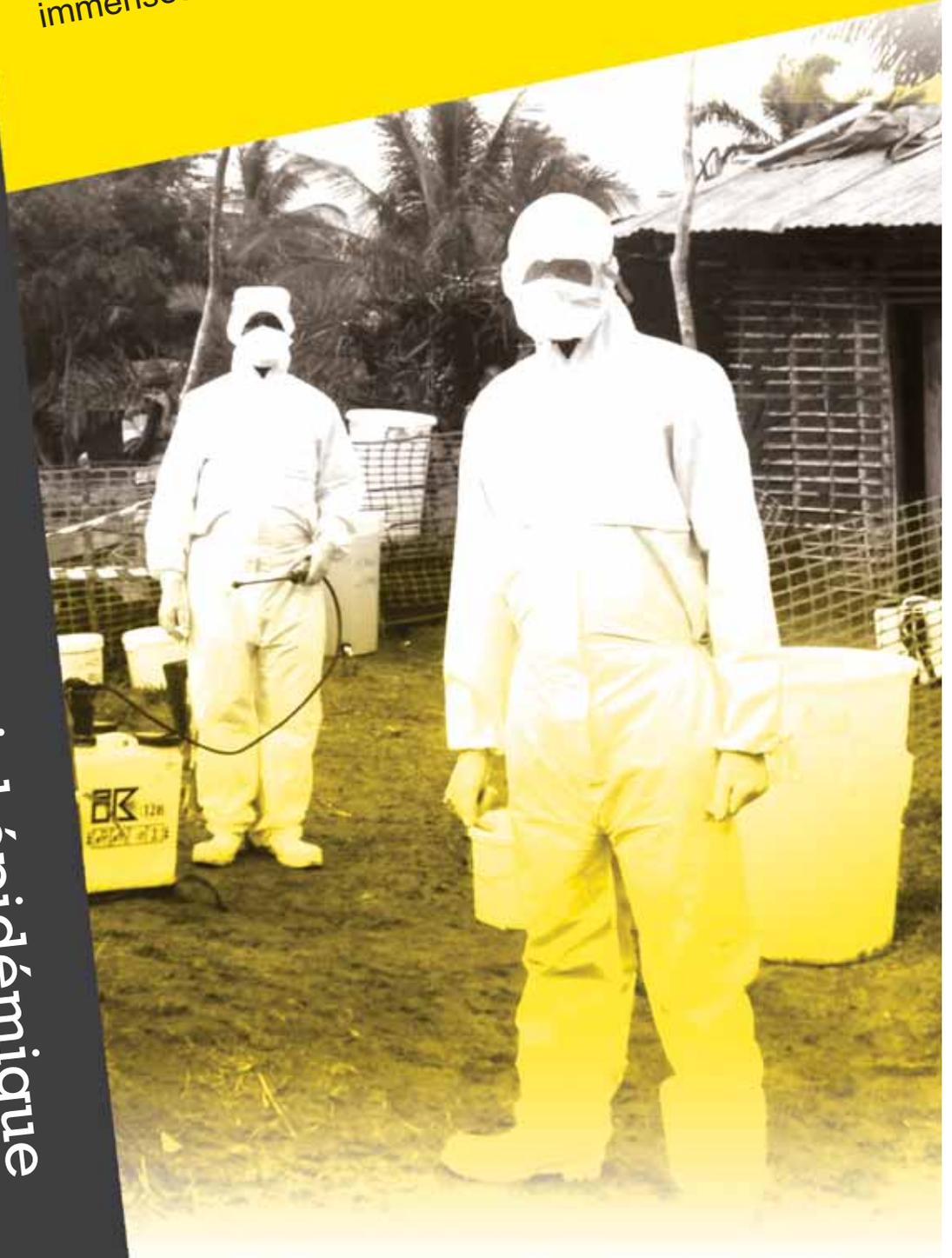


La lutte contre les maladies à potentiel épidémique

Les maladies à potentiel épidémique, pourtant évitables et curables, sont une des causes principales des décès prématurés en RDC, tuant des milliers de personnes chaque année. Dans la course de vitesse contre leur propagation les acteurs humanitaires doivent faire face aux réalités d'un pays aux espaces immenses et infrastructures sanitaires minimales.





SOMMAIRE

1. Introduction.....	3
2. Crise sanitaire, surveillance lacunaire, accès limité : le cadre difficile de la lutte contre les épidémies.....	4
3. Aperçu sur les épidémies en RD Congo en 2007.....	9
4. La peste demeure une préoccupation en Ituri.....	11
5. Le Pool d'Urgence Congo/MSF.....	13
6. Surveillance épidémiologique et détection précoce : province de l'Equateur.....	14
7. La prévalence du taux de choléra diminue dans la ville de Goma.....	15
8. La participation de la population dans la prévention – le choléra à Moba.....	17
9. Épidémies de rougeole et de choléra dans le district du Tanganyika.....	18
10. L'épidémie d'Ebola dans le Kasai Occidental.....	20
11. Entretien avec Docteur Vital Mondonge.....	21

INTRODUCTION

Le contrôle des épidémies demeure l'une des priorités majeures de l'action humanitaire en République démocratique du Congo (RDC). Le système de santé en RDC étant extrêmement affaibli par une décennie de négligence et de mauvaise gouvernance depuis les années 80, suivie par des années de crises et de conflits armés, les maladies à potentiel épidémique ont pris une ampleur dramatique dans l'ensemble du pays.

Malgré une stabilisation relative de l'ensemble du pays la situation ne cesse d'être alarmante et peu d'épidémies épargnent la RDC. Ainsi, rien que pour l'année 2007, onze des principales épidémies ont été répertoriées en RDC : méningite, rougeole, choléra, diarrhées sanglantes, fièvres hémorragiques virales (Ebola), fièvre jaune, typhus, tétanos néonatal, paralysie flasque aigue, peste et monkey-pox. Selon le Ministère de la Santé, presque la moitié des zones de santé étaient confrontées à une ou plusieurs épidémies, et des milliers de personnes sont mortes de maladies pourtant curables.

Dans ce Focus Humanitaire nous essayons d'éclaircir les défis principaux de la lutte contre les épidémies et de donner des exemples éloquentes pour illustrer les aspects différents de l'alerte, de la riposte, et de la prévention. Nous tenons à remercier tous les partenaires pour leurs importants apports et contributions, en particulier Dr Florent

Ekwanzala et Eugène Kabambi de l'OMS, Dr Vital Mondonge du Ministère de la Santé, Philippe Barragne-Bigot de l'UNICEF, Bertrand Perrochet et Pascale Zintzen de MSF-Belgique, Dr Victor Bushamuka de USAID, et Dr Pascal Ngoy de IRC.



CRISE SANITAIRE, SURVEILLANCE LACUNAIRE, ACCÈS LIMITÉ

LE CADRE DIFFICILE DE LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES



La lutte est ouverte depuis des années, mais loin d'être gagnée : l'incidence des épidémies principales en RDC reste quasiment au même niveau que lors de la signature du cessez-le-feu en 2003. Les trois maladies à potentiel épidémique les plus meurtrières – la méningite, la rougeole, et le choléra – (voir graphiques sur la page 6) causent toujours autant de décès. Parallèlement, on a observé une résurgence de maladies jadis contrôlées comme la peste, ainsi qu'une flambée brutale de la fièvre hémorragique d'Ébola

Malgré la persistance de conflits armés dans quelques régions à l'Est du pays, moins d'un pourcent des décès en RDC sont aujourd'hui directement liés à la violence. Par contre, les effets secondaires d'une décennie de crises et de guerres – la destruction des infrastructures, la malnutrition, la mortalité maternelle et infantile, les violences sexuelles, ainsi que les maladies transmissibles et non transmissibles – sont les premières causes de mortalités.

Quant aux maladies à potentiel épidémique, sans compter *le paludisme*, les statistiques du Ministère de la Santé en 2007 ont noté 138 746 cas, dont 4 157 décès. Ces chiffres ont été enregistrés par le système de surveillance du Ministère de la Santé. Au regard des limites du système et considérant que, selon une estimation de l'OMS, 80% des malades ne consultent pas les centres de santé, le chiffre réel est sans doute beaucoup plus élevé.

