



**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU
CONGO
RÉPONSE RAPIDE
CHOLÉRA
2023**

23-RR-COD-59790

Bruno Lemarquis

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.

23 janvier 2024

La réunion After Allocation Revue s'est tenue en présentiel en date du 23 janvier 2024. Les agences ci-après ont participé à cette réunion tenue en présentiel : l'OMS et l'UNICEF. Une présentation en a même été faite au HCT en date du 8 février 2024.

Comme 1ère étape du processus de rapportage final de cette allocation CERF, la réunion AAR a consisté en une discussion informelle autour des 5 points ci-après : (i) Résultats atteints ; (ii) Défis rencontrés au cours de la mise en œuvre des projets ; (iii) La valeur ajoutée du financement CERF ; (iv) Leçons apprises et des actions de suivi nécessaires ; (v) Recommandations pour l'avenir.

La réunion a commencé par un récapitulatif du contexte de l'allocation, et a été suivie d'un bref rappel sur : (i) les exigences du CERF en matière de rapports narratifs, (ii) la répartition des rôles/tâches entre OCHA, les points focaux CERF dans les agences, l'ICN, l'EHP et le bureau du HC dans le processus de rapportage final.

Chacune des agences impliquées (OMS et UNICEF) a ensuite procédé à un bref debriefing sur les principaux résultats atteints, les défis rencontrés et les leçons apprises. A noter que les agences avaient, anticipativement, partagé leurs exposés avec OCHA, ce qui avait facilité les discussions.

Concernant la valeur ajoutée du financement CERF, les discussions ont révélé que les fonds étaient déboursés à temps et que, dans sa contribution à la réaction rapide à l'épidémie à Kalemie et à Nyemba, dans la province du Tanganyika, l'allocation a pu s'adapter au contexte et a contribué à obtenir des effets significatifs sur la courbe épidémiologique. En termes de contribution à la mobilisation des fonds d'autres donateurs, il a été reconnu unanimement que la crise du choléra demeure sous financée. Par ailleurs, il a été noté que le CERF a permis une meilleure coordination entre les intervenants choléra (UNICEF, OMS, Médecins sans Frontières), le Cluster WaSH et la partie gouvernementale, et permis une régularité dans la tenue de réunions, l'élaboration des sitreps humanitaires réguliers pour la mise à jour des activités de réponse. Entre autres aspects de la valeur ajoutée de l'allocation CERF, les discussions ont fait remarquer qu'une allocation initiale d'Action Anticipatoire plus solide, associée à des fonds supplémentaires, pourrait contribuer produire un effet plus significatif sur la curve épidémiologique.

Quant aux défis, les agences ont souligné l'absence des structures de santé ainsi qu'une faible couverture d'infrastructures WaSH dans les sites des déplacés. Et, concernant les leçons apprises, l'on a noté la nécessité de capitaliser la présence des partenaires nationaux dans la mise en œuvre des projets CERF dans les zones d'accès difficile suite à l'insécurité.

Pour l'avenir, les parties prenantes à la réunion AAR ont suggéré au Fonds Humanitaire RDC de lancer une allocation de type "Réserve" qui ciblerait, avec une petite enveloppe, les mêmes zones que celles couvertes par l'allocation CERF anticipatoire Choléra pour atténuer les risques (réhabilitation des points d'eau, etc.).

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 :

Au total, cinq zones de santé (Kiambi, Nyemba, Kalemie, Kabalo et Kongolo) de la province du Tanganyika ont été ciblées par les interventions de l'OMS et trois zones de santé (Kiambi, Kalemie et Nyemba) l'ont été par l'UNICEF. Dans ces zones, 117 777 personnes sur une cible globale de 119 454 personnes ont été atteintes par les services de la santé, tandis que qu'un total de 108 000 personnes a reçu des kits WASH/Cholera¹, et 5 320 cas de choléra ont été pris en charge gratuitement dans les UTC/TCT des zones de santé ciblées. Au-delà de la fourniture d'une aide humanitaire immédiate et vitale aux communautés vulnérables, cette action anticipatoire visait aussi d'autres objectifs stratégiques, notamment : une anticipation de l'assistance tout en changeant la trajectoire générale de la maladie, un accroissement de la visibilité de la situation humanitaire en RDC et donc un renforcement du soutien des donateurs, et une amélioration de la coordination entre les parties prenantes impliquées dans la réponse. Ce projet pilote demeure, à ce jour, une opportunité pour expérimenter cette approche sur d'autres épidémies en RDC. Conformément au scénario 1 du cadre préétabli pour anticiper la réponse au choléra en RDC, l'Approche d'action Anticipatoire Choléra en RDC a permis un financement rapide grâce aux fonds préétablis pour cette allocation dès lors que seuils convenus à la suite de l'augmentation de l'incidence du choléra dans les provinces du Sud-Kivu et Tanganyika ont été atteints.

Valeur ajoutée du financement CERF :

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

Oui

En partie

Non

Oui, le financement AA-CERF a permis de fournir des réponses immédiates et ciblées au niveau communautaire. En effet, à travers l'UNICEF, les équipes Cases Area Targeted Interventions (CATI), ont répondu à 1 950 cas à travers 1 855 interventions dont 1 600 (82%) en moins de 48 heures et 1092 (56%) en moins de 24 heures, tandis qu'à travers l'OMS, la létalité a été réduite à 1,4% avec une tendance du cholera inversée grâce à la prise en charge médicale des cas.

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, la subvention CERF a effectivement contribué à assurer une réponse à des besoins vitaux pour lesquels l'élément « temps » était critique. En effet, dès lors que, dans le cadre de l'Action Anticipatoire Choléra, le seuil prévu dans le cadre du scénario 1 avait dépassé le niveau de réponse attendu, les fonds prévus ont servi à répondre à la crise et à inverser la tendance des flambées de choléra. Ainsi, 82% des 1 950 cas suspects de cholera ont reçu une intervention rapide à travers les équipes CATI de l'UNICEF dans un délai de moins de 48 heures, tandis que 56% des cas l'ont été dans un délai de 24 heures. A noter que la subvention CERF a apporté une capacité de réponse cholera supplémentaire qui a permis, notamment, une intensification des activités de détection rapide et réponse (CATI) à un moment où la capacité des intervenant était insuffisante, une plus grande couverture des activités dans les autres zones de santé (ZS) en épidémie et, par conséquent, l'atteinte d'un nombre de bénéficiaires plus important que prévu.

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

Oui

En partie

Non

¹ Après discussions, UNICEF précise que son programme cholera a touché un global de 193 938 personnes, après avoir atteint la cible de 108 000 personnes prévues par dans le cadre du CERF. En effet, la réponse cholera ayant été financée par plusieurs donateurs, y compris les fonds CERF et des ressources propres de l'UNICEF, il a été ardu pour l'UNICEF de quantifier strictement les chiffres atteints uniquement avec les fonds CERF. C'est pourquoi, dans le cadre du CERF, nous avons retenu le chiffre de **108 000 personnes** comme étant celui réellement atteint et non le global des 193 938 personnes renseignées par l'UNICEF. A noter que parmi ces 193 938 personnes qui ont reçu des kits WASH/Cholera, au moins 54 000 personnes ont été atteintes avec les 9 000 kits achetés sous financement CERF.

Après plusieurs semaines sans réunions autour du choléra la province du Tanganyika, la subvention du CERF a permis de réaliser deux réunions de coordination hebdomadaires pendant toute la durée de la flambée du cholera à Kalemie et Nyemba (dans la semaine épidémiologique 27 à 37) avant de passer ensuite à une réunion par semaine. De plus, la subvention CERF a renforcé la coordination à travers le développement d'un outil pour le suivi des points d'actions convenus lors des réunions et d'un autre outil pour le bilan hebdomadaire des activités des différents acteurs. A noter par ailleurs que la coordination et la prise de décisions de santé publique ont été améliorés à travers le renforcement de trois bases de données de surveillance et monitoring qui ont permis de capitaliser toutes les informations à fréquence journalière, d'analyser avec exactitude les zones de provenance des cas suspects et de faciliter le ciblage ménages par ménage pour une approche la plus centrée.

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

Oui

En partie

Non

Cette subvention du CERF a renforcé les fonds existants de l'UNICEF pour la réponse cholera, permettant ainsi une bonne couverture des activités dans les ZS en épidémie.

Considérations stratégiques des quatre domaines prioritaires humanitaires² :

La réponse au choléra a pris en compte les populations affectées sans distinction de genre ou d'âge. Elle a soutenu simultanément des actions spécifiques visant à intégrer la protection, le genre, la violence liée au sexe et la PSEA en tant qu'activités transversales dans les interventions. Ainsi, la subvention CERF a renforcé les sensibilisations et séances de causerie éducative sur les aspects de protection dans la communauté, en particulier les violences basées sur le genre (VBG) et la Prévention de l'Exploitation et Abus Sexuels (PEAS) auprès des femmes et des filles. Une attention particulière a été accordée aux femmes et aux filles touchées par le choléra, de sorte qu'en plus des soins médicaux gratuits, les femmes et les filles menstruées ont pu bénéficier de kits de dignité et ont, à travers des groupes de discussions, apporté leurs appréciations sur les interventions. Par ailleurs, dans les cordons sanitaires, l'approche de sensibilisation de porte à porte a permis de toucher les personnes à mobilité réduite et de les associer à la remise et démonstration sur l'utilisation du kit cholera au niveau de ménage au-delà de la distribution en masse. Aussi, lors de la surveillance active dans les zones d'intervention, les personnes à mobilité réduite qui présentaient des signes de cas suspects ont été transportées vers les CTC/UTC. Les principaux défis dans la mise en œuvre de la réponse anticipatoire au choléra étaient liés davantage à la faiblesse des capacités de surveillance épidémiologique, de laboratoire et de détection rapide, et, dans une faible mesure, aux difficultés d'accès. En outre, il existait un risque d'épidémie majeure à la suite des inondations et à l'interruption de l'approvisionnement en eau potable par la compagnie nationale des eaux (REGIDESO) en raison de l'agitation sur le lac Tanganyika pendant la saison sèche.

Tableau 1 : Aperçu de financement (US\$)

Montant total nécessaire à la réponse humanitaire	9,735,000
CERF	750,049
Fonds humanitaire commun / Fonds pour les interventions d'urgence (le cas échéant)	0
Autres (bilatéral / multilatéral)	0
Financement total reçu pour la réponse humanitaire (par source ci-dessus)	750,049

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

Agence	Code du projet	Secteur / cluster	Montant
UNICEF	23-RR-CEF-036	Eau, assainissement et hygiène	375,049

² 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](#).

WHO	23-RR-WHO-029 Santé	375,000
Total		750,049
Total des fonds utilisés directement par les agences des Nations Unies y compris l'acquisition des marchandises de secours		380,659
	Fonds transférés aux partenaires gouvernementaux *	3,721
	Fonds transférés aux partenaires ONG internationales pour mise en œuvre *	145,669
	Fonds transférés aux partenaires ONG nationales pour mise en œuvre *	0
	Fonds transférés aux partenaires de Croix-Rouge et du Croissant-Rouge *	220,000
Total fonds transférés aux partenaires (IP) *		369,390
Total		750,049

* 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

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

For a second time in 2023, the Central Emergency Response Fund (CERF) allocated US\$750,000 for anticipatory action to prevent and control the risk of further spread of cholera in the Democratic Republic of the Congo (DRC).

Cholera is endemic in the Democratic Republic of the Congo, leading to regular outbreaