

Epidémie de choléra en RDC

Rapport de situation No.1 (en date du 26 octobre 2018)

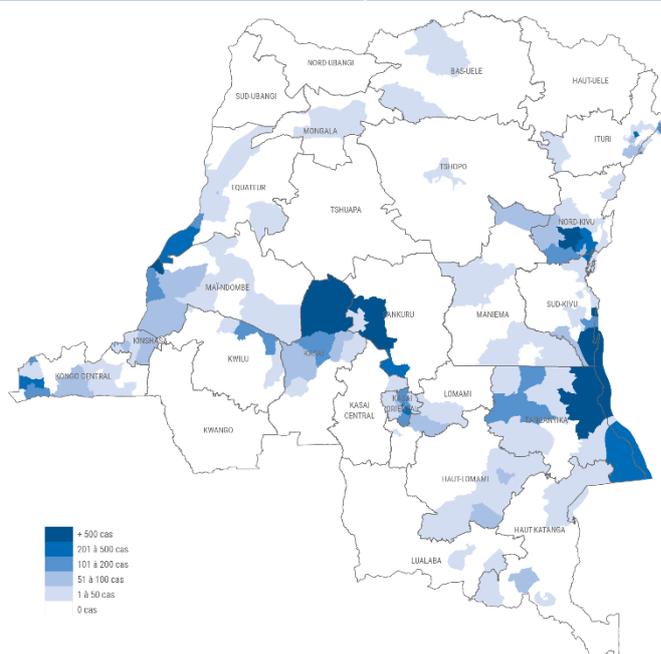


Ce rapport a été produit par OCHA RD Congo en collaboration avec le Cluster Santé et le Cluster Eau, Hygiène et Assainissement (EHA), ainsi que les partenaires clés de mise en œuvre de la réponse. Il couvre la période entre les semaines épidémiologiques 1 et 41, soit du 1^{er} janvier au 22 octobre 2018. Le prochain rapport sera publié vers le 12 novembre.

Faits saillants

- Les besoins identifiés entre juillet et septembre 2018 dans deux notes de plaidoyer sur la situation du choléra restent d'actualité jusqu'à ce jour. Ces besoins se concentrent dans les provinces du Kasaï Oriental, de la Lomami, du Sankuru, et du Sud-Kivu. Cependant, le financement total requis nécessite d'être réévalué dès que possible.
- Durant la semaine 41 (du 16 au 22 octobre 2018), une flambée de cas a également été signalée au Tanganyika. Dans l'ensemble, 82 pour cent des cas, soit un total de 539, ont été notifiés par les cinq provinces précitées (Kasaï Oriental, Tanganyika, Sud-Kivu, Lomami et Kongo Central) parmi les 13 provinces qui ont continué à rapporter des cas.
- Même si on observe une nette amélioration de la situation depuis la mi-septembre 2018 (semaine 37), la situation à Kinshasa mérite un suivi particulier en ce début de saison des pluies et aussi du fait de la présence de l'épidémie dans le quartier périphérique de Limete et dans la province voisine du Kongo Central.

de cas de choléra notifiés de janvier au 22 octobre 2018



Chiffres clés

5,5 M Réponse financée (US\$)	20 Provinces touchées	45 Zones de santé touchées	2,9% Taux de létalité à la 41 ^{ème} semaine
23 166 cas suspects cumulés du 1 ^{er} janvier au 22 octobre 2018 (S41 ¹)	798 décès cumulés du 1 ^{er} janvier au 07 octobre 2018	3,4% Taux de létalité du 1 ^{er} janvier au 07 octobre 2018	488/13 # Cas/décès à la 41 ^{ème} semaine

¹ Semaine épidémiologique 39 (données IDSR, à mettre à jour après amélioration de la complétude avec les données du PNECHOL-MD)

Pour plus d'informations, voir "contexte de la crise" à la fin de ce rapport

www.unocha.org

La mission du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (UNOCHA) est de mobiliser et de coordonner une action humanitaire efficace dans le respect des principes humanitaires en partenariat avec les acteurs locaux et nationaux.