LE PALUDISME

Étant endémique quasiment partout en RDC, et combattu par d'autres institutions et moyens que les épidémies, le paludisme n'est pas couvert dans ce Focus Humanitaire. Première maladie tueuse, 5 521 336 cas et 13 084 décès sont entrés dans les statistiques de l'OMS en 2007. Le constat est écœurant : quasiment 50% de tous les problèmes de santé en RDC sont à mettre sur le compte de la malaria. Ainsi, de toute façon, la lutte contre le paludisme pose des défis d'une telle ampleur qu'il méritera un numéro entier.



COMBIEN DE VICTIMES ?

Suivant l'enquête de mortalité entreprise par l'IRC en 2007, deux maladies à potentiel épidémique – la méningite et la rougeole – figurent parmi les dix causes les plus importantes de décès prématurés en RDC. 5,5% des décès rapportés à l'Est (2,9% à l'Ouest) sont attribués à la méningite, 2,8% (3,2%) à la rougeole. Pour les enfants de moins de 5 ans, les chiffres sont encore plus dramatiques : la rougeole constituerait la cause de 9,9% des décès à l'Est et 4,7% des décès à l'Ouest, et la méningite des 4,8% à l'Ouest et des 2,8% à l'Est.

En extrapolant ces chiffres, la mortalité monte à approximativement 40 000 décès en un an, dont plus que 28 000 enfants de moins de 5 ans. On peut présumer que la proportion des épidémies dans les excès de décès soit encore plus élevée, tenant compte du fait que l'enquête de l'IRC note que 30% des décès sont de cause inconnue où liés à des diarrhées non-spécifiques – ce qui peut inclure beaucoup de cas de maladies épidémiques.

Pour la rougeole et la méningite seulement, ce chiffre basé sur l'enquête de l'IRC est déjà dix fois plus élevé que celui enregistré dans les centres de santé pour toutes les épidémies. Même si ces calculs restent approximatifs, ils démontrent de façon dramatique l'ampleur démesurée – et souvent cachée – des épidémies en RDC et le besoin crucial de lutter contre leur propagation dans l'ensemble du pays.

DIFFICULTÉS D'ACCÈS

Les différences entre les statistiques relevées par les structures de santé et les échantillons de l'IRC, en particulier l'augmentation du taux de la mortalité dans les parties au centre du pays, illustrent un problème majeur de toute action humanitaire en RDC : la difficulté de l'accessibilité. Les services et acteurs de santé font face aux réalités d'un pays aux espaces immenses et infrastructures minimales, où beaucoup de villages n'apparaissent sur aucune carte. Dans de grandes parties du pays, les structures de santé ne couvrent qu'une partie du territoire et de la population.



Les services et acteurs de santé font face aux réalités d'un pays aux espaces immenses et infrastructures minimales,

Tandis que dans les provinces à l'Est l'accès humanitaire s'est sensiblement amélioré, beaucoup de zones dans les forêts du Centre et de l'Ouest restent des véritables zones blanches sur la carte d'informations épidémiologiques. Malgré une légère amélioration de l'accès, il existe dans ces régions, selon toute probabilité, des foyers d'épidémies encore inconnus et des flambées d'épidémies qui passent à l'insu des acteurs humanitaires. En termes de santé, la RDC est partagée en deux parties : tandis que la première est couverte par un système de santé défectueux, la deuxième, dont personne ne connaît exactement la dimension, vit sans services de santé aucun.

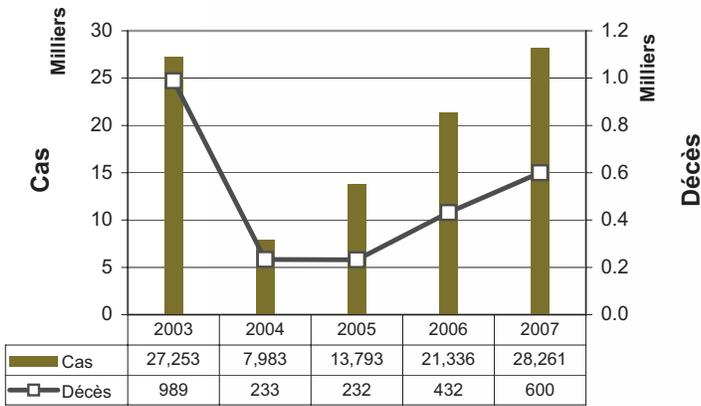
CRISE SANITAIRE CATASTROPHIQUE

Par définition, la lutte contre les épidémies nécessite une bonne coordination et des ressources adéquates, aussi bien pour la surveillance, la prévention et l'investissement nécessaire dans l'assainissement et l'accès à l'eau potable, que lors de la réponse à une flambée aiguë.

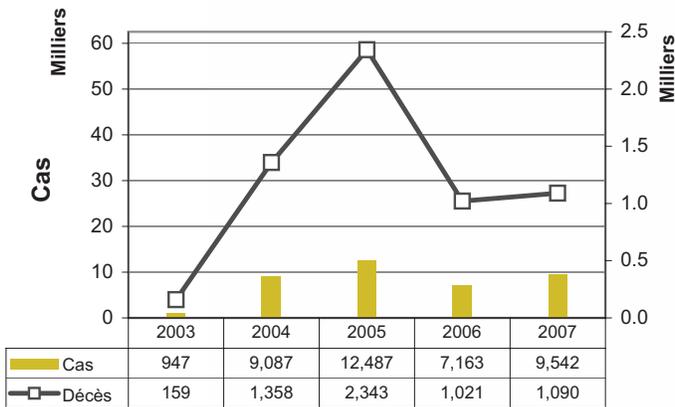
Le système de santé de la RDC étant extrêmement affaibli à tous les niveaux, les infrastructures ont été ébranlées ou détruites pendant des années de conflits armés et beaucoup de personnel qualifié a pris la fuite. Les structures existantes disposent à peine des capacités nécessaires pour assurer la prise en charge de la population en temps normal. La flambée d'une épidémie aiguë, résultant dans une augmentation exponentielle des cas et des exigences hygiéniques supplémentaires, dépasse de loin leurs ressources et capacités.

Même dans des régions où l'infrastructure et la situation sécuritaire permettent l'accès, une bonne partie de la population ne consulte plus les faibles services existants pour des raisons économiques, géographiques ou culturelles. En effet, beaucoup n'ont pas les moyens de payer le transport et les soins de santé primaires. D'autres ont simplement perdu confiance dans les centres de santé ou s'en remettent à la médecine traditionnelle. En conséquence, la perte de revenus directs affaiblit encore davantage les centres de santé locaux. Un cercle vicieux qui risque de détruire le peu qui reste.

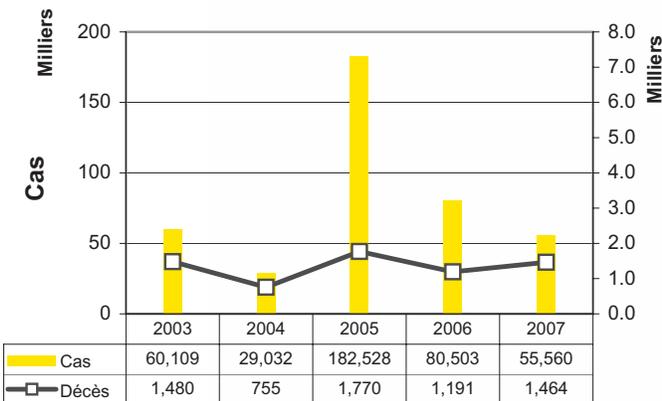
Evolution du nombre de cas et décès de Cholera (2003 - 2007)



Evolution du nombre de cas et décès de Meningite (2003 - 2007)



Evolution du nombre de cas et décès de Rougeole (2003 - 2007)



Source: Direction de la lutte contre la maladie, Ministère de la Santé Publique, Rapport épidémiologique des maladies à potentiel épidémique en R.D. Congo 2007

SYSTÈME D'ALERTE EN CONSTRUCTION

La lutte contre une flambée d'épidémie est tout d'abord une course contre le temps. Une sonnette d'alarme tirée à temps diminue les délais de réaction après la manifestation des premiers cas et assure une riposte plus rapide et adéquate après la confirmation de l'épidémie. Bien que l'installation d'un système efficace d'alerte précoce représente un défi énorme, elle est la condition sine qua non pour la réussite de la lutte contre les épidémies.

