subvention des soins dans la zones de santé touchées et à risque. Les zones de santé de l’Antenne de Butembo sont subventionnées par PRODESS (tarification forfaitaire) et PDSS (achat de performances) et on veillera à ce qu’elles ne connaissent pas de rupture de stock en médicament.

Le but ultime est de réduire les coûts directs de soins afin d'accroître la fréquentation des malades parmi lesquels ceux potentiellement infectés par la maladie à virus Ebola. En conséquence, la détection des cas suspects et probables sera augmentée et par ricochet, va rompre la chaîne de transmission.

Les activités vont consister à :

- Doter régulièrement les Fosa prioritaires en MEG
- Mettre à jour les indicateurs d'achat de services en faveur des urgences
- Mettre en place des mécanismes pour empêcher la séquestration des malades dans les formations sanitaires

3.13. Prise en charge des survivants

Le programme de suivi des survivants de la maladie à virus Ebola (MVE) est un programme intégré et intensif répondant aux besoins médicaux et psychosociaux des survivants de la MVE ainsi qu'au risque de réintroduction du virus.

Ces personnes doivent bénéficier d'un appui lors de leur décharge des centres de traitement pour un bon retour en communauté afin de réduire au maximum tout risque de stigmatisation et de complications post MVE.

L'objectif de ce programme est d'assurer une gestion intégrée et harmonieuse des problèmes qui touchent les survivants de la MVE en intégrant les dimensions cliniques, de suivi biologique, de dépistage, psychosociales et un appui nutritionnel.

Cette offre de services qui s'inscrit dans les structures de santé existantes, est gratuite et sur base volontaire pour les survivants de la MVE à compter de leur sortie du centre de traitement Ebola (CTE).

Le programme est organisé autour de quatre activités :

- Prendre en charge sur le plan clinique les survivants de la maladie d'Ebola
- Prendre en charge sur le plan psycho-social les survivants de la maladie d'Ebola
- Faire le suivi biologique des guéris de la MVE
- Campagne d'information visant à fournir aux communautés des localités cibles les informations dont elles ont besoin sur les défis des survivants, et à réduire les risques de stigmatisation
- Assurer le suivi nutritionnel des guéris
- Fournir des kits de support alimentaires aux guéris
- Mener la surveillance épidémiologique autour des guéris (SURGE)
- Payer le personnel de suivi des guéris

3.14. Sécurité

Dans le contexte de la MVE, la mise en œuvre des activités de riposte rencontre le plus souvent des problèmes en rapport avec la sécurité : la réticence des communautés, les attaques sur le personnel de la réponse et sur les infrastructures, le vol de matériel etc. Le recours vers les forces nationales de sécurité tiendra en compte les principes humanitaires auxquels adhèrent les acteurs humanitaires, ainsi que l'approche « ne pas nuire ».

Les activités suivantes seront mises en œuvre :

- Assurer le transport de la sécurité pour les équipes des opérations
- Assurer la sécurité des CTE, CT MVE, Unité soins Intensifs MVE, CT, COUSP et de tous les lieux de travail des équipes de riposte
- Evaluer la situation sécuritaire journalière des sites d'intervention
- Briefer les équipes de riposte sur la situation sécuritaire Logistique

3.15. Logistique

La logistique est une plaque tournante pour le soutien à l'ensemble des opérations de réponse afin qu'elles puissent atteindre leurs objectifs.

Les activités essentielles sont les suivantes :

- Doter 9 véhicules pour assurer la mobilité des équipes
- Doter 30 motos les zones de santé
- Fournir les piles mégaphones et thermoflash
- Fournir un Générateur 30 Kva au COUSP
- Fournir un Vsat au COUSP
- Rendre disponible les fournitures de bureau
- Doter les commissions en carburant
- Doter les commissions lubrifiant
- Doter les commissions en Epi (Ecrans faciaux, gants, blouses...)
- Fournir les sacs mortuaires pour les EDS
- Doter les commissions en kits informatiques (ordinateurs, imprimantes et modems)
- Doter les commissions en Cartouches Imprimantes
- Assurer la connection internet au COUSP
- Fournir les équipement informatique au COUSP (Système de gestion de l'Incident)
- Achat téléphones pour les alertes (3/ZS et Coordination)
- Acheter les thermoflash
- Approvisionner les PoE_PoC en eau
- Mettre en place 1 Centre de prise en charge (CTE) à Katwa d'une capacité de 30 lits
- Mettre en place 4 unités PEC dans les autres ZS d'une capacité de 10 lits

