



PLAN STRATEGIQUE DE RIPOSTE

CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA
DANS LES PROVINCES DU NORD KIVU ET DE L'ITURI
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
4^{ème} édition (PSR-4)

Juillet – décembre 2019

TABLE DES MATIERES

1. Introduction.....	4
3. Revue opérationnelle du PSR-3	7
FORCES.....	7
FAIBLESSES.....	8
OPPORTUNITES.....	9
MENACES	9
4. Analyse des risques.....	10
LES FACTEURS DE RISQUE	10
PROJECTION DES TENDANCES DE L'ÉPIDÉMIE A LA MVE DANS LES 120 PROCHAINS JOURS	11
5. Objectifs et Orientations stratégiques	11
5.1 OBJECTIF GENERAL.....	11
5.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	12
5.3 ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	12
5.4 CONCEPT DES OPERATIONS	13
5.5 HYPOTHESES DE PLANIFICATION	15
6. Stratégies et opérations du PSR-4	16
AXE 1 - PRESTATIONS ESSENTIELLES DE LA RIPOSTE	16
6.1.1. Renforcement de la surveillance, recherche active des cas et suivi des contacts, POE & vaccination.....	16
6.1.2. Communication sur les risques et engagement communautaire (CREC)	19
6.1.3. Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires et de recherche.....	21
6.1.4. Prise en charge (PEC) médicale des malades, isolement des cas suspects et suivi des guéris.	22
6.1.5. Renforcement des mesures de prévention et contrôle de l'infection (PCI/WASH)	24
6.1.6. Prise en charge psychosociale	26
6.1.7. Enterrements dignes et sécurisés (EDS)	27
6.1.8. Préparation opérationnelle des zones de santé et provinces adjacentes aux foyers épidémiques.....	28
AXE 2 - COORDINATION	28
6.2.1. Coordination de la riposte	28
6.2.2. Gestion de l'information et Suivi & Evaluation	29
AXE 3 - SOUTIENS ADMINISTRATIF, FINANCIER ET LOGISTIQUE A LA COORDINATION	34
6.3.1. Gestion administrative des Ressources Humaine (RH).....	34
6.3.2. Planification et GESTION FINANCIERE du SRP-4.....	35
6.3.3. Gestion logistique.....	35
7. Cadre de mise en œuvre	36
7.1. PRINCIPES DIRECTEURS.....	36
7.2. ORGANISATION DE LA RIPOSTE	37
7.3. REDEVABILITE	38

8. Budget	40
8.1. APPROCHE METHODOLOGIE	40
8.2. SYNTHESE DU BUDGET	40
Annexes	41
1. Projection des tendances de l'épidémie dans les 120 prochains jours.....	41
2. Organigramme de la Coordination de la riposte	45

1. Introduction

La dixième épidémie de la MVE qui sévit dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri a été déclarée par le Ministère de la Santé le 1er août 2018.

En fonction de l'évolution de l'épidémie dans les zones de santé affectées, les plans de riposte successifs (1, 2, 2.1 et 3) ont été mis en œuvre pour permettre le déploiement des ressources requises en vue de soutenir le Gouvernement Congolais et ses partenaires.

Plus récemment et malgré la mise en œuvre du Plan Stratégique de Riposte -3 (PSR-3), la transmission de la Maladie à virus Ebola (MVE) continue dans les deux provinces affectées. Cette transmission a engendré au mois de mai la plus forte augmentation du nombre de nouveaux cas jamais enregistrés depuis le début de l'épidémie.

Il convient de déplorer malheureusement l'insécurité qui continue à entraver la riposte dans plusieurs zones de santé. De fréquents incidents sécuritaires ont affecté la riposte, dont certains ont eu des conséquences dramatiques.

De plus, le risque d'une extension de la propagation du virus à d'autres villes de la RDC et aux pays voisins demeure très présent. Au début du mois de juin 2019 plusieurs cas de la MVE ont été exportés en Ouganda à partir de la zone de Santé de Mabalako en passant par la frontière congolaise de Kasindi. Malgré les trois décès enregistrés, la progression de l'épidémie vers l'Ouganda semble être contenue grâce à la bonne collaboration transfrontalière et aux activités de préparation réalisées avec le Gouvernement Ougandais.

L'augmentation du nombre de nouveaux cas depuis la semaine épidémiologique n°19 combinée à la persistance de l'insécurité appelle à des réajustements majeurs dans les stratégies de riposte.

Pour répondre à ces nouveaux défis, le Gouvernement, appuyé par ses partenaires, a organisé une revue opérationnelle du PSR-3 à Goma du 14 au 15 juin 2019. Cette revue, participative et inclusive, a fait le point sur le niveau de réalisation des activités par pilier de la riposte, a permis de relever des goulots d'étranglements à la mise en œuvre des plans opérationnels et de formuler des nouvelles orientations stratégiques.

Les conclusions de cette revue ont guidé l'élaboration de ce 4^{ème} plan stratégique de riposte (PSR-4).

Ce PSR-4 prend entre autres en compte la nouvelle stratégie dite d'accroissement (scale-up) de la réponse afin d'interrompre l'épidémie et se focalise sur les principaux axes ci-après :

1. Détection et isolement rapide des cas ;
2. Intensification des actions de santé publique multidisciplinaires rapides autour de tout cas confirmé ;
3. Renforcement de l'engagement communautaire ;
4. Renforcement du système de santé et coordination effective des activités des partenaires locaux et internationaux ;

5. Synergie des activités de santé publique avec celles des secteurs sécuritaire, humanitaire, financier et de préparation opérationnelle des pays limitrophes pour créer un environnement favorable à la riposte.

Les activités des secteurs cités ci-dessus feront l'objet d'une stratégie qui sera présentée de façon détaillée dans un document complémentaire et elle s'articule autour de quatre piliers suivants :

1. Renforcement de l'engagement politique, de la sécurité et du soutien opérationnel pour améliorer l'acceptation de la réponse et l'accès aux zones d'insécurité ;
2. Renforcement de l'appui aux communautés touchées par la MVE : En collaboration avec les acteurs humanitaires et de développement présents dans la région, ce pilier vise à renforcer la résilience de la population, favoriser l'appropriation et l'implication des communautés dans la réponse. Ce cadre commun de travail permettra également de développer des synergies avec les actions sociales et humanitaires dans le but de prendre en compte et de répondre aux besoins primaires des populations affectées par la MVE ;
3. Renforcement de la planification financière, du suivi et des rapports financiers : La Banque mondiale collaborera avec les principaux donateurs pour définir les besoins financiers et planifier un financement rapide et durable ;
4. Préparation renforcée des provinces environnantes et des pays limitrophes pour réduire le risque d'extension.

Le principe de la stratégie de mise à l'échelle (*Scale up*) implique une capacité maximale dans tous les secteurs de la réponse et dans toutes les Sous coordinations pour une durée de 4 mois au minimum. Ceci est la condition requise pour permettre de répondre immédiatement à toutes les hypothèses de développement de l'épidémie y compris les plus pessimistes et de garantir ainsi une disponibilité des moyens nécessaires pour stopper puis de prévenir le retour de l'épidémie dans les Provinces du Nord Kivu et de l'Ituri.

Le PSR-4 serait donc le dernier plan de riposte ou le « *Final push* » pour vaincre définitivement l'épidémie en renforçant des stratégies en cours et en comblant des gaps ainsi qu'en introduisant des innovations qui ont démontré leur efficacité.

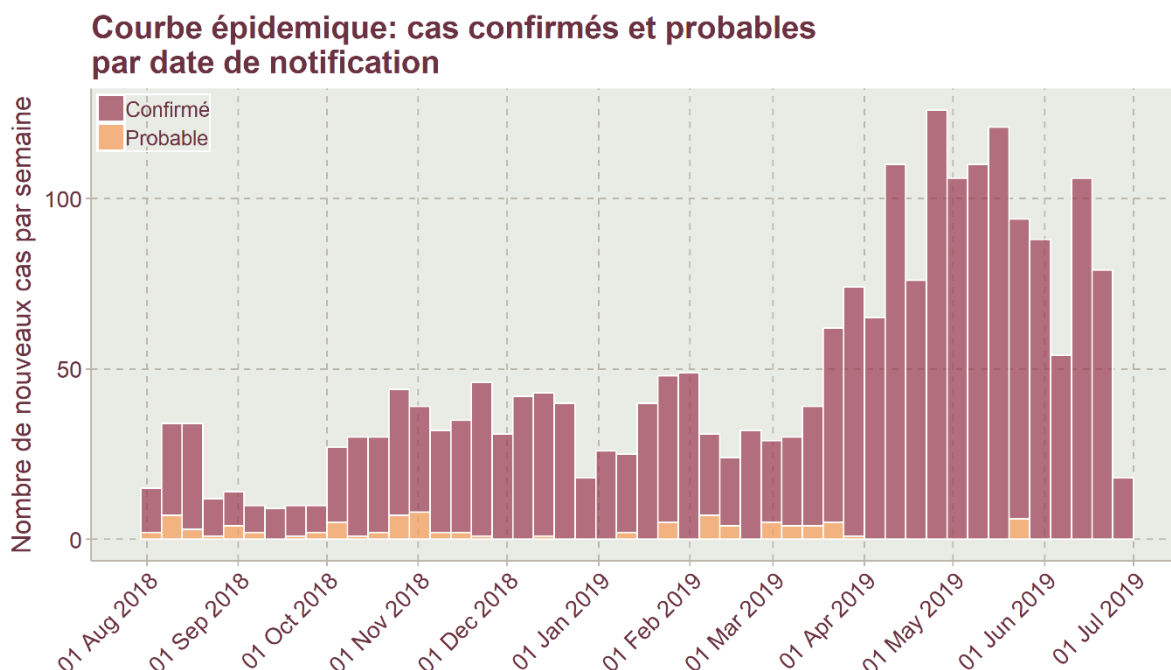
Ce plan de réponse stratégique (PSR4) couvre la période allant de du 1^{er} juillet au 31 décembre 2019 et prend en compte les forces et faiblesses ainsi que les orientations dégagées lors de la revue opérationnelle de la mise en œuvre du PSR-3 et d'autres orientations basées sur les leçons apprises et l'analyse des risques auxquels l'ensemble des partenaires ont contribué.

2. Situation épidémiologique

Au 24 juin 2019, le nombre cumulé de cas s'élevait à 2 265 (2 171 confirmés et 94 probables) dont 1 522 décès (Figure 1), soit une létalité globale de 67%. La létalité parmi les cas confirmés était de 66% (1 428/2 074).

Le sexe ratio était de 1,3 F/H, calculé à partir des données de 2 191 cas confirmés et probables pour lesquels le sexe a été renseigné (1 251 femmes/940 hommes). Parmi les 1 251 femmes, 752 (60%) étaient en âge de procréer (15-49 ans). D'autre part, 368 cas confirmés et probables étaient des enfants ≤5 ans, soit 16% de l'ensemble des cas et on dénombrait 126 agents de santé, soit 6%.

Figure 1 : Evolution hebdomadaire des cas confirmés et probables de la maladie à



virus Ebola dans les Provinces du Nord Kivu et de l'Ituri du 1er août 2018 au 24 juin 2019

A la même date, 23 zones de santé ont rapporté au moins un cas confirmé ou probable de maladie à virus Ebola dans les Provinces du Nord Kivu et de l'Ituri. (Figure 2) Au total, 189 aires de santé sont affectées sur un total de 359 aires de santé. Jusqu'ici, les cas ont principalement été rapportés dans les zones de santé de Katwa (619/2265 ; 27%), Beni (365/2265 ; 16%), Mabalako (324/2265 ; 14%), Butembo (245/2265 ; 11%), Mandima (175/2265 ; 7%) et Kalunguta (135/2265 ; 6%).

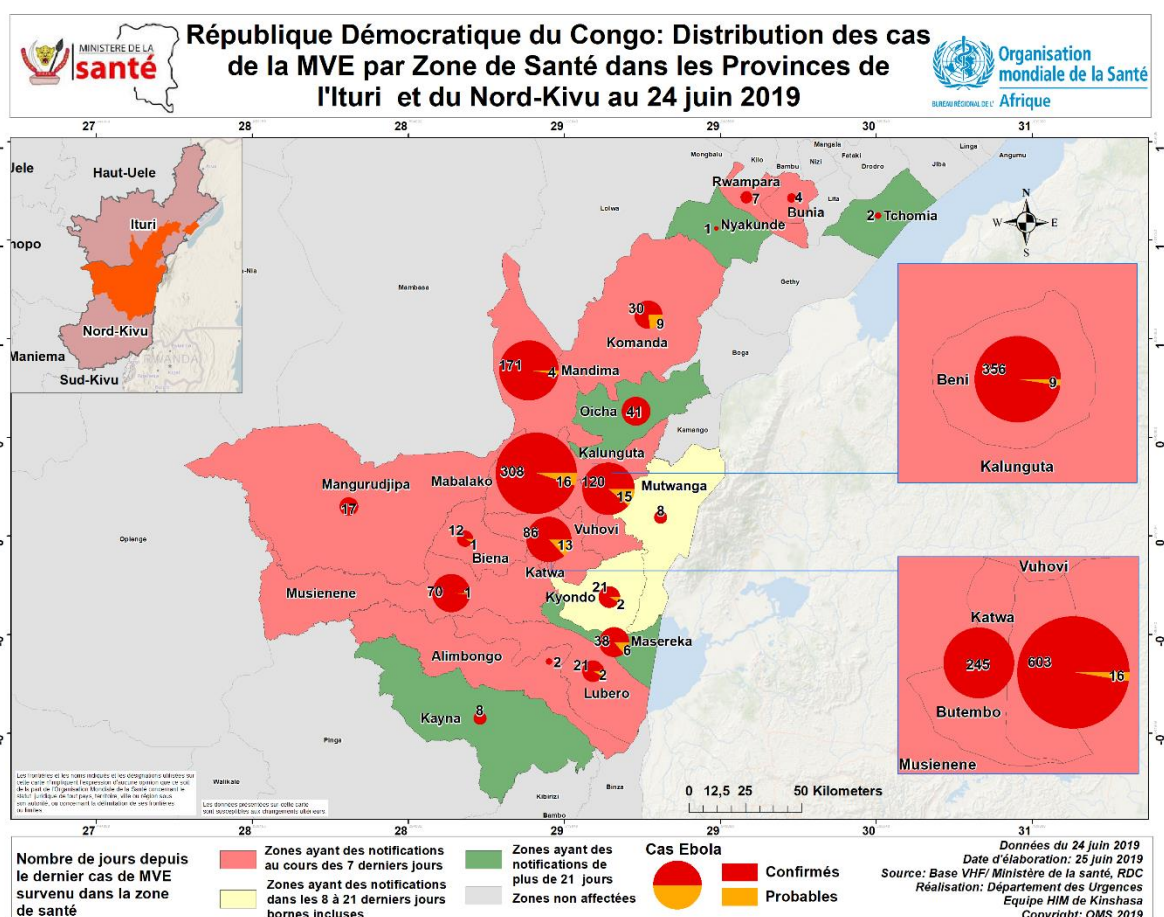


Figure 2 : Distribution des cas confirmés et probables de la maladie à virus Ebola par zone de santé du 1er août 2018 au 24 juin 2019

Par ailleurs, on a observé au mois de juin 2019 un shift des points chauds de l'épidémie, de Butembo/Katwa vers Mabalako/Mandima, avec une résurgence de cas dans les Zones de santé de Mabalako, de Beni et de Mandima.

