

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL



**Plan Stratégique Multisectoriel
d'Élimination du Choléra en
République Démocratique du Congo
2013-2017**



Février 2013

SIGLES ET ACRONYMES

\$ usd	Dollar des États-Unis d'Amérique
AS	Aire de Santé
BCZS	Bureau Central de Zone de Santé
BEC	Bulletin Epidémiologique du Congo
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CERAV	Centre de Réhydratation Avancée
CMLC	Comité Multisectoriel de Lutte contre le Choléra
COGE	Comité de Gestion
CTMD	Centre de Traitement des Maladies Diarrhéiques
ECHO	Service d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement (WASH – Water, Sanitation and Hygiene)
FVE	Fondation Veolia Environnement
GAAC	Global Alliance Against Cholera (Alliance internationale de lutte contre le choléra)
HGR	Hôpital Général de Référence
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IRC	International Rescue Comity
MDM	Médecins Du Monde
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MICS II	Multiple Indicator Children Survey II (Enquête à indicateurs multiples sur la santé de l'enfant et de la mère)
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
OAC	Organisation à Assise Communautaire
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAA	Plans d'Action Annuels
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNL	Programme National d'élimination de la Lèpre
PNLO	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour Développement
RDC	République Démocratique du Congo
S&E	Suivi et Évaluation
SIS	Système d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SSP	Soins de Santé Primaire
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
ZS	Zone de Santé

TABLES DES MATIERES

1- GENERALITES	8
1.1- INTRODUCTION	8
1.2- PRESENTATION GENERALE DE LA RDC	9
<i>Aperçu géographique et morphologique</i>	9
<i>Démographie</i>	10
<i>Aperçu climatique</i>	10
<i>Situation socio-économique et culturelle</i>	10
<i>Eau et assainissement</i>	12
1.3- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DE LA RDC	13
1.4- ORGANISATION DU SYSTEME DE LA GESTION DE L'EAU, DE L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT EN RDC....	14
<i>Organisation du système de gestion de l'hygiène et de l'assainissement de base en RDC</i>	14
2- PROBLEMATIQUE DU CHOLERA EN RDC	15
2.1- BREF APERÇU DE LA SITUATION DU CHOLERA DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE.....	15
<i>Les six premières pandémies de choléra : Diffusion et élimination en Europe</i>	15
<i>La septième pandémie de choléra en Afrique : des premiers cas en 1970 à l'endémisation</i>	15
2.2- LES INITIATIVES EN COURS DEPUIS 2006 POUR MIEUX GERER LE CHOLERA EN AFRIQUE ET AILLEURS DANS LE MONDE	16
2.3- HISTOIRE DES PREMIERES EPIDEMIES ET DU DEVELOPPEMENT DU CHOLERA EN RDC	17
2.4- L'EPIDEMIOLOGIE DU CHOLERA ET BASES EPIDEMIOLOGIQUES DE L'ELIMINATION DU CHOLERA EN RDC.....	19
2.5- DES RESULTATS DES ETUDES SUR L'EPIDEMIOLOGIE DU CHOLERA EN RDC VERS LA PROPOSITION D'UN PLAN D'ELIMINATION DU CHOLERA	20
<i>Identification des espaces, des périodes et des personnes spécifiques</i>	20
<i>Des résultats de la recherche au plan stratégique d'élimination du choléra</i>	22
2.6- LE PLAN STRATEGIQUE D'ELIMINATION DU CHOLERA EN RDC (2008 – 2012)	23
<i>Premiers résultats de la mise en œuvre</i>	23
<i>L'exemple de Bukama</i>	24
<i>L'exemple de Kalemie</i>	24
<i>Un début de mise en œuvre mitigé</i>	26
2.7- SITUATION GLOBALE DU CHOLERA EN RD CONGO EN 2011	26
<i>La diffusion Est-Ouest du choléra</i>	29
2.8- ETAT DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLERA EN RDC	31
<i>Points forts :</i>	31
<i>Points faibles :</i>	31
<i>Opportunités</i>	31
<i>Menaces</i>	32
3- PLAN STRATEGIQUE INTERMINISTERIEL D'ELIMINATION DU CHOLERA 2013-2017	33
3.1- OBJECTIFS	33
<i>Objectif Général</i>	33
<i>Objectif spécifique</i>	33
3.2. MINISTERES IMPLIQUES	33
3.3- STRATEGIE D'INTERVENTION	33
<i>Axes stratégiques d'intervention</i>	34
RENFORCEMENT DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE GLOBALE, RECHERCHE OPERATIONNELLE ET CIRCULATION DE L'INFORMATION.....	34
RENFORCEMENT DES MESURES DE PREVENTION	34
MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS LIEES A L'EAU, L'HYGIENE, ET L'ASSAINISSEMENT ..	35
LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES CAS.....	35
LE RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DE LA COMMUNICATION.....	35

<i>L'approche géographique, des solutions techniques adaptées aux contextes épidémiologiques</i>	36
3.4- RESULTATS ATTENDUS D'ICI FIN 2017 PAR AXES STRATEGIQUES.....	38
3.5- CADRE LOGIQUE.....	41
3.6- BUDGET ESTIMATIF DETAILLE.....	44
3.7- BUDGET ANNUEL.....	49
4- CADRE INSTITUTIONNEL.....	51
4.1- LE NIVEAU CENTRAL.....	51
4.2- LE NIVEAU INTERMEDIAIRE.....	51
4.3- LE NIVEAU OPERATIONNEL.....	52
4.4. LES CENTRES DE PRISE EN CHARGE MEDICALE.....	52
4.5. ROLE DES PARTENAIRES INTERVENANT SUR LE TERRAIN.....	52
4.6- ROLE DES PARTENAIRES BAILLEURS DE FONDS.....	53
5- PLAN DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	53
5.1- OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	53
<i>Objectif général</i>	53
<i>Objectifs spécifiques</i>	53
5.2- MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	53
5.3. MODALITES PRATIQUES DU SUIVI DES ACTIVITES.....	54
<i>La supervision</i>	54
<i>Les missions d'appui aux activités de riposte contre les épidémies sur le terrain</i>	54
<i>La tenue des revues</i>	54
5.4- EVALUATION.....	55
<i>Modalités pratiques de l'évaluation</i>	55
5.5. INDICATEURS D'IMPACT ET D'EFFET.....	56
6-ANNEXES.....	65

INDEX DES FIGURES

Figure 1: Carte de la République Démocratique du Congo	9
Tableau 1: Principaux indicateurs socio-économiques de la RDC	11
Source : Etude démographique et de la santé, Ministères du Plan et de la Santé, RDC ; Macro International Inc., USA ; 2008)	11
Tableau 2 : Evolution des indicateurs des ODM en RDC, 2010	11
Tableau 3 : Répartition ministérielle des responsabilités dans les domaines de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement	14
Figure 2 : Nombre de cas et décès du choléra en RDC depuis 1978.....	16
Figure 3 : Taux d'attaque (pour 100 000 hab.) choléra par province en RDC de 1999 à 2011.....	19
Tableau 4 : Caractéristique d'une zone et risque relatif de choléra	20
Figure 4 : Villes et zones lacustres d'intérêt particulier pour la lutte contre le choléra en RDC.	21
Figure 5 : Tendances interannuelle et caractère saisonnier du choléra dans les zones lacustres du Katanga.	22
Figure 6 : Evolution du nombre de cas de choléra à Bukama (Katanga) en fonction des différentes stratégies d'intervention	24
Figure 7 : Revenus de la Regideso de Kalemie	25
Tableau 5a : Cas de choléra par province, RDC, 2011*	26
Tableau 5b : Cas de choléra par province, RDC, 2012.....	27
Tableau 6 : Létalité liée au choléra par province, RDC, 2011	27
Tableau 6 : Létalité liée au choléra par province, RDC, 2012	27
Figure 8: Taux d'attaque (pour 10000 hab.) de choléra par province, RDC, 2008-2011	28
Figure 9 : Evolution des cas de choléra de 2007 à 2010 dans les provinces du Katanga, Sud Kivu et Nord Kivu .	29
Figure 10 : Profil évolutif du choléra par province, RDC, 2011.....	30

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1: Principaux indicateurs socio-économiques de la RDC	11
Tableau 2 : Evolution des indicateurs des ODM en RDC, 2010	11
Tableau 3 : Répartition ministérielle des responsabilités dans les domaines de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement.....	14
Tableau 4 : Caractéristique d'une zone et risque relatif de choléra	20
Tableau 5 : Cas de choléra par province, RDC, 2011*	26
Tableau 6 : Létalité liée au choléra par province, RDC, 2011	27
Tableau 7 : Typologie des zones d'intervention	37

RESUME

Depuis 2007, la République Démocratique du Congo a initié un vaste programme de lutte contre le choléra avec pour objectif d'éliminer le choléra dans le pays ; avec pour seuil d'élimination un cas (confirmé) pour 100 000 habitants à l'échelle nationale.

Tout d'abord adressé comme un problème de santé, la stratégie de lutte contre le choléra est aujourd'hui considérée multisectorielle, combinant la « Santé, l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement ». Cette stratégie d'élimination a été motivée par les résultats d'études épidémiologiques montrant qu'un ciblage des actions de lutte dans certaines zones sources des régions lacustres de l'Est de la RDC pourrait être suivi d'un arrêt des redémarrages épidémiques à répétitions observées en RDC depuis plus d'une dizaine d'années.

La stratégie nationale de lutte contre le choléra établit une typologie des zones de santé en trois catégories : les zones de santé de type A ou zones de santé sources, les zones de santé de type B ou zones de santé épidémiques et les zones de santé de type C ou zones de santé nœuds. Les zones de type A sont les zones notifiant des cas de choléra tout au long de l'année et dans lesquelles les interventions durables d'amélioration des infrastructures en Eau Hygiène et Assainissement doivent être menées de façon prioritaires. Les zones de santé de type B doivent faire l'objet de mesures de prévention renforcées. Les zones de santé de type C sont des carrefours de communication, zones de santé clés en cas de diffusion d'épidémie dans lesquelles les mesures de prévention doivent être focalisées pour éviter la diffusion à l'échelle nationale.

Cette approche géographique a pour but de maximiser l'impact des financements disponibles pour la lutte contre le choléra en définissant un package cohérent d'activités adapté à chaque type de zone.

En RDC, treize zones de santé lacustres ont été identifiées comme étant des zones sources du choléra. Il s'agit des zones de santé de Kalémie, Nyemba, Moba, Kinkondja au Katanga, des zones de santé d'Uvira, de Fizi, de Kadutu, et de Minova au Sud Kivu, des zones de santé de Goma, Kiroshé, Karisimbi et de Mweso au Nord Kivu et de la zone de santé de Tchomia en Province Orientale.

Les zones de santé de type B sont au nombre de vingt-huit, Kansimba, Kabalo, Ankoro, Kongolo, Malemba-Nkulu, Mukanga, Pweto, Mulungu, Bukama, Kilwa, Kasenga, Butumba au Katanga, Katana, Nundu, Ruzizi, Bunyakiri, Kabare, Miti-Muresha, Ibanda, Kahele, Lemera et Idjwi au Sud Kivu, Pinga, Rushuru, Birambizo au Nord Kivu, Gethy, Nyarembe et Angumu en Province Orientale.

Les zones de santé de type C sont au nombre de vingt, Matadi, Kinshasa, Bolobo, Yumbi, Yokole, Boende, Makanza, Bumba, Bondo, Komba, Banalia, Kisangani, Iga Barriere, Goma, Nyangezi, Kindu, Kalemie, Kabalo, Mwanza, Bukama.

Le projet pilote conduit dans la ville de Kalemie depuis 2009 a permis de confirmer qu'il était possible d'obtenir une disparition durable des cas de choléra lorsque des activités efficaces et durables sont conduites en travaillant tant en période de flambées épidémiques qu'en période d'accalmie.

Malheureusement, ce plan stratégique d'élimination du choléra n'a pas été complètement mis en œuvre d'où des résultats mitigés des premiers cinq ans de lancement de ce projet. Ceci, s'explique en partie par les délais inhérents à la réalisation des études de terrain préalables à la mobilisation de fonds importants nécessaires aux travaux d'infrastructures. Les préconisations de ce plan stratégique n'ont donc pu être que partiellement mis en œuvre.

Malgré la diffusion de l'Est vers l'Ouest du choléra observée depuis le début de l'année 2011, le choléra en RDC reste une pathologie essentiellement ancrée à l'Est avec un caractère endémique.

L'élaboration d'un nouveau plan stratégique multisectoriel d'élimination du choléra en RDC pour la période 2013-2017 et sa mise en œuvre effective devrait permettre l'amélioration de la situation du choléra en RDC.

Cette nouvelle version du plan stratégique multisectoriel d'élimination du choléra en RDC comporte cinq axes stratégiques parmi lesquels figurent (i) le renforcement des activités de surveillance épidémiologique, la recherche opérationnelle et la circulation de l'information (ii) le renforcement des mesures de prévention, (iii) la mise en place d'interventions ciblées liées à l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et l'assainissement, (iv) la prise en charge médicale des cas, et (v) le renforcement de la coordination et de la communication autour de la lutte contre le choléra.

La mise en œuvre de ce nouveau plan est placée sous la coordination du Ministère du Plan et du suivi de la révolution de la modernité à travers le Comité National d'Action de l'Eau et de l'Assainissement (CNAEA) au sein du Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Une plate-forme regroupant tous les intervenants fortement impliqués dans la stratégie d'élimination du choléra en RDC sera mise en place dans le cadre d'un Pacte pour l'Élimination du Choléra en RDC (PEC).

Le budget de la première année de mise en œuvre de ce plan stratégique d'élimination du choléra est de 36 398 0000 \$ usd. Le budget global pour la mise en œuvre de l'ensemble de ce plan stratégique est estimé à 157 460 000 \$ usd.

Seule une implication de l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux permettra de mobiliser les financements nécessaires pour la mise en œuvre de ce plan d'élimination du choléra en République Démocratique du Congo.

1- GENERALITES

1.1- Introduction

Le choléra est une maladie infectieuse diarrhéique, contagieuse, dont la forme grave peut être foudroyante et mortelle en quelques heures si un traitement n'est pas appliqué immédiatement. Cette maladie strictement humaine est causée par *Vibrio cholerae*, un bacille Gram négatif incurvé présentant un flagelle polaire unique lui conférant une grande mobilité, caractéristique de cette bactérie.

Selon les estimations de l'OMS, il y a chaque année entre 3 et 5 millions de cas de choléra provoquant entre 100,000 et 120,000 décès. Faisant suite à la déclaration de politique nationale de lutte contre les maladies, le Ministère de la Santé, avec l'appui des différents partenaires, a mis en place plusieurs projets, dont l'un porte sur le renforcement du système de surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique. Plusieurs rapports annuels d'activités de surveillance épidémiologique ont insisté sur la nécessité de mettre en place des projets de recherche opérationnelle dans le but d'identifier les facteurs de récurrence des épidémies de choléra en RDC afin d'améliorer les approches opérationnelles.

D'où la thèse sur la dynamique du choléra en RDC réalisée de 2006 à 2009 par le Dr Didier Bompangue à l'Université de Franche-Comté de Besançon en France) a permis d'amorcer la compréhension des facteurs de persistance et de récurrence des épidémies de choléra en RDC.

Les premiers résultats de cette thèse ont permis d'initier dès décembre 2007, le plan stratégique d'élimination du choléra en RDC en faisant l'hypothèse qu'un ciblage des actions de lutte dans les zones lacustres sources du choléra, situées dans la région des grands lacs permettraient d'atteindre l'objectif d'élimination du choléra.

Cette surveillance renforcée du choléra a permis de poursuivre des recherches opérationnelles sur le choléra, afin de continuer à guider la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination du choléra.

Avec **30753 cas et 709 décès** soit une **létalité globale de 2%**, la plus élevée observée depuis trois ans, le choléra demeure en 2012 encore, un problème majeur de santé publique en RDC. Le taux d'attaque global en 2012 de 60 cas pour 100 000 habitants est encore très loin du seuil d'élimination fixé à 1 cas pour 100 000 habitants.

Considérant les nombreuses difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination du choléra 2008-2012, le gouvernement a initié du 27 au 30 mars 2012 un atelier d'élaboration de plan stratégique multisectoriel de l'élimination de choléra RDC 2013-2017.

1.2- Présentation générale de la RDC

Aperçu géographique et morphologique

La République Démocratique du Congo est située en Afrique centrale entre le 4^{ème} degré de latitude nord et le 2^{ème} degré de latitude sud. Elle est limitée par la République du Congo et l'Angola à l'ouest, la République Centrafricaine et le Soudan au Nord, l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie à l'Est, et la Zambie au sud (figure 1).

Avec une superficie de 2 345 409 km², la RDC est le second pays de l'Afrique sub-saharienne par son étendue. Le réseau hydrographique est dense. Le fleuve Congo traverse quasiment tout le pays d'est en ouest sur 4 690 km. Ce fleuve compte de nombreux affluents dont la rivière Kasai.

Les ressources en eau de surface (immense réseau fluvial, plaines inondées et lacs) représentent 52% des réserves totales du continent et couvrent environ 86 080 km², soit 3,5 % de la superficie du pays. La plupart des lacs de RDC sont situés à l'est du pays, comme le lac Tanganyika, le lac Kivu, le lac Moero, le lac Edouard et le lac Albert. Au centre de la province du Katanga, autour du bassin du fleuve Congo, on retrouve de nombreux petits lacs dont le plus important est le lac Upemba dans la zone de Bukama.

Figure 1: Carte de la République Démocratique du Congo



Démographie

La population de la RDC est estimée à près de 72 millions d'habitants, pour une superficie de 2 344 860 km² soit une densité d'environ 31 habitants au km² (Source : FAO, 2012). Le taux de croissance démographique est de près 3%.

Aperçu climatique

Située de part et d'autre de l'équateur, la RDC connaît toute la gamme des climats caractéristiques de la zone tropicale humide :

- **un climat équatorial au Centre** (saison des pluies de 8 à 10 mois), retrouvé dans la cuvette équatoriale, avec des précipitations autour de 2 m de pluie par an, sans véritable saison sèche, une humidité atmosphérique constamment élevée (70 à 85 %), et des températures variant autour d'une moyenne de 25 à 27 °C. ;
- **un climat tropical et humide au Nord et au Sud**, retrouvé dans le Katanga méridional où six mois secs alternent avec six mois pluvieux, avec une pluviométrie moyenne annuelle variant entre 1 000 et 1 500 mm ;
- **un climat tempéré en altitude à l'Est**, où les précipitations varient de 800 mm sur le littoral du lac Tanganyika à plus de 2 500 mm dans les régions montagneuses à l'ouest du Lac Kivu - ces hautes terres, aux températures tempérées, comparables à celles du Rwanda et du Burundi voisins, contrastent vigoureusement avec les étendues chaudes et humides de l'intérieur du bassin ;
- **l'extrême Est**, du lac Kivu au lac Albert, présente un **climat de type montagnard** avec des températures moyennes oscillant entre 16 à 18 °C.

Situation socio-économique et culturelle

La crise socio-économique de la République Démocratique du Congo, depuis bientôt une vingtaine d'années, a engendré une baisse du revenu familial, ce qui agit négativement sur l'accessibilité de la population aux soins de santé de base. Pourtant, le pays dispose, sur le plan économique, d'énormes potentialités humaines, agricoles, minières et énergétiques.

La situation actuelle est marquée par la pauvreté accrue et le pays connaît une crise économique qui n'a cessé de s'accroître. La proportion des personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté (population vivant avec moins d'un dollar par jour) était de 71% en 2010 (Source : PNUD). Le PIB est de près de 200 USD/habitant, ce qui place le pays parmi ceux à plus faible revenu au monde (Source : PNUD, 2011).






La situation socio-économique du pays peut être analysée sur la base des Objectifs de Développement du Millénaire, afin de constater les évolutions (tableau 1.2. (b)).




Tableau 1: Principaux indicateurs socio-économiques de la RDC

Indicateurs	Niveau	Appréciation
Population	72 000 000	3^e en Afrique
Structure par tranche d'âge :		Population jeune
0 – 19 ans	59%	
20 – 59 ans	37%	
60 ans et plus	4%	
Populations déplacées	> 2Millions	Elevé
Croissance de la population	3,2%	Rapide par rapport aux services
Taux de mortalité infantile	158 pour 1000	Très élevé
Mortalité maternelle	549 pour 100 000 naissances	Elevé
Population urbaine	36%	Faible
Croissance urbaine	7 %	Très rapide
Indice du développement Humain	0,286 (2011)	Faible et en légère augmentation

Source : Etude démographique et de la santé, Ministères du Plan et de la Santé, RDC ; Macro International Inc., USA ; 2008)

Tableau 2 : Evolution des indicateurs des ODM en RDC, 2010

Tableau 0.2		Evolution des indicateurs des OMD						
Objectif	Indicateurs	1990	1995	2001	2005	2007	2010	2015
OBJECTIF 1 – Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim 	Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat	80			71,3	70		40
	Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation nationale				7,8			95
	Profondeur de la pauvreté				32,2			
	Taux de chômage des 15 à 24 ans en milieu urbain				32,23			10
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée (-2 Ecart type)	28	24,2	31,1		31,4	24	14
	Niveau minimal d'apport calorique (cal/personne/jour)		2190		1500			2500
OBJECTIF 2 – Assurer l'éducation primaire pour tous 	Taux net de scolarisation dans le primaire (6-11 ans)	56	55,9	51,7	55	61	75	100
	Proportion d'élèves commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième	51	25,3	24,8		44,3		100
	Taux d'alphabétisation d'hommes de 15 ans et plus		82,5	81,2	79,0	85,8		100
	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans et plus		54,1	55,9	52,0	58,9		100
OBJECTIF 3 – Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes 	Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire				0,87		0,93	1
	Rapport filles/garçons dans l'enseignement secondaire				0,62		0,81	1
	Rapport filles/garçons dans l'enseignement supérieur				0,46			1
	Pourcentage de salariées dans le secteur non agricole qui sont des femmes	11		20,6		34,4		50
	Proportion de sièges et postes occupés par les femmes au parlement national	6	5,2	10,3*		7,7		50
OBJECTIF 4 – Réduire la mortalité infantile 	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ou infanto juvénile		220	213		165	158	60
	Taux de mortalité infantile (mortalité des enfants de moins d'un an)	92	148	126		98	97	30
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la rougeole	38	39	46,4		62,9	72	90
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la tuberculose	67	46	53,1		71,7	85	90
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la DTCo3	35	26	29,9		45	62	90
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la poliomyélite	34	27	41,5		45,7	59	90
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins.			22,8		30,6	48	90
OBJECTIF 5 – Améliorer la santé maternelle 	Taux de mortalité maternelle		870	1289		549		322
	Consultation Prénatale		56	68		85		100
	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié		68	61		74		100
	Prévalence contraceptive	4,6				6		15

OBJECTIF 6 – Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies 	Taux de prévalence du VIH/SIDA	5		3,8	4,1		4,3*	3,1
	Connaissance du mode de transmission par les femmes 15-49 ans				9,9	15,3		100
	Proportion de femmes enceintes utilisant le préservatif				12,7	16,5		-
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides			0,7		3,4		15
OBJECTIF 7 – Assurer un environnement durable 	Proportion des zones forestières	54,6	55	52		62		-
	Superficie des zones protégées.	9				10,4		15
	Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure		42	46	47,4	46,2	47	71
	Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement	10	48,5	27,2	22,7	17,6		55
OBJECTIF 8 – Mettre en place un partenariat mondial pour le développement 	Proportion de gens qui sont propriétaires de logement		77,2	73,9	75,5			-
	Aide publique au Développement en pourcentage du PIB	5,49	6,13	6,97	40,4	15,49	10,7***	5
	Stock de la dette en pourcentage du PIB	120,1	255,9	257,6	151,8	102,37	104,1**	94,4
	Service de la dette en pourcentage des exportations	13,5	1,5	-	7,1	1,97	4,1**	13,3

Source : Rapport sur les progrès des ODM, PNUD, 2010

64% de la population vit en milieu rural avec comme activités principales : l'agriculture, la pêche et l'élevage.

Le développement du secteur rural est sévèrement handicapé par le conflit armé qui a eu comme conséquence l'abandon des exploitations agricoles, des déplacements massifs des populations du à l'insécurité permanente. Le secteur rural est également synonyme d'enclavement et de destruction des services sociaux de base, essentiellement à cause de l'absence des structures spécialisées de l'Etat.

L'instabilité des populations ainsi que l'insécurité des investissements, conjuguées aux contraintes d'approvisionnement en intrants, de commercialisation de produits et d'enclavement des zones de production, ne permettent pas au secteur agricole d'assurer un revenu décent aux populations rurales et une sécurité alimentaire suffisante au pays.

Si plus de 60% de la population vit encore aujourd'hui en milieu rural, on constate comme dans la majorité du continent un très fort exode rural qui, combiné aux problèmes de sécurités de larges régions de l'Est du pays, conduit à une augmentation de la population dans les zones urbaines.

Le taux de croissance de la population urbaine atteint les 7 %, avec environ 36% de la population vivant en zone urbaine aujourd'hui (Source : UNDP, 2012).

Eau et assainissement

Selon le résultat provisoire du MICS 2010, il a été constaté que sur l'ensemble de la population des ménages de la RDC, deux personnes sur cinq consomment de l'eau de boisson issue d'une source améliorée. Il y a une disparité importante dans l'accès à l'eau potable entre les zones urbaines et rurales. En effet, seulement un membre des ménages ruraux sur trois (31%) utilise des sources d'eau de boisson améliorées contre quatre membres des ménages urbains sur cinq (83%).

Seuls 47% de la population totale ont accès à l'eau potable dans le pays (Source : PNUD, 2010), dont environ 23% en zones rurales et 80% en zones urbaines (Source : Etude démographique et de santé de la RDC, Ministère du Plan et Ministère de la Santé de la RDC, Macro International Inc., USA, 2008). Cette faible desserte en eau potable a pour principales causes l'inadaptation du cadre institutionnel actuel et l'insuffisance de ressources financières allouées au secteur. Les conflits armés ont aggravé cette situation déjà précaire par la destruction des installations existantes.

L'indicateur d'assainissement fait ressortir des disparités encore plus importantes : seuls 4% des membres des ménages en zones rurales utilisent des installations sanitaires améliorées, tandis qu'ils sont 36% en zones urbaines.

Seuls 22,7% de la population totale ont accès à un assainissement amélioré (Source : PNUD, 2005), dont environ 15% en zones rurales et 20 % en zone urbaine (Source : Etude démographique et de santé de la RDC, Ministère du Plan et Ministère de la Santé de la RDC, Macro International Inc., USA, 2008). Cette situation s'explique essentiellement par l'incapacité des ménages à accéder à un système adéquat d'évacuation des déchets solides et liquides.

Les différentes enquêtes et les résultats d'études épidémiologiques indiquent qu'une grande majorité des cas des maladies seraient liées aux dégradations de l'environnement. Les détritiques sont jetés dans les rues, les besoins naturels satisfaits dans la nature, les jeunes non sensibilisés aux vertus de la propreté, les décharges publiques inexistantes, les ouvrages de drainage d'eau hors d'usage, les eaux usées coulant le long des artères, les systèmes d'élimination des déchets spéciaux (déchets biomédicaux, plastiques, ferrailles etc.) inexistantes et la pollution atmosphérique non contrôlée. Cette situation est due à la désorganisation du système au niveau du secteur tant public que privé. Les services publics en charge de l'assainissement n'ont pas les capacités humaines, matérielles et techniques requises pour un assainissement de proximité efficace et efficient. Compte tenu de ce qui précède, le gouvernement s'engage désormais à classer l'assainissement, facteur déterminant de développement durable, parmi les priorités de la stratégie.

1.3- Organisation du système de santé de la RDC

Le système sanitaire national est organisé en trois niveaux :

- niveau central : c'est le niveau normatif,
- niveau intermédiaire (division provinciale de la santé et district sanitaire) : apporte l'appui technique au développement des zones de santé,
- niveau périphérique (zone de santé) : c'est l'unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre de la politique nationale.

La RDC comprend 11 provinces sanitaires subdivisées en 56 districts sanitaires opérationnels (65 districts prévus), eux-mêmes subdivisés en 515 zones de santé. Le secteur sanitaire est très dépendant des financements et des interventions extérieurs. Les structures sanitaires fonctionnent sur la base du recouvrement des coûts. Aire de sante

La RDC compte actuellement 401 hôpitaux dont 176 appartenant à l'Etat, 179 aux confessions religieuses, 46 aux entreprises des secteurs public et privé ; 7725 autres établissements de soins comprennent les centres de santé de référence, les centres de santé, les maternités, les dispensaires et les polycliniques appartenant également à l'Etat, aux entreprises, aux confessions religieuses, aux ONG et aux personnes privées physiques et morales.

1.4- Organisation du système de la gestion de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement en RDC

Tableau 3 : Répartition ministérielle des responsabilités dans les domaines de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement

Ministères/services	Eau	Hygiène	Assainissement
Santé publique		x	
Environnement,			x
Ressources hydrauliques et électricité	x		
Agriculture et développement rural	x		

Organisation du système de gestion de l'hygiène et de l'assainissement de base en RDC

La Direction de l'hygiène a pour mission de promouvoir toutes les activités pouvant développer harmonieusement les meilleures conditions d'hygiène du milieu par le contrôle, la surveillance, la planification, la formation, la supervision et l'évaluation de toutes les conditions sanitaires (normes) relatives à la qualité du milieu de la vie humaine.

Quelques objectifs poursuivis par la 9^{ème} Direction par rapport à la lutte contre la maladie :

- l'éducation pour la santé,
- la communication pour le changement des comportements, l'hygiène individuelle et collective,
- contrôler la qualité de l'eau et lutter contre les vecteurs des maladies par la promotion de l'assainissement de base,
- et assurer la police sanitaire des frontières.
- Elle coordonne depuis 2006 en collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, un Programme National d'approvisionnement en eau, d'assainissement de base et de promotion d'hygiène en milieu rural et périurbain, dénommé Programme Ecole et Village Assainis, financé par un groupe de bailleurs de fonds. Programme déconcentré et exécuté par la Zone de Santé, structure la plus proche des communautés. A ce jour plus de 3000 villages et 1000 écoles sont déclarés assainis et par conséquent protégés des maladies liées à l'eau comme le choléra. Le programme implanté actuellement dans toutes les provinces et exécuté par 210 Zones de Santé projetée d'en couvrir 250 durant le quinquennat 2013-2017 voir site web (www.ecole-village-assainis-bdd.cd).

L'EAU ET L'ASSAINISSEMENT EN MILIEU RURAL ET URBAIN

L'eau en milieu urbain relève de la responsabilité du Ministère des ressources hydrauliques et de l'électricité. L'exploitation de l'eau et la mobilisation des ressources financières pour les investissements sont confiées à une société publique commerciale d'exploitation d'eau, la REGIDESO. Quant au milieu rural, l'approvisionnement en eau des communautés rurales et des centres semi-urbains est confié au Ministère du Développement Rural qui a créé un service national d'hydraulique rurale (SNHR). Ce service est doté d'ateliers de forage et de matériel de prospection géophysique. Les ateliers de forage sont affectés dans les provinces (11). Il y a au moins deux ateliers de forage par province, cependant, ils n'interviennent pas encore dans la lutte contre le choléra comme l'a souhaité le Ministre de la Santé Publique. Le SNHR dispose d'une Direction Nationale et de 11 coordinations provinciales et 6 antennes basées dans les districts.

L'assainissement est confié à une Direction d'Assainissement au sein du Ministère de l'Environnement. A ce jour, aucune représentation provinciale n'est mise en place. Un déploiement en province des services se prépare au sein du Ministère de l'Environnement cependant la période de sa mise en œuvre reste encore inconnue.

2- PROBLEMATIQUE DU CHOLERA EN RDC

2.1- Bref aperçu de la situation du choléra dans le monde et en Afrique

Les six premières pandémies de choléra : Diffusion et élimination en Europe

Après avoir été ravagé par le choléra durant les six premières pandémies, les pays du nord (Europe et Etats-Unis d'Amérique) ont réussi à éliminer cette maladie comme un problème de santé publique par des actions d'assainissement et d'amélioration de l'accès à l'eau potable tout cela dans un contexte de développement et d'amélioration de la situation de vie globale des populations¹.

Actuellement, même si chaque année, des cas importés sont rapportés dans des pays du nord, aucune situation de flambée épidémique suite à des contaminations secondaires n'est rapportée. Cette situation montre que dans une zone qui n'est pas une région d'origine du choléra (Asie du Sud-Est), il reste possible d'envisager l'élimination du choléra. Cette hypothèse reste valable aussi longtemps qu'il n'a pas été fait la preuve que le *Vibrio cholerae*, la bactérie responsable du choléra a trouvé un milieu aquatique où il peut demeurer de façon pérenne sans l'apport de l'homme par de nouvelles contaminations de ce milieu. Ainsi, depuis les derniers cas de choléra au Sud de l'Europe en 1974-1975, le choléra a été définitivement éliminé d'Europe².

Parmi les faits marquants précurseurs de l'élimination du choléra en Europe, il y a eu le changement de paradigme sur le mode de contamination de la maladie. En effet, la démonstration de J. Snow et la prise de conscience de ce nouveau paradigme arguant que l'origine du choléra était hydrique et non aérienne, a été utile pour orienter les projets opérationnels (les premiers vrais réseaux d'égouts de Paris et de Londres, et les projets d'amélioration de l'accès à l'eau potable) qui ont permis de contrôler puis d'éliminer le choléra en Europe³.

La septième pandémie de choléra en Afrique : des premiers cas en 1970 à l'endémisation

C'est avec la 7^{ème} pandémie qui a débuté en 1961, dans l'archipel des Sulawesi en Indonésie, que les premiers cas ont été rapportés en Afrique surtout continentale. Selon l'OMS, jusqu'en 2009 (avant Haïti), l'Afrique rapportait plus de 90% des cas et 95% de décès rapportés. Ainsi, si l'on exclut le récent foyer Haïti, en Amérique centrale, le choléra touche actuellement deux continents du sud: l'Asie du sud-est et l'Afrique sub-saharienne.

Dans cette Afrique Sub-Saharienne, depuis l'introduction en 1970, les épidémies de choléra se succèdent et la maladie jadis inconnue en Afrique continentale s'est « endémisée » avec le temps⁴.

Depuis le début des années 1990, on assiste à une recrudescence d'épidémies de choléra en Afrique parmi lesquelles: Goma en RD Congo en 1994 avec plusieurs dizaines de milliers de décès dont 12000 en moins d'une semaine, les Comores en 1997, plus de 100 morts, Madagascar en 1999

¹ WHO, Pandémies et conséquences du choléra, <http://www.who.int/topics/cholera/impact/fr/index.html>, consulté le 20 août 2009

² World Health Organisation. *Cholera in 1971-2007. Wkly Epidemiol Rec*, 1971 à 2008.

³ Kerremans JJ., Improvement of public health in London in the nineteenth century and the probably limited role of the new sewage system, *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007 22;151(51): 2852-6.

⁴ OMS, WER

plus de 1000 morts, la RD Congo en 2002, l'Angola en 2006-2007 avec plus de 3235 morts, la Guinée en 2007 plus de 300 morts et le Zimbabwe de 2008 à 2009 avec près de 5000 morts⁵.

2.2- Les initiatives en cours depuis 2006 pour mieux gérer le choléra en Afrique et ailleurs dans le monde

- **La résolution AFR/RC57/WP/1**, 57^{ème} session, Comité Régional de l'OMS sur « *la résurgence du choléra dans la région africaine de l'OMS* », Brazzaville, août 2007 ;
- **L'atelier régional Gouvernance, transparence et responsabilité dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement** organisé par IRC et le CREPA, Ouagadougou, novembre 2007 ;
- **L'atelier d'adoption du plan stratégique d'élimination du choléra en RDC 2008-2012**, Ministère de la Santé Publique, Kinshasa, décembre 2007,
- **L'atelier « prévention du choléra et des maladies diarrhéiques en Afrique de l'Ouest et du Centre, Vers une stratégie intégrée de réduction des risques »**, OMS, UNICEF, Dakar, mai 2008 ;
- **L'alliance internationale de lutte contre le choléra : Global Alliance Against Cholera – GAAC**, Fondation Veolia Environnement, mai 2011.

Parmi les recommandations :

- le ciblage des actions dans les zones à forte densité ;
- L'appel à l'UNICEF et à l'OMS pour appuyer les pays touchés par le choléra pour mieux gérer la tendance à la résurgence du choléra dans ces pays ;
- L'appel aux financements nationaux et internationaux pour la lutte durable et ciblée contre les épidémies de choléra en RDC et dans les autres pays touchés.

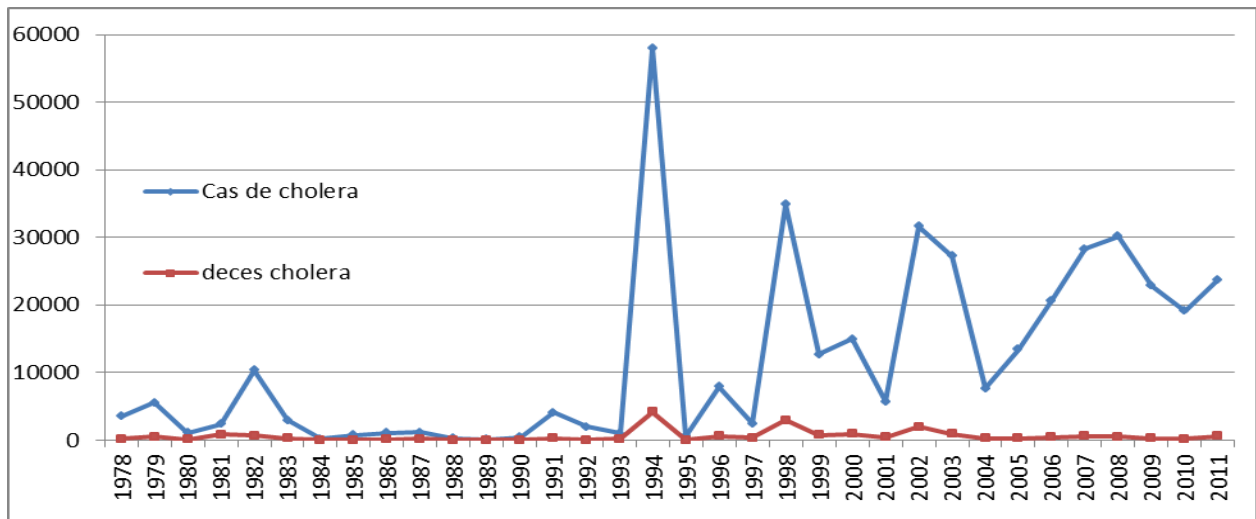
Ailleurs dans le monde, c'est essentiellement la situation en Haïti depuis octobre 2010, qui a permis d'accélérer les prises de positions pour une gestion plus efficace du choléra. L'épidémie d'Haïti a permis de faire évoluer les prises de positions des principaux acteurs internationaux comme l'OMS/OPS, l'UNICEF et le CDC.

En effet, ces acteurs sont actuellement en première ligne de l'initiative sur l'élimination du choléra dans l'île d'Hispaniola. Un atelier sur le lancement de cette initiative a eu lieu à Port au Prince en mars 2012 avec la participation des ministères de la santé des deux pays concernés (Haïti et République Dominicaine).

Ces opportunités, résolutions et recommandations sont autant d'acquis pouvant être stratégiquement utilisés pour faire réellement avancer la lutte contre le choléra en RDC et ailleurs en Afrique pour inverser la tendance évolutive actuelle de la maladie.

Figure 2 : Nombre de cas et décès du choléra en RDC depuis 1978

⁵ 6- World Health Organisation. *Cholera in 1971-2007. Wkly Epidemiol Rec*, 1971 à 2008.



Source : OMS

En 2012, 30 753 cas et 709 décès ont été recensés en RDC.

2.3- Histoire des premières épidémies et du développement du choléra en RDC

Certains écrits d'explorateurs européens comme Livingstone, décrivent des cas de diarrhées avec déshydratation qui pourraient faire évoquer la présence de cas de choléra en RDC dès le 19^{ème} siècle. Cependant, de façon irrévocable, la RDC n'est vraiment concernée par le choléra qu'à partir de 1974. Il semble y avoir eu deux portes d'entrée du choléra en RDC :

A l'ouest, c'est probablement de l'Angola que sont venus les premiers cas en 1974. La première épidémie en 1974 était circonscrite dans la région du Mayumbe au Bas-Congo. A Kinshasa, c'est en 1974 que les premiers cas de choléra ont été signalés. Cependant, ce n'est que bien plus tard, en 1996, que le choléra s'est installé de manière durable à Kinshasa. Ce n'est qu'une fois menés les travaux de curage dans les principaux égouts de la ville en 2001, que le choléra a pu être maîtrisé à Kinshasa. Ces travaux avaient été décidés suite aux orientations données par une étude épidémiologique effectuée par la 4^{ème} Direction du Ministère de la Santé Publique, appuyée par Epicentre. Cette étude avait montré que le fait d'habiter à proximité des égouts à ciel ouvert augmentait nettement le risque de contracter la maladie. Une étude bactériologique réalisée Oxfam avait alors confirmé la présence de choléra dans ces égouts avant les travaux de curage.

Dans les autres provinces de l'Ouest de la RDC, le choléra se manifeste sous forme de poussées épidémiques à répétition souvent engendrées par des cas index venus des zones de santé de la région Est de la RDC.

A l'est de la RDC, les premiers patients souffrant de choléra sont arrivés de Tanzanie à Kalemie en septembre 1977. La première patiente à être admise pour choléra à l'Hôpital Général de Kalemie était une dame, âgée d'environ 40 ans, commerçante, en provenance de la ville de Kigoma en Tanzanie. A cette période, pour échapper à la quarantaine imposée à la ville de Kigoma, en réponse à une épidémie de choléra déclarée, un groupe de commerçants congolais était rentré clandestinement à Kalemie à bord d'une embarcation. Après cette patiente, 4 autres, venus de

Kigoma par la même embarcation, ont présenté les mêmes symptômes et ont été admis à l'Hôpital Général de Kalemie. La confirmation biologique avait été rendue possible grâce à l'analyse d'échantillons prélevés par le Dr Blampin, un médecin Belge de la Filtisaf (manufacture de filature) à Kalemie et expédiés au laboratoire de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique). C'était le début de la première épidémie de choléra jamais décrite à Kalemie et dans l'ensemble du district du Tanganyika.

C'est de Kalemie que le choléra s'est ensuite propagé dans le reste du Katanga et vers les provinces du nord-est du pays (Kivu et Province Orientale).

Une deuxième épidémie est survenue en 1979, suivie par une longue période sans aucun cas de choléra recensé entre 1980 et 1986, mais ce n'est qu'en 1990 que l'on rapporte à nouveau des cas de choléra à Kalemie. Les premiers cas sont observés dans les villages de Kataki et de Katibili. La provenance des cas index n'a jamais pu être identifiée. Cependant, la Tanzanie reste une origine fortement probable de ces cas index, au vu de l'importance des communications entre Kataki, Katibili et la Tanzanie. De plus, en Tanzanie, certaines localités au bord du lac Tanganyika comme Kigoma rapportaient déjà de nombreuses épidémies depuis la fin des années 1970.

2.4- L'épidémiologie du choléra et bases épidémiologiques de l'élimination du choléra en RDC

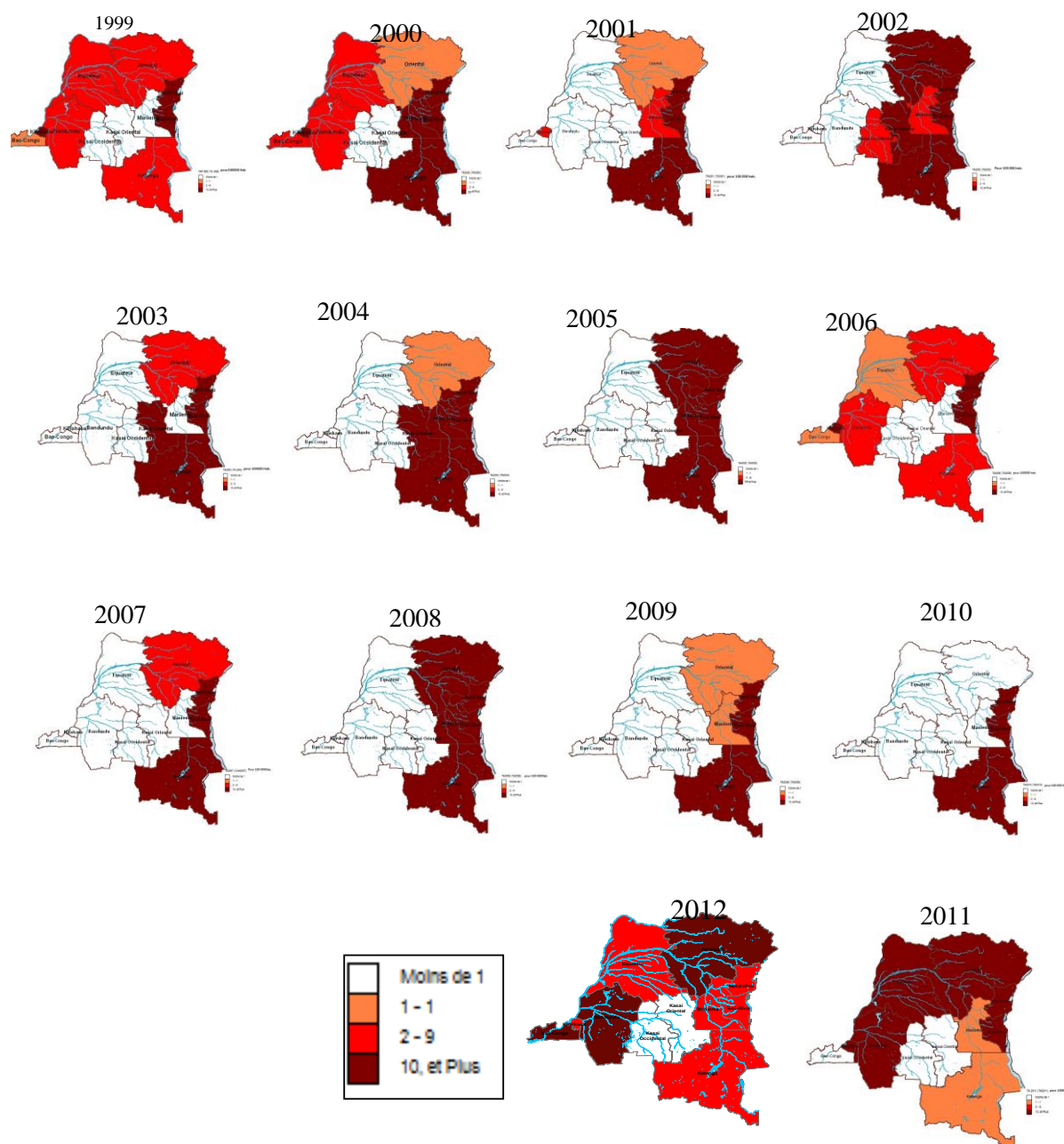


Figure 3 : Taux d'attaque (pour 100 000 hab.) choléra par province en RDC de 1999 à 2011

L'année 2001 était la dernière où des cas de choléra étaient notifiés à l'Ouest de la RDC après le début en fin 1996 d'une série d'épidémies ayant touché l'Ouest de la RDC.

La répartition par province des cas de choléra entre 1999 et 2011, la continuité des séries temporelles dans les provinces de l'Est (Figure 3), montrent que ces provinces de l'Est de la RDC sont les plus concernées (endémiques) par le choléra. Les provinces de l'Ouest, touchées par le choléra de façon intermittente (épidémique) sont beaucoup moins touchées par la maladie.

En 2006, les cas signalés à Kinshasa, au Bas Congo et au Bandundu ont été importés des épidémies qui avaient sévit en Angola et au Congo-Brazzaville. Ces cas localisés n’avaient pas été suivis de flambées épidémiques.

2.5- Des résultats des études sur l’épidémiologie du choléra en RDC vers la proposition d’un plan d’élimination du choléra

Il a été démontré que les moyens de contamination du choléra peuvent être de deux types :

- Hydrique : eau de boisson
- Interhumain : contact physique de personne à personne

Au cours des études épidémiologiques réalisés en RDC, une modélisation des risques de propagation du choléra a été faite et quatre facteurs principaux de propagation ont pu être identifiés :

- Présence de lacs ou rivières
- Voies de transport
- Densité de population
- Saisons

Tableau 4 : Caractéristique d’une zone et risque relatif de choléra

Caractéristique	Risque relatif	Limite inférieure 95% CI ¹	Limite supérieure 95% CI ¹
Intercept ²	0,001	0,001	0,002
Ville de plus de 100 000 habitants	1,464	0,746	2,873
Port	1,608	0,687	3,765
Lac	7,015	3,813	12,904

Cas de choléra au Nord Kivu et au Sud Kivu, RDC, 2000–2007.

¹ 95% CI, intervalle de confiance à 95%;

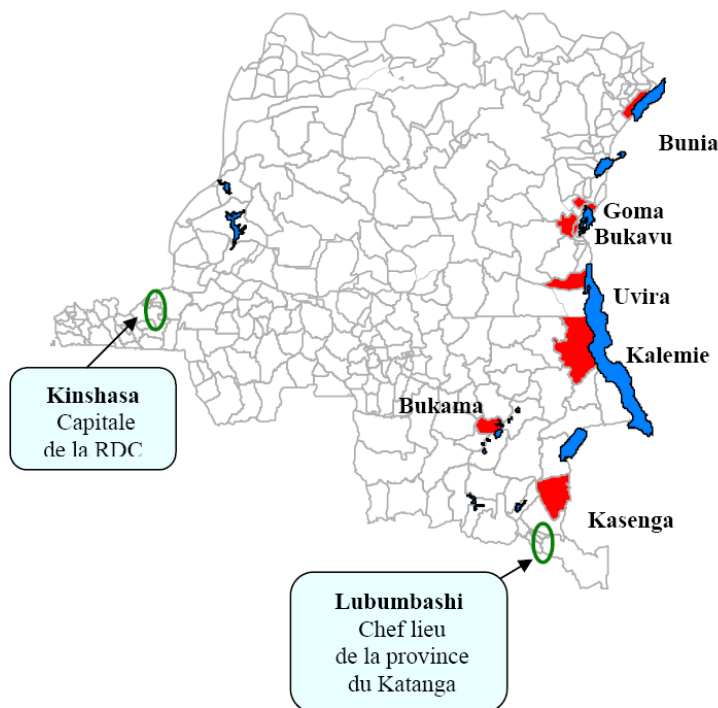
² Intercept, nombre moyen de cas par zone de santé.

Identification des espaces, des périodes et des personnes spécifiques

- En RDC, de 2000 à 2008, 208 875 cas et 7 335 décès (létalité de 3,51%) dus au choléra ont été notifiés à l’OMS, soit 15% des cas et 20% des décès rapportés dans le monde pour la même période. **Ces cas de choléra touchent essentiellement les provinces de l’est de la RDC, situées dans la région des grands lacs.**
- Des zones lacustres réduites (moins de 10% de l’étendue de la zone Est de la région des grands lacs en RDC) ont été identifiées comme zones de persistance et de redémarrage des épidémies de choléra (Figure 2.5 (a)).

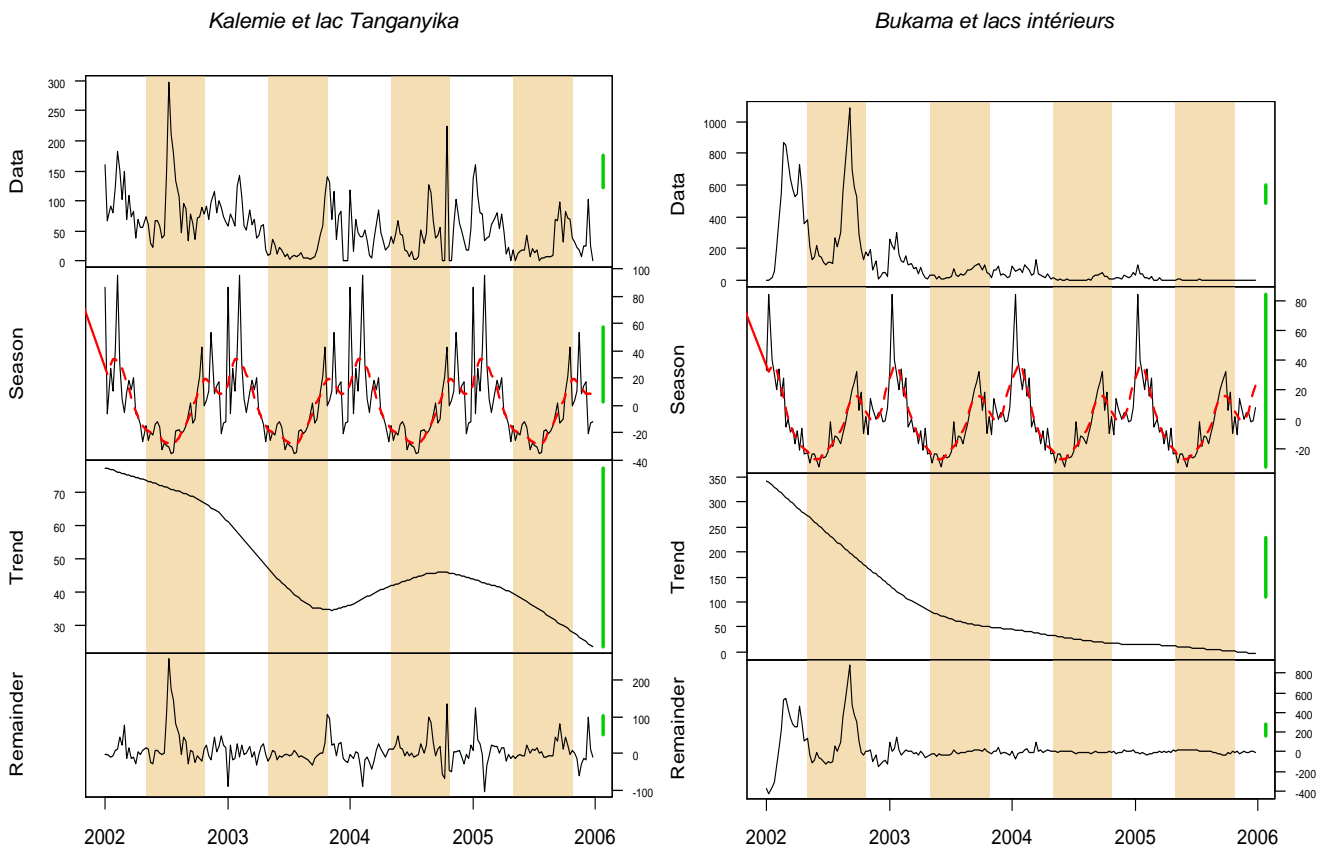
- Une saisonnalité des épidémies de choléra a été mise en évidence avec des saisons sèches (mai-septembre) représentant des périodes d'accalmie (l'épidémie se rétracte dans des zones sources lacustres) et des saisons des pluies constituant des périodes de redémarrage épidémiques (durant lesquelles les épidémies diffusent vers les grandes villes situées à distance favorisée par les mouvements périodiques de population de commerçants et de pêcheurs).
- Un fonctionnement de type métapopulation expliquant le maintien des épidémies dans la durée en plus du rôle du climat et de la population des pêcheurs dans la propagation des épidémies (Figure 2.5 (b))
- Les pêcheurs, les commerçants et les transporteurs ainsi que les mineurs artisanaux (dans les zones minières) ont été identifiés comme populations à risques impliquées dans le redémarrage et la diffusion des épidémies.

Figure 4 : Villes et zones lacustres d'intérêt particulier pour la lutte contre le choléra en RDC.



Ces zones (en rouge) ont été identifiées à partir des analyses de la dynamique spatio-temporelle des épidémies survenues à l'est de la RDC entre 2000 et 2007. Il a été démontré que toutes les épidémies survenues dans cette région Est de la RDC ont toutes eu pour point de départ ces sept régions, toutes lacustres. Durant les phases d'accalmie épidémique (souvent en saison sèche), il persiste toujours des cas de choléra dans ces zones considérées ainsi comme « sources » du choléra en RDC. D'où le ciblage prioritaire de ces zones dans le plan d'élimination du choléra en RDC.

Figure 5 : Tendence interannuelle et caractère saisonnier du choléra dans les zones lacustres du Katanga.



Par des algorithmes de décomposition de séries temporelles, il a été possible d’isoler une nette tendance saisonnière du choléra dans les zones identifiées comme sources du choléra à l’Est de la RDC. Globalement, c’est en saison de pluies qu’on observe des flambées épidémiques tandis que la saison sèche est une période d’accalmie. La fin de saison sèche (septembre) est une période de redémarrage épidémique. Ces éléments de dynamique temporelle permettent actuellement d’anticiper la planification des actions de riposte contre d’éventuels redémarrages de flambées épidémiques à l’Est de la RDC.

Des résultats de la recherche au plan stratégique d’élimination du choléra

Les résultats des recherches sur la dynamique du choléra en RDC ont permis d’identifier trois principaux éléments utiles à une prise de décision de changement de politique de lutte contre le choléra à savoir :

- Le démarrage des épidémies toujours dans les mêmes zones lacustres de l’Est du pays ;
- La périodicité avec une période d’accalmie entre mai et juillet, période où le choléra se concentre dans les zones lacustres, considérée à ce titre comme « source » du choléra ;
- L’existence de populations à risques (pêcheurs, commerçants, mineurs artisanaux).

A partir de ces trois éléments, il est ressortit l’évidence d’une possibilité d’élimination du choléra en RDC, d’où l’élaboration et la validation d’un plan stratégique d’élimination du choléra.

2.6- Le plan stratégique d'élimination du choléra en RDC (2008 – 2012)

En 2007, le MSP a adopté son premier « plan stratégique d'élimination du choléra en République Démocratique du Congo pour la période 2008-2012 ». Ce plan visait à réduire l'incidence annuelle du choléra en dessous de un cas confirmé pour 100 000 habitants soit moins de 500 nouveaux cas confirmés par an à l'échelle de la RDC.

Pour atteindre cet objectif, six principaux axes stratégiques regroupant les activités de lutte y ont été listés, en se focalisant sur les 8 grandes régions lacustres, sources de choléra prioritaires :

- Renforcement des activités de surveillance épidémiologique en introduisant des approches par sites sentinelles en plus de la surveillance passive ;
- Renforcement des mesures de prévention dans les zones de santé ciblées (promotion de la santé, vaccination,...) ;
- Amélioration des apports en eau potable et des conditions d'assainissement et d'hygiène dans les zones lacustres « sources » en priorité ;
- La prise en charge des cas (en ajustant les approches de seuil actuellement utilisés) ;
- Le renforcement de la coordination (pour faire le lien entre les bailleurs, les acteurs opérationnels et ceux du monde de la recherche afin d'avoir une vision cohérente de la lutte et optimiser les efforts de lutte) ;
- Promotion de la recherche (pour enfin combler le manque récurrent de connaissance utile à l'ajustement des approches opérationnelles).

Premiers résultats de la mise en œuvre

Des résultats notables de la mise en œuvre du plan se retrouvent principalement dans l'amélioration de la surveillance épidémiologique, la prise en charge médicale des cas (moins de 3% de létalité sur la période 2008-2011) et le renforcement de la coordination.

En termes de coordination, deux initiatives ont été mises en place par les autorités nationales :

- la création d'une structure de coordination (le Comité Intersectoriel de Lutte contre le Choléra- CILC),
- la création d'une structure de pilotage au niveau du Ministère de la Santé Publique : la Cellule Choléra, avec un bureau au niveau national et des représentations provinciales.

Dans les domaines de l'eau, l'hygiène et l'assainissement, des actions durables ont été entamées et progressent actuellement sur quatre des zones cibles :

- Bukama : Amélioration de la desserte en eau de la ville par captage de sources et renforcement du réseau de distribution ;
- Kalémie : Rédaction d'un schéma directeur pour l'amélioration de la desserte en eau de la ville et mise en place des premières phases visant l'augmentation de la capacité de production d'eau et une meilleure desserte de la zone sud de la ville ;
- Uvira : Rédaction d'un schéma directeur pour l'amélioration de la desserte en eau de la ville ;

- Goma : Réhabilitation du réseau existant

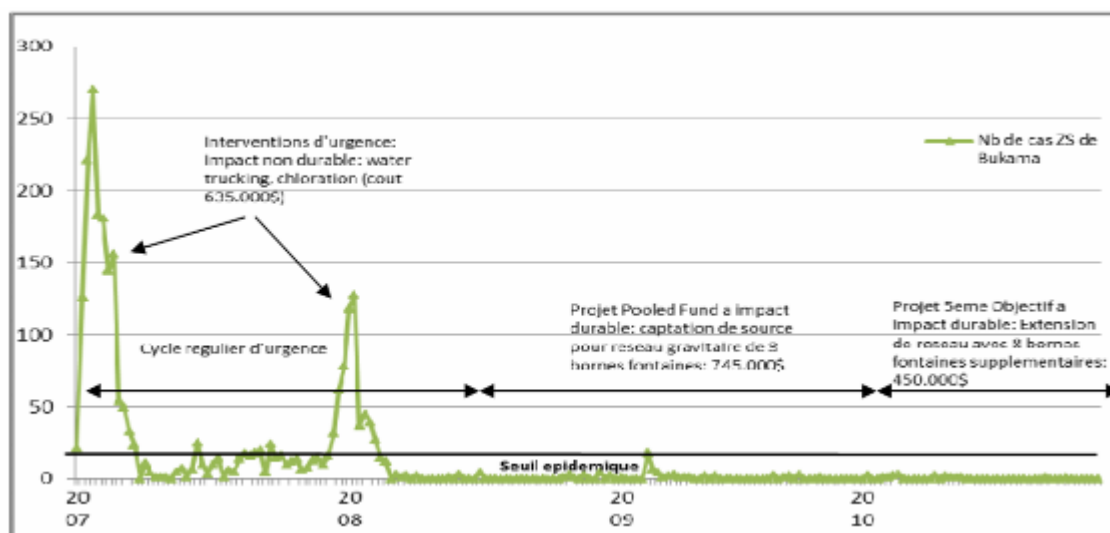
L'exemple de Bukama

A Bukama (environ 60.000 habitants), entre 2007 et 2008, 2 442 cas de choléra ont officiellement été enregistrés. Les acteurs humanitaires sont intervenus par des actions d'urgence (non durables) pour un coût total de 1 050 500 \$ usd en 2 ans dont (60% pour l'EHA et 40% pour la Santé).

Depuis 2009, des actions durables (réseaux hydrauliques gravitaires) ont été réalisées pour un coût total de 1 195 000 \$ usd permettant une très nette diminution du nombre de cas de choléra (69 cas enregistrés entre 2009 et 2010).

Bukama est donc sans doute l'un des meilleurs exemples existants de l'impact de projet EHA durable sur le choléra. Les activités réalisées dans l'unique domaine de l'accès à l'eau potable sont déjà plus avantageuses financièrement pour les bailleurs que le financement régulier d'actions d'urgence. L'impact sur la santé est considérable et ne se limite pas qu'au choléra mais également aux nombreuses maladies hydriques.

Figure 6 : Evolution du nombre de cas de choléra à Bukama (Katanga) en fonction des différentes stratégies d'intervention



Source: Cluster WASH/UNICEF Katanga

L'exemple de Kalemie

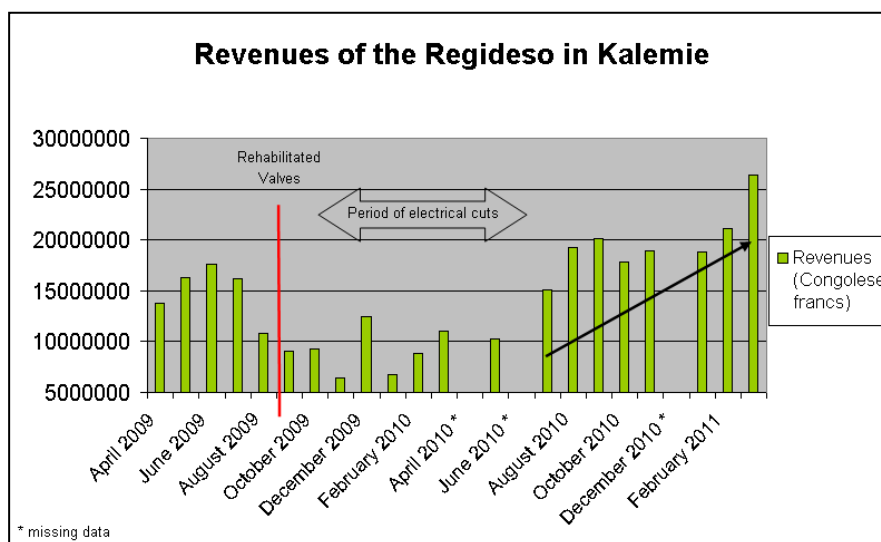
Suite à des études épidémiologiques et hydrauliques menées depuis 2008 à Kalemie, un schéma directeur a été réalisé pour la ville, par l'ONG Solidarités International, la Fondation Veolia Environnement et la Regideso.

Ce plan directeur comprend 5 phases d'activité afin de fournir dans un premier temps l'accès à l'eau potable pour les populations à risque :

- une première phase de travaux d'urgence de réhabilitation et de sécurisation du réseau d'eau existant a été accomplie par Solidarités International et la Regideso, avec l'appui technique

et financier de la FVE et de l'ambassade de France (fonds de développement social). Suite à ces activités, le nombre d'abonnés au service public d'approvisionnement en eau a augmenté de 46%, ce qui a considérablement augmenté le chiffre d'affaires de la Regideso. Cette augmentation témoigne d'une acceptation positive de la population pour la mise en place d'un réseau de distribution d'eau amélioré.

Figure 7 : Revenus de la Regideso de Kalemie



Source : Regideso

- La première étape de travaux du schéma directeur de Kalemie a consisté à remplacer 2.300 mètres de conduites d'eau du réseau de distribution existant dans la partie sud de la ville. Ce travail est supervisé par Solidarités International dur financement du 5^{ème} objectif.
- Conformément à la deuxième phase des travaux, le gouvernement de la province du Katanga a financé le doublement de la capacité de la station de traitement d'eau.

Les prochaines étapes prévues dans le plan directeur de Kalemie sont les suivantes:

- L'extension du réseau de distribution secondaire dans les zones les plus touchées de la partie sud de la ville. Ce travail sera mené par Solidarités International et la Regideso, et a un coût total de 632 000 euros.
- La réhabilitation et l'extension du réseau de distribution d'eau de la partie nord de la ville. Cette phase sera menée par Médecins Sans Frontières.

Le projet sur la ville de Kalemie a jusqu'à présent reçu environ 4 300 000 euros.

En parallèle des travaux de réhabilitation et d'extension hydraulique:

- un renforcement des capacités et des activités de promotion à l'hygiène est mis en œuvre ;
- et une étude approfondie du système d'assainissement de Kalemie sera lancé d'ici fin 2012.

Un début de mise en œuvre mitigé

Depuis décembre 2007, période de lancement du plan stratégique d'élimination du choléra en RDC, plusieurs initiatives coordonnées ont été mises en place dans certaines des zones prioritaires. Parmi elles, figure par ailleurs le projet de MSF de lutte contre le choléra dans les zones lacustres du Tanganyika.

Malgré ces premiers projets (en cours) et l'existence de ces premières structures de coordination, les objectifs fixés par le plan stratégique n'ont pas encore été atteints.

2.7- Situation globale du choléra en RD Congo en 2011

En 2011, le profil épidémiologique du choléra en RDC se caractérise par :

- Une augmentation à l'échelle du pays du nombre de cas rapportés (21753 cas contre 18552 en 2010) ainsi que du taux d'attaque (Tableau 5 et Figure 8) ;
- Une réapparition des cas de choléra dans la ville de Kisangani (en Province Orientale) et leur diffusion dans les provinces de l'Ouest (Equateur, Bandundu, Kinshasa) ;
- Une localisation toujours très particulière des zones touchées, autour des régions lacustres (à l'Est) et le long du fleuve Congo pour les zones de l'Ouest ;
- Une augmentation de la létalité globale à 1,9% contre 1,3% en 2010 et 0,9% en 2009. Cette augmentation étant liée aux taux de létalités élevées observées dans les nouvelles zones de santé (ZS) touchées à l'Ouest de la RDC (Tableau 2.7 (b)).

Tableau 5a : Cas de choléra par province, RDC, 2011*

Province	Début cas	Cas	Décès	Nbre de zs touchées	Moyenne hebdo. de cas	Pic
Nord-Kivu	Semaine 1	5426	57	17/23	60	200
Sud-Kivu	Semaine 1	6389	35	20/32	100	385
Katanga	Semaine 1	3230	52	22/65	60	217
Maniema	Semaine 1	219	2	2/18		
P.Orientale	Semaine 8	1638	74	18/83	50	252
Equateur	Semaine 18	1941	50	21/68	50	210
Bandundu	Semaine 22	2192	137	12/52	50	450
Kinshasa	Semaine 24	937	19	32/35	30	80
R D Congo		21753	424			

**Données incomplètes rapportées par la base de données de la DLM. En réalité, il y a eu environ 219 cas et 2 décès, tous dans la zone de Lubutu (d'après les données complétées auprès de la DPS du Maniema).*

Tableau 5b : Cas de choléra par province, RDC, 2012

Province	Début cas	Cas	Décès	Nbre de ZS touchées	Moyenne cas/ sem	Pic
BANDUNDU	Sem 1	1445	36	4	34	233
BAS CONGO	Sem 4	2099	22	7	47	696
EQUATEUR	Sem 3	2952	162	17	63	320
KATANGA	Sem1	6896	223	24	133	319
KINSHASA	Sem1	976	18	37	20	56
MANIEMA	Sem4	14	4	1	4	8
NORD-KIVU	Sem1	8389	95	11	161	458
ORIENTALE	Sem1	5748	208	19	113	412
SUD-KIVU	Sem1	4762	24	18	92	403
RD Congo		33281	792			

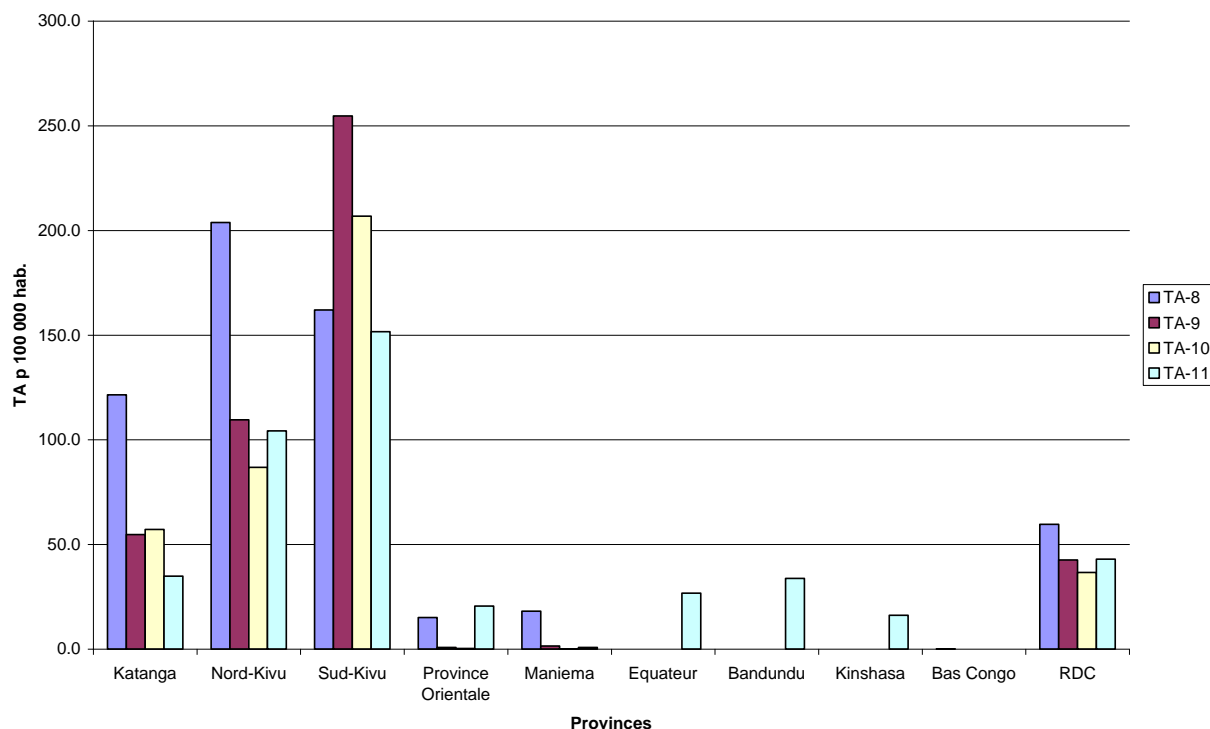
Tableau 6 : Létalité liée au choléra par province, RDC, 2011

Province	Létalité 08 (%)	Létalité 09 (%)	Létalité 10 (%)	Létalité 11 (%)
Katanga	2.4	1.8	2.7	1.6
Nord-Kivu	1.0	0.8	0.6	1.1
Sud-Kivu	0.4	0.5	0.6	0.5
Province Orientale	4.7	1.5	18.5	4.5
Maniema	3.5	0.0	100.0	0.0
Equateur				2.6
Bandundu				6.3
Kinshasa				2.0
Bas Congo				
Total	1.5	0.9	1.3	1.9

Tableau 6 : Létalité liée au choléra par province, RDC, 2012

Province	Létalité 08 (%)	Létalité 09 (%)	Létalité 10 (%)	Létalité 11 (%)	Létalité 12 (%)
Katanga	2.4	1.8	2.7	1.6	3.2
Nord-Kivu	1	0.8	0.6	1.1	1.1
Sud-Kivu	0.4	0.5	0.6	0.5	0.5
Province Orientale	4.7	1.5	18.5	4.5	3.6
Maniema	3.5	0	100	0	28.6
Equateur				2.6	5.5
Bandundu				6.3	2.5
Kinshasa				2	1.8
Bas Congo					1
Total	1.5	0.9	1.3	1.9	2

Figure 8: Taux d'attaque (pour 10000 hab.) de choléra par province, RDC, 2008-2011



En 2011, les profils globaux de la Province Orientale (PO) et le Nord-Kivu (NK) ont été marqués par une tendance à l'augmentation de l'incidence annuelle des cas de choléra.

