

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTRE DU PLAN

Plan Stratégique Multisectoriel d'Élimination du Choléra en République Démocratique du Congo 2018-2022 recadré



Mars 2020

Table des matières

Table des matières.....	2
Liste de figures.....	5
1.1. Situation Sociodémographique	6
1.2. Démographie de la RDC.....	7
1.3. Situation politico-administrative	7
1.4. Problématique des conflits et mouvements des populations	8
1.5. Economique et Financier (Goulots d'étranglement).....	11
1.6. Faible financement étatique au secteur santé.....	11
1.7. Etat de santé de la population.....	12
1.7.1. Espérance de vie et mortalité générale.....	12
1.7.2. Etat nutritionnel	13
1.7.3. Santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	13
1.7.4. Maladies transmissibles, Urgences et Catastrophes.....	14
II. PROBLEMATIQUE DU CHOLERA DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE (2013-2017) ...	15
2.1. Situation épidémiologique dans le monde, Afrique, RDC.....	15
2.2. Situation épidémiologique du choléra en RDC.....	17
2.3. Evolution annuelle des incidences de choléra à l'échelle des provinces, RDC	19
2.4. Evolution annuelle de la létalité du choléra à l'échelle des provinces, RDC.....	20
2.5. Typologie des zones à risque de choléra en RDC à partir d'une analyse multicritère.....	21
III. NOUVELLES OPPORTUNITES A L'ECHELLE MONDIALE ET AFRICAINE (Stratégies spécifiques)	23
3.1. Global Task Force on Cholera Control (GTCC) et la vision 2030	23
3.2. Fondation Melinda et Bill Gates	24
3.3. Implémentation des Vaccins anticholérique orale (VCO) et apport de GAVI	24
3.4. Stratégies additionnelles	25
3.4.1. Objectifs de Développement Durable (ODD).....	25
3.4.2. Sommets de l'Union Africaine (UA) sur la gestion d'Ebola en Afrique de l'Ouest.....	25
3.4.3. Engagements d'Abuja pour l'élimination du VIH/Sida, de la Tuberculose et le Paludisme d'ici 2030	25
3.4.4. Constitution de la RDC	25

3.4.5.	Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020	26
3.4.6.	Programme National d'Elimination du Choléra et de lutte contre les autres Maladies Diarrhéiques (PNECHOL-MD).....	26
IV.	ANALYSE DE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES PAR AXE STRATEGIQUE DU PMSEC 2013-2017	27
V.	PLAN STRATEGIQUE MULTISECTORIEL D'ELIMINATION DU CHOLERA EN RDC 2018-2022	31
5.1.	Objectifs.....	31
5.2.	Axes stratégiques.....	31
5.2.1.	Renforcement des activités de surveillance globale	31
5.2.2.	Prise en charge curative	32
5.2.3.	Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones sanctuaires du choléra	32
5.2.4.	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.	32
5.2.5.	Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte,.....	33
5.2.6.	Recherche opérationnelle	33
5.2.7.	Coordination, communication et plaidoyer	33
5.3.	Résultats attendus d'ici fin 2022 par axes stratégiques.....	34
5.4.	Cadre logique.....	36
	AXE 4 : Mise en place des interventions 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.	38
5.5.	Budget estimatif détaillé	41
5.6.	Budget annuel	45
VI.	Cadre institutionnel	50
6.1.	Le Niveau Central	50
6.2.	Le niveau Intermédiaire	50
6.3.	Le niveau opérationnel	50
6.4.	Les Centres de prise en charge médicale	51

6.5.	Rôle des partenaires intervenant sur le terrain.....	51
6.6.	Rôle des partenaires bailleurs de fonds.....	51
VII.	PLAN DE SUIVI ET D’EVALUATION	52
7.1.	Objectifs du plan de suivi et d’évaluation.....	52
7.1.1.	Objectif général.....	52
7.1.2.	Objectifs spécifiques	52
7.2.	Mise en œuvre du plan de suivi et d’évaluation.....	52
7.2.1.	Modalités pratiques du suivi des activités.....	52
7.2.2.	La supervision	52
7.2.3.	Les missions d’appui aux activités de riposte contre les épidémies sur le terrain	53
7.2.4.	La tenue des revues	53
7.3.	Evaluation	53
7.3.1.	Modalités pratiques de l’évaluation	53
7.4.	Indicateurs d’impact et d’effet	54

Liste de figures

Figure 1 : Carte géographique de la RDC	6
Figure 2 : Situation de conflits, 2013-2017, RDC	8
Figure 3 : Evolution situation de conflits, 2000-mars 2017, RDC	8
Figure 4 : Mouvements de populations, ZS, RDC, 2013- novembre 2017	9
Figure 5 : Mouvement de population, 2014-2017, RDC	10
Figure 6 : Evolution cas de choléra, conflits et mouvements de populations, RDC, 2013- S43/2017	10
Figure 7 : Evolution des prévisions et de l'exécution du budget de santé de 2003 à 2015 (en FC)12	
Figure 8 : Situation épidémiologique du choléra à travers le monde, 2016	16
Figure 9 : Graphique de l'évolution du choléra dans le monde ces 4 dernières années	17
Figure 10 : Evolution temporelle des cas de choléra de 2000 à 2017	17
Figure 11 : Graphique de la situation de choléra de Janvier à Décembre 2017	18
Figure 12 : Cartographie du choléra en RDC, 2013-2017	23

Liste de tableaux

Tableau 1: Indicateurs OMD en RDC de 1990 à 2014.....	11
Tableau 2 : Proportion des pays les plus touchés au monde, 2013-2016	16
Tableau 3: Incidences annuelles de choléra à l'échelle des provinces : Seuils actuels	19
Tableau 4 : Evolution du taux de létalité de choléra par année	20
Tableau 5 : Typologie des ZS à risque de choléra.....	21
Tableau 6 : Analyse FFOM du PMSEC 2013-2017	27
Tableau 7 : Résultats attendus	34
Tableau 8 : Cadre logique, PMSEC 2018-2022	36
Tableau 9 : Prévisions budgétaires détaillées, PMSEC 2018-2022.....	41
Tableau 10 : Budget annuel, PMSEC 2018-2022.....	45
Tableau 11 : Indicateurs d'impact par axe stratégique, PMSEC 2018-2022	54

I. GENERALITES SUR LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

1.1. Situation Sociodémographique

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 neuf pays limitrophes. Elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, Enclave angolaise de KABINDA, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, au Sud par la Zambie et l'Angola (figure 1).



Figure 1 : Carte géographique de la RDC

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 30 grandes rivières qui envoient leurs eaux dans le fleuve Congo. Ce dernier mesure 4.670 km de long et son débit moyen varie de 40.000 à 50.000 m³/seconde, le plus important du monde après Amazone. La plupart des lacs de RDC sont situés à l'est du pays, comme le lac Tanganyika, le lac Kivu, le lac Moero, le lac Edouard et le lac Albert. Au centre de la province du Katanga, autour du bassin du fleuve Congo, on retrouve de nombreux petits lacs dont le plus important est le lac Upemba dans la zone de Bukama.

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

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

1.2. Démographie de la RDC

Les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (INS) situent la population congolaise à 85.026.000 habitants avec une densité de 36 habitants au km². La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près du fleuve et des lacs. L'exode rural a accru la densité en milieux urbains¹.

1.3. Situation politico-administrative

La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend 26 provinces d'après la dernière réforme territoriale de 2006². Elle compte 96 villes, 151 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5397 groupements.

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

¹ Institut National de la Statistique, Annuaire statistique 2014

² Constitution de la 3^{ème} République, Article 226

1.4. Problématique des conflits et mouvements des populations

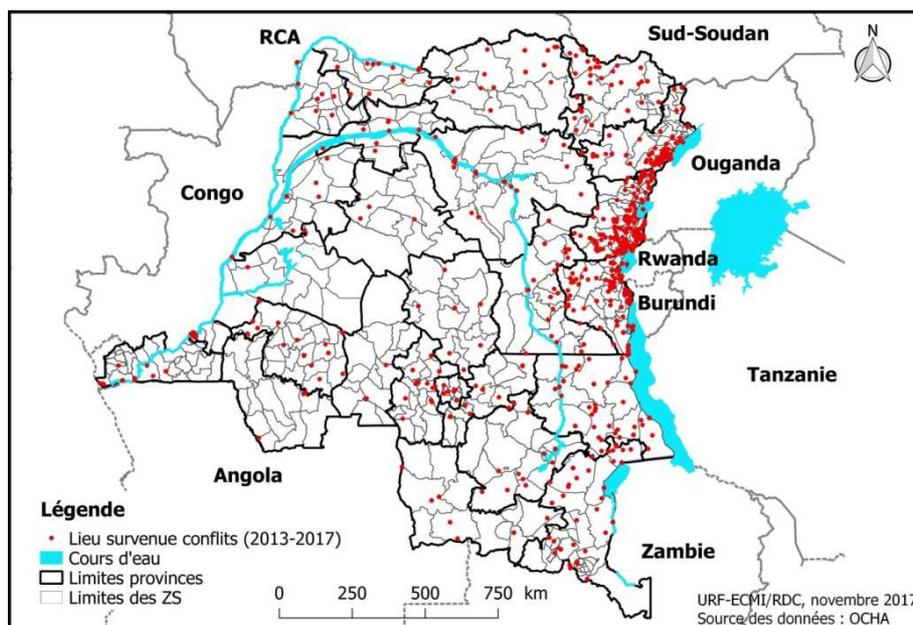
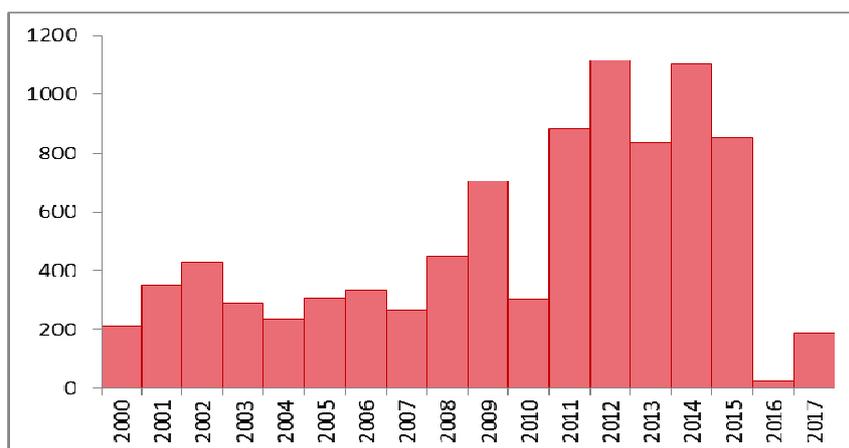


Figure 2 : Situation de conflits, 2013-2017, RDC

Depuis plus de deux décennies, la RDC connaît des conflits à répétition. Rien que pour la période de janvier 2013 à novembre 2017, OCHA a enregistré, sur l'étendue du pays, environ 299 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. Ces provinces de l'Est (les provinces filles du Katanga, de la province Orientale ainsi que des deux Kivu) ont été rapportés 2502 soit près de 83,43% du total des conflits enregistré dans le pays.



Source : NRC

Figure 3 : Evolution situation de conflits, 2000-mars 2017, RDC

Bien que le pays semble ne plus enregistrer des conflits majeurs en termes d'ampleur, le nombre absolu de conflit a augmenté sensiblement depuis 2011. Les conflits font parties des facteurs qui influencent sensiblement, même de façon indirecte, les épidémies de choléra. Ils réduisent drastiquement l'accès aux services de soins non seulement à cause la fuite de

l'essentiel du personnel soignant mais aussi par la destruction des infrastructures de santé. Pour fragiliser les populations, pendant les conflits, les belligérants détruisent aussi les infrastructures de base dont les réserves et le système d'approvisionnement en eau. D'autre 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.

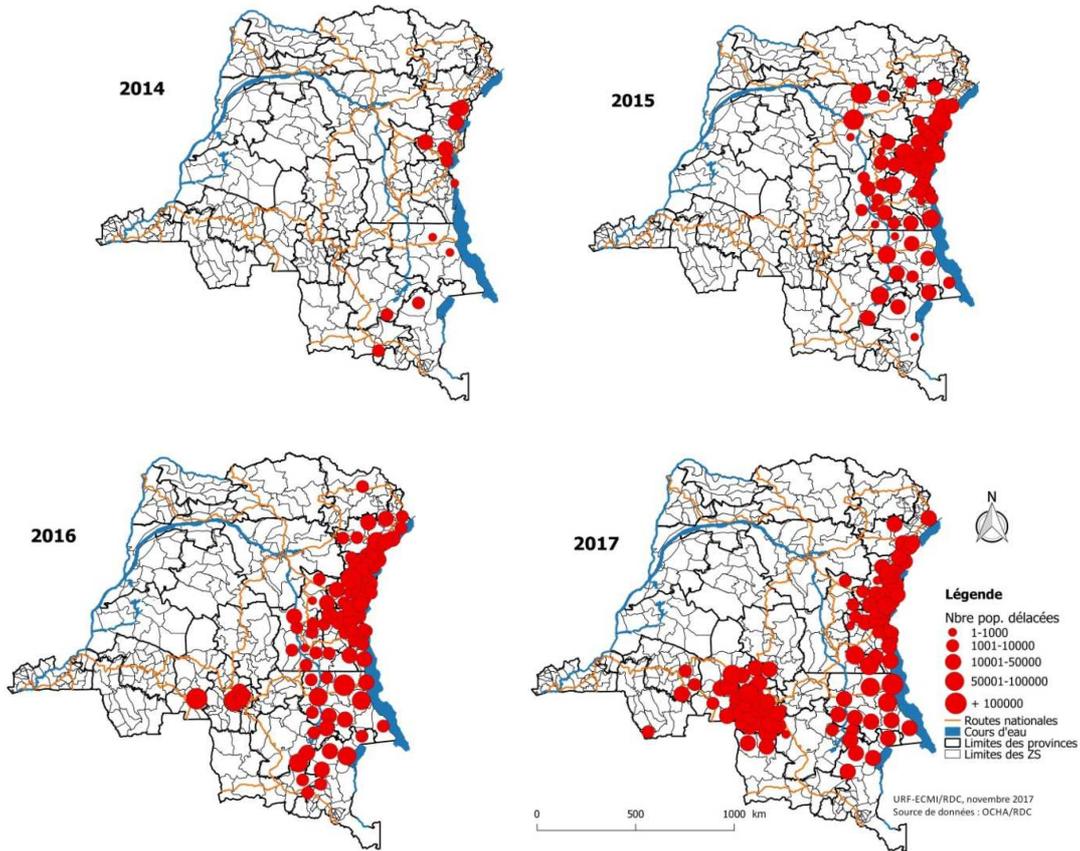


Figure 4 : Mouvements de populations, ZS, RDC, 2013- novembre 2017

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. La situation épidémiologique actuelle du choléra dans l'espace du Grand Kasai en est une illustration.

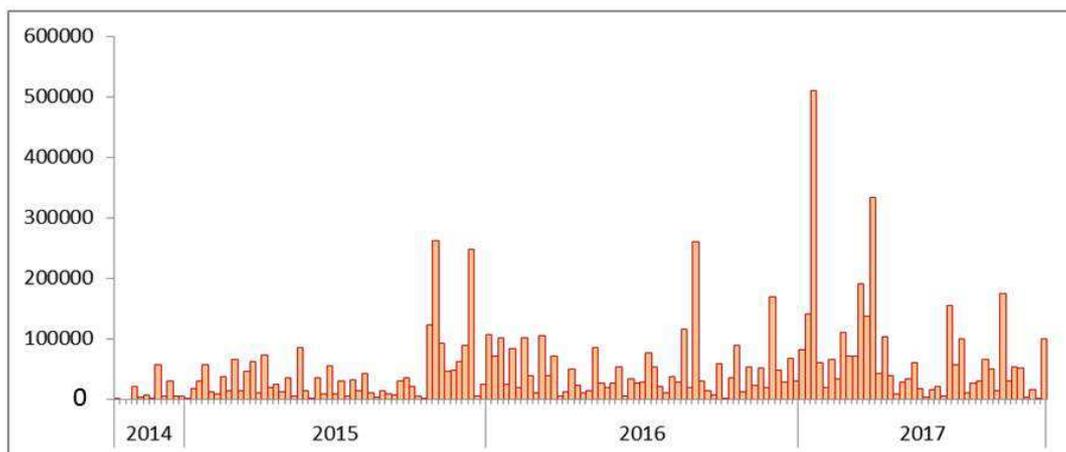


Figure 5 : Mouvement de population, 2014-2017, RDC

De 2014 à octobre 2017, la RDC a enregistré plus de 7 779 701 de déplacés internes faisant d'elle le premier pays au monde, devant la Syrie, en termes de nombre de réfugiés internes. Le nombre de ces déplacés internes est allé croissant avec respectivement 131 605, 1 990 166, 2 532 512 et 3 125 418 en 2014, 2015, 2016 et 2017. Alors qu'elles n'ont connu de mouvements de populations qu'en 2016 et 2017, les provinces filles de l'espace Kasai ont enregistré 1 613 381 de déplacés internes soit 20,74% du total au niveau du pays pendant plus de cinq ans.

Ces mouvements de populations ne permettent de lutter efficacement contre les épidémies de choléra à cause non seulement de la nomadise 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.

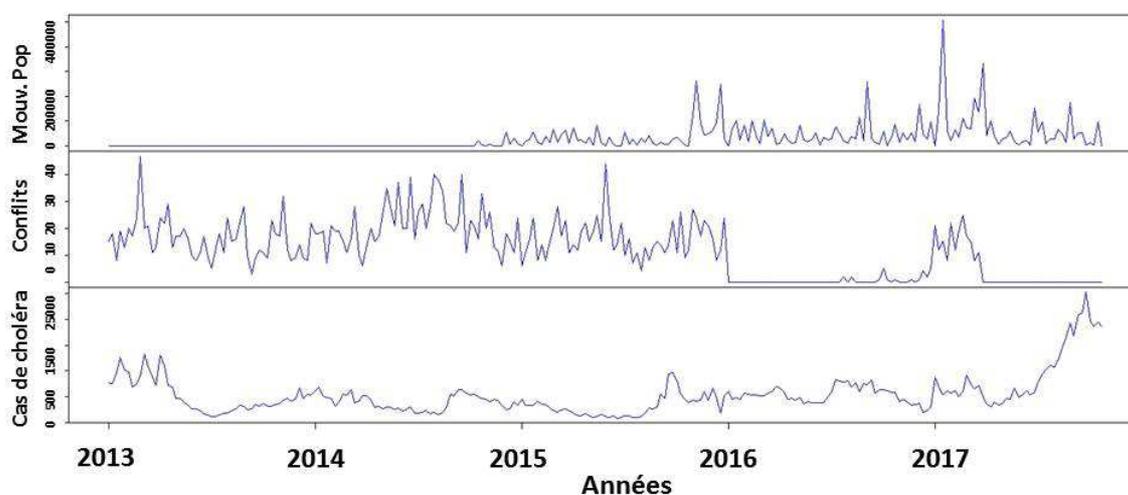


Figure 6 : Evolution cas de choléra, conflits et mouvements de populations, RDC, 2013-S43/2017

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. A ce jour, le cas des provinces de l'espace Kasai en est la plus grande illustration. La dernière épidémie de choléra rapportée dans ces provinces remonte à 2002 soit plus de 15 ans.

Dans ces conditions d'insécurité et de fluctuation de la population à couvrir, 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.

1.5. Economique et Financier (Goulots d'étranglement)

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-Kasai qui était le théâtre de toutes 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.

Au cours de l'évaluation de l'atteinte des OMD³, l'incidence de la pauvreté est passée de 80 % en 1990 à 63,34 % en 2012 (Tableau I). Cependant, 42 % des dépenses de santé sont supportées par les ménages⁴.

Tableau 1: Indicateurs OMD en RDC de 1990 à 2014

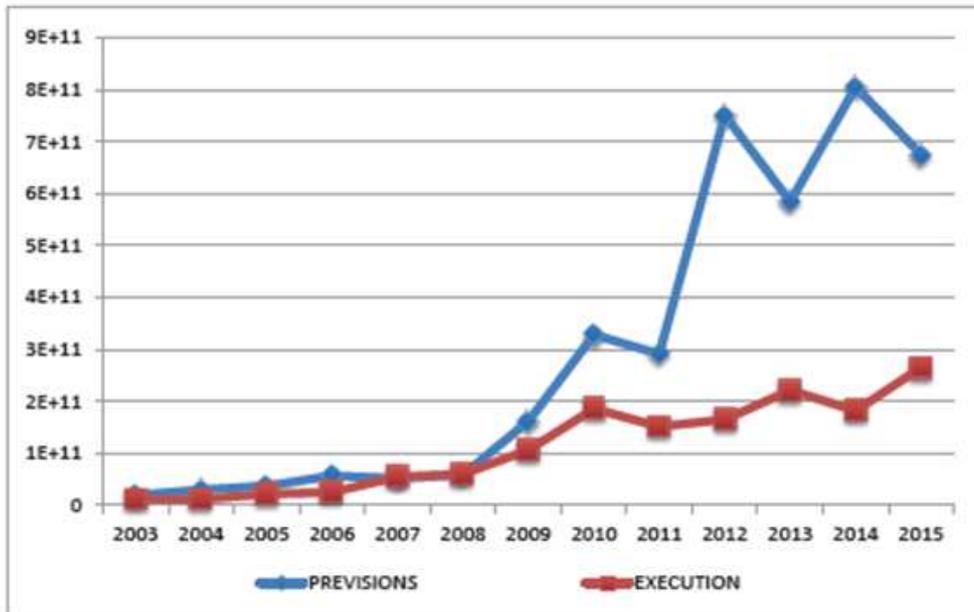
Objectif, cible et indicateur	1990	1995	2001	2005	2007	2010	2011	2012	2013	Cible 2015
Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim										
Cible 1 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour										
1. Incidence de la pauvreté	80 %			71,3 %				63,34 %		40 %
2. Profondeur de la pauvreté				32,2 %				25,46 %		15 %
3. Sévérité de la pauvreté				32,23 %				13,31 %		10 %

1.6. Faible financement étatique au secteur santé

³ Rapport PNUD, 2016

⁴ Rapport des comptes nationaux 2016

Le niveau du budget alloué donne une perspective erronée par rapport à la réalité. Car, dans le cas de la RDC, le budget réellement exécuté est inférieur au budget alloué tel qu'adopté par la loi des finances. Depuis 2008 en effet, l'écart entre le budget alloué par la loi des finances et le budget effectivement exécuté s'élargit davantage, le budget exécuté étant de plus en plus inférieur au budget alloué, en particulier depuis 2011/2012 (voir graphique 1.5). Il importe de signaler que ce budget couvre aussi bien les dépenses d'administration que celles de fonctionnement.



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

Figure 7 : Evolution des prévisions et de l'exécution du budget de santé de 2003 à 2015 (en FC)

1.7. Etat de santé de la population

1.7.1. Espérance de vie et mortalité générale

Selon le Rapport de Développement Humain (PNUD, 2015), l'espérance de vie en RDC est de 51 ans pour les hommes et 54 ans pour les femmes. En effet, la progression observée depuis 2011 montre que la République Démocratique du Congo gagne en moyenne 4 mois en espérance de vie chaque année, soit un an tous les trois ans.

Dans le même temps, le taux brut de mortalité⁵ est passé de 15,96 pour 10.000 habitants en 2011 à 15,16 en 2014.

⁵ Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre d'années de décès et la population totale moyenne sur un période donnée dans un territoire donné

1.7.2. Etat nutritionnel

La sous-nutrition est le type de malnutrition le plus fréquent en RDC ; elle inclut la malnutrition chronique, la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments. Les diverses formes de malnutrition touchent surtout les jeunes enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les personnes de troisième âge.

Comparés à l'année 2007, les indicateurs nutritionnels 2013-2014 n'ont pas connu d'amélioration significative en RDC.

En effet, plus de quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (43%) souffrent de malnutrition chronique, soit plus de 6 millions d'enfants. Les écoliers sont affectés à 14%. De même l'on note une prévalence plus élevée (21%) de ce type de malnutrition chez les femmes dans la tranche d'âge de 15-19 ans

Un enfant sur dix, soit environ 1.627.183 d'enfants, présente une malnutrition aiguë (émaciation). La prévalence demeure située entre 8 et 9% selon les mêmes sources.

L'insuffisance pondérale affecte 23% des enfants de moins de 5 ans, soit environ 3.6 millions d'enfants et 16% d'enfants en milieu scolaire.

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

Une étude évaluative faite en RDC en 2012 a démontré que la malnutrition est un facteur aggravant associée à 50% des cas de décès chez les moins de 5 ans.

Les enfants souffrant de retard de croissance sont sujets à un développement cérébral non optimal susceptible d'avoir des répercussions durables sur leur capacité intellectuelle, leur performance scolaire et la productivité future. Ce qui constitue une perte importante de capital humain pour le pays, compromettant ainsi l'émergence du pays à l'horizon 2030.

1.7.3. Santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

La situation sanitaire de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est actuellement marquée par l'excès de mortalité pour des causes évitables. En effet, ces taux se présentent de la manière suivante (EDS 2013-2014) :

- 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ;
- 28 décès Néonataux pour 1000 naissances vivantes ;
- 58 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes ;
- 104 décès infanto-juvéniles pour 1000 naissances vivantes.

Il convient de signaler que la mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes liées particulièrement aux complications des grossesses précoces et non désirées. Elle est en outre aggravée par la survenue des grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (8%) couplée à des besoins non satisfaits en planification familiale (31 % pour les adolescentes et 28 % pour les femmes en union⁶), et à la faible qualité des soins (ressources humaines, intrants, équipements.....).

Les problèmes majeurs de la santé des adolescents sont : (i) la faible utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels à risque (26,5%) et des services de planification familiale (5%) ; (ii) Une prévalence élevée des avortements provoqués (30%), des infections sexuellement transmissibles (11,7%), des mariages précoces (18%), des violences sexuelles (9,4%), des grossesses non désirées et de la fécondité précoce (27%). En effet, il y a à peine 80 zones de santé qui ont intégré le paquet d'activités santé des adolescents sur les 516 zones de santé que compte le pays (EDS 2013-2014).

S'agissant de Violences Basées sur le Genre (VBG), selon 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. Parmi les femmes enceintes ou qui l'ont été, 13 % ont subi des violences pendant la grossesse. Parmi les femmes ayant subi des actes de violence, quelle qu'en soit la forme, 49 % n'ont pas recherché d'aide et n'ont parlé à personne de leurs problèmes. Et quand, cela a été le cas, moins de 10% ont cherché l'aide d'un professionnel de santé, d'un policier ou d'un avocat. L'analyse causale a montré que les causes des VBG sont en réalité multiples et enracinées dans la discrimination systématique des femmes dans la société congolaise, exacerbée en situation de conflit.

1.7.4. Maladies transmissibles, Urgences et Catastrophes

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 morbidité de l'ensemble de la population congolaise.

La RDC est encore confrontée à de multiples épidémies, urgences et catastrophes de diverses natures.

⁶ EDS 2013-2014

En effet, plusieurs flambées épidémiques ont été enregistrées notamment les épidémies de :

- Choléra à l'Est et à l'Ouest du pays en 2011 et 2012 ;
- Rougeole en 2013 dans plusieurs provinces dont les anciennes provinces du Katanga, les 2 Kasai, l'Equateur et la Province Orientale ;
- Fièvre jaune qui a sévi en Province Orientale dans les zones de santé de Buta et Titule en 2010 et au Kasai Oriental en 2012 ;
- Maladie à Virus Ebola de plus en plus récurrentes notamment à Mweka (Kasai Occidental) en 2007 et 2008, à Isiro en 2012 et à Boende en 2014.

En plus, d'autres épidémies ont été enregistrées, à savoir :

- Monkey Pox au Sankuru et à l'Equateur ;
- Fièvre typhoïde, la diarrhée sanglante à l'Equateur ;
- etc.

Le dysfonctionnement du réseau des laboratoires ne permet pas de détecter à temps les épidémies.

Face à la recrudescence de plusieurs épidémies de choléra notamment celle en cours depuis le début de l'année 2017 et au constat de l'échec des stratégies antérieurement mises en œuvre pour s'attaquer à la problématique des épidémies de choléra, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a, en juillet de l'année en cours, décidé de mettre en place l'actuel Programme National d'Elimination du Choléra et de lutte contre les autres Maladies Diarrhéiques (PNECHOL-MD).

II. PROBLEMATIQUE DU CHOLERA DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE (2013-2017)

2.1. Situation épidémiologique dans le monde, Afrique, RDC

De 2013 à 2017, 624 188 cas de choléra dont 8 057 décès (soit un taux de létalité de 1,29 %), ont été notifiés à travers monde. Qu'il s'agisse des cas autochtones ou importés, tous les continents ont été affectés. L'Afrique a été le continent le plus affecté avec environ 303 850 cas (48,68% du total mondial) et 5 947 décès (73,81% de l'ensemble de décès dans le monde) soit une létalité de 1,95%. Excepté l'année 2013 où l'Amérique a rapporté plus de cas que l'Afrique, dû à la grande épidémie d'Haïti, les autres années (avec une moyenne annuelle de 75 963 cas), le continent Africain a rapporté presque le double de cas américains (42217 comme moyenne annuelle).

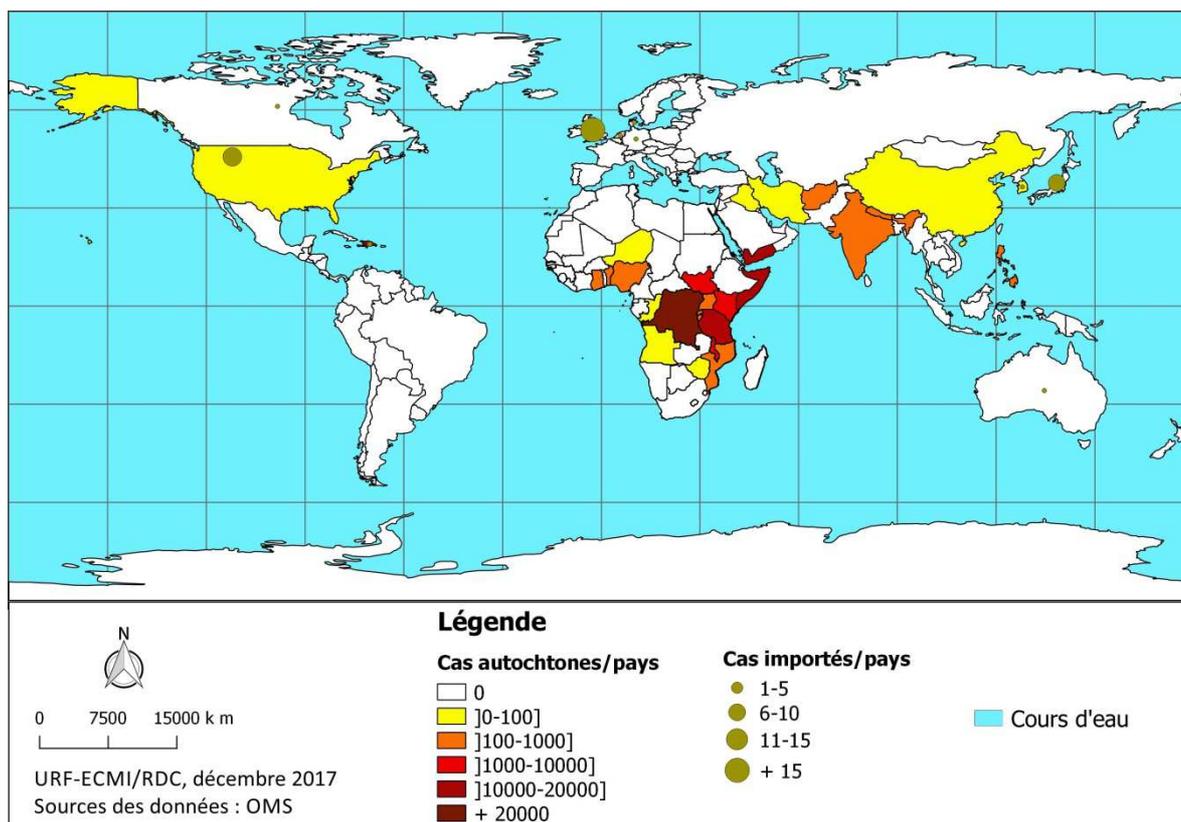


Figure 8 : Situation épidémiologique du choléra à travers le monde, 2016

En Afrique, la répartition des cas par pays est très hétérogène. Chaque année, seuls quelques trois à quatre pays concentrent plus de 60% du total de cas notifiés sur le continent. Seule la RDC figure dans le top cinq des pays chaque année durant ces cinq dernières années.

Tableau 2 : Proportion des pays les plus touchés au monde, 2013-2016

Année	Pays	Cas	Décès	Létalité
2013	Haïti	58809	593	1,01
	RDC	26944	491	1.82
	Somalie	6864	140	2.04
	Nigeria	6600	229	3.47
	Inde	6008	54	0.90
2014	Afghanistan	45481	4	0.01
	Nigeria	35996	755	2.10
	Ghana	28944	243	0.84
	Haïti	27753	296	1.07
	RDC	22203	372	1,68
2015	Afghanistan	58064	8	0.01
	Haïti	36045	322	0.9
	RDC	19182	267	1.4
	Kenya	13291	67	0.5
	Tanzanie	11563	144	1.2
2016	Haïti	41421	447	1.1
	RDC	28093	759	2.7
	Yémen	15751	164	1.0
	Somalie	15619	548	3.5
	Tanzanie	11360	172	1.5



Figure 9 : Graphique de l'évolution du choléra dans le monde ces 4 dernières années

De 2013 à 2016, l'Afrique a respectivement notifié 43,6%, 55,3%, 41,3% et 53,8 % des cas mondiaux. Concernant l'Afrique, la RDC a respectivement notifié 47,8%, 21,1%, 27,0 % et 39,5 % de l'ensemble des cas en Afrique.