3. Revue opérationnelle du PSR-3

Un condensé de la revue des forces et faiblesses des résultats du PSR-3 est présenté en Annexe de ce document par pilier de la réponse, néanmoins il se dégage les faits saillants suivants :

FORCES

- La fonctionnalité des dispositifs de coordination de la riposte permettant l'implication des partenaires, l'échange et la diffusion d'informations journalières relatives à la mise en œuvre de différents piliers de la réponse ainsi que la bonne coordination des partenaires ;
- La mise en œuvre de l'approche autour des cas permettant une action synergique des différentes sous commissions autour de chaque cas confirmé ;
- La mise en place de Centres de Traitement Ebola (CTE) fonctionnels aux standards internationaux, des laboratoires permettant de faire un diagnostic rapide, et le suivi des traitements des patients avec les nouvelles thérapies avec plus de 550 patients guéris ;

- La fonctionnalité de nombreux Points d'Entrées/Postes de Contrôle (PoE/PCs) qui ont permis de signaler plus de 1300 alertes dont plus de 500 validées et 21 confirmés avec une bonne coordination de la surveillance transfrontalière qui a permis la détection rapide des cas confirmés qui ont traversé vers l'Ouganda ;
- La disponibilité et le déploiement rapide des vaccins : 154.037 personnes vaccinées au 7 juillet 2019 contribuant à limiter la propagation de la maladie parmi les nombreux contacts et contacts des contacts des cas confirmés et probables ainsi que parmi le personnel de santé de première ligne ;
- Organisation des dialogues, débats communautaires et tribune d'expression populaires, impliquant les leaders communautaires ayant suscité des feedbacks qui ont servi de guillage pour la suite des interventions (éthique, comportementaux, logistiques, Prise en charge, etc.) ;
- Identification des ZS/AS hotspot qui ont conduit à la réalisation des interventions spécifiques tel que la mise en place des comités locaux de lutte contre Ebola qui ont facilité la mise en œuvre des interventions de santé publique (ring de vaccination, décontamination des ménages et FOSA, etc.) ;
- Utilisation des grands influenceurs (équipe d'intervention rapide): opérateurs économiques, motards, étudiants, élèves et personnel de l'Education comme briseurs des réticences) ;
- Elaboration/actualisation et vulgarisation des SOP PCI-Wash validés ;
- Existence de plan, module de formation et documents des normes et directives en PCI-WASH partagés ;
- L'engagement des communautés affectées sous l'impulsion de leurs leaders ou autres individus influents qui mettent en place des comités locaux de lutte pour faciliter les actions de la riposte et la gestion des incidents communautaires dans les Zones de santé ;
- La création de la cellule de briefing, formation et déploiement des équipes d'intervention rapide (EIR) multidisciplinaires autonomes pour assurer une prise en charge rapide et holistique des cas dans les aires de santé difficilement accessibles du fait de leur éloignement de grandes agglomérations.

FAIBLESSES

- Déficit communicationnel entre les sous coordinations et les commissions de la coordination stratégique dans la remontée de l'information et dans l'analyse des indicateurs clés (KPI) de la riposte ;
- Retard de l'ancrage de la riposte dans le système de santé ;
- Faible nombre de décès communautaires testés ;
- Faiblesse dans l'identification initiale des contacts et dans le suivi des contacts avec un nombre élevé de contacts perdus de vue ;
- Long délai long entre la notification des cas suspects et leur isolement ;
- Faible prise en compte des feedback communautaires dans gestion des résistances communautaires ;
- Déficiences de la Prévention et du Contrôle des Infections (PCI) notamment liées à au faible niveau de formation du personnel et à la précarité des infrastructures et équipements médicaux ;

- Le système de gestion de l'information pour la riposte reste faible, avec des bases de données fragmentaires et des informations incomplètes ;
- Système d'alerte très faible dans les ZS et insuffisance des capacités de préparation dans les zones de sante à risque ;
- Faible intégration de la riposte dans un contexte d'une crise humanitaire complexe.
- Alignement non encore systématique de tous les partenaires œuvrant dans la CREC ;
- Recrutement anarchique des acteurs de la communication par certains partenaires ;
- Problème de gestion des ressources humaines marqué par le retard et le non-paiement des acteurs de la riposte, le manque de plan de déploiement et d'une base des données ;
- Faible implémentation des activités de Prévention ;
- Faible coaching/mentorat des prestataires des soins et assurance qualité ;
- Faible prise en compte des postes de santé, des Centre tradi-moderne et maison des prières dans les interventions de PCI ;
- Persistance de l'augmentation du nombre de PPL qui refuse de se vacciner, qui n'observent pas les règles de prévention et de contrôle des infections et qui font la maladie du fait de l'exposition dans les milieux de soins ;
- Faible préparation des zones de santé non affectées pour faire face à une éventuelle survenue des cas de MVE ou prendre rapidement en charge les cas éventuels ;
- Faible application de la subvention des soins dans les FOSA (gratuité des soins).

OPPORTUNITES

- Appréciation du potentiel élevé dans l'utilisation des réseaux sociaux locaux pour communiquer sur la riposte ;
- La prise de conscience par tous les acteurs que la riposte sort du cadre de la santé publique et doit tenir compte d'autres aspects importants notamment les aspects humanitaires, sécuritaires, d'engagement communautaire et financement conséquent ;
- La disponibilité de plusieurs partenaires qui travaillent en étroite collaboration avec les équipes nationales ;
- Le potentiel du système de santé local à soutenir la riposte et poursuivre les activités pour le long terme.

MENACES

- Contexte social, politique et sécuritaire sous-jacent conduisant à la réticence, au refus et à la résistance de la communauté à adhérer aux mesures recommandées par les acteurs de la réponse ;
- Perturbations des activités de la riposte liées à la situation sécuritaire et attaques contre le personnel et les structures de la riposte au cours de manifestations communautaires ;
- Forte mobilité de la population ;
- De nombreuses structures sanitaires ne respectent pas les mesures de PCI, y compris dans leur système de triage/isolement, créant ainsi des conditions pour une propagation nosocomiale de la MVE ;
- Des retards de paiement des prestataires de première ligne, qui influencent la qualité de l'exécution des activités ;

- Non opérationnalisation des textes d'application de la loi réglementant l'organisation de la santé publique en RDC ;
- Le report de plusieurs campagnes de masse de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite dans les zones de santé affectées suite à la MVE augmente le risque de survenue des maladies évitables par la vaccination.

4. Analyse des risques

Le risque de transmission au niveau national reste élevé car les provinces touchées sont connectées au reste du pays par des voies aériennes, fluviales et routières. En outre, la plupart des zones de santé limitrophes aux zones affectées ou ayant été affectées restent silencieuses en termes d'alertes soulignant des faiblesses persistantes du système de surveillance épidémiologique et par manque d'accès aux zones présentant des risques sécuritaires importants.

L'épidémie affecte des zones frontalières avec l'Ouganda et le Rwanda où il existe un flux transfrontalier important pour des raisons de commerce, d'accès aux soins de santé, de visites familiales et humanitaires. L'exportation au début du mois de juin de quelques cas en Ouganda, rapidement contrôlée, nous rappelle le risque de transmission au niveau régional.

Les récents affrontements inter-ethniques en Ituri et les subséquents déplacements massifs de population constituent aussi un risque supplémentaire d'extension géographique. A cela s'ajoute les nouvelles Zones de Santé récemment affectées en Ituri (Ariwara).

LES FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque sont :

- L'insécurité dans les deux provinces affectées ;
- La circulation rapide des populations au sein de la région, accentuée par les tensions inter-ethniques et les combats entre factions ;
- Le manque d'accès aux régions en conflit qui limite la surveillance et la réponse ;
- Les poches de réticence, refus ou résistance communautaires continuent à être rapportées principalement dans les zones de Katwa, Butembo et Mangina ;
- La persistance de certains défis en matière de santé publique tels que :
 - la faible participation des structures de santé privées au système de surveillance ;
 - la faiblesse des activités de Prévention et Contrôle des Infections (PCI), particulièrement marquées dans les maternités qui continuent d'affecter les structures et les personnels de santé ;
 - la faiblesse des conditions d'isolement qui conduit à des infections nosocomiales ;
 - la faiblesse du système de suivi des contacts ;
 - le délai trop important entre le début des symptômes et la notification et l'isolement des cas ;
 - la proportion très élevée de décès communautaires ;
- L'extension géographique de la zone d'intervention représente un grand défi pour l'organisation et la mise en œuvre de la riposte qui requiert une disponibilité permanente et suffisante de ressources indispensables pour contrôler l'épidémie ;
- La re-infestation des zones où il avait une tendance au contrôle alors que les ressources sont réallouées à des zones chaudes ;

- L'insuffisance de ressources financières pour mettre en œuvre certaines activités de la réponse, notamment celles liées à la santé des femmes dans les formations sanitaires affectées et les CTE.
- L'insuffisance d'acteurs et la dépendance vis-à-vis des partenaires dans les ZS hot spots ne permettant pas les opérations immédiates ;
- Insuffisance d'interventions des autres secteurs pour créer un environnement favorable aux interventions de santé publique ;
- Le retard de paiement de certains acteurs étatiques et communautaires est un facteur de démotivation ;
- Le retard de déploiement des acteurs sur terrain ;

PROJECTION DES TENDANCES DE L'ÉPIDÉMIE A LA MVE DANS LES 120 PROCHAINS JOURS

Selon les analyses de la Cellule épidémiologique de la coordination générale de la riposte à Goma, le contrôle de l'épidémie est fonction du délai entre l'apparition de cas de MVE dans de nouveaux foyers (ou dans les foyers déjà contrôlés) et l'effectivité des interventions autour de cas.

L'estimation de nombre de cas attendus suivant le modèle statistique utilisé prévoit 4 scénarii possibles entre le délai d'intervention le plus court de 5 semaines et le plus long de 14 semaines.

En utilisant le scénario le plus pessimiste (délai de 14 semaines jusqu'au contrôle effectif, en milieu urbain, comme observé dans la première vague épidémique à Butembo/Katwa), on estime à 1.449 cas générés en moyenne pour une période de 4 mois (120 jours).

Cependant, une intervention rapide (délai de 5 semaines) pourrait éviter 96% des cas en milieu urbain et 87% en milieu rural.

Ces résultats suggèrent que dans chaque sous-coordination soient maintenues ou mises en place toutes les ressources (humaines, financières et logistiques) requises pour un contrôle effectif des épisodes épidémiques dans les délais les plus courts.

Il importe de noter que les chiffres de 1.449 cas générés et de 69.552 contacts (à raison de 48 contacts par cas) seront retenus comme base de planification des activités de santé publique pour les 6 prochains mois.

L'annexe 2 fournit plus de détails sur la méthodologie appliquée pour parvenir à ces résultats.

5. Objectifs et Orientations stratégiques

5.1 OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de ce PSR-4 est d'interrompre la transmission de la maladie à virus Ebola dans les Provinces du Nord Kivu et de l'Ituri et éviter sa propagation dans les autres provinces de la République Démocratique du Congo et les pays limitrophes.

5.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Assurer la détection rapide et la prise en charge holistique (médicale, nutritionnelle, psychosociale...) 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 ;
- Contrôler la propagation géographique de la MVE en renforçant les POE, POC et la décentralisation de l'isolement des cas suspects dans des structures dites de transit, intégrées aux FOSA, lorsque cela est possible ;
- Renforcer la participation et l'engagement des communautés locales pour leur appropriation des activités communautaires de la réponse à la MVE, notamment la surveillance à base communautaire, les EDS, la décontamination, dans les zones de santé affectées ou à risque ;
- Améliorer le pronostic vital des malades souffrant de la MVE par une meilleure accessibilité aux soins de santé de qualité en réduisant le temps entre le développement de symptômes et l'admission au CTE/CT ;
- Réduire la transmission nosocomiale en renforçant les mesures de prévention et de contrôle de l'infection (PCI) dans les formations sanitaires et dans les communautés affectées et à risque ;
- Assurer la prise en charge psychosociale des personnes affectées par la MVE et de leurs familles selon le protocole national ;
- Apporter un soutien psychologique au personnel travaillant dans les CTE/CT et crèches ainsi qu'aux membres de commissions pour assurer leur bien-être ;
- Garantir l'accès aux soins et services gratuits des cas, des contacts et des guéris, et la rémunération forfaitaire par alerte validée pour les structures des soins non subventionnées ;
- Assurer l'enterrement digne et sécurisé de tous les décès qui sont des cas confirmés et probables pour rompre la transmission à partir des décès communautaires ;
- Renforcer le mécanisme efficace de suivi et évaluation de la gestion de la riposte à la MVE pour aider à la prise des décisions et adapter les actions des piliers ;
- Renforcer l'efficacité des mécanismes de la coordination et de l'interaction entre les commissions et les acteurs impliqués dans la réponse à la MVE.

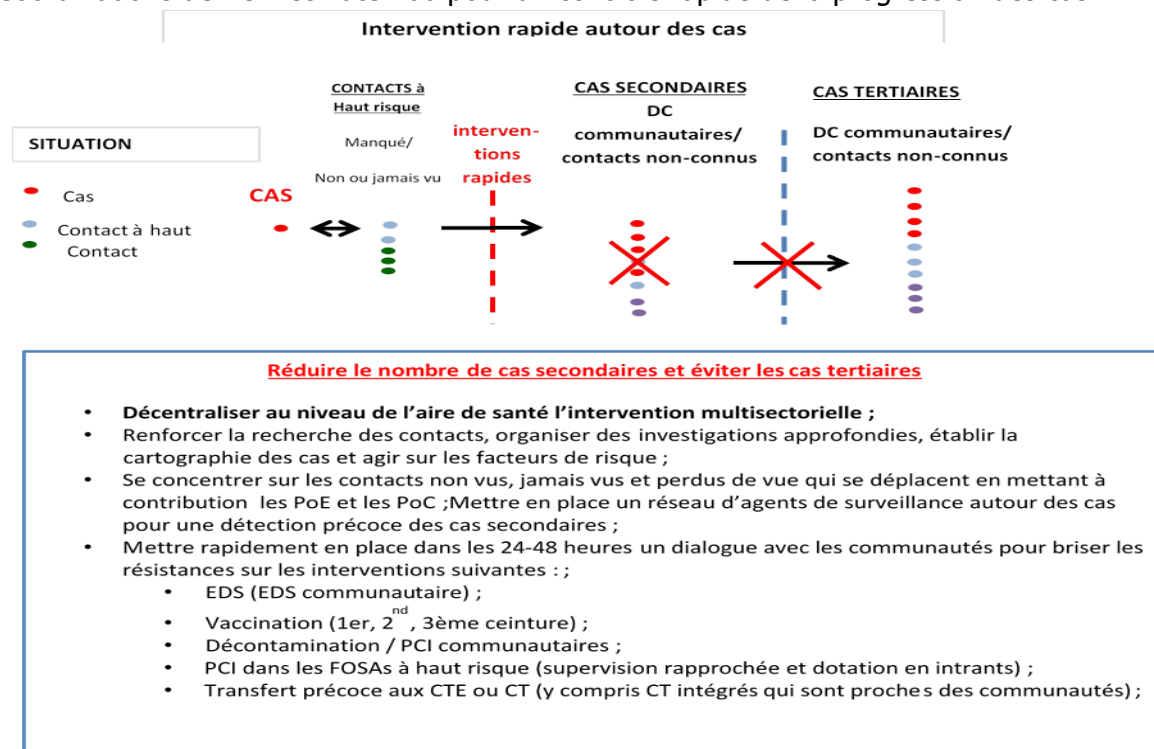
5.3 ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Le PSR-4 s'appuie sur une série d'orientations stratégiques, capitalisant sur les leçons apprises dans le cadre du PSR-3. De ces leçons, une stratégie efficace autour de cinq approches clés s'avère nécessaire pour guider les opérations de ce PSR-4 :

1. Détection et isolement rapide des cas ;
2. Intensification des actions de santé publique multidisciplinaires rapides autour de tout cas confirmé ;
3. Renforcement de l'engagement communautaire ;
4. Renforcement du système de santé et coordination effective des activités des partenaires locaux et internationaux ;

5. Synergie des activités de santé publique avec celles des secteurs sécuritaire, humanitaire, financier et de préparation opérationnelle des pays limitrophes pour créer dans le but d'avoir un environnement favorable à la riposte.

Le schéma suivant présente la méthode qui a été appliquée à la réponse dans les Sous Coordinations de Beni et Butembo pour un contrôle rapide de la progression des cas.



5.4 CONCEPT DES OPERATIONS

Les opérations du PSR4 s'articulent autour de sous coordinations comprenant des zones de santé classées en 3 catégories que sont :

- 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 ;
- Les **zones de santé actives** sont des zones de santé ayant notifié des cas depuis plus de 42 jours et qui doivent être maintenues en mode « réponse » ;
- 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.

La liste des zones de santé par catégorie sont indiquées dans le tableau ci-après.

Zones de santé Hotspot	Zones de santé actives	Zones de santé à risque
• Mabalako • Beni • Katwa • Butembo • Mandima • Komanda • Biena • Bunia • Kalunguta • Mutwanga • Ariwara	• Thiomia • Nyakunde • Kayna • Oicha • Kyondo • Alimbongo • Masereka • Vuhovi • Lubéro • Musienne • Magurudjipa • Rwampara	• Goma • Karisimbi • Nyirangongo • Rutshuru • Rwanguba • Binza • Kibirizi • Kirotshe • Masisi • Mweso • Itebero • Pinga • Bambo • Birambizo • Katoyi • Kibua • Walikalé • Kamango • Drodoro • Bambu • Nizi • Lita • Gethy • Boga • Mambassa • Nia-Nia • Kilo • Jiba • Lolwa • Aru
11	12	30

Les partenaires locaux et internationaux sont identifiés par zone de santé dans le tableau des activités incluses dans le PSR-4, en annexe.

Ces activités couvrent les opérations dites de santé publique ainsi que les opérations dites de soutien essentiel à la réponse, sous la direction (leadership) du Ministère de la Santé (MS).

Elles sont regroupées par sous-pilier de la réponse comme suit :

SOUS-PILIER	LEAD	CO-LEAD
1.1 Communication des risques et engagement communautaire	MS/PNCPS	UNICEF
1.2 Surveillance, suivi de contacts & vaccination	MS/DSE	OMS
1.3 Laboratoire et recherche	MS/INRB	OMS
1.4 Prise en charge médicale, isolement des cas et suivi des guéris	MS/PNUAH	OMS
1.5. Prévention et contrôle des infections	MS/DNHP	OMS-UNICEF

1.6 Enterrement digne et sécurisé	MS/DNHP	IFRC
1.7 Prise en charge psychosociale	MS/PNSM, PRONANUT	UNICEF
1.8 Préparation opérationnelle	MS/DPS	OMS
1.9 Coordination	Ministre de la Santé	BM-OCHA- OMS
1.10 Support à la coordination	MS/SG	BM-OCHA- OMS

Les autres secteurs en appui à la réponse sont:

- La Sécurité et l'engagement politique sous la direction du Gouvernement avec OCHA comme co-lead ;
- Les Actions humanitaires (Engagement communautaire et services essentiels de soutien aux communautés affectées par la MVE) sous la direction du Gouvernement avec OCHA et UNICEF en co-lead ;
- La Gestion Fiduciaire des opérations sous la Direction du Gouvernement et la Banque mondiale en co-lead.

La coordination générale reste centrée à Goma, autour d'un Centre Opérationnel d'Urgence (COU) qui suivra la mise en œuvre des opérations par des liens avec les COU des sous-coordinations et en contact direct avec les co-lead et les partenaires appuyant les activités décrites par pilier.

5.5 HYPOTHESES DE PLANIFICATION

Les hypothèses de planification suivantes ont été retenues :

- Une durée de six mois a été retenue pour la mise en œuvre des interventions susceptibles de contenir et d'interrompre la transmission de la MVE dans les deux provinces touchées. La durée proposée tient compte de l'expérience de la riposte dans les Sous Coordinations ;
- La flexibilité dans l'exécution du plan et du budget est toutefois nécessaire pour tenir compte de la dynamique de l'épidémie et formuler les ajustements requis. Le Gouvernement, les co-leads et les partenaires (utilisateurs) planifient de façon agile en tenant compte du caractère très changeant de la réponse, afin de permettre une évolution rapide de la planification et des ressources allouées aux activités décrites, en fonction du contexte ;
- Il n'est pas aisé de faire une projection très précise du nombre de cas en raison notamment de contraintes liées à la dynamique de l'épidémie, l'insécurité, les capacités d'intervention rapide des Sous Coordinations ;
- Les quantifications monétaires sont estimées en fonction de la projection des tendances de l'épidémie telles que décrites au point 4.2 ci-dessus et sur la base des coûts unitaires présentés par les partenaires et les co-lead des sous-piliers ;
- La planification tient compte de la totalité des ressources requises dans l'ensemble des ZS selon les trois catégories pour soutenir les opérations pendant la durée nécessaire afin de prévenir la reprise de l'épidémie.

6. Stratégies et opérations du PSR-4

La revue du SRP-3 a mis en évidence la nécessité de regrouper les piliers de la riposte en trois principaux axes stratégiques à savoir :

- Les prestations essentielles de la riposte ;
- La coordination ;
- Le soutien administratif, financier et logistique à la coordination.

AXE 1 - PRESTATIONS ESSENTIELLES DE LA RIPOSTE

6.1.1. RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE, RECHERCHE ACTIVE DES CAS ET SUIVI DES CONTACTS, POE & VACCINATION

Objectifs du pilier de la riposte.

La **surveillance** permet de produire des données fiables pour assurer la détection précoce et l'isolement des nouveaux cas et prévenir la propagation de l'épidémie. Les activités clés à mettre en œuvre consistent à assurer l'augmentation des alertes, y compris au niveau des Points d'Entrée (POE), l'investigation rapide des alertes validées et des cas, le listage et le suivi des contacts et la recherche active des cas tant dans les structures de santé que dans la communauté surtout autour des nouveaux cas.

Le **suivi des contacts** est une mesure essentielle pour contrôler une flambée de MVE. Il permet d'identifier les nouveaux cas le plus rapidement possible afin d'augmenter les chances de survie de ces patients grâce à une gestion précoce. Il permet également de limiter la période infectieuse dans la communauté et de réduire ainsi le risque de transmission secondaire.

Les activités menées dans les **PoEs (Point d'Entrée) et PoCs (Point de Contrôle)** permettent de filtrer les déplacements des populations en identifiant les cas suspects et en remontant les alertes, de diffuser des messages de prévention et de lutte contre la MVE aux voyageurs et aux communautés locales, de promouvoir l'hygiène des mains et contribuer à la recherche des contacts déplacés et perdus de vue.

Dans ce PSR-4, les prestations suivantes seront mises en œuvre :

A) SURVEILLANCE

Les approches stratégiques du PSR3 ci-dessous seront maintenues, à savoir :

- Actualiser la définition des cas incluant les alertes et les cas suspects qui ne présentent pas la fièvre et la vulgariser à toutes les sous-coordinations ;
- Renforcer les capacités du personnel impliqué dans la surveillance y compris les IT/ITA et les leaders communautaires, et assurer leur supervision.
- Renforcer la recherche active des cas dans les structures de santé ;
- Renforcer la surveillance à base communautaire.

Le PSR-4 apporte les approches stratégiques innovantes ci-après :

- Mettre en place une cellule en charge de la réévaluation des toutes les alertes validées et invalidées ;
- Recourir à des équipes d'interventions rapides multidisciplinaires pour valider rapidement les alertes et assurer leurs investigations.
- S'appuyer sur les résultats intégrés des analyses sociales, comportementales et épidémiologiques pour pouvoir mieux supporter les approches de la surveillance.

B) SUIVI DES CONTACTS

Les approches stratégiques du PSR-3 suivantes sont à maintenir :

- Renforcer le fonctionnement de la cellule de coordination, de suivi et analyse des contacts perdus de vue, jamais vus et déplacés (CCSA-PDV) et la rendre opérationnelle dans chaque Sous Coordination en incluant toutes parties prenantes (Protection civile, UNPOL, ANR, DGM, Ministère de transport, etc.) ;
- S'appuyer sur les résultats intégrés des analyses sociales, comportementales et épidémiologiques pour pouvoir mieux supporter les approches de la surveillance.
- Donner des références pour le suivi de chaque contact ;
- Inclure des personnes ressources (personnes collaborant) aussi bien dans le listage que le suivi des contacts ;
- Renforcer les mesures d'accompagnement psychosocial des contacts listés et assurer leur suivi et leur bien-être afin de les inciter à participer au suivi des contacts, d'éviter qu'ils effectuent des mouvements vers des zones non affectées et de mettre en place un système de détection rapide de la MVE ;
- Distribution des vivres par le PAM aux Contacts pour limiter leur mouvement.

Par ailleurs, les innovations suivantes sont apportées au PSR-4, à savoir :

- Documentation et vulgarisation de l'approche « interventions autour des cas » au niveau des ZS et AS (validation des alertes, suivi des contacts) ;
- Renforcer les capacités des RECO dans le suivi des contacts en les dotant des outils de collecte, d'analyse et de transmission des données ;
- Utiliser le moment de la distribution des vivres pour compléter le listage des contacts.

C) INVESTIGATIONS

Les approches stratégiques du PSR3 ci-après seront maintenues dans le PSR-4 en ce qui concerne les investigations, à savoir :

- Assurer la formation des EIR (Equipes d'Intervention Rapide) multidisciplinaires dans l'approche et les mettre en place dans toutes les Sous Coordinations ;
- Mettre en place des équipes de revue et validation des rapports d'investigations au niveau des ZS et sous coordination.

Les approches stratégiques innovantes suivantes seront mises en œuvre dans le cadre du PSR-4 :

- Mettre en place la cellule d'analyse Epidémiologique au niveau des sous-coordinations ;
- Renforcer la capacité / l'autorité de supervision, de formation et de tutorat à la cellule d'analyse de la coordination générale et à la cellule de l'EIR en matière de surveillance et vaccination ;
- Assurer les investigations approfondies avec assistance digitale si possible et étude des chaînes de transmission ;
- Poursuivre la former les EIR multidisciplinaires au niveau de sous-coordinations (Bunia Komanda), mais aussi organiser la formation des EIR au niveau des ZS à risque ;
- Augmenter la masse critique des épidémiologistes qualifiés et assurer un briefing technique de tout nouveau staff avant le déploiement au niveau de Goma par la cellule d'analyse et EIR ;
- Organiser la formation pratique des EIR avec des exercices de simulations dans les ZS à risque et dans les villes à risque non-encore touchées.

