

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTERE DU PLAN

**Plan Stratégique Multisectoriel
d'Élimination du Choléra et contrôle des
autres maladies diarrhéiques en
République Démocratique du Congo
2023-2027**



CNAHEA



Mars 2023

Table des matières

<i>Liste des acronymes</i>	1
<i>Table des matières</i>	i
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	vi
AVANT PROPOS	1
RESUME	2
1. <i>Le processus d'écriture du PMSEC</i>	2
2. <i>Généralités sur la République Démocratique du Congo</i>	3
3. <i>Problématique du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans le monde, et en RDC (2017-2021)</i>	3
4. <i>Analyse de forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) par axe stratégique du PMSEC</i>	4
5. <i>Objectifs et axes stratégiques du PMSEC 2023-2027</i>	4
6. <i>Budget et mobilisation des ressources</i>	5
7. <i>Plan de suivi et évaluation</i>	6
CHAPITRE I : LE PROCESSUS D'ECRITURE DU PMSEC	7
I.1. <i>Atelier d'évaluation à mi-parcours du PMSEC 2018-2022 : du 02 au 05 Mars 2020</i>	7
I.2. <i>Atelier de constitution des groupes thématiques pour l'écriture du PMSEC 2023-2027</i>	7
I.3. <i>Atelier d'évaluation finale du PMSEC 2018-2022 : du 09 au 11 Mars 2022</i>	7
I.4. <i>L'élaboration et la présentation de la nouvelle cartographie du choléra en RDC : Juin 2022</i>	8
I.5. <i>Atelier d'écriture du premier draft du PMSEC 2023-2027</i>	8
I.6. <i>Travail d'amélioration du draft 1 de Mbanza Ngungu</i>	9
I.7. <i>Atelier de finalisation de l'écriture du PMSEC 2023-2027</i>	9
I.8. <i>La validation technique du PMSEC 2023-2027</i>	9
CHAPITRE II. GENERALITES SUR LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO	10
II.1 <i>Situation géographique</i>	10
II.2 <i>Situation démographique</i>	12

<i>II.3 Situation environnementale</i>	12
<i>II.4 Situation de l'enseignement primaire, secondaire et universitaire</i>	13
<i>II.5 Situation socio-économique</i>	15
<i>II.6 Eau, hygiène et Assainissement</i>	16
<i>II.7 Situation politico-administrative</i>	19
<i>II.8 Problématique des conflits et mouvements des populations</i>	20
<i>II.9 Activités de pêche</i>	23
<i>II.10 Etat de santé de la population</i>	26
II.10.1 Espérance de vie et mortalité générale	26
II.10.2 Etat nutritionnel	27
II.10.3 Problématique des Violences Basées sur le Genre (VBG)	29
II.10.4 Syndémies comme facteurs de vulnérabilité du choléra	30
II.10.5 Situation des sites des soins communautaires	31
<i>II.11 Financement avec ressource propre</i>	31
CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DU CHOLÉRA DANS LE MONDE, EN AFRIQUE ET EN RDC (2017-2021)	34
<i>III.1 Situation épidémiologique dans le monde, Afrique, RDC</i>	34
<i>III.2 Situation épidémiologique du choléra en RDC</i>	37
<i>III.3 Evolution annuelle des incidences de choléra à l'échelle des provinces, 2017-2021, RDC</i>	38
<i>III.4 Evolution annuelle de la létalité du choléra à l'échelle des provinces, RDC</i>	39
<i>III.5 Choléra, conflits et mouvements de population</i>	40
<i>III.6 Situation épidémiologique des autres maladies diarrhéiques</i>	41
<i>III.7 Situation des confirmations biologiques des maladies diarrhéiques</i>	45
III.7.1 Taux de prélèvement et taux de positivité du choléra en RDC de 2017 à 2021	46
Source : Données de INRB, Amilabo, Grand Labo, centralisées au PNECHOL-MD	48
III.7.2 Situation de l'antibiorésistance du <i>Vibrio cholerae</i> en RDC	48
<i>III.8 Typologie des zones à risque de choléra en RDC à partir d'une analyse multicritère</i>	49
CHAPITRE IV : NOUVELLES OPPORTUNITES A L'ECHELLE MONDIALE ET AFRICAINE (Stratégies spécifiques)	63
<i>IV.1 Opportunités stratégiques au niveau global</i>	63
IV.1.1 Stratégie "Ending Cholera (La stratégie mondiale d'élimination du choléra d'ici 2030) : A global Roadmap to 2030" « Une feuille de route mondiale à l'horizon 2030 »	63

IV.1.2 Global Alliance Against Cholera and other water borne diseases (l'Alliance internationale de lutte contre le choléra et les autres maladies hydriques)	63
IV.1.3 Partenariat Fondation Bill et Melinda Gates – Banque Européenne d'Investissement	64
IV.1.4 Stratégie 2021-2025 de Gavi (Alliance du Vaccin)	64
IV.1.5 Objectifs de développement durable	65
IV.2 Opportunités stratégiques au niveau africain	65
IV.2.1 L'Appel de Dakar de mars 2022	65
IV.2.2 Conseil des ministres africains en charge de l'eau (AMCOW)	65
IV.3. Opportunités stratégiques au niveau national	66
1) Constitution de la RDC et Loi n° 15/026 du 31 Décembre 2015 relative à l'eau	66
2) Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle	66
3) Plan Stratégique National de la Couverture Santé Universelle (CSU)	66
4) Programme National Eau-Hygiène-Assainissement (PNEHA)	66
5) Politique Nationale de Pêche et Aquaculture	66
6) Institut National de Santé Publique (INSP)	66
IV.3.1 Programme National d'Élimination du Choléra et de lutte contre les autres Maladies Diarrhéiques (PNECHOL-MD)	66
IV.3.2 La mise en œuvre de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR)	66
IV.3.3 Le début du processus de formation des équipes d'intervention Rapide	66
CHAPITRE V : ANALYSE DE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES PAR AXE STRATEGIQUE DU PMSEC	67
CHAPITRE VI : PLAN STRATEGIQUE MULTISECTORIEL D'ELIMINATION DU CHOLÉRA EN RDC 2023-2027	79
VI.1 Objectifs	79
VI.1.1 Objectif Général	79
VI.1.2 Objectifs spécifiques	79
VI.2 Axes stratégiques	79
VI.2.1 Renforcement des activités de surveillance globale	80
VI.2.2 Prise en charge curative	91
VI.2.3 Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, l'Hygiène et l'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra	96
VI.2.4 Mise en place des interventions d'urgence liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, aux conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra.	105
VI.2.5. Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones endémiques et réactives dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte.	110
VI.2.6 Communication et engagements communautaires	115
VI.2.7. Recherche opérationnelle	122
VI.2.8 Coordination et plaidoyer	127
CHAPITRE VII : CADRE INSTITUTIONNEL ET MODELE DE GOUVERNANCE	141

VII.1 Le cadre institutionnel	141
VII.2 Du modèle et des organes de gouvernance du PMSEC	143
VII.2.1 Le Comité de Pilotage (Copil)	143
VII.2.2- Le Groupe de Travail Permanent (GTP) National	145
VII.2.3 Le Groupe de Travail Permanent (GTP) Provincial	145
VII.2.4 Du Groupe de Travail Permanent (GTP) Opérationnel	146
VII.2.5 Les Centres de prise en charge médicale	146
VII.2.6 Les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan	147
VII.2.7. Les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le suivi et évaluation	147
VII.2.8 Les partenaires intervenant dans les différentes étapes de la mise en œuvre du PMSEC	150
VII.2.9 Rôle des partenaires financiers	150
CHAPITRE VIII : PLAN DE SUIVI ET EVALUATION	151
VIII.1 Rappel des concepts	151
VIII.1.1 Le suivi et l'évaluation axés sur les résultats	151
VIII.1.2 Distinction entre le suivi et l'évaluation et les autres activités de supervision	151
VIII.1.3. Objectifs du Suivi et Evaluation dans le cadre du PMSEC 2023-2027	152
VIII.2 Mise en œuvre du suivi et d'évaluation	153
VIII.2.1 Chronogramme d'implémentation des activités par résultats par axes stratégiques	153
VIII.2.2 Indicateurs de suivi-évaluation	184
VIII.2.3. Ressources nécessaires pour le suivi et l'évaluation.	191
VIII.2.4 Modalité de mise en œuvre des activités de suivi et évaluation	195
VIII.2.5 Chronogramme de suivi et évaluation du PMSEC 2023-2027	198
CHAPITRE IX : BUDGET ET MOBILISATION DES RESSOURCES	229
IX.1 Tableau synthèse du budget global	229
IX.2 Budget détaillé par axes stratégiques	230
IX.3 Budget annuel	260
IX.4. Notes explicatives du budget par axes stratégiques	262
IX.4 Stratégies de mobilisation des ressources au niveau gouvernemental	266
X. ANNEXE	268
X.1 GRAPHIQUE DE REPARTITION HOMME-FEMME	268
X.2 LISTE DES PARTICIPANTS	268
X.3 CADRE INSTITUTIONNEL DU PMSEC	270

Liste des acronymes

AMCOW	:	Conseil des ministres africains en charge de l'eau
CDF	:	Franco Congolais
CDP	:	Contrat de Performance
CFMK	:	Chemin de fer de Matadi-Kinshasa
CNAHEA	:	Comité National d'Action et de l'Hygiène et de l'Assainissement
CPAEHA	:	Comité Provincial d'Action et de l'Hygiène et de l'Assainissement
CTAEHA	:	Comité Territorial d'Action et de l'Hygiène et de l'Assainissement
COPIL	:	Comité de Pilotage
CPLC	:	Comité Provincial de Lutte contre le Choléra
CTLIC	:	Comité Territorial de Lutte contre le Choléra
CTMD	:	Centre de Traitement des Maladies Diarrhéiques
CSU	:	Couverture sanitaire universelle
DTS	:	Dépenses Totales de Santé
EDS	:	Enquêtes Démographiques et de Santé
EESU	:	Établissements d'enseignement supérieur et universitaire
ESU	:	Enseignement supérieur et universitaire
ESS	:	Établissement de Soins de Santé
FDAL	:	Fin de la Défécation à l'Air Libre
GAAC	:	Global Alliance Against Cholera and other water borne diseases
GTFCC	:	Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra
GTP	:	Groupe de Travail Permanent
ICG	:	International Coordinating group
IDH	:	Indice de développement humain
INRB	:	Institut national de recherche biomédicale
INS	:	Institut National de Statistique
IPC	:	Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire
IPM	:	Indice de Pauvreté Multidimensionnel
METELSAT	:	Agence nationale de Météorologie et de Télédétection par Satellite
MVE	:	Maladie à Virus Ebola
MICS	:	Enquête par grappe à indicateur multiple

OCHA	:	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ODD	:	Objectif de Développement Durable
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PEC	:	Prise en Charge
PMSEC	:	Plan Stratégique Multisectoriel d'élimination du choléra
PNCHOL	:	Programme National d'élimination du choléra
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNEHA	:	Programme national Eau-Hygiène-Assainissement
PNECHOL-MD	:	Programme National d'Élimination du Choléra et de Lutte contre les autres Maladies Diarrhéiques
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers
PVV	:	Personne Vivant avec le VIH/Sida
RDC	:	République Démocratique du Congo
SNHR	:	Service National d'Hydraulique Rurale
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SSC	:	Site de Soins Communautaires
TBS	:	Taux Brut de Scolarisation
UNICEF	:	United Nations of International Children's Emergency Fund
UNSDCF	:	United Nations Sustainable Development Cooperation Framework
UTMD	:	Unité de Traitement des Maladies Diarrhéiques
VIS	:	Vaccine Investment Strategy
VBG	:	Violences Basées sur le Genre
VIH/SIDA	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	:	Water, Sanitation and Hygiene (Eau, Hygiène, Assainissement)
ZS	:	Zone de Santé

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures

Figure 1 : Carte géographique de la RDC	10
---	----

Figure 11. Pourcentage d'accès à l'eau potable par province en RDC (source des données ?xxxxx)	16
Figure 12. Pourcentage de défécation à l'aire libre par province en RDC	17
Figure 13 Taux d'utilisation des services curatifs par province de 2017 à 2022 en RDC	18
Figure 14 Situation de conflits de 2017-2021, RDC	20
Figure 15. Evolution situation de conflits, 2017-2021, RDC	21
Figure 16. Mouvements de populations par province, RDC, 2021	22
Figure 17. Mouvement de population, 2017- mars 2022, RDC	22
Figure 19. Evolution de l'espérance de vie de la population en RDC de 1996 à 2020.	26
Figure 20. Evolution de la mortalité en RDC de 2010 à 2020	27
Figure 21. État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon les enquêtes EDS 2007, MICS 2010, EDS 2013-2014, MICS 2018	28
Figure 22. Evolution du budget de la santé en RDC de 2018 à 2021.	31
Figure 23. Budget de la santé en RDC de 2003 à 2021.	32
Figure 24. Evolution des prévisions du budget de santé de 2014 à 2021.	33
Figure 25. Situation épidémiologique du choléra dans le monde, 2017-2021	34
Figure 26. Evolution des cas de choléra en Afrique, 2017-2021	36
Figure 27. Evolution des décès dus au choléra en Afrique, 2017-2021	36
Figure 28. Evolution temporelle des cas de choléra en RDC de 2017-2021.	37
Figure 29. Evolution cas de choléra, conflits et mouvements de populations, RDC, 2017-2021.	40
Figure 30. Evolution temporelle des cas de diarrhée sanglante de 2017-2021.	41
Figure 31. Evolution des cas de diarrhée avec déshydrations chez les moins de cinq ans, RDC, 2020-2021.	42
Figure 32 : Typologie des zones de santé à prioritaires diarrhées.	45
Figure 33. Zones prioritaires de choléra en RDC, 2001-2021 (A) avec intégration des facteurs de risque de redémarrage et d'amplification (B).	60

Figure 34. Typologie des zones de santé à risque choléracholéra de 2008-2012	61
Figure 35. Typologie des zones de santé à risque choléracholéra de 2013-2017	61
Figure 36. Typologie des zones de santé à risque choléra de 2018-2022	62

Liste des tableaux

Tableau 1. Indicateurs ODD en RDC de 2015 à 2030	Error! Bookmark not defined.
Tableau 2. Production du poisson en RDC de 2017 à 2021	25
Tableau 3. Répartition des pays les plus touchés au monde, 2017-2020	35
Tableau 4. Incidences annuelles de choléra à l'échelle des provinces : seuils actuels	38
Tableau 5. Evolution du taux de létalité de choléra par année	39
Tableau 6. ZS prioritaires pour les autres maladies diarrhéiques.....	43
Tableau 7. Situation annuelle des cas confirmés de choléra en RDC de 2017 à 2021	46
Tableau 8. Situation annuelle des cas confirmés de choléra par province de la RDC de 2017 à 2021.....	47
Tableau 9. Différents profils de Zones prioritaires de choléra en RDC, 2022	52
Tableau 10. Classification des différents types de Zones prioritaires de choléra en RDC	53
Tableau 11. Correspondance entre le profil de Zones prioritaires de choléra et le package d'activités recommandé en RDC, 2022	57
Tableau 12. Les zones de santé "prioritaires aux autres cas de diarrhées" et typologie hotspot choléra	59
Tableau 13 : Tableau synthèse du budget global	229
Tableau 14 : Budget détaillé par axes stratégiques	230
Tableau 15 : Budget annuel.....	260

AVANT PROPOS



C'est depuis le premier atelier du 18 Décembre 2007 à Kinshasa que la RDC s'est engagée dans l'objectif d'élimination du choléra comme un problème de santé publique.

Le présent Plan Multisectoriel Stratégique d'Elimination du Choléra 2023-2027 (PMSEC 2023-2027), le quatrième depuis le Plan 2008-2012 est adopté dans un contexte marqué par le début de la mise en œuvre de plusieurs initiatives gouvernementales de grande portée comme la Couverture Santé Universelle et le Projet des 145 territoires.

Ce PMSEC 2023-2027 présente les huit axes stratégiques (la surveillance globale, la prise en charge curative, le WASH d'urgence, le WASH durable, la vaccination, la communication pour un changement de comportement et l'engagement des communautés, la recherche opérationnelle ainsi que la coordination et le plaidoyer) de mise en œuvre des activités retenus pour envisager une possibilité d'élimination du choléra et de contrôle des autres maladies diarrhéiques à l'horizon 2027.

L'élimination du choléra en RDC repose sur l'identification des 39 Zones endémiques Priorité 1s (type A et type B) situées toutes dans la partie Est du Pays.

Tout au long du processus d'écriture du présent PMSEC, jusqu'à son adoption, les experts nationaux ont été guidés par les leçons apprises lors de la mise en œuvre des PMSEC passés et la prise en compte des opportunités actuelles afin de garantir plus de chance de succès au présent plan.

C'est ainsi que le Ministère du Plan en charge de la coordination multisectorielle de ce PMSEC à travers le CNAEHA, veillera particulièrement à l'alignement de tous les acteurs nationaux et internationaux, privés et étatiques, aux orientations stratégiques reprises dans ce plan.

Des efforts substantiels seront également consentis dans la mobilisation des ressources et dans le renforcement de la coordination des acteurs et des secteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce plan.

Au niveau des interventions spécifiques, nous veillerons à rappeler à tous les acteurs, la primauté faite à l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement pour atteindre non seulement l'objectif d'élimination du choléra, mais aussi celui de contrôle des autres maladies diarrhéiques.

Christian MWANDO SIMBA KABULO

Ministre d'Etat, Ministre du Plan

Président du Comité de Pilotage du CNAEHA

RESUME

1. Le processus d'écriture du PMSEC

1.1. La constitution des groupes thématiques pour l'écriture du PMSEC 2023-2027

- Cet atelier s'est déroulé du 18 au 23 Novembre 2021 avec comme résultat formation des groupes thématiques et un premier draft du processus d'élaboration du PMSEC 2023-2027,

1.2. Atelier d'évaluation finale du PMSEC 2018-2022 : du 12 au 14 Mars 2022 à la Maison de France/ Kinshasa Gombe

- Résultats : Feuille de route ajustée pour l'écriture du PMSEC 2023-2027
- Rapport d'évaluation du PMSEC 2018-2022.

1.3. Elaboration de la nouvelle cartographie du choléra en RDC : 23 Juin 2022 dans la salle de conférence de l'INRB à Kinshasa/GOMBE

- Cette cartographie a été réalisée en utilisant l'algorithme transmis aux pays par la GTFCC adaptée au contexte national.
- Résultats : 39 zones de santé Priorité 1s dont 9 de type A et 30 de type B; 23 zones de santé Priorité 2s (type C) et 459 zones de santé Priorité 3s, (de type D).
- La cartographie des cas des autres maladies diarrhéiques a permis d'identifier 121 zones prioritaires réparties dans 26 provinces.

1.4. L'atelier d'écriture du premier draft du PMSEC 2023-2027 : du 27 au 30 Août 2022 à Mbanza Ngungu/ Kongo Central

Résultats :

- La validation de la nouvelle cartographie du choléra en RDC,
- Consolidation de l'analyse situationnelle,
- Elaboration du draft 0 du PMSEC 2023-2027

1.5. L'atelier de finalisation de l'écriture du PMSEC 2023-2027 : du 7 au 11 octobre 2022 à Théresianum de Kinshasa.

Résultat :

- Elaboration du draft 1 du PMSEC 2023-2027

1.6. La validation technique du PMSEC 2023-2027 : du 16 au 17 Novembre 2022 à Béatrice Hotel /Kinshasa

2. Généralités sur la République Démocratique du Congo

La République démocratique du Congo (RDC) se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur avec une superficie de 2.345.409 Km². La RDC compte plus de 98.370.000 d'habitants avec une densité moyenne de 42 habitants au km². Le taux de croissance démographique est estimé à 3,2% (en 2019). La RDC partage 9.165 kilomètres de frontière avec neuf pays limitrophes.

Sur le plan administratif, la RDC compte 26 provinces, 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 Communes rurales et 5.397 groupements.

Du point de vue sanitaire elle a 26 Divisions Provinciales de la Santé (DPS), 516 Zones de Santé (ZS) et 8504 Aires de Santé. A ce jour, la RDC compte 16.042.642 ménages (Population totale divisée par la taille moyenne des ménages qui est de 5.3).

Après des statistiques récentes, en RDC, 50,4% de la population seulement a accès à des points d'eau améliorés et moins de 29% à un assainissement amélioré.¹

La pauvreté reste très répandue avec 73 % de sa population, soit 60 millions de personnes vivant en situation d'extrême pauvreté, avec moins de 1,9 dollar par jour en 2018.

Depuis la fin des années 1990, la RDC fait face à une crise complexe plus marquée dans sa partie Est. Ces événements ont impacté négativement sur les indicateurs économiques du pays avec des répercussions sur la situation sociale et sanitaire.

3. Problématique du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans le monde, et en RDC (2017-2021)

- Les pays Africains les plus affectés entre 2017 et 2021 sont : la RDC, le Nigeria, la Somalie, l'Ethiopie, le Sud Soudan, le Mozambique, le Zimbabwe et le Kenya.
- La RDC a respectivement notifié 31.2%, 25.5%, 55.0 %, 41.9% et 8.6 % de l'ensemble des cas rapportés en Afrique entre 2017 à 2021.
- De 2017- 2021, le pays a fait face à deux grandes flambées de diarrhée sanglante,
- Progressivement le taux de prélèvement d'échantillons de selles a évolué de 1,80% en 2017 à 23,6% en 2021.
- Le taux de positivité au *Vibrio cholerae* est de 26% pour l'ensemble de pays.

¹ INS Annuaire Statistique RDC 2020, Mars 2021

- Il est actuellement rapporté une résistance à la plupart des antimicrobiens, à l'exception des cyclines et des fluoroquinolones.

4. Analyse de forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) par axe stratégique du PMSEC

Globalement, les crises complexes qui affectent depuis près de 20 ans la partie Est de la RDC, qui abritent pourtant l'ensemble des zones de type A et B représentent la principale menace à la mise en œuvre du PMSEC.

Le faible taux de financement de plusieurs axes stratégiques ainsi que le faible niveau d'alignement des acteurs demeurent les plus grandes faiblesses dans la mise en œuvre des activités des différents axes stratégiques.

Le faible taux de confirmation biologique et les difficultés d'élargissement de la surveillance vers une approche globale intégrant la surveillance environnementale, resteront des défis à relever pour espérer améliorer la surveillance globale du choléra en vue d'accompagner et certifier le processus d'élimination.

Toutefois, le PMSEC 2023-2027 pourra s'appuyer sur plusieurs opportunités tant au niveau national qu'au niveau international pour espérer atteindre les objectifs de départ.

Au niveau national, plusieurs initiatives sectorielles comme le Programme National d'Élimination du Choléra et de Lutte contre les autres Maladies Diarrhéiques, la mise en œuvre du programme « FDAL » - Fin de la Défécation à l'Air Libre, le projet des 145 territoires devraient être des leviers importants pour la mise en œuvre du PMSEC 2023-2027.

Au niveau international, la mise en œuvre du PMSEC 2023-2027 devrait pouvoir s'appuyer sur toutes les contributions des différents partenaires et bailleurs de fonds.

5. Objectifs et axes stratégiques du PMSEC 2023-2027

L'objectif général du PMSEC 2023-2027 est de 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 diarrhéiques.

Les cinq objectifs spécifiques sont de :

- Lutter contre la récurrence des flambées épidémiques de choléra dans les zones endémiques (Priorité 1s) à l'échelle de la RDC ;
- Lutter contre les occurrences des flambées épidémiques de choléra dans les zones épidémiques (moyennement et Priorité 3s) à l'échelle de la RDC ;
- Réduire le taux d'incidence annuel inférieur à 1 cas confirmé pour 100 000 habitants, soit moins de 500 nouveaux cas confirmés par an à l'échelle des provinces de l'Est ;
- Réduire le taux d'incidence annuel inférieur à 1 cas confirmé pour **1 000 000** habitants, soit moins de 50 nouveaux cas confirmés par an à l'échelle des provinces de l'Ouest ;
- Réduire de 50% l'incidence des autres maladies diarrhéiques en RDC.

Les huit axes stratégiques sont :

- 1) Renforcement des activités de surveillance globale ;
- 2) Prise en charge curative ;
- 3) Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans les zones sanctuaires du choléra ;
- 4) Mise en place des interventions d'urgence liées à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones affectées par les épidémies de choléra (endémique et épidémique) ;
- 5) Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactives dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte ;
- 6) Communication et engagement communautaire;
- 7) Recherche opérationnelle;
- 8) Coordination et plaidoyer.

6. Budget et mobilisation des ressources

Le budget global du PMSEC 2023-2027 s'élève à **192 526 080 USD**.

Le budget annuel est reparti de la manière suivante :

- Budget 2023 : **\$40 789 642 soit 21,19 %**
- Budget 2024 : **\$39 637 831 soit 20,59 %**
- Budget 2025 : **\$38 082 885 soit 19,78 %**
- Budget 2026 : **\$36 854 286 soit 19,14 %**
- Budget 2027 : **\$37 161 436 soit 19 ,30 %**

Selon les axes stratégiques, il est reparti de la manière suivante :

- Surveillance globale : **5 685 500 USD soit 2,95 %**
- Prise en charge : **34 204 200 USD soit 17,77 %**
- Mise en place des interventions d'urgence liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones affectées par les épidémies de choléra (endémique et épidémique) : **40 987 500 USD soit 21,29 %**
- Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, l'Hygiène et l'assainissement dans les zones prioritaires (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra : **70 487 000 USD soit 36,61 %**
- Implémentation des activités de vaccination préventive dans les zones endémiques Priorité 1s et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte : **12 361 008 USD soit 6,42 %**
- Communication et engagements communautaires : **5 216 500 USD soit 2,71 %**
- Recherche opérationnelle : **14 102 372 USD soit 7,33 %**
- Coordination et plaidoyer pour la mobilisation des ressources : **9 482 000 USD soit 4,93 %**

7. Plan de suivi et évaluation

Sous la coordination du CNAEHA, le plan de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PMSEC se fixe pour objectif :

- Suivre la mise en œuvre des activités reprises dans le cadre logique du PMSEC 2023-2027 ;
- Evaluer le niveau de réalisation de chaque activité (évaluation du processus) ;
- Evaluer l'impact des interventions mises en œuvre sur l'élimination des cas choléra.

La mise en œuvre du PMSEC se fait à trois niveaux : central, provincial et opérationnel.

Le chronogramme d'implémentation des activités de mise en œuvre du PMSEC sera suivi de façon trimestrielle à travers un cadre de suivi et qui définit clairement les modalités de suivi, les rôles et les responsabilités des différents acteurs à chaque niveau d'intervention (du central au périphérique).

CHAPITRE I : LE PROCESSUS D'ECRITURE DU PMSEC

I.1. Atelier d'évaluation à mi-parcours du PMSEC 2018-2022 : du 02 au 05 Mars 2020

Cette évaluation s'est déroulée du 02 au 05 Mars 2020. L'évaluation avait pour objectif le suivi de la mise en œuvre du PMSEC 2018-2022 pour réajuster les failles en cours d'exécution du plan stratégique. Cette évaluation a permis d'identifier les thématiques qui pourront alimenter l'écriture du PMSEC 2023-2027.

La méthodologie du travail consistait d'abord en une revue du PMSEC 2018-2022 en plénière pour avoir une même compréhension du contexte, des concepts et un partage d'expérience (d'autres pays également). Ensuite, la constitution de petits groupes de travail pour analyser le cadre logique de chaque axe du PMSEC en vue d'éventuelles améliorations et/ou modifications pour se retrouver à la fin en séance plénière afin d'endosser les propositions avancées par chaque groupe.

I.2. Atelier de constitution des groupes thématiques pour l'écriture du PMSEC 2023-2027

Les travaux d'évaluation du PMSEC 2018-2022 ont été lancés à partir du 18 au 23 Novembre 2021 au niveau de l'immeuble Paul PANDA (Immeuble du gouvernement 2). Les travaux de cet atelier ont permis le démarrage des travaux des groupes thématiques multisectoriels pour poser les diagnostics par axes stratégiques du PMSEC 2018-2022. Au total sept groupes thématiques ont été constitués : Surveillance globale, Prise en charge des cas, Eau, hygiène et assainissement, Vaccination, Engagement communautaire, Coordination et mobilisation des ressources et enfin Recherche opérationnelle.

Pour chaque groupe thématique de travail, il était demandé de réaliser un état de lieu des activités, de revisiter les rôles et responsabilités des acteurs intervenant dans l'axe, de définir les activités de l'axe et établir les responsabilités, d'élaborer un plan de suivi et évaluation et réviser et soumettre à la validation au groupe de coordination de l'écriture du PMSEC 2023-2027.

I.3. Atelier d'évaluation finale du PMSEC 2018-2022 : du 09 au 11 Mars 2022

L'activité s'est déroulée du 09 au 11 Mars 2022 à la Halle de la Gombe (Maison de France).

Cette évaluation avait pour objectif de faire ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités ainsi que les menaces du PMSEC finissant, en vue de poser les jalons sur les axes stratégiques à renforcer lors de l'écriture du nouveau PMSEC. Ces travaux ont également été l'occasion d'ajuster la feuille de route devant conduire à la validation du PMSEC 2023-2027.

L'atelier a regroupé tous les acteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux impliqués dans la lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques en RDC. Ces experts représentaient les trois niveaux de mise en œuvre du PMSEC (national, intermédiaire et périphérique) en fonction de leur expertise spécifique dans la lutte contre le choléra. Cet atelier avait connu la participation de quelques pays d'Afrique de l'Ouest (Niger, Burkinafaso, Togo, ...) dans l'optique d'un échange d'expériences sur l'élaboration et la mise en œuvre des PMSEC.

1.4. L'élaboration et la présentation de la nouvelle cartographie du choléra en RDC : 23 Juin 2022

Les travaux sur l'élaboration de la nouvelle cartographie se sont déroulés au centre en Vrac du 04 au 05 Juin 2022. Des experts de la Direction de Surveillance Epidémiologique (DSE) et du PNECHOL-MD avaient activement participé à ces travaux. La nouvelle cartographie élaborée fait ressortir 39 zones de santé Priorité 1s dont 9 de type A et 30 de type B; 23 zones de santé Priorité 2s (type C) et 457 zones de santé Priorité 3s, (type D).

Pour élaborer cette nouvelle cartographie, les experts ont utilisé l'algorithme mis à la disposition des pays par la GTFCC et adapté au contexte national. Signalons également que le pays a bénéficié à travers le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention du pilotage du nouvel outil de cartographie et de l'appui du CDC.

1.5. Atelier d'écriture du premier draft du PMSEC 2023-2027

Les travaux sur l'écriture du premier draft du PMSEC 2023-2027 se sont déroulés à Mbanza-Ngungu dans la province du Kongo Central, du 27 au 30 Août 2022. Ces assises ont été l'occasion de valider la nouvelle cartographie du choléra RDC d'une part, et d'autre part de produire le premier draft du PMSEC 2023-2027. Cet atelier a connu la participation de tous les secteurs impliqués dans la lutte contre le choléra tant du niveau central que du niveau provincial.

Pour atteindre les objectifs, quatre groupes de travail avaient été mis en place. Le premier groupe a abordé les chapitres 1 et 2 du PMSEC. Le deuxième groupe a travaillé sur les opportunités pour la mise en œuvre du PMSEC. Le troisième était dédié aux axes stratégiques et le dernier groupe a traité du cadre institutionnel ainsi que du plan de suivi et évaluation. Les travaux de ces quatre groupes ont fait l'objet de validation en séances plénières. Les documents validés de chaque groupe ont été par la suite fusionnés pour constituer un document unique qui a été soumis au secrétariat technique de la coordination du processus d'écriture du PMSEC 2023-2027.

I.6. Travail d'amélioration du draft 1 de Mbanza Ngungu

Sur le plan méthodologique, des binômes d'experts nationaux sélectionnés sur la base de leur expertise ont été constitués pour améliorer un chapitre spécifique du draft 1 du PMSEC issu de l'atelier de Mbanza Ngungu. Certains chapitres avaient nécessité une réécriture complète, c'est le cas des axes stratégiques. Le document peaufiné par cette équipe a été remis à la coordination du CNAEHA pour la suite du processus.

I.7. Atelier de finalisation de l'écriture du PMSEC 2023-2027

Cet atelier s'est déroulé du 07 au 11 Octobre 2022 au Centre Thérèse d'Avon de Kinshasa dans le but de produire une version finalisée du document du PMSEC 2023-2027 avec la participation de tous les secteurs concernés. Plus de 50% du temps de travail lors de cet atelier avait été consacré à l'écriture des axes stratégiques et à l'élaboration des cadres logiques par axe stratégique.

La budgétisation du plan avait fait l'objet d'un travail spécifique à partir des cadres logiques générés plus haut.

La dernière phase de l'atelier avait consisté en une relecture en plénière de l'ensemble du document pour sa validation technique chapitre par chapitre en commençant par la page de garde. Une discussion avait été engagée et un accord trouvé sur les logos à afficher sur la page de garde ainsi que sur la dénomination finale du plan : « *Plan Stratégique Multisectoriel d'Élimination du Choléra et contrôle des autres maladies diarrhéiques en République Démocratique du Congo 2023-2027* » en sigle « PMSEC 2023-2027 »

I.8. La validation technique du PMSEC 2023-2027

L'atelier de validation du PMSEC 2023-2027 s'est tenu du 16 au 17 novembre 2022 avec la participation des délégués des provinces et des partenaires des différents secteurs participants à la mise en œuvre du PMSEC.

CHAPITRE II. GENERALITES SUR LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

II.1 Situation géographique

La République Démocratique du Congo (RDC) se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur avec une superficie de 2.345.409 Km². Elle partage 9.165 kilomètres de frontière avec 9 pays limitrophes. La RDC est limitée au Nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, au Sud par la Zambie et l'Angola².

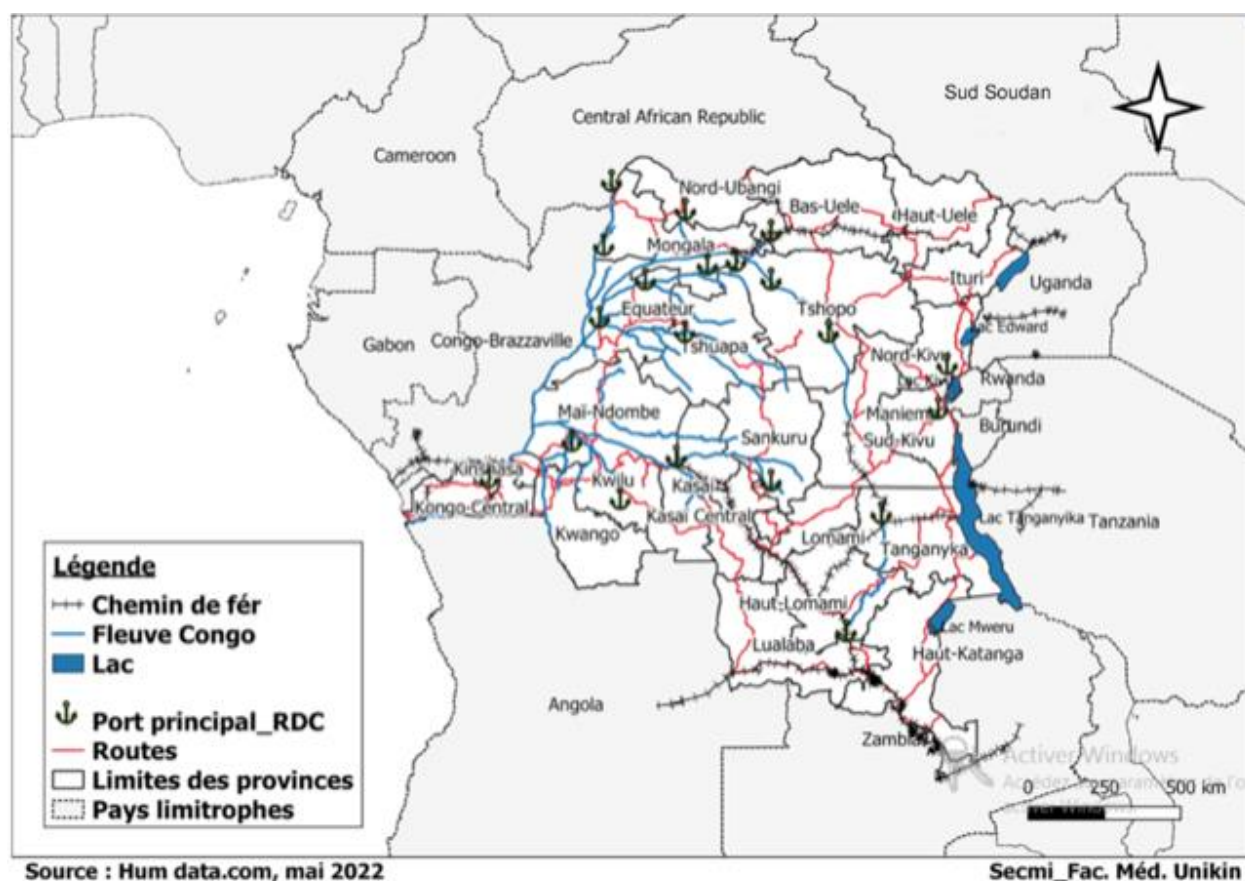


Figure 1 : Carte géographique de la RDC

Le réseau routier de la RDC comprend 153.209 km de routes. Le réseau des routes d'intérêt général se répartit en trois catégories selon leur importance: des routes

² Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030, janvier 2020

nationales (RN), des routes provinciales prioritaires (RPP) et des routes provinciales secondaires (RPS)³.

Le réseau ferroviaire de la RDC comprend 5000 km, composé du Chemin de fer de Matadi-Kinshasa (CFMK) avec 366 km, du réseau ferroviaire du sud-est du pays qui est le plus vaste (3.641 km) et du réseau ferroviaire des Uélé (CFU) au Nord du pays avec 1.026 km.

Le Réseau maritime de la RDC comprend trois ports avec accès à la mer dont Matadi, Boma et Banana. Le réseau hydrographique de la RDC est très dense. Il représente 52% des réserves totales du continent et couvre environ 86 080 km², soit 3,5% de la superficie du pays. La RDC comprend plus de trente (30) grandes rivières qui déversent leurs eaux dans le fleuve Congo. Le réseau fluvial comprend 16.238 km d'eaux navigables et de lacs et connecte les provinces de l'est et celles de l'ouest.

Le transport aérien de la RDC compte deux cent soixante-dix (270) pistes (publiques et privées) dont cinq aéroports internationaux (Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani, Goma et Gbadolite). 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.
- l'extrême Est, du lac Kivu au lac Albert, présente **un climat de type montagnard** avec des températures moyennes oscillant entre 16 et 18°C.

³ Rapport Ministère des infrastructures, travaux publics et reconstruction, 2022

II.2 Situation démographique

La RDC est un pays d'une grande diversité culturelle et linguistique. Elle compte plus de 98 370 000 d'habitants avec une densité de 42 habitants au km². Le taux de croissance démographique est estimé à 3,2% en 2019. La population est dans sa grande majorité jeune et se répartit comme suit : les moins de 15 ans constituent 48% ; les 15 à 59 ans représentent 48% et les 60 ans et plus, représentent 4% de la population⁴.

II.3 Situation environnementale

La RDC comprend quatre régions géographiques : une plaine côtière à l'Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-Est et à l'Ouest⁵.

Elle dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile, qui recouvre une superficie de plus de 130 millions d'hectares, et dont 3% seulement sont exploités jusque-là. Ses conditions climatiques et géologiques favorisent une grande diversité des cultures. La variété des climats (équatorial, tropical humide, tropical à saison sèche prolongée, et littoral) fait que le pays profite de précipitations en quantités suffisantes, ainsi que d'un large ensoleillement⁶.

L'insuffisance de mécanismes d'assainissement en milieux urbains comme en milieux ruraux est à la base de la recrudescence des maladies autrefois éliminées. A cela s'ajoute la mauvaise gestion des déchets au sein des entreprises ou sociétés productrices des déchets qui entraînent la pollution de l'environnement engendrant ainsi toutes sortes des maladies.

⁴ INS. *Annuaire statistique RDC 2020*, mars 2021.

⁵ PNDS recadré 2019-2022.

⁶ PNDS recadré 2019-2022.

II.4 Situation de l'enseignement primaire, secondaire et universitaire

L'enseignement pré-primaire a connu une expansion importante en 2014-2015, expansion due essentiellement à l'offre privée. En effet, la RDC compte plus d'écoles privées (59%) que publiques (41%). Néanmoins, les enfants sont inscrits autant dans le privé (53%) que dans le public (47%). On compte en moyenne 51,3% de filles contre 48,7% de garçons. La majorité d'éducateurs du pré primaire sont des diplômés d'Etat (64,9%), et sont des femmes (94,2%). L'enseignement pré primaire enregistre plus d'enfants en milieu urbain (52%) qu'en milieu rural (48%).

Le taux d'alphabétisation en RDC selon le rapport du PNUD 2017, est de 77,3% (88,9% pour les hommes et 66% pour les femmes). Cependant, l'indice du Taux Brut de Scolarisation (TBS) reste faible, avec 4,2% d'enfants de 3 à 5 ans scolarisés en 2014. L'analyse montre une disparité de l'offre, d'une part, entre différentes provinces et, d'autre part, entre les milieux urbain et rural.

Suite à la prolifération et émiettement des Etablissements d'Enseignement Supérieur et Universitaire (EESU), le Gouvernement a organisé en 2010 et 2011 l'audit organisationnel et l'enquête de viabilité des ESU publics et privés. Les résultats de cet audit ont révélé que, 21% d'établissements étaient viables, 44% présentaient une viabilité intermédiaire, et 35% étaient classés non viables et par conséquent ont été fermés. De plus d'un millier en 2008, l'ESU compte en 2016, 843 EESU dont 456 du secteur privé avec un effectif total de 437 529 étudiants, avec moins de 1% d'étudiants étrangers⁷.

Depuis une dizaine d'année, des mesures et réformes ont été adoptées pour résorber les difficultés que connaît le système éducatif congolais. Qu'il s'agisse de l'accès ou de la rétention des effectifs, de la scolarisation des filles, de la qualité des enseignements ou de la formation continue des enseignants, le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (MEPSP) avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) a mis sur pied plusieurs projets.

Ces mesures et réformes dont certaines sont ici présentées, se fondent sur la vision du Gouvernement en matière d'éducation exprimée dans la Loi-Cadre N°14/004 de l'enseignement national promulguée le 11 février 2014 et dans la Stratégie Sectorielle de l'Education et de la Formation (2016-2025) endossée par les Partenaires Techniques et Financiers. Dans la Loi-Cadre, le Gouvernement s'engage à « *la construction d'un système éducatif inclusif et de qualité*

⁷ Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel et Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, 2018-2023

contribuant efficacement au développement national, à la promotion de la paix et d'une citoyenneté démocratique active ».

Dans son Chapitre III, Article 9, la Loi-Cadre a retenu vingt-trois options fondamentales de l'enseignement national dont *« l'éducation de base pour tous », « l'éducation environnementale, la formation au développement durable et aux changements climatiques », « l'éducation aux technologies de l'information et de la communication », « l'utilisation des langues nationales et/ou des langues du milieu comme médium et discipline d'enseignement et d'apprentissage », « l'adéquation entre la formation et l'emploi », « la maîtrise et le contrôle de la science et de la technologie comme facteurs essentiels de la puissance économique » et « la promotion de l'intelligence et de l'esprit critique ».* Nous notons là l'importance donnée à l'enseignement des disciplines STIM (Sciences, Technologie, Informatique et Mathématique) pour soutenir un développement durable de la Nation.

Dans la Stratégie Sectorielle de l'Education et de la Formation (2016-2025), trois axes stratégiques ont été arrêtés pour la période concernée. Il s'agit de *« promouvoir un système éducatif plus équitable, au service de la croissance et de l'emploi », « créer les conditions d'un système éducatif de qualité » et « instaurer une gouvernance transparente et efficace ».*

En RDC, le renouvellement du curriculum dans cette perspective a débuté par la réforme des programmes du domaine d'apprentissage des sciences (mathématiques, sciences de la vie et de la Terre, sciences physiques, chimie, technologie et informatique) pour le Cycle Terminal de l'Education de Base (les deux années du secondaire général), un cycle charnière. Les profils d'entrée et de sortie des élèves sont adaptés ainsi que les contenus disciplinaires et le régime pédagogique.

L'approche des programmes a également changé pour adopter l'Approche par les Situations. De tels programmes sont centrés sur la mise en activité des élèves par le traitement de situations qui ont un sens pour eux, qui font appel aux savoirs dits essentiels et qui permettent de développer des compétences. Les aspects du sens et de la contextualisation sont très importants dans les apprentissages. C'est la raison pour laquelle dans les nouveaux programmes, les situations sont disponibles en français et dans les quatre langues nationales, et que les enseignants seront formés pour construire des situations adaptées au contexte de leur milieu. Notre objectif est d'outiller les élèves en savoirs et en compétences leur permettant de jouer un rôle positif dans leur communauté.

La deuxième réforme soutenue est l'introduction dans les établissements d'enseignement supérieur et universitaire et dans les établissements d'enseignement technique et professionnel d'un nouveau

mode de gestion basé sur les résultats. Pour les établissements d'enseignement supérieur et universitaire, il s'agit de l'introduction de Contrat de Performance (CDP) signé entre l'institution et le Gouvernement. Dans ce contrat, l'institution s'engage à améliorer ses performances dans des domaines convenus⁸.

II.5 Situation socio-économique

La RDC possède d'immenses ressources naturelles humaines et environnementales. Avec une telle potentialité, la RDC pourrait devenir l'un des pays les plus riches du continent africain et l'un de ses moteurs de croissance si elle parvenait à surmonter ses goulots d'étranglement (instabilité politique, problème de gouvernance, etc.)⁹.

De façon générale, la situation sociale demeure préoccupante. La pauvreté reste très répandue. 73 % de sa population, soit 60 millions de personnes vivaient en situation d'extrême pauvreté, avec moins de 1,9 dollar par jour en 2018¹⁰. Et cette situation n'a pas changé jusqu'à aujourd'hui, malgré les efforts des autorités. D'où, près d'une personne sur six en situation d'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne vit en RDC.¹¹

La RDC est classée au 175^e rang sur un total de 189 pays dans l'indice de développement humain (IDH) 2020, même si l'on estime que certains indicateurs se sont légèrement améliorés entre 2018 et 2020. Son indice de développement humain (IDH) est de 0,37, en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne, qui se situe à 0,40 (PNUD, 2021). Entre 2017 et 2018, l'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) de RDC était de 0,331 (PNUD, 2020).

Cette situation d'extrême pauvreté est encore plus accentuée en milieu rural qu'urbain suite à la guerre et l'extension des conflits à de nouvelles régions, et les déplacements importants de population qu'ils ont occasionnés. La pandémie de la COVID-19, l'accélération de l'inflation et la dépréciation du taux de change ont eu une incidence négative sur le pouvoir d'achat des ménages. Cependant, 42% des dépenses de santé sont supportées par les ménages¹².

⁸ Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel et Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, 2018-2023.

⁹ Pauvreté et chômage en RDC, Jonas Kibala-Kuma, juillet 2020.

¹⁰ Rapport Banque Mondiale, juin 2022.

¹¹ Banque Mondiale, Avril 2021.

¹² Rapport des comptes nationaux 2016

II.6 Eau, hygiène et Assainissement

La situation du secteur de l'Eau, Hygiène et Assainissement est précaire dans un pays riche en eau. Seulement 50,4% de la population de la RDC ont accès à des points d'eau améliorés et moins de 29% d'entre elle ont accès à un assainissement amélioré¹³. Ces taux sont nettement inférieurs à la moyenne subsaharienne.

Quant à l'eau et l'assainissement qui constitue l'ODD 6, en matière de conditions sanitaires en RDC, selon les données de MICS 2018, 52% de la population ont accès aux points d'eau aménagés. Cependant, cela ne veut pas dire pour autant que l'eau est potable, car 74% des tests effectués sur de l'eau des points d'eau classifiés comme étant améliorés avaient révélé la présence des bactéries (E. Coli).

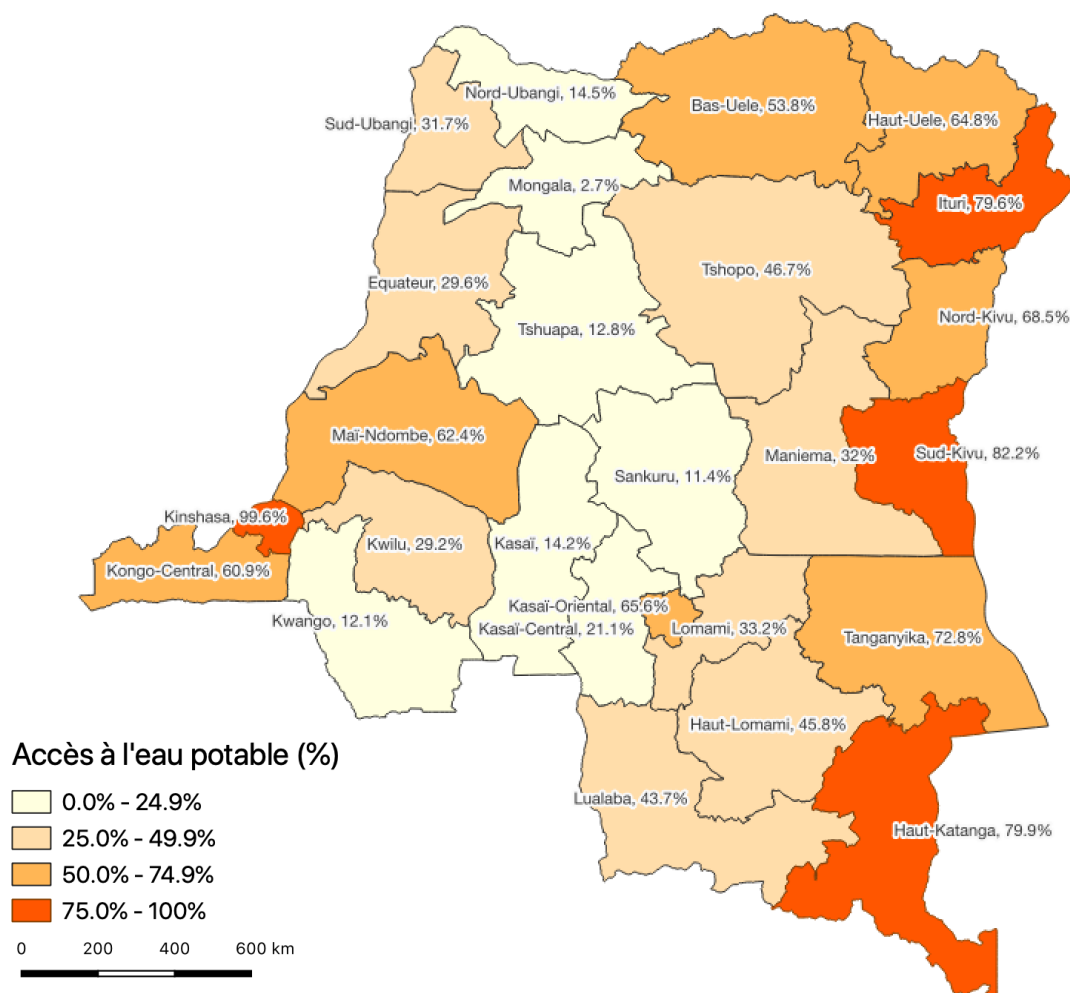


Figure 2. Pourcentage d'accès à l'eau potable par province en RDC (source des données ?xxxxx)

¹³ Rapport (UNICEF / OMS), 2015.

