



© UNICEF/UN0438721/Tremeau

Manuel intersectoriel pour la réponse humanitaire pour les secteurs EHA, nutrition, santé, et sécurité alimentaire en République Démocratique du Congo

Clusters EHA, Nutrition, Santé, et Sécurité Alimentaire de la République Démocratique du Congo

Novembre 2023

Remerciements

L'équipe de développement du manuel, qui inclus les équipes de coordination des clusters Eau, Hygiène, et Assainissement (EAH), Nutrition, Santé, et Sécurité Alimentaire de la République Démocratique du Congo, souhaite remercier toutes les personnes et les organisations qui ont contribué à la production de ce manuel depuis la première formation intersectorielle en 2019.

Les remerciements s'adressent spécifiquement aux ressources techniques au sein de chaque global cluster (nutrition, santé, EHA et sécurité alimentaire) pour le soutien technique.

Grâce à vos contributions, ce manuel a pu voir le jour.

Table des matières

1.	Bien fondé du manuel sur l'approche intégrée entre la santé, sécurité alimentaire, EHA et nutrition en RDC	4
2.	Les différentes crises d'application du manuel	6
2.1	Mouvement de population	6
2.2	Épidémie de Maladie à Virus Ebola	9
2.3	Autres épidémies (choléra, rougeole, méningite, etc.)	11
2.4	Urgence nutritionnelle	14
2.5	Catastrophes naturelles (inondations, éboulements, éruption volcanique)	16
3.	L'équipe de développement du manuel	19
4.	Annexes	20
4.1	Mouvement de population	20
4.2	Épidémie de Maladie à Virus Ebola	20
4.3	Autres épidémies (choléra, rougeole, méningite, etc.)	21
4.4	Urgence nutritionnelle	27
4.5	Catastrophes naturelles (inondations, éboulements, éruption volcanique)	28
5.	Acronymes	33

1. Bien fondé du manuel sur l'approche intégrée entre la santé, sécurité alimentaire, EHA et nutrition en RDC

La République Démocratique du Congo connaît un contexte de crise humanitaire aiguë et complexe depuis plus de 25 ans. Ces dernières années, les conflits armés, les épidémies dévastatrices comme la rougeole ou la maladie à virus Ebola, associés à des niveaux élevés de pauvreté chronique et à des carences structurelles persistantes ont aggravé les besoins humanitaires dans de nombreuses régions du pays. D'importants besoins multisectoriels sont liés aux mouvements de population récurrents, aux problématiques de protection, aux maladies à potentiel épidémique et d'origine hydrique et fécaux-orale, à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition aiguë.

Dans ces conditions où les populations font face à de multiples besoins, l'approche intersectorielle est la mieux indiquée pour une réponse de qualité, plus efficace et plus efficiente ; c'est-à-dire des initiatives qui promeuvent l'intégration des stratégies de plusieurs groupes sectoriels sur une même population affectée par les crises. Pour cela, il faut créer un cadre collaboratif entre secteurs qui inclut les différentes étapes du cycle de programmation : évaluation et analyse des besoins, programmation et suivi de la réponse, la mobilisation des ressources et l'évaluation finale et les efforts de plaidoyer. Il s'agit pour le maximum de secteurs concernés de collaborer à travers un cadre stratégique et opérationnel commun plus rigoureux, transparent et centré sur la personne pour une réponse adaptée. L'intersectorialité suggère la collaboration et la mutualisation des efforts entre secteurs pour une évaluation commune des besoins ressentis afin de sélectionner ceux qui seraient les plus pertinents à répondre de la manière la plus rapide, efficace et efficiente possible.

La mobilisation des ressources est également un élément clé pour une réponse intersectorielle. Il est en effet important d'assurer, non seulement des complémentarités sectorielles, mais également géographiques entre les interventions financées. Des synergies dans la mobilisation des ressources sont indispensables pour un impact positif des interventions. Une priorisation des besoins et proposition d'actions conjointes est une plus-value dans un contexte global de réduction des ressources pour soutenir l'action humanitaire.

Quelle est la différence entre la multisectorialité et l'intersectorialité ?

L'intersectorialité requiert un travail conjoint et collaboratif à tous les niveaux du cycle de programmation humanitaire incluant les niveaux techniques. La multisectorialité est une approche basée sur la complémentarité des activités mais ceux-ci restent en « silos ».

En RDC, le Gouvernement a fait de l'intersectorialité un élément crucial dans les stratégies développées pour la lutte des maladies à potentiel épidémique (choléra, maladie à virus Ebola, COVID-19). De même, depuis plusieurs

années, la communauté humanitaire a travaillé à renforcer l'approche multisectorielle, puis intersectorielle, en lien avec les engagements pris au niveau global (*Grand Bargain*)¹.

La multisectorialité est devenue un engagement stratégique prioritaire du Plan de Réponse Humanitaire dès 2017. Cependant, au-delà du cadre stratégique multisectoriel que constitue le HPC, l'opérationnalisation concrète de l'intersectorialité a évolué lentement, se limitant souvent à des outils et des stratégies entre deux ou trois secteurs tout au plus. De ce fait, un grand travail reste à faire dans ce domaine² afin que les actions planifiées se réalisent concomitamment dans les mêmes zones auprès des mêmes personnes ciblées.

C'est dans cette optique que la réflexion pour le développement d'un manuel conjoint intersectoriel Nutrition-EHA-Santé-Sécurité Alimentaire a été initié pour mieux s'attaquer aux causes immédiates et sous-jacentes des crises récurrentes. Ceci dans le but de maximiser l'impact des projets/programmes de la réponse humanitaire dans les zones prioritaires du pays. Il est entendu que cette stratégie ne se limite pas à ces seuls secteurs, elle reste ouverte à d'autres secteurs clés, notamment, sans s'y limiter, la Protection et Abris et Article Ménagères Essentielles (AME).

Ce manuel traduit les résultats des réflexions conjointes et se veut un document de référence pour la planification, la préparation et la mise en œuvre des interventions des secteurs concernés. Il a pour but d'aider les partenaires à optimiser l'impact de leurs interventions tout en maximisant les ressources humaines et financières.

Ce document s'adresse également au système de coordination humanitaire en place (Inter-cluster, OCHA, EHP, etc.) et aux bailleurs de fonds qui à travers celui-ci pourront comprendre davantage les paquets de réponse multisectoriels par type de crise. La rationalisation/meilleure utilisation des ressources est un paramètre crucial.

Le lecteur sera conduit à considérer les différentes crises majeures rencontrées en RDC (voir définitions en annexe) avec un paquet minimum d'activités intersectorielles défini par chaque secteur concerné pour répondre aux besoins essentiels des personnes affectées.

Ce paquet minimum défini par chaque secteur sera mis en œuvre en fonction du contexte et des gaps identifiés pour une meilleure adaptation de la réponse.

¹ "Aid organizations and donors commit to: Provide a single, comprehensive, cross-sectoral, methodologically sound and impartial overall assessment of needs for each crisis to inform strategic decisions on how to respond and fund thereby reducing the number of assessments and appeals produced by individual organizations." https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Grand_Bargain_final_22_May_FINAL-2.pdf

² Par exemple Wash in Nut; Wash in School; etc. Dans le Plan de Réponse Humanitaire 2017-2019, la multisectorialité était définie comme suit : « On parle de multisectorialité lorsqu'un individu ou une communauté reçoit un paquet d'assistance humanitaire composé d'au moins deux secteurs ».

2. Les différentes crises d'application du manuel

2.1 Mouvement de population

Secteur lead = Sécurité Alimentaire

Evaluations

Le mécanisme ERM fait les évaluations pour les crises soudaines / majeures (approx 30% des alertes reçues).

S'il n'y a pas d'évaluation ERM (par exemple, dans les cas de retours), les clusters peuvent décider de mener une évaluation des besoins conjointe dans des zones d'intérêt (avec l'appui financier des agences lead ou d'autres partenaires des clusters).

Planification de la réponse

Seuil d'intervention : niveau 4+ de sévérité liée aux mouvements de population (10,000+ personnes / ratio par rapport à la population hôte)

Les 4 clusters revoient ensemble les résultats de l'ERM / évaluation conjointe, et discutent si la crise nécessite une intervention conjointe des 4 clusters (ou 3, ou 2) et éventuellement les ZS / villages spécifiques de convergence des besoins.

Sur la base de cette analyse, les 4 clusters vont identifier l'intervention intégrée qui va être proposée aux partenaires, y incluant le paquet d'activités (possible adaptation des paquets décrits ci-dessous), la priorisation « chronologique » des besoins et des interventions, et les indicateurs de suivi pour l'intervention conjointe.

Sur la base de cela, les 4 clusters vont rédiger une note d'orientation commune aux partenaires pour organiser la réponse.

Mobilisation de ressources et plaidoyer

L'analyse et priorisation conjointe va être utilisée pour le plaidoyer et la mobilisation de ressources, par exemple pour définir la stratégie d'allocation du Fonds Humanitaire, ou rapprocher / solliciter les acteurs de réponse rapide (SAFER, UNIRR, YYY), ou faire du plaidoyer direct auprès de certains bailleurs.

Mise en œuvre et suivi

Une fois les partenaires identifiés, les clusters vont les mettre en contact pour assurer une coordination opérationnelle sur le terrain (partage d'info, etc.).

Le suivi conjoint sera mis en place par les clusters, entre autres des missions de suivi conjointes, et/ou des réunions pour voir le progrès.

Les clusters vont aussi développer des produits conjoints d'information, par exemple un tableau de bord ou un bulletin pour un suivi spécifique des projets intersectoriels.