2.2. Situation épidémiologique du choléra en RDC

La situation de la RDC reste très préoccupante. A lui seul, de 2013 à 2017, le pays a rapporté environ 151010 cas de choléra et 3034 décès (38% du total de cas et décès notifié par tout le continent africain) soit un taux de létalité de 1,97%.

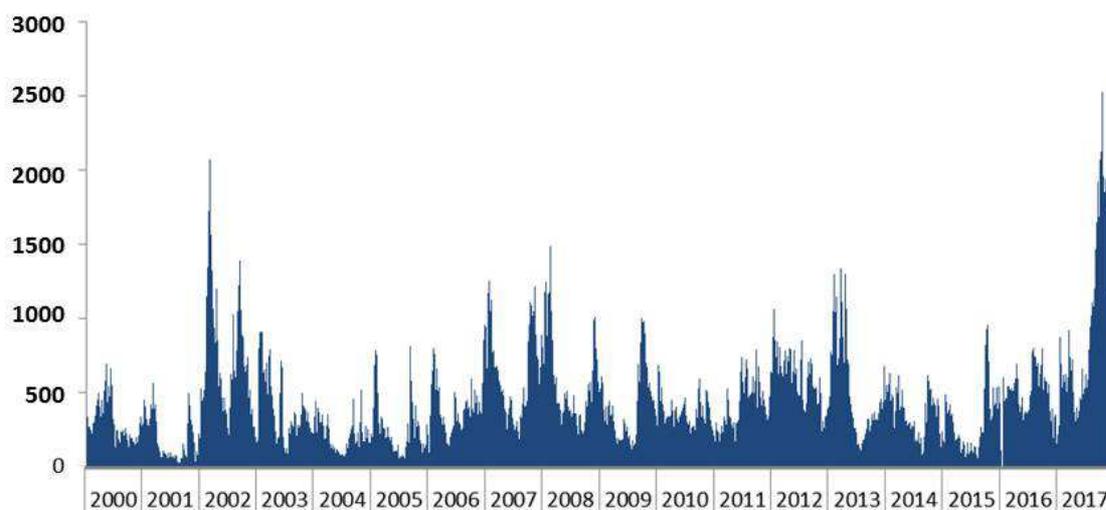


Figure 10 : Evolution temporelle des cas de choléra de 2000 à 2017

De 2013 à 2017, la RDC a notifié des cas de choléra de façon continue. A part en 2016, l'évolution de cas de choléra en RDC montre une tendance à la hausse vers la fin de l'année.

Ce qui pourrait s'expliquer par le début de la saison de pluies dans la plupart de sites sanctuaires et les grandes villes du pays. L'évolution en 2016 a été marquée par une augmentation brutale du nombre de cas à partir de la semaine 23. Cela correspond à la flambée épidémique observée dans certaines provinces de l'Ouest dont Tshopo, Equateur, Mongala, Nord-Ubangi, Mai-Ndombe, Kinshasa et Kongo Central. Ces provinces ont connu, en 2016, les plus grandes épidémies de ces cinq dernières années. La flambée de 2017 serait d'ailleurs une continuité de l'épidémie de 2016 qui n'a pas été complètement maîtrisée.

En outre, la RDC connaît actuellement la plus grande épidémie de choléra de son histoire depuis celle de 1994 où plus de 50 000 personnes ont été affectées dans des camps de réfugiés Rwandais à Goma.

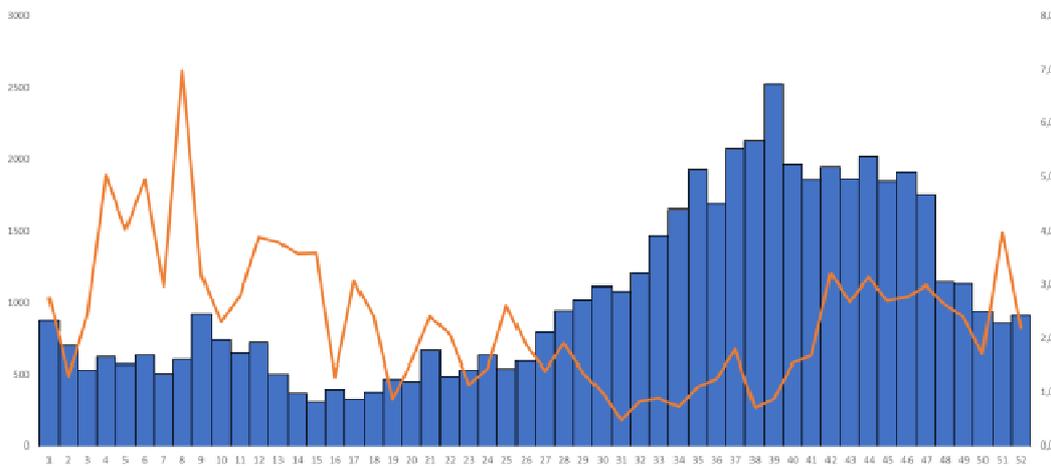


Figure 11 : Graphique de la situation de choléra de Janvier à Décembre 2017

L'évolution générale tendait à la baisse lorsque les provinces de l'espace grand Kasai ont été touchées. Avant l'épidémie dans les provinces du grand Kasai, la moyenne du nombre de cas notifiés par le pays était d'environ 835. Mais à partir de la semaine 39, lorsque le grand Kasai a été affecté, la moyenne annuelle est passée à plus de 1900 cas par semaine. Il convient de signaler que la situation est très préoccupante du fait que la dernière épidémie de choléra dans cet espace remonte à 2002 (**en seulement neuf semaines de la S39 à la S47**), 159 décès ont été rapportés dans l'espace grand Kasai ce qui représente environ 40% des 412 rapportés sur l'ensemble du pays.

Au cours de l'année 2017, la RDC a notifié plus du double de la moyenne annuelle des cas (20000 cas) de ces cinq dernières années et 230 ZS sur les 516 ont été touchées. De la 1^{ère} à la 52^{ème} semaine, le pays a notifié au total 54 588 cas et 1 145 décès, soit une létalité de 2.1%. Contrairement aux situations antérieures où il s'observait la notification de la majorité des cas dans les régions endémiques de l'est du pays, c'est la quasi-totalité de la RDC (24 provinces sur 26) qui a été touchée avec l'atteinte des provinces du grand Kasai.

2.3. Evolution annuelle des incidences de choléra à l'échelle des provinces, RDC

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

DPS	Cas 2013	Seuil 2013	Cas 2014	Seuil 2014	Cas 2015	Seuil 2015	Cas 2016	Seuil 2016	Cas 2017	Seuil 2017
Bas-Uélé	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	362	27,2
Equateur	193	9,4	7	0,3	0	0,0	2855	127,8	931	40,6
Haut Katanga	9625	232,0	1829	42,8	1169	26,6	1361	30,0	134	2,9
Haut Lomami	1568	45,6	4499	127,1	1139	31,2	1877	50,0	4075	123,2
Haut-Uélé	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ituri	1353	27,0	32	0,6	1165	21,9	948	17,3	1175	23,1
Kasaï	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	549	22,9
Kasaï Central	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kasaï Oriental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,2
Kinshasa	208	2,8	6	0,1	1	0,0	104	1,3	413	7,0
Kongo Central	19	0,5	1	0,0	0	0,0	328	8,5	3925	105,4
Kwango	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Kwilu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	659	13,6
Lomami	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1718	61,7
Lualaba	93	4,9	256	13,1	30	1,5	29	1,4	56	7,6
Mai-Ndombe	275	14,3	16	0,8	86	4,2	340	16,2	985	45,6
Maniema	2	0,1	41	1,8	3992	169,3	1270	52,3	1697	69,9
Mongala	112	6,6	0	0,0	0	0,0	2112	114,3	1378	72,4
Nord Ubangi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	450	37,8	1	0,1
Nord-Kivu	4449	54,3	4028	47,7	2883	33,2	3526	39,4	13121	154,9
Sankuru	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	301	27,2
Sud Ubangi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,4	1	0,0
Sud-Kivu	7294	134,3	7775	139,0	4387	76,1	5095	85,9	11043	196,1
Tanganyika	2232	90,9	1835	72,5	1276	49,0	3873	144,3	5953	226,1
Tshopo	37	1,3	9	0,3	434	14,7	3616	118,7	754	24,0
Tshuapa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Seuil : TA pour 100 000 habitants

Durant les cinq dernières années, l'épidémiologie du choléra en RDC a été marquée par :

- De grandes années épidémiques liées à la réémergence du choléra dans les ZS des provinces de l'Ouest situées le long du fleuve Congo. Il s'agit des années 2013 (faisant suite à la situation épidémiologique de 2011 et 2012), 2016 et 2017 (hormis l'atteinte du grand Kasaï) avec une augmentation significative du TA global, soit respectivement 624 cas, 846 cas et 2 159 cas pour 100 000 hab. contre 446 cas en 2014 et 428 cas pour 100 000 hab. en 2015.
- La résurgence d'une forte ampleur de l'épidémie de choléra dans la 2^{ème} moitié de l'année 2017 suite à l'atteinte de nouveaux foyers localisés dans l'espace du grand Kasaï (Kasaï, Kasaï central, Lomami et Sankuru) alors que la situation épidémiologique globale est en baisse. En dehors des facteurs de vulnérabilité intrinsèque à l'espace grand Kasaï, cette situation serait consécutive à l'insécurité engendrée par les conflits armés liés au phénomène Kamwina Sampu.

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

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

DPS	Lét. 2013	Lét. 2014	Lét. 2015	Lét. 2016	Lét. 2017
Bas-Uélé	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Equateur	2,0	0,0	0,0	3,2	4,3
Haut Katanga	2,1	2,4	3,1	2,4	5,9
Haut Lomami	4,9	2,5	0,8	2,0	1,9
Haut-Uélé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ituri	4,0	0,0	2,4	1,8	4,4
Kasaï	0,0	0,0	0,0	0,0	9,7
Kasaï central	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kasaï oriental	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3
Kinshasa	6,3	0,0	0,0	10,6	6,2
Kongo Central	5,3	0,0	0,0	6,9	2,5
Kwango	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kwilu	0,0	0,0	0,0	0,0	9,3
Lomami	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
Lualaba	6,5	3,5	8,2	3,4	3,3
Maï-Ndombe	1,7	0,0	0,0	5,0	5,6
Maniema	0,0	20,0	2,4	1,7	2,8
Mongala	2,7	0,0	0,0	6,8	6,0
Nord Ubangi	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0
Nord-Kivu	0,9	0,7	0,2	1,0	0,9
Sankuru	0,0	0,0	00,0	0,0	8,7
Sud Ubangi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sud-Kivu	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3
Tanganyika	2,8	1,4	1,1	0,9	2,2
Tshopo	5,4	11,1	6,1	5,9	6,9
Tshuapa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Les létalités observées entre 2013 et 2016 concernent en général les zones endémiques de l'est à l'exception de l'année 2016. En effet, il y a eu réémergence des épidémies de choléra au niveau des zones qui longent le fleuve Congo de la province du Haut Lomami jusqu'au Kongo central en suivant l'arc du fleuve.

L'année 2017 étant particulière avec la résurgence des épidémies dans presque toutes les provinces du pays (24/26), il est observé des taux de létalité élevés pour les provinces épidémiques (**Kasaï, Kwilu, Sankuru, Kasaï Oriental**). D'où, la nécessité de renforcer la formation des prestataires et la sensibilisation des communautés au niveau des zones épidémiques.

Les provinces endémiques quant à elles, n'ont pas enregistré beaucoup de décès en dépit de l'ampleur des épidémies. Cette situation traduit le degré de connaissance de la communauté sur le choléra et l'expérience des prestataires dans la prise en charge des cas de choléra.

2.5. 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 2013 à 2017, une nouvelle typologie des zones à risque de choléra a été proposée. Cela a été réalisé en fonction du nombre de cas notifiés par semaine, du rythme de notification, du profil épidémiologique de la ZS et de la caractéristique intrinsèque de la ZS.

Il s'agit de :

- Zones de type A : ZS lacustres des sites sanctuaires avec notification ininterrompue des cas de choléra
- Zones de type B : ZS des sites sanctuaires avec des périodes d'interruption de notification des cas de choléra de plus de huit semaines (métastables)
- Zones de type AB : ZS ayant des caractéristiques de B mais situés en dehors des sites sanctuaires
- Zones de type C : ZS à caractère épidémique (avec au moins un pic avec plus de 50 cas en une semaine) constituant des carrefours avec potentiel majeur d'amplification et de redistribution (Hubs) des cas de choléra
- Zones de type D : ZS à caractère épidémique sans potentiel majeur d'amplification et de redistribution des cas de choléra

Tableau 5 : Typologie des ZS à risque de choléra

Province	Zone de type A	Zone de type B	Zone de type AB	Zone de type C	Zone de type D
Sud-Kivu	Fizi, Uvira, Minova, Katana, Nundu, Kadutu			Nyangezi, Nyantende, Ruzizi, Lemera, Kabare, Miti Murhesa, Kimbi Lulenge	Toutes les autres ZS de la RDC
Nord-Kivu	Goma, Rutshuru, Kirotshu, Karisimbi, Mutwanga, Nyiragongo	Mweso, Masisi		Kyondo, Alimbongo, Kayna	
Tanganyika	Kalemie, Nyemba, Moba			Kongolo, Kabalo, Ankoro, Kansimba	
Haut Katanga	Kilwa			Pweto, Kasenga, Likasi, Lubumbashi (4)	
Haut Lomami		Kinkondja, Bukama, Butumba, Malemba-Nkulu,		Lwamba, Mulongo	

		Kabondo-Dianda, Mukanga		
Ituri		Tchomia, Nyarambe, Angumu, Bunia, Mahagi		Niania
Maniema				Alunguli, Kindu, Lubutu, Kabambare, Saramabila
Tshopo				Kisangani (4), Lowa, Wanie Rukula, Isangi, Basoko, Yahuma, Opala
Kongo Central			Kimpese	Moanda, Kitona, Kimpangu, Gombe Matadi, Matadi
Equateur				Mbandaka (3), Mankanza, Lolanga Mampoko, Lilanga Bobangi
Mongala				Bumba, Lisala, Pimu, Bosomondanda, Yamaluka
Lomami				
Mai-Ndombe			Bolobo, Yumbi	Mushie
Kinshasa				Kinshasa (35)

- Mise en place d'un mécanisme efficace de coordination pour une assistance technique, la mobilisation de ressources et le partenariat à tous les niveaux (local et global).

Cette feuille de route souligne l'importance de la lutte multisectorielle dans la lutte contre le choléra. Elle encourage d'association la vaccination aux autres mesures de lutte pour atteindre l'objectif d'éliminer le choléra d'ici 2030. Cette feuille de route bénéficie du soutien de la Fondation Melinda et Bill Gates, Veolia Environnement et Mérieux.

3.2. Fondation Melinda et Bill Gates

La **Fondation Melinda et Bill Gates** soutient la lutte contre le choléra en Afrique. En 2009 elle a financé la création de l'Agence de Médecine Préventive, AMP en sigle, qui travaille en partenariat avec le consortium Africhol pour améliorer la surveillance et la prévention du choléra, ainsi que la réponse aux épidémies dans neuf pays africains dont la RDC. Outre son implication au travers GAVI pour la vaccination contre le choléra, la Fondation Gates est très impliquée dans la stratégie « Ending Cholera : A global Roadmap to 2030 ».

3.3. Implémentation des Vaccins anticholérique orale (VCO) et apport de GAVI

En 2014, GAVI a mobilisé plus de 7,5 milliards \$US pour financer la nouvelle stratégie de vaccination 2016-2022 afin de mener à bien sa mission. En 2015, la Fondation Bill & Melinda Gates a également annoncé un soutien de 1,55 milliards USD étalé sur les cinq années à GAVI. Ce cadre stratégique quinquennal repose sur quatre objectifs :

- L'accès équitable aux vaccins pour une bonne couverture ;
- Le renforcement des systèmes de santé pour améliorer l'efficacité des services de vaccination ;
- La pérennité des programmes nationaux de vaccination ;
- La dynamisation des marchés des vaccins et produits apparentés.

Par ailleurs, depuis 2013, le vaccin anticholérique orale (VCO) est classé parmi les cinq vaccins prioritaires rentables et ayant un impact considérable sur les maladies représentant un lourd fardeau pour les populations. Depuis lors, une contribution substantielle est destinée à financer la constitution du stock mondial de VCO en vue d'élargir son accès lors des nouvelles flambées épidémiques et de mettre en place un programme de formation sur son utilisation dans les régions endémiques.

Depuis la mise en place du stock mondial de VCO, 14 pays ont bénéficié de l'implémentation d'une quarantaine de campagnes de vaccination de masse dans divers contextes (crises humanitaires, endémies ou flambées épidémiques) à l'aide de près de 8 millions de doses⁷.