Par rapport à l'utilisation de toilettes, on observe que, dans l'ensemble, deux ménages sur trois soit 67% utilisent des toilettes non améliorées ; contre 32,6% des gens se servant des toilettes améliorées. Quant au milieu de résidence, seulement 16,3% des familles en milieu rural ont accès à des toilettes et latrines hygiéniques, contre 53,6% en milieu urbain. Parmi les ménages n'utilisant pas de toilettes améliorées, 11,6% défèquent dans la nature. La défécation inadéquate des humains est associée à un risque accru de contracter des maladies diarrhéiques. Une gestion peu sûre des excréments humains et une mauvaise hygiène personnelle sont étroitement associées à la diarrhée ainsi qu'aux infections parasitaires.

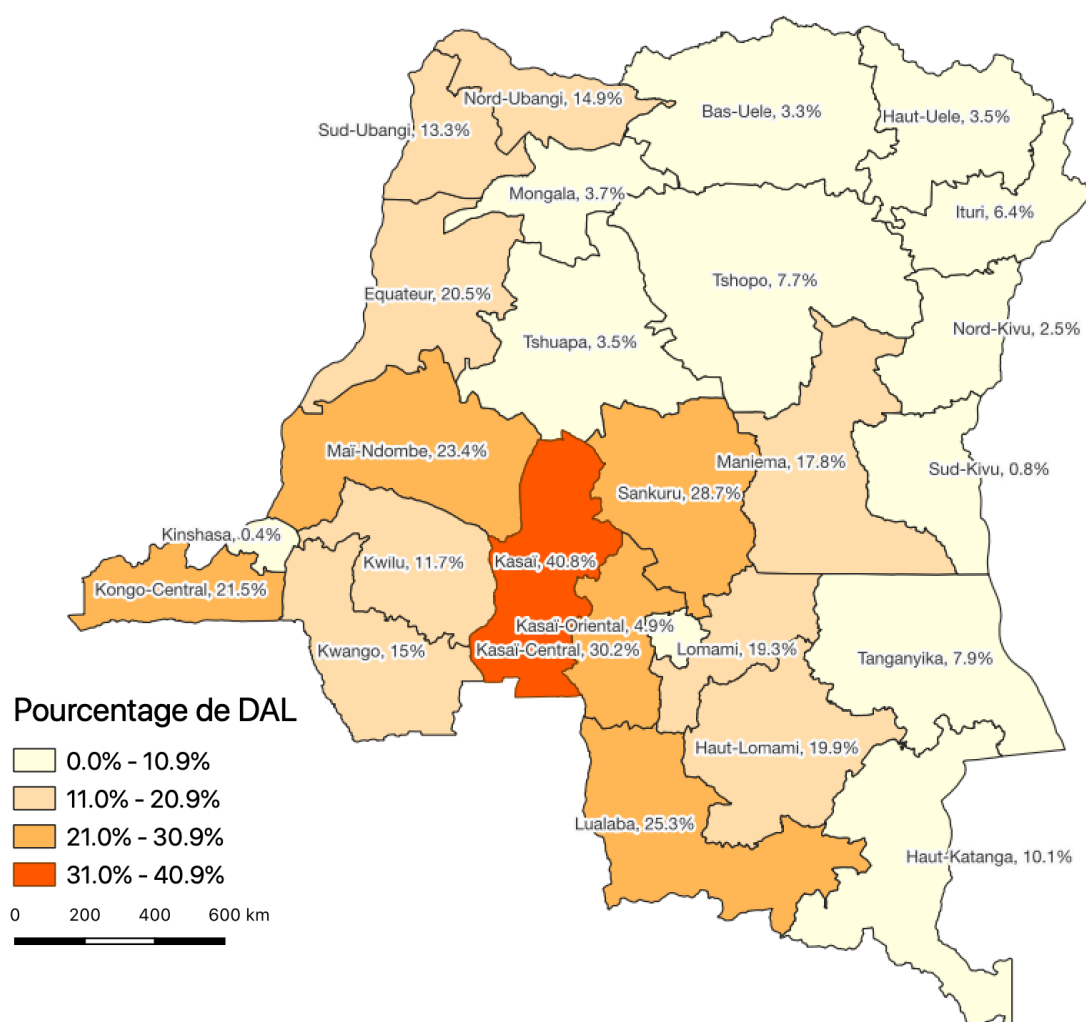


Figure 3. Pourcentage de défécation à l'aire libre par province en RDC

Malgré les progrès observés, les prestations de soins et services de santé en RDC connaissent un faible taux d'utilisation de service des soins curatifs. Les données du SNIS situent l'utilisation de services des soins curatifs respectivement à 43,4% en 2017, 47,1% en 2018,

50% en 2019, 50,1% en 2020 et 46,9% en 2021. L'utilisation de ce service est affectée par la triple dimension de l'accessibilité (financière, socioculturelle, et géographique).

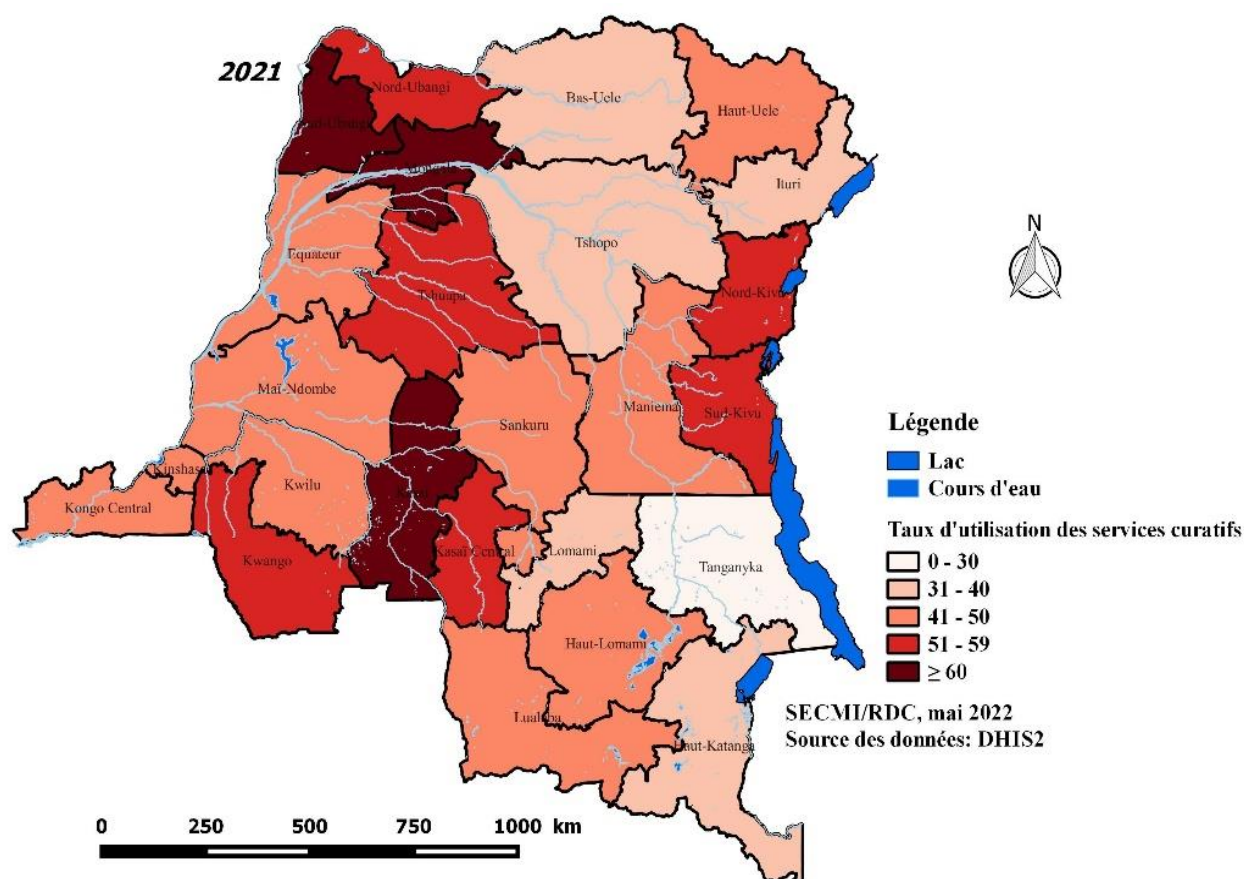


Figure 4 Taux d'utilisation des services curatifs par province de 2017 à 2022 en RDC

La RDC est plongée depuis quelques années dans une instabilité liée aux guerres et conflits incessants. Cette situation est plus marquée dans sa partie Est et plus récemment dans son centre, l'ex-Kasaï qui était le théâtre de plusieurs de ces péripéties. Ces événements ont impacté négativement sur l'économie à l'échelle nationale. Selon les regroupements régionaux du PNUD en 2014, la RDC fait partie des pays avec fortes proportions de personnes vivant dans une extrême pauvreté dans le monde. Actuellement, la RDC connaît une pauvreté de masses avec des grandes disparités du niveau de revenu entre les milieux urbain et rural.

II.7 Situation politico-administrative

Aux termes de la Constitution de 2006 révisée en 2011 ; la République Démocratique du Congo (RDC) est composée de la Ville Province de Kinshasa et de vingt-cinq (25) provinces dotées de la Personnalité juridique conformément à l'article 2 de la Constitution de la 3^e République. Elle Compte 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 Communes rurales et 5.397 groupements. A ce jour, la RDC compte 16.042.642 ménages (Population totale divisée par la taille moyenne des ménages qui est de 5.3)¹⁴.

En RDC, la santé est un droit constitutionnel (article 47 de la Constitution)¹⁵. A l'instar des autres pays du monde, la RDC a souscrit en septembre 2015 au nouvel agenda international de développement durable sous le label d'Objectifs de Développement Durable (ODD)¹⁶ dont, parmi les cibles fixées et est l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) (ODD 3, l'accès à l'eau potable pour tous (ODD 6.1), la réduction de la pollution des eaux (ODD 6.3).

La politique de décentralisation inscrite dans la nouvelle Constitution préconise une autonomie fiscale et budgétaire au niveau des entités territoriales décentralisées et des provinces.

¹⁴ *Plan stratégique national pour la couverture sante universelle 2020-2030, janvier 2020*

¹⁵ *Constitution de la République Démocratique du Congo, Journal Officiel du 5 février 2011. Numéro spécial.*

¹⁶ *Ministère du Plan et Suivi de la Révolution de la Modernité de la RDC. Octobre 2016.*

II.8 Problématique des conflits et mouvements des populations

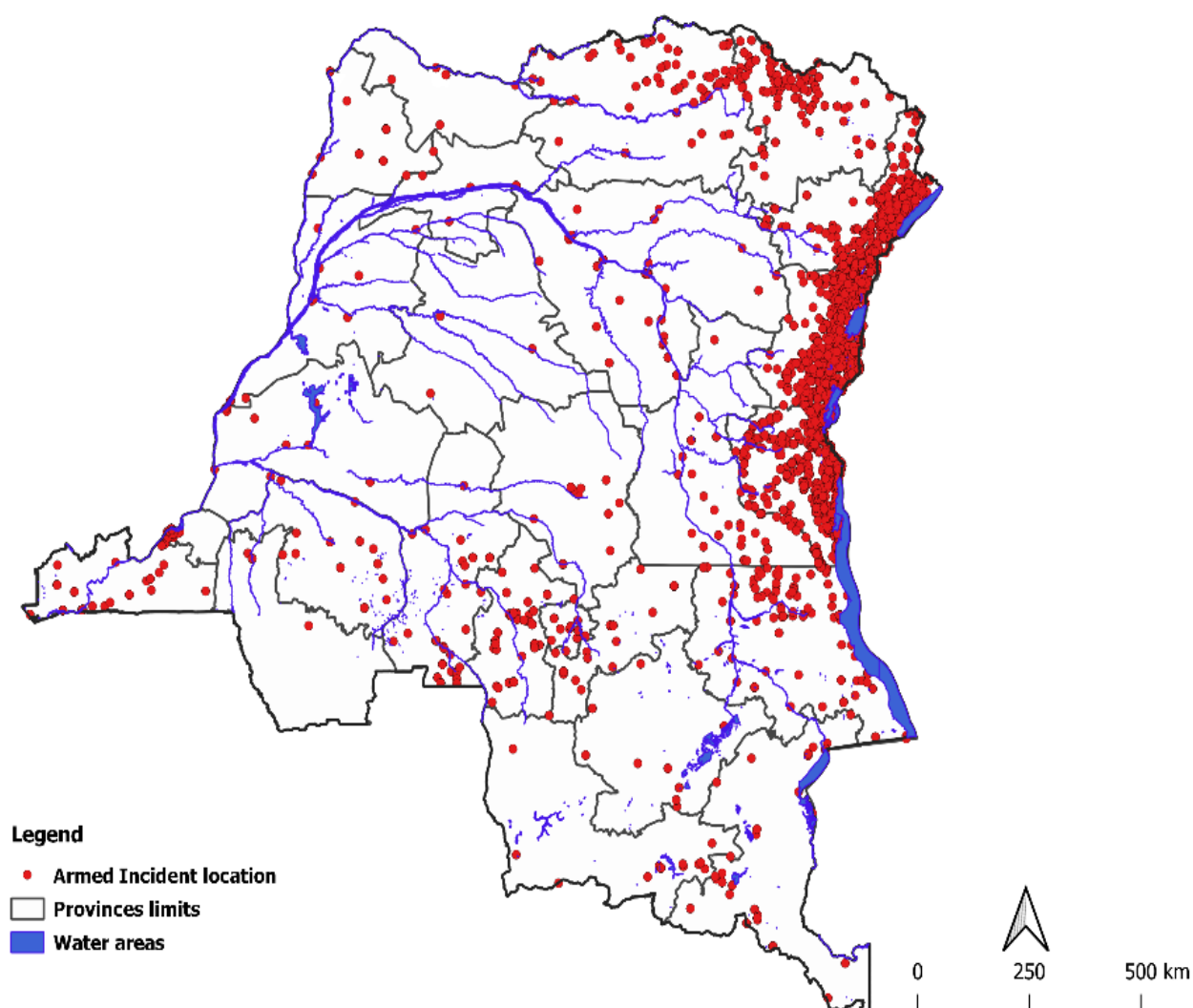


Figure 5 Situation de conflits de 2017-2021, RDC

Depuis plus de deux décennies, la RDC connaît des conflits à répétition. Rien que pour la période des cinq dernières années (2017-2021)¹⁷, le pays a enregistré, sur l'étendue du territoire national, environ deux mille huit cent quarante-sept (2 847) incidents de conflits. L'essentiel de conflits se concentraient dans la partie Est de la RDC avant que n'éclatent les conflits dans l'espace du grand Kasai en août 2016. Les provinces de l'Est en 2021 (Le Haut-Katanga, le Lualaba, le Haut-Lomami, le Tanganyika, le Sud-Kivu, le Nord-Kivu, l'Ituri, la Tshopo) ont rapporté deux mille cinq cent et deux (2 502) conflits soit près de 83,43% du total des conflits enregistrés dans le pays. Deux provinces (Ituri et Nord-Kivu) ont dû être placées sous un état de siège depuis le 6 mai 2021 jusqu'à ce jour.

¹⁷ ACLED (The Armed Conflict Location & Event Data Project, 2017-2021

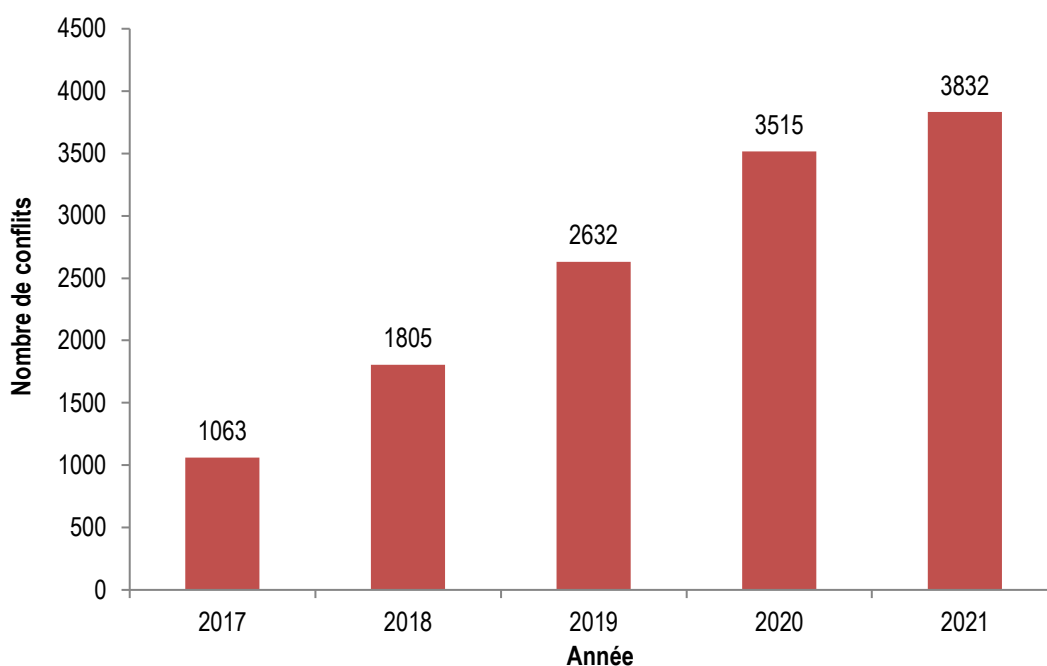


Figure 6. Evolution situation de conflits, 2017-2021, RDC

Source : NRC

Les conflits font partie des facteurs qui influencent sensiblement, de façon indirecte, les épidémies de choléra. D'une part, en fuyant les conflits, les populations vivent dans des conditions très précaires en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement qui favorisant les épidémies de choléra, d'autre part, les conflits réduisent drastiquement l'accès aux services de soins entraînant le déplacement de l'essentiel du personnel soignant mais aussi par la destruction des établissements de soins dont les réserves et le système d'approvisionnement en eau.

De 2017 à 2021, quatre-vingt-seize (96) établissements de soins ont été détruits, cinquante-six (56) professionnels de santé tués, d'une part, et soixante-huit (68) professionnels de santé kidnappés¹⁸, d'autre part.

¹⁸ <https://map.insecurityinsight.org/health>

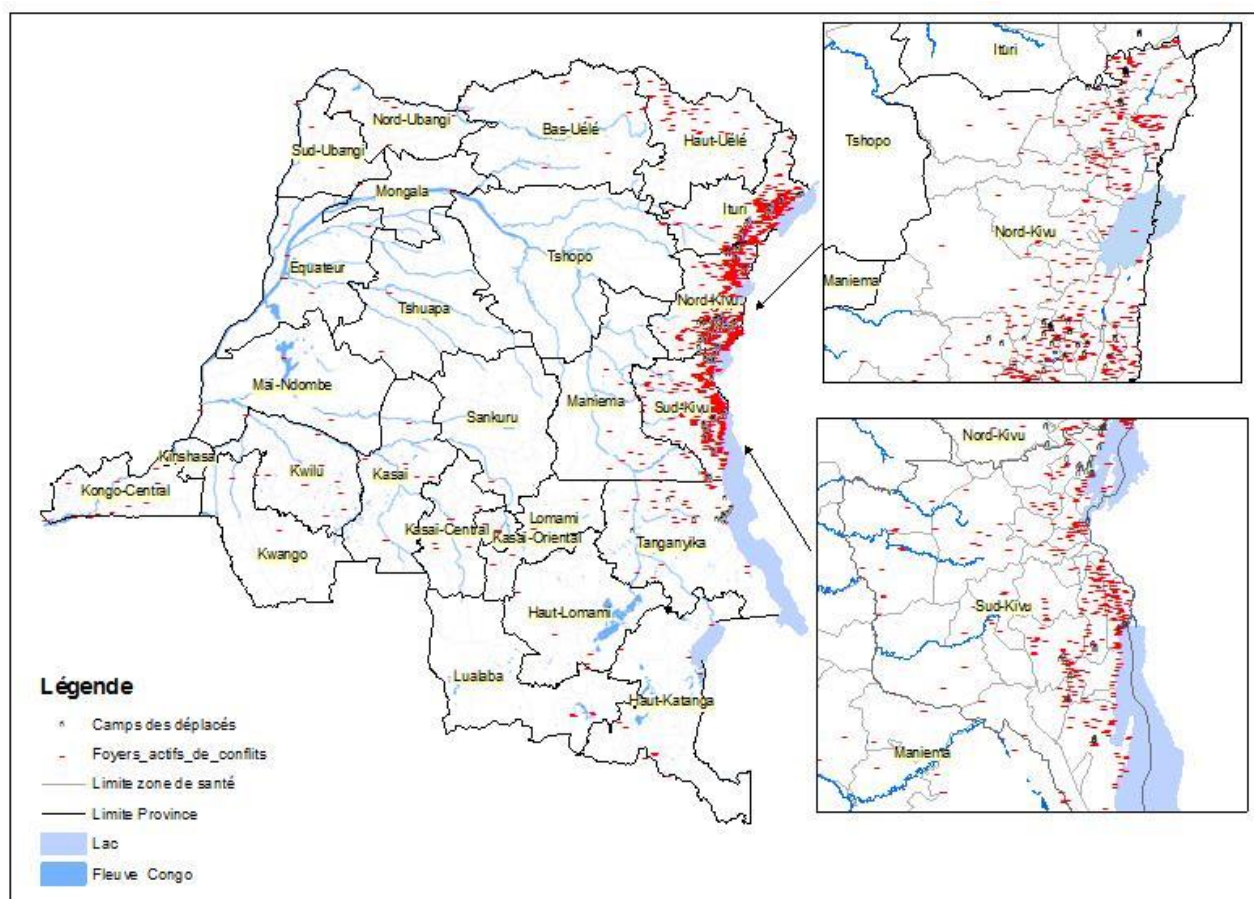


Figure 7. Mouvements de populations par province, RDC, 2021

Les mouvements de populations sont la première conséquence de conflits. Et dans ce contexte, lorsque le choléra affecte ces populations, ce sont de grandes flambées épidémiques qui s'en suivent.

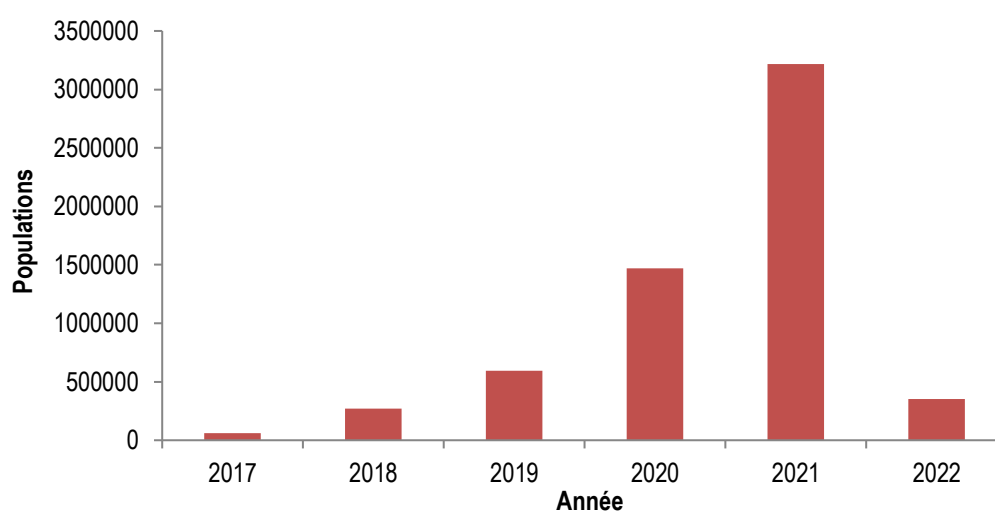


Figure 8. Mouvement de population, 2017- mars 2022, RDC

Bien que la situation soit restée relativement stable ou s'est améliorée dans certaines provinces en 2021, les conflits armés et les catastrophes naturelles provoquent des mouvements de population importants dans l'Est du pays, plus particulièrement dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri sous l'état de siège depuis mai 2021. Rien que pour la période de 2017 à mars 2022 OCHA, on a enregistré 5.967.294 personnes déplacées à travers le pays. Ces déplacements ont été causés principalement par des attaques ou affrontements armés (87%), des conflits fonciers et intercommunautaires (9,5%) et des catastrophes naturelles (2,8%)¹⁹. En dehors de l'Est de la RDC, Les conflits fonciers et coutumiers y sont prédominants, créant des tensions entre communautés dans les provinces telles le Kasai Central, le grand Bandundu, l'Equateur et le Katanga²⁰.

Ces mouvements de populations ne permettent pas de lutter efficacement contre les épidémies de choléra à cause non seulement du nomadisme de la population mais aussi et surtout de la fluctuation de celle-ci. Tant que les conflits continuent, la population continuera d'affluer vers les endroits qui leur semblent plus sûres augmentant ainsi la promiscuité et exacerbant la précarité liée aux mauvaises conditions d'eau, d'hygiène et d'assainissement.

D'importants mouvements de populations sont presque toujours suivis par des flambées d'épidémie de choléra en RDC. Cette situation s'expliquerait par le fait que les plus importants mouvements des populations surviennent dans les zones où le choléra est endémique ou celles qui sont interconnectées avec ces dernières. Comme la plupart de ces mouvements migratoires sont dus aux conflits, les populations qui se déplacent sont fragilisées et donc très vulnérables aux épidémies de choléra. Dans ces conditions d'insécurité et de fluctuation de la population à couvrir, la surveillance est affectée par une sous notification des cas et les stratégies de lutte classiques ne sont plus très efficaces. Il y a donc nécessité de les adapter avec l'évolution de la situation sur le terrain.

II.9 Activités de pêche

La RDC constitue la réserve mondiale d'eaux douces après le Brésil, elle regorge de nombreux cours et plans d'eau comprenant lacs, fleuves, rivières et zones inondables. La superficie totale de ses eaux est estimée à environ 86 080 km², soit 3,5% du territoire national. Cet important réseau

¹⁹ *Aperçu des besoins humanitaires de la République Démocratique Du Congo, décembre 2021*

²⁰ *Plan Cadre de Coopération des Nations Unies pour le Développement Durable (Unsdcf) 2020-2024 de la RDC*

hydrographique abrite une faune et une flore aquatiques riches et variées, dont le maximum du potentiel halieutique de capture est évalué à 707 260 tonnes par an.

En dépit de son énorme potentiel et de son importance comme soulignés plus haut, la pêche en RDC est confrontée à de multiples contraintes qui entravent son développement. Ces contraintes sont de divers ordres : technique, économique et institutionnel. Et pourtant la RDC importe encore du poisson pour la consommation de sa population. (Cartographie des zones de pêche et comportement des pêcheurs liés à la défécation à l'air libre).

Cependant, les statistiques disponibles montrent que la production nationale n'a jusqu'à présent jamais excédé 247 000 tonnes par an, soit moins de 245 000 tonnes issues de la pêche, représentant moins de 35 pour cent du maximum du potentiel halieutique de capture.

Tableau 1. Production du poisson en RDC de 2017 à 2021

Plan d'eau	2017	2018	2019	2020	2021
Côte atlantique	4337	4469	4602	4736	4871
Complexe fleuve	96815	99693	102572	105452	108333
Lac Tumba	2195	2263	2332	2402	2473
Lac Mai Ndombe	10660	10979	11301	11624	11948
Lac Albert	10378	10690	12002	12315	12629
Lac Edouard	5220	5380	5520	5691	5863
Lac Kivu	1956	2018	3857	5697	7538
Lac Tanganyika	94189	96261	98334	100408	102482
Luapula Moero	9497	9782	10168	10555	10842
Lac Tshangalele	18294	18840	19388	19937	20487
Lac N'zilo	1776	1833	1922	2012	2103
Dépression Kamalondo	411	426	442	460	479
TOTAL	255.728	262.634	272.440	281.289	290.048

Source : PNSECH-CP/Ministère De Pêche Et Elevage, Raphael BUKURU, Octobre 2021.

II.10 Etat de santé de la population

II.10.1 Espérance de vie et mortalité générale

Selon le Rapport de Développement Humain (PNUD, 2020), l'espérance de vie de la population congolaise est de 60,9 ans soit 62,5 ans pour les femmes et 59,4 ans pour les hommes.

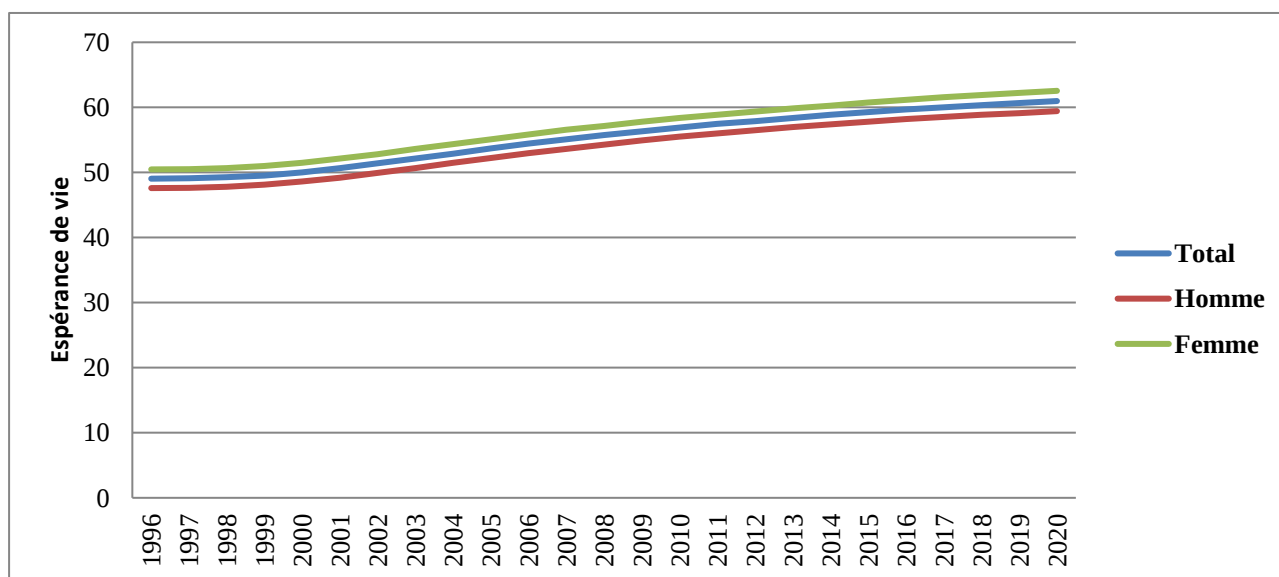


Figure 93. Evolution de l'espérance de vie de la population en RDC de 1996 à 2020.

Source : data base Bank de la Banque mondiale, 2020

Quant aux indicateurs de la mortalité, le taux brut de mortalité est passé de 10,16 pour 1.000 habitants en 2014 à 9,12 en 2020²¹. La tendance à la baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans amorcée depuis plusieurs années en RDC est bien confirmée, elle est passée de 73‰ (2015) à 63,8‰ (2020).

²¹ Rapport de Développement Humain (PNUD, 2020)

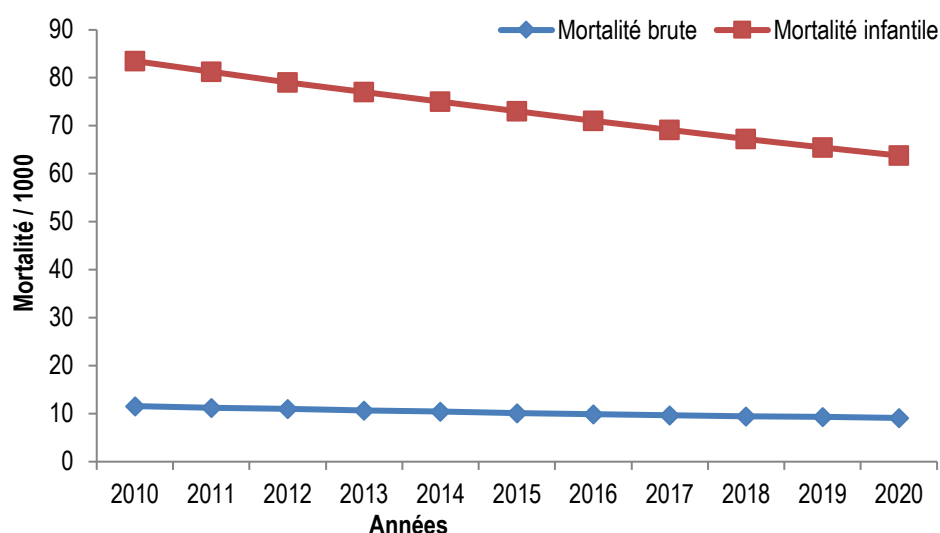


Figure 10. Evolution de la mortalité en RDC de 2010 à 2020

La sous-nutrition est Source : data base Bank de la Banque mondiale

II.10.2 Etat nutritionnel

En RDC, environ 27 millions de personnes connaissent des niveaux élevés d'insécurité alimentaire aiguë (Phase 3 de l'IPC ou plus), dont environ 6,1 millions atteignent des niveaux critiques (Phase 4 de l'IPC) en 2021. Elle demeure le premier pays au monde au regard du nombre de personnes touchées. Cette insécurité alimentaire est le résultat de plusieurs facteurs, notamment une combinaison de conflits, mouvements des populations, de déclin économique, de prix alimentaires élevés et de l'impact persistant de la pandémie de COVID-19²².

La malnutrition peut affecter les enfants de tous âges, notamment entre 6 et 59 mois. Elle rend les enfants plus vulnérables aux maladies. En RDC, un enfant de moins de 5 ans sur cinq présente une insuffisance pondérale, dont 7 % sous la forme sévère. Plus de deux enfants de moins de 5 ans sur cinq souffrent de malnutrition chronique ou d'un retard de croissance, dont 23 % sous la forme sévère. Près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix souffre de malnutrition aiguë globale (émaciation), et 5 % sous la forme sévère. Entre 2001 et 2014, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, qui s'élevait encore à 43 % (EDS 2013-2014), a peu régressé²³.

Comparés aux données de l'EDS 2013-2014, les indicateurs nutritionnels en 2018 n'ont pas connu d'amélioration significative en RDC.

²² OCHA

²³ Plan stratégique national pour la couverture sante universelle 2020-2030, janvier 2020

Selon les données de l'enquête MICS 2018, un peu plus d'un enfant de moins de 5 ans sur cinq (23,1%) présentent une insuffisance pondérale. Plus de deux enfants de moins de 5 ans sur cinq (41,8%) souffrent de malnutrition chronique ou d'un retard de croissance, et près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix (6,5%) souffre de la malnutrition aiguë globale (émaciation).

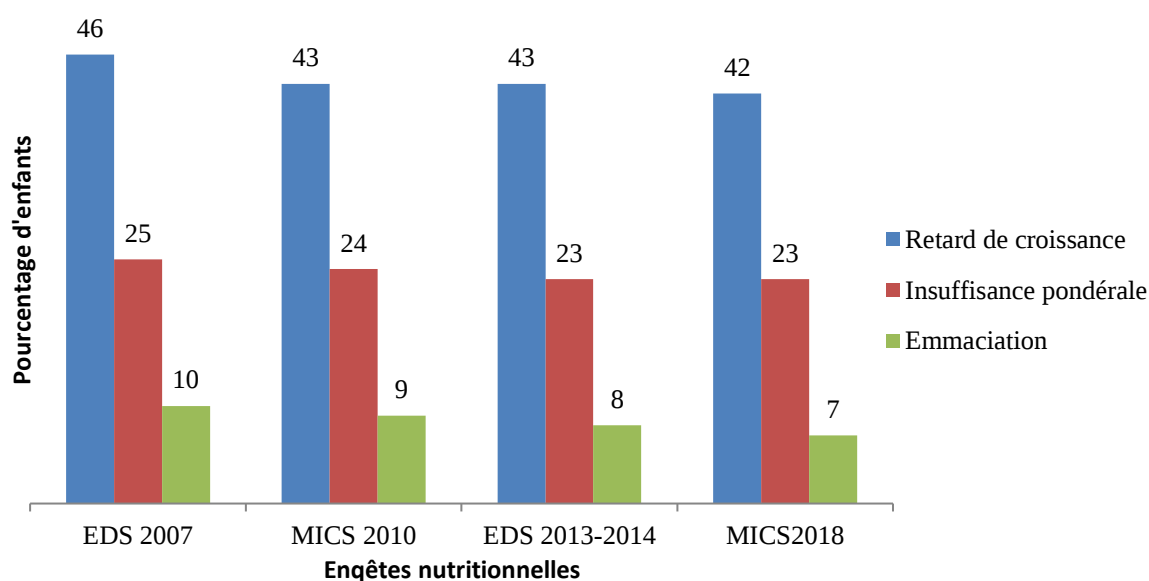


Figure 11. État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon les enquêtes EDS 2007, MICS 2010, EDS 2013-2014, MICS 2018

Quant aux carences en micronutriments, elles sont également très fréquentes, avec une occurrence particulièrement forte de carences en vitamine A, et d'anémie.

De même, l'étude sur le coût de la faim en RDC²⁴, publiée par le Gouvernement en juillet 2017, révèle que les enfants souffrant de retard de croissance en RDC sont plus susceptibles d'abandonner l'école et le niveau de scolarisation moyen atteint à l'âge adulte est inférieur de 2,6 années par rapport à une personne n'en ayant jamais souffert. En outre, 49,8% des adultes en âge de travailler (15 à 64 ans), soient 25.339.784 personnes, ont souffert d'un retard de croissance à l'enfance et ne sont pas en mesure d'atteindre leur potentiel réel.

En définitive, cette étude évalue la perte due aux conséquences de la sous-nutrition chez les enfants notamment dans le domaine de la santé, de l'éducation et de la productivité en RDC à environ

²⁴ Rapport de l'Etude sur le Coût de la Faim en Afrique, Incidence sociale et économique en RDC, Juillet 2017

1.637 milliards de CDF, soit 1,7 milliards de dollars, équivalant à environ 4,56 % du PIB, pour la seule année de référence 2014.

II.10.3 Problématique des Violences Basées sur le Genre (VBG)

Les Violences Basées sur le Genre (VBG) demeurent un problème récurrent en RDC. Malgré les efforts déployés depuis l'accession du pays à l'Indépendance, pour l'émancipation politique, socio-économique et culturelle, les femmes, les jeunes et petites filles plus que leurs partenaires masculins, sont encore victimes de diverses formes des violences qui atrophient leur potentiel humain et leur contribution efficiente au développement durable de la Nation congolaise²⁵.

En RDC, le nombre d'incidents de VBG a passé de 42 920 cas en 2019 à 70 142 en 2020, soit une augmentation de 63%²⁶.

Selon l'EDS 2013-2014, depuis l'âge de 15 ans, plus de la moitié des femmes (52%) ont subi des violences physiques, et c'est le mari /partenaire qui a été cité comme l'auteur des actes de violence dans la majorité des cas. Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, plus d'une femme sur quatre (27%) ont déclaré avoir été victimes d'actes de violence sexuelle à un moment quelconque de leur vie.

Longtemps liées au contexte de conflit, les VBG ont été plus rapportées dans les zones en proie à la guerre depuis plus d'une décennie.

Entre août 2016 et mai 2017, 1 429 incidents de VBG ont été rapportés dans l'espace grand Kasai dont 162 cas dans la province de Kasai, 656 cas au Kasai Central et 611 cas au Kasai Oriental dont 79% sont des cas de viol, 11% d'agression sexuelle, 4% d'agression physique et 4% de mariage forcé, 2% de violences psychologiques et émotionnelles²⁷.

Dans la province de l'Ituri, entre janvier et avril 2018, 652 incidents de VBG ont été rapportés dont 60% de cas de viol, 5% de cas d'agression sexuelle, 7% de cas d'agression physique, 25% de cas de mariage forcé et 2% de cas de violence physique et émotionnelle.

²⁵ Ministère de Genre et Famille. *Stratégie Nationale de Lutte contre Les Violences Basées Sur Le GENRE*. Novembre 2009. P4

²⁶ OCHA. <https://reports.unocha.org/fr/country/democratic-republic-congo/>

²⁷ Cluster VBG. *Rapport d'évaluations sur les violences basées sur le genre (VBG) Dans la crise de la région du Kasai (provinces de Kasai, Kasai central et Kasai oriental) République Démocratique Du Congo*. Septembre 2017.

Les parents sont également cités comme responsables des violences physiques (64,9 %). Les violences morales et physiques relatives à la collecte de l'eau en milieu scolaire relèvent majoritairement des enseignants pour les privations (80 %), les injures (69,4 %), les menaces (69,2 %) et les gifles (57,1 %).

II.10.4 Syndémies comme facteurs de vulnérabilité du choléra

Le profil épidémiologique de la RDC est marqué par l'émergence et la réémergence de plusieurs maladies transmissibles à potentiel épidémique. Le pays est actuellement en phase de transition épidémiologique qui se caractérise par une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. Ce double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles a une répercussion sur la mortalité et la morbidité de l'ensemble de la population congolaise.

La RDC est encore confrontée à de multiples épidémies, urgences et catastrophes de diverses natures. Depuis le mois d'août 2010, la RDC est confrontée à plusieurs flambées de l'épidémie de la rougeole dans presque toutes les provinces du pays. De 2017 à 2021, 556 655 cas et 9 442 décès ont été enregistrés au pays.

L'épidémie du VIH/SIDA est devenue un véritable frein au développement pour la quasi-totalité des pays de l'Afrique sub-saharienne. Le VIH Sida érode sans merci les capacités humaines, la productivité et les perspectives de développement. Le profil épidémiologique du VIH en RDC affiche une épidémie de type généralisé, avec une prévalence moyenne qui est passée de 1,3% à 1,2% entre 2007 et 2013 (EDS 2013-2014). Cette prévalence du VIH est inégalement répartie aussi bien par province que par tranches d'âge et par sexe.

Bien que la RDC présente des résultats satisfaisants en matière de lutte contre le Sida dans la région africaine, les Gap à couvrir restent énormes pour arriver à contrôler l'épidémie en 2020. Ce contrôle passe par l'atteinte des objectifs 95-95-95 pour la connaissance du statut des PVVIH, la mise sous traitement et la suppression de la charge virale. Sur l'ensemble de la population VIH attendue en RDC, seules 51% des PVVIH connaissent leur statut sérologique, 50% sont mises sous traitement antirétroviral, et 12% avec une charge virale supprimée.

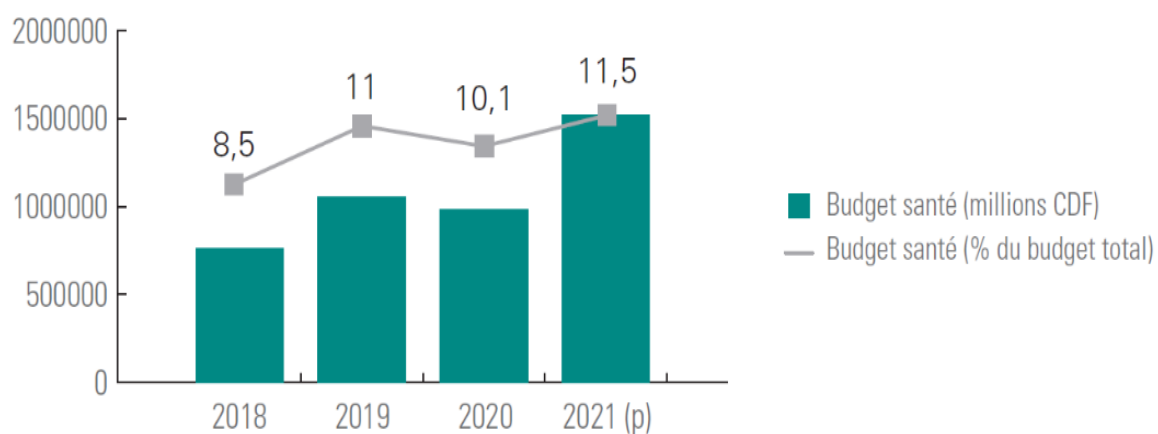
Il faut signaler que le profil épidémiologique de la RDC est marqué par l'émergence et la réémergence de plusieurs maladies transmissibles à potentiel épidémique. En même temps, le pays connaît une transition épidémiologique, caractérisée par une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. Ce double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles a une répercussion sur la mortalité et la morbidité pour l'ensemble de la population congolaise. La RDC continue de se trouver confrontée à de multiples épidémies, urgences et catastrophes de

diverses natures. Au cours de ces dernières années, plusieurs flambées épidémiques ont été enregistrées, notamment des épidémies de choléra, de COVID-19, de la méningite, de maladie à virus Ebola (MVE), de poliomyélite et de rougeole.

II.10.5 Situation des sites des soins communautaires

Dans les aires de santé où l'accessibilité géographique au centre de santé constitue un obstacle majeur, les sites de soins seront établis progressivement pour l'identification et la prise en charge précoce des principales maladies tueuses des enfants de moins de 5 ans (paludisme simple, diarrhées et infections respiratoires aiguës). Les cas graves seront référés précocement aux centres de santé. Ces Sites de Soins Communautaires (SSC) seront approvisionnés en médicaments par le centre de santé et supervisés par l'infirmier titulaire de l'aire de santé afin d'assurer la qualité des soins offerts²⁸.

II.11 Financement avec ressource propre



Source : Ministère du Budget, Lois des finances

Figure 12. Evolution du budget de la santé en RDC de 2018 à 2021.

La part du budget de l'État allouée à la santé révèle la faible priorité accordée au secteur en RDC. On constate une faible augmentation en 2019 puis un budget stagnant en dessous de celui retenu à

²⁸ Plan National de Développement Sanitaire Recadré 2019-2022

Abuja en 2015, équivalent à 15% du budget total. L'analyse révèle également d'importantes lacunes relatives à l'exécution du budget suite à la faible mobilisation des recettes publiques²⁹.

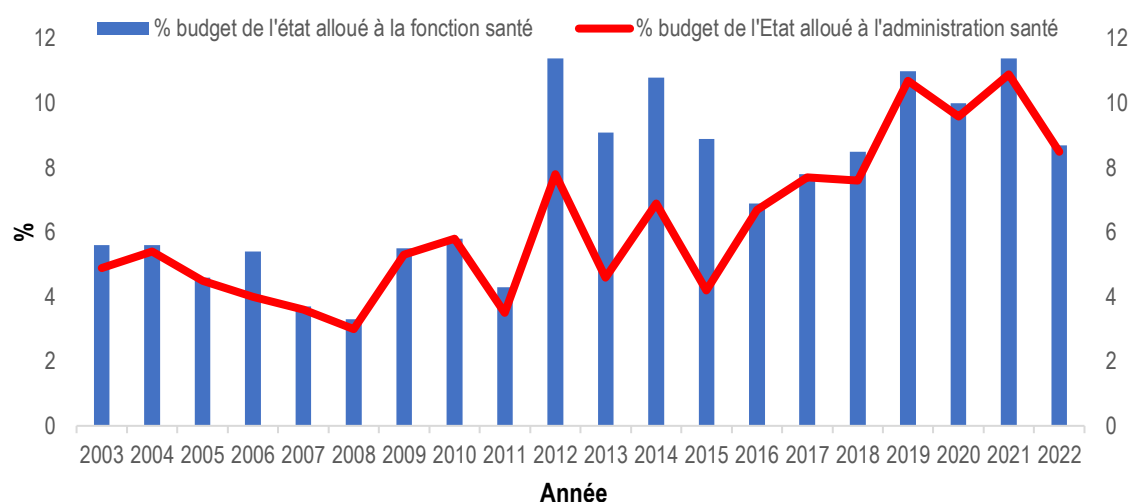


Figure 134. Budget de la santé en RDC de 2003 à 2021.

Source : MSP, Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2021

Le secteur de la santé en RDC effectue des dépenses de santé par habitant très faibles, avec 21 dollars en 2017(1), dont 2 dollars seulement couverts par le Gouvernement ; une faible allocation budgétaire à la santé (10% en 2019) ; des dépenses des ménages trop élevées (9 dollars par habitant et 44% des Dépenses Totales de Santé (DTS) en 2017). Notons que la RDC a une forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs (9 dollars par habitant et 43 % des dépenses totales de santé) (2). Des ressources disponibles dépensées avec une faible exécution budgétaire (54% en 2017) ; des problèmes de gouvernance et enfin un processus de décentralisation qui reste théorique. Ces points représentent autant d'obstacles à la réalisation d'une ambition forte du Gouvernement pour son peuple, la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)³⁰.

²⁹ MSP, Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2015

³⁰ Résumés des études sur l'espace budgétaire du PNDS et de la mobilisation et allocation des ressources en santé au niveau central et au niveau décentralisé la RDC, Banque Mondiale, janvier 2020.