C'est pourquoi, en 2000, avec le soutien de l'OMS, le Ministère de la Santé a commencé la mise en œuvre d'un système de surveillance intégrée, afin de permettre la communication rapide des informations obtenues dans les centres de santé du pays. Sur la base de définitions de symptômes, les centres de santé et hôpitaux de référence diagnostiquent et enregistrent les cas suspects et les décès pour toutes les maladies à potentiel épidémique. Une fois par semaine, le total des cas est communiqué aux structures de santé supérieures. Les données sont rassemblées et confirmées par des analyses biomédicales au niveau provincial et national. Au cas d'une épidémie confirmée, la Direction de lutte contre la maladie déclenche la riposte et les acteurs humanitaires se rendent sur le terrain.

PROBLÈMES DE SURVEILLANCE

En pratique, l'isolement géographique de beaucoup d'aires de santé, l'état désastreux des structures sanitaires sur place, et le manque quasi total de moyens de transport dans beaucoup de régions posent des obstacles énormes pour la collecte des données et la communication subséquente des informations. Le personnel sanitaire dans les villages, responsable de la première évaluation des maladies et de la collecte des données, n'est pas toujours suffisamment qualifié pour reconnaître les maladies à potentiel épidémique et, à la longue, manque de motivation à cause des salaires médiocres, payés de façon très sporadique.

Beaucoup de zones de santé ne disposent d'aucun moyen de communication viable

En principe, les informations sur une épidémie potentielle ne sont détectés par le système de surveillance qu'à partir du moment où les malades consultent les centres de santé. Toutefois, il faut prendre en compte que, pour des raisons citées précédemment, la majorité des malades ne consultent pas les structures médicales. La moyenne nationale du taux de fréquentation des aires et centres de santé très basse (environ 20% selon une estimation de l'OMS) donne une indication de la fréquentation infime dans les coins les plus isolés de la RDC.



Pour contrer ce problème, les zones de santé organisent la surveillance à base communautaire. Les informations recueillies par les relais communautaires avec des moyens bien que très simples, s'avèrent un outil indispensable d'alerte précoce. Pourtant, étant donné la pauvreté extrême dans beaucoup de communautés, il est souvent difficile d'engager des relais à titre bénévole.

COMMUNICATION DIFFICILE

La communication des informations recueillies pose un autre problème. Beaucoup de zones de santé ne disposent d'aucun moyen de communication viable et sont très éloignés du prochain centre de santé de référence, avec de longues marches à travers la forêt ou des voyages en pirogues de plusieurs jours. En conséquence, les informations obtenues à ce premier niveau de collecte arrivent souvent incomplètes, avec du retard ou même pas du tout. Selon l'OMS, une moyenne seule deux sur trois zones de santé ont pu compléter un rapport hebdomadaire en 2007 (voir aussi l'exemple de l'Equateur, page 14). Ainsi d'autres outils de détection doivent compléter le système de surveillance. Grâce à la sensibilisation continue du personnel sanitaire et de la population, en particulier pendant la riposte à une épidémie, les acteurs principaux peuvent créer un réseau d'alerte informel. Selon MSF- Belgique, le bouche-à-oreille ainsi que les médias locaux donnent souvent des premiers indices pour une épidémie. Ainsi, la riposte à l'épidémie d'Ebola dans le Kasaï Occidental en 2007 a été incitée plusieurs mois après l'apparition des premiers cas par des rapports dans les médias locaux.

LA RIPOSTE À L'HEURE

Le premier défi pour la lutte contre les épidémies consiste à surmonter les obstacles relatifs à l'espace, aux capacités de surveillance, et à la communication. Quand les acteurs détectent et répondent à une épidémie sans délai, la riposte aboutit souvent à des bons succès (voir les exemples de la peste, page 11, et de l'Ebola, page 20).

Principalement, la riposte à une épidémie est organisée par le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'OMS, à travers une cellule de crise qui regroupe tous les partenaires de la santé. Pour augmenter l'efficacité et la rapidité de la riposte, neuf provinces sur 11 disposent aujourd'hui d'une équipe de réponse rapide (ERR), comprenant un épidémiologiste, un hygiéniste, et des spécialistes sanitaire, d'infectiologie, et de mobilisation sociale. En cas d'une épidémie confirmée, cette équipe se rend sur le terrain avec les partenaires pour coordonner la réponse et appuyer les ressources et mécanismes au niveau local, généralement très limités.

Pourtant, étant donné les défis infrastructurels et sanitaires en RDC et en attendant un renforcement ultérieur de la capacité d'analyse et d'intervention du système de santé, les moyens supplémentaires – logistiques, financiers et humains – des partenaires humanitaires demeurent indispensables pour répondre rapidement à une épidémie (voir l'exemple du PUC, page 13)

L'ampleur de la crise sanitaire en RDC exigera des réponses humanitaires encore pendant des années.

DURABILITÉ DES RÉPONSES

Des progrès dans la lutte contre les épidémies dépendront de plusieurs facteurs cruciaux. La réhabilitation et le renforcement du système de santé permettra une meilleure prise en charge et l'amélioration du système d'alerte. Parallèlement, le potentiel épidémique de beaucoup de maladies pourra être sensiblement réduit ou même éliminé avec des mesures préventives adéquates, incluant une bonne couverture vaccinale, l'amélioration de l'accès à l'eau potable, et des villages et villes assainis (voir les exemples de la polio, page 10, et du choléra à Goma et à Moba, page 15).

L'ampleur de la crise sanitaire en RDC exigera des réponses humanitaires encore pendant des années. Mais à la longue, sans une infrastructure sanitaire renouvelée par un gouvernement responsable, les acteurs humanitaires resteront trop souvent obligés de réagir aux crises aiguës et dans des structures parallèles de l'Etat.

La responsabilisation des autorités, une bonne gouvernance et gestion financière sont les bases indispensables pour établir des structures sanitaires durables, assurant le contrôle et la prise en charge des épidémies en fonctionnant indépendamment des interventions humanitaires. Ainsi, les défis de la lutte contre les épidémies font preuve de la nécessité de lier étroitement l'action humanitaire et l'aide au développement durable.

Ivo Brandau
Chargé d'Information
OCHA Kinshasa

Sources : Direction de la lutte contre la maladie du Ministère de la Santé, OMS, UNICEF, IRC, MSF-B, USAID/OFDA



CENTRE



APERÇU SUR LES ÉPIDÉMIES EN RD CONGO EN 2007

La lutte contre les épidémies se réalise dans le cadre de la surveillance épidémiologique des maladies dont les objectifs sont les suivants :

- La détection précoce des épisodes épidémiques des maladies à potentiel épidémique pour une riposte rapide;
- L'évaluation de l'efficacité des mesures de lutte mises en place pour l'endiguement des épidémies;
- Le suivi des tendances des maladies à potentiel épidémique;
- La certification de l'arrêt de transmission des certaines maladies notamment le poliovirus sauvage et la dracunculose.

Pour atteindre ces objectifs, le Ministère de la santé avec l'appui financier et technique de l'OMS a organisé, en 2007, une série de formations des équipes d'intervention rapide à travers toutes les provinces qui a abouti au développement d'un plan de préparation et réponse aux épidémies pour chaque province. Actuellement, le système de surveillance intégrée fonctionne en s'appuyant sur le système de surveillance épidémiologique des paralysies flasques aiguës (PFA) mis en place par l'OMS et qui couvre l'ensemble du territoire national. Les données proviennent essentiellement des centres de santé où consultent les membres de la communauté. A côté des données produites par le système de surveillance intégrée, il y a également des données produites par le système de surveillances spécifiques (informations détaillées qui sont disponibles dans les programmes spécialisés du Ministère de la santé).

Au cours de l'année 2007, 188 sur 515 Zones de Santé du la RDC ont connu des flambées épidémiques (voir carte page 22). Les maladies en cause sont: le choléra, la méningite, le poliovirus sauvage, la rougeole, la FHV, la peste, la fièvre typhoïde.

