

EUROPEAN COMMISSION

DIRECTION GENERALE POUR L'AIDE HUMANITAIRE & LA PROTECTION CIVILE

Regional Support Office for East and Southern Africa (Nairobi)

RAPPORT DE MISSION

Sujet : Rapport de mission EHA RSO en RD CONGO
Auteur: Jerome BURLLOT (WASH Adviser/RSO Nairobi)
Date: Du 13 au 30 Juillet 2014

Main partners and visited sites list:

Bukavu (ZS Kadutu):

- Oxfam GB: Steffen Lajoie (FieldCo), Don XXXX (WASH PM Bukavu), Gervais XXXX (WASH PM Uvira)
- CICR: Lucas (Ingénieur WATHAB), Ildefonse (WATHAB Adjoint)
- DPS: Makiro Bathelemy (MCZ Kadutu), Zagabe Chuma (superviseur EHA ZS Kadutu)
- UNICEF/Cluster: Emmanuel Durant (Information manager Cholera)

Uvira:

- Oxfam GB: Bernard Keya (FieldCo), Jules Muyisa (deputy WASH PM), XXX (Resp. promotion à l'hygiène /mobilisation communautaire)
- LSHTM: Aurélie Jeandron (chercheuse)

Baraka (Mboko, Nundu, Katanga, Sebele, Baraka):

- SI: Diego Borowski (WASH PM), Omer Apako (WASH Coordinator), Prince Tabuyre (Adjoint WASH PM) et autres staff SI plus les partenaires CENEAS, KMS et FOSOF
- DPS : XXX (TDR Nundu), XXX (Secrétaire général ZS Fizi)

Minova et Kirotshe (Boulenga, Minova, Kirotshe, Rubaya):

- ACF: Guillaume Atte (WASH PM), Laura Esposito (Field Co), plus staff et partenaire RdH : Josee Ruhara (présidente)
- DPS: Cito Bakula (MCZ Minova) ; Gustave Magambo (TDR Minova), Janvier Kashimba (Administrateur ZS Kirotshe), Lucien Bindu (MCZ Kirotshe), plus IT de Boulenga, IT de Rubaya, Responsable des UTC de Rubaya, Minova et Boulenga
- CRC : niveau provincial, Faustin Kambale (Chef de division Santé et Action sociale) et son équipe ; niveau local, Bahati Masikira (président du comité locale)

Goma (ZS Goma et Karisimbi):

- SI: Omer Apako (WASH Coordinator), Christian Ziaka (WASH PM), XXXX (Adjoint Coordo) et autres staff opérationnels et les partenaires NETRESS, Hope in Africa,
- DPS: Josias Songya (MCZ Karisimbi) Samson XXX (Superviseur EHA) avec leur équipe
- Protection Civile: Ildefonse Konguamoja (Coordinateur Urbain) et ses collaborateurs
- Représentant des revendeurs d'eau: Justin Muhanvica, Ramazani Buhuru, Kavira Ngitsi

Liste des annexes:

- ❖ 1: Carte de propagation du choléra en RDC
- ❖ 2: Rapport Investigation cholera MCZ Ruzizi (Oxfam GB partenaire)
- ❖ 3: Carte dynamique cholera ACF
- ❖ 4: Note conceptuelle de projet réponse EHA cholera, appuie a la mise en place du PMSEC
- ❖ 5: Focus sur le contexte de Sebele (fiche LRRD en cours de rédaction)
- ❖ 6: Rapport socio-anthropologique (Oxford Institute for Social and Cultural Anthropologie, Oxfam GB)
- ❖ 7 : Fiche investigation malade cholera ACF

Table des Matieres

1. EXECUTIVE SUMMARY	3
2. BACKGROUND TO THE EVENT	4
2.1. Vue d'ensemble du Cholera.....	4
2.2. La stratégie de reprise communautaire et le LRRD.....	6
2.3. Le PMSEC et la stratégie « coup de poing, bouclier ».....	8
3. MAIN ISSUES DISCUSSED AND OUTCOME / COMMENTS.....	10
3.1. Le support aux mécanismes d'alerte (lien sante/EHA), le déclenchement de la réponse EHA et les sources de vérification des indicateurs,(impact global).....	10
1.1.1. Les mécanismes d'alerte et le déclenchement des réponses.....	10
1.1.2. Impact global et source de vérification.....	13
3.2. Les activités de la réponse EHA.....	15
3.1.1. Accès à l'eau potable.....	15
3.1.1.1. SI	
3.1.1.2. ACF	
3.1.1.3. Oxfam	
3.1.2. Désinfection domiciliaire et assainissement.....	24
3.1.2.1. SI	
3.1.2.2. ACF	
3.1.2.3. Oxfam	
3.1.3. Promotion à l'hygiène.....	26
3.1.3.1. SI	
3.1.3.2. ACF	
3.1.3.3. Oxfam	
3.1.4. Renforcement de capacité et partenariat.....	29
3.1.4.1. SI	
3.1.4.2. ACF	
3.1.4.3. Oxfam	
3.3. La reprise communautaire et le LRRD.....	31
3.1.5. Performance global estimation.....	31
3.1.6. Main issues discussed.....	33
4. RECOMMENDATIONS.....	34
4.1. Générale.....	34
4.2. Spécifique par partenaire.....	37
4.2.1. SI.....	37
4.2.2. ACF.....	38
4.2.3. Oxfam.....	39
5. CONCLUSION TO THE EVENT	40

1. EXECUTIVE SUMMARY

La mission qui s'est déroulée au Sud et Nord Kivu, avait pour principal objectif de suivre la qualité technique des activités EHA développées par les partenaires dans le cadre de la réponse cholera. La prise en compte des recommandations aux partenaires (et notamment SI) produites lors de la dernière visite de suivi a été intégrée dans la réalisation de la mission. Il est également question dans ce rapport de faire une revue synthétique et un état des lieux des différentes approches et stratégies de réponse d'urgence et durable au cholera mis en œuvre ou initiées en RDC. La mission a permis d'évaluer la qualité et la pertinence des différents outils d'analyse, de suivi et de capitalisation des données développés par les partenaires, ainsi que leur exploitation pour affiner le ciblage de la réponse. Les différents modes de partenariat et le renforcement des capacités locales ont également pu être observés, et des recommandations ont été dispensées aux partenaires pour améliorer l'efficacité et la qualité de la réponse et de son suivi.

La mission a permis de mettre en lumière certains nombres de dysfonctionnement dans les procédures médicales suivies par certains responsables d'UTC/CTC. Par exemple, lors de la visite à Rubaya, le responsable de l'UTC nous a révélé que les niveaux A et B de déshydratation étaient observés quelques heures (assis sur une chaise) puis se soigner à leur domicile (*avec tous les risques de contagion, notamment dans des sites denses de déplacés comme Rubaya*). A priori, cette pratique n'est acceptée qu'au niveau des plans A par la ZS.

De manière générale, le niveau qualitatif de la réponse EHA apportée par les partenaires visités s'est considérablement amélioré, même si il reste de nombreux points dont certains relativement critiques (suivi du résiduel de chlore, rassemblement de personnes en période de flambée, documentation détaillée des interventions d'urgence...) à améliorer.

SI qui avait montré un niveau de réalisation faible voire très faible sur certains aspects lors de la dernière visite, c'est largement amélioré sur quasiment l'ensemble des points qui avaient été soulevés. SI a également développé d'autres initiatives pour améliorer la réalisation (aménagement des points de chloration, équipement des désinfecteurs...) mais aussi le suivi de ces activités (développement de matrices de suivi, mise en place des bidons témoins pour la mesure du résiduel de chlore...). Des outils d'analyse dynamique du choléra pertinents (fichier google earth) ont également été développés. L'ONG contribue pleinement au développement des capacités locales de réponse mais également sur des aspects structurels durables (approche avec les vendeurs d'eau à Goma, la Regideso et la Protection Civile) favorisant une reprise de la lutte au niveau local et contribuant voire enrichissant la mise en place du PMSEC¹. Il n'en demeure que certains aspects comme le suivi du résiduel de chlore dans les ménages doivent être encore améliorés.

ACF a montré également un niveau correct de réalisation avec certains points critiques encore à revoir, notamment : dans la formalisation du suivi de la qualité de l'eau et de la mise en place d'un point de chloration ; la conservation du chlore ; la sécurisation de la production des solutions mères ; l'équipement et la formation des désinfecteurs ainsi que le protocole à appliquer ; évaluation des ReCo ; ...ou encore le renseignement détaillé des interventions d'urgences, valable pour tous les partenaires. ACF a mené une investigation (fiche *en annexe*) approfondie de 261 malades du choléra dans la zone ; la mise en place en plus des stocks de contingence au niveau central, des kits cholera (au plus proche des besoins) dans les aires de santé les plus à risque (analyse sur 5 ans)... Par contre, ACF doit revoir sa logique de sensibilisation entre les phases de flambée et d'accalmie pour éviter d'être l'initiateur de rassemblement de population pendant les périodes épidémiques.

¹ Plan Multi Sectoriel d'Élimination du Cholera

En ce qui concerne Oxfam GB, la visite à Uvira n'a permis qu'un meeting de 3h et la rencontre des principaux personnels d'encadrement. Si Oxfam montre des tentatives louables et pertinentes de mise en place d'approche à base communautaire pendant les urgences, l'interview du personnel a montré une sérieuse méconnaissance des orientations cluster en terme de sélection des produits de chloration en fonction des niveaux de turbidité de la ressource (utilisation de chlore liquide avec des turbidité de 40 à 60 NTU) et de leur mode de distribution. L'entretien a démontré chez Oxfam GB un besoin sérieux de révision et formalisation de la mise en place d'une stratégie de potabilisation d'eau dans un site affecté, mais également du suivi de la qualité de l'eau. La visite du projet de Bukavu financé par UNICEF a montré un niveau très faible de la maîtrise des activités d'accès à l'eau (confusion dans les dosages, confusion ou méconnaissance des procédures à appliquer, des équipements...), un niveau de suivi de cette activité (notamment qualité de l'eau) également faible, et une très faible implication de la ZS à ce niveau.

La mise en place de la stratégie de reprise communautaire (stratégie du cluster EHA) est plutôt bien relayée par les partenaires, mais elle offre toujours un certain nombre de questionnement sur sa durabilité (rentabilité pour les structures commerciales initiées ; potentielle concurrence avec le LRRD dans les zones où les deux approches sont mises en place) et sa fiabilité (pas d'organe de labélisation sur place pour le chlore liquide, pas de prise en compte des variations de la qualité de la ressource dans l'utilisation du chlore liquide produit localement).

Le LRRD semble être dans une bonne dynamique bien que dans ses balbutiements et démontre un besoin certain de formalisation conjointe entre acteurs de développement et humanitaire sur notamment les procédures et processus à mettre en place, et le développement d'une vision commune. Les partenaires sur le terrain semblent être relativement confus dans le fonctionnement de cette approche. Une forte implication des organes de coordination et concertation semble être nécessaire à ce niveau.

Il va être très intéressant de suivre la capacité des ONG à produire des documents et selon quelle modalité, capable de mobiliser sur une problématique les acteurs de développement. L'ensemble des partenaires contribue à différents niveaux à la promotion de cette approche essentielle.

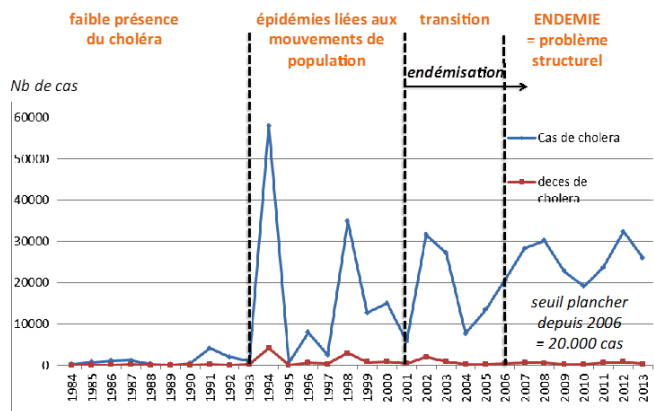
Le niveau de coordination du cluster EHA plutôt bon jusque-là, devra être suivi à court et moyen terme du fait des changements de personnes en charge qui se sont opérés durant l'été, et notamment la perte du responsable du cluster de Goma qui avait près de dix ans dans la zone sur ces thématiques. La visite a pu montrer que lors des urgences des synergies entre partenaires se développent à travers le cluster et/ou les plans de contingence.

2. BACKGROUND TO THE EVENT

2.1. Vue d'ensemble du Choléra en RDC

Vue d'ensemble du choléra en 2014 en RDC et dynamique de déclenchements et propagation (analyse « fine » financée par ECHO).

Dans le monde **la RDC** est principalement l'est et le sud-est du pays, **regroupe 22% du total des cas et 14% du total des morts** (OMS), sur la première décennie du siècle ce qui fait de la RD Congo le plus grand foyer du choléra dans le monde. L'endémicité du choléra en RDC date de 2006, alors que le plus grand pic on était atteint la suite de la crise rwandaise en 1994.



Le cholera est devenu endémique en RDC pour plusieurs raisons dont la première est la présence d'un milieu idéal pour la survie et le développement du vibron qu'est le pH très alcaline des eaux des lac Kivu et Tanganyika en particulier mais également les lacs Edouard et Albert. La guerre et l'insécurité, à partir de 1993 ont provoqués une instabilité chronique qui a mené à :

- ↳ des mouvements de population fréquents, qui ont pu contribuer à densifier de manière anarchique d'autres zones de peuplement,
- ↳ la décrépitude des services de distribution de l'eau
- ↳ la dégradation de l'environnement sanitaire en général,
- ↳ la précarité alimentaire (terre moins cultivée car populations en mouvement ou piller) contribue également grandement à l'incidence de la maladie en réduisant l'efficacité de la barrière gastrique.

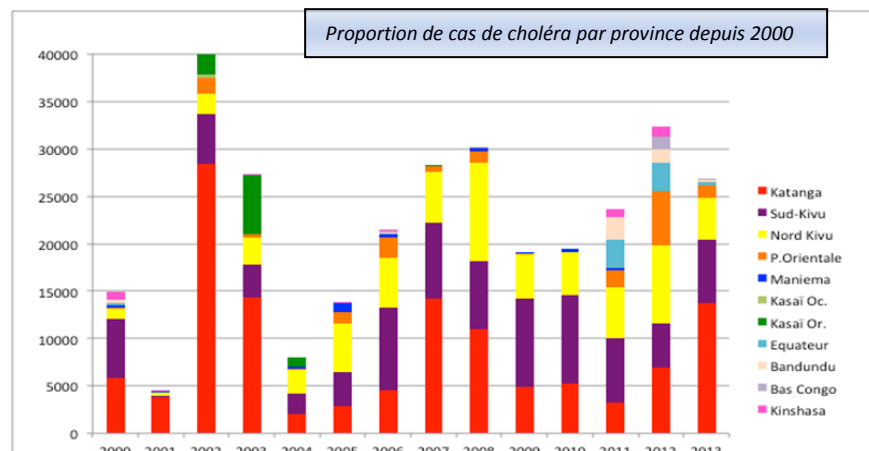
Tous ces facteurs conséquences de la situation sécuritaire, et les eaux des lacs ont favorisés l'endémicité du choléra en RDC.

Echo à financer un travail d'analyse fine de la répartition du choléra et des dynamiques de diffusion (activités intégrées dans le PMSEC et la stratégie du cluster WASH). Cette analyse a donné lieu à une carte répertoriant et localisant les facteurs de déclenchement et de propagation de la maladie (*en annexe*).

Les facteurs de propagation sont bien évidemment tous les axes de déplacement (routier, ferroviaire et maritime) plus... « Le commerce du poisson ».

