



La Missive de l'OMS-Congo

N° 006

Fev - Mars 04



Bulletin électronique du Bureau de la Représentation de l'Organisation mondiale de la Santé au Congo

Dans ce numéro :

Ebola : la troisième épidémie maîtrisée dans des délais acceptables p1

Fiche technique détaillée sur Ebolap4

Expérience vécue dans la gestion d'Ebolap6

L'OMS offre aux personnes handicapées les moyens de réaliser les OMD.....p8

Remise de matériels et aide à la marche à l'ANEPP..p9

Ebola en images p10

Fièvre Hémorragique à Virus Ebola : Le Congo a maîtrisé la troisième épidémie dans des délais acceptables



Equipe d'hygiène en pleine désinfection à Mbandza

La Missive de l'OMS-Congo

Directeur de Publication

Dr Adamou YADA
Représentant de l'OMS/Congo

Comité de lecture

Dr L. NZOUTANI (FHP)
M. J. MOUYOKANI (MPN)
Dr R. AYANGMA (PEV)
Dr N. BIDOUNGA (HIV)
M. J.D.D KONONGO (EHO)

Rédacteur en chef

M. B. BIBOUSSI (HIP)

Mise en page , maquette

M. F. ELENGA (INFO)
M. B. BIBOUSSI (HIP)

Contacts

BP : 2465 Brazzaville Congo
Tel : (242) 63-83-29
Fax : (242) 81-34-47
Email : yada@afro.who.int

Trente-cinq cas, dont vingt-neuf décès, létalité 82,8%, tel a été le bilan de la troisième épidémie de la Fièvre Hémorragique à Virus Ebola, qui a sévi, comme les précédentes, dans le département de la Cuvette Ouest, dans la partie nord du Congo.

La première épidémie de cette maladie émergente au Congo est survenue le 13 décembre 2001. Les premiers cas ont été signalés dans le village d' Olloba, suite à des contacts avec des malades venus d'Ekata au Gabon. Cette épidémie qui a touché les districts de Mbomo et de Kéllé, dans le département de la Cuvette Ouest, s'est poursuivie jusqu'en avril 2002. Au total, 57 cas dont 42 décès dénombrés, létalité 73,7%.

La deuxième épidémie de FHVE, quant à elle, a démarré en décembre 2002 et a pris fin en avril 2003. Les villages de Yembélangoye et de Mvoula dans le district de Kéllé ont été les points de départ de cette seconde épidémie, qui s'est ensuite propagée dans le district de Mbomo. Celle-ci a fait au total 143 cas dont 128 décès, létalité

89,5%.

Déclenchée octobre 2003, dans le village de Mbandza à 18 km de Mbomo, Chef-lieu du district, en , la troisième épidémie d'Ebola a été maîtrisée en janvier 2004. Comme pour les deux premières, cette troisième épidémie a été précédée d'une épizootie qui a touché surtout les primates (singes, gorilles, chimpanzés).

S'il est un fait que toutes les épidémies de FHVE auxquelles le Congo a été confronté, ont été gérées et maîtrisées, l'évidence, selon les experts en la matière, est que la gestion de la troisième épidémie a été plus efficace (maîtrise de l'épidémie en deux mois). Le Dr Adamou Yada, Représentant de l'OMS au Congo a illustré cette évidence dans sa lettre de félicitation adressée au ministre congolais de la santé et de la population en ces termes : « Les districts de Mbomo et de Kéllé dans le département de la Cuvette ouest sont victimes d'épidémie à répétition de Fièvre Hémorragique à virus Ebola depuis 2001. La promptitude et la qualité des actions de gestion menées sur le terrain au cours de cette dernière épidémie ont contribué largement à sa maîtrise dans les délais acceptables... ».

