

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU  
CONGO  
RÉPONSE RAPIDE  
CHOLÉRA  
2022**

**22-RR-COD-55354**

Bruno Lemarquis

Coordonnateur Résident et Coordonnateur Humanitaire

## PARTIE I – APERÇU DE L'ALLOCATION

---

### 1. PRIORISATION STRATÉGIQUE

#### RÉSUMÉ DU PROCESSUS ET DE LA CONSULTATION :

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

10 juillet 2023

La réunion AAR a été substituée, en juillet 2023, par une consultation similaire par courriel de toutes ces agences onusiennes concernées qui ont fourni les réponses aux questions habituellement discutées lors des réunions formelles AAR, notamment : les principaux résultats atteints, les personnes atteintes, la valeur ajoutée du financement reçu du CERF. Ces échanges ont permis de collecter les contributions des agences onusiennes aux questions susvisées et de pouvoir, ainsi, alimenter le présent rapport narratif final.

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

### Valeur ajoutée du financement CERF :

Dans le cadre d'une approche globale de lutte contre le choléra, le financement CERF a permis d'améliorer la surveillance épidémiologique, la coordination et le suivi des réponses au niveau national et provincial, d'une part, et d'interrompre la transmission du choléra au sein des ménages touchés et des voisins directs, d'autre part. De manière plus spécifique, ce financement CERF a permis de contrôler rapidement l'épidémie survenue dans la province du Sankuru en Août 2022, en maîtrisant la multiplication des cas. De plus, la subvention du CERF a apporté l'appui nécessaire pour assurer la continuité de réponse dans les deux autres provinces touchées par l'épidémie, le Tanganyika et le Sud-Kivu, prévenant également la propagation de l'épidémie au Kasai. La combinaison des résultats atteints par l'ensemble des acteurs impliqués dans les trois provinces a amélioré la coordination de la réponse choléra et renforcé la réponse humanitaire à cette crise.

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

Oui

En partie

Non

Oui, les fonds CERF ont promptement permis l'intensification de la réponse à l'épidémie de choléra déjà entamée dans les trois provinces ciblées (Sankuru, Sud-Kivu et Tanganyika). En effet, l'approche de riposte CATI (Cases Area Targeted Interventions en anglais Interventions ciblées autour des cas en français) utilisée par l'UNICEF dans la mise en place de la réponse rapide a permis d'intervenir sur les cas suspects de choléra dans les 48 heures après leur notification, avec la création d'un cordon sanitaire autour des foyers affectés. De plus, le fait que les partenaires de mise en œuvre aient déjà été formés à l'approche CATI, et déjà actifs sur le terrain, a permis d'élargir rapidement le rayon d'action et la fréquence de leurs interventions. Avec l'OMS, les activités de riposte ont aussi démarré sans délai, permettant ainsi de maîtriser les flambées épidémiques dans les premières 8 semaines seulement suivant les interventions, et de circonscire ces flambées dans les zones touchées grâce à la mise en œuvre précoce des interventions de riposte par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, à travers le programme PNECHOL-MD, avec l'appui technique et financier de l'OMS et de l'UNICEF

### 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

Oui, grâce au financement CERF, la rapidité dans les interventions menées par l'UNICEF et l'OMS a permis de maîtriser l'épidémie avant que la condition des malades ne se détériore davantage et que la maladie ne se propage vers d'autres provinces et zones du pays, notamment via le fleuve Congo. La réactivité de la réponse a, notamment, été favorisée par le fait que les ONGs partenaires qui avaient contractualisé avec l'UNICEF étaient déjà présentes sur le terrain.

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

Oui

En partie

Non

Oui, les fonds CERF ont permis d'améliorer la coordination de la réponse choléra dans les provinces ciblées. Cette coordination a été effective entre l'UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) des 3 provinces ciblées et le Programme National d'Élimination du Cholera (PNECHOL). Des réunions de coordination sur terrain ont été organisées entre les deux agences, les ONG partenaires avec les DPS et ZS concernées intervenant dans le choléra afin d'harmoniser la répartition des structures sanitaire et les activités à base communautaires et assurer le partage des informations sur la mise en œuvre des actions.

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

Oui

En partie

Non

En effet, à la suite de la subvention du CERF, d'autres ressources ont pu être mobilisées pour poursuivre l'appui dans les provinces du Sud-Kivu et du Tanganyika, notamment des fonds ECHO /Union Européenne) et SIDA (Suède). A noter, toutefois, que pour la province du Sankuru, il n'y a pas eu de financement subséquent à la fin des interventions sous fonds CERF. A Sankuru, l'OMS avait déjà mobilisé des fonds propres pour la riposte au choléra dans les zones touchées, à travers, notamment, le pré-positionnement de kits choléra et le déploiement de ressources humaines sur le terrain, tandis que l'UNICEF avait, pour sa part, déjà alloué, pour cette zone, plus de US\$ 450 000 de ses ressources propres à cette intervention d'urgence.

## Déclaration stratégique du Coordinateur Résident / Humanitaire :

Venant en appui au Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention de la RDC, l'allocation du CERF, à travers la fenêtre Réponse Rapide, a soutenu les interventions de lutte contre le choléra afin de contrôler rapidement l'épidémie dans les provinces du Sankuru, Sud-Kivu et Tanganyika. La flambée des cas observée dans ces provinces a été contenue, évitant ainsi la transmission de la maladie vers la région des Kasai et vers la ville province de Kinshasa, capitale de la RDC. La flambée épidémique dans ces provinces a été contenue, freinant sa propagation aux provinces du Kasai et de Kinshasa. Dans la zone la plus sévèrement touchée de Sankuru, les taux de létalité ont reculé de 8,3% à 5,4% sous l'effet des interventions réalisées. La réponse a été apportée à travers des interventions de santé, eau, assainissement et hygiène (EHA) et a impliqué deux agences onusiennes (UNICEF et OMS), des ONG partenaires présentes sur le terrain, ainsi que les autorités techniques pertinentes, telles les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et autres services étatiques impliqués dans la mise en œuvre du Programme National d'Élimination du Cholera (PNECHOL). Cette réponse a contribué à sauver des vies humaines en interrompant la transmission du choléra et en permettant aux équipes d'intervention rapide d'améliorer la surveillance et le système de référencement des malades dans les centres de traitement de choléra avant que la condition des malades ne se détériore davantage. Par ailleurs, cette subvention du CERF, tout en renforçant la coordination et le suivi de la réponse au niveau national et provincial, a permis de mobiliser d'autres sources de financement, notamment des fonds ECHO (Union Européenne) et SIDA (Suède), pour continuer l'appui à la réponse dans les provinces du Sud-Kivu et du Tanganyika.

## Considérations stratégiques des quatre domaines prioritaires humanitaires<sup>1</sup> :

Au regard de la nature de la crise et de la spécificité de la présente fenêtre d'allocation, les quatre domaines prioritaires humanitaires chroniquement sous-financés n'ont pas été traités, de manière particulière, dans cette allocation. « Tout au long de la réponse, la présente allocation a, en même temps, soutenu des actions spécifiques visant à intégrer la protection, le genre, le VBG et la PSEA comme activités transversales dans les interventions. Ainsi, les agences onusiennes ont veillé à ce que les filles, les garçons, les femmes et les hommes, y compris les personnes âgées, aient un accès égalitaire à l'assistance. Et, grâce à des interventions WASH/C4D réactives et ciblées au niveau communautaire, la population a pu être protégée et impliquée dans la lutte contre la propagation et la réintroduction du choléra. Il sied de noter, cependant, qu'une attention soutenue a été portée sur l'appui aux femmes et aux filles. Ces dernières ont, en effet, bénéficié de sessions d'accompagnement en pratiques d'hygiène, vu que ces catégories de personnes étaient préposées à la collecte et à l'acheminement de l'eau dans les ménages. De plus, en termes de protection, les femmes et les filles (représentant environ 51% de la population bénéficiaire) ont été systématiquement consultées lors de l'installation des sanitaires et des points de chloration, en veillant à leur proximité avec les villages afin de limiter leur isolement et atténuer ainsi les risques d'exposition aux agressions basées sur le genre. A signaler qu'au sein de la communauté des pêcheurs, particulièrement touchée par le choléra, les femmes travailleuses et productrices halieutiques ont spécifiquement bénéficié de la mise en place de points de chloration d'eau et la distribution des comprimés de kits cholera composé de produits de purification d'eau, sérum de réhydrations oral, savon, jerrycan pour le transport de l'Eau et seau avec robinet et couvercle pour le stockage de l'eau opérée dans les sites temporaires de pêche le long des lacs Tanganyika et Kivu. Les principaux défis étaient liés essentiellement au manque de capacités en matière de contrôle et de surveillance. En effet, il a été noté une insuffisance de ressources pour enforcer la surveillance, qui est un pilier essentiel pour contenir et gérer l'épidémie. En outre, il était difficile d'organiser, au niveau communautaire, la surveillance épidémiologique et la détection rapide des cas en raison des conflits armés et des difficultés d'accès dans certaines zones. Enfin, les mouvements primaires et secondaires des déplacés internes, la fragilité des systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement ont, dans ce contexte d'insécurité, contribué à la propagation de l'infection ».

---

<sup>1</sup> 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 1 : Aperçu de financement (US\$)**

<b>Montant total nécessaire à la réponse humanitaire</b>	<b>49200000</b>
CERF	2000011
Fonds humanitaire commun / Fonds pour les interventions d'urgence (le cas échéant)	0
Autres (bilatéral / multilatéral)	Non disponible
<b>Financement total reçu pour la réponse humanitaire (par source ci-dessus)</b>	<b>2000011</b>

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

<b>Total des fonds utilisés directement par les agences des Nations Unies y compris l'acquisition des marchandises de secours</b>	<b>1293579</b>
Fonds transférés aux partenaires gouvernementaux *	22000
Fonds transférés aux partenaires ONG internationales pour mise en œuvre *	160608
Fonds transférés aux partenaires ONG nationales pour mise en œuvre *	145405
Fonds transférés aux partenaires de Croix-Rouge et du Croissant-Rouge *	378419
<b>Total fonds transférés aux partenaires (IP) *</b>	<b>706432</b>
<b>Total</b>	<b>2000011</b>

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

Agence	Code du projet	Secteur / cluster	Montant
<b>UNICEF</b>	22-RR-CEF-066	Eau, assainissement et hygiène	1000011
<b>WHO</b>	22-RR-WHO-038	Santé	1000000
<b>Total</b>			<b>2000011</b>

\* 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-subsventions en annexe.

## 2. PRIORISATION OPÉRATIONNELLE

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

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

En date du 16 août 2022, une épidémie de choléra a été déclarée dans la province du Sankuru en République démocratique du Congo (RDC). Les premiers cas de choléra avaient été signalés au début du mois d'août 2022 dans la province du Tanganyika, le principal foyer de l'épidémie à l'Est de la RDC. D'autres cas avaient, par la suite, été signalés dans le Nord-Kivu et le Sud-Kivu où ils étaient, toutefois, restés sous contrôle jusqu'à la soudaine recrudescence enregistrée dans la province du Sankuru. Au 6 septembre 2022, 342 cas suspects étaient notifiés (13 cas par jour en moyenne) dont 28 décès, portant le taux de létalité à un niveau alarmant de 8,2% dans la province du Sankuru. Alors que, depuis 2021, la province du Sankuru n'avait notifié aucun cas de choléra, 3 zones de santé de cette province étaient, soudainement, touchées, avec plus de 200 cas en août 2022, et un taux de mortalité élevé dans 3 zones de santé (Lusambo, Mpania Mutombo et Bena Dibebe). L'épidémie était déjà en voie de propagation vers les provinces voisines, notamment au Kasai Oriental, affectant les frontières de la province du Haut-Lomami qui avait signalé un nombre croissant de cas, avec un taux de mortalité de 3%. Entre janvier et septembre 2022, un total de 9 088 cas suspects et 157 décès étaient notifiés en RDC par le Ministère de la Santé Publique, de l'Hygiène et de la Prévention (MSPHP), représentant ainsi une augmentation de 40% des cas épidémiques par rapport à la même période en 2021. Les zones de santé touchées dans les provinces du Sud-Kivu, du Tanganyika et du Haut-Lomami montraient peu ou pas de signes de contrôle de l'épidémie. Il était donc essentiel d'intensifier, en urgence, une réponse sanitaire et EHA vitale pour le Sankuru et les provinces voisines du Sud-Kivu, du Tanganyika et du Haut Lomami, afin de contenir rapidement l'épidémie et diminuer les risques d'une propagation vers le sud-ouest du pays, à travers le Kasai Central, le Kasai Oriental, pour atteindre Kinshasa, via le fleuve Congo. L'UNICEF, l'OMS et leurs partenaires travaillaient déjà avec les autorités sanitaires locales pour contenir l'épidémie, mais des ressources supplémentaires s'avéraient urgemment nécessaires pour ne pas perdre les résultats obtenus jusque-là, et ne pas menacer la vie de quelques 1,2 million de personnes qui risquaient d'être exposées au choléra dans l'ensemble de la région.

En réponse à la crise du choléra, le Coordonnateur des Secours d'Urgence (ERC) a alloué, en date du 15 septembre 2022, deux millions de dollars américains à travers la fenêtre de réponse rapide afin soutenir la réponse sanitaire et EHA déjà en cours dans trois provinces de la RDC (Sankuru, Sud-Kivu et Tanganyika), de maximiser l'impact des interventions et d'interrompre la transmission de l'épidémie. Cette allocation visait à combler les lacunes critiques de la réponse gouvernementale en matière de EHA dans les districts sanitaires prioritaires de ces provinces. L'approche privilégiée a consisté à intégrer des activités permettant de renforcer les capacités des structures sanitaires et l'implication des communautés dans la lutte contre la propagation de l'épidémie afin de permettre aux populations affectées d'adopter des comportements appropriés et de pouvoir faire face à d'éventuelles résurgences de l'épidémie. Pour assurer la réponse, les activités de santé et EHA se sont concentrées principalement sur la mise en place de cordons sanitaires autour des cas suspects de cholera directement, le renforcement de la surveillance épidémiologique globale du choléra dans les zones de santé ciblées et le

renforcement de la gestion des cas. Ce faisant, les fonds CERF ont permis à l'UNICEF et à l'OMS ainsi qu'à leurs partenaires de fournir une assistance vitale directe dans les secteurs de la santé et de l'EHA à un total de 371 829 personnes sur une cible de 199 800 personnes, tout en permettant à environ 1 million de personnes des trois provinces d'être atteintes par les messages sur la prévention via les radios communautaires et les églises. Sur le plan opérationnel, l'allocation CERF a donc servi à contrôler efficacement l'épidémie de choléra dans le Sankuru et à renforcer les ripostes existantes dans les provinces du Tanganyika et Sud-Kivu. Il sied de signaler que l'UNICEF et OMS accompagnaient déjà la phase pilote du plan d'action anticipatoire contre le choléra en RDC, à travers un travail d'identification des points chauds du choléra, de conception de scénarios possibles et des réponses adaptées à ceux-ci.

#### **Personnes ayant reçu une assistance directe :**

Au total, 371 829 personnes (dont 79 646 femmes, 76 522 hommes, 109 987 filles et 105 674 garçons) ont été directement assistées à travers le présent financement CERF sur une cible de 199 800 personnes. Cet effectif total correspond au chiffre le plus élevé atteint dans le secteur de EHA dans les trois provinces ciblées. Ce chiffre a été considéré pour éviter tout chevauchement et le double comptage des bénéficiaires entre les secteurs de la santé et celui de l'EHA dans les mêmes zones géographiques. Le dépassement de la cible initiale (186 %) résulte essentiellement d'un accroissement significatif du nombre de personnes qui ont eu accès à une quantité suffisante d'eau potable.