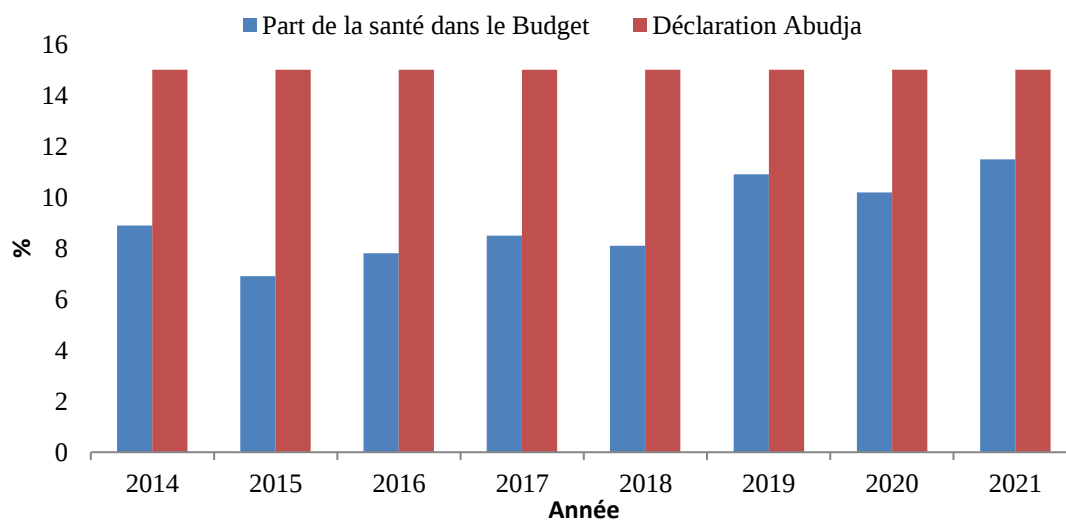


Figure 145. Evolution des prévisions du budget de santé de 2014 à 2021

Source : Rapport national sur le Développement Humain 2016 du PNUD.

CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DU CHOLÉRA DANS LE MONDE, EN AFRIQUE ET EN RDC (2017-2021)

III.1 Situation épidémiologique dans le monde, Afrique, RDC

De 2017 à 2021, 3 196 614 cas de choléra ont été notifiés à travers le monde, dont 15 571 décès, soit un taux de létalité de 0,48%. Au cours de cette période, l'Afrique a rapporté 544 297 cas (soit 17 % des cas enregistrés dans le monde) et 11 363 décès (soit 73 % de l'ensemble de décès dans le monde). Sur cette période, l'Afrique est le deuxième continent le plus affecté après l'Asie (Figure 25).

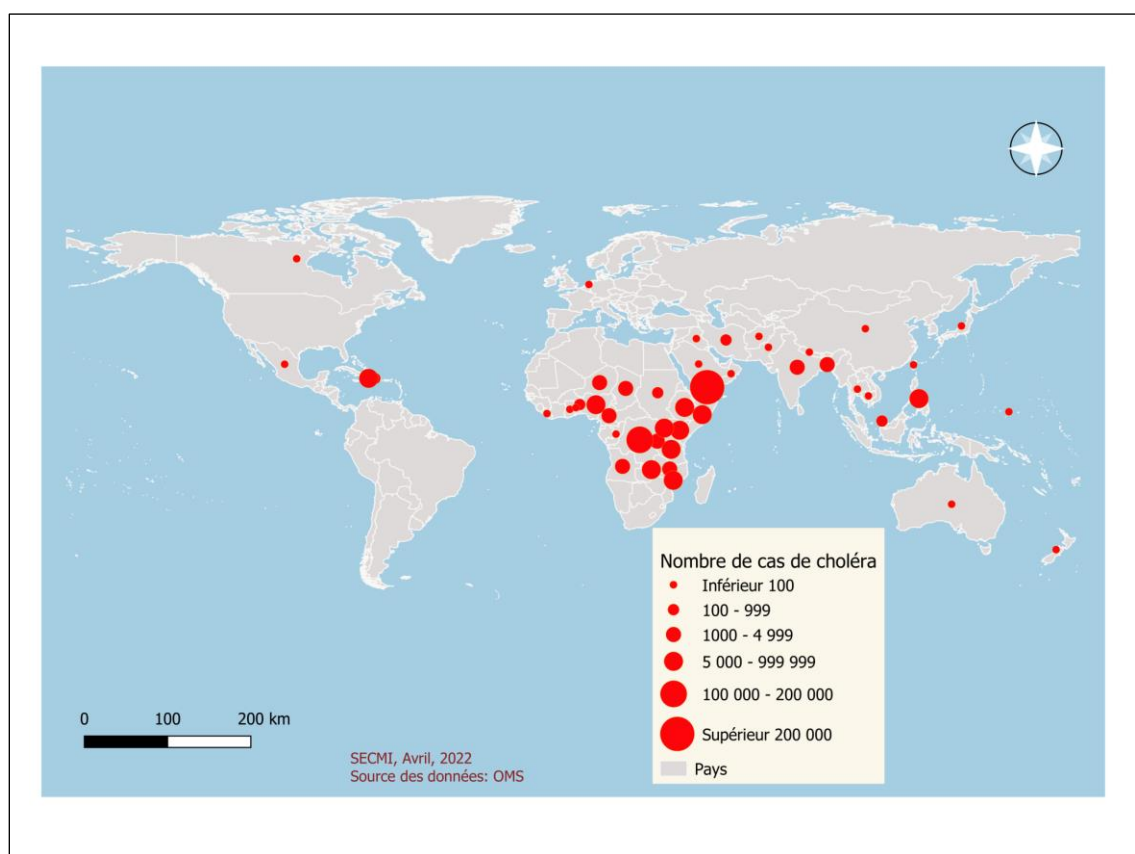


Figure 6. Situation épidémiologique du choléra dans le monde, 2017-2021

La répartition des cas par pays à travers le monde de 2017-2021 reste très hétérogène. Chaque année, sur cette période d'étude, seul le Yémen est resté le pays rapportant le plus grand nombre de cas de choléra. Les pays Africains les plus affectés sont : la RDC, le Nigeria, la Somalie, l'Ethiopie, le Sud Soudan, le Mozambique, le Zimbabwe et le Kenya. (Tableau 3).

Tableau 2. Répartition des pays les plus touchés au monde, 2017-2021

Année	Pays	Cas	Décès	Taux de létalité
2017	YEMEN	1 032 481	2 261	0,2%
	SOMALIE	75 414	1 007	1,3%
	RDC	56 190	1 190	2,1%
	SOUDAN DU SUD	16 088	353	2,2%
	HAITI	13 681	159	1,2%
2018	YEMEN	371 326	505	0,1%
	NIGERIA	45 037	836	1,9%
	RDC	30 768	972	3,2%
	ZIMBABWE	10 692	65	0,6%
	SOMALIE	6 761	45	0,7%
2019	YEMEN	861 096	1 025	0,1%
	RDC	30 304	514	1,7%
	MOZAMBIQUE	7 010	8	0,1%
	PHILIPPINES	5 491	8	0,1%
	KENYA	5 208	141	2,7%
2020	YEMEN	275 712	115	0,0%
	RDC	19 789	354	1,8%
	ETHIOPIE	12 226	176	1,4%
	SOMALIE	6 414	44	0,7%
	MOZAMBIQUE	3 787	4	0,1%
2021	NIGERIA	111 062	6 304	5,7%
	YEMEN	72 765	45	0,1%
	RDC	12103	209	1,7%
	NIGER	5591	166	3,0%
	MOZAMBIQUE	5 072	21	0,4%

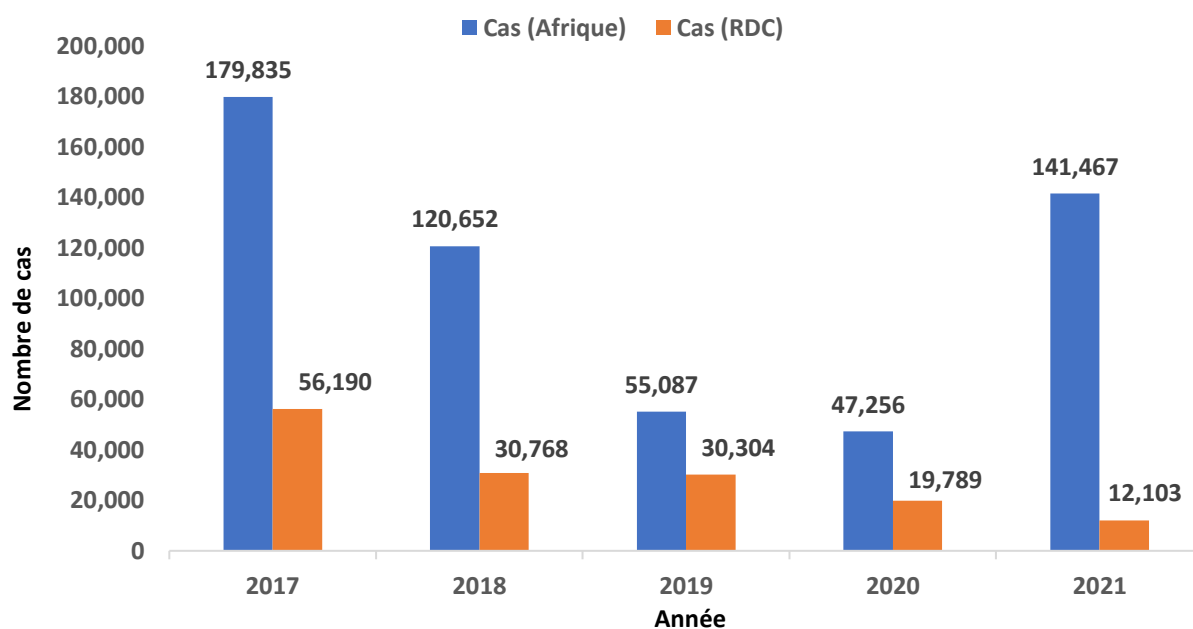


Figure 7. Evolution des cas de choléra en Afrique, 2017-2021

De 2017 à 2021, l'Afrique a respectivement notifié 14,6%, 24,1%, 5,9%, 14,6 % et 63.3% des cas mondiaux.

En 2017, la RDC a représenté 31% de l'ensemble des cas rapportés en Afrique. Sur les années suivantes, cette proportion est passée à 25% en 2018, à 55% en 2019, à 42% en 2020, et à 8% en 2021. (Figure 24).

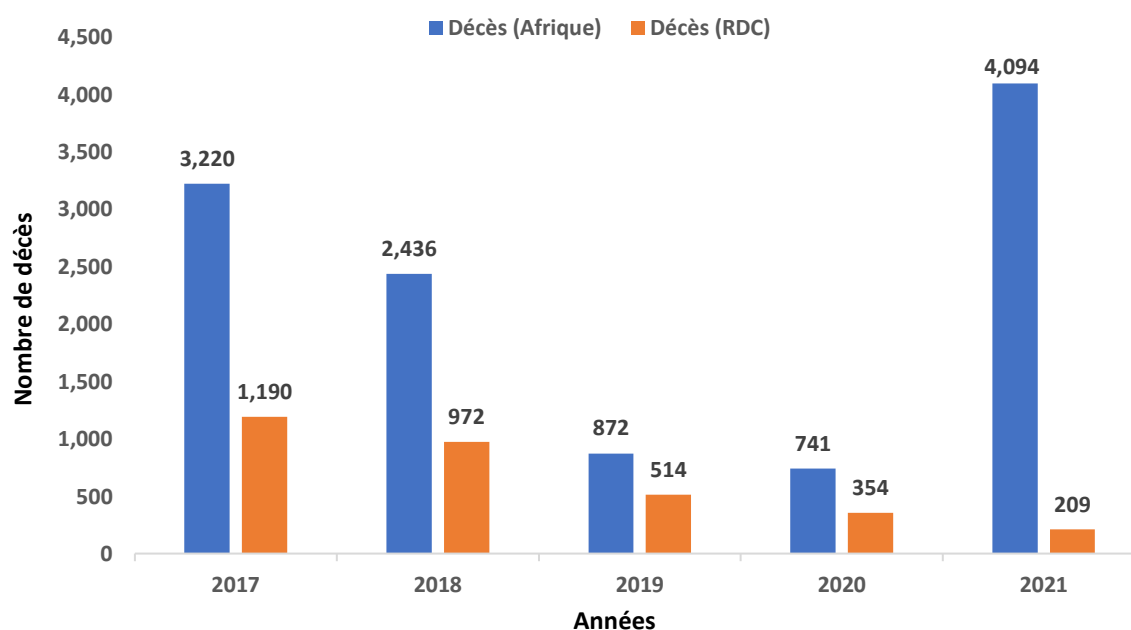


Figure 8. Evolution des décès dus au choléra en Afrique, 2017-2021

De 2017 à 2021, la RDC a respectivement représenté 37.0%, 39.9%, 58.9%, 47.8% et 5.1% part de décès rapportés de choléra en Afrique (**figure 27**).

III.2 Situation épidémiologique du choléra en RDC

La situation du choléra de la RDC reste toujours très préoccupante. De 2017 à 2021, le pays a rapporté 149 154 cas de choléra et 3 239 décès (27,4% du total de cas et 28,5% du total de décès notifiés par tout le continent africain) soit un taux de létalité de 2,2%.

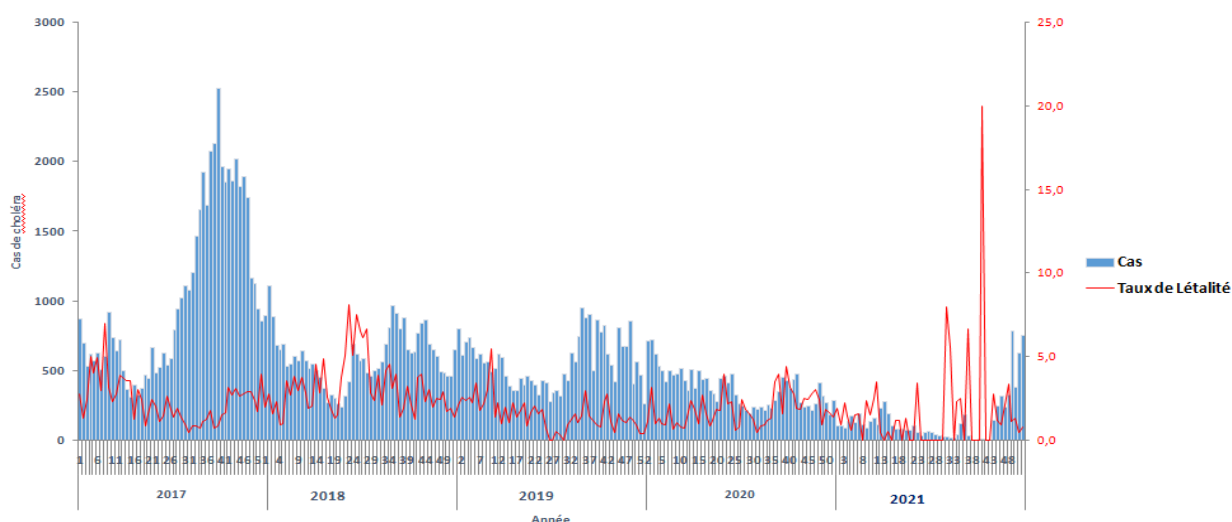


Figure 9. Evolution temporelle des cas de choléra en RDC de 2017-2021

Les cas de choléra ont été notifiés chaque semaine sans interruption de 2017 à 2021 à l'échelle du pays. La grande flambée épidémique de 2017 (56 190 cas et 1 190 décès, 24 provinces affectées sur 26 au total et 230 zones de santé touchées sur un total de 516) a été suivi d'une période de décroissance continue du nombre de cas rapportés à l'échelle du pays.

En dehors des périodes de flambées exceptionnelles (cas de 2017), la moyenne annuelle des cas de choléra rapportés en RDC est de 20 000 cas).

En 2020, 19 789 cas et 354 décès, soit un taux de létalité de 1,8% étaient notifiés.

III.3 Evolution annuelle des incidences de choléra à l'échelle des provinces, 2017-2021, RDC

Tableau 3. Incidences annuelles de choléra à l'échelle des provinces : seuils actuels

Province	Cas 2017	TA 2017	Cas 2018	TA2018	Cas 2019	TA2019	Cas 2020	TA 2020	Cas 2021	TA 2021	TA 2017-2021
Tanganyika	6253	209,2	4849	157,5	4280	135,0	1295	39,6	1746	51,9	116,1
Sud-kivu	11987	165,0	4737	63,3	7771	100,8	6725	84,7	1765	21,6	85,5
Nord kivu	14280	163,1	2628	29,1	6029	64,9	5397	56,4	1239	12,6	63,6
Haut Lomami	4763	121,6	982	24,3	3240	78,0	386	9,0	1920	43,6	54,3
Kasai-oriental	11	0,2	6126	121,2	1127	21,6	710	13,2	14	0,3	30,7
Kongo-Central	4134	107,7	1753	44,3	156	3,8	44	1,0	0	0,0	29,9
Haut Katanga	136	2,1	996	14,8	4039	58,1	3443	48,1	679	9,2	26,7
Mai Ndombe	986	53,3	1322	69,4	30	1,5	16	0,8	0	0,0	24,0
Sankuru	501	21,4	1636	68,0	381	15,4	201	7,9	0	0,0	21,9
Lomami	2401	59,4	989	23,8	300	7,0	423	9,6	32	0,7	19,3
Maniema	1749	65,1	141	5,1	203	7,1	11	0,4	0	0,0	14,8
Equateur	935	36,1	833	31,2	53	1,9	12	0,4	9	0,3	13,4
Mongala	1378	52,0	21	0,8	6	0,2	3	0,1	0	0,0	10,0
Kasai	949	19,3	109	2,2	134	2,6	25	0,5	32	0,6	9,8
Lualaba	163	6,1	93	3,4	582	20,6	450	15,5	39	1,3	9,4
Tshopo	754	22,2	4	0,1	510	14,2	138	3,7	4	0,1	7,8
Ituri	1302	22,2	858	14,2	8	0,1	1	0,0	1	0,0	7,0
Bas_Uelé	362	27,9	3	0,2	2	0,1	0	0,0	0	0,0	5,3
Kwilu	672	14,1	384	7,8	35	0,7	10	0,2	0	0,0	4,3
Kinshasa	590	5,6	1199	11,0	183	1,6	8	0,1	3	0,0	3,5
Kasai central	1	0,0	21	0,4	8	0,2	0	0,0	0	0,0	0,1
NordUbangi	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Sud Ubangi	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kwango	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Haut-Uelé	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Tshuapa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0

Seuil : Taux d'Attaque pour 100 000 habitants

Durant la période 2017-2021, l'épidémiologie du choléra en RDC a été marquée par :

- Deux grandes années épidémiques liées à la réémergence du choléra dans les ZS des provinces de l'Ouest, situées le long du fleuve Congo et le grand Kasai. Il s'agit des années 2017 et 2018.
- La récurrence des épidémies du choléra en 2018 suite à l'atteinte de nouveaux foyers localisés dans l'espace du grand Kasai (Kasai, Kasai central, Kasai oriental, Lomami et Sankuru) depuis 2017 alors que la situation épidémiologique globale est en baisse.

III.4 Evolution annuelle de la létalité du choléra à l'échelle des provinces, RDC

Tableau 4. Evolution du taux de létalité de choléra par année

Province	Létalité				
	2017	2018	2019	2020	2021
Bas Uele	3,04%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%
Equateur	4,18%	6,12%	11,76%	0,00%	0,00%
Haut Katanga	5,88%	3,71%	2,43%	3,97%	3,47%
Haut_Lomami	1,87%	2,04%	2,71%	2,85%	1,56%
Haut Uele	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Ituri	4,45%	3,85%	0,00%	0,00%	0,00%
Kasaï	7,15%	5,36%	7,53%	14,43%	8,86%
Kasaï Central	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Kasaï-Oriental	8,33%	3,82%	5,56%	5,94%	6,67%
Kinshasa	7,12%	2,00%	3,40%	0,00%	0,00%
Kongo Central	2,59%	4,05%	12,80%	13,95%	0,00%
Kwango	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Kwilu	6,85%	9,38%	7,89%	0,00%	0,00%
Lomami	4,00%	5,86%	3,75%	11,43%	3,57%
Lualaba	2,45%	3,23%	2,75%	2,89%	10,04%
Maï Ndombe	5,17%	7,03%	0,00%	0,00%	0,00%
Maniema	2,52%	6,38%	3,24%	0,00%	0,00%
Mongala	5,95%	4,76%	16,67%	0,00%	0,00%
Nord-Kivu	0,78%	1,07%	0,77%	0,46%	0,49%
Nord-Ubangi	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Sankuru	8,58%	7,27%	4,13%	3,03%	4,55%
Sud-Kivu	0,38%	0,49%	0,53%	0,49%	0,76%
Sud-Ubangi	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Tanganyika	2,02%	1,25%	1,52%	0,80%	1,29%
Tshopo	7,16%	0,00%	1,57%	1,61%	4,17%
Total général	2,11%	3,16%	1,70%	1,78%	1,73%

Les taux de létalité élevés observés entre 2017 et 2021 concernent en général les zones endémiques à l'exception de l'année 2021. Le très faible nombre de cas rapporté en 2021 pose la question de l'impact négatif sur la surveillance des cas de choléra des autres

épidémies majeures rapportés en RDC à cette période (Maladie à Virus Ebola, Infection SARS-COV 2, Rougeole).

III.5 Choléra, conflits et mouvements de population

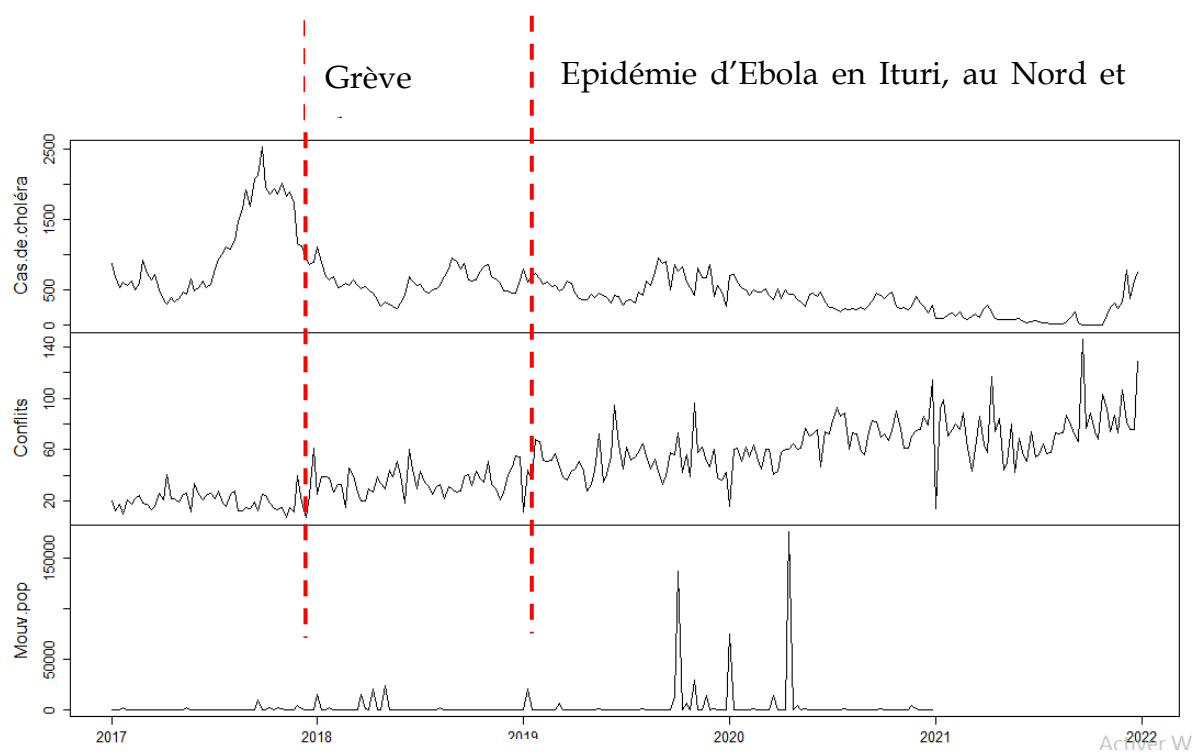


Figure 10. Evolution cas de choléra, conflits et mouvements de populations, RDC, 2017-2021

Sources : Données Choléra PNECHOL-MD, 2017-2021, Données des événements de conflit : The Armed Conflict Location & Event Data Project (ACLED) database, 2017-2021 et Mouvement des populations : EH tools/OCHA RDC 2017-2020

Des flambées d'épidémie de choléra en RDC sont précédées par des mouvements importants de la population. Ces derniers surviennent dans les zones endémiques du choléra.

Ces mouvements migratoires rendent la population fragilisée et très vulnérable aux épidémies de choléra. Par contre de 2019 à 2021, la RDC a connu l'épidémie d'Ebola à l'Est et l'épidémie de Covid sur toute l'étendue de la RDC. Ce qui pourrait expliquer la sous notification des cas de choléra.

III.6 Situation épidémiologique des autres maladies diarrhéiques

Dans le monde, les maladies diarrhéiques sont l'une des principales causes de mortalité et de morbidité chez les enfants. Elles résultent généralement de la consommation d'eau ou d'aliments contaminés, de l'absence de système d'assainissement et de manque d'hygiène.

Chaque année, selon les estimations de l'OMS, plus de 2,3 milliards de personnes souffrent des maladies causées par la mauvaise qualité de l'eau. Ces maladies font plus de 9 millions de décès à travers le monde, dont la moitié touche les enfants ; les privant ainsi des éléments nutritifs nécessaires à leur croissance d'où la malnutrition, elle-même facteur de risque. Chaque jour, environ 6 000 personnes dont un enfant toutes les 20 secondes meurent à cause des maladies diarrhéiques.

La plupart des décès liés à la diarrhée des enfants sont dus à la perte de grandes quantités d'eau et aux électrolytes du corps dans les selles liquides. Près de 60% des décès dus à la diarrhée dans le monde sont imputables à une eau de boisson insalubre et à une hygiène médiocre³¹.

a) Diarrhée sanglante

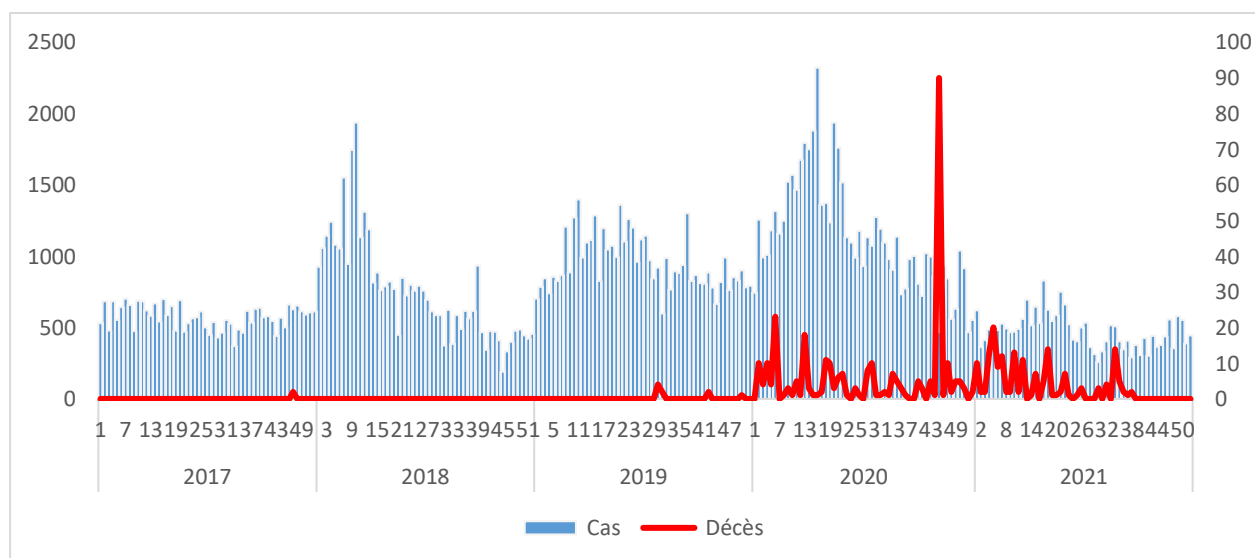


Figure 11. Evolution temporelle des cas de diarrhée sanglante de 2017-2021.

Sources : Données PNECHOL-MD, 2017-2021

Depuis 2017, le pays a fait face à deux grandes flambées de diarrhée sanglante, la première est intervenue en 2018 alors que la seconde a eu lieu en 2020. Les années de flambée sont celles où il

³¹ EDS recadré

y a eu renforcement de la surveillance épidémiologique suite à l'épidémie d'Ebola de 2018 et à la pandémie de Covid-19 de 2020.

b) Diarrhée avec déshydratation chez les moins de cinq ans

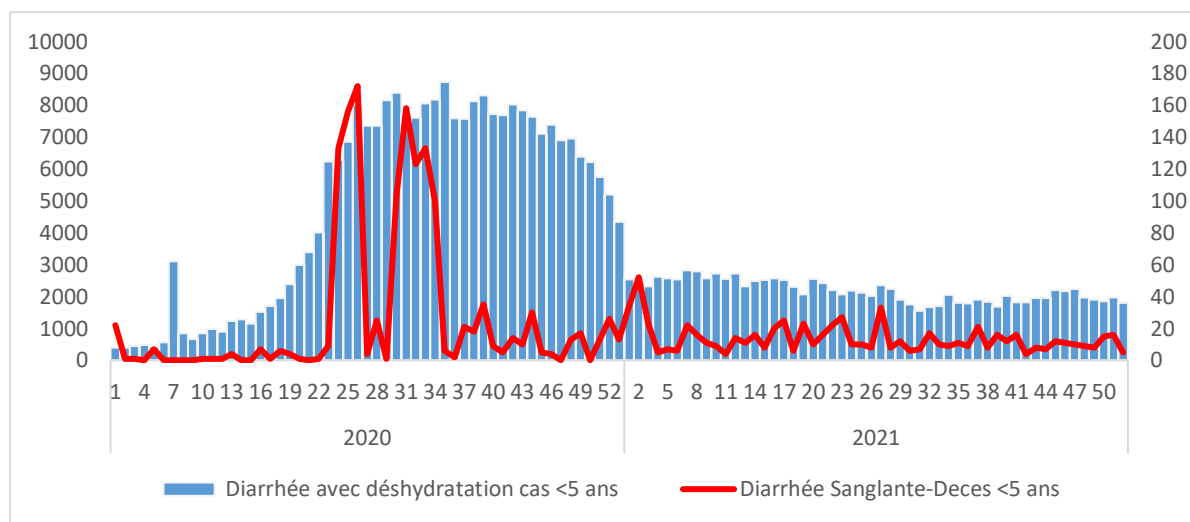


Figure 12. Evolution des cas de diarrhée avec déshydratations chez les moins de cinq ans, RDC, 2020-2021

Sources : Données PNECHOL-MD, 2017-2021

c) Diarrhée simple

Province	Diarrhée simple 2017	Diarrhée simple 2018	Diarrhée simple 2019	Diarrhée simple 2020	Diarrhée simple 2021
Bas Uele	29 997	35 195	39 041	39 803	34 470
Equateur	73 857	79 276	77 972	82 374	71 648
Haut Katanga	107 593	111 124	112 655	137 333	146 847
Haut Lomami	131 160	129 071	142 268	186 417	187 249
Haut Uele	63 248	54 709	63 875	64 120	57 808
Ituri	125 846	116 919	128 779	150 070	154 188
Kongo Central	58 438	63 513	70 013	65 557	63 349
Kasai Oriental	149 872	137 942	133 165	142 324	165 835
Kwango	70 450	72 359	90 122	107 766	100 321
Kwilu	108 350	134 491	150 693	177 386	148 782
Kinshasa	80 634	76 796	78 379	69 565	85 647
Kasai Central	246 339	282 576	290 397	303 030	355 889
Kasai	211 329	272 141	298 634	284 011	318 112
Lualaba	75 004	87 745	86 377	107 382	114 217
Lomami	146 861	144 611	139 028	153 500	158 392

Maï-Ndombe	55 525	69 358	69 109	69 424	58 851
Mongala	69 144	98 092	123 604	132 170	117 508
Maniema	101 939	96 651	101 003	118 746	100 517
Nord Kivu	263 732	296 604	291 379	283 436	263 037
Nord Ubangi	104 587	119 864	122 859	112 281	115 850
Sud Kivu	292 447	297 086	299 893	328 664	308 825
Sankuru	106 620	109 199	105 175	112 591	95 302
Sud Ubangi	169 721	236 059	274 694	294 000	209 823
Tanganyika	61 228	63 033	74 974	98 365	68 492
Tshopo	94 543	91 940	91 142	86 158	67 294
Tshuapa	61 814	75 065	84 467	94 387	96 277
Total général	3 060 278	3 351 419	3 539 697	3 800 860	3 664 530

Sources: Données PNECHOL-MD, 2017-2021

Tableau 5. ZS prioritaires pour les autres maladies diarrhéiques

Provinces prioritaires pour les autres maladies diarrhéiques	Nbres de ZS prioritaires pour les autres maladies diarrhéiques	Noms des zones de santé prioritaires pour les autres maladies diarrhéiques
Sud Kivu	20	Bagira, Fizi, Ibanda, Idjwi, Haut plateau, Bunyakiri, Itombwe, Kadutu, Kamitunga, Kalole, Kaniola, Kimbi-Lulenge, Katana, Shabunda, Nundu, Minova, Lulingu, Kabare, Uvira et Ruzizi
Nord Kivu	13	Alimbongo, Binza, Goma, Birambinzo, Itebero, Rutshuru, Karisimbi, Nyirangongo, Mweso, Mutwanga, Masisi, Kirose, Kibirisi,
Haut Lomami	10	Bukama, Butumba, Kabongo, Lwamba, Kitenge, Malemba Nkulu, Mukanga, Mulongo, Mandima, Kabondo Dianda, Kinkondja.
Ituri	10	Angumu, Bunia, Jiba, Nyakunde, Gethy, Rimba, Tchomia, Mandima, Nyarambe, Nyanya
Kasaï	7	Banga Lubaka ; Bulape, Kamonia, Kanzala, Luebo, Mikope, Ndojo punda
Kinshasa	7	Binza meteo, Kingabwa, Makala, Mont Ngafula 1, Nsele, Ngaba, Police

Tanganyika	7	Ankoro, Kalemie, Kansimba, Moba, Manono, Nyemba, Nyunzu
Kasaï oriental	6	Bipemba, Cilundu, Kasansa, Miabi, Tshilenge, Tshishimbi
Equateur	4	Lilanga Bobangi, Lotumbe, Bomongo, Bikoro
Haut Katanga	4	Kasenga, Kilwa, Mufunga sampxe, Pweto
Lomami	4	Kalenda, Kandakanda, Kamana, Kabinda
Maniema	3	Kabambare, Kindu, Salamabila
Mongala	4	Pimu, Lisala, Binga, Yambuku
Kasaï central	3	Bena leka, Tshibala, Yangala
Sud Ubangi	3	Boto, Budjala, Bulu
Bas-Uele	2	Bili, Bondo
Haut-Uele	2	Niangara, Aba
Lualaba	2	Fungurume, Manka
Nord Ubangi	2	Bosobolo, Wasolo
Kwango	1	Kenge
Kwilu	1	Mosanga
Mai-Ndombe	1	Yumbi
Sankuru	1	Lusambo
Tshopo	1	Basoko
Tshuapa	1	Monkoto
Total	121	

Sources: Données PNECHOL-MD, 2017-2021

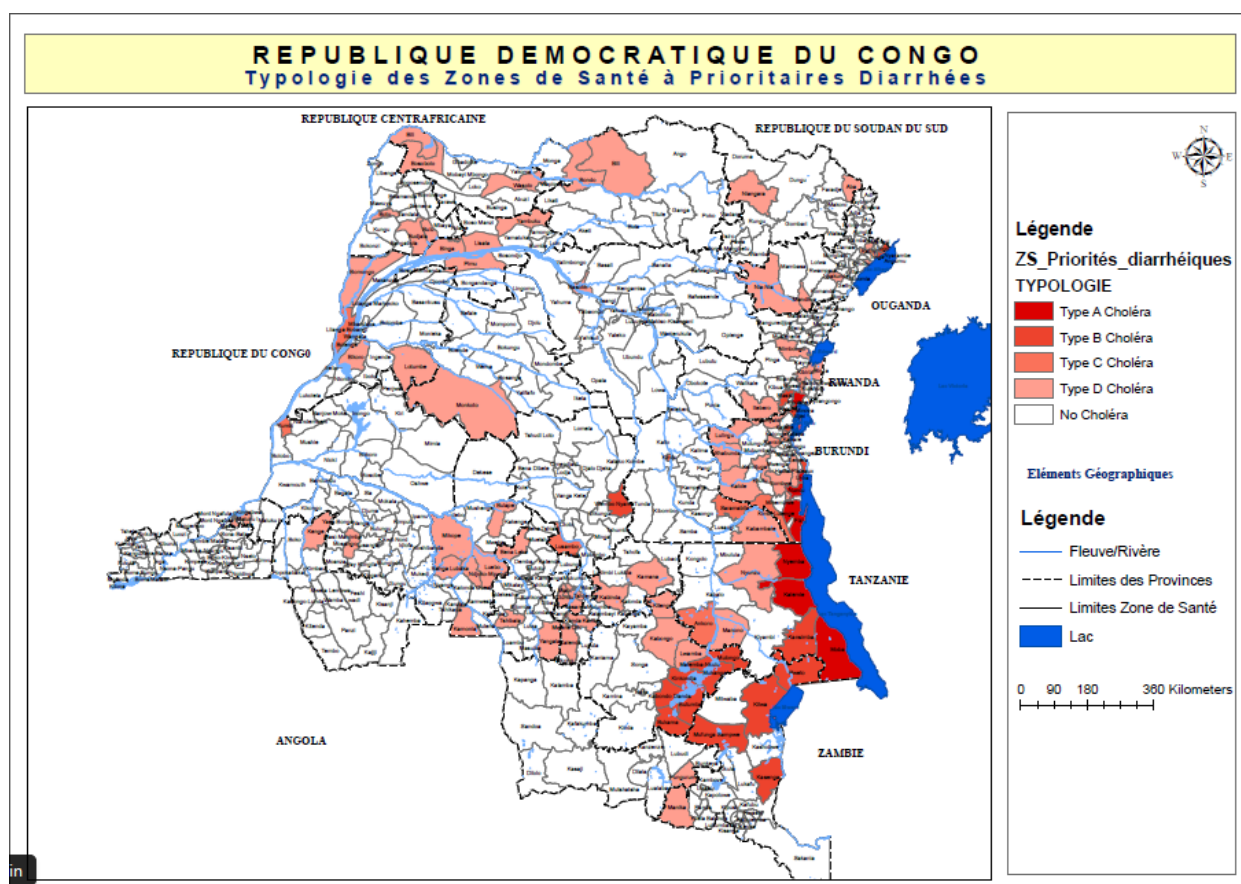


Figure 13 : Typologie des zones de santé à prioritaires diarrhées

Sources : Données PNECHOL-MD, 2017-2021

III.7 Situation des confirmations biologiques des maladies diarrhéiques

La RDC dispose de trois laboratoires d'analyse biologique de cas suspects de choléra et des cas d'autres maladies diarrhéiques :

- L'INRB de Kinshasa, est le laboratoire national de santé publique de référence en charge des analyses et contrôle qualité des échantillons pour toute la République ;
- Le Grand Laboratoire de Lubumbashi, dessert les provinces du Lualaba, du Haut-Lomami et du Haut-Katanga ;
- Le laboratoire « Ami Labo » basé à Goma couvre les provinces du Nord et Sud Kivu ainsi que du Tanganyika

III.7.1 Taux de prélèvement et taux de positivité du choléra en RDC de 2017 à 2021

Tableau 6. Situation annuelle des cas confirmés de choléra en RDC de 2017 à 2021

Année	Cas suspect de choléra	Echantillons analysés	Cas confirmé de choléra	Taux de prélèvement	Taux positivité
2017	54 779	1 000	255	1,83	25,50
2018	30 768	1 202	464	3,91	38,60
2019	30 304	514	224	1,70	43,58
2020	19 785	1 713	411	8,66	23,99
2021	12 103	2 213	401	18,28	18,12
Total	147 739	6 642	1 755	4,50	26,42

Source : Données de INRB, Amilabo, Grand Labo, centralisées au PNECHOL-MD

Le taux de prélèvement des cas suspects de choléra sur la période de 2017 à 2021 est de 4,5% sur l'ensemble du pays. Le taux de positivité sur la même période est de 26% pour l'ensemble du Pays.

Tableau 7. Taux de prélèvement et de positivité du choléra par province de la RDC de 2017 à 2021

Année	2017		2018		2019		2020		2021	
Province / Taux	Prélèvement.	+	Prélèvement.	+	Prélèvement	+	Prélèvement	+	Prélèvement	+
Bas Uélé	3,6	8,3	100	100	0	0	0	0	0	0
Equateur	4,2	0	0,8	40,5	80	12,5	16,6	0	20	0
Haut Katanga	20,5	50	2,8	71,4	4,5	58,3	3,8	62	2,8	77,2
Haut Lomami	0,3	6,6	0	0	0	0	0,4	0,8	0	0
Haut Uélé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ituri	0,9	16,6	7,5	23	0	0	0	0	0	0
Kasaï	1,9	62,9	0,7	55,5	0,4	0	0	0	2,5	0
Kasaï Central	0	0	14,2	0	0	0	0	0	0	0
Kasaï-Oriental	0	0	2,2	3,5	100	49,2	14,4	30,7	73,3	9
Kinshasa	74,9	18,3	31,9	36,5	100	0	100	0	100	0
Kongo Central	3,2	38	2,7	0	0	0	0	0	0	0
Kwango	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kwilu	7,7	7,6	5,2	25	0	0	0	0	100	0
Lomami	0,7	47,3	2,2	50	16	22,2	5	12,5	3,5	0
Lualaba	5,5	66,6	9,6	15	1,3	0	0,8	33,3	5,6	76,9
Mai Ndombe	2,3	52,1	19,6	30	50	0	0	0	0	0
Maniema	1,1	25	0,3	100	100	25	0	0	0	0
Mongala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nord-Kivu	0	0	8,5	71,7	0,7	6,8	14,7	11,3	92,9	12,1
Nord-Ubangi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sankuru	1,3	28,5	0,4	100	0,4	0	2,1	0	0	0
Sud-Kivu	0,4	50,9	3,2	6,5	0,5	51,4	3,8	20	39,5	18,2
Sud-Ubangi	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tanganyika	0,5	37,8	0,1	50	0,6	12,5	1,3	52,2	3,6	28,5
Tshopo	5,9	46,1	100	0	0	0	4,3	0	0	0

Source : Données de INRB, Amilabo, Grand Labo, centralisées au PNECHOL-MD

III.7.2 Situation de l'antibiorésistance du *Vibrio cholerae* en RDC

Ces vingt dernières années, les analyses d'isolats cliniques de *Vibrio cholerae* en RDC a mis en évidence une perte de sensibilité aux principaux antimicrobiens, bien que les souches en circulation restent encore sensibles aux fluoroquinolones. Toutefois, le risque d'émergence et de propagation de souches résistantes aux fluoroquinolones en RDC comme cela a été démontré ailleurs en Afrique reste réel. La résistance au sulfaméthoxazole/triméthoprima a été la première à être observée suivie par la résistance à l'acide nalidixique, à l'érythromycine et au chloramphénicol au début des années 2000. Bien que la sensibilité aux fluoroquinolones semble avoir été préservée, les profils de résistance des souches ont continué à évoluer avec la circulation d'isolats résistants aux tétracyclines et à l'ampicilline de 2007 à 2010.

Enfin, les isolats collectés au cours de l'année 2021-2022, marquée par la propagation vers l'Ouest d'une épidémie majeure, présentaient un seul programme de sensibilité aux médicaments antimicrobiens : une résistance pour la plupart des médicaments antimicrobiens, à l'exception des cyclines et des fluoroquinolones.³²

³² Berthe Miwanda et al, *Antimicrobial Drug Resistance of Vibrio cholerae, Democratic Republic of the Congo, Emerging Infectious Diseases* • www.cdc.gov/eid • Vol. 21, No. 5, May 2015

III.8 Typologie des zones à risque de choléra en RDC à partir d'une analyse multicritère

En fonction des données de cas et décès de choléra collectées à l'échelle nationale de 2017 à 2021, une nouvelle typologie des zones à risque de choléra a été proposée. Cette typologie a été réalisée en fonction de la dynamique hebdomadaire d'évolution des cas de choléra par province et par zone de santé, de l'incidence hebdomadaire et annuelle des cas de choléra par province et par zone de santé, de la prise en compte des récits avérés sur les modalités et les contextes de démarrage ou de redémarrage des flambées épidémiques de choléra à l'échelle des localités et des zones de santé.

Les bases de données de la Direction de Surveillance Epidémiologique et celles du PNECHOL-MD (le programme choléra au Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévention) ont été utilisées. Ces données ont été complétées par les rapports d'investigations des flambées épidémiques rapportées dans les provinces entre 2017 et 2021. Les informations de contexte ont été complétées par les interviews des acteurs locaux et des experts ayant pris part aux investigations dont les rapports ont été consultés ou avec ceux ayant géré les épidémies connues.

Toutes ces données et informations de contextes ont été analysées en gardant à l'esprit les connaissances déjà validées dans les publications antérieures sur la dynamique du choléra en RDC.

L'analyse fine de la dynamique spatiale et temporelle des cas de choléra permet d'identifier différents profils de zones affectées par le choléra « *Zones prioritaires* ».

Il a été donné de constater que ce terme de « hotspot » a été indifféremment utilisé ces dernières années pour désigner sans distinction tous les types de zones de santé quel que soit le profil épidémiologique du choléra dans ces zones. C'est ainsi que pour ce PMSEC, il a été jugé utile de préciser à l'échelle des zones de santé, les différents profils de hotspot. Cette différenciation permet de distinguer :

- Les zones de santé qui ont un caractère de « **sanctuaire** » : zones de persistance des cas et de redémarrage des flambées épidémiques, donc réellement endémique : zones de type A et B1 ;
- Les zones à profil intermédiaire entre endémique et épidémique, dites « **zones métastables** » : zone B2 et B3 ;
- Les **zones épidémiques** : C et D.

APPROCHE METHODOLOGIQUE CARTOGRAPHIE DU PMSEC 2023-2027

Deux outils ont été utilisés : l'algorithme « GTFCC » ajusté suivant le contexte de la RDC et l'outil d'analyse du « cluster spatio-temporel » (SatScan/CDC).

GTFCC : inclut l'incidence et la persistance des épidémies, la létalité dans le cadre du pilotage du niveau outil.

- Classification des zones selon les notifications des cas de choléra de 2017-2022 à trois niveaux : Priorité 1, Priorité 2 et Priorité 3.
- Correspondance des zones classifiées selon leur contexte en parcourant les courbes d'évolution des notifications hebdomadaires du choléra de 2017- 2022 (comparaison de bases des données PNECHOL et DSE);
- Classification en types A, B, C et D basée sur la définition de la typologie des zones à risque du choléra de la période 2001 à 2016 pour l'amélioration dans la typologie des zones à risque.

Contexte National : utilisé comme facteur pour ajuster la classification GTFCC

- Recherche des zones résiduelles lors des accalmies (période de sept semaines avec les plus basses notifications) ;
- Ajustement des score GTFCC qui ne correspondent pas à la réalité en regardant le caractère du profil l'écologique et épidémiologique des zones.
- La létalité reflète plus la qualité dans la prise en charge et non un critère pour la typologie.
- Prise en compte de données de cluster spatio-temporelles fait par le CDC dans le cadre de l'accompagnement du secteur a permis d'harmoniser la liste des certaines zones prioritaires.