Toujours selon le Dr Yada, « tous les partenaires ayant séjourné à Mbomo s'accordent à reconnaître la grande technicité acquise par les acteurs congolais, cadres du Ministère de la Santé et de la Population et volontaires de la Croix-Rouge, en matière de lutte contre Ebola. Cette équipe a fait preuve d'abnégation et de technicité incontestables ».

Les propos du Dr Alain Moka, ministre de la santé et de la population, affirmant: « nous avons bénéficié des compliments de la communauté internationale dans la gestion de cette épidémie », dans un entretien accordé à l'hebdomadaire « TAM-TAM D'AFRIQUE », ne fait que confirmer à juste titre cette réalité.

Quels sont les facteurs qui ont contribué à la gestion efficace de la troisième épidémie de la Fièvre Hémorragique à virus Ebola au Congo?

Le prépositionnement du matériel de prise en charge de l'épidémie : suite à la fin de la

deuxième épidémie en avril 2003, un stock de matériel de protection et de désinfection a été laissé sur place dans les districts.



Visite à Mbandza point de départ de l'épidémie

L'alerte précoce : suite aux informations reçues des populations du village de Mbandza situé au Nord Ouest du Parc national d'Odzala à 18 kilomètres de Mbomo, sur la mortalité des primates et des cas de diarrhées dans la population humaine, une mission de sensibilisation est envoyée dans le département de la Cuvette Ouest le 20 octobre 2003. Celle-ci est conduite par le Dr Innocent Ossété, Médecin-chef du service d'hygiène de Brazzaville. Soupçonnant une troisième épidémie d'Ebola, l'équipe de sensibilisation contacte le ministère de la santé par phonie à partir de Mbomo le 03 novembre 2003.

Suite à cette alerte, le ministère de la santé saisit le Bureau de l'OMS au Congo, le 4 novembre 2003, pour signaler un total de 7 décès survenus dans une même famille à Mbandza, dont une infirmière. Les premières victimes auraient consommé de la viande de chasse (sanglier), tandis que l'infirmière aurait été contaminé par son fils malade, à qui elle apportait des soins. Le dernier décès fut enregistré le 31 octobre 2003.

Le ministère sollicite donc l'appui de l'OMS/Congo. Un véhicule, du matériel de protection ainsi que des médicaments sont mis à la disposition du ministère.

L'envoi d'une équipe d'intervention rapide

sur le terrain : le 7 novembre 2003, le ministère de la santé dépêche une équipe d'intervention rapide sur le terrain. Celle-ci comprend un infectiologue du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, un épidémiologiste du ministère de la santé, un microbiologiste du Laboratoire national de santé publique de Brazzaville et des agents d'hygiène et d'assainissement du ministère de la santé. L'arrivée de cette équipe permet de procéder aux prélèvements et de confirmer l'épidémie.

La redynamisation du comité national de crise : celui-ci fut convoqué par le ministre de la santé et se réunissait sous la supervision du directeur général de la santé. Un plan de contingence proposé par l'OMS/Congo fut adopté.

La mise en quarantaine de la zone : la zone d'épidémie a été déclarée sinistrée par les autorités nationales et a été placée en quarantaine. Un quadrillage de la zone a été effectué par les éléments des Forces Armées Congolaises.

La mise en place d'un système de surveillance épidémiologique des cas et de leurs contacts : l'équipe nationale opérationnelle sur le terrain fut rejointe et renforcée une semaine après par une équipe mixte OMS/Congo-OMS/AFRO et MSF. Le système de surveillance épidémiologique se consolida et permit de reconstituer l'arbre épidémiologique. L'équipe internationale se vit renforcée par les collègues du siège de l'OMS/Genève. Ainsi se réalisa le principe du « One WHO » qui a été d'un apport considérable dans la gestion et la coordination des activités sur le terrain. Il sied de souligner que des membres de la Croix Rouge Congolaise étaient déjà présents sur le terrain.

La redynamisation du comité local de crise : l'arrivée des équipes sur le terrain permit la redynamisation du comité local de crise placé sous l'autorité du Sous-Préfet de la localité.