L'ONG nationale, Congo Handicap, membre de l'EHP, souligne que les conflits armés et les situations d'urgence humanitaire ont une incidence considérable sur la vie des personnes handicapées. Cependant, les efforts que font les personnes handicapées pour fuir la violence, pour obtenir une aide et une assistance humanitaires et participer à leur planification et à leur fourniture, et pour faire valoir leurs droits à des services tels que la santé passent souvent inaperçus. L'ONG suggère de déterminer à l'avenir dans le rapport les nombres exactes de personnes en situation de handicap qui ont été assisté en termes de communication, mobilité et appui psychologique (besoin spécifiques)

#### **Personnes ayant reçu une assistance indirecte :**

Sur une population globale de 4 256 076 personnes habitant les 15 zones de santé des provinces ciblées par le projet, environ 3 884 247 personnes ont bénéficié indirectement des interventions du CERF, en considérant que 3% de cette population globale a été touchée directement par les activités du projet. Ce chiffre global intègre environ 1 000 000 personnes qui ont été atteintes par les messages sur la prévention et sur les interventions menées autour des cas spécifiques de choléra via les radios communautaires et les églises.

**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	27081	26019	38175	36677	<b>127952</b>	27500	26411	38459	36934	<b>129304</b>
Eau, assainissement et hygiène	31210	24765	55484	63681	<b>175140</b>	79646	76522	109987	105674	<b>371829</b>

\* 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	0	0
Déplacés internes	0	0
Communautés d'accueil	0	0
Autres personnes touchées	199800	371829
<b>Total</b>	<b>199800</b>	<b>371829</b>

**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	35600	79646	8745	11946
Hommes	28400	76522	7618	11438
Filles	63200	109987	14050	16498
Garçons	72600	105674	15054	15851
<b>Total</b>	<b>199800</b>	<b>371829</b>	<b>45467</b>	<b>55733</b>

## PARTIE II – APERÇU DES PROJETS

### 3. RAPPORTS DES PROJETS

#### 3.1 Rapport du projet 22-RR-CEF-066

1. Information sur le projet			
Agence :	UNICEF	Pays :	République démocratique du Congo
Secteur / cluster :	Eau, assainissement et hygiène	Code du projet :	22-RR-CEF-066
Titre du projet :	Réponse rapide à l'épidémie de choléra dans la province du Sankuru et dans les hotspot de la République Démocratique du Congo		
Date de début :	22/08/2022	Date de fin :	21/02/2023
Revisions :	Extension sans cout <input type="checkbox"/>	Redéploiement des fonds <input type="checkbox"/>	Reprogrammation <input type="checkbox"/>
Financement	<b>Montant total des besoins du secteur pour répondre à l'urgence :</b>		<b>US\$ 6 780 000</b>
	<b>Financement total reçu pour la réponse sectorielle de l'agence à l'urgence en cours :</b>		<b>US\$ 1 040 000</b>
	<b>Montant reçu du CERF :</b>		<b>US\$ 1 000 011</b>
	<b>Total des sous-subsventions du CERF transférées aux partenaires de mise en œuvre :</b>		<b>US\$ 706 432</b>
	Partenaires gouvernementaux		US\$ 22 000
	Partenaires ONG internationale		US\$ 160 608
	Partenaires ONG nationale		US\$ 145 405
Croix Rouge / Croissant Rouge		US\$ 378 419	

#### 2. Résumé des résultats obtenus

Les fonds CERF ont été utilisés pour contrôler l'épidémie de choléra dans la province du Sankuru et renforcer les ripostes existantes dans les provinces du Tanganyika et Sud-Kivu. Avec ce financement, UNICEF a travaillé en partenariat avec Médecins d'Afrique (MDA) dans la province du Sankuru, la Croix Rouge Tanganyika au Tanganyika, Actions et Interventions pour le Développement et Encadrement Social (AIDES) et la Croix Rouge Sud-Kivu au Sud-Kivu.

Résultat 1 : La coordination et le suivi des activités de réponse ont été améliorés dans les trois provinces à travers la tenue de 47 réunions de coordination provinciale hebdomadaires (112% de la cible). Les partenaires de mise œuvre ont participé aux réunions hebdomadaires de suivi épidémiologique au niveau de la DPS en lien avec le PNECHOL afin de partager les activités menées sur le terrain et informer le gouvernement sur le nombre de cas suspects dans les zones d'intervention. Aussi, 9 bases de données en ligne (100% de la cible), ont été mises en place pour faciliter le suivi épidémiologique et la réponse choléra. En moyenne, 47% des cas suspects de choléra notifiés dans les trois provinces (target > 30%) ont été testés en laboratoire pour confirmation.

Résultat 2 : Dans les trois provinces, 86,7% de réponses (3 827 sur 4 411 cas notifiés) ont été menées dans les 48 heures après la notification d'un cas suspect ou confirmé. En moyenne, 90% d'échantillons d'eau stockée dans les ménages (cible 75%) ont relevé au moins 0,3 mg/l de chlore résiduel libre 15 jours après les interventions des équipes. Aussi, 62 782 kits EHA ont été distribués (215% de la cible) aux ménages au sein du cordon sanitaire, afin de leur faciliter le lavage des mains au savon, l'entreposage de l'eau de boisson dans un récipient adéquat et la potabilisation de l'eau via le chlore afin d'éviter toute nouvelle contamination autour des cordons sanitaires.

Résultat 3 : Au niveau communautaire, 175 500 personnes (125% de la cible) ont eu accès à une quantité suffisante d'eau courante pour la boisson, la cuisine et/ou l'hygiène personnelle, à travers la mise en place de 351 points de chloration manuels dans et autour des cordons sanitaires. Dans la province du Sankuru, 2 points d'eau de type source aménagée ont été réhabilités et un contrat d'appui à la REGIDESO (en termes de fourniture d'électricité pour faire fonctionner les pompes) a été mis en œuvre pour aider cette dernière à fournir de l'eau sans rupture d'approvisionnement. Ceci a eu un impact important dans la ville de Lusambo (au Sankuru) qui fut le point de départ de l'épidémie, déclenchant cette allocation. Dans la même province, 120 agents de promotion de l'hygiène et relais communautaire (100% de la cible) ont été formés et intégrés aux dispositifs de prévention et de réponse.

### **3. Modifications**

Certes, il n'y a pas eu de modifications apportées au projet par rapport au plan initial, mais certaines cibles ont été dépassées sur la base des besoins rencontrés sur le terrain.

#### 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Déplacés internes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Communautés d'accueil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres personnes touchées	31 210	24 765	55 484	63 681	175 140	79 646	76 522	109 987	105 674	371 829
<b>Total</b>	<b>31 210</b>	<b>24 765</b>	<b>55 484</b>	<b>63 681</b>	<b>175 140</b>	<b>79 646</b>	<b>76 522</b>	<b>109 987</b>	<b>105 674</b>	<b>371 829</b>
<b>Personnes handicapées (PwD) sur le total</b>										
	4 682	3 715	8 323	9 552	26 272	11 946	11 438	16 498	15 851	55 733

\* 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 :

Environ 1 000 000 personnes dans les trois provinces (Sankuru, Sud-Kivu et Tanganyika) ont été atteintes par des messages sur la prévention et sur les interventions menées autour des cas de choléra via les radios communautaires et les églises.

## 6. Cadre de résultats du projet CERF :

**Objectif du projet** Appuyer le gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC) dans l'exécution du Plan Multisectoriel Stratégique d'Élimination du Choléra (PMSEC) et contribuer à réduire l'incidence des cas suspects de 70% et la létalité à moins de 1%, entre 2022 et 2023, à l'échelle du territoire national.

