



Independent observer
of the Global Fund

Quatre questions au Dr Mukendi Kalambaie, membre du Secrétariat de riposte à la COVID-19 en RDC

Le premier cas d'infection par le SRAS-CoV-2 (COVID-19) en République Démocratique du Congo est survenu le 10 mars 2020 et selon les résultats de l'enquête, il a été importé d'Europe, entraînant le premier décès dans le pays 7 jours plus tard. Le 3 juin 2021, les autorités de santé publique congolaises annonçaient le début de la troisième vague de COVID-19, l'épicentre se situant à Kinshasa. Selon les statistiques du ministère de la santé, le cap des 55 145 cas confirmés est désormais dépassé, faisant de la RDC le 20^{ème} pays le plus touché sur le continent africain (ce chiffre est à prendre avec précaution car il dépend du volume de dépistage effectué et de la stratégie adoptée par chaque pays). Pour comprendre les mesures prises par le pays, et les défis posés par la gestion de la pandémie, nous avons interrogé le Dr Stéphane Mukendi Kalambaie, membre de la coordination de la prise en charge des patients atteints de COVID au sein du Secrétariat de la riposte en RDC, qui coordonne la réponse globale à la COVID-19 sous la direction du Professeur Muyembe.

1. Pourriez-vous présenter votre parcours Dr Mukendi Kalambaie ?

Je suis spécialiste en médecine interne et néphrologie, je suis également formé en épidémiologie de terrain. En plus de mes activités cliniques de prise en charge des pathologies de médecine interne, je suis également très impliqué dans la gestion des épidémies, en particulier Ebola et actuellement de COVID-19 sur le versant prise en charge médicale. J'ai participé à la riposte contre les épidémies d'Ebola ici en RDC mais également en Afrique de l'Ouest et du centre en 2014. Car notre pays a connu plusieurs épisodes d'épidémie et il était important que nous puissions partager nos connaissances et nos expériences avec les pays d'Afrique de l'Ouest qui étaient touchés.

2. En quoi la RDC est-elle particulièrement affectée par les épidémies ?

La RDC est l'un des pays les plus touchés de la région par les épidémies liées aux maladies infectieuses, parmi lesquelles le choléra et de rougeole, mais également Ebola et aujourd'hui la pandémie de COVID-19. Elles affectent la population et le système de santé de multiples manières : d'une part la létalité est importante et la peur que provoque la maladie a engendré une sous-utilisation des services de santé par la population. La pandémie de COVID a provoqué une désaffection des services de santé et de nombreuses personnes ont préféré s'automédiquer ou être pris en charge à domicile, ce qui implique d'autres problèmes de santé.

Par ailleurs, ces épidémies fragilisent les capacités en ressources humaines de notre système qui manque déjà de professionnels de santé. En période de vague épidémique nos formations sanitaires se sont retrouvées saturées, de nombreux professionnels ont été infectés et sont décédés. Notre pays manque de moyens financiers pour soutenir les besoins de la population en services de santé, et les épidémies aggravent ce déficit en faisant peser un poids important sur le système.

3. Quelles leçons tirez-vous de votre réponse aux dernières épidémies d'Ebola et de COVID-19 ?

Nous avons beaucoup appris avec la gestion des épidémies d'Ebola : nos ressources humaines ont été formées dans la gestion de l'épidémie, nous avons également renforcé la surveillance à base communautaire en particulier dans les provinces du Nord et Sud Kivu, du Katanga et de l'Ituri. Cette recherche active des cas a de fait servi la détection des comorbidités: à Kinshasa, les formations sanitaires appuyées par certains partenaires, comme le BDOM (Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales), ont identifié de nombreux cas de maladies chroniques et les ont mis sous traitement. Il se met alors en place un cercle vertueux, car on dépiste les maladies chroniques par le biais de la recherche de cas de maladies infectieuses, qui sont elles-mêmes particulièrement mortelles chez les patients atteints de comorbidité.