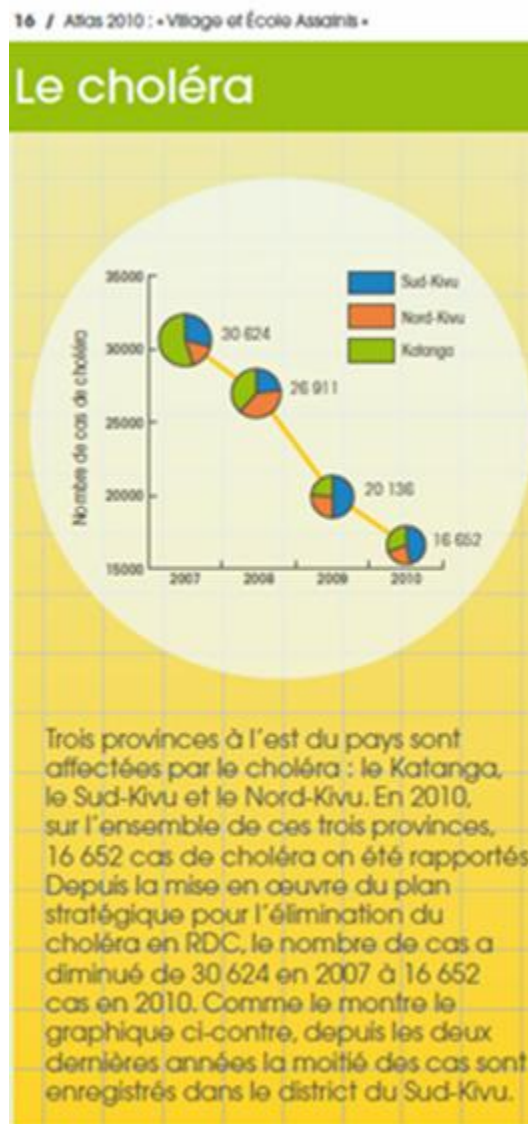
Au Nord Kivu, cette situation pourrait être expliquée par le regain d'insécurité. Cette situation rend difficile la mise en œuvre des mesures de lutte dans les ZS touchées par l'insécurité.

En PO, cette situation est liée à la réémergence du choléra dans la ville de Kisangani. Kisangani est une dense ville portuaire, traversée par le fleuve Congo et faisant le lien entre l'Est et l'Ouest de la RDC par ses réseaux routiers (la route Kisangani-Lubutu, qui relie le Maniema et les deux Kivu à Kisangani) et fluviaux (reliant Kisangani à l'Equateur et aux Bandundu).

C'est donc de Kisangani (touchée à la semaine 8, 2011, mois de février) que des cas de choléra ont diffusé de proche en proche vers d'autres zones de la PO, puis vers les zones de l'Equateur, du Bandundu et enfin de Kinshasa, situées le long du fleuve Congo.

L'analyse de l'évolution des taux d'attaque par province montre tout de même que depuis 2008 (année de lancement du plan stratégique d'élimination du choléra), il a été observé une tendance à la baisse de l'incidence annuelle du choléra dans toutes les provinces de l'Est de la RDC, d'après l'UNICEF.

Figure 9 : Evolution des cas de choléra de 2007 à 2010 dans les provinces du Katanga, Sud Kivu et Nord Kivu



Source : UNICEF, Atlas 2010

La diffusion Est-Ouest du choléra

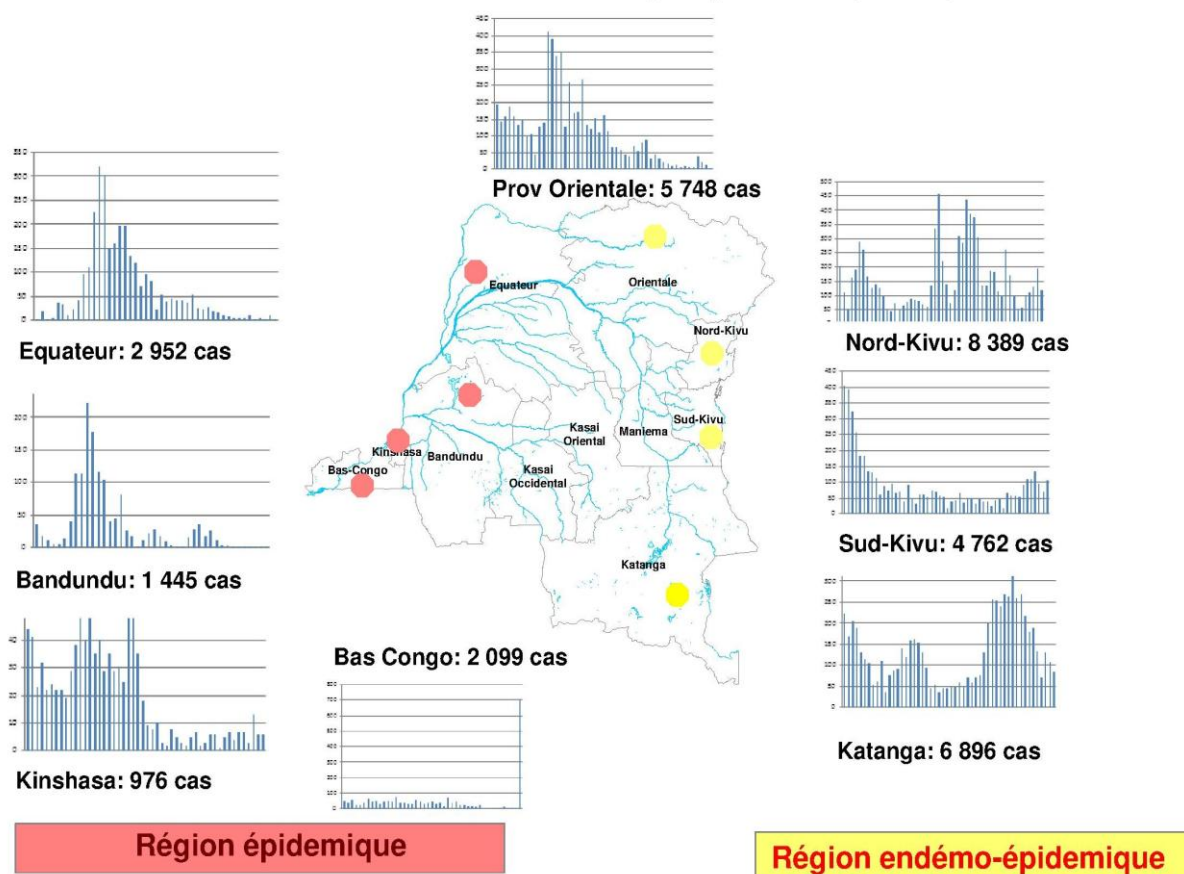
Une étude sur la réémergence du choléra à Kinshasa publiée dans la revue Plos Current en 2012 (D. Bompangue et al., Plos Currents, 2012) rapporte qu'il s'était écoulé 130 jours entre la notification des cas de choléra à Kisangani (semaine 8, mois de février 2011) et leur apparition à Kinshasa (semaine 24, mois de juin 2011).

Ainsi, après plusieurs années de disparition du choléra à l'Ouest de la RDC (les derniers cas en Equateur, au Bandundu et à Kinshasa remontent aux années 2001) et aussi dans la ville de Kisangani (où les derniers cas remontent à 2003-2004), le choléra est de nouveau réapparu à Kisangani et dans les provinces de l'Ouest dont Kinshasa.

Le profil du choléra en RDC en 2011 montre une continuité annuelle des cas dans les provinces endémo-épidémiques de l'Est de la RDC et des flambées épidémiques dans les provinces à profil épidémique de l'Ouest du pays (Figure 10).

Figure 10 : Profil évolutif du choléra par province, RDC, 2011.

Profil évolutif du choléra par province, RDC, 2012



Contrairement à la région Est, l’Ouest de la RDC, région fortement irriguée par le fleuve Congo et ses nombreux affluents, se caractérise par des flambées épidémiques de choléra plus ou moins espacées dans le temps.

De la partie Ouest de la Province Orientale (comprenant la ville de Kisangani) à la ville de Kinshasa en passant par les provinces du Bandundu et de l’Equateur, les dernières plus importantes flambées épidémiques de choléra remontent au début des années 2000. Ces flambées de choléra étaient entre autre dues à la migration Est-Ouest de nombreuses populations quittant les zones de conflits armées à l’Est de la RDC.

Pour les autres provinces non situées dans la région endémique des grands lacs (le Bas Congo et les deux Kasai), les épidémies de choléra connues étaient toutes causées par la diffusion des cas de choléra provenant des zones Est ou des pays voisins. C’est le cas des épidémies du Kasai Oriental en 2002 (venue du Katanga à partir des zones lacustres de Bukama autour du lac Upemba), des épidémies du Bas Congo en 2007 et des cas isolés rapportés à Kinshasa en 2007 (venues de la diffusion des cas de choléra en Angola et au Congo Brazzaville).

Comme démontré récemment, le choléra à l’Ouest de la RDC s’est jusqu’à présent manifesté par des flambées épidémiques suivies de périodes de remissions complètes pouvant aller jusqu’à 10 ans comme dans le cas de Kinshasa et de la province de l’Equateur où les dernières épidémies de choléra remontent à 2001 (Bompangue et al. Plos Current. 2012).

2.8- Etat de la lutte contre le choléra en RDC

Points forts :

- Dans certains cas, des succès ont été obtenus dans la lutte contre les épidémies de choléra en milieu ouvert en RDC, jusqu'à la disparition totale et durable des cas de choléra (zone de Malemba Nkulu au Katanga, province du Kasai oriental, Kinshasa).
- Pendant les épidémies, des données épidémiologiques sont fréquemment collectées et ont pu servir à l'établissement d'une carte du risque.
- Il existe une cartographie des zones à risque, préalable indispensable à la mise en œuvre d'une stratégie de lutte adaptée.

Points faibles :

- La lutte contre le choléra se doit d'être multisectorielle. Certaines activités comme la prise en charge des cas ou la veille épidémiologique relèvent uniquement des attributions du ministère de la santé mais bien d'autres ministères sont impliqués : le ministère de l'énergie (Regideso et SNEL), le ministère du développement rural (AEP en milieu rural), le ministère de l'environnement (Assainissement), le ministère des transports (respect des mesures d'hygiène dans les transports), ... Une des contraintes majeures du plan 2008-2012 a été la trop faible implication des ministères autres que le ministère de la santé au niveau de sa rédaction et de sa mise en œuvre.
- Les interventions portant sur la mise à disposition d'eau potable aux populations en période d'épidémie sont encore trop rares ou trop limitées, alors que les mêmes intervenants consentent des efforts très importants pour la fourniture d'eau en cas de catastrophe naturelle.
- Les actions de sensibilisation sont souvent inadaptées car ne faisant pas l'objet d'une étude de terrain préalable (la sensibilisation des populations consiste le plus souvent en la reproduction mécanique de certains messages et techniques de communication non adaptées à certains milieux).
- Les populations de pêcheurs et les commerçants se rendant dans les zones de pêche, qui paient un très fort tribut au choléra et qui en facilitent la diffusion, ne sont pratiquement jamais pris en compte dans les actions de lutte.

Opportunités

Certains événements récents sont un atout pour ce plan stratégique d'élimination du choléra :

- l'engagement du gouvernement de la RDC à soutenir le plan stratégique d'élimination du choléra en RDC.
- les différents ministères concernés ont pris l'engagement en mai 2011 de poursuivre les efforts en vue de parvenir à l'élimination du choléra en République Démocratique du Congo. Leurs activités seront désormais structurées au sein de ce présent plan stratégique interministériel d'élimination du choléra en République Démocratique du Congo 2013-2017.
- l'engagement des partenaires à appuyer le plan stratégique d'élimination de choléra en RDC en insistant sur la recherche des solutions durables à la problématique du choléra en RDC,

- le retour progressif à une situation plus sécurisée à l'est de la RDC.
- la prise de conscience de plusieurs acteurs de la nécessité d'intégrer la fourniture en eau potable dans les stratégies de lutte contre le choléra.

Menaces

Toutefois, le retour à une situation d'insécurité à l'est de la RDC pourrait constituer un frein important pour la mise en œuvre de ce plan stratégique.

3- PLAN STRATEGIQUE INTERMINISTERIEL D'ELIMINATION DU CHOLERA 2013-2017

3.1- Objectifs

Objectif Général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC par la réduction de la morbidité et de la mortalité attribuables au choléra et aux autres maladies liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Objectif spécifique

Eliminer les épidémies de choléra en RDC.

Le Gouvernement de la RDC considèrera le choléra éliminé, comme problème de santé publique, lorsque sera atteint un taux d'incidence annuel inférieur à 1 cas confirmé pour 100 000 habitants, soit moins de 500 nouveaux cas confirmés par an.

3.2. Ministères impliqués

L'ensemble des ministères présents lors des ateliers de rédaction du plan stratégique interministériel soit :

- Le ministère de la santé publique ;
- Le ministère de l'énergie;
- Le ministère du plan ;
- Le ministère de l'environnement ;
- Le ministère du développement rural;
- Le ministère des transports.

3.3- Stratégie d'intervention

Il est aujourd'hui reconnu par les communautés scientifiques et médicales que les réponses durables de lutte contre le choléra passent par l'amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement et une meilleure maîtrise des comportements hygiéniques.

Avec seulement 26% de taux d'accès à l'eau potable et 14% de taux d'accès à un assainissement amélioré en RDC, le travail restant à accomplir reste immense. **C'est pourquoi il est nécessaire d'établir et mettre en œuvre une stratégie claire aux niveaux national, provincial et local permettant d'adapter le type et l'ampleur de l'action au profil de la zone d'intervention.**

Axes stratégiques d'intervention

Les leçons apprises lors de la phase 1 du plan d'élimination (2008-2012) soulignent l'importance d'une approche concertée et multi sectorielle des différents acteurs (étatiques et ONG) impliqués dans la lutte contre le choléra. Ainsi bien au-delà d'une approche purement médicale, le présent plan stratégique préconise six axes stratégiques d'intervention pour éliminer le choléra en RDC:

- 1) Renforcement des activités de surveillance épidémiologique globale, recherche opérationnelle et circulation de l'information
- 2) Renforcement des mesures de prévention,
- 3) Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, à l'hygiène et l'assainissement,
- 4) Prise en charge médicale des cas,
- 5) Renforcement de la coordination et de la communication.

Renforcement des activités de surveillance globale, recherche opérationnelle et circulation de l'information

Afin de continuer à renforcer les stratégies de lutte contre le choléra, il est indispensable de poursuivre l'analyse fine de la répartition spatiale des cas de choléra, des dynamiques de diffusion dans le temps et dans l'espace afin d'informer les acteurs opérationnel de la lutte et prioriser les interventions à court, moyen et long terme.

Cette surveillance comprend les volets:

- clinique,
- biologique,
- environnementale,
- qualité des eaux,
- mouvements des populations.

Les questionnements qui émergeront tout au long du projet feront l'objet de recherches opérationnelles conduites par les structures habilitées et compétentes.

La circulation de l'information tant ascendante (remontées du terrain) que descendante (information des acteurs de terrain) est une des clés de l'efficacité de la surveillance. Les nouvelles technologies de l'information peuvent constituer un outil intéressant pour faciliter cette circulation, l'exemple d'Haïti en est une très bonne illustration.

Les Ministères impliqués dans le processus d'élimination du choléra en collaboration avec leurs partenaires procéderont à la mise en œuvre des activités relatives aux différents volets de la surveillance globale.

Renforcement des mesures de prévention

Dans l'entendement de ce plan stratégique de lutte contre le choléra, les mesures de prévention comprennent :

- L'accès à l'eau potable ;
- La promotion des mesures d'hygiène individuelles et collectives ;
- L'assainissement de l'environnement ;
- La communication pour le changement des comportements ;
- L'éducation sanitaire.
-

Mise en place des interventions liées à l'eau, l'hygiène, et l'assainissement

Les interventions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement se déclinent de la manière suivante:

- a) En rapport avec l'eau : amélioration de l'accès à l'eau potable pour les populations affectées ou à risques par le développement des infrastructures ;
- b) En rapport avec l'hygiène : amélioration de la qualité de l'hygiène liée à l'eau et aux aliments ;
- c) En rapport avec l'assainissement : assainissement de base et salubrité publique.

La prise en charge médicale des cas

La prise en charge médicale des cas sera organisée comme suit :

- Préparation à la riposte : Formation du personnel, prépositionnement des médicaments et intrants ;
- La riposte : mise en place des centres de traitement des maladies diarrhéiques (CTMD) ;
- Evaluation de la prise en charge.

Le renforcement de la coordination et de la communication

La mise en œuvre du plan stratégique pour l'élimination du choléra est placée sous la coordination du Ministère du plan et du suivi de la révolution de la modernité à travers le comité national d'action de l'eau et de l'assainissement CNAEA au sein du Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Une plate-forme regroupant tous les intervenants fortement impliqués dans la stratégie d'élimination du choléra en RDC sera mise en place dans le cadre d'un Pacte pour l'Élimination du Choléra en RDC (PEC).

Le partenariat inter- et intra-sectoriel sera renforcé à tous les niveaux.

La vulgarisation du plan à travers le pays se fera en deux étapes :

- La publication d'un bulletin officiel ;
- Le lobbying tout au long de la période fixée par le plan

L'approche géographique, des solutions techniques adaptées aux contextes épidémiologiques

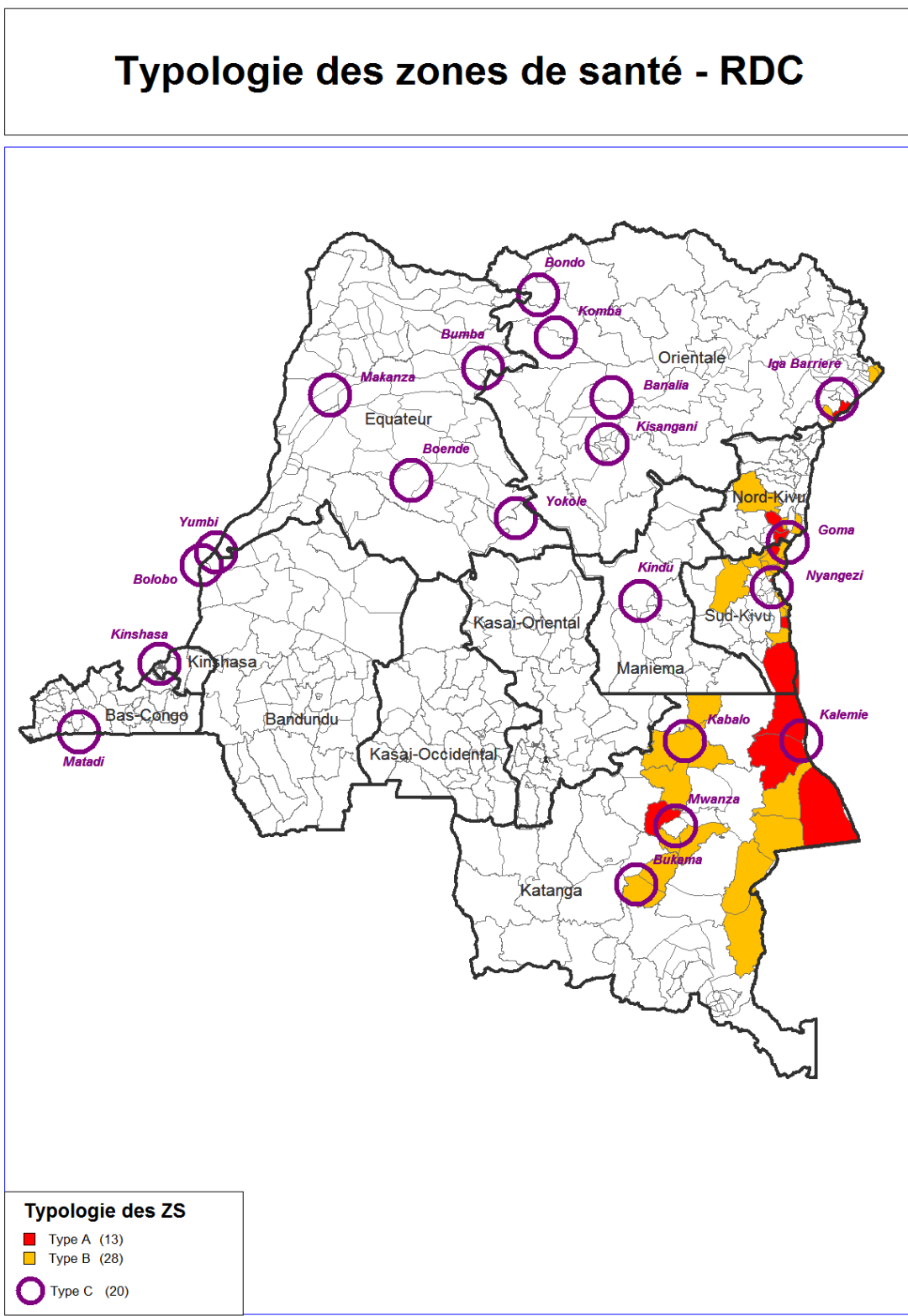
L'approche géographique a pour but d'optimiser l'utilisation des fonds mobilisés dans la lutte contre le choléra en orientant les activités en fonction des priorités d'intervention. Trois types de zones santé sont définies :

- **Zones de santé de type A** ou zones de santé sources : il s'agit des zones de santé notifiant des cas de choléra tout au long de l'année ;
- **Zones de santé de type B** ou zones de santé à risque fort : il s'agit des zones de santé notifiant chaque année des cas de choléra mais présentant des périodes de rémission
- **Zones de santé de type C** ou zones de santé nœuds : il s'agit de carrefours de communication, zones de santé clés en cas de diffusion géographique des épidémies.

Tableau 7 : Typologie des zones d'intervention

Provinces	Zones endémiques (présence permanente du choléra) – Type A	Zones épidémiques (présence annuel mais ponctuel du choléra) – Type B	Nœuds de diffusion – Type C
Sud-Kivu	Uvira, Fizi, Kadutu, Minova	Katana, Nundu, Ruzizi, Bunyakiri, Kabare, Miti-Murhesa, Ibanda, Kahele, Lemera, Idjwi	Nyangezi,
Katanga	Kalemie, Nyemba, Moba, Kinkondja (Malemba)	Kansimba, Kabalo, Ankoro, Kongolo, Malemba-Nkulu, Mukanga, Pweto, Mulungu, Bukama, Kilwa, Kansenga, Butumba	Kalemie, Kabalo, Mwanza, Bukama
Nord Kivu	Goma, Kiroshe, Karisimbi, Mweso	Pinga, Rushuru, Birambizo	Goma
Province Orientale	Tchomia	Gethy, Nyarembe, Angumu	Bondo, Komba, Banalia, Kisangani, Iga Barriere
Bas Congo			Matadi
Maniema			Kindu
Equateur			Boende, Makanza, Bumba, Yokole
Bandundu			Bolobo, Yumbi
Kinshasa			Kinshasa

Figure 11 : Typologie des zones de santé en République Démocratique du Congo



Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie 2013-2017, il est prévu de **focaliser les activités d'amélioration durable des infrastructures sur les zones de santé de type A.**

Sur la même période, la résilience face aux épidémies de choléra est développée au niveau local à travers :

- **La création d'une capacité de réponse locale en mesure de lutter efficacement contre des épidémies de faible ampleur dans les zones de type A, B et C ;**
- **Une reprise communautaire de la lutte préventive dans les zones de santé de type A et de façon ciblée dans quelques zones de santé de type B particulièrement vulnérables.**

Enfin, **une capacité de réponse d'ampleur est conservée et renforcée au niveau national** à travers :

- La signature d'accords avec des partenaires de la lutte contre le choléra en vue de répondre efficacement et rapidement à des épidémies de grande ampleur ;
- Le pré positionnement de stocks de contingence auprès des partenaires ;
- La mise en place d'un fonds d'urgence dédié de réponse aux épidémies de choléra afin d'améliorer le temps de réponse aux épidémies d'ampleur et ainsi grâce à une efficacité plus grande en limiter les conséquences sanitaires et financières.

3.4- Résultats attendus d'ici fin 2017 par axes stratégiques

AXE STRATEGIQUE	RESULTATS ATTENDUS
1) Renforcement des activités de surveillance globale, recherche opérationnelle et circulation de l'information	<ul style="list-style-type: none"> - Résultat 1.1: Les activités de surveillance globale sont renforcées dans les zones de santé de type A et C. - Résultat 1.2 : Les données sur l'évolution du choléra sont reportées et partagées en temps réel pour l'ensemble des zones de santé. - Résultat 1.3 : Une capitalisation annuelle nationale et transfrontalière de l'expérience au niveau géographique et de mise en œuvre est effectuée. - Résultat 1.4 : La recherche opérationnelle nécessaire à une meilleure compréhension des dynamiques de transmission est réalisée.
2) Renforcement des mesures de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Résultat 2.1 : Une capacité de réponse locale au choléra est en place dans les zones A, B et C (création/renforcement du système de protection civile). - Résultat 2.2 : Une reprise communautaire de

	<p>la lutte préventive contre le choléra est en place dans les zones A et dans les zones B prioritaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résultat 2.3 : Une capacité de réponse aux épidémies de grande ampleur est en place à l'échelle nationale.
<p>3) Mise en place des interventions liées à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Résultat 3.1 : Une planification pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement sur les aires de santé de type A (technique et évaluation budgétaire) est réalisée. - Résultat 3.2 : Une mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement dans les aires de santé de type A est réalisée. - Résultat 3.3 : Les systèmes de gestion en place sont renforcés et assurent la pérennité des installations.
<p>4) Prise en charge médicale des cas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Résultat 4.1 : 100% des patients atteints de choléra bénéficient d'un traitement médical adéquat. - Résultat 4.2 : La gestion médicale des épidémies de choléra est assurée dans l'ensemble des zones de santé.
<p>5) Renforcement de la coordination et de la communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Résultat 5.1 : Le cadre formel de concertation pour la lutte contre le choléra est mis en place. - Résultat 5.2 : La coordination multisectorielle des activités est renforcée. - Résultat 5.3 : La coordination des activités de surveillance globale à tous les niveaux est assurée. - Résultat 5.4 : Les principaux partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sont sensibilisés et impliqués dans le processus d'élimination du choléra. - Résultat 5.5 : Un plan de vulgarisation du projet d'élimination du choléra est disponible et mise en œuvre. - Résultat 5.6 : Les programmes d'éducation ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation

	<p>pour la santé et de formation.</p> <ul style="list-style-type: none">- Résultat 5.7 : Les ressources humaines et financières nécessaires sont identifiées et mobilisées.- Résultat 5.8 : Un bulletin trimestriel sur les activités d'élimination du choléra est publié.- Résultat 5.9 : La coopération transfrontalière est renforcée
--	--

3.5- Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES (suppositions)
OBJECTIF GENERAL Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la République Démocratique du Congo par la réduction de la morbidité et de la mortalité attribuables au choléra et aux autres maladies liées à l'Eau, Hygiène et l'Assainissement.	Taux de mortalité et de morbidité brute	Enquêtes	
OBJECTIF SPECIFIQUE Eliminer le choléra en République Démocratique du Congo d'ici fin 2017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ incidence du choléra < 1 Cas confirmé pour 100000 habitants ▪ létalité du choléra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ les rapports des MAPEPI ▪ Rapports d'investigation ▪ SNIS 	Efficacité des programmes de lutte contre les maladies mises en œuvre dans le pays
AXE 1 : RENFORCEMENT DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE GLOBALE, RECHERCHE OPERATIONNELLE ET CIRCULATION DE L'INFORMATION			
Résultat 1.1: Les activités de surveillance globale sont renforcées dans les zones de santé de type A et C.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ complétude des rapports dans tous les secteurs concernés ▪ promptitude dans tous les secteurs concernés ▪ épidémies détectées dans le délai (48h) ▪ intervention dans le délai 	Rapports des services concernés	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra impliqués.
Résultat 1.2 : Les données sur l'évolution du choléra sont reportées et partagées en temps réel pour l'ensemble des zones de santé.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ complétude des rapports dans tous les secteurs concernés ▪ promptitude dans tous les secteurs concernés ▪ épidémies détectées dans le délai (48h) ▪ intervention dans le délai 	Rapports des services concernés	La paix et la sécurité établies restent durables
Résultat 1.3 : Une capitalisation annuelle nationale et transfrontalière de l'expérience au niveau géographique et de mise en œuvre est effectuée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence de rapports de capitalisation ▪ Rapports de réunions nationales et régionales 	Rapports des services concernés	
Résultat 1.4 : La recherche opérationnelle nécessaire à une meilleure compréhension des dynamiques de transmission est réalisée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence de projets de recherche 	Existence de publications scientifiques	
AXE 2 : RENFORCEMENT DES MESURES DE PREVENTION			
Résultat 2.1 Une capacité de réponse locale au choléra est en place dans les zones A, B et C (création/renforcement du système de protection civile).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des Zones de Santé ayant un Comité multisectoriel de Lutte Contre le Choléra fonctionnel ▪ Proportion des Zones de Santé ayant un Plan de lutte contre le choléra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compte-rendu des réunions ▪ Rapports d'activités ▪ Rapports de supervision 	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra impliqués
Résultat 2.2 : Une reprise communautaire de la lutte préventive contre le choléra est en place dans les zones A et dans les zones B prioritaires.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des Zones de Santé de type A et B prioritaires bénéficiant de revendeurs de chlore ▪ Proportion des Zones de santé de type A et B prioritaires qui appliquent les normes en matière de sécurité alimentaire des aliments et des eaux de boisson ▪ Proportion des moyens de transport et d'embarcations qui appliquent les normes sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquêtes ▪ Rapports d'activités des services concernés 	Disponibilité des financements

Résultat 2.3 : Une capacité de réponse aux épidémies de grande ampleur est en place.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'accords signés avec des partenaires de la lutte contre le choléra ▪ Existence de stocks de contingence pré positionnés ▪ Existence d'un fonds d'urgence dédié 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activités des services et structures concernés 	
AXE 3 : MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS LIEES A L'EAU POTABLE, A L'ASSAINISSEMENT ET A L'HYGIENE			
Résultat 3.1 : Une planification pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement sur les aires de santé de type A (technique et évaluation budgétaires) est réalisée.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des zones de santé de type A bénéficiant d'un schéma directeur de mise à niveau des infrastructures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schémas directeurs 	Implication des ministères concernés
Résultat 3.2 : Une mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement dans les aires de santé de type A est réalisée.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de réalisation des schémas directeurs ▪ Pourcentage de la population vivant dans des zones de santé de type A ayant accès à l'eau potable et à l'assainissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activités ▪ Enquête 	Disponibilité de l'expertise technique
Résultat 3.3 : Les systèmes de gestion en place sont renforcés et assurent la pérennité des installations.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recouvrement des coûts d'exploitation et de maintenance des installations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activités ▪ Enquête 	Disponibilité des fonds
			La paix et la sécurité établies restent durables
AXE 4 : LA PRISE EN CHARGE DES CAS			
Résultat 4.1 : 100% des patients atteint de choléra bénéficient d'un traitement adéquat.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion de cas de choléra qui bénéficient d'un traitement adéquat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rapports d'activités ▪ Rapport des supervisions 	Disponibilité des financements
Résultat 4.2 : La gestion des épidémies de choléra est assurée dans l'ensemble des Zones de Santé.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des Zones de Santé ayant un Comité multisectoriel de Lutte Contre le Choléra fonctionnel ▪ Proportion des Zones de Santé ayant un Plan de lutte contre le choléra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compte-rendu des réunions ▪ Rapports d'activités ▪ Rapports de supervision 	La paix et la sécurité établies restent durables
AXE 5 : LE RENFORCEMENT DE LA COORDINATION			
Résultat 5.1 : Le cadre formel de concertation est mis en place.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence des Comité Opérationnels pour l'Elimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'hygiène et l'assainissement à tous les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrêté Interministériel /Décret du Premier ministre ▪ Arrêté du gouverneur de Province 	Implication de l'ensemble des acteurs
Résultat 5.2 : La coordination multi sectorielle des activités est renforcée.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des réunions tenues à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compte-rendu des réunions ▪ Rapports d'activités ▪ Rapport des supervisions 	Disponibilité des financements
Résultat 5.3 : Un système de suivi et d'évaluation du plan multisectoriel d'élimination du choléra est en place	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des missions de suivi et évaluation réalisées ▪ Ateliers de revue et d'ajustement périodiquement réalisés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activités ▪ Rapports des missions 	La paix et la sécurité établies restent durables
Résultat 5.4 : Les principaux partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sont sensibilisés et impliqués dans le processus d'élimination du choléra.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des principaux partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sensibilisés et impliqués dans le processus d'élimination du choléra ▪ Existence d'une plate-forme regroupant tous les intervenants fortement impliqués dans la stratégie d'élimination du choléra en République Démocratique du Congo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'activités ▪ Rapport financier 	

Résultat 5.5 : Un plan de vulgarisation du projet d'élimination du choléra est disponible et mise en œuvre.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence du plan de vulgarisation ▪ Nombre de séances de vulgarisation organisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'activités ▪ Document du plan de vulgarisation 	
Résultat 5.6 : Les programmes d'éducation ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence dans les programmés d'enseignement au niveau primaire, secondaire et universitaire des notions en rapport avec l'élimination du choléra. ▪ Proportion des écoles, instituts et/ou universités qui ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'activités ▪ Enquêtes ▪ Manuels/modules des cours 	
Résultat 5.7 : Les ressources humaines et financières nécessaires sont identifiées et mobilisées.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des ressources humaines et financières mobilisées par rapport aux besoins identifiés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activités 	
Résultat 5.8 : Un bulletin trimestriel sur les activités d'élimination du choléra est publié.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence du bulletin trimestriel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste de diffusion 	
Résultat 5.9 : La coopération transfrontalière est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunions transfrontalières organisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compte rendus de réunions 	

3.6- Budget estimatif détaillé

ACTIVITES	COUT ANNEE (1)	COUT TOTAL
Résultat 1.1 : Les activités de surveillance globale sont renforcées dans les zones de santé de type A et de type C		
1. Produire les documents normatifs de la surveillance dans tous les secteurs impliqués dans l'objectif de l'élimination du choléra.	200 000	200 000
2. Former les acteurs impliqués à tous les niveaux dans tous les secteurs concernés	1 000 000	2 000 000
3. Rendre disponible les documents normatifs de la surveillance et de la lutte contre le cholera	300 000	400 000
4. Doter les laboratoires des secteurs impliqués dans la surveillance globale du choléra en consommables indispensables.	1 000 000	2 000 000
5. Mettre en œuvre les activités de surveillance dans tous les secteurs	500 000	2 000 000
Résultat 1.2 : Les données sur l'évolution du choléra sont reportées et partagées en temps réel pour l'ensemble des zones de santé.		
1. Mise en place de moyens de communications efficaces (nouvelles technologies de l'information)	100 000	200 000
Résultat 1.3 : Une capitalisation annuelle nationale et transfrontalière de l'expérience au niveau géographique et de mise en œuvre est effectuée		
1. Diffusion des rapports de capitalisation	N/A	N/A
Résultat 1.4 : La recherche opérationnelle nécessaire à une meilleure compréhension des dynamiques de transmission est réalisée		
1. Réalisation de programmes de recherche	400 000	2 000 000
SOUS-TOTAL 1	3 500 000	8 800 000
Résultat 2.1 : Une capacité de réponse locale au choléra est en place dans les zones A, B et C (création/renforcement du système de protection civile)		
1. Actualiser et standardiser les normes et directives en matière d'hygiène dans tous les secteurs dans le but de l'élimination du choléra.	100 000	350 000
2. Produire les outils de sensibilisation	200 000	650 000
3. Former les formateurs provinciaux en sensibilisation en matière d'hygiène pour l'élimination du choléra	PM	PM
4. Mettre en place des structures de sensibilisation des ménages sur les bonnes pratiques d'hygiène en utilisant tous les moyens possibles	20 000	20 000
5. Doter les populations vulnérables et économiquement défavorisées des zones endémiques en kit d'hygiène.	1 000 000	1 000 000
6. Intégrer les organisations d'assise communautaire dans la prévention du choléra.	PM	PM
7. Répondre localement à des épidémies de choléra	1 500 000	5 000 000
SOUS-TOTAL 2.1	2 820 000	7 020 000
Résultat 2.2 : Une reprise communautaire de la lutte préventive contre le choléra est en place dans les zones A et dans les zones B prioritaires.		
1. Mettre en place des entreprises sociales de revente de chlore.	3 000 000	10 000 000
2. Mettre en place des structures de sensibilisation des transporteurs et des populations usagées sur les bonnes pratiques d'hygiène.	100 000	100 000
3. Appliquer les normes et directives sanitaires en matière de transport fluvial, lacustre, aérien, ferroviaire, routier et maritime dans le but de l'élimination du choléra.	PM	PM
4. Actualiser et standardiser les normes et directives sanitaires dans tous les secteurs dans le but de l'élimination du choléra.	200 000	300 000
5. Standardiser les normes de production, de transformation, de distribution, et de conservation des aliments et des eaux de boissons.	400 000	1 000 000
6. Mettre en place des structures de sensibilisation des populations spécifiques: les pêcheurs, les agriculteurs, les mineurs artisanaux, les transporteurs, les armateurs sur les bonnes pratiques d'hygiène.	100 000	300 000

