



**CAMEROUN
RÉPONSE RAPIDE
CHOLÉRA
2022**

22-RR-CMR-52854

Matthias Naab

Coordinateur Résident / Humanitaire

PARTIE I – APERÇU DE L'ALLOCATION

RÉSUMÉ DU PROCESSUS ET DE LA CONSULTATION :

Merci d'indiquer quand la revue après action (RAA) a été conduite et qui y a participé.

30 mai 2023

La revue après action a été conduite le 30 mai avec la participation de l'OMS et de l'UNICEF.

Une revue intra action (RIA) a été conjointement organisée par le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), l'OMS et l'Unicef avec tous les acteurs gouvernementaux et les ONG impliqués dans la riposte à l'épidémie de choléra. Durant trois jours (14 au 17 mars 2023), les acteurs ont passé en revue toutes les stratégies de la riposte cholera et tiré des leçons visant à améliorer les interventions futures et ce d'autant plus que l'épidémie continue.

Étaient présents : 80 participants représentant le MINSANTE, le Ministère de l'Eau et de l'Energie (MINEE), le Ministère de l'Education de Base (MINEDUB), le Ministère des Enseignements secondaires (MINESEC), le Ministère de la Décentralisation et du Développement Local (MINEDDEVEL), CDC (Center for Disease Control and Prevention), OMS, UNICEF, Croix Camerounaise (CRC), IFRC, ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), et d'autres acteurs de la société civile.

Merci de confirmer que le rapport final a été discuté avec l'équipe humanitaire et/ou l'équipe de pays des Nations-Unies et avec les coordinateurs sectoriels.

Oui Non

Merci de confirmer que le rapport final été partagé pour examen aux intervenants dans le pays (c-à-d les agences bénéficiaires du CERF, les coordinateurs et membres des secteurs/groupes sectoriels et les institutions gouvernementales compétentes).

Oui Non

1. PRIORISATION STRATÉGIQUE

Déclaration stratégique du Coordinateur Résident / Humanitaire :

Cette allocation CERF est arrivée à un moment critique pour la réponse au choléra dans les régions du Littoral et du Sud-Ouest. Ce financement opportun a permis de s'approvisionner rapidement en kits choléra et en intrants WASH, de mobiliser et former des agents de santé communautaires ainsi que des partenaires. Grâce à l'allocation, le taux de mortalité a été significativement réduit, notamment dans la région du Littoral, marquée par un taux de mortalité très élevé de 8 % au départ pour diminuer à moins de 4% et dans le Sud-Ouest le taux de létalité est passé de 4,4% à moins de 1,5%. Les acteurs de clusters Santé et WASH ont pu contenir rapidement l'épidémie de choléra dans la région du Sud-Ouest.

La réponse au choléra, qui se poursuit alors que de nouvelles régions sont touchées, bénéficie d'une coordination renforcée entre les clusters WASH et santé et les partenaires gouvernementaux sous le lead du ministère de la santé.

Environ 480 000 femmes, hommes, filles et garçons ont bénéficié des interventions WASH et Santé, dont la prise en charge de 3 300 cas de choléra et l'accès à l'eau potable pour 15 000 personnes. Des milliers de personnes ont été sensibilisées aux bonnes pratiques en matière d'hygiène, d'eau et d'assainissement qui ont ralenti la propagation de l'épidémie. Cette allocation du CERF a donc significativement contribué à répondre à l'épidémie de choléra au Cameroun et à prévenir la propagation tout au long de la phase épidémique 2022.

Valeur ajoutée du financement CERF :

L'allocation qui est arrivée aussitôt après la demande, a permis de réduire le taux de mortalité au Littoral de 8% à moins de 4% et de réduire le taux de létalité au Sud-Ouest de 4,4% à 1.5%. Elle a aussi permis de réhabiliter des points d'eau et d'améliorer des latrines publiques. Cela s'est fait par la mobilisation de 300 000 kits WASH, 2 600 000 comprimés d'Aquatab, 48 kits choléra, ainsi que la formation de 1375 relais communautaires, 300 agents de santé communautaire, 75 techniciens d'hygiène et d'assainissement, 35 personnels de santé et 40 techniciens de laboratoire.

500 000 personnes ont été touchées par les interventions WASH et 44349 personnes (et indirectement 806238 personnes) par les interventions de Santé.

L'amendement obtenu par l'UNICEF a permis de contenir la propagation à moyen terme dans les régions du Centre, Ouest et Est où s'est étendue la propagation. L'allocation a aussi permis à l'UNICEF de mobiliser près de \$US 300 000 de ses autres ressources d'urgences et à l'OMS des ressources pour couvrir les interventions dans les régions non couvertes par les fonds CERF.

La coordination de la réponse a été améliorée par une approche concertée et le partage des données qui continuent de profiter aux interventions dans les régions touchées.

Les financements du CERF ont-ils permis de fournir rapidement une assistance aux bénéficiaires ?

Oui

En partie

Non

Pour le cluster Santé, l'allocation est arrivée aussitôt après la demande, a permis de réduire le taux de mortalité au Littoral de 8% à moins de 4% et de réduire le taux de létalité au Sud-Ouest à 1.5% où il y avait plus de 300 cas par jour au début de l'épidémie. Cela s'est fait par une mobilisation de kits et la formation du personnel.

Pour le projet WASH, les fonds CERF ont permis de mobiliser rapidement les intrants WASH nécessaires à la réponse et les structures d'animation communautaire notamment les relais communautaires pour des actions de proximité dans la mise en œuvre des

interventions de prévention. Ces actions de prévention ont ainsi permis de réduire l'incidence du cholera dans les communautés du Sud-Ouest en particuliers.

Le CERF a-t-il contribué à apporter une réponse dans les temps pour répondre aux besoins pour lesquels l'élément « temps » est critique ?

Oui

En partie

Non

Pour le cluster Santé dirigé par l'OMS, les fonds CERF sont arrivés à un moment très critique car au début de l'épidémie la réponse a été assurée grâce aux fonds propres de l'organisation.

Pour l'UNICEF ces ressources du CERF ont permis d'accélérer la réponse en : (a) finalisant les accords avec les partenaires de mise en œuvre et (b) mettant à disposition des partenaires gouvernementaux des intrants WASH nécessaires à la riposte. La propagation de l'épidémie a été vite contenue au Sud-Ouest, puis au Littoral grâce à la mobilisation d'intrants EHA et des relais communautaires pour les activités de proximité. Elle s'est certes étendue aux régions du Centre, Ouest et Est mais l'UNICEF a obtenu un amendement dans l'allocation pour pouvoir assister ces régions, ce qui a permis d'y contenir la propagation de l'épidémie à moyen terme. Car un impact à long terme nécessite des actions structurelles plus importantes notamment dans l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et des conditions d'assainissement et d'hygiène.

Le CERF a-t-il amélioré la coordination au sein de la communauté humanitaire ?

Oui

En partie

Non

Avec ces ressources, la coordination s'est nettement améliorée car les partenaires notamment UNICEF et l'OMS disposent des moyens d'action tangibles. Ainsi des réunions de coordination sous lead du gouvernement se sont régulièrement tenues pour optimiser la réponse. Ces réunions ont été renforcées par les rencontres de concertation entre l'UNICEF et l'OMS pour accélérer les stratégies de prise en charge et les interventions de prévention notamment celles qui concernent la Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI)/WASH et la communication des risques et engagement communautaires.