⁷ The Global Task Force on Cholera Control. http://www.who.int/cholera/task_force/en/

3.4. Stratégies additionnelles

3.4.1. Objectifs de Développement Durable (ODD)

Les 3^{ème} et 6^{ème} objectif de développement durable (ODD) garantissent à tous l'accès à la santé ainsi qu'à l'eau salubre et à l'assainissement. Il importe donc de développer et d'opérationnaliser des programmes de gestion intégrée et de gouvernance ciblée en vue d'appuyer les plans nationaux et locaux qui les intègrent. Cependant, les ODD ne reflètent pas des enjeux individuels car ils sont tous interconnectés. En effet, la santé est une précondition pour l'éducation et la santé dépend aussi bien de la réduction de la pauvreté que d'un environnement sain ; l'accès à l'eau, à l'énergie et à la nourriture y sont également reliés.

3.4.2. Sommets de l'Union Africaine (UA) sur la gestion d'Ebola en Afrique de l'Ouest

Dans le cadre de grandes résolutions prises lors de la « **Conférence internationale de la lutte de l'Afrique contre le virus Ebola** » à Abuja et sur la base de la solidarité africaine à travers le concept de « **l'Afrique aide l'Afrique** », l'UA s'est engagée à renforcer le lien entre recherche opérationnelle et les interventions en santé afin de mieux coordonner la riposte contre Ebola et d'autres grandes maladies endémiques émergentes en Afrique.

3.4.3. Engagements d'Abuja pour l'élimination du VIH/Sida, de la Tuberculose et le Paludisme d'ici 2030

La lutte contre le choléra pourrait tirer profit des **30 engagements** pris par les Chefs d'Etat et de gouvernement de l'UA lors du sommet spécial de l'UA de 2013 à Abuja (Nigéria) sur le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme⁸.

L'analyse temporelle (passé, présent et futur) sur l'appropriation, la responsabilité et la viabilité de la réponse faite sur ces trois maladies en Afrique aidera à évaluer non seulement les progrès réalisés mais aussi les difficultés rencontrées en matière de lutte contre le choléra dans le cadre de la mise en œuvre du PMSEC 2013-2017.

3.4.4. Constitution de la RDC

La loi fondamentale de la RDC fixe dans ses articles 42, 47 et 48 des dispositions contre toute atteinte à la santé de la jeunesse, des principes fondamentaux et des règles d'organisation de la santé publique ainsi que des modalités d'exercice du droit à l'accès potable.

⁸ Déclaration du Sommet spécial de l'Union Africaine sur le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme, 12-16 Juillet 2013, Abuja (Nigéria)

3.4.5. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020

Concernant le choléra, le cadre programmatique du PNDS 2016-2020 oriente les actions à mener à travers trois axes stratégiques qui garantissent :

- L'amélioration de la résilience des structures et services de santé face aux épidémies, urgences et catastrophes ;
- Le renforcement de la dynamique communautaire (via l'installation et le fonctionnement des comités de veille communautaire) ;
- L'extension des sites de soins communautaires (points de réhydratation avec capacité de deux lits) ;
- Le renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements acquis (ex : CTC, UTC, points de chloration...) ;
- L'amélioration de la chaîne d'approvisionnement et du circuit de distribution des vaccins, médicaments et intrants spécifiques ;
- La mobilisation, la mise en commun et la rationalisation de l'affectation des ressources ;
- L'amélioration de la transmission, l'analyse, la production et la diffusion de l'information sanitaire ;
- Le renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur de la santé.

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

Face à la résurgence de grande ampleur de l'épidémie de choléra en RDC durant l'année 2017, le Ministère de la Santé a redéfini le cadre de la lutte contre cette maladie 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, de coordonner, d'organiser et de 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. ANALYSE DE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES PAR AXE STRATEGIQUE DU PMSEC 2013-2017

Tableau 6 : Analyse FFOM du PMSEC 2013-2017

Activités programmées	Forces	Faiblesses	Opportunités pour 2018-2022	Menaces
Axe stratégique 1 : Renforcement des activités de surveillance globale, recherche opérationnelle et circulation de l'information				
Renforcer les activités de surveillance globale dans les zones de santé de type A et C.	La surveillance épidémiologique passive est bien assurée : chaque semaine les données sur le choléra sont rapportées au niveau national	La surveillance environnementale n'est pas assurée. Quelques activités sont entreprises dans ce sens pendant les épidémies mais après rien n'est fait Absence de budget spécifique pour la surveillance environnementale	-Disponibilité du personnel pouvant assurer cette surveillance à tous les niveaux -Création PNECHOL -Stratégie pour la certification de l'élimination de la poliomyélite en RDC	Faiblesse du budget alloué au secteur de la santé Les conflits Les mouvements des populations conjoncturels
Reporter et partager les données sur l'évolution du choléra en temps réel pour l'ensemble des zones de santé.	Les données du Ministère de la santé sont partagées en temps réels avec tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra	Les ONG qui interviennent n'harmonisent pas toujours leurs données avec celles du ministère de la santé et surtout la plupart ne partagent pas ce qu'elles disposent comme données	Création du PNECHOL-MD avec la mise en place du Centre Opérationnel des Urgences	Faiblesse du budget alloué au secteur de la santé Les conflits Les mouvements des populations conjoncturels Faible couverture de réseau de communication Difficulté d'accessibilité géographique
Effectuer une capitalisation annuelle nationale et transfrontalière de l'expérience au niveau géographique et de mise en œuvre	Quelques réunions transfrontalières ont été tenues	Ces réunions ne sont tenues que pendant les périodes des flambées épidémiques touchant en même temps ces pays frontaliers	Existence des partenaires et institutions pouvant faciliter cette coopération transfrontalière	Faiblesse du budget alloué à ces activités Les conflits Les mouvements des populations conjoncturels
Réaliser la recherche opérationnelle nécessaire à une meilleure compréhension des dynamiques de transmission	Plusieurs études de recherche opérationnelle ont été menées à la fois pour comprendre la dynamique du choléra à des échelles multiples, le mode de diffusion des épidémies, les caractéristiques de vulnérabilité des ZS face aux épidémies de choléra et la cartographie des souches de Vibrio	Les fonds alloués à la recherche sont très insignifiants, Les acteurs impliqués dans la lutte sur le terrain ne prennent pas souvent en compte les recommandations formulées	Collaboration entre le PNECHOL-MD et la faculté de médecine/UNIKIN pour mener des recherches opérationnelles sur la compréhension de la dynamique du choléra	Faiblesse du budget alloué au secteur de la recherche Les conflits Les mouvements des populations conjoncturels

	cholerae qui circulent en RDC		Existence de centre de recherche sur les maladies infectieuses	
Axe stratégique 2 : Renforcement des mesures de prévention				
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	
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 dans cette réponse reprise communautaire.	Création du PNECHOL-MD	Instabilité de la gouvernance du CNAEHA
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 des ZS	Cette réponse est souvent tardive à cause de l'absence de fonds d'urgence disponible, La coordination n'est pas assurée correctement	Création du PNECHOL-MD avec la mise en place du Centre Opérationnel des Urgences de santé publique Existence de partenaires techniques et financiers	Faiblesse du budget alloué au secteur de la santé Les conflits Les mouvements des populations conjoncturels
Axe stratégique 3 : Mise en place des interventions liées à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène				
Réaliser une planification pour la mise à niveau des infrastructures en eau et assainissement sur les zones de santé de type A (technique et évaluation budgétaire)	Suite aux études de recherche opérationnelle réalisées et grâce au programme Ecoles et Villages Assainis, les infrastructures en eau et assainissement de certaines de ces ZS ont été mises à niveau	Le nombre de ces ZS appuyées reste très faible, le choix de certaines ZS appuyées n'est pas objectif,	Existence du programme écoles et villages assainis Effectivité du fonctionnement du CNAEHA	Faiblesse du budget alloué au secteur de l'eau, hygiène et assainissement Les conflits Les mouvements des populations conjoncturels Aléas naturels : volcans, séismes, inondations, changements climatiques.
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 mégestion des certains comités	Existence du programme écoles et villages assainis	
Axe stratégique 4 : Prise en charge médicale des cas				
100% des patients atteints de choléra bénéficient d'un traitement médical adéquat.	La gratuité de soins dans les CTC est assurée dans les ZS endémiques,	La non préparation de structures de prise en charge en zones épidémiques L'inexpérience des prestataires dans la	Création du PNECHOL-MD	Faiblesse du budget alloué au secteur de la santé Les conflits

		prise en charge des patients en zones épidémiques Difficultés d'approvisionnement des structures enclavées		Les mouvements des populations conjoncturels
La gestion des épidémies de choléra est assurée dans l'ensemble des zones de santé.	Le système de surveillance et de riposte fonctionne correctement dans les ZS endémiques	Le système de surveillance et de riposte ne fonctionne pas correctement dans les ZS non endémiques	Création du PNECHOL-MD	Faiblesse du budget alloué au secteur de la santé Les conflits Les mouvements des populations conjoncturels
Axe stratégique 5 : Renforcement de la coordination et de la communication				
Le cadre formel de concertation pour la lutte contre le choléra est mis en place.	Le GTP est mis en place et opérationnel	L'arrêté interministériel de mise en place du GTP n'est pas encore signé par tous les ministres intersectoriels faisant partie du comité de pilotage du CNAEHA	Appui permanent de l'UNICEF (leader du cluster WASH) aux activités du CNAEHA et CPAEHA	Instabilité de gouvernance des ministères sectoriels
La coordination multisectorielle des activités est renforcée.	La mise en place des GTP dans trois provinces	Certains acteurs impliqués ne participent pas aux réunions du GTP	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
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 DLM) - Multisectoriel au niveau du Ministère du plan/CNAEHA (GTP)	- L'approche médico centrée de la surveillance du choléra au niveau de réunions de la DLM ne permet pas une vue globale - Faible niveau de fonctionnalité du GTP (faible implication des autres secteurs)	La perspective de la signature de l'arrêté interministériel sur le comité de pilotage du PMSEC	Instabilité de gouvernance des ministères
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	La réduction de budget inhérent à l'élimination du choléra	- 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 - Création du PNECHOL-MD	- La crise financière internationale - L'augmentation du nombre de crises humanitaires dans le monde
Un plan de vulgarisation du projet	- Extensions du GTP dans les provinces	Faible niveau de fonctionnalité du GTP	La perspective de la	Instabilité de gouvernance

d'élimination du choléra est disponible et mise en œuvre.	- Mise en place du PNECHOL-MD	dans les provinces (faible implication des autres secteurs)	signature de l'arrêté interministériel sur le comité de pilotage du PMSEC	des ministères
Les programmes d'éducation ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation.	Existence du programme Ecoles Assainies	La faible couverture du programme Ecoles Assainies	Stratégie mondiale de lutte contre le choléra (Mettre fin au choléra : feuille de route jusqu'en 2030)	
Les ressources humaines et financières nécessaires sont identifiées et mobilisées.	- Existence d'un pool important de 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 épidémies de choléra	La perspective de la signature de l'arrêté interministériel sur le comité de pilotage du PMSEC	Instabilité de gouvernance des ministères
Un bulletin trimestriel sur les activités d'élimination du choléra est publié.	Les bases des données et les rapports d'activités réalisées sont disponibles	Pas de fonds disponibles pour la publication de ces bulletins	Effectivité du fonctionnement du GTP	Réduction globale de budget alloué aux urgences
La coopération transfrontalière est renforcée	L'existence des forums transfrontaliers (SADC, CIRGL, CEAC, CPGL, coopérations des pays du bassin du fleuve Congo et l'initiative des pays du bassin du Nil)	Le fonctionnement des forums transfrontaliers n'est pas optimal	Intérêt croissant des bailleurs au financement des projets transfrontaliers et multicentriques	Instabilité politique des pays

V. PLAN STRATEGIQUE MULTISECTORIEL D'ELIMINATION DU CHOLERA EN RDC 2018-2022

5.1. Objectifs

Objectif Général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC par la réduction de la morbidité et de la mortalité attribuables au choléra et aux autres maladies diarrhéiques.

Objectifs spécifiques

- Lutter contre la récurrence des flambées épidémiques de choléra dans les zones épidémiques et endémiques à l'échelle de la R.D.C;
- Réduire le taux d'incidence annuel inférieur à 1 cas confirmé pour 1000 000 habitants soit moins de 50 cas confirmés par an à l'échelle national ;
- Réduire à 0 cas confirmé par la culture dans les ZS ayant bénéficiées du paquet d'interventions d'ici fin 2022 ;
- Réduire de 50% l'incidence des autres maladies diarrhéiques en RDC.

5.2. Axes stratégiques

Le présent PMSEC 2018-2022 se décline en sept axes stratégiques :

- *Renforcement des activités de surveillance globale ;*
- *Prise en charge curative ;*
- *Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement dans les zones sanctuaires du choléra*
- *Mise en place des interventions 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.*
- *Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactives dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte ;*
- *Recherche opérationnelle ;*
- *Coordination, communication et plaidoyer.*

5.2.1. Renforcement des activités de surveillance globale

La surveillance est dite globale parce qu'elle s'élargit, en dehors du suivi des cas et décès de choléra, aux autres facteurs susceptibles d'influencer la dynamique des épidémies de choléra.

Cette surveillance globale comprend six volets :

- Clinique et à base communautaire ;
- Biologique ;
- Environnemental (Qualité des eaux, zones inondables, niveaux des eaux, activités volcaniques, activités tectoniques...);

- Socio-économique ;
- Démographique ;
- Climatique.

5.2.2. Prise en charge curative

La prise en charge curative de choléra se fera en trois étapes :

- Préparation à la riposte : Formation du personnel, pré positionnement des médicaments et intrants;
- La riposte (prise en charge décentralisée des cas de choléra) : mise en place des centres/unités de traitement de choléra (CTC et UTC) et points de réhydratation orale ;
- Evaluation de la prise en charge

A chaque étape énumérée ci-dessus, tenir compte de la gestion rationnelle des intrants de prise en charge.

5.2.3. Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, des conditions d'hygiène et d'assainissement dans les zones sanctuaires du choléra

- Augmenter, rapprocher et rendre disponible l'eau potable de manière pérenne dans les zones sanctuaires du choléra ;
- Mettre en place des mesures d'hygiène et d'assainissement autour des ouvrages d'eau ;
- Mettre en place des mesures d'hygiène et d'assainissement dans les zones sanctuaires ;
- Former/éduquer la communauté à la gestion et maintenance des ouvrages d'eau et d'assainissement ;
- Renforcer les mesures de prévention (Mettre en place des mesures d'éducation et de prévention de la transmission des cas de choléra à l'échelle des ménages) ;
- Renforcer les mesures de contrôle de la qualité de l'eau.

5.2.4. 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.

- Renforcer les capacités des acteurs étatiques en EHA ;
- Approvisionner/améliorer et Contrôler l'accès à l'eau potable dans les zones affectées par les épidémies ;
- Mettre en place et contrôler les mesures d'hygiène dans les zones touchées par l'épidémie ;
- Améliorer et contrôler l'accès à l'assainissement autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population (marché, gare, port, écoles.) ;
- Sensibiliser les populations dans les zones affectées à travers tous les canaux de communication possibles ;
- Mettre en place un mécanisme de suivi-évaluation des interventions WASH pendant les urgences ;
- Organiser les investigations avant les interventions WASH en cas d'urgence ;
- Mettre en place le système de stabilisation post-épidémie ;

- Renforcer les interventions communautaires : La stratégie du pays pour couper la chaîne de transmission au niveau communautaire reste le quadrillage (ACTQ). Cependant en situation des cas sporadiques l'approche d'une intervention au cas par cas est applicable.

5.2.5. Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte,

- Elaborer un macro plan quinquennal à l'échelle nationale (zones endémiques et épidémiques) ;
- Elaborer des micro plans pour chaque site sanctuaire éligible à la vaccination préventive ;
- Rédiger et présenter pour chaque nouveau foyer épidémique où une vaccination réactive est suggérée, un proposal de justification de la requête de vaccination ;
- Mettre en place un plan de suivi et évaluation des activités de vaccination préventive et réactive.
- Soumettre la requête sur la vaccination contre le choléra à l'International Coordinating Group (ICG) en zone épidémique ou au Global Task Force of Cholera Control (GFTCC) en zone endémique.
- Les stratégies innovantes de vaccination contre le choléra sont développées.

5.2.6. Recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle vise à améliorer la connaissance de la dynamique de la maladie pour l'ajustement des stratégies de lutte.

Les principales composantes de cette recherche opérationnelle sont :

- Eco-épidémiologie du choléra : Affiner la typologie des zones en fonction de facteurs de vulnérabilité, interventions ciblées Wash, Pharmacovigilance ;
- Suivi biologique de redémarrage épidémique (endogène ou exogène, monoclonale ou polyclonale, suivi des asymptomatiques, ...) ;
- Etudes socio-anthropologiques (anthropologie des acteurs et des institutions) ;
- Etudes d'impact économique (coût-efficacité de différentes interventions) ;
- Etudes géopolitiques des épidémies (Gouvernance et gestion des épidémies de choléra ; conflits, mouvements de population et dynamique du choléra) ;
- Les recherches opérationnelles sur la vaccination en RDC.