La mise en place d'un centre d'isolement : ce centre fut monté et équipé grâce à l'arrivée de l'équipe internationale sur le terrain. Il permit d'isoler les malades et de mieux les gérer.

L'installation d'un laboratoire PCR sur le terrain par Health Canada Laboratory et l'utilisation du test à immunofiltration mis au point par l'Institut allemand de microbiologie de Munich, ont permis d'établir localement un diagnostic biologique en moins d'une heure et d'écarter ainsi les faux cas.

L'inhumation des cadavres dans le respect des règles d'hygiène et d'assainissement : les efforts des volontaires de la Croix Rouge Congolaise dans cette tâche a été des plus louables.

La création d'un pont aérien entre la capitale et la zone sinistrée : le département de la Cuvette Ouest étant une zone considérablement enclavée, dans laquelle l'alimentation est basée sur les produits de chasse, ce pont aérien a permis le ravitaillement en denrées alimentaires.

La disponibilité quotidienne de l'information : le système de communication mis en place a facilité la disponibilité de l'information. Ceci a considérablement aidé la coordination tant au niveau central que sur le terrain.

Comme on peut le constater, la prise en compte d'un certain nombre de critères fondamentaux dans la gestion de la troisième épidémie d'Ebola, a permis sa maîtrise dans des délais acceptables. Il sied de relever que la présence sur le terrain du ministre de la santé, accompagné du Représentant de l'OMS au Congo sur le terrain, en vue de toucher la réalité du doigt et d'apporter un soutien moral aux équipes à pied



Manœuvre de désinfection du personnel soignant.

d'œuvre dans la zone sinistrée, a eu un impact psychologique important.

La volonté politique, l'esprit de responsabilité du niveau national et la synergie qui a prévalu dans la gestion de cette épidémie entre les cadres nationaux et les partenaires, ont également

apporté un véritable « plus » dans l'efficacité de la gestion de l'épidémie.

Quoi qu'il en soit, puisse cette expérience être la dernière !



Lieu d'isolement des malades

Boniface BIBOUSSI
Conseiller HIP
OMS/CONGO

Fiche technique sur la fièvre hémorragique à virus Ebola

La fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) est une maladie grave contagieuse et très meurtrière causée par un virus de la famille des filoviridae .

30 à 90% des malades décèdent des suites de cette maladie. Actuellement il n'existe ni traitement spécifique ni vaccin contre la FHVE.

I. DETECTION DES CAS

1.1 Cas suspect (ou cas clinique)

Toute personne malade ou décédée qui a ou a eu de la fièvre s'accompagnant des signes d'hémorragie telles que :

- Saignement des gencives
- Saignement du nez
- Conjonctives injectées (yeux rouges)
- Saignement sous-cutanées
- Vomissements sanglants
- Selles sanglantes
- Autres saignements inexplicables

Il n'est pas nécessaire qu'il y ait preuve d'un contact préalable avec un cas de fièvre Ebola

1.2 Cas probable

Toute personne vivante ou décédée qui a été en contact avec un cas confirmé de fièvre hémorragique à virus Ebola et qui présente ou a présenté une fièvre aiguë avec ou sans saignement

OU

Toute personne vivante ou décédée qui présente ou a présenté une fièvre aiguë accompagnée d'un syndrome hémorragique et au moins 3 des symptômes suivants : céphalées, vomissements/nausées, anorexie (perte d'appétit), diarrhée, faiblesse/fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs musculaires ou arti-

(Suite page 5)

(Suite de la page 4)

culaires généralisées, difficulté à la déglutition, difficultés respiratoires, hoquet.

NB : tout cas probable identifié doit être signalé immédiatement à l'autorité sanitaire la plus proche et les mesures d'isolement et de protection immédiatement appliquées.

1.3. Cas confirmé

Tout cas suspect ou probable avec un examen de laboratoire positif.