La demande conjointe de fonds par l'OMS et l'UNICEF a favorisé la bonne mise en œuvre des activités ainsi qu'une bonne coordination entre les deux clusters qui ont conjointement apporté un appui aux services étatiques impliqués. Les acquis de cette coordination améliorée continuent dans la même dynamique. La coordination de la réponse par une approche concertée a aussi été améliorée entre les différents acteurs pour cibler les districts qui avaient le plus grand nombre de cas. Des organisations locales et les services étatiques locaux impliqués dans la réponse ont aussi fait partie de cette coordination.

Les fonds du CERF ont-ils contribué à améliorer la mobilisation d'autres sources de financement ?

Oui

En partie

Non

En ce qui concerne l'UNICEF les Fonds CERF ont permis de mobiliser d'autres ressources non prévues pour le cholera afin de couvrir les interventions dans les régions non couvertes par le CERF avant l'amendement (qui a élargie les zones d'interventions). Pres de \$US 300 000 et donations in-kind de 300 000 bouteilles de gel hydro-alcoolique ont été ainsi mis à contribution. Ces fonds sont issus de la réorientation des fonds d'urgence de réponse au COVID19. Les bailleurs sont USAID, SIDA, FCDO. L'OMS a aussi mobilisé d'autres ressources. Ces fonds ont été directement transférés au Ministère de la Santé Publique (MINSANTE).

Considérations stratégiques des quatre domaines prioritaires humanitaires¹ :

a- Femmes et filles-VBG-SR : L'UNICEF a construit de nouveaux points d'eau qui sont d'une grande importance pour les femmes et les filles en ce sens que ces dernières ne sont plus obligées de parcourir de longues distances pour avoir de l'eau potable. Des latrines sexo-spécifiques, ainsi que des points de lavage de mains ont aussi été construits dans huit écoles.

L'OMS a fait une évaluation rapide avec UNFPA pour voir comment l'épidémie affectait les hommes et les femmes et les résultats et recommandations de cette évaluation ont réorienté la réponse.

b- Personnes vivant avec un handicap : L'UNICEF a atteint 262 personnes vivant avec handicap dans ses interventions. L'OMS en a atteint 343 personnes vivant avec un handicap lors des activités de sensibilisation et de promotion de la santé. Les groupes de personnes vivant avec un handicap ont aussi été impliqués dans les réunions du cluster Santé où ils étaient très actifs.

Dans la phase de mise œuvre des interventions, UNICEF et ses partenaires ont pris des précautions spécifiques pour identifier les PwD dans les communautés surtout au niveau des sites des déplacés pour organiser des séances dédiées de sensibilisation sur le cholera ainsi que la mise à disposition des kits WASH indépendamment des séances publiques de sensibilisation et de distribution.

c- Education : L'UNICEF a touché environ 3 000 élèves dans sept écoles à travers la sensibilisation et la réhabilitation des latrines et fourniture de l'eau potable. Le cluster Santé a élaboré des messages spécifiques de sensibilisation et les a distribués dans les écoles et durant la vaccination contre cette épidémie, les écoles ont été des opportunités d'atteindre facilement les cibles afin de protéger les personnes pas encore affectées

d- Protection : Les interventions WASH et santé ont promu l'accès significatif, la sécurité et la dignité des bénéficiaires.

La sécurité du personnel et les agents de santé communautaires impliqués dans la réponse ont été prioritaires, tout comme la sécurité et la dignité des personnes affectées. La prise en charge communautaire des cas était assurée par ces agents de santé communautaires qui ont été formés au préalable et du fait des restrictions d'accès, le lien entre les malades et leur famille était assuré par les mêmes agents de santé communautaires qui étaient ainsi au centre de la riposte à l'épidémie. Les points d'eau réhabilités grâce à cette subvention du CERF sont accessibles sans discrimination à tous les bénéficiaires de même que toutes couches sociales.

Tableau 1 : Aperçu de financement (US\$)

Montant total nécessaire à la réponse humanitaire	9 984 706
CERF	1 720 495
Fonds humanitaire commun / Fonds pour les interventions d'urgence (le cas échéant)	0
Autres (bilatéral / multilatéral)	1 265 011
Financement total reçu pour la réponse humanitaire (par source ci-dessus)	2 985 506

¹ En janvier 2019, le coordinateur des secours d'urgence (ERC) a identifié quatre domaines prioritaires qui sont souvent sous-financés et peu considérés quand des fonds sont alloués à une action humanitaire. Le ERC a recommandé aux CR/CH d'accorder davantage d'attention à ces quatre domaines en s'assurant qu'ils sont pris en compte de manière concrète lors de la priorisation des besoins pour les demandes au CERF. Ces quatre domaines sont : (1) l'appui aux femmes et aux filles incluant la violence basée sur le genre, la santé reproductive et l'autonomisation des femmes ; (2) les programmes ciblant les personnes vivant avec un handicap ; (3) l'éducation dans les crises prolongées ; (4) les autres aspects de la protection. Veuillez-vous référer aux questions et réponses relatives aux quatre domaines prioritaires du ERC [ici](#).

Tableau 2 : Subventions d'urgence du CERF par projet et secteur / cluster (US\$)

Agence	Code du projet	Secteur / cluster	Montant
UNICEF	22-RR-CEF-033	Eau, assainissement et hygiène	1 220 506
WHO	22-RR-WHO-020	Santé	499 989
Total			1 720 495

Tableau 3 : Répartition du financement du CERF par modalités de mise en œuvre (US\$)

Total des fonds utilisés directement par les agences des Nations Unies y compris l'acquisition des marchandises de secours	1 041 822
Fonds transférés aux partenaires gouvernementaux *	553 078
Fonds transférés aux partenaires ONG internationales pour mise en œuvre *	-
Fonds transférés aux partenaires ONG nationales pour mise en œuvre *	125 595
Fonds transférés aux partenaires de Croix-Rouge et du Croissant-Rouge *	-
Total fonds transférés aux partenaires (IP) *	678 672
Total	1 720 494

* Les chiffres indiqués dans le tableau 3 sont basés sur les rapports de projet (partie II, sections 1) et doivent être cohérents avec l'aperçu des sous-subventions en annexe.

2. PRIORISATION OPÉRATIONNELLE

Aperçu situation humanitaire (en anglais pour publication en ligne) :

A cholera outbreak was originally declared by the health authorities in late 2021. In March 2022, an alarming spike in reported cases was observed, with over 1,200 cases within the span of a single week. By April, there were over 5,700 confirmed cases, primarily concentrated in the South-West and Littoral regions. The response in the South-West region was complicated by a variety of factors, including insecurity, which rendered humanitarian access challenging. The cholera outbreaks was attributed to several risk factors, including the wide circulation of *Vibrio cholerae* in the country, limited access to safe drinking water and poor hygiene and sanitation conditions in some areas, as well as limited access to health services, especially in remote areas.

Despite the swift action in the South-West and Littoral regions thanks to the CERF allocation, the epidemic was contained in these two regions. However, despite the extension of the allocation to respond in the Centre, West and East regions, the outbreak continued to spread, negatively affecting the health and wellbeing of the population. As of 24 May 2023, Cameroon counted 17,593 cases including 408 deaths (case fatality rate 2.7 per cent). The cholera outbreak remains active in the Littoral, Centre, and South regions. Health officials and their partners continue to work diligently to contain the outbreak, through measures such as contact tracing, testing, and educating the public about the importance preventive actions.

Utilisation opérationnelle de l'allocation CERF (en anglais pour publication en ligne) :

In response, the Emergency Relief Coordinator on 21 April allocated \$1.7 million from CERF's rapid response window for life-saving humanitarian action. The funds supported health and water, sanitation, and hygiene (WASH) efforts, contributing to the reduction of morbidity and mortality rates and slowing down the spread of cholera. This contribution represented a crucial lifeline to UN agencies and other partners involved in the response, as enabled them to provide lifesaving assistance to a total of 479,423 individuals, including 131,854 women, 126,455 men, 111,566 girls and 109,548 boys, and 353 persons with disabilities across the health and WASH sectors.

Personnes ayant reçu une assistance directe :

Finalement 477 000 personnes ont été touchées par les diverses interventions WASH et 44 349 personnes ont été touchées par les interventions de santé. De plus, l'extension de la zone d'intervention par UNICEF a également nécessité la mobilisation de 1 375 relais communautaires (au lieu des 500). Enfin, la formation des inspecteurs de la qualité de l'eau et des techniciens d'hygiène et d'assainissement est passée de 50 techniciens prévus à l'origine dans les 2 régions à finalement 75 techniciens formés, en y intégrant les autres régions.

Les dépassements de cibles sont dus à l'extension des zones couvertes par la subvention CERF, qui sont passées de 2 initialement à 6 régions, ainsi qu'aux stratégies de mise en œuvre adoptées (approches communautaires, RCCE) par les partenaires.

Pour estimer les chiffres des tableaux 4, 5 et 6, une approche rigoureuse a été utilisée afin d'éviter de compter plusieurs fois les mêmes personnes. Des données provenant des districts de santé touchés par l'épidémie, des données des sites de déplacés internes ainsi que des rapports d'activités menées par les partenaires ont été collectées et analysées pour estimer le nombre de personnes ciblées et touchées. Un contrôle de l'ensemble de ces données a été effectué pour identifier tout chevauchement, et les doublons ont été supprimés. Afin d'éviter les doubles comptages entre les interventions WASH et santé, seule la valeur maximale par catégorie de population et par sexe et âge a été prise en compte.

Personnes ayant reçu une assistance indirecte :

En réponse à l'épidémie de choléra, l'accent a été mis sur l'élimination et la réduction du risque associé à la contamination et à la propagation par la sensibilisation, le renforcement de la prévention, les messages sur la santé et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) par le biais d'une campagne de porte-à-porte et d'une sensibilisation de masse. Ces messages ont touché environ 1 000 000 personnes (dont 477 000 Bénéficiaires Directs du projet WASH) dans toutes les régions les régions.

En plus, un total de 806,238 personnes a été indirectement touchées par les activités mises en œuvre dans le cadre du projet santé. Les activités qui ont ciblées indirectement cette population comprenaient : le renforcement de la surveillance épidémiologique, la recherche active et l'orientation des cas de la communauté vers les structures de prise en charge, la sensibilisation de masse sur les mesures de prévention, la désinfection des domiciles des malades et des abords des personnes infectées et la vaccination réactive, ce qui a empêché la propagation de l'épidémie dans les communautés.

Tableau 4 : Nombre de personnes assistées directement grâce au financement du CERF par secteur / cluster *

Secteur / cluster	Prévu					Atteint				
	Femmes	Hommes	Filles	Garçons	Total	Femmes	Hommes	Filles	Garçons	Total
Santé	12 678	15 939	6 619	5 433	40 669	14 581	17 350	5 322	7 096	44 349
Eau, assainissement et hygiène	33 000	31 000	27 500	28 500	120 000	125 881	120 345	117 222	113 552	477 000

* Les chiffres représentent les meilleures estimations des personnes directement soutenues par le financement du CERF. La ventilation par sexe et âge représente les femmes et les hommes de 18 ans et plus, les filles et les garçons de moins de 18 ans.

Table 5 : Nombre de personnes assistées directement grâce au financement du CERF par secteur / cluster *

Categories	Prévu	Atteint
Réfugiés	0	0
Retournés	19 200	5 043
Déplacés internes	42 000	54 460
Communautés d'accueil	58 800	419 920
Autres personnes touchées	0	0
Total	120 000	479 423

Tableau 6 : Nombre de personnes assistées directement grâce au financement du CERF par sexe et âge *

Sexe & âge	Prévu	Atteint	Nombre de personnes handicapées (PwD) assistées grâce au financement du CERF	
			Prévu	Atteint
Femmes	33 000	131 854	560	100
Hommes	31 000	126 455	520	150
Filles	27 500	111 566	350	43
Garçons	28 500	109 548	370	60
Total	120 000	479 423	1 800	353

PARTIE II – APERÇU DES PROJETS

3. RAPPORTS DES PROJETS

3.1 Rapport du projet 22-RR-CEF-033

1. Information sur le projet			
Agence :	UNICEF	Pays :	Cameroun
Secteur / cluster :	Eau, assainissement et hygiène	Code du projet :	22-RR-CEF-033
Titre du projet :	Mise en échelle de la réponse Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) à l'épidémie de choléra dans les régions du Sud-Ouest et du Littoral au Cameroun		
Date de début :	25/05/2022	Date de fin :	24/11/2022
Révisions :	Extension sans cout <input type="checkbox"/>	Redéploiement des fonds <input type="checkbox"/>	Reprogrammation <input type="checkbox"/>
Financement	Montant total des besoins du secteur pour répondre à l'urgence :	US\$ 8 404 000	
	Financement total reçu pour la réponse sectorielle de l'agence à l'urgence en cours :	US\$ 1 577 793	
	Montant reçu du CERF :	US\$ 1 220 506	
	Total des sous-subsventions du CERF transférées aux partenaires de mise en œuvre :	US\$ 398 693	
	Partenaires gouvernementaux	US\$ 273 098	
	Partenaires ONG internationale	US\$ 0	
	Partenaires ONG nationale	US\$ 125 595	
Croix Rouge / Croissant Rouge	US\$ 0		

2. Résumé des résultats obtenus

Grâce à la subvention du CERF, l'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre (ONG et partenaires gouvernementaux) ont pu réaliser des interventions majeures qui ont bénéficié à 477 000 personnes (sur les 120 000 prévues). Ces interventions ont consisté en la distribution d'un paquet de sensibilisation sur la prévention du choléra, le traitement de l'eau à domicile, la communication des risques et la PCI communautaire.

Grâce à cette subvention, 15 000 personnes ont eu accès à de l'eau potable à travers la réhabilitation de 12 points d'eau, la transformation et l'extension de postes d'eau solaires autonomes dans les hotspots de cholera. La subvention a également permis l'acquisition et la distribution de 300 000 kits WASH, 2 600 000 comprimés d'Aquatab pour la potabilisation de l'eau à domicile, l'acquisition de matériel d'analyse de la qualité de l'eau et la formation de 75 inspecteurs et techniciens d'hygiène et d'assainissement sur l'analyse et le suivi de qualité de l'eau. En outre, 1 375 relais communautaires (sur 1 200 prévus après reprogrammation) ont été mobilisés pour soutenir les actions de communication de risques et d'engagement communautaire de proximité.

Le financement CERF a également permis la construction de blocs latrines dans les unités de traitement du choléra (UTC), les centres de traitement du choléra (CTC), les écoles et les espaces publics. Des désinfectants et des dispositifs de lavage des mains ont également

été fournis. Dans l'ensemble, ces interventions ont significativement contribué à réduire la flambée du choléra, en particulier dans le Sud-Ouest et le Littoral, jusqu'en novembre 2022 et par la suite dans les régions du Centre, l'Est et l'Ouest après la reprogrammation.

3. Modifications

En mai 2022, lors de la réception des fonds du CERF RR, les régions les plus touchées par le choléra au Cameroun étaient le Sud-Ouest et le Littoral. Par conséquent, ces deux régions étaient celles couvertes par le financement. Cependant, l'épidémie de choléra s'est étendue et a touché trois régions supplémentaires : le Centre, l'Est et l'Ouest avec des pics importants des cas rapportés. Cette situation a conduit, le Ministère de la santé et ses partenaires lors de la réunion de coordination tenue le septembre 2022, à revoir les stratégies d'interventions et demander aux partenaires d'élargir les interventions aux autres régions. Selon le ministère, les 10 régions du Cameroun pourraient être en épidémie si rien n'est fait. Il était donc urgent d'étendre les interventions aux régions nouvellement touchées. Pour donner suite à demande du Ministère de la santé, UNICEF a donc soumis une demande de reprogrammation au CERF (qui été approuvée).

Les principales modifications apportées à la reprogrammation consistaient à :

- Étendre la zone géographique d'interventions aux autres régions en épidémies tout revoyant les cibles et résultats initiaux comme suit :
- Augmentation du nombre de personnes sensibilisées à la prévention du choléra, de 120 000 à 450 000
- Augmentation du nombre d'agents de santé communautaires qualifiés et équipés pour les activités de mobilisation communautaire, y compris les hygiénistes, de 500 à 1 200 personnes ;
- Mobilisation de 10 techniciens WASH supplémentaires pour soutenir la composante WASH au niveau des CTC/UTC et des communautés dans les régions touchées ;
- Soutien à la décentralisation de la gestion du choléra du ministère de la Santé Publique aux municipalités.
- Une réduction du nombre de bénéficiaires des travaux de construction de latrines de 10 000 personnes à 8 000 personnes, et une réduction du nombre de bénéficiaires de l'accès à l'eau potable de 25 000 à 15 000 personnes.

Les ressources dégagées de la réduction des cibles sur ces deux dernières activités ont permis de supporter l'extension de la cible, notamment au niveau de la communication des risques et de l'engagement communautaire/sensibilisation dont la cible a sensiblement augmenté (de 120,000 à 450,000 personnes).

4. Nombre de personnes assistées directement grâce au financement du CERF au niveau du projet *

Secteur / cluster	Eau, assainissement et hygiène									
Catégorie	Prévu					Atteint				
	Femmes	Hommes	Filles	Garçons	Total	Femmes	Hommes	Filles	Garçons	Total
Réfugiés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retournés	5 280	4 960	4 400	4 560	19 200	615	632	748	625	2 620
Déplacés internes	11 550	10 850	9 625	9 975	42 000	14 977	14 068	12 483	12 932	54 460
Communautés d'accueil	16 170	15 190	13 475	13 965	58 800	114 925	110 825	98 335	95 835	419 920
Autres personnes touchées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	33 000	31 000	27 500	28 500	120 000	135 881	130 435	118 222	115 552	477 000
Personnes handicapées (PwD) sur le total										
	560	520	350	370	1 800	100	150	7	5	262

* Les chiffres représentent les meilleures estimations des personnes directement soutenues par le financement du CERF. La ventilation par sexe et âge représente les femmes et les hommes de 18 ans et plus, les filles et les garçons de moins de 18 ans.

5. Personnes indirectement ciblées par le projet

En réponse à l'épidémie de choléra, l'accent a été mis sur l'élimination et la réduction du risque associé à la contamination et à la propagation par la sensibilisation, le renforcement de la prévention, les messages sur la santé et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) par le biais d'une campagne de porte-à-porte et d'une sensibilisation de masse. Ces messages ont touché environ 1 000 000 personnes (dont 477 000 Bénéficiaires Directs) dans toutes les régions. Certaines écoles ont également bénéficié de messages de sensibilisation sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène, d'eau et d'assainissement. Il y a eu plus de 1 375 mobilisateurs communautaires engagés dans les régions. La présence physique de ces mobilisateurs et la poursuite de la mobilisation communautaire ont contribué à réduire le nombre de cas et, à terme, la propagation du choléra au Cameroun.

6. Cadre de résultats du projet CERF

Objectif du projet Réduire la propagation de l'épidémie de choléra dans les régions affectées du Littoral et du Sud-Ouest du Cameroun

Résultat 1 120,000 personnes outillées sur la prévention et le contrôle du choléra en milieu communautaire, scolaire et hospitalier.

Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui Non

Secteur / cluster Eau, assainissement et hygiène

Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 1.1	Nombre d'agents communautaires engagés	500 personnes	1 375	Rapports des partenaires
Indicateur 1.2	Nombre de personnes directement touchées par les messages sur la prévention et le contrôle du choléra et sur les bonnes pratiques liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement	120,000 personnes	477,000	Rapports des partenaires
Indicateur 1.3	Nombre de personnes ciblées ayant reçu un paquet minimum EHA adapté à leurs vulnérabilités	50,000 personnes	300,000	Rapports des partenaires

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur La variation du résultat obtenu versus planifiés est due à l'adoption d'une approche communautaire avec la mobilisation de 1 375 relais sur les 1 200 initialement prévus et d'autre l'inclusion dans la réponse de nouvelle régions (après reprogrammation) affectées par l'épidémie comme le Centre, l'Est et l'Ouest.