7. Former les agents de tous les secteurs impliqués à tous les niveaux sur l'hygiène des aliments et des eaux de boissons pour lutter contre le choléra.	PM	PM
8. Vulgariser et appliquer la réglementation sur la sécurité sanitaire des aliments et des eaux de boissons.	200 000	200 000
9. Renforcer le mécanisme de contrôle qualité de l'eau de boisson et des aliments.	300 000	600 000
10. Doter les laboratoires d'analyse des denrées alimentaires et des eaux en réactifs et consommables.	300 000	600 000
11. Réactualiser les normes de sécurité sanitaire des aliments (des rues)	300 000	300 000
12. Vulgariser les normes de sécurité sanitaire des aliments	200 000	200 000
13. Produire des outils de contrôle, de réglementation et législation des normes de sécurité sanitaire des aliments	200 000	200 000
14. Former les formateurs Provinciaux sur la sécurité sanitaire des aliments vendus dans les rues	300 000	300 000
15. Sensibiliser les communautés sur la sécurité sanitaire des aliments vendus dans les rues	PM	PM
16. Assurer un suivi et la supervision sur la sécurité sanitaire des aliments	200 000	200 000
SOUS-TOTAL 2.2	5 800 000	14 300 000
Résultat 2.3 : Une capacité de réponse aux épidémies de grande ampleur est en place à l'échelle nationale		
1. Pré-positionner des stocks de contingence auprès des partenaires	1 000 000	1 400 000
2. Mettre en place un fonds d'urgence dédié de réponse aux épidémies d'ampleur.	10 000 000	10 000 000
SOUS-TOTAL 2.3.	11 000 000	11 400 000
SOUS TOTAL 2	19 620 000	32 720 000
Résultat 3.1 : Une planification pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement sur les aires de santé de type A (technique et évaluation budgétaire)		
1. Rédiger des schémas directeurs d'intervention pour chacune des zones de type A.	2 000 000	5 000 000
Résultat 3.2 : Une mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement dans les aires de santé de type A est réalisée ;		
1. Réaliser les travaux de développement des infrastructures dans chacune des zones de type A.	0	90 000 000
Résultat 3.3 : Les systèmes de gestion en place sont renforcés et assurent la pérennité des installations		
2. Mettre en place des systèmes de gestion adaptés assurant la pérennité des infrastructures	500 000	5 000 000
SOUS-TOTAL 3	2 500 000	100 000 000
Résultat 4.1 : 100% des patients atteint de choléra bénéficient d'un traitement adéquat		
1. Elaborer les plans de contingence à tous les niveaux.	300 000	1 000 000
2. Pré-positionner les kits de prise en charge	2 000 000	2 000 000
3. Mettre en place les CTMD (centre de traitement des maladies diarrhéiques)	800 000	1 500 000
4. Approvisionner en intrants, médicaments, consommables et aliments pendant en période de flambée épidémique.	2 000 000	2 000 000
5. Former le personnel des zones de santé et les prestataires de soins en prise en charge des cas de choléra.	1 000 000	2 000 000
6. Doter les CTMD en matériel de protection, d'hygiène et désinfection	PM	PM
7. Payer de primes conséquentes aux personnels travaillant dans les sites de prise en charge des cas de choléra.	PM	PM
SOUS-TOTAL 4.1	6 100 000	8 500 000
Résultat 4.2 : La gestion des épidémies de choléra est assurée dans l'ensemble des zones de santé		

1. Mettre en place des CTC le plus proche possible des foyers épidémiques	1 000 000	2 000 000
2. Assurer l'hygiène et assainissement à l'intérieur et autour des CTC.	PM	PM
3. Mettre en place des projets "d'ambulances" assurant le transfert en conditions sécurisées des patients et des cadavres.	1 000 000	1 500 000
SOUS-TOTAL 4.2	2 000 000	3 500 000
SOUS TOTAL 4	8 100 000	12 000 000
Résultat 5.1 : Un cadre formel de concertation est mis en place		
1. Arrêté interministériel portant création d'un cadre d'harmonisation des interventions en vue de l'élimination du choléra et des autres maladies liées à l'eau, hygiène et assainissement.	5 000	5 000
2. Mettre en place et rendre fonctionnel un comité opérationnel tant au niveau national que provincial pour la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique d'élimination du choléra.	600 000	600 000
3. Mettre en place des mécanismes de suivi	PM	PM
SOUS-TOTAL 5.1	605 000	605 000
Résultat 5.2 La coordination multi sectorielle des activités est renforcée		
1. Elaborer les Plan d'action Opérationnels	600 000	600 000
2. Assurer le fonctionnement de la coordination multisectorielle à tous les niveaux.	PM	PM
3. Actualiser le document sur les directives techniques sur la lutte contre le choléra en intégrant les aspects de la multisectorialité.	PM	PM
SOUS-TOTAL 5.2	600 000	600 000
Résultat 5.3 : Les activités de suivi et évaluation du plan multisectoriel d'élimination du choléra sont assurées		
1. Planifier et assurer les supervisions des différents projets liés à la mise en œuvre du plan d'élimination du choléra.	500 000	1 000 000
2. Planifier et réaliser les revues d'évaluation de la mise à œuvre.	20 000	100 000
SOUS-TOTAL 5.3	520 000	1 100 000
Résultat 5.4 : Les principaux partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sont sensibilisés et impliqués dans le processus		
1. Organiser des réunions de plaidoyer pour la mobilisation de financements durables.	50 000	100 000
Résultat 5.5 : Un plan de vulgarisation du projet d'élimination du choléra est disponible et mise en œuvre		
1. Identifier le réseau de communication local	PM	PM
2. Mettre en place une stratégie de communication de proximité	3 000	15 000
3. Elaborer un plan de passation des marchés.	10 000	20 000
4. Mettre en place un cadre de suivi de la mise en œuvre du plan de vulgarisation.	PM	PM
5. Créer un site web du plan d'élimination du choléra.	50 000	100 000
6. Elaborer un bulletin trimestriel sur les activités d'élimination du choléra est publié	80 000	400 000
SOUS-TOTAL 5.5	143 000	535 000
Résultat 5.6 : Les programmes d'éducation ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation		
1. Elaborer des documents de vulgarisation à l'intention de différentes institutions d'enseignement primaire, secondaire, supérieur et universitaire.	100 000	100 000

2. Organiser des ateliers d'harmonisation et validation des différents documents.	100 000	100 000
3. Rendre disponibles les outils de vulgarisation des notions en rapport avec l'élimination du choléra.	500 000	500 000
SOUS-TOTAL 5.6.	700 000	700 000
Résultat 5.7 : Les ressources humaines et financières nécessaires sont identifiées et mobilisées		
1. Elaborer un plan de mobilisation des ressources.	PM	PM
2. Organiser des campagnes de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan.	PM	PM
SOUS-TOTAL 5.7	0	0
Résultat 5.8 : Un bulletin trimestriel sur les activités d'élimination du choléra est publié		
1. Rédaction du bulletin trimestriel	PM	PM
2. Diffusion par voie électronique du bulletin trimestriel	PM	PM
SOUS-TOTAL 5.8	0	0
Résultat 5.9 : La coopération transfrontalière est renforcée		
1. Organisation annuelle de réunion transfrontalière	60 000	300 000
SOUS-TOTAL 5	2 678 000	3 940 000
TOTAL GENERAL	36 398 000	157 460 000

3.7- Budget annuel

N°	Résultats	2013	2014	2015	2016	2017	Totaux par Résultats	%
1.1	Les activités de surveillance globale sont renforcées dans les zones de santé de type A et de type C	3 000 000	900 000	900 000	900 000	900 000	6 600 000	4,19%
1.2	Les données sur l'évolution du choléra sont reportées et partagées en temps réel pour l'ensemble des zones de santé.	100 000	25 000	25 000	25 000	25 000	200 000	0,13%
1.3	Une capitalisation annuelle nationale et transfrontalière de l'expérience au niveau géographique et de mise en œuvre est effectuée	0	0	0	0	0	0	0%
1.4	La recherche opérationnelle nécessaire à une meilleure compréhension des dynamiques de transmission est réalisée	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	2 000 000	1,27%
2.1	Une capacité de réponse locale au choléra est en place dans les zones A, B et C (création/renforcement du système de protection civile)	2 820 000	1 500 000	1 500 000	600 000	600 000	7 020 000	4,46%
2.2	Une reprise communautaire de la lutte préventive contre le choléra est en place dans les zones A et dans les zones B prioritaires	5 800 000	4 000 000	2 000 000	1 500 000	1 000 000	14 300 000	9,08%
2.3	Une capacité de réponse aux épidémies de grande ampleur est en place à l'échelle nationale	11 000 000	100 000	100 000	100 000	100 000	11 400 000	7,24%
3.1	Une planification pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement sur les aires de santé de type A (technique et évaluation budgétaire) est réalisée	2 000 000	2 000 000	1 000 000	0	0	5 000 000	3,18%
3.2	Une mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement dans les aires de santé de type A est réalisée	0	22 500 000	22 500 000	22 500 000	22 500 000	90 000 000	57,16%
3.3	Les systèmes de gestion en place sont renforcés et assurent la pérennité des installations	500 000	1 500 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000	3,18%

4.1	100% des patients atteint de choléra bénéficient d'un traitement adéquat	6 100 000	600 000	600 000	600 000	600 000	8 500 000	5,40%
4.2	la gestion des épidémies de choléra est assurée dans l'ensemble des zones de santé	2 000 000	375 000	375 000	375 000	375 000	3 500 000	2,22%
5.1	Un cadre formel de concertation est mis en place	605 000	0	0	0	0	605 000	0,38%
5.2	La coordination multi sectorielle des activités est renforcée	600 000	0	0	0	0	600 000	0,38%
5.3	Les activités de suivi et évaluation du plan multisectoriel d'élimination du choléra sont assurées	520 000	145 000	145 000	145 000	145 000	1 100 000	0,70%
5.4	Les principaux partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sont sensibilisés et impliqués dans le processus d'élimination du choléra	50 000	0	50 000	0	0	100 000	0,06%
5.5	Un plan de vulgarisation du projet d'élimination du choléra est disponible et mise en œuvre	143 000	140 000	84 000	84 000	84 000	535 000	0,34%
5.6	Les programmes d'éducation ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation	700 000	0	0	0	0	700 000	0,44%
5.7	Les ressources humaines et financières nécessaires sont identifiées et mobilisées	0	0	0	0	0	0	0%
5.8	Un bulletin trimestriel sur les activités d'élimination du choléra est publié	0	0	0	0	0	0	0%
5.9	La coopération transfrontalière est renforcée	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	300 000	0,19%
	TOTAL	36 398 000	34 245 000	30 739 000	28 289 000	27 789 000	157 460 000	100%

4- CADRE INSTITUTIONNEL

4.1- Le Niveau Central

La responsabilité de l'exécution et de la mise en œuvre du Plan Multisectoriel de lutte contre le Choléra incombe au **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement**, au sein du **Comité National d'action de l'eau et de l'assainissement (CNAEA)**.

Le **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement** accomplit les tâches ci-après :

- Elaborer le plan d'action de l'élimination du choléra ;
- Assurer la mise en œuvre du plan d'action de l'élimination du choléra ;
- Mobiliser les ressources ;
- Assurer le suivi et l'évaluation du plan d'action ;
- Elaborer le budget de son fonctionnement.

Ce comité, dont les modalités de fonctionnement sont définies par l'Arrêté interministériel/Décret du Premier Ministre relatif à la création du cadre d'harmonisation de la collaboration en vue de l'Elimination du choléra et des maladies liées à l'Eau l'hygiène et l'Assainissement, est composé des Directions Nationales des ministères concernés dans la mise en œuvre de ce plan, et coordonne toutes les activités en rapport avec la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination du choléra en RDC.

Les ministères concernés sont les suivants : Ministère du Plan, Ministère de l'Environnement, Ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Energie, Ministère du Développement Rural, Ministère des Transports, Ministère de Communication, Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire et le Ministère de l'Enseignement Supérieur, Universitaire et Recherche Scientifique.

Qui plus est, ce comité assurera la coordination des activités des Ministères et autres acteurs transversaux dans la mise en œuvre de ce plan (le Ministère de l'Intérieur, le Ministère chargé de l'immigration et du contrôle des frontières, Finances, Partenaires Techniques et financiers du gouvernement ainsi que la Société Civile).

4.2- Le niveau Intermédiaire

Au niveau provincial, la coordination de la mise en œuvre du Plan Multisectoriel de lutte contre le Choléra est assurée par le **Comité Opérationnel Provincial pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement**, au sein du **Comité Provincial d'Action de l'eau et de l'Assainissement (CPAEA)**.

A ce niveau, sont concernées les divisions provinciales des ministères du Plan, de l'Environnement, de la Santé Publique, de l'Energie, du Développement Rural, de Transport, de Communication, de l'Agriculture, Ministère de l'Education Nationale et de l'enseignement supérieur.

4.3- Le niveau opérationnel

Les Services publics du niveau opérationnel mettent en œuvre leurs activités tant préventives que lors des flambées épidémiques de choléra au niveau local.

Les autorités politico-administratives locales sont mises à contribution pour faire respecter les directives de ce programme de lutte contre le choléra,

Ils signalent à travers un rapport envoyé aux niveaux hiérarchiques supérieur tout manquement aux directives de la présente politique nationale par les partenaires d'interventions sur le terrain, etc.

4.4. Les Centres de prise en charge médicale

Deux types de centres : Centres de Traitement des Maladies Diarrhéiques (CTMD) et les Centres de réhydratation avancés (CERAV).

Les CTMD sont responsables de la prise en charge des cas de choléra et d'autres cas de diarrhées pendant que les CERAV sont mis en place loin des CTMD afin de ne pas multiplier ces derniers, ils permettent de démarrer la réhydratation des patients avant leur acheminement éventuel dans les CTMD.

4.5. Rôle des partenaires intervenant sur le terrain

Il s'agit d'Organisations Non Gouvernementales, nationales et internationales (comme la Fondation Veolia Environnement, Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, Solidarités International, IRC, Croix-Rouge, Merlin, ...) et de certaines agences des Nations Unies (OMS, UNICEF,...)

Ces partenaires doivent aider la RDC à atteindre les objectifs qu'elle s'est assignés dans la mise en œuvre de ce plan stratégique d'élimination du choléra.

A tous les niveaux (Central, Intermédiaire et Opérationnel) ces partenaires aident la mise en œuvre des activités du Plan Multisectoriel de l'Élimination du choléra en RDC.

De son côté, le Gouvernement de la RDC est tenu :

- de faciliter aux ONG l'accès aux différentes administrations pour simplifier leur travail sur le terrain,
- de veiller au respect par les services de douanes des instructions gouvernementales qui octroient certaines exonérations douanières aux matériels et médicaments des ONGI entrant en RDC pour des besoins humanitaires,
- de mettre en place un cadre de concertation permanent avec les ONG, les bailleurs de fonds et d'autres structures nationales (REGIDESO pour l'eau, la SNEL (Société Nationale d'Electricité) pour l'électricité, la DGM pour les migrations de personnes, ...) pour le suivi et l'évaluation du plan stratégique d'élimination du choléra en RDC.

4.6- Rôle des partenaires bailleurs de fonds

Le rôle des partenaires bailleurs de fonds est :

- Veiller au respect du présent plan stratégique d'élimination du choléra et de ses directives par les ONG internationales œuvrant sur le terrain.
- Conditionner l'octroi de financement pour les interventions afférentes à la lutte contre le choléra selon les préconisations listées dans le présent plan multisectoriel d'élimination du choléra en RDC.

Par ailleurs, la Global Alliance Against Cholera aura un rôle de plaidoyer auprès des bailleurs, en appui au besoin de mobilisation de fonds pour la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination du choléra de la RDC. Son objectif est d'intéresser les bailleurs et les orienter vers les partenaires opérationnels intervenants sur le terrain en RDC.

5- PLAN DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le plan de suivi et d'évaluation est élaboré pour permettre de mesurer les performances réalisées sur l'élimination du choléra en RDC et mesurer l'impact sur les communautés bénéficiaires dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017.

5.1- Objectifs du plan de suivi et d'évaluation

Objectif général

Mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017 d'élimination du choléra en RDC.

Objectifs spécifiques

- a) Suivre la mise en œuvre des interventions en matière de lutte contre le choléra selon la politique nationale ;
- b) Evaluer le niveau d'atteinte des objectifs fixés ;
- c) Apprécier l'impact du programme sur les conditions des populations des zones cibles.

5.2- Mise en œuvre du plan de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation du présent plan stratégique devraient reposer sur l'existence d'un système de surveillance globale.

Dans le cadre du circuit habituel de gestion des informations de surveillance dans tous les secteurs respectivement, du niveau opérationnel vers le niveau central en passant par le niveau intermédiaire pour chaque province, les données en rapport avec l'élimination du choléra, collectées dans les structures sanitaires comme dans les communautés, feront l'objet d'une analyse et d'une interprétation à tous les niveaux afin d'éviter toute déperdition ou toute sous-notification.

Les données en provenance des divisions provinciales des ministères impliquées sont centralisées par le **Comité Opérationnel Provincial pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement**.

5.3. Modalités pratiques du suivi des activités

Le suivi désigne le processus d'observation et de collecte continue des données relatives à la mise en œuvre d'un projet / programme afin de s'assurer qu'il évolue comme prévu. Son rythme peut être quotidien, hebdomadaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Afin d'atteindre l'objectif fixé de l'élimination de choléra dans notre pays, dans tous les secteurs, un suivi régulier est ainsi envisagé par le biais de visites de supervision, de missions d'appui aux activités de riposte contre les épidémies sur le terrain et la tenue de revues annuelles.

La supervision

La fréquence des visites sur le terrain se présente de la manière ci-après :

- **Tous les 12 mois**, du niveau central vers le niveau intermédiaire,
- **Tous les 6 mois**, du niveau intermédiaire vers le niveau périphérique,
- **Chaque mois**, du bureau central de la zone de santé vers les formations sanitaires et mutatis mutandis pour les ministères connexes,
- **Chaque mois**, des structures sanitaires vers les structures communautaires et mutatis mutandis pour les ministères connexes.

Les missions d'appui aux activités de riposte contre les épidémies sur le terrain

Elles seront organisées par le **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement avec tous les partenaires** dans la lutte contre les épidémies à différents niveaux (OMS, UNICEF, MSF, MDM, Croix Rouge, ECHO, ACF, IRC, Solidarité, ...).

Dans la situation actuelle, il est souhaitable que ces différents partenaires apportent leur appui au **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement** dans la réalisation de ces missions.

La fin de ces missions devra être sanctionnée par un rapport conjoint entre le **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement** et les partenaires impliqués dans la réalisation de la mission.

La tenue des revues

Les revues seront organisées avec la participation de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre des activités d'élimination du choléra.

