

## 1. Résumé

**L'objectif** de ce projet pilote est de mitiger l'ampleur et l'impact de flambées de choléra à grande échelle en République démocratique du Congo (RDC). Avec 13 000 cas suspects et 236 décès notifiés depuis le début de l'année 2022, le choléra demeure un problème de santé publique en RDC. La mise en œuvre d'un plan d'action anticipatoire, qui consiste en des interventions ciblées dans les domaines de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de la santé, sera accompagnée d'un programme d'apprentissage complet visant à comprendre l'efficacité, l'adaptabilité et la dimension éthique du projet pilote.

Le projet pilote envisage trois scénarios distincts, chacun d'entre eux pouvant déclencher le pilote indépendamment :

- Scénario 1 : Risque accru d'une grande épidémie de choléra dans les provinces où la maladie est persistante ou a transmission continue de la maladie, c'est-à-dire les provinces de Nord-Kivu, Sud-Kivu, Tanganyika, Haut Lomami et Haut Katanga (ci-après « provinces endémiques »).
- Scénario 2 : Risque accru d'une grande épidémie de choléra dans les provinces endémiques à la suite d'un choc externe, tel que les inondations ou les déplacements de population.
- Scénario 3 : Risque accru d'une grande épidémie de choléra dans le reste du pays (ci-après « provinces non endémiques »).

Pour les scénarios 1 et 3, le niveau de risque est mesuré par un suivi continu du nombre de cas suspects de choléra, du nombre de décès et du nombre de cas suspects. Si l'un ou l'autre de ces indicateurs dépasse un seuil prédéterminé sur une période de trois semaines dans une zone de santé donnée, le pilote sera activé. Le scénario 2 est déclenché lorsque le Fonds Central pour les Interventions d'Urgence (CERF) décaisse des fonds pour une réponse humanitaire liée à des chocs prédéterminés dans une province endémique, signalant un risque accru d'épidémie de choléra.

**La mise en œuvre** de l'action anticipatoire est guidée par un plan d'action convenu au préalable, qui sera mis en œuvre par deux agences - l'OMS et l'UNICEF. Ces agences mettront en œuvre des activités dans les secteurs de la santé et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène en partenariat avec des ONG et en étroite coordination avec les autorités nationales et locales. Le plan d'action préétabli permettra :

- D'améliorer la détection précoce et réduire la transmission des cas de choléra en déployant des équipes d'intervention rapide de type CATI/Quadrillage, dans les foyers présentant des cas suspects, en fournissant des kits EAH, en diffusant des messages d'hygiène et en désinfectant ces foyers et les foyers environnants, et en renforçant les capacités de surveillance.
- De réduire le taux de létalité, c'est-à-dire le nombre de personnes dont le décès est dû à la maladie tout en étant admis dans une structure de prise en charge médicale en renforçant les capacités du secteur de la santé, notamment par la fourniture de kits sanitaires et la formation des personnels de santé.

**Le financement** de ce projet pilote est assuré par le CERF, qui met à disposition jusqu'à \$3 millions de dollars pour une période de 2 ans. L'enveloppe pour chaque scénario est limitée à US\$ 750 000 pour l'ensemble des partenaires impliqués dans la mise en œuvre des interventions liées au scénario activé. Une seule activation par scénario sera possible, à l'exception de scénario 1 pour lequel le CERF pourra financer jusqu'à deux activations.