Les principaux facteurs de déclenchements identifiés sont :

- Inondations
- Coupures d'eau
- Ilots habite
- Saison des pêches
- Densité de population
- Saison des pluies
- pH alcalin des eaux
- Déplacement de population



Il semble que l'analyse reste au niveau macro. Par contre ***une analyse fine devrait donner des éléments justement fins (contextuels) et nouveaux*** que l'on ne retrouve pas sur la carte présentée, même en tant que cause possible ou en cours d'investigation. Ainsi, les problématiques liées à la saison des mangues (*la peau de la mangue alcaline permettant un développement du vibron coupler avec la pratique notamment des enfants de manger les mangues* (source : chercheuse de la LSHTM² basée à Uvira, projet financé par la fondation Veolia) *directement cueilli de l'arbre mais avec les mains sales*), ou certain insecte aquatique réservoir de vibron qui remonterait à la surface de l'eau à certaine période de l'année qui coïnciderait avec des pics de flambes (étude faite à Kalemie, source MCZ) ; les périodes ou zone à risque de malnutrition diminuant l'efficacité de la barrière gastrique, ou encore les écailles de certains poissons ; l'intégration de l'identification des pratiques culturelles spécifiques (enterrement, ...) à risques suivant les communautés et l'espace culturel...

Le fait est que si ***la carte est intéressante en tant que présentation synthétique et macro***. Par contre, on n'a pas l'impression, quand on connaît un peu le contexte du choléra en RDC ou même ailleurs, que celle-ci nous permet réellement d'apprendre quelques choses de nouveau sur les facteurs de déclenchements et de propagation. Il ***aurait été intéressant que cette analyse fine*** matérialisé par cette carte assez générale, donne naissance à ***des outils de ciblage (spatial et temporel) micro des activités de réponse*** d'urgence et durable de lutte contre le choléra, avec des cartes détaillées par zone sous forme d'atlas par exemple. Cela permettrait d'être plus efficace dans la réponse et dans l'investissement.

2.2. La stratégie de reprise communautaire et le LRRD

Le principe du **LRRD**, ou plus exactement la prise en compte de la réponse structurelle durable à des crises chroniques ou prolongées dans l'agenda des bailleurs de développement, est bien établi dans le domaine EHA en RDC. Ainsi ***le PMSEC est déjà financé à près de 60% pour les zones de type A***. En milieu urbain la plupart des investissements vont vers la réhabilitation et l'extension de réseau d'alimentation en eau potable, quand le programme village assaini pour milieu rural prend en compte des approches communautaires, et la mise en place d'équipement d'accès à l'eau (puits, captage de source, mini adduction) et l'assainissement (latrine, gestion des déchets).

Planifié PMSEC 90 millions USD dans les zones de type A (l'apport en italique du CICR présente n'est pas pris en compte dans le financement du PMSEC) :

➤ ***Urbain engagé +/- 65 millions USD (Regideso- partenaires exécution) 2013-2019***

Uvira : UE (2M euros) et AFD (4M euros) pour de l'AEP³, Fondation Veolia 2M euros (principalement en recherche, consultance, assistance technique)

Kalemie : MSF environ 500 000 euros (AEP)

Bukavu : DFID, 20M pounds (AEP), ***CICR 5M de CHF***

Goma : DFID, 20M pounds (AEP)

Baraka : ***CICR environ 500 000 CHF pour de l'AEP***

Lubumbashi : ***WB (en cours de traitement)***

➤ Village Assaini (DFID, UNICEF, USAID) ***Rural***

² London School of Hygiene and Tropical Medicine

³ Adduction d'Eau Potable

Toutes les Zones de santé de type A sont intégrées sauf Fizi et Uvira rural
Améliorer le ciblage par Aire de Santé sanctuaires

La stratégie de reprise communautaire vise notamment à assurer la reprise des activités de prévention et protection (y compris la chloration) par les populations à risques. Cette stratégie cherche à atteindre 4 résultats principaux pour atteindre cet objectif, à travers la mise d'un certain nombre d'activités :

Résultat .1 : La lutte préventive est assurée en période à risque (Type A)

- 1.1 La période et les sites à risque ainsi que des actions clés WaSH sont identifiés, zones de type A
- 1.2 Dans chaque zone endémique (type A) des activités sont préventivement mis en place (période et sites à risque) pour éviter un départ épidémique et/ou son expansion
- 1.3 Diminuer la lutte préventive suivant la mise en place d'activités durables et/ou reprise communautaire (utilisation de chlore, amélioration des connaissances et comportement)

Résultat 2. : La production locale du chlore est assurée puis vendu grâce au marketing social du produit (zone de type A)

- 2.1 Mettre en place une production de chlore par Maxi ou standard Wata
- 2.2 A travers des séances de sensibilisation ciblant les femmes, remettre, à la fin de la séance, un flacon gratuit de chlore
- 2.3 Développer la production pour la rendre autonome (élaboration de business plan, étude de satisfaction)
- 2.4 Identifier chaque point de vente (pharmacie, maman productrice) par un panneau
- 2.5 Promouvoir localement le chlore suivant la stratégie de marketing identifiée
- 2.6 Délocalisation des ventes
- 2.7 Campagne de masse national/interprovincial de promotion du chlore : « le chlore guérit l'eau » dans un objectif de changement de comportement
- 2.7 Monitoring et évaluation

Résultat 3 : La population construit suivant ses moyens des latrines en milieu urbain (Type A – B)

- 3.1 Formation, étude de faisabilité et de cout, et équipement (matériel de construction, brochure) d'un partenaire capacité à la promotion et construction de latrine
- 3.2 Construction de latrines modèles à différent cout avec lavage des mains associées
- 3.3 Publicité de l'entreprise et marketing de ses produits
- 3.4 Monitoring et développement de nouveau produit (ex : nouvelles latrines, vidange de fosse...)

Résultat 4 : La durabilité des actions WaSH est améliorée par une meilleure gestion communautaire (type A et B)

- 4.1 Redynamiser les comités de points d'eau / assainissement en partenariat avec les autorités compétentes
- 4.2 Faire le suivi des comités en partenariat avec les autorités compétentes
- 4.3 Créer des super techniciens de maintenance de points d'eau à travers la création de « super comité » (association de comités) ou l'implication des autorités
- 4.4. Créer un système d'accès, de vente de pièces détachées et d'expertise/suivi dans chaque territoire regroupant des Zones A et B,

Au final et au vue des présentations réalisées par UNICEF de la reprise communautaire (Atelier de Bukavu de Mai 2014) et des actions menées, on a l'impression que pratiquement la réponse communautaire c'est la production et la vente de chlore liquide produit un équipement WATA.

Si a un certain niveau **le LRRD** avec la mise en place d'infrastructure hydraulique et sanitaire pour une réponse structurelle durable et la **stratégie de reprise communautaire** pour la gestion des principales activités de la prévention du choléra dans les zones de type A sont complémentaires (l'une permettant à l'autre une mise en œuvre dans de bonnes conditions), **ces approches risquent de se retrouver en concurrence à un certain niveau**. Dans le cadre des activités de commercialisation (soit investissement dans la mise en place d'une structure commerciale) du chlore liquide ou autres produits sélectionnés dans une ville/village ou un projet de mise en place d'infrastructure d'accès à l'eau potable durable est en cours, **les deux stratégies risquent finalement d'être antagonistes** mises en place dans une même zone. Avec potentiellement une faillite d'entreprise programmer dès le départ.

2.3. Le PMSEC et la stratégie « coup de poing, bouclier »

La plupart des réponses cholera EHA mise en place depuis 2012-2013 du cluster EHA, se basent sur la stratégie dite : « coup de poing et bouclier », développée en grande partie par le bureau régional UNICEF de Dakar (WACARO) et les partenaires du Global WASH cluster et de la « globale alliance against cholera ». Cette approche qui se veut dynamique, s'appuie sur des expériences passées « réussites » notamment en Guinée, au Tchad mais également en RDC, où la partie bouclier de l'approche a commencé à être développée dans le contexte de Kalemie (Province du Katanga) au bord du lac Tanganyika.

Cette stratégie intègre une dimension recherche sur l'analyse transectorielle des facteurs de propagation et de la dynamique épidémiologique de la maladie en fonction des contextes, et cela afin d'affiner le ciblage (technique et géographique) dynamique de la réponse et ainsi d'en améliorer l'efficacité.

Cette approche intégrée propose un package assez holistique d'activité et d'action suivant différents scénarii et présente des cas pratiques pour donner un référentiel de réflexion facilitant et orientant son adaptation contextuelles. Les activités à mettre en place vont au-delà de l'aspect WASH stricto-sensu dans lequel on retrouve : l'accès à l'eau potable (remise en route d'un équipement d'accès à une ressource en eau protégée, mise en place de point de chloration), l'assainissement avec la désinfection domiciliaire (voir dans certains cas la mise en place de latrine) et la promotion de l'hygiène et l'information sur l'épidémie.

Ainsi, on trouve en amont de la réponse EHA opérationnelle des activités liées au renforcement des systèmes d'alerte et à l'analyse des facteurs de contamination et propagation.

Des indicateurs et standards (délai de réponse...) sont également proposés à travers l'approche.

La stratégie vise à créer, en particulier dans les zones sanctuaires du vibron, une dynamique d'intervention entre les phases de flambée épidémique (mode réponse plus accès sur le volet coup de poing) et les phases d'accalmie (mode prévention plus accès sur le volet bouclier). Le maintien d'un package minimum principalement lié à la promotion de l'hygiène, permet de maintenir la population en éveil et de maintenir une capacité opérationnelle de réponse dans une zone sensible.

Le maintien de cette capacité permet d'assurer une réactivité à une éventuelle réponse suite au déclenchement d'une alerte, et donc d'être capable de contenir plus efficacement la flambée donc d'en

réduire la portée. Ce qui contribue à la réduction des risques épidémique et ainsi à la réduction du cout global de la réponse WASH et médical.

Si elle a le mérite d'exister et d'avoir prouvé son efficacité, cette approche possède évidemment ses faiblesses :

- L'approche propose des indicateurs (d'impact et de résultat) mais pas d'outils (source de vérification) pour les renseigner. De plus, souvent il n'existe pas de système de collecte des données nécessaire de vérification. C'est pourquoi cet aspect important doit être contextualisé.
- L'impact de certaines activités et protocole sur lesquels s'appuie la stratégie sont remis en question par de nombreux partenaires, notamment la désinfection domiciliaire (une étude d'impact est en cours par le bureau régional de UNICEF a Dakar) qui est la seule activité purement « coup de poing ».
- La stratégie qui se veut intégrer est souvent uniquement EHA et ne facilite pas ou n'intègre pas la synergie entre EHA et sante dans la pratique.
- A partir du moment où on formalise un concept, il aura tendance à se figer et perde en flexibilité, donc en dynamisme. L'atteinte d'un équilibre entre standardisation et adaptabilité est délicate à trouver car dépend du contexte et repose sur une bonne maitrise de celui-ci.

Le PMSEC, est le plan quinquennal multisectoriel pour l'élimination du choléra. Ce plan valide par le gouvernement congolais a été largement rédigé avec le concours des différents partenaires du cluster EHA, ainsi que certains acteurs internationaux de la lutte contre le choléra à la suite d'un forum d'échange d'expérience et de leçons apprises transfrontalier tenu à Dakar en 2008.

Le premier plan (PMSEC) couvrait la période de 2008 à 2012. L'année 2012, fin du premier cycle de mise en œuvre du plan stratégique d'élimination du choléra en RDC : un début prometteur, malgré une mise en œuvre globalement mitigée. Entre 2008 et 2012, première période de mise en œuvre du plan stratégique d'élimination du choléra, quelques initiatives coordonnées ont été mises en place. Parmi elles :

- ↳ le projet pilote de lutte contre le choléra dans la zone sanctuaire de Kalemie (Ministère de la Santé Publique, Fondation Veolia Environnement, ONG Solidarités International),
- ↳ le projet MSF de lutte contre le choléra dans les zones lacustres du Tanganyika,
- ↳ la création d'une structure de coordination (le Comité Intersectoriel de Lutte contre le Choléra-CILC), plus tard mue en « Task Force Choléra » et actuellement nommée « Sous-commission Choléra »
- ↳ La publication pendant trois mois d'un Bulletin mensuel du plan d'élimination du choléra en RDC.

Malgré ces premiers projets et l'existence d'une ébauche de structures de coordination, le Plan stratégique a souffert d'un déficit d'engagement des acteurs pour sa mise en œuvre dans sa phase 2008-2012.

Le plan en cours couvre la période 2013-2017 a été revue début 2014. Ce plan vise le développement d'une politique de protection civile multisectorielle intégrant en particulier les autorités de l'eau et l'assainissement et de la santé.

Ce plan s'oriente selon 6 axes principaux :

- ❖ Axe 1 : Renforcement des activités de surveillance épidémiologique
- ❖ Axe 2 : Renforcement des mesures de prévention dans les zones de santé ciblées
- ❖ Axe 3 : Mise en place d'intervention spécifique sur les aspects eau, hygiène et assainissement, en priorité dans les zones lacustre pour les actions durables
- ❖ Axe 4 : La prise en charge des cas (en ajustant les approches de seuil)
- ❖ Axe 5 : Le renforcement de la coordination
- ❖ Axe 6 : La promotion de la recherche

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

Une des principales faiblesses de ce plan, c'est qu'il ne prend pas en compte la réponse d'urgence EHA, il mentionne juste le fait que les capacités de réponse doivent être en place. Ce qui a pour effet que le financement de la réponse EHA d'urgence n'est pas prise en compte dans son budget.

Le cluster EHA et l'UNICEF contribue à la mise en œuvre du PMSEC sur 4 axes stratégiques, plus la réponse EHA d'urgence.

Le PMSEC focalise largement sur le volet structurel et institutionnel pour une réponse durable, notamment en valorisant le mécanisme LRRD.

ECHO à travers un financement UNICEF contribue la mise en œuvre des axes 1 et 3, à travers des activités liées l'analyse de la dynamique épidémique et le ciblage de la réponse (axe 1) ainsi que la promotion du mécanisme LRRD (axe 3).

ECHO finance également la plus grande partie de la réponse EHA d'urgence et également des activités de recherche incluant la production d'outils d'analyse et de capitalisation.

3. MAIN ISSUED DISCUSSED AND OUTCOME / COMMENTS

3.1. Le support aux mécanismes d'alerte (lien sante/EHA) ; le déclenchement de la réponse EHA et les sources de vérification des indicateurs; impact global

3.1.1. Les mécanismes d'alerte et le déclenchement des réponses

Le support aux mécanismes d'alerte se matérialise de différente manière pour les différents partenaires :

- ❖ Développement **d'outils d'analyse statistique et cartographique** sur la dynamique du choléra, des facteurs de déclenchements et de propagation afin de mieux appréhender les flambées et mieux cibler la réponse (carte dynamique, inventaire des sources de contamination, investigation des malades...)
- ❖ Développement **d'un système de remonter des données épidémiologiques parallèles**, afin de limiter les risques de gap. Support en moyen de communication (Dans la ZS de Nundu territoire de Fizi, l'IT reçoit 5USD/semaine d'unités téléphonique de la part de SI) aux structures de prise en charge du choléra pour assurer la remonter des données.

- ❖ Développement ou mise à jour de **plan de contingence** en partenariat avec les institutions et acteurs nationaux et internationaux.
- ❖ Mise en place ou mise à jour des **stocks de contingence**
- ❖ SI et Oxfam GB : Développement **d'exercice de simulation** (que l'on peut retrouver également dans le volet renforcement des capacités) de la réponse sur la base de scénario bien défini. **Innovation**

En ce qui concerne **le premier volet, il est assez bien suivi par les partenaires**, même si on a parfois du mal à voir dans quelle mesure ils ont exploité les outils pour affiner leur analyse micro et le ciblage des actions. Certains partenaires font face à des difficultés pour mobiliser le niveau d'expertise approprié pour développer et exploiter de manière pragmatique et efficace ces outils (*exemple d'ACF qui ont du mal à recruter un épidémiologiste pour capitaliser les données issues de l'investigation des malades*).