Paquet d'activités de réponse :

Santé	
Au niveau de la communauté	Organisation des cliniques mobiles en vue de la fourniture des Soins de santé de base aux populations vulnérables déplacées, retournés en site, centre collectif ou en FAMAC (famille d'accueil)
	Mettre en place un système de surveillance épidémiologique base communautaire
	Organisation de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfants (PCIME) communautaire avec les ReCo et ASC
	Sensibilisation et distribution des méthodes contraceptives, suivi de la grossesse, suivi du calendrier vaccinal, prévention des infections sexuellement transmissibles à base communautaire
Au niveau FOSA :	Prise en charge des soins de santé primaire (SSP)
	Appui à la Vaccination de routine
	Activités de sensibilisation sur les différentes thématiques spécifiques santé
	Prise en charge PCA (paquet complémentaire d'activités)
	Prise en charge des malades, des femmes enceintes et allaitantes
	Dépistage et prise en charge PV VIH et PVTB
	Approvisionnement et distribution de contraceptifs
	Mise en place du DMU (Dispositif Minimum d'Urgence en Santé Sexuelle et Reproductive)
	Approvisionnement en Kit PEP (<i>post-exposition prevention</i>)
	Equiper des formations sanitaires en matériel médical de base
	Réhabilitation des formations sanitaires
Offre de services de prise en charge médicale et psychosociale des survivants de VS	
Sécurité alimentaire :	
<i>Assistance alimentaire d'urgence (pour les déplacés et retournés de moins de 6 mois)</i>	
<i>Appui à la production d'urgence (retournés de plus ou moins 6 mois, famille d'accueil, population hôte ou stabilisation)</i>	
<i>Appui aux moyens d'existence (retournés, population hôte ou stabilisation)</i>	
Au niveau ménage	Renforcement de la disponibilité et l'accès aux aliments à haute valeur nutritive (pour les déplacés et retournés de moins de 6 mois) ;
	Promotion des cultures riches en nutriments (déplacés/retournés de plus ou moins 6 mois, famille d'accueil, population hôte ou stabilisation) ;
	Promotion de la production de subsistance familiale (les jardins de case, distribution des kits agricoles, distribution des semences, etc.) pour déplacés/les retournés de plus ou moins 6 mois, famille d'accueil, population hôte ou stabilisation ;
	Appui aux moyens d'existence (Distribution des Kits AGR, Transformation des produits agricoles, petits élevages, ...) pour déplacés/les retournés, population hôte ou stabilisation.
Au niveau communautaire	Sensibilisation de la communauté sur l'utilisation du cash pour les objectifs d'amélioration de la situation nutritionnelle et sécurité alimentaire (tous types de bénéficiaires)
	Promotion des cultures riches en nutriments (déplacés/retournés de plus ou moins 6 mois, famille d'accueil, population hôte ou stabilisation) ;
	Sensibilisation sur les causes de l'insécurité alimentaire (restitution des enquêtes, EFSA, IPC, SMART, etc.) (tous types de bénéficiaires)

	HIMO (Réhabilitation des routes de desserte agricoles, pistes rurales, magasins communautaires, ...)
Eau/hygiène/assainissement	
Au niveau des déplacés dans les sites ou dans les familles d'accueil et communautés hôtes :	Construction/Réhabilitation des points d'eau et des latrines dans les sites de déplacés et dans la communauté hôte avec considération du « do no harm » dans le choix des emplacements (consultation des femmes en priorité) et accès pour les personnes avec handicap.
	Traitement de l'eau dans les sites de déplacés, déplacés dans les familles d'accueil et aussi pour les communautés hôtes. Assurer la provision d'aquatabs si l'eau est claire et de PUR si l'eau est turbide de plus de 5 NTU. Faire l'installation d'un site de chloration et distribution (accès, point d'eau, sécurité, etc.) là ou un point de traitement public n'est pas faisable.
	Campagne de sensibilisation et éducation à la promotion à l'hygiène et l'assainissement (prévention des épidémies, gestes barrières, F Diagramme, bonne pratique d'hygiène aux foyers, contrôle de vecteurs dans les sites et communauté hôtes et dans les écoles) via les ReCo, les CAC et les brigades scolaires.
	Distribution des kits WASH et kits d'hygiène intimes pour les déplacés en sites et en familles d'accueil. (Prévoir un % de kits aussi à remettre aux familles hôtes les plus vulnérables. (Voir normes et standards du cluster EHA)
Au niveau des écoles :	Réhabilitation/Construction de points d'eau, de latrines en prenant en compte les personnes à mobilité réduite
	Provision d'aquatabs si besoin de traiter l'eau claire et de PUR si l'eau est turbide de plus de 5 NTU.
	Installation de dispositif de lave main avec savon (1 par classe)
	Campagne de promotion aux bonnes pratiques hygiéniques y compris la gestion de l'hygiène menstruelle via les brigades scolaires
	Creusage d'un trou à ordure
Au niveau des centres de santé :	Réhabilitation/construction de latrines et de points d'eau en prenant en compte les personnes à mobilité réduite ;
	Provision d'aquatabs si besoin de traiter l'eau claire et de PUR si l'eau est turbide de plus de 5NTU.
	Installation de dispositif de lave main avec savon (1 par local)
	Installation d'incinérateurs et d'une zone à déchets incluant selon les besoins une fosse à placenta, trou à ordure, incinérateur/brûleur, broyeur de verre et fosse à cendre avec remise de kit EPI et de maintenance.
	Formation du personnel soignant aux bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement y compris la gestion sécurisée des déchets biomédicaux.
Nutrition	
Au niveau communautaire et sites déplacés	Organisation des cliniques mobiles PCIMA (continuum MAS/MAM) chez les enfants de moins de 5 ans au niveau des sites de déplacés distants de plus 5 km de la formation sanitaire
	Mise en place des activités sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U)

	Dépistage mensuel et référencement des cas de malnutrition
	Organisation des activités de sensibilisation sur les bonnes pratiques familiales essentielles
Au niveau des formations sanitaires	Prise en charge de la malnutrition aiguë en ambulatoire chez les enfants MAS et MAM (continuum de soins MAS/MAM) ou alternative avec l'approche simplifiée PCIMA
	Prise en charge nutritionnelle des cas de malnutrition aiguë avec complication médicale en hospitalisation
	Prise en charge de la malnutrition aiguë chez les femmes enceintes et femmes allaitantes
	Supplémentation alimentaire chez les enfants de 6 - 23 mois (BSFP)
	Supplémentation en micronutriments des femmes enceintes (MMS, Fer/ac folique, etc.) et les enfants de moins de 5 ans.
	Formation du personnel de santé sur le protocole nutrition
	Organisation des activités sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U)
Au niveau de la zone de santé	Surveillance nutritionnelle (SNSAP)

En plus des indicateurs sectoriels, les partenaires de mise en œuvre sont encouragés à récolter des indicateurs ci-dessous :

Indicateurs de suivi intersectoriel recommandés :

- # sites ayant la capacité de soutenir la distribution des paquets minimaux de services en sécurité alimentaire, santé, nutrition et d'EHA.
- % de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au niveau des sites de déplacés au cours des 3 derniers mois

2.2 Épidémie de Maladie à Virus Ebola

Secteur lead = Santé

Evaluations

Alerte, investigation, confirmation de l'alerte et déclaration par le ministère de la Santé.

Planification de la réponse

Les 4 clusters se réunissent pour déclencher l'intervention intégrée et envoyer des orientations communes aux partenaires.

Mobilisation de ressources et plaidoyer

Les 4 clusters vont faire le plaidoyer auprès du HCT pour une mobilisation rapide du fonds CERF. Les clusters Santé, Nutrition, SECAL et EHA vont aussi mobiliser leurs contreparties gouvernementales pour l'élaboration et validation du plan de réponse à l'épidémie et l'activation de l'IMS (Incident Management System).

Mise en œuvre et suivi

Une fois les partenaires identifiés (et accréditation signée avec la DPS – pour les partenaires Santé, Nutrition et EHA qui travaillent dans les CTE / CdS), les clusters vont les mettre en contact pour assurer une coordination opérationnelle sur le terrain (partage d’info, etc.).

Le suivi conjoint sera mis en place par les clusters, avec des réunions pour voir le progrès.

Les clusters peuvent aussi développer des produits conjoints d’information, par exemple un tableau de bord ou un bulletin.

Paquet d’activités de réponse :

Santé	
Au niveau de communauté	Communication des risques et l’engagement communautaire
	Surveillance à base communautaire : Mise en place d’un système de veille humanitaire utilisant les points focaux et lanceurs d’alerte qui prennent les informations au niveau des ménages
	Vaccination de la population
	Sensibilisation sur la prévention et la prise en charge de l’épidémie d’Ebola
	Isolement des cas avant le transfert sécurisé aux centres de traitement
	Mission d’investigation des cas au niveau communautaire
	Suivi des contacts et des cas guéris
	Surveillance aux points d’entrée
	Désinfestation au niveau de ménages
	Enterrement digne et sécurisé
Au niveau du CTE / Centre de Santé	Prise en charge des cas
	Coordination de la réponse et la surveillance
	Diagnostic labo (réactif, prélèvement et transfert des échantillons au labo)
	Vaccination du personnel et de la population
	Distribution de kits EPI
	Prise en charge psycho-social
Prise en charge alimentaire	
Sécurité alimentaire	
Au niveau communautaire	Assistance des communautés affectées par une distribution générale des vivres (blanket)
Eau/hygiène/assainissement	
Au niveau de la communauté :	Traitement d’eau à domicile (PUR, Aquatab, chloration)
	Réhabilitation ou remise en service des systèmes d'eau potable
	Désinfection directe du domicile (après consentement systématique de la famille) ou soutien aux ménages pour la promotion de la désinfection et dans les ménages voisins pour établissement d’un cordon sanitaire.
	Analyse de la qualité de l'eau (contrôle ponctuel de chlore résiduel 0.5mg/L) dans les ménages.

	Remise de kits WASH dans les familles affectées et orientation-démonstration d'utilisation
	Campagne de communication pour la prévention contre la maladie via les CACs, ReCo et leader locaux et radios locaux
	Participer à la surveillance épidémiologique et identifier de façon précise les zones foyer de la contamination pour y placer les interventions là où il faut.
Au niveau des centres de traitement / centre de santé	Appui aux CS/CTE qui reçoivent et traitent les patients (EPI, solution chlorée, thermoflash). Approche PCI.
	Réhabilitation des CTE (et centres de santé - si besoin)
	Construction de latrines et douches d'urgence séparées par genre en respect du « do no harm » et avec une porte pour personne avec handicap par genre.
	Améliorer la capacité de stockage d'eau de plus de 40L par personne par jour.
	Installation des dispositifs de lavage des mains avec savon, un par salle.
	Formation médicale des IT et prestataires médicaux sur la surveillance et réponse de la maladie épidémique et sur le PCI.
	Activités de sensibilisation sur les thématiques et messages clés en EHA auprès des structures sanitaires ciblées
Nutrition	
Pendant toute la durée de l'épidémie	Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants
	Activités ANJE-U Ebola (inclut soins nutritionnels diététiques Ebola)

En plus des indicateurs sectoriels, les partenaires de mise en œuvre sont encouragés à récolter des indicateurs ci-dessous :

Indicateurs de suivi intersectoriel recommandés :

- # de centres de santé /établissements fonctionnels ayant la capacité de soutenir la distribution des paquets minimaux de services en sécurité alimentaire, santé, nutrition et d'EHA au cours des 3 derniers mois
- % de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au cours des 3 derniers mois.

2.3 Autres épidémies (choléra, rougeole, méningite, etc.)

Secteur lead = Santé

Evaluations

Alerte, investigation, confirmation de l'alerte et déclaration par le ministère de la Santé.

Seuil d'intervention : si épidémie confirmée

Planification de la réponse

Les 4 clusters se réunissent pour déclencher l'intervention intégrée et envoyer des orientations communes aux partenaires. Identifier les indicateurs de suivi pour l'intervention conjointe.

Mobilisation de ressources et plaidoyer

Les 4 clusters vont faire le plaidoyer auprès du HCT pour une mobilisation rapide de ressources, notamment du fonds CERF. Les clusters Santé, Nutrition, SECAL et EHA vont aussi mobiliser leurs contreparties gouvernementales pour l'élaboration et validation du plan de réponse à l'épidémie et l'activation de l'IMS (Incident Management System).

Mise en œuvre et suivi

Une fois les partenaires identifiés (et accréditation signée avec la DPS – pour les partenaires Santé, Nutrition et EHA qui travaillent dans les CdS), les clusters vont les mettre en contact pour assurer une coordination opérationnelle sur le terrain (partage d'info, etc.).

Le suivi conjoint sera mis en place par les clusters, avec des réunions pour voir le progrès et éventuellement des missions terrain conjointes.

Les clusters peuvent aussi développer des produits conjoints d'information, par exemple un tableau de bord ou un bulletin.

Paquet d'activités de réponse :

Santé	
Au niveau communauté	Vaccination porte à porte dans les ménages
	Chimioprophylaxie selon le schéma en vigueur en RDC
	Mise en place des points de réhydratation orale (Cholera)
	Organisation des références/évacuations vers les structures de prise en charge
	Organisation des sensibilisations sur les maladies à potentiel épidémique (Choléra, Rougeole, etc.)
	Sensibilisation pour la vaccination, les mesures d'hygiène et chimioprophylaxie par les prestataires
	Appui à la surveillance épidémiologique à base communautaire
	Enquête monitoring rapide de convenance (rougeole)
	Mise en œuvre des activités CATI et ou quadrillage selon l'envergure de l'épidémie
	Organisation des missions d'investigation des cas
Au niveau CdS	Prise en charge des malades (les kits et autres intrants thérapeutiques)
	Riposte vaccinale
	Renforcement du PEV de routine pendant les ripostes dans toutes les ZS en épidémie
	Mise en place/Réhabilitation des CTC/UTC (choléra)
	Renforcement de la coordination
	Surveillance épidémiologique, prélèvement et transport des échantillons
	Transports des malades (références évacuations)
Sécurité alimentaire	

Niveau communautaire	Ciblage et assistance alimentaire d'urgence (Cash et nature)
Eau/hygiène/assainissement	
Au niveau de la communauté	Disponibilisation et sensibilisation sur les produits pour le traitement d'eau à domicile (PURE, Aquatab, chloration/HTH)
	Réhabilitation ou remises en service des systèmes d'eau potable
	Désinfection directe du domicile (après consentement systématique de la famille) ou soutien aux ménages pour la promotion de la désinfection et dans les ménages voisins pour établissement d'un cordon sanitaire.
	Analyse de la qualité de l'eau (contrôle ponctuel de CRL à 0.5mg/L) dans les ménages.
	Remise de kits WASH dans les familles affectées et orientation-démonstration d'utilisation
	Campagne de communication pour la prévention contre la maladie via les CACs, Reco et leader locaux et radios locaux
	Cartographier les activités (désinfection, chloration et cas notifié).
Au niveau des centres de traitement/centre de santé	Appui aux CS/CTC qui reçoivent et traitent les patients (EPI, solution chlorée, thermoflash, etc.).
	Construction de latrines et douche d'urgence
	Améliorer la capacité de stockage d'eau
	Installation dispositifs de lavage des mains avec savon
	Promotion de l'hygiène et assainissement de base dans les FOSA/sites de vaccination en épidémie de rougeole (distribution de savons et des produits de traitement de l'eau, installation de dispositifs de lavage des mains etc.) + produits de désinfection et de traitement de l'eau + kit d'entretien latrines
Nutrition	
Au niveau de la communauté et dans les CdS	Organisation des activités d'éducation nutritionnelle (ANJE-U, etc.)
	Organisation des activités de sensibilisation sur les bonnes pratiques familiales essentielles
	Approche PB famille pour le dépistage et référencement des cas de malnutrition aiguë
	Prise en charge malnutrition aiguë sévère en ambulatoire
	Prise en charge nutritionnelle des enfants malnutri aiguë sévère avec complication en hospitalisation

En plus des indicateurs sectoriels, les partenaires de mise en œuvre sont encouragés à récolter des indicateurs ci-dessous :

Indicateurs de suivi intersectoriel recommandés :

- # de centres de santé /établissements fonctionnels ayant la capacité de soutenir la distribution des paquets minimaux de services en sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au cours des 3 derniers mois
- % de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au cours des 3 derniers mois

2.4 Urgence nutritionnelle

Secteur lead = Nutrition

Evaluations

Alerte sur la base de la surveillance nutritionnelle (sites SNSAP) et/ou résultats des enquêtes nutritionnelles (type SMART rapides ou standards) et/ou résultats IPC AMN.

Seuil d'intervention : à partir du niveau 4 de sévérité (MAG \geq 15%)

Planification de la réponse

Les 4 clusters se réunissent, et discutent si l'urgence nutritionnelle nécessite une intervention conjointe des 4 clusters (ou 3, ou 2) et éventuellement les ZS / villages spécifiques de convergence des besoins. Ces échanges porteront sur les facteurs aggravants de la situation nutritionnelle de la population dans la localité en matière d'EHA, SECAL et santé.

Sur la base de cette analyse, les 4 clusters vont identifier l'intervention intégrée qui va être proposée aux partenaires, incluant le paquet d'activités (possible adaptation du paquet décrit ci-dessous), la priorisation « chronologique » des besoins et des interventions, et les indicateurs de suivi pour l'intervention conjointe.

Sur la base de cela, les 4 clusters vont envoyer des orientations communes aux partenaires.

Mobilisation de ressources et plaidoyer

L'analyse et priorisation conjointe va être utilisée pour le plaidoyer et la mobilisation de ressources, par exemple pour définir la stratégie d'allocation du Fond Humanitaire, ou faire du plaidoyer direct auprès de certains bailleurs.

Mise en œuvre et suivi

Une fois les partenaires identifiés, les clusters vont les mettre en contact pour assurer une coordination opérationnelle sur le terrain (partage d'info, assurer les référencements entre structures et/ou activités, etc.).

Le suivi conjoint sera mis en place par les clusters, avec des réunions pour voir le progrès et éventuellement des missions terrain conjointes.

Les clusters peuvent aussi développer des produits conjoints d'information, par exemple un tableau de bord ou un bulletin.

Paquet d'activités de réponse :

Santé	
Au niveau de la communauté	Vaccination de routine porte à porte dans les ménages
	Supplémentation en Vitamine A et déparasitage au niveau des ménages
	Sensibilisation pour la vaccination par les ReCo
	Organisation des sensibilisations sur les maladies à potentiel épidémique (Choléra, Rougeole, etc.)

Au niveau des hôpitaux	Prise charge médicale des cas de MAS avec complications médicales Activités de sensibilisation sur les différentes thématiques spécifiques santé
Sécurité alimentaire	
Au niveau communautaire	Ciblage et assistance alimentaire d'urgence (Cash et nature) des ménages de la zone Promotion de la production de subsistance familiale (les jardins de case, distribution des kits agricoles, distribution des semences, petits élevages etc.) Sensibilisation de la communauté sur l'utilisation du cash pour les objectifs d'amélioration de la situation nutritionnelle et sécurité alimentaire Promotion des cultures riches en nutriments (farines enrichies, etc.)
Eau/hygiène/assainissement	
Au sein de la communauté	Réhabilitation et construction des points d'eau avec formation des comités de gestion des ouvrages (l'approche AGR avec participation de la communauté aux travaux de maraîchage et les bénéfices des ventes de produits peuvent servir pour la maintenance du point d'eau) Latrines familiales à travers l'approche auto prise en charge pour éradiquer la défécation à l'air libre Promotion hygiène dans communauté (via RECO CACs) incluant sensibilisation sur l'importance de l'environnement sain et son impact sur les nouveaux nés et enfants.
Au niveau du centre de prise en charge (UNTA/UNTI)	Construction/réhabilitation des points d'eau (y inclut traitement) et latrines Distribution de kits EHA aux ménages des enfants malnutris, femmes enceintes et allaitantes pris en charge auprès des unités thérapeutiques nutritionnelles Sensibilisation à la promotion à l'hygiène dans les centres de prise en charge en faveur du couple mère/enfants malnutris Formation du personnel de santé et des relais communautaires dans les centres de santé sur la « WASH in NUT » et les approches de mobilisation /IEC (renforcement de capacités)
Nutrition	
Au niveau communautaire	Organisation des cliniques mobiles PCIMA (continuum MAS/MAM) chez les enfants dans les communautés distant de plus 5 km de la formation sanitaire Mise en place de stratégie PB parent. Formation des agents communautaires sur la mobilisation communautaire, le dépistage et référencement des cas de malnutrition Organisation des activités de sensibilisation sur les bonnes pratiques familiales essentielles
Au niveau de la formation sanitaire	Prise en charge de la malnutrition aiguë en ambulatoire chez les enfants MAS et MAM (continuum de soins MAS/MAM) ou alternative avec l'approche simplifiée PCIMA Prise en charge nutritionnelle en hospitalisation pour les cas de malnutrition aiguë avec complication médicale. Equiper en matériel anthropométrique, aliments thérapeutiques et supplémentaires, et médicaments essentiels pour le traitement systématique Supplémentation en vitamine A et déparasitage de tous les enfants de 6-59 mois Supplémentation en micronutriments des femmes enceintes (MMS, Fer/ac folique, etc.) et les enfants de 6 - 23 mois (BSFP)

	Formation du personnel de santé sur le protocole nutrition
	Organisation des activités sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U)
Au niveau de la zone de santé	Organisation d'enquête nutritionnelle SMART rapide ou standard (SMART plus)
	Appui au système de surveillance nutritionnelle (SNSAP)

En plus des indicateurs sectoriels, les partenaires de mise en œuvre sont encouragés à récolter des indicateurs ci-dessous :

Indicateurs de suivi intersectoriel recommandés :

- % de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au niveau d'un centre de santé / établissement au cours des 3 derniers mois.
- % de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au niveau de la communauté au cours des 3 derniers mois
- Prévalence de la MAG chez les enfants de moins de 5 ans.

2.5 Catastrophes naturelles (inondations, éboulements, éruption volcanique)

Secteur lead = Sécurité Alimentaire et Santé

Evaluation

Le mécanisme ERM fait les évaluations pour les crises soudaines / majeures (approx 30% des alertes reçues).

S'il n'y a pas d'évaluation ERM, les clusters peuvent décider de mener une évaluation des besoins conjointe dans des zones d'intérêt (avec l'appui financier des agences lead ou d'autres partenaires des clusters).

Planification de la réponse

Les 4 clusters revoient ensemble les résultats de l'ERM / évaluation conjointe, et discutent si la crise nécessite une intervention conjointe des 4 clusters (ou 3, ou 2), et sur les ZS /villages spécifiques de convergence des besoins.

Sur la base de cette analyse, les 4 clusters vont identifier l'intervention intégrée qui va être proposée aux partenaires, y incluant le paquet d'activités (possible adaptation du paquet décrit ci-dessous), la priorisation chronologique des besoins et des interventions, et les indicateurs de suivi pour l'intervention conjointe.