D) POE/POC

Les activités menées dans les PoE/PoC permettent de filtrer les populations en déplacement en identifiant et en remontant les alertes et les cas suspects, diffuser les messages de prévention et de lutte contre la MVE aux voyageurs et aux communautés locales, de promouvoir l'hygiène des mains et contribuer à la recherche des contacts déplacés, perdus de vue et jamais vus.

Dans le PSR-4, les approches stratégiques du PSR3 ci-dessous ont été maintenues pour les activités de riposte aux PoE / PoC :

- Organiser et actualiser la cartographie des PoE/PoC et mettre en place des nouveaux PoE/PoC en fonction de la dynamique de l'épidémie ;
- Protéger les grandes villes et éviter la transmission transfrontalière par le renforcement des capacités de préparation en particulier à Goma à travers une stratégie d'encerclement de la ville avec 4 Points d'entrée fonctionnant 24h/24 ;
- Organiser la recherche des contacts déplacés, perdus de vue et jamais vus dans tous les PoE/PoC qui fonctionneront 24h/24 et 7j/7 avec le soutien du personnel de sécurité, afin de faciliter leur identification (pièce d'identité);
- Renforcer la collaboration transfrontalière par le biais de réunions régulières, du partage de données de surveillance et de l'élaboration d'approches normalisées pour la gestion des cas et les renvois dans les zones frontalières ;
- Renforcer la communication des risques et l'engagement communautaire dans le paquet d'activités des PoE/PoC.

Cependant, le PSR-4 apporte des approches stratégiques innovantes suivantes :

- Evaluer régulièrement les capacités des PoEs/PoCs avec l'introduction d'un outil électronique (Kobbo Collect) et la gestion électronique des données ;
- Mettre en place un système de recherche électronique des contacts y compris les Perdus de vue, les déplacés et les jamais vus ;
- Intégrer les investigateurs pour la validation des alertes dans les équipes de PoE éloignés des EIR ;

- Mettre en place un mécanisme d'échanges d'informations entre les PoE situés dans les aéroports (Goma, Kisangani, Lubumbashi, Kinshasa-ndolo, Kinshasa-N'djili, Kindu, Mbuji-Mayi, Bunia) en vue d'améliorer le suivi des contacts perdus de vue, déplacés et jamais vus.

E) VACCINATION

Le PSR-4 a maintenu les approches stratégiques ci-après du PSR3 :

- **Vaccination instantanée** : Dans le contexte d'insécurité et des tensions avec la communauté, la vaccination instantanée est faite sur un site convenu, temporaire et protégé, situé à une certaine distance du lieu de résidence des contacts, souvent un établissement de santé ;
- **La vaccination géographique ciblée** : tous les contacts et contacts de contacts de tous les cas signalés dans un village ou un quartier donné sont énumérés et invités à la vaccination simultanément.

Comme innovations instituées par le PSR-4, il s'agit de :

- Faire un plaidoyer pour le renforcement de la vaccination de routine intégrant la vaccination réactive contre la rougeole ;
- Maintenir le suivi au J21 des femmes enceintes, les CPN (1, 2, 3, 4), les enfants de moins d'un an, et faire le suivi clinique et biologique des nouveau-nés pendant deux trimestres ;
- Former 50 autres prestataires en BPC (Bonnes Pratiques Cliniques) selon le protocole ;
- Vacciner l'entourage du survivant de la maladie à virus Ebola.

6.1.2. COMMUNICATION SUR LES RISQUES ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE (CREC)

Objectifs du pilier de la riposte :

Sur la base de l'identification des risques de communication et des leçons apprises du PSR-3 sur l'engagement des communautés, les équipes de **communication** mettent en œuvre des interventions de CREC. Celles-ci permettent d'informer et de former les communautés, d'améliorer leurs connaissances sur la MVE, d'adapter les interventions à la perception et aux feedbacks des communautés afin de favoriser leur engagement et l'appropriation de la riposte.

Les interventions du CREC développées dans le cadre de ce PSR-4 ont fait l'objet d'une harmonisation au cours d'un atelier organisé en juin 2019.

Ces interventions tiennent compte de :

- L'analyse de la communication des risques vis-à-vis des interventions de la santé publique dans les communautés ;
- La promotion des actions de prévention et de renforcement des services en place (vaccination, soins de santé pour malades, etc.) du soutien disponible et des moyens pour y accéder ;

- La mise en place de mécanisme de feedback communautaire et la capitalisation des analyses socio anthropologique et enquêtes CAP pour recueillir les perceptions et préoccupations des communautés à propos de la mise en œuvre de la réponse à la MVE et à d'autres problèmes humanitaires ;
- L'appropriation de la riposte par les communautés.

Les interventions ci-dessous menées dans le cadre du PSR-3 ont été maintenues. Il s'agit notamment de :

- Rendre systématique l'alignement et mettre à jour périodiquement la cartographie de tous les partenaires œuvrant dans la CREC ;
- Renforcer la fonctionnalité des mécanismes de gestion des feedbacks communautaires en les généralisant à toutes les sous-coordination et coordination générale en vue de mieux répondre aux préoccupations des populations selon les différents piliers ;
- Capitaliser les résultats des enquêtes socio anthropologiques et l'analyse des comportements à risque pour améliorer les approches CREC et les messages clés de chaque pilier ;
- En appui à la surveillance, renforcer la recherche active et le système d'alertes précoce à base communautaire pour les cas suspects, les décès communautaires en collaboration avec l'équipe de surveillance (numéro vert sans coût à la communauté, visite à domicile, orientation des malades / cas suspect vers les centres de santé ;
- Promouvoir le partenariat avec les Autorités Politico Administratives (APA), les notables et les célébrités, les OAC, les ONG, les Confessions religieuses, les Associations des Femmes et les Jeunes comme acteurs principaux de mise en œuvre des activités de communication sur le terrain ;

Cependant, les approches stratégiques innovantes ont été apportées au PSR-4, à savoir :

- La mise en place et l'opérationnalisation des CAC polyvalentes et intégrées dans certains villages des ZS hotspots et actives. Ces CAC seront mises en place selon les trois scénarii suivants :
 - Redynamiser les CAC dans les aires de santé affectées qui en disposent ;
 - Poursuivre les activités de riposte dans les aires de santé où des comités locaux de lutte existent déjà;
 - Mettre en place des comités locaux de lutte là où il n'existe pas de CAC en cas de notification de cas et mettre en place de CAC dans les aires de santé à risque qui n'ont pas encore notifié de cas à titre de préparation;

Ces CAC vont travailler avec des ReCo polyvalents et les autres acteurs sociaux, notamment les hygiénistes, les volontaires/ bénévoles, les enseignants, les comités de parents et de gestion des écoles (COPA-COGES), le personnel de l'éducation et les élèves.

- L'uniformisation des modules de formation et outils de collecte des données des activités de CREC et la mise en place d'un pool de formateurs en CREC constitué par le gouvernement et les partenaires ;

- L'élargissement des actions de médias surtout ruraux, des radios sans fréquences, des réseaux sociaux, en utilisant les Nouvelles technologies de l'information (téléphonie cellulaires) ;
- La création d'un cadre de concertation des partenaires qui interviennent dans le domaine de médias en vue d'harmoniser les actions (tarifs de diffusion, formats de diffusion, control de l'éthique journalistique, etc ;
- L'actualisation régulière des messages pour rendre les interventions de la riposte moins traumatisantes pour la population en tenant compte des résultats issus de l'analyse des feedback communautaires, les enquêtes socio anthropologique, CAP etc..;
- La formation et la sensibilisation des équipes de la riposte pour le respect strict du code de bonne conduite en utilisant les mécanismes existants afin de promouvoir la protection contre l'exploitation et les atteintes sexuelles¹, les abus et/ou comportements non éthiques et assurer le suivi des plaintes de la population (Comité Inter Agence Permanent);
- Formation régulière en matière de communication et d'engagement communautaire au profit des acteurs et la communauté sur la riposte afin que ceux-ci soient capables de répondre aux questions sur les multiples aspects de la réponse et les problèmes humanitaires et dans le but de construire une relation de confiance avec les communautés.

6.1.3. RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE DIAGNOSTIC DES LABORATOIRES ET DE RECHERCHE

Objectif du pilier :

Renforcer les capacités des laboratoires pour rendre disponibles dans les 24-48h les résultats des échantillons reçus.

Dans ce PSR-4, les approches stratégiques du PSR3 suivantes seront maintenues :

- Poursuivre l'appui au fonctionnement des sept laboratoires et des nouveaux laboratoires en réactifs, consommables et matériels pour la sécurisation des échantillons et le diagnostic de la MVE et le suivi biologique des malades et personnes guéries ;
- Poursuivre les activités de séquençage ;
- Maintenir, avec l'appui de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB), la capacité de laboratoire établis dans tous les principaux centres d'opérations, y compris Beni, Butembo, Mangina, Tchomia, Bunia et Goma par le déploiement de machines GeneXpert ;
- Poursuivre le renforcement des capacités du personnel de laboratoire pour répondre aux besoins actuels et à venir, notamment :
 - L'affectation d'unités supplémentaires ;

¹ En anglais : *Inter-Agency Standing Committee (IASC) Task Team on Accountability to Affected Populations and Protection from Sexual Exploitation and Abuse (AAP/PSEA)*

- La formation de personnel local au diagnostic de la MVE et à la gestion des échantillons ;
- La formation de formateurs GeneXpert ;
- Poursuivre le déploiement de techniciens pour la maintenance des équipements ;
- Améliorer la gestion des données ;
- Améliorer la gestion des déchets biomédicaux ;
- Assurer, grâce à des rapports quotidiens, le suivi de la capacité de laboratoires pour s'assurer qu'ils sont tous en mesure d'accueillir le nombre d'échantillons collectés
- Assurer une gestion des déchets conformément aux SOPs OMS existants ;
- Organiser la gestion des échantillons (prélèvement, stockage, conditionnement et transport) ;
- Organiser des formations pour le diagnostic de la MVE et la gestion des échantillons.

Le PSR-4 apporte comme innovations :

- Instaurer un système de contrôle de qualité tant interne qu'externe ;
- Mettre en place de mécanismes de destruction de cartouches GeneExpert (Incinérateur > 1.200°C)
- Faire deux vols par mois pour transporter des échantillons vers Kinshasa / INRB ;
- Mettre en place des mécanismes innovants et performants pour améliorer le transport des échantillons de CT vers les laboratoires dans le plus court délai.

6.1.4. PRISE EN CHARGE (PEC) MÉDICALE DES MALADES, ISOLEMENT DES CAS SUSPECTS ET SUIVI DES GUERIS.

Objectifs du pilier

Le but des **soins cliniques** pour les patients MVE est de fournir des soins sûrs et de haute qualité et des soins individualisés 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. Les soins cliniques comprennent les services médicaux, infirmiers, nutritionnels, de réhabilitation, ainsi que les soins psychosociaux et de prise en charge de la petite enfance - en tenant compte des besoins spécifiques des enfants et des femmes, y compris des femmes enceintes et allaitantes.

La prise en charge continuera à fournir les soins de qualité aux cas suspects et confirmés aux CTE et CT et faire le suivi des personnes guéries sorties du CTE/CT, en utilisant les standards internationaux dans le but de maintenir la létalité à moins de 50 %. Pour améliorer la qualité de soins et réduire le temps entre le début de symptômes et l'accès aux soins, les mesures suivantes seront prises :

- Les spécialités et innovations suivantes seront introduites : nutrition, pédiatrie, obstétrique, réanimation et urgence ;
- Construction des centres de transit dans les zones de santé actives selon la dynamique de l'épidémie dans le but de rapprocher les structures de la PEC de la communauté et réduire le temps entre le début de symptômes et l'accès aux soins ;

- Les CTEs et CTs auront à leur disponibilité des agents thérapeutiques avec un appui technique de l'OMS ;
- Les CTE auront à leur disposition des nutritionnistes avec l'appui technique de l'UNICEF ;
- Les ambulances seront disponibles dans toutes les zones de santé affectées pour le transfert des cas suspects enfin qu'ils aient accès aux soins dans les meilleurs délais.

De plus ce pilier couvre le programme de **suivi des guéris** dont l'objectif est d'assurer une gestion intégrée des complications médicales, nutritionnelles et psychologiques qui affectent les personnes guéries de la maladie d'Ebola en intégrant les dimensions cliniques, de dépistage et psycho-sociales.

Les guéris doivent bénéficier d'un appui lors de leur retour dans leurs communautés pour réduire au maximum tout risque de stigmatisation, des contaminations des personnes non cas de la MVE et complications post MVE. Etant donné la durée variable de la persistance du virus dans le liquide séminal et d'autres fluides biologiques comme le lait maternel, le risque de transmission sexuelle et maternelle, bien que limité, existe. Par conséquent, le suivi des personnes guéries devient une priorité pour circonscrire tous les risques potentiels notamment ceux de la transmission sexuelle.

Pour ces raisons, un suivi intégré et multidisciplinaire est essentiel. Le programme proposé est conçu pour une durée d'un an au moins mais cette durée s'adapte en fonction de l'évolution clinique du guéri, prévoit d'aider les survivants à Dotations en Kits « Santé de la Reproduction » d'urgence rétablir leur santé et leurs moyens de subsistance grâce à l'assistance alimentaire, un suivi clinique et biologique des fluides des hommes et des femmes guéries, distribution des kits de dignité pour les femmes en âge de procréer, le suivi de l'état nutritionnelle des guéris (notamment femmes et enfants) et est coordonné par le ministère de la santé et soutenu par différents partenaires.

Cette offre de services s'inscrit dans les structures de santé existantes et est gratuite pour les personnes guéries de la maladie d'Ebola et les enfants nés des femmes guéries pendant la période de suivi.

Subvention des soins

L'initiative « subvention des soins » dans les zones de santé touchées par le virus Ebola a pour objectif d'éliminer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé, afin d'intercepter plus rapidement les cas suspects ou confirmés d'Ebola.

L'amélioration de l'accès des patients aux soins permettrait d'améliorer le dépistage précoce des cas suspects d'Ebola et de ce fait faciliterait l'interruption de la chaîne de transmission.

La rétention des malades dans les FOSA publiques, les cliniques traditionnelles et privées accentue le risque de contamination.