Selon les données épidémiologiques de 2017 à 2021, 41 zones de santé classifiées comme Priorité 1 par la GTFCC après intégration du critère de létalité élevée mais qui ont été classifiées comme Priorité 3 selon le contexte national bénéficieront d'un renforcement de surveillance, en particulier la surveillance communautaire, d'un renforcement des capacités pour améliorer la prise en charge de patients. Ces zones de santé sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8. Zones Priorité 1 selon GTFCC

Province	Zone	Létalité	MorPts	Score GTFCC	PMSEC 2023-2027
Lomami	Kalambayi Kabanga	3,8%	3	9	D1
Equateur	Lukolela	3,9%	3	9	D1
Haut Katanga	Katuba	2,5%	3	9	D1
Sankuru	Bena Dibele	7,1%	3	9	D2
Lomami	Ngandajika	6,8%	3	9	D2
Lomami	Mulumba	6,1%	3	8	D1
Haut Katanga	Kapemba	1,8%	2	8	D1
Kongo Central	Kimpangu	4,4%	3	8	D1
Kasai	Dekese	5,1%	3	8	D2
Kasai Oriental	Kasansa	5,1%	3	8	D2
Kasai Oriental	Muya	5,0%	3	8	D2
Kwilu	Mokala	7,6%	3	8	D2
Haut Katanga	Lukafu	7,4%	3	8	D2
Sankuru	Pania Mutombo	10,0%	3	8	D2
Kongo Central	Sona Pangu	7,8%	3	8	D2
Equateur	Irebu	6,5%	3	8	D2
Lualaba	Bunkeya	3,0%	3	8	D2
Haut Katanga	Kamalondo	3,6%	3	8	D2
Ituri	Niania	4,0%	3	7	D1
Mai-Ndombe	Mushie	14,7%	3	7	D1
Nord Kivu	Pinga	12,8%	3	7	D2
Kasai	Diulu	7,1%	3	7	D2
Lualaba	Fungurume	4,1%	2	7	D2
Kasai Oriental	Tshilenge	2,6%	2	7	D2
Kasai	Ilebo	7,0%	3	7	D2
Tanganyika	Manono	4,4%	2	7	D2
Sankuru	Kole	9,2%	3	7	D2
Kasai oriental	Mukumbi	7,7%	3	7	D2
Mai-Ndombe	Kwamouth	15,4%	3	7	D2
Kasai oriental	Bibanga	9,1%	3	7	D2
Kwilu	Sia	16,8%	3	7	D2
Kasai oriental	Lukelenge	4,2%	2	7	D2
Kasai oriental	Bimpemba	2,4%	2	7	D2
Kasai oriental	Bonzola	3,0%	2	7	D2
Nord-kivu	Binza	1,5%	2	7	D2
Kinshasa	Limeté	3,0%	2	7	D2
Equateur	Mankanza	4,4%	3	7	D2
Tshopo	Yakusu	1,9%	2	7	D2
Tshopo	Yalimbongo	6,3%	3	7	D2
Kongo Central	Kwilu Ngongo	1,7%	2	7	D2
Sud-kivu	Kahele	0,4%	1	7	D2

Tableau 9. Différents profils de Zones prioritaires de choléra en RDC, 2022

Endémiques	Lacustre/ Fluvial	Sanctuaires	Profil évolutif des cas	Durée d'accalmie
A (n=9)	Oui	Oui	Endémiques	< 8 semaines
B1 (n=7)	Oui	Oui	Endémiques	8-16 semaines
B2 (n=9)	Oui	Non	Métastable	16-24 semaines
B3 (n=14)	Oui	Non	Métastable	> 24 semaines
Epidémiques				Nombre d'épidémies
C1 (n=2)		Non	Epidémique (récurrentes)	≥ 3 épidémies pendant les 5 dernières années
C2 (n=21)		Non	Epidémique (Intermittentes)	< 3 épidémies pendant les 5 dernières années
D1 (n=18)		Non	Epidémiques (sporadiques)	Une épidémie pendant les 5 dernières années
D2 (n=439)		Non	Epidémiques (rare)	

Tableau 10. Classification des différents types de Zones prioritaires de choléra en RDC

A (16 ZS ancien PMSEC)	B (13 ZS ancien PMSEC)			C (49 ZS ancien)		D	
A (population)	B1 (population)	B2 (population)	B3 (population)	C1 (population)	C2 (population)	D1 (population)	D2 (population)
Priorité 1				Priorité 2		Priorité 3	
Fizi (132949)	Kinkondja (181542)	Mweso (271330)	Tchomia (353121)	Kabalo (143718)	Kimpese (176 750)	Alimbongo (57196)	Total D2 : 439
Uvira (394317)	Malemba Nkulu (221998)	Masisi (232253)	Nyarambe (296964)	Lusambo (219582)	Bolobo (103199)	Kayna (168046)	
Nundu (294303)	Nyiragongo (301298)	Bukama (113102)	Angumu (67879)	Total C1 : 2	yumbi (587838)	Niania (287116)	
Kadutu (159194)	Minova (244739)	Kabondo dianda (145066)	Bunia (116290)		Nyangezi (296 914)	Alunguli (61348)	
Goma (135996)	Katana (165736)	Ibanda (138506)	Pweto (332149)		Nyantende (297695)	Kabambare (143906)	

Kirotse (184209)	Karisimbi (163233)	Bagira (80412)	Kasenga (164739)
Kalemie (149145)	Kabare (144371)	Idjwi (139467)	Mufunga Sampwe (256754)
Nyemba (297920)	1422917 Rutshuru (336285)		Kilwa (174020)
Moba (249196)	1%	Kansimba (159853)	Mutwanga (268471)
1 997 229	TOTAL B1: 7	1616274	Ruzizi (337011)
2	TOTAL B1: 7 (Total population: 1 422 917 soit 1% de la population totale)	1%	Butumba (118852)
TOTAL A: 9 (Total population: 1 997 229 soit 2%		TOTAL B2 :9 (Total population : 1 616274 soit 1% de la population totale)	Mukanga (258593)

Lemera (196412)	Yahuma (476388)	
Miti-Murhesa (246 030)	Moanda (476388)	
Kimbi lulenge (175573)	Kimpangu (175887)	
Kongolo (189 822)	Gombe matadi (137321)	
Ankoro (73046)	Mbandaka (237471)	
Mushenge (265 165)	Lisala (201559)	
Likasi (198 361)	Yamaluka (503397)	

	Lilanga bobangi(198662)		
	Opala (313162)	Total D1 : 18	
	Total C2 : 21		

Tableau 1. Correspondance entre le profil de Zones prioritaires de choléra et le package d'activités recommandé en RDC, 2022

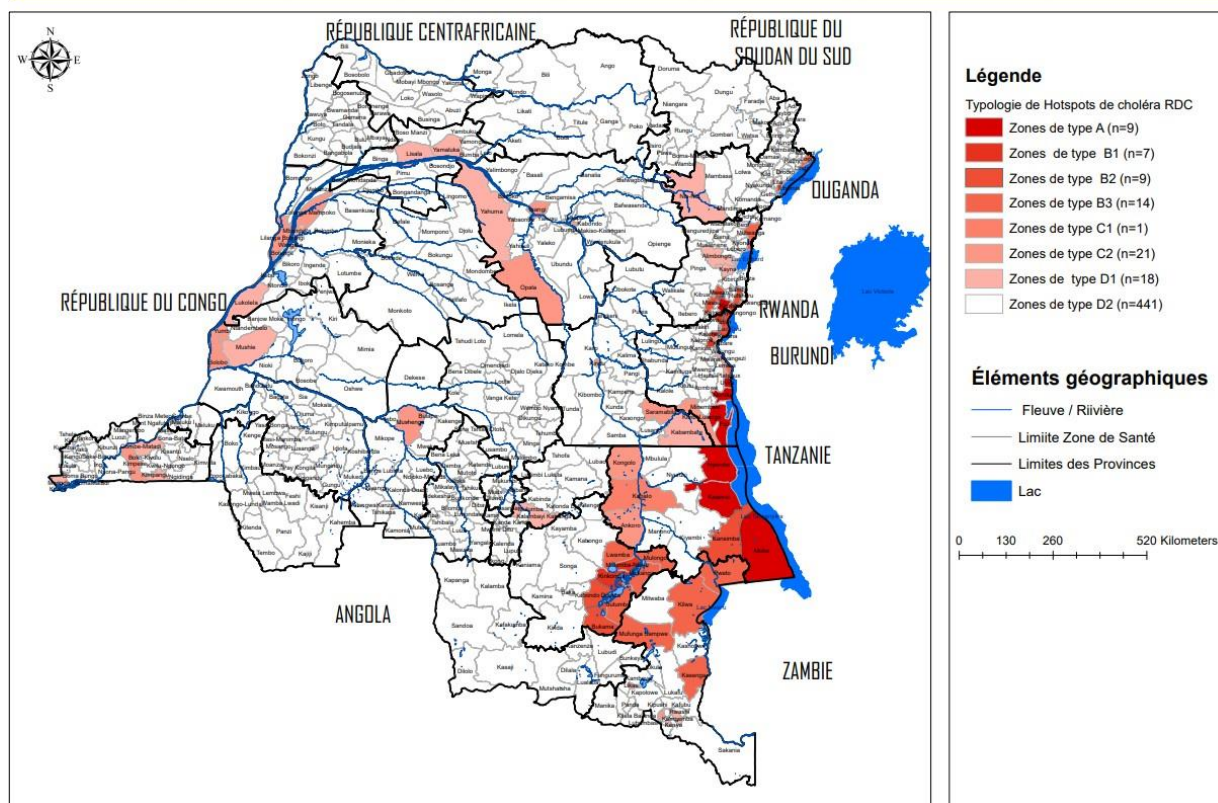
Priorité	Endémiques	Lacustre	Sanctuaires	Profil évolutif des cas	Durée d'accalmie	Package d'activités recommandées
Priorité 1	A & B1	Oui	Oui	Endémiques	< 8 semaines- Jusqu'à 16 semaines	• PEC, • WASH durable, • WASH d'urgence, • Vaccination à “froid”, en période d'accalmie (préventive) • Et le reste des activités
	B2 & B3			Métastable	16-24 semaines	
Priorité 2	C1 & C2		Non	Epidémique (récurrentes et Intermittentes)	≥ 3 épidémies pendant les 5 dernières années et < 3 épidémies pendant les 5 dernières années	• PEC, • WASH d'urgence, • Vaccination à “froid”, en période d'accalmie (préventive) • Et le reste des activités

Priorité 3	D1 & D2			Epidémiques (sporadiques)	Une épidémie pendant les 5 dernières années	• Surveillance épidémiologique (Clinique, biologique et à base communautaire), • PEC, • Communication et engagement communautaire, • Et le reste des activités
------------	---------	--	--	------------------------------	--	---

Tableau 12. Les zones de santé "prioritaires aux autres cas de diarrhées" et typologie hotspot choléra

Profil hotspot choléra	Zones prioritaires choléra	Zones prioritaires autres diarrhées	
	n	n	%
Type A choléra	9	9	100%
Type B choléra	30	28	93%
Type C choléra	23	7	30%
Type D choléra	457	75	16%

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO **TPOLOGIE DES ZONES DE SANTE A RISQUE DE CHOLERA DE 2001 - 2021**



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO **TPOLOGIE DES ZONES DE SANTE A RISQUE DE CHOLERA DE 2001 - 2021**

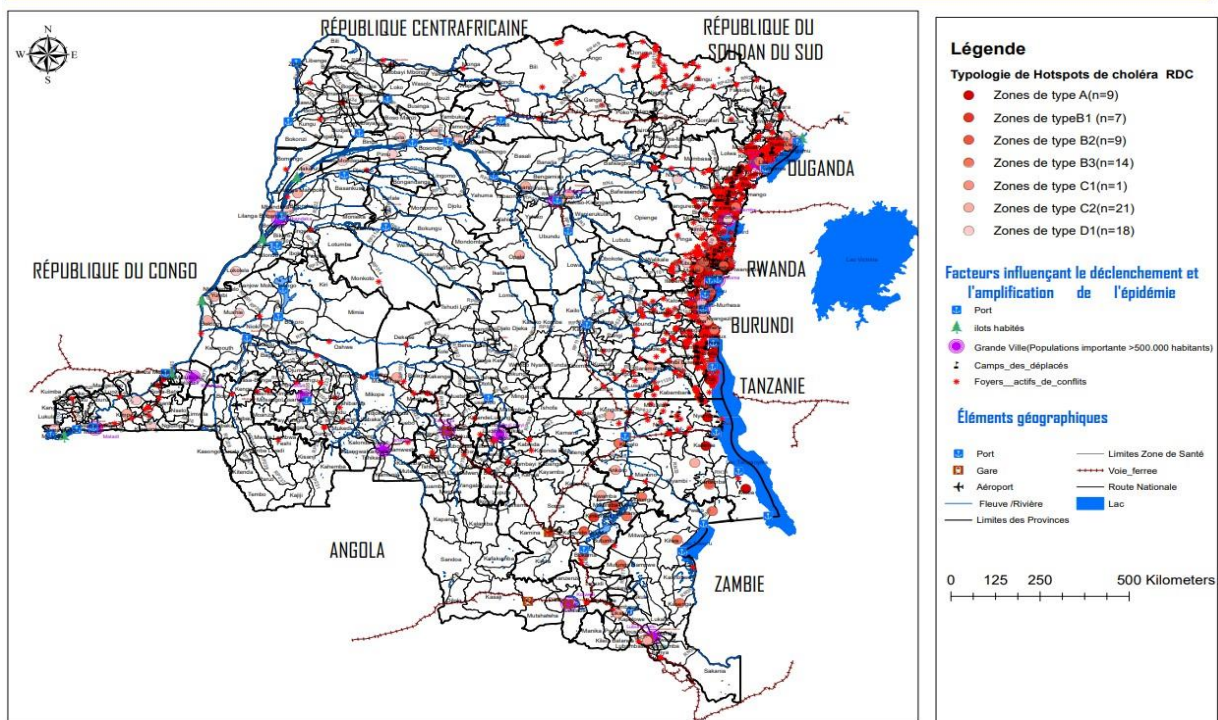


Figure 14. Zones prioritaires de choléra en RDC, 2001-2021 (A) avec intégration des facteurs de risque de redémarrage et d'amplification (B)

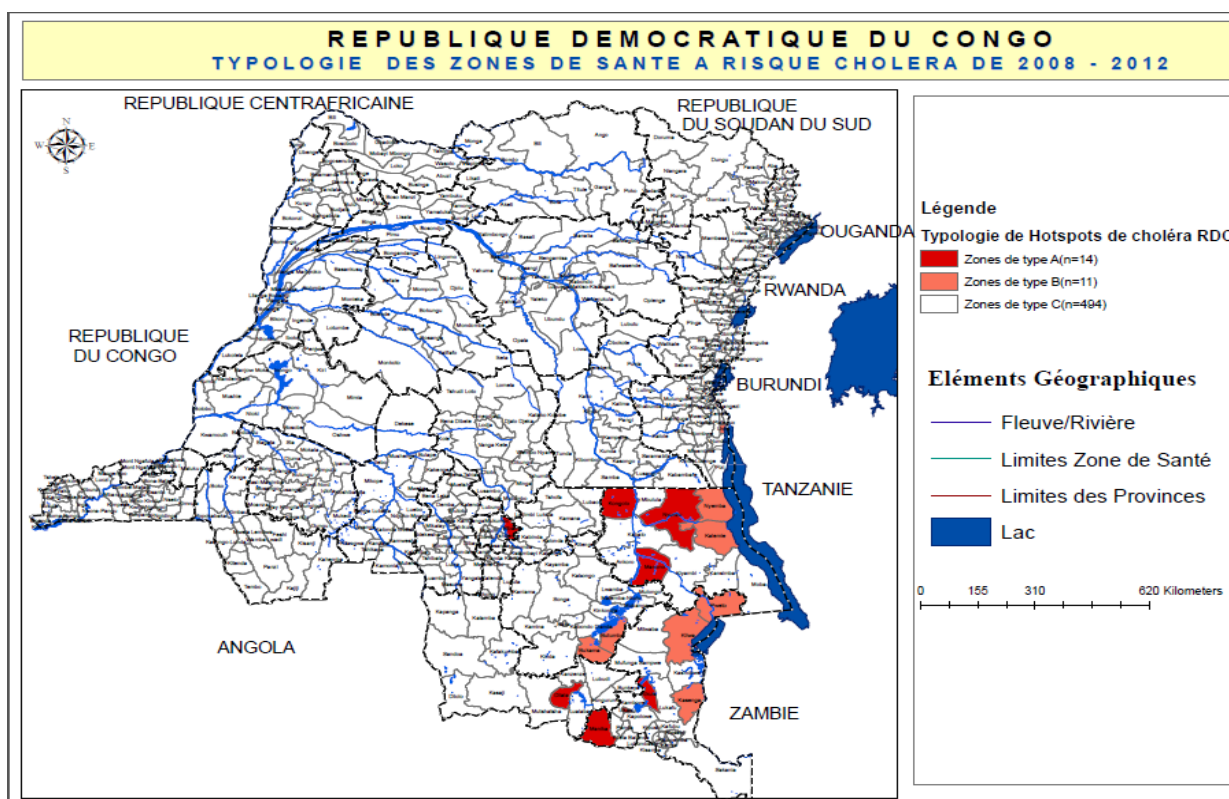


Figure 15. Typologie des zones de santé à risque choléracholéra de 2008-2012

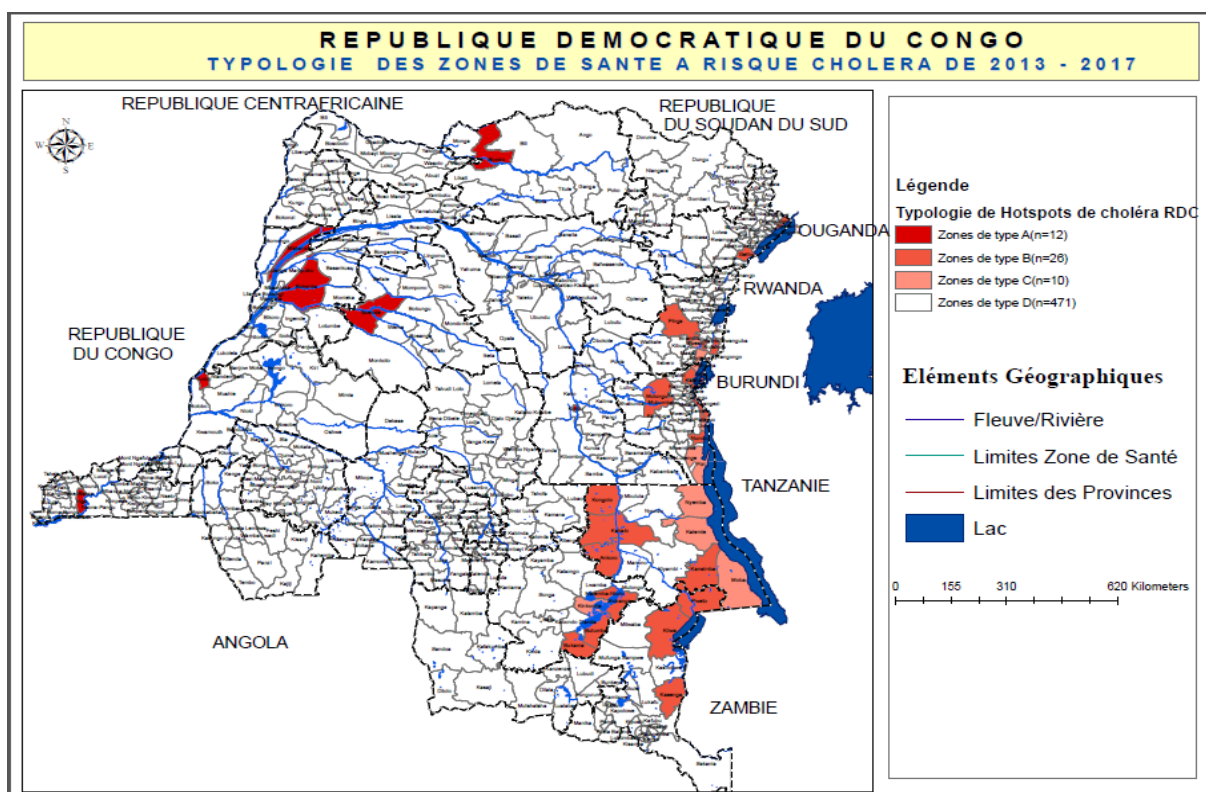


Figure 16. Typologie des zones de santé à risque choléracholéra de 2013-2017

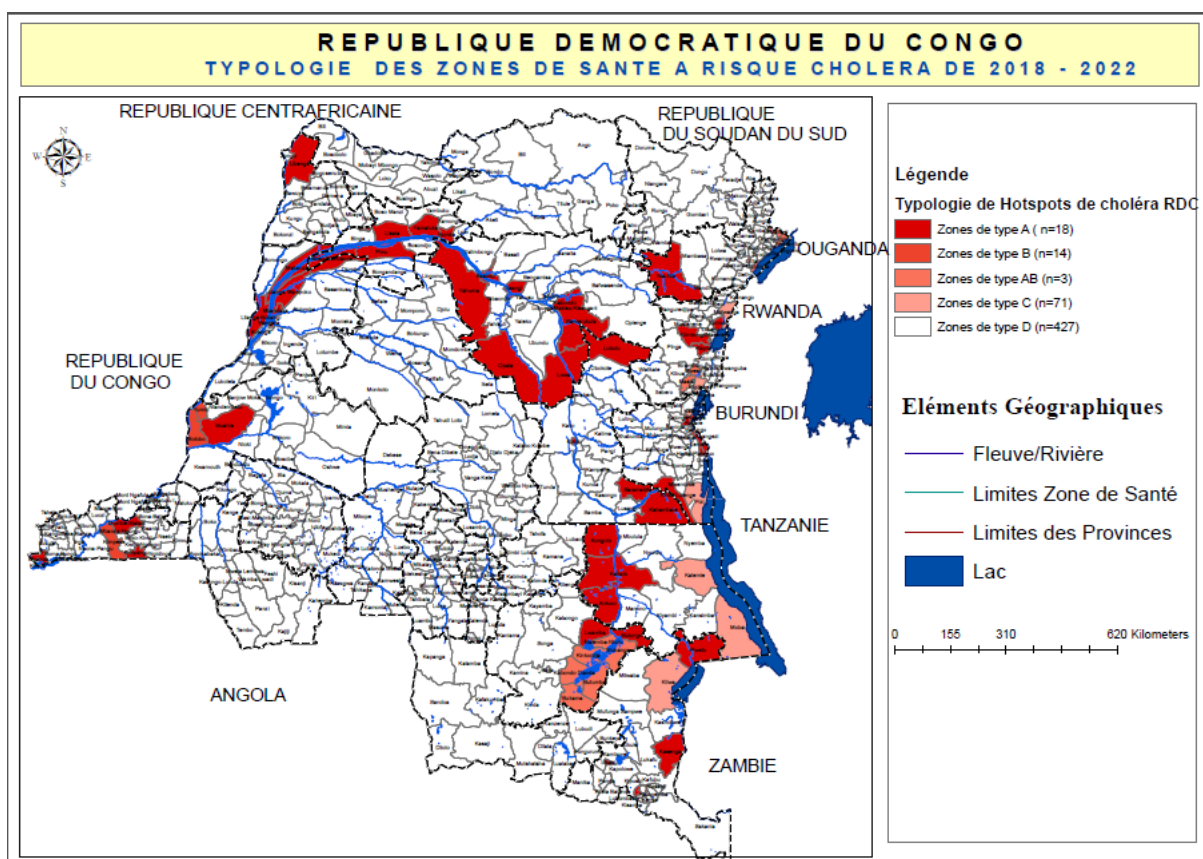


Figure 17. Typologie des zones de santé à risque choléra de 2018-2022

CHAPITRE IV : NOUVELLES OPPORTUNITES A L'ECHELLE MONDIALE ET AFRICAINE (Stratégies spécifiques)

IV.1 Opportunités stratégiques au niveau global

IV.1.1 Stratégie “Ending Cholera (La stratégie mondiale d’élimination du choléra d’ici 2030) : A global Roadmap to 2030” « Une feuille de route mondiale à l’horizon 2030 »

La stratégie mondiale de l’élimination du choléra « Ending Cholera : A Global Roadmap to 2030 », lancée par la Global Task Force on Cholera Control (GTFCC), vise la réduction de 90% des décès dus au choléra dans le monde et l’élimination du choléra dans 20 pays d’ici 2030. Elle se fonde sur trois axes stratégiques principaux :

- Détection précoce des épidémies de choléra et riposte rapide pour les contenir ;
- Prévention de la récurrence du choléra par des interventions multisectorielles ciblées dans les Zones prioritaires ;
- Mise en place d’une coordination efficace pour l’assistance technique, le plaidoyer, la mobilisation de ressources et le partenariat à tous les niveaux (local et global).

Au niveau des pays, ladite implémentation est matérialisée à travers la Plateforme de Soutien aux Pays (Country, Support Platform- CSP). La CSP est chargée d’apporter une assistance multisectorielle en matière de support technique, le plaidoyer, la mobilisation des ressources et la collecte de fonds, le renforcement des capacités et la mise en œuvre de projets de recherche. Le déploiement dans les pays cible de la CSP est assuré par la Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR).

IV.1.2 Global Alliance Against Cholera and other water borne diseases (l’Alliance internationale de lutte contre le choléra et les autres maladies hydriques)

La Global Alliance Against Cholera and other water borne diseases (GAAC), ou l’Alliance internationale de lutte contre le choléra et les autres maladies hydriques, est une structure de plaidoyer pour la mobilisation de financements pour des projets de lutte durable contre le choléra. Initié par la Fondation Veolia et le NEPAD (nouveau partenariat pour le Développement Economique de l’Afrique). Son action porte sur les priorités d'accès sécurisé à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène pour les populations à risque. Ces actions sont assurées à travers l'appui des différents partenaires : agences gouvernementales locales,

organisations non gouvernementales et organisations internationales. Ceci dans le but de faire évoluer le paradigme traditionnel de la réponse au choléra, du traitement à la prévention.

IV.1.3 Partenariat Fondation Bill et Melinda Gates – Banque Européenne d’Investissement

Fort de leurs différentes collaborations précédentes (Plateforme de diagnostic médical pour l’Afrique, Plateforme européenne pour la santé, EU Malaria Fund (**Fonds de l’UE contre le paludisme**) et COVAX), la Fondation Melinda et Bill Gates et la Banque Européenne d’Investissement ont annoncé renforcer leur partenariat en juillet 2022.

Ce partenariat vise à améliorer la santé, la nutrition et l’assainissement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, notamment en Afrique subsaharienne. De plus, la fabrication, l’achat et la livraison de traitements et de vaccins contre le coronavirus, le paludisme, le VIH, la tuberculose et d’autres maladies seront beaucoup plus soutenus qu’à ce jour³³.

Aussi, les secteurs en charge de l’implémentation du PMSEC 2023-2027 devraient-ils développer des stratégies de plaidoyer pour impliquer des initiatives dans le processus d’élimination du choléra.

IV.1.4 Stratégie 2021-2025 de Gavi (Alliance du Vaccin)

Depuis 2018, dans le cadre de son soutien aux nouveaux programmes de vaccins à travers la stratégie d’investissement pour les vaccins (Vaccine Investment Strategy – VIS), Gavi a approuvé l’inclusion d’un programme de vaccination anticholérique préventive à partir de 2021. En 2019, une nouvelle stratégie quinquennale « Gavi 5.0 », incluant le soutien au programme de vaccination préventive, a été approuvée dans le but d’évaluer l’impact potentiel des différentes options stratégiques pour la période 2021-2025. Suite à la pandémie de COVID-19, Gavi a approuvé la prolongation du recours au stock mondial dans les contextes endémiques jusqu’en 2022. La mise en œuvre et le soutien du programme Gavi de vaccination préventive contre le choléra sont prévus au plus tard en janvier 2023.³⁴

³³ Banque européenne d’investissement. *La fondation Bill et Melinda Gates et la BEI s’associent pour renforcer les systèmes de santé et prévenir les maladies infectieuses*. 2022. <https://www.eib.org/fr/press/all/2022-323-bill-melinda-gates-foundation-and-eib-partner-to-strengthen-health-systems-and-prevent-infectious-diseases>

³⁴ Global Task Force on Cholera Control (GTFFCC) Working Group on Oral Cholera Vaccine. *OCV vaccine production update and vaccine use in hotspots*. 2020. <https://www.gtffcc.org/wp->

IV.1.5 Objectifs de développement durable

Les Objectifs de développement durable (ODD) sont un appel mondial à l'action afin de répondre aux principaux défis économiques, sociaux et environnementaux auxquels la planète est confrontée.

IV.2 Opportunités stratégiques au niveau africain

IV.2.1 L'Appel de Dakar de mars 2022

Cet appel pour plus d'investissements sur les projets de type Eau, hygiène et assainissement dans les processus d'élimination du choléra en Afrique a été lancé le 22 mars 2022 à Dakar en marge du Forum mondial de l'eau de Dakar (Sénégal)³⁵.

Sur la base de l'expérience de la RDC, l'initiative de Dakar constitue un appel à une mobilisation internationale sous le leadership de l'Union africaine pour porter et exiger plus d'investissement sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans la lutte contre le choléra.

Cette initiative encourt de développement est portée par l'Union Africaine avec le soutien des partenaires comme la fondation Veolia et des pays pilotes comme la RDC, le Niger, le Togo, le Nigeria et le Cameroun.

IV.2.2 Conseil des ministres africains en charge de l'eau (AMCOW)

Les initiatives « AfricaSan », Conférence africaine sur l'assainissement et l'hygiène, et la Semaine africaine de l'eau portées par le Conseil des Ministres africains de l'eau (African Ministers Council on Water – AMCOW) représentent un levier d'engagement politique au plus haut niveau. Elles rassemblent les gouvernements, les institutions régionales, les partenaires internationaux, le secteur privé, la communauté scientifique, la société civile et les médias dans le but de rechercher collectivement des solutions aux défis de l'Afrique dans le secteur de l'eau et l'assainissement.

Au cours de la dernière édition du 22 au 26 novembre 2021, les différentes parties prenantes se sont accordées sur les plans d'action visant à poursuivre la réalisation des assignations des ODD

<content/uploads/2021/04/gtfcc-working-group-on-oral-cholera-vaccine-webinars-2020-session-2-report.pdf>

³⁵ <https://www.choleraalliance.org/fr/actualites/appel-laction>

relatifs au secteur et à donner une impulsion finale à la réalisation de la Vision africaine de l'eau 2025.

IV.3. Opportunités stratégiques au niveau national

- 1) Constitution de la RDC et Loi n° 15/026 du 31 Décembre 2015 relative à l'eau
- 2) Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle
- 3) Plan Stratégique National de la Couverture Santé Universelle (CSU)
- 4) Programme National Eau-Hygiène-Assainissement (PNEHA)
- 5) Politique Nationale de Pêche et Aquaculture
- 6) Institut National de Santé Publique (INSP)

IV.3.1 Programme National d'Élimination du Choléra et de lutte contre les autres Maladies Diarrhéiques (PNECHOL-MD)

Depuis 2017, le Ministère de la Santé a redéfini le cadre de la lutte contre le choléra en modifiant le mandat de l'ancien Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNMLD) en PNECHOL-MD. Ce programme a pour mission de planifier, coordonner, organiser et mettre en œuvre des stratégies pertinentes, efficaces, efficientes et innovantes en vue d'atteindre l'objectif d'élimination du choléra et plus globalement, de réduire la morbidité et la mortalité due aux maladies diarrhéiques en RDC.

IV.3.2 La mise en œuvre de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR)

Dans le contexte élargi du renforcement des systèmes de santé, une meilleure coordination entre la surveillance de la santé humaine, animale et les autres secteurs impliqués dans l'approche « Une seule santé » est mise à jour. Cette troisième édition de la SIMR est une opportunité pour l'accélération de la mise en œuvre de la surveillance globale telle que recommandé dans le présent PMSEC.

IV.3.3 Le début du processus de formation des équipes d'intervention Rapide

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, avec l'appui de ses partenaires, a investi dans les ressources humaines et matérielles pour la mise en place des Equipes d'Intervention Rapide. Cette initiative devrait être une opportunité pour le renforcement des capacités d'investigation et de prise en charge des épidémies de choléra et des autres maladies diarrhéiques.

CHAPITRE V : ANALYSE DE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES PAR AXE STRATEGIQUE DU PMSEC

Tableau 13. Forces, faiblesses, opportunités et menaces

Activités	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Axe stratégique I : Prise en charge curative				
1. 1 Renforcement des capacités				
Former le personnel	• Existence du PNECHOL-MD; • Disponibilité du personnel qualifié au niveau national ; • Existence des modules de formation sur la prise en charge du choléra	• Non prise en compte de la composante psycho sociale et nutritionnelle dans la formation de personnels • Faible motivation des prestataires de prise en charge avec incidence sur la qualité de travail	• Existence des PTF œuvrant dans la lutte contre le choléra	• Les mouvements des populations conjoncturels
1. 2. Amélioration de la disponibilité des intrants				
Pré positionner des médicaments et autres intrants	• Existence des documentations sur la gestion des intrants ; • Existence du personnel qualifié (Niveau national)	• Non maîtrise de la gestion de stock ; • Faible budget affecté par le gouvernement dans ce domaine ; • Faible capacité logistique (véhicule 4x4, moto) • Approvisionnement irrégulier des intrants ;	• Existence des PTF œuvrant dans la lutte contre le choléra	• Existence des zones d'insécurité dans certaines provinces • Impraticabilité des certains axes routiers

1. 3. Amélioration des infrastructures, matériels et équipements				
Construire et ou réhabiliter les centres/unités de traitement de choléra (CTMD et UTMD) et points de réhydratation orale	• Existence des CTMD, UTMD et point TRO dans quelques zones de santé • Existence des SSC dans quelques ZS	• CTMD et UTMD existantes sont de fortunes • Non capitalisation des SSC (point TRO) pour la prise en charge des cas insulaires et autres populations non accessibles • Faible dotation en matériel et équipement des structures de prise en charge existants.	• Existence des PTF dans les provinces et au niveau pays	• Insécurité dans quelques coins du pays
1. 4. Amélioration de traitements des cas				
Traiter les cas de choléra	• Gratuité des soins CTMD/UTMD • Existence de protocole normé de prise en charge • Disponibilité d'un personnel qualifié	• Absence d'une prise en charge holistique de cas (nutritionnelle et psycho sociale) • Faible capacité logistique (manque d'ambulance) • Instabilité du personnel qualifié	• Appui des PTF dans les provinces	
1.5. Suivi et évaluation				

Organiser les séances de monitoring à la base sur la prise en charge	• Existence de canevas de monitoring (des indicateurs de suivi de prise en charge (létalité, proportion du personnel formé, nombre des jours de rupture)	• Faible tenue des réunions de monitoring à la base • Faible organisation des missions conjointes de suivi de PEC • Faible renforcement de capacités des prestataires de soins	• Présence des PTF	• Insécurité dans certains coins, régions du pays
--	--	--	--	---

Axe stratégique II : Surveillance globale

2.1.: Surveillance épidémiologique	• Tenue régulière des réunions SURVEPI où les données sont analysées et partagées pour prise des décisions, • Engagement des prestataires : dans les activités de surveillance, • Beaucoup de normes et directives sur la surveillance du choléra mis à jour, • Mise à jour de la SIMR-3 et celle de la surveillance à base communautaire, • Début de développement de la	• Faible fonctionnalité de la surveillance à base communautaire, Les outils de collecte non disponibles au niveau opérationnel (ZS et As) Faible vulgarisation des outils au niveau opérationnel, Déploiement souvent tardif des EIR, prestataires du niveau opérationnel non encore formés en SIMR-3	• Directives et orientations du GTFCC (OMS) sur la surveillance, • Stratégie globale d'élimination de choléra d'ici 2030 ; modèle du plan national de contrôle de choléra, • Application GTFCC. • La disponibilité des directives SIMR-3 de l'OMS	• Faible allocation des ressources par le Gouvernement et les PTF.
------------------------------------	---	---	--	--

	liste linéaire à tous les niveaux			
2.2. : Surveillance de laboratoire (biologique)	• Soutien au développement du laboratoire national (INRB) et autres laboratoires : AMI Labo au Nord-Kivu, le Grand Labo au Haut Katanga ; Un début de développement de mise en place de liste linéaire à tous les niveaux	• Insuffisance de laboratoires de référence au niveau des provinces à haut risque ; • Faible approvisionnement en intrants (TDR et cary-blair,) ; • Insuffisance des moyens de transport pour un acheminement rapide des échantillons à tous les niveaux ; • Faible proportion du personnel formé ; • Faible plateau technique par rapport aux autres maladies diarrhéiques	• Application GTFCC. La disponibilité des directives SIMR-3 de l'OMS ; • Utilisation de nouveaux tests enrichis ;	• Faible allocation des ressources par le Gouvernement et les PTF ; • Instabilité du personnel formé ;
2.3. : Surveillance environnementale	• Disponibilité des documents sur la surveillance environnementale ; • Existence de mécanisme de suivi Approche FDAL (DAS).	• Manque de mécanisme efficace de la surveillance environnementale ;	• L'approche de la surveillance globale prônée par le PMSEC 2023-	• Faible allocation des ressources par le Gouvernement et les PTF

		• Insuffisance du personnel qualifié.	2027(une santé)	
2.4. Surveillance socio-économique	• Disponibilité des documents sur la surveillance socioéconomique	• Non application de la politique sur la surveillance socioéconomique (populations spécifiques, miniers, pêcheurs, prisonniers, déplacés ...) • Insuffisance du personnel qualifié	• L'approche de la surveillance globale prônée par le PMSEC 2023-2027(une santé)	• Faible allocation des ressources par le gouvernement et les PTF • Faible engagement communautaire

Axe stratégique III : Communication pour le changement de comportement et engagement communautaire

3.1 Les principaux partenaires nationaux et internationaux, opérationnels, techniques et financiers sont sensibilisés et impliqués dans le processus d'élimination du choléra.	• Existence du forum humanitaire • Existence de la plateforme de gestion des connaissances et apprentissage sectoriel	• La réduction de budget inhérent à l'élimination du choléra • Faible niveau de fonctionnalité du GTP dans les provinces (faible implication des autres secteurs)	• Mettre fin au choléra : feuille de route jusqu'à 2030 • La perspective de la signature de l'arrêté interministériel sur le comité de pilotage du PMSEC • Existence du PNECHOL-MD	• La crise financière internationale • L'augmentation du nombre de crises humanitaires dans le monde
--	--	--	--	---

III.2. Un plan de vulgarisation du projet d'élimination du choléra est disponible et mis en œuvre.	• Extensions du GTP dans les provinces • Existence du PNECHOL-MD • Existence du PNSECH	• Faible niveau de fonctionnalité du GTP dans les provinces (faible implication des autres secteurs) • La couverture insuffisante du programme Ecoles et Villages Assainies	• La perspective de la signature de l'arrêté interministériel sur le comité de pilotage du PMSEC	• Instabilité de gouvernance des ministères
3.3. Les ressources humaines et financières nécessaires sont identifiées et mobilisées.	• Existence d'un pool important du personnel mobilisable dans la lutte contre le choléra • Existence de plates-formes regroupant des partenaires techniques et financiers (Clusters, GIBS, OCHA, Min. affaires sociales et humanitaires, Min. de la santé, Min. du plan)	• Le turn over rapide du personnel de santé dans les zones endémiques et épidémiques • Les fonds internationaux disponibles exclusivement dédiés aux urgences • Il n'existe pas des lignes de financement national dédiées aux activités	• La perspective de la signature de l'arrêté interministériel sur le comité de pilotage du PMSEC	• Instabilité de gouvernance des ministères

		d'Élimination du choléra		
3.4. Un bulletin trimestriel sur les activités d'élimination du choléra est publié.	• La disponibilité de bases des données et de rapports d'activités réalisées	• Absence de fonds disponibles pour la publication de ces bulletins	• Effectivité du fonctionnement du GTP	• Réduction globale de budget alloué aux urgences
Axe stratégique IV : Coordination et plaidoyer pour la mobilisation des ressources				
4.1 Le cadre formel de concertation pour la lutte contre le choléra est mis en place.	Le GTP est mis en place et opérationnel au niveau national	Certains acteurs impliqués ne participent pas aux réunions du GTP	Appui permanent de certains partenaires (leader du cluster WASH) aux activités du CNAEHA et CPAEHA	Instabilité de gouvernance à tous les niveaux
4.2 La coordination multisectoriel le des activités est renforcée.	La mise en place des GTP dans trois provinces	• Certains acteurs impliqués ne participent pas aux réunions du GTP • L'approche médico centrée de la surveillance du choléra au niveau de réunions de la DSE ne	• Appui permanent de l'UNICEF (leader du cluster WASH) aux activités du CNAEHA et CPAEHA	• Faiblesse du budget alloué au secteur • Les conflits • Les mouvements des populations conjoncturels

		permet pas une vue globale • Faible niveau de fonctionnalité du GTP (faible implication des autres secteurs)		
IV.3. : La coordination des activités de surveillance globale à tous les niveaux est assurée.	• Existence de deux plates-formes de réunions : • Interne au ministère de la santé (Réunion DSE) • Multisectoriel au niveau du Ministère du plan/CNAEHA (GTP)	• La réduction de budget inhérent à l'élimination du choléra	• La perspective de la signature de l'arrêté interministériel sur le comité de pilotage du PMSEC	Instabilité de gouvernance des ministères
IV.4. : Les programmes d'éducation ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation	• Existence de la feuille de route de l'élimination de la défécation à l'air libre • Existence du PNSECH	La couverture insuffisante du programme Ecoles et Villages Assainies	Stratégie mondiale de lutte contre le choléra (Mettre fin au choléra : feuille de route jusqu'en 2030)	

pour la santé et de formation.				
4.5 La coopération transfrontalière est renforcée	L'existence des forums transfrontaliers (SADC, CIRGL, CEAC, CEPGL, EAC coopérations des pays du bassin du fleuve Congo et l'initiative des pays du bassin du Nil)	La non fonctionnalité optimale des forums transfrontaliers	Intérêt croissant des bailleurs au financement des projets transfrontaliers et multicentriques	Instabilité politique des pays

Axe stratégique V : WASH-Urgence

5.1 Mettre en place une capacité de réponse locale au choléra dans les zones A, B et C (création/renforcement du système de protection civile).	• Existence des plans de contingence	• Pas de fonds pour exécuter ces plans de contingence, • Le système de protection civile n'est pas opérationnel	• Création du PNECHOL-MD • Effectivité du fonctionnement du GTP	
5.2. : Mettre en place une réponse communautaire de la lutte préventive contre le choléra dans les zones A et dans les zones B prioritaires.	• La communauté est sensibilisée sur son rôle dans la lutte préventive contre le choléra	Cette sensibilisation n'est assurée que pendant les flambées épidémiques de choléra et en plus la population n'est pas accompagnée	• Création du PNECHOL-MD	• Instabilité de la gouvernance du CNAEHA

		dans cette réponse reprise communautaire.		
5.3. : Mettre en place une capacité de réponse aux épidémies de grande ampleur à l'échelle nationale.	• Lors des grandes épidémies, le niveau national accompagne toujours la réponse tant pour le niveau provincial que pour le niveau opérationnel	• Cette réponse est souvent tardive à cause de l'absence de fonds d'urgence disponible ; • La coordination n'est pas assurée correctement ; • Faiblesse du budget alloué au secteur de la santé	• Création du PNECHOL-MD avec la mise en place du Centre Opérationnel des Urgences de santé publique ; • Existence de partenaires techniques et financiers	• Les conflits • Les mouvements des populations conjoncturels

Axe stratégique VI : WASH-Développement

6.1. : Réaliser une planification pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement sur les zones de santé de type A (technique et	• Suite aux études de recherche opérationnelle réalisées et grâce au programme Ecoles et Villages Assainis, les infrastructures en eau et assainissement de certaines de	• Le nombre de ces ZS appuyées reste très faible ; • Le choix de certaines ZS appuyées n'est pas objectif ; • Faiblesse du budget alloué au secteur de l'eau, hygiène et assainissement	• Existence du programme écoles et villages assainis ; • Effectivité du fonctionnement du CNAEHA	• Les conflits ; • Les mouvements des populations conjoncturels ; • Aléas naturels : volcans, séismes, inondations, changements climatiques.
---	--	---	---	--

évaluation budgétaire)	ces ZS ont été mises à niveau			
6.2. : Les systèmes de gestion en place sont renforcés et assurent la pérennité des installations.	• Existence de comité de gestion	• Les communautés ne sont pas toujours associées à la gestion ; • La mauvaise gestion des certains comités	• Existence du programme écoles et villages assainis	
Axe VII : Vaccination				
7.1 Un macro plan quinquennal à l'échelle nationale est élaboré, 7.2 Les micro plans pour chaque site sanctuaire éligible à la vaccination sont élaborés 7.3 Un proposal de justification de la requête de vaccination est rédigée et présenté pour chaque foyer	• Organisation des activités de vaccination avec l'appui du niveau central et des PTFS ; • Formation des acteurs conformément au guide de formation et directives sur la campagne de vaccination • Organisation du monitoring interne à chaque campagne de vaccination	• Non-respect du chronogramme du plan pluriannuel ayant comme conséquence la sous-estimation ou la surestimation de la population au moment de la mise en œuvre • Lourde processus de décaissement des fonds du niveau global au niveau pays ; • Faible organisation de l'enquête de couverture	• Existence du réseau des parlementaires pour l'appui à la vaccination au niveau central et provincial ; • Existence des leaders et parents modèles en matière de la vaccination • Existence de GTFCC, ICG et GAVI	• Les mouvements des populations conjoncturels ; • Existence de poches d'insécurité • Saison de pluies; • Faible capacité en réseau internet et source d'énergie dans les zones de santé pour faciliter la transmission des données • Faible allocation ou mobilisation

épidémique ou la vaccination préventive 7.4 La requête sur la vaccination contre le choléra à l'international Coordinating Group (ICG) en Zone épidémique ou au Global Task Force of Cholera (GTFCC) en zone endémique.	• Disponibilité des fonds pour la campagne ; • L'implantation de CSP une plateforme d'appui au pays ; • Disponibilité d'un micro plan validé au niveau central. ; • Disponibilité du vaccin et de la chaîne de froid fonctionnelle à tous les niveaux ; • Disponibilité des kits PCI	vaccinale après la campagne ; • Retard de la transmission des listes linéaires ; • Faible disponibilité des plans de gestion de déchets dans les zones de santé ; • Retard dans le déploiement des vaccins vers les provinces		du budget de l'Etat consacré à la santé
Axe VIII : Recherche opérationnelle				
Réaliser la recherche nécessaire à une meilleure des dynamiques de transmission	Existence d'un Service d'écologie et contrôle des maladies infectieuses (SECMI)	Faiblesse du budget alloué au secteur de la recherche	Disponibilité des ressources humains qualifiés et des unités de recherche	• Les mouvements des populations conjoncturels • Instabilité de la gouvernance du CNAEHA

CHAPITRE VI : PLAN STRATEGIQUE MULTISECTORIEL D'ELIMINATION DU CHOLÉRA EN RDC 2023-2027

VI.1 Objectifs

VI.1.1 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 diarrhéiques.

VI.1.2 Objectifs spécifiques

- Réduire à moins de 3 flambées épidémiques de choléra par zone de santé d'ici 2027 ;
- Réduire de 80% le nombre de cas suspect de choléra d'ici 2027 (2017 comme année de référence) ;
- Réduire de 90% le nombre de décès attribuables au choléra (2017 comme année de référence) ;
- Réduire le taux de létalité à moins de 1% d'ici 2027 ;
- Prélever des échantillons de selles à au moins 50% des cas suspects de choléra en RDC ;
- Analyser au moins 90% d'échantillons de selles prélevés pour la confirmation biologique en RDC ;
- Réduire de 50% l'incidence des autres maladies diarrhéiques en RDC.

VI.2 Axes stratégiques

Le présent PMSEC 2023 - 2027 se décline en huit axes stratégiques :

1. Renforcement des activités de surveillance globale ;
2. Prise en charge curative ;
3. Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans les zones sanctuaires du choléra ;

4. Mise en place des interventions liées à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones affectées par les épidémies de choléra (endémique et épidémique) ;
5. Implémentation des activités de vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactives dans les zones épidémiques éligibles ou en cas de crise humanitaire ;
6. Communication et engagement communautaire;
7. Recherche opérationnelle;
8. Coordination et plaidoyer.

VI.2.1 Renforcement des activités de surveillance globale

VI.2.1.1 Analyse de la situation de base

La surveillance globale est un axe important dans le cadre du processus d'élimination du choléra. Ainsi, pour bien mener cette surveillance globale, il est nécessaire d'utiliser une approche multisectorielle pour des actions durables.

La surveillance globale multisectorielle se décline en plusieurs composantes : la surveillance clinique, la surveillance biologique, la surveillance environnementale, la surveillance socio-anthropologique et la surveillance basée sur les événements. Lors de l'évaluation finale du PMSEC 2017-2022, il a été observé que la surveillance globale multisectorielle est restée médico-centrée avec une faible participation des autres secteurs impliqués dans la lutte contre le choléra en République Démocratique du Congo.

La surveillance biologique souffre d'un problème de couverture géographique d'autant qu'il n'y a que trois laboratoires qui font la confirmation biologique. Il s'agit d'Ami Labo, du Grand Laboratoire de Lubumbashi, et de l'INRB-Kinshasa. Pourtant, il existe d'autres laboratoires qui peuvent participer à cette surveillance biologique comme le laboratoire de l'Université de Kinshasa, le laboratoire provincial du Kongo Central, le laboratoire de Kisangani et le laboratoire d'Uvira. Cette faible couverture géographique impacte négativement sur la proportion d'échantillons analysés au laboratoire en RDC (moins de 5 % d'après le dernier rapport annuel du PNECHOL-MD).

La surveillance environnementale (bien qu'essentielle) quant à elle, est restée non opérationnelle et n'est que rarement menée sous forme d'enquêtes ponctuelles à travers les chercheurs.

VI.2.1.2 Les activités par piliers des axes stratégiques

L'axe stratégique sur la surveillance globale du choléra et des autres maladies diarrhéiques va être subdivisé en six piliers : (1) coordination multisectorielle de la Surveillance Globale, (2) surveillance clinique, (3) surveillance biologique, (4) surveillance environnementale, (5) surveillance socio-anthropologique et (6) la surveillance basée sur les événements.

VI.2.1.2.1 Coordination multisectorielle de la surveillance globale

La surveillance multisectorielle reste un atout important pour l'atteinte de l'objectif d'élimination du choléra en RDC.

Activités

- Redynamiser le groupe technique permanent (GTP) au niveau national ;
- Mettre en place du groupe technique permanent dans toutes les provinces (n=26) ;
- Former 38 points focaux de la surveillance par secteurs impliqués dans la lutte et à tous les niveaux (22 au niveau national (tous les ministères impliqués dans le PMSEC), 16 au niveau provincial (4 personnes / Provinces (4 provinces pour les 39 Zones de Santé Priorité 1s, Zones de type A et B) ;
- Organiser 120 réunions (une réunion par mois niveau national et Provincial pendant 5 ans) de coordination de la surveillance multisectorielle ;
- Mettre en place une base de données qui intègre les données multisectorielles.

VI.2.1.2.2 La surveillance clinique

Activités :

- Former 117 (à raison de trois personnes pour chaque zone de type A et B) sur la surveillance du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé ;
- Former 960 (2 personnes par ZS de type C et D) acteurs sur la surveillance du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé ;
- Former 1038 acteurs (à raison de deux personnes par ZS (de tout type)) sur la surveillance électronique du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les ZS ;
- Accompagner 26 provinces dans l'élaboration de leurs plans de contingence et de riposte choléra et autres maladies diarrhéiques ;

- Former 212 500 relais communautaires avec le nouveau module de surveillance à base communautaire (soit 25 relais communautaires pour couvrir les 8500 aires de santé de toutes les ZS du Pays) ;
- Former les acteurs de surveillance de point d'entrée de 39 ZS (de Type A et B) en SIMR 3^e édition ;
- Contribuer à la formation de 195 équipes d'intervention rapide au niveau de DPS et des ZS, soit cinq personnes pour chacune de 39 ZS de type A et B.

VI.2.1.2.3 La surveillance biologique

Activités :

- Renforcer le réseau de transport des échantillons vers les laboratoires désignés ;
- Implémenter cinq laboratoires supplémentaires dans les zones à risque (type A et B) ;
- Former 1 038 techniciens de laboratoire en techniques de prélèvement, conservation et transport des échantillons choléra et autres maladies diarrhéiques (à raison de deux personnes par ZS de tout type) ;
- Former 78 prestataires/techniciens de laboratoire sur l'utilisation des TDR (soit deux personnes pour chaque zone de type A et B) ;
- Intégrer les analyses de biologie moléculaire de cas de choléra au niveau de l'INRB.