SI a développé une présentation de la dynamique de propagation du choléra particulièrement pertinente avec Google earth (fichier de quelques ko, comparer aux cartes lourdes à télécharger car très précis et une simulation dynamique de l'évolution de la provenance des cas dans le temps, **lien (besoin d'avoir Google**

earth) :  140826 S14-S34
EPIDEMIOLOGIE.kmz .

ACF a développé des cartes dynamiques avec un niveau de précision de la provenance des cas au niveau des AS. Les cartes présentes avec un code couleur en fonction du niveau d'incidence dans les AS affectées par période de 4 semaines. Par contre **ACF a développé une fiche d'investigation des malades très pertinente (en annexe)**, et à mener **des investigations sur 261 malades (rapport en attente)**. Le retard dans la production du rapport d'analyse de ces fiches d'investigations est dû à l'absence de l'épidémiologiste prévue dans le projet.

Oxfam a développé des cartes communautaires (**annexe**) qui sont réalisées lors des phases d'évaluation à la suite d'un dépassement de seuil d'intervention. Les cartes sont développées sur un mode participatif et permettent aux populations et aux acteurs humanitaires de mieux appréhender les habitudes des populations, la situation sanitaire d'une zone et donc de mieux cibler la réponse.

Un rapport est prévu pour chacun des partenaires dans leur zone opérationnelle sur les facteurs de déclenchements et propagations, ainsi qu'un inventaire des zones et population à risque au niveau micro.

Les **plans de contingence** quand ils sont relativement consistants, ils continuent à souffrir **d'une analyse des risques de proximité faible**.

Dans les zones couvertes par SI (et dans une certaine mesure Oxfam GB) il semble que les seuils d'alerte et d'intervention soit assez bien connus mis à part dans la ZS de Karisimbi où ils diffèrent selon qu'ils sont exprimés par l'IT⁴ ou du médecin en charge de la structure de prise en charge, par le MCZ, ou par le partenaire (minutes de réunion SI/BCZ).

Dans la zone d'ACF, la connaissance des seuils au niveau des personnels des AS de la ZS de Minova et Kirotshe, les seuils plutôt bien connus mis à part l'AS de Boulenga où le personnel médical ne connaissait

⁴ Infirmier Titulaire

que le seuil d'alerte, et a **Rubaya ou l'IT ne connaissait aucun seuil**. Dans tous les cas, **la connaissance de ce qu'implique le dépassement d'un seuil en termes d'action est quasiment systématiquement absente**.

Province	ZS	Seuil d'alerte	Seuil d'intervention	Remarques
Nord Kivu	Goma	5 cas (niveau sévère) pendant 3 semaines selon MCZ		
	Karisimbi	3-5 cas	5 cas sévère pendant 3 semaines	7 cas pendant trois semaines de suites pour SI / 3 cas sévère pour l'IT
	Kirotshe	9	19	
Sud Kivu	Kadutu (Bukavu)	30	60	Chiffre donné par le MCZ/ Seuil d'intervention de 15 cas pour la ZS de Bukavu
	Minova	10	18	
	Nundu	4	8	
	Fizi	13	23	Seuil intervention : 14 cas en milieu urbain (Baraka)

En RDC, la définition de ces seuils illustrer par le tableau ci-dessous prend des formes très diverses, et il est très compliqué de comprendre comment ces seuils son calculer et comme la zone qu'ils couvrent est défini. Le cluster et l'OMS font une moyenne des cas sur 5 ans qui exploite de manière empirique ensuite pour définir des seuils d'alerte et des seuils d'intervention.

Non seulement **il est crucial que tous les responsables de structure de prise en charge du choléra**, responsable d'AS⁵ ou de ZS **maitrise parfaitement c'est différent seuil**, mais aussi et surtout ce que cela implique pour eux en terme d'action (fréquence d'échange de donnée qui passe de hebdomadaire a journalière, vérification et mise à niveau des stocks d'intrants...).

Il y **un gros travail de communication et de formalisation à effectuer à ce niveau pour bien comprendre les logiques en jeu et éviter les confusions générateur de gap**. Les partenaires tel que SI doivent jouer un rôle important à ce sujet du fait de leur relation de proximité avec les émanations de la sante au plus proches des besoins.

Les processus d'alerte et intervention devraient être mieux harmonisé et coordonner. Pour l'intervention dans l'AS de Tugunda dans la ZS de Karisimbi, SI a été contacté pour intervenir par le BCZ, MSF et le cluster WASH chacun avec ces propres critères/seuil. Cela créait de la confusion non seulement dans le reporting et le suivi des activités mais dans l'anticipation des déploiements.

Les **exercices de simulation**, sont des activités qui avaient été proposé dans un rapport d'évaluation externe de SI et par le cluster. C'est une **innovation particulièrement pertinente** surtout dans le **contexte de la RDC**. En effet, en RDC la plupart des agents en charge de réaliser les activités de la réponse cholera ont un niveau scolaire relativement faible et la logique d'apprentissage traditionnellement passe par la pratique avant tout. **Ces exercices sont pertinent si les agents en charge de la réponse, les autorités et**

⁵ Aire de Sante

partenaires locaux en charge de l'encadrement sont mobilisés, et que l'exercice donne lieu à des mise en situation réelle et non simplement des exercices en salle de rédaction d'un plan de réponse par rapport à un scénario prédéfini. Ces exercices auraient d'autant plus de sens, s'ils impliquent un déploiement (même relatif) sur le terrain.

Mis à part l'alerte de Karisimbi, la consultation de l'historique des alertes et réponses de SI montre beaucoup d'incohérences (reprise par les AT dans la fiche monitoring) avec des alertes à des moments où le croisement avec les données épidémiologiques montre qu'il n'y avait dépassement du seuil d'alerte, des interventions dont le délai a largement dépassé les 72h.

SI a développé un très voire trop grand nombre d'outils de capitalisation pour être capable de les exploiter dans le but d'assurer un bon suivi des activités. La démarche est louable mais elle mérite d'être simplifiée de manière à être beaucoup plus pragmatique. De plus leur consultation à des fins de croiser les informations, a révélé des problèmes de cohérence, de complétude (trop laborieux). Ces problèmes sont à la fois dus à des erreurs de saisie et un volume d'activité dépassant la capacité en place.

Cet outil ne peut constituer un tableau de bord de suivi du projet synthétique avec lequel des non-conformités peuvent être suspectées en un regard et donc investiguées en aval.

Pour ACF ou même Oxfam, on est un peu dans la même situation que SI, si théoriquement (source : ACF) toutes les interventions d'urgence de ACF ont été réalisées dans le délai de 72h visé, les outils de suivi temporel des interventions ne sont pas renseignés, et il est nécessaire d'aller consulter d'autres documentations (line listing du BCZ, ...) pour croiser les informations et vérifier les informations transmises. ***Le système de suivi des alertes reste confus et mérite d'être plus formalisé et systématiquement renseigné.***

Dans la ZS de Kirotshe, ACF a rencontré bon nombre de difficultés liées à une grève du reporting (au minimum) des personnels des AS.

SI et ACF interviennent à partir du moment où plusieurs cas proviennent de la même zone (< 5 cas), mais pas si les cas sont sporadiques et les provenances diffusent. Les points sont arrêtés après 3 semaines en dessous du seuil d'alerte dans les zones endémo-épidémiques.

3.1.2. Impact global et source de vérification

Dans l'évaluation de l'impact de la réponse EHA choléra, il est très compliqué de développer une analyse permettant de s'affranchir des facteurs exogènes au projet, et cela surtout si l'on veut être capable d'évaluer l'impact et la pertinence de l'action par sous-secteur d'activité.

Au niveau de la promotion à l'hygiène par exemple à ***travers une réponse d'urgence choléra EHA on ne peut viser des changements de comportement durable, par contre on peut développer un système d'information de la population en cas d'épidémie avec les messages/informations essentielles (vitales) à diffuser. Et dans ce cas, l'évaluation de la promotion à l'hygiène devrait prendre en compte la réaction de la population suite aux diffusions des messages d'alertes et de protection et son impact sur l'évolution épidémiologique au cours d'une même flambée.***

L'objectif étant d'assurer une information suffisante de la population pour qu'elle puisse se protéger, et pour cela d'assurer une bonne identification au niveau communautaire de la maladie, assurer également un référencement le plus rapide possible, et surtout de sauver des vies.

Le suivi temporel de certains paramètres (en plus de ceux existants) **et leur mode de présentation peuvent permettre d'affiner, croisé avec d'autres sources d'information**/vérification (observation de terrain rapport d'activité...), **la capacité d'évaluation de l'impact de la réponse**. La réponse comprenant d'autres activités mis en place en parallèle, **il est toujours difficile d'évaluer l'impact par sous-secteur**. En RDC la majorité des cas de choléra arrive au plan C⁶ (*l'aspect sécuritaire joue aussi son rôle dans les retards dans le référencement*). De manière systématique les sources d'information et outil de présentation du suivi de l'impact suivants devrait être produite par les partenaires :

✓ **L'évolution de la létalité**

- ↳ Informe sur la protection (règles d'hygiène, accès à l'eau potable, environnement sanitaire) dont bénéficient les populations et sur la réactivité dans l'identification des symptômes et le référencement donc la « promotion à l'hygiène » et l'accès à l'eau potable en particulier

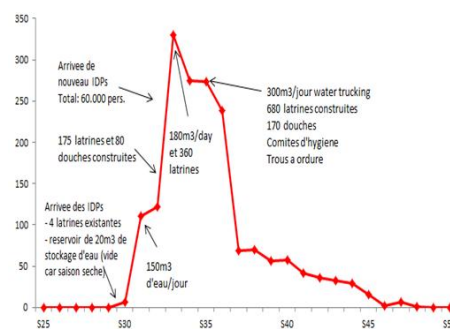
✓ **L'évolution du niveau de déshydratation des malades** à leur arriver dans la structure de prise en charge d'une année sur l'autre et au cours d'un même épisode épidémique

- ↳ Informe sur la réaction des populations suite aux messages (promotion à l'hygiène) focalisent sur le choléra et la déclaration de l'épidémie d'une année sur l'autre mais également au cours d'un même épisode épidémique. Il est particulièrement relevant de noter que le MCZ de Karisimbi spontanément nous a expliqué que au cours de l'épidémie il a vu le niveau de déshydratation avant intervention (majorité de plan C) passer à une majorité de plan A et B après intervention, ce qui peut vouloir dire que l'identification et le référencement des malades se fait plus vite et que d'une certaine manière « la promotion à l'hygiène » est efficace.

✓ **Le délai d'inclinaison de la courbe épidémique** après la déclaration d'une alerte ayant donné lieu à une intervention

- ↳ Donnée déjà suivie, mais qui devrait être désagrégé en prenant en compte l'évolution de des courbes (létalité, incidence prenant en compte les niveaux de déshydratation) après la mise en place de chaque activité de la réponse. *Ce serait intéressant d'avoir ce type de document pour l'ensemble des interventions d'urgences ou au moins une*

bonne partie avec une présentation sous forme graphique journalier (suivant les durées des épisodes épidémiques) de l'alerte à l'inclinaison significative de la courbe, avec des flèches précisant le jour où l'alerte a été donnée, le jour où le seuil d'intervention a été atteint, les jours de mise en place effective des activités par activité, et le jour considéré pour l'inclinaison de la courbe, éventuellement jusqu'à arrêt de l'intervention. Le fait qu'un porteur sain peut contaminer pendant un minimum de 15 jours (incubations 2 à 5 jours) et

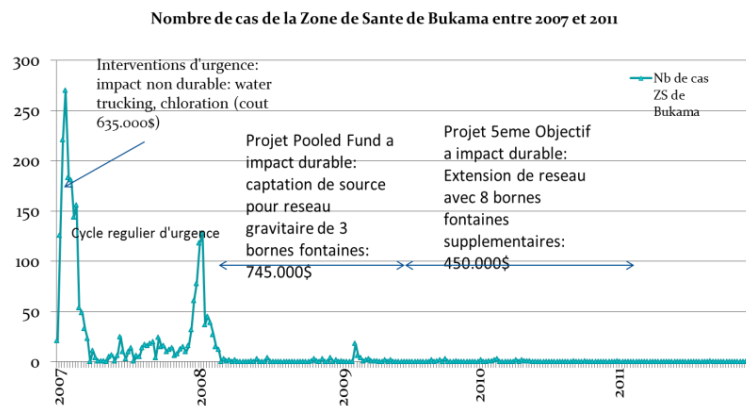


⁶ Niveau de déshydratation sévère

que on a en moyenne 3 porteurs sains pour un malade, on ne peut observer l'influence de la réponse sur la courbe qu'après un minimum de 2 à 3 semaines.

- ✓ Evidemment ***l'évolution de l'incidence des cas d'une année sur l'autre*** (en prenant en compte les durées moyennes d'immunité, en moyenne 2 à 3 ans).
 - ↳ On peut considérer le choléra éradiquer d'un endroit lorsqu'il n'y plus de cas enregistrer sur une durée supérieure a la durée d'immunité retenue. Une diminution du nombre de cas sur plusieurs années peut indiquer une meilleure protection des populations (environnement sanitaire, pratique d'hygiène, accès à l'eau potable).

La difficulté de s'affranchir des facteurs exogènes pour évaluer précisément et à court terme l'impact de l'amélioration de l'accès à l'eau potable sur l'incidence des cas est également confirmer par la chercheuse de la LSHTM en charge de l'étude d'impact de l'amélioration de l'accès à l'eau potable sur l'incidence du choléra financer par la fondation Veolia a Uvira (Sud Kivu). ***Il est encore plus difficile d'évaluer l'impact de la désinfection domiciliaire très controversé*** (étude d'impact prévue par le bureau régional UNICEF de Dakar).

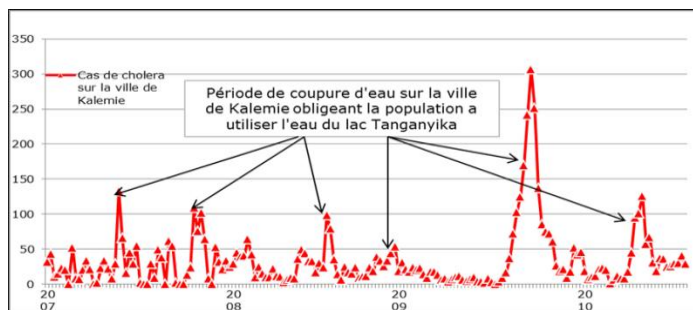


*A priori cette **présentation graphique** du cluster EHA illustre la disparition du choléra dans la ZS de Bukama suite à des interventions durables sur l'accès à l'eau potable. Par contre, la présentation ne prend en compte que 2 ans après les derniers pics de choléra, alors que pour s'affranchir du paramètre immunitaire il faudrait prendre entre 3 et 5 ans. De plus, la ZS de Bukama qui se trouve dans le territoire du Haut Lomami (Province du*

Katanga) a déclaré 405 cas en 2012 et 278 en 2013.

Malheureusement, une des meilleures évidences de l'impact des activités liées à l'eau potable ***est la reprise épidémique constaté à l'arrêt de certains des point de chloration***, en particulier au bord du Lac Kivu dans la ZS de Goma (le fait que la lave à Goma empêche toute infiltration donc ruissellement des eaux de pluie charge en pollution jusqu'au et que il n'y a pas d'autre ressources en eau présente que le lac.

On peut noter également que depuis 2008, il n'y a pas eu de décès due au cholera dans la ZS de Nundu.



Un autre paramètre permettant de mettre en lumière l'importance de l'accès à une ressource en eau protégé et les **départ de flambée épidémiques quasi systématique après une coupure d'eau** pour les populations bénéficiant d'équipement hydraulique et protéger.