Dans le cadre de ce PSR-4, le PDSS va négocier un forfait à payer à chaque FOSA (Publique, Privée ou traditionnelle) pour chaque cas notifié à l'équipe de surveillance, validé et confirmé

positif. A cet effet, le Ministère de la Santé organisera un atelier pour lever les options relatives à la subvention des soins.

CTE ET CT

Les approches ci-après du PSR-3 seront maintenues :

- Harmoniser le protocole de prise en charge ;
- Poursuivre le fonctionnement des CTE et CT avec les spécialités et innovations introduites : nutrition, pédiatrie, obstétrique, réanimation et urgence ; en assurant l'approvisionnement en intrants et médicaments requis ;
- Poursuivre l'évaluation de la qualité des soins ;
- Améliorer la biosécurité dans les CTE / CT ;
- Construire les Centres de triage dans les HGR des zones de santé hot spots et actives et /ou dans les Fosa selon la dynamique de l'épidémie.

Les approches novatrices introduites dans le PSR-4 sont les suivantes :

- Systématiser la mise en place de crèches dans les CTEs ;
- Renforcer les capacités des Centres de transfusion de Goma et Bunia pour assurer l'approvisionnement des CTE en produits sanguins qualifiés ;
- Mettre en place un système de gestion globale propre aux structures de prise en charge sous la gestion du MSP (finance, logistique, administration, etc.)
- Décentraliser les Centres de transit dans les FOSA éloignées des CTE ;
- Restructurer le programme du suivi des guéris, en l'intégrant complètement dans la commission PEC ;
- Intégrer le paquet minimum de la PCMNE dans les CTE ;
- Institutionnaliser l'utilisation des CUBE d'isolement pour les CTE ;

6.1.5. RENFORCEMENT DES MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION (PCI/WASH)

Objectifs du pilier

Prévenir et contrôler la transmission nosocomiale et communautaire de la MVE

Les approches stratégiques du PSR-3 à maintenir sont les suivantes :

- Poursuivre l'utilisation des outils d'évaluation harmonisés afin de mesurer et améliorer les performances des FOSA ;
- Renforcer la PCI dans la communauté et dans les FOSA, y compris chez les tradipraticiens.

A cet effet, les activités suivantes seront menées :

a) Dans les Fosa, les principales activités sont les suivantes :

1. Renforcer les activités de formations des prestataires de soins et des superviseurs PCI

- Application stricte du programme national de formation en PCI
 - Atelier d'harmonisation du programme national de formation en PCI avec toutes les parties prenantes impliquées dans la PCI
 - Vulgarisation du programme de formation
 - Renforcement du système de supervision formative à tous les niveaux
2. Mettre en œuvre le paquet PCI qui comprend les SOP, les outils, les TDR
 3. Renforcer le système d'accompagnement PCI/WASH dans les FOSA sur base d'évaluations des FOSA, des supervisions formatives avec actions correctrices et de la mise en place d'un système d'assurance de qualité en étroite collaboration avec l'équipe de suivi et évaluation indépendante-
 4. Évaluer et mettre en place les infrastructures et services WASH dans les FOSA
 5. Doter les FOSA en intrants PCI/WASH selon les besoins et faire le suivi de leur utilisation.
 6. Assurer les décontaminations des FOSA ayant reçu des cas confirmés de la MVE-
 7. Assurer la mise en œuvre de l'approche PCI en anneau autour de chaque cas confirmé de la MVE.

b) PCI dans la communauté

Dans la communauté, les activités PCI seront menées dans les ménages et dans les lieux publics (écoles, marché...). Ces activités sont les suivantes

1. Former les leaders communautaires sur la prévention de la MVE
 - Evaluation du niveau de la PCI communautaire
 - Renforcement des mécanismes d'engagement communautaire des activités PCI par la communauté pour une meilleure compréhension des actions (messages, prise en compte des FB communautaires)
 - Suivi et accompagnement (coaching et mentoring) des acteurs communautaires pour une meilleure appropriation
2. Assurer les décontaminations des ménages et lieux publics ayant reçu des cas confirmés de la MVE
3. Doter les kits d'hygiène aux ménages ; écoles et lieux publics
4. Assurer l'accès à l'eau et l'assainissement dans les écoles et lieux publics.
5. Renforcer le système de Suivi et Évaluation en étroite collaboration avec l'équipe de suivi et évaluation indépendante de la coordination générale-

c) Activités de soutien à la mise en place de la PCI

1. Développer un cadre logique du système de suivi et évaluation
 - Revue périodique des indicateurs de performance
 - Continuation de la vulgarisation de la BD standard
2. Mettre en œuvre les outils qui permettront de faire le suivi et évaluation (base des données, les outils standardisés d'évaluation...)

- Assurance qualité de toute la pyramide des interventions PCI (formation, prestations, superviseurs, test de niveau pour prestataires)

Par ailleurs, les approches innovantes ci-après sont préconisées dans ce PSR-4 :

- Passer de l'approche interventionniste à l'approche de prévention ;
- Actualiser la cartographie des FOSA prioritaires et systématiser l'évaluation des performances de la PCI à travers les outils harmonisés d'évaluation ;
- Mettre en place un système harmonisé de gestion de stocks et d'approvisionnement en intrants PCI.
- S'appuyer sur les résultats intégrés des analyses sociales, comportementales et épidémiologiques pour pouvoir mieux supporter les approches de la PCI/WASH

6.1.6. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

Objectif du pilier

La prise en charge psychosociale a pour objectif de promouvoir la cohésion communautaire et renforcer la résilience des enfants, jeunes et familles ; de diminuer la stigmatisation et l'auto-stigmatisation.

Dans le cadre du PSR-4, les approches du PSR-3 seront maintenues :

- Renforcer le soutien psychologique au niveau des CTE (les confirmés, les suspects, et les déchargés) et l'assistance en kits d'hygiène pour tous les déchargés et guéris ;
- Renforcer les activités psychosociales en milieu scolaire ainsi que le soutien des enseignants qui pourront non seulement agir pour la prévention et la surveillance de la MVE en milieu scolaire mais également participer à la réinsertion scolaire des orphelins et au soutien psychosocial de ceux-ci.
- Soutenir les gardes malades au niveau des CTE/crèches afin d'assurer un soutien psychologique des personnes en isolement particulièrement les enfants ;
- Soutenir les ménages affectés afin d'anticiper la gestion des problèmes de comportements, susceptibles de générer des tensions et des résistances dans la communauté ;
- Assurer le renforcement de capacité des Agents Psychosociaux et Psychologues cliniciens de toutes les Sous-Coordinations à raison d'au moins 2 APS par Aire de santé et un Psy pour 3 à 4 aires de sante ;
- Assurer le soutien psychologique aux cas confirmés, suspects et accompagnants/familles ;
- Assurer les assistances matérielles après évaluation aux familles affectées et aux enfants orphelins/enfants séparés ;
- Assurer l'assistance alimentaire aux guéris, déchargés non cas, aux orphelins et enfants séparés et aux contacts accompagnés des séances de psychoéducation afin de faciliter les activités de santé publique ;
- Apporter le soutien psychosocial à travers les visites aux familles affectées et enfants orphelins/enfants séparés ;

- Assurer le suivi nutritionnel dans les structures (crèches) et dans la communauté des enfants orphelins et enfants séparés avec l'approche ANJE (Alimentation du Nourrisson et Jeune Enfant) sous la supervision des nutritionnistes et psychologues cliniciens ;
- Assurer le suivi psychologique des guéris ;
- S'assurer qu'un espace soit réservé à la crèche lors de la mise en place du CTE.

Les approches innovantes ci-après seront menées dans le cadre du PSR-4 :

- Organiser et apporter un soutien psychologique aux acteurs de la réponse et au personnel soignant qui sont confrontés quotidiennement à des situations éprouvantes liées à leur travail. Leur apprendre à gérer leur stress et leur souffrance émotionnelle à travers des formations, briefing, groupe de parole, etc.
- Renforcer les structures communautaires existantes dans les villages impliquant les jeunes et les adolescents qui développeront et animeront les activités psychosociales en faveur des enfants et des adolescents (activités récréatives) ;
- Systématiser la garde de nuit des psychologues cliniciens et APS au niveau du CTE/CT, dans toutes les Sous Coordinations ;
- S'appuyer sur les résultats intégrés des analyses sociales, comportementales et épidémiologiques pour pouvoir mieux supporter la prise en charge psychosociale.

6.1.7. ENTERREMENTS DIGNES ET SÉCURISÉS (EDS)

Objectifs du pilier

Rompre la transmission de la MVE à travers les enterrements dignes et sécurisés des corps des cas confirmés, des probables ou suspects.

Les approches suivantes du PSR-3 seront maintenues :

- Promouvoir les EDS par les ECUMR (Enterrements Communautaires d'urgence à moindre risque) dans les zones d'accès difficiles ;
- Former et pré positionner une Equipe EDS par Zone de Santé à risque (connaissance de la MVE et protocole EDS et autres activités dont la décontamination, l'engagement communautaire et soutien psychosociale) ;
- Poursuivre la construction des bases de décontaminations dans les localités où il n'y en a pas (Rutshuru, Goma, Aloya, Komanda, etc) ;
- Améliorer le circuit de diagnostic et de la gestion des échantillons pour permettre une prise de décision rapide et éviter les manipulations de corps (Labo & Surveillance).

Les innovations suivantes seront apportées dans le cadre du PRS4 :

- Mettre en place un système de géolocalisation des maisons des décès positifs et de leurs zones d'enterrements (tombes) ;
- Harmoniser avec le Labo un Identifiant Unique pour tout décès (Labo) ;
- Aménager les cimetières dédiés pour la riposte pour sauvegarder la dignité et la mémoire des décédés de la MVE.

6.1.8 PREPARATION OPERATIONELLE DES ZONES DE SANTÉ ET PROVINCES ADJACENTES AUX FOYERS ÉPIDÉMIQUES

Objectifs du pilier

Réduire le risque d'extension de l'épidémie vers les zones de santé à risque adjacentes aux foyers épidémiques.

Les Approches stratégiques du PSR-3 à maintenir dans le cadre du PSR-4 :

- Redynamiser la coordination au niveau de chaque zone de sante et province a risque : DPS/ Equipes Cadre Elargie
- Développer et implémenter le plan de préparation des zones de santé non affectées par la MVE du Nord Kivu et de l'Ituri
- Renforcer la surveillance à base communautaire ;
- Former, maintenir et superviser les Equipes multidisciplinaires d'intervention rapide (EIR) ;
- Renforcer les compétences des prestataires en PCI/WASH dans les FOSA et les PoE/PoC;
- Former les équipes d'EDS ;
- Former le personnel de laboratoire sur le prélèvement et le transport sécurisés des échantillons ;
- Encourager et faciliter les réunions transfrontalières
- Vacciner les PPL ;
- Renforcer la CREC ;
- Maintenir les capacités de PEC du CTE de Goma ;
- Renforcement de la logistique.

Les approches innovantes à mener dans le cadre du PSR-4 :

- Etendre et renforcer la préparation des 32 ZS des zones affectées par la MVE ;
- Renforcer la surveillance aux PoE à la sphère 3 (Kisangani, Kinshasa, Bukavu, Kindu, Lubumbashi, Bunia et Mbuji Mayi) ;
- Elaborer et vulgariser les fiches techniques et les protocoles des exercices de simulation de la riposte ;
- Implémenter le programme STEER dans la province du Nord Kivu (Goma) et de l'Ituri (Bunia) avec des formations en cascade.

AXE 2 - COORDINATION

Dans le cadre de ce PSR-4, une synergie des activités de santé publique avec celles des autres piliers (sécurité, humanitaire, finance et préparation opérationnelle des pays limitrophes) sera assurée pour créer un environnement favorable à la riposte.

6.2.1. COORDINATION DE LA RIPOSTE

Objectif du plier

Renforcer l'efficacité des mécanismes de la coordination et de l'interaction entre les commissions et les acteurs impliqués dans la réponse à la MVE

Approches stratégiques du PSR-3 à maintenir dans le PSR4 :

- Maintenir la coordination générale de Goma : renforcement des capacités d'analyse et apporter des solutions rapides aux sous-coordinations ; pour renforcer la multisectorialité selon la hiérarchie de commandement ; la représentation de la majorité des partenaires à Goma
- Renforcer l'ancrage dans les institutions locales et dans la communauté
- Maintenir les cellules spécialisées à différents niveaux : pour aider dans la prise de décision
- Renforcement des passerelles entre les différents niveaux de coordination ;
- Formaliser et rendre effective l'approche multisectorielle au niveau national et local
- Formaliser et renforcer le lien opérationnel entre les différentes commissions et sous commissions.

Approches stratégiques innovantes à intégrer dans le PSR4 :

- Maintenir une capacité maximale opérationnelle de chaque Sous Coordination ;
- Flexibilité opérationnelle de la coordination générale face à l'évolution de l'épidémie pour résoudre les problèmes en fonction des priorités (déplacement des membres de la coordination générale vers les sous - coordinations à problème)
- Rattacher les équipes d'intervention rapide à la coordination générale
- Renforcer les mécanismes d'accréditation des acteurs de mise en œuvre afin de permettre une intégration flexible de nouveaux partenaires tout en garantissant le contrôle de l'autorité publique ;
- Formaliser l'approche d'accréditation et de redevabilité des partenaires dans la gestion de la riposte. Cela implique la mise en place des mécanismes concertés de redevabilité entre les parties étatiques et les PTF, entre les Commissions, et la détermination du circuit de partage et de remontée des informations pour la prise des décisions.

6.2.2. GESTION DE L'INFORMATION ET SUIVI & EVALUATION

La gestion des données et de l'information de l'épidémie à virus Ebola se focalisera sur une approche systématique de la collecte, de l'analyse, du rapportage et de l'interprétation des données opérationnelles clés de la riposte.

Etant donné que l'information évolue très rapidement dans le cadre de la riposte contre la MVE, les indicateurs de KPI ont été actualisés. Il sera urgent de convenir et d'adopter un circuit approprié de remontée de l'information pour progresser ensemble dans la même direction. Les organisations et les commissions travailleront ensemble pour la création d'une plateforme commune de partage et de remontée de l'information. Cette plateforme prendra en compte les nouvelles technologies et facilitera l'alimentation des Bases des Données (BD).

6.2.2.1. Stratégie de la gestion de l'information et mise en place de l'Unité conjointe d'information et d'analyse (IAU)

Une stratégie de la gestion de l'information a été élaborée en février 2019 en vue de faciliter la priorisation des actions et de mieux informer les autorités à prendre des décisions éclairées.

Une évaluation à mi-parcours suivant une approche SWOT de la mise en œuvre de cette stratégie de gestion de l'information dans le cadre du SRP-3 menée conjointement par le MSP, OCHA, OMS et UNICEF a identifié : 1) la non appropriation des cellules de Gestion de l'information par les sous-coordination, 2) l'existence des flux d'information parallèles et de multiples sources d'information et 3) des produits d'information mal ou pas utilisés par les différents niveaux de coordination.

Fort de ce constat, le Ministère de la santé, avec l'appui de ses partenaires, planifie dans le cadre du SRP 4, de créer une Unité conjointe d'information et d'analyse (IAU) qui impliquera les principaux acteurs sur le terrain, au niveau de la Coordination générale et Stratégique en vue de mettre en synergie les efforts des entités concernées en améliorant le partage et l'analyse multidimensionnelle et intégrée des informations.

Concrètement, l'Unité aidera à :

- Améliorer la compréhension globale de l'environnement opérationnel et des moyens disponibles pour atténuer et arrêter l'expansion du virus Ebola ;
- Fournir des informations clés à la planification, à la stratégie de réponse et à la budgétisation afin de contribuer à la mise en place d'un environnement propice à casser la chaîne de transmission de la MVE ;
- Identifier les problèmes provenant des piliers de « system-wide scale-up » qui pourraient avoir des conséquences négatives sur la réponse globale ;
- Fournir une plateforme d'information, de coordination, d'analyse et de plaidoyer ;
- Disséminer les résultats des analyses sociales, comportementales et épidémiologiques réalisés dans les communautés afin qu'ils renseignent la prise de décision à tous les niveaux et par tous les acteurs de la riposte.

L'IAU a besoin d'un espace de collaboration commun composé d'épidémiologistes, de gestionnaires de l'information de la riposte, d'anthropologues et d'acteurs humanitaires existants pour fonctionner. Grâce à cet espace commun, il est prévu d'améliorer la coordination et la collaboration entre les acteurs, d'améliorer la qualité de la gestion et de l'analyse de l'information et de créer une source commune d'information pour les décideurs, les dirigeants et les membres des équipes.

Les principaux produits attendus de cet IAU sont les suivants :

Au niveau de chaque Sous-coordination, l'idée de dégager un espace commun pour les acteurs clés en vue de résoudre les problèmes notamment d'accès à l'internet, postes de travail (ordinateurs) et un espace physique dédié de travail. Les principaux produits attendus de l'IAU à ce niveau sont :

- Le rapport épidémiologique journalier ;
- Tableau de bord journalier par Sous-commission ;
- La carte postale hebdomadaire de la Sous Coordination ;
- Cartographie mensuelle des intervenants ;

- Inventaires actualisés des matériels, équipements et autres intrants spécifiques ;
- Mise en place des ressources humaines (listes déclaratives).

Ces produits doivent être utilisés par ce niveau de coordination pour nourrir la réflexion et aider à la prise de décision.

Au niveau de la Coordination Générale, l'IAU vise à améliorer la coordination et la collaboration entre les acteurs, d'améliorer la qualité de la gestion et de l'analyse de l'information et de créer une source commune d'information pour les décideurs, les dirigeants et les membres des équipes. Les principaux produits attendus de cet IAU sont les suivants :

- Le rapport épidémiologique synthèse journalier ;
- Tableau de bord journalier par Commission ;
- Feedback sur les cartes postales hebdomadaires des Sous Coordinations ;
- Les produits hebdomadaires de la riposte ;
- Visuel de la mise à jour du flux financier ;
- Cartographie mensuelle des intervenants (3W) ;
- Inventaires actualisés des matériels, équipements et autres intrants spécifiques ;
- Mise en place des ressources humaines (listes déclaratives).

Ces produits doivent être utilisés par ce niveau de coordination pour nourrir la réflexion et aider à la prise de décision.

Au niveau de la Coordination Stratégique, il sera mis en place une équipe restreinte constituée des 5 cadres du niveau central (DES, DEP, Cabinet MoH, Bureau du SG et un Data manager) pour la gestion de l'information sur la riposte en dehors de la Cellule financière. Les principaux produits attendus de cette équipe sont les suivants :

- Le rapport épidémiologique synthèse hebdomadaire ;
- Rapport synthèse des Cartes postales des Sous Coordinations ;
- Feedback à la Coordination Générale sur les cartes postales hebdomadaires des Sous Coordinations ;
- Cartographie mensuelle des intervenants (3W).

Ces produits doivent être utilisés par ce niveau de coordination pour nourrir la réflexion et aider à la prise de décision.

La Cellule financière produira les rapports hebdomadaires et mensuels de la mobilisation des ressources financières et des dépenses pour le SRP-4.

6.2.2.2. Suivi et évaluation

La Suivi et Evaluation a pour but de renforcer le mécanisme de suivi et évaluation de la gestion de la riposte à la MVE pour aider à la prise des décisions et adapter les actions des piliers.

Le suivi des résultats se fera par sous coordination et par piliers d'intervention et les interventions transversales notamment la gestion des ressources humaines, matérielles et financières (par exemple : stocks intrants, inventaire des moyens de déplacement, liste des ressources humaines et la cartographie des partenaires).

Les mécanismes de suivi et évaluation seront (i) les revues périodiques (hebdomadaire pour les sous-coordinations, mensuelle pour la coordination générale), (ii) les missions conjointes du Ministère de la Santé avec les Partenaires.

Les principaux produits ou activités de suivi et évaluation, la fréquence ainsi que les responsables sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau de fréquence des produits de suivi et évaluation

Produits	Fréquence	Responsables
Evolution épidémiologique	Quotidienne	Cellule d'analyse épidémiologique
Indicateurs clés de performance (rapport synthèse)	Quotidienne	Cellule de gestion de données (suivi et évaluation)
Analyse des indicateurs clés de performance (carte postale)	Hebdomadaires	Cellule de gestion de données (suivi et évaluation)
Tableaux de bord dynamique et statique de suivi et évaluation	Quotidien/Hebdomadaire /Mensuelle	Cellule de gestion de données (suivi et évaluation)
Liste des partenaires / Cartographie des partenaires	Mensuelle	Cellule de gestion de données (suivi et évaluation)
Analyse des extrants/ résultats	Hebdomadaire	Cellule de gestion de données (suivi et évaluation)
Bulletin de la situation de l'épidémie	Quotidien, Hebdomadaire	MSP/OMS/UNICEF
Système de monitoring des incidents affectant la riposte (SSA)	Quotidien	Cellule de gestion de données (suivi et évaluation)
Présentation des résultats des recherches en sciences sociales et suivi des recommandations	Hebdomadaire Mensuelle	Unité de collecte et d'analyse des perceptions et feedback communautaire

Les indicateurs clés de performance (KPI) pour le suivi et évaluation sont repris dans le tableau ci-après.

Tableau des Principaux indicateurs de performance (KPI)

Type	Indicateur	Cible
Général	Nombre de nouveaux cas confirmés	0
	Nombre de nouvelles aires de santé affectées au cours de 21 derniers jours	0
Surveillance	Pourcentage d'investigations terminées dans les 24 heures suivant une alerte validée	100%
	Pourcentage de nouveaux cas confirmés ayant été enregistrés comme contacts	100%
	Pourcentage de contacts actifs perdus de vue	0%
	Délai médian entre l'apparition des symptômes et l'isolement effectif en jour	≤4 jours
Prise en charge médicale	Létalité parmi les cas confirmés admis dans les CTE	<50%
PCI	Nombre d'agents de santé/personnel soignant nouvellement infectés	0
	Pourcentage des FOSA qui ont un Score card supérieur ou égale à 80%	≥80%
	Pourcentage des cas attribués à une infection nosocomiale	0%
EDS	Pourcentage de cas décédés pour lesquels un EDS a été effectué avec succès	100%
PeC Psychosociale	Pourcentage de ménages des nouveaux cas confirmés/suspects admis au CT/CTE ayant bénéficié d'un soutien Psychologique	100%
Vaccination	Pourcentage de personnes éligibles vaccinées dans le délai de 3 jours	100%
Laboratoire	Pourcentage de résultats de labo disponibles dans les 24 heures	100%
PoE / PoC	Pourcentage de points d'entrée et de points de contrôle dans les Sphères 1 et 2 avec des opérations ininterrompues des 7 derniers jours	100%
	Pourcentage de points d'entrée et de points de contrôle dans les Sphères 1 et 2 ayant notifié au moins une alerte durant les 7 derniers jours	75%
Communication du Risque et Engagement communautaire	Pourcentage des incidents communautaires liés à la réponse qui ont été résolus dans un délai de 72h	>75%
	Proportion d'alertes provenant des CAC	>50%

Programme des survivants	Pourcentage des personnes guéries de la MVE qui sont enrôlées et suivies dans le programme de suivi	90%
Logistique	Nombre de jour de rupture des stocks de l'un des 4 items critiques (EPI, Vaccin, Cartouche GX, Chlore) durant les 7 derniers jours	0 jour
Préparation	Pourcentage de zones de santé à risque silencieuses	0%

AXE 3 - SOUTIENS ADMINISTRATIF, FINANCIER ET LOGISTIQUE A LA COORDINATION

Cet axe décrit des nouvelles orientations en ce qui concerne essentiellement la gestion de l'information, la gestion administrative des ressources humaines de la riposte, le financement du SRP-4 et la gestion logistique.

6.3.1. GESTION ADMINISTRATIVE DES RESSOURCES HUMAINES (RH)

L'un des goulots d'étranglement de la mise en œuvre du SRP-3 est la gestion administrative des ressources déployées dans la riposte, notamment :

- Le manque d'une base des données communes ne permettant pas la maîtrise des effectifs avec comme corollaire l'irrégularité de paiement de primes ;
- Le manque d'harmonisation de barème de paiement des acteurs de terrain entraînant la migration des cadres du Ministère de la Santé vers les mieux offrant, le débauchage, la démotivation des acteurs locaux, particulièrement les relais communautaires dans les Zones de Santé hotspots ;
- Le manque d'un plan de déploiement des ressources humaines ;

Eu égard à ce qui précède, il est envisagé dans ce SRP-4 de :

- Externaliser la gestion des Ressources Humaines (RH) et / ou d'en faire un ancrage au système de santé (DRH) ;
- Mettre en place une base des données communes des RH ;
- Harmoniser les barèmes de primes à payer aux acteurs nationaux ;
- Elaborer un plan unique trimestriel de déploiement des ressources humaines nationales. Ce plan permettra de suivre les actions connexes comme la mise à niveau des intervenants, la rotation du personnel et le paiement des primes ainsi qu'une bonne passation entre les équipes sortantes et celles entrantes ;
- Mettre en place un mécanisme rapide d'élaboration, traitement et validation des listes des prestataires locaux sur base d'un chronogramme précis, échange des données des ressources humaines entre partenaires pour éviter des doubles paiements et le rapprochement des agences financières pour la paie des prestataires locaux ;
- Mettre en place de mécanisme d'accréditation des experts internationaux dans les activités de la riposte ;
- Mettre effectivement en œuvre le Manuel de gestion des ressources humaines affectées à la riposte ;

- S'assurer que la gestion des ressources humaines fasse l'objet d'analyse de la gestion d'information pour partage d'informations consolidées.

6.3.2. PLANIFICATION ET GESTION FINANCIERE DU SRP-4

Le Rapport Préliminaire de la mission de la Banque mondiale pour le renforcement de la gestion financière et le suivi budgétaire effectué en juin 2019 a mis en relief une faible redevabilité financière se traduisant en particulier par une difficulté de retracer rapidement quelles activités ont été financées à travers quelle agence de financement et par quelle source de financement (bailleur).

Par ailleurs, la revue du SRP-3 organisée en juin 2019 a relevé notamment le faible financement des Plans d'Action Opérationnels des Sous Coordinations et de la Coordination Générale. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'une partie des déboursements a été faite en dehors des activités mentionnées dans SRP-3 selon le rapport sus évoqué de la mission de la Banque Mondiale, d'une part, et le mode de financement qui a prévalu (financement des agences vs plans d'action, paiement prépondérant des RH et intrants au détriment des activités), d'autre part.

Pour pallier à cette situation, le lancement du SRP-4 sera suivi immédiatement de l'élaboration des plans d'action opérationnels. Ainsi, le financement des activités des Sous Coordinations et de la Coordination Générale ainsi que de la Coordination Stratégique se fera à travers les « Utilisateurs des fonds » qui recevront des fonds des Intermédiaires financiers. Ces derniers recevront les fonds de Bailleurs. La Budgétisation du SRP-4 se fera à partir des activités planifiées par les Sous Coordinations, la Coordination Générale et la Coordination Stratégique. Il est prévu un rapport financier mensuel et régulier par les utilisateurs et les intermédiaires financiers à qui de droit.

6.3.3. GESTION LOGISTIQUE

La revue du SRP-3 effectuée en juin 2019 a relevé quelques faiblesses, à savoir :

- L'inadéquation entre le volume des véhicules pris en location à coût global très élevé et le volume de travail ;
- Le nombre insuffisant d'ambulances, des motos surtout dans les sites nouvellement implantés ;
- Le manque des données des stocks des partenaires ;
- Les ruptures intempestives des stocks des intrants spécifiques ;
- L'absence des procédures opérationnelles standards logistiques (SOP logistiques) régissant toutes les parties prenantes de riposte et la faible capacité des logisticiens ;
- La planification des activités de commissions ne permettant pas d'anticiper les commandes internationales (urgences ad hoc et nouveaux foyers) ;
- L'usage intensif, mais inévitable, du transport aérien qui exige des ressources financières importantes.