La coordination sauve des vies

Aperçu de la situation

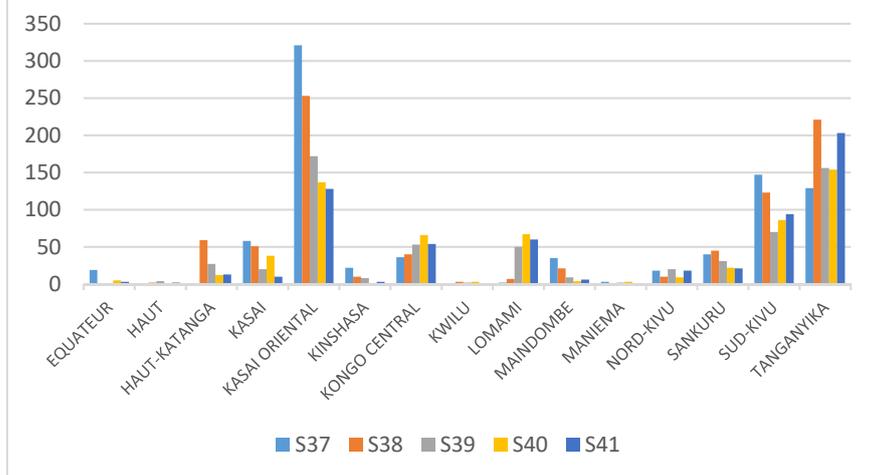
La situation des épidémies de choléra en RDC reste très préoccupante.

De janvier à mi-octobre 2018, 23 166 cas suspects dont 798 décès ont été notifiés avec une létalité de 3,4 pour cent.

L'ampleur de la situation générale de choléra est liée à l'atteinte de l'espace du Kasai au début du mois d'octobre 2017 (province de la Lomami) alors que cette partie du pays n'avait pas connu l'épidémie de choléra depuis plus de 15 ans.

Contrairement aux situations antérieures où la majorité des cas était rapportée dans les régions endémiques de l'est du pays, c'est la quasi-totalité de la RDC (24 provinces sur 26) qui a été touchée avec l'atteinte des provinces de la région du Kasai,² alors que l'évolution générale tendait à la baisse. Avant l'épidémie dans cette région, la moyenne du nombre de cas notifiés par le pays était de 835 par semaine. Lorsqu'à partir du mois d'octobre 2017, la région du Kasai a été affectée, la moyenne est passée à plus de 1 900 cas par semaine. De même, au 23 septembre 2018 (semaine 38), les provinces du Kasai ont notifié 36 pour cent des cas et 64 pour cent de décès, avec un taux de létalité de six pour cent.

Cas suspects de Choléra notifiés par les Provinces du RDC de la semaine 37 à la semaine 41 de 2018



La létalité générale est relativement élevée en 2018, comparativement à 2017. La situation épidémiologique rapportée au 7 octobre 2018 (semaine 40) renseigne, en effet, un taux de létalité de 2,9 pour cent contre 1,7 pour cent à la même période en 2017. Ceci peut traduire la réponse tardive à une flambée de cas et/ou la faible qualité de soins par manque de ressources, dont les prestataires formés. Elle peut également s'expliquer, en partie, par l'apparition de cas dans de nouvelles zones où le système de santé n'avait pas d'expérience dans la réponse choléra ; d'où les insuffisances dans la prise en charge.

Depuis les 5 dernières semaines épidémiologiques, on observe une tendance à la baisse du nombre de cas dans la région des Kasais. Cette situation s'explique par la concentration des efforts de lutte dans cette zone. On observe, par contre, une tendance à la hausse dans les zones endémiques du Tanganyika et du Sud Kivu mais aussi dans la Lomami et le Kongo Central.