3.2. Les activités de la réponse EHA

3.2.1. Accès à l'eau potable

3.2.1.1. SI

SI mets en place des activités permanentes dans les zones endemo-epidémique, une plus réponse d'urgence (une réponse d'urgence en cours à Masisi pendant notre passage qui n'a pu être monitorer à cause d'un problème d'accès et de temps de parcours).

Baraka (SI avait organisé des focus group dans les villages de Sebele et Mboko dans lesquels des réponses cholera avaient déployé lors de flambe épidémique):

La mission a permis la visite du village de Mboko (ZS⁷ de Kundu) dans lequel SI œuvre depuis plusieurs années. Dans le cadre d'un précédent projet SI, financer par ECHO, avait réalisé la réhabilitation du réseau AEP du village. Ce qui permet aux gens de ne plus puiser au Lac ou au niveau de ressources non protégé. De fait, il n'y a plus de chloration à mettre en place dans cette localité, comme cela se faisait jusqu'à l'année dernière. De plus, lors de notre passage la ZS n'avait pas notifié de cas depuis plus de 3 semaines, ce qui est presque exceptionnel. Le réseau AEP est géré par un comité. Le cout de l'eau est de 500FC/mois/famille, et gratuit pour les plus vulnérables. Le comité d'eau sélectionne les familles les plus vulnérable pour gratuité de l'accès au robinet, sur base d'une liste fourni par le chef de localité mais ne croise pas cette liste avec celle qui ont pu être réalisé au niveau des structure de sante ou autres entité administrative. Il a été **conseillé à SI de revoir avec le comité cette liste des plus vulnérables pour s'assurer de sa représentativité et de sa fiabilité.**

La visite c'est poursuivi par la zone de sante de Nundu et la rencontre avec le TDR de la ZS affecté au projet et le secrétaire de la ZS. Comme déjà évoqué on n'a pas pu visiter d'activités liées à la réponse cholera du fait que les activités on était arrêté après 3 semaines sans cas. Le TDR est en charge du suivi du résiduel de chlore chez les ménages en parallèle de SI, du suivi de la solution mère (vérifier tous les jours) et de s'assurer de la présence des chlorateurs journalierement. A priori, en générale la solution est stable et ne montre que très peu de variation. Le TDR rempli des fiches de visite à domicile après avoir réalisé des activités de suivi du résiduel de chlore ou de sensibilisation dans les ménages. Le problème est que ces **fiches n'étant pas nominative**, cette activité ne peut être supervisée, **on ne peut s'assurer que ces visites ont bien lieu.** Le chlore est fourni par SI sous forme de HTH ou de chlore WATA suivant la disponibilité. Si le chlore est fourni sous forme HTH et nécessite donc de produire et distribuer une solution mère, l'ONG KMS est en charge depuis juillet sous l'encadrement du TDR et superviseur de SI.

Dans la ville de Baraka et le village de Katanga (à la sortie de la ville) 11 points de chloration permanent sur 20 (soit 12 fonctionnels pour Baraka et 8 pour Katanga) fonctionnel lors de notre passage ont été visité.

⁷ Zone de santé



Tous les points de chloration étaient bien équipé, les cahiers bien tenu (mis à part qu'il n'enregistre que les volumes d'eau traiter), **les chlorateurs étaient claires** à expliquer leur tâches et la manière dont il gère les récalcitrant à la chloration et les personnes qui viennent polluer le point de puisage (pirogue, lavage, ...). Les cahiers présents au niveau des points de chloration reprennent uniquement le nombre avec le volume des récipients chloré, les contrôles de la solution mère et les jar tests effectués. Le fait est **que les données sur la fréquentation du point de chloration, son espace de couverture et l'identification des pointes d'affluence n'ont pas forcément besoin d'être collecter journalierement et leur collecte pourrait faire l'objet d'enquête ad hoc distincte** des activités des chlorateurs (pour ne pas alourdir leur tâche notamment aux heures de pointes ou si il ou elle n'ait pas disponible les gens n'attende pas pour chlorer l'eau) à des fréquences aléatoires.

SI a positionner sur chaque point de chloration **un bidon témoin** dans lequel a chaque livraison ou fabrication d'une solution mère, un bidon est chlorer afin de **permettre à n'importe qu'elle moment de tester ces bidons témoins et de s'assurer que la solution mère et les taux de chloration sont appropriés à la qualité de l'eau**. De plus, **SI a également innover en enterrant les sceaux contenant la solution mère** afin de favoriser sa stabilité dans le temps. Ces initiatives sont pertinentes et très apprécier.

On retrouve ce mode d'organisation des points de chloration partout ou SI intervient sur le choléra. Tous les **bidons témoins** vérifier à différente durée après chloration ont révélé des valeurs de résiduel de chlore positif (de 0,2 à 1,5 mg/L) jusqu'à 8h après chloration. **La limite de ce mode de contrôle est qu'il ne reflète pas les pratiques des gens** qui sont trop divers : propreté des bidons et jerricanes, type de récipients métallique ou plastique, ouvert ou fermé, lieu de conservation, mode de puisage dans le bidon... Il demeure que ce type de méthode croisé avec des visites de ménages intégrant ces observations constitue une très bonne approche. Les messages concernant la fermeture et propreté des bidons, la protection des points d'eau, l'avantage du chlore et autres usages de l'eau devraient être présent sur tous les sites sous forme de poster avec pictogramme, le chlorateur ne peut pas avoir le temps aux heures de pointes de diffuser convenablement ces messages.

Suivant la proximité avec le bureau de SI, soit la solution mère de chlore est produite au bureau de SI par un partenaire, soit la solution est produite localement par le chlorateur ou le partenaire (ONG locale : KMS dans la ZS de Nundu, FOSOF dans la ZS de Fizi, ...), superviser et approvisionner en chlore par SI.

La **mesure des résiduels de chlore libre dans le ménages** se fait suivant le principe de **au moins 5 ménages** (augmenter en période de flambée) **visites par point de chloration et par semaine**. **Les fiches** de suivi des résiduels de chlore **sont bien remplis et archiver**.

A Sebele (ZS Fizi), la pression sur les équipements étant particulièrement forte et l'accès faible que la majorité de la population s'alimente pour l'eau de boisson au marigot ou à la rivière à environ 1h30 de marche du village. Une évaluation et une note conceptuelle de projet avait été réalisée par Tearfund en 2013 mais n'a pas donné lieu à un projet. **SI a l'intention de rédiger une fiche LRRD et proposer ce projet à la coopération suisse (voir détail sur le contexte en annexe).**

Goma : Goma regroupe 2 ZS, celle de Goma le long du Lac et celle de Karisimbi entre le lac et le volcan Niyragongo. Dans la ZS Goma 8 points de chloration sont des points permanents et lors de notre passage 8 point de chloration d'urgence (PCU) étaient également en place. Dans la ZS de Karisimbi 2 points de chloration sont permanents et 2 PCU était encore en place durant notre passage.

La ZS de Karisimbi a connu une flambée de cholera début juin en semaine 25 (59 cas) et 26 (66 cas), suite à une coupure d'eau de la Regideso. Le seuil d'intervention été dépassé le 06/06, date de l'installation d'un UTC au niveau de l'AS de Tupunga et les 07/06 installations d'un UTC au niveau de l'AS de Majengo. En plus des 2 points de chloration permanent, SI mets en place 2 PCU en plus et réalise la désinfection de 40 réservoirs (renouveler tous les deux jours) de vendeur d'eau le 09/07, plus le suivi de la qualité de l'eau de ces réservoirs. En effet, **la ZS de Karisimbi est loin du lac et ne possède que très peu de borne fontaine**, et pas de ressources en eau dans la zone. Ainsi, **des vendeurs d'eau ambulants approvisionnent une grande frange de la population**. Soit par vente de bidon acheminer par vélo à partir du lac, soit par camionnage d'eau pompe également normalement à la Regideso mais en fait souvent directement au lac (notamment lors de coupures d'eau) et livrer à des revendeurs possédant des réservoirs de stockage auxquels les gens viennent s'approvisionner; c'est eau est rarement chlore). **A Goma, on a 17 camionneurs d'eau, 685 revendeurs d'eau à bicyclette et 324 propriétaires de réservoir de revente d'eau**. Le nombre de PCU est ensuite passé à 4, plus les 2 PCP

Les points de chloration sont positionnés dans cette zone dans des endroits stratégiques à proximité des principaux revendeurs d'eau. La sécurisation de l'approvisionnement y est donc délicate à assurer. SI a eu l'initiative en coordination et avec le support de la protection civile (*la protection civil a été réactivé dans le Nord Kivu, elle dépend directement du Ministère de l'Intérieur et du Gouverneur au niveau provincial ; Au Nord Kivu, elle est compose de 8 personne au niveau de la coordination provincial et de 44 personnes pour la coordination urbaine*) **de rassembler les revendeurs d'eau de la zone** (briefing a plus de 200 personnes) afin de la sensibiliser à la désinfection de l'eau et la propreté des réservoirs. **La rencontre a permis de responsabiliser les vendeurs d'eau (plutôt respectif à la démarche) et définir un plan d'action pour assurer la chloration de l'eau**. En période d'urgence les revendeurs d'eau peuvent être subventionnés dans le cas où ils font une chloration dans leur réservoir et recevoir du chlore gratuitement. Il est également prévue de les équipée en pool tester, de même que les agents de la protection civile qui vont être en charge du contrôle des camions et des revendeurs d'eau (**30 agents former**). Une base de données a été créée et les revendeurs d'eau vont recevoir des SMS pour les informer en cas de flambée épidémique. **La protection**

civile nous a fait part de la création également de la PESAC⁸ censé contrôler le niveau de salubrité. La Regideso a mis en place une équipe de surveillance pour éviter les pompages sauvages au Lac.

La Regideso a également mis en place des points de chloration au plus fort de la flambée de cholera à Goma. Plage du peuple la Regideso a mis en place des motopompes refoulant dans des structures de stockage dans laquelle l'eau est chlorée puis redistribuer par robinet : **108 robinets plage du peuple vendant l'eau a 10FC le bidon de 20L (versus 6 point de chloration SI sur le même site).** La Regideso de Goma offre une alternative technique et financière très intéressante par ce type d'approche (capacité de **contingence**) que l'on devrait promouvoir notamment lors de ressources en eau très turbide (une coagulation et une décantation pourrait être réalisé dans une autre structure de stockage en urgence.

De plus, SI a initié la production de plans de contingence cholera pour la ville et la province en collaboration avec la DPS, la Regideso et la Protection Civile. La Protection Civile et SI travail sur le développement d'un statut des vendeurs d'eau. Ceux qui assurent une eau chlore seront identifiable grave a un macaron. SI avait déjà initié début 2013 la création d'une coopérative des vendeurs d'eau avec établissement des statuts en plénière, afin de sensibiliser les vendeurs, mais aussi les encadrer et pouvoir suivre cette activité.

Lors de la **visite des points de chloration** de la ZS de Goma nous avons rencontré une **certaine difficulté à réaliser le contrôle des résiduels de chlore dans les ménages.** En effet, les gens conservent l'eau pendant parfois 2 a 3 jours, et en plus beaucoup de gens des quartiers ignorer que l'eau était gratuite aux points de chloration donc un grand nombre de gens continue à s'approvisionner auprès des vendeurs d'eau ambulant, plus ceux qui s'approvisionne en dehors des horaires des points de chloration et ceux qui ne veulent pas de chlore. **Ce qui fait, que cela nous a pris 2h pour trouver trois ménages qui avait puisé dans la journée a un point de chloration.** Sur les 3, 2 avait encore du chlore (puiser à 8h et mesurer à 15h30) avec des bidons propre et fermer, et le troisième n'avait plus de chlore mais le bidon était ouvert et sale. La difficulté et le temps passer à réaliser cette taches (4 personnes essayant de trouver des familles ayant puisé a un point de chloration dans la journée) permet **d'être suspicieux sur le fait que ce contrôle soit réellement et rigoureusement réalisé** (la cohérence des donnees dans le tableau présentant les mesure de FRC réalisées chez les ménages renforce cette suspicion déjà exprimer par Damien). De nombreuses de lecture (également déjà soulignais par Damien) ont été observées chez les chlorateurs. Le fait est que le **système de back up avec le bidon témoin** constitue un élément minium de contrôle.

Des jar tests sont réalisé après chaque évènement climatique, des analyse bactériologique sont réalisés (sans utilisation du bruleur pour l'échantillonnage) quand les résiduels de chlore chez les ménages sont à zéro (en théorie) ou au niveau des sources d'eau non chlorée. Une spécialiste qualité d'eau a pris ces fonctions début juin au sein des équipes EHA de SI.

SI a mis en place une centrale de production de solution mère. Le personnel en charge de la production est bien équipé et placé dans un local ventilé, son cahier est bien rempli. Les chiffres de volume de production de solution mère et de volume chloré sont cohérents (sur ceux vérifié) par rapport au taux de chloration généralement appliqué.

⁸ Police de la Salubrité et de la Calamité

SI a mis en place des solutions mère à 0,5% pour faciliter le dosage des petits volumes d'eau (bidon de 5L ou moins souvent porter par les jeunes enfants). Pour favoriser la conservation du chlore des sachets zippés duquel on peut vider l'air ont été mis en place pour les chlorateurs en charge de produire eux même leur solution mère, les désinfecteurs en zone éloignés ou dans le cadre de kit de contingence pré positionner. Toutes les solutions mères sont détruites après 24-28h.

Sur l'aspect eau potable, **SI démontre**, mis à part les corrections à apporter en terme de communication et surtout l'amélioration de la supervision du suivi du résiduel de chlore chez les ménages, **un niveau de qualité plus qu'acceptable dans la mise en place et la gestion des activités du projet**. Le fait est que par rapport aux rapports d'évaluation externe de février 2013 et la dernière visite de Damien (fin année dernière), les améliorations sont très importantes et particulièrement appréciables.

Un **autre aspect** a été **discuté**, c'est l'aspect de **la gratuité du service** (qui pose des problèmes notamment pour la mise en place stratégie de désengagement comme la reprise communautaire), qui comme sur le modèle médical devrait être que durant l'urgence. Par contre pour **passer d'un système de gratuite total a un système même partiel, sans risque d'échec, cela prend du temps et nécessite de communiquer au plus tôt** (dans une logique également d'« accountability ») auprès des populations concernées sur un agenda claire de réduction du subventionnement des points de chloration et de ce que ça implique au niveau de populations et des différentes émanations concerne de la société civile et des services de l'état.

3.2.1.2. ACF

Lors de notre visite des projets d'ACF mis en œuvre dans 6 ZS du Sud Kivu dont Minova et Kirotshe, la seule intervention d'urgence en cours était à Rubaya. A Rubaya, 4 points de chloration situés près de source non aménager, étaient encore fonctionnel lors de notre passage, et deux ont été visités. Au commencement de l'apparition du choléra dans la zone, 11 points de chloration avaient été mis en place, mais depuis 7 sources ont été aménagés (analyse bactériologique ??). Pendant la durée du projet ACF a fait face à **11/13 flambées** et 38 points de chloration ont été mis en place (8 à Sake, 7 à Bweremana, 4 à Rubaya, 7 à Minova, 7 à Bulenga et 5 à Kinyezire), ce qui correspond à **54% de la capacité prévue** par le projet (les points de chloration dans le projet sont dimensionnés pour durer 3 mois).

Le « village » de **Rubaya** regroupe à sa périphérie des **campes de mineurs, et un grand nombre de déplacés** (depuis environ 2 ans), un grand nombre de petit restaurant sans lavage des mains. Une rivière traverse le village, en amont de cette rivière des activités minière sont susceptible de **polluer la rivière** (notamment en métaux lourds).

