

Kinshasa, 26 juillet 2018
FCH/ D (2018)

Sujet : Assistance humanitaire d'urgence aux populations victimes ou à risque de l'épidémie de choléra dans les Provinces du Sankuru, du Kasai et du Kasai Oriental, en République Démocratique du Congo – Décision Première Urgence.

I. Contexte

La République Démocratique du Congo (RDC) connaît régulièrement des épisodes épidémiques de choléra aussi bien dans la partie Est du pays que dans sa partie Ouest. Entre le début de l'année 2018 et le 25 juin (semaine 25), le Programme National d'Élimination du Choléra et de lutte contre les autres Maladies Diarrhéiques (PNECHOL-MD) a recensé 12.726 cas de choléra sur l'ensemble du territoire de la République Démocratique du Congo, dont 407 décès, soit un taux de létalité de 3,2 %.

Depuis juillet 2018, 16 provinces sur les 26 que compte la RDC sont touchées par cette épidémie, mais 90,6% des cas sont concentrés dans six provinces : le Kasai Oriental, le Kasai, le Sankuru, le Kwilu, le Sud-Kivu et le Tanganyika.

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement de la République et les partenaires techniques et financiers, la région du Kasai (Kasai, Kasai Oriental, Sankuru et Lomami) est actuellement la plus affectée avec 52,6% des cas enregistrés au niveau national. Cette persistance des cas est en lien avec de nombreux gaps observés dans la réponse (faible approvisionnement en eau potable et capacité de prise en charge des cas, insuffisance des activités de sensibilisation de la population et de coordination des interventions, etc).

Dans le Kasai Oriental, l'épidémie de choléra a été déclarée depuis le 12 février 2018 (semaine épidémiologique 7). Après une première régression rapportée entre la mi-mars et la mi-avril 2018 (entre la semaine de 12 et la semaine 16), une recrudescence des cas de choléra, avec un pic à la 24^{ème} semaine, a été observée. Toutefois, une régression des cas était notée à partir de la 25^{ème} semaine, suite à l'intensification des activités de riposte (approvisionnement en eau potable, chloration des points d'eau, désinfection intra-domiciliaire, prise en charge alimentaire des malades dans les CTC et création d'une 4^{ème} CTC). A ce jour, 1.457 cas (dont 53% de femmes et 72% de personnes âgées de plus de 15 ans) sont enregistrés dans 15 des 19 Zones de Santé que compte la province, avec 113 décès, soit une létalité de 7,8 %. Toutes les 10 Zones de Santé de la Ville de Mbuji-Mayi sont en épidémie, en particulier Diulu, Muya, Bonzola et Bipemba qui enregistrent, à elles seules, les 2/3 des cas de la province.

La province du Sankuru est aussi en épidémie de choléra confirmée depuis la semaine 22 (28 mai -3 juin 2018) dans 3 Zones de Santé (Bena Dibebe, Kole et Lusambo) sur les 16 Zones de Santé que compte la Province. Depuis le début de l'épidémie, 564 cas ont été enregistrés, dont 73 décès, soit une létalité de 12,9%. Parmi ces cas, 54% sont des hommes et 69% sont des personnes âgées de plus de 15 ans. La Zone de Santé de Bena Dibebe enregistre le plus grand nombre de cas avec 82%, tandis que celle de Lusambo enregistre la plus forte létalité avec 18,6%. Comparée au Kasai Oriental, la létalité de l'épidémie dans la Province du Sankuru reste très élevée, notamment à cause des capacités limitées de prise en charge, de surveillance et de prévention dans les centres de santé au niveau local. A ce tableau s'ajoutent les contraintes physiques qui limitent l'accès des populations aux centres de prise en charge et les faibles

CM R

connaissances des bonnes pratiques d'hygiène dans une zone qui fait face, pour la première fois, à une telle situation de crise.

La province du Kasai est également en épidémie de choléra confirmée depuis la semaine 41 de l'année 2017. Jusqu'à la 14^{ème} semaine de l'année 2018, 1.613 cas étaient enregistrés dont 111 décès, soit une létalité de 6,9%, dans 5 Zones de Santé (Bulape, Dekese, Ilebo, Mikope et Mushenge) sur les 18 Zones de Santé que compte la province. Après deux périodes d'accalmie observées respectivement entre la 14^{ème} et 18^{ème} semaine et la 20^{ème} et 23^{ème} semaine, l'on note, depuis la 24^{ème} semaine, une recrudescence de l'épidémie avec 165 cas notifiés dont 28 décès, soit une létalité de 16,7%. Pour l'année 2018, 751 cas dont 38 décès (5% de létalité) ont été enregistrés. Depuis la reprise de la crise, Mushenge est la zone la plus touchée avec 61 cas notifiés dont 15 décès, soit une forte létalité de 24,6%.