Ces épidémies ont été, pour la plupart, confirmées au laboratoire national et collaborateur de l'OMS et prise en charge par les équipes du ministère de la santé publique avec l'appui technique et financier de l'OMS.

Le **choléra** évolue de façon endémique dans les provinces de l'Est du pays avec des flambées épidémiques par moment. En 2007, 27. 562 cas et 496 décès ont été notifiés essentiellement dans l'Est du pays. Le cas de choléra signalé dans la ville de Kinshasa est un cas importé de Brazzaville.



Figure 2 : Zones de santé ayant enregistré l'épidémie de choléra en RD Congo en 2007

La **méningite** est régulièrement notifiée en RD Congo dans les zones de santé de toutes les provinces du pays. Au cours de l'année 2007, 9 565 cas de méningite ont été enregistrés avec 1 963 décès, soit un taux de létalité de 11, 9%.

Malheureusement, Tous ces cas ne sont pas confirmés au laboratoire. Ce qui fait croire à l'existence de cas de méningite non épidémique dans le pays



Figure 3 : Zones de santé ayant enregistré l'épidémie de méningite en RD Congo en 2007

Poliomyélite : L'année 2007 a connu une recrudescence des cas de polio virus sauvage. La répartition géographique de cette maladie montre que la distribution suit le long du fleuve Congo avec une concentration des cas au niveau des Zones de Santé de Kiri, dans la province de Bandundu, Mbandaka et Boende pour la province de l'Equateur et Basoko, Yahuma dans la Province Orientale. Au total, 41 cas de poliovirus sauvage (PVS) ont été notifiés en RDC en 2007.

Rougeole : Au cours de cette année, des épidémies de rougeole ont frappé surtout les provinces de l'Est de la RD Congo. Un total de 46 901 cas et 1150 décès a été enregistré, soit une létalité de 2,45%.

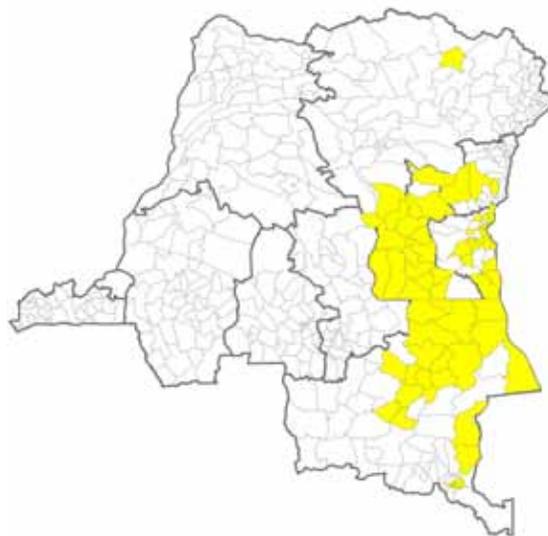


Figure 4 : Zones de santé ayant enregistré l'épidémie de rougeole en RD Congo en 2007

La **fièvre hémorragique virale** reste une maladie pour laquelle il faut renforcer la surveillance en RDC. En 2007, une épidémie de FHV a touché les zones de santé de Mweka, Bulape et Luebo. 264 cas avec 187 décès ont été enregistrés, soit un taux de létalité de 71%.

La **peste** n'a été observée que dans les zones de santé de la Province Orientale, surtout dans le district sanitaire de l'Ituri. Des cas ont été signalés dans la zone de santé de Wamba et plus précisément dans l'aire de santé de Bole Bole. En 2007, 1008 cas et 55 décès ont été notifiés dans cette province.

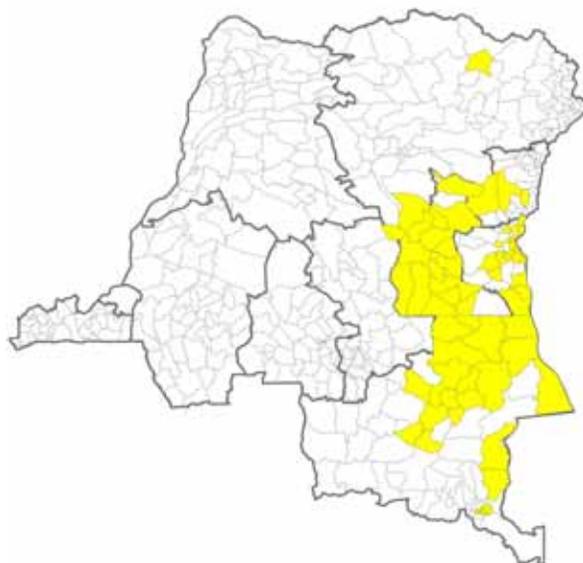


Figure 5 : Zones de santé ayant enregistré l'épidémie de la peste en RD Congo en 2007

Dr Florent Ekwanzala Mosiana
DPC, OMS/RDC

Cet article a également été publié dans le Bulletin mensuel de l'OMS en RD Congo, N° 14 - Mai 2008

LA PESTE DEMEURE UNE PRÉOCCUPATION EN ITURI



La peste est une maladie qui sévit en Ituri, au nord-est de la République Démocratique du Congo, notamment dans certaines parties des territoires de Djugu, Aru et Mahagi. « En 2005, 2 500 cas ont été enregistrés à travers le monde et la RDC seule en a compté 1 050 », explique le Dr. Jean-Christophe Shako Lomani, Directeur de laboratoire de l'hôpital général de référence à Bunia.

En 2007, un total de 649 cas dont 8 décès a été enregistré pour toute l'année, alors que le premier trimestre 2008 à lui seul a enregistré 409 cas dont 14 décès. Ces

C'est dans cet objectif que deux projets respectivement de 213 000 \$ et 357 835 \$, ont été soumis et financés par le Pooled Fund à travers l'OMS/Pool de Bunia et Malteser pour l'année 2007. Ces fonds ont contribué à la lutte contre l'épidémie par l'achat du matériel de pulvérisation et de protection du personnel, l'achat de produits pour la désinsectisation, le transport du matériel, la sensibilisation à travers les messages éducatifs (émissions radio, banderoles, dépliants), et par la formation du personnel soignant, des membres de la Croix-Rouge (pour la protection des funérailles) et des relais communautaires pour la détection des cas dans la communauté.

«La lutte contre la peste demeure un défi important dans la phase post-conflit en Ituri »

données indiquent qu'en 2008 le taux d'infection continue à augmenter sensiblement par rapport à 2007.

«La lutte contre la peste demeure un défi important dans la phase post-conflit en Ituri qui continue à enregistrer une recrudescence de la maladie même s'il y a moins de décès à cause de la mise à disposition des programmes de sensibilisations, prévention et de prise en charge », observe le Dr. Jean-Pierre Nembunzu, Médecin Epidémiologiste du District Sanitaire d'OMS à Bunia.

« J'ai été dans le coma pendant trois jours quand on m'a emmenée au centre de santé de Mahagi Mission géré par Malteser. J'avais une forte fièvre, des maux de tête, je toussais et je crachais du sang. Sans l'intervention à temps de Malteser, j'aurais laissé mon mari avec tous les 10 enfants », relate Mama Marie Lotsove âgée de 52 ans, une victime de la peste.



Ainsi, il y a eu une formation de 4 jours des formateurs des cadres des bureaux centraux des zones de santé ciblées de Bunia, Boga, Nyakunde, Niji, Tchomia, Bambu mines, Drodro, Fataki, Kilo, Jiba et Mongbwalu. Entre le 11 février 2007 et la fin mars 2008, environ 530 infirmiers ont été formés sur l'épidémiologie de la maladie, la définition des cas, la prise en charge du patient suspecté

Après trois jours de traitement, mes ganglions ont dégonflé et j'ai regagné ma vie et ma dignité

d'être atteint de la peste et la notification aux autorités. De plus, 800 relais communautaires et 350 volontaires de la Croix-Rouge attendent leur formation dès que les fonds seront débloqués par le bureau OMS de Kinshasa.