VI.2.1.2.4 La surveillance environnementale

Activités :

- Former 78 prestataires de la surveillance environnementale du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de type A et B ;
- Développer et mettre en place le système de surveillance environnementale de choléra en intégrant l'observatoire volcanologique, l'Agence Nationale de Météorologie et de Télédétection par Satellite (METELSAT), Centre hydro-biologique d'Uvira et d'autres institutions de recherche scientifique ayant la problématique de l'environnement de société comme objet de leur activité.

VI.2.1.2.5 La surveillance basée sur les événements

Activités :

- Concevoir et mettre en place un système surveillance de choléra basé sur les événements ;
- Formation de 1 038 prestataires des zones de santé (de tout type) sur la surveillance basée sur les événements ;
- Mettre en place un réseau communautaire pour la remontée rapide d'informations et rumeurs sur les cas et décès de choléra ainsi que d'autres maladies diarrhéiques ;
- Vulgariser la liste des événements susceptibles d'avoir un impact sur la survenue du choléra et autres maladies diarrhéiques en milieux spécifiques (îlots de pêche, prisons, carrés miniers, zones lacustres, camps de déplacés) ;
- Intégrer 240 pêcheurs, 400 leaders communautaires et 240 leaders religieux dans le réseau de rapportage des événements de ZS de type A, B, C ;
- Doter de matériels et outils de surveillance basée sur les événements les 39 ZS Priorité 1s.

VI.2.1.2.6 La surveillance socio-anthropologique

Activités :

- Concevoir et mettre en place un système surveillance socio-anthropologique de choléra dans les 39 ZS Priorité 1s;
- Formation de 1 038 prestataires sur l'approche socio-anthropologique de la surveillance ;
- Doter de matériels et outils de surveillance anthropologique les 39 ZS Priorité 1s ;
- Mettre en place d'un système de détection précoce de tout mouvement de la population
- Identifier au niveau des 39 ZS Priorité 1s des pratiques à risque de transmission du choléra (cuisson insuffisante des aliments, consommation des poissons crus, manipulation des poissons etc.) ;
- Assurer le suivi et évaluation de surveillance anthropologique dans les 39 ZS Priorité 1s

6.2.1.3. Le cadre logique

Tableau 14. Cadre logique de l'axe surveillance

Axe surveillance globale				
Piliers	Résultats attendus	IOV	Sources de vérification	Hypothèse
1. Coordination multisectorielle de la surveillance globale	1.1 le cadre de coordination par rapport à la surveillance multisectorielle est formalisé	Existence du cadre de coordination fonctionnel	Rapports de création	Disponibilité des fonds
	1.2 Trente-huit (38) points focaux de la surveillance par secteurs impliqués dans la lutte et à tous les niveaux (national, provincial, opérationnel) sont formés	Proposition des points focaux formés par secteurs	Rapport de formation	Disponibilité des fonds
	1.3 Cent vingt (120) réunions de coordination de la surveillance multisectorielle sont organisées	Proposition de réunions organisées	Compte-rendu de réunions	Disponibilité des fonds
	1.4 La base de données qui intègre les données multisectorielles est mise en place	Existence de la base de données	Rapport de mise en place de la BD, Réunions d'analyse de la base de données	Disponibilité des fonds

2. La surveillance clinique	2.1 Cent dix-sept (117) acteurs sur la surveillance du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé sont formés	Proposition de formation des acteurs en surveillance	Rapport de formation, liste de présence	Disponibilité des fonds
	2.2 Neuf cent soixante (960) acteurs sur la surveillance du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé sont formés	Proposition de formation des acteurs en surveillance	Rapport de formation, liste de présence	Disponibilité des fonds
	2.3 Mille trente-huit (1 038) acteurs (deux personnes par zone de santé) sur la surveillance électronique du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé sont formés	Proposition de formation des acteurs en surveillance électronique	Rapport de formation, liste de présence	Disponibilité des fonds
	2.4 Vingt-six (26) Provinces dans l'élaboration de leurs plans de contingence et de riposte choléra et autres maladies diarrhéiques sont accompagnées	Proposition des provinces accompagnées dans l'élaboration des plans	Rapports de missions	Disponibilité des fonds
	2.5 Deux cent douze mille cinq cents (212 500) relais communautaires avec le nouveau module de surveillance à base communautaire sont formés	Proposition des relais formés sur la surveillance à base communautaire	Rapport de formation	Disponibilité des fonds
	2.6 Cent quatre-vingt-quinze (195) équipes d'intervention rapide au niveau de DPS et de zones de santé sont formées	Proposition d'EIR formées	Rapport de formation	Disponibilité des fonds

	2.7. Les acteurs de surveillance de Point d'entrée des 39 ZS (de Type A et B) sont formés en SIMR 3 ^e édition.	Proposition des acteurs de PoE formés en SIMR 3 ^e édition	Rapport de formation	Disponibilité des fonds
3. La surveillance biologique	3.1 Le réseau de transport des échantillons vers les laboratoires désignés est renforcé	Existence de réseau de transport des échantillons	Rapport d'envoi des échantillons	Disponibilité des fonds
	3.2 Cinq laboratoires supplémentaires dans les zones à risque sont implémentés	Proposition des laboratoires supplémentaire implémentés	Rapports d'implémentation	Disponibilité des fonds
	3.3 Mille trente-huit (1 038) prestataires en techniques de prélèvement, conservation et transport des échantillons choléra et autres maladies diarrhéiques sont formés dans les ZS de tous types,	Proposition des prestataires formés sur le prélèvement, la conservation et le transport des échantillons	Rapports de formation	Disponibilité des fonds
	3.4 Soixante-dix-huit (78) prestataires/techniciens de laboratoire sur l'utilisation des TDR sont formés	Proposition des prestataires formés sur le TDR	Rapports de formation	Disponibilité des fonds

	3.5 Les analyses de biologie moléculaire de cas de choléra au niveau de l'INRB sont intégrées	Proportion de cas analysés avec la biologie moléculaire	Rapports sur les résultats des analyses biologiques	Disponibilité des fonds
4. La surveillance environnementale	4.1 Cent et huit (108) prestataires de la surveillance environnementale du choléra et des autres maladies diarrhéiques sont formés	Proportion des prestataires formés sur la surveillance environnementale	Rapports de formation	Disponibilité des fonds
	4.2 Système de surveillance environnementale de choléra en intégrant l'observatoire volcanologique, l'Agence Nationale de Météorologie et de Télédétection par Satellite (METELSAT), Centre hydro-biologique d'Uvira et d'autres institution de recherche scientifique ayant de problématique de d'environnement de société comme objet de leur activité est développé et mis en place. Dans 39 ZS (type A et B)	Proportion des ZS ayant développé un système de surveillance environnementale	Rapports d'activités de surveillance environnementale	Disponibilité des fonds
	4.3 Trente-neuf (39) ZS de Type A et B sont dotés des matériels et outils de surveillance environnementale.	Proportion des ZS ayant reçu les matériels et outils de surveillance environnementale	Bon de livraison	Disponibilité des fonds

5 La surveillance basée sur les événements	5.1. Un système surveillance de choléra basé sur les événements est conçu et mis en place dans les ZS de tout type	Existence de surveillance environnementale	Rapports d'activités de surveillance basée sur les événements	Disponibilité des fonds
	5.2 Mille trente-huit (1 038) prestataires de zones de santé sur la surveillance basée sur les événements sont formés	Proportion des prestataires formés en surveillance basée sur les événements	Rapports de formation	Disponibilité des fonds
	5.3 Un réseau communautaire pour la remontée rapide d'informations et rumeurs sur les cas et décès de choléra et autres maladies diarrhéiques est mis en place	Existence d'un réseau communautaire d'alerte	Rapports d'activités de surveillance	Disponibilité des fonds
	5.4 La liste des événements susceptibles d'avoir un impact sur la survenue du choléra et autres maladies diarrhéiques en milieux spécifiques (îlots de pêche, prisons, carrés miniers, zones lacustres, camps de déplacés) est vulgarisée	Proportion des ZS ayant des listes des événements	Rapports de missions	Disponibilité des fonds
	5.5 Deux cent quarante (240) pêcheurs, quatre cents (400) leaders communautaires et 240 leaders religieux dans le réseau de rapportage des événements de zones de santé de type A, B, C sont intégrés	Proportion des pêcheurs, leaders communautaires et religieux intégrés	Rapports d'activités de surveillance	Disponibilité des fonds

	5.6 Trente-neuf (39) ZS de Type A et B sont dotées de matériels et outils de surveillance basée sur les événements	Proportion des ZS ayant été dotées en les matériels et outils de surveillance basées sur les événements	Bon de livraison	Disponibilité des fonds
6 La surveillance socio-anthropologique	6.1 Un système surveillance socio-anthropologique de choléra est Conçu et mis en place dans les 39 ZS (de Type A et B).	Proportion des ZS (de Type A et B) ayant une surveillance socio-Anthropologique	Rapport	Disponibilité des fonds
	6.2 Mille trente-huit (1 038) prestataires sur l'approche socio-anthropologique de la surveillance sont formés	Proportion des prestataires formés sur la surveillance socio-anthropologique	Rapports de formation	Disponibilité des fonds
	6.3 Trente-neuf (39) ZS de Type A et B sont dotées des matériels et outils de surveillance anthropologique	Proportion des ZS ayant été dotées en les matériels et outils de surveillance socio-Anthropologique	Bon de livraison	Disponibilité des fonds
	6.4 Un système de détection précoce de tout mouvement de la population est mis en place dans toutes les ZS (tout type)	Proportion des ZS ayant un système de	Rapports d'activité de surveillance	Disponibilité des fonds

		détection précoce fonctionnel		
	6.5 Trente-neuf (39) zones de santé A et B sont identifiés dans les pratiques à risque de transmission du choléra (cuisson insuffisante des aliments, consommation des poissons crus, manipulation des poissons etc.)	Proportion des ZS ayant des pratiques à risque de transmission du choléra (cuisson insuffisante des aliments, consommation des poissons crus, manipulation des poissons etc.)	Rapports d'activités de surveillance	Disponibilité des fonds
	6.6 Surveillance anthropologique est suivi et évalué dans les 39 ZS Priorité 1s.	Proportion des ZS de type A et B ayant été suivies et évaluées	Rapports d'activités de surveillance	Disponibilité des fonds

VI.2.2 Prise en charge curative

VI.2.2.1 Analyse de la situation de base

VI.2.2.1.1 Rappel de ce qui constitue les bases des interventions dans cet axe stratégique

La prise en charge curative des malades est basée sur :

- L'existence des infrastructures des soins de qualité à tous les niveaux.
- La disponibilité des ressources humaines bien formées sur la prise en charge des malades,
- La disponibilité des intrants dans les structures de prise en charge.
- Une prise en charge curative adéquate comprend la réhydratation du patient selon son état de déshydratation et un traitement complémentaire suivant le protocole du Ministère de la RDC.

VI.2.2.2 Les activités par piliers

La prise en charge médicale adéquate repose sur quatre piliers :

- Renforcer les capacités des prestataires pour les zones Priorité 1s.
- Améliorer les infrastructures, matériels et équipements (pour les zones Priorité 1s) ;
- Améliorer la disponibilité des médicaments et autres intrants ;
- Renforcer le suivi et l'évaluation de la PEC ainsi que la gestion des médicaments.

VI.2.2.2.1 Le cadre logique

Tableau 15. Cadre logique de l'axe prise en charge curative

LOGIQUE D'INTERVENTION	IOV	SOURCE DE VERIFICATION	HYPOTHESE
Pilier 2.1 : Le renforcement des capacités des prestataires			
Résultat 2.1.1 : Trois mille neuf cents prestataires de soins des UTMD ET CTMD sont formés sur la prise en charge complète du choléra et autres maladies diarrhéiques (zone A et B)	Proportion des prestataires de soins formés	Rapport de formation (Liste des personnes formées)	Contexte sécuritaire paisible dans les zones concernées.
Résultat 2.1.2 : Huit mille deux cents prestataires de soins des UTMD et CTMD sont formés sur la prise en charge complète du choléra et des autres maladies diarrhéiques (100 personnes par zone de santé de type C)	Proportion des prestataires de soins formés	Rapport de formation (Liste des personnes formées)	Contexte sécuritaire paisible dans les zones concernées.
Résultat 2.1.2 : Par an, 5 540 prestataires de soins affectés à la prise en charge lors des flambées des cas sont rémunérés	Proportion de prestataires de soins rémunérés	Liste de paie	- Chaque zone de type A et B connaît une flambée par an (39 flambées) et 20 % de zone de type ont une flambée par an (5 flambées) -100% des prestataires des zones A et B et 20% des prestataires des zones C

Résultat 2.1.3 : Septante et huit acteurs de terrains sont renforcés en gestion des médicaments et autres intrants dans les zones de type A et B	Proportion prestataires de soins en gestion des médicaments.	Rapport de formation (Liste des personnes formées)	Disponibilité de financement
Pilier 2.2. L'amélioration des infrastructures, matériels et équipement			
Résultat 2.2.1 : Six cents CTMD /UTMD des ZS de type A, B et C (endémiques et épidémiques) sont construits/réhabilités	Proportion de CTMD/UTMD construit/réhabilitée	Cartographie des structures réhabilitée /construites	Au moins une épidémie est survenue dans les zones de type A, B, et C.
Résultat 2.2.2 : Six cent vingt CTMD /UTMD des zones de santé de type A, B et C (endémiques et épidémiques) sont dotés en équipement et matériel de base pour la prise en charge	Proportion de CTMD/UTMD doté en équipement et matériel	Liste de matériels et équipements doté	Au moins une épidémie est survenue dans les zones de type A, B, et C.
Résultat 2.2.3 : Mille neuf cent cinquante SSC avec TRO sont installés /étendus dans les zones de santé de type A, B et C (endémiques et épidémiques)	Proportion de SSC avec TRO installés	Cartographie des SSC	Au moins une épidémie est survenue dans les zones de type A, B, et C.
Résultat 2.2.4. Les ZS sont dotées en 39 ambulances pour le transport des malades	Proportion des zones de santé dotées en ambulances	PV de réception, les inventaires	Disponibilité de financement
Résultat 2.2.5. Les ZS sont dotées en 20 pirogues motorisées pour le transport des malades	Proportion des zones de santé dotées en pirogues motorisées	PV de réception, les inventaires	Disponibilité de financement

Résultat 2.3.6 : Dix véhicules 4*4 sont affectés dans les provinces endémiques et en épidémie	Proportion de 10 véhicules 4*4 affectés dans les provinces.	PV de réception	Disponibilité de financement
Pilier 2.3. L'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres intrants			
Résultat 2.3.1. Les médicaments de prise en charge sont pré positionnés /approvisionnés dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B.	Proportion des UTMD et CTMD approvisionnés en médicaments de PEC.	Bordereau de livraison /PV de réception	Disponibilité de financement
Résultat 2.3.2. Les autres intrants de prise en charge sont prépositionnés /approvisionnés dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B.	Proportion des UTMD et CTMD approvisionnés en intrants de PEC.	Bordereau de livraison /PV de réception	Disponibilité de financement
Résultat 2.3.3. La prise en charge notionnelle de 50 000 malades de choléra dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B est assurée pendant les 5 ans.	Proportion des malades ayant bénéficié de la prise en charge nutritionnelle	-Facture d'achats des aliments -Témoignage des malades	Capacité de mobiliser les ressources financières
Résultat 2.3.4 : Dotation de 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B en outils normés de PEC	Proportion des UTMD et CTMD ayant été dotés en outils normés	-Bordereau de livraison /PV de réception -Disponibilité des outils normés dans les UTMD et CTMD	Disponibilité de financement
Pilier 2.4. Le suivi et évaluation			

Résultat 2.4.1 : Deux mille cinq cents quarante et huit séances de monitoring sur la prise en charge de cas de choléra et autres maladies diarrhéiques sont organisées dans les ZS de type A et B.	Proportion des séances de monitoring dans les zones de santé de type A et B.	Compte rendu des réunions	Disponibilité de financement et sécurité
Résultat 2.4.2 : Vingt missions conjointes de suivi de PEC de choléra et autres maladies diarrhéiques sont organisées du niveau central vers les ZS de type A et B.	Proportion de missions conjointes organisées du niveau central vers le niveau périphérique	-Rapport de mission ; ordre de mission, -Rumer, fiche de stock,	Disponibilité de financement et sécurité
Résultat 2.4.3 : Vingt missions conjointes de suivi de PEC de choléra et autres maladies diarrhéiques sont organisées du niveau provincial vers les ZS de type A et B.	Proportion de missions conjointes organisées du niveau provincial vers le niveau périphérique	-Rapport de mission ; ordre de mission, -Rumer, fiche de stock,	Disponibilité de financement et sécurité

VI.2.3 Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, l'Hygiène et l'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra

VI.2.3.1 Analyse de la situation de base

La lutte contre l'épidémie de choléra ne passe pas uniquement aux activités d'urgence et la prise en charge médicale, mais également à travers les activités de développement, notamment la construction de réseau de distribution d'eau potable, la construction des ouvrages d'assainissement (latrines hygiéniques) et la mise en place des dispositifs de lavage des mains ainsi que la promotion d'hygiène.

Au cours de ces 10 dernières années plusieurs projets de WASH durable ont été développés par le Gouvernement et ses partenaires pour améliorer l'accès à l'eau potable des populations desservies à travers les différentes villes du pays : à Kinshasa, Goma, Bukavu, Lubumbashi, et Uvira.

Par ailleurs, en milieu rural le pays a bénéficié des mini réseaux d'adduction d'eau comprenant : un forage, des bornes fontaines et des réservoirs.

En outre, plusieurs projets du Gouvernement en collaboration avec ses partenaires ont construit des latrines publiques dans les écoles, Etablissements de Soins de Santé et les marchés dans les différentes provinces en l'occurrence : Kasai, Kongo Central, Kasai Oriental et Mongala, dont le coût moyen était de 5 000 USD par latrine sèche à 04 sièges.

Quant à la mise en œuvre de la Feuille de route d'éradication de la défécation à l'air libre, le Gouvernement et l'UNICEF ont mis en œuvre les activités de cette feuille de route (formation, pré déclenchement, déclenchement et le suivi d'activités) à 200 000 USD par zone de santé.

A la lumière des projets réalisés en RDC, il y a lieu de les dupliquer afin de lutter durablement contre le choléra. Ce faisant, cet axe stratégique se veut comme objectif de présenter les activités de WASH durable dans le cadre de mise en œuvre du PMSEC 2023-2027. Lesdites activités sont réparties en piliers ci-après : (i) l'accès à l'eau potable, (ii) la promotion des mesures d'hygiène, (iii) l'accès à l'assainissement du milieu et (iv) monitoring des activités de WASH durable.

VI.2.3.2 Les activités par piliers

Pilier 1 : Accès à l'eau potable

Ce pilier comprend les activités ci-après :

Milieu urbain

- Mener les études géo techniques
- Appuyer l'implémentation des usines d'adduction d'eau potable dans 9 cités urbaines de 9 ZS de type A (Construction/Réhabilitation d'usine de traitement d'eau, aménagement du réseau de distribution, aménagement de station de distribution d'énergie pour l'usine),
- Renforcer les capacités humaines

Milieu rural

- Mener les études géo technique
- Appuyer l'implémentation de 25 mini réseaux adduction d'eau potable (forage, 5 bornes fontaines, une tour métallique de 10m d'hauteur, un réservoir de 32 m³ et un groupe électrogène 22 KWA) dans 25 zones de santé des types A, B1 et B2
- Renforcer les capacités humaines

Pilier 2 : Promotion des mesures d'hygiène

Ce pilier comprend les activités suivantes :

Milieu périurbain et rural

- Organiser 75 campagnes de promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement autour des points d'eau (robinet, borne fontaine, forage) dans 9 villes de zones santé de types A (N=9) et B1 et B2 (N= 16)

Pilier 3 : Accès à l'assainissement du milieu

Ce pilier comprend les activités ci-dessous :

Milieu urbain

- Construire 450 latrines publiques dans 9 zones de types A (N=9) ;
- Développer le marketing d'assainissement dans 39 zones de types A et B;
- Installer 117 Points Focaux (3/ZS) chargés de collecte de données sur la surveillance environnementale dans 39 zones de types A et B;

- Doter en équipement (ordinateur, GPS, pH mètre, spectrophotomètre, etc.) 117 Points focaux (à raison de trois par zone de santé) chargés de la collecte de données sur la surveillance environnementale dans les zones de types A et B.

Milieu rural

- Accompagner la mise en œuvre de la feuille de route d'éradication de la défécation à l'air libre en RD Congo dans 39 zones de types A et B.

Pilier 4 : Monitoring des activités de WASH durable

Ce pilier comprend les activités ci-dessous :

Milieu urbain et périurbain

- Mettre en place 117 Points Focaux de collecte de données de WASH durable dans les zones des types A et B afin de collecter les données de WASH durable dans 39 zones de types A et B.
- Doter 117 points focaux en équipements de travail (Laptop, disque externe, modem et frais d'internet) dans 39 zones de types A et B ;

Organiser 156 missions trimestrielles de monitoring dans les zones des de types A et B ;

Mettre en place la base de données du WASH durable.

VI.2.3.1 Le cadre logique

Les résultats attendus dans cet axe sont repris dans le tableau ci-après :

Tableau 16. Cadre logique des intervention en Wash durable

Activités	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
Pilier 1 : Accès à l'eau potable				
Milieu urbain				
Mener 9 études géotechniques	9 études sont réalisées pour les usines de traitement et d'adduction d'eau potable	Proportion des études réalisées	Rapports des études menées	
Appuyer l'implémentation des usines d'adduction d'eau potable dans 9 cités urbaines de 9 neuf zones de santé de type A (Construction/Réhabilitation d'usine de traitement d'eau, aménagement du réseau de distribution, aménagement de	Neuf (09) usines de traitement et adduction d'eau potable sont construits dans 9 zones de santé de type A.	Proportion d'usines construites dans les zones de santé du type A du choléra et d'autres maladies diarrhéiques	Rapport d'activités PV de réception de l'usine	

station de distribution d'énergie pour l'usine)				
Renforcer les capacités humaines des acteurs (étatiques, prestataires et bénéficiaires)	Au moins une séance de renforcement de capacité des acteurs par zone de santé	Proportion de séance des renforcé par ZS	Rapport de formation	
Milieu rural				
Mener 25 études géotechniques	Une étude est réalisée pour les mini réseaux pour chacune de 25 ZS	Proportion des études réalisées	Rapports des études menées	

Appuyer l'implémentation de 25 mini réseaux adduction d'eau potable (forage, 5 bornes fontaines, une tour métallique de 10m d'hauteur, un réservoir de 32 m3 et un groupe électrogène 22 KWA) dans 25 zones de santé des types A, B1 et B2.	25 mini réseaux adduction d'eau potable sont mis en place dans 25 zones de santé des types A, B1 et B2.	Proportion des mini réseaux adduction d'eau potable réalisés dans 25 zones de santé des types A, B1 et B2.	Rapport d'activités PV de réception du mini réseau	
Renforcer les capacités humaines des acteurs (étatiques, prestataires et bénéficiaires)	Au moins une séance de renforcement de capacité des acteurs par zone de santé	Proportion de séance des renforcé par ZS	Rapport de formation	
Pilier 2 : Promotion des mesures d'hygiène				
Milieu rural et périurbain				
Organisation des 75 campagnes de promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement autour des points d'eau (robinet, borne fontaine, forage) dans 9 villes de zones santé de types A, B1 et B2.	75 campagnes de promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement autour des points d'eau dans 9 villes de zones santé de types A, B1 et B2.	Proportion des campagnes de promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement dans les zones santé de types A, B1 et B2.	Rapport d'activités Liste des participants	

Milieu rural				
<i>Pilier 3 : Accès à l'assainissement du milieu</i>				
Milieu urbain				
Construction de 450 latrines publiques dans 9 zones de types A (N=9)	450 latrines publiques sont construites dans 9 zones de types A (N=9)	Proportion des latrines publiques construites dans 9 zones de types A (N=9)	Rapport d'activités PV de réception	
Organisation de 78 campagnes de marketing d'assainissement dans 39 zones de types A et B	78 campagnes de marketing d'assainissement dans les 39 zones de types A et B.	Proportion des campagnes de marketing d'assainissement organisées dans les 39 zones de types A et B.	Rapport d'activités Listes d'opérateur privés ayant pris part au marketing	
Installation de 117 Points Focaux (3/SZ) chargés de collecte de données sur la surveillance environnementale dans 39 zones de types A et B.	117 Points Focaux (3/SZ) chargés de collecte de données sur la surveillance environnementale sont installés dans 39 zones de types A et B.	Proportion des Points de la surveillance environnementale installés dans 39 zones de types A et B.	Rapport d'activités Listes des points focaux	
Dotation en équipement (ordinateur, GPS, pH mètre, spectrophotomètre, etc.) aux 117	117 Points focaux de la surveillance	Proportion des Points de la surveillance environnementale installés	Rapport d'activités	

Points Focaux (3/ZS) chargés de collecte de données sur la surveillance environnementale dans les zones de types A et B.	environnementale sont dotés en équipements.	ayant reçu les équipements du travail.	PV de réception	
--	---	--	-----------------	--

Milieu rural et périurbain

Accompagner la mise en œuvre de la feuille de route d'éradication de la défécation à l'air libre en RD Congo dans 39 zones de types A et B.	39 zones de types A et B ont bénéficié des activités de la feuille de route d'éradication de la défécation à l'air libre en RD Congo	Proportion des zones de types A et B ayant bénéficié des activités de la feuille de route	Rapport d'activités Liste des ZS de santé ayant bénéficié des activités de la feuille de route	
---	--	---	---	--

Pilier 4 : Monitoring des activités de WASH durable

Milieu urbain

Mise en place des 117 Points Focaux de collecte de données de WASH durable dans les zones des types A et B afin de collecter les données de de WASH durable dans 39 zones de types A et B	117 points focaux WASH durable (3/ZS) sont mis en place dans 39 zones de types A et B	Proportion de points focaux de données de WASH durable mise en place dans les zones de types A et B	Rapport d'activités Liste des points focaux	
---	---	---	--	--

Doter les 117 points focaux des équipements du travail (Laptop, disque externe, modem et frais d'internet) dans les zones des types A et B	117 points focaux sont dotés en équipements du travail (Laptop, disque externe, modem et frais d'internet) dans les zones des types A et B	Nombre d'équipements de travail doté aux points focaux	Liste des points focaux ayant reçu les équipements du travail. PV de réception d'équipement	
Organiser trimestrielle 156 missions de monitoring dans les zones des types A et B	156 missions de monitoring sont organisées annuellement dans les zones des types A et B	Proportion des missions de monitoring organisées annuellement dans les zones des types A et B	Rapport d'activités	
Mise en place la base de données de WASH durable	Une base de données est mise en place au niveau central	Existence d'une base de données	Rapport d'activités de la Coordination PMSEC	

VI.2.4 Mise en place des interventions d'urgence liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, aux conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra.

VI.2.4.1 Analyse de la situation de base

La mise en place des interventions WASH d'urgence demeure une nécessité pour interrompre la chaîne de transmission en réduisant ainsi l'incidence de cas de choléra jusqu'au retour à zéro cas confirmé dans les zones affectées. Les activités de WASH d'urgence sont mises en place dès la déclaration de l'épidémie.

Au cours de ces cinq dernières années, confronté aux flambées épidémiques récurrentes de choléra dans les grandes cités et villes de la RDC, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention a conçu et mis en œuvre une nouvelle approche de riposte aux épidémies de choléra. Cette approche communautaire repose sur le quadrillage des espaces géographiques représentant des lieux de persistance des sources potentielles de contamination, d'où son nom de stratégie de « **quadrillage** ». ³⁶ Cette approche repose sur la désinfection des ménages de cas et satellites, chloration d'eau porte à porte, sensibilisation porte à porte pendant 14 jours.

A côté du quadrillage, d'autres approches sont utilisées depuis 3 ans, l'approche d'intervention ciblée autour de cas « CATI » et « CATI+ » qui associe la vaccination dans le paquet d'intervention autour de cas dans les communautés affectées.

De manière opérationnelle, ces stratégies peuvent être organisées en complémentarité la stratégie dite quadrillage est implémentée pendant les flambées et les autres approches interviennent au cas par cas jusqu'à trois mois après le dernier cas.

³⁶ *Guide de mise en œuvre de l'approche communautaire de lutte contre le choléra par la technique de quadrillage (ACTQ)*

VI.2.4.2 Les activités par piliers

La mise en place des interventions d'urgence liées au WASH repose sur deux piliers :

1. Organiser des interventions communautaires ciblées autour des cas selon la recommandation du niveau national au niveau des zones en épidémies :
 - i. Formation les acteurs des zones A et B sur les approches communautaires ;
 - ii. Formation les acteurs des zones C et D sur les approches communautaires ;
 - iii. Mise en place des dispositifs de lave-mains dans les lieux publics autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population (marché, gare, port, écoles...)
 - iv. Mise en place des dispositifs de lave-mains dans les lieux publics autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population (marché, gare, port, écoles...) ;
 - v. Construction/réhabilitation des latrines d'urgences ;
 - vi. Dotation des kits communautaires dans les zones A et B ;
 - vii. Dotation des kits communautaires dans les zones C et D.
2. Organiser le monitoring des activités communautaires :
 - i. Organisation de la surveillance de l'eau, eau potable et aliments ;
 - ii. Organisation de missions de supervision des activités communautaires dans les zones affectées ;
 - iii. Organisation des réunions d'évaluation des activités communautaires dans les zones affectées ;
 - iv. Dotation des matériels et outils de suivi des activités communautaires.

VI.2.4.3 Le cadre logique

Tableau 17. Cadre logique des interventions Wash en urgence

Logiques d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de vérification	Hypothèse
1.1. Organiser des interventions communautaires ciblées autour des cas selon la recommandation du niveau national			
Résultat 1.1. Trois mille neuf cents acteurs sur les approches communautaires dans les zones A et B sont formés par an	Proportion des acteurs formés	Rapport d'activités	
Résultat 1.2. Huit mille deux cents acteurs sont formés sur les approches communautaires dans les zones C et D, par an	Proportion des acteurs formés	Rapport d'activités	
Résultat 1.4. Trois cent nonante kits des dispositifs de lavage des mains dans les lieux de regroupement dans les zones A et B sont mise en place par an	Proportion de dispositifs de lavages de mains mis en place	Rapport d'activités	
Résultat 1.5. Trois mille cent kits de dispositifs de lave-mains dans les lieux de regroupement des zones hautement et Priorité 2s pour toutes les maladies diarrhéiques mis en place	Proportion de dispositifs de lavages de mains mises en place	Rapport d'activités	
Résultat 1.6. Deux mille quatre cent vingt latrines d'urgence sont construites/réhabilitées par an	Proportion de latrines d'urgence construit/réhabilité	Rapport d'activités	
Résultat 1.7. Trois cent nonante kits communautaires dans les zones de type A et B chaque année sont budgétisés	Proportion de kits communautaires dotés	Rapport d'activités	

Résultat 1.8. Huit cent vingt kits communautaires dans les zones de type C et D chaque année sont budgétisés	Proportion de kits communautaires dotés	Rapport d'activités	
--	---	---------------------	--

2. Monitorage de la qualité de l'eau			
Résultat 2.1. Cinquante-deux prélèvements pour la surveillance environnementale des ressources en eau, de l'eau potable distribuée et des aliments sont assurés dans les zones affectées chaque semaine	Proportion de prélèvements effectués	Rapport d'activités	
Résultat 2.2. Cent vingt et une zones en épidémies sont dotées en matériels et outils de suivis des activités communautaires sont organisés par an	Proportion des zones ayant été dotée en matériels et outils	Rapport d'activités	
Résultat 2.3. Cinquante-deux réunions de l'évaluation des activités communautaires sont organisées chaque semaine dans les zones en épidémies	Proportion des réunions organisées	Compte-rendu	
Résultat 2.4. Vingt-six missions de supervisions dans les AS affectées sont organisées	Proportion des missions de supervisions organisées	Rapport de mission	

VI.2.5. Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones endémiques et réactives dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte.

VI.2.5.1 Analyse de la situation de base

Conformément à la feuille de route du Global Task Force on Cholera Control (GFTCC), à l'horizon 2030, la vaccination constitue un axe utile parmi les stratégies d'élimination du choléra en complément aux autres stratégies de lutte. Cet axe a été adopté au Pays depuis le précédent PMSEC 2018-2022 à condition de mener des activités WASH avant, pendant et après les campagnes. La vaccination constitue une mesure immédiate à court/moyen terme en accompagnant la mise en place des interventions à plus long terme comme l'amélioration des services d'eau et d'assainissement, mesures plus coûteuses et dont la mise en place nécessite plus de temps.

Pour améliorer la vaccination, dans le cadre de ce nouveau PMSEC, il est important d'adapter les stratégies de vaccination en fonction de la typologie de chaque zone de santé. Ainsi, il sera organisé des campagnes réactives dans les zones de santé pendant les flambées et préventives pendant la période d'accalmie dans les zones de santé de type A et B.

VI.2.5.2- Les activités par axe stratégique

Cet axe repose sur les cinq piliers ci-après :

Vaccinations préventives, Vaccinations réactives, Suivi des manifestations adverses post immunisation (MAPI), Disponibilité et flexibilité d'utilisation du VCO, Enquêtes de couverture vaccinale.

Pilier 1 : Vaccination préventive dans les zones A, B et C en période d'accalmie.

Ce pilier a pour activités principales :

- Elaborer le plan pluriannuel de vaccination du pays ;
- Organiser 5 plaidoyers auprès des bailleurs pour approbation concomitante de vaccins et des fonds ;
- Organiser 8 campagnes de vaccination dans les zones A, B et C;
- Organiser 8 campagnes de vaccination dans les anciennes zones prioritaires 2018-2022.

Pilier 2 : Vaccinations réactives dans les zones éligibles³⁷

Ce deuxième pilier a pour activités principales :

- Elaborer le macro-plan de vaccination à l'échelle nationale ;
- Elaborer 78 micro-plans des ZS du type A, B1, B2, B3, C1, C2 et D1 ;
- Former 26 équipes provinciales en organisation de la campagne ;
- Organiser 4 campagnes de vaccination réactives.

Pilier 3 : Organisation des enquêtes de couverture pour chaque campagne de vaccination.

- Former 975 enquêteurs (25 enquêteurs pour les 62 ZS de type A, B et C) ;
- Organiser 8 enquêtes des couvertures en post campagne.

Pilier 4 : Disponibilité et utilisation du VCO

- Mettre en place un mécanisme de flexibilité dans la distribution et l'utilisation des vaccins selon la dynamique de l'épidémie pour les campagnes réactives ;
- Rédiger 8 requêtes de demande de vaccins et de fonds pour chaque campagne de vaccination à mener ;

³⁷ Les zones en épidémie de plus de 8 semaines, zones enclavées, zone Hub, zones avec létalité élevée dans les structures et dans la communauté, zones avec camps de déplacés ou de réfugiés touchés.

VI.2.5.3 Le cadre logique

Tableau 18. Cadre logique des activités de la Vaccination

Piliers	IOV	SOURCE DE VERIFICATION	HYPOTHESE
Pilier 1. Vaccination préventive dans les zones A et B en période d'accalmie			
Mener 5 plaidoyers auprès des bailleurs pour l'approbation concomitante de vaccins et des fonds.	Nombre de plaidoyers menés sur les 5 prévus	Rapports de réunions de plaidoyers	Disponibilité des fonds
Organiser 8 campagnes de vaccination dans les zones A et B la première et la quatrième année.	Nombre de campagnes organisées sur les 8 prévues	Rapport de campagne de vaccination	Disponibilité des fonds
Organiser 8 campagnes de vaccination dans les anciennes zones prioritaires 2018-2022.	Nombre de campagnes organisées sur les 8 prévues	Rapport de campagne de vaccination	Disponibilité des fonds
Pilier 2. Vaccinations réactives dans les zones éligibles			
Elaborer un plan pluri annuel de vaccination à l'échelle nationale.	Existence d'un plan pluri annuel	Rapport annuel du PEV et PNECHOL-MD	Disponibilité des fonds
Elaborer 78 micro-plans des zones de santé du type A, B1, B2, B3, C1, C2 et D1.	Existence des micro-plans	Rapport annuel du PEV et PNECHOL-MD	Disponibilité des fonds

Former 26 équipes provinciales en organisation de la campagne.	Nombre des équipes provinciales formées sur les 26 prévues	Rapport de formation	Disponibilité des fonds
Organiser 4 campagnes de vaccination réactive.	Nombre de campagnes organisées sur les 4 prévues	Rapport de campagne de vaccination	Disponibilité des fonds

Pilier 3. Organisation des enquêtes de couverture pour chaque campagne de vaccination.			
Former 975 enquêteurs (25 enquêteurs pour les 39 ZS de type A et B).	Nombre d'enquêteurs formés sur les 975 prévus	Rapport de formation	Disponibilité des fonds
Organiser 8 enquêtes de couverture en post campagne.	Nombre d'enquêtes organisées sur les 8 prévues	Rapport d'enquête de couverture	Disponibilité des fonds
Pilier 4. Disponibilité et utilisation du VCO			
Mettre en place un mécanisme de flexibilité dans la distribution et l'utilisation des vaccins selon la dynamique de l'épidémie pour les campagnes réactives.	Existence d'un mécanisme de flexibilité	Rapport de mise en place	Disponibilité des fonds
Rédiger 8 requêtes de demande de vaccins et de fonds pour chaque campagne de vaccination à mener.	Nombre de requêtes rédigées sur les 8 prévues	Requêtes	Disponibilité des fonds

Mettre en place 4 sites de stockage des vaccins oraux contre le choléra dans les provinces avec les zones de type A et B.	Nombre des sites de stockage mis en place sur les 4 prévus	Rapports de sites	Disponibilité des fonds
---	--	-------------------	-------------------------

VI.2.6 Communication et engagements communautaires

VI.2.6.1. Analyse de la situation de base

Le présent axe stratégique est consacré à la sensibilisation, à l'engagement des communautés et à la redevabilité qui en constituent des piliers. Il fait référence aux processus et approches utilisés pour mobiliser les communautés, les individus et/ou groupes d'individus et communiquer de façon systématique avec eux afin d'obtenir leur adhésion, leur implication ainsi que leur accompagnement dans la vision de l'élimination du choléra comme problème de santé publique.

Il vise particulièrement les bailleurs de fonds, les APA, les ONGD de mise en œuvre, les populations locales et les acteurs de différents ministères impliqués dans la lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques.

L'approche de la redevabilité mutuelle a été adoptée comme principe directeur dans la mise en œuvre du présent axe. Les parties prenantes se sont engagées à rendre compte à chaque étape d'exécution, des décisions qu'elles prennent et des actions qu'elles entreprennent.

Il y a lieu de mentionner que la communauté est prise ici comme un groupe d'êtres humains partageant les éléments communs, tels que les objectifs, les intérêts, la langue, les coutumes, la localisation géographique, les valeurs, etc. Quant à la redevabilité, elle désigne le droit de toute personne à demander des comptes sur les actions les concernant ou la prise de décision.

VI.2.6.2. Les activités par piliers

VI.2.6.2.1 Sensibilisation des communautés

VI.2.6.2.1.1 Pour les bailleurs

- Organiser 10 tables rondes semestrielles de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra au niveau central
- Organiser 130 tables rondes annuelles de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra au niveau des provinces

VI.2.6.2.1.2 Pour les autorités politico-administratives

- Organiser vingt-six missions de vulgarisation du PMSEC 2023-2027 au niveau des provinces.

VI.2.6.2.1.3 Pour les ONGD de mise en œuvre

- Identifier toutes les ONGD de mise en œuvre dans le cadre de lutte contre le choléra ;
- Former les ONGD de mises en œuvre identifiées

VI.2.6.2.1.4 Pour les populations locales

- Elaboration du plan de communication pour l'élimination du choléra et de contrôle d'autres maladies diarrhéiques
- Etablissement de liens et utilisation des médias en vue de promouvoir les activités d'engagements communautaires et les structures locales pour discuter des conseils de santé publique promus dans les médias
- Utilisation des canaux de communication adéquats afin de communiquer les stratégies de la réponse qui fonctionnent et comment les améliorer.
- Publication de vingt bulletins trimestriels sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques
- Promotion des bonnes pratiques favorables à la prévention d'épidémie de choléra et des autres maladies diarrhéiques (au niveau de la famille, la communauté, de prestataires de services) ;

VI.2.8.2.1.5 Pour tout autre acteur intervenant dans la lutte

- Sensibilisation des acteurs de 22 ministères impliqués sur l'objectif d'élimination du choléra

VI.2.6.2.2. Engagement des Communautés

VI.2.6.2.2.1 Pour les bailleurs

- Organiser 10 tables rondes semestrielles de plaidoyer pour le financement du PMSEC au niveau central
- Organiser 130 tables rondes annuelles de plaidoyer pour le financement du PMSEC au niveau provincial

VI.2.6.2.2.2 Pour les autorités politico-administratives

- Organiser 26 missions de plaidoyer pour le financement du PMSEC au niveau de provinces

VI.2.6.2.2.3 Pour les ONGD de mise en œuvre

- Renforcement des capacités des ONGDS dans la réalisation des ouvrages hydrauliques et sanitaires

VI.2.6.2.2.4 Pour les populations locales

- Identification et implication des différentes communautés aux niveaux central, international et intermédiaire ;
- Identification et implication des 80 % de personnes influentes des communautés locales (les autorités politico- administratives, les chefs traditionnels, les leaders religieux, les responsables des organisations de la société civile, les tradipraticiens, les CAC, les groupes spécifiques, les peuples autochtones, les influenceurs directs et indirects, les écoles pour une appropriation et un engagement communautaire) ;
- Construction de 195 équipes locales de travail chargée de collaborer avec les équipes d'intervention et de surveiller la mise en œuvre des ouvrages dans les zones de type A et B (5 équipes par zone) ;
- Formation des 212 500 relais communautaires sur l'engagement communautaires dans les zones de santé (25 relais communautaires de 8 500 aires de santé) ;
- Recrutement et formation des 780 bénévoles communautaires dans les zones de type A et B (20 bénévoles pour les 39 zones de santé).

VI.2.6.2.3 Redevabilité

VI.2.6.2.3.1 Pour les bailleurs

- Mise en place d'un mécanisme d'appréciation de l'impact des interventions menées.

VI.2.6.2.2.2 Pour les ONGD de mise en œuvre

- Intégration participative de la communauté dans la mise en œuvre de projets

VI.2.6.2.2.3 Pour les populations locales

- Mise en place d'un mécanisme de traitement des plaintes ;

VI.2.6.3. Le Cadre logique

Tableau 19. Cadre logique des activités de communication et engagement communautaire

Piliers	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèse
Pilier 1 : Sensibilisation des différentes communautés			
Résultat <u>V.2.8.2.1.1</u> 10 tables rondes de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra sont organisées	Proportion de tables rondes organisées	- Liste de présence - Rapport des réunions	Disponibilité de financement
Résultat <u>V.2.8.2.2.1</u> 26 missions de vulgarisation du PMSEC 2023-2027 sont organisées	- Nombre de missions de vulgarisation effectuées - Inscription du PMSEC dans différents Budgets	- Rapports des missions - Budgets des différents ministères sectoriels	Disponibilité de financement
Résultat <u>V.2.8.2.1.3.1</u> 100 % des ONGD de mise en œuvre sont identifiées	Proportion des ONGD identifiées	Répertoire des ONG de mise en œuvre	Disponibilité de financement
Résultat <u>V.2.8.2.1.3.2</u> 100% des ONGD de mise en œuvre sont formées	Proportion des ONGD formées	- Rapport de formation - Liste de présence	Disponibilité de financement

Résultat <u>V.2.8.2.1.4.1</u> Un plan de communication pour l'élimination du choléra et de contrôle d'autres maladies diarrhéiques est élaboré ;	• Nombre de plan de communication élaboré sur le nombre de plan prévu	• Existence d'un plan de communication	Disponibilité de financement
Résultat <u>V.2.8.2.1.4.2</u> Les pratiques favorables à la prévention d'épidémie de choléra et des autres maladies diarrhéiques (au niveau de la famille, la communauté, de prestataires de services) sont promues	• Nombre de ménages visités sur le nombre des ménages planifiés • Proportion de ménages connaissant les signes du choléra • Proportion des ménages qui savent les actions à prendre en cas de choléra • Proportion des communautés sensibilisées • Proportion des spots audio-visuels passés pendant l'épidémie	Rapports d'activité Et d'enquêtes	Disponibilité de financement
Résultat <u>V.2.8.2.1.4.3</u> Les communautés sont impliquées dans les activités de lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques	• Nombre d'entretiens de groupes et individuels réalisés sur le nombre d'entretiens prévus	Existence des dépliants et autres supports de communications	Disponibilité de financement
Résultat <u>V.2.8.2.1.4.4</u> 20 bulletins trimestriels sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques sont publiés	• Nombre de bulletins trimestriels publiés sur le nombre de bulletins trimestriels prévus	• Existence des bulletins	Disponibilité de financement

Résultat <u>V.2.8.2.1.4.5</u> Les liens entre des médias, structures locales et acteurs de la réponse pour promouvoir les activités d'engagement communautaire sont créés et renforcés	• Nombre d'émissions animées sur le choléra	• Contrats de collaboration • Existence des CD	Disponibilité de financement
Résultat <u>V.2.8.2.1.5.1</u> 1 038 acteurs intervenants dans la lutte sont sensibilisés à l'objectif d'élimination du choléra	• Nombre de réunions Organisées • Nombre d'acteurs sensibilisés	• Rapport de réunion • Liste de présence	Disponibilité de financement
Pilier 2. Engagements Communautaires			
Résultat V.2.8.2.2.1 100 % de différentes communautés sont identifiées et impliquées	• Proportion de communautés identifiées • Proportion de communautés impliquées	• PV de réunions • Contrats de collaborations	Disponibilité de financement
Résultat V.2.8.2.2.2 80% personnes influentes des communautés locales sont identifiées et impliquées dans les activités de lutte	• Nombre et types de leaders briefés • Nombre de CAC opérationnelles • Nombre des APA visitées • Nombre des décisions prises par les APA en faveur de la lutte contre le choléra	Répertoire de personnes influentes par catégorie	Disponibilité de financement
Résultat V.2.8.2.2.3	• Nombre d'EIR locales formées • Nombre d'animateurs et crieurs briefés	• Liste de présence de formations	Disponibilité de financement

195 équipes locales de travail chargées de collaborer avec les équipes d'intervention et de surveiller la mise en œuvre du plan local sont constituées		PV des réunions	
Résultat V.2.8.2.2.4 212 500 Relais Communautaires sont formés	Proportion des RECO formés	Rapport de formation	Disponibilité de financement
Résultat V.2.8.2.2.5 780 bénévoles communautaires sont recrutés et formés	Nombre de bénévoles communautaires recrutés et formés	- Contrats - Rapports de formation	Disponibilité de financement
Pilier 3. Redevabilité			
Résultat <u>V.2.8.2.3.1</u> Un mécanisme de traitement des plaintes est mis en place (fonctionnel)	Proportion des plaintes traitées	PV de traitement des plaintes	Disponibilité de financement
Résultat <u>V.2.8.2.3.2</u> Un mécanisme de retour d'information (feedback) est fonctionnel	Fréquence des réunions de restitution	- Compte-rendu des réunions - Liste de présences.	Disponibilité de financement

VI.2.7. Recherche opérationnelle

VI. 2.7.1 Analyse de la situation de base

La recherche opérationnelle est l'axe stratégique du PMSEC qui vise à améliorer la compréhension des dynamiques des maladies hydriques dans le but d'ajuster le ciblage des stratégies de lutte concourant à l'élimination du choléra et au contrôle des autres maladies diarrhéiques. Elle fournit donc des bases rationnelles d'aide à la prise de décisions. Cependant, de nombreux gaps subsistent encore dans l'état des connaissances actuelles qui constitueraient des facteurs de résistance à l'élimination du choléra et le contrôle des autres maladies diarrhéiques. Il s'agit notamment de l'analyse coût-efficacité de diverses interventions afférentes aux autres axes stratégiques, la cartographie des souches circulantes du choléra et des autres maladies diarrhéiques, le screening du portage asymptomatique, etc. D'où, la nécessité d'un accompagnement en termes de recherche opérationnelle pour améliorer les bases scientifiques permettant de consolider les actions sur le terrain.

VI.2.7.2 Les activités par piliers

Dans le cadre du PMSEC 2023-2027, la recherche opérationnelle se décline en six (6) piliers de recherche, à savoir :

- Analyse cout-efficacité des interventions des autres axes stratégiques ;
- Socio-anthropologie des populations et des institutions ;
- Gouvernance de gestion des épidémies de choléra et de contrôle des autres maladies diarrhéiques ;
- Immunologie, biologie moléculaire et phylogénie ;
- Éco-épidémiologie du choléra et des autres maladies diarrhéiques.