Un **réseau AEP** à partir d'un captage de source (pas d'analyse bactériologique de la source) a été **réalisé par Oxfam** (analyse ad hoc bactériologique ACF au robinet: 10 coliforms / 100mL), notamment pour alimenter les déplacés, mais faible couverture. Plusieurs sources existent également à Rubaya, mais il semble qu'il y ait toujours manque d'eau, dont le **puisage** est ainsi **parfois générateur de conflit**. Un inventaire des ressources en eau avec suivi des débits et analyse bactériologique, dans le but de développer une fiche LRRD devrait être développé.

Le fait est que les points de chloration de ACF (ACF a repris les activités de SI dans la zone de sante de Kirotshe depuis mars/avril cette année) sont situés à la périphérie du village dans des zones qui ne semblent pas être très peuplées. De plus au moins un des points à visiter (point Katsura) ne semble pas présenter de source de pollution anthropique ou animale potentielle en amont. L'autre point à visiter (point



Himbi) est situé dans un bas fond dans lequel les gens récupèrent de l'eau qui émerge de la roche par suintement avec un débit très faible (photos ci-dessous).

Ce point doit être fermé lorsqu'il pleut car il devient inondé. ACF a repris les points de chloration de SI sans réellement évaluer la pertinence de ces points. D'après ACF la fréquentation de ces points de chloration est entre 40 et 600 familles avec une moyenne de 386 familles /point. Pendant notre visite aux alentours de 12h, le point de chloration de Katsura (*en photo ci-dessous*) avait enregistré près de 80 noms de chef de famille. Les chlorateurs d'ACF enregistrent le nom des chefs de familles des gens qui viennent puiser dans leur cahier (ce qui facilite considérablement les visites dans les ménages pour le contrôle du RCL⁹) ainsi que les volumes chlorés. Le chlorateur observé a montré un niveau très satisfaisant dans la maîtrise de sa tâche.

Dans la **stratégie de ACF, la Croix Rouge Congolaise** devrait être **en charge de la désinfection domiciliaire** mais aussi **de la gestion des points de chloration**, superviser et encadrer par le BCZ et ACF.

Ainsi, ACF est en cours de passation pour que les ReCo qui étaient en charge de la gestion de ces points soient remplacés par des volontaires Croix Rouge. Ce qui est dommage c'est que les chlorateurs interviewés avaient l'air de plutôt bien maîtriser leur activité. **Pour éviter les erreurs de dosages pour les petits volumes d'eau, les chlorateurs d'ACF chloreront au préalable l'eau d'un bidon de 20L et alimenteront les petits volumes avec** (le problème c'est qu'il y a un temps d'attente quand celle-ci est terminée et doit être reproduite ; 1 seul bidon).



Dans la stratégie d'ACF, la CRC¹⁰ est en charge de la production et la distribution de la solution mère ou du chlore en poudre (à noter que le mode e conditionnement du chlore en vrac dans des sacs plastiques doit être revue), suivant les zones les chlorateurs reçoivent un stock de chlore en poudre pour quelques jours et produise eux même leur solution mère.

Il n'y a ***pas de protocole de mise en place d'un point de chloration ou de suivi de la qualité de l'eau***, malgré que ***les fiches de suivi de résiduelles existent et son rempli***. Le contenu de ces fiches doit être également revue et améliorer (voir recommandation). A priori, des jar test sont effectué avec chaque événement pluvieux pour réajustement éventuelles des taux de chloration ou modification du mode de traitement.

ACF dans le cadre du ***renforcement du système d'alerte a mis en place des stocks mais aussi au plus proche des kits de contingence*** (avec un minimum d'intrants dont du chlore et des aquatabs) dans les 5 AS les plus touchées. L'utilisation des aquatabs est prévue dès le seuil d'intervention dépassé et le temps que les activités soient mises en place. ***Les modalités d'utilisation du kit ne sont pas claires et non connus.***

3.2.1.3. Oxfam

Le ***monitoring de Oxfam GB*** est un très léger car il repose uniquement sur un ***meeting de 3h*** avec le staff en charge du projet ***a Uvira***, et sur ***la visite du projet de Bukavu financer par UNICEF*** durant ***une demi-journée*** avec rencontre des autorités sanitaires de la zone du projet

L'***entretien*** avec le personnel opérationnel d'Oxfam GB et les ReCo (avant la CRC était en charge de la chloration) en charge de la chloration ***a révélé de sérieuse non conformité dans le mode de sélection du produits chlorés*** (limites d'utilisation du chlore en poudre ou liquide), ***et lors de la mise en place de point de chloration***. La visite a également mis en lumière une ***méconnaissance des orientations techniques du cluster WASH sur les limites de turbidité dans l'utilisation du chlore liquide ou en poudre*** (standard cluster : max. 20NTU, ce qui est déjà très élevé, ***standard suivi par Oxfam 40NTU*** avec observation d'une chloration au chlore liquide d'une eau à 60NTU) ;

Par comparaison les ***standards OMS sont 0,3 NTU avec une tolérance temporaire à 5 NTU***, au-dessus il considère que la chloration n'est pas efficace en termes de désinfection de l'eau. Il est également à noter que pour une ***eau au-dessus de pH=8,2***, la plupart de ***la littérature technique considère des temps de contact en fonction de la concentration de chlore utilisée de 45 à 180 minutes avec un mélange par brassage***. Alors qu'en ***RDC*** pour des eaux de ce type on prévoit un temps de contact de ***30 minutes avec un mélange par diffusion*** (vs brassage) : injection du chlore en surface une fois le bidon rempli (***photo en face***).



¹⁰ Croix Rouge Congolaise

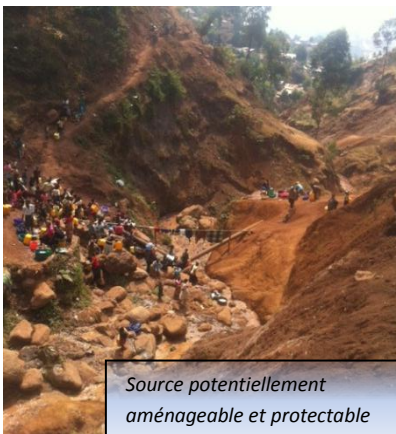
Des **problèmes** ont été constaté également dans le **mode de distribution des produits de traitement de l'eau « PUR »** intégrant un coagulant pour les eaux turbides. Les sachets PUR ont été distribués (stock d'une semaine le temps de lancer les activités de sensibilisation et de définir une stratégie d'accès à l'eau) à la population sans démonstration. Le produit n'est pas un produit existant dans la zone et inconnus de la majorité de la population. Ainsi l'équipe d'Oxfam a constatée une semaine après que les gens n'avaient pas utilisés les PUR. Ils ont donc essayé de s'adapter et on mit en place des points de démonstration. Les gens aller ensuite se faire purifier leur eau aux points de démonstration mais peu le reproduisaient eux-mêmes à la maison. Les recommandations techniques d'ECHO dans le cadre du HIP mentionnent que les produits chlorés distribué doivent se trouver sur le marché local.

Lors de forte turbidité (supérieur à 20-40NTU) il n'y a pas de nombreuses solutions :

1. on utilise des **systèmes de pré traitement familiaux** type filtre à sable biologique **coupler** avec : des **filtres en céramique** ; ou une **chloration** si besoin de rémanence
2. on utilise des **produits de potabilisation domestique** de l'eau (contraignant à utiliser pour des populations qui ne comprennent pas l'intérêt de traiter leur eau de consommation) intégrant un coagulant et un composé chloré. Les PURS peuvent traiter des eaux allant jusqu'à 400NTU. Par contre son utilisation nécessite un certain nombre d'équipement (2 récipients d'eau, un ustensile de mélange et un linge propre) et est consommateur de temps.
3. on met en place un **système de traitement et distribution centralisé temporaire** (SWAT ou autre), ou permanent

Des activités de réhabilitation d'équipement sont également mener par Oxfam : réhabilitation et protection de sources contaminer à Bukavu suite à une flambée de cholera chez les usagers de cette source (water trucking opérer par IRC) durant les travaux ; réhabilitation d'un réseau qui ne fonctionner pas dans la zone de sante de Ruzizi (depuis 3 ans, ??) suite à une flambée.

Note sur le projet de Bukavu finance par UNICEF:



La visite du projet de Bukavu mené par Oxfam GB sous financement UNICEF s'est déroulé dans la ZS la plus à risque de Bukavu : ZS de Kadutu. L'entretien avec les personnels et partenaires du projet à démontrer chez le personnel Oxfam GB (y compris le responsable de projet), dans l'activités eau potable tout au moins, une maitrise des conditions et standard de mise en place et suivi d'un point de chloration



dans le cadre d'une réponse cholera très faible (en particulier dans le cadre du projet financer par UNICEF sur le cholera dans la ZS de Kadutu à Bukavu).



La stratégie de retrait des points de chloration est de 4 semaines sans cas.

Dans la zone de sante de Kadutu, on trouve de nombreuses sources superficielles très sensible à la pollution/contamination (changement de la turbidité des sources après forts épisodes pluvieux) et utiliser pour l'eau potable. Certaines pourraient être aménagées et protéger à moindre cout (celles situées le plus haut notamment).

Sources en aval, sensibles au pollution/contamination (présence de latrine à proximité de certaines)

3.2.2. Désinfection domiciliaire et assainissement

3.2.2.1. SI

Baraka :

SI a initier **un projet de latrine familiale** dans le localité de Mboko dans le cadre d'un projet antérieur. Les dalles étaient alors fabriquer en bois, mais la qualité de bois adéquate n'est pas présente dans la zone. Pour des **raisons de durabilité et de capacité de réplcation**, les dalles en bois ont été remplacées par des **dalles en béton**. Les bénéficiaires sont censés être sélectionnés sur des critères de vulnérabilité et de motivation. Le fait est que lors de notre passage une famille qui avait déjà une latrine (fait par eux même) avait bénéficié d'une latrine en plus dans le cadre du projet (*photo en face de l'ancienne latrine*), et l'autre latrine avait été laissé à l'abandon sans être démissionner. SI fourni la dalle et des outils en prêt plus une assistance technique. **La plupart des latrines ne présentait pas de bouchon.**



Le principe est simple, les familles sélectionnées bénéficient d'un kit de creusage prêter et une fois la fosse finie reçoit la dalle, la positionne et monte l'abri. Une fois la latrine fini, la famille reçoit un sceau équipé de robinet pour le lavage des mains et reçoit 2 savons (prévue pour 7 personnes pendant un mois, ce qui n'est pas assez ; il faudrait au moins 4 savons par mois pour 7 personnes).

Des fosses de latrines ont pu être observées sans protection pendant le fonçage de la fosse. SI va sensibiliser les bénéficiaires des dalles à s'assurer que les fosses soient couvertes pendant leur fonçage pour éviter une chute éventuelle, notamment des enfants.

Le fait est que a priori une partie des bénéficiaires rencontrer en focus group avaient l'air satisfait et surtout on a pu observer lors de la visite du village que la plupart des **latrines étaient dans état correct, entretenu et que les stations de lavage de mains pour la plupart était alimenter en eau et en savon.**

Durant la visite on n'a pas pu observer de désinfection de domicile de malade (période d'accalmie et temps disponible).

En générale, les désinfecteurs de SI à Goma ne comprennent leur tâche (désinfecter tout ce qui a pu être touché par le malade), il désinfecte pour la plupart toute la maison (plus les sanitaires et la parcelle si des selles ou vomissures sont présente) y compris les murs parfois, et uniquement les fosses et latrines du voisinage. Par contre, ***contrairement à l'année dernière les linges et vaisselles sont bien trempés dans une solution chlore et non plus pulvériser.***

L'activité est plutôt bien organiser avec une présence permanente des désinfecteurs au niveau des CTC/UTC, ou alors un passage deux fois par jour pour s'assurer d'une ***bonne réactivité*** et l'atteinte des résultats escomptés. Les désinfecteurs étaient opérationnels au niveau de l'UTC de Turunga le 09 juin, soit 48h après l'alerte. Les coordonnées GPS sont en générale bien prises.

Quand les zones de cas affecter sont trop éloignés du CTC/UTC, des désinfecteurs sont sélectionnés au plus proches du besoin, et leur formation rafraîchit, ils sont mis en stand-by et contacter par téléphone en cas de cas enregistré au CTC/UTC le plus proches provenant de leur zone. En général, les désinfecteurs fonctionnent en binôme (l'un utilisant un type de solution et ...). ***Les désinfecteurs sont bien équipés avec des combinaisons et logo qui les valorise et contribue à renforcer leur motivation et une forme de sensibilisation des populations.***

Le niveau des désinfecteurs observer à Baraka et Nundu est légèrement supérieur à celui observer à Goma, mais le mode d'organisation, le protocole suivi et les équipements sont les mêmes. Il a d'ailleurs été ***apprécié d'enfin voir un pulvérisateur qui pulvérise au lieu d'envoyer un ou plusieurs jets plein*** comme largement observer par l'ensemble des partenaires et dans des contextes très variées.

Il manque aux désinfecteurs qui sont les premiers à se rendre dans les zones affectées, ***des posters à laisser sur place informant de l'épidémie, et les messages clés du choléra*** (symptômes, référencement, suivant les zones la réhydratation orale, et les principales règles de protection).

Les moyens de locomotion pour les désinfecteurs (motos) prévue d'être remis aux partenaires en charge à Goma ne sont toujours pas en place, ce qui nuit à l'activité notamment en termes de réactivité.

3.2.2.2. ACF

Dans la stratégie d'ACF, les volontaires de la CRC sont en charge, former et encadrer par ACF, de réaliser les activités de désinfection. Dans certains cas des ReCo peuvent être mobilisés. La désinfection domiciliaire dans le projet ***ACF prend en compte la désinfection uniquement du domicile du malade et de ses équipements sanitaires. Si ACF nous dit que les latrines des voisins sont désinfectées, on ne le retrouve pas dans les chiffres qu'il présente puisqu'on a 506 cas pour 306 ménages de malade et seulement 314 latrines désinfectés.*** Pendant la durée du projet ACF à réaliser la désinfection de 306 ménages de malades, 314 latrines, 139 douches, 106 poubelles, pour un



total de cas de 506 (incluant les cas enregistrer avant l'intervention donc non désinfecter).

ACF présente un taux de 63% de ménages désinfecté, et l'explique par un **problème adresses** (fausse adresse, pas d'adresse, mauvaise localisation de l'adresse). **Ce qui a pu être vérifié** lorsque l'on cherchait à assister à une désinfection lors de notre passage à Rubaya dans le site des déplacés.

La méthode en principe consiste à ce que le désinfecteur une fois activés passe une à deux fois par jour par les CTC/UTC pour prendre les adresses des cas à désinfecter. A Bulenga, le désinfecteur se déplace à pied. A priori, **les désinfecteurs possèdent de l'équipement opérationnel** et de protection nécessaire, mais il semble que **cela n'est pas toujours été le cas ou alors qu'il n'était pas utilisé, au vue de la photo** (ci-dessus) que l'on retrouve dans la présentation de l'état d'avancement du projet d'ACF. **La désinfection est suivie d'une visite des sensibilisateurs dans le voisinage du malade.**

Le niveau de maitrise de la tâche affiche par les staffs interviewer (agent et superviseur) montre un **sérieux besoin de rafraichir les briefings et mettre en place des « reminders »** (check liste des tâches à accomplir plastifie, voir proposition à adapter en annexe).

Lors de la visite de l'UTC de Boulenga de **sérieuse non-conformité** ont été noté sur les **équipements sanitaires et l'état général de l'UTC**. Les **latrines** n'étaient **pas équipé de bouchons** (sachant que les pots de chambres des malades sont vidés dans ces fosses), **ni de protection pour les insectes, stockage de la nourriture près de source de contamination**. Des jours¹¹ apparaissent entre la base de la fosse et la dalle de la latrine. Les **solutions chlorées** nécessaires n'étaient **pas toute présente**.

3.2.2.3. Oxfam

Oxfam stratégiquement ne réalise pas la désinfection domiciliaire, qu'il considère stigmatisant et non efficace. L'aspect stigmatisant en RDC n'est pas systématiquement avéré, les populations spontanément sont eux-mêmes demandeuse de la désinfection domiciliaire.

Dans les zones d'intervention d'Oxfam GB au Sud Kivu, c'est **la CRC qui est en charge** des activités de désinfection domiciliaire.

3.2.3. Promotion à l'hygiène

3.2.3.1. SI

La **stratégie** d'hygiène promotion pour SI (comme la majorité des partenaires) **repose en grande partie comme pour les autres partenaires, sur de la sous traitance**. Le personnel en charge de la promotion à l'hygiène est en général un personnel d'ONG locale partenaire, former et encadrer par des personnel SI. A Goma, en période d'accalmie, seul le staff SI est mobilisé pour la sensibilisation, en période de flambée les ONG locales partenaires (NETRESS, Hope In Africa) et les BCZ avec leur réseau de ReCo viennent en support des équipes de SI.

A Mboko et dans la zone de sante de Nundu (Sud Kivu), la sensibilisation est menée par le même partenaire qui gère la production et distribution de la solution chlorée, KMS.

¹¹ Ouverture

A Baraka et dans la ZS de Fizi (Sud Kivu), la promotion à l'hygiène (de même que la production et distribution de la solution chlorée) est réalisé par le personnel de l'ONG FOSOF.

Le mode de promotion à l'hygiène développer par SI repose sur une modulation des activités entre les phases de flambée et d'accalmie.

En période de flambée, le mode de communication est plus accès sur l'information de la population (ton plus directif) et en période d'accalmie sur la sensibilisation (ton du questionnement).

En ***période de flambée***, on va avoir des activités de : visite porte à porte (principalement les domiciles des malades et leur voisinage avec une progression en toile d'araignée), passage de crieur, message radio, et affichage des posters accès cholera (alerte épidémique, symptôme, référencement, réhydratation, règles de protection) dans les zones qui déclare des cas. Dans un milieu urbain comme Goma, le public visés va se concentrer plus sur les populations et endroits à risques tel que les vendeurs et revendeurs d'eau (qui sont également utilisés comme relais de sensibilisation), les restaurants, les marchés, les pêcheurs...

En ***période d'accalmie***, on va aborder l'hygiène de manière interactive en sollicitant plus les publics et plus générale en abordant plus de sujet. On avoir toujours des visites en porte à porte avec utilisation de flipchart, pièce de théâtre, des focus group, évènement ad hoc. Les visites à domicile prennent entre 30 et 60 min.

Des mises en situation ont été réalisés durant la mission, celle-ci nous montres que si théoriquement le système est en place, pratiquement la dynamique de promotion à l'hygiène est mal maitriser par le personnel (conditionner par des années de PHAST mis en place dans la zone, qui n'est pas une méthode d'urgence mis à part peut-être le PHAST 7 étapes). On sent que la logique de sensibilisation n'est pas comprise, c'est-à-dire ou on veut emmener les publics et comment interagir ou pas avec eux pour atteindre l'objectif. ***Le problème est qu'un bon sensibilisateur n'est pas simplement quelqu'un qui maitrise les règles d'hygiène ou les messages, mais c'est surtout quelqu'un qui sait communiquer dessus en s'adaptant à ses auditoires et en influençant les publics de manière indirect ou direct afin qu'il s'approprie les messages et les mette en pratique. Et ce type de personnel nécessite une certaine sensibilité et une formation consistante qui n'existe pas aujourd'hui.*** La promotion à l'hygiène est une ***activité complètement dévalué***. On retrouve ce type de problèmes à différents niveaux chez l'ensemble des acteurs humanitaires.

Les spécificités des ***projets humanitaires*** subventionnés, notamment en termes de durée de projet, ne sont ***pas adapter pour atteindre des changements de comportement durable, par contre ils peuvent y contribuer***. Il est d'ailleurs dans ce sens, nécessaire que les acteurs sectoriels de la promotion à l'hygiène et du changement de comportement puissent développer des synergies entre les différentes stratégies mis en œuvre afin de les rendre complémentaires. ***Il serait intéressant que l'on puisse développer des stratégies dans ce domaine avec des visions à long terme intégrant des phases humanitaires et des phases de développements***, chaque phase faisant avec ses résultats et activités à mener pour contribuer à l'atteinte des objectifs finaux.

3.2.3.2. ACF

Les activités de promotion à l'hygiène menée par ACF prennent en compte la dynamique de communication et de méthode à avoir entre les périodes de flambées et les périodes d'accalmie. Par contre, en période de flambée ACF mène des opérations de sensibilisation de masse dans des lieux (restaurant, école, église...) publique de rassemblement. ***Le fait est qu'en période épidémique on n'est pas censé initier des rencontres de masse et réunir les gens. ACF développe pendant ces périodes des activités de troupe théâtrale et des sensibilisations de masse dans les villages.***

Pendant les périodes d'accalmie la sensibilisation est menée par l'ONG RdF¹², encadrer et former par ACF, sous forme de : porte à porte et sensibilisation de masse avec mégaphone (acceptable tant qu'on n'est pas l'initiateur du rassemblement). 67 leaders ont été briefés et sensibiliser de manière à ce qu'ils relaient les messages de sensibilisation. En ***période d'accalmie***, la sensibilisation est menée ***dans les zones considérées comme à haut risques uniquement***, ce qui constitue une stratégie qui a du sens.

Pendant les ***périodes d'urgence*** la sensibilisation est mené par le personnel d'ACF renforcer par les ReCo et les volontaires Croix Rouge. Les activités menées sont le porte à porte ; en utilisant des dépliants et des posters ; lors de discussion ou de diffusion de message à la radio ; dans les lieux publiques ; en mettant en place des focus group avec les populations les plus à risques

Si la plupart des ***supports de sensibilisation*** semble être ***plutôt correctement adapté*** (langues, dessin), ***certain intègre trop de texte, le format*** des posters est également ***trop petit*** (nombreux A4), et un des posters illustrant les messages sur le traitement de l'eau présente dans les produits de potabilisation l'eau de javel (interdite en RD Congo pour produire de l'eau potable car trop concentrer ; norme OMS < 0,8%).

La répartition des activités de sensibilisation entre les phases d'urgence et d'accalmie doit être sérieusement revue.

Si des ***affiches*** de sensibilisation ont pu être observés dans la plupart des structures médical, voir administrative, l'affichage dans les UTC/CTC, au ***niveau des points de chloration et dans les zone de provenance des cas*** n'est ***pas systématique voir absent***.

Le ***personnel*** de sensibilisation interviewer (notamment RdF) semble avoir une ***connaissance satisfaisante*** des messages et des méthodes de communication, et ***une logique d'adaptation pertinente***.

3.2.3.3. Oxfam

La promotion à l'hygiène par l'entremise de partenaires locaux que sont : YME Grand Lac à Bukavu et ASAD a Uvira. Leurs activités sont : VAD¹³, crieur dans les lieux publics et affichage. Les partenaires de sensibilisation n'ont pu être rencontrés lors de la visite.

¹² Réseau de Femmes

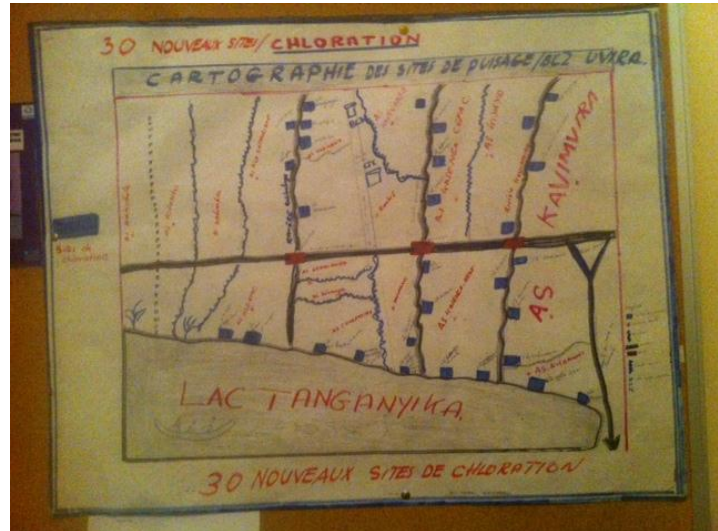
¹³ Visite A Domicile (sensibilisation en porte à porte)

Si les activités proposées sont pertinente et s'adapte bien à la dynamique de communication urgence et accalmie, les objectifs visés sont plutôt irréaliste (pourtant leur indicateur mentionne connaissance de 3 règles de protection). On ne peut viser de changement de comportement durable sur la durée d'un projet d'urgence que dans des cas exceptionnel.

Les **messages sont plutôt bien définis**.

Oxfam GB à mener une **étude socio-anthropologique** (réalisé par Ryad

Mustapha de l'Institut d'anthropologie sociale été culturelle de l'Université d'Oxford), recommandations et rapport en annexe) très pertinente qui a permis de mettre en lumière certains traits culturels favorisant la propagation du choléra, et surtout ce rapport a **permis d'adapter les outils et modes de communication et les concepts de références utilisées** dans la promotion des règles d'hygiène, la communication sur le choléra et la promotion du chlore liquide WATA (traitement à domicile) .



La **production de carte communautaire** lors des évaluations préalable à la mise en place du package EHA de réponse cholera sont **particulièrement pertinente** par son implication de la population dans la définition de la réponse et de la compréhension qui en découle.

3.2.4. Renforcement de capacité et partenariat

3.2.4.1. SI

Le renforcement de capacité des acteurs institutionnelles (DPS, Regideso, SNHR, Protection Civil, CNPEA...) et de la société civile (ONG locale partenaire) **repose largement sur la motivation des individus qui compose ces structures**.

Ainsi, **dans la ZS de Sante de Nundu, le TDR de la ZS est bien intégré aux activités de SI** a un niveau de supervision et suivi. **Le TDR est bien former et connaît relativement bien les tâches qu'il a à accomplir, il est assidue et rigoureux**. Au niveau de **la ZS de Fizi, le TDR** censé réaliser le même type d'activité suivant le partenariat développer, montre un **absentéisme préjudiciable à l'activité et démontrant un manque de motivation criant**. Il est à noter également que d'après SI, **le MCZ de Fizi fait obstacle à la bonne mise en œuvre du partenariat**, allant jusqu'à empêcher certains de ces personnels de collaborer avec SI, et cela pour des doléances de primes pour lui-même.

A Goma et dans la **ZS de Karisimbi, le MCZ est particulièrement impliqué**, ainsi que son TDR. **SI a former le personnel de la ZS (TDR) au suivi de la qualité de l'eau et leur a remis la semaine de la visite des pool testers, même activité avec la Protection Civile et les revendeurs d'eau**. Les TDR sont censé être former à la mise en place et le suivi de l'ensemble des activités de la réponse. **Le niveau de compétences afficher par les TDR est très variable d'une zone à l'autre**. On peut constater qu'à un certain niveau, **il semble que les**

zones ou les personnels soient les plus motivés, soient celles qui ont le moins de partenaires et souvent les plus éloignées des grands centres urbains. Le volet mise en place d'un point de chloration est en générale le moins bien maîtrisé que ce soit par les partenaires institutionnelles que par les partenaires opérationnels de mise en œuvre.

Les dotations en équipement et en moyens de communication (forfait de 5USD/semaine pour envoi des données, fonctionne avec une très bonne complétude quasi 100%) sont réalisées.

Le volet promotion à l'hygiène mérite d'être substantiellement revu avec l'ensemble des partenaires afin que la logique et la dynamique de communication soient mieux maîtrisées, et que les personnels en charge échangent leur expérience (succès et échec) et les différents « trucs » qu'ils ont trouvés pour faire passer des messages, influencer des publics, argumenter sur des facteurs de contraintes (socio-culturelle, économique, structurel, environnementaux...).

Les formations développer en générales pour les partenaires s'apparente plus à briefing qu'à des formations. L'évaluation du niveau des ReCo (110 évaluations de niveau orales et écrites de ReCo ont été réalisées par SI dans la zone de Baraka) dans le but de développer un outil de réponse pertinent et mobilisable rapidement avec des compétences avérées spécifiques nécessaires à la réponse est un **développement pertinent qui doit être répliqué** par l'ensemble des partenaires. Le système des ReCo permet de développer des capacités au plus proche du besoin et constitue donc une stratégie de résilience communautaire particulièrement pertinente. Par contre, **le système des ReCo** regroupe un **nombre trop important d'individus** pour être tous capables efficacement. C'est pourquoi, il est **important de développer** avec les ReCo les plus « forts » par sous-secteur d'activité **des relais de formation au plus proche du besoin, le principe du « mentoring »** pourrait être également développé dans ce cadre-là.

Ce système permettra à terme de mieux maîtriser cette capacité, d'être plus efficace dans son emploi, de garantir un niveau minimum de qualité de service, mais aussi donner au personnel des perspectives d'évolution et des opportunités de développements de compétence. Il est important de les promouvoir et les valoriser afin d'alimenter leur motivation dans le temps.

Un **système de mentoring entre un superviseur SI formé et expérimenté et un TDR** (ou un staff d'encadrement d'une ONG partenaire) de la ZS pourrait être mis en place pour assurer une formation continue des personnels et développer les compétences des partenaires de manière plus efficace.

Un des **problèmes de la stratégie actuelle de partenariat** est que celle-ci est **bâti sur la durée du projet et n'offre pas vraiment de perspective dans la durée pour le partenaire.** La vision stratégique du développement d'un partenariat et des objectifs que celui-ci poursuit doit s'inscrire sur une durée de moyen et long terme. La dynamique de partenariat dans le cadre d'un renforcement de capacité devrait s'inscrire sur la durée avec un **désengagement progressif de l'ONGI et une mise en avant de l'ONG locale de plus en plus importante en fonction de l'évolution des compétences et du niveau de maîtrise des activités qu'elle affiche.**

3.2.4.2. ACF

Dans cette rubrique on va retrouver plus ou moins les mêmes remarques que pour SI. L'**objectif** poursuivi par le **renforcement de capacité** des différents partenaires de la réponse (institutionnelle, opérationnel...) doit être autant que possible **l'autonomisation des acteurs locaux et ainsi diminuer la dépendance vis-à-vis des acteurs internationaux dans l'idée d'une stratégie de sortie à terme**.

La promotion du réseau de ReCo, et autres partenaires de mise en œuvre, doit être accentué dans le système ACF. La grille d'évaluation nominative des niveaux de compétence atteint et les tests des agents devront être réalisés. ACF a priori prévue de le faire, il ne l'avait fait que de manière groupée et orale (sans trace) à l'issue des formations. ACF a suivi cette stratégie car ils partaient du principe que la plupart des agents sont analphabètes, alors que l'évaluation individuelle peut se faire de manière orale et pratique (évaluation de travaux pratiques) sur la base d'une grille regroupant les différents thèmes et sous thèmes de la formation.

L'interview des **TDR et certains personnel d'encadrement de la CRC** (principalement ceux du niveau provincial) en charge de la **supervision des activités** (chloration, désinfection, sensibilisation) à montrer que leur **niveau de maîtrise des procédures de mise en place d'un point de chloration, des protocoles de désinfection domiciliaire, mais même de l'emploi d'un pool tester** est **faible** et n'est pas adapté à leurs tâches et fonction. Leur formation/briefing devrait être largement renforcé.

Une rencontre à Minova avec le Chef de division santé et action sociale de la CRC (et son équipe) a révélé un **niveau de connaissance de la réponse cholera, mais même de compréhension de l'action humanitaire** (mélangeant marche privée et subventionnement humanitaire) assez **affligeant** pour ne pas dire plus. Suite à cette rencontre, la question de la pertinence d'intégrer ce type de personnel dans des missions régulières de supervision ou suivi des projets avec les coûts y afférents, s'est posée.