Globalement, la situation actuelle démontre que l'épidémie de choléra de 2017 ne s'est jamais tassée. Au cours de l'année 2017, la RDC a notifié plus du double de la moyenne annuelle des cas (20 000 cas) de ces cinq dernières années, et la moitié des Zones de Santé (230 sur 516) ont été touchées. Au total 1 145 décès pour 54 588 cas ont été notifiés, soit une létalité de 2,1 pour cent.

Financement

Le Fonds humanitaire de la RDC a alloué un total de US\$ 5,5 millions pour une réponse d'urgence à l'épidémie de choléra dans la région des Kasais, du Tanganyika et du Haut-Katanga. Le Fonds central d'intervention d'urgence des Nations unies (CERF) a également financé la réponse choléra à travers sa fenêtre budgétaire pour les interventions insuffisamment financées, pour un montant de plus de \$1,1 millions dans les provinces de l'Ituri, de Tanganyika, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et la région des Kasais. Ces fonds viennent en complément aux ressources propres affectées à la riposte par d'autres acteurs tels que MSF, UNICEF et l'OMS.

² Ministère du Plan. Plan Stratégique Multisectoriel d'Élimination du Choléra en République Démocratique du Congo 2018-2022 (PMSEC 2018-2022). Janvier 2018.

Le tableau ci-dessous reprend les fonds disponibles pour la réponse.

Fonds disponibles pour la réponse en cours : ³

	Budget (US\$)	Bénéficiaires (personnes)	Provinces/Zone de santé
Fonds du Gouvernement de la RDC	460 000		Kasaï Oriental, Sankuru, Kasaï
Fonds Humanitaire RDC – Santé	3 095 448	230 700	Kole et Lusambo (Sankuru), Ville de Mbuji-Mayi (Kasaï Oriental), Kalemie (Tanganyika), Pweto (Haut-Katanga).
Fonds Humanitaire RDC - EHA	2 180 026		Kole et Lusambo (Sankuru), Ville de Mbuji-Mayi (Kasaï Oriental), Kalemie (Tanganyika), Pweto (Haut-Katanga).
Fonds Humanitaire RDC – Santé/EHA	247 820	1000 cas	Kasaï Oriental et Sankuru
Fonds OMS (CFE)	476 000		Kasaï Oriental, Tanganyika, Sud-Kivu, Kongo Central, Kinshasa.
Fonds CERF underfunded/OMS (pour la réponse aux épidémies)	1 110 405		Ituri, Tanganyika, Kasaï Oriental, Kasaï, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Lomami

Les besoins à couvrir restent importants dans les volets Santé et EHA. Les Comités Régionaux Inter-Organisations (CRIO) du Sud-Kivu (septembre 2018) et du Kasaï (juillet 2018) ont présenté deux notes de plaidoyer à l'Equipe Humanitaire de Pays pour mobiliser les ressources additionnelles en faveur de la réponse. Au regard de la situation épidémiologique disponible, les zones de santé qui présentent les besoins les plus urgents se situent dans les cinq provinces suivantes : Kasaï Oriental (Kasansa et Tshilenge), Tanganyika (Kalemie et Nyemba), Haut-Katanga (Kapolowe et Kenya) et Kasaï (Dekese et Mushenge). Ces provinces ont rapporté 82 pour cent des cas au cours de la semaine 41.