VI.2.7.3 Le cadre logique

Tableau 20. Cadre logique des activités de la Recherche opérationnelle

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
Pilier 1 : Analyse cout-efficacité des interventions des autres axes stratégiques			
Résultats 6.1. Les études d'impact des interventions WASH (durables/d'urgence) dans les zones de santé A et B sont réalisées	- Proportion d'études réalisées sur les interventions WASH durables dans les zones de santé A et B (nombre d'études sur 39 planifiées) - Proportion d'études réalisées sur les interventions WASH d'urgence dans les zones de santé A et B (nombre d'études sur 39 planifiées)	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire
Résultats 6.2. Les études d'impact des interventions de vaccination contre le choléra (préventive/réactive) dans les zones de santé A, B et C sont réalisées	- Proportion d'études sur les interventions de vaccination préventive réalisées dans les zones de santé A et B (nombre d'études sur 39 planifiées) - Proportion d'études sur les interventions de vaccination	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire

	réactive réalisées dans les zones de santé B et C (nombre d'études sur 51 planifiées)		
Résultats 6.3. Les études d'impact de la mise en œuvre de la surveillance globale (clinique, biologique, environnementale, socio-anthropologique et basée sur les événements) du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A et B sont réalisées	Proportion d'études réalisées (nombre d'études sur 39 planifiées)	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire
Pilier 2 : Socio-anthropologie des populations			
Résultat 6.4. Les études de perceptions et de connaissances, attitudes et pratiques des populations sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A, B et C sont menées	Proportion d'études réalisées (nombre d'études sur 62 planifiées)	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire
Pilier 3 : Gouvernance de gestion des épidémies de choléra et de contrôle des autres maladies diarrhéiques			

Résultat 6.5. Les études d'anthropologie des institutions étatiques et non-étatiques impliquées dans la lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A, B et C sont réalisées	Proportion d'études réalisées (nombre d'études sur 62 planifiées)	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire
Résultat 6.6. Les études d'impact des crises complexes sur la mise en œuvre du PMSEC dans les zones de santé A sont réalisées	Proportion d'études réalisées (nombre d'études sur 9 planifiées)	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire
Pilier 4 : Immunologie, biologie moléculaire et phylogénie			
Résultat 6.7. Les études de suivi épidémiologique, biologique, moléculaire et phylogénétique du portage asymptomatique du choléra dans les zones de type A et B sont réalisées	Proportion d'études réalisées (nombre d'études sur 39 planifiées)	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire
Résultat 6.8. Les études sur les caractéristiques phénotypiques et génotypiques ainsi que le profil	Proportion d'études réalisées (nombre d'études sur 39 planifiées)	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire

de résistance aux antimicrobiens des souches cliniques et environnementales responsables du choléra dans les zones de type A et B sont conduites			
Pilier 5 : Eco-épidémiologie du choléra et des autres maladies diarrhéiques			
Résultat 6.9. Les études de diagnostic de vulnérabilités territoriales aux épidémies de choléra et aux autres maladies diarrhéiques dans les zones de type A et B sont réalisées	Proportion d'études réalisées (nombre d'études sur 39 planifiées)	- Rapports d'enquête - Publications scientifiques	- Capacité de mobilisation de fonds - Instabilité politique et sécuritaire

VI.2.8 Coordination et plaidoyer

VI.2.8.1 Analyse de la situation de base

VI.2.8.1.1 Rappel sur la base des interventions

La coordination est assurée par le Ministère ayant le Plan dans ses attributions à travers le Comité National d'Action de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (CNAEHA) par une approche multisectorielle, consensuelle et à actions transversales.

Pour permettre une bonne mise en œuvre du PMSEC et s'assurer du bon fonctionnement des ses organes de gestion, il s'avère capital de commencer par redynamiser/installer ses organes à tous les niveaux en leur renforçant en ressources (des formations continues, du matériel roulant, des outils de bureau et informatiques ainsi qu'un système d'information), assurer le suivi de leurs actions et les accompagner dans la mise en œuvre à tout moment où c'est pertinent.

L'approche stratégique de mobilisation des ressources est tridimensionnelle avec comme points d'appui, le Gouvernement de la RDC, ses partenaires représentés par les bailleurs de fonds et PTF et enfin les acteurs privés œuvrant dans le secteur de la lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques.

A cet effet, la principale stratégie dans la mobilisation consistera à recourir au mécanisme de financement selon les règles de l'art en RDC. Pour ce faire, il va s'agir d'élaborer le PMSEC de manière consensuelle, d'identifier les leads pour chaque activité identifiée afin de s'assurer de la notion de redevabilité du service-Lead au Comité de pilotage (COPIL) ainsi que d'une mise en œuvre efficace du celui-ci. A son tour, le service Lead devra, par le secrétariat général de son Ministère/Direction des Etudes et Planification s'employer pour que les activités planifiées soient prises en compte par la loi des finances publiques (Lofip) de l'année.

La seconde stratégie est celle d'organiser les séances de sensibilisation et de plaidoyer auprès des bailleurs de fonds, des Partenaires Techniques et Financiers ainsi que des organisations Privées.

VI.2.8.1.2.

VI.2.8.2. Les activités par piliers

Quatre (4) piliers ont été retenus pour améliorer la coordination du PMSEC 2023-2027 et la mobilisation des ressources.

Il s'agit de :

1. La coordination de la mise en œuvre du PMSEC ;
2. La Vulgarisation du PMSEC et autres documents normatifs y afférents ;
3. La mobilisation des ressources et
4. Le suivi-évaluation des activités mises en œuvre.

VI.2.8.3 Le cadre logique

Tableau 21. Cadre logique des activités de la Coordination et plaidoyer

PILIER 1 : COORDONATION DE LA MISE EN OEUVRE DU PMSEC			
ACTIVITES	RESULTATS	INDICATEURS RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DE VERIFICATION
1. Renforcement des capacités opérationnelles des organes au niveau central	Les réunions du COPIL et du GTP sont redynamisés COPIL: 4 réunions ordinaires et + 2 extraordinaires/année (pour 30 participants) -GTP : 12 réunions ordinaires +4 extraordinaires/année (pour 25 participants)	Nombre de réunions par organes redynamisées et opérationnels -COPIL : x/4 réunions ordinaires/année et x/2 extraordinaires/année -GTP : x/12 réunions ordinaires/année x/4 extraordinaires/année	Les Compte rendu des réunions et listes des présences.
2. Renforcement des capacités opérationnelles des organes du niveau intermédiaire	Les organes de coordination (15 CPLC et 60 CTLC) du PMSEC sont installés CPLC : 15	Nombre d'organes installés (avec base légale) : CPLC : 15	Les actes/décisions pris par les autorités compétentes. Les rapports des réunions et listes des présences.

	1^{er} année 9 CPCL de Zone de type A 2^{ème} année : 3 CPCL de Zone de type B 4^{ème} année : 3 CPCL de zone de type C CTLC : 60, répartie en 9ZS/30ZS/21ZS 1^{er} année : 9 CTCL de Zone de type A 2^{ème} année : 30 CTCL de Zone de type B 4^{ème} année : 21 CTCL de zone de type C	1^{er} année : x/9 CPCL de Zone de type A 2^{ème} année : x/3 CPCL de Zone de type B et 4^{ème} année : x/3 CPCL de zone de type C CTLC : 60, répartie en 9ZS/30ZS/21ZS 1^{er} année : x/9 CTCL de Zone de type A 2^{ème} année : x/30 CTCL de Zone de type B et 4^{ème} année : x/21 CTCL de zone de type C	Documents légaux signés par l'autorité compétente
3. Renforcement des capacités technique et matérielle	Le CNAEHA est doté des outils de travail (Fournitures de bureau, moyen de locomotion), Les Formations sont accordées au personnel du CNAEHA Niveau National et Provincial ayant en son sein les ZS du type A-B-C (15 provinces)	Nombre d'engins dotés, Fournitures de bureau et de formations.	PV de réception des dotations ou Factures achats. Rapport de formation et/d'appui technique de personnel du CNAEHA

	-Fournitures de bureau/2 fois pour 5 ans : 25 laptops dont 15 pour les provinces, 20 desktops dont 15 pour les provinces et 20 imprimantes dont 15 pour les provinces et un forfait de consommable/année (NB : Prévoir moyen de livraison) ; -Moyen de locomotion/une fois 5 ans : 17 jeeps (4x4) dont 15 pour les CPLC (NB : Prévoir moyen de livraison) -Nombre de Formations : 2/année au niveau central et au niveau des CPLC, soit 10 formations en 5 ans.	-Fournitures de bureau/2 fois pour 5 ans : x/25 laptops x/20 desktops x/20 imprimantes. -Moyen de locomotion/une fois 5 ans : x/17 jeeps (4x4) -Nombre de Formations : x/10 formations en 5 ans.	
4. Renforcement de la coopération interprovinciale et transfrontalière	La Coopération entre les provinces et avec les états voisins est améliorée : - 2 réunions de 40 personnes/année au niveau central et	Nombre de réunions organisés, Nombre des stratégies/options levées entre les parties : - x/2 réunions et - x/2 réunions	Les Compte rendus des rencontres, réunions sont disponibles, Les copies des Stratégies/options levées en rapport avec la lutte

	- 2 réunions de 40 personnes/année au niveau Intermédiaire (pour chaque des 15 CPLC)		
PILIER 2: VULGARISATION			
ACTIVITES	RESULTATS	INDICATEURS RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DE VERIFICATION
1. Vulgarisation du PMSEC 2023-2027, des documents normatifs y relatifs et du Fonds pour le choléra-MD	Organiser les réunions de vulgarisation du PMSEC 2023-2027, des documents normatifs y relatifs et du Fonds pour le choléra-MD : - Participation/année de la RDC dans 2 forums régionaux (4 personnes), - 1 séance/année pour les PTFs (20 Bailleurs et PTF), - 1 séance/années pour les Ministres (22 Ministres et 8 personnes du COPIL),	Nombre de séances de vulgarisation par année. - X/2 forums régionaux, - X/1 séance/année, - X/1 séance/année, - x/1 séance/année - x/1 séances/année,	Rapports des séances de vulgarisation, les nombre de structures et personnes sensibilisées ainsi que leur qualité

	- 1 séance/ années pour les Secrétaires Généraux (22 SG et 8 personnes du COPIL), - 1 séances/année pour les Ministres provinciaux et les CD provinciaux de 15 CPLC pour chaque, - 1 séance/année pour le secteur privé (100 participants), - 5 émissions Audio-visuelles/année au niveau central, - 3 émissions Audio-visuelles/année au niveau Intermédiaire, Forfaits/année pour les imprimés de Communication (T-shirt, casquette, calicots, flipshart, ...)	- x/1 séance/année, - x/5 émissions, - x/3 émissions.	
PILIER 3 : PLAIDOYER POUR LA MOBILISATION DES RESSOURCES			
ACTIVITES	RESULTATS	INDICATEURS RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DE VERIFICATION

	✓ 1 réunion/année avec les Bailleurs et PTF au niveau central, ✓ 1 réunion/année du bureau du COPIL-CNAEHA et les Membres du COPIL-PMSEC ✓ 1 réunion/année entre le bureau du COPIL et les Privés au niveau national et au niveau de 15 CPLC en province (pour chaque).	x/1 réunion/année avec les Bailleurs et PTF, x/1 réunion/année du bureau du COPIL-CNAEHA x/1 réunion/année entre le bureau du COPIL et les Privés	
2. Mise place d'un Fonds pour le Choléra-MD	Un Compte bancaire est opérationnel ✓ Identification d'un cabinet conseil, ✓ 1 réunion avec un cabinet conseil pour la faisabilité avec 5 participants, ✓ 1 réunion avec la banque avec 5 participants, Assemblage et dépôt à la banque des documents nécessaire	Numéro de compte opérationnel. Nombre d'opérations bancaires réalisées/année/ - X/1 cabinet conseil, - x/1 réunion avec le cabinet conseil, - x/1 réunion avec la banque avec 5 participants	Numéro de compte disponible avec ses informations connexes

PILIER 4 : SUIVI-EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES

ACTIVITES	RESULTATS	INDICATEURS RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DE VERIFICATION
1. Elaboration d'un plan opérationnel annuel de suivi-évaluation du PMSEC au niveau central	Le Plan opérationnel annuel de suivi-évaluation du PMSEC est élaboré et validé. ✓ 3 réunions préparatoires de l'atelier de 6 personnes, ✓ 1 atelier d'élaboration de 40 participants dont 25 de Kinshasa et 15 des provinces, ✓ 1 atelier de validation technique de 30 participants, ✓ 1 réunion x 2 de présentation du document au COPIL, ✓ 1 réunion x 2 de portage politique de 25 participants, ✓ 15 réunions x 2 de vulgarisation et sensibilisation du Plan dans chaque CPLC (1 pour chaque) avec 15 acteurs privés et 15	Le plan opérationnel de suivi-évaluation est mis en œuvre/opérationnel : Nombre de réunions : - x/3 réunions préparatoires, - x/1 atelier, - x/1 atelier de validation technique, - x/2 réunions, - X/2 réunions de portage politique, - x/30 réunions de vulgarisation et sensibilisation,	La Copies du plan disponible et rapports des réunions

	services étatiques comme participants), ✓ 1 réunion mi-parcours de 5 jours /2 années, 40 participants (évaluation et mise à jour du plan).	- x/1 réunion mi-parcours de 5 jours /2 années, 40 participants (évaluation et mise à jours du plan).	
2. Accompagnement de l'élaboration des PAO et des plans de contingence du niveau intermédiaire et local	Les Provinces sont accompagnées par la Coordination dans l'élaboration des PAO et des plans de contingence : ✓ 1 mission x 15 CPLC de participation à l'élaboration de PAO en provinces (1 participant du SE du CNAEHA), ✓ 1 mission x 15 CPLC de participation à l'élaboration des plans de contingence (1 participant du SE du CNAEHA)	Nombre de participations aux missions par document, Nombre de PAO et Plan de contingence ayant reçu de facilitation de la coordination : - x/15 missions vers les CPLC - x/15 missions vers les CPLC	Rapport de participation aux travaux d'élaboration des PAO et Plans de contingence
3. Mise en place d'un Système de Gestion de données	Le Système de partage de données est opérationnel.	Nombre de consultants du Système.	Le Système de Collecte de données relatives au choléra et

	60 jours de travaux de Conception du Système/1 Cabinet conseil, Doter le SE du CNAEHA des outils et consommables d'hébergement du Système, Former 10 agents à la gestion de l'outil et à la mise à jour du Système (2 du CNAEHA, 2 du MRHE, 2 MEDD, 3 MSHP et 1 de SECMI), 2 ateliers de 40 participants de présentation du Système et validation avec 3 jours des réunions préparatoires par 6 personnes, 1 réunion de présentation du Système au COPIL avec 20 participants, 1 réunion de présentation de fonctionnement du système au COPIL-CNAEHA avec 30 participants,	- x/1 Cabinet conseil recruté, - x/10 agents formés, - x/2 ateliers organisés, - x/1 réunion de présentation du Système au COPIL, - x/1 réunion de présentation de fonctionnement du système au COPIL-CNAEHA, - x/1 atelier d'initiation est organisé/national, - x/1 atelier d'initiation est organisé/province - x/60 ZS ont été doté en outils de collecte de données	autres maladies diarrhéiques est opérationnel : Point d'accès aux données est disponible
--	---	---	---

	1 atelier de 2 jours d'initiation à l'utilisation du Système avec 40 participants dont 15 des provinces, 1 atelier de 2 jours d'initiation à l'utilisation du Système avec 20 participants dans le 15 CPLC où il y a les zones du type A, B et/ou C, Dotation de 60 ZS des outils de collecte de données (Internet, laptops, imprimante et stocks des consommables), renouvelable après 3 ans.		
4. Suivi périodique de la mise en œuvre du PMSEC 2023-2027	Les suivis périodiques de la mise en œuvre du PMSEC ont été réalisés (les revues annuellement au niveau central et trimestrielles au niveau intermédiaire) : - 3 jours de réunion préparatoire de la revue annuelle avec 6 participants,	Nombre de réunions organisées / niveau, Nombre de revues organisées et publiées : - x/3 réunion préparatoire, - x/5 atelier de revue annuelle,	Les rapports des réunions, Les revues et Résultats du suivi

	- 1 atelier x 5 de revue annuelle au niveau central avec 40 participants dont 15 des provinces, - 2 ateliers x 5 années x 15 CPLC de revue semestrielle avec 30 participants dont 5 du niveau central pour chaque. Forfaits pour faciliter la publication après chaque revue en forme de bulletin	- x/150 ateliers revue semestrielle,	
--	---	--	--

CHAPITRE VII : CADRE INSTITUTIONNEL ET MODELE DE GOUVERNANCE

VII.1 Le cadre institutionnel

En 1981, à la suite de l'adhésion de la RDC à la Décennie International de l'Eau Potable et Assainissement (DIEPA), le Zaïre de l'époque avait mis en place une structure interministérielle de concertation et de coordination du secteur Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) par l'ordonnance n°81-023 du 14 février 1981, renforcée une première fois par l'ordonnance n° 87-105 du 03 avril 1987 puis en 2007, par le décret n°07/12 du 20 novembre 2007

Un dernier décret a été pris à l'issu des travaux de restructuration entamés en 2013, c'est le décret n°039/15 du 14/12/2016 portant création et organisation du CNAEHA

Le comité National d'Action de l'Eau, d'hygiène et de l'Assainissement travaille en étroite collaboration avec les structures et directions du secteur de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, dont la Régideso, le SNHR, La DAS, la D9 la DRE, etc;

Le CNAEHA est présent dans toutes les provinces de la RDC à travers ses démembrements provinciaux, CPAEHA et très prochainement aux niveaux des territoires à travers le CTAEHA

Le cadre institutionnel du Plan stratégique Multisectoriel d'Elimination du Choléra (PMSEC) s'appuie sur les dispositions du décret n°039/15 du 14/12/2016 portant création et organisation du CNAEHA

Sur le plan fonctionnel, la mise en œuvre du PMSEC 2023-2027, se réalise au travers le COPIL et le Groupe de Travail Permanent (GTP) au niveau central, le Comité Provincial de Lutte contre le Choléra (CPLC) au niveau intermédiaire/provincial et le CTLC au niveau opérationnel ou local. Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sectoriels, publics, privés y compris les bailleurs et les PTF sont définis pour une bonne coordination de mise en œuvre.

SECTEURS MEMBRES DE LA COORDINATION MULTISECTORIELLE DU PMSEC

Tableau 22. Liste des membres de la coordination multisectorielle du PMSEC

	Ministères
Président	le Ministre en charge du plan
1 ^{er} Vice-Président	Le Ministre en charge de l'environnement
2 ^e Vice-Président	Le Ministre en charge des Ressources Hydrauliques et Energie
3 ^e Vice-Président	le Ministre en charge de la Santé Publique

Les membres

- Le Ministre en charge de l'Intérieur ;
- Le Ministre en charge de la Décentralisation ;
- Le Ministre en charge de la Coopération Internationale ;
- Le Ministre en Charge du Développement rural ;
- Le Ministre en Charge de l'Agriculture ;
- Le Ministre en Charge des affaires foncières ;
- Le Ministre en charge des Finances ;
- Le Ministre en charge du Budget ;
- Le Ministre en charge de l'Aménagement du Territoire, Urbanisme et Habitat;
- Le Ministre en charge des Infrastructures et Travaux Publics ;
- Le Ministre en charge des hydrocarbures ;
- Le Ministre en charge de l'Enseignement Primaire et Secondaire ;
- Le Ministre en charge des Mines ;
- Le Ministre en charge des Transports et Voies de Communication ;
- Le Ministre en charge du Genre, Famille et enfants,
- Le Ministre en charge de la Recherche Scientifique,
- Le Ministre en charge du Portefeuille,
- Le Ministre en charge de l'Economie Nationale,
- Le Ministre en charge de l'Enseignement Supérieur et Universitaire,
- Un représentant du cabinet du Président de la République,
- Un représentant du cabinet du Premier Ministre.

Sont invités aux réunions du Comité de Pilotage sans voix délibérative :

- Un représentant des Partenaires Techniques et Financiers ;
- Un représentant des ONG du secteur de l'eau, hygiène et assainissement,
- Un représentant de la fédération des entreprises du Congo.

VII.2 Du modèle et des organes de gouvernance du PMSEC

Le Comité National d'Action de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (CNAEHA) est responsable de la coordination de l'ensemble du processus d'élaboration et de la mise en œuvre du présent PMSEC. Dans le cadre de cette coordination, les principales tâches sont :

- Coordonner le processus d'écriture du plan d'élimination du choléra ;
- Coordonner les activités de suivi de l'élaboration et de la mise en œuvre, des plans opérationnels provinciaux ;
- Coordonner la mobilisation des ressources ;
- Faciliter les échanges entre les secteurs et entre les partenaires ;
- Accompagner la mise en place et le fonctionnement des CPAEHA et les GTP Provinciaux.

Du niveau central au niveau opérationnel, les différents organes de gouvernance du PMSEC sont :

- Le Comité de Pilotage (COPIL) ;
- Le Groupe de Travail Permanent (GTP) national ;
- Le GTP provincial;
- Le GTP de niveau opérationnel ;

VII.2.1 Le Comité de Pilotage (Copil)

Le COPIL est l'organe de décision et d'orientations dans la mise en œuvre du PMSEC.

Il a pour mission de :

- Assurer la mise en œuvre du PMSEC 2023-2027 ;
- Mobiliser les ressources;
- Assurer le suivi et évaluation du plan d'action.

Il est composé de :

- Président : Secrétaire Exécutif du CNAEHA ;
- 1er Vice-Président : Directeur d'une Direction du Ministère de l'Energie ;
- 2e Vice-Président : Directeur Chef de service de la DAS.
- 3e Vice-Président : Directeur de l'Hygiène et Salubrité Publique du Ministère en charge de la Santé Publique
- Premier Secrétaire : Programme National d'Elimination du Choléra et autres Maladies Diarrhéiques « PNECHOL-MD » du Ministère en charge de la Santé Publique
- Deuxième Secrétaire : Le Chef de Service d'Ecologie et Contrôle des Maladies Infectieuses (ou un de ces représentants) de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa : pour garantir les aspects techniques et scientifiques du PMSEC

Membres :

- Direction des Infrastructures du Ministère en charge du Plan ;
- Direction des grandes Unités de Production de l'Eau du Ministère en charge des Ressources hydrauliques ;
- Direction de la Pêche du Ministère en charge de la Pêche ;
- Direction des Programmes Scolaires et Matériels Didactiques du Ministère en charge de l'Enseignement Primaire et Secondaire ;
- Direction de la Marine et des Voies Navigables du Ministère en charge des Transports et Voies de Communication ;
- Direction de l'audio-visuel du Ministère de la Communication et Média ;
- Office National d'Hydraulique Rurale (ONHR) du Ministère en charge du Développement Rural ;
- Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa ;
- Direction d'étude et planification du Ministère en charge des Finances ;
- Direction d'étude et planification du Ministère en charge du Budget.
- Ministère de l'Intérieur

Sont invités aux réunions du Comité de Pilotage sans voix délibérative :

- Un représentant des partenaires techniques et financiers ;
- Un représentant des ONG impliquées dans la lutte contre le choléra et autres maladies diarrhéiques.
- Un invité exceptionnel en fonction d'une problématique spécifique à traiter

VII.2.2- Le Groupe de Travail Permanent (GTP) National

Le GTP National est l'organe technique chargé d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre du Plan d'action Opérationnel et du budget de mise en œuvre dans les domaines de leurs compétences spécifiques.

Il est composé des experts des différentes Directions et Services composant le comité de pilotage.

Il est composé de :

- Président : Secrétaire Exécutif National du CHAEHA/ Plan ;
- 1^{er} Vice-Président : Un Directeur du Ministère de l'Energie ;
- 2^e Vice-Président : DAS ;
- 3^e Vice-Président : PNECHOL-MD ;
- Secrétaire 1^{er} ; Chef de Service du SECMI, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa
- Secrétaire 2^e ; Coordonnateur de l'ONHR
- Secrétaire 3^e ; Coordonnateur de l'AGRIPEL
- Membres : Services sectoriels au niveau national

VII.2.3 Le Groupe de Travail Permanent (GTP) Provincial

Le GTP Provincial est l'organe provincial chargé d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre du Plan d'action Opérationnel du PMSEC dans leurs provinces respectives tenant compte des spécificités des uns et des autres.

Il est composé de :

- Président : Secrétaire Exécutif Provincial du CPAEHA / CD Plan ;
- 1^{er} Vice-Président : Chef de Bureau Hygiène de la DPS ;
- 2^e Vice-Président : Coordinateur Provincial de l'environnement ;

- Secrétaire 1^{er} ; Représentant d'une institution universitaire locale
- Secrétaire 2^e ; Coordonnateur de l'ONHR
- Secrétaire 3^e ; Coordonnateur de l'AGRIPEL
- Membres : Services sectoriels en provinces (CB Assainissement, Coordonnateur ONHR, transport, société civile etc.).

VII.2.4 Du Groupe de Travail Permanent (GTP) Opérationnel

Le GTP opérationnel est l'organe en charge de la mise en œuvre des activités tant préventives que réactives dans le cadre de la lutte contre la maladie au niveau local.

Il est composé de :

- Président : Secrétaire Exécutif Territorial / AT ;
- 1^{er} Vice-Président : MCZS ;
- 2^e Vice-Président : Superviseur de l'environnement ;
- Secrétaire 1^{er} : Superviseur de l'AGRIPEL
- Secrétaire 2^e : Coordonnateur du Transport
- Membres : Services sectoriels locaux, représentant des ONG de mise en œuvre, IT, société civile, brigades sanitaires, ...

VII.2.5 Les Centres de prise en charge médicale

Etant donné que le PMSEC s'applique au choléra et aux autres maladies diarrhéiques, il a été convenu de faire évoluer la fonction des structures traditionnelles de prise en charge des cas de choléra. Ainsi, pour la prise en charge médicale des patients, les Centres de Traitement des Maladies Diarrhéiques (CTMD) et les Unités de Traitement des Maladies Diarrhéiques (UTMD) seront installés en fonction du nombre de malades. Ainsi, dorénavant, la terminologie ancienne Centre de Traitement de Choléra (CTC) devra être remplacée par CTMD et la terminologie Unité de Traitement des Cas (UTC) devra être remplacée par UTMD.

Les points de réhydratation orale (point SRO) seront mis en place pour les patients situés loin des CTMD et UTMD afin de ne pas multiplier ces derniers. Ces points permettront de prendre en charge les patients au plan A et B, et démarrer la réhydratation des patients au plan C avant leur acheminement éventuel vers les CTMD/UTMD.

VII.2.6 Les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan

Les différents acteurs assurent l'entière collaboration de tous les secteurs concernés et l'exécution rapide et rationnelle des réponses au choléra. Leurs rôles seront entre autres d'organiser la préparation aux épidémies, la coordination entre les secteurs, la collecte et l'échange d'informations sur la morbidité et la mortalité dues au choléra, l'organisation de toutes formations pertinentes, l'achat, stockage et distribution du matériel requis (kit de contingence et autres intrants), l'encadrement, suivi et évaluation du système de surveillance et la réponse aux épidémies organisées à tous les niveaux.

Les acteurs se réuniront fréquemment au moins une fois par mois et chaque semaine pendant une flambée épidémique. Des fonds spéciaux doivent être disponibles en cas d'urgence afin de permettre la mise en œuvre des décisions du comité, qui devra régulièrement recevoir des données actualisées sur la situation épidémiologique à tous les niveaux.

Des informations concises pourront convaincre les partenaires internationaux de soutenir les mesures mises en œuvre contre la flambée dans les provinces et Zones de Santé.

VII.2.7. Les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le suivi et évaluation

Le présent sous chapitre définit les rôles des parties prenantes impliqués dans la lutte contre le choléra au regard de leurs prérogatives, les rapports avec les instances de coordination nationale et la contribution au renforcement du système Une santé (One Health).

Les acteurs suivants interviennent dans la lutte contre le Choléra (liste non limitative) :

Tableau 23. Les acteurs sectoriels du secteur public

Acteurs	Rôles
Cabinets des Ministres	Définir les orientations politiques en matière de l'EHA et la lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques
Secrétariats généraux	Assurer la coordination et l'administration Générale des Services des Ministères sectoriels
Directions sectorielles (Plan)	Assurer la coordination technique
Directions Sectorielles (Santé)	-Définir les stratégies nationales de lutte contre le choléra dans leurs secteurs respectifs et s'assurer de leur mise en œuvre par les différentes structures spécifiques ;

	- Organiser la surveillance intégrée du choléra ou ses déterminants - Réglementer les prestations et PEC du personnel impliqué - Garantir l'offre et l'utilisation des services de lutte contre le choléra de qualité
	Standardiser les méthodes d'analyses, des réactifs et d'équipement de laboratoire et autres intrants de lutte
Directions Sectorielles (environnement)	-Définir les stratégies nationales de lutte contre le choléra dans leurs secteurs respectifs et s'assurer de leur mise en œuvre par les différentes structures spécifiques ; -Organiser la surveillance intégrée du choléra ou ses déterminants
Directions sectorielles Pêche et Elevage	- Définir les stratégies nationales de lutte contre le choléra dans les communautés des pêcheurs et s'assurer de leur mise en œuvre par les différentes structures spécifiques ; -Organiser la surveillance intégrée du choléra ou ses déterminants
Directions sectorielles de l'Enseignement (ESU, EPST)	- Organiser le programme de cours en lien avec le choléra et ses déterminants dans le cursus de la formation - Encadrer la planification et la mise en œuvre des recherches en matière du choléra en collaboration avec les secteurs impliqués ; -Appuyer le suivi et évaluation de la mise en œuvre du PMSEC
Directions sectorielles (Développement Rural) (Ressources Hydrauliques et électricité)	- Assurer l'approvisionnement en eau potable en milieu rural. - Assurer l'approvisionnement en eau potable en milieu urbain et péri-urbain

Tableau 24. Les acteurs privés et les Organisations non gouvernemental

Acteurs	Rôles
Les acteurs privés, les ONG, associations et confessions religieuses : ECC, BDOM-catholique, Kimbanguiste, COMICO, Armée du salut...	- Offrir les services de promotion en faveurs de la lutte contre le choléra - Engager les communautés aux actions durables pour l'élimination du choléra

Tableau 25. Les partenaires et les bailleurs

Acteurs	Rôles
Les agences du Système de nation Unies : OMS, UNICEF, ...	- Mobiliser les ressources - Fournir l'appui technique dans la mise en œuvre du PMSEC
Les Bailleurs de Fonds : BMG, Banque mondiale, GAVI...	- Mobiliser les ressources
ONG nationales et internationales : Fondation Veolia Environnement, FICR, CICR, CSP, GTFCC, MSF, Croix rouge, Merlin	- Appuyer la mise en œuvre des activités - Mobiliser les ressources additionnelles

Les appuis des partenaires et les allocations du gouvernement devront permettre l'atteinte des objectifs fixés dans le présent PMSEC.

Afin de permettre aux partenaires de travailler dans des bonnes conditions, le Gouvernement de la RDC s'engage à :

- Faciliter les formalités administratives aux ONG pour simplifier leur travail sur le terrain ;
- Accorder des exonérations douanières aux matériels et médicaments des ONGI entrant au pays dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan.

VII.2.8 Les partenaires intervenant dans les différentes étapes de la mise en œuvre du PMSEC

Pour la mise œuvre de ce plan, la RDC est ouverte à tous les partenariats nationaux ou internationaux, publics ou privés susceptibles de contribuer positivement à la mise en œuvre du PMSEC sous réserve d'accepter de s'aligner sur la politique nationale en vigueur en RDC en matière d'élimination du choléra et de contrôle des autres maladies diarrhéiques.

Afin de permettre à ces partenaires de travailler dans des bonnes conditions, le Gouvernement de la RDC doit :

- Faciliter les formalités administratives pour simplifier leur travail sur le terrain ;
- Accorder des exonérations douanières aux matériels et médicaments entrant dans le pays dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan ;
- Mettre en place un cadre de concertation permanent entre les institutions nationales, et ces partenaires pour le suivi et l'évaluation du plan stratégique d'élimination du choléra en RDC.

VII.2.9 Rôle des partenaires financiers

Les bailleurs de fonds dans la lutte contre le choléra devront conditionner l'octroi de financement aux ONG (nationale et internationale) par l'alignement de ces derniers aux directives et préconisations listées dans le présent plan multisectoriel d'élimination du choléra en RDC. Les interventions sur le terrain devront se faire suivant la politique générale de la RDC en matière de lutte contre le choléra traduit à travers ce plan.

CHAPITRE VIII : PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

Ce chapitre de suivi et d'évaluation est élaboré pour permettre d'évaluer, dans le cadre de la mise en œuvre du PMSEC 2023-2027, les performances réalisées sur l'élimination du choléra en RDC et en mesurer l'impact sur les communautés bénéficiaires.

VIII.1 Rappel des concepts

VIII.1.1 Le suivi et l'évaluation axés sur les résultats

Bien que les termes « suivi et évaluation » tendent à être utilisés ensemble, comme s'il ne s'agissait que d'une seule et même chose, le suivi et l'évaluation sont en fait deux séries bien distinctes d'activités organisationnelles, reliées, mais non identiques.

Le suivi est la collecte et l'analyse systématique des informations au fur et à mesure de la progression d'un projet. C'est un outil inestimable dans une bonne administration, et fournit une base utile pour l'évaluation.

L'évaluation est la comparaison entre l'effet réel du plan opérationnel et le plan stratégique sur lequel vous vous êtes mis d'accord. Elle se rapporte à ce que vous aviez entrepris de faire, ce que vous avez accompli et la façon dont vous avez mené à bien vos activités³⁸.

VIII.1.2 Distinction entre le suivi et l'évaluation et les autres activités de supervision

Sans une réelle planification et une articulation bien définie des résultats espérés, ce qui doit être suivi et comment n'est pas clairement défini. Le suivi ne peut donc pas être fait correctement.

- Sans une planification efficace (des cadres de résultats clairs), la base de l'évaluation n'est pas solide et l'évaluation ne peut donc pas être faite correctement.
- Sans un suivi minutieux, les données nécessaires ne sont pas collectées et l'évaluation ne peut donc pas être faite correctement.
- Le suivi est nécessaire mais pas suffisant à l'évaluation.
- Le suivi facilite l'évaluation mais celle-ci utilise une collecte de nouvelles données complémentaires et des cadres d'analyses différents.

³⁸ *Guide de la planification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats du développement, Programme des Nations Unies pour le Développement, 2009*

- Le suivi et l'évaluation d'un programme aboutira souvent à des modifications des plans de ce programme. Cela signifie une modification de la collecte de données pour les besoins du suivi.
- Une définition du suivi serait le processus par lequel les parties prenantes reçoivent un retour d'information sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés. Contrairement à beaucoup de définitions qui traitent le suivi comme un simple examen des progrès réalisés par la mise en œuvre d'activités ou d'actions,
- L'évaluation est une appréciation rigoureuse et indépendante des activités réalisées ou en cours visant à déterminer leur niveau de réalisation des objectifs fixés et de contribution à la prise de décision.

Tout comme le suivi et l'évaluation, les fonctions d'inspection, d'audit, d'examen et de recherche sont des activités de supervision. Elles ont néanmoins chacune un intérêt et un rôle différent et ne doivent donc pas être confondues avec le suivi et l'évaluation.

VIII.1.3. Objectifs du Suivi et Evaluation dans le cadre du PMSEC 2023-2027

- Suivre la mise en œuvre des activités reprises dans le cadre logique du PMSEC 2023-2027 ;
- Evaluer le niveau de réalisation de chaque activité (évaluation du processus) ;
- Evaluer l'impact des interventions mises en œuvre sur l'élimination des cas choléra.

VIII.2 Mise en œuvre du suivi et d'évaluation

VIII.2.1 Chronogramme d'implémentation des activités par résultats par axes stratégiques

Tableau 26. Chronogramme d'implémentation des activités

Activités d'implémentation par résultats	2023				2024				2025				2026				2027			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Axe 1. Renforcement des activités de surveillance globale																				
1 Coordination multisectorielle de la surveillance globale																				
1.1 Redynamiser le cadre de coordination par rapport à la surveillance multisectorielle.	X																			
1.2 Former Les points focaux de la surveillance par secteurs impliqués dans la lutte et à tous les niveaux (national, provincial, opérationnel).		X																		

1.3 (a) Organiser Les réunions de coordination de la surveillance multisectorielle: niveau intermédiaire (trimestriel)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.3 (b) Organiser les réunions de coordination de la surveillance multisectorielle: niveau central (semestriel)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
1.4 Mettre en place la base de données qui intègre les données multisectorielles	X	X																		
2. La surveillance clinique																				
2.1 Former les acteurs sur la surveillance du choléra et des autres maladies diarrhéiques ZS de type A et B		X	X																	
2.2 Former Les acteurs sur la surveillance du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les ZS de type C et D					X															
2,3 Former les acteurs sur la surveillance électronique du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les ZS sont formés sur la surveillance électronique		X	X																	

2.3 Accompagner les provinces dans l'élaboration de leurs plans de contingence et de riposte choléra et autres maladies diarrhéiques		X	X																
2.4 Former les relais communautaires sur le nouveau module de surveillance à base communautaire		X	X		X	X													
2.5 Former les équipes d'intervention rapide au niveau de DPS et des ZS		X	X																
2.6. Former les acteurs de surveillance de Point d'entrée des 39 ZS (de Type A et B) en SIMR 3édition.			X	X															
3. La surveillance biologique																			
3.1 Renforcer le réseau de transport des échantillons vers les laboratoires désignés			X	X															
3.2 Implémenter 5 laboratoires supplémentaires dans les zones à risque			X			X	X			X			X						
3.3 Former les prestataires en techniques de prélèvement, conservation et transport des			X			X													

échantillons choléra et autres maladies diarrhéiques dans les ZS de tous types,																			
3.4 Former les prestataires/techniciens de laboratoires sur l'utilisation des TDR		X	X																
3.5 Intégrer les analyses de biologie moléculaire de cas de choléra au niveau de l'INRB		X	X																
4. La surveillance environnementale																			
4.1 Former les prestataires de la surveillance environnementale du choléra et des autres maladies diarrhéiques		X	X							X									
4.2 Développer et mettre en place le système de surveillance environnementale de choléra en intégrant l'observatoire volcanologique, l'agence Nationale de météorologie et de télédétection par satellite (METELSAT), Centre hydro-biologique d'Uvira et d'autres institution de recherche scientifique ayant de problématique de d'environnement de société comme objet de leur activité dans 39 ZS (type A et B)		X	X		X	X													

4.3 Doter les ZS de Type A et B des matériels et outils de surveillance environnementale.			X	X															
5 La surveillance basée sur les événements																			
5.1. Concevoir et mettre en place un système de surveillance de choléra basé sur les évènements dans les ZS de tout type			X	X		X	X			X	X								
5.2 Les prestataires de zones de santé sont formés sur la surveillance basée sur les événements			X	X		X	X			X	X		X						
5.3 Un réseau communautaire pour la remontée rapide d'informations et rumeurs sur les cas et décès de choléra et autres maladies diarrhéiques est mis en place		X	X																
5.4 La liste des évènements susceptibles d'avoir un impact sur la survenue du choléra et autres maladies diarrhéiques en milieux spécifiques (îlots de pêche, prisons, carrés miniers, zones lacustres, camps de déplacés) est vulgarisée		X	X							X	X								
5.5 Les pêcheurs, leaders communautaires et leaders religieux dans le réseau de rapportage des			X	X	X														

événements de zones de santé de type A, B, C sont intégrés																			
5.6 Les ZS de Type A et B sont dotées des matériels et outils de surveillance basée sur les événements		X	X		X	X													
6 La surveillance socio-anthropologique																			
6.1 un système surveillance socio-anthropologique de choléra est conçu et mis en place dans les 39 ZS (de Type A et B).			X	X	X														
6.2 Les prestataires sur l'approche socio-anthropologique de la surveillance sont formés			X	X	X														
6.3 Les ZS de Type A et B sont dotées des matériels et outils de surveillance anthropologique				X	X	X													
6.4 un système de détection précoce de tout mouvement de la population est mis en place dans toutes les ZS (tout type)			X	X															
6.5 Les zones de santé A et B sont identifiées dans les pratiques à risque de transmission du choléra (cuisson insuffisante des aliments, consommation des poissons crus, manipulation des poissons etc.)		X	X																

6.6 La Surveillance anthropologique est suivi et évalué dans les 39 ZS de Type A et B.				X	X	X													
Axe 2. Prise en charge																			
Pilier 2.1 : Le renforcement des capacités des prestataires																			
2.1.1 : Formation de 3 900 prestataires de soins des UTMD ET CTMD sur la prise en charge complète du choléra et autres maladies diarrhéiques dans 39 zones de type A et B		X	X	X	X														
2.1.2 : Formation de 8 200 prestataires de soins des UTMD et CTMD sur la prise en charge complète du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans 23 zones de santé de type C (100 personnes par zone de santé)						X	X	X											
2.1.2 : Rémunération de 5 540 prestataires de soins affectés à la prise en charge lors des flambées des cas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.3 : Renforcement des capacités de 78 acteurs de terrain en gestion des médicaments et autres intrants dans les zones de type A et B			X	X	X															
Pilier 2.2. L'amélioration des infrastructures, matériels et équipement																				
2.2.1 : Réhabilitation/ construction de 620 CTMD /UTMD des zones de Santé de type A, B et C (endémiques et épidémiques)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.2 : Equipements et matériels de base pour 620 CTMD /UTMD des zones de santé de type A, B et C (endémiques et épidémiques) pour la prise en charge		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.3 : Installation/ extension de 1 950 SSC avec TRO dans les zones de santé de type A, B et C (endémiques et épidémiques)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.4. Dotation de 39 ambulances dans les zones de santé de type A et B pour le transport des malades				X				X	X											
2.2.5. Dotation de 20 pirogues motorisée dans les zones de santé de type A et B pour le transport des malades		X	X			X	X			X	X									

2.3.6 : Affectation de 10 véhicules 4*4 dans les provinces endémiques et en épidémie			X	X			X	X			X	X							
Pilier 2.3. L'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres intrants																			
2.3.1. Pré positionnement/Approvisionnement en médicaments de prise en charge dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B.			X	X	X	X													
2.3.2. Pré positionnement/Approvisionnement des autres intrants de prise en charge dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B.			X	X	X	X													
2.3.3. Prise en charge nutritionnelle de 50 000 malades de choléra dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.3.4 : Dotation de 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B en outils normés de PEC		X	X	X															
Pilier 2.4. Le suivi et évaluation																			
2.4.1 : Organisation de 2 548 séances de monitoring sur la prise en charge de cas de choléra et autres	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

maladies diarrhéiques dans les zones de santé de type A et B.																				
2.4.2 : Organisation de 20 missions conjointes de suivi de PEC de choléra et autres maladies diarrhéiques du niveau central vers les zones de santé de type A et B.			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X
2.4.3 : Organisation de 20 missions conjointes de suivi de PEC de choléra et autres maladies diarrhéiques du niveau provincial vers les zones de santé de type A et B.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Axe 3. Mise en place des interventions d'urgence liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones affectées par les épidémies de choléra (endémique et épidémique) au niveau des structures de prise en charge et de la communauté

Pilier 1. Organisation des interventions communautaires ciblées autour des cas selon la recommandation du niveau national																			
1.1. Les acteurs sur le quadrillage dans les zones A et B sont formés		X	X			X													

1.2 les acteurs sur le quadrillage dans les zones C et D sont formés						X			X	X			X	X			X	X	
1.3. Les kits des dispositifs de lavage des mains dans les lieux de regroupement dans les zones A et B sont mise en place par an		X	X	X															
1.4. Les kits de dispositifs de lavages des mains dans les lieux de regroupement des zones hautement et Priorité 2s pour toutes autres les maladies diarrhéiques sont mises en place				X	X	X													
1.5. Les latrines d'urgences sont construits/réhabilité par an		X	X			X	X			X	X			X	X			X	X
1.6. Les kits quadrillage dans les zones de type A et B chaque année sont dotés		X	X	X															
1.7. Les kits quadrillage dans les zones de type C et D chaque année sont budgétisés				X	X	X													
Pilier 2. Monitoring de la qualité de l'eau																			
2.1. La surveillance environnementale des ressources en eau, de l'eau potable distribuée et des	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

aliments dans les zones affectées chaque année est organisée																			
2.2. Les zones en épidémie sont dotées des matériels et outils de suivi des activités communautaires		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.3. Les réunions d'évaluation sont organisées par an dans les zones A et B			X				X				X				X			X	
2.4. Les réunions d'évaluation sont organisées par an dans les zones C et D				X				X				X				X			X
2.5. Les missions de suivi sont organisées dans les aires de santé de type A et B			X				X				X				X			X	
2.6. Les missions de suivi sont organisées dans les aires de santé de type C et D				X				X				X				X			X
Axe 4. WASH durable : Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, l'Hygiène et l'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra																			
1. Accès à l'eau potable																			
Milieu urbain																			

1.1. Appuyer l'implémentation des usines d'adduction d'eau potable dans 9 cités urbaines de 9 neuf zones de santé de type A (Construction/Réhabilitation d'usine de traitement d'eau, aménagement du réseau de distribution, aménagement de station de distribution d'énergie pour l'usine) usine de 50 000 m3/jour		X	X			X	X			X	X			X	X			X	X	
Milieu rural																				
1.2. Appuyer l'implémentation de 25 mini réseaux adduction d'eau potable (forage, 5 bornes fontaines, une tour métallique de 10m d'hauteur, un réservoir de 32 m3 et un groupe électrogène 22 KWA) dans 25 zones de santé des types A, B1 et B2(y compris les sites/ camps des réfugiés)			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X
2. Promotion des mesures d'hygiène																				
Milieus périurbain et rural																				
2.1. Organiser des 75 campagnes de promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement autour des points d'eau (robinet, borne fontaine, forage) dans		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

9 villes de zones santé de types A (N=9) et B1 et B2 (N= 16), (y compris les sites/ camps des réfugiés)																			
3. Accès à l'assainissement du milieu																			
Milieu urbain																			
3.1. Construction de 450 latrines publiques dans 9 zones de types A (N=9), (y compris les sites/ camps des réfugiés)		X	X	X															
3.2. Organisation des 78 campagnes de marketing d'assainissement dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30), (y compris les sites/ camps des réfugiés)		X	X			X	X			X	X								
3.3. Installation des 117 points focaux (3/ZS) chargés de collecte de données sur la surveillance environnementale dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30), (y compris les sites/ camps des réfugiés)			X	X	X														
3.4. Mise en place de la base de données sur l'assainissement du milieu		X																	

3.5. Dotation en équipement (ordinateur, GPS, pH mètre, photospectromètre, etc.) aux 117 Points focaux (3/ZS) chargés de collecte de données sur la surveillance environnementale dans les zones de types A (N=9) et B (N=30).		X	X																
Milieu rural et périurbain																			
3.6. Accompagnement de la mise en œuvre de la feuille de route d'éradication de la défécation à l'air libre en RD Congo dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30).		X	X			X	X			X	X			X	X			X	X
4. Monitoring des activités de WASH durable																			
4.1. Mise en place des 117 Points Focaux de collecte de données de WASH durable dans les zones des types A et B dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30), (y compris les sites/ camps des réfugiés)		X	X	X															
4.2. Doter à 117 points focaux des équipements du travail (Laptop, disque externe, modem et frais d'internet) dans les zones des types A et B		X	X	X															

4.3. Organisation trimestrielle de 80 missions de monitoring dans les zones des types A et B, (y compris les sites/ camps des réfugiés)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.4. Mise en place de la base de données de WASH durable	X	X																		
Axe 5. Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les endémiques prioritaires de type A et B et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte																				
1. Vaccination préventive dans les zones A et B en période d'accalmie																				
Les plaidoyers sont menés auprès des bailleurs pour l'approbation concomitante de vaccins et des fonds.	X	X																		
Les campagnes de vaccination dans les zones A et B la première et la quatrième année sont organisées			X		X	X									X		X	X		
Les campagnes de vaccination dans les Zones Priorité 1s sont organisées.				X												X				
2.Vaccinations réactives dans les zones éligibles																				

Le Macro-plan de vaccination à l'échelle nationale est élaboré	X	X																	
Les micro-plans des zones de santé du type A, B1, B2, B3, C1, C2 et D1 sont élaborés		X		X										X		X			
Les équipes provinciales sont formées en organisation de la campagne		X																	
Les campagnes de vaccination réactive sont organisées				X	X			X	X			X	X			X	X		X
3. Suivi des manifestations adverses post immunisation (MAPI)																			
CNSM par l'arrêté du Ministre de la Santé est créé	X																		
Les réunions de classification des MAPI graves par le CNSMC	X	X																	
4. Organisation des enquêtes de couverture pour chaque campagne de vaccination																			
Les enquêteurs sont formés				X												X			
Les enquêtes des couvertures en post campagne sont organisées						X	X										X	X	

5. Disponibilité et utilisation du VCO																			
Un mécanisme de flexibilité dans la distribution et l'utilisation des vaccins selon la dynamique de l'épidémie pour les campagnes réactives est mis en place	X	X																	
Les requêtes de demande de vaccins et de fonds pour chaque campagne de vaccination à mener sont rédigées		X												X					
Les sites de stockage des vaccins oraux contre le choléra dans les provinces avec les zones de type A et B sont mises en place		X												X					
Axe 6. Communication pour le changement de comportements et engagement communautaire																			
Pilier 1 : Sensibilisation des différentes communautés																			
1.1 Pour les bailleurs																			
1.1.1. 10 tables rondes semestrielles de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra sont organisées au niveau central		X	X			X	X			X	X			X	X			X	X

1.1.2. 60 tables rondes annuelles de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra sont organisées au niveau des provinces			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X
1.2. Pour les autorités politico-administratives																				
1.2.1. 26 missions de vulgarisation du PMSEC 2023-2027 sont organisées	X				X				X				X				X			
1.3. Pour les ONGD de mise en œuvre																				
1.3.1. 100 % des ONGD de mise en œuvre sont identifiées	X				X				X				X				X			
1.3.2. 100% des ONGD de mise en œuvre sont formées	X				X				X				X				X			
1.4. Pour les populations locales																				
1.4.1. Un plan de communication pour l'élimination du choléra et de contrôle d'autres maladies diarrhéiques est élaboré				X				X				X				X				
1.4.2. Les pratiques favorables à la prévention d'épidémie de choléra et des autres maladies diarrhéiques (au niveau de la famille, la	X				X				X				X				X			

communauté, de prestataires de services) sont promues																			
1.4.3. Les communautés sont impliquées dans les activités de lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.4.3. 20 bulletins trimestriels sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques sont publiés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.4.4. Les liens entre des médias, structures locales et acteurs de la réponse pour promouvoir les activités d'engagement communautaire sont créés et renforcés	X	X																	
1.5. Pour les acteurs des différents ministères impliqués																			
1.5. 1 038 acteurs intervenants dans la lutte sont sensibilisés à l'objectif d'élimination du choléra	X				X				X				X				X		
Pilier 2 : Engagements des Communautés																			
2.1. Pour les bailleurs																			
2.2.1. 10 tables rondes semestrielles de plaidoyer pour le financement du PMSEC sont organisées		X		X		X		X		X		X		X		X		X	X