3.2.4.3. Oxfam

Le **niveau des partenaires de santé de Bukavu censés superviser les activités du projet en collaboration avec Oxfam** est **faible** sur les activités liées à **l'eau potable** (maîtrise des dosages, utilisation de pool tester, mise en place de jar test...). **Les partenaires de la ZS sont peu impliqués dans ces activités et ne les maîtrisent pas du tout.** Les partenaires de la ZS sont concentrés sur la promotion de l'hygiène.

Un **monitoring approfondi détaillé conjoint** entre Oxfam GB, UNICEF et la DPS est prévue dans le projet mais **n'a pas encore eu lieu**.

Oxfam GB forme des ReCo à la chloration et à la sensibilisation également durant des ateliers de 3 jours. 60 ReCo former jusqu'à aujourd'hui sur un total prévu de 839. **Une formation de 60 personnes s'assimile plus à un briefing ou à un cours magistral.** Il est difficile d'assurer un niveau de formation correct et d'installer une dynamique d'échange pertinente au milieu de 60 personnes. **Aucune évaluation du niveau atteint par les ReCo n'est réalisée.**

Plutôt que de baser la formation des ReCo¹⁴ sur un objectif quantitatif, il serait plus pertinent aujourd'hui (après des années de pseudo formation disséminer a des centaines voire des milliers de ReCo sans suivi et sans être capable d'en faire une capacité opérationnel fiable et maitrise) **de focaliser sur la qualité e la formation** et être **capable de mettre en place une réel capacité opérationnel dont on connaît les compétences afin de mieux l'utilisée, l'impliquer.**

Ainsi, **on pourrait former moins de gens mais mieux les former** et assurer un vrai niveau de compétences avéré et de mettre en place un service de mentoring permettant que ces personnels transmette leur connaissance et compétence a d'autres.

La qualité de la formation des ReCo ou les agents opérationnels d'ONG locales (ou même de volontaire CR) **est d'autant plus importante à assurer qu'ils sont les premiers à pouvoir contribuer à la mise en place d'une stratégie de résilience communautaire.** Par contre, les agents d'ONG étant souvent employé et non volontaire (au même sens qu'un ReCo) c'est deux réseaux peuvent devenir concurrent a un moment donnée et se porter préjudice (surtout des ONG locales vis-à-vis du système des ReCo).

Les **formations dispenser par Oxfam GB sont principalement théorique**, alors que le mode d'apprentissage le mieux adapter au publics des ReCo (dont le niveau peut être très variable, mais avec une majorité de niveau scolaire très bas) est la pratique et la mise en situation.

Les stocks de contingence mis en place part Oxfam sont très limiter, uniquement savon et SRO.

3.3. La reprise communautaire et le LRRD

3.3.1. La reprise communautaire

En ce qui concerne la reprise communautaire (Objectif spécifique 2 de la stratégie du cluster EHA) on trouve dans la stratégie du cluster 3 résultats visés :

1. Assurer **une reprise de la lutte préventive** est assurée pendant les **périodes à risques** (zone de de type A) avec diminution des actions préventive au fur et à mesure de la mise en place d'action durable
2. **La production locale du chlore est assurée puis vendu grâce au marketing social**
3. **La population construit avec ses moyens des latrines en milieu urbain**



¹⁴ Relais communautaire

La **stratégie est plutôt bien construite**, il en demeure que **des interrogations importantes subsistent**. Pour le résultat 1 vise, on n'explique pas **comment on assure la lutte préventive**, avec qu'elle moyen.

La plupart des partenaires intègrent un support pour des structures locales (ONG/ASBL) en charge de la production et la commercialisation intégrant un volet promotion social du chlore. SI travail avec CENEAS a

Baraka et Hope in Africa à Goma. Oxfam travail avec Maman Uzima à Uvira et avec la Croix Rouge Congolaise à Bukavu. ACF travail avec la CRC également à Minova.

Les **revenues actuelles de la vente de chlore libre** sont plus que **loin d'en assurer la rentabilité**, ces structures devraient en moyenne augmenter leur vente par 100 pour couvrir les frais de fonctionnement et cela avec des compensation financières pour le personnel très réduite). **Les systèmes de suivi et contrôle de résiduel de chlore chez les ménages acheteur de chlore reste entièrement à mettre en place.**

Pour le résultat 2, la problématique est plus complexe. En effet, la **production de chlore liquide par système WATA ou autres et la vente libre pour la population** en charge du traitement à domicile pause certaines **interrogations voir paradoxe**. **D'un cote on insiste sur l'importance de suivre la chloration, de suivre la qualité de la ressources pour pouvoir faire évoluer les taux de chloration**, voir modifier le mode de traitement (coagulation) **en cas de forte turbidité** et **de l'autre on propose un produit « universel » qui propose un seul dosage qu'elle que soit le type de l'eau**. Le chlore reste un oxydant puissant, même si les doses en cause ne sont pas fortes, il est important de pouvoir s'interroger et proposer des réponses sur cet aspect, d'autant plus si on considère **cette stratégie à long terme** ce qui semble être le cas. **Les variations de taux de chloration au cours d'une année moyenne de pluviométries devraient au moins être investiguer.**

A terme les **structures de vente de chlore mis en place dans des zones ou des infrastructures durable d'alimentation en eau potable sont réalisées, vont se retrouver en concurrence ou alors l'eau du réseau n'est pas chlore, ou alors elle est chlorée et il y a risque de double chloration et donc sur dosage.**

Un autre problème de ce type de méthode est que **plus on implique d'individus sur la maitrise d'une technique** (la chloration) **plus on a de chance de fêlure et moins on a de chance d'assurer un suivi efficace.**

Il a été **proposé pendant la visite**, une **stratégie baser sur la reprise des points de chloration par les partenaires de production du chlore liquide**. Soit par reprise direct du point et un mode d'abonnement ou de paiement de l'eau adapte avec un chlorateur issu de l'ONG en charge de la production du chlore et donc moins de personnes qui manipule le chlore d'où possibilité de changer les consignes suivant l'évolution de la qualité de la ressource en eau. Soit par mis en place de structure de vente de chlore en bouteille au niveau des anciens points de chloration, ce qui permet au moins que le changement ou l'évolution de l'approche ne génère pas trop de confusion chez les usagers.

L'approche de SI avec les revendeurs d'eau et l'implication de la Regideso à Goma dans la lutte pendant les flambées constitue des approches alternatives plus que pertinente car elle se base sur les pratiques existantes des populations et une évolution d'institution pérenne (Regideso) et du tissu-socio-économique local (les vendeurs ambulants). Ce qui en plus **contribue à baisser le cout de la réponse et facilite le contrôle** par rapport à la stratégie basé sur la production de chlore liquide. Par contre, le prix de la vente d'eau à Goma propose des tarifs très différents et mériterait d'être encadrer.

La dernière interrogation qui se pose par rapport à la stratégie de production de chlore, concerne le type d'eau utilise pour produire le chlore. En effet, le chlore est produit par électrolyse (même si antenna technologie a ajouter une membrane dans ce système pour prévenir la production de composés parasite nocif, type aldéhyde par exemple) qui est un procédé ionisant qui modifie la forme des composés

chimiques présent dans l'eau. L'eau des lac Kivu et Tanganyika sont des eaux très complexes chimiquement, et si des analyses lourdes ont été réalisées afin de garantir que des composés parasites potentiellement nocif ne soit pas produit. De plus, cette approche souffre du fait ***qu'il n'existe pas en RDC d'organisme permettant de labélisé ce type de produit.***

3.3.2. LRRD :

Le LRRD possède une bonne dynamique en RDC sur l'élimination du choléra, à suivre... Les principaux acteurs de développement partie prenante dans la réponse cholera sont au Nord et Sud Kivu :

- ↳ **DFID** : avec 20M USD (euro ?) de financement MCI¹⁵ pour l'extension et la réhabilitation du réseau de Goma (borne fontaine, station de pompage, chloration, réseau). A priori, les travaux menés par MCI ont pu bénéficier des années d'études sur le réseau réalisées par CICR et Polytechnique Lausanne. Et les travaux ont été relativement bien mené (toujours en cours, projet en 3 phases, 2eme phase en cours), a priori MCI à recruter 2 ingénieurs expérimentés pour ce genre de travaux car MCI n'était une ONG considérait comme spécialiste de l'eau.
- ↳ **DFID** : avec 20M USD (euros ?) de financement pour MCI pour le même type de projet qu'à Goma. Par contre, le réseau de Bukavu est beaucoup plus complexe et moins connus que celui de Goma. Une étude incluant la construction d'un modèle détaillée du réseau est en cours par MCI (elle devait se finir en aout). Ensuite les travaux devraient être définis et lancer engager pour 2 ans. Le CICR a un projet d'augmentation de la production d'eau de Bukavu et attend la fin de l'étude en cours pour voir s'ils s'inscrivent dans le schéma directeur produit par MCI ou s'ils font leur projet de leur cote. Le CICR a un budget de 5M de CHF pour 5 ans pour cette activité.
- ↳ **CICR** : avec budget ? (environ 600 000CHF) pour réhabiliter le captage, la conduite d'adduction, les réservoirs et filtre à sable, a Baraka avec une fin des travaux prévue en fin d'année. Ensuite suivant l'implication de la population et de leur représentant il est prévu l'extension du réseau de la ville. S'ils ne l'avaient pas pris en compte au départ, ils sont prêts à orienter leurs travaux en prenant en compte la dynamique locale du choléra.
- ↳ **UE, plus AFD et Fondation Veolia** : 8M d'euros (dont 2M de l'UE et 2M de la fondation Veolia) pour l'extension et la réhabilitation du réseau d'eau d'Uvira avec une étude d'impact en continue dans les quartiers nouvellement approvisionnés et sensible au cholera.
- ↳ **MSF-F**, continue les actions menées par SI et Fondation Veolia sur le réseau à Kalemie (Province du Katanga).
- ↳ La partie humanitaire de la **coopération suisse** semble également intéresser pour financer des petits projets d'hydraulique rural dans le cadre de la lutte contre le cholera

Dans la **stratégie du cluster EHA**, il est prévu que les **ONGI remettent des projets « clé en main », aux acteurs de développement**. Ce qui ne **paraît crédible que pour les petits projets** (« petit » en langage développement) du fait que les investissements et les études nécessaires donc ne sont pas les mêmes entre ces deux approches. Il y a peu de chance qu'un bailleur de développement face confiance à une ONG humanitaire pour des projets d'infrastructure hydraulique en milieu urbain (a priori a part DFID).

¹⁵ Mercy Corps International

Par contre des **fiches de plaidoyer décrivant en détail la problématique, avec quelques données techniques à un niveau préliminaire et quelques orientations sur des solutions possibles, pourrait être plus facile à valoriser chez les acteurs de développement.** Dans l'approche **LRRD** on n'a **pas l'impression qu'il y ait une vision commune entre acteurs humanitaires et développement** sur ce que l'on attend de ce système, de son fonctionnement, ses outils. Il faudrait des **termes de références détaillées des modalités de fonctionnement de ce lien** rédiger sur la base de leçons apprises par des projets pilotes et largement diffuser. Le concept ne paraît pas très clair pour de nombreux partenaires EHA, même si l'objectif est compris de tous. Ensuite, il faudrait que des structures **d'échanges pratiques** existent **sur le terrain** entre les deux types d'acteurs.

Ce type d'approche est essentiel et constitue un vrai changement dans la dynamique de financement humanitaire ou de coopération internationale.

4. RECOMMANDATIONS

4.1. Générale

Suivi de projet, coordination, renforcement de capacité et capitalisation :

- ❖ Réaliser une **base de donnée avec les ReCo** former et l'appréciation de leur niveau de compétence selon les différentes activités de la réponse cholera, afin d'être capable à terme de développer des spécialités et de pouvoir **garantir un minimum de compétence** chez les ReCo à terme et en faire une vraie **capacité relativement autonome et mobilisable rapidement** en cas de besoin.
- ❖ Développer **un système de tableau de bord de suivi du projet et des données capitaliser pour s'assurer de la fiabilité des données saisi et d'être capable d'un « regards » d'appréhender le niveau de réalisation d'un projet...** Ce tableau de bord pourrait se présenter sous forme d'une matrice reprenant les informations les plus pertinentes pour s'assurer en les croisant de la cohérence des données de suivi et réalisation, mais aussi de la bonne mise en place en quantité et qualité des activités (par exp. : quantité de chlore produite par jour, corrélée avec quantité d'eau traitée ; nombre de désinfection réalisée et délai de réalisation ou quantité de chlore utilisée, ...).
 - Les différents tableaux récapitulatifs des données de réalisation et suivi par activité sont très pertinents mais regroupent trop d'information réparti sur plusieurs onglets et fichiers et constitue un bon outil d'archivage et de compilation des données, ou pour un suivi spécifique mais pas un outil de suivi global/général du projet. Ce tableau de bord à destination des RP devrait être automatiquement renseigné à partir des tableaux/matrices existantes de suivi des données de suivi renseignées régulièrement. Cela permettra de ne pas alourdir le travail.
- ❖ **Mise en place pour au moins la moitié des interventions d'urgence, voir toute, d'un graphique** reprenant, afin de faciliter le monitoring et l'évaluation de l'impact et la réactivité de la réponse :
 - la courbe journalière de l'incidence du choléra,
 - avec la répartition des niveaux de déshydratation sous la forme de colonne ou bâton,
 - et des flèches signalant sur la courbe :
 - le jour l'alerte a été franchie,
 - l'alerte a été donnée (si différent),

- le seuil épidémique a été franchi,
 - le jour de l'arrivée des partenaires sur le terrain,
 - le jour de mise en place des actions de sensibilisation, de désinfection et de mise en place de point d'eau par type d'activité
 - voir le moment de l'arrêt des différentes activités si applicable.
- ❖ **Prendre en compte les niveaux de déshydratation des malades**, ainsi que la létalité (objectif de sauver des vies) dans l'analyse des cas et les relevés épidémiques. Notamment lors d'intervention d'urgence pour pouvoir constater un éventuel changement dans les niveaux de déshydratation des malades après sensibilisation/informations des populations suite à un dépassement de seuil épidémiologique. Mais également de manière général, pour voir si d'une année à l'autre les malades sont plus rapidement orienter vers les structures de soins. Cela reste une donnée intéressante malgré les paramètres exogènes tels que l'insécurité qui retarde également le délai de prise en charge.
- ❖ **Former les personnels du BCZ en charge du suivi du projet a l'ensemble des taches réalisées** dans le projet et notamment la mise en place d'un point de chloration (jar test, ...).
- ❖ **Briefer les personnels de santé et notamment ceux gérant des CTC/UTC a la définition des seuils** d'alerte et épidémiologique **et à ce que leur dépassement implique pour eux** en terme d'action (reportage journalier, vérification des stocks...).
- ❖ Les **formations doivent comporter au moins 75% de pratique** et mise en situation en termes de durée pour les agents de terrain. Une attention particulière devra être porter à l'exercice de lecture des valeurs de résiduel de chlore libre sur les pool tester pour éviter les erreurs de lecture constatée pendant la visite.
- ❖ **Lors de la visite des CTC/UTC évaluer le niveau d'hygiène** et identifier les principales non conformités (exemple : latrine sans bouchon, défaut de pédiluve,...), en proposant des actions de mise en conformités.
- ❖ **Utiliser les donnes téléphonique** (en particulier lors des activités impliquant des visites dans les ménages : désinfection, sensibilisation, suivi du résiduel de chlore libre...) pour assurer un **monitoring aléatoire à distance** en contactant les ménages afin de s'assurer aux mieux que les activités sont bien menées. Cela consiste à intégrer l'enregistrement des numéros de téléphone des familles visites dans les fiches d'activités des personnels. Si ce type de suivi n'offre pas de garantie à 100% sur le niveau de réalisation des activités, il constitue une bonne source de croisement d'information pour détecter rapidement des non conformités potentielles.
- ❖ Mettre en place une **check liste de supervision** avec liste minimum des actions, questions, et observation à réaliser, afin de cadrer un minimum la supervision et être capable de faire des analyses comparatives.
- ❖ **Informier régulièrement l'AT ECHO si le BCZ ne s'implique pas** pour plaider et quand il y a des blocages
- ❖ **Les primes ou per diem** remis aux équipes du BCZ participant au projet doivent être **harmonisé** avec les autres acteurs et notamment MSF pur éviter les doubles paiements. Constater pendant notre visite : le même staff toucher des primes de MSF et SI pour quasiment le même travail.
- ❖ **Besoin de tester et simuler les actions de reprise communautaire** pour estimer de leur impact réel à court terme