## 2.Introduction

### Objectifs de l'action anticipatoire

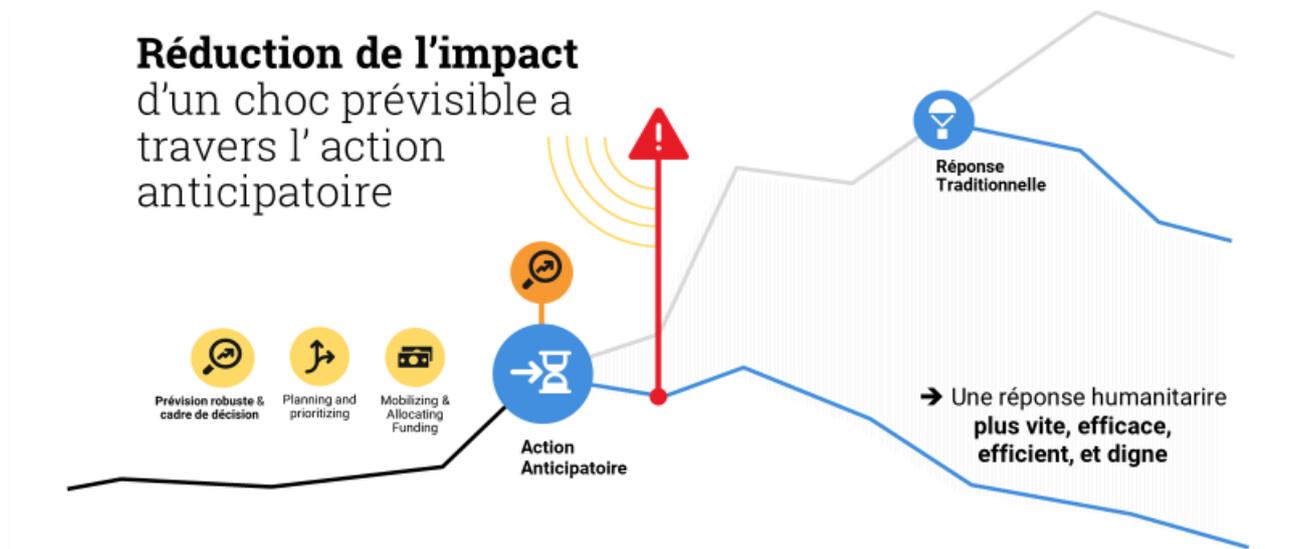
Il existe une convergence de point de vue que l'aide humanitaire internationale qui doit passer d'une approche largement réactive à une approche anticipative : planifier la survenue d'une prochaine catastrophe, mettre en place un plan d'action et les financements avant la catastrophe, décaisser les fonds pour agir pour réduire son impact et donc limiter les besoins humanitaires. Une approche anticipatoire conduit à une réponse plus efficace, efficiente et digne. Il protège également les progrès durement acquis de développement.

Aujourd'hui, il est possible de prédire avec un haut degré de confiance la survenue et les conséquences humanitaires de l'impact de certains chocs climatiques et météorologiques. La conjugaison des approches analytiques, permet de non seulement de prédire les événements météorologiques inhabituels, mais aussi leurs impacts peuvent être atténués de manière proactive sur la base d'actions anticipatoires pré-identifiées. De nombreuses évidences nous enseignent qu'agir avant l'apparition d'un danger prévisible est beaucoup plus efficace que la réponse humanitaire traditionnelle. OCHA s'engage à faciliter la mise en place des actions anticipatoires collectives contenues dans cette note conceptuelle.

Chaque cadre comprend 3 éléments de base, qui sont tous étayés par un plan clair d'apprentissage, de suivi et d'évaluation :

- Une prévision robuste intégrée dans un processus décisionnel clair (**le modèle**).
- Plan d'action préalablement convenu qui peut modifier fondamentalement la trajectoire de la crise (**la livraison**).
- Financement pré-discuté et convenu (**l'argent**).

L'action anticipatoire reste un espace innovant, nécessitant une « preuve de concept ». Ainsi, en plus des 3 éléments de base, OCHA investit également dans la documentation des preuves et l'apprentissage de chaque cadre.



### Principes de base

Comme pour tous les pilotes mis en œuvre et facilités par OCHA. Ce cadre conceptuel du pilote d'actions anticipatoires a suivi les préalables ci-dessous :

- **Consensus, simple, rapide et prévisible** : Le cadre est la résultante d'un travail consensuel d'un groupe de partenaires désireux et capables de mener des actions anticipatoires et qui disposent déjà d'une expertise avérée en matière d'actions anticipatoires.

- **Promouvoir la redevabilité vis-à-vis des populations affectées** : les partenaires engagés dans la mise en œuvre du cadre d'action anticipatoire sont responsables de l'intégration des démarches de redevabilité vis-à-vis des populations affectées dans leurs activités. Cela comprend tout effort pour solliciter, entendre et agir en fonction des voix et des priorités des personnes affectées (y compris les femmes, les hommes, les filles et les garçons les plus marginalisés et à risque) de manière coordonnée, avant, pendant et après l'action anticipatoire. Cela signifie également s'assurer que les commentaires de la communauté conduisent à des actions correctives dans les futures actions anticipatoires.
- **S'engager dans des partenariats** : La collaboration entre les acteurs humanitaires et également avec les autorités sanitaires national, provinciales et locales est essentielle pour garantir que tous les secteurs sont engagés et que l'aide est mobilisée conformément au cadre de l'action anticipatoire.
- **Capter l'apprentissage** : des activités de suivi, d'évaluation et d'apprentissage seront documentées tout au long du pilote. Les résultats seront présentés à l'EHP afin de voir comment les activités d'action anticipatoire pourraient être intégrées dans le cycle de planification humanitaire.

## L'action anticipatoire et les épidémies de choléra : contexte mondial

Depuis plus d'un siècle, le traitement moderne des eaux usées et de l'eau a pratiquement éliminé le choléra dans les pays industrialisés. Pourtant, le choléra persiste. Son fardeau pèse le plus lourd sur les pays qui peuvent le moins se le permettre, dont beaucoup souffrent de crises humanitaires prolongées. Les conditions d'insalubrité, l'extrême pauvreté, les conflits et le changement climatique exacerbent son impact.