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 1.1	Formation/briefing des agents de santé et volontaires communautaires sur la prévention et le contrôle du choléra et sur les bonnes pratiques liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement	Ministère de la Santé du Cameroun (MINSANTE) Environmental Protection and Development Association (EPDA) Ministère de l'Eau et de l'Énergie (MINEE).
Activité 1.2	Formation des acteurs sur la réponse EHA au Choléra	MINSANTE, EPDA, MINEE
Activité 1.3	Session d'engagement communautaire avec les leaders	MINSANTE, EPDA, MINEE
Activité 1.4	Mobilisation des médias dans la lutte contre le choléra	MINSANTE
Activité 1.5	Déploiement des agents pour la communication avec les enfants, adultes et familles dans les communautés, lieux publics	MINSANTE, EPDA

	et dans les établissements scolaires, etc. sur les mesures de prévention et traitement du choléra	
--	---	--

Résultat 2 25,000 personnes vivant- dans les communautés touchées par le choléra ont un accès amélioré aux services d'approvisionnement en eau potable

Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui Non

Secteur / cluster Eau, assainissement et hygiène

Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 2.1	Nombre de personnes dans le besoin ayant durablement accès à de l'eau potable pour répondre à leur(s) vulnérabilité(s)	12,500 personnes	15 000	Rapports des partenaires
Indicateur 2.2	Nombre de personnes formées sur le contrôle de la qualité de l'eau	50 personnes	75	Rapports des partenaires
Indicateur 2.3	Nombre de ménage bénéficiaire du suivi de la qualité de l'eau	5 000 ménages	8 500	Rapports des partenaires

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur La variation du résultat obtenu est due à l'adoption d'une approche communautaire et à l'implémentation directe par les partenaires de mise en œuvre. En outre avec l'extension de la couverture géographique des interventions les besoins en formation se sont aussi accrus ce qui justifie la formation d'un plus grand nombre d'agents de contrôle de la qualité de l'eau a augmenté les chances d'atteindre plus de personnes et de permettre aux communautés d'être sensibilisées afin de mieux prévenir l'utilisation d'eau contaminée, qui est l'un des moyens par lesquels le choléra se propage facilement dans les communautés

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 2.1	Achat des équipements de suivi et contrôle in situ de la qualité de l'eau	UNICEF
Activité 2.2	Réhabilitation des points d'eau	EPDA
Activité 2.3	Formation des acteurs sur le suivi et contrôle de la qualité de l'eau	MINSANTE, MINEE
Activité 2.4	Suivi de la qualité des points d'eau au niveau des ménages et écoles	MINSANTE, MINEE
Activité 2.5	Traitement et désinfection des forages et points d'eau	MINSANTE, MINEE
Activité 2.6	Formation et opérationnalisation de l'approche CATI	MINSANTE, MINEE

Résultat 3 10,000 personnes vivantes dans les communautés touchées par le choléra ont un accès amélioré aux d'assainissement de base

Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui Non

Secteur / cluster Eau, assainissement et hygiène

Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 3.1	Nombre des personnes dans le besoin ayant eu accès aux installations sanitaires de base de façon durable	10,000 personnes	12,500	Rapports des partenaires

Indicateur 3.2	Nombre d'écoles bénéficiaire de latrines construites/réhabilités	5 Ecoles	7	Rapports des partenaires
Explication du résultat et de la variation de l'indicateur		La variation des résultats s'explique par le fait que certains points d'eau ont été réhabilités et que le nombre de robinets sur pied a augmenté, ce qui a réduit le temps d'attente des élèves et a permis à un plus grand nombre de personnes d'accéder aux mêmes points d'eau. En outre, un plus grand nombre d'écoles ont été ciblées car le projet complétait d'autres initiatives des partenaires et des projets de l'UNICEF dans le Sud-Ouest et le Littoral.		
Activités	Description			Mise en œuvre par
Activité 3.1	Construction des latrines communautaires			MINSANTE, EPDA
Activité 3.2	Construction/Réhabilitation des latrines dans les écoles et institutions			MINSANTE, EPDA

7. Programmation efficace

a. Redevabilité envers les personnes affectées (AAP)² :

En effet, avec l'approche communautaires envisagée surtout avec la communication des risques et engagement communautaires, les populations examinent elles-mêmes les risques associés au choléra, identifient elles-mêmes les actions de préventions nécessaires et qu'elles s'engagent à mettre en œuvre. Les acteurs de mise en œuvre accompagnent donc les communautés bénéficiaires dans la mise en œuvre des actions notamment, le traitement de l'eau à domicile, le rapportage des cans suspects aux formations sanitaires, le lavage des mains (distribution du savon), la collaboration des ménages dans la désinfection des ménages dans lesquelles il y a eu des cas de choléra, la participation aux actions de salubrités publiques. Il faut ajouter que la mobilisation des mairies et élus locaux, représentant des populations ainsi que les leaders locaux (traditionnels et religieux) a permis une plus grande implication des populations dans toutes interventions.

b. Mécanismes de retour d'information et de plainte d'APP :

Les agents de santé communautaires (ASC) et agents relais communautaires (ARC) déployés sur le terrain dans les zones affectées avaient pour principales tâches d'échanger avec les familles et les communautés sur les mesures de prévention de la maladie, mais aussi de recueillir leurs questions de clarification et surtout leurs préoccupations sur la réponse à l'épidémie de choléra. Les ASC et ARC ont fait une synthèse hebdomadaire des préoccupations des familles dont les plus importantes étaient prises en compte pour ajuster les messages ainsi que la stratégie lorsque cela est nécessaire. En plus des ASC et ARC, les plateformes des radios communautaires ont aussi été mises à contribution à travers le traitement des appels des auditeurs pour des questions, commentaires et suggestions, suite à la diffusion des spots et microprogrammes, surtout au cours des émissions interactives.

Le numéro vert (1510) qui a été mis en place pour la réponse à la pandémie COVID-19 a été étendu aux autres urgences sanitaires dont le choléra. Ce numéro initialement mis en place au niveau central a connu une évolution positive à travers la décentralisation dans les régions. Des équipes de veille ont été formées pour recevoir et traiter les plaintes et feedbacks reçus des populations. Comme mentionné plus haut, les agents communautaires déployés pour la communication interpersonnelle dans les familles, et les plateformes de radios communautaires ont complété ce mécanisme pour s'assurer la prise en compte des plaintes et feedbacks des populations qui n'avaient pas accès au numéro vert. Les informations recueillies étaient traitées de façon anonyme pour en assurer la confidentialité.

² Le AAP et le PSEA font partie intégrante des engagements de l'IASC et sont donc obligatoires pour la conformité de toutes les agences et partenaires des Nations Unies. Les agences n'ont pas nécessairement besoin de mettre en place de nouveaux mécanismes AAP et PSEA pour les projets CERF si des mécanismes fonctionnels sont déjà en place. Pour plus d'informations, veuillez référer [aux engagements de l'IASC AAP](#).

c. Prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PSEA) :

UNICEF met en œuvre une politique de tolérance zéro en ce qui concerne le PSEA et s'assure de façon rigoureuse que les partenaires de mise en œuvre notamment les ONG paritaires comme EPDA soit formées sur le PSEA et évalué avec un niveau de risque faible ceci afin de protéger les bénéficiaires de forme d'abus et d'exploitation de la part du personnel des ONG partenaires. Un mécanisme de feedback a été mis en place pour recueillir de façon sécurisée les plaintes des bénéficiaires.

d. Focus sur les femmes, les filles et les minorités sexuelles et de genre, y compris la violence sexiste :

Bien que l'endémie ait touchés plus d'hommes que de femmes, dans la mise en œuvre des interventions, UNICEF à travers ses partenaires de mise en œuvre a cependant mis un accent particulier sur la communication des risques et engagement communautaire ainsi ciblage des femmes pour la distribution des Kits WASH aux ménages ceci afin d'assurer une utilisation adéquate aux fins de prévention de cholera. Par ailleurs, des efforts supplémentaires ont été fournis pour mobiliser plus de relais communautaire femme pour assurer un encadrement de proximité. En effet le choix de cibler les femmes est du surtout aux faites que la stratégie a consisté dans un premier temps à cibler l'hygiène alimentaire dans les restaurants et marches et les principaux acteurs sont les femmes, ensuite l'hygiène du milieu et la qualité de l'eau. Il s'agit donc de cibler les pratiques à risque et les acteurs.