Eau potable :

- ❖ **Renforcer la formation pratique des personnels** en charge de la mise en place, le suivi et la gestion d'un point de chloration, notamment dans la lecture des valeurs de résiduels de chlore sur le pool tester.
- ❖ **ATTENTION :** la régulation des taux de chloration est basé en première intention sur le suivi des résiduels de chlore, si les résiduels de chlore dans les ménages sont bas on va augmenter le taux de chloration et inversement. Lors de ce suivi il est crucial de prendre en compte le type de récipient de stockage car un récipient ouvert va perdre son chlore (composé très volatile) va perdre son résiduel de chlore très rapidement quelques heures et ne constitue pas une bonne pratique de stockage.
 - Ainsi, les bidons ouverts ne doivent pas constituer des éléments de référence pour ajuster les taux de chloration sous peine d'avoir des taux beaucoup trop important nocif pour l'homme à long terme suivant les valeurs et rebutant les populations à avoir recours au chlore en augmentant les nuisances en terme de gout et odeur.
- ❖ **Jaugeage des ustensiles utilisés pour le dosage du chlore** lors de la préparation de la solution mère, et consigne claire (cuillère rase ou bombe...)
- ❖ **Assurer une bonne communication lorsqu'un point d'eau a été réhabiliter** et dont l'eau a été tester et ne présente pas de pollution organique d'origine humaine. Mettre en place des panneaux d'information au niveau de ces points d'eau garantissant/informant les usagers que le point d'eau a été réhabiliter et tester avec le résultat du test.
- ❖ **Développer un plan détaillé de suivi de la qualité de l'eau**
- ❖ **Tester à une échelle de projet pilote la reprise communautaire d'un point de chloration par le partenaire local en charge de la production de chlore liquide** avec le système WATA (assimiler la gestion du point de chloration a ce qui se fait localement dans la gestion d'un point d'eau).
- ❖ **Equipement de chloration :** Utilisation d'un **embout plastic** a emmanché sur l'injecteur de sortie de la seringue d'environ 10 a 15cm pour assurer une **injection de chlore au cœur du volume d'eau** pour favoriser le mélange et réduire les surnageant.

Désinfection et sanitation :

- ❖ **Renforcer la formation des désinfecteurs avec pour but qu'ils comprennent leur tâche :** désinfecter tout ce qui a pu être touché par le malade
- ❖ Assurer que les embouts des pulvérisateurs soient adapter pour **pulvériser** et ne produise pas des jet pleins.
- ❖ Vérifier les dosages de chlore effectué pour les solutions à usage personnel (lavage de mains, ...)
- ❖ **Mise en place de « reminder »** sur le protocole à suivre et les principales à se poser

Promotion à l'hygiène :

- ❖ **Affichage systématique dans les sites qui déclare des cas** (1^{er} thèmes : message accès sur le choléra, référencement, symptôme, règles de protection primaire). et les lieux publics avec des posters durables (vinyl) des différents messages de sensibilisation illustrer avec des pictogrammes ou autres et en minimisant le texte, qui devrait être en swahili. Les affichages doivent évoluer par thème notamment pour assurer une sensibilisation dynamique, moins rébarbative pour les publics visés. Les affiches permettes de garder la mémoire des messages et permettent plus de touches plus de populations par investissement que les systèmes de prospectus remis individuellement.

- ❖ Insister dans les **modes ou méthode de sensibilisation** sur la **différence entre période de flambée et accalmie** et ce que cela implique pour l'activité
- ❖ **Renforcer la formation des ONG locales partenaires** pour les activités de **sensibilisation**.
Notamment sur la dynamique de communication entre les périodes d'urgence et d'accalmie.

4.2. Spécifique par partenaire

4.2.1. SI

- ✚ SI est fortement encouragé à développer leur approche avec les vendeurs d'eau ambulants et avec la Regideso
- ✚ Vu la difficulté dans un environnement urbain comme Goma ou Bukavu où les gens gardent souvent l'eau plusieurs jours, à trouver un ménage qui aurait puisé le jour même, il est fortement recommander de mettre en place un système pour retrouver les ménages (étant donné que les usagers des points de chloration sont comptés mais pas identifiés) ayant puisé le jour même pour le suivi du CRL (chlore résiduel libre) chez les ménages.
Proposition : demander au gestionnaire de chaque point de chloration de noter 5 ménages de manière aléatoire par jour avec nom et adresse de la famille concernée.
- ✚ Communiquer dans les quartiers dans lesquels les points de chloration sont situés sur l'emplacement, la gratuité et l'intérêt de traiter l'eau, notamment par un affichage sur les points d'eau et dans les lieux les plus fréquentés, plus message radio.

Recommandations plus spécifique au projet de Baraka (Sud Kivu) :

- Abandonner les réalisations de latrine avec des dalles en bois (déjà entrepris par SI) non durable et potentiellement dangereuse (bois putrescible)
- Détailler la sélection des bénéficiaires (et des personnes les plus vulnérables pour l'accès à l'eau également) pour les latrines pour éviter que des familles qui avaient déjà des latrines bénéficient d'une autre latrine ou que en tout cas (si la stratégie est basée sur le fait que si il avait déjà une latrine obsolète au moment du projet ; il y a plus de chance que celle-ci soit utilisée après coup) si il y avait une autre latrine qu'elle soit « décommissionner » et non laisser à l'abandon afin de ne pas représenter une source de pollution potentielle
- Les fiches de VAD devraient être nominatives sinon il n'y a pas de supervision ou monitoring possible pour vérifier que cette activité est bien réalisée.
- Attention à l'étalonnage des équipements d'analyse d'eau numérique/photométrique (problème avec turbidimètre électronique constaté pendant notre visite)
- Inventaire quantitatif and qualitatif des ressources en eau pour Sebele (ZS Baraka) en fonction des usages de l'eau, plus analyse de la pertinence des ressources pour l'alimentation humaine, avec identification d'orientation techniques pour l'amélioration de l'accès à une ressource en eau protégée. **Production d'une fiche LRRD.**



➤ Systématiser les affichages sur la qualité du point d'eau après réhabilitation pour informer la population que la source d'eau/l'équipement sont sans contamination anthropique. *Exemple de Baraka : ou les enfants continuer d'aller au marigot ou se trouvait le point de chloration au lieu de prendre l'eau du puits à proximité qui venait d'être réhabiliter et désinfecter car ils ne pensaient pas que l'eau était potable au puits.*

➤ Revoir les critères de sélection des bénéficiaires de l'activité de construction de latrine familiale

- Assurer que les bénéficiaires de latrine qui creusent leur fosse la couvrent pendant les travaux pour éviter la chute de quelqu'un
- Renforcer l'implication et le partenariat avec le BCZ de Baraka et adapter le partenariat aux problèmes structurels identifiés.

4.2.2.ACF

- Modifier le mode de conditionnement du chlore HTH livré au centre de santé dans le cadre des stocks de contingence et kit cholera. Utiliser des sachets zip hermétiques dont on peut évacuer l'air avant de le fermer.
- Formaliser les visites conjointes de monitoring avec une check liste de tâche et observation à réaliser, et la signature d'un procès-verbal de visite avec les détails de la visite, les principales observations et recommandations faites par les participants, signer et cacheter.
- Notamment lors d'intervention d'urgence pour pouvoir constater un éventuel changement dans les niveaux de déshydratation des malades après sensibilisation/informations des populations suite à un dépassement de seuil épidémiologique. Mais également de manière général, pour voir si d'une année à l'autre les malades sont plus rapidement orienter vers les structures de soins. Cela reste une donnée intéressante malgré les paramètres externes tels que l'insécurité qui retarde également le délai de prise en charge.
- Dans le cadre de la stratégie LRRD : Réaliser l'inventaire des ressources en eau et des besoins, avec évaluation de la qualité des ressources, pour la cite de Rubaya, ZS de Kirotshe (zone de type A).
- Réaliser une note de synthèse en bullet point avec les principales leçons apprises par les actions antérieur et les améliorations qui vont être mis en place dans le cadre de nouveau projet (avec éventuellement un calendrier de mise en place de ces points d'amélioration). Cela pour se rendre compte de la logique d'amélioration suivi par les partenaires.
- Revoir et développer les protocoles de mise en place d'un point de chloration, de suivi de la qualité de l'eau, et de désinfection domiciliaire.

4.2.3. Oxfam

- ✚ Besoin de définir un protocole et des standards clairs (techniquement valable) et adapter pour l'utilisation de mode de traitement de l'eau en fonction de la qualité de la ressource et des contextes d'interventions (avec éventuellement définition de différents scenario des cas de figures les plus fréquent dans la zone d'intervention et des solutions à apporter)
- ✚ Conditionnement du chlore utilisé lors des interventions (sac plastique avec deux ou trois épaisseurs de sacs) à revoir.
 - Proposition : utilisation de sachet zip et hermétique permettant de limiter l'oxydation du chlore par évacuation de l'air avant fermeture
- ✚ Mis en place d'une grille d'appréciation/évaluation des niveaux atteint par les agents en formation et établissement d'une base de donnée permettant de suivre individuellement les ReCo (type de formation reçu, nombre de formation, niveau atteints, points à consolider...), afin d'être capable de structurer cette capacité opérationnelles que représente les ReCo ou les personnels d'ONG locales au plus proche du besoin. Ils sont les premiers à pouvoir contribuer à la mise en place d'une stratégie de résilience communautaire.
- ✚ Besoin de développer une stratégie de formation a but qualitatif, en développant un mécanisme de réplication/transmission. Développer également une méthode de formation dynamique avec théorie, mais en privilégiant la pratique et la mise en situation avec éventuellement un accompagnement lors des premières missions des agents les plus forts avec les nouveaux.
- ✚ Mieux impliquer et renforcer de manière consistante la formation des personnels de la ZS en charge de la supervision conjointe (*voir niveau du rapport dit d' « investigations » du MCZ de Ruzizi en annexe*)
- ✚ Les stocks de contingence doivent être plus étoffés (uniquement soap et ORS)
- ✚ Constatations faites après visite des activités mener par Oxfam à Bukavu (financement UNICEF) dans le cadre de la lutte contre le choléra :
 - Il est nécessaire voir crucial de développer et consolider des guidelines techniques en particulier sur l'aspect eau potable de la réponse cholera (ou de sélectionner des guidelines de référence à adapter dans ce qui existe déjà).
 - Les partenaires de la ZS doivent maitriser les activités de la réponse (en tant que autorités en charge) afin de pouvoir participer à leur supervision. Il est donc important de développer un plan de supervision les intégrant et de les former convenablement et dans la durée pour avoir le niveau requis.

5. CONCLUSION TO THE EVENT

De manière générale, on peut dire que la réponse EHA cholera mener par les partenaires c'est considérablement améliorer depuis les dernières visites de monitoring. S'il reste toujours certains points à améliorer, une grande partie des recommandations ont été prises en compte et mises en place. Il semble que la coordination soit correcte au niveau du cluster, et que des synergies se développent progressivement entre les partenaires dans la réponse aux urgences. La société civile est de plus en plus

mise en avant dans la réponse EHA cholera. Par contre, la maitrise de la réponse et des mécanismes d'alerte et de coordination des partenaires nationaux doit être étoffé substantiellement.

Au niveau des autorités locales responsables institutionnellement de la réponse cholera, il est essentiel que la manière dont on met en place les projets et les partenariats ne contribue pas à les déresponsabiliser. S'ils doivent être encadrés, ils doivent malgré tout être mis en avant dans la supervision des activités et pour cela ils doivent les connaître parfaitement. Aujourd'hui, en majorité pour les populations les responsables de la lutte contre le choléra sont les ONGI et donc si il y un problème c'est vers elles que la population va se retourner. Il est donc important que les populations comprennent que les ONGI ne sont là que pour supporter les populations et institutions nationales dans la lutte, et que les responsables vers lesquelles les populations doivent porter d'abord leurs doléances, sont les autorités locales.

Sur l'ensemble des sites visites la plupart des cas de choléra qui arrive dans les UTC/CTC sont enregistré à des niveaux de déshydratation sévère, soit au plan C. Ce niveau de déshydratation implique un traitement au Ringer lactate qui est un soluté relativement couteux, en particulier comparer au SRO utilisé pour le traitement des plan A et B stable. Un niveau sévère de déshydratation s'explique notamment par un retard dans le référencement, l'identification des symptômes, l'état de santé initial de la personne (accès a la nourriture...), mais également les problèmes d'insécurité qui limite les déplacements nocturne et enfin la honte liée à la maladie que beaucoup de congolais appel la maladie des pauvres.

Si la réponse EHA à travers notamment l'activité promotion à l'hygiène et information de la population ne peut pas influencer sur l'aspect de l'insécurité, celle-ci peut contribuer à améliorer considérablement les autres aspects. Le cas de la flambée de la ZS de Karisimbi (Goma) cette année à montrer par exemple que la proportion de cas de choléra enregistrer au plan C diminue largement dès la diffusion des premières actions de communication sur la maladie dans la zone affecter au profit des plans A.

Ce qui veut dire que l'impact de la réponse EHA peut contribuer clairement à sauver des vies et à réduire le cout global de la réponse intégrée cholera. Cet aspect devrait être pris en compte dans les cadres logiques des partenaires et l'énoncé des indicateurs d'impact comme de résultat.

Le croisement de nombreux éléments permet de dire qualitativement que la réponse EHA cholera est efficace pour sauver des vies, endiguer ou limiter les flambées, et ainsi améliorer globalement le niveau de santé des populations et réduire le cout global de la réponse intégrée, le temps de mettre en place des réponses durables. Le fait est que le développement nouveau du concept LRRD (mais également toute approche « complémentaire » basée sur la résilience communautaire ou reprise communautaire voir institutionnel avec le CPAEA, notamment pour les zones rurales et éloignés) et l'implication qui en découle des bailleurs de développement pour la mise en place de réponses structurelle et durable aux crises prolongées et chroniques, permet aujourd'hui d'envisager une sortie ou tout au moins une diminution drastique des investissements nécessaire à la réponse d'urgence (sante et EHA) dans les prochains 5 ans.

Dans le PMSEC ou au niveau du cluster WASH, il semble qu'il n'y est pas de stratégie de réponse EHA cholera de développer pour les zones rurales éloignées. Une approche pilote basée sur le CPEAE encadré par une ONGI (SI) a été développé notamment dans ce sens à Kalemie (financement : UNICEF, Mis en œuvre : SI/DPS/CPEAE). Cette approche a pour but également de permettre à la représentation provincial (CPEAE) de l'organe national (CNEAE) en charge de la mise en place du PMSEC et de la supervision des

activités EHA de réponse au cholera, d'acquérir les compétences et l'expérience nécessaire pour être capable à terme d'encadrer la réponse et orienter la mise en place du PMSEC en fonction de l'analyse de la dynamique locale du choléra (concept note *en annexe*).

Cette initiative LRRD est dans sa phase de balbutiement et devait être développée à partir des leçons apprises par les premiers projets. Dans ce type de contexte, cette approche offre la possibilité, de développer une complémentarité essentielle entre acteurs de l'urgence et du développement, avec la promesse de synergie permettant à terme de donner plus de sens aux actions entreprises et d'optimiser les investissements effectués à ces deux niveaux d'interventions.