Actuellement, dans la région Kasaienne (Kasai, Kasai Oriental, Sankuru et Lomami), très peu d'acteurs humanitaires ayant des capacités pré-positionnées sont présents pour faire face à l'ampleur des besoins générés par l'épidémie. Les ONG internationales telles que MSF Belgique et Solidarités International avaient annoncé la suspension de leurs activités dans les secteurs de l'Eau Hygiène et Assainissement et de la Santé depuis fin mai 2018. De plus, les directions provinciales de la Santé et les bureaux d'Hygiène respectifs ne disposent que de capacités très limitées en termes de stabilisation de la situation.

Les tableaux ci-dessous indiquent la correspondance entre la létalité par zone de santé et les acteurs opérationnels.

Pour le Kasai Oriental

Zones de santé	Nombre de cas	Décès	Létalité	Acteurs Santé	Acteurs EHA
Muya	140	16	11,4%	Aucun acteur	
Tshishimbi	8	1	12,5%	Aucun acteur	
Diulu	393	40	10,2%	MSF	Save the Children
Bipemba	230	19	8,3%	MSF	Croix Rouge
Dibindi	93	4	4,3%	Aucun acteur	
Lukelenge	102	5	4,9%	Aucun acteur	
Bonzola	188	8	4,3%	MSF	Croix Rouge Save the Children
Nzaba	70	1	1,4%	Aucun acteur	Save the Children
Lubilanji	43	1	2,3%	Aucun acteur	
Kansele	36	1	2,8%	Aucun acteur	
Mukumbi	47	10	21,3%	Aucun acteur	
Tshilenge	45	3	6,7%	Aucun acteur	
Citenge	23	0	0%	Aucun acteur	
Mpokolo	38	4	10,5%	Aucun acteur	

Pour le Sankuru

Zones de santé	Nombre de cas	Décès	Létalité	Acteurs
Lusambo	83	19	22,9 %	Aucun acteur
Kole	2	2	100%	Aucun acteur
Bena Dibebe	429	55	13%	MSF Belgique ; Ceilu ; Action Aid

Pour le Kasai

CM 20

Zones de santé	Nombre de cas	Décès	Létalité	Acteurs Santé
Dekese	519	10	1,92%	MDA, SANRU
Mikope	45	3	7%	ADRA, ALIMA, SANRU
Ilebo	60	8	13,3%	ALIMA, SANRU
Mushenge	61	15	24,6%	ALIMA, SANRU
Bulape	70	3	4,2%	SANRU

II. Analyse des besoins

Considérant les faibles capacités de réponse pré-positionnées, les activités actuellement en cours ne suffiront pas à maîtriser et stabiliser l'épidémie de choléra ; et sans une intervention rapide, les populations de ces zones risquent presque inévitablement d'être exposées aux graves conséquences suivantes :

- Une augmentation exponentielle des risques liés aux maladies hydriques, dans une zone déjà endémique au cholera, suite à l'interruption des activités de fourniture et d'accès à l'eau potable dans les grandes agglomérations, combinée au manque de bonnes pratiques d'hygiène dans les communautés ;
- Une pression excessive sur les sources d'eau aménagées dans les communautés, avec pour effet des besoins en eau potable croissants mais non satisfaits et un risque élevé d'extension de l'épidémie ;
- L'exposition au choléra et autres maladies hydriques des populations vivant le long des cours d'eau (Muya et Lubilanj dans la province du Kasai Oriental, et rivière Sankuru dans la province du Sankuru et rivière Kasai dans la Province du Kasai) ;
- Une interruption des services de prise en charge médicale qui privera, à coup sûr, les populations de 14 Zones de Santé de la Province du Kasai Oriental, y compris les 10 zones de santé de la ville de Mbuji Mayi, de 3 Zones de Santé de Sankuru et 5 Zones de Santé de la Province du Kasai de l'accès aux soins médicaux, avec un risque de mortalité très élevé pour les plus vulnérables. Il y a lieu, par ailleurs, de s'attendre inévitablement à une augmentation de la demande auprès des formations sanitaires communautaires, qui, sans un appui externe en intrants et équipements, seront incapables d'absorber une telle demande.