e. Personnes handicapées (PwD) :

Dans la phase de mise œuvre des interventions, UNICEF et ses partenaires ont pris de s précaution spécifiques pour identifier les PwD dans les communautés surtout au niveau des sites des déplacés pour organiser des séances dédiées de sensibilisation sur le cholera ainsi que la mise a dispositions des kits WASH indépendamment des séances publiques de sensibilisation et de distribution. Cependant sur les 1 800 PwD planifiés seuls 262 ont effectivement été identifiés (pour la plupart des personnes à mobilité réduite) et ciblées avec les interventions. Cela est dû soit aune surestimation de la cible planifiée ou alors d'un tracking des PwD insuffisant lors du rapportage. Dans tous les cas, UNICEF continue à renforcer les capacités de ses partenaires pour assurer une réponse inclusive dans toute ses interventions. Il est donc attendu une nette amélioration du tracking des PwD.

f. Protection :

UNICEF met en œuvre une politique de tolérance zéro en ce qui concerne le PSEA et s'assure de façon rigoureuse que les partenaires de mise en œuvre notamment les ONG paritaires comme EPDA soit formées sur le PSEA et évalué avec un niveau de risque faible ceci afin de protéger les bénéficiaires de forme d'abus et d'exploitation de la part du personnel des ONG partenaires. Un mécanisme de feedback a été mis en place pour recueillir de façon sécurisée les plaintes des bénéficiaires.

Par ailleurs Les ponts d'eau réhabilités grâce à cette subvention du CERF sont accessibles sans discrimination a tous les bénéficiaires de même que toutes couches sociales. Lez comites de gestions des points d'eau déjà installés ont été trouvés inclusif et maintenus pour assurer un accès équitable à tous. Aussi, les produits de traitement de l'eau mis à la disposition des bénéficiaires sont des produits certifiés et qui ont l'assentiment des populations. Ces dernières ont été formées sur l'utilisation de ces produits, les dosages et les risques associés. Aucun cas de mauvaise utilisation mettant en danger les bénéficiaires n'a été rapports durant toute la phase de mise en œuvre.

g. Éducation :

Pour prévenir la flambée épidémique dans les écoles, les élèves ont également ciblés par des séances de sensibilisation ainsi que des travaux de réhabilitation des points d'eau et sanitaires ainsi que la fourniture des kits de lavage des mains et du savon en particulier dans le Sud-Ouest, Littoral. Des supports de sensibilisation ont mis à disposition des enseignants pour répliquer les séances de sensibilisation. Ces actions ont été menées pour préserver la continuité de l'éducation dans ces zones affectées. 7 écoles ont été ciblées pour les travaux sur les 5 initialement prévues pour un total de près 3 000 élèves.

8. Programme de transferts monétaires (PMT) / de bons d'achat

Utilisation de programme de transferts monétaires (PMT) / de bons d'achat :

Prévu	Atteint	Nombre total de personnes recevant l'assistance
Non	Non	N/A

Si **non**, veuillez expliquer pourquoi les transferts monétaires / les bons d'achat n'ont pas été pris en compte. Lorsque cela est possible, cet programme doit être considéré comme une option de réponse par défaut, et les transferts monétaires à objectifs multiples (MPC) doivent être utilisés dans la mesure du possible.

Si **oui**, notez brièvement comment les transferts monétaires / les bons d'achat sont utilisés, en soulignant l'utilisation des transferts monétaires à objectifs multiples (MPC), et si des liens avec les systèmes de protection sociale existants ont été explorés.

Les transferts monétaires n'ont pas été pris en compte étant donné la nature des interventions de reposité à une endémie de cholera. En effet une partie des interventions regroupe des actions d'intérêt publiques comme la réhabilitation des points d'eau, les blocs latrines, l'installation des protocoles PCI dans les CTS/UTC qui nécessite des acteurs expérimentés comme des ONG et les partenaires techniques gouvernementaux. La 2eme composante des interventions qui constitue du Supply nécessite également des produits spécifiques avec une garantie sur la qualité, c'est le cas des aquatabs et du chlore qui ne saurait faire l'objet de transfert monétaire aux bénéficiaires pour achat direct.

9. Visibilité des activités financées par le CERF

Titre	Lien web / source
Ending cholera: Community health workers are working on it.	https://unicefcameroon.medium.com/ending-cholera-community-health-workers-are-working-on-it-52eec4dea097
Ending cholera: Community health workers are working on it.	https://www.instagram.com/p/CjNoWPyKtcu/
Combatting cholera amidst internally displaced persons.	https://medium.com/p/4270a28edbe0/edit

3.2 Rapport du projet 22-RR-WHO-020

1. Information sur le projet			
Agence :	WHO	Pays :	Cameroun
Secteur / cluster :	Santé	Code du projet :	22-RR-WHO-020
Titre du projet :	Réponse d'urgence à l'épidémie de choléra dans les régions du Sud-Ouest et du Littoral		
Date de début :	04/04/2022	Date de fin :	03/10/2022
Revisions :	Extension sans cout <input type="checkbox"/>	Redéploiement des fonds <input type="checkbox"/>	Reprogrammation <input type="checkbox"/>
Financement	Montant total des besoins du secteur pour répondre à l'urgence :	US\$ 1 580 706	
	Financement total reçu pour la réponse sectorielle de l'agence à l'urgence en cours :	US\$ 1 407 713	
	Montant reçu du CERF :	US\$ 499 989	
	Total des sous-subsventions du CERF transférées aux partenaires de mise en œuvre :	US\$ 279,980	
	Partenaires gouvernementaux	US\$ 279,980	
	Partenaires ONG internationale	US\$ 0	
Partenaires ONG nationale	US\$ 0		
Croix Rouge / Croissant Rouge	US\$ 0		

2. Résumé des résultats obtenus

Grâce à l'allocation des fonds CERF, l'OMS a pu déployer 48 kits choléra qui ont été utilisés dans la prise en charge de 3 300 cas de choléra dans les régions du Sud-Ouest et du Littoral, former 300 agents de santé pour soutenir la riposte et appuyer le redéploiement de 35 personnels de santé pour répondre à l'épidémie dans les districts de santé touchés. Cette allocation a également permis à l'OMS de former 40 techniciens de laboratoire et de déployer 7 kits de laboratoire qui ont été utilisés pour tester 650 échantillons, former 300 agents de santé communautaires qui ont référées 380 cas vers les centres de traitement de choléra et identifiés dans les communautés puis administrés les premiers soins à 205 cas en communauté. Grâce aux fonds supplémentaires mobilisés par l'OMS, il y a eu en termes de résultats, une augmentation significative des différents indicateurs de détection et de prise en charge des cas, ainsi que de renforcement des capacités de laboratoire.