Un cadre de Concertation multisectoriel sur la recherche sera mis en place pour analyser et valider les sujets de recherche.

5.2.7. Coordination, communication et plaidoyer

- Rendre opérationnels les organes de coordination du PMSEC à tous les niveaux (Comité de pilotage du PMSEC, GTP, CPAEHA) ;
- Elaborer un plan opérationnel annuel du Secrétariat Exécutif du CNAEHA ;
- Développer les stratégies de plaidoyer pour faire de l'élimination du choléra une priorité pour les institutions étatiques et les partenaires techniques & financiers réunis autour des organisations internationales et de différentes plates-formes de concertation (Clusters, CNC, GIBS, OCHA, Ministère des Affaires sociales et de l'Intérieur) ;

- Renforcer la coopération interprovinciale et transfrontalière avec les pays limitrophes ;
- Accompagner l'élaboration des PAO et des plans de contingence à tous les niveaux ;
- Publier un bulletin trimestriel ;
- Vulgariser le PMSEC 2018-2022 recadré.

5.3. Résultats attendus d'ici fin 2022 par axes stratégiques

Tableau 7 : Résultats attendus

Axes stratégiques	Résultats attendus par axe stratégique
Renforcement des activités de surveillance globale	Résultat 1.1. Les activités de surveillance clinique et à base communautaire sont réalisées
	Résultat 1.2. Les activités de surveillance biologique sont réalisées
	Résultat 1.3. Les activités de surveillance environnementale sont réalisées
	Résultat 1.4. Les activités de surveillance socio-économique sont réalisées
	Résultat 1.5. Les activités de surveillance démographique sont réalisées
	Résultat 1.6. Les activités de surveillance climatique sont réalisées
Prise en charge curative	Résultat 2.1. Les activités de riposte (Formation du personnel, pré positionnement des médicaments et intrants) sont préparées
	Résultat 2.2. Les activités de riposte (mise en place des CTC/UTC et points de réhydratation orale) sont réalisées
	Résultat 2.3. La prise en charge est évaluée
Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans les zones sanctuaires du choléra	Résultat 3.1. Quatre-vingts pour cent de la population des zones sanctuaires du choléra ont accès à l'eau potable
	Résultat 3.2. Les mesures d'assainissement autour des ouvrages d'eau sont réalisées
	Résultat 3.3. La communauté est formée/éduquée à la gestion et maintenance des ouvrages d'eau
	Résultat 3.4. Les mesures d'éducation et de prévention de la transmission des cas de choléra sont mises en place dans 80 % de ménages
	Résultat 3.5. Quatre-vingts pour cent de la population sont sensibilisés
	Résultat 3.6. Les mesures de prévention sont renforcées
	Résultat 3.7 Cent pour cent des eaux fournis aux communautés répondent aux normes de l'OMS par rapport à la qualité de l'eau
	Résultat 3.8. Les mesures d'assainissement et d'hygiène au sein des zones sanctuaires sont réalisées
Mise en place des interventions 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)	Résultat 4.1. Au moins 80% de la population des zones affectées par les épidémies de choléra ont accès l'eau potable
	Résultat 4.2. Les mesures d'hygiène autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population sont mises en place
	Résultat 4.3. Au moins 80% de la population des zones affectées par les épidémies de choléra ont accès à l'assainissement autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population (marché, gare, port, écoles...) ;
	Résultat 4.4. 100% d'interventions WASH pendant les urgences sont suivies-évaluées ;
	Résultat 4.5. Le système de stabilisation post-épidémie sont mises en place dans cent pour cent des zones en épidémie
	Résultat 4.6. Quatre-vingts pour cent de la population sont sensibilisés sur la prévention du choléra

	Résultat 4.7. Les interventions communautaires pour couper la chaîne de transmission sont menées
Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte	Résultat 5.1. Le macro plan quinquennal à l'échelle nationale est élaboré
	Résultat 5.2. Les micros plans pour chaque site sanctuaire éligible à la vaccination préventive sont élaborés
	Résultat 5.3. Un proposal de justification de la requête de vaccination est rédigé et présenté pour chaque nouveau foyer épidémique nécessitant une vaccination réactive
	Résultat 5.4. Le plan de suivi et évaluation des activités de vaccination préventive et réactive est mis en place
	Résultat 5.5. La requête sur la vaccination contre le choléra est soumise à l'International Coordinating Group (ICG) en zone épidémique ou au Global Task Force of Cholera Control (GFTCC) en zone endémique.
	Résultat 5.6 Les stratégies innovantes de vaccination contre le choléra sont développées.
Recherche opérationnelle	Résultat 6.1. Les études éco-épidémiologiques du choléra sont conduites
	Résultat 6.2. Le suivi biologique de redémarrage épidémique (endogène ou exogène, monoclonale ou poly clonale, suivi des asymptomatiques, ...) est réalisé
	Résultat 6.3. Les études socio-anthropologiques sont conduites
	Résultat 6.4. Les études d'impact économique sont conduites
	Résultat 6.5. Les études géopolitiques des épidémies sont conduites
	Résultat 6.6. Les recherches opérationnelles sur la vaccination en RDC sont menées
	Résultat 6.7. Le cadre de Concertation multisectoriel sur la recherche est mis en place
Coordination, communication et plaidoyer	Résultat 7.1. Les organes de coordination du PMSEC à tous les niveaux sont opérationnels
	Résultat 7.2. Les stratégies de plaidoyer pour faire de l'élimination du choléra une priorité pour les institutions étatiques et les partenaires techniques & financiers sont développées
	Résultat 7.3. La coopération interprovinciale et transfrontalière avec les pays limitrophes est renforcée
	Résultat 7.4. L'accompagnement de l'élaboration des PAO et des plans de contingence est assuré à tous les niveaux
	Résultat 7.5. Un bulletin trimestriel est publié
	Résultat 7.6. Des missions de vulgarisation du PMSEC 2018-2022 sont réalisées
	Résultat 7.7. Le plan national de communication et de changement de mentalité est élaboré
	Résultat 7.8. Le plan opérationnel annuel du Secrétariat Exécutif du CNAEHA est élaboré

5.4. Cadre logique

Tableau 8 : Cadre logique, PMSEC 2018-2022

LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES (SUPPOSITIONS)
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.	Taux de mortalité et de morbidité brute	Enquêtes	
Objectifs spécifiques : 1. Lutter contre la récurrence des flambées épidémiques de choléra dans les zones épidémiques et endémiques à l'échelle de la RDC	Nombre de flambées épidémiques de choléra dans les zones endémiques et épidémiques	Les rapports des MAPEPI	Faiblesse du budget alloué au secteur de la santé Les conflits
2. Réduire le taux d'incidence annuel inférieur à 1 cas confirmé pour 1000 000 habitants soit moins de 50 cas confirmés par an à l'échelle national	Taux d'incidence	Rapport annuel d'activités, rapport d'enquête	Les mouvements des populations conjoncturels
3. Réduire à 0 cas confirmé par la culture dans les ZS ayant bénéficiées du paquet d'interventions d'ici fin 2022 ;	Taux d'incidence	Rapport annuel d'activités, rapport d'enquête	Les mouvements des populations conjoncturels
4. Réduire de 50% l'incidence des autres maladies diarrhéiques en RDC	L'incidence des autres maladies diarrhéiques en RDC	Rapport SNIS	
AXE 1 : Renforcement des activités de surveillance épidémiologique globale			
Résultat 1.1. Les activités de surveillance clinique et à base communautaire sont réalisées	Complétude des rapports	Rapports des services concernés	Tous les acteurs de la lutte contre le choléra impliqués. La paix et la sécurité établies restent durables
	Promptitude dans la transmission des rapports		
	Epidémies détectées dans le délai (48h)		
	Intervention dans le délai (72h)		
Résultat 1.2. Les activités de surveillance biologique sont réalisées	Complétude des rapports	Rapports des services concernés	
	Promptitude dans le prélèvement d'échantillons		
	Promptitude dans le transport d'échantillons		
	Promptitude dans l'analyse d'échantillons		
	Promptitude dans la transmission des résultats		
	Proportion d'échantillons analysés positifs		
	Proportion des labos provinciaux renforcés en	Rapport d'activités	

	capacité		
Résultat 1.3. Les activités de surveillance environnementale sont réalisées	Nombre d'échantillons d'eau analysés	Rapports des services conc	
	Nombre de zones inondables catégorisées		
	Hauteur du niveau des eaux		
	Variation d'intensité des activités sismiques		
Résultat 1.4. Les activités de surveillance socio-économique sont réalisées	Indices de Développement Humain	Rapports des services concernés	
Résultat 1.5. Les activités de surveillance démographique sont réalisées	Densité de population	Rapports des services concernés	
	Nombre de populations déplacées		
Résultat 1.6. Les activités de surveillance climatique sont réalisées	Indicateurs météorologiques		
AXE 2 : Prise en charge curative			
Résultat 2.1. Les activités de riposte (Formation du personnel, pré positionnement des médicaments et intrants) sont préparées	Nombre de personnels formés	Rapport de formation	Disponibilité des financements
	Nombre de kits de prise en charge pré positionnés	Bordereau de réception	
Résultat 2.2. Les activités de riposte (mise en place des CTC/UTC et points de réhydratation orale) sont réalisées	Nombre de CTC/UTC dans les structures sanitaires	Existence de CTC/UTC	
	Nombre de points de réhydratation orale	Existence de points de réhydratation orale	
Résultat 2.3. La prise en charge est évaluée	<ul style="list-style-type: none"> Taux de létalité institutionnelle Nombre des prestataires contaminés Taux de létalité communautaire 	Rapport d'évaluation	La paix et la sécurité établies restent durables
AXE 3 : Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans les zones sanctuaires du choléra			
Résultat 3.1. Quatre-vingts pour cent de la population des zones sanctuaires du choléra ont accès à l'eau potable	Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable	Rapports d'enquête	
Résultat 3.2. Les mesures d'assainissement autour des ouvrages d'eau sont réalisées	Pourcentage de réalisation des mesures d'assainissement autour des ouvrages d'eau	Rapport d'implémentation des ouvrages d'eau	
Résultat 3.3. La communauté est formée/éduquée à la gestion et maintenance des ouvrages d'eau	Nombre de personnes formées/éduquées	Rapport de formation	
Résultat 3.4. Les mesures d'éducation et de prévention de la transmission des cas de choléra sont mises en place dans 80 % de ménages	Pourcentage des ménages ayant bénéficié des mesures d'éducation et de prévention	Rapports d'enquête	
Résultat 3.5. Quatre-vingts pour cent de la population sont sensibilisés	80% de la population sont sensibilisés	Rapports d'enquête et Rapport de mise en œuvre	
Résultat 3.6. Les mesures de prévention sont renforcées	- Existence dans les programmes d'enseignement au niveau primaire, secondaire et universitaire des notions en rapport avec l'élimination	Rapports d'enquête et Rapport de mise en œuvre	

	<p>du choléra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proportion des écoles, instituts et/ou universités qui ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation. 		
Résultat 3.7 Cent pour cent des eaux fournies aux communautés répondent aux normes de l'OMS par rapport à la qualité de l'eau	Proportion des communautés qui bénéficient d'eaux répondant aux normes de qualité de l'OMS.	Rapports d'enquête et Rapport d'analyse ou bulletin de qualité	
Résultat 3.8. Les mesures d'assainissement et d'hygiène au sein des zones sanctuaires sont réalisées	% des populations vivant dans les zones sanctuaires ayant un accès aux latrines hygiéniques	Rapports d'enquête et Rapport de mise en œuvre	
AXE 4 : Mise en place des interventions 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.			
Résultat 4.1. 4.1. 80% des APA à tous les niveaux sont renforcés en capacité	Nombre de personne formées	Rapport de formation ou de briefing Donnée de cluster WASH Données DPS,	
Résultat 4.2. Quatre-vingts pour cent de la population des zones affectées par les épidémies de choléra ont accès à l'eau potable	Proportion de la population ayant accès à l'eau potable	Rapports d'enquête	Implication des ministères concernés Disponibilité de l'expertise technique
Résultat 4.3. Les mesures d'hygiène autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population sont mises en place	Nombre de lieux de notification des cas et de lieux de regroupement de population où les mesures d'hygiène sont mises en place	Rapports d'activités	
		Rapports d'enquête	
Résultat 4.4. Au moins 80% de la population autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population (marché, gare, port, écoles...) a accès à l'assainissement	Proportion de la population ayant accès à l'assainissement	Rapports d'activités	Implication des ministères concernés Disponibilité de l'expertise technique
		Rapports d'enquête	
Résultat 4.5. Au moins 80% de la population autour des lieux de notification des cas est sensibilisée à travers tous les canaux de communication possibles.	Proportion de la population ayant été sensibilisée	Rapports d'enquête	
Résultat 4.6. Résultat 4.6. Le mécanisme de suivi-évaluation des interventions WASH pendant les urgences.	Proportion d'interventions WASH pendant l'épidémie sont suivis et évalué	Rapports de suivi-évaluation.	
Résultat 4.7. Les interventions communautaires pour couper la chaîne de transmission sont menées	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins 80% de cas suspects de choléra bénéficient d'une réponse adaptée - Au moins 50% de cas suspects de 	Rapport d'activités	

	choléra bénéficient d'une réponse à base communautaire prompt - 0 cas confirmé par la culture dans les ZS ayant bénéficiées des activités communautaires		
AXE 5 : Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte			
Résultat 5.1. Le macro plan quinquennal à l'échelle nationale est élaboré	Nombre de macro plan quinquennal	Existence du macro plan quinquennal	Le macro plan doit être intégré dans le plan pluriannuel global et ne prend en compte que les ZS endémiques (sanctuaires)
Résultat 5.2. Les micro plans pour chaque site sanctuaire éligible à la vaccination préventive sont élaborés	Nombre de micro plans	Existence du micro plan quinquennal	Les micro plans doivent être élaborés selon l'analyse de risque dans les ZS sanctuaires
Résultat 5.3. Une justification de la requête de vaccination est rédigée et présentée pour chaque nouveau foyer épidémique nécessitant une vaccination réactive	Nombre de justification de la requête de vaccination rédigé et présenté	Proposal	
Résultat 5.4. Le plan de suivi et évaluation des activités de vaccination préventive et réactive est mis en place	Nombre de rapports de suivi et évaluation des activités de vaccination préventive et réactive	Rapports de suivi et évaluation	
Résultat 5.5. La requête sur la vaccination contre le choléra est soumise à l'International Coordinating Group (ICG) en zone épidémique ou au Global Task Force of Cholera Control (GFTCC) en zone endémique	Nombre de requêtes soumises	Rapport d'évaluation des activités	
Résultat 5.6 Les stratégies innovantes de vaccination contre le choléra sont développées.	Nombre des stratégies innovantes de vaccination contre le choléra développé.	Publication des stratégies développées	
Résultat 5.7. Les campagnes de vaccination préventive et réactive contre le choléra sont organisées	Proportion des campagnes organisées	Rapport d'activités	
Résultat 5.8. Assurer la surveillance clinique et biologique en post campagne	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de cas suspect ayant fait l'objet d'une investigation Le nombre d'échantillons prélevés et analysés 	Rapport d'activités	
AXE 6 : Recherche opérationnelle			
Résultat 6.1. Les études éco-épidémiologiques du choléra sont conduites	Nombre d'études éco-épidémiologiques du	Rapports de projet	

	choléra conduites	Publications scientifiques	
Résultat 6.2. Le suivi biologique de redémarrage épidémique (endogène ou exogène, monoclonale ou poly clonale, suivi des asymptomatiques, ...) est réalisé	Nombre d'études de suivi biologique de redémarrage épidémique	Rapports de projet Publications scientifiques	
Résultat 6.3. Les études socio-anthropologiques sont conduites	Nombre d'études socio-anthropologiques	Rapports de projet Publications scientifiques	
Résultat 6.4. Les études d'impact économique sont conduites	Nombre d'études d'impact économique	Rapports de projet Publications scientifiques	
Résultat 6.5. Les études géopolitiques des épidémies sont conduites	Nombre d'études géopolitiques des épidémies	Rapports de projet Publications scientifiques	
Résultat 6.6. Les recherches opérationnelles sur la vaccination contre le choléra en RDC sont menées	Nombre de recherches opérationnelles sur les stratégies vaccinales contre le choléra en RDC menées.	Rapports de projet Publications scientifiques	
Résultat 6.7. Le cadre de Concertation multisectorielle sur la recherche est mis en place	Existence d'un cadre de concertation multisectoriel	Rapport des réunions	
AXE 7: Coordination, communication et plaidoyer			
Résultat 7.1. Les organes de coordination du PMSEC sont opérationnels à tous les niveaux	Nombre d'organes de coordination du PMSEC opérationnels à tous les niveaux	Rapports d'activités	
Résultat 7.2. L'accompagnement de l'élaboration des PAO et des plans de contingence est assuré à tous les niveaux	Nombre de DPS et de ZS accompagnées	Rapport d'élaboration Existence des PAO et plans de contingence	
Résultat 7.3. La coopération transfrontalière avec les pays limitrophes est renforcée	Nombre de réunions	PV des réunions Rapports de mission	
Résultat 7.4. Le partenariat inter et intra-sectoriel est renforcé à tous les niveaux	Nombre de réunions	PV des réunions Rapports de mission	
Résultat 7.5. Des missions de vulgarisation du PMSEC 2018-2022 sont réalisées	Nombre de mission de vulgarisation effectué	Rapports de mission	
Résultat 7.6. Les stratégies de plaidoyer pour faire de l'élimination du choléra une priorité pour les institutions étatiques et les partenaires techniques & financiers sont développées	Nombre de stratégies de plaidoyer développées	Existence des stratégies	
Résultat 7.7. Un bulletin trimestriel est publié	Nombre de bulletins publiés	Existence du bulletin	
	Nombre de missions de vulgarisation réalisées	Rapports de campagne de vulgarisation	
Résultat 7.8. Le plan opérationnel annuel du Secrétariat Exécutif du CNAEHA est élaboré	Niveau de la mise en œuvre du plan	Rapport d'évaluation	