III. Stratégie de réponse

L'objectif général de la présente décision de financement de type Première Urgence est de « contribuer à la réduction rapide des taux de surmortalité et surmorbidity liés à l'épidémie de choléra en cours dans les Provinces du Kasai, Kasai Oriental et Sankuru, à travers un paquet d'activités multisectoriel en Santé et EHA visant au renforcement des capacités de prise en charge, surveillance et prévention ».

Il s'agit donc d'une réponse « life saving » visant à contrôler l'épidémie, d'une part, et à réduire les risques de propagation dans les zones situées à proximité et non encore affectées, d'autre part.

Cette allocation cible directement **105.480 personnes** dans les provinces du Kasai, Kasai Oriental et Sankuru. Le montant total de l'allocation est **3.000.000 millions dollars américains**, répartis entre le secteur Santé avec **1.270.000 dollars américains** et le secteur EHA avec **1.730.000 dollars américains**.

La réponse qui cible les personnes les plus vulnérables dans les secteurs prioritaires de la Santé et l'EHA s'organisera autour de deux piliers principaux : (i) le dépistage et prise en charge des

CM R

cas à travers le soutien aux structures de santé locales ; (ii) le renforcement des capacités de surveillance et de prévention visant à réduire les risques de propagation de l'épidémie.

La stratégie de réponse globale est basée sur la « note de plaidoyer » développée par les CLIO et le CRIO du Kasai à travers les clusters EHA et Santé.

Sur le plan sectoriel :

A. La stratégie du Cluster Santé s'aligne sur la stratégie de la lutte contre le choléra en RDC reflétée à travers l'**objectif global** suivant : « Réduire la morbidité et mortalité due au choléra dans les provinces du Kasai, Kasai Oriental et Sankuru, à travers la mise en place des mesures préparatoires et de réponse en collaboration avec la DPS dans ces provinces », et les **objectifs spécifiques** ci-après :

- Assurer la prise en charge rapide des cas de choléra auprès des formations sanitaires ciblées à travers la création des CTC et la mobilisation d'intrants et équipement ;
- Assurer le renforcement du mécanisme de la surveillance épidémiologique ;
- Contribuer à la réduction des risques à travers des activités de prévention auprès des formations sanitaires et des communautés affectées.

Les activités prioritaires à mettre en œuvre dans le secteur de la Santé sont les suivantes :

a) La prise en charge des cas

- Fournir des services de prise en charge de qualité et gratuits ;
- Assurer la disponibilité des intrants (approvisionnement en médicaments et matériels médicaux pour les UTC, centres et postes de santé, et l'hôpital général de référence pour les patients du Kasai Oriental, du Sankuru et du Kasai) ;
- Mettre à disposition des équipements et intrants nécessaires au fonctionnement adéquat des laboratoires pour la confirmation des cas.

b) La réduction et la prévention des risques

- Evaluer les conditions et les comportements communautaires en matière d'hygiène et assainissement, de manière conjointe avec les acteurs de l'EHA, au niveau des communautés locales et des formations sanitaires pour identification des gaps et des risques principaux ;
- Organiser les campagnes de sensibilisation à travers des messages adaptés au contexte et aux besoins, dans une approche de redevabilité envers les communautés affectées par la crise.

c) La surveillance et le renforcement des capacités

- Renforcer les activités d'identification et de référencement des cas au niveau communautaire à travers les mécanismes existants ;
- Mettre en place et vulgariser les procédures de prise en charge rapide au niveau des foyers ;
- Renforcer le mécanisme de référencement des cas suspects et le monitoring des décès en vue d'améliorer la rapidité de la prise en charge et d'assurer des enterrements sécurisés ;
- Renforcer les capacités des acteurs des zones de santé touchées et des 3 divisions provinciales de la santé sur la surveillance épidémiologique.

B. La stratégie du Cluster Eau, Hygiène et Assainissement s'aligne sur la stratégie de la lutte contre le choléra en RDC, avec pour **objectifs globaux** :

- "Réduire la morbidité et la mortalité dues au choléra dans les provinces du Kasai oriental, Sankuru et du Kasai à travers la mise en place de mesures préventives et de réponse, en collaboration avec la DPS dans ces provinces" ; et

CM 18

- "Contribuer à la réduction des risques de propagation à travers la mise en place des activités préventives au niveau communautaire et auprès des formations sanitaires, y compris l'enterrement sécurisé des cas".