Sur la base de cela, les 4 clusters vont envoyer des orientations communes aux partenaires.

Mobilisation de ressources et plaidoyer

L'analyse et priorisation conjointe va être utilisée pour le plaidoyer et la mobilisation de ressources, par exemple pour définir la stratégie d'allocation du Fond Humanitaire, ou rapprocher / solliciter les acteurs de réponse rapide (SAFER, UNIRR, YYY), ou faire du plaidoyer direct auprès de certains bailleurs.

Mise en œuvre et suivi

Une fois les partenaires identifiés, les clusters vont les mettre en contact pour assurer une coordination opérationnelle sur le terrain (partage d'info, etc.). La réponse doit être intégrée à la SNGC (XXX) et au Plan ORSEC/RDC.

Le suivi conjoint sera mis en place par les clusters, et il peut aussi prévoir des missions de suivi conjointes, et/ou des réunions pour voir le progrès.

Les clusters peuvent aussi développer des produits conjoints d'information, par exemple un tableau de bord ou un bulletin.

Paquet d'activités de réponse :

Nutrition	
Au niveau communautaire et au niveau des CdS	Evaluation nutritionnelle rapide (dépistage malnutrition aiguë et enquête ANJE)
	Prise en charge nutritionnelle en ambulatoire chez les enfants de moins de 5 ans souffrant de MAM ou MAS (PCIMA)
	Sensibilisation sur les bonnes pratiques familiales essentielles
Sécurité alimentaire	
Au niveau communautaire	Assistance directe des ménages affectés par une distribution alimentaire (HEB / ration sèche/ repas cuit/ vivres) ou de cash/bon pour achat vivres (blanket)
	Activités Cash for Work / HIMO
Eau/hygiène/assainissement	
Au niveau communautaire	Water Trucking et contrôle de la qualité d'eau au dernier recours.
	Distribution de kits EHA pour les ménagers et les centres de santé accessibles
	Préférentiellement l'installation de points de chloration, stations de chloration ou distribution des kits pour le traitement de l'eau de boisson à domicile. Aquatabs si eau claire et Pure si turbidité a plus de 5 NTU.
	Construction des latrines publiques d'urgence géographiquement séparées par genre avec accès pour les personnes avec un handicap ;
	Installation des dispositifs de lave mains à proximité des latrines et lieux publics (école, FOZA, marchés etc.) avec la provision de savon.
Séances de la promotion d'hygiène (IEC).	
Santé	
Au niveau des CdS	Approvisionnement en médicaments essentiels génériques et équipements médicaux
	Installation des cliniques mobiles / moyens pour le transfert des malades urgents de la communauté vers l'hôpital
	Renforcer les services de santé de la reproduction humaine et la prise en charge des violences sexuelles
	La continuité des soins de santé primaires et secondaires, et disponibilité de PEC SMSPS
Au niveau communautaire	Renforcement de la surveillance épidémiologique, de la surveillance des décès maternels et de la malnutrition
	Déploiement des équipes de secours d'urgence

	Points d'écoute pour le soutien psycho-social
	Renforcement de la vaccination en situation d'urgence
	Sensibilisation et mobilisation des APA

En plus des indicateurs sectoriels, les partenaires de mise en œuvre sont encouragés à récolter des indicateurs ci-dessous :

Indicateurs de suivi intersectoriel recommandés :

- % de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au niveau d'un centre de santé / établissement au cours des 3 derniers mois.
- % de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au niveau de la communauté au cours des 3 derniers mois

3. L'équipe de développement du manuel

L'équipe de développement est composée des personnes suivantes :

SAGNO Kalil, *Coordinateur du cluster Nutrition RDC*, ksagno@unicef.org
ABOUBAKARY COULIBALY, *Coordinateur national du cluster nutrition RDC*, acoulibaly@unicef.org
DECHENTINNES Thomas, *Coordinateur du cluster EHA RDC*, tdechentinnnes@unicef.org
Brehima CAMARA, *Coordinateur Cluster WASH Goma*, brcamara@unicef.org
DJIMTESSEM AYAMBAYE Francis, *Coordinateur du cluster Santé Nord- Kivu RDC*, djimtessema@who.int
ALOU BADARA TRAORE *coordinateur national de cluster santé OMS*, traoreal@who.int
SEKPON Marc, *Coordinateur du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, marc.sekpon@wfp.org
PELLÉ Kévin, *Gestionnaire de l'information du cluster Nutrition RDC*, UNICEF, kpelle@unicef.org
MBODJ Daouda, *Co-lead du cluster Nutrition RDC*, COOPI, nutrition.rdc@coopi.org
SOULEYMANE DIALLO *Co-facilitateur national du cluster nutrition COOPI*, clusternut.rdc@coopi.org
DOCHY Amanda, *CoGestionnaire de l'information du cluster Nutrition RDC*, COOPI, imo.cluster.rdc@coopi.org
BAYA KIMALANDA Norbert, *Co-lead du cluster Nutrition RDC*, PRONANUT, bayakimalanda01@gmail.com
KITWANDA KALA KONGA Françoise, *Co-lead du cluster Nutrition RDC*, PRONANUT, fkfatuma@gmail.com
DEUBALBE David, *Co-Facilitateur du cluster EHA RDC*, ACF, washcolead@cd-actioncontrelafaim.org
NSENGIYUMVA Gilbert, *Gestionnaire de l'information du cluster EHA RDC*, ACF, gestim@cd-actioncontrelafaim.org
WELO Placide, *spécialiste Cholera*, ministère de la Santé Publique, pwelo2018@gmail.com
KAZADI Sylvestre, *Co-facilitateur du cluster Santé RDC*, MDA, sylvestrekzd@gmail.com
LUBOYA MBIYA-NGANDU Henri, *Gestionnaire de l'information du cluster Santé RDC*, OMS, marvinn@who.int
NDUMU Marvin, *Gestionnaire de l'information du cluster Santé RDC*, OMS, marvinn@who.int
BUSAMBO Paul, *CO-Coordinateur du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, FAO, paul.busambo@fao.org
MUKANDILA Papy, *Co-facilitateur du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, ACTED, drc.foodsecurity@acted.org
BANE Amadou, *Co-Facilitateur du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, ACTED, amadou.bane@acted.org
PASCAUD Yannick, *Gestionnaire de l'information du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, PAM, yannick.pascaud@wfp.org
DIESSE Hermene, *Co-Gestionnaire de l'information du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, PAM, hermane.diesse@wfp.org
KUMANDE Roger, *Assistant Humanitarian Affairs Officer*, OCHA, kumande@un.org
KABILA Kalenga Willy, *Assistant Humanitarian Affairs Officer*, OCHA, kalenga@un.org
TSHIAMALA Steven, *Data Management Assistant*, OCHA, steven.tshiamala@un.org

4. Annexes

4.1 Mouvement de population

Définition : Les mouvements de population en RDC sont principalement générés par l'évolution du contexte sécuritaire liés aux conflits armés, intercommunautaires et fonciers et par les catastrophes naturelles dont les inondations cycliques. Les groupes de population affectée par ces mouvements sont : les PDIs, les personnes retournées, les personnes réfugiées, les familles d'accueil et les communautés hôtes.

Impact : Les conséquences humanitaires des mouvements de population sur ces différents groupes varient en fonction de la durée de déplacement et des conditions d'hébergement qui dictent le type de réponse aux besoins spécifiques à chaque groupe. Ainsi, la communauté humanitaire distingue les personnes affectées par des mouvements de population récents (personnes déplacées et retournées depuis moins de 6 mois, familles d'accueil, communautés hôtes, personnes réfugiées) des personnes affectées par des mouvements de population prolongés (personnes déplacées et retournées entre 7 et 12 mois, familles d'accueil, personnes réfugiées). Si pour les mouvements récents les problèmes critiques prioritaires sont ceux liés aux besoins vitaux et au bien-être physique et mental, ceux des mouvements prolongés sont liés aux conditions de vie.

4.2 Épidémie de Maladie à Virus Ebola

Définition : Depuis 1976, la République démocratique du Congo a fait face à 12 épidémies de la maladie à virus Ebola (MVE) dont la dernière date de 3 mai 2021. Toutes ces épidémies ont été caractérisées par une forte contagiosité, une mortalité élevée et une forte dégradation de la situation socioéconomique des populations affectées.

La fièvre hémorragique à virus Ebola est une maladie rare mais grave qui survient principalement dans les régions de la forêt tropicale humide et en RDC, principalement dans les provinces du Nord-Kivu, Equateur et Ituri. Elle se caractérise par une transmission de personne à personne par l'intermédiaire d'un contact étroit avec des malades, des cadavres ou des liquides physiologiques infectés.

Evolution : La maladie à virus Ebola débute par une forte fièvre, une diarrhée qui peut être sanglante (« diarrhée rouge ») et des vomissements. Les céphalées, la nausée et les douleurs abdominales sont courantes. L'injection des conjonctives, la dysphagie et les symptômes hémorragiques (épistaxis, hémorragie gingivale, hématomèse, méléna, purpura) peuvent ensuite se développer. Il arrive que certains malades présentent une éruption maculopapuleuse sur le tronc. Une déshydratation et un amaigrissement important surviennent au cours de la maladie. Au stade tardif, le système nerveux central est fréquemment atteint, ce qui se manifeste par de la somnolence, du délire ou le coma. Le taux de létalité s'établit entre 50% et 90%.

Si un seul cas est confirmé :

- Maintenir des mesures strictes de lutte contre les infections virales de fièvre hémorragique pendant toute la durée de l'épidémie.

- Mobiliser la communauté pour la détection et la prise en charge rapide des cas ; éduquer la communauté sur le mode de transmission de la maladie et comment lutter contre l'infection lors des soins à domicile et des sépultures.
- Assurer le suivi des contacts du cas et rechercher activement d'autres cas qui pourraient ne pas s'être présentés aux services médicaux.
- Demander l'assistance des autres niveaux, selon les besoins. Installer une unité d'isolement pour s'occuper des cas supplémentaires qui pourraient se présenter au centre de soins.

Les épidémies d'Ebola ont touché tour à tour plusieurs zones dans les provinces de la république démocratique du Congo notamment cinq fois dans l'Equateur, une fois à Kikwit dans le Kwilu, deux fois le Kasai, deux fois le Bas-Uélé et 1 fois dans le Haut-Lomami. Ensuite récemment le Nord-Kivu touchée par la 10e, 12e épidémie avant cette 13e épidémie de la maladie à Virus Ebola.

Comme lors des autres épidémies, les poches de résistance communautaire continuent à être rapportées, notamment dans la ZS de Beni. Les priorités sont de détecter tous les cas suspects et prélever les échantillons en vue de la confirmation biologique, d'identifier et suivre tous les contacts de maladie à virus Ebola; d'organiser la prise en charge médicale et psychosociale des cas, ainsi que l'appui alimentaire; de réduire le risque de transmission de la MVE dans la communauté; de renforcer les mesures de prévention et de contrôle de l'infection dans les formations sanitaires et renforcer la surveillance dans les ZS vulnérables à transmission de la MVE liée aux mouvements de la population (PoE connectés aux ZS, villes, provinces, pays et les points d'agglomérations); de renforcer la mobilisation communautaire par la communication participative sur le changement social, comportemental, l'engagement et la participation des communautés locales; d'immuniser les groupes à risque (personnels de premières lignes, contacts des cas et contacts de contacts; et enfin d'appuyer la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère.

Impact : La maladie à virus Ebola risque de causer une hausse de la morbidité et de la mortalité dues à des maladies non directement liées au virus Ebola proprement dit étant donné les effets combinés sur la prestation des services de santé habituels.

Peu de personnes s'adressent aux services médicaux par peur de la stigmatisation ou de l'exposition à la maladie ; l'affaiblissement des services de santé peut favoriser une hausse de l'incidence d'autres maladies, notamment le paludisme, les IRA et Les maladies diarrhéiques ; cela peut aussi augmenter les risques liés à une diminution de la vaccination, des soins prénataux et des soins infantiles. Autant de facteurs qui peuvent faire augmenter le taux de mortalité maternelle et infantile.

4.3 Autres épidémies (choléra, rougeole, méningite, etc.)

Définition choléra :

Depuis la première apparition de la bactérie *Vibrio Cholerae* en 1974 en RDC, le pays est régulièrement en proie à des flambées et épidémies de choléra. Leur ampleur est variable, mais seule une réponse rapide permet d'endiguer leur propagation. En général, une épidémie est définie comme une augmentation du nombre de cas de choléra par rapport au nombre attendu pour un lieu et une période donnée. Dans les régions sans antécédents

de choléra, l'apparition d'un ou plusieurs cas de diarrhée aqueuse aiguë correspondant à la définition de cas de choléra, ultérieurement confirmés par la culture, peut être considérée comme une épidémie.

Dans les régions où le choléra est connu, le ministère de la Santé a généralement une définition d'épidémie de choléra pour le pays. Sinon, la définition peut être établie à l'aide des données actuelles et/ou historiques :

- En l'absence de données historiques : dans un lieu donné, un doublement du nombre de cas correspondant à la définition d'un cas clinique de choléra pendant 2 à 3 semaines consécutives peut définir une épidémie ;
- Si des données des années précédentes sont disponibles (pour la même période calendaire et le même lieu) : calculer le nombre moyen de cas attendus par semaine pendant les périodes non-épidémiques. Une augmentation de la moyenne hebdomadaire des cas par rapport à la moyenne en période non épidémique indique qu'une épidémie est en cours.

Le choléra est une des maladies diarrhéiques qui peut atteindre tant les enfants que les adultes. Le taux d'incidence du PMSEC, est de moins de 1 cas confirmé pour 100 000 habitants (au moins 500 cas par an). Le calcul du taux d'incidence, surtout la létalité, permet de comparer les différentes ZS et d'évaluer les actions à la fois de la prévention et de la riposte. Par ailleurs, si la létalité est élevée (>1%), ce qui peut signifier qu'il y'a forcément une mauvaise prise en charge en termes de protocole inapproprié de surveillance médicale irrégulière ou le fait que les malades arrivent trop tard dans les centres de traitement. Dans le cas de notification confirmé de l'épidémie de choléra, les interventions prévention et de riposte sont proposées à partir du taux d'incidence du PMSEC.

La méthodologie entre le secteur WASH et Santé, les seuils du ciblage et de priorisation fait référence à la classification (typologie) intrinsèques des ZS à risque de choléra en RDC selon PMSEC.

En vue de la planification annuelle, on se basera sur la typologie des ZS définies dans le PMSEC avec un ajustement fait au moyen du taux d'endémicité des ZS sur au moins les 2 dernières années. Le Taux d'endémicité (TE), qui se calcule comme le rapport entre le nombre de semaines avec notification des cas sur le nombre total de semaines observées.

Un indice de sévérité sera indexé à chaque ZS selon la typologie définie par le Plan Stratégique Multisectoriel d'Élimination du Choléra en RDC.

Sachant que la typologie de classification des ZS à risque d'épidémie de choléra selon le PMSEC est :

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

- **Evolution choléra :**

Du fait de son schéma de propagation rapide et de la période d'incubation très courte du *Vibrio Cholerae*, le nombre des cas choléra peut croître et l'épidémie peut se propager de manière extrêmement rapide.

Le choléra est une maladie diarrhéique aiguë, dont on peut mourir en quelques heures en l'absence de traitement. Des vaccins anti cholériques sûrs administrés par voie orale doivent être utilisés conjointement à un traitement rapide par perfusion de liquide et d'antibiotiques par voie intraveineuse dans les cas sévères, sans omettre l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement pour limiter les flambées de choléra et favoriser la prévention dans les zones connues pour être à haut risque.

Pour les ripostes cholera, le seuil d'interventions se rapportant à la notification de nombre de cas et de décès (taux de létalité) pendant l'épidémie par ZS, par période est capitale. En RDC, l'épidémie de choléra est principalement Endémique avec une tendance de prévalence très persistante durant toute l'année particulièrement dans les provinces de l'est, situées dans la région des grands lacs notamment la province de Tanganyika, Nord- et Sud-Kivu mais aussi dans le Haut-Katanga et le Haut-Lomami. Selon le dernier rapport du PMSEC les chiffres de 2021 sont néanmoins encourageants même si à la semaine 36 de cette année 2021, une flambée de cas est rapportée au niveau de la ville de Kalemie dans la province du Tanganyika avec 7 ZS touchées sur les 11 à la semaine épidémiologique 41 et une extension dans le Haut-Lomami et le Lualaba. Une intervention avec l'approche CATI de l'UNICEF et ses partenaires a contribué à une meilleure gestion de l'épidémie dans les provinces du Nord et Sud-Kivu et est mis en œuvre dans le Tanganyika avec l'appui d'AIDES et la Croix rouge conjointement avec la prise en charge gratuite des cas dans les CTC avec l'appui de MSF et L'OMS ; et s'étendra au Kasai également.

- **Impact sur les autres secteurs (choléra) :**

Une approche pluridisciplinaire est essentielle pour prévenir et combattre le choléra, et faire baisser la mortalité. Les mesures utilisées associent la surveillance, l'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène, la mobilisation sociale, le traitement de la maladie et les vaccins anti cholériques oraux.

Les épisodes persistants des épidémies de choléra en RDC sont observés dans les provinces de Tanganyika, du Nord- et Sud-Kivu, du Kasai, du Lualaba et du Haut-Katanga. Ce caractère endémique et persistant de choléra dans ces provinces citées impacte principalement le secteur Santé car forcément la population affectée a besoin de soins de qualité urgemment dans les unités et centre de traitement du Choléra (UTC/CTC), la mise en place des unités d'isolement, cependant les staffs médicaux sont trop souvent dépourvus de solution de réhydratations et de formations médicales spécifiques au choléra. Le secteur doit donc réagir rapidement et mettre en place un système de soin d'urgence sous le lead du gouvernement avec l'appui de l'OMS et autres agences ainsi que partenaires d'implémentation tel que MSF. Le cholera impacte également la nutrition du nourrisson et de sa mère si le foyer est affecté. L'état nutritionnel de la population est un facteur important, car à dose d'infection égale, une personne souffrant de malnutrition déclenche plus facilement les symptômes qu'une personne bien nourrie, notamment à cause d'une faible activité gastrique.

En d'autres termes, les épidémies de choléra fragilisent davantage les conditions de vie de population par manque des services de soins de santé de base, ceci fait accroître la vulnérabilité sanitaire médicale et économique des personnes vivant dans les hôtes spots choléra et les zones exposées.

Pour plus de détails merci de consulter les Normes et Directives de PNECHOL-MD et les lignes directrices du cluster santé. Aussi la « *joint operational framework* » entre EHA et Santé pour la réponse choléra.

Définition rougeole :

La rougeole fait partie des maladies et événements à notification immédiate, elle est une infection virale aiguë extrêmement contagieuse, qui touche principalement les enfants et pour laquelle il n'existe aucun traitement spécifique. Elle se manifeste par une éruption cutanée fébrile associée à des signes d'infection respiratoire. La transmission du paramyxovirus (virus morbillieux) se fait principalement par contact direct avec des sécrétions du nez ou de la gorge, par voie aérienne et rarement de manière indirecte.

Dans de nombreux pays africains, la rougeole est la quatrième cause majeure de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. La rougeole fait partie des maladies ciblées pour une réduction d'incidence (90%) et de mortalité (95%).

Si deux cas présumés de rougeole sur cinq sont confirmés par le laboratoire, la flambée épidémique est confirmée. Le seuil épidémique de la rougeole est généralement, plus de 5 cas par mois, dans un district. Il est à noter que la notification d'un cas de rougeole confirmé dans un site des déplacés nécessite une réponse urgente Santé.

Evolution rougeole :

Dans le contexte de la RDC où les mouvements de populations sont réguliers et ont sensiblement augmentés par rapport à l'année dernière, Les facteurs de risque incluant notamment la faible couverture vaccinale (<85 à 90%) qui permet la concentration d'un grand nombre de personnes fortement susceptibles de contracter la rougeole. Les épidémies de rougeole peuvent être explosives dans les régions à forte densité démographique. En 2021 de S1 à S40, Semaine 1-40 2021 : 43 277 cas suspects dont 665 décès (létalité 1,5%) dont 78,0% (868/1113) des cas IgM+ Rougeole isolés sont localisés dans les ZS des provinces du Haut Katanga (23,3%) ; Sud Ubangi (11,9%) ; Lualaba (9,5%) ; Nord Ubangi (7,6%) ; Sankuru (5,2%) ; Maniema (4,9%) ; Tanganyika (4,0%) ; Kwango (3,9%) ; Equateur (3,8%) ; Haut Lomami (3,8%) et la province de Kinshasa n'en est pas épargnée.

86 ZS sont en épidémie en 2021 dont 24 ZS ayant organisé des ripostes dans 24 sur 26 Provinces de la RDC. Cette nouvelle épidémie, bien que la tendance des notifications semble encourageante comparativement à la même période l'année passée, vient mettre à l'épreuve un système sanitaire qui ne s'est pas encore remis de la dernière épidémie d'une ampleur jamais connue jusque-là et ce dans un contexte de grève des prestataires de soins. Il est indispensable de maintenir un système d'alerte précoce efficace

En vue de la planification annuelle, on se basera sur les indicateurs ci-après :

- La couverture vaccinale de routine en VAR
- Présence d'au moins une épidémie de rougeole confirmée au labo durant les 3 dernières années
- Atteinte de 2 indicateurs majeurs de surveillance de la rougeole
 - Incidence cas confirmés (IgM+, Epi-Link, Compatible) et
 - Le taux des éruptions fébriles non-rougeoleuses ($\geq 2/100K$ Hbts)
- Mouvements de la population et/ou présence des camps des PDI/réfugiés

Pour plus amples détails prière consulter le consensus méthodologique sur la rougeole du Cluster Santé

A côté des énormes besoins relevés tels que le renforcement de la chaîne du froid au niveau opérationnel ; l'approvisionnement en kit Rougeole, en coordination, en surveillance et en logistique pour l'acheminement des vaccins et autres intrants ; plusieurs interventions sont déjà en cours avec une mission de l'OMS AFRO & Siège pour l'intégration du Laboratoire Rougeole de Lubumbashi dans le réseau mondial des laboratoires, du 21 au 24/09/2021

Poursuite de l'appui de l'OMS, l'Unicef et MSF dans les provinces avec des ZS en épidémie de rougeole

Suivi du stock d'urgence de vaccins VAR dont 965 000 doses en stock au 04/10/2021

Vaccination de riposte entre nov. 2020 et oct. 2021 de 1 075 304 enfants de 6 mois - 14 ans dans plus de 1053 localités de 494 Aires de santé de 40 ZS de 12 provinces. 23 073 enfants et femmes récupérés avec les vaccins de routine. Mise à disposition des Kits de prise en charge des cas par l'Unicef, l'OMS et MSF dans les provinces pour les ZS avec une forte létalité ; Prise en charge des cas par MSF dans les zones avec intervention de MSF (Nord Ubangi, Sud Ubangi, Maniema, Lualaba, Tanganyika, Tshopo). Mise à disposition de kits de PEC dans les ZS de Boko, Kasongolunda (Kwango) et Kakole (Sud-Kivu) Distribution des kits de PEC avec l'appui de l'UNICEF à Kinshasa et processus d'acquisition d'autres Kit en cours.

Par ailleurs des préparatifs pour l'introduction de la 2ème dose du vaccin contre la rougeole dans le calendrier vaccinal de routine sont en cours selon le schéma ci-dessous :

Schéma d'Introduction de VAR2 en 2 blocs :

- 1er bloc : le 22 novembre 2021 dans 13 provinces ;
- 2ème bloc : le 17 janvier 2022 dans les 13 provinces restantes.

Impact sur les autres secteurs (rougeole) :

Les épidémies de rougeole sont malheureusement récurrentes en RDC. Malgré les succès remportés dans la lutte contre les flambées de rougeole, la détérioration de la situation humanitaire et sécuritaire dans le pays a entraîné l'interruption de la vaccination de routine dans de nombreux endroits. Amplifié par la malnutrition et la mauvaise qualité de l'eau et de l'assainissement dans les ZS. Cela fait que nous avons toujours les foyers actifs de la rougeole dans les ZS.

- Chez les enfants souffrant de malnutrition et d'une déficience en vitamine A, l'infection par le virus de la rougeole peut provoquer une maladie grave due au virus lui-même et aux surinfections bactériennes, en particulier la pneumonie.

Définition méningite :

Les épidémies de méningites sévissent plus particulièrement en Afrique sahélienne dans la région appelée "ceinture de la méningite" ou ceinture l'apayssonnie. Cependant la zone concernée semble s'étendre à des nombreuses autres régions tropicales et subtropicales telle que la RDC. A noter que des épidémies de méningite sont déjà survenues dans plusieurs provinces de la République démocratique du Congo dans le passé. En 2009, une épidémie à Kisangani a infecté 214 personnes et causé 15 décès – soit une létalité de 8 %.

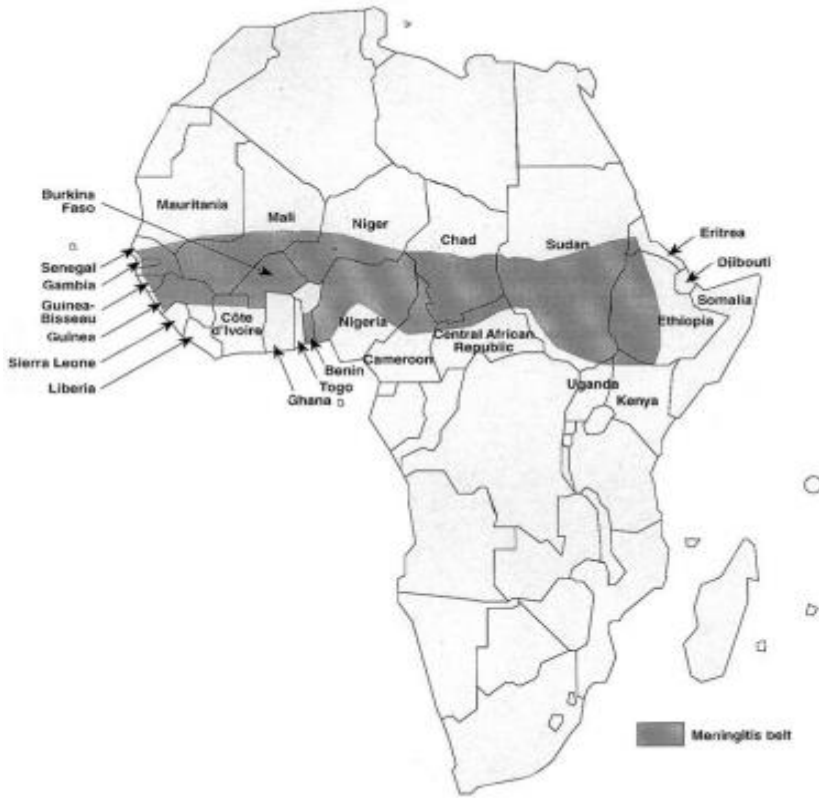


Figure 1. La ceinture de la méningite (OMS 1998)

grande ampleur a été déclarée au Burkina Faso, plus de 10000 Cas. Ce groupe n'avait jusqu'alors pas été responsable d'une épidémie connue.

La contamination se fait par contact direct de personne à personne, par l'intermédiaire des gouttelettes d'origine respiratoire émises par les sujets infectés · la plupart des cas résultent d'une exposition à des porteurs asymptomatiques, peu de cas sont secondaires à un contact direct avec une personne malade

Les grandes épidémies africaines se développent rapidement, atteignant leur sommet en quelques semaines. En l'absence de vaccination, elles peuvent durer quelques mois. Quand une bouffée épidémique survient dans une agglomération d'un district rural, elle peut être le présage d'une épidémie ultérieure plus étendue et plus intense, qui va succéder l'année suivante à la bouffée initiale. L'incidence peut rester élevée pendant 1 ou 2 ans, culminant lors de pics saisonniers séparés par des rémissions. Le ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la République Démocratique du Congo a déclaré le 07 septembre 2021 une épidémie de méningite à Méningocoque séro-groupe W dans la ZS de Banalia, province de la Tshopo située au nord-est de la république, après la confirmation en laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris. L'alerte de la suspicion de l'épidémie actuelle a été donnée au début du mois de juillet 2021 par la Division provinciale de la santé de la province de la Tshopo, à la suite de l'augmentation du nombre de décès dans un tableau clinique de fièvre, céphalée, raideur de la nuque, évoquant une méningite. La survenue de la mort est intervenue quelques heures après le début des symptômes.

Les épidémies de méningites bactériennes sont exclusivement dues aux germes Gram négatif, le méningocoque meningitidis, (Nm) ; au sein de cette espèce plusieurs sérogroupes ont été individualisés : A, B, C, D, X, Y, Z, W135, 29E, H, I, L.

90% des infections sont causées par les souches A, B et C

Le séro-groupe A est responsable de la majorité des épidémies en Afrique, le séro-groupe C est rarement en cause.

Le séro-groupe B, agent prédominant de la méningite épidémique en Europe

Le séro-groupe C est fréquemment rencontré aux USA

Evolution méningite : Il faut noter que les épidémies dues au méningocoque W135 se sont déclarées à la Mecque en 2000 et 2001. En 2002, une épidémie de

Les investigations préliminaires ont indiqué que tout a commencé début juin 2021 (S23) dans deux foyers miniers (Carrière Wabelo et Intervention rapide) en amont de la rivière Arwimi, dans l'aire de santé (AS) de Panga, ZS de Banalia, située à 227 Km au nord de Kisangani (chef-lieu de la province de la Tshopo)

Les autorités sanitaires congolaises ont annoncé, en date du 23/12/2021, la fin de l'épidémie de méningite déclarée depuis le début du mois de septembre 2021. La flambée a été maîtrisée grâce au « renforcement de la surveillance épidémiologique, la prise en charge médicale et psychologique des cas avec la gratuité des soins, la sensibilisation et la vaccination réactive de masse » a assuré le ministre de la santé publique, hygiène et prévention. Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 22 décembre 2021, 2 662 cas de méningite et 205 décès (létalité 7,7%) ont été notifiés dans les 20 AS de la ZS de Banalia (province de la Tshopo, Nord-est RDC). Les activités de surveillance se poursuivent dans la ZS de Banalia et dans les autres ZS à risque de la province de la Tshopo.

Impact (méningite) : la méningite peut être mortelle et invalidante ; elle frappe rapidement, a de graves conséquences sanitaires, économiques et sociales et provoque des flambées dévastatrices a première stratégie mondiale pour vaincre la méningite lancée par l'agence sanitaire mondiale de l'ONU et ses partenaires.

Enfin une stratégie mise en place par l'OMS et ses partenaires, a pour objectif d'éliminer, d'ici à 2030, les épidémies de méningite bactérienne, notamment la forme la plus mortelle de la maladie. Il s'agit aussi de réduire le nombre de cas de méningite bactérienne évitables par la vaccination de 50 % et les décès de 70 %.

L'OMS et ses partenaires entendent réduire le handicap et améliorer la qualité de vie après une méningite quelle qu'en soit la cause. Les organisations estiment qu'au total, la stratégie pourrait sauver plus de 200.000 vies par an et réduire considérablement les handicaps causés par la maladie.

4.4 Urgence nutritionnelle

Définition : Une urgence nutritionnelle est déclarée dans une zone lorsque la prévalence de la malnutrition aiguë globale est supérieure ou égale à 15% selon les enquêtes nutritionnelles validées par le comité de validation des enquêtes.³

Evolution de l'urgence nutritionnelle en RDC : La situation nutritionnelle reste alarmante en RDC depuis un certain nombre d'années avec une augmentation continue des besoins nutritionnels surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

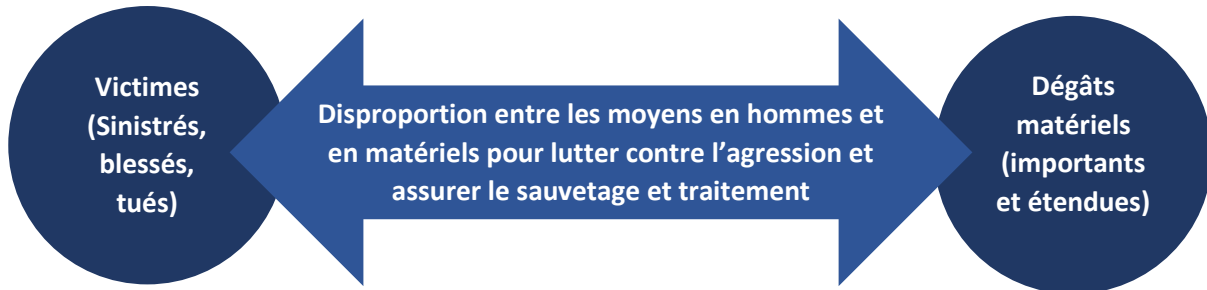
Impact de la crise sur les autres secteurs : Les urgences nutritionnelles observées dans le pays et leurs impacts sur les secteurs de l'insécurité alimentaire, l'EHA, les problématiques des épidémies choléra, la rougeole, COVID 19 et les mouvements des populations entraînent des conséquences significatives sur les besoins vitaux et les conditions de vie des personnes les plus vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes, personnes vivant avec le handicap).

³ En général, à la suite aux alertes, les enquêtes nutritionnelles sont effectuées pour estimer le taux de malnutrition au sein d'une population de la zone en alerte.

4.5 Catastrophes naturelles (inondations, éboulements, éruption volcanique)

Définition : la « Catastrophe » : vient du mot latin « Catastrophia » et du grec « Katastrophia » signifiant tout un bouleversement. Pour l’OMS, une catastrophe représente une situation qui menace de manière inattendue, grave et immédiate la santé et pour l’OTAN, « une catastrophe est un acte de la nature ou un acte de l’homme qui entraîne une menace d’une gravité et d’une ampleur suffisantes pour nécessiter une assistance d’urgence ».

Selon le Médecin Général Favre, une catastrophe est formée de trois composantes :



Souvent, ce qui est considéré comme une Catastrophe à l'échelon local peut ne pas l'être à l'échelon communal/territorial, à l'échelon provincial encore moins à l'échelon national. En effet, quelle que soit la définition de la catastrophe selon la période de sa survenue, il est certain que les secours seront inférieurs aux besoins brusquement révélés.

Les catastrophes sont classifiées en fonction de la rapidité avec laquelle elles frappent, c'est ici que l'on distinguera les Catastrophes soudaines (Eruption volcanique, Glissement de terrain, Séisme, Épidémies, Accidents, Inondations, Tsunami, Vents violent,...) et des Catastrophes à développement lent (Sécheresse, Déforestation, Épidémies,...) et selon leur cause parmi lesquelles on trouve d'une part et les "Catastrophes d'origine naturelle" et d'autres part celles dites "anthropiques" ou issues de l'action de l'homme. Par ailleurs, d'aucuns classifient les catastrophes en deux groupes ; celles survenant "en temps de paix" et celles survenant "en temps de guerre". Il existe aussi des Catastrophes combinées et complexes, un aléa peut déclencher une catastrophe, qui à son tour déclenche un autre aléa et une catastrophe consécutive.

Exemple : La sécheresse peut conduire à la famine, qui à son tour engendre un conflit civil, qui produit le déplacement de la population.

Evolution : Selon les résultats de l'étude menée sur le profil des aléas naturels (voir références sur la carte sur la prochaine page, figure 1), cartographie de vulnérabilité et d'exposition aux risques naturels par l'approche multi-aléas et multirisque en République Démocratique du Congo, 117 événements ont été collectés entre 1965 et 2014. Les résultats montrent que la province du Sud-Kivu vient en tête liste avec 25 événements survenus. Le grand Kasai (Kasai, Kasai-Central et Kasai-Oriental) vient en seconde position avec 17 événements, suivi de la province du Nord-Kivu et de l'ancienne Province orientale avec chacune 13 événements, l'ancienne grande province du Katanga et celle du grand Equateur viennent avec 10 événements chacune. La ville de Kinshasa et le Kongo-Central ont connu 9 événements et la province du Maniema a connu 7 événements.

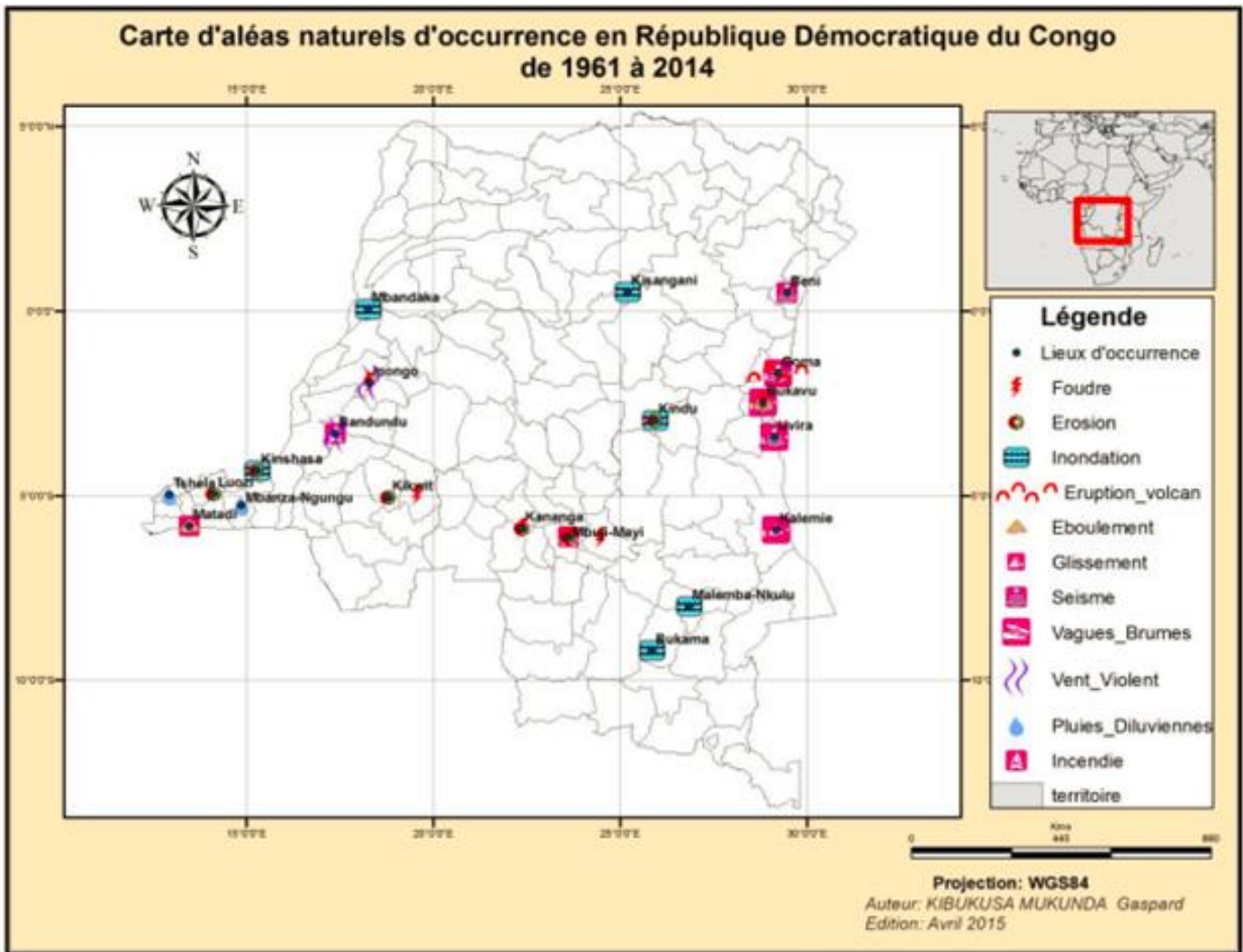


Figure 2. Carte d'aléas naturels d'occurrence en RDC de 1961 à 2014, KIBUKUSA (2015).

Et sur 117 catastrophes naturelles enregistrées, il ressort une grande inégalité de répartition des occurrences sur le territoire national, des phénomènes naturels avec une prédominance de fréquence vers l'Est du pays (74 catastrophes) et l'Ouest avec 43 événements. D'après les résultats de la même étude, les épidémies et les

inondations viennent en tête de liste d'aléas naturels avec un effectif respectivement de : 65 (55 %) et 14 (13%), soit 79 (68%) des effectifs totaux des catastrophes. Ils sont suivis de 7 cas (6%) de pluies diluviennes ; 6 cas (5%) des séismes ; 3 cas (3%) d'éruptions volcaniques et de la sécheresse ; 4 cas d'érosions, d'éboulements, d'incendies, représentent chacun 3 %. La foudre 2% ; les glissements de terrain ainsi que les vents violents un cas (1%). La carte (Figure 2) présente la distribution des phénomènes par provinces : (i) Nord-Kivu : Éruptions volcaniques, Séismes, Inondations, Vagues et Brumes ; (ii) Au Sud-Kivu : Glissements de terrains, Séismes, Inondations, Érosions, Vagues et Brumes ; (iii) L'ancien Grand Katanga : Séismes et Inondations ; (iv) Le grand Kasai : Érosions et Foudres ; (v) Les autres provinces situées à l'Ouest : dont l'ancien grand Bandundu, l'ancien grand Equateur et l'ancienne Province Orientale sont de sanctuaires des inondations ainsi que des épidémies qui sont signalées partout.