- Doter les hôpitaux généraux de référence des kits de sécurité transfusionnelle
- Fournir le matériel non médical CTE et unités MVE dans les ZS (Biena, Katwa, Butembo, Kalunguta)
- Fournir le matériel médical à l'unité PEC de Masoya
- Approvisionnement Eau-CTE et Unités MVE
- Electification (GE) CTE et Unités MVE
- Kit solaire
- Maintenance CTE et Unités MVE
- Assurer l'entretien des ambulances
- Chaine de froid CTE et Unités MVE
- Connection internet CTE et Unités MVE
- Acheter le mégaphones
- Doter les commissions en crédits de communication

3.16. Administration et Finances

Cette section est mise en place en soutien au bon fonctionnement de tout le plan de riposte notamment pour assurer la documentation et la gestion de tous les flux financiers, le payement des ressources humaines à tous les niveaux de la riposte intégrée, les crédits de communication etc. Elle s'occupera également des dispositions administratives pour les ressources humaines (obtention/renouvellement des ordres de service, formalités de voyage, contractualisation...) en collaboration avec la section logistique.

Les rémunérations (primes) des commissions et prestataires vont être accordés en fonction du barème GIBS de février 2021.

Il est préférable que les prestataires/experts des ZS soient utilisés localement. Il ne sera pas admis d'importer du personnel d'autres ZS ou provinces sauf cas exceptionnels et sous l'autorisation de la DPS. L'ajout de personnel consultant des agences et ONG sera également justifié.

Pour une gestion transparente des ressources humaines, une base de données des personnels et prestataires alloués à la riposte sera mise en place et les paiements des dites ressources humaines sera fait uniquement en fonction de la base de données.

Les activités essentielles sont les suivantes :

- Tenir des réunions régulières de synthèse des flux financiers
- Fournir le transport des experts du niveau central (aller-retour)
- Payer les membres de la Coordination Nationale
- Payer la Coordination Provinciale
- Payer les membres et prestataires des coordinations zonales
- Payer le Personnel des CTE et unités de prise en charge
- Payer le personnel du Programme Suivi des guéris

- Payer le personnel des POC/POE
- Organiser la signature de contrats/accords entre le BCZ de chaque zone de sante interessee et les prestataires
- Mettre en place une base de donnee des personnels et prestataires de la riposte

4. BUDGET SYNTHÈSE

(Voir Excel)

Voir également fiche technique Unicef

Supprimer les mégaphones

Reviser le barème des hygiénistes : 40 USD au lieu de 100 USD au niveau des ZS

Ramener tous les Epi dans la PCI

Révoir à la hausse le nombre de motos : 85 motos (dont 16 sont ds les ZS)

Disponibilité :

300 000 USD Communication

200 000 USD Wash

5. ANNEXES

Code de bonne conduite

Note sur la Bonne conduite et la responsabilité

Politique de lutte contre la fraude et la corruption

Lutte contre la fraude et la corruption :

les parties prenantes refusent de soutenir directement ou indirectement toute action frauduleuse et s'engage à minimiser les risques de corruption dans la mise en œuvre de ses activités.

Transparence et Responsabilité :

les parties prenantes s'engagent à être entièrement responsable et transparente envers ses bénéficiaires, partenaires, fournisseurs et bailleurs de fonds, en donnant accès à l'information concernant la répartition et la gestion de ses fonds. L'organisation s'engage à avoir en main tous les outils nécessaires afin d'assurer une gestion adaptée de ses opérations.

Politique de lutte contre l'exploitation et les abus sexuels

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

ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES A LA RIPOSTE MVE

Le Code de bonne conduite reflète notre engagement à respecter les règles et les principes essentiels d'éthique dans toutes nos activités.

Il est indispensable d'intégrer et de respecter les exigences du Code de bonne conduite sur le terrain d'intervention si nous voulons gagner la confiance des communautés dans lesquelles nous menons notre action et des parties prenantes.

Il est tout aussi crucial d'instaurer une culture ouverte où les membres du personnel se sentent suffisamment en confiance pour exprimer leurs préoccupations, sachant qu'elles seront traitées de manière fiable, objective et cohérente.

Le Code de bonne conduite vise à nous aider à développer une culture fondée sur l'autonomie, la responsabilité, l'intégrité et la morale par l'exemple, l'encadrement et l'apprentissage par des meilleures pratiques.

Loin de nous restreindre, il élargit nos possibilités d'action en définissant clairement quel comportement adopter dans notre travail.