Les objectifs spécifiques poursuivis par le secteur EHA sont les suivants :

- Approvisionner les structures sanitaires de prise en charge (CTC, UTC, CS, HGR) en intrants et équipements EHA ;
- Réduire les risques de propagation à travers la mise en place des activités préventives dans les communautés et les formations sanitaires ;
- Augmenter l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et assainissement dans les communautés et les structures sanitaires de prise en charge.

Les activités prioritaires à mettre en œuvre dans le secteur de l'Eau, Hygiène et Assainissement sont les suivantes :

a) La prise en charge des cas

- Approvisionner les structures de prise en charge de choléra en intrants de traitement et équipements de stockage d'eau ;
- Doter les structures de prise en charge en toilettes d'urgence ;
- Former les hygiénistes des CTC en hygiène et assainissement.

b) La réduction des risques et prévention

- Installer les points de chloration dans les localités touchées ;
- Réhabiliter/Aménager les points d'eau potable ;
- Distribuer les kits d'hygiène dans les ménages touchés (savons, Aquatabs ou purifiant, etc.) ;
- Distribuer les Aquatabs aux personnes en mouvements (pêcheurs, commerçants, etc.) ;
- Promouvoir l'utilisation et installer les lave-mains dans les communautés (lieux publics et ménages) ;
- Organiser des campagnes de sensibilisation sur les mesures d'hygiène et d'assainissement à travers différents canaux de communication (radio, TV, théâtre, crieurs, RECO, affichage, posters) ;
- Désinfecter les ménages affectés.

IV. Modalités de mise en œuvre de la réponse

Pour cette décision « Première Urgence », les modalités de transfert de l'assistance humanitaire seront adaptées aux spécificités du contexte.

A travers cette allocation, un fort accent est mis sur les actions en « Eau / Hygiène & Assainissement » qui représentent les gaps les plus importants dans les zones. La première action à mettre en œuvre est la prise en charge des cas de choléra. Des unités d'isolement et de prise en charge devront être opérationnalisées dans les zones les plus touchées. Parallèlement, des actions de prévention pourront être menées afin d'éviter la propagation de l'épidémie. Des actions en « Eau / Hygiène & Assainissement » devront également être menées en même temps que les actions de prévention et la prise en charge. L'implication des autorités administratives et sanitaires ainsi que des confréries religieuses et autres acteurs sociaux est vivement souhaitée ainsi que l'intégration des activités dans la politique nationale.

La prise en charge médicale des cas de choléra sera gratuite, tout comme les actions de sensibilisation, de désinfection et de chloration au niveau des ménages et des lieux publics.

Sur base des analyses des Clusters Santé et EHA, le tableau suivant résume le nombre de personnes qui sont ciblées par cette allocation :

CM A

Province	Zones de santé ayant notifiés les cas	Nombre de cas attendus	Personnes ciblées directement (Santé)	Personnes ciblées directement (EHA)
Kasai Oriental	Muya, Tshishimbi, Diulu, Bipemba, Dibindi, Lukelenge, Bonzola, Nzaba, Lubilanji, Kansele, Mukumbi, Tshilenge, Citenge, Mpokolo	1 668	33 360	50 040
Sankuru	Bene Dibele et Lusambo	1 380	27 600	41 400
Kasai	Bulape, Dekese, Ilebo, Mikope et Mushenge	468	9 360	14 040

A la date du 26 juillet, la province du Kasai Central n'a pas de cas confirmé. Néanmoins, comme la province est entourée par de provinces en épidémie, il y a risque de propagation. Il semble prudent de mettre en œuvre des activités préventives, notamment les sensibilisations de masse avec implication des autorités locales (APA, leaders communautaires), confessions religieuses, etc.

Cette réponse doit être coordonnée et complémentaire avec la réponse de riposte choléra déjà en cours dans les zones qui ont notifiés les cas pour éviter toute duplication.

Les partenaires devraient **privilégier une approche flexible** avec mobilité accrue pour pouvoir se rendre de manière rapide d'une zone affectée à une autre en fonction de l'évolution de l'épidémie. Ceci pourrait se traduire en renforcement des points de réhydratation orale au niveau décentralisé et des structures de prise en charge légères.

• **Recommandations stratégiques et opérationnelles**

La mise en œuvre de la réponse devra prendre en compte les recommandations stratégiques et opérationnelles suivantes :

- Utiliser une approche multisectorielle qui combine un paquet d'activités en EHA, Communication et Santé, et une méthodologie coordonnée entre les trois secteurs (y compris pour le ciblage) ;
- Assurer un accès inclusif et non discriminatoire des tous les groupes ethniques, avec une attention particulière sur les personnes à besoins spécifiques ;
- Veiller à la complémentarité des activités avec les actions déjà en cours, en prenant en compte les bonnes pratiques, les leçons apprises ainsi qu'en mutualisant les ressources logistiques déjà existantes. Pour ce faire, **la participation effective et efficace aux activités de coordination est obligatoire** ;
- Impliquer, de manière effective, les autorités locales dans la recherche de solutions à moyen et long terme pouvant améliorer les conditions de vie des populations affectées.

V. Spécificités de l'allocation

La présente décision de financement est une décision de type « Première Urgence ». Elle s'inscrit et répond aux alertes reçues au niveau de l'Unité Conjointe des Financements Humanitaires (UCFH) et fait suite aux alertes données par le CRIO du Kasai, l'Equipe Humanitaire Pays et les membres du Good Humanitarian Donorship.

Dans le cadre du mandat du Fonds Humanitaire et après consultation de l'Equipe Humanitaire Pays et du Conseil Consultatif du FH RDC, le Coordonnateur Humanitaire a.i alloue à cette

décision de financement une enveloppe de **3.000.000 USD** (trois millions dollars américains) ciblant **105.480** personnes pour mener des actions visant à :

- Assurer la prise en charge médicale gratuite des 3.500 cas de choléra ;
- Assurer un accès à l'eau potable dans les zones affectées par le choléra ;
- Assurer des actions de désinfection / chloration au niveau des ménages affectés et des lieux publics sensibles ;
- Assurer des actions de prévention et de communication pour le changement des comportements (CCC) ;

Dans le cadre des décisions spécifiques « Première Urgence », il n'y a pas d'appels à propositions, les partenaires sont sélectionnés par l'UCFH après concertation avec les différents Clusters impliqués dans la réponse (EHA et Santé) en fonction de :

- Leur niveau de risques (faible et modéré) ;
- Leur note de Past Performance (70% ou supérieur)
- Leur présence dans la province ;
- Leur expérience dans le secteur considéré ;
- Leur capacité de mise en œuvre immédiate.

Dans l'objectif d'un démarrage immédiat des activités, préférence est accordée aux partenaires déjà présents et opérationnels dans les zones de sante touchées par l'épidémie.

Les partenaires sélectionnés par l'UCFH sont invités à remplir leur proposition d'intervention dans le Grant Management System (GMS).

La révision des propositions d'intervention sera faite par l'UCFH et appuyée par les Clusters concernés afin de s'assurer que les propositions d'intervention répondent bien aux critères et directives énoncés dans la décision de financement.

Sur demande du CRIO Kasai, le Coordonnateur Humanitaire a.i a autorisé de manière exceptionnelle, une durée de mise en œuvre de **6 (six) mois maximum** à compter du jour de la signature de la lettre de financement. Cette durée est principalement justifiée par les activités d'aménagement des points d'eau potable dans des zones de santé en épidémie et difficiles d'accès.

Les partenaires sélectionnés pour la présente allocation « Première Urgence » sont :

Pour le Cluster Santé :

- **ADRA** dans les provinces du Kasai et du Sankuru - Budget : \$US 770.000
- **AIDES** pour la province du Kasai Oriental - Budget : \$US 500.000

Pour le Cluster EHA :

- **Action Aid** pour la ZS de Bene Dibebe, province du Sankuru - Budget : \$US 480.000
- **SOLIDARITE INTERNATIONALE** pour la province du Kasai Oriental et la ZS de Lusambo, province du Sankuru - \$US 840.000
- **Médecins pour Afrique** pour la province du Kasai – Budget \$US 210.000
- **Caritas Kananga** pour la province du Kasai Central – Budget \$US 200.000

Il est recommandé aux partenaires de suivre les lignes directrices de leur Cluster d'intervention et de se rapprocher de l'Unité Conjointe des Financements Humanitaires pour toute question relative à la présente décision de financement et au processus relatif au Fonds Humanitaire. Il s'agit, plus précisément de :

- Charlotte MacDiarmid, Cheffe de l'Unité Conjointe des Financements Humanitaires (UCFH) : macdiarmid@un.org
- Moriken Camara, Team Leader UCFH: moriken.camara@undp.org



M. Julien Harneis
Coordonnateur Humanitaire a.i

Copies : M. Rein Paulsen, Chef de Bureau OCHA RDC
M. Dominic Sam, Directeur Pays PNUD RDC
Mme Charlotte MacDiarmid, Cheffe de l'UCFH
M. Moriken Camara, Team Leader Entité Finances, UCFH

CM R