2.2.2. 130 tables rondes annuelles de plaidoyer pour le financement du PMSEC sont organisées	X				X				X				X				X		
2.2. Pour les autorités politico-administratives																			
2.1. 26 missions de plaidoyer pour le financement du PMSEC 2023-2027 sont organisées	X				X				X				X				X		
2.3. Pour les ONGD de mise en œuvre																			
2.3.1. Les capacités des ONGDS dans la réalisation des ouvrages hydrauliques et sanitaires sont renforcées		X				X				X				X				X	
2.4. Pour les populations locales																			
2.4.1. 100 % de différentes communautés sont identifiées et impliquées	X	X			X	X													
2.4.2. 80% personnes influentes des communautés locales (leaders communautaires) sont identifiées et impliquées dans les activités de lutte	X	X			X	X													
2. 4.3. 195 équipes locales de travail chargées de collaborer avec les équipes d'intervention et de		X				X				X				X				X	

surveiller la mise en œuvre du plan local sont constituées																			
2.4.4. 212 500 Relais Communautaires sont formés		X				X			X			X			X				
2.4.5. 780 bénévoles communautaires sont recrutés et formés		X				X			X			X			X				
3. Redevabilité																			
3.3.1. Un mécanisme de traitement des plaintes est mis en place (fonctionnel)	X				X				X			X			X				
3.3.2. Un mécanisme de retour d'information (feedback) est fonctionnel		X				X			X			X			X				
Axe 7. Recherche opérationnelle																			
Pilier 1. Analyse cout-efficacité des interventions des autres axes stratégiques																			
1.1 Les études d'impact des interventions dans les zones de santé A, B et C sont réalisées								X				X			X				X
1.2 Les études d'impact des interventions WASH d'urgence dans les zones de santé A et B sont réalisées								X				X			X				X

1.3 Les études d'impact des interventions de vaccination préventive dans les zones de santé A et B sont réalisées		X				X				X				X				X	
1.4 Les études d'impact des interventions de vaccination réactive dans les zones de santé B et C sont réalisées		X				X				X				X				X	
1.5 Les études d'impact de la mise en œuvre de la surveillance globale (clinique, biologique, environnementale, socio-anthropologique et basée sur les événements) du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A et B sont réalisées			X				X				X				X				X
Pilier 2. Socio-anthropologie des populations																			
2.1 Les études de perceptions et de connaissances, attitudes et pratiques des populations sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A, B et C sont menées			X				X				X				X				X
Pilier 3. Gouvernance de gestion des épidémies de choléra et de contrôle des autres maladies diarrhéiques																			

3.1 Les études d'impact d'anthropologie des institutions étatiques et non-étatiques impliquées dans la lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A, B et C sont réalisées			X			X			X			X			X			X
3.2 Les études d'impact des crises complexes sur la mise en œuvre du PMSEC dans les zones de santé A sont réalisées			X			X			X			X			X			X
Pilier 4. Immunologie, biologie moléculaire et phylogénie																		
4.1 Les études de suivi épidémiologique, biologique, moléculaire et phylogénétique du portage asymptomatique du choléra dans les zones de type A et B sont réalisées			X			X			X			X			X			X
4.2 Les études sur les caractéristiques phénotypiques et génotypiques ainsi que le profil de résistance aux antimicrobiens des souches cliniques et environnementales responsables du choléra dans les zones de type A et B sont conduites			X			X			X			X			X			X

Pilier 5. Eco-épidémiologie du choléra et des autres maladies diarrhéiques																			
5.1. Les études de diagnostic de vulnérabilités territoriales aux épidémies de choléra et aux autres maladies diarrhéiques dans les zones de type A et B sont réalisées			X				X				X				X				X
Axe 8. Coordination et plaidoyer pour la mobilisation des ressources																			
Pilier 1. Coordination																			
1 Renforcement des capacités opérationnelle des organes au niveau central																			
1.1 Les réunions ordinaires du COPIL du PMSEC sont organisées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2 Les réunions extra ordinaires du COPIL du PMSEC sont organisées en cas de flambée																			
1.2 Les réunions du GTP sont organisées au niveau national		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
1.3 Les réunions du CPLC sont organisées au niveau provincial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1.5 Les réunions extra ordinaires du GTP sont organisées en cas de flambée																			
2 Renforcement des capacités opérationnelle des organes au niveau intermédiaire																			
2.1 Prise en charge Exp. Niveau Central/Installation des Comités Provinciaux de Lutte contre le Choléra	X				X				X				X				X		
2.2 Prise en charge Exp. Niveau Intermédiaire/Installation des Comités Territoriaux de Lutte contre le Choléra		X				X				X				X				X	
3 Renforcement des capacités Technique et matérielle																			
3.1 Dotation des laptops au SE du CNAEHA	X																		
3.2 Dotation des laptops au CPLC	X																		
3.3 Dotation des imprimantes au SE du CNAEHA	X																		
3.4. Dotation des imprimantes au CPLC	X																		
3.5 Dotation des Jeep 4x4 L.C au SE du CNAEHA		X																	
3.5 Dotation des motos aux CPLC		X																	

3.6 Dotation des motos aux CTLC		X																	
4 Renforcement des relations entre les Provinces et avec les pays voisins																			
4. 1 Organisation des réunions de partage d'expérience entre les provinces	X				X				X				X				X		
4. 1 Organisation des réunions avec les pays voisins		X				X				X			X				X		
Pilier 2. Vulgarisation du PMSEC 2023-2027																			
1 Vulgarisation-Ministres sectoriels																			
1.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
1.2 Salon de vulgarisation avec les Ministres sectoriels	X				X				X				X				X		
2 Vulgarisation-Secrétaires généraux sectoriels																			
2.1 Réunions Préparatoires		X				X				X			X				X		
2.2 Atelier avec les SG		X				X				X			X				X		
2 Vulgarisation-Ministres provinciaux et CD sectoriels /15 CPLT																			

2.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
2.2 Atelier avec les Ministres Provinciaux et CD sectoriels	X				X				X				X				X		
3 Vulgarisation-Bailleurs et PTFs Ministres provinciaux et CD sectoriels /15 CPLT																			
3.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
3.2 Ronde avec les Bailleurs et PTFs	X				X				X				X				X		
4 Vulgarisation-FORUMS INTERNATIONAUX																			
4.1 Réunions Préparatoires				X				X				X				X			X
4.2 Participation de la RDC/Représentation				X				X				X				X			X
4 Vulgarisation-Emissions Niveau Central																			
4.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
4.2 Participation aux émissions		X		X		X		X		X		X		X		X		X	X
5 Vulgarisation-Emissions Niveau intermédiaire																			
5.1 Réunions Préparatoires		X		X		X		X		X		X		X		X		X	X
5.2 Participation aux émissions		X		X		X		X		X		X		X		X		X	X

7 Vulgarisation-Secteur Privé																			
6.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
6.2 Atelier avec les Privés	X				X				X				X				X		
Pilier 3. Plaidoyer pour la Mobilisation des ressources du PMSEC 2023-2027																			
1 Salon de Plaidoyer-Ministres sectoriels																			
1.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
1.2 Salon avec les Ministres sectoriels	X				X				X				X				X		
2 Atelier de plaidoyer-Secrétaires généraux sectoriels																			
2.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
2.2 Atelier avec les SG	X				X				X				X				X		
3 Atelier d'Echange -DEP sur l'insertion des activités du PMSEC à LIFIP																			
3.1 Réunions Préparatoires	X																		
3.2 Atelier avec les DEP	X																		

4 Salon de plaidoyer-Bailleurs et PTFs																			
4.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
4.2 Salon avec les Bailleurs et PTFs		X				X				X				X				X	
5 Atelier national de Plaidoyer avec les Privés																			
5.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
5.2 Atelier national		X				X				X				X				X	
6 Ateliers provinciaux de Plaidoyer avec les Privés																			
6.1 Réunions Préparatoires	X				X				X				X				X		
6.2 Ateliers provinciaux		X				X				X				X				X	
Pilier 4. Suivi-évaluation																			
1 Elaboration du plan de suivi																			
1.1 Réunions préparatoires																		X	
1.2 Atelier d'Elaboration du Plan																		X	
1.3 Atelier de validation technique																		X	
1.4 Atelier de validation Politique/COPIL	X																		

1.5 Déplacement des Provinciaux pour participer aux 2 atelier																		X	X	
2 Participation du SE du CNAEHA à l'élaboration des PAO et Plan de Contingences																				
2.1 Mission de participation à l'élaboration du PAO				X				X				X				X				X
2.2 Mission de participation à l'élaboration du Plan de contingence				X				X				X				X				X
3 Système de gestion et partage de données																				
3.1 Appuyer le GTP pour le développement d'une base de données	X																			
3.2 Achat hébergement données et consommables	X																			
3.2 Formation des points focaux du niveau central et provincial	X	X																		
3.3. Formation des agents sectoriel pour la gestion de la base de données au niveau provincial		X				X				X				X				X		
3.5 Réunion de démonstration au COPIL	X				X				X				X				X			

1.5 Déplacement des Provinciaux pour participer aux 2 ateliers			X			X			X			X			X			X	
4 Suivi Périodique																			
4.1 Réunion préparatoires	X				X			X				X				X			
4.2 Atelier de revue annuelle au niveau central				X			X				X				X				X
4.3 Missions de suivi de MOE par le niveau Central			X			X				X				X				X	
4.4 Mission de suivi des MOE par les provinciaux		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

VIII.2.2 Indicateurs de suivi-évaluation

Tableau 27. Indicateur de suivi-évaluation

Axe Stratégique	Indicateur	Numérateur	Base line 2021	Dénominateur					Résultat	Fréquence	Source
				2023	2024	2025	2026	2027			
Coordination et plaidoyer	Indicateur 1 - Proportion du budget PMSEC financée par des fonds nationaux et externes	Montant des fonds alloués		\$40 537 499	\$39 388 006	\$37 842 416	\$36 620 433	\$36 915 716	100%	Annuel	Informations fournies par le pays
	Indicateur 2 - Nombre de réunions multisectorielles tenues chaque année (nv central & provincial)	Nombre de réunions multisectorielles organisées sur les 12 derniers mois	16	34	49	16	40	16	100%	Annuel	Compte rendu des réunions

Axe Stratégique	Indicateur	Numérateur	Base line 2021	Dénominateur					Résultat	Fréquence	Source
				2023	2024	2025	2026	2027			
Renforcement de la Surveillance globale	Indicateur 3 – Taux d’incidence des cas suspects de choléra.	Nombre de cas suspects de choléra notifiés	12103	9683	8473	6052	4236	2421	80%	Annuel	Pnechol-MD et DSE
	Indicateur 4a – Proportion des signalements de choléra vérifiés dans les 24 heures suivant la détection	Nbre de signalements des cas suspects du choléra détectés (vérifiés) dans les 24 heures	ND	60%	75%	80%	85%	90%	90%	Annuel	Pnechol-MD et DSE
	Indicateur 4b – Proportion des signalements de cas des autres MD vérifiés dans les 24 heures suivant la détection	Nbre de signalements des cas suspects des autres MD détectés (vérifiés) dans les 24 heures	ND	40%	60%	70%	80%	90%	90%	Annuel	Pnechol-MD et DSE
	Indicateur 5a – Proportion des ESS périphériques situés dans les ZS de priorité 1 du choléra et les autres MD avec accès à un laboratoire fonctionnel	Nombre d’ESS périphériques dans toutes les ZS de priorité 1 ayant accès à des laboratoires fonctionnels	18	27 (18+9) (9=Moba, Kasimba, Kalemie, Nyemba, Fizi, Nundu, Ruzizi, Mutwanga et Mweso)	35 (27+8) (ZS du Haut Lomami)	39(35+4) ZS de l’Ituri	39	39	95%	Annuel	INRB& autres labo
	Indicateur 5b – Proportion des échantillons de selles prélevés pour la culture.	Nombre d’échantillons de selles prélevés.	ND	4842	4237	3026	2118	1211	50%	Annuel	Données de l’INRB et les autres laboratoires
	Indicateur 5c – Proportion des échantillons de selles analysés.	Nombre d’échantillons de selles analysées.	2 213	4357	3813	2723	1906	1089	90%	Annuel	Données de l’INRB et les autres laboratoires

Axe Stratégique	Indicateur	Numérateur	Base line 2021	Dénominateur					Résultat	Fréquence	Source
				2023	2024	2025	2026	2027			
	Indicateur 5d – Proportion des laboratoire fonctionnel pour la biologie moléculaire	Nombre de laboratoires fonctionnels	0%	30%	30%	67%	67%	100%	95%	Annuel	Données d'INRB Kin ; Goma et grand Labo Lshi
	Indicateur 5e – Proportion des laboratoire fonctionnel pour les analyses environnementales	Nbre de labo fonctionnels pour la surveillance environnementale	0%	43%	86% (Kalemie, INRB Goma & Kamina)	100% (Bunia)	100%	100%	95%	Annuel	Laboratoires
	Indicateur 5f – Proportion de ZS de priorité 1 avec un système de Surveillance socio-anthropologique	Nombre ZS de priorité 1	0%	41% (16 ZS de type A et B1)	77% (14 ZS de type B2 et B3)	100% (9 ZS de type B3)	100%	100%	95%	Annuel	DSE ; PNECHOL-MD, enquêtes
Prise en charge curative	Indicateur 6a – Nombre de décès dus au choléra	Nombre de décès dus au choléra (dans les ESS & communautaire)	209	163	147	105	63	21	90%	Annuel	DSE ; PNECHOL-MD, enquêtes
	Indicateur 6b – Nombre de décès dus aux autres MD	Nbre de décès dus aux autres MD dans es ESS et communauté)	902 (286 d. sanglantes et 616 d. avec déshydratation)	722	631	451	271	91	90%	Annuel	DSE ; PNECHOL-MD, enquêtes
	Indicateur 7a – Taux de létalité des cas de choléra dans les structures de soins	Nombre de décès imputables au choléra	1,7%	1,5%	1,3%	1,2%	1,1%	<1%	<1%	Annuel	DSE ; PNECHOL-MD, enquêtes
	Indicateur 7b – Taux de létalité des autres MD dans les ESS	Nombre de décès imputables aux autres MD	0,2%	0,18%	0,16%	0,14%	0,12%	<0,1%	<0,1%	Annuel	DSE ; PNECHOL-MD, enquêtes

Axe Stratégique	Indicateur	Numérateur	Base line 2021	Dénominateur					Résultat	Fréquence	Source
				2023	2024	2025	2026	2027			
	Indicateur 8a – Proportion des CTMD et UTMD réhabilités/construits dans les ZS de priorité 1 et 2	Nbre de des CTMD et UTMD réhabilités/construits	ND	26% (Num 160, dénom 620)	63% (Num 390, dénom 620)	100% (Num 620, dénom 620)	100%	100%	100%	Annuel	Enquêtes dans les ZS de priorité 1 et 2
	Indicateur 8 b – Proportion de la population vivant dans des ZS priorité 1 qui ont accès au SRO à <30' à pied de chez eux	Nbre de personnes vivant dans les ZS de priorité 1	ND	80%	90%	90%	100%	100%	100%	Annuel	Enquêtes dans les ZS de priorité 1
Implémentation de vaccination préventive et réactive	Indicateur 9 – Couverture de l'administration du VCO dans les ZS priorité 1 y compris celles de priorité 2 sujets à une campagne de vaccination au cours des 12 derniers mois.	Nbre total de doses administrées aux passages 1 et 2 au cours des 12 derniers mois	93%	Population cible	Population cible	Population cible	Population cible	0	100%	Annuel	Rapports post-campagnes VCO
	Indicateur 10 – Proportion des ZS priorité 1 y compris celles de priorité 2 visées par le plan de vaccination (au cours des 12 derniers mois) où ont eu lieu une campagne de vaccination.	Nombre de ZS de priorité 1&2 ayant effectivement organisé une campagne VCO	NA	25 (ZS cibles dans les provinces du Nord et Sud Kivu)	15 (ZS cibles dans les provinces du Tanganyika et Ht Lomami)	11 (ZS cibles dans les provinces du Ht Katanga et Ituri)	11 (ZS cibles province s: Maniema, Tshopo, Equateur, Maindombe, Kongo central, Sankuru et Kasai)	0	100%	Annuel	Rapports sur les campagnes de vaccination

Axe Stratégique	Indicateur	Numérateur	Base line 2021	Dénominateur					Résultat	Fréquence	Source
				2023	2024	2025	2026	2027			
	Indicateur 11 – Proportion de doses de VCO d'urgence par rapport au total des doses administrées au cours des 12 derniers mois	Nbre de doses administrées dans le cadre d'une épidémie ou une crise humanitaire	ND	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	> 95 %	Annuel	Rapports de campagne, demandes de VCO
WASH d'urgence	Indicateur 12 – Proportion de personnes ayant accès à l'eau potable dans les ZS priorité 1, y compris celles de priorité 2.	Nombre de personnes vivant dans les ZS de priorité 1 &2 ayant accès à l'eau potable	NA	5 876 294 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	3 070 518 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	2 680 686 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	3 233 147 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)		≥80 %	Annuel	Rapports d'enquêtes
	Indicateur 13 – Proportion de personnes ayant accès aux services d'assainissement dans les ZS de priorité 1, y compris celles de priorité 2	Nombre de personnes vivant dans les ZS de priorité 1 &2 ayant accès aux services d'assainissement	NA	5 876 294 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	3 070 518 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	2 680 686 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	3 233 147 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)		≥80 %	Annuel	Rapports d'enquêtes
	Indicateur 14 – Proportion de personnes ayant accès à une hygiène de base dans les ZS de priorité 1&2	Nombre de personnes vivant dans les ZS de priorité 1 &2 ayant accès à une hygiène de base	NA	5 876 294 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	3 070 518 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	2 680 686 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	3 233 147 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)		≥80 %	Annuel	Rapports d'enquêtes
WASH Durable	Indicateur 15 – Proportion des usines d'adduction d'eau potable implémentées dans les ZS priorité 1.	Nombre d'usines d'adduction d'eau potable implémentées		6	9	9	6	4	Au moins 80 % de la population a accès à l'eau potable	Annuel	Rapports d'activités, enquêtes de terrain
Communication et Engagement communautaire	Indicateur 16 – Proportion de points focaux formés l'appui de l'engagement communautaire et de la prévention et du traitement du choléra par habitant dans les ZS priorités 1 et 2	Nombre de points focaux formés	ND	5 876 294 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	3 070 518 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	2 680 686 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)	3 233 147 (polution ZS cibles dans l'indicateur 10)		3 pour 5 000 habitants (3/ aire de santé)	Annuel	Listes de formation, enquêtes

Axe Stratégique	Indicateur	Numérateur	Base line 2021	Dénominateur					Résultat	Fréquence	Source
				2023	2024	2025	2026	2027			
	Indicateur 17 – Proportion de la population dans les ZS de priorité 1 ayant une bonne connaissance de la prévention du choléra dans les communautés	Nombre de personnes dans les ZS de priorité 1 ayant une bonne connaissance de la prévention du choléra	ND	13 281 459	13 719 747	14 172 499	14 640 191	15 123 318	Au moins 90%	Annuel	Enquêtes CAP, enquête de couverture VCO, études d'observation
Recherche opérationnelle	Indicateur 18a – Proportion des études d'impact des interventions dans les zones de santé de priorité 1 et 2.	Nombres d'études	ND	19	19	20	19	19	Au moins 85%	Annuel	Rapports d'enquêtes
	Indicateur 18b – Proportion des études de mise en œuvre de la Surveillance globale dans les zones de santé de priorité 1 et 2.	Nombres d'études	ND	15	16	16	16	15	Au moins 85%	Annuel	Rapports d'enquêtes
	Indicateur 18c – Proportion des études conduites sur la gouvernance de la mise en œuvre du PMSEC 2023-2027 dans les zones de santé de priorité 1 et 2.	Nombres d'études	ND	34	35	35	35	35	Au moins 85%	Annuel	Rapports d'enquêtes
	Indicateur 18d – Proportion des études d'immunologie, biologie moléculaire et de phylogénie dans les ZS de priorité 1.	Nombres d'études	ND	15	16	16	16	15	Au moins 85%	Annuel	Rapports d'enquêtes

Axe Stratégique	Indicateur	Numérateur	Base line 2021	Dénominateur					Résult at	Fréquence	Source
				2023	2024	2025	2026	2027			
	Indicateur 18e – Proportion des études d'écoépidémiologie dans les zones de santé de priorité 1.	Nombres d'études	ND	7	7	8	7	7	Au moins 85%	Annuel	Rapports d'enquêtes

VIII.2.3. Ressources nécessaires pour le suivi et l'évaluation.

VIII.2.3.1 Au niveau central

Tableau 28. Ressources financières au niveau central

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Budget global de mise en œuvre et de suivi	- Organisation d'un atelier	- Financement
Document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	- Organisation d'un atelier	- Financement de l'activité
Note Circulaire de l'exécution du Budget exercice 2023	- Contacts avec des personnes ressources	- Disponibilité du plan - Temps

Tableau 29. Ressources matérielle niveau central

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Matériels informatiques et carburant	Budget de mise en œuvre des activités de coordination	Disponibilité du budget de coordination
Document du plan de suivi-évaluation	Organisation d'un atelier	Financement
Un logiciel de suivi-évaluation	Achat ou développement	Financement
Guide de suivi-évaluation	Organisation d'un atelier	Financement
Modèle standard de rapport de suivi-évaluation	Organisation d'un atelier	Financement

Tableau 30. Ressources Humaines au niveau central

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Personnel apte et qualifié	- Former les membres du COPIL en suivi- évaluation	- Financement
	- Former les membres du COPIL en suivi- évaluation	- Financement
Plan de formation	- Recrutement d'un consultant	- Financement

VIII.2.3.2 - Au niveau intermédiaire**Tableau 31. Ressources financières au niveau intermédiaire**

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales	- Organisation d'un atelier	- Financement

Tableau 32. Ressources matérielles au niveau intermédiaire

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Matériels informatiques et carburant	Budget de mise en œuvre des activités de coordination	Disponibilité du budget de coordination
Document du plan de suivi-évaluation	Organisation d'un atelier	Financement
Modèle standard de rapport de supervision	Organisation d'un atelier	Financement
Base des données des enquêteurs (agents de terrain)	Recrutement	Disponibilité du Plan Financement

Tableau 32. Ressources humaines au niveau intermédiaire

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Personnel apte et qualifié	- Former les membres du CPLC en suivi- évaluation	- Financement

VIII.2.3.3 - Au niveau opérationnel**Tableau 33. Ressources financières au niveau opérationnel**

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Plan de décaissement	- Atelier d'élaboration	- Disponibilité du Plan - Financement

Tableau 34. Ressources matérielles au niveau opérationnel

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Matériels roulants et informatiques	Dotation ou achat	Disponibilité du budget
Document standard de reporting	Organisation d'un atelier	Financement
Fiches nommées d'enquêtes	Atelier d'élaboration	Financement

Tableau 35. Ressources humaines au niveau opérationnel

Identification du besoin	Moyen d'acquisition	Contraintes à surmonter
Personnel apte et qualifié	- Former les membres du CTLC en reporting	- Disponibilité du plan - Financement

Tableau 36. Tableau de mise en œuvre de la coordination

	Niveau Central	Niveau Provincial	Niveau Opérationnel
Modalité	Fréquence	Fréquence	Fréquence
La supervision pour le Suivi de la mise en œuvre des activités	Une année (12mois) vers le niveau provincial (Intermédiaire)	Semestriel (6mois) vers le niveau périphérique (Opérationnel)	Chaque fin du mois vers les formations sanitaires et pour les ministères connexes
Les missions d'appui aux activités de riposte contre L'épidémie du choléra et les autres maladies diarrhéiques	Elles seront organisées Annuellement par le CNAEHA avec tous les partenaires dans la lutte contre l'épidémie du choléra et les autres maladies diarrhéiques	Elles seront organisées Trimestriellement par le CPAEHA avec tous les partenaires dans la lutte contre l'épidémie du choléra et contrôle des autres maladies diarrhéiques	Elles seront organisées Mensuellement par le CTAEHA avec tous les partenaires dans la lutte contre l'épidémie du choléra et contrôle des autres maladies diarrhéiques
Tenue de revue	Annuellement (12 mois)	Trimestriellement (3mois)	Mensuellement (1mois)
Evaluation des activités de riposte contre l'épidémie du choléra et Les autres maladies diarrhéiques	Une enquête de base au début de la mise en œuvre du plan (évaluation avant-projet) Deux évaluations externes dont une à mi-parcours et l'autre à la	Une enquête de base au début de la mise en œuvre du plan Deux évaluations externes dont une à mi-parcours et l'autre à la fin des interventions à tous les niveaux	Une enquête de base au début de la mise en œuvre du plan Deux évaluations externes dont une à mi-parcours et l'autre à la fin des interventions à tous les niveaux

	fin des interventions à tous les niveaux		
--	---	--	--

VIII.2.4 Modalité de mise en œuvre des activités de suivi et évaluation

Encadré de modalité de suivi et évaluation

Modalités de suivi qui donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre, compte des actions mises en œuvre qu'il s'engage à mettre en œuvre. Il ne s'agit pas d'une nouvelle procédure mais d'une suite de la démarche initiale de certification.

VIII.2.4.1 Modalités pratiques de suivi des activités

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, le suivi des activités du PMSEC 2023-2027 se fera au rythme annuel, semestriel, trimestriel et mensuel ou selon le cas. 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. Les données en provenance des divisions provinciales des ministères impliqués sont centralisées par le Comité Provincial d'action de l'Eau, Hygiène et Assainissement (CPAEHA).

La supervision pour le suivi de la mise en œuvre des activités sur l'élimination du choléra et le contrôle des autres des maladies diarrhéiques va s'organiser selon le rythme suivant :

- 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 Etablissements de Soins de santé et mutatis mutandis pour les ministères connexes,
- Chaque mois, des Etablissements de Soins de santé vers les structures communautaires et mutatis mutandis pour les ministères connexes.

VIII.2.4.2 Les missions d'appui aux activités de riposte contre les épidémies sur le terrain

Elles seront organisées par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention avec tous les partenaires dans la lutte contre l'épidémie de choléra et les autres maladies

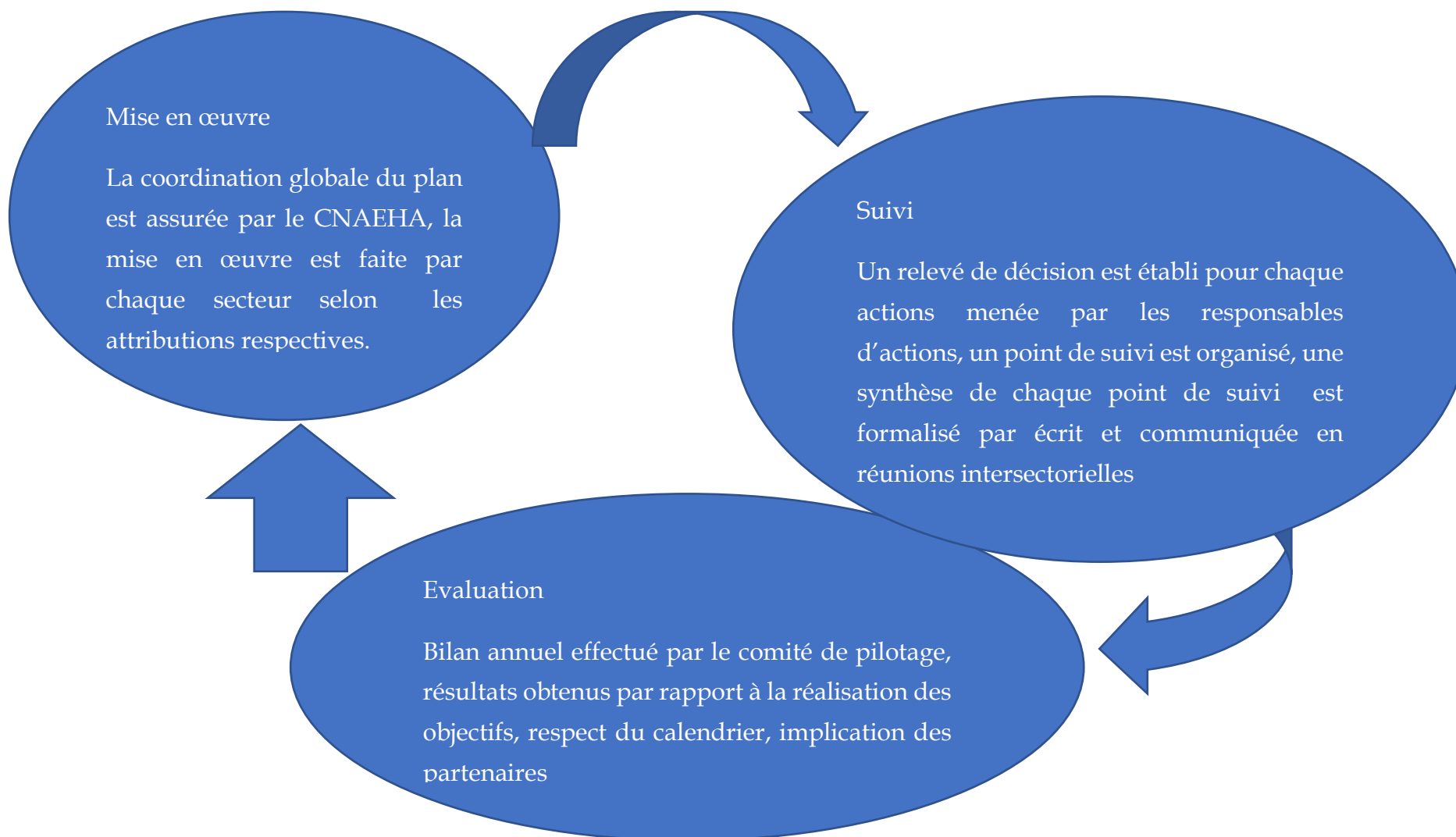
diarrhéiques à différents niveaux. Dans la situation actuelle, il est souhaitable que ces différents partenaires apportent leur appui au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention pour la réalisation de ces missions. La fin de ces missions devra être sanctionnée par un rapport conjoint entre le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention et les partenaires impliqués dans la riposte. 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.

VIII.2.4.3 - Modalités pratiques de l'évaluation des activités

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 et le contrôle des autres maladies diarrhéiques, 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 termes 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.



VIII.2.5 Chronogramme de suivi et évaluation du PMSEC 2023-2027

Activités de suivi et évaluation par résultats	2023				2024				2025				2026				2027			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Axe 1. Renforcement des activités de surveillance globale																				
1 Coordination multisectorielle de la surveillance globale																				
1.1 Le cadre de coordination par rapport à la surveillance multisectorielle est redynamisé																				
1.2 Les points focaux de la surveillance par secteurs impliqués dans la lutte et à tous les niveaux (national, provincial, opérationnel) sont formés																				
1.3 (a) Les réunions de coordination de la surveillance multisectorielle sont organisées : niveau intermédiaire (trimestriel)																				
1.3 (b) Les réunions de coordination de la surveillance multisectorielle sont organisées : niveau central (semestriel)																				

4. La surveillance environnementale																			
4.1 Les prestataires de la surveillance environnementale du choléra et des autres maladies diarrhéiques sont formés																			
4.2 le système de surveillance environnementale de choléra en intégrant l'observatoire volcanologique, l'agence Nationale de météorologie et de télédétection par satellite (METELSAT), Centre hydro-biologique d'Uvira et d'autres institution de recherche scientifique ayant de problématique de d'environnement de société comme objet de leur activité est développé et mis en place. Dans 39 ZS (type A et B)																			
4.3 Les ZS de Type A et B sont dotés des matériels et outils de surveillance environnementale.																			
5 La surveillance basée sur les événements																			
5.1. Un système de surveillance de choléra basé sur les évènements est conçu et mis en place dans les ZS de tout type																			

6.1 un système surveillance socio-anthropologique de choléra est conçu et mis en place dans les 39 ZS (de Type A et B).																			
6.2 Les prestataires sur l'approche socio-anthropologique de la surveillance sont formés																			
6.3 Les ZS de Type A et B sont dotées des matériels et outils de surveillance anthropologique																			
6.4 un système de détection précoce de tout mouvement de la population est mis en place dans toutes les ZS (tout type)																			
6.5 Les zones de santé A et B sont identifiées dans les pratiques à risque de transmission du choléra (cuisson insuffisante des aliments, consommation des poissons crus, manipulation des poissons etc.)																			
6.6 La Surveillance anthropologique est suivie et évalué dans les 39 ZS de Type A et B.																			
Axe 2. Prise en charge																			
Pilier 2.1 : Le renforcement des capacités des prestataires																			

diarrhéiques du niveau provincial vers les zones de santé de type A et B.																			
Axe 3. Mise en place des interventions d'urgence liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones affectées par les épidémies de choléra (endémique et épidémique) au niveau des structures de prise en charge et de la communauté																			
Pilier 1. Organisation des interventions communautaires ciblées autour des cas selon la recommandation du niveau national																			
1.1. Les acteurs sur le quadrillage dans les zones A et B sont formés																			
1.2 les acteurs sur le quadrillage dans les zones C et D sont formés																			
1.3. Les kits des dispositifs de lavage des mains dans les lieux de regroupement dans les zones A et B sont mise en place par an																			
1.4. Les kits de dispositifs de lavages des mains dans les lieux de regroupement des zones hautement et Priorité 2s pour toutes autres les maladies diarrhéiques sont mises en place																			

2.5. Les missions de suivi sont organisées dans les aires de santé de type A et B																			
2.6. Les missions de suivi sont organisées dans les aires de santé de type C et D																			
Axe 4. WASH durable: Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, l'Hygiène et l'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra																			
1. Accès à l'eau potable																			
Milieu urbain																			
1.1. Appuyer l'implémentation des usines d'adduction d'eau potable dans 9 cités urbaines de 9 neuf zones de santé de type A (Construction/Réhabilitation d'usine de traitement d'eau, aménagement du réseau de distribution, aménagement de station de distribution d'énergie pour l'usine) usine de 50 000 m3/jour																			
Milieu rural																			
1.2. Appuyer l'implémentation de 25 mini réseaux adduction d'eau potable (forage, 5 bornes fontaines, une tour métallique de 10m d'hauteur, un réservoir																			

4.1. Mise en place des 117 Points Focaux de collecte de données de WASH durable dans les zones des types A et B dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30), (y compris les sites/ camps des réfugiés)																		
4.2. Doter à 117 points focaux des équipements du travail (Laptop, disque externe, modem et frais d'internet) dans les zones des types A et B																		
4.3. Organisation trimestrielle de 80 missions de monitoring dans les zones des types A et B, (y compris les sites/ camps des réfugiés)																		
4.4. Mise en place de la base de données de WASH durable																		
Axe 5. Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les endémiques prioritaires de type A et B et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte																		
1. Vaccination préventive dans les zones A et B en période d'accalmie																		
Les plaidoyers sont menés auprès des bailleurs pour l'approbation concomitante de vaccins et des fonds.																		

Les campagnes de vaccination dans les zones A et B la première et la quatrième année sont organisées																		
Les campagnes de vaccination dans les anciennes zones Zones Priorité 1s sont organisées.																		
2.Vaccinations réactives dans les zones éligibles																		
Le Macro-plan de vaccination à l'échelle nationale est élaboré																		
Les micro-plans des zones de santé du type A, B1, B2, B3, C1, C2 et D1 sont élaborés																		
Les équipes provinciales sont formées en organisation de la campagne																		
Les campagnes de vaccination réactive sont organisées																		
3. Suivi des manifestations adverses post immunisation (MAPI)																		
CNSM par l'arrêté du Ministre de la Santé est créé																		
Les réunions de classification des MAPI graves par le CNSMC																		

4. Organisation des enquêtes de couverture pour chaque campagne de vaccination																				
Les enquêteurs sont formés																				
Les enquêtes des couvertures en post campagne sont organisées																				
5. Disponibilité et utilisation du VCO																				
Un mécanisme de flexibilité dans la distribution et l'utilisation des vaccins selon la dynamique de l'épidémie pour les campagnes réactives est mis en place																				
Les requêtes de demande de vaccins et de fonds pour chaque campagne de vaccination à mener sont rédigées																				
Les sites de stockage des vaccins oraux contre le choléra dans les provinces avec les zones de type A et B sont mises en place																				
Axe 6. Communication pour le changement de comportements et engagement communautaire																				

Pilier 1 : Sensibilisation des différentes communautés																			
1.1 Pour les bailleurs																			
1.1.1. 10 tables rondes semestrielles de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra sont organisées au niveau central																			
1.1.2. 60 tables rondes annuelles de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra sont organisées au niveau des provinces																			
1.2. Pour les autorités politico-administratives																			
1.2.1. 26 missions de vulgarisation du PMSEC 2023-2027 sont organisées																			
1.3. Pour les ONGD de mise en œuvre																			
1.3.1. 100 % des ONGD de mise en œuvre sont identifiées																			
1.3.2. 100% des ONGD de mise en œuvre sont formées																			
1.4. Pour les populations locales																			

1.5. 1 038 acteurs intervenants dans la lutte sont sensibilisés à l'objectif d'élimination du choléra																			
Pilier 2 : Engagements des Communautés																			
2.1. Pour les bailleurs																			
2.2.1. 10 tables rondes semestrielles de plaidoyer pour le financement du PMSEC sont organisées																			
2.2.2. 130 tables rondes annuelles de plaidoyer pour le financement du PMSEC sont organisées																			
2.2. Pour les autorités politico-administratives																			
2.1. 26 missions de plaidoyer pour le financement du PMSEC 2023-2027 sont organisées																			
2.3. Pour les ONGD de mise en œuvre																			
2.3.1. Les capacités des ONGDS dans la réalisation des ouvrages hydrauliques et sanitaires sont renforcées																			
2.4. Pour les populations locales																			

Pilier 1. Analyse cout-efficacité des interventions des autres axes stratégiques																				
1.1 Les études d'impact des interventions dans les zones de santé A, B et C sont réalisées																				
1.2 Les études d'impact des interventions WASH d'urgence dans les zones de santé A et B sont réalisées																				
1.3 Les études d'impact des interventions de vaccination préventive dans les zones de santé A et B sont réalisées																				
1.4 Les études d'impact des interventions de vaccination réactive dans les zones de santé B et C sont réalisées																				
1.5 Les études d'impact de la mise en œuvre de la surveillance globale (clinique, biologique, environnementale, socio-anthropologique et basée sur les événements) du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A et B sont réalisées																				

Pilier 2. Socio-anthropologie des populations																			
2.1 Les études de perceptions et de connaissances, attitudes et pratiques des populations sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A, B et C sont menées																			
Pilier 3. Gouvernance de gestion des épidémies de choléra et de contrôle des autres maladies diarrhéiques																			
3.1 Les études d'impact d'anthropologie des institutions étatiques et non-étatiques impliquées dans la lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A, B et C sont réalisées																			
3.2 Les études d'impact des crises complexes sur la mise en œuvre du PMSEC dans les zones de santé A sont réalisées																			
Pilier 4. Immunologie, biologie moléculaire et phylogénie																			
4.1 Les études de suivi épidémiologique, biologique, moléculaire et phylogénétique du portage																			

asymptomatique du choléra dans les zones de type A et B sont réalisées																		
4.2 Les études sur les caractéristiques phénotypiques et génotypiques ainsi que le profil de résistance aux antimicrobiens des souches cliniques et environnementales responsables du choléra dans les zones de type A et B sont conduites																		
Pilier 5. Eco-épidémiologie du choléra et des autres maladies diarrhéiques																		
5.1. Les études de diagnostic de vulnérabilités territoriales aux épidémies de choléra et aux autres maladies diarrhéiques dans les zones de type A et B sont réalisées																		
Axe 8. Coordination et plaidoyer pour la mobilisation des ressources																		
Pilier 1. Coordination																		
1 Renforcement des capacités opérationnelle des organes au niveau central																		
1.1 Les réunions ordinaires du COPIL du PMSEC sont organisées																		

3.2 Dotation des laptops au CPLC																		
3.3 Dotation des imprimantes au SE du CNAEHA																		
3.4. Dotation des imprimantes au CPLC																		
3.5 Dotation des Jeep 4x4 L.C au SE du CNAEHA																		
3.5 Dotation des motos aux CPLC																		
3.6 Dotation des motos aux CTLC																		
4 Renforcement des relations entre les Provinces et avec les pays voisins																		
4. 1 Organisation des réunions de partage d'expérience entre les provinces																		
4. 1 Organisation des réunions avec les pays voisins																		
Pilier 2. Vulgarisation du PMSEC 2023-2027																		
1 Vulgarisation-Ministres sectoriels																		
1.1 Réunions Préparatoires																		
1.2 Salon de vulgarisation avec les Ministres sectoriels																		

2 Vulgarisation-Secrétaires généraux sectoriels																				
2.1 Réunions Préparatoires																				
2.2 Atelier avec les SG																				
2 Vulgarisation-Ministres provinciaux et CD sectoriels /15 CPLT																				
2.1 Réunions Préparatoires																				
2.2 Atelier avec les Ministres Provinciaux et CD sectoriels																				
3 Vulgarisation-Bailleurs et PTFs Ministres provinciaux et CD sectoriels /15 CPLT																				
3.1 Réunions Préparatoires																				
3.2 Ronde avec les Bailleurs et PTFs																				
4 Vulgarisation-FORUMS INTERNATIONAUX																				
4.1 Réunions Préparatoires																				
4.2 Participation de la RDC/Représentation																				
4 Vulgarisation-Emissions Niveau Central																				

4.1 Réunions Préparatoires																			
4.2 Participation aux émissions																			
5 Vulgarisation-Emissions Niveau intermédiaire																			
5.1 Réunions Préparatoires																			
5.2 Participation aux émissions																			
7 Vulgarisation-Secteur Privé																			
6.1 Réunions Préparatoires																			
6.2 Atelier avec les Privés																			
Pilier 3. Plaidoyer pour la Mobilisation des ressources du PMSEC 2023-2027																			
1 Salon de Plaidoyer-Ministres sectoriels																			
1.1 Réunions Préparatoires																			
1.2 Salon avec les Ministres sectoriels																			
2 Atelier de plaidoyer-Secrétaires généraux sectoriels																			
2.1 Réunions Préparatoires																			

2.2 Atelier avec les SG																			
3 Atelier d'Echange -DEP sur l'insertion des activités du PMSEC à LIFIP																			
3.1 Réunions Préparatoires																			
3.2 Atelier avec les DEP																			
4 Salon de plaidoyer-Bailleurs et PTFs																			
4.1 Réunions Préparatoires																			
4.2 Salon avec les Bailleurs et PTFs																			
5 Atelier national de Plaidoyer avec les Privés																			
5.1 Réunions Préparatoires																			
5.2 Atelier national																			
6 Ateliers provinciaux de Plaidoyer avec les Privés																			
6.1 Réunions Préparatoires																			
6.2 Ateliers provinciaux																			
Pilier 4. Suivi-évaluation																			

1 Elaboration du plan de suivi																				
1.1 Réunions préparatoires																				
1.2 Atelier d'Elaboration du Plan																				
1.3 Atelier de validation technique																				
1.4 Atelier de validation Politique/COPIL																				
1.5 Déplacement des Provinciaux pour participer aux 2 atelier																				
2 Participation du SE du CNAEHA à l'élaboration des PAO et Plan de contingences																				
2.1 Mission de participation à l'élaboration du PAO																				
2.2 Mission de participation à l'élaboration du Plan de contingence																				
3 Système de gestion et partage de données																				
3.1 Appuyer le GTP pour le développement d'une base de données																				
3.2 Achat hébergement données et consommables																				

3.2 Formation des points focaux du niveau central et provincial																		
3.3. Formation des agents sectoriels pour la gestion de la base de données au niveau provincial																		
3.5 Réunion de démonstration au COPIL																		
1.5 Déplacement des Provinciaux pour participer aux 2 ateliers																		
4 Suivi Périodique																		
4.1 Réunion préparatoires																		
4.2 Atelier de revue annuelle au niveau central																		
4.3 Missions de suivi de MOE par le niveau Central																		
4.4 Mission de suivi des MOE par les provinciaux																		

CHAPITRE IX : BUDGET ET MOBILISATION DES RESSOURCES

IX.1 Tableau synthèse du budget global

Tableau 2 : Tableau synthèse du budget global

N°	Axe stratégique	Budget global	%
1	Surveillance globale	5 685 500	2,95
2	Prise en charge	34 204 200	17,77
3	Mise en place des interventions d'urgence liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones affectées par les épidémies de choléra (endémique et épidémique) au niveau des structures de prise en charge et de la communauté	40 987 500	21,29
4	Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, l'Hygiène et l'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra	70 487 000	36,61
5	Implémentation des activités de vaccination préventive dans les endémiques prioritaires de type A et B et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte	12 361 008	6,42
6	Communication et engagements communautaires	5 216 500	2,71
7	Recherche opérationnelle	14 102 372	7,33
8	Coordination et plaidoyer pour la mobilisation des ressources	9 482 000	4,93
TOTAL		192 520 580	100

IX.2 Budget détaillé par axes stratégiques

Tableau 3 : Budget détaillé par axes stratégiques

Activités par résultats	Fréquence	Quantité	C.U (USD)	C.T (USD)
Axe 1. Renforcement des activités de surveillance globale				
1 Coordination multisectorielle de la surveillance globale				
1.1 Le cadre de coordination par rapport à la surveillance multisectorielle est redynamisé	1	1	3800	3 800
1.2 Les points focaux de la surveillance par secteurs impliqués dans la lutte et à tous les niveaux (national, provincial, opérationnel) sont formés	1	38	200	7 600
1.3 Les réunions de coordination de la surveillance multisectorielle sont organisées	5	24	760	91 200
1.4 La base de données qui intègre les données multisectorielles est mise en place	1	1	24500	24 500
Sous-total Coordination multisectorielle de la surveillance globale				127 100

2.La surveillance clinique				
2.1 Les acteurs sur la surveillance du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé sont formés dans les zones de type A et B	1	117	200	23 400
2.2 Les acteurs sur la surveillance du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé sont formés dans les zones de type C et D	1	960	200	192 000
2,3 Les acteurs sur la surveillance électronique du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé sont formés sur la surveillance électronique	1	1038	200	207 600
2.3 Les Provinces dans l'élaboration de leurs plans de contingence et de riposte choléra et autres maladies diarrhéiques sont accompagnées	1	26	3500	91 000
2.4 Les relais communautaires sont formés sur le nouveau module de surveillance à base communautaire	1	212500	10	2 125 000
2.5 Les équipes d'intervention rapide au niveau de DPS et de zones de santé sont formées	1	195	200	39 000

2.6. Les acteurs de surveillance de Point d'entrée des 39 ZS (de Type A et B) sont formés en SIMR 3édition.	1	1038	50	51 900
Sous-total surveillance clinique				2 729 900
3. La surveillance biologique				
3.1 le réseau de transport des échantillons vers les laboratoires désignés est renforcé	1	1	0	0
3.2 Cinq laboratoires supplémentaires dans les zones à risque sont implémentés	1	5	50000	250000
3.3 Les prestataires en techniques de prélèvement, conservation et transport des échantillons choléra et autres maladies diarrhéiques sont formés dans les ZS de tous types,	1	1038	200	207600
3.4 Les prestataires/techniciens de laboratoires sur l'utilisation des TDR sont formés	1	78	200	15600
3.5 les analyses de biologie moléculaire de cas de choléra au niveau de l'INRB sont intégrées	1	1	25000	25000
Sous-total surveillance biologique				498 200
4. La surveillance environnementale				

4.1 Les prestataires de la surveillance environnementale du choléra et des autres maladies diarrhéiques sont formés	1	108	200	21 600
4.2 le système de surveillance environnementale de choléra en intégrant l'observatoire volcanologique, l'agence Nationale de météorologie et de télédétection par satellite (METELSAT), Centre hydro-biologique d'Uvira et d'autres institution de recherche scientifique ayant de problématique de d'environnement de société comme objet de leur activité est développé et mis en place. Dans 39 ZS (type A et B)	1	3	2500	7 500
4.3 Les ZS de Type A et B sont dotés des matériels et outils de surveillance environnementale.	1	39	1500	58 500
Sous-total Surveillance environnementale				87 600
5 La surveillance basée sur les événements				
5.1. Un système surveillance de choléra basé sur les évènements est conçu et mis en place dans les ZS de tout type	1	26	3500	91 000
5.2 Les prestataires de zones de santé sur la surveillance basée sur les événements sont formés	1	1038	200	207 600
5.3 Un réseau communautaire pour la remontée rapide d'informations et rumeurs sur les cas et décès de choléra et autres maladies diarrhéiques est mis en place	1	26	3500	91 000

5.4 La liste des évènements susceptibles d'avoir un impact sur la survenue du choléra et autres maladies diarrhéiques en milieux spécifiques (îlots de pêche, prisons, carrés miniers, zones lacustres, camps de déplacés) est vulgarisée	1	26	3500	91 000
5.5 Les pêcheurs, leaders communautaires et leaders religieux dans le réseau de rapportage des événements de zones de santé de type A, B, C sont intégrés	1	880	10	8 800
5.6 Les ZS de Type A et B sont dotées des matériels et outils de surveillance basée sur les événements	1	39	100	3 900
Sous-total Surveillance basée sur les événements				493 300
6 La surveillance socio-anthropologique				
6.1 Un système surveillance socio-anthropologique de choléra est conçu et mis en place dans les 39 ZS (de Type A et B).	1	26	3 500	91 000
6.2 Les prestataires sur l'approche socio-anthropologique de la surveillance sont formés	1	1 038	200	207 600
6.3 Les ZS de Type A et B sont dotées des matériels et outils de surveillance anthropologique	1	39	100	3 900

6.4 un système de détection précoce de tout mouvement de la population est mis en place dans toutes les ZS (tout type)	1	26	3 000	78 000
6.5 Les zones de santé A et B sont identifiées dans les pratiques à risque de transmission du choléra (cuisson insuffisante des aliments, consommation des poissons crus, manipulation des poissons etc.)	1	39	100	3 900
6.6 La Surveillance anthropologique est suivie et évaluée dans les 39 ZS de Type A et B.	10	39	3 500	1 365 000
Sous-total Surveillance socio-anthropologique				1 749 400
Total général budget de la surveillance globale				5 685 500
Axe 2. Prise en charge				
Pilier 2.1 : Le renforcement des capacités des prestataires				
2.1.1 : Formation de 3 900 prestataires de soins des UTMD ET CTMD sur la prise en charge complète du choléra et autres maladies diarrhéiques dans 39 zones de type A et B	1	3 900	250	975 000
2.1.2 : Formation de 8 200 prestataires de soins des UTMD et CTMD sur la prise en charge complète du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans 23 zones de santé de type C et D (100 personnes par zone de santé)	1	8 200	71	582 200