**Résultat 1** La détection rapide des cas suspects et confirmés, la coordination et le suivi et monitoring des activités de réponses sont améliorés dans les provinces du Sankuru, Tanganyika et Sud-Kivu

**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	# de réunion de coordination provinciale hebdomadaire ayant eu lieu au Sankuru, Sud-Kivu et Tanganyika	42	47	Rapport mensuel et final des partenaires, compte rendu de réunions de la DPS
Indicateur 1.2	# de bases de données compilant les informations épidémiologiques ainsi que les données de réponses rapides ICTC et actualisée en temps réel sur un serveur en ligne	9	9	Liens aux bases des données en ligne
Indicateur 1.3	% des cas suspects de choléra notifiés au Sankuru, au Sud-Kivu et au Tanganyika testés en laboratoire pour confirmation.	30	47	Base de données en ligne, rapports des partenaires

**Explication du résultat et de la variation de l'indicateur**

**Indicateur 1.1 :** 47 réunions hebdomadaires de coordination provinciale (112% de la cible) ont été organisées dans les trois provinces ciblées, dont 12 dans le Sankuru, 24 au Sud-Kivu et 11 dans le Tanganyika. Les partenaires de mise en œuvre ont participé aux réunions hebdomadaires de suivi épidémiologiques au niveau de la DPS en lien avec le PNECHOL pour partager les activités qui ont eu lieu sur le terrain et informer le gouvernement sur le nombre de cas suspect dans les zones d'intervention. Ces réunions ont permis aussi d'harmoniser les chiffres sur le nombre de cas et de faciliter le suivi épidémiologique du choléra dans les provinces. Dans les provinces avec de multiples acteurs, cela a permis d'améliorer la coordination et d'éviter la duplication des interventions.

**Indicateur 1.2 :** 9 bases de données en ligne (100% de la cible) compilant les informations épidémiologiques ainsi que les données de réponse rapide ICTC ont été mises en place pour faciliter le suivi épidémiologique et la réponse choléra. Il s'agit de 2 bases de données dans le Sankuru, 5 au Sud-Kivu et 2 dans au Tanganyika. La mise en place de ces bases des données a permis au spécialiste choléra basé à Goma de faire un suivi global de la réponse ICTC et au personnel des bureaux terrain de faire un suivi rapide et quotidien avec le partenaire de mise en œuvre.

	<p><b>Indicateur 1.3</b> : En moyenne, 47% des cas suspects de choléra notifiés dans les trois provinces ont été testés en laboratoire pour confirmation. Il s'agit de 5% dans le Sankuru, 85,5% au Sud-Kivu (76% lors des interventions de AIDES et 95% pour les interventions de Croix Rouge Sud-Kivu) et 50% dans le Tanganyika.</p> <p>Dans la province du Sankuru, seuls 5% des cas suspects ont été testés au laboratoire (39 échantillons) à Kinshasa, en raison de contraintes logistiques.</p> <p>A travers les fonds CERF et des fonds complémentaires, l'UNICEF a soutenu AMI Labo à Goma pour conduire l'analyse des échantillons reçus par les provinces notifiant des cas de choléra et confirmer ainsi le taux de prévalence dans les zones d'intervention. De plus, AMI Labo a réalisé des formations auprès des structures de santé et de la DPS pour former à la bonne collecte des échantillons par le personnel de santé et leur bon conditionnement pour le transport.</p>
--	---

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 1.1	Gérer les notifications d'alertes au choléra et soutenir la coordination des partenaires de la santé et de WASH.	Croix Rouge Tanganyika, AIDES, MDA, Croix Rouge Sud- Kivu
Activité 1.2	Fournir des informations épidémiologiques actualisées et détaillées, systématiquement partagées et analysées.	Croix Rouge Tanganyika, AIDES, MDA, Croix Rouge Sud- Kivu
Activité 1.3	Renforcer le système de confirmation des cas suspects de choléra par culture en laboratoire	Croix Rouge Tanganyika, AIDES, MDA, Croix Rouge Sud- Kivu

**Résultat 2** Des réponses immédiates et ciblées sont mises en œuvre au niveau communautaire dans les 48 heures (après le résultat du laboratoire) autour des cas suspects ou confirmés.

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	% de réponses appropriées menées dans les 48 heures après la notification d'un cas suspect ou confirmé	80	87,6	Rapport mensuel et final des partenaires, Rapport de situation (Sitrep) hebdomadaire, bases de données en ligne.
Indicateur 2.2	% d'échantillons d'eau stockée dans les ménages ayant au moins 0,3 mg/l de chlore résiduel libre 15 jours après les interventions des équipes	75	90	Rapport mensuel et final des partenaires, Rapport de situation (Sitrep) hebdomadaire
Indicateur 2.3	# de kits EHA distribués	29 190	62 782	Rapport mensuel et final des partenaires, Sitrep hebdomadaire, liste de distribution des kits

**Explication du résultat et de la variation de l'indicateur**

**Indicateur 1** : Dans les trois provinces ciblées, 86,7% des réponses (3 827 sur 4 411 cas notifiés) ont été menées dans les 48 heures après la notification d'un cas suspect ou confirmé.

- Sankuru : 80% des réponses (430 sur 538 cas notifiés) ont été menées dans les 48 heures après la notification d'un cas suspect ou confirmé.
- Sud-Kivu : 97,6% des réponses (1 691 sur 1 732 cas notifiés) ont été menées dans les 48 heures après la notification d'un cas suspect ou confirmé.

	<p>-Tanganyika : 79.7% des réponses (1 706 sur 2 141 cas notifiés) ont été menées dans les 48 heures après la notification d'un cas suspect ou confirmé.</p> <p><b>Indicateur 2.2 :</b> Dans les trois provinces, 90% des échantillons d'eau stockée dans les ménages ont relevé une moyenne d'au moins 0,3 mg/l de chlore résiduel libre 15 jours après les interventions des équipes. Plus de 75% de la cible a été donc atteinte : 78,8% dans le Sankuru, 97,5% au Sud-Kivu et 93% dans le Tanganyika.</p> <p><b>Indicateur 2.3 :</b> Dans les trois provinces 62 782 kits EHA ont été distribués (215% de la cible) aux ménages du cordon sanitaire. Il s'agit de 2 799 kits pendant la réponse dans le Sankuru, 21 795 au Sud-Kivu et 38 188 dans le Tanganyika.</p> <p>Les distributions des kits ont été soutenues par les fonds CERF et des fonds complémentaires. Une moyenne de 20 ménages par cordon sanitaire a bénéficié de ces kits choléra (constitués de 6 savons, 1 bidon de 20L pour l'eau de boisson, 1 seau avec robinet pour le lavage des mains, 5 paquets de sels de réhydratation orale et 4 paquets de purifiant d'eau), conçus pour une durée de 3 mois. L'objectif de ces kits était de faciliter le respect des gestes barrières par les ménages, notamment : le lavage des mains en utilisant le savon et le seau avec robinet, l'entreposage d'eau de consommation/boisson dans un récipient adéquat et la potabilisation de l'eau via le chlore pour éviter toute nouvelle contamination dans les jours ayant suivi le cas suspect trouvé dans le cordon sanitaire. Chaque ménage a été sensibilisé sur l'utilisation du kit.</p>
--	--

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 2.1	Effectuer des réponses immédiates et ciblées au niveau communautaire pour tous les cas suspects et confirmés de choléra en moins de 48h	Croix Rouge Tanganyika, Actions et Interventions pour le Développement et l'Encadrement Social (AIDES), Médecins d'Afrique (MDA), Croix Rouge Sud-Kivu
Activité 2.2	Assurer le premier suivi des réponses 15 jours après l'intervention pour une efficacité maximale en ajustant les activités si nécessaire.	Croix Rouge Tanganyika, Actions et Interventions pour le Développement et l'Encadrement Social (AIDES), Médecins d'Afrique (MDA), Croix Rouge Sud-Kivu
Activité 2.3	Assurer le bon dimensionnement des cordons sanitaires autour de chaque cas suspect	Croix Rouge Tanganyika, Actions et Interventions pour le Développement et l'Encadrement Social (AIDES), Médecins d'Afrique (MDA), Croix Rouge Sud-Kivu