Bien que le choléra soit entièrement évitable, et que son traitement soit cliniquement simple et relativement peu coûteux, il peut se propager rapidement et tuer en quelques heures s'il n'est pas traité. On estime que, chaque année, il y a jusqu'à 4 millions de cas de choléra et 143 000 décès dans le monde.<sup>1</sup> Ces chiffres sont susceptibles de s'aggraver.

L'inquiétude grandit actuellement face à un nombre record d'épidémies dans le monde, provoquées par des sécheresses, des inondations et des conflits, et possible aggravées par un approvisionnement insuffisant en vaccins. En effet, en 2022 30 pays ont notifié des cas suspects contre moins de 20 les 10 années précédentes

## Mettre fin au choléra

Des solutions existent. Le Groupe de travail mondial pour la lutte contre le choléra (GTFCC), dont le secrétariat est situé à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a élaboré une [feuille de route à l'horizon](#) pour aider vingt pays à éliminer le choléra d'ici 2030 en faisant en sorte qu'il n'y ait plus de flambées de choléra dans les milieux vulnérables et ainsi, réduire de 90% les décès dus au choléra. Il est fondamental que l'action et les investissements collectifs continuent de progresser vers cet objectif.

En attendant, il n'y a aucune raison d'attendre l'apparition de grandes épidémies avant de répondre. Il est possible, tout en étant plus digne et plus rentable, d'utiliser les données pour contenir une épidémie avant qu'elle ne devienne une crise.

C'est pourquoi, depuis deux ans, le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) travaille avec les communautés scientifiques et de santé publique mondiales, ainsi qu'avec les organisations humanitaires, sur la possibilité de prédire et d'anticiper le choléra. Ce cadre d'action anticipatoire pour la RDC est la matérialisation de cet effort.

## Anticiper le choléra en RDC

La RDC reste l'une des crises humanitaires les plus complexes et les plus prolongées au monde, affectée par cinq impacts humanitaires : les mouvements de population, l'insécurité alimentaire aiguë, la malnutrition aiguë, les épidémies et les problèmes de protection. Le choléra est persistant (endémique) dans les provinces orientales, où le conflit s'intensifie – depuis le début 2022, ces provinces enregistrent 89% des cas et 62% de

<sup>1</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera>

décès du pays. Des épidémies surviennent souvent aussi dans des zones non endémiques du centre et de l'ouest du pays. L'environnement opérationnel est extrêmement complexe et volatile. Le Forum des ONG internationales de la RDC, par exemple, note que "répondre aux besoins humanitaires en RDC est exceptionnellement difficile car l'accès est une lutte constante, en raison des obstacles administratifs, des défis logistiques, de l'isolement de certaines zones du pays et de la détérioration de la situation sécuritaire." Par conséquent, tout temps gagné dans le contrôle et la prévention de la propagation du choléra permet de sauver des vies.

Bien que les cas de choléra en RDC soient en baisse depuis 2019 (soit environ 10 000 cas par an), le taux de létalité est passé de 1,5 % en 2020 à 2,3 % en 2021. En 2022, le Programme National d'Élimination du Choléra et de Lutte contre les Autres Maladies Diarrhéiques (PNECHOL-MD) du Ministère de la Santé, rapporte que les cas sont en augmentation par rapport à l'année 2021.

Au milieu de ces défis et de cette fragilité structurelle, l'action anticipatoire contre le choléra en RDC nécessite d'optimiser les systèmes, les capacités et l'expérience existants. La conception de ce cadre et sa mise en œuvre ne sont possibles que grâce à la forte collaboration entre les autorités sanitaires, les agences des Nations Unies, la Croix-Rouge et les communautés locales. Les approches opérationnelles – telles que l'approche communautaire ciblée de lutte contre le choléra par la technique du quadrillage (ACTQ) expérimentée en RDC et la réponse rapide ciblée autour des cas (CATI) qui a fait ses preuves dans des pays comme Haïti – s'avèrent efficaces et complémentaires en RDC. Car l'approche Quadrillage est communautaire de masse et répond aux grandes flambées épidémiques et CATI est ciblée répond bien en début d'épidémie et à la queue d'épidémie/cas sporadiques de choléra. Cependant, avec des ressources limitées et des épidémies dépassant souvent la capacité des agences et des réseaux de soins de santé communautaires, les flambées de choléra peuvent rapidement devenir de grands incendies. Ce cadre vise à déclencher le déblocage de fonds beaucoup plus tôt que ce n'est le cas actuellement, afin d'intervenir rapidement là où des cas sont détectés et, par conséquent, d'empêcher qu'un petit foyer de cas ne se transforme en une grande épidémie incontrôlée. C'est dans ce sens que l'action anticipatoire a été définie pour le choléra.

### **Bénéfice potentiel futur de ce pilote**

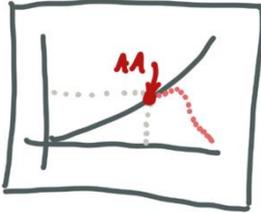
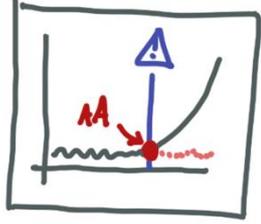
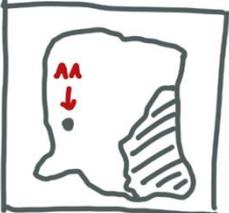
A l'avenir, OCHA et ses partenaires continueront à travailler ensemble pour encourager l'apprentissage collectif à partir des preuves générées par ce pilote en RDC. Il est possible que les leçons apprises à travers ce projet pilote serviront comme guide pour d'autres pays, et pourront aussi informer la lutte contre d'autres épidémies (par exemple, Ébola).

De même, la mise en œuvre de ce cadre pour le choléra en RDC contribuera à favoriser les découvertes scientifiques et le développement d'outils et d'approches de prédiction du choléra qui intègrent les informations climatiques et météorologiques (c'est-à-dire les déclencheurs environnementaux), la mobilité humaine et les données socio-économiques, les ensembles de données sur l'accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires, etc.

## 3. Prévision et déclencheur

### Scénarios d'activation du cadre

Pour faire face aux différentes situations qui représentent une augmentation du risque de flambé, trois différents scénarios ont été définis pour ce projet pilote en collaboration avec les partenaires humanitaires et nos collaborateurs scientifiques. Pour la définition des scénarios nous avons fait une distinction entre les provinces endémiques (Nord-Kivu, Sud-Kivu, Tanganyika, Haut-Lomami et Haut-Katanga) et les provinces non-endémiques (le reste du pays). Cette distinction a été faite sur la base de l'analyse des zones à haut risque (hotspots) faite par plusieurs acteurs au niveau pays.

	Seuil de déclenchement : Augmentation du risque de choléra sur la base	
	D'indicateurs �pidemiologiques	D'un facteur externe (par exemple une inondation)
<b>Provinces endémiques</b>	<p>Scénario 1</p> 	<p>Scénario 2</p> 
<b>Provinces non-endémiques</b>	<p>Scénario 3</p> 	

*Représentation des trois scénarios de déclenchement du cadre*

Cette distinction des différents scénarios permet de mieux adapter le déclencheur et d'anticiper les flambées liées à différents facteurs de risque dans le pays.

### Surveillance  pidemiologique

Les autorités nationales, et précisément le PNECHOL, ont la charge de la collection, validation et le partage des données  pidemiologiques en RDC. Une collaboration entre l'équipe OCHA et le PNECHOL nous permet d'avoir accès direct à l'information de deux bases des données qui sont utilisées pour faire le suivi du déclencheur :

- **Niveau national** : Une base de données agrégées par zone de santé et semaine  pidemiologique qui est mise à jour de manière hebdomadaire par l'équipe du PNECHOL. Les données dans cette base sont normalement disponibles seulement jusqu'à deux à trois semaines avant la semaine courante à cause du travail d'agrégation et validation fait par le PNECHOL.
- **Provinces endémiques** : Une base des données en ligne qui est mise à jour en temps réel par les autorités de santé publique au niveau local. Cette base de données nous permet de raccourcir le délai dans les provinces endémiques.

Aucune information personnelle ou sensible est partagée par le PNECHOL ou d'autres autorités dans le cadre de ce projet et seulement les données agrégées par zone de santé et par semaine sont utilisées.

## Déclencheurs et seuils

Le déclencheur a été défini à travers un processus participatif avec les différents partenaires avec expérience soit dans la gestion de la réponse au choléra en RDC soit au niveau scientifique et épidémiologique.

### Scénario 1 et 3 : déclenchement sur la base d'indicateurs épidémiologique

Malgré les nombreux modèles épidémiologiques existants, tenter de prédire le tout début d'une flambée de cholera ne sont pas assez fiables pour être utilisées comme déclencheur pour ce projet pilote. Le déclencheur pour les scénarios 1 et 3 est donc basé sur les données épidémiologiques hebdomadaires et locales (aux niveaux des zones de santés). L'objectif est d'anticiper une flambée majeure.

Pour les scénarios 1 et 3 nous avons défini un système d'alerte. Les trois indicateurs qui ont été sélectionnés sont i) le nombre de cas suspects, ii) le nombre de décès, iii) l'incidence hebdomadaire des cas suspects (nombre de nouveaux cas suspects par rapport à la population). Pour chaque indicateur nous avons définis 4 niveaux d'alerte sur la base du percentile et de l'augmentation par rapport à la semaine précédente. Le choix des indicateurs et des niveaux d'alerte est par conséquent assez flexible et couvre plusieurs situations d'intérêt (par exemple une flambée dans une zone de santé dans laquelle normalement il n'y a pas des cas ou une augmentation significative dans une zone de santé ou il y a des cas reportées chaque semaine).

Niveau d'alerte	Percentile	Augmentation hebdomadaire des cas
<i>Niveau 0</i>	0-50	Jusqu'à 2x
<i>Niveau 1</i>	50-95	Entre 2x et 3x
<i>Niveau 2</i>	95-99	Entre 3x et 4x
<i>Niveau 3</i>	99-100	Plus de 4x

Le percentile est calculé sur la base des données historiques depuis janvier 2020 et est mise à jour tous les trois mois. Le percentile est calculé séparément pour le scénario 1 (provinces endémiques) et scénario 3 (le reste du pays).

#### Le déclencheur est atteint si :

- Une zone de santé reste à un **niveau d'alerte 3 pendant 3 semaines consécutives ; ET**
- Au moins un cas suspect dans cette zone de santé est confirmé par les laboratoires dans le mois précédent

### Scénario 2 : déclenchement sur la base d'un facteur externe

L'expérience passée a montré que des chocs externes tels qu'une inondation ou un nouveau déplacement peuvent provoquer une épidémie de choléra. En 2021, par exemple, l'éruption du volcan Nyiragongo a augmenté le risque d'une flambée de choléra dans les sites de déplacés. Par conséquent le CERF avait contribué à la réponse humanitaire en finançant des activités d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de santé.

Pour ce projet pilote, il a donc été conçu d'inclure un scénario dans ce projet pilote permettant au CERF de décaisser des fonds pour des actions anticipatoires avant la détection de cas de choléra.

#### Le déclencheur est atteint si :

- Un choc soudain (par exemple une inondation, une nouvelle vague de déplacement, une éruption volcanique) affecte une ou plusieurs zone(s) de santé dans les provinces endémiques ; **ET**
- Le Coordinateur des Secours d'Urgence d'OCHA (ERC) endosse une allocation de type réponse rapide du CERF.

### Paramètres

Les scénarios 1 et 2 visent les mêmes zones géographiques (les provinces endémiques). Il sied donc qu'en cas d'activation d'un de ces scénarii, le CERF ne pourra pas décaisser des fonds pour l'autre scénario dans la même province ou une province limitrophe pendant une période de six mois.

*Par exemple : si des fonds sont déboursés pour le Tanganyika dans le cadre du scénario 1 en janvier 2023, jusqu'en fin juin ni le Tanganyika, ni le Haut-Lomami, le Haut-Katanga et le Sud-Kivu ne pourront recevoir des fonds dans le cadre de scénario 2, même si le seuil de déclenchement est atteint.*

De plus, alors que le financement du CERF est disponible pour deux activations du scénario 1, la deuxième activation ne pourra être considérée que 6 mois après la première activation.

Les déclencheurs pour les différents scénarios sont donc définis comme suit :

	<b>Scénario 1 et 3</b>	<b>Scénario 2</b>
Indicateurs sélectionnés	Cas suspects Décès Incidence des cas suspects	Déboursement des fonds d'action rapide par le CERF dans les provinces endémiques
Seuils	Au moins une zone de santé en niveau d'alerte 3 pendant 3 semaines consécutives	Seulement les urgences indiquées dans le tableau ci-dessus sont considérées comme déclencheur
D'indicateurs épidémiologiques	Au moins un cas confirmé par les laboratoires dans le mois précédent	n/a
Limitation des déclenchements consécutifs	Pas d'activation du même cadre dans la même province ou dans une province limitrophe dans les 6 mois précédents.	Pas d'activation du même cadre dans la même province ou dans une province limitrophe dans les 6 mois précédents.

### Protocole d'activation : rôles et responsabilités dans le suivi du déclencheur

L'équipe OCHA du Le *Centre for Humanitarian Data* (CHD) est responsable de faire le suivi des indicateurs épidémiologiques et d'envoyer l'alerte aux partenaires une fois que le seuil pour les scénarios 1 et 3 soit atteint. Différents acteurs sont impliqués dans le protocole d'activation :

- **Coordinateur humanitaire** : informera l'Equipe Humanitaire Pays et le secrétariat CERF si les seuils de déclenchement ont été atteints
- **PNECHOL-MD** : responsable pour le partage des données et la mise des bases des données.
- **OCHA DRC** : responsable pour la coordination au sein de la task force nationale
- **OCHA Centre de données humanitaires (CDH)** : responsable pour la mise à jour de la plateforme, du suivi et de la notification de tous les partenaires en cas d'activation.
- **Coordinateur de secours d'urgence (ERC)** : prendra la décision finale sur le décaissement des fonds CERF pour chaque scénario.
- **CERF** : responsable pour le décaissement des fonds.