Dans le cadre du SRP-4, il est envisagé des mesures ci-dessous pour relever les défis logistiques de la riposte contre la MVE pour raison d'efficacité et d'efficience. Il s'agit :

- L'achat progressif des véhicules en lieu et place de la location ;
- La standardisation des outils et des mécanismes de gestion des stocks dans les Sous Coordinations ;
- La maîtrise des besoins en médicaments, intrants spécifiques et consommables ;
- Le transfert de la gestion de la flotte de véhicule de chaque pilier d'intervention aux partenaires responsables de ces piliers ;
- La responsabilisation des partenaires pour la prise en charge de l'approvisionnement en intrants des activités pour lesquelles ils sont responsables ;
- L'autonomisation de chaque partenaire dans le fonctionnement de ses activités (support logistique : hébergement, moyen de communication et informatique, transport, etc) ;
- La mise en place d'un système de transfert des compétences pour garantir l'autonomie logistique des partenaires le nécessitant ;
- Le renforcement du paquet de services logistiques communs pour la réponse et l'implication des partenaires ;
- Le maintien de la capacité de transport aérien de passagers et marchandises ;
- Le maintien de la capacité de transport routier de marchandises ;
- La création et l'offre aux partenaires d'un service de stockage commun (essentiellement pour la PCI) ;
- La maintenance/fonctionnement des infrastructures existantes (camps de vie de Mangina, Komanda ; EOC Beni, Butembo, Goma, Mangina, Bunia, Tchomia et Komanda; CT, CTE...) ;
- Le maintien de la capacité de réaction et de contingence de la logistique (positionnement de matériel et disponibilité de personnel technique).

7. Cadre de mise en œuvre

Le PSR-4 sera mis en œuvre par le dispositif mis en place depuis le SRP-2 avec implication progressive des structures organiques aux trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacune d'elles.

En outre, sa mise en œuvre sera participative et se fera de manière conjointe avec l'ensemble de parties prenantes y compris la société civile et les membres des communautés affectées afin de faire bénéficier aux zones de santé de l'expertise des autres niveaux de la pyramide sanitaire.

Ainsi, les principes directeurs qui vont guider la mise en œuvre du PSR-4, la répartition des rôles des différents acteurs ainsi que les implications dans l'allocation des ressources disponibles sont précisées ci-dessous :

7.1. PRINCIPES DIRECTEURS

- La mise en œuvre PSR-4 se fera sous la coordination du Ministre de la santé. La structure du Comité National de Coordination (CNC) mise en place par l'arrêté ministériel du 2 août 2018 sera complétée par **un noyau pour le suivi et évaluation du plan**.
- La riposte à travers le PSR-4 devra contribuer à renforcer le système de santé et la capacité des acteurs de santé locaux. À cet effet, la mise en œuvre des différents axes stratégiques de ce plan est sous la responsabilité d'une structure organique du ministère

de la santé avec l'appui des partenaires de soutien (Co-lead). La DSE doit servir de structure du Ministère devant piloter les opérations de riposte sur terrain.

- En plus, l'engagement de la communauté, en tant que gage de la réussite de la riposte, sera renforcé. Par conséquent, un renforcement des capacités des acteurs locaux (CAC, ONG locales appuyées par les ONG internationales) pour les alertes communautaires, pour le suivi des contacts, pour l'adhésion des personnes éligibles à la vaccination et pour les EDS sera une priorité absolue. Ce volet fera l'objet d'un plan spécifique de soutien élaboré par le gouvernement avec l'appui des partenaires (**secteur ou pilier 3**).
- La sécurisation de la riposte fera également l'objet d'une stratégie spécifique synergique au PSR-4 élaborée sous le lead du Gouvernement à travers les ministères de l'intérieur et sécurité et de la défense nationale (**secteur ou pilier 2**).
- Le financement du PSR-4 est basé sur des activités prioritaires identifiées par pilier. La mise en œuvre d'autres activités additionnelles devra faire l'objet d'une demande spécifique au MSP, en cas d'urgence.
- Les Co lead vont jouer le rôle d'intermédiaires financiers. Ils identifieront, en dehors des cadres des zones de santé et de la DPS, les ONG ayant des capacités opérationnelles pour la mise en œuvre des activités planifiées de riposte sur terrain. Par conséquent, les Co lead vont centraliser les fonds planifiés qui seront mis à la disposition des partenaires « utilisateurs » selon la décision d'accréditation fournie par la coordination de la riposte. Ces derniers, en plus du rôle de canalisation des flux financiers vont privilégier les acteurs locaux et ceux du système de santé pour la mise en œuvre des activités. Ils pourront toutefois combler des gaps dans la mise en œuvre en mettant en avant leurs capacités opérationnelles propres.
- Le suivi de la réponse se fera à travers un **seul flux de communication** par l'échange régulier d'informations essentielles entre les zones de santé, les sous coordination ; la coordination à Goma et la coordination stratégique à Kinshasa pour guider la prise des décisions aux différents niveaux de la riposte. A cet effet, chaque sous coordination ainsi que la coordination générale suivront la mise en œuvre de leurs plan opérationnel à travers des tableaux de bord journaliers par sous-commission et à travers des cartes postales reprenant les indicateurs clés de performance.

7.2. ORGANISATION DE LA RIPOSTE

1. Les organes de riposte

Conformément à l'arrêté ministériel 020 bis du 2 août 2018, la coordination de la riposte est située au cabinet du MSP et comprend trois organes à savoir le comité national de coordination (CNC) dont le Secrétaire Général à la santé est rapporteur, le comité provincial de coordination (CPC) avec le chef de division provincial comme rapporteur et le comité local de coordination (CLC) dont le secrétariat est assumé par le médecin chef de zone.

Dans l'arrête ministériel du mois d'août 2018, les organes du CNC sont appuyés par des commissions devant analyser les aspects spécifiques dans leurs domaines d'action et proposer des orientations au CNC. En principe, les **dix commissions techniques** du CNC devraient être

animées par les Directeurs centraux ou des programmes spécialisés du ministère de la santé publique.

2. Rôles des acteurs

- Le gouvernement de la RDC assumera la coordination de la riposte à travers les structures de riposte (coordination, sous coordination et commissions techniques). Il garantira, à travers le ministère de l'intérieur, la sécurité des personnes et matériels destinés à la riposte. Il mobilisera également une partie du budget de la riposte ainsi que des ressources humaines indispensables.
- Les bailleurs de fonds mettront à la disposition des acteurs, à travers des mécanismes transparents, des ressources financières et humaines (si nécessaire) pour soutenir les activités de la riposte. Les « intermédiaires financiers » ainsi que les « utilisateurs financiers » leur fourniront directement des justificatifs.
- La coordination générale et les sous coordinations vont piloter la riposte sur terrain à travers les équipes cadres des zones de santé, des équipes des centres de santé et des acteurs locaux (CAC...). Ils sont tenus d'élaborer endéans deux semaines, les plans d'action opérationnels. La DPS et L'IPS se joindront à la coordination générale pour piloter la préparation des ZS et l'inspection des FOSA notamment sur la mise en œuvre de la PCI.
- Les Co lead vont jouer un double rôle. Ils serviront d'« **intermédiaire financier** » et de **soutien technique** aux différentes commissions et sous commissions de la riposte notamment en appuyant l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels et l'accréditation technique des partenaires de mise en œuvre.
- Les Utilisateurs financiers s'engagent, en dehors de leur participation à la finalisation du plan opérationnel unique de la riposte, à :
 - Participer activement aux différentes réunions de coordination et des commissions techniques
 - Collecter et rapporter les données en rapport avec le pilier de la riposte auquel l'acteur participe en vue d'alimenter le système de gestion de l'information
 - Participer aux analyses des informations et indicateurs clés de performance en rapport avec le pilier de la riposte qu'on appuie
 - Participer à l'actualisation des stratégies ou directives opérationnelles (SOP) dans le pilier de la riposte auquel il participe
 - Élaborer des rapports financiers périodiques (mensuels)

7.3. REDEVABILITE

La redevabilité se réalisera à travers les principaux outils suivants : Cadre structurel: organigramme ; le Plan opérationnel unique ; la Plateforme d'échange d'information: symétrie d'information pour la prise des décisions (tableaux de bord et KPI, Portail: site web).

1. La coordination générale va proposer au Ministre de la santé, avant fin juillet 2019, un organigramme actualisé de la riposte ;
2. Chaque sous coordination va élaborer, avant fin juillet 2019, son plan opérationnel en s'inspirant des tableaux 1 ayant servi à la budgétisation du PSR4 ;

3. Chaque commission va actualiser, si besoin avant fin juillet, les indicateurs du tableau de bord journalier ;
4. La coordination stratégique va mettre en place, d'ici fin septembre 2019 ; le portail (site WEB) pour échange d'information sur la MVE.

Le Cadre de redevabilité précise les modalités pour rendre compte

A cet effet,

1. Les commissions et sous commissions sont tenues d'élaborer des tableaux de bord journaliers ;
2. Les sous coordinations et la coordination générale doivent élaborer les rapports synthèses journaliers et les cartes postales sur base des KPI ;
3. Les intermédiaires financiers et les utilisateurs de fonds devront élaborer des rapports financiers mensuels ;
4. Le Secrétaire Général à la santé établira chaque trimestre une mise en place pour le déploiement des acteurs du ministère de la santé sur terrain ;
5. Les co-lead communiqueront chaque mois l'état des stocks des matériels et intrants essentiels de la riposte.

L'accréditation technique des acteurs de la riposte

La mise en œuvre de la stratégie du SRP4 se fera préférentiellement par les acteurs du système de santé et par les communautés locales. En cas de besoin, il sera fait recours à l'expertise des acteurs internationaux. Par conséquent, il devient indispensable que :

1. Chaque sous coordination actualise mensuellement la cartographie des acteurs locaux de mise en œuvre sur terrain en vue de proposer leur accréditation technique ;
2. Les co-lead assistent le gouvernement à la préparation technique de l'accréditation technique (appréciation des capacités opérationnelles des partenaires de mise en œuvre à travers des outils ad hoc) et participent ainsi à ladite accréditation.

La redevabilité et l'accréditation des acteurs prendront en compte les critères suivants :

- La capacité opérationnelle des acteurs de la riposte ;
- Le respect de différents paquets d'activités prédéfinies ;
- La rationalisation géographique des acteurs de mise en œuvre ;
- L'application du Manuel des procédures de gestion des ressources humaines ;
- Une riposte basée sur les données probantes.

8. Budget

8.1. APPROCHE METHODOLOGIE

Pour développer le budget du SRP-4, nous avons utilisé une méthodologie qui offre une opportunité d'introduire la transparence et l'efficacité dans la gestion financière, la responsabilité et la production de rapports. La première étape consistait de déterminer les activités critiques nécessaires pour briser les chaînes de transmission, ainsi que les cibles selon le profil de l'épidémie (Zones de santé hotspots, zones de santé actives et Zones de santé à risque). Les Sous Coordinations et les co-leads ont déterminé les unités et estimé les coûts unitaires. Les montants ont été calculés par activité, par cible et non par partenaire. La synthèse du budget est repris dans le tableau ci-dessous.

8.2. SYNTHESE DU BUDGET

Les activités du Plan de riposte pour les 6 prochains mois sont évaluées à 287.6 millions de dollars. Ce budget sera ré-évalué et réajusté périodiquement en fonction de l'évolution de la riposte. La mise en œuvre de ce budget sera suivie de près par une équipe dédiée au sein de la coordination.

Piliers de riposte	US\$ juillet-décembre
Coordination	71,948,990
Communication de risque et engagement communautaire	38,267,735
Surveillance, Suivi de Contact, POE & Vaccination	42,675,034
Laboratoire	3,182,640
Prise en charge Médicale & Survivants	54,686,912
Prevention et Contrôle des Infections & WASH	41,607,030
Enterrements Dignes et Sécurisé	18,758,433
Prise en Charge Psychosociale	10,391,995
Préparation opérationnelle	6,071,380
Total	287,590,149

Annexes

1. Projection des tendances de l'épidémie dans les 120 prochains jours

Objectif

Évaluer l'impact, en termes de cas évités ou de réduction de la transmissibilité, un certain nombre de jours après l'apparition d'un nouveau foyer épidémique de MVE.

Méthode

Nous avons utilisé un processus simple de branchement où le nombre de nouveaux cas à un temps t suit une distribution de Poisson avec un taux d'infection λ_t , calculé à partir des précédents nombres de cas et du taux de reproduction R_t .

La différence avec les modèles déjà utilisés par la cellule d'analyse est que cette fois-ci nous avons utilisé deux valeurs de R_t avant et après le contrôle efficace de l'épisode épidémique.

Paramètres du modèle statistique

- Intervalle sériel : estimé à partir des chaînes de transmission des zones de santé de la sous-coordination de Butembo
- Nombre de reproduction (R) : nous avons utilisé les valeurs suivantes, basées sur les estimations récentes de Butembo et dans la littérature
 - 1,5 : correspondant à la phase de croissance de Butembo
 - 0,5 : correspondant à la phase de décroissance de Butembo
 - 2 : scénario le plus pessimiste correspondant aux estimations supérieures de R au cours des 9 premiers mois de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, utilisé pour simuler une épidémie en milieu urbain
- Délai pour un contrôle effectif : valeurs estimées à partir des différentes vagues épidémiques au cours de la présente épidémie
 - Tardif : 14 semaines
 - Moyen : 10 semaines
 - Court : 8 semaines
 - Rapide : 5 semaines

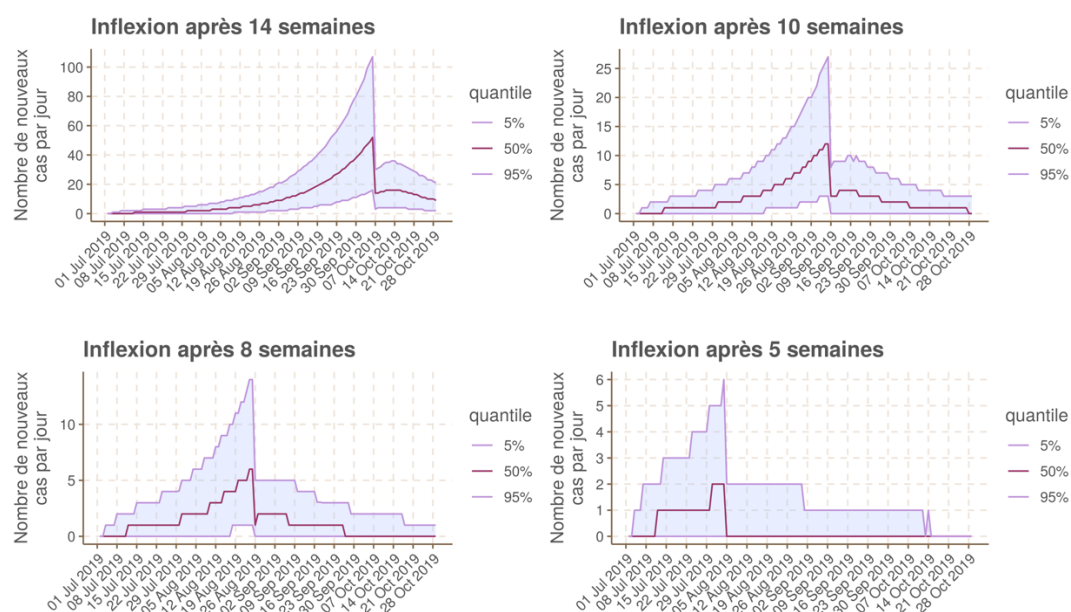
Les projections présentées ici sont basées sur le temps pris pour que le nombre de reproduction (R) tombe sous la valeur 1 pendant les différentes vagues de l'épidémie actuelle (appelé autrement *temps pour contrôler*). Des valeurs de R de 1.5 ou 2 ont été utilisées pour

des simulations respectivement en milieu rural et urbain. Les estimations sont données pour 4 mois (120 jours) à partir d'une date arbitraire de début d'épisode.

Résultats

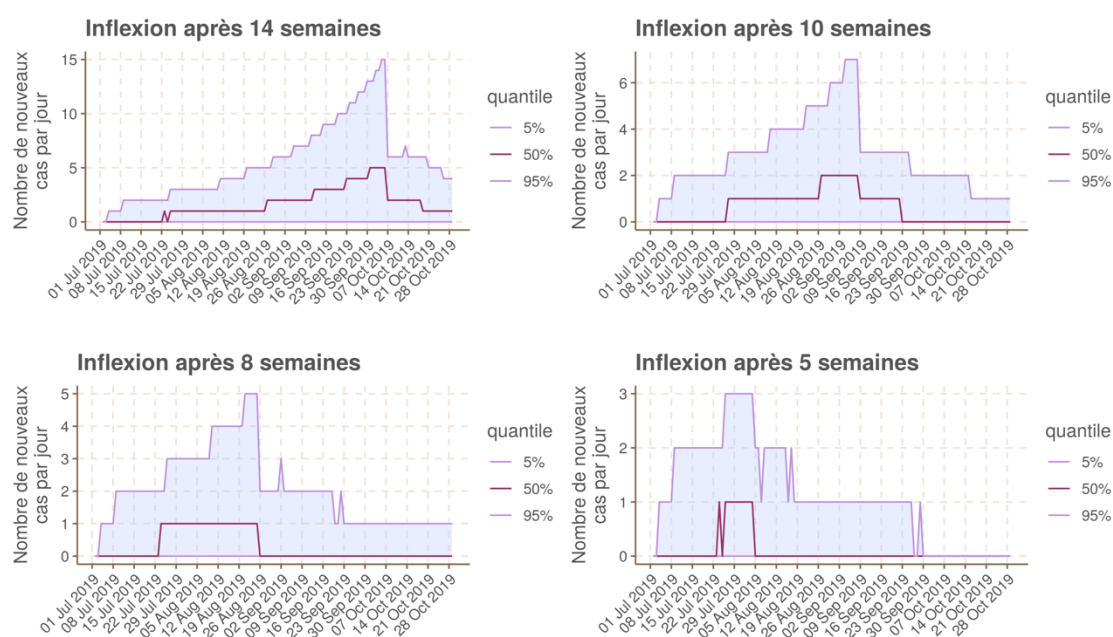
En milieu urbain (voir figure 1), les résultats montrent qu'une intervention tardive résulte en une baisse brutale d'une cinquantaine de cas par jour en moyenne à une dizaine de cas, et un contrôle du foyer épidémique en quelques semaines supplémentaires. Dans le cas d'une intervention rapide, le nombre moyen de cas par jour ne dépasse pas 2 et l'épidémie est contrôlée quelques semaines plus tard.

Figure 1 : Simulations en milieu urbain



En milieu rural (voir figure 2), dans une intervention tardive le nombre moyen de cas par jour chute de 5 à 1, et l'épisode épidémique est sous contrôle quelques semaines plus tard. Et suite à une intervention rapide, le nombre moyen quotidien ne dépasse pas 1 et l'épisode est sous contrôle quelques semaines plus tard.

Figure 2 : Simulations en milieu rural



Impact

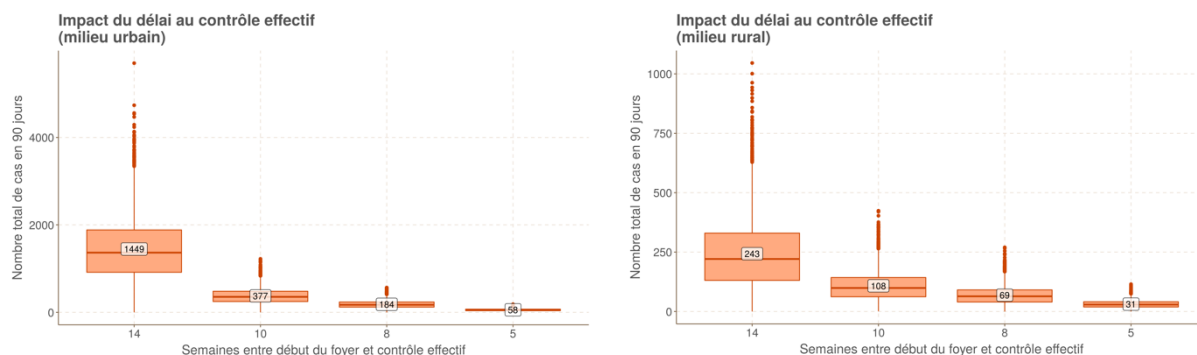
En utilisant le scénario le "plus pessimiste" (observé pendant la première vague de l'épidémie à Katwa/Butembo) d'une période de 14 semaines pour un contrôle effectif, nos projections estiment à 243 et 1 449 le nombre moyen de cas généré pour respectivement les milieux urbains et ruraux (voir figure 3 et tableau 1). Selon un scénario "plus optimiste" (avec un *temps pour contrôler* de 5 semaines), les projections estiment à 31 (13% du scénario le plus pessimiste) et 58 (4% scénario le plus pessimiste) le nombre de cas moyen pour respectivement les milieux urbains et ruraux.

Tableau 1 : Nombre de cas moyen générés dans les prochains 120 jours en fonction du délai pour un contrôle effectif

	Temps jusqu'au contrôle effectif (semaines)			
	14	10	8	5
Urbain	1 449	377	184	58

Rural	243	108	69	31
-------	-----	-----	----	----

Figure 3 : Impact en milieu urbain et rural

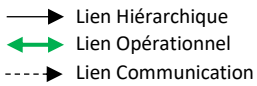


Rapport complet :

<https://my.pcloud.com/publink/show?code=XZYL737ZTEUH7Jel2bQFP1DUKEEnRayOEQHI7>

2. Organigramme de la Coordination de la riposte

ORGANIGRAMME DE LA RISPOSTE EBOLA 10 EN RDC



Lead /
Co-Lead

Comité National de Coordination (CNC)

Chairman (Ministre de la Santé Publique)

- Représentant des UN pour la réponse Ebola
- WHO Special Representative to the Director General
- Secrétaire général à la santé et inspecteur générale de la sante
- Représentants des ministères de Education, défense, intérieur, finance, budget
- Presidents des Commissions
- Représentants des partenaires, des co-leads, de la société civile et UN task force

Réunion
d'information
journalière

Réunion de
coordination
Hebdomadaire

Secrétariat National

(Gestion de l'administration, des finances, de la redevabilité et des Media)

Lead MSP /
Co-lead OMS - OCHA

Mise en oeuvre du
cadre de redevabilité

Cellule GISDA

(Gestion de l'information Sanitaire, des données et de l'analyse)

Lead MSP /
Co-lead CDC - OMS

Mise en oeuvre de
la base de données

Chef OPS

(Gestion des opérations d'urgence Ebola)

Lead SG - DGLM/
Co-lead OMS

Mise en oeuvre du
plan Operationelle

Cellule M&E

(Gestion du suivi et de l'évaluation)

Lead DEP - MSP /
Co-lead OMS - OCHA

Mise en oeuvre
du plan M&E

Coordination Générale de Goma

Coordinateur Général

- Chefs de division provincial et Inspecteur provincial de la sante
- Coordinateur des UN pour la riposte Ebola
- WHO Incident Manager
- OCHA Ebola team lead
- Représentants des partenaires, des co-leads et de la société civile
- Comité restreint inclusif
- Représentants des autres ministères provinciaux

TDR Réunion du
Comité restreint
tous les 2 jours
(15h) sur agenda
précis pour prise
de décision +
revue rapide du
suivi des actions

TDR Réunion coordination
journalière d'une 1 heure
(13h) pour présentation du
Dashboard + revue rapide
des actions + Présentation
analyse d'une commission

Revue des cas de la
semaine chaque samedi
(14h)

Secrétariat MSP

Cellule GISDA MSP/CDC/UNICEF/OMS

SITE INTERNET
MSP/OCHA

Coordinateur chargé
des opérations et de
la coordination inter-
commissions
MSP

Cellule M&E
MSP
OMS/OCHA

Sécurité
MSP/Sécurité
Nationale
MONUSCO/
OMS

Logistique
MSP
PAM/OMS

Surveillance
MSP
OMS

PCI/WASH
MSP
OMS/UNICEF

EDS
MSP
CROIX ROUGE

Communication
des risques et
engagement
communautaire
MSP
OMS/UNICEF

Prise en
Charge
Médicale
MSP
OMS

Prise en
Charge
Psychosociale
MSP
UNICEF

Laboratoire
et Recherche
MSP
OMS

Vaccination
PEV
OMS

PoE/PoC
PNHF
IOM

Cellule de
suivi des
alertes
MSP
OMS

CCSA_PDV
MSP
OMS

Réunion journalière (8h) des commissions
pour compilation des informations terrains

Réunion journalière (11h) de la Surveillance
avec tous les présidents des commissions et
sous commissions et cellules pour finaliser
le Dashboard général d'approche intégrée

(Chargé de opérations aux Sous-coordinations)

Sous Coordinations opérationnelles

Réunion coordination journalière à 8h pour présenter le Dashboard

Réunion journalière de la Surveillance à 17h avec tous les présidents des commissions pour finaliser le Dashboard

Réunion des commissions à heure décalée

- **Coordinateur de la sous coordination**
 - Médecin Chef de Zone /Délégué DPS
 - Coordinateur terrain des UN pour la réponse Ebola
 - WHO Field Coordinator
 - OCHA Field HAO
 - Représentants Co-leads, partenaires et société civile
 - Représentant de la communauté

Secretariat
MSP

Equipe GISD
MSP

Charge des opérations et coordination
Commissions
OMS

Chargé du suivi des actions
MSP

Sécurité

Commissions, sous commissions et cellules

Même disposition, composition minimale, liens hiérarchique, lead et co-lead qu'au niveau Coordination Générale

Equipes multidisciplinaire d'intervention rapide (EMIR)
En Standby dans ZS à risque élevé

Equipe d'appui Zones de Santé

Réunion journalière du chef d'équipe avec le MCZ à 17h pour validation des rapports

- **Médecin Chef de Zone / Equipe Cadre Zone de Santé**
 - COGES (Comite Local de Coordination d'urgence)
 - APA (Autorite politico-administrative)
 - OMS Sub-Hub Lead
 - Représentant de l'autorité locale
 - Représentant des IT et CS
 - Représentant de la communauté
 - Partenaires privés et confessionnels

Equipe d'Appui à l'ECZ
Deployées dans ZS à risque élevé

- Epidemiologistes Senior
- Point focal Alerte
- CCSA PDV
- Expert CCE
- Expert PCI/WASH
- Expert psychosocial

Equipe d'intervention Aires de Sante

Réunion journalière du chef d'équipe à 8h avec tous les délégués des commissions pour revue des cas et instructions terrains

Réunion journalière du chef d'équipe avec l'IT

Retour d'information terrain et rapport à 16h

IT (Infirmier
Titulaire et Adjoint)

Services de sante

FOSA
"Formation Sanitaire"
publique integree et confessionnelle

EMIR (Equipe Multidisciplinaire d'Intervention rapide)

Chef d'équipe intégrée
(Approche cas)

Surveillance

Communication Engagement Communautaire

Prevention PCI/WASH

Autres piliers suivant les cas/AS

Organes de participation communautaire du systeme de sante publique

Comite de Sante

Comprenant les Leader communautaires élus pour l'identification des besoins sanitaires - cogestion, planification, suivi et évaluation du centre de santé - Organisation des travaux d'intérêt communautaire

CODESA

"Comité de Développement de l'Aire de Santé"
20 à 25 membres participant représentatif de tous les villages (Elaboration du micro plan de l'AS et microprojets development- monitoring et evaluation des interventions - Mobilisation les ressources)

CAC

« Cellules d'animation communautaire »
Mechanisme principal d'engagement communautaire sante comprenant minimum 3 RECO par village representant ecoles, eglises, entreprises locales, societe civile, associations de village et de rue

Autres acteurs clés

- Comites locaux de la riposte
- Tradi-practiciens
- Corporations (federation des entreprises du Congo, Reseaux des services de sante prives, pompes funebres, taxis, ordre des medecins, pharmaciens, politiciens, ONGs, associations de jeunes et de femmes)