**Résultat 3** Les populations sont impliquées et davantage protégées contre la propagation du choléra par des interventions communautaires

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	WS.6 Nombre de personnes ayant accès à une quantité suffisante d'eau de qualité pour la boisson, la cuisine et/ou l'hygiène personnelle, conformément à la norme sectorielle convenue	140 000	175 500	Rapport mensuel et final des partenaires, Sitrep hebdomadaire
Indicateur 3.2	# d'agents de promotion de l'hygiène et relais communautaire formes et intégrés aux dispositifs de	120	120	Rapport mensuel et final des partenaires, Sitrep hebdomadaire

	prévention et de réponses dans le Sankuru		
<b>Explication du résultat et de la variation de l'indicateur</b>		<p><b>Indicateur 3.1</b> : 175 500 personnes (125% de la cible) ont eu accès à une quantité suffisante d'eau de qualité pour la boisson, la cuisine et/ou l'hygiène personnelle, à travers la mise en place de 351 points de chloration manuels autour des cordons sanitaires pour une durée minimale de 1 mois (130 dans le Sankuru, 80 au Sud-Kivu et 141 dans le Tanganyika). Les points de chloration ont été ouverts là où les riverains n'avait pas d'autre alternative d'accès à de l'eau potable. La cible avait été surestimée dans la phase de rédaction du projet. Aussi, dans la province du Sankuru, 2 points d'eau de type source aménagée ont été réhabilités. Un contrat d'appui à la REGIDESO (en termes de fourniture d'électricité) a été établi pour aider celle-ci à distribuer continuellement de l'eau. Ceci a eu un impact important dans la ville de Lusambo qui fut le point de départ de l'épidémie, déclenchant cette allocation. Enfin, 18 latrines et 15 douches ont été construites dans les centres de traitement de choléra (CTC) de Lusambo.</p> <p><b>Indicateur 3.2</b> : Dans la province du Sankuru, l'ONG Médecins d'Afrique (MDA) a formé 120 agents de promotion de l'hygiène et relais communautaires (100% de la cible) et les a intégrés aux dispositifs de prévention et de réponse. Cette activité a été conduite, comme prévu, seulement dans le Sankuru qui n'avait pas rapporté d'épidémie de choléra depuis plusieurs années. Dans les deux autres provinces, les acteurs étaient déjà formés et intégrés dans le dispositif de prévention et de réponse.</p>	
Activités	Description	Mise en œuvre par	
Activité 3.1	Fournir aux populations des zones touchées un accès à l'eau potable	Croix Rouge Tanganyika, Actions et Interventions pour le Développement et l'Encadrement Social (AIDES), Médecins d'Afrique (MDA), Croix Rouge Sud-Kivu	
Activité 3.2	Former les agents de promotion de l'hygiène et les relais communautaires sur les questions de choléra et les mécanismes de prévention de la maladie (autour des cordons sanitaires dans les AS impactées) - Province du Sankuru	Médecins d'Afrique (MDA)	

## 7. Programmation efficace

Le CERF attend des partenaires qu'ils intègrent et tiennent dûment compte des questions transversales telles que la redevabilité envers les personnes affectées (AAP), la protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA), les personnes handicapées (PwD), la centralité de la protection ainsi que le genre et l'âge. En outre, le Coordonnateur des Secours d'Urgence (ERC) a identifié quatre domaines prioritaires sous-financés<sup>2</sup> qui manquent souvent de considération et de visibilité appropriées : les femmes et les filles, les personnes handicapées, l'éducation et la protection. **Dans la section suivante, veuillez montrer comment les questions intersectorielles et les quatre domaines prioritaires sous-financés du ERC ont été intégrés et devraient mettre en évidence l'impact obtenu si possible.**

<sup>2</sup> En janvier 2019, le coordonnateur 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. Bien que le CERF reste axé sur les besoins, l'ERC recherchera des équipes de pays pour prioriser les projets et les activités intégrées qui abordent systématiquement et efficacement ces quatre domaines. 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](#).



#### **a. Redevabilité envers les personnes affectées (AAP)<sup>3</sup> :**

Au démarrage du projet, UNICEF et ses partenaires ont tenu de séances d'information et de sensibilisation sur les interventions. Ces séances ont permis d'informer les populations, d'obtenir l'accord des autorités et l'adhésion des personnes concernées pour un meilleur ancrage au sein des communautés. Lors des désinfections des foyers, les équipes ICTC se sont assurées de l'acceptation des ménages et de leur bonne compréhension de cette activité. Les femmes ont été consultées en priorité sur le choix des lieux d'installation des points de chloration afin de réduire au maximum les risques d'exposition accrue, pour celles-ci, à la violence basée sur le genre (VBG). Plusieurs mécanismes de sensibilisation tels que les radios communautaires, la diffusion de messages par les dirigeants religieux, les focus-groups et les visites porte-à-porte ont été mis en place pour informer et orienter les communautés face à la menace du choléra.

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

Tous les partenaires de l'UNICEF ont mis en place un système de remontée des plaintes via une ligne verte et des boîtes à suggestions dans les Centres de santé et Centres de Traitement du Choléra (CTC). Ils ont également mis à disposition un Chargé de Suivi en charge de récolter les plaintes et de les traiter. Des focus-groups avec les femmes ont également été organisés par les équipes ICTC afin d'obtenir leur retour d'expérience sur les interventions et les adapter en conséquence.

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

Tous les partenaires de l'UNICEF ont été formés sur la PEAS en amont du projet. Des messages de sensibilisation sur la PEAS ont été affichés dans les bureaux des partenaires, les centres de santé, les hôpitaux et les CTC.

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

Les femmes des communautés dans les ménages ciblés ont été systématiquement consultées avant chaque intervention et lors des visites post-intervention. Des focus-groups ont permis aux femmes et filles de s'exprimer aisément et des messages spécifiques sur les bonnes pratiques contre le choléra leur ont permis de mieux se protéger ainsi que leurs familles. La composante de la gestion de l'hygiène menstruelle chez les filles adolescentes a été abordée durant les séances d'accompagnement en pratiques d'hygiène. Les séances d'accompagnement ont été orientées spécifiquement vers les femmes et les enfants, étant donné que ces catégories de personnes sont préposées à la collecte et l'acheminement de l'eau dans les ménages, et sont donc les plus à risques de contracter le choléra.

#### **e. Personnes handicapées (PwD) :**

Lors de la mise en place des points de chloration et des installations sanitaires, l'accent a été mis sur l'accès en faveur des personnes à mobilité réduite. Lors des interventions, les personnes malvoyantes ou malentendantes ont également été incluses afin de s'assurer de leur bonne compréhension des messages par l'ensemble de la communauté. Les lieux de distribution des kits choléra ont été choisis de manière à garantir un accès aisé pour tous.

#### **f. Protection :**

La consultation des femmes et filles a été systématique lors de l'installation des ouvrages d'eau, des sanitaires et des points de chloration en veillant à ce que ces ouvrages soient proches des villages afin de limiter l'isolement des femmes et des filles et ainsi diminuer leur exposition aux agressions basées sur le genre (VBG). Par ailleurs, les ouvrages d'assainissement et les chambres d'hospitalisations des CTC ont été conçus avec des accès séparés selon le genre.

#### **g. Éducation :**

N/A

<sup>3</sup> 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](#).

## 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
Sélectionnez un élément dans le menu déroulant	Non	0

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 / bons d'achat n'étaient pas adaptés aux problématiques traitées.