5.5. Budget estimatif détaillé

Tableau 9 : Prévisions budgétaires détaillées, PMSEC 2018-2022 Recadré

Activités par résultats	Fréquence	Coût unit. (USD)	Coût tot. (USD)
Axe 1. Renforcement des activités de surveillance globale			
Produire les documents normatifs de la surveillance dans tous les secteurs impliqués dans l'objectif de l'élimination du choléra.	1	142 000	142 000
Former les acteurs impliqués à tous les niveaux dans tous les secteurs concernés	3	125 000	375 000
Rendre disponible les documents normatifs de la surveillance et de la lutte contre le cholera	1	160 000	160 000
Mettre en place un système de surveillance active dans les ZS de type A et B	1	150 000	150 000
Doter les laboratoires des secteurs impliqués dans la surveillance globale du choléra en consommables indispensables.	3	480 000	1 440 000
Pré positionner le matériel de prélèvement et transport des échantillons dans les ZS de type A et B	3	300 000	900 000
Réaliser le monitoring de la qualité des eaux dans les ZS type A et B	3	300 000	900 000
Mettre en œuvre les activités de surveillance dans tous les secteurs	3	100 000	300 000
Appuyer la formation des acteurs communautaires	3	45 400	136 200
Rendre disponible les outils de collecte pour les acteurs communautaires	3	8 340	25 020
Renforcer les laboratoires provinciaux en ressources humaines et matérielles	3	100 000	300 000
Mise en place de moyens de communications efficaces (nouvelles technologies de l'information)	3	200 000	600 000
Evaluer régulièrement le degré de vulnérabilité des ZS face au choléra pour anticiper les flambées	3	200 000	600 000
Sous total 1		5 100 000	6 028 220
AXE 2 : Prise en charge curative			
2.1. Mettre en place des unités spéciales d'intervention rapide au niveau provincial (11 provinces)	3	700 000	2 100 000
2.2. Former/ recycler les acteurs sur la prise en charge médicale du choléra à tous les niveaux (Niveau central, provincial et des Zones de Santé)	3	125 000	375 000
2.3. Superviser/ Evaluer la prise en charge médicale des cas de choléra	3	500 000	1 500 000
2.4. Approvisionner les structures sanitaires en intrants, médicaments, consommables et aliments pendant les périodes de flambées épidémiques	3	700 000	2 100 000
2.5. Construire les Centres de traitement du choléra (CTC) en semi-durable dans les zones à foyers endémiques et épidémiques	3	600 000	1 800 000
2.6. Assurer le transport des malades vers les Centres de traitement de choléra	3	1 000 000	3 000 000

Sous total 2			10 875 000
AXE 3 : Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans les zones sanctuaires (endémiques) du choléra			
3.1 Quatre-vingts pour cent de la population des zones sanctuaires du choléra ont accès à l'eau potable			
Appuyer le développement du système d'approvisionnement en eau potable en milieu urbain	1	40 000 000	40 000 000
Appuyer le développement du système d'approvisionnement en eau en milieu rural	20	24 000	480 000
3.2. les mesures d'assainissement autour des ouvrages d'eau sont réalisées			
Développer les infrastructures pour permettre les bonnes pratiques d'hygiène	3	1 000 000	3 000 000
Renforcer les capacités de voirie et drainage dans les villes	3	1 000 000	3 000 000
3.3 La communauté est formée/éduquée à la gestion et maintenance des ouvrages			
Appuyer la mise en place d'un système de gestion assurant la pérennisation des infrastructures d'eau	3	100 000	300 000
3.4. Les mesures d'éducation et de prévention sur la transmission des cas de choléra sont mise en place dans 80% des ménages			
Promouvoir les activités de communication sur le changement de comportement	3	150 000	450 000
Promouvoir l'enseignement au niveau primaire, secondaire et universitaire les bonnes pratiques en rapport avec l'élimination du choléra.	3	100 000	300 000
3.6. Cent pour cent des eaux fournis aux communautés répondent aux normes de l'OMS par rapport à la qualité de l'eau			
Assurer le contrôle de la qualité de l'eau de boisson	3	300 000	900 000
3.7. Les mesures d'assainissement et d'hygiène au sein des zones sanctuaires sont réalisées			
Promouvoir la construction, l'utilisation et la gestion des latrines familiales et collectives	3	100 000	300 000
Sous total 3			48 730 000
AXE 4 : Mise en place des interventions 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)			
4.1. 80% des APA à tous les niveaux sont renforcés en capacité			
Renforcer les capacités des APA	3	20 000	60 000
4.2. Quatre-vingts pour cent de la population des zones affectées par les épidémies de choléra ont accès l'eau potable			
Réhabiliter les infrastructures existantes d'approvisionnement en eau potable dans les villages	3	500 000	1 500 000
Construire des nouvelles infrastructures d'approvisionnement en eau potable dans les villages	3	340 000	1 020 000
Appuyer la gestion et pérennisation des infrastructures	3	50 000	150 000
4.3. Les mesures d'hygiène autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population sont mises en place			
Promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène	3	50 000	150 000

4.4. Au moins 80% de la population autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population (marché, gare, port, écoles....) a accès à l'assainissement			
Promouvoir la construction, l'utilisation et la gestion des latrines collectives	3	100 000	300 000
4.5. Au moins 80% de la population autour des lieux de notification des cas est sensibilisée à travers tous les canaux de communication possibles			
Renforcer la sensibilisation à travers les différents canaux de communication	3	100 000	300 000
Renforcer la collaboration avec les APA et leaders d'opinion	3	100 000	300 000
4.6. Le mécanisme de suivi-évaluation des interventions WASH pendant les urgences est assuré			
Organiser des missions de suivi-évaluation des interventions WASH	3	150 000	450 000
4.7. Les interventions communautaires pour couper la chaîne de transmission sont menées			
Renforcer les activités à base communautaire centrée autour des cas	3	6 000 000	18 000 000
Appuyer la formation des Acteurs de la communauté (CAC) sur la surveillance à base communautaire dans les ZS sanctuaires	3	170 000	510 000
Sous total 4			22 740 000
AXE 5 : Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte			
5.1. Elaborer le plan trienal à l'échelle nationale	1	20 000	20 000
5.2. Accompagner l'élaboration des micro plans pour chaque site sanctuaire éligible à la vaccination préventive	3	160 000	480 000
5.3. Rédiger et présenter le proposal de justification de la requête de vaccination pour chaque nouveau foyer épidémique nécessitant une vaccination réactive	3	5 000	15 000
5.4. Evaluer les activités post implémentation de la vaccination orale anticholérique	3	50 000	150 000
Assurer la surveillance clinique et biologique en post campagne	3	100 000	300 000
Organiser la campagne de vaccination préventive et réactive contre le choléra	3	2 500 000	7 500 000
Sous total 5			8 465 000
AXE 6 : Recherche opérationnelle			
6.1 Les projets de recherche en Eco-épidémiologie mis en place			
Affiner la connaissance sur la dynamique du choléra	3	60 000	180 000
Recherche sur les facteurs de persistance, redémarrage et de diffusion des épidémies de choléra	3	120 000	360 000
Etudier le rôle de l'environnement sur la dynamique du choléra à différentes échelle en RDC	3	60 000	180 000
6.2. Des études sur le suivi biologique du choléra sont réalisées			
Cartographier souches de Vibrio cholerae qui circulent en RDC	1	150 000	150 000
Décrire la résistance aux antibiotiques de souches de Vibrio cholerae qui circulent en RDC et proposer des alternatives	1	100 000	100 000
6.3. Des études sur les rapports coût-efficacité			

Mener des recherches visant à comparer les rapports coût-efficacité des différentes interventions réalisées dans la lutte contre le choléra en RDC	1	80 000	80 000
6.4. Des études socio-anthropologique sont menées à la fois sur les populations que sur les institutions			
La compréhension de la perception des populations face au choléra et aux déférentes stratégies implémentées.	1	80 000	80 000
L'anthropologie des institutions : comprendre le mode de pensée et la motivation des acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra en RDC	1	60 000	60 000
6.5. Les projet de recherche sur l'impact de la géopolitique sur la gestion des épidémies de choléra sont mis en place			
Recherche sur l'impact de la géopolitique dans la gestion des épidémies de choléra.	1	100 000	100 000
6.6. Des projets de recherche sur la vaccination contre le choléra sont menés			
Les recherches opérationnelles sur les stratégies de la vaccination contre le choléra en RDC,	1	80 000	80 000
Les recherches sur l'efficacité vaccinale sont menées	1	80 000	80 000
6.7. Le cadre de Concertation multisectoriel sur la recherche est mis en place			
	1	50 000	50 000
Sous total 6			1 500 000
AXE 7: Coordination, communication pour le changement de comportement et plaidoyer			
7.1. Les organes de coordination du PMSEC sont opérationnels à tous les niveaux			
7.1.1. Une plate-forme regroupant tous les intervenants fortement impliqués dans la stratégie d'élimination du choléra en RDC dans le cadre d'un pacte pour l'élimination du choléra en RDC est mise en place			
Assurer la tenue des réunions trimestrielles de la plate-forme	3	56 000	168 000
7.1.2. Les comités provinciaux de l'action de l'eau, hygiène et assainissement dans les provinces où ils existent déjà sont redynamisés			
Tenir des réunions mensuelles de comité de lutte multisectoriel contre le choléra au niveau des CPAEHA	3	30 000	90 000
7.1.3. Les comités provinciaux de l'action de l'eau hygiène et assainissement dans les provinces où ils n'existent pas encore sont installés			
Installer les comités provinciaux de l'action de l'eau, hygiène et assainissement dans les provinces où elles n'existent pas	1	10 000	10 000
Former/Briefer les membres des comités provinciaux de l'action de l'eau hygiène et assainissement sur les activités d'eau, hygiène et assainissement	1	200 000	200 000
7.1.4. Les comités intersectoriels de lutte contre le choléra à tous les niveaux sont redynamisés			
Redynamiser les comités de lutte contre le choléra à tous les niveaux (village, AS, ZS, province)	1	70 000	70 000
7.2. L'accompagnement de l'élaboration des PAO et des plans de contingence est assuré à tous les niveaux			
Elaborer et actualiser les plans de contingence et simulation dans les ZS	3	200 000	600 000
Accompagner les équipes cadres des DPS lors de l'élaboration des différents PAO/PMSEC	3	200 000	600 000

Accompagner les équipes cadres des DPS lors des revues annuelles	3	50 000	150 000
Elaborer le plan opérationnel du Secrétariat Exécutif du CNAEHA	3	5 000	15 000
7.3. La coopération transfrontalière avec les pays limitrophes est renforcée			
Tenir des réunions avec les pays limitrophes sur la lutte contre le choléra	3	70 000	210 000
Promouvoir le RSI	3	70 000	210 000
Echanger les informations en cas d'épidémie dans l'un des pays limitrophes	-	-	PM
7.4. Le partenariat intersectoriel est renforcé à tous les niveaux			
Renforcer les partenariats inter sectoriel dans le cadre de lutte contre le choléra	-	PM	PM
Définir les actions prioritaires de lutte	-	PM	PM
Proposer une feuille de route pour les actions prioritaires de lutte contre le choléra	-	PM	PM
7.5. Le plan est vulgarisé à travers le pays			
Produire le bulletin trimestriel d'information choléra au niveau national	12	5 000	60 000
Vulgariser le PMSEC 2018-2022 dans les 26 DPS			PM
Organiser l'atelier d'évaluation du PMSEC	1	70 000	70 000
7.6. Les stratégies de plaidoyer pour faire de l'élimination du choléra une priorité pour les institutions étatiques et les partenaires techniques & financiers sont développées			
Mener un plaidoyer tant au niveau national qu'international pour la réalisation des activités prévues dans le PMSEC selon leur chronogramme	3	20 000	60 000
Sous total 7			2 513 000
TOTAL GENERAL BUDGET PMSEC 2018-2022 RECADRE			100 851 220

5.6. Budget annuel

Tableau 10 : Budget annuel, PMSEC 2018-2022 recadré

Activités par résultats	2 020 (USD)	2 021 (USD)	2 022 (USD)	Coût tot. (USD)
Axe 1. Renforcement des activités de surveillance globale				
Produire les documents normatifs de la surveillance dans tous les secteurs impliqués dans l'objectif de l'élimination du choléra.	142 000	-	-	142 000
Former les acteurs impliqués à tous les niveaux dans tous les secteurs concernés	125 000	125 000	125 000	375 000

Rendre disponible les documents normatifs de la surveillance et de la lutte contre le cholera	160 000	-	-	160 000
Mettre en place un système de surveillance active dans les ZS de type A et B	150 000	-	-	150 000
Doter les laboratoires des secteurs impliqués dans la surveillance globale du choléra en consommables indispensables.	480 000	480 000	480 000	1 440 000
Pré positionner le matériel de prélèvement et transport des échantillons dans les ZS de type A et B	300 000	300 000	300 000	900 000
Réaliser le monitoring de la qualité des eaux dans les ZS type A et B	300 000	300 000	300 000	900 000
Mettre en œuvre les activités de surveillance dans tous les secteurs	100 000	100 000	100 000	300 000
Appuyer la formation des acteurs communautaires	45 400	45 400	45 400	136 200
Rendre disponible les outils de collecte pour les acteurs communautaires	8 340	8 340	8 340	25 020
Renforcer les labos provinciaux	100 000	100 000	100 000	300 000
Mise en place de moyens de communications efficaces (nouvelles technologies de l'information)	200 000	200 000	200 000	600 000
Evaluer régulièrement le degré de vulnérabilité des ZS face au choléra pour anticiper les flambées	200 000	200 000	200 000	600 000
Sous-total 1	2 310 740	1 858 740	1 858 740	6 028 220
AXE 2 : Prise en charge curative				
2.2. Mettre en place des unités spéciales d'intervention rapide au niveau provincial (11 provinces)	700 000	700 000	700 000	2 100 000
2.3. Former/ recycler les acteurs sur la prise en charge médicale du choléra à tous les niveaux (Niveau central, provincial et des Zones de Santé)	125 000	125 000	125 000	375 000
2.4. évaluer la prise en charge médicale des cas de choléra	500 000	500 000	500 000	1 500 000
2.5. Approvisionner les structures sanitaires en intrants, médicaments, consommables et aliments pendant les périodes de flambées épidémiques	1 200 000	1 200 000	1 100 000	2 100 000
2.6. Construire les Centres de traitement du choléra (CTC) en semi-durable dans les zones à foyers endémiques et épidémiques	600 000	600 000	600 000	1 800 000
2.7. Assurer le transport des malades vers les Centres de traitement de choléra	1 000 000	1 000 000	1 000 000	3 000 000
Sous-total 2	4 125 000	4 125 000	4 025 000	10 875 000
AXE 3 : Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans les zones sanctuaires (endémiques) du choléra				
Appuyer le développement du système d'approvisionnement en eau potable en milieu urbain	14 000 000	13 000 000	13 000 000	40 000 000
Appuyer le développement du système d'approvisionnement en eau en milieu rural	160 000	160 000	160 000	480 000
Développer les infrastructures pour permettre les bonnes pratiques d'hygiène	1 000 000	1 000 000	1 000 000	3 000 000
Renforcer les capacités de voirie et drainage dans les villes	1 000 000	1 000 000	1 000 000	3 000 000
Appuyer la mise en place d'un système de gestion assurant la pérennisation des infrastructures d'eau	100 000	100 000	100 000	300 000
Promouvoir les activités de communication sur le changement de comportement	150 000	150 000	150 000	450 000
Promouvoir l'enseignement au niveau primaire, secondaire et universitaire les bonnes pratiques en rapport avec l'élimination du choléra.	100 000	100 000	100 000	300 000
Assurer le contrôle de la qualité de l'eau de boisson	300 000	300 000	300 000	900 000
Promouvoir la construction, l'utilisation et la gestion des latrines familiales et collectives	100 000	100 000	100 000	300 000