Ce projet a aidé un total de 44 349 personnes et a contribué à faire baisser le taux de létalité de l'épidémie, en particulier dans la région du Sud-Ouest. Les ressources ainsi engagées et la réponse apportée ont permis de stopper la propagation de l'épidémie et donner l'occasion aux partenaires de jouer efficacement leur rôle d'appui au Gouvernement. Le projet a été mis en œuvre en collaboration avec le Cluster WASH, la Délégation Régionale de la Santé Publique du Sud-Ouest et les Districts Sanitaires touchés.

3. Modifications

Tout au long de la réponse, l'épidémie s'est propagée dans certaines zones d'accès difficiles avec de nombreux problèmes sécuritaires. Malgré ces défis, apporter une réponse efficace et maîtriser la surmortalité liée à cette épidémie a été la principale préoccupation. Toutefois le projet n'a pas été modifié pendant sa mise en œuvre malgré les difficultés rencontrées, du fait de la mobilisation d'un personnel supplémentaire venant des districts de santé environnants et des agents de santé communautaires vivant dans ces zones. Il y a eu plus de personnes affectées que prévu du fait de la propagation rapide de l'épidémie dans les districts de santé qui n'étaient pas touchés lors de la soumission de l'élaboration du projet pour l'obtention des financements CERF. L'OMS a dû mobiliser pour cela des ressources supplémentaires pour poursuivre efficacement la riposte et sauver des vies.

4. Nombre de personnes assistées directement grâce au financement du CERF au niveau du projet *

Secteur / cluster	Santé									
Catégorie	Prévu					Atteint				
	Femmes	Hommes	Filles	Garçons	Total	Femmes	Hommes	Filles	Garçons	Total
Réfugiés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retournés	2 940	3 696	1 580	1 260	9 476	1 952	1 562	586	781	4 881
Déplacés internes	6 063	7 623	3 464	2 598	19 748	3 643	4 555	1 366	1 822	11 386
Communautés d'accueil	3 675	4 620	1 575	1 575	11 445	8 986	11 233	3 370	4 493	28 082
Autres personnes touchées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	12 678	15 939	6 619	5 433	40 669	14 581	17 350	5 322	7 096	44 349
Personnes handicapées (PwD) sur le total										
	184	231	79	79	573	98	142	43	60	343

* Les chiffres représentent les meilleures estimations des personnes directement soutenues par le financement du CERF. La ventilation par sexe et âge représente les femmes et les hommes de 18 ans et plus, les filles et les garçons de moins de 18 ans.

5. Personnes indirectement ciblées par le projet

Un total de 806,238 personnes a été indirectement touchées par les activités mises en œuvre dans le cadre du projet. Les activités qui ont ciblées indirectement cette population comprenaient : le renforcement de la surveillance épidémiologique, la recherche active et l'orientation des cas de la communauté vers les structures de prise en charge, la sensibilisation de masse sur les mesures de prévention, la désinfection des domiciles des malades et des abords des personnes infectées et la vaccination réactive, ce qui a empêché la propagation de l'épidémie dans les communautés.

6. Cadre de résultats du projet CERF

Objectif du projet Apporter une réponse d'urgence à l'épidémie de choléra dans les régions du Sud-Ouest et du Littoral

Résultat 1 Améliorer la prise en charge des cas

Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui Non

Secteur / cluster	Santé			
Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 1.1	H.1a Nombre de kits sanitaire d'urgence livrés aux formations sanitaires pour la gestion des cas de choléra	33	48	Certificat de don à la délégation régionale
Indicateur 1.2	Nombre de personnels de santé formés à la prise en charge des cas	100	150	Rapport de formation du personnel de santé
Indicateur 1.3	Nombre de guides de gestion de cas imprimés et distribués	200	300	Bon de livraison des guides
Indicateur 1.4	Nombre de personnels de santé redéployés pour soutenir la gestion des cas dans les centres de traitement du choléra	25	35	Rapport du personnel redéployé

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur Les financements additionnels mobilisés à travers les fonds CFE (Contingency Funds for Emergency) de l'OMS ont permis d'augmenter le nombre de kits, de guide, de personnel de santé formé et déployé.

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 1.1	Fournir des kits sanitaires d'urgence livrés aux formations sanitaires pour la gestion des cas de choléra	OMS, Ministère de la Santé Public (MINSANTE)
Activité 1.2	Former le personnel de santé sur la prise en charge du choléra	OMS, MINSANTE
Activité 1.3	Reproduire et distribuer les directives de traitement du choléra	OMS
Activité 1.4	Soutenir le redéploiement du personnel de santé vers les centres de traitement du choléra	OMS

Résultat 2 Améliorer la détection précoce des cas

Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui Non

Secteur / cluster	Santé
-------------------	-------

Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 2.1	Nombre d'agents de santé communautaires formés à la surveillance à base communautaire	100	300	Rapport de formation des Agents de Santé Communautaires (ASC)
Indicateur 2.2	Nombre d'alertes transmises par les agents de santé communautaires	1500	2 500	Rapports des ASC et bulletin EWARS
Indicateur 2.3	H.6 Pourcentage d'alerte générés et vérifiés par le personnel de santé	80%	90	Rapports d'investigation de la délégation régionale de la santé
Indicateur 2.4	Nombre d'alertes examinées dans les 24 heures	2 100	1 800	Rapports des ASC et bulletin EWARS
Indicateur 2.5	Nombre de tests rapides fournis	3 000	3 000	Certificat de donation
Indicateur 2.6	Nombre de laboratoires locaux renforcés et capables de confirmer les cas suspects de choléra	2	2	Rapports de formation

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur
 Le nombre d'alertes vérifiées dans les 24 heures était inférieur car il était difficile de vérifier dans certaines zones dans les 24 heures.
 Du fait que plus de communautés ont été touchées par l'épidémie, il y a eu le besoin de former plus d'ASC.

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 2.1	Recruter et former 100 agents de santé communautaires sur la surveillance communautaire	OMS, MINSANTE
Activité 2.2	Fournir aux agents de santé communautaires des ressources pour signaler les alertes	OMS, MINSANTE
Activité 2.3	Vérifier et enquêter sur les alertes	OMS, MINSANTE
Activité 2.4	Examinez 80 % des alertes dans les 24 heures suivant le signalement	OMS, MINSANTE
Activité 2.5	Fournir aux laboratoires les tests de diagnostic rapides	OMS
Activité 2.6	Renforcer les capacités des laboratoires locaux à effectuer des tests de confirmation	OMS

Résultat 3 Recherche active de cas et références au Centre de Traitement de Choléra

Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui Non

Secteur / cluster		Santé		
Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 3.1	H.10 Nombre de personnes identifiées par les agents communautaires et référées vers les centres de traitement de choléra	200	380	Formulaires de notification
Indicateur 3.2	H.11 Nombre de cas identifiés dans les communautés et traités par les agents de santé communautaires	180	205	Rapport des ASC
Indicateur 3.3	Nombre de sites désinfectés à la suite de l'identification des cas	160	280	Rapport des ASC

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur		Il y a eu plus de cas que prévu, ce qui a augmenté le nombre de personnes référés dans les centres de traitement et ceux pris en charge par les ASC.
Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 3.1	Former les agents de santé communautaires à identifier et orienter les cas vers les Centres de traitement de choléra	OMS, MINSANTE
Activité 3.2	Fournir aux agents de santé communautaires des ressources pour traiter les cas bénins dans la communauté	OMS, MINSANTE
Activité 3.3	Former les agents de santé communautaires à désinfecter les sites contaminés	OMS, MINSANTE