### Paramètres de modalité PMT / de bons d'achat :

Activité spécifique (y compris le # d'activité du cadre de résultats ci-dessus)	Nombre de personnes	Valeur du cash (US\$)	Secteur / cluster	Restriction
N/A	0	US\$ 0	Sélectionnez un élément dans le menu déroulant	Sélectionnez un élément dans le menu déroulant

## 9. Visibilité des activités financées par le CERF

Titre	Lien web / source
Accès à l'eau potable	<a href="https://twitter.com/unicefdr/status/1618942506103717888?s=46&amp;t=epsfeYvq0OJWP6mJtS71fQ">https://twitter.com/unicefdr/status/1618942506103717888?s=46&amp;t=epsfeYvq0OJWP6mJtS71fQ</a>

## 3.2 Rapport du projet 22-RR-WHO-038

### 1. Information sur le projet

Agence :	WHO	Pays :	République démocratique du Congo
Secteur / cluster :	Santé	Code du projet :	22-RR-WHO-038
Titre du projet :	Réponse d'urgence pour réduire la morbidité et mortalité liées aux épidémies de choléra dans 4 provinces hotspots en RDC. (Sankuru, Sud-Kivu, Tanganyika, Haut-Lomami)		
Date de début :	29/08/2022	Date de fin :	28/02/2023
Révisions :	Extension sans coûts <input type="checkbox"/>	Redéploiement des fonds <input type="checkbox"/>	Reprogrammation <input type="checkbox"/>

<b>Financement</b>	<b>Montant total des besoins du secteur pour répondre à l'urgence :</b>	<b>US\$ 2 456 253</b>
	<b>Financement total reçu pour la réponse sectorielle de l'agence à l'urgence en cours :</b>	<b>US\$ 0</b>
	<b>Montant reçu du CERF :</b>	<b>US\$ 1 000 000</b>
	<b>Total des sous-subsventions du CERF transférées aux partenaires de mise en œuvre :</b>	<b>US\$ 0</b>
	Partenaires gouvernementaux	US\$ 0
	Partenaires ONG internationale	US\$ 0
	Partenaires ONG nationale	US\$ 0
Croix Rouge / Croissant Rouge	US\$ 0	

## 2. Résumé des résultats obtenus

Le financement CERF réponse rapide au choléra est arrivé à une période durant laquelle la RDC faisait face à plusieurs foyers d'épidémie aussi bien dans les provinces chroniquement touchées de l'Est (Sud-Kivu, Tanganyika, Haut-Lomami) que dans la province du Sankuru où l'épidémie avait enregistré 831 cas dont 45 décès (létalité : 5,4 %). Grâce à ce financement, l'OMS a soutenu la stratégie de riposte qui s'inscrit dans le cadre d'un programme gouvernemental à long terme visant à soutenir le développement des activités de lutte contre les épidémies en RDC à travers l'appui au Programme National d'Élimination du Cholera (PNECHOL) et aux Divisions Provinciales de Santé de la RDC. avec l'appui du Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévention (MSPHP) à travers le PNECHOL, des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et d'autres partenaires, ont maîtrisé et circonscrit les flambées épidémiques du choléra dans les trois provinces touchées. Alors que les DPS du Tanganyika, du Sud-Kivu et du Haut-Lomami avaient, au début du projet, enregistré les incidences les plus élevées du pays pour 100 000 habitants, avec respectivement, 48, 39 et 38, le financement du CERF a, au terme du projet de l'OMS, ramené ces chiffres respectivement à 17, 9 et 5. En outre, grâce à la subvention CERF, les capacités de 603 relais communautaires (RECO) sur la surveillance à base communautaire pour une détection précoce des cas de choléra ont été renforcées dans le domaine de l'EHA d'urgence. De plus, les ménages et espaces ont été désinfectés ; des points de chloration d'eau aux points de puisage ont été mis en place et des pastilles de purification d'eau (aquatabs) ont été distribués. Par ailleurs, 312 cadres des 4 DPS et des 15 zones de santé ont été formés sur la préparation et la réponse au choléra, tandis que 78 kits choléra ont été distribués dans les provinces ciblées pour assurer la prise en charge médicale des patients, permettant ainsi aux prestataires des CTC/UTC d'assurer le traitement de 6 771 cas de choléra. De plus, 10 missions conjointes (OMS-MSPHP) d'investigation et de réponse au choléra ont été conduites dans les zones de santé de toutes les DPS touchées par l'épidémie.

## 3. Modifications

Aucune modification n'a été apportée aux activités initialement prévues dans le cadre du projet. Cependant il faut noter que l'objectif a été dépassé, en termes de nombre de personnes directement touchées par les interventions du projet. En effet, le projet a atteint une population estimée à 129 304 personnes. Ce chiffre, légèrement supérieur à celui projeté au départ (127 952) s'explique surtout par le déplacement forcé d'environ 45 000 personnes en provenance du Nord-Kivu, repoussées par la violence armée vers la zone de santé de Minova au Sud-Kivu. Cet afflux de population a augmenté les besoins en termes de prise en charge globale des cas de choléra dans cette zone, étant donné que le Nord-Kivu est aussi une province chroniquement touchée par des vagues de résurgence du choléra. Malgré cet afflux, ces personnes déplacées ont pu bénéficier des interventions du projet au même titre que la population résidente.

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

Secteur / cluster	Santé									
	Prévu					Atteint				
Catégorie	Femmes	Hommes	Filles	Garçons	Total	Femmes	Hommes	Filles	Garçons	Total
Réfugiés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retournés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Déplacés internes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Communautés d'accueil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres personnes touchées	27 081	26 019	38 175	36 677	127 952	27 500	26 411	38 459	36 934	129 304
<b>Total</b>	<b>27 081</b>	<b>26 019</b>	<b>38 175</b>	<b>36 677</b>	<b>127 952</b>	27 500	26 411	38 459	36 934	129 304
<b>Personnes handicapées (PwD) sur le total</b>										
	4 063	3 903	5 727	5 502	19 195	ND	ND	ND	ND	ND

\* 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

Il s'agit d'environ 4 256 076 personnes habitant les 15 zones de santé des provinces ciblées par le projet auxquelles s'ajoutent les 45 000 personnes déplacées du Nord-Kivu vers le Sud-Kivu suite au conflit armé.

## 6. Cadre de résultats du projet CERF

**Objectif du projet** L'objectif général du projet est de contribuer à la réduction de la morbidité et mortalité lié au choléra à travers un renforcement de la surveillance épidémiologique et biologique et de la réponse précoce et en temps réel dans les quatre provinces ciblées.

**Résultat 1** Les capacités techniques de détection et de diagnostic du choléra sont renforcées dans les 4 provinces ciblées par le projet

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	Nombre de Test de Diagnostic Rapides (TDR) acquis pour le diagnostic biologique du choléra	1 250	1 250	Bon de commande ; Bon d'expédition et procès-verbaux de réception des Divisions Provinciales de la Santé (DPS).
Indicateur 1.2	Nombre des milieux de transport cary blair acquis pour le diagnostic biologique du choléra	140	140	Bon de commande ; Bon d'expédition et procès-verbaux de réception des DPS.
Indicateur 1.3	Proportion des missions d'investigation/riposte réalisées dans les aires de santé touchées par les ECZS et les IT	100	100	Rapports de missions
Indicateur 1.4	Proportion des domiciles et autres espaces contaminés qui ont été désinfectés	100	70	Rapports des missions de riposte
Indicateur 1.5	Nombre de personnes-relai recrutées pour opérationnaliser les des points de chloration fixes aux points de puisage	600	603	Listes de présence, rapports de briefing
Indicateur 1.6	H.5 Pourcentage d'alertes de santé publique générées par des systèmes de surveillance et/ou d'alertes, soit au niveau communautaire et/ou au niveau des établissements de santé, faisant l'objet d'une enquête dans les 24 heures	80	80	Rapports d'investigation

**Explication du résultat et de la variation de l'indicateur** Indicateurs 1.1 et 1.2 : 1 250 tests de diagnostic rapide de choléra (TDR) et 140 carys blairs importés de l'étranger ont été expédiés vers les quatre provinces et les zones de santé ciblées. Environ 100% de ces intrants ont permis le renforcement de la surveillance biologique du