Micheline Mugavu une écolière âgée de 16 ans du village

de Wanyale (territoire de Djugu) n'aurait pas pu raconter son traumatisme n'eût été son évacuation à temps à l'hôpital de Rethy où elle a été prise en charge gratuitement, suite à une attaque de la peste bubonique. « Pendant deux jours, j'ai eu mal à la tête et au cou avec une forte fièvre. Croyant que c'était la malaria, mon père m'a donné des comprimés de quinine et de paracétamol, mais quand mes ganglions ont commencé à gonfler, nous sommes allés voir l'infirmier du centre de santé qui a dit à mon père qu'il fallait m'évacuer à Rethy immédiatement. Après trois jours de traitement, mes ganglions ont dégonflé et j'ai regagné ma vie et ma dignité, » dit Micheline qui habite actuellement à Bunia chez sa tante.

« La lutte contre la peste est un combat à gagner à tout prix et l'avenir me semble brillant surtout maintenant que l'espace humanitaire continue à s'agrandir avec l'amélioration de la situation sécuritaire », conclu Dr. Jean-Pierre Nembunzu de l'OMS à Bunia.

Idrissa Conteh
Chargé de l'Information
OCHA Bunia





LE POOL D'URGENCE CONGO/MSF

Le Pool d'Urgence Congo – ou 'PUC' – de Médecins sans Frontières-Belgique a été créé en 1995. Il intervient médicalement sur toute l'étendue de la République démocratique du Congo (RDC). Son objectif est de réduire la mortalité et la morbidité liées aux urgences médicales, par leur détection précoce et leur prise en charge. Ses équipes sont composées de médecins, d'infirmiers et de logisticiens congolais et expatriés. Elles sont prêtes à intervenir à tout moment, grâce au système de surveillance en place dans trois antennes localisées à Kinshasa, Kisangani et Lubumbashi, et grâce à son Equipe Mobile d'Intervention (EMI).

Le PUC aide à prendre en charge les victimes d'épidémies, de malnutrition, de catastrophes naturelles ou de déplacements de population en assurant une surveillance accrue aux alertes, une réactivité d'investigation et une intervention rapide et appropriée.

Divers outils de surveillance sont utilisés quotidiennement par les équipes des trois antennes: appels proactifs aux autorités sanitaires et autres contacts, tels des organisations non gouvernementales (ONG), des missionnaires, etc. Il y a également des appels aléatoires, en fonction des données MAPEPI (maladies à potentiel épidémiologique) que le PUC reçoit des inspections provinciales de la santé (IPS). Lorsque ces données sont critiques, les équipes cherchent en effet à entrer en contact avec les zones problématiques. Les contacts se font par téléphone et par radio VHF, mais l'ensemble du pays est loin d'être couvert.

Lorsqu'une alerte est confirmée, une équipe d'évaluation se rend sur le terrain, et la décision d'intervenir ou pas se prend dans les 7 à 10 jours. Si l'alerte est confirmée sur place, l'équipe d'intervention mobile entre alors en scène. Elle a la capacité d'être prête à agir dans un délai maximum de trois jours.

Les équipes MSF investiguent et répondent en moyenne à six alertes par mois. Les deux premières pathologies prises en charge par le PUC sont les épidémies de rougeole et de choléra. La principale problématique qui touche les populations congolaises demeure l'inaccessibilité de nombreuses zones.

Dans ce contexte, le PUC constitue l'un des rares acteurs humanitaires ayant les moyens et la capacité d'accéder à ces populations, dans un pays où le système sanitaire est catastrophique.

Les équipes MSF investiguent et répondent en moyenne à six alertes par mois

Au cours des 12 derniers mois, le PUC a répondu à de multiples épidémies, notamment de rougeole, de choléra, de fièvre typhoïde et d'Ebola. Dans la province du Katanga, entre janvier et avril 2008, les équipes du PUC ont pris en charge 4 691 patients souffrant du choléra, dans trois centres de traitement du choléra (CTC) organisés à cet effet. D'octobre à décembre 2007, le PUC est intervenu dans le Kasai Occidental auprès des populations congolaises refoulées d'Angola et victimes de violences systématiques, en particulier auprès des victimes de viols.

Par Pascale Zintzen
Chargée de communication
Médecins Sans Frontières - RD Congo

SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DÉTECTION PRÉCOCE PROVINCE DE L'ÉQUATEUR



Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, Médecins sans Frontières-Belgique contacte de manière régulière les différentes structures du Ministère de la Santé. Il espère par le biais de ces contacts rapprochés détecter de manière précoce des alertes. Ces contacts passent par différents échelons, de l'Inspection Provinciale de la Santé aux zones de santé en passant par les districts de santé.

Mais face à la théorie idéale du circuit d'informations entre les

Quatre districts entiers - ce qui correspond à 27 zones de santé - sont restés muets depuis le début de l'année

zones de santé et les équipes de MSF, MSF il existe une toute autre réalité. Par exemple, sur les 69 zones de santé que couvre la province de l'Équateur seulement 20 sont joignables par téléphone. Quand en est-il donc des transmissions rapides des données lorsque des seuils d'alerte pour des maladies à potentielles épidémiques sont atteints ?

Quatre districts entiers - ce qui correspond à 27 zones de santé - sont restés muets depuis le début de l'année en termes de transmission des données épidémiologiques. Les zones de santé de ces districts sont totalement enclavées. Les problèmes et les raisons en sont divers : mauvais état des routes, pas de réseau de téléphone mobile, problème d'entretien des phonies et aucune allocation de moyens supplémentaires pour faire face à ces problèmes.

Dans quelques jours, l'antenne PUC de Kinshasa sera dotée d'une phonie, dans le but d'atteindre certaines de ces zones dites "muettes".

Y-a-t-il eu des épidémies au niveau de ces quatre districts ? Si tel est le cas, ces zones de santé ont-elles su faire face à une augmentation anormale du nombre de cas pour



une pathologie donnée ? Qu'en est-il du nombre de décès au niveau de la population totale et pour la population plus vulnérable, comme les enfants de moins de cinq ans ?

Nous constatons aussi que le personnel de la santé est peu sensibilisé à la détection précoce des alertes et n'est pas en possession de tout le matériel nécessaire pour une bonne récolte des données. Très peu de structures utilisent des seuils d'alerte et épidémiques permettant de tirer les sonnettes d'alarme à temps !

L'Équateur reste donc une province où les épidémies font peut-être de nombreuses victimes sans que MSF et les autres acteurs en soient informés et puissent rapidement intervenir.

Par Pascale Zintzen
Chargée de communication
Médecins Sans Frontières - RD Congo

LA PRÉVALENCE DU TAUX DE CHOLÉRA DIMINUE DANS LA VILLE DE GOMA

Depuis plusieurs années la ville de Goma, où le choléra est considéré comme endémique, connaît de manière fluctuante des taux de choléra alarmants. Cette situation s'est détériorée ces derniers mois avec l'arrivée d'environ 50 000 déplacés. Une des principales causes du choléra dans la ville provient du manque d'eau potable. Aujourd'hui seuls 13% (principalement concentrés dans la partie est de la ville) de quelque 500 000 habitants de Goma bénéficient de l'eau potable.

Le projet compte fournir de l'eau potable à 100 000 habitants de Ndosho et Kyeshero

Kyeshero et Ndosho sont deux quartiers populaires à l'ouest de la ville qui ont été les plus touchés par les dernières épidémies de choléra dans la ville de Goma. Une grande partie des habitants achètent actuellement l'eau à 100FC les 20l. Cette eau, puisée dans le lac grâce à des motos-pompes, comme à la « Plage du Peuple » où des points de chloration la rendent potable, est vendue à 5FC les 20l puis revendue dans les quartiers. Pour la plupart des sinistrés de l'éruption volcanique de janvier 2002 qui avait détruit les habitations de 120 000 personnes, les habitants sont des populations particulièrement vulnérables. À ces victimes s'ajoutent les déplacés qui ont fui les affrontements et exactions des groupes armés.

Le projet « Diminution de la prévalence du taux de choléra dans la ville de Goma », dirigé par l'UNOPS et financé par le Pooled Fund, compte fournir de l'eau potable à 100 000 habitants de Ndosho et Kyeshero, augmentant d'environ 25% et atteindre ainsi un total de 40% de desserte en eau potable la desserte en eau potable.

Commencé en octobre 2007, le projet consiste en la pose de 3,6 km de conduites entre la station de pompage (construite par le CICR) et trois réservoirs (deux existants et un troisième en construction avec une capacité de 500m³) ainsi que 9 km de conduites de distribution d'eau. Une fois les conduites posées, 450m³ d'eau par heure seront débités. La mise en place de 400 robinets publics et de 60 latrines font également partie de ce projet. Les bornes fontaines permettront de faire sensiblement baisser le coût de l'eau. « Il faut que le prix de l'eau soit accessible pour la population vulnérable », rapporte Edgard Musenga Tshibangu, expert national en réhabilitation pour l'UNOPS et chargé du suivi de ce projet.

ervoirs (deux existants et un troisième en construction avec une capacité de 500m³) ainsi que 9 km de conduites de distribution d'eau. Une fois les conduites posées, 450m³ d'eau par heure seront débités. La mise en place de 400 robinets publics et de 60 latrines font également partie de ce projet. Les bornes fontaines permettront de faire sensiblement baisser le coût de l'eau. « Il faut que le prix de l'eau soit accessible pour la population vulnérable », rapporte Edgard Musenga Tshibangu, expert national en réhabilitation pour l'UNOPS et chargé du suivi de ce projet.

Dix écoles et quatre centres de santé bénéficieront de ce réseau de distribution d'eau. Simon Buhesha Kahombo, le Directeur de l'école primaire de Ndosho qui accueille 1 700 élèves attend avec impatience la mise en place du projet UNOPS : « Ce projet est vraiment salubre, non seulement pour l'école, mais également pour l'ensemble du quartier ». Ne possédant aucune arrivée d'eau, l'école enregistre une

« Dans un milieu urbain, les espaces sont beaucoup plus difficiles à négocier que dans un contexte rural ».

moyenne de 15 cas de diarrhées cholériques par mois. Le Directeur déplore la mort de quatre élèves entre la mi-février et le mois de mars 2008 qui, se rendant au bord du lac pour chercher de l'eau pour l'école, se sont fait renverser par des véhicules. Le Directeur demande de mettre en place le projet urgemment : « Il faut faire vite. Nous ne voulons pas enregistrer d'autres cas de décès ».



L'Infirmier Chef du centre de santé Bethsaïda se plaint également du manque d'eau : « Nous devons chaque jour acheter 200l d'eau pour les latrines ». Les cas de choléra ne sont pas pris en charge dans ce centre de santé mais sont directement transférés au centre de santé de Kyeshero qui accueille en moyenne 8 cas par semaine. L'Infirmière Cheffe, Madeleine Matulu, est préoccupée par les lacunes des points de chloration : « Les agents qui s'occupent de la chloration



de l'eau au bord du lac travaillent de 8h à 16h30. Mais les gens viennent puiser de l'eau dès 5h30 jusqu'à 18h. D'où le nombre encore important des maladies de type cholérique ».

Le projet devrait s'accélérer dans les prochaines semaines. Edgard Musenga Tshibangu souligne la difficulté de mettre en place un projet urbain : « Dans un milieu urbain, les espaces sont beaucoup plus difficiles à négocier que dans un contexte rural. L'Etat doit rendre le terrain disponible, le service cadastre doit s'impliquer, la Regideso doit être consultée. Dans un contexte rural, le Chef du village donne son autorisation, c'est tout ».

Avec 553 cas enregistrés en 2007, soit une réduction de 83% par rapport à 2006, les deux zones de santé de la ville de Goma ont déjà connu une très nette amélioration de la situation du choléra. Grâce aux différents projets de traitement de l'eau et la mise en place du projet UNOPS, le taux de choléra devrait, sans aucun doute, encore baisser en 2008.

Caroline Draveny
Chargée d'Information
OCHA Goma



LA PARTICIPATION DE LA POPULATION DANS LA PRÉVENTION – LE CHOLÉRA À MOBA

La réussite des opérations de prévention et de surveillance contre l'épidémie du choléra dépend largement du degré de mobilisation de la population qui doit adopter des mesures et changer de comportement. Dr Chryso Mbuyu wa Dibwe, Médecin directeur de l'hôpital général de référence de Moba, explique que « les personnes sensibilisées sur la prévention du choléra sont souvent réceptives du message transmis et prêtes à changer leur comportement ».

C'est pourquoi la zone de santé de Moba a formé des relais communautaires volontaires, agissant d'interfaces entre la population et les professionnels de santé. Pendant des séances de sensibilisation d'environ vingt minutes, les relais communautaires sensibilisent la population

sur les modes de transmission du choléra, les symptômes et les précautions à prendre contre la propagation de la maladie dans la communauté. Quelques notions simples d'hygiène personnelle

sont aussi transmises à la population, telles que le lavage des mains avec du savon. Se déroulant en Swahili, la séance est accompagnée de supports tels que mégaphone, affiches et dépliants afin d'assurer une bonne transmission du message à toutes les catégories sociales (hommes, femmes et enfants).

Afin de s'assurer qu'au moins un membre de chaque ménage de la communauté a été sensibilisé, le chef du quartier ou du village établit une liste de présences au cours des séances de sensibilisation. Pendant une situation d'urgence d'épidémie de choléra la sensibilisation se fait au moins deux fois par jour et une fois par mois quand l'urgence est passée.

« les personnes sensibilisées sur la prévention du choléra sont souvent réceptives du message transmis et prêtes à changer leur comportement ».

Pour une large diffusion, aussi dans les zones difficilement accessibles, des messages radio, des calicots et des scènes de théâtres dans des écoles sont utilisés.

D'après le Médecin directeur de l'hôpital général de référence de Moba, l'impact des activités de sensibilisation et l'adoption des mesures préventives contre le choléra par la communauté sont très encourageants. Le taux de mortalité lié au choléra ainsi que le nombre de nouvelles infections liées aux pratiques d'hygiène sont nettement en baisse.

Toutefois, le niveau de vie socio-économique de la population demeure un grand défi pour l'accès à l'eau potable, au savon et à un environnement assaini. La durabilité de

l'adoption des mesures de prévention du choléra par la population est tributaire de cette situation. Les interventions humanitaires en matière d'eau et assainissement ont certes améliorés la condition de vie dans certaines zones, mais beaucoup reste encore à faire pour tout l'ensemble de la population du district de Tanganyika.

D'après le médecin épidémiologiste de l'OMS, Dr Lukewessa, « l'amélioration des conditions socioéconomiques des populations et la diminution des facteurs de risques auxquels elles sont exposées nécessitent un grand effort du Gouvernement et des gros investissements ». Pour le moment, les risques de l'épidémie de choléra restent élevés dans la zone de santé de Moba.

Abeshaw Tadesse
Chargé de l'Information
OCHA Lubumbashi

ÉPIDÉMIES DE ROUGEOLE ET DE CHOLÉRA DANS LE DISTRICT DU TANGANYIKA



Au cours de l'année 2007, le profil épidémiologique du district du Tanganyika a connu d'importants changements avec l'apparition de nouveaux foyers d'épidémies de choléra dans les zones de santé restées longtemps silencieuses (Nyunzu, Ankoro et Kiambi) et la généralisation d'épidémie de rougeole sur les onze zones de santé.

Le choléra a un caractère endémo-épidémique dans les zones situées au bord du lac Tanganyika (Niemba, Kalemie et Moba essentiellement). A cela s'ajoutent les afflux récurrents des populations surtout vers les nouvelles carrières minières qui ont été ouvertes à Kisengo (territoire de Nyunzu) et Mayi Baridi (territoire de Kalemie). Ces carrières réunissent toutes les conditions de risque pouvant mener à des flambées épidémiques : la forte concentration de la population, l'inaccessibilité aux services de santé et à l'eau potable, l'absence des latrines et la précarité des abris.

Pour l'année 2007, l'épidémie de choléra a fait 5 396 cas dont 72 décès, soit un taux de létalité de 1,33%. D'une façon générale, toutes ces onze zones santé ont enregistré des cas de choléra, même la zone de santé de Kiambi qui a connu une accalmie de 5 ans. Les territoires de Kalemie (zones de santé de Kalemie et de Niemba) et de Moba (zones de santé de Moba et de Kansimba) situées au bord du lac Tanganyika sont les plus frappées

par cette maladie avec un total de 745 cas rapportés (Kalemie 60% et Moba 14%)

La réponse de Médecins sans Frontières-France à l'épidémie de choléra a consisté au pré positionnement d'intrants, à la prise en charge des cas, au soutien au CTC (centre de traitement du choléra) et UTC (unité de traitement du

La rougeole est restée une maladie prédominante chez les moins de 5 ans avec 76% des moins de 5 ans et 28% des plus de 5 ans.

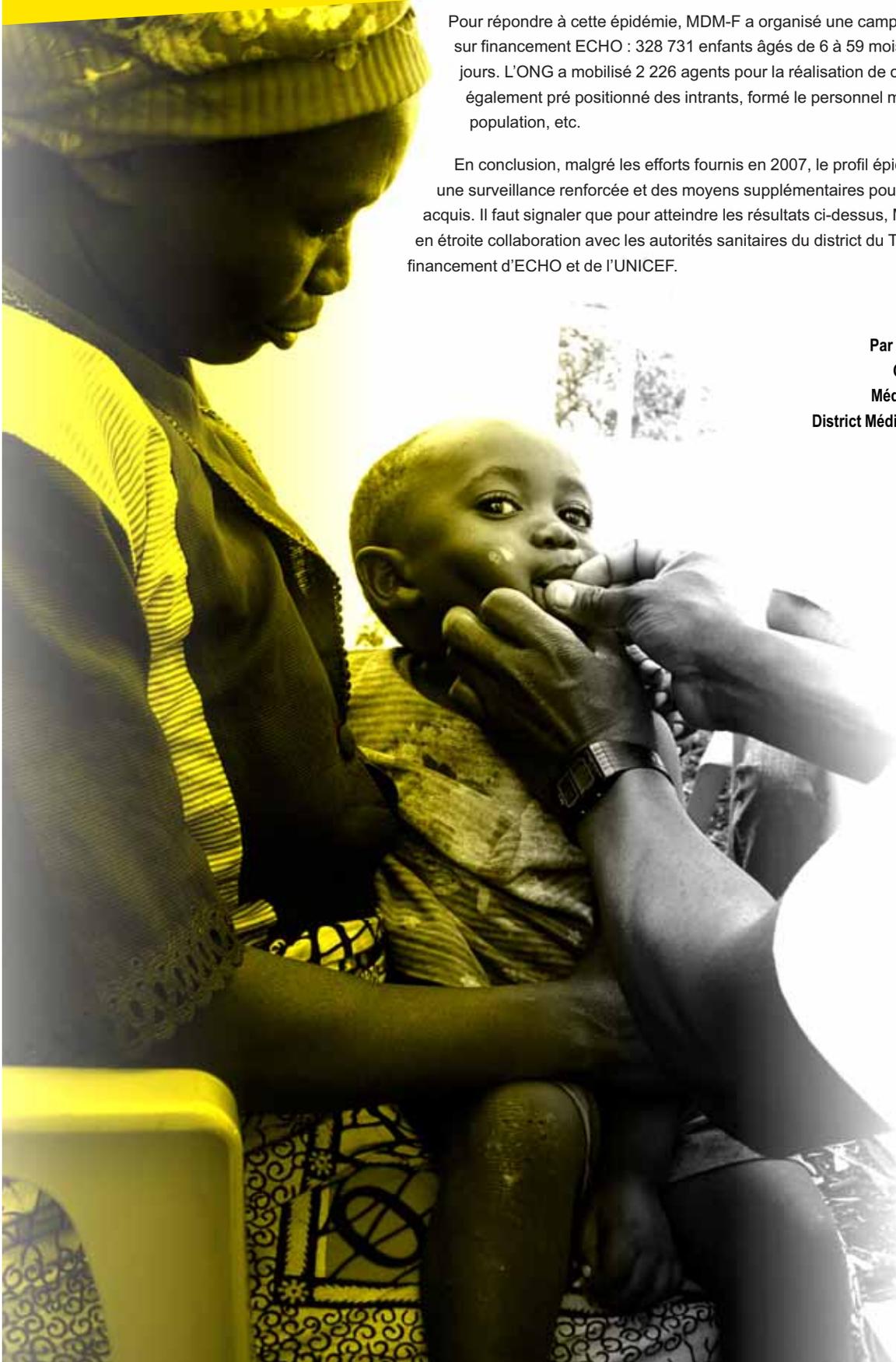
choléra), à la formation des acteurs sur la surveillance épidémiologique (186 infirmiers et 400 relais communautaires formés), à la sensibilisation des populations et à la mise en place de point de chloration d'eau de boisson.

Pour la rougeole, MDM-F a rapporté 11 890 cas en 2007 dont 251 décès, soit un taux de létalité de 2,11%. Pendant cette période, la rougeole est restée une maladie prédominante chez les moins de 5 ans avec 76% des moins de 5 ans et 28% des plus de 5 ans.

Pour répondre à cette épidémie, MDM-F a organisé une campagne de vaccination sur financement ECHO : 328 731 enfants âgés de 6 à 59 mois ont été vaccinés en 7 jours. L'ONG a mobilisé 2 226 agents pour la réalisation de cette campagne. Elle a également pré positionné des intrants, formé le personnel médical et sensibilisé la population, etc.

En conclusion, malgré les efforts fournis en 2007, le profil épidémiologique nécessite une surveillance renforcée et des moyens supplémentaires pour la consolidation des acquis. Il faut signaler que pour atteindre les résultats ci-dessus, MDM-F a travaillé en étroite collaboration avec les autorités sanitaires du district du Tanganyika, avec le financement d'ECHO et de l'UNICEF.

**Par Dr Touré Kalil Hamadoun
Coordinateur Programme
Médecins du Monde - France
District Médical du Tanganyika – RDC**





L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA DANS LE KASAÏ OCCIDENTAL

Le virus Ebola a été identifié pour la première fois en septembre 1976 lorsque deux épidémies ont frappé respectivement les localités de Nzara, dans la province ouest-équatoriale du Soudan, et Yambuku en province de l'Équateur, au nord de l'RDC. C'est de cette dernière localité dont la rivière porte le nom d'Ebola qu'est venu le nom donné au virus de cette meurtrière épidémie.

La RDC demeure un des foyers les plus importants de la maladie. La dernière épidémie d'Ebola en RDC est survenue dans la Zone de Santé (ZS) de Mweka, à 245 km de Kananga, chef-lieu de la province du Kasaï Occidental. La population de cette localité vit dans l'extrême pauvreté avec un très faible accès aux soins de santé.

La riposte à l'épidémie a mobilisé les efforts des acteurs humanitaires nationaux et internationaux, venus du monde entier

Probablement l'épidémie avait déjà commencé en avril 2007, quand la Zone de Santé enregistrait une augmentation de cas de diarrhée fébrile avec une mortalité élevée. Toutefois, les autorités gouvernementales n'en ont été informées que quatre mois plus tard. Plusieurs personnes avaient déjà trouvé la mort quand, en septembre, l'épidémie était confirmée et du personnel médical qualifié arrivait sur le terrain.

La riposte à l'épidémie a mobilisé les efforts des acteurs humanitaires nationaux et internationaux, venus du monde entier pour appuyer le gouvernement dans la lutte contre l'épidémie. Afin d'interrompre la chaîne de transmission, il fallait identifier et isoler tous les cas suspects d'Ebola et suivre toutes les personnes qui étaient en contact avec eux.

Deux laboratoires mobiles de CDC-Atlanta (Etats-Unis) et de Winnipeg (Canada) déployés à Luebo et à Mweka ont permis la confirmation rapide des cas sur le terrain.

Selon l'OMS, à la fin de l'épidémie en octobre le nombre total des cas suspects était de 264, avec 187 décès, dont quatre personnels de santé. Ces chiffres signifieraient un taux de létalité de 71%. Pourtant, étant donné que seulement 76 cas avaient été testés, ce bilan restera approximatif. Sur les 25 cas confirmés, 10 décès ont été rapportés, soit un taux de létalité beaucoup plus faible de 40%. Il est aussi possible qu'un bon nombre des malades aient plutôt été touchés par d'autres épidémies présentes dans la zone.