## 4. Plan d'action anticipatoire

### Activités prioritaires

Les actions anticipatoires financés par le CERF dans le cadre de ce projet pilote viseront à contenir les flambées de choléra en réduisant l'ampleur et de mitiger leurs propagations.

Ces activités s'accordent avec les objectifs spécifiques du *Plan de réponse humanitaire de la RDC (2022)*<sup>2</sup>, ainsi qu'avec les recommandations du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC)<sup>3</sup>.

Le tableau récapitulatif ci-dessous donne un aperçu des activités proposées par chaque agence. Plus de détails peuvent être trouvés dans les documents de candidature CERF.

### Stratégie pour assurer une réponse rapide et efficace

L'OMS et l'UNICEF ont l'expérience de la gestion des épidémies de choléra dans les zones endémiques et non-endémiques de la République démocratique du Congo. Les deux agences ont une capacité avérée à se coordonner et à se compléter. Par exemple, les agences coordonnent leurs activités liées à la surveillance et à la détection rapide, et se soutiennent mutuellement dans les domaines de la gestion des cas et de la réponse rapide.

#### OMS

L'approche de l'OMS vise à réduire la transmission du choléra à travers :

- **Le renforcement de la prise en charge des cas de choléra dans les centres/unités de traitement de cholera** : L'objectif est de réduire la létalité ;
- **L'appui aux activités communautaires de « quadrillage »** : L'objectif est de désinfecter les ménages cas et voisins, la chloration de l'eau et la sensibilisation de la communauté en vue de couper la chaîne de propagation et l'appropriation/pérennisation ;
- **Le renforcement des capacités de surveillance épidémiologique et biologique** : L'objectif est la détection précoce, le référencement des cas ;
- **Le renforcement des équipes d'intervention rapide et relais communautaires.**

#### UNICEF

Depuis 2020, l'UNICEF a mis en œuvre son approche d'interventions ciblées par zone de cas (CATI). Cette approche vise à réduire la transmission du choléra au niveau des ménages et des communautés à travers :

- **Le renforcement de la coordination et la détection rapide des cas suspects et confirmés** : L'objectif est de faciliter une réponse ciblée, autour de chaque cas suspect ou confirmés, mais également orienter les actions EAH/santé de second niveau afin de réduire le risque de reprise épidémique ;
- **La mise en œuvre de la réponse rapide ciblée autour des cas suspects de choléra dans les communautés** : L'objectif est de contribuer à interrompre la transmission par la mise en œuvre de cordons sanitaires dans et autour du foyer affecté (cible : 80% des cas suspects et confirmés répondus en moins de 48h) ;
- **L'engagement communautaire et intensification de la promotion de l'hygiène** : L'objectif est de réduire la transmission de la maladie en amont des périodes considérées à risque ou lors d'un retour à une situation de contrôle. En effet, la réduction de la charge microbienne circulant dans la population permet de réduire l'effet catalyseurs des précipitations et autres facteurs de risque saisonniers.

<sup>2</sup> Objectif spécifique 1.4 : *L'accès aux services de prévention et de prise en charge médicale de 6,1M personnes affectées par une épidémie (choléra, rougeole, paludisme, COVID-19) est assuré* ; objectif spécifique 2.4 : *L'accès aux services de prévention EHA de 1,2M de pers. à risque d'être affectées par une épidémie (choléra, Maladie à Virus Ebola, COVID-19) est assuré.*

<sup>3</sup> GTFCC, *Réponse à l'épidémie de choléra : Manuel de terrain*, 2019.

## Flexibilité géographique

La période d'incubation du choléra étant courte (2 heures à 5 jours), le nombre de cas peut augmenter rapidement. La détection et la confirmation précoce des cas nécessitent donc une réponse agile. Par conséquent, une fois le seuil de déclenchement pour de l'un des scénarios atteint, l'UNICEF et l'OMS auront la flexibilité d'utiliser le financement du CERF pour intervenir dans toutes les zones de santé préoccupantes, et pas seulement dans la/les zone(s) de santé(s) dans laquelle/lesquelles le seuil de déclenchement a été atteint.

## Tableau de résumé

Agence	Intervention	Activités proposées
UNICEF	Interventions ciblées par zone de cas (CATI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement d'équipes de réponse rapide (RRT)</li> <li>• Détection précoce des cas</li> <li>• Distribution de kits choléra</li> <li>• Désinfection des ménages</li> <li>• Promotion de l'hygiène</li> <li>• Mise en place de points de chloration</li> <li>• Traitement médical en dernier recours</li> <li>• Suivi indépendant par les partenaires universitaires</li> </ul>
OMS	Quadrillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désinfection ménage cas et 20 ménages contacts,</li> <li>• Chloration aux points de puisage et sensibilisation en vue de couper la chaîne de transmission</li> </ul>
OMS	Renforcer la surveillance et la détection précoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien aux enquêtes sur les cas suspects</li> <li>• Distribution de tests de diagnostic rapide (TDR) et de supports de transport Cary Blair</li> <li>• Fourniture d'outils de surveillance aux établissements de santé</li> <li>• Désinfection, traitement de l'eau et sensibilisation au choléra dans les foyers touchés et les foyers environnants</li> <li>• Mise en place de points de chloration</li> </ul>
OMS	Assurer la prise en charge médicale des patients infectés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-positionnement de kits sanitaires pour le choléra au niveau central, périphérique et communautaire</li> <li>• Formation des relais communautaires et autres personnels de santé sur la gestion du choléra</li> <li>• Transport des hygiénistes et autres personnels d'exécution</li> <li>• Protection Contre l'Infection dans les établissements des soins/CTC, UTC</li> <li>• Enterrement digne et sécurisé en dotant le sac mortuaire.</li> </ul>

## 5. Financements pré-convenus

### CERF

Le chef humanitaire de l'ONU a engagé jusqu'à 140 millions de dollars du CERF pour soutenir une série d'activités / actions d'anticipation.<sup>4</sup> Au premier novembre 2022, le CERF a décaissé 73 millions de dollars pour des projets pilotes d'action anticipatoire au Bangladesh, en Éthiopie, en Somalie, au Niger et au Népal.

Pour le projet pilote d'action anticipatoire en RDC, l'ERC a accepté d'allouer jusqu'à 3 millions de dollars si les seuils de déclenchement sont atteints. Conformément aux trois scénarios différents pouvant conduire à l'activation du pilote, comme indiqué dans les sections précédentes, et afin de permettre l'apprentissage à partir de différents mécanismes de déclenchement, ce qui suit a été convenu :

- Chaque allocation est plafonnée à \$ 750 000, permettant un maximum de 4 activations pendant la période pilote de 2 ans.
- Afin d'augmenter la probabilité de déclenchement du pilote dans les trois scénarios, le scénario 1 est limité à deux activations, et les scénarios 2 et 3 à une activation chacun.

Les fonds du CERF seront décaissés une fois que le déclencheur de l'action d'anticipation sera activé (voir 3. *Prévision et déclenchement : protocole d'activation*).

Tous les fonds seront décaissés via la fenêtre réponse rapide du CERF ; le CERF n'a pas créé de fenêtre « Action anticipatoire » distincte.

Le CERF décaissera les fonds une fois que trois conditions seront remplies :

- Approbation par le/la Coordonnateur/riche Résident/e / Humanitaire concerné(e) du cadre d'action anticipatoire spécifique au pays et du dossier de candidature CERF comprenant un chapeau de candidature, des propositions de projet spécifiques à l'agence et des budgets spécifiques à l'agence ; et
- Approbation par le ERC du cadre d'action anticipatoire spécifique au pays et du dossier de candidature CERF comprenant un chapeau de candidature, des propositions de projet spécifiques à l'agence et des budgets spécifiques à l'agence (cela peut être une approbation préalablement convenue) ; et
- Activation du déclencheur pilote préalablement convenu, dans un délai maximum de deux ans à compter de l'approbation du cadre par l'ERC.

### Autres bailleurs

Pour ce pilote d'Action Anticipatoire, le CERF est le seul outil de financement inclus dans le cadre. Cependant, les agences sont encouragées à rechercher des financements supplémentaires auprès d'autres sources afin d'intensifier et de compléter la réponse envisagée dans le présent document.

<sup>4</sup> <https://www.unocha.org/story/un-humanitarian-chief-release-140m-cerf-funds-anticipatory-action-projects>

## 6. Apprentissage

### Objectifs

Le pilote sert de **preuve de concept** que l'action anticipatoire **est faisable** et peut être utilisée **pour contenir et mitiger les grandes épidémies de choléra**.

OCHA facilitera un programme d'apprentissage pour générer des preuves de la faisabilité et de l'impact de l'action anticipatoire.

### Suivi

Chaque agence utilisera ses systèmes de suivi et d'évaluation existants pour collecter et suivre la mise en œuvre de leurs activités. Cela peut être financé par les fonds du CERF. Tous les résultats seront partagés.

Pour permettre un apprentissage maximal, le suivi et l'évaluation de chaque agence doit intégrer et rendre compte d'un ensemble de questions communes, y compris :

- L'action anticipatoire a-t-elle eu un impact sur la survie ou la qualité de vie des bénéficiaires, et si oui, quel était-il ?
- Le moment choisi pour l'intervention a-t-il fait une différence ?
- Comparaison des résultats des activités anticipatoires avec des activités similaires dans le passé qui ont eu lieu après la catastrophe.
- Y a-t-il des effets multiplicateurs ou des retombées ?

OCHA apportera des ressources supplémentaires et recherchera des partenariats pour cofinancer et mettre en œuvre le plan d'apprentissage suivant :

#### 1. Suivi et évaluation en temps réel par la CAI de l'UNICEF

La Cellule d'analyse intégrée (CAI) est une unité de recherche opérationnelle mise en place par l'UNICEF qui fournit une analyse intégrée en temps réel pour influencer la prise de décision des acteurs impliqués dans la réponse aux épidémies. La CAI en RDC mène des études rapides pour mieux comprendre et expliquer la dynamique autour d'une épidémie et les impacts de l'épidémie sur les communautés et la santé communautaire.

L'IPE sera chargé de diriger le suivi et l'évaluation en temps réel de toutes les agences de mise en œuvre dans le cadre du projet pilote d'action anticipatoire. L'étude combinera des données de cas avec des données d'enquête sur les perceptions, les comportements et les résultats des ménages.

Quelques semaines après l'activation, l'équipe de l'IPE serait en mesure de recruter des recenseurs locaux et d'obtenir les approbations sanitaires locales pour mener la première série de collecte de données d'enquête sur les ménages dans les communautés cibles. Les résultats et les recommandations pourraient être produits dans un délai de trois semaines, ce qui pourrait être utilisé pour améliorer la réponse dans l'immédiat. Le deuxième cycle de collecte de données aurait lieu environ trois mois après l'activation pour évaluer l'efficacité de l'action anticipatoire sur les résultats au niveau communautaire.

#### 2. Un rapport d'apprentissage descriptif du processus

OCHA dirigera un rapport descriptif qui décrira comment le pilote a été mis en œuvre dans la pratique et les succès et défis rencontrés. Le rapport partagera également des réflexions sur les voies potentielles pour assurer la durabilité et l'extensibilité de l'action anticipatoire pour le choléra et d'autres maladies infectieuses à la fin du pilote.

Le responsable d'OCHA organisera deux à trois discussions de groupe de 90 minutes avec des parties prenantes essentielles (qui chercheront à vérifier les hypothèses formulées au cours du pilote et concernant la mise à l'échelle, en suivant ce guide étape par étape.

### 3. Modélisation du contrefactuel

Le *Centre for Humanitarian Data* (CHD) d'OCHA a collaboré avec des universités pour développer des modèles qui prédisent la trajectoire d'une épidémie de choléra. Plus précisément, ces modèles ont été utilisés pour tester l'impact du calendrier de différentes interventions sur le nombre de cas de choléra et la mortalité, fournissant ainsi un contrefactuel.

Le CHD est coordonné par deux universités, chacune adoptant une approche de modélisation différente. L'Université de Bergen développe un modèle dynamique de systèmes, tandis que l'Université de York développe un modèle basé sur les agents. Le CHD aidera les deux universités à obtenir les données appropriées pour calibrer les modèles au contexte de la RDC, à la fois des données quantitatives et des avis d'experts, puis utilisera les données collectées pendant le pilote pour valider le modèle.

### 4. Analyse qualitative sur les considérations éthiques de l'action anticipatoire pour le choléra, avec des définitions opérationnelles des effets de premier, deuxième et troisième ordre.

L'Université de Toronto mènera des entretiens semi-structurés et analysera des documents secondaires pour répondre à des questions éthiques comme « Quelles sont les considérations éthiques du déploiement d'un pilote d'action anticipatoire en réponse au choléra et les effets de deuxième et troisième ordre de l'anticipation sur la réponse systémique ? ». De plus, l'équipe observera le déploiement du pilote et mènera une série d'entretiens pour vérifier les hypothèses clés lors de la mise en œuvre du pilote.

### 5. Un tableau de bord en temps réel capturant le nombre de cas de choléra et le suivi des intrants par les agences.

Le ministère de la Santé gère un tableau de bord en temps réel pour suivre les progrès en termes de l'évolution du nombre de cas de choléra et la mise en œuvre de la réponse humanitaire. Les agences des Nations Unies impliquées dans la mise en œuvre des plans d'action soumettront des mises à jour hebdomadaires en utilisant un modèle prédéterminé. Le suivi devrait porter sur les objectifs initiaux, le nombre d'intrants livrés, le nombre de personnes atteintes et le temps nécessaire pour livrer les intrants par rapport au premier cas suspect par unité géographique prédéfinie. Un tel cadre de suivi a déjà été testé au Sud-Soudan ; voir l'exemple ici : <https://data.humdata.org/dataset/cerf-early-action-monitoring-framework-2022>.

Approuvé par l'Equipe Humanitaire Pays le jeudi 08 décembre 2022

Et,

**Bruno Lemarquis**

**Coordonnateur Humanitaire pour la République démocratique du Congo**

Le Mercredi 14 décembre 2022