	<p>choléra dans les provinces ciblées. L'OMS avait pris des TDR de son stock pour assurer la continuité et rapidité des interventions en attendant la réception des commande internationales. L'OMS a utilisé les kits choléra de son stock stratégique afin d'éviter un démarrage tardif de la mise en œuvre des activités du projet.</p> <p><b>Indicateur 1.3</b> : Grâce aux fonds CERF, 10 missions d'investigation et de réponse dans différents foyers épidémiques ont été conduites par le MSPHP avec l'appui de l'OMS dont 5 au Sud-Kivu, 2 au Sankuru, 1 au Haut-Lomami et 1 au Tanganyika. Face à l'ampleur et à la dynamique de l'épidémie, le MSPHP, grâce à l'appui de l'OMS, a pu déployer davantage d'équipes afin de couvrir toutes les zones affectées et circonscrire l'épidémie.</p> <p><b>Indicateur 1.4</b> : Environ 70% des ménages (94 793 ménages) ont été décontaminés. Cet écart est lié au problème d'accessibilité géographique de certaines aires de santé suite à l'insécurité et au mauvais état des routes au Sud-Kivu et au Tanganyika.</p> <p><b>Indicateur 1.5</b> : Au total 603 relais communautaires ont été formés sur la surveillance communautaire, la désinfection des domiciles et des espaces contaminés et la maintenance des points de chloration d'eau dont 116 au Sankuru, 281 au Sud-Kivu, 96 au Haut Lomami et 110 au Tanganyika.</p>
--	--

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 1.1	Acquérir les TDR pour le diagnostic biologique du choléra	OMS
Activité 1.2	Acquérir les milieux de transport pour le diagnostic biologique du choléra	OMS
Activité 1.3	Appuyer au moins 3 missions d'investigation/riposte des aires de santé touchées par les Equipes Cadres de la zone de santé (ECZS) et les infirmiers titulaires (IT)	OMS & Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention
Activité 1.4	Identifier et former 240 prestataires pour assurer la désinfection des domiciles et autres espaces contaminés	OMS & Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention
Activité 1.5	Identifier et former 600 personnes-relai communautaires pour la mise en place effective des points de chloration fixes aux points de puisage	OMS & Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention

<b>Résultat 2</b>	Les capacités et opérationnelles de la réponse rapide aux flambées de choléra sont renforcées			
<b>Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
<b>Secteur / cluster</b>	Santé			
<b>Indicateurs</b>	<b>Description</b>	<b>Valeur cible</b>	<b>Valeur atteinte</b>	<b>Source de vérification</b>
Indicateur 2.1	Nombre des cadres des divisions provinciales des zones de santé (DPS), Equipes Cadres de la zone de santé (ECZS) équipes terrain (acteurs de soins de santé et	320	320	Rapports de formations, liste de présence

	hygiénistes) formés dans la préparation et la réponse choléra			
Indicateur 2.2	H.1a Nombre de kits sanitaires d'urgence livrés aux établissements de santé	78	78	Bon de commande, bon d'expédition, procès-verbaux (PV) de réception
Indicateur 2.3	Proportion des zones de santé dotées en touque de Chlore	100	100	Bon de commande, PV de réception
Indicateur 2.4	Quantité des comprimés de purificateurs d'eau (d'aquatabs) acquis	120 000	120 000	Bon de commande, Bon de livraison
Indicateur 2.5	Proportion des aires de santé dote en Kits de Chloration	100	100	Bons de livraison

<b>Explication du résultat et de la variation de l'indicateur</b>	<p><b>Indicateur 2.2</b> : 78 kits choléra ont été déployés dans les quatre provinces ciblées pour la prise en charge médicale des cas de choléra. Ces kits ont permis le traitement de 6 771 cas dans les UTC et CTC pendant la période du projet dont 831 cas au Sankuru, 2 658 cas au Sud-Kivu, 865 cas au Haut-Lomami et 2 417 cas au Tanganyika. Cette prise en charge rapide des cas a permis de réduire la létalité liée au choléra dans ces provinces. C'est ainsi, par exemple, qu'au Sankuru, la létalité est passé de 8,2% au début de l'épidémie à environ 5,4% à la fin de l'épidémie. Il convient de signaler que sur les 78 kits prévus et commandés par l'OMS, 52 kits ont été réceptionnés au début de la mise en œuvre et l'OMS a complété les 26 kits qui manquaient en utilisant son stock stratégique. OMS a alors passé des commandes localement pour des intrants essentiels tels que le ringer lactate. Le retard dans la livraison a résulté d'une forte demande des kits au niveau mondial du fait que, pendant cette période, plusieurs pays étaient également en pleine épidémie de choléra. Cette situation a amené les fournisseurs à livrer des kits de manière partielle.</p> <p><b>Indicateur 2.3</b> : 80 touques de chlore ont été achetées pour mener des activités de Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI). Ce chlore a permis de mener des activités PCI d'urgence dans les établissements de soins de santé et dans les communautés afin de rompre les chaînes de transmission du choléra. Ces activités ont consisté en la désinfection des domiciles touchés et des foyers satellites autour de ceux-ci, la chloration de l'eau, et la désinfection post-mortem. Ceci a permis de circonscrire l'épidémie dans les zones de santé ciblées au départ, et a, par conséquent, empêché la propagation du choléra vers d'autres zones de santé.</p> <p><b>Indicateur 2.4</b> : Sur un total de 120 000 comprimés de pastilles de purification d'eau (aquatabs) commandés, 120 000 comprimés ont été reçus.</p> <p><b>Indicateur 2.5</b> : Les 15 zones de santé ciblées par le projet ont bénéficié du matériel nécessaire pour la mise en place des points de chloration d'eau. Au total, 120 points de chloration fixes d'eau aux points de puisage ont été mis en place dont 45 dans la province du Sud-Kivu, 20 dans la province du Tanganyika, 35 dans la province du Haut-Lomami et 20 dans la province du Sankuru.</p>			
---	--	--	--	--

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 2.1	Former 320 cadres des 20 DPS, 100 ECZS et 200 équipes terrain (acteurs de soins de santé et hygiénistes)	OMS & Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention

	à la préparation de réponse choléra dans les provinces prioritaires Sankuru, Sud-Kivu, Tanganyika et Haut-Lomami)	
Activité 2.2	Doter les aires de santé touchées de 30 kits centraux de référence, 24 kits périphériques complets et 24 kits communautaires complets	OMS
Activité 2.3	Doter 20 Touques de chlore de 45 kgs (1 touque par zone de santé)	OMS
Activité 2.4	Acquérir 120 000 aquatabs pour ménages hotspots	OMS
Activité 2.5	Doter 200 Kits chlorateurs dans les aires de santé des zones de santé touchées	OMS

## 7. Programmation efficace

Le CERF attend des partenaires qu'ils intègrent et tiennent dûment compte des questions transversales telles que la redevabilité envers les personnes affectées (AAP), la protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA), les personnes handicapées (PwD), la centralité de la protection ainsi que le genre et l'âge. En outre, le Coordonnateur des Secours d'Urgence (ERC) a identifié quatre domaines prioritaires sous-financés<sup>4</sup> qui manquent souvent de considération et de visibilité appropriées : les femmes et les filles, les personnes handicapées, l'éducation et la protection. **Dans la section suivante, veuillez montrer comment les questions intersectorielles et les quatre domaines prioritaires sous-financés du ERC ont été intégrés et devraient mettre en évidence l'impact obtenu si possible.**

### a. Redevabilité envers les personnes affectées (AAP)<sup>5</sup> :

Dès le lancement du projet, toutes les parties prenantes ont été informées de l'éventail d'activités du projet et de la gratuité des soins proposés contre le choléra. Tout au long de la mise en œuvre du projet, l'OMS et les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) ont travaillé étroitement avec les relais et les dirigeants communautaires. Des réunions de coordination hebdomadaires ont été organisées, au cours desquelles les dirigeants communautaires ont pu s'exprimer et relayer les retours d'expériences communautaires relatifs aux activités menées ainsi que leurs critiques et doléances à propos de celles-ci. 603 relais et dirigeants communautaires ont été mobilisés dans les 15 zones de santé pour suivre la mise en œuvre des activités du projet dans les communautés et dans les établissements de soins de santé aussi bien dans le domaine de la surveillance que dans celui des activités de Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI).