Fonds à mobiliser : ⁴

Volet	Activité	Financement requis (US\$)
 Santé	Prise en charge médicale au Kasaï Oriental	1 020 000
	Achat et Pré positionnement des kits dans les nouveaux foyers d'épidémie	400 000
	Vaccination dans les zones à haut risque (6,2 millions de personnes) – Estimation du coût dont \$ 8 millions souscrit par GAVI	10 000 000
	Prise en charge médicale dans le Tanganyika	1 400 000
 EHA	Renforcement de la réponse EHA dans les provinces du Kasaï Oriental, de la Lomami et du Sankuru.	2 691 562
	Renforcement des activités de prévention dans le Tanganyika	900 000

Réponse Humanitaire

Les ressources mobilisées par le Fonds Humanitaire RDC couvrent une durée moyenne de cinq mois dans les volets santé et eau, hygiène et assainissement, soit pour la période de juillet 2018 à mars 2019 pour la région du Kasaï. Le volet santé de ce financement qui court jusqu'en décembre 2018 cible plus de 35 000 personnes dans la Ville de Mbuji-Mayi (Province du Kasaï Oriental) et les zones de santé d'Ilebo (Province du Kasaï), de Kole, de Bena Dibebe et de Lusambo (Province du Sankuru). Le volet eau, hygiène et assainissement cible près de 196 000

³ Non exhaustif

⁴ Estimation partielle, les clusters Santé et EHA en cours d'estimation des besoins non couverts.

personnes dans les mêmes zones de santé de la région du Kasai, à Kalemie (Tanganyika) et Pweto (Haut-Katanga).

Avec l'appui technique de l'OMS, le Ministère de la santé vient d'élaborer une stratégie ciblant plus de 6 millions de bénéficiaires. La requête d'environ 12 millions de doses de vaccins contre le choléra est soumise à la GTFCC (Global Taskforce on Cholera Control). La stratégie développée à cet effet divise les provinces touchées par les épidémies en quatre niveaux d'urgence où les campagnes de vaccination devraient se dérouler en 7 phases. Le niveau d'urgence 1 concerne les provinces du Kasai, du Kasai Oriental, du Sankuru, de l'Equateur, de Kinshasa et de Mai-Ndombe ; elles seront couvertes en deux phases. La population éligible pour ces zones est de 1,7 millions de personnes et la période proposée pour les deux phases de campagne va de novembre 2018 à février 2019. Le niveau d'urgence 2, à couvrir également en deux phases, concernent les provinces du Sud-Kivu et du Tanganyika pour 1,2 millions de personnes éligibles, de mars à mai 2019. Le niveau d'urgence 3 concerne quant à lui les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri avec 1,6 millions de personnes éligibles pour deux phases de campagne de juillet à septembre 2019. Enfin le niveau d'urgence 4 concerne le Haut-Lomami avec une seule phase de campagne pour quelques 662 000 personnes éligibles, en avril 2020. Le coût total estimé pour la vaccination dans ces zones à haut risque est de US\$ 8 millions.

Défis de la réponse :

- Prévenir la propagation de l'épidémie de choléra dans la ville province de Kinshasa à partir des flambées en cours dans les zones périphériques et les provinces voisines (Mai-Ndombe et Kongo Central), est un défi important vu l'importance du flux des mouvements entre ces zones ;
- Endiguer les flambées de choléra dans les provinces du Kasai Oriental, du Tanganyika et du Sud-Kivu ;
- Améliorer la coordination des partenaires du secteur de la santé au niveau national et dans les provinces ;
- Améliorer le niveau de préparation du pays à faire face aux épidémies et autres urgences de sante publique ;
- Accroître les capacités de mobilisation des ressources pour le financement des opérations d'urgence.

Coordination générale

Les efforts de coordination sont menés aussi bien au niveau national que provincial avec le Ministère de la Santé Publique, à travers le Programme national d'élimination du choléra et de lutte contre les autres maladies diarrhéiques (PNECHOL-MD). Une réunion de coordination a lieu régulièrement à Kinshasa. Des missions d'évaluation des activités et stratégies de réponse ont été menées dans l'espace Kasai et d'autres sont planifiées notamment au Tanganyika et au Sud-Kivu.