La réponse tardive à l'épidémie fait preuve des difficultés énormes à établir un système de surveillance efficace dans les zones de santé isolées. Egalement, une meilleure formation du personnel local de santé dans la définition des cas aurait probablement permis une alerte plus précoce. Ces défis structurels mis à part, le chef d'équipe de la coordination technique provinciale pour la riposte contre l'épidémie, Dr Vital Mondonge, estime que la réponse était un succès: "Les choses se sont plutôt bien passées sur le terrain grâce à une bonne collaboration avec les partenaires du ministère de la santé qui nous ont appuyés dans cette lutte."

Claude Kalinga
Reporting Assistant
OCHA Kinshasa
Source : OMS



ENTRETIEN AVEC DOCTEUR VITAL MONDONGE

Le Directeur de la Direction de la lutte contre la maladie du Ministère de la Santé, Docteur Vital Mondonge, médecin de santé publique et épidémiologiste, appelle le gouvernement et les partenaires à renforcer la capacité de la direction de la lutte contre la maladie. Il répond ici à quelques questions d'OCHA sur sa vision pour une réponse adéquate aux épidémies.

OCHA : Quel est l'état des lieux de la lutte contre la maladie en RDC ?

Vital Mondonge (VM): *La lutte contre la maladie est organisée dans un contexte où le système de santé est très faible et ne reçoit pas assez de financement de l'Etat. La population est très pauvre et incapable d'accéder aux soins.*

« La lutte contre la maladie est organisée dans un contexte où le système de santé est très faible et ne reçoit pas assez de financement de l'Etat. »

Nous sommes tributaires des financements extérieurs et la plupart des problèmes importants de santé sont gérés de façon verticale par les programmes spécialisés du Ministère de la santé, appuyés chacun souvent par des partenaires. Plusieurs problèmes de santé sont négligés parce que les programmes spécialisés ne bénéficient pas d'une attention particulière, notamment les maladies non transmissibles, bucco-dentaires et les maladies à potentiel épidémique.

Actuellement, la coordination des financements des partenaires et des activités de lutte contre les maladies sur terrain posent des énormes problèmes.

OCHA : Quels sont les défis principaux auxquels fait face la direction de la lutte contre la maladie ?

VM : *La Direction de la lutte contre la maladie pourrait coordonner les activités de lutte menées par les programmes spécialisés et prendre en compte les problèmes de santé qui ne sont pas correctement pris en charge.*

Cependant, nous n'allons pas réussir ce pari sans relever trois défis majeurs : La capacité de la Direction elle-même, la coordination des appuis et de financement des partenaires, et la canalisation et l'augmentation de financement de l'Etat aux activités pour assurer la pérennité des activités.

OCHA : Comment se passe la collaboration avec les partenaires humanitaires ?

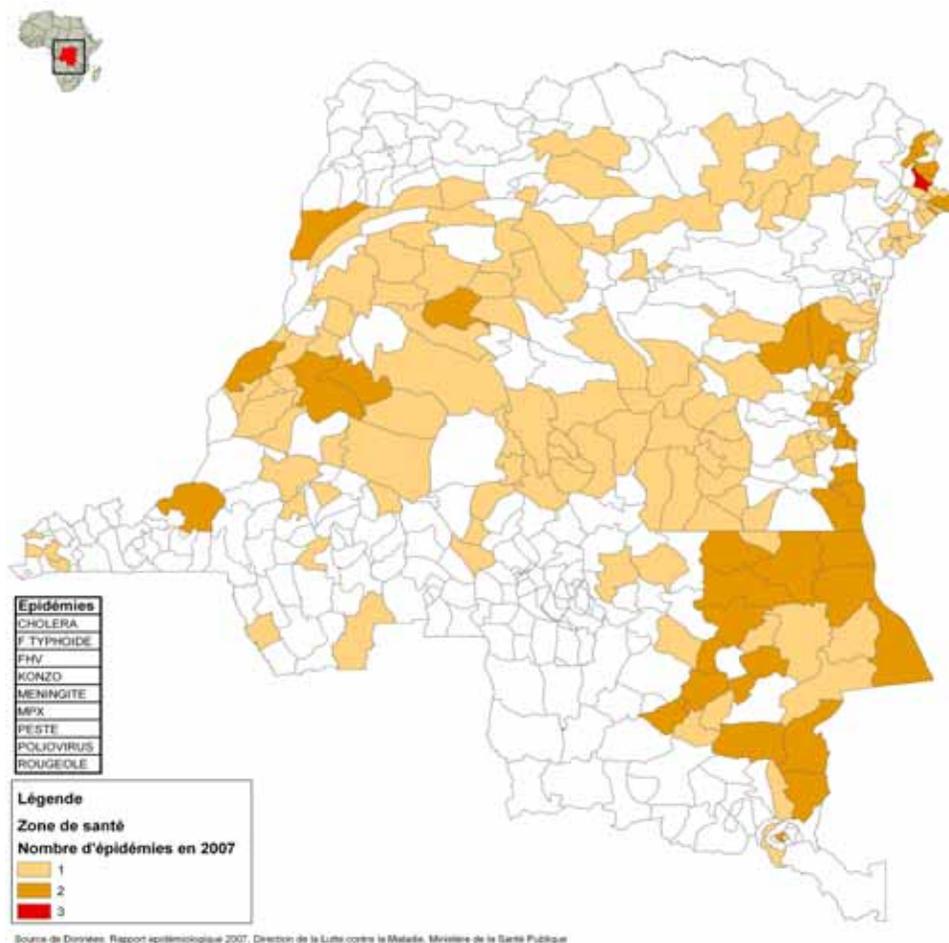
VM : *Les partenaires humanitaires apportent souvent une contribution significative dans la gestion et le contrôle des épidémies. Cependant leurs interventions apparaissent ponctuelles et ne répondent pas au besoin d'un plan de préparation et de réponse qui doit être écrit au préalable par le ministère de la santé en collaboration avec tous les partenaires intéressés. La conséquence est que les interventions viennent en retard et parfois il se pose les problèmes des adéquations de certaines interventions et la coordination sur terrain. Plusieurs fois des partenaires ont voulu faire la même chose sur le même terrain.*

OCHA : Comment peut-on améliorer la planification stratégique de la lutte contre les épidémies ?

VM : *D'abord il faut donner la capacité à la direction de la lutte contre la maladie pour appuyer l'élaboration des plans de préparations et de réponses aux épidémies au niveau de chaque province et faire adopter ces différents plans par les autorités provinciales, partenaires et les forces vives. Puis il faut obtenir le financement de ces différents plans par les autorités locales et les partenaires et la disponibilité des fonds d'urgence et le stock d'urgence. Il faut également indiquer le mécanisme de gestion et désigner le gestionnaire, à défaut du mieux l'OMS peut jouer ce rôle.*

A l'issue des plans provinciaux le niveau central peut également élaborer un plan d'appui aux provinces pour la gestion des épidémies. Enfin il y a lieu que la loi sur la gestion des urgences soit indiquée et vulgarisée, actuellement on ne sait pas quelle loi régit les urgences en RDC. Cette loi est nécessaire pour permettre d'établir la démarcation entre les différents ministères du gouvernement dans les urgences et indiquer la responsabilité de chacun: Affaires sociales, Ministère de l'intérieur, l'armée ...

ZONES DE SANTÉ AYANT CONNUS DES ÉPIDÉMIES EN 2007



FOCUS HUMANITAIRE est disponible sur www.rdc-humanitaire.net

FOCUS HUMANITAIRE est une publication d'OCHA RDC  Bureau de Coopération des
Offices Humanitaires des
Nations Unies
Partenariat pour l'humanité

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément la position officielle de l'Organisation des Nations Unies.

Pour toute information supplémentaire, veuillez contacter :

Ivo Brandau, Chargé d'Information: brandau@un.org, Tél. : +243 81 51 42 956

Claude E. Kalinga, Reporting Assistant : kalinga@un.org, Tél. : +243 99 889 1491 / 818 124 239

Crédit photos : MSF/Pascale Zintzen/2008/ ; OCHA/Caroline Draveny/2008 ; OCHA/Liliane Ndeze Shuti/2007 ; OCHA/ Jean-Guy Tshimanga/2007 ; OCHA/Sylvestre Ntumba M./2007