1.4. Sujet contact

1.4.1. Contact d'un cas humain

Toute personne ayant été en contact avec un cas de fièvre hémorragique à virus Ebola selon au moins une des modalités suivantes :

- A dormi dans le même foyer que le cas dans le précédent le début des symptômes
- A eu un contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) pendant sa maladie
- A touché les fluides corporels pendant sa maladie
- A manipulé les vêtements ou linges du patient
- A été allaité au sein

1.4.2 Contact d'un animal décédé ou malade

Toute personne ayant été en contact avec un animal décédé ou malade selon au moins une des modalités suivantes :

- A touché
- A manipulé
- A dépecé
- A touché le sang de l'animal

II. LA CLINIQUE

2 à 21 jours après la contamination la fièvre hémorragique à virus Ebola se manifeste par les signes/symptômes ci-après : montée brutale de la température corporelle, maux de tête, perte d'appétit, fatigue intense, douleurs musculaires et articulaires, douleurs abdominales, nausées, vomissements diarrhée, difficulté à avaler, difficulté à respirer, hoquet, saignements inexplicables au niveau des yeux, du nez, des oreilles, de l'anus dans quelques rares cas.

Le diagnostic repose sur des analyses de laboratoire spécialisé avec un niveau élevé de sécurité biologique. Les prélèvements ne doivent être faits que dans des conditions de précaution rigoureuse.

III. TRANSMISSION

Le virus Ebola se transmet d'une personne à une autre par contact direct avec des liquides organiques tels que : la sueur, le sang, la salive, les urines, les selles, les vomissures, le sperme, les larmes ou encore en contact avec les objets ayant servi au malade (matelas, vêtements, draps etc..).

La maladie se transmet aussi lors de manipulation de cadavre ou des animaux trouvés morts dans la forêt.

IV. PRISE EN CHARGE

Il n'existe à ce jour aucun traitement efficace prouvé ni vaccin contre cette maladie. Un traitement symptomatique doit être administré par voie orale contre la déshydratation et la fièvre.

V. PRECAUTIONS

5.1. Par le personnel de santé

- Isoler les cas suspects
- Opérer dans les conditions de haute sécurité

- Enterrer immédiatement les cadavres en étant protégé (casaque, port de bottes, 1^{ère} paires de gants, blouse de chirurgie, tablier plastique, 2^{ème} paires de gants, bavette, calot, lunettes)
- Limiter au maximum pendant la durée de l'épidémie, les injections, les vaccinations, les prélèvements de toutes sortes (sang, urines, selles)
- N'utiliser que du matériel à usage unique et le détruire immédiatement après usage
- Eviter le transport des personnes malades d'Ebola d'un établissement à un autre

5.2. Par les populations

- Ne pas toucher les animaux trouvés morts dans la forêt
- Eviter tout contact sans protection avec : le sang, les urines, les selles, les vomissures, la salive, la sueur, les larmes et le sperme des malades.
- Ne pas toucher aux personnes décédées sans protection (gants)
- Eviter la pratique de toute scarification coutumière, tatouage pendant l'épidémie
- Ne manipuler les vêtements et linge des malades que protégé et les bouillir avant de les laver.

VI. PRISE EN CHARGE

- Déclencher l'alerte en cas de suspicion de FHVE
- Mettre en place un comité de gestion à tous les niveaux
- Constituer une équipe d'intervention rapide
- Prépositionner le matériel et les médicaments

Dr Adamou YADA (Représentant OMS/Congo)
&
Dr Amédée MOLAMO (Conseiller DPC OMS/Congo)