Sous total 3	16 910 000	15 910 000	15 910 000	48 730 000
AXE 4 : Mise en place des interventions 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)				
Renforcer les capacités des APA	20 000	20 000	20 000	60 000
Réhabiliter les infrastructures existantes d'approvisionnement en eau potable dans les villages	500 000	500 000	500 000	1 500 000
Construire des nouvelles infrastructures d'approvisionnement en eau potable dans les villages	340 000	340 000	340 000	1 020 000
Appuyer la gestion et pérennisation des infrastructures	50 000	50 000	50 000	150 000
Promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène	50 000	50 000	50 000	150 000
Promouvoir la construction, l'utilisation et la gestion des latrines collectives	100 000	100 000	100 000	300 000
Renforcer la sensibilisation à travers les différents canaux de communication	100 000	100 000	100 000	300 000
Renforcer la collaboration avec les APA et leaders d'opinion	100 000	100 000	100 000	300 000
Organiser des missions de suivi- évaluation des interventions WASH	150 000	150 000	150 000	450 000
Renforcer les activités à base communautaire	6 000 000	6 000 000	6 000 000	18 000 000
Appuyer la formation des Acteurs de la communauté (RECO, Tradi praticiens, leaders religieux...) sur la surveillance à base communautaire dans les ZS sanctuaires	170 000	170 000	170 000	510 000
Sous total 4	7 580 000	7 580 000	7 580 000	22 740 000
AXE 5 : Implémentation des activités de Vaccination préventive dans les zones sanctuaires et réactive dans les zones épidémiques éligibles en fonction du contexte				
5.1. Elaborer le macro plan quinquennal à l'échelle nationale	20 000			20 000
5.2. Elaborer des micro plans pour chaque site sanctuaire éligible à la vaccination préventive	160 000	160 000	160 000	480 000
5.3. Rédiger et présenter le proposal de justification de la requête de vaccination pour chaque nouveau foyer épidémique nécessitant une vaccination réactive	5 000	5 000	5 000	15 000
5. 5. Evaluer les activités post implémentation de la vaccination orale anticholérique	50 000	50 000	50 000	150 000
Assurer la surveillance clinique et biologique en post campagne	100 000	100 000	100 000	300 000
Organiser la campagne de vaccination préventive et réactive contre le choléra	2 500 000	2 500 000	2 500 000	7 500 000
Sous total 5	2 835 000	2 815 000	2 815 000	8 465 000
AXE 6 : Recherche opérationnelle				
Affiner la connaissance sur la dynamique du choléra	60 000	60 000	60 000	180 000
Recherche sur les facteurs de persistance, redémarrage et de diffusion des épidémies de choléra	120 000	120 000	120 000	360 000
Etudier le rôle de l'environnement sur la dynamique du choléra à différentes échelle en RDC	60 000	60 000	60 000	180 000
Cartographier souches de Vibrio cholerae qui circulent en RDC	150 000	-	-	150 000

Décrire la résistance aux antibiotiques de souches de Vibrio cholerae qui circulent en RDC et proposer des alternatives	100 000	-	-	100 000
Mener des recherches visant à comparer les rapports coût-efficacité des différentes interventions réalisées dans la lutte contre le choléra en RDC	80 000	-	-	80 000
La compréhension de la perception des populations face au choléra et aux différentes stratégies implémentées.	80 000	-	-	80 000
L'anthropologie des institutions : comprendre le mode de pensée et la motivation des acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra en RDC	60 000	-	-	60 000
Recherche sur l'impact de la géopolitique dans la gestion des épidémies de choléra.	100 000	-	-	100 000
Les recherches opérationnelles sur les stratégies de la vaccination contre le cholera en RDC,	80 000	-	-	80 000
Les recherches sur l'efficacité vaccinale sont menées	80 000	-	-	80 000
Le cadre de Concertation multisectoriel sur la recherche est mis en place	50 000			50 000
Sous total 6	1 020 000	240 000	240 000	1 450 000
AXE 7: Coordination, communication pour le changement de comportement et plaidoyer				
Assurer la tenue des réunions trimestrielles de la plate-forme	56 000	56 000	56 000	168 000
Tenir des réunions mensuelles de comité de lutte multisectoriel contre le choléra au niveau des CPAEHA	30 000	30 000	30 000	90 000
Installer les comités provinciaux de l'action de l'eau, hygiène et assainissement dans les provinces où elles n'existent pas	-	10 000	-	10 000
Former/Briefer les membres des comités provinciaux de l'action de l'eau hygiène et assainissement sur les activités d'eau, hygiène et assainissement	100 000	100 000	-	200 000
Redynamiser les comités de lutte contre le choléra à tous les niveaux (village, AS, ZS, province)	35 000	35 000	-	70 000
Elaborer et actualiser les plans de contingence et simulation dans les ZS	200 000	200 000	200 000	600 000
Accompagner les équipes cadres des DPS lors de l'élaboration des différents PAO/PMSEC	200 000	200 000	200 000	600 000
Accompagner les équipes cadres des DPS lors des revues annuelles	50 000	50 000	50 000	150 000
Elaborer le plan opérationnel du Secrétariat Exécutif du CNAEHA	5 000	5 000	5 000	15 000
Tenir des réunions avec les pays limitrophes sur la lutte contre le choléra	70 000	70 000	70 000	210 000
Promouvoir le RSI	70 000	70 000	70 000	210 000
Echanger les informations en cas d'épidémie dans l'un des pays limitrophes	-	-	-	
Renforcer les partenariats inter sectoriel dans le cadre de lutte contre le choléra	-	-	-	
Définir les actions prioritaires de lutte	-	-	-	
Proposer une feuille de route pour les actions prioritaires de lutte contre le choléra	-	-	-	
Produire le bulletin trimestriel d'information choléra au niveau national	20 000	20 000	20 000	60 000,00
Vulgariser le PMSEC 2018-2022 dans les 26 DPS	-	-	-	
Organiser l'atelier d'évaluation du PMSEC	-	-	70 000	70 000
Mener un plaidoyer tant au niveau national qu'international pour la réalisation des activités prévues dans le PMSEC selon leur chronogramme	20 000	20 000	20 000	60 000

Sous total 7	856 000	866 000	791 000	2 513 000
Total général	35 636 740	33 394 740	33 219 740	100 801 220

VI. Cadre institutionnel

6.1. Le Niveau Central

Le **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement**, au sein du **Comité National d'action de l'eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (CNAEHA)**, est le responsable de l'exécution et de la mise en œuvre du présent PMSEC avec tâches :

- Elaborer le plan d'action de l'élimination du choléra à l'échelle nationale ;
- Assurer la mise en œuvre du plan d'action de l'élimination du choléra ;
- Mobiliser les ressources ;
- Assurer le suivi et l'évaluation du plan d'action ;
- Elaborer le budget de son fonctionnement ;
- Appuyer les provinces, à travers le CPAEHA, à l'élaboration et mise en œuvre de leurs plans d'action respectifs.

Ce comité, dont les modalités de fonctionnement sont définies par l'Arrêté interministériel/Décret du Premier Ministre relatif à la création du cadre d'harmonisation de la collaboration en vue de l'Elimination du choléra et des maladies liées à l'Eau l'hygiène et l'Assainissement. Il (comité) est composé des Directions Nationales des ministères concernés dans la mise en œuvre de ce plan, et coordonne toutes les activités en rapport avec la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination du choléra en RDC. C'est un comité multisectoriel constitué par les ministères suivants : Ministère du Plan, Ministère de l'Environnement, Ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Energie, Ministère du Développement Rural, Ministère des Transports et Voies de Communication, Ministère de Communication et Médias, Ministère de l'Agriculture, Ministère de pêche et Elevage, Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire et le Ministère de l'Enseignement Supérieur Universitaire et Recherche Scientifique.

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent plan, outre les tâches ci-haut reprises, Le **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement** coordonne les activités des Ministères et autres acteurs transversaux dont les Ministères de l'Intérieur, Finances, Partenaires Techniques et financiers du gouvernement ainsi que la Société Civile.

6.2. Le niveau Intermédiaire

Le **Comité Opérationnel Provincial pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement**, au sein du **Comité Provincial d'Action de l'eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (CPAEHA)** coordonne la mise en œuvre du Plan Multisectoriel d'Elimination du Choléra au niveau provincial.

Le **CPAEHA** est composé des divisions provinciales des tous les ministères ci-haut cités, les partenaires techniques et financiers de chaque province ainsi que la Société Civile impliqués dans la mise en œuvre du présent plan.

6.3. Le niveau opérationnel

Les Services publics du niveau opérationnel mettent en œuvre les activités tant préventives que lors des flambées épidémiques au niveau local conformément aux directives fixées par le présent Plan Multisectoriel d'Elimination du Choléra en RDC.

Les autorités politico-administratives locales font respecter les directives fixées par le présent plan lors de la mise en œuvre de toutes les interventions de lutte contre le choléra. Au travers des rapports envoyés aux niveaux hiérarchiques supérieurs, elles signalent tout manquement aux directives de la présente politique nationale par les services et partenaires d'interventions sur le terrain, etc.

6.4. Les Centres de prise en charge médicale

Pour la prise en charge médicale des patients, les Centres de Traitement de Choléra (CTC) et les Unités de Traitement de Choléra (UTC) seront installés en fonction du nombre de malades. Les points de réhydratation orale (point SRO) sont mis en place pour les patients situés loin des CTC et UTC 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 dans les CTC/UTC.

6.5. Rôle des partenaires intervenant sur le terrain

Pour la mise œuvre de ce plan, les principaux partenaires de la RDC sont certaines agences des Nations Unies (OMS, UNICEF,...) ainsi que des Organisations Non Gouvernementales, nationales et internationales (Gavi, Fondation Veolia Environnement, Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, Solidarités International, IRC, Croix-Rouge, Merlin, ...).

Les partenaires appuient la RDC dans l'atteinte des objectifs de la mise en œuvre de son Plan Multisectoriel de l'Élimination du choléra. Cet appui concerne les activités exécutées dans le cadre de la mise en œuvre du plan à tous les niveaux (Central, Intermédiaire et Opérationnel).

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

- 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 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, ONG et les bailleurs de fonds et pour le suivi et l'évaluation du plan stratégique d'élimination du choléra en RDC.

6.6. Rôle des partenaires bailleurs de fonds

Les bailleurs de fonds dans le secteur de la santé et plus précisément de la lutte contre le choléra devront conditionner l'octroi de financement par l'alignement des acteurs 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 traduite à travers ce plan.

VII. PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Ce plan de suivi et d'évaluation est élaboré pour permettre d'évaluer, dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique 2018-2022, les performances réalisées sur l'élimination du choléra en RDC et mesurer l'impact sur les communautés bénéficiaires.

7.1. Objectifs du plan de suivi et d'évaluation

7.1.1. Objectif général

Mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du PMSEC 2018-2022 d'élimination du choléra en RDC.

7.1.2. Objectifs spécifiques

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

7.2. Mise en œuvre du plan de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation du présent plan stratégique devraient reposer sur l'existence d'un système de surveillance globale intégrant tous les secteurs concernés dans l'élimination du choléra en RDC. Ce plan sera mis en œuvre sous la coordination du CNAEHA. Les données en rapport avec les activités de lutte contre le choléra seront collectées, analysées et interprétées à tous les niveaux de la mise en œuvre du PMSEC 2018-2022.

7.2.1. Modalités pratiques du suivi des activités

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, le suivi des activités du PMSEC 2018-2022 se feront au rythme mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel 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 Opérationnel Provincial pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement**.

7.2.2. La supervision

La supervision pour le suivi de la mise en œuvre des activités sur l'élimination du choléra s'organisera 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 formations sanitaires et mutatis mutandis pour les ministères connexes,
- **Chaque mois**, des structures sanitaires vers les structures communautaires et mutatis mutandis pour les ministères connexes.

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

Elles seront organisées par le **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement avec tous les partenaires** dans la lutte contre les épidémies à différents niveaux (OMS, UNICEF, GAVI, MSF, MDM, Croix Rouge, ECHO, Véolia, ACF, IRC, Solidarité, ...). Dans la situation actuelle, il est souhaitable que ces différents partenaires apportent leur appui au **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement** dans la réalisation de ces missions. La fin de ces missions devra être sanctionnée par un rapport conjoint entre le **Comité Opérationnel National pour l'élimination du choléra et les maladies liées à l'eau l'Hygiène et l'Assainissement** et les partenaires impliqués dans la réalisation de la mission.

7.2.4. La tenue des revues

Les revues seront organisées avec la participation de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre des activités d'élimination du choléra. Elles se feront selon le rythme suivant :

- Annuellement au niveau central,
- Trimestriellement au niveau intermédiaire,
- Et mensuellement au niveau périphérique.

7.3. Evaluation

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

7.3.1. Modalités pratiques de l'évaluation

Dans le cadre de ce plan, il est prévu une évaluation initiale au démarrage qui sera suivie par deux évaluations externes dont une à mi-parcours et l'autre à la fin de l'intervention. Pour déterminer le niveau des indicateurs d'élimination du choléra, il est prévu la réalisation d'enquêtes, à savoir :

- Une enquête de base au début de la mise en œuvre du plan ;
- Des enquêtes ménages, des enquêtes dans les formations sanitaires, sur les groupes spécifiques, les moyens de transport, les conditions d'hygiène et d'assainissement, etc., au cours de l'intervention ;
- Une enquête d'impact (en 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.

7.4. Indicateurs d'impact et d'effet

Tableau 11 : Indicateurs d'impact par axe stratégique, PMSEC 2018-2022

NIVEAUX	INDICATEURS	UTILISATION PREVUE	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	DEFINITION DE LA DONNEE	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODI CITE	NORME	SOURCE DE DONNEE COLLECTE E	INSTITUTION RESPONSABL E
AXE 1 : Renforcement des activités de surveillance épidémiologique globale										
Résultat 2.1: les activités de surveillance globale sont renforcées dans les zones de santé de type A et C.	Complétude des rapports dans tous les secteurs concernés - Promptitude des rapports de tous les secteurs concernés - Epidémies détectées dans les délais (48h) - Interventions dans les délais	Mesurer l'efficacité des activités de surveillance	Nombre de cas de choléra confirmés - Répartition des cas dans le temps et dans l'espace - Nombre d'épidémies détectées dans les délais - Nombre d'interventions dans les délais	Nombre de cas de choléra confirmé / Durée / Lieu - Nombre Epidémies détectées dans les délais/ Nombre totale d'épidémies ayant eu lieu - Nombre d'interventions dans les délais / Nombre d'épidémies détectées	Recensement précis des personnes ayant développées le choléra - Cartes géographiques de répartition des cas de choléra et Graphes chronologiques d'évolution des cas de choléra	Local, Communauté	Semestrielle	Moins d'une épidémie par an	Enquêtes - Rapports des services concernés	Ministère de la Santé Publique
Résultat 2. 2 : Les données épidémiologiques et de vulnérabilités des ZS au choléra sont reportées, partagées en temps réel et archiver pour l'ensemble du pays	Complétude de rapports dans tous les secteurs concernés - Promptitude des secteurs concernés - Epidémies détectées dans les délais (48h) - Interventions dans les délais	Mesurer la Prise En Charge Curative	Nombre de cas déclarés de choléra - Nombre de décès du choléra	Nombre de cas de choléra/ Population totale exposée - Nombre de cas de décès / Nombre totale de cas de choléra	Pourcentage des personnes ayant développé le choléra - Pourcentage des personnes décédées dû au choléra	Local, Aire de santé, Zones de santé	Hebdomadaire	Moins de 1 cas confirmé pour 100 000 habitants (ou moins de 500 cas par an) et moins 1% de décès par an	Rapports des services concernés	Ministère de la Santé Publique
Résultat 2.3. : Les interventions sur la lutte contre le choléra sont adaptées en fonction de la surveillance	Nombre d'interventions réalisées grâce aux analyses de surveillance préalables	Orienter les interventions pour une utilisation efficiente des ressources	Nombre d'intervention réalisée en fonction de la situation épidémiologique	Nombre d'interventions adaptées en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique		AS/ZS/DPS/Pays	Annuelle	100% d'intervention s sont adaptées en fonction de la situation épidémiologique	Enquêtes-rapports des services concernés	Ministère de la Santé Publique
AXE 2 : Prise en charge curative										
Résultat 2.1. Les activités de riposte (Formation du personnel, pré positionnement des médicaments et intrants) sont préparées	Pourcentage des activités de riposte préparées	Planifier les activités de prise en charge curative de cas de choléra	Activités de riposte préparées	Nombre d'activités préparées	Interventions préparées en fonction de la phase de	National, provincial et local	Annuel	100% d'intervention s sont préparées	Rapports d'intervention s	Ministère de la Santé Publique
Résultat 2.2. Les activités de riposte (mise en place des CTC/UTC et points de réhydratation orale) sont réalisées	Pourcentage d'activités de riposte réalisées	Prendre en charge des cas de choléra	Nombres de cas de choléra pris en charge	Nombre de cas de choléra pris en charge/nombre total de cas de choléra	Interventions réalisées dans le cadre de la riposte contre le choléra	National, provincial et local	Annuel	100% d'intervention s de riposte préparées sont réalisées	Rapports d'activités de riposte	Ministère de la Santé Publique

Résultat 2.3. La prise en charge est évaluée	Taux de létalité	Améliorer la prise en charge de cas de choléra	Nombres de cas de choléra pris en charge	Taux de létalité, Nombre de cas de choléra pris en charge/nombre total de cas de choléra	Cas de choléra pris en charge correctement	National, provincial et local	Annuel	100% d'activités de riposte sont évaluées	Rapport d'évaluation	Ministère de la Santé Publique
AXE 3 : Mise en place des interventions durables liées à l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans les zones sanctuaires du choléra										
Résultat 3.1. Quatre-vingts pour cent de la population des zones sanctuaires du choléra ont accès à l'eau potable	Pourcentage de la population vivant dans des aires de santé de type A ayant accès à l'eau potable	Mesurer l'accès des populations concernées à l'eau	Nombre de ménages ayant accès à l'eau dans les zones concernées	Nombre de ménages ayant accès à l'eau dans les zones concernées / Nombre total de ménages des zones concernées	Quantité d'eau/personne/jour	Aires de santé, Communauté	Annuelle	100% des populations à risque des zones de santé de type A ont un accès sécurisé à l'eau	Rapports d'activités - Enquête	Ministère des ressources hydrauliques en milieu urbain Ministère du développement rural en milieu rural
Résultat 3.2. Les mesures d'assainissement autour des ouvrages d'eau sont réalisées	Pourcentage d'ouvrages d'eau assainis dans les ZS sanctuaires	Améliorer l'accès à l'eau potable de la population dans les ZS sanctuaires	Nombre d'ouvrages d'eau assainis dans les ZS sanctuaires	Nombre d'ouvrages assainis/nombre total d'ouvrages d'eau dans les ZS sanctuaires	Assainissement autour des ouvrages d'eau dans les ZS sanctuaires	Local	Annuelle	100% d'ouvrages d'eau dans les ZS sanctuaires sont assainis	Rapports d'activités - Enquête	Ministère des ressources hydrauliques en milieu urbain Ministère du développement rural en milieu rural
Résultat 3.3. Les mesures d'assainissement sont réalisées dans les ZS sanctuaires	Pourcentage de la population vivant dans des aires de santé de type A, B et AB ayant accès aux latrines hygiéniques	Mesurer l'accès des populations concernées aux latrines hygiéniques	Nombre de ménages ayant accès aux latrines hygiéniques dans les zones concernées	Nombre de ménages ayant accès aux latrines hygiéniques dans les zones concernées / Nombre total de ménages des zones concernées	Nombre de personnes par latrine hygiénique	Quartiers, Aires de santé, Communauté	Annuelle	100% des populations à risque des zones de santé de type A, B, et AB ont un accès sécurisé à l'eau	Rapports d'activités - Enquête	Ministère des ressources hydrauliques en milieu urbain Ministère du développement rural en milieu rural
Résultat 3.4. La communauté est formée/éduquée à la gestion et maintenance des ouvrages d'eau	Recouvrement des coûts d'exploitation et de maintenance des installations	Evaluer la pérennité et rentabilité des installations	Bilan financier REGIDESO/SNHR	Recettes/ Dépenses REGIDESO/SNHR	Analyse financière REGIDESO/SNHR	Locale	Mensuelle, Semestrielle et Annuelle	100% des systèmes de gestions sont fonctionnels	- Rapports d'activités - Enquête	Ministère des ressources hydrauliques en milieu urbain Ministère du développement rural en milieu rural
AXE 4 : Mise en place des interventions durables liées à l'eau potable, à l'hygiène et l'assainissement en milieu urbain										
Résultat 4.1. Quatre-vingts pour cent de la population des zones affectées par les épidémies de choléra ont accès l'eau potable	Pourcentage de la population vivant dans des ZS en épidémie de choléra ayant accès à l'eau potable	Mesurer l'accès des populations concernées à l'eau	Nombre de ménages ayant accès à l'eau dans les zones concernées	Nombre de ménages ayant accès à l'eau dans les zones concernées / Nombre total de ménages des zones concernées	Quantité d'eau/personne/jour	Aires de santé, Communauté	Annuel	100% des populations vivant dans des zones de santé en épidémie de choléra ont un accès sécurisé à l'eau	Rapports d'activités - Enquête	Ministère des ressources hydrauliques en milieu urbain Ministère du développement rural en milieu rural

Résultat 4.2. Les mesures d'hygiène autour des lieux de notification des cas et des lieux de regroupement de population sont mises en place	Pourcentage de la population vivant autour de cas de choléra se lavant correctement les mains	Promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène autour de cas de choléra et de lieux de regroupement de population	Nombre de personnes se lavant correctement les mains	Nombre de personnes se lavant correctement les mains/population à risque	Personnes qui se lavent correctement les mains aux moments critiques	Local	Annuelle	100% des populations à risque connaissent et se servent de bonnes pratiques d'hygiène	Rapports d'activités - Enquête	Ministère des ressources hydrauliques en milieu urbain Ministère du développement rural en milieu rural
Résultat 4.3. Les mesures d'éducation et de prévention de la transmission des cas de choléra sont mises en place dans 80 % d'écoles	Existence dans les programmes d'enseignement au niveau primaire, secondaire et universitaire des notions en rapport avec l'élimination du choléra. - Proportion des écoles, instituts et/ou universités qui ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation.	Sensibiliser au maximum les populations	Nombre d'écoles, instituts et/ou universités qui ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation.	Nombre d'écoles, instituts et/ou universités qui ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans les programmes d'éducation pour la santé et de formation / Nombre total d'écoles, instituts et/ou universités	Programmes d'éducation sur la prévention et la transmission du choléra	Provincial, National	Annuelle	100% des écoles instituts et/ou universités des zones épidémiques et endémiques ont intégré les notions de l'élimination du choléra dans leurs programmes d'éducation pour la santé et de formation	- Enquêtes - Programmes scolaires / Manuels/ modules des cours	Ministère de l'éducation, MSP
Résultat 4.4. Quatre-vingts pour cent de la population sont sensibilisés sur la lutte contre le choléra	Pourcentage de personnes sensibilisées	Amener la population à changer de comportement pour lutter contre le choléra	Nombre de personnes sensibilisées sur la lutte contre le choléra	Nombre de personnes sensibilisées/population à risque	Personnes ayant été sensibilisées sur la lutte contre le choléra	Local	Annuel	80% de la population sont sensibilisés sur la lutte contre le choléra	Rapports de campagnes de sensibilisation, Rapports d'enquêtes	Ministère de la Santé publique
AXE 5 : Implémenter les activités de vaccination contre le choléra										
Résultat 5.1. Le macro plan quinquennal à l'échelle nationale est élaboré	Pourcentage de ZS planifiées	Améliorer l'accès à la vaccination contre le choléra	Nombres de ZS planifiés pour bénéficier de la vaccination contre le choléra	Nombres de ZS planifiés en fonction du profil	Profil de ZS planifiées pour la vaccination	National	Quinquennal	100% de ZS éligibles à la vaccination contre le choléra sont planifiées	Rapport de planification	Ministère de la Santé Publique
Résultat 5.2. Les micro plans pour chaque site sanctuaire éligible à la vaccination préventive sont élaborés	Pourcentage d'élaboration de micro plans pour les ZS sanctuaires	Vacciner les personnes éligibles à la vaccination dans les ZS sanctuaires	Nombre de personnes planifiées pour bénéficier de la vaccination	Nombres de ZS avec micro plans/Nombre total de ZS sanctuaires du choléra, Nombre personnes planifiées en fonction du profil de ZS	Profil de ZS planifiées pour la vaccination	Local	Annuel	100% de ZS sanctuaires ont élaboré des micro plans de vaccination contre le choléra	Rapports des DPS sur l'évaluation de ZS, Rapports d'enquête dans les ZS	Ministère de la Santé Publique

Résultat 5.3. Un proposal de justification de la requête de vaccination est rédigé et présenté pour chaque nouveau foyer épidémique nécessitant une vaccination réactive	Proportion de proposal pour la vaccination réactive rédigé et présenté par rapport au nombre de foyers épidémiques	Vacciner les personnes éligibles à la vaccination dans les ZS sanctuaires	Nombres de ZS épidémiques planifiées	Nombres de ZS planifiées/foyers épidémiques	Profile de ZS éligibles à la vaccination réactives	National, provincial et local	Annuel	100% les proposals pour la ZS éligibles à la vaccination réactive sont rédigés et présentés	National, provincial et local	Ministère de la Santé Publique
Résultat 5.4. Le plan de suivi et évaluation des activités de vaccination préventive et réactive est mis en place	Proportion de campagne de vaccination évaluée	Evaluer le rapport coût-efficacité de la vaccination	Nombre de personnes vaccinées en fonction du profil de ZS	Nombre de personnes vaccinées / nombre de personnes planifiées	Profile de personnes éligibles à la vaccination contre le choléra ayant été vaccinée	Communauté	Annuelle	100% de personnes éligibles à la vaccination contre sont vaccinées en fonction de la ZS	Rapport de campagnes de vaccination, rapports d'enquêtes	Ministère de la Santé Publique
Résultat 5.5. la requête sur la vaccination contre le choléra est soumise à l'International Coordinating Group (ICG)	Pourcentage de campagnes appuyées par l'ICG	Améliorer l'accès à la vaccination contre le choléra	Nombre de personnes planifiées pour la vaccination contre le choléra	Nombre de personnes planifiées en fonction de la ZS	Profile de personnes éligibles à la vaccination en fonction de la ZS	National	Annuel	100% de personnes éligibles à la vaccination contre sont prises en compte	Requête soumise à l'ICG	Ministère de la Santé Publique
AXE 6 : Promouvoir la recherche opérationnelle										
Résultat 6.1. Les études éco-épidémiologiques du choléra sont conduites	Résultats de la recherche en éco-épidémiologie	Orienter les interventions sur le terrain	Données sur les cas et décès de choléra Données sur les caractéristiques environnementales des ZS	Nombre d'études d'éco-épidémiologie conduites	Cartes distribution spatiale de cas et décès de choléra/AS/ZS Graphiques évolution temporelle du choléra/AS/ZS Lien entre nombre de cas de choléra et caractéristiques environnementales	AS, ZS et DPS	Annuelle	Au moins un projet de recherche par an	Local et provincial	URF-ECMI et autres institutions de recherche partenaires
Résultat 6.2. Le suivi biologique de redémarrage épidémique (endogène ou exogène, monoclonale ou polyclonale, suivi des asymptomatiques, ...) est réalisé	Résultats de du suivi biologique	<input type="checkbox"/> Identification des ZS/AS de redémarrage des épidémies de choléra et les ZS/AS de diffusion, <input type="checkbox"/> Cartographie des souches de Vibrio cholerae en RDC	Echantillon des selles des patients admis pour suspicion de choléra Echantillons environnementaux pour identification de Vibrio cholerae	Nombre de redémarrages épidémiques suivi biologiquement	Nombre total d'échantillons de selles prélevés Nombre d'échantillons de selles positifs au vibron choléra/AS/ZS Génotypage de souches/AS/ZS	Structures de prise en charge de patients	Annuelle	100 % des épidémies de choléra déclarée	Structures de prise en charge de patients souffrants de choléra	URF-ECMI et autres institutions de recherche partenaires

Résultat 6.3. Les études socio-anthropologiques sont conduites	Rapport des études socio-anthropologiques	Evaluer et ajuster les interventions sur le terrain en fonction de rapports coût-efficacité	Données l'efficacité des interventions menées en fonction des ZS Données sur le coût des différentes interventions menées	Nombre d'études socio-anthropologiques conduites	Rapport entre ressources utilisées et bénéfiques de l'intervention/AS/ZS Comparaison entre ressources utilisées et impact de l'intervention	National, provincial et local	Trimestrielle et annuelle	100% des interventions réalisées	AS/ZS et partenaires impliqués dans la mise en œuvre des interventions	URF-ECMI et autres institutions de recherche partenaires
Résultat 6.4. Les études d'impact économique sont conduites	Rapport de l'étude d'impact économique	Adapter les interventions en fonction de la perception des populations	Données CAP des populations sur le choléra Données CAP des institutions sur le choléra	Nombre d'études d'impacts économiques conduites	Rapport coût-efficacité de chaque intervention réalisée	National, provincial et local	Trimestrielle et annuelle			URF-ECMI et autres institutions de recherche partenaires
Résultat 6.5. Les études géopolitiques des épidémies sont conduites	Résultats de l'étude sur l'impact de la géopolitique	Adapter les interventions en fonction de la géopolitique et amener les acteurs de la géopolitique à intégrer dans la lutte contre le choléra	Données sur la gestion des épidémies de choléra Données sur la situation de conflits Données sur les mouvements de populations Données sur le système de santé	Nombre d'études géopolitiques des épidémies conduites	Nombre d'épidémies de choléra gérées correctement en fonction de la situation géopolitique Influence des conflits sur les épidémies de choléra Influence mutuelle des mouvements de populations et choléra	Régional, national et local	Annuelle		Rapport des humanitaires sur les conflits et mouvements des populations Rapports du système de santé sur la gestion des épidémies de choléra	URF-ECMI et autres institutions de recherche partenaires
AXE 5 : Le renforcement de la coordination et de la communication										
Résultat 7.1. Les organes de coordination du PMSEC sont opérationnels	Pourcentage d'organes de coordination du PMSEC opérationnels	Renforcer la coordination dans la lutte contre le choléra en RDC	Compte-rendu de réunions et rapports d'activités	Nombre d'organes opérationnels/nombre total d'organes de coordination	Organes de coordination effectivement opérationnels	National et provincial	Annuel	100% d'organes de coordination du PMSEC sont opérationnels		Secrétariat Exécutif du CNAEHA
Résultat 7.2. Les stratégies de plaidoyer pour faire de l'élimination du choléra une priorité pour les institutions étatiques et les partenaires techniques & financiers sont développées	Pourcentage d'institutions et partenaires ayant fait de la lutte contre le choléra une de leurs priorités	Mobiliser les ressources pour la lutte contre le choléra	Stratégies de plaidoyer développées	Nombre d'institutions et partenaires auprès de qui le plaidoyer est mené		Mondial, continental et national	Annuel		Rapports de mission	Secrétariat Exécutif du CNAEHA

Résultat 7.3. La coopération transfrontalière avec les pays limitrophes est renforcée	Pourcentage de pays limitrophes avec lesquels la coopération est renforcée	Renforcer la lutte transfrontalière contre le choléra	Rapports de mission sur le renforcement de la coopération transfrontalière	Nombre de pays limitrophes avec qui la coopération est renforcée/nombre total de pays limitrophes	Pays limitrophes avec les informations sont partagées et/ou les activités transfrontalières contre le choléra sont menées	Continental, régional et national	Annuel	La coopération transfrontalière est renforcée avec 100% des pays limitrophes		
Résultat 7.4. L'accompagnement de l'élaboration des PAO et des plans de contingence est assuré à tous les niveaux	Pourcentage de PAO et plans de contingence accompagnés dans leur élaboration	Améliorer la planification des activités de lutte contre le choléra à tous les niveaux	PAO et plans de contingence	Nombre de PAO et plans de contingence accompagnés/Nombre total de PAO/plans de contingence élaborés	Appuyer l'élaboration des PAO/plans de contingence à tous les niveaux	National, provincial et local	Annuel	100% de PAO et plans de contingence élaborés sont accompagnés	Rapports d'élaboration de PAO et plans de contingence	Secrétariat Exécutif du CNAEHA
Résultat 7.5. Un bulletin trimestriel est publié	Pourcentage de bulletin trimestriel publié	Renforcer la communication sur la lutte contre le choléra	Nombre de bulletin publié	Nombre de bulletins publiés/nombre prévu	Résumé trimestriel des activités réalisées dans le cadre de la lutte contre le choléra	National	Trimestriel et annuel	Quatre bulletins trimestriels sont publiés par an	Publication, liste de diffusion	Secrétariat Exécutif du CNAEHA
Résultat 7.6. Des missions de vulgarisation du PMSEC 2018-2022 sont réalisées	Existence du plan de vulgarisation - Nombre de séances de vulgarisation organisées	Informers tous les niveaux d'acteurs concernés par le projet	Plan de vulgarisation - Moyens utilisés pour la vulgarisation du plan - Nombre de séances de vulgarisation organisées		Une communication et adoption descendante du projet d'élimination du choléra doit être réalisé	Local, Provincial	Mensuelle, Annuelle	Une réunion nationale, une réunion provinciale et une réunion par zone de santé de type A, B et C à lieu	Rapport d'activités - Document du plan de vulgarisation	Secrétariat Exécutif du CNAEHA
Résultat 7.7. Le plan de communication est élaboré	Existence du plan de communication	Renforcer la communication et sensibilisation sur le choléra	Plan de communication - Moyens utilisés pour la communication - Nombre de séances de sensibilisation organisées		Toutes les activités de communication sur la lutte contre le choléra sont codifiées	National, provincial et local	Annuel	100% des activités de communication sont planifiées	Rapports d'activités de communication	Secrétariat Exécutif du CNAEHA