2.1.2 : Rémunération de 5 540 prestataires de soins affectés à la prise en charge lors des flambées des cas	5	5 540	200	5 540 000
2.1.3 : Renforcement des capacités de 78 acteurs de terrain en gestion des médicaments et autres intrants dans les zones de type A et B	1	78	1 500	117 000
Sous-total renforcement des capacités				7 214 200
Pilier 2.2. L'amélioration des infrastructures, matériels et équipement				
2.2.1 : Réhabilitation/ construction de 620 CTMD /UTMD des zones de Santé de type A, B et C (endémiques et épidémiques)	1	620	4 000	2 480 000
2.2.2 : Equipements et matériels de base pour 620 CTMD /UTMD des zones de santé de type A, B et C (endémiques et épidémiques) pour la prise en charge	1	620	2 000	1 240 000
2.2.3 : Installation/ extension de 1 950 SSC avec TRO dans les zones de santé de type A, B et C (endémiques et épidémiques)	1	1 950	300	585 000
2.2.4. Dotation de 39 ambulances dans les zones de santé de type A et B pour le transport des malades	1	39	80 000	3 120 000

2.2.5. Dotation de 20 pirogues motorisée dans les zones de santé de type A et B pour le transport des malades	1	20	3 500	70 000
2.3.6 : Affectation de 10 véhicules 4*4 dans les provinces endémiques et en épidémie	1	10	60 000	600 000
Sous-total Amélioration des infrastructures, matériels et équipement				8 095 000
Pilier 2.3. L'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres intrants				
2.3.1. Pré positionnement/Approvisionnement en médicaments de prise en charge dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B.	5	390	3 000	5 850 000
2.3.2. Pré positionnement/Approvisionnement des autres intrants de prise en charge dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B.	5	390	500	975 000
2.3.3. Prise en charge nutritionnelle de 50 000 malades de choléra dans 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B.	5	10 000	30	1 500 000
2.3.4 : Dotation de 390 UTMD et CTMD des zones de type A et B en outils normés de PEC	5	390	300	585 000
Sous-total Disponibilité des médicaments et équipement				8 910 000
Pilier 2.4. Le suivi et évaluation				

2.4.1 : Organisation de 2 548 séances de monitoring sur la prise en charge de cas de choléra et autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé de type A et B.	5	2 548	250	3 185 000
2.4.2 : Organisation de 20 missions conjointes de suivi de PEC de choléra et autres maladies diarrhéiques du niveau central vers les zones de santé de type A et B.	10	10	39 000	3 900 000
2.4.3 : Organisation de 20 missions conjointes de suivi de PEC de choléra et autres maladies diarrhéiques du niveau provincial vers les zones de santé de type A et B.	10	10	29 000	2 900 000
Sous-total Suivi et Evaluation				9 985 000
Total général budget de la prise en charge clinique des malades				34 204 200
Axe 3. Mise en place des interventions d'urgence liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones affectées par les épidémies de choléra (endémique et épidémique) au niveau des structures de prise en charge et de la communauté				
Pilier 1. Organisation des interventions communautaires ciblées autour des cas selon la recommandation du niveau national				
1.1. Les acteurs sur le quadrillage dans les zones A et B sont formés	1	39	30000	1 170 000

1.2 les acteurs sur le quadrillage dans les zones C et D sont formés	1	82	30000	2 460 000
1.3. Les kits des dispositifs de lavage des mains dans les lieux de regroupement dans les zones A et B sont mise en place par an	5	3900	10	195 000
1.4. Les kits de dispositifs de lavages des mains dans les lieux de regroupement des zones hautement et Priorité 2s pour toutes autres les maladies diarrhéiques sont mises en place	5	3100	15	232 500
1.5. Les latrines d'urgences sont construits/réhabilité par an	5	2 420	1000	12 100 000
1.6. Les kits quadrillage dans les zones de type A et B chaque année sont dotés	5	39	39000	7 605 000
1.7. Les kits quadrillage dans les zones de type C et D chaque année sont budgétisés	5	82	39000	15 990 000
Sous-total Interventions communautaires				39 752 500
Pilier 2. Monitoring de la qualité de l'eau				
2.1. La surveillance environnementale des ressources en eau, de l'eau potable distribuée et des aliments dans les zones affectées chaque année est organisée	10	121	75	90 750

2.2. Les zones de type sont dotées des matériels et outils de suivi des activités communautaires	1	121	250	30 250
2.3. Les réunions d'évaluation sont organisées par an dans les zones A et B	5	52	1000	260 000
2.4. Les réunions d'évaluation sont organisées par an dans les zones C et D	5	52	1000	260 000
2.5. Les missions de suivi sont organisées dans les aires de santé de type A et B	10	2	19800	396 000
2.6. Les missions de suivi sont organisées dans les aires de santé de type C et D	10	1	19800	198 000
Sous-total Monitoring de la qualité de l'eau				1 235 000
Total général budget WASH d'urgence				40 987 500
Axe 4. Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, l'Hygiène et l'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra				
1. Accès à l'eau potable				
Milieu urbain				

1.1. Appuyer l'implémentation des usines d'adduction d'eau potable dans 9 cités urbaines de 9 neuf zones de santé de type A (Construction/Réhabilitation d'usine de traitement d'eau, aménagement du réseau de distribution, aménagement de station de distribution d'énergie pour l'usine) usine de 50 000 m3/jour	1	9	5 343 000	48 087 000
Milieu rural				0
1.2. Appuyer l'implémentation de 25 mini réseaux adduction d'eau potable (forage, 5 bornes fontaines, une tour métallique de 10m d'hauteur, un réservoir de 32 m3 et un groupe électrogène 22 KWA) dans 25 zones de santé des types A, B1 et B2 (y compris les sites/ camps des réfugiés)	1	25	300 000	7 500 000
Sous-total : Accès à l'eau potable				55 587 000
2. Promotion des mesures d'hygiène				
Milieux périurbain et rural				
2.1. Organisation des 75 campagnes de promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement autour des points d'eau (robinet, borne fontaine, forage) dans 9 villes de zones santé de types A (N=9) et B1 et B2 (N= 16), (y compris les sites/ camps des réfugiés)	3	25	10000	750 000
Sous-total : Promotion des mesures d'hygiène				750 000
3. Accès à l'assainissement du milieu				

Milieu urbain				
3.1. Construction de 450 latrines publiques dans 9 zones de types A (N=9), (y compris les sites/ camps des réfugiés)	1	450	5000	2 250 000
3.2. Organisation des 78 campagnes de marketing d'assainissement dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30), (y compris les sites/ camps des réfugiés)	2	78	10000	1 560 000
3.3. Installation des 117 points focaux (3/ZS) chargés de collecte de données sur la surveillance environnementale dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30), (y compris les sites/ camps des réfugiés)	1	39	8000	312 000
3.4. Mise en place de la base de données sur l'assainissement du milieu	1	1	10000	10 000
3.5. Dotation en équipement (ordinateur, GPS, pH mètre, photospectromètre, etc.) aux 117 Points focaux (3/ZS) chargés de collecte de données sur la surveillance environnementale dans les zones de types A (N=9) et B (N=30).	1	117	4000	468 000
Milieu rural et périurbain				

3.6. Accompagnement de la mise en œuvre de la feuille de route d'éradication de la défécation à l'air libre en RD Congo dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30).	1	39	200 000	7 800 000
Sous-total : Accès à l'assainissement du milieu				12 400 000
4. Monitoring des activités de WASH durable				
4.1. Mise en place des 117 Points Focaux de collecte de données de WASH durable dans les zones des types A et B dans 39 zones de types A (N=9) et B (N=30), (y compris les sites/ camps des réfugiés)	1	39	8000	312 000
4.2. Doter à 117 points focaux des équipements du travail (Laptop, disque externe, modem et frais d'internet) dans les zones des types A et B	1	117	4000	468 000
4.3. Organisation trimestrielle de 80 missions de monitoring dans les zones des types A et B, (y compris les sites/ camps des réfugiés)	20	4	12000	960 000
4.4. Mise en place de la base de données de WASH durable	1	1	10000	10 000
Sous-total : Monitoring des activités de WASH durable				1 750 000
Total général budget de WASH durable				70 487 000

Axe 5. Implémentation des activités de vaccination préventive dans les endémiques prioritaires de type A et B et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte				
1. Vaccination préventive dans les zones A et B en période d'accalmie				
Les plaidoyers sont menés auprès des bailleurs pour l'approbation concomitante de vaccins et des fonds.	1	5	1 000	5 000
Les campagnes de vaccination dans les zones A et B la première et la quatrième année sont organisées	2	39	69 100	5 389 800
Les campagnes de vaccination dans les Zones Priorité 1s sont organisées.	2	28	69 100	3 869 600
Sous-total vaccination préventive				9 264 400
2. Vaccinations réactives dans les zones éligibles				
Le Macro-plan de vaccination à l'échelle nationale est élaboré	1	1	500	500
Les micro-plans des zones de santé du type A, B1, B2, B3, C1, C2 et D1 sont élaborés	1	78	200	15600
Les équipes provinciales sont formées en organisation de la campagne	1	26	5 000	130000
Les campagnes de vaccination réactive sont organisées	2	10	69 100	1382000

Sous-total vaccination réactive				1 528 100
4. Organisation des enquêtes de couverture pour chaque campagne de vaccination				
Les enquêteurs sont formés	1	975	200	195 000
Les enquêtes des couvertures en post campagne sont organisées	1	8	168 001	1 344 008
Sous-total organisation des enquêtes de couverture pour chaque campagne de vaccination				1 539 008
5. Disponibilité et utilisation du VCO				
Un mécanisme de flexibilité dans la distribution et l'utilisation des vaccins selon la dynamique de l'épidémie pour les campagnes réactives est mis en place	1	1	0	0
Les requêtes de demande de vaccins et de fonds pour chaque campagne de vaccination à mener sont rédigées	1	8	0	0
Les sites de stockage des vaccins oraux contre le choléra dans les provinces avec les zones de type A et B sont mis en place	1	4	6 000	24000
Sous-total disponibilité et utilisation du VCO				24 000
Total général budget vaccination				12 355 508

Axe 6. Communication pour le changement de comportements et engagement communautaire				
Pilier 1 : Sensibilisation des différentes communautés				
1.1 Pour les bailleurs				505 000
1.1.1. 10 tables rondes semestrielles de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra sont organisées au niveau central	2	5	5 000	50 000
1.1.2. 60 tables rondes annuelles de sensibilisation à l'objectif d'élimination du choléra sont organisées au niveau des provinces	5	26	3 500	455 000
1.2. Pour les autorités politico-administratives				130 000
1.2.1. 26 missions de vulgarisation du PMSEC 2023-2027 sont organisées	1	26	5 000	130 000
1.3. Pour les ONGD de mise en œuvre				182 000
1.3.1. 100 % des ONGD de mise en œuvre sont identifiées	1	26	3 500	91 000
1.3.2. 100% des ONGD de mise en œuvre sont formées	1	26	3 500	91 000
1.4. Pour les populations locales				770 000
1.4.1. Un plan de communication pour l'élimination du choléra et de contrôle d'autres maladies diarrhéiques est élaboré	1	1	15 000	15 000

1.4.2. Les pratiques favorables à la prévention d'épidémie de choléra et des autres maladies diarrhéiques (au niveau de la famille, la communauté, de prestataires de services) sont promues	1	26	15 000	390 000
1.4.3. Les communautés sont impliquées dans les activités de lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques	1	26	10 000	260 000
1.4.3. 20 bulletins trimestriels sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques sont publiés	5	4	5 000	100 000
1.4.4. Les liens entre des médias, structures locales et acteurs de la réponse pour promouvoir les activités d'engagement communautaire sont créés et renforcés	1	1	5 000	5 000
1.5. Pour les acteurs des différents ministères impliqués				125 000
1.5. 1 038 acteurs intervenants dans la lutte sont sensibilisés à l'objectif d'élimination du choléra	1	5	25 000	125 000
Sous Total Sensibilisation des différentes communautés				1 712 000
Pilier 2 : Engagements des Communautés				
2.1. Pour les bailleurs				505 000

2.2.1. 10 tables rondes semestrielles de plaidoyer pour le financement du PMSEC sont organisées	2	5	5 000	50 000
2.2.2. 130 tables rondes annuelles de plaidoyer pour le financement du PMSEC sont organisées	5	26	3 500	455 000
2.2. Pour les autorités politico-administratives				130 000
2.1. 26 missions de plaidoyer pour le financement du PMSEC 2023-2027 sont organisées	1	26	5 000	130 000
2.3. Pour les ONGD de mise en œuvre				130 000
2.3.1. Les capacités des ONGDS dans la réalisation des ouvrages hydrauliques et sanitaires sont renforcées	1	26	5 000	130 000
2.4. Pour les populations locales				2 219 500
2.4.1. 100 % de différentes communautés sont identifiées et impliquées	1	26	3 500	91 000
2.4.2. 80% personnes influentes des communautés locales (leaders communautaires) sont identifiées et impliquées dans les activités de lutte	1	26	3 500	91 000
2. 4.3. 195 équipes locales de travail chargées de collaborer avec les équipes d'intervention et de surveiller la mise en œuvre du plan local sont constituées	1	39	5 000	195 000

2.4.4. 212 500 Relais Communautaires sont formés	8500	25	5	1 062 500
2.4.5. 780 bénévoles communautaires sont recrutés et formés	39	20	1 000	780 000
Sous Total Engagement des communautés				2 984 500
3. Redevabilité				520 000
3.3.1. Un mécanisme de traitement des plaintes est mis en place (fonctionnel)	1	26	10 000	260 000
3.3.2. Un mécanisme de retour d'information (feedback) est fonctionnel	1	26	10 000	260 000
Sous Total Redevabilité				520 000
Total Budget Communication et engagement des communautés				5 216 500
Axe 7. Recherche opérationnelle				
Pilier 1. Analyse cout-efficacité des interventions des autres axes stratégiques				
1.1 Les études d'impact des interventions dans les zones de santé A, B et C sont réalisées	1	3	150 000	450 000

1.2 Les études d'impact des interventions WASH d'urgence dans les zones de santé A et B sont réalisées	1	3		0
1.3 Les études d'impact des interventions de vaccination préventive dans les zones de santé A et B sont réalisées	1	39	0	0
1.4 Les études d'impact des interventions de vaccination réactive dans les zones de santé B et C sont réalisées	1	51	0	0
1.5 Les études d'impact de la mise en œuvre de la surveillance globale (clinique, biologique, environnementale, socio-anthropologique et basée sur les événements) du choléra et des autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A et B sont réalisées	1	39	0	0
Pilier 2. Socio-anthropologie des populations				
2.1 Les études de perceptions et de connaissances, attitudes et pratiques des populations sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A, B et C sont menées	1	39	67 000	2 613 000
Pilier 3. Gouvernance de gestion des épidémies de choléra et de contrôle des autres maladies diarrhéiques				

3.1 Les études d'impact d'anthropologie des institutions étatiques et non-étatiques impliquées dans la lutte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques dans les zones de santé A, B et C sont réalisées	1	37	20000	740 000
3.2 Les études d'impact des crises complexes sur la mise en œuvre du PMSEC dans les zones de santé A sont réalisées	1	9	8000	72 000
Pilier 4. Immunologie, biologie moléculaire et phylogénie				
4.1 Les études de suivi épidémiologique, biologique, moléculaire et phylogénétique du portage asymptomatique du choléra dans les zones de type A et B sont réalisées	1	39	100000	3 900 000
4.2 Les études sur les caractéristiques phénotypiques et génotypiques ainsi que le profil de résistance aux antimicrobiens des souches cliniques et environnementales responsables du choléra dans les zones de type A et B sont conduites	1	39	100000	3 900 000
Pilier 5. Eco-épidémiologie du choléra et des autres maladies diarrhéiques				
5.1. Les études de diagnostic de vulnérabilités territoriales aux épidémies de choléra et aux autres maladies diarrhéiques dans les zones de type A et B sont réalisées	1	36	67427	2 427 372
Total général budget de la Recherche opérationnelle				14 102 372

Axe 8. Coordination et plaidoyer pour la mobilisation des ressources				
Pilier 1. Coordination				
1 Renforcement des capacités opérationnelle des organes au niveau central				
1.1 Les réunions ordinaires du COPIL du PMSEC sont organisées	10	30	1 500	450 000
1.2 Les réunions extra ordinaires du COPIL du PMSEC sont organisées en cas de flambée	5	30	0	0
1.2 Les réunions du GTP sont organisées au niveau national	60	25	1 000	1 500 000
1.3 Les réunions du CPLC sont organisées au niveau provincial	60	15	1 000	900 000
1.5 Les réunions extra ordinaires du GTP sont organisées en cas de flambée	8	25	0	0
S/TOTAL 1.				2 850 000
2 Renforcement des capacités opérationnelle des organes au niveau intermédiaire				
2.1 Prise en charge Exp. Niveau Central/Installation des Comités Provinciaux de Lutte contre le Choléra	1	15	2 500	37 500
2.2 Prise en charge Exp. Niveau Intermédiaire/Installation des Comités Territoriaux de Lutte contre le Choléra	1	60	1 000	60 000

S/TOTAL 2.				97 500
3 Renforcement des capacités Technique et matérielle				
3.1 Dotation des laptops au SE du CNAEHA	1	5	1 500	7 500
3.2 Dotation des laptops au CPLC	1	15	1 500	22 500
3.3 Dotation des imprimantes au SE du CNAEHA	1	5	1 500	7 500
3.4. Dotation des imprimantes au CPLC	1	15	800	12 000
3.5 Dotation des Jeep 4x4 L.C au SE du CNAEHA	1	2	60 000	120 000
3.5 Dotation des motos aux CPLC	1	15	1 500	22 500
3.6 Dotation des motos aux CTLC	1	60	1 500	90 000
S/TOTAL 3.				282 000
4 Renforcement des relations entre les Provinces et avec les pays voisins				
4. 1 Organisation des réunions de partage d'expérience entre les provinces	5	1	50000	250 000,00
4. 1 Organisation des réunions avec les pays voisins	10	2	0	0,00

S/TOTAL 4				250 000,00
				500 000,00
Sous-total pilier Coordination				3 479 500,00
Pilier 2. Vulgarisation du PMSEC 2023-2027				
1 Vulgarisation-Ministres sectoriels				
1.1 Réunions Préparatoires	10	5		-
1.2 Salon de vulgarisation avec les Ministres sectoriels	2	30		-
S/TOTAL 1.				-
2 Vulgarisation-Secrétaires généraux sectoriels				
2.1 Réunions Préparatoires	3	6		-
2.2 Atelier avec les SG	2	30		-
S/TOTAL 2.				-
2 Vulgarisation-Ministres provinciaux et CD sectoriels /15 CPLT				
2.1 Réunions Préparatoires	15	15	200	45 000

2.2 Atelier avec les Ministres Provinciaux et CD sectoriels	5	15	3 500	262 500
S/TOTAL 2.				307 500
3 Vulgarisation-Bailleurs et PTFs Ministres provinciaux et CD sectoriels /15 CPLT				
3.1 Réunions Préparatoires	15	15	200	45 000
3.2 Ronde avec les Bailleurs et PTFs	5	15	2 500	187 500
S/TOTAL 3.				232 500
4 Vulgarisation-FORUMS INTERNATIONAUX				
4.1 Réunions Préparatoires	15	6	-	-
4.2 Participation de la RDC/Représentation	10	2	-	-
S/TOTAL 4.				-
4 Vulgarisation-Emissions Niveau Central				
4.1 Réunions Préparatoires	30	6	200	36 000
4.2 Participation aux émissions	30	2	1 500	90 000
S/TOTAL 4.				126 000
5 Vulgarisation-Emissions Niveau intermédiaire				
5.1 Réunions Préparatoires	10	15	400	60 000

5.2 Participation aux émissions	10	15	500	75 000
S/TOTAL 5.				135 000
7 Vulgarisation-Secteur Privé				
6.1 Réunions Préparatoires	25	5	200	25 000
6.2 Atelier avec les Privés	5	1	15 000	75 000
S/TOTAL 6.				100 000
Sous-total pilier Vulgarisation				901 000
Pilier 3. Plaidoyer pour la Mobilisation des ressources du PMSEC 2023-2027				
1 Salon de Plaidoyer-Ministres sectoriels				
1.1 Réunions Préparatoires	15	5	200	15 000
1.2 Salon avec les Ministres sectoriels	10	5	4 000	200 000
S/TOTAL 1.				215 000
2 Atelier de plaidoyer-Secrétaires généraux sectoriels				
2.1 Réunions Préparatoires	15	5	200	15 000
2.2 Atelier avec les SG	5	10	2 500	125 000
S/TOTAL 2.				140 000
3 Atelier d'Echange -DEP sur l'insertion des activités du PMSEC à LIFIP				

3.1 Réunions Préparatoires	15	5	200	15 000
3.2 Atelier avec les DEP	5	10	2 500	125 000
S/TOTAL 3.				140 000
4 Salon de plaidoyer-Bailleurs et PTFs				
4.1 Réunions Préparatoires	15	5	200	15 000
4.2 Salon avec les Bailleurs et PTFs	5	15	2 500	187 500
S/TOTAL 4.				202 500
5 Atelier national de Plaidoyer avec les Privés				
5.1 Réunions Préparatoires	15	5	200	15 000
5.2 Atelier national	5	1	10 000	50 000
S/TOTAL 5.				65 000
6 Ateliers provinciaux de Plaidoyer avec les Privés				
6.1 Réunions Préparatoires	15	15	200	45 000
6.2 Ateliers provinciaux	5	15	3 000	225 000
S/TOTAL 6.				270 000
Sous-total pilier Plaidoyer pour la mobilisation des ressources				1 032 500
Pilier 4. Suivi-évaluation				

1 Elaboration du plan de suivi				
1.1 Réunions préparatoires	6	5	200	6 000
1.2 Atelier d'Elaboration du Plan	1	1	50 000	50 000
1.3 Atelier de validation technique	1	1	50 000	50 000
1.4 Atelier de validation Politique/COPIL	1	1	8 000	8 000
1.5 Déplacement des Provinciaux pour participer aux 2 atelier	2	15		0
S/TOTAL 1.				114 000
2 Participation du SE du CNAEHA à l'élaboration des PAO et Plan de Contingences				
2.1 Mission de participation à l'élaboration du PAO	4	1	2 500	10 000
2.2 Mission de participation à l'élaboration du Plan de contingence	4	1	2 500	10 000
S/TOTAL 2.				20 000
3 Système de gestion et partage de données				
3.1 Appuyer le GTP pour le développement d'une base de données	1	1	10 000	10 000
3.2 Achat hébergement données et consommables	2	1		0
3.2 Formation des points focaux du niveau central et provincial	1	1	60 000	60 000

3.3. Formation des agents sectoriels pour la gestion de la base de données au niveau provincial	1	26		0
3.5 Réunion de démonstration au COPIL	1	20		0
1.5 Déplacement des Provinciaux pour participer aux 2 ateliers	1	30		0
S/TOTAL 3.				70 000
4 Suivi Périodique				
4.1 Réunion préparatoires	15	5	200	15 000
4.2 Atelier de revue annuelle au niveau central	5	1	50 000	250 000
4.3 Missions de suivi de MOE par le niveau Central	10	15	15 000	2 250 000
4.4 Missions de suivi des MOE par les provinciaux	10	90	1 500	1 350 000
S/TOTAL 4				3 865 000
Sous-total pilier Suivi-évaluation				4 069 000
Total général budget Coordination et mobilisation des ressources				9 482 000
Total général budget prévisionnel du PMSEC 2023-2027				192 520 580

IX.3 Budget annuel

Tableau 4 : Budget annuel

Activités par résultats	Budget 2023	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026	Budget 2027	Budget total 2023-2027
Axe 1. Renforcement des activités de surveillance globale	\$ 2 092 993,00	\$ 2 180 093,00	\$ 555 994,00	\$ 473 660,00	\$ 382 760,00	\$ 5 685 500,00
Axe 2. Prise en charge curative des malades	\$ 6 975 000,00	\$ 6 836 066,00	\$ 6 969 067,00	\$ 6 649 067,00	\$ 6 775 000,00	\$ 34 204 200,00
Axe 3. WASH d'urgence	\$ 8 214 933,00	\$ 8 213 616,00	\$ 8 193 368,00	\$ 8 176 854,00	\$ 8 188 729,00	\$ 40 987 500,00
Axe 4. WASH durable	\$ 14 551 400,00	\$14 115 400,00	\$ 14 141 400,00	\$ 13 787 400,00	\$ 13 891 400,00	\$ 70 487 000,00
Axe 5. Vaccination	\$ 2 497 092,00	\$ 2 477 682,00	\$ 2 462 082,00	\$ 2 462 080,00	\$ 2 462 072,00	\$ 12 361 008,00
Axe 6. Communication et engagement des communautés	\$ 1 412 900,00	\$ 1 067 900,00	\$ 1 041 900,00	\$ 716 900,00	\$ 976 900,00	\$ 5 216 500,00

Activités par résultats	Budget 2023	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026	Budget 2027	Budget total 2023-2027
Axe 7. Recherche opérationnelle	\$ 2 806 074,00	\$ 2 806 074,00	\$ 2 878 074,00	\$ 2 806 075,00	\$ 2 806 075,00	\$ 14 102 372,00
Axe 8. Coordination et mobilisation des ressources	\$ 2 239 250,00	\$ 1 941 000,00	\$ 1 841 000,00	\$ 1 782 250,00	\$ 1 678 500,00	\$ 9 482 000,00
Total général budget prévisionnel du PMSEC 2023-2027	\$ 40 789 642,00	\$39 637 831,00	\$ 38 082 885,00	\$ 36 854 286,00	\$ 37 161 436,00	\$ 192 526 080,00
Proportion du budget par année	21,19%	20,59%	19,78%	19,14%	19,30%	100,00%

IX.4. Notes explicatives du budget par axes stratégiques

Les activités de ce Plan stratégique Multisectoriel d'élimination du choléra et de lutte contre les autres maladies diarrhéiques sont évalués à 191 304 070 (cent nonante millions trois cent et quatre mille septante) dollars américains repartis dans huit axes stratégiques.

Axe stratégique	Explications des activités clés
Renforcement des activités de surveillance globale	• Pour la redynamisation du cadre de coordination par rapport à la surveillance globale 38 personnes seront mises à contribution dont 22 personnes pour les ministères impliqués au PMSEC et 4 personnes pour les 4 provinces ayant les zones de type A et B soit 16 personnes. Un budget de 3800\$ est dédié à cette activité en raison de 50\$ pendant 2 jours • Les points focaux de la surveillance globale par secteurs impliqués et 4 pour les quatre provinces seront formés, ce qui représente 38 personnes à former au coût par personne de 200\$ • Durant les cinq années, 120 réunions de coordination de la surveillance globale seront organisées en raison de 24 réunions annuelles. Les 38 personnes concernées toucheront pour chaque réunion un transport de 20\$ • Une base de données devra être mise en place pour la surveillance globale pour ce faire on aura besoin du Kit informatique (5000\$), d'un accès à l'Internet (250\$ * 12 mois = 3000\$), et de recruter un Consultant 16500\$ soit [(5000\$+3000\$+16500\$ = 24500\$)]. • Des acteurs de zones de type A et B seront formés sur la surveillance du choléra et d'autres maladies diarrhéiques : 117 personnes (3personnes pour chaque zone de type A et B, soit 3*39 ZS), à 200\$ par personne [(3*39) * 200\$ = 23400\$]. • Des acteurs de zones de type C et D seront formés sur la surveillance du choléra et d'autres maladies diarrhéiques : 960 personnes (2personnes pour chaque zone de type C et D, soit 2*480 ZS), à 200\$ par personne [(2*480) * 200\$ = 192000\$]. • 1 038 acteurs vont bénéficier de la formation sur la surveillance électronique : 2 personnes par ZS, soit 1038 personnes [(519*2) *200\$ = 207 600\$].

	• 25 relais communautaires de chaque aire de santé seront capacités sur la surveillance à base communautaire : 25 relais communautaire de 8500 aires de santé $[(25 \times 8500) \times 10\\$ = 2125000\\$]$. • Dans les zones de santé de type A et B seront constituées des équipes d'intervention rapide composées de 5 personnes $[(5 \times 39) \times 200\\$ = 39000\\$]$. • Pour renforcer la surveillance basée sur les événements, il va falloir intégrer 240 pêcheurs, 400 leaders communautaire qui bénéficieront de 20 \$ dans le réseau de rapportage des
Prise en charge médicale de cas	• Hormis les activités de prise en charge des malades proprement dite et approvisionnement en kits, • 3900 prestataires seront formés sur la PEC dont 100 prestataires pour chaque zone de type A et B (39) au coût de 250\$ par prestataire ; • De même des 8200 prestataires des zones C et D seront formés sur la PEC du choléra et des autres diarrhées en raison de 100 prestataires pour chaque zone. Ils toucheront 71 \$; • Pendant les flambées 5 540 Prestataires (3900 pour les 39 zones de type A et 1640 dans les zones C et D) : 200\$ par prestataire par an seront rémunérés.
Mise en place des interventions d'urgence liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones affectées par les épidémies de choléra (endémique et épidémique) au niveau des structures de prise en charge et de la communauté	• Formation des acteurs sur le quadrillage : 3900 acteurs formés dont 100 acteurs par zone de type A et B (39) et 300\$ par acteur ; • Formation des acteurs sur le quadrillage : 8200 acteurs formés dont 100 acteurs par zone de type C et D (82) et 300\$ par acteur ; • Réhabilitation des latrines : 2420 Latrines réhabilitées dans 121 zones avec les autres diarrhées, coût de réhabilitation 1000\$ pour chaque latrine
Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, l'Hygiène et l'assainissement dans les zones A, B, C (urbaine, rurale	• Implémentation de 9 usines d'AEP dans les zones de santé de type A : 5343000 par usine pour 9 usines $(5343000\\$ \times 9 = 48087000)$. Les coûts sont tirés du projet Unicef 2014, actualisés à la parité de la période.

et riveraine des cours d'eau et lacs) affectées par les épidémies de choléra	• Implémentation de 25 mini réseaux dans les zones de types A, B1 et B2 zones de santé de type A : 300000\$ par mini réseau (300 000\$*25= 7 500 000\$), coûts tirés de projet Prise et mini-réseau à Moba • Accompagnement de la mise en de la Feuille de route d'éradication de la défécation à l'air libre dans les ZS de types A et B : 39*200 000\$ (cfr Coût total FDAL).
Implémentation des activités de vaccination préventive dans les endémiques prioritaires de type A et B et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte	• Organisation des campagnes de vaccination préventive dans les zones des types A et B : 69 100\$ de coût opérationnel par ZS (cfr campagnes de vaccination dans les DPS du Sud Kivu, du Haut Lomami et du Tanganyika). • Organisation des enquêtes de couverture post vaccination : 8 enquêtes de couverture 168 001\$ par enquête (cfr enquête école de santé au Sud Kivu de 2020).
Communication et engagements communautaires	• 1 038 acteurs (2 personnes par ZS) intervenants dans la lutte seront sensibilisés à l'objectif d'élimination du choléra. Ces missions de sensibilisations sont budgétisées à 25 000\$ • 212 500 Relais Communautaires de 8500 aires de santé sont formés sur les techniques de communication à 5\$
Recherche opérationnelle	• Réalisation des études d'impacts des interventions dans les ZS A, B et C : 3 sites (suivant le profil évolutif des cas après intervention : 1 ZS avec beaucoup de cas, 1 ZS avec faible notification et 1 ZS sans cas) à 150000\$ par site. Cfr Projet HEAL AFRICA à Goma / Université de Floride. • Réalisation des études d'impacts d'anthropologie des institutions impliquées dans la lutte contre le choléra : 37 institutions, dont 22 ministères et 15 provinces des ZS de types A, B et C à 20000\$ par étude. • Réalisation des études de diagnostic de vulnérabilité territoriales aux épidémies de choléra et d'autres maladies diarrhéiques dans les ZS de types A et B : 36 ZS (ZS A et B exceptées les ZS de Nyemba, de Kalemie et de Moba où l'activité a déjà été menée) à 67427\$ par étude (Cfr Cout des études de Nyemba, Kalemie et de Moba).
Coordination et plaidoyer pour la mobilisation des ressources	• Prise en charge Exp. Niveau Central/Installation des Comités Provinciaux de Lutte contre le Choléra : 15 prov. Sans CPAEHA (2500\$/expert pour 5ans)

	• Prise en charge Exp. Niveau Intermédiaire/Installation des Comités Territoriaux de Lutte contre le Choléra : 60 experts installés dans 4 territoires de toutes les 15 provinces (1000\$/expert pour 5ans) • Organisation des réunions Préparatoires : 15 réunions (3 réunions/an sur 5 ans) • Organisation des tables ronde avec les Bailleurs et PTFs : 5 réunions (1 réunion/an sur 5 ans) dans les 15 provinces • Vulgarisation-Emissions Niveau Central : • Organisation des réunions Préparatoires : 30 réunions (6 réunions/an sur 5 ans) • Participation aux émissions : 30 émissions (6 émissions/an sur 5 ans) • Vulgarisation-Emissions Niveau intermédiaire • Organisation des réunions Préparatoires : 10 réunions (2 réunions/an sur 5 ans) pour chacune des 15 provinces • Participation aux émissions : 10 émissions (2 émissions/an sur 5 ans)
--	--

IX.4 Stratégies de mobilisation des ressources au niveau gouvernemental

Au regard des expériences et leçons tirées de l'exécution du Plan Multisectoriel Stratégique d'Elimination du Choléra 2018-2022, il est important de mettre en place des mécanismes susceptibles de rendre possible la levée des fonds du Trésor public pour le financement du Plan Multisectoriel d'Elimination du Choléra 2023-2027.

Ainsi, sans être exhaustif, le présent document propose quelques astuces pouvant permettre de faire sauter le verrou de décaissement des fonds dédiés au PMSEC.

1. Inscrire dans la Circulaire relative à l'exécution de la Loi de finances de l'exercice 2023 un paragraphe dédié à l'attention particulière à accorder aux dépenses relatives au PMSCE 2023-2027

La Circulaire relative à l'exécution de la Loi de finances est un outil de référence contenant les orientations du Ministre du Budget relatives à l'exécution du Budget tant en recettes qu'en dépenses. Elle tient rôle de boussole pour les Gestionnaires des crédits et différentes personnes intervenant dans la chaîne de la dépense.

Services cibles : Ministère du Budget (Cabinet Min. Budget ; Direction Générale des Politiques et Programmation Budgétaire « DGPPB » et DEP).

Période : Novembre-Décembre 2022

2. Atelier de renforcement des capacités des acteurs de mise en oeuvre du PMSEC dans l'exécution du Budget des moyens

Le diagnostic posé au sein de différents services étatiques révèle des difficultés, dans le chef des gestionnaires, susceptibles de ne pas favoriser le décaissement des crédits budgétaires alloués. Ces difficultés sont principalement la faible maîtrise du fonctionnement de la chaîne de la dépense, la faible connaissance des textes de base tels que la Loi relative aux Finances publiques, le Vade-mecum des pièces justificatives de la dépense publique, etc.

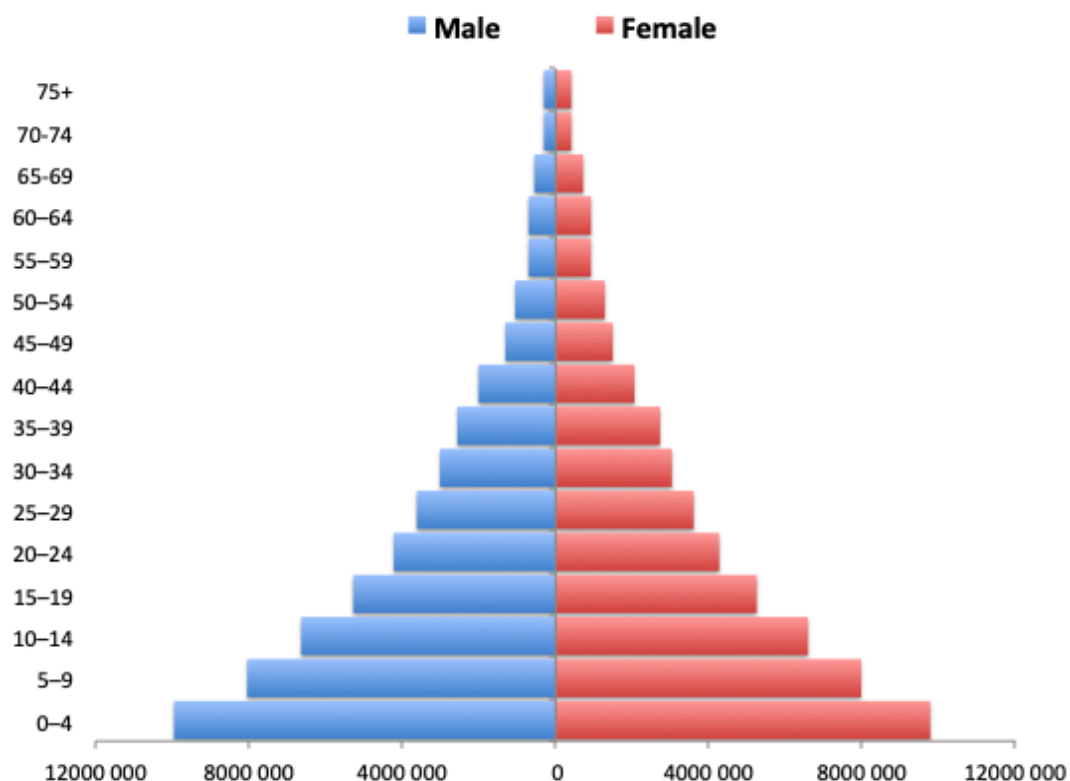
Cette activité proposée vise non seulement à renforcer les capacités du personnel ciblé mais à utiliser, à titre de formateur, les acteurs-clés intervenant dans la chaîne de la dépense pouvant faciliter les décaissements des fonds dédiés au PMSEC. Il s'agit principalement des Services du Ministère du Budget (Direction des Etudes et Planification, Direction de Contrôle Budgétaire, Direction Générale des Politiques et Programmation Budgétaire) et ceux des

Finances (Direction de Trésor et Ordonnancement « Direction Générale de Trésor et de la Comptabilité Publique »).

Période : Janvier 2023

X. ANNEXE

X.1 GRAPHIQUE DE REPARTITION HOMME-FEMME



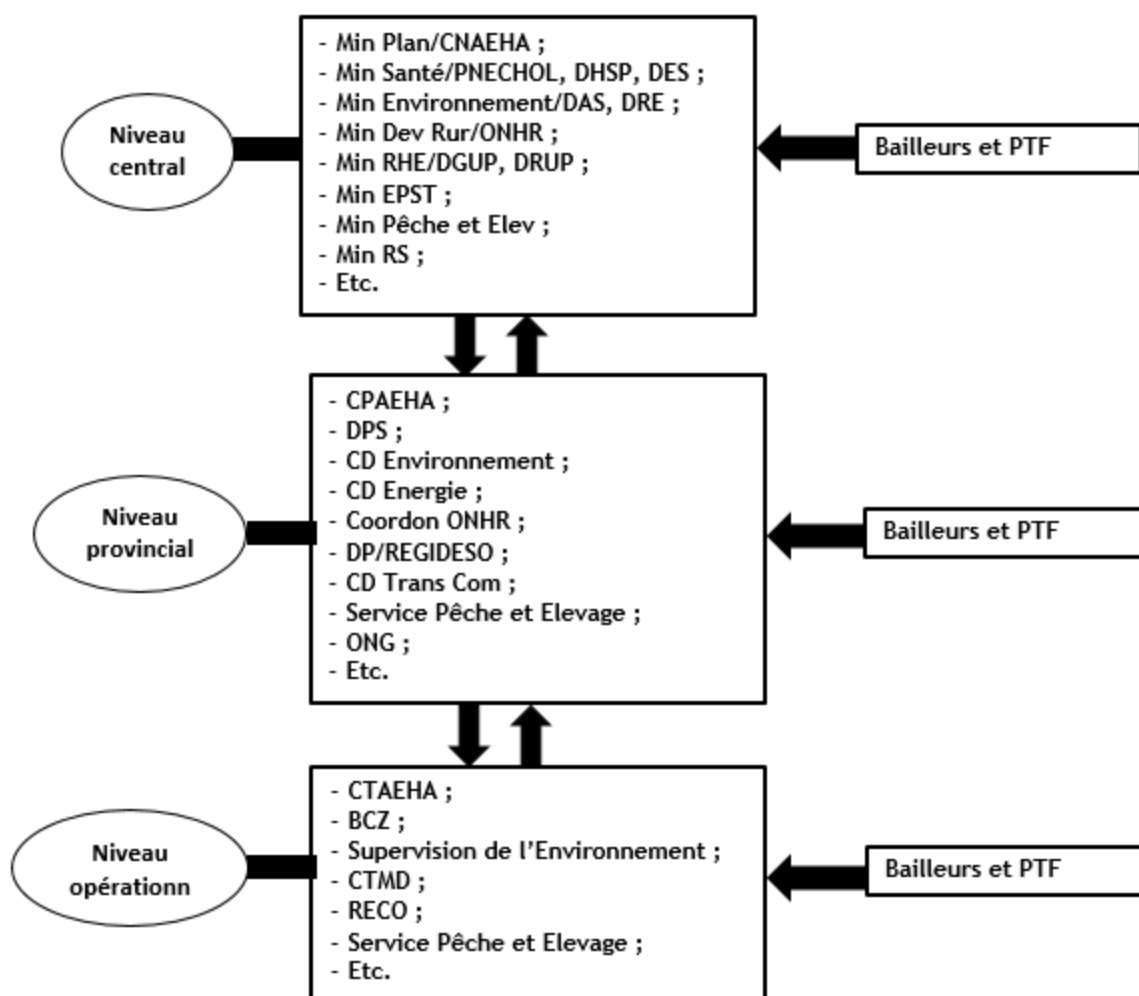
Source : https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dyb_2020/

X.2 LISTE DES PARTICIPANTS

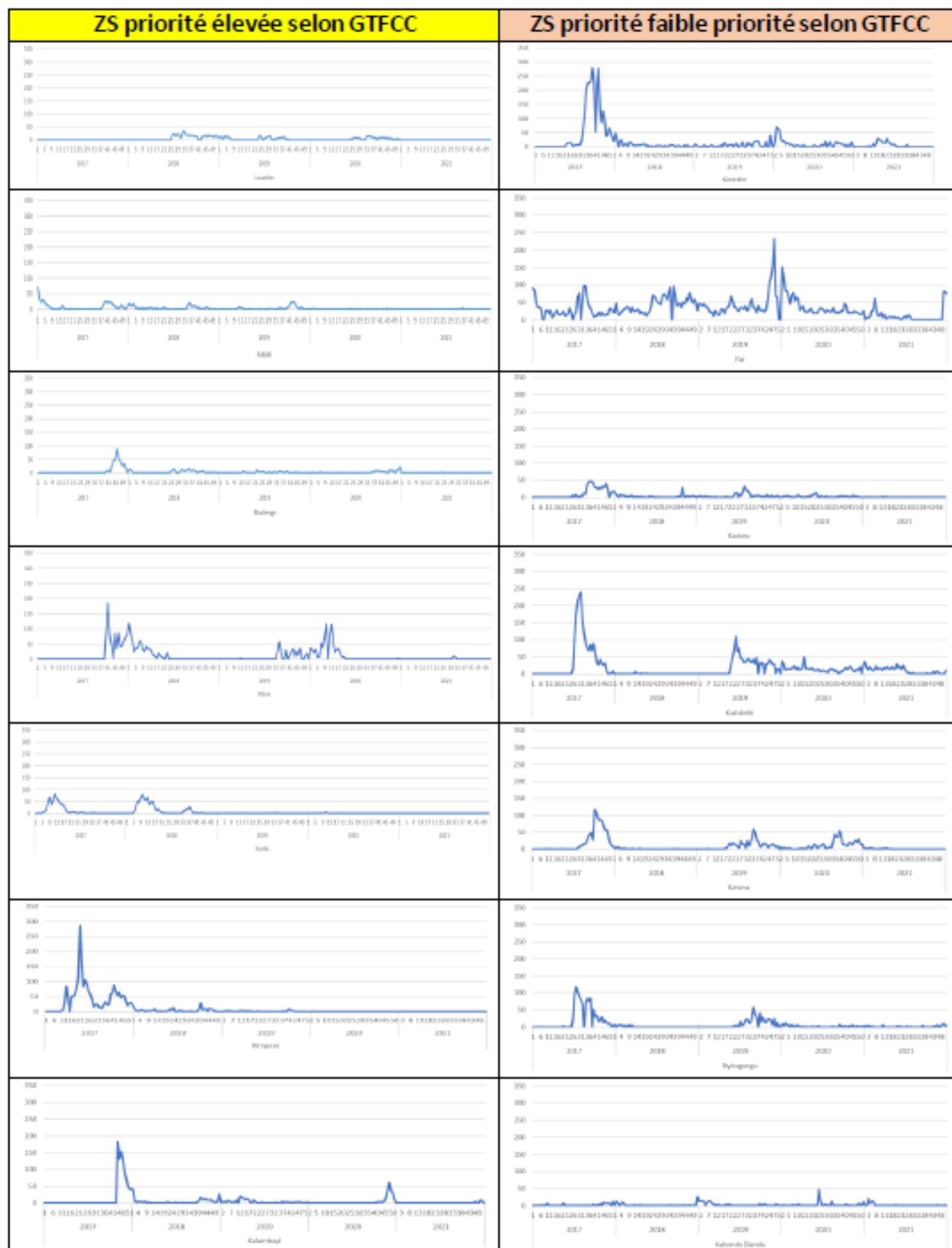
N°	NOMS	INSTITUTION	N°	NOMS	INSTITUTION
1	Adeline BOLINGO	DHSP	37	Jean LUTOTA	CPAEHA Sud Kivu
2	Aimé DIUMI DIKOLO	SECMI	38	Jeff BAFABEMBE	CNAEHA Séc. Exécutif
3	Alain NGANDU MALONGA	DHSP	39	Joseph ASSIMBO BATCH	PNECHOL-MD
4	Ambroise ILUNGA	CPAEHA Haut Katanga	40	Joseph KABONGO	PNECHOL-MD
5	AMURI MUJAMA	DSE	41	Joseph MBUTA TASENGE	DHSP
6	Annie MUTOMBO TINDA	DSE	42	Judith BANDILA MANSAMA	RHE
7	Annie NDAYA BAKAJIKA	PNECHOL-MD	43	Junior LALEM ISSIONGO	ONHR
8	Antoine LUMONADIO WAY	PLAN	44	Khen Michel KABAMBA KANTOLE	DHSP

N°	NOMS	INSTITUTION	N°	NOMS	INSTITUTION
9	Armand LUHEMBWE	CB InfoSan Tanganyika	45	Laurent AKILIMALI	PNECHOL-MD
10	Arnold MBENGHO	PNECHOL-MD	46	Marcel KAZADI	CNAEHA
11	Benjamin KWENGANI MAVARD	PNECHOL-MD	47	Maurice MAMBE NKOSO	CB HSP Sankuru
12	Blaise BONDUKU	SECFI	48	MAVUNGU KASSAFU	CPAEHA KC
13	Christian LOFWA OKODALEMBA	PNCPS	49	Merveille KOMBO	OMS
14	Dédé ILUNGA	CB HSP K. Oriental	50.	Nanou YANGA	PEV
15	Deka KABUNGA	PF Choléra N Kivu	51	Nicolas NDATOM	MIN-PLAN
16	Deogratias NALWANGO	DEP/BUDGET	52	Nicole KABEYA PEMBA	DGLM
17	Désiré BONOME	FICR	53	Nicole Kabeya PEMBA	DGLM
18	Didier BOMPAGUE	SECFI/UNIKIN	54	Pierre ADIKEY	PNECHOL
19	Dominique MUTEBA	DSE	55	Placide WELO OKITAYEMBA	PNECHOL-MD Directeur
20	Doudou BATUMBO	SECFI/UNIKIN	56	Rachel LOKAKITALA LIATA	SG MSPHP
21	Eddy MURUHUKA	CNAEHA	57	Raphael BUKURU	PNSECH-CP
22	Eric BOKABO	SECFI/UNIKIN	58	Roger BOKETSU	PNECHOL-MD
23	Ernest BASEMENANE	CNAEHA	59	Samuel BOLINGO	PNECHOL
24	Evariste KINDA	CB ai HSP Kasai	60	Samuel BONALIEU	UNICEF
25	Farida MWANZA	SECFI	61	Sandrine MAKO	PNECHOL
26	Franck BITILASI	CB HSP H Katanga	62	Stanislas IFOLO NYENGE	CNAEHA
27	François OKUNDJI	OMS	63	Stany MUKENDI	SECFI/UNIKIN
28	Gaston TSHAPENDA	CDC	64	Steve NTADI	DAS/MEDD
29	George KAYA	CPAEHA Tanganyika	65	Thomas DECHENTINNES	UNICEF
30	Ghandi BUKAMBA	CNAEHA	66	Toto KYUNGU	CB HSP Haut Lomami
31	Guy ALIA MAMBOLE	PNECHOL-MD	67	Trésor KAPALAYI	PNECHOL-MD
32	Guy MAMINA	PNECHOL-MD	68	Valentin MUKINDA	OMS
33	Harry KAYEMBE	SECFI	69	Vital MONDONGE	OMS
34	Hugo NGOYI	PNECHOL-MD	70	Vovo POPEPOLE	CB HSP Ituri
35	Jean Blaise YOBO	SECFI	71	Yannick GBENGELE	PNECHOL-MD
36	Jean Claude KULONDA	CB ai HSP S Kivu			

X.3 CADRE INSTITUTIONNEL DU PMSEC



LES GRAPHIQUES DES ZONES DE SANTE DISCORDANTES



"-Les zones de santé qui ont un caractère de « sanctuaire » : zones de persistance des cas et de redémarrage des flambées épidémiques, donc réellement endémique : zones de type A et B1"