Elles se feront selon le rythme suivant :

- annuellement au niveau central,
- trimestriellement au niveau intermédiaire,
- et mensuellement au niveau périphérique.

5.4- Evaluation

L'évaluation est un processus systématique qui consiste à porter des jugements sur des éléments ou des événements en référence à des valeurs attendues, de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre diverses actions possibles.

Modalités pratiques de l'évaluation

Dans le cadre de ce plan, il est prévu une évaluation initiale au démarrage qui sera suivie par deux évaluations externes dont une à mi-parcours et l'autre à la fin de l'intervention.

Pour déterminer le niveau des indicateurs d'élimination du choléra, il est prévu la réalisation d'enquêtes, à savoir :

- une enquête de base au début de la mise en œuvre du plan ;
- des enquêtes ménages, des enquêtes dans les formations sanitaires, sur les groupes spécifiques, les moyens de transport, les conditions d'hygiène et d'assainissement, etc, au cours de l'intervention ;
- une enquête d'impact (en terme de morbidité) des actions sur l'eau l'hygiène et l'assainissement à la fin de l'intervention ;
- le système d'évaluation à base communautaire : des mini enquêtes ménages sont prévues en vue de l'évaluation trimestrielle des activités à assise communautaire. Elles seront réalisées par les relais communautaires avec les infirmiers titulaires des CS sous la supervision des équipes cadre de la zone de santé.

5.5. Indicateurs d'impact et d'effet

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
AXE 1 : RENFORCEMENT DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE GLOBALE, RECHERCHE OPERATIONNELLE ET CIRCULATION DE L'INFORMATION										
Résultat 1.1: les activités de surveillance globale sont renforcées dans les zones de santé de type A et C.	- Complétude des rapports dans tous les secteurs concernés - Promptitude des secteurs concernés - Epidémies détectées dans les délais (48h) - Interventions dans les délais	Mesurer l'efficacité des activités de surveillance	- Nombre de cas de choléra confirmés - Répartition des cas dans le temps et dans l'espace - Nombre d'épidémies détectées dans les délais - Nombre d'interventions dans les délais	- Nombre de cas de choléra confirmé / Durée / Lieu - Nombre Epidémies détectées dans les délais/ Nombre totale d'épidémies ayant eu lieu - Nombre d'interventions dans les délais / Nombre d'épidémies détectées	- Recensement précis des personnes ayant développées le choléra - Cartes géographiques de répartition des cas de choléra et Graphes chronologiques d'évolution des cas de choléra	Local, Communauté	Semestrielle	Moins d'une épidémie par an	- Enquêtes - Rapports des services concernés	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra
Résultat 1. 2 : les données sur l'évolution du choléra sont reportées et partagées en temps réel pour l'ensemble des zones de santé.	- Complétude de rapports dans tous les secteurs concernés - Promptitude des secteurs concernés - Epidémies détectées dans les délais (48h) - Interventions dans les délais	Mesurer la Prise En Charge Curative	- Nombre de cas déclarés de choléra - Nombre de décès du choléra	- Nombre de cas de choléra/ Population totale exposée - Nombre de cas de décès / Nombre totale de cas de choléra	- Pourcentage des personnes ayant développé le choléra - Pourcentage des personnes décédées dû au choléra	Local, Aire de santé, Zones de santé	Hebdomadaire	Moins de 1 cas confirmé pour 100 000 habitants (ou moins de 500 cas par an) et moins 1% de décès par an	Rapports des services concernés	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
Résultat 1.3 : Une capitalisation annuelle nationale et transfrontalière de l'expérience au niveau géographique et de mise en œuvre est effectuée	- Existence de rapports de capitalisation - Existence de rapports de réunions nationales et régionales	Evaluer le renforcement du système de surveillance	Nombre de procédures de surveillance mises en place au niveau national et au niveau transfrontalier	- Nombre de procédures efficaces / Nombres de procédures à améliorer	Proportion des procédures mises en place	Communauté, Régional, National	Annuelle	Plus de 95% des procédures sont efficaces	Rapports des activités et services concernés	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra
Résultat 1.4 : La recherche opérationnelle nécessaire à une meilleure compréhension des dynamiques de transmission est réalisée	Existence de projets de recherche	Comprendre les dynamiques de transmission du choléra	- Nombre de projets de recherche lancés - Nombres de projets de recherche réalisés	Nombre de projets de recherche réalisés / Nombre total de projets de recherche lancés	Proportion des projets de recherche réalisés par rapport aux projets de recherche lancés non aboutis	Régional, National	Annuelle	Plus de 80% de projets réalisés	Existence de publications scientifiques	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra
AXE 2 : RENFORCEMENT DES MESURES DE PREVENTION										
Résultat 2.1 : une capacité de réponse locale au choléra est en place dans les zones A, B et C (création/renforcement du système de protection civile).	- Proportion des Zones de Santé ayant un Comité multisectoriel de Lutte Contre le Choléra fonctionnel - Proportion des Zones de Santé ayant un Plan de lutte contre le choléra	Mesurer la capacité de réponse au choléra au niveau local	- Nombres de Zones de Santé ayant un Comité multisectoriel de Lutte Contre le Choléra fonctionnel - Nombres de Zones de Santé ayant un Plan de lutte contre le choléra	- Nombre de ZS ayant un CMLC / Nombre total de ZS - Nombre de ZS ayant un plan de lutte contre le choléra / Nombre total de ZS	Zones de santé ayant mis en place un CMLC fonctionnel, se basant sur un plan de lutte contre le choléra clair en accord avec le plan national de lutte contre le choléra	Zones de santé	Annuelle	100% des ZS	- Compte-rendu des réunions - Rapports d'activités - Rapports de supervision	Ministères concernés par le plan national de lutte contre le choléra et Divisions de chaque ministère au niveau des ZS

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
Résultat 2.2 : Une reprise communautaire de la lutte préventive contre le choléra est en place dans les zones A et dans les zones B prioritaires.	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion des Zones de Santé de type A et B prioritaires bénéficiant de revendeurs de chlore - Proportion des Zones de santé de type A et B prioritaires qui appliquent les normes en matière de sécurité alimentaire des aliments et des eaux de boisson - Proportion des moyens de transport et d'embarcations qui appliquent les normes sanitaires 	Evaluer l'efficacité des CMLC	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de ZS bénéficiant de revendeurs de chlore - Nombre de ZS qui appliquent les normes en matière de sécurité alimentaire des aliments et des eaux de boisson - Nombre de moyens de transport et d'embarcations qui appliquent les normes sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de ZS bénéficiant de revendeurs de chlore / Nombre total de ZS - Nombre de ZS qui appliquent les normes en matière de sécurité alimentaire des aliments et des eaux de boisson / Nombre total de ZS - Nombre de moyens de transport et d'embarcations qui appliquent les normes sanitaires / Nombre total de transports 	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion de ZS bénéficiant de revendeurs de chlore, et appliquant les normes en matière de sécurité alimentaire des aliments et des eaux de boisson - Proportion de moyens de transport et d'embarcations appliquant les normes sanitaires 	Zones de santé	Annuelle	100% des ZS	<ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes - Rapports d'activités des services concernés 	Ministères concernés par le plan national de lutte contre le choléra et Divisions de chaque ministère au niveau des ZS

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
Résultat 2.3 : Une capacité de réponse aux épidémies de grande ampleur est en place à l'échelle nationale.	- Existence d'accords signés avec des partenaires de la lutte contre le choléra - Existence de stocks de contingence pré positionnés - Existence d'un fonds d'urgence dédié	Evaluer la capacité de réponse aux épidémies de grande ampleur est en place à l'échelle nationale.	- Nombre d'accords signés avec des partenaires de la lutte contre le choléra - Nombre de stocks de contingence pré positionnés - Budget du fonds d'urgence dédié	- Nombre d'accords signés / Nombre totale de collaborations avec des partenaires de la lutte contre le choléra - Nombre de stocks de contingence mis en place / Nombre de stocks total prévus - Montant du fonds d'urgence dédié / Montant total nécessaire à la réponse aux épidémies	- Officialisation et Engagements des partenaires sont assurés via un accord - Stocks de contingence et Fonds d'urgence dédié suffisants à la mise en place d'une réponse efficace	National	Annuelle	100% d'accords signés 100% des stocks prévus mis en place 80 % du montant nécessaire disponible dans un fonds d'urgence dédié	Rapports d'activités des services et structures concernés	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra

AXE 3 : MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS LIEES A L'EAU POTABLE, A L'ASSAINISSEMENT ET A L'HYGIENE

Résultat 3.1 : Une planification pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement sur les aires de santé de type A (technique et évaluation budgétaires) est réalisée ;	Proportion des zones de santé de type A bénéficiant d'un schéma directeur de mise à niveau des infrastructures	Connaître les besoins pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement sur les aires de santé de type A	Proportion des infrastructures d'eau et d'assainissement existantes, en bon état, à réhabiliter, et inexistantes	- Infrastructures en bon état / Infrastructures existantes - Infrastructures à réhabiliter / Infrastructures existantes - Infrastructures inexistantes / Besoins en infrastructures de la zone	Bilan des infrastructures et définition des besoins	Locale, Communauté	Annuelle	100% des Aires de santé de type A ont une planification pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement	Schémas directeurs	Regideso et acteurs de l'eau et de l'assainissement
---	--	---	--	--	---	--------------------	----------	--	--------------------	---

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
Résultat 3.2 : Une mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement dans les aires de santé de type A est réalisée	- Pourcentage de réalisation des schémas directeurs - Pourcentage de la population vivant dans des aires de santé de type A ayant accès à l'eau potable et à l'assainissement	Mesurer l'accès des populations concernées à l'eau et l'assainissement	- Parties réalisées et en cours des schémas directeurs - Nombre de ménages ayant accès à l'eau et à l'assainissement dans les zones concernées	- Proportion réalisée du schéma directeur / 100% du schéma directeur - Nombre de ménages ayant accès à l'eau et à l'assainissement dans les zones concernées / Nombre total de ménages des zones concernées	- Infrastructures terminées - Infrastructures en cours de réalisation - Distribution de l'eau mise en place	Aires de santé, Communauté	Annuelle	100% des populations à risque des zones de santé de type A ont un accès sécurisé à l'eau et à l'assainissement	- Rapports d'activités - Enquête	Regideso et acteurs de l'eau et de l'assainissement
Résultat 3.3 : Les systèmes de gestion en place sont renforcés et assurent la pérennité des installations.	Recouvrement des coûts d'exploitation et de maintenance des installations	Evaluer la pérennité et rentabilité des installations	Bilan financier de la Regideso	Recettes/ Dépenses de la Regideso	Analyse financière de la Regideso	Locale	Mensuelle, Semestrielle et Annuelle	100% des systèmes de gestions sont fonctionnels	- Rapports d'activités - Enquête	Regideso et acteurs de l'eau et de l'assainissement
AXE 4 : LA PRISE EN CHARGE DES CAS										
Résultat 4.1 : 100% des patients atteint de choléra bénéficient d'un traitement adéquat	Proportion de cas de choléra qui bénéficient d'un traitement adéquat	Mesurer la capacité de traitement du choléra	Nombre de cas de choléra ayant reçu un traitement adéquat	Nombre de cas de choléra ayant reçu un traitement adéquat / Nombre total de cas de choléra	Nombre de personnes ayant contracté le choléra et ayant été bien soignées	Communauté	Hebdomadaire, mensuelle	100% des patients atteint du choléra reçoivent un traitement adéquat	- Rapports d'activités - Rapport des supervisions	- Centre de traitement du choléra - Hôpitaux
Résultat 4.2 : La gestion des épidémies de choléra est assurée dans l'ensemble des Zones de Santé	- Proportion des Zones de Santé ayant un Comité multisectoriel de Lutte Contre le Choléra fonctionnel - Proportion des Zones de Santé ayant un Plan de lutte contre le choléra	Mesurer la gestion des épidémies	- Nombre de ZS ayant un CMLC et ayant un plan de lutte contre le choléra	- Nombre de ZS ayant un CMLC / Nombre total de ZS - Nombre de ZS ayant un plan de lutte contre le choléra / Nombre total de ZS	Proportion de ZS assurant la gestion des épidémies de choléra via un CMLC et basé sur un plan de lutte contre le choléra (en accord avec le plan national de lutte contre le choléra)	Zones de santé	Mensuelle	100% des ZS	- Enquêtes - Rapports d'activités des services concernés	Ministères concernés par le plan national de lutte contre le choléra et Divisions de chaque ministère au niveau des ZS

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
AXE 5 : LE RENFORCEMENT DE LA COORDINATION										
Résultat 5.1 : le cadre formel de concertation est mis en place	Existence de Comités Opérationnels pour l'Élimination du choléra et les maladies liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement à tous les niveaux.	S'assurer de la gestion efficace et du suivi de la lutte contre le choléra	Nombre de comités opérationnels pour l'élimination du choléra	Nombre de comités opérationnels pour l'élimination du choléra / an	Concertation régulière des acteurs concernés par la lutte contre le choléra	National	Annuelle	100% des comités sont opérationnels	- Arrêté Interministériel/ Décret du Premier ministre - Arrêté du gouverneur de Province	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra et Ministères concernées par le plan national de lutte contre l choléra
Résultat 5.2 : La coordination multi sectorielle des activités est renforcée	Proportion des réunions tenues à tous les niveaux	Assurer une coordination multisectorielle efficace	Nombre de réunions tenues à tous les niveaux	Nombre de réunions tenues à tous les niveaux / mois/ semestre / an	Concertation régulière des acteurs concernés par la lutte contre le choléra	Local, Provincial, National	Annuelle	100% des réunions planifiées sont tenues	- Compte-rendu des réunions - Rapports d'activités - Rapport des supervisions	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra et Ministères concernées par le plan national de lutte contre l choléra
Résultat 5.3 : Un système de suivi et d'évaluation du plan multisectoriel d'élimination du choléra est en place	- Proportion des missions de suivi et évaluation réalisées - Ateliers de revue et d'ajustement périodiquement réalisés	Mesurer l'avancement du plan national de lutte contre le choléra	- Nombre de missions de suivi et évaluation réalisées - Nombre d'ateliers de revue et d'ajustement périodiquement réalisés	- Nombre de missions de suivi et évaluation réalisées / an - Nombre d'ateliers de revue et d'ajustement périodiquement réalisés / an	- Missions régulières de suivi et d'évaluation réalisés au niveau local, provincial et national - Organisations d'ateliers d'évaluation et de bilan	Local, Provincial, National	Annuelle	100% des ateliers de revue annuel et d'ajustement à mi-parcours ont lieu	- Rapports d'activités - Rapports des missions	

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
Résultat 5.4 : Les principaux partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sont sensibilisés et impliqués dans le processus d'élimination du choléra.	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion des principaux partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers impliqués dans le processus d'élimination du choléra - Existence d'une plate-forme regroupant tous les intervenants fortement impliqués dans la stratégie d'élimination du choléra en RDC 	Mesurer l'implication de tous les acteurs concernés par la lutte contre le choléra en RDC	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sensibilisés et impliqués dans le processus d'élimination du choléra - Nombre de réunions tenues entre tous les intervenants impliqués dans la stratégie d'élimination du choléra 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sensibilisés et impliqués dans le processus d'élimination du choléra / Nombre total d'acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra en RDC - Nombre de réunions tenues entre tous les intervenants impliqués dans la stratégie d'élimination du choléra / an 	Partenaires et intervenants impliqués dans la stratégie de lutte contre le choléra en RDC qui se rencontrent et échangent	Local, National	Annuelle	100% des partenaires de la lutte contre le choléra sont sensibilisés et impliqués dans la mise en œuvre du PSMEC	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activités - Rapport financier - Rapports de réunions 	
Résultat 5.5 : Un plan de vulgarisation du projet d'élimination du choléra est disponible et mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du plan de vulgarisation - Nombre de séances de vulgarisation organisées 	Informer tous les niveaux d'acteurs concernés par le projet	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de vulgarisation - Moyens utilisés pour la vulgarisation du plan - Nombre de séances de vulgarisation organisées 		Une communication et adoption descendante du projet d'élimination du choléra doit être réalisé	Local, Provincial	Mensuelle, Annuelle	Une réunion nationale, une réunion provinciale et une réunion par zone de santé de type A, B et C a lieu	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activités - Document du plan de vulgarisation 	

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
Résultat 5.6 : les programmes d'éducation ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation.	- Existence dans les programmes d'enseignement au niveau primaire, secondaire et universitaire des notions en rapport avec l'élimination du choléra. - Proportion des écoles, instituts et/ou universités qui ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation.	Sensibiliser au maximum les populations	Nombre d'écoles, instituts et/ou universités qui ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation.	Nombre d'écoles, instituts et/ou universités qui ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation / Nombre total d'écoles, instituts et/ou universités		Provincial, National	Annuelle	100% des écoles instituts et/ou universités des zones épidémiques et endémiques ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans leurs programmes d'éducation pour la santé et de formation	- Enquêtes - Programmes scolaires / Manuels/ modules des cours	Ministère de l'éducation, MSP
Résultat 5.7 : les ressources humaines et financières nécessaires sont identifiées et mobilisées.	Proportion des ressources humaines et financières mobilisées par rapport aux besoins identifiés	Mettre en place efficacement toutes les activités prévues par le plan d'élimination du choléra	Nombres de personnes mobilisées et Budget mobilisé	Nombres de personnes mobilisées / Nombre total de personnes nécessaires - Budget mobilisé/ Montant total nécessaire	Personnes attirées ou recrutées dans chaque entité impliquée dans la stratégie de lutte contre le choléra	Tous les niveaux	Annuelle	100% du plan est financé	- Rapports d'activités - Rapports financiers	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra
Résultat 5.8 : Un bulletin trimestriel sur les activités d'élimination du choléra est publié.	Existence du bulletin trimestriel	Informers les acteurs concernés	Nombre de publications	Nombre de publications / an	Nombre de bulletins trimestriel publiés sur les activités d'élimination du choléra	Tous les niveaux	Annuelle	4 bulletins trimestriels publiés par an	- Publications - Liste de diffusion	

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTEE	INSTITUTION RESPONSABLE
Résultat 5.9 : La coopération transfrontalière est renforcée	Nombre de réunions transfrontalières organisées	Coordonner les activités au niveau transfrontalier	Nombre de réunions transfrontalières organisées	Nombre de réunions transfrontalières organisées / an		Régional	Annuelle	Une réunion annuelle a lieu	Compte rendus de réunions	

6-ANNEXES

ANNEXE 1 : Plan Stratégique d'élimination du choléra en République Démocratique du Congo 2008-2012

ANNEXE 2 : Mémoire d'entente interministérielle pour la lutte contre le choléra en République Démocratique du Congo.

Annexe 3 : le projet d'arrêté interministériel créant le comité de pilotage