Résultat 4 Prélèvement et transport sécurisés des échantillons

Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>				
Secteur / cluster	Santé			
Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 4.1	Nombre de techniciens de laboratoire formés à la collecte et au transport des échantillons	40	40	Rapport de formation
Indicateur 4.2	Nombre de kits de laboratoire déployés	5	7	Certificat de donation
Indicateur 4.3	Nombre d'échantillons testés par le laboratoire de référence	450	670	Registres de consigne des résultats des tests de laboratoire
Indicateur 4.4	Nombre d'échantillons transportés en toute sécurité vers le laboratoire de référence	500	650	Prélèvement des échantillons et formulaires de transport
Explication du résultat et de la variation de l'indicateur		A travers les fonds additionnels CFE, le nombre de kits de laboratoire a été augmenté du fait d'un plus grand nombre de cas que prévu, ce qui a également contribué à augmenter le nombre d'échantillons testés au laboratoire.		

Résultat 5 Amélioration de la coordination et du suivi des interventions au niveau régional et de district

Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>				
Secteur / cluster	Santé			
Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 5.1	Nombre d'employés régionaux formés au système de gestion des incidents	20	20	Rapport de formation
Indicateur 5.2	Nombre de supervisions formatives conjointes par les équipes centrales, régionales et de district	5	5	Rapports de supervision

Indicateur 5.3	Nombre de membres du personnel de l'OMS déployés pour appuyer la riposte	6	6	Contrats
Explication du résultat et de la variation de l'indicateur		RAS		

7. Programmation efficace

a. Redevabilité envers les personnes affectées (AAP)³ :

Le plan d'intervention a été élaboré après de multiples évaluations menées dans la zone touchée, qui a généré les consultations avec les membres de la communauté et les parties prenantes. Les activités du projet ont été mises en œuvre en utilisant la population locale comme agents communautaires et promoteurs de la santé. La population affectée a été informée des activités du projet par les agents de santé communautaires, les chefs des aires de santé et les représentants communautaires des districts sanitaires. Les agents de santé communautaires et les représentants communautaires des régions et des districts sanitaires ont participé au suivi et à l'évaluation du projet.

b. Mécanismes de retour d'information et de plainte d'APP :

Les mécanismes de retour d'information comprenaient les numéros de téléphone mis à la disposition des structures de dialogue communautaire et des superviseurs des agents de santé communautaires qui pouvaient contacter directement le personnel de l'OMS. Les équipes du district de santé et les agents de santé communautaires impliqués dans la mise en œuvre du projet qui sont membres de la communauté ont également contribué à donner un retour d'information de la communauté concernant les désagréments liés à la mise en œuvre du projet.

c. Prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PSEA) :

Tous les membres du personnel de l'OMS déployés pour le projet ont dû suivre un cours en ligne obligatoire sur la PSEA. Toutes les parties prenantes ont été informées de la PSEA, de la politique de tolérance zéro de l'OMS et des mécanismes de plaintes mis en place en cas d'abus. D'autres membres du cluster santé qui faisaient partie de la réponse ont également été briefés sur la PSEA et des mécanismes de plaintes.

d. Focus sur les femmes, les filles et les minorités sexuelles et de genre, y compris la violence sexiste :

Le projet ciblait tous les membres de la communauté touchés par l'épidémie sans aucune discrimination entre hommes et femmes. Davantage de femmes ont été recrutées pour servir comme agents de santé communautaires dans le cadre du projet. Il n'y a eu aucune discrimination dans l'assistance aux communautés affectées. L'aide a été fournie uniquement en fonction des besoins.

e. Personnes handicapées (PwD) :

Les personnes vivant avec un handicap ont été informées du projet par les représentants de leurs associations. Les agents de santé communautaires ont ciblé les personnes vivant avec un handicap lors des activités de sensibilisation et de promotion de la santé. L'accès au traitement a été facilité pour tous, y compris les personnes vivant avec un handicap.

³ Le AAP et le PSEA font partie intégrante des engagements de l'IASC et sont donc obligatoires pour la conformité de toutes les agences et partenaires des Nations Unies. Les agences n'ont pas nécessairement besoin de mettre en place de nouveaux mécanismes AAP et PSEA pour les projets CERF si des mécanismes fonctionnels sont déjà en place. Pour plus d'informations, veuillez référer [aux engagements de l'IASC AAP](#).

f. Protection :

La sécurité du personnel et les agents de santé communautaires impliqués dans la réponse ont été prioritaires, tout comme la sécurité et la dignité des personnes affectées. Il y a eu un accès prioritaire vers les centres de traitement pour les personnes affectées par la maladie, l'implication et l'engagement de 300 agents de santé communautaires dans la réponse à cette épidémie ont permis de tenir compte de la redevabilité envers les populations affectées. Ainsi la prise en charge communautaire des cas était assurée par ces agents de santé communautaires qui ont été formés au préalable et du fait des restrictions d'accès, le lien entre les malades et leur famille était assuré par les mêmes agents de santé communautaires qui étaient ainsi au centre de la riposte à l'épidémie.

g. Éducation :

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, les écoles ont été ciblées en termes de sensibilisation de la communauté éducative et de la vaccination réactive. Ainsi des messages spécifiques de sensibilisation ont été élaborés et distribués dans les écoles et durant la vaccination contre cette épidémie, les écoles ont été des opportunités d'atteindre facilement les cibles afin de protéger les personnes pas encore affectées. Ces activités sont venues en complément aux activités WASH mises en œuvre dans les écoles.

8. Programme de transferts monétaires (PMT) / de bons d'achat

Utilisation de programme de transferts monétaires (PMT) / de bons d'achat :

Prévu	Atteint	Nombre total de personnes recevant l'assistance
Non	Non	-

Si **non**, veuillez expliquer pourquoi les transferts monétaires / les bons d'achat n'ont pas été pris en compte. Lorsque cela est possible, cet programme doit être considéré comme une option de réponse par défaut, et les transferts monétaires à objectifs multiples (MPC) doivent être utilisés dans la mesure du possible.

Si **oui**, notez brièvement comment les transferts monétaires / les bons d'achat sont utilisés, en soulignant l'utilisation des transferts monétaires à objectifs multiples (MPC), et si des liens avec les systèmes de protection sociale existants ont été explorés.

Cette allocation CERF a été utilisée pour acheter du matériel et former du personnel, donc le transfert monétaire n'était pas une option pour ces types d'activités.

9. Visibilité des activités financées par le CERF

Titre	Lien web / source
RAS	RAS

ANNEXE: FINANCEMENTS DU CERF TRANSFERES AUX PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

CERF Project Code	Sector	Agency	Implementing Partner Type	Transferred Fund in USD
22-RR-WHO-020	Health	WHO	GOV	\$ 279,980
22-RR-CEF-033	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	NNGO	\$ 125,595
22-RR-CEF-033	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	GOV	\$ 199,640
22-RR-CEF-033	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	GOV	\$ 73,458