Expérience vécue dans la gestion d'Ebola : satisfaction et stress

Le Congo, une fois de plus, a vécu une épidémie d'Ebola, la troisième du genre qui heureusement a été courte dans sa durée et bien contrôlée. Désigné pour prendre la relève de mon collègue dans l'équipe internationale, je fis donc le voyage de Mbomo. L'objectif de la mission était d'apporter un appui technique nécessaire au ministère de la santé dans la riposte à cette épidémie. De prime abord, en intégrant cette équipe composée par des vieux routiers de la lutte contre la Fièvre hémorragique à Virus Ebola, j'étais assez confiant. Après un vol de quelques 3 heures, nous atteignîmes la petite ville de Mbomo située à 800 km au nord de Brazzaville. Cependant, il me fut difficile, voire im-

possible, de cacher en moi le stress qui m'a affecté le long du voyage, rendu assez pénible par les intempéries survenues au cours du vol. Heureusement, la présence des autres passagers m'a conféré spontanément l'auto prise en charge psychosociale.

Je n'eus aucun problème pour m'adapter aux conditions locales de logement, dans cet hôtel transformé en quartier général de l'OMS, aux lits traditionnels et couvert entièrement de paille. Il est à noter que cet hôtel était entouré presque à 70 % soit par de maisons abandonnées par les familles victimes de la fièvre hémorragique à virus Ebola, soit de voisins directs de ces derniers. La connaissance sur l'épidémiologie de cette maladie, le respect scrupuleux des règles d'hygiène et d'assainissement et l'usage de précautions standards re-

commandées une fois à l'hôpital, m'ont apporté une certaine sérénité. Dès le premier jour donc, je me suis rapidement adapté à l'environnement psycho-social qui régnait dans la zone..

A Mbomo, nous avons trouvé une équipe nationale déjà à l'œuvre depuis plusieurs semaines. Elle était coordonnée par le Dr Paul Boumandoki, infectiologue, et le Dr André Salemo, Directeur départemental de la santé de la Cuvette Ouest. En outre l'équipe comprenait les agents de la croix rouge et les agents de santé. La ville était sous quarantaine et l'acheminement des vivres promis par le niveau central se faisait encore attendre. La mobilisation sociale était axée sur la sensibilisation de la population, insistant sur l'évitement des attroupements des populations, l'acheminement rapide des cas suspects à l'hôpital.

Le suivi de contacts par l'équipe médicale était déjà en vigueur.

Notre travail quotidien consistait à participer aux réunions bi-hebdomadaires du comité local de crise et aux réunions journalières de coordination de la commission technique. Elle était composée de cinq sous commissions : Surveillance et mobilisation sociale, prise en charge médicale, l'hygiène et assainissement, prise en charge psychosociale et logistique. La mise à jour de la situation épidémiologique prévalente à Mbomo était faite régulièrement et portait notamment sur le nombre de cas suspects suivis à l'hôpital et à domicile, cas confirmés, nombre de contacts, convalescents, ainsi que les informations relatives aux aspects des autres sous commissions susmentionnées. En plus de cela, j'ai intégré certaines équipes de la sous commission de surveillance et mobilisation pour le suivi de contacts dans les différents quartiers de la ville.

Enfin la visite à Mbandza, point de départ de l'épidémie, située à 18 km de Mbomo, fut une autre grande expérience centrée non seulement sur les inévitables embûches du réseau routier complètement défectueux (5 à 6 heures pour parcourir 18 km), mais surtout sur l'accueil de la population. L'intérêt porté par les notables du village en particulier et la population en général nous a fortement encouragé après l'échange d'informations sur cette épidémie à ré-

pétition dans la région. L'information apportée à leur égard sur les mesures de désinfection des biens domestiques et leur habitations, au lieu de les brûler, a été reçue avec satisfaction par les villageois, déjà préoccupés non seulement par les pertes humaines, mais aussi économiques.

Avec l'engagement de l'équipe nationale appuyée par l'équipe internationale, la collaboration de plus en plus croissante de la population, la tendance de la courbe épidémique nous indiquèrent une évolution très favorable dans la maîtrise de l'épidémie. Malgré le maintien des travaux sous pression continue, un optimisme prudent gagna rapidement notre équipe. Très vite, le travail se limitait à redéfinir la chaîne de transmission, à actualiser la liste de contacts et appuyer la prise en charge psychosociale des survivants. La situation épidémiologique s'étant nettement améliorée, nous avons quitté Mbomo le 12 Décembre 2003 avec le sentiment que l'épidémie était effectivement sous contrôle.

La gestion de cette épidémie a mis en exergue certains obstacles et contraintes :

- le refus de certaines familles de faire hospitaliser les cas suspects;
- le manque de collaboration de certaines populations pour le suivi de certains contacts;
- la stigmatisation des patients et de leurs familles par le reste de la population;
- le stress de la population, y compris le corps médical, face au cauchemar Ebola exacerbé par le manque de vivres dans cette zone mise en quarantaine;
- la prise en charge à domicile forcée de certains patients avec risque d'augmentation de contacts;
- la réintégration des rares convalescents au sein des familles .

L'innovation dans cette mission était sans conteste le diagnostic rapide d'Ebola apportée par l'équipe allemande, basé sur la technique d'immunofiltration sur colonne et prélèvement inactivé pour la détection des antigènes en 30 minutes. Ceci a permis de définir rapidement les cas et non cas et, par conséquent, la mise à jour de la liste de contacts.

Des leçons apprises, il apparaît que la gestion d'une épidémie de Fièvre Hémorragique à Virus Ebola est d'une très grande complexité. Elle implique une approche multisectorielle devant tenir compte de divers aspects d'ordre médico-sanitaire, socio-économique, anthropologique et culturel. I y'a lieu par exemple , dans la mobilisation sociale, de cibler les messages par rapport aux différents groupes (chasseurs, femmes et enfants) .

Enfin la persistance de l'épizootie indique que des actions spécifiques soient entreprises par les pouvoirs publics . Il s'agit notamment : du

désenclavement de la zone et de la promotion de l'élevage, afin de diversifier davantage l'alimentation de la population.

Dr Nkunku Sebastiao
Coordonnateur EHA/ICT/Congo



L'OMS offre aux personnes handicapées les moyens de réaliser les OMD

« Comment réduire l'extrême pauvreté et la faim auprès des personnes handicapées lorsque celles-ci ne peuvent pas se déplacer aisément pour vaquer à leurs occupations professionnelles ? »

« Comment assurer l'éducation primaire pour tous, lorsque des jeunes enfants aveugles ne peuvent pas accéder à des établissements d'enseignement spécialisé et disposer des ouvrages requis pour l'apprentissage en braille ? »

C'est ainsi que Dr Adamou Yada, Représentant de l'OMS au Congo a posé le problème de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par les catégories les plus vulnérables et les plus démunies.

La réponse à ces questions a consisté en un lot de matériel pour personnes handicapées remis à Mme Emilienne Raoul, Ministre des Affaires Sociales, de la Solidarité, de l'Action humanitaire, des Mutilés de guerre et de la Famille, par le Représentant de l'OMS au Congo le 26 février dernier à Brazzaville.

Ce matériel comprenait entre autres, 134 béquilles en bois, 10 tricycles, 100 paires de lu-



Lot de tricycles remis aux handicapés

nettes pour aveugles, 40 paires de lunettes pour la correction des déficiences visuelles, 16 livres et documents de braille, 91 manuels de français pour élèves sourds des cours élémentaire 1^{ère} année, moyen 2^{ème} année, de classe de 6^{ème} ainsi que de niveau Brevet d'Etudes Techniques (BET) et divers maté-

Non à la drogue **ARRETEZ DE FUMER**

riels pour enfants déficients intellectuels.

La fabrication des béquilles et tricycles par des structures et associations de personnes handicapées, « démontre qu'une personne handicapée peut facilement s'insérer dans la société si elle est convenablement accompagnée » a dit Dr Yada. D'où son appel à la mobilisation de l'ensemble des partenaires en faveur des personnes handicapées qui ont besoin des moyens de s'autosuffire, se mouvoir, travailler, soulager leurs souffrances et s'insérer socialement.

Ce don fait partie de l'appui global de l'OMS évalué à plus de quatre millions de F CFA au Programme National des personnes handicapées lequel vise à réduire les traumatismes involontaires, les déficiences sensorielles et améliorer la qualité de vie des personnes handicapées.

La cérémonie de remise de matériel s'est déroulée en présence de M. Aurélien Agbénonci, Coordonateur Résident des Nations Unies et Représentant du PNUD. Y ont également participé les chefs d'agences suivants : Amadou Ouattara (FAO), Robertine Raonimahary



Mot de remerciement du Ministre adressé au Représentant de l'OMS au Congo en présence des chefs d'agence du système des Nations Unies.

(UNESCO), et M. Jacques Bandelier, Représentant Résident Adjoint du PNUD, le personnel de l'OMS/Congo et du Ministère ainsi que les médias.

M Prosper MIHINDOU
Centre d'Information des Nations Unies
Brazzaville

Cérémonie de remise de matériels de couture et d'aide à la marche à l'Association Nationale pour l'Épanouissement de la Personne Handicapée

Dans le cadre de la promotion de la personne handicapée et de la lutte contre la pauvreté en prenant la santé comme porte d'entrée, le Docteur Adamou YADA, Représentant de l'OMS au Congo a remis le 13 février 2004 à l'Association Nationale pour la Promotion de la Personne Handicapée un lot de matériels et des accessoires de couture, des béquilles et des tricycles. Cette cérémonie a eu lieu au siège de l'Association à Moutabala (Mfilou-Ngamaba). Le Représentant de l'OMS/CONGO était accompagné de Monsieur Jérémie MOUYOKANI, Conseiller à la Planification et à la Gestion des Programmes, du Docteur Lambert NZOUTANI, Conseiller à la Santé de la Reproduction, de Monsieur Jean de Dieu KONONGO, Conseiller à la Santé et Environnement et de Madame Annie Solange LITCHE, Secrétaire de l'Équipe Pays.

Ce don d'un montant global de 1 200 000 francs CFA, constitué d'une machine à coudre électrique, de 6 machines à coudre manuelles, de divers articles de mercerie, de 4 paires de béquilles en bois réglables et de 2 tricycles a été réceptionné par Monsieur Bienvenu BIDOUNGA, Président de l'Association. Il permet à cette association d'avoir une activité génératrice de revenus susceptible d'assurer l'accessibilité financière des membres de l'association aux services et aux soins de santé de qualité. Le Dr YADA a souhaité que ce don puisse constituer le socle pour l'épanouissement des membres de l'association et des handicapés non-membres de l'association.

Dans sa réponse, Monsieur Bienvenu BIDOUNGA a présenté la situation de la personne handicapée qui se caractérise par l'exclusion, le chômage, la précarité et le phénomène « des filles-mères abandonnées ou délaissées par les conjoints valides ». Les ambitions de l'association sont de réussir l'insertion socio-économique de la personne handicapée et d'apporter une réponse au problème du chômage des personnes handicapées. Pour ce faire, l'association a acquis quelques hectares de terrain pour l'agriculture, elle a en projet la création d'un ou des ateliers de confection et/ou de coiffure. L'acquisition de ces machines à coudre et de ces aides à la marche est un apport important à l'association pour la mise en œuvre son plan d'action.

Jean de Dieu KONONGO
Conseiller Santé et Environnement
OMS/Congo

Epidémie d'Ebola à Mbomo en images



Laboratoire de terrain pour la détection d'antigènes Ebola



La source principale de protéines animales demeure la viande de chasse



Désinfection des habitations



Conditions difficiles de travail à Mbomo (véhicule embourbé)



Equipements de télécommunication et de traitement de données mis en place sur le terrain



Equipe HQ et le staff de l'OMS/Congo avant le départ pour Mbomo