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

Les communautés ont été impliquées dans la mise en œuvre du projet. Chaque jour, les personnes-relai communautaires ont effectué des visites à domicile chez les familles pour effectuer la recherche active des cas de choléra et recueillir les perspectives des destinataires des activités mises en œuvre à propos de celles-ci. A la fin de chaque semaine, les plaintes en rapport avec la mise en œuvre du projet

<sup>4</sup> En janvier 2019, le coordonnateur 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. Bien que le CERF reste axé sur les besoins, l'ERC recherchera des équipes de pays pour prioriser les projets et les activités intégrées qui abordent systématiquement et efficacement ces quatre domaines. 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](#).

<sup>5</sup> 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](#).



étaient collectées et traitées lors des réunions de coordination dans les zones de santé, et des recommandations et solutions étaient proposées pour améliorer la mise en œuvre du projet.

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

Dès le début du projet, tous les acteurs engagés dans sa mise en œuvre ont reçu une présentation informative sur la prévention de l'exploitation et des abus sexuels et le harcèlement (PEASH). La politique de tolérance zéro de l'OMS en matière d'abus et exploitation sexuelle a été expliquée aux équipes de l'OMS qu'à celles du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP). Pour le personnel de l'OMS en particulier, obligation était faite de suivre une formation en ligne sur la politique de prévention de l'exploitation et des abus sexuels, et de signer le code de bonne conduite. En outre, lors de leurs visites à domicile, les personnes-relai communautaires ont collecté des informations en rapport avec l'exploitation et les abus sexuels.

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

Le principe d'égalité des genres a été respecté dans toutes les étapes de la mise en œuvre du projet. L'accès gratuit aux soins de santé et à d'autres activités de santé publique en lien avec le choléra a été garanti à toutes personnes sans distinction de genre, d'âge, de race, d'orientation sexuelle, de confession ou d'appartenance culturelle, sociale ou idéologique. Les femmes et filles ont bénéficié d'une attention soutenue pendant la mise en œuvre du projet. Environ 51% des populations bénéficiaires couvertes étaient de genre féminin, soit 65 959 contre 63 345 de genre masculin. Lors des visites à domicile, les personnes-relai communautaires (RECO) ont identifié les obstacles qui pouvaient empêcher les femmes de venir dans les structures de prise en charge (CTC/UTC).

#### **e. Personnes handicapées (PwD) :**

Le projet a inclus toutes les personnes, y compris les personnes vivant avec handicap (PwD), sans distinction de genre, de race, d'âge et de statut social. Cependant, le nombre de PwD ayant bénéficié des interventions du projet n'a pas été clairement déterminé.

#### **f. Protection :**

Le principe de "ne pas nuire" a été respecté dans la mise en œuvre de ce projet tant pour les bénéficiaires que pour les agents engagés. Les enfants, garçons et filles, les femmes, les hommes et les personnes âgées, sans distinction, ont été pris en charge dans les zones de santé ciblées, y compris les personnes vivant avec handicap. La communauté des pêcheurs, particulièrement touchée par le choléra, a bénéficié d'une attention particulière à travers la mise en place de points de chloration d'eau et la distribution des comprimés de pastilles de purification d'eau (aquatabs) dans les sites temporaires de pêche le long des lacs Tanganyika et Kivu. Les prestataires (hygiénistes) impliqués dans les activités de désinfection des ménages ont été dotés d'équipements de protection individuelle (EPI) afin de ne pas les exposer à la contamination au vibrio cholerae.

#### **g. Éducation :**

Le choléra étant une maladie d'origine hydrique et intimement liée à l'hygiène, les radios communautaires dans les quatre provinces ont été sollicitées pour diffuser des messages de prévention sur le choléra avec un accent particulier sur l'hygiène (hygiène des mains, utilisation des latrines, traitement et cuisson des aliments, etc...).

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

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

<b>Prévu</b>	<b>Atteint</b>	<b>Nombre total de personnes recevant l'assistance</b>
--------------	----------------	--

Sélectionnez un élément dans le menu déroulant	0	0
--	---	---

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 utilisée, 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.

La modalité de transferts monétaires n'était pas adaptée à ce type de projet dont la mise en œuvre était directement faite selon les procédures de l'OMS.

#### Paramètres de modalité PMT / de bons d'achat :

Activité spécifique (y compris le # d'activité du cadre de résultats ci-dessus)	Nombre de personnes	Valeur du cash (US\$)	Secteur / cluster	Restriction
N/A	0	US\$ 0	Sélectionnez un élément dans le menu déroulant	Sélectionnez un élément dans le menu déroulant

## 9. Visibilité des activités financées par le CERF

Titre	Lien web / source
Renforcement des capacités des équipes Haut-Lomami, Sankuru, Tanganyika, Sud-Kivu	<p>OMSRDCONGO (@OMS RDC) a tweeté : À Moba CD, @OMSRDCONGO, avec le soutien de @UNCERF continue d'intensifier la formation des intervenants de santé du #Tanganyika afin de doter les cadres de la province des capacités requises pour le montage &amp; le fonctionnement d'un centre de traitement du #choléra. #SantéPourTous <a href="https://twitter.com/omsrdcongo/status/1642782095851266049?s=51&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ">https://twitter.com/omsrdcongo/status/1642782095851266049?s=51&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ</a></p> <p>OMSRDCONGO (@OMS RDC) a tweeté : Grâce au généreux financement de @UNCERF dans le cadre du projet réponse rapide #choléra, @OMSRDCONGO, en partenariat avec le #PNECHOL, a soutenu le renforcement des capacités des professionnels de santé provinciaux du #SankuruCD sur la préparation &amp; la riposte au choléra à Lodja <a href="https://twitter.com/omsrdcongo/status/1633120329991176195?s=51&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ">https://twitter.com/omsrdcongo/status/1633120329991176195?s=51&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ</a>;</p> <p>OMSRDCONGO (@OMS RDC) a tweeté : Des équipes @OMSRDCONGO, @UNICEFDRC, @MSF &amp; #PNECHOL ont été déployées au #SankuruCD pour renforcer la réponse à l'épidémie du #choléra. Le Sankuru a connu une létalité plus élevée (12,7%) pendant semaine 33 (15-21 août 2022), attribuable aux faibles capacités de prise en charge <a href="https://twitter.com/omsrdcongo/status/1566669062645719041?s=51&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ">https://twitter.com/omsrdcongo/status/1566669062645719041?s=51&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ</a>;</p>
Appui à la Riposte dans le Haut-Lomami	<p>OMSRDCONGO (@OMS RDC) a tweeté : Dans le Haut-Lomami CD, l'une des provinces fréquemment en proie à des épidémies de #choléra, @OMSRDCONGO &amp; les autorités sanitaires locales ont conduit une formation sur le renforcement des capacités des prestataires dans une réponse rapide, incluant des exercices de simulation <a href="https://twitter.com/omsrdcongo/status/1606617139791765505?s=51&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ">https://twitter.com/omsrdcongo/status/1606617139791765505?s=51&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ</a></p> <p><a href="https://twitter.com/omsrdcongo/status/1606617139791765505?s=46&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ">https://twitter.com/omsrdcongo/status/1606617139791765505?s=46&amp;t=JJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ</a></p>

**ANNEXE : FINANCEMENTS DU CERF TRANSFERES AUX PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE**

<b>CERF Project Code</b>	<b>Cluster/Sector</b>	<b>Agency</b>	<b>Partner Type</b>	<b>Total CERF Funds Transferred to Partner US\$</b>
22-RR-CEF-066	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	NNGO	\$145,405
22-RR-CEF-066	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	GOV	\$22,000
22-RR-CEF-066	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	RedC	\$233,020
22-RR-CEF-066	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	RedC	\$145,399
22-RR-CEF-066	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	INGO	\$160,608