Malheureusement, la plupart des actions menées demeurent des réponses d'urgence, qui ne sont ni capitalisées ni pérennisées, ce qui explique que l'on revient souvent à la case départ à la fin de chaque épidémie. Notre défi reste de définir comment utiliser notre expérience de la gestion des épidémies pour une meilleure préparation aux résurgences, pas seulement en formation des ressources humaines et des équipes d'intervention rapide (EIR) qui sont effectivement opérationnelles, mais aussi du reste de système. Au vu de la fragilité de notre système de santé, il nous faut trouver des manières d'optimiser les investissements et les gains liés aux appuis reçus. Il faut équiper nos formations sanitaires, organiser le système de référence des patients et renforcer le système de surveillance pour détecter à temps les alertes et réagir de façon efficace et précoce. Cela réduirait l'ampleur des épidémies, qui provoquent une mortalité évitable et met le système de santé en tension.

4. Comment les bailleurs peuvent-ils vous accompagner dans ce processus ?

Nous avons bénéficié de l'aide nombreux bailleurs et nous nous en félicitons, nous sommes reconnaissants de l'appui qui nous a été octroyé pour répondre à ces urgences. Il y a des améliorations à trouver en particulier dans l'allègement des procédures d'urgence afin d'éviter la lourdeur et la lenteur de la réponse, car les résultats sur le terrain se produisent tardivement. Et dans le dialogue, afin que les priorités et la vision à long terme du pays soient prises en compte par nos partenaires techniques et financiers.

C'est pourquoi il nous faut également entrer dans des discussions productives avec les bailleurs pour faire en sorte que les investissements effectués dans le cadre d'une réponse d'urgence bénéficient au système de santé dans son ensemble. Par exemple, nous avons besoin d'oxygène pour les patients

atteints de COVID-19 hospitalisés, mais nous ne le produisons pas localement. Confrontés à l'urgence, nous importons des pays voisins ou nous utilisons de l'oxygène non médical, mais le problème se posera à nouveau, et il vaut mieux installer des unités de production d'oxygène médical. Profitons de cet épisode pour nous doter des équipements, car l'oxygène est également nécessaire pour répondre aux pathologies respiratoires aiguës, et aux pneumonies.

De la même manière, nous savons que de nombreux patients atteints d'Ebola présentaient des insuffisances rénales et requéraient des dialyses. L'installation d'unités de dialyses aurait été utile à la fois pour répondre aux complications de nombreux patients (20% des patients Ebola sont décédés de complications rénales durant la dernière vague), et pour la prise en charge des patients rénaux, qui représentent 12% des cas de patients atteints de maladies chroniques non transmissibles.

De manière plus prosaïque, pourquoi dépenser des fortunes en location de véhicules comme cela a été le cas durant la riposte à Ebola, alors que ces derniers auraient pu être achetés et utilisés aujourd'hui dans le cadre de la COVID ? Malheureusement, cette stratégie n'a pas été retenue, ce qui nous oblige à négocier à l'heure actuelle l'achat de véhicules auprès des bailleurs, et à nous débrouiller pour le déplacement des prestataires et des patients.

Enfin, notre système de référence est encore faible, du fait de l'absence de mobilité, car le pays manque d'ambulances médicalisées, et le personnel doit être formé à la référence depuis la communauté jusqu'au niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire. Nous avons travaillé sur cette stratégie dès le début de la réponse à la COVID-19 afin de déterminer des circuits selon le degré de sévérité de la pathologie, l'état des plateaux techniques dans les différentes formations sanitaires, la catégorisation des patients, la disponibilité en ambulances et le personnel bien formé pour le transport des patients. Le système que nous sommes en train de mettre en place avec la COVID, qui comprend la prise en charge à domicile pour les patients légers, l'hospitalisation dans les hôpitaux généraux au niveau de la zone de santé, puis la référence dans les structures plus spécialisées dotées d'un plateau technique supérieur pour la réanimation, les soins intensifs et l'accès à l'oxygène, est une première tentative d'organisation de la référence qui doit perdurer au-delà de la COVID-19. C'est comme cela que nous parviendrons à organiser notre système de santé et répondre aux besoins de notre population.

[Read More](#)