Dans le cadre du renforcement de la coordination, les actions suivantes sont menées / planifiées :

- Elaboration, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, des feuilles de route décrivant les actions prioritaires à mettre en œuvre dans les principaux foyers ;
- Elaboration d'un plan conjoint de riposte contre l'épidémie de choléra dans les foyers épidémiques pour une période de 6 mois (septembre 2018 – février 2019), par le PNECHOL-MD, OMS et partenaires (ne prend pas en compte les foyers endémiques et les nouveaux foyers) ;
- Mise en place d'une coordination ad hoc entre les clusters santé et EHA pour la mise à jour bihebdomadaire de l'état de la réponse et du financement du choléra à l'attention de l'Equipe Humanitaire de Pays ;
- Présentation de la situation épidémiologique, de la réponse en cours et des gaps au HAG ;
- Appui aux hubs humanitaires dans la coordination provinciale et interprovinciale des zones touchées par le choléra ;
- Renforcement de la capacité des intervenants dans la réponse sur les aspects techniques de la prise en charge pour réduire la mortalité.

Perspectives et Plaidoyer

- Renforcer les actions de réponse en cours ;
- Intervenir dans les nouveaux foyers : Haut-Katanga, Lomami ;
- Avec le début des pluies, pré-positionner des équipes mobiles pour intervenir rapidement dans les nouveaux foyers ;
- Pré-positionner des kits choléra et autres intrants dans le secteur de l'EHA ;

- Vacciner les populations à risque contre le choléra ; pour cela, accélérer l'élaboration des plans opérationnels et la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la campagne ;
- Evaluer (par le Ministère de la Santé Publique) les activités et stratégies de réponse en cours et estimer les ressources nécessaires pour le contrôle de l'épidémie dans les provinces de Tanganyika et Sud-Kivu ;
- Plaider auprès du gouvernement de la RDC et des partenaires de développement en faveur de l'investissement dans l'accès à l'eau ;
- Intensifier la communication de risque en prévision du début des pluies.

Historique et situation épidémiologique du choléra en RDC : ⁵

La RDC connaît actuellement la plus grande épidémie de choléra de son histoire, depuis celle de 1994 où plus de 50 000 personnes ont été affectées dans des camps de réfugiés Rwandais à Goma. A lui seul, de 2013 à 2017, le pays a rapporté de façon continue environ 151 000 cas de choléra et 3 034 décès (38 pour cent du total de cas et décès notifiés par tout le continent africain), soit un taux de létalité de 1,97 pour cent.

A l'exception de 2016, l'évolution des cas de choléra en RD Congo montre une tendance à la hausse vers la fin de l'année. Ceci pourrait s'expliquer par le début de la saison de pluies dans la plupart de sites sanctuaires et les grandes villes du pays. L'évolution en 2016 a été marquée par une augmentation brutale du nombre de cas à partir de la semaine 23. Cela correspond à la flambée épidémique observée dans certaines provinces de l'Ouest dont Tshopo, Equateur, Mongala, Nord-Ubangi, Mai-Ndombe, Kinshasa et Kongo Central. Ces provinces ont connu, en 2016, les plus grandes épidémies de ces cinq dernières années. La flambée de 2017 serait d'ailleurs une continuité de l'épidémie de 2016 qui n'avait pas été complètement maîtrisée, et s'est ensuite prolongée en 2018.

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

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

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

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

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

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Dan Schreiber, Chef de la section Coordination, schreiberd@un.org, Tél. +243 81 706 1204

Willy Lukemba, Responsable a.i. de l'unité Cycle de Programmation Humanitaire, lukemba@un.org, Tél. +243 81 012 68 56

Roger Kumande, unité Analyse stratégique et Plaidoyer, kumande@un.org, Tél. +243 81 706 1361

Pour plus d'informations, veuillez vous rendre sur www.unocha.org ou www.reliefweb.int.

Pour être ajouté ou supprimé de la liste de distribution de ce rapport, veuillez envoyer un email à : kasendue@un.org

⁵ PMSEC 2018-2022