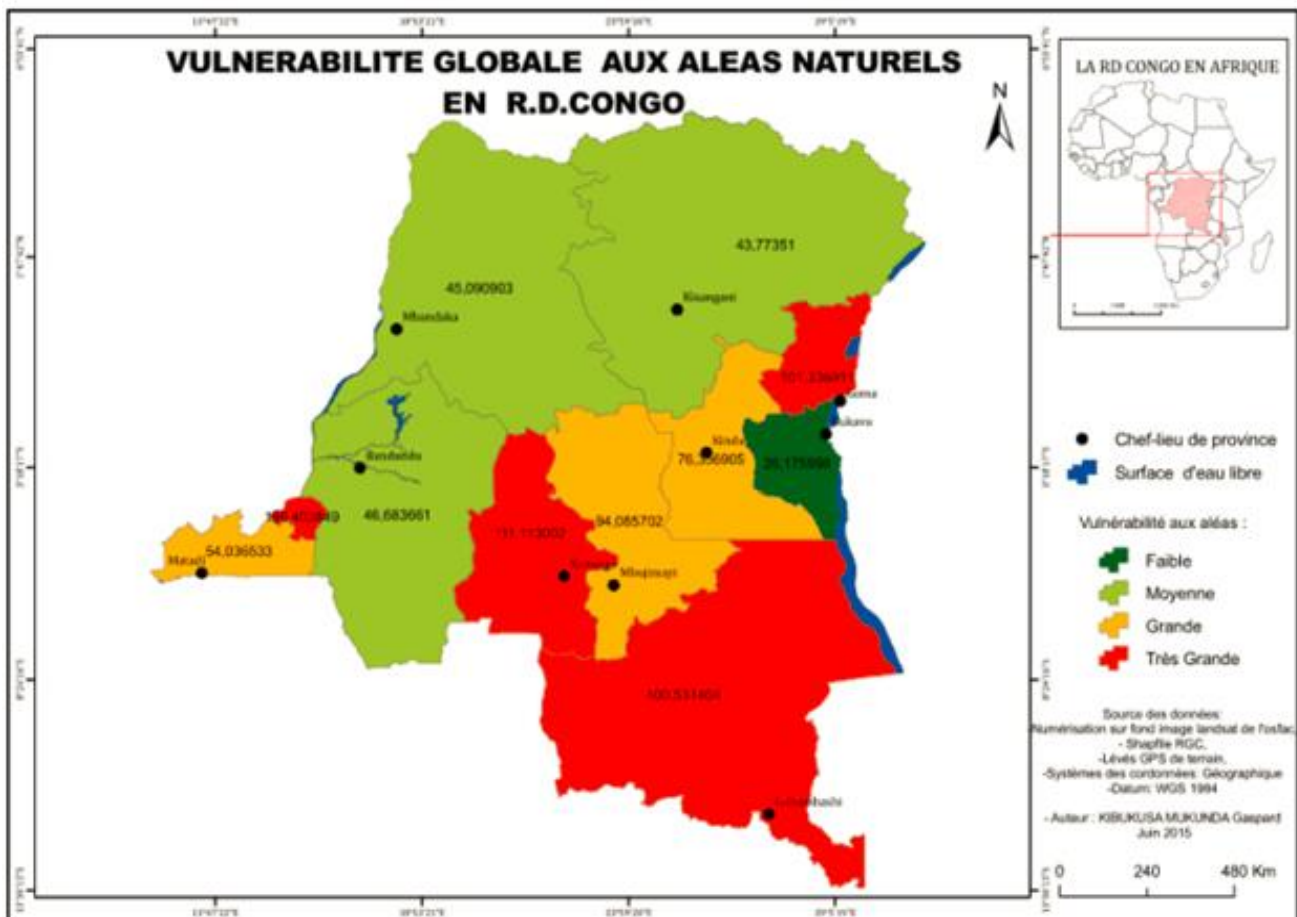


Figure 3. Carte démontrant la vulnérabilité globale aux aléas naturels en RDC, KIBUKUSA (2015)

La carte dans la Figure 3 montre la vulnérabilité globale aux aléas naturels par provinces : (i) Kinshasa, Nord-Kivu, Grand Katanga et l'ancienne province du Kasai-Occidental sont des provinces à très grande vulnérabilité ; elles sont suivies de l'ancienne province du Kasai-Oriental, Maniema et Kongo-Central. Les autres provinces sont moyennement vulnérables tandis que la province du Sud-Kivu reste faiblement vulnérable.

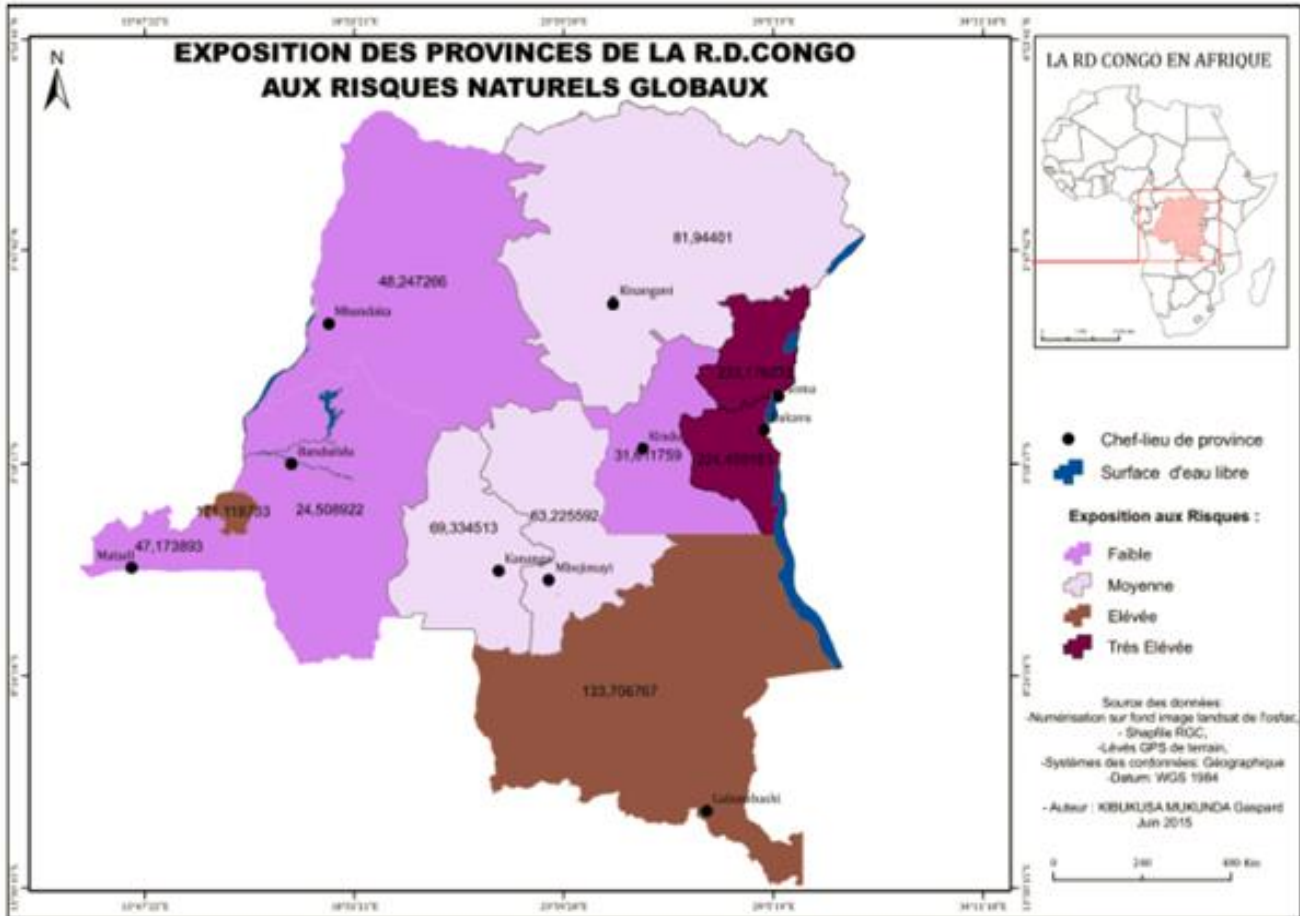


Figure 4. Carte démontrant l'exposition des provinces de la RDC aux risques naturels globaux, KIBUKUSA (2015)

La carte dans la Figure 4 montre l'exposition aux risques naturels par provinces : (i) Nord-Kivu et Sud-Kivu sont des provinces à risque très élevé ; (ii) Grand Katanga et Kinshasa sont des provinces à risque élevée ; Grand Kasai, Grand Equateur et Grande Province orientale sont des provinces à moyen risque. Les autres sont des provinces à faible risque.

Activer les mécanismes de surveillance des différents acteurs : Les catastrophes naturelles en République Démocratique du Congo se manifestent avec acuité, en revanche les données sur leur fréquence et leur distribution sont restées inconnues jusqu'à ce jour, par suite de l'absence d'un **mécanisme de surveillance** compliquant ainsi la prévention et la protection de la population contre ces fléaux.

Le pays dispose néanmoins, de quelques outils fondamentaux, dont une loi sur l'Environnement (pas de loi sur les catastrophes naturelles), le code foncier ainsi que d'autres outils importants comme le Plan d'Organisation de Secours en Cas de Catastrophe (Plan ORSEC/RDC), la Stratégie Nationale de Gestion des Catastrophes (SNGC) et plusieurs services de l'Etat sont impliqués dans un aspect ou un autre de la prévention ou de la réponse aux catastrophes naturelles ainsi qu'à ses conséquences.

Les ONG s'occupent plus de résoudre les conséquences des sinistres, peu d'entre elles s'occupent de la prévention. Par ailleurs, certaines organisations ont des Plans d'Urgence à l'instar de l'UNICEF. Le pays doit mettre en place un mécanisme de surveillance des aléas naturels à l'instar de l'Observatoire Volcanologique de Goma (OVG), mais aussi un mécanisme de référencement des données sur les aléas naturels ; Application à l'échelle des provinces et des territoires ; étude de la gouvernance de risques.

5. Acronymes

AGR	Activités génératrices de revenus
AME	Article ménagers essentiels
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ANJE-U	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans le contexte d'urgence
AS	Aire de Santé
ASPE	Aliment de Supplément Prêt à l'Emploi
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CACs	Cellule animation communautaires
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CATI	Case-Area Targeted Intervention
CPS	Consultation Préscolaire
CdS/CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
CTCO	Centre de traitement de la COVID-19
CTE	Centre traitement Ebola
CTC/UTC	Centre Traitement Cholera/ Unité traitement Cholera
DAL	Défécation à l'air libre
DPS	Division Provinciale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EHA	Eau Hygiène et Assainissement
ERM	Evaluation rapide multisectorielle
ET	Écart-Type
FEFA	Femme enceinte et Femme allaitante
FOSA	Formation sanitaire
HAG	Humanitarian Action Group FR : Groupe d'action Humanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
HIMO	Haute Intensité main d'œuvre
HNO	Humanitarian Needs Overview FR : Aperçu des besoins humanitaires
HRP	Humanitarian Response Plan FR : Plan de réponse humanitaire
HTH	High test hypochlorite
IEC	Information, Education et Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSECAL	Insécurité Alimentaire
IPC	Cadre Intégré de Classification de la Sécurité Alimentaire ou Malnutrition aigue
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IT	Infirmier Titulaire
ITA	Infirmier Titulaire Adjoint
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MDD-W	Minimum dietary diversity for women FR : Diversité alimentaire minimale chez les femmes

MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
NAC	Nutrition à Assise Communautaire
NTU	Nephelometric Turbidity Unit
OCHA	Office for the Commissioner of Humanitarian Affairs
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P/T	Rapport Poids-pour-Taille
PB	Périmètre Brachial
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIME	Prise en charge intégrée maladies de l'enfant
PDI	Personne déplacée en interne
PEC	Prise En Charge
PEP	Post exposition Prevention
PF	Planning Familial
PNECHOL-MD	Programme national de l'élimination du choléra et des autres maladies diarrhéiques
PRONANUT	Programme National de Nutrition
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
PVTB	Personne Vivant avec la Tuberculose
RAM	Rapid Assessment Monitoring
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
SDG	Sustainable Development Goal
SECAL	Sécurité Alimentaire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SLEAC	Évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SNSAP	Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce
SQUEAC	Enquête semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture
SSB	Soins de santé de base
SSP	Soins de santé primaire
SSS	Soins de santé secondaire
TBC	Tuberculose
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TE	Taux d'endémicité
UNS	Unité Nutritionnelle de Supplémentation
UNTA	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS	Violence sexuelle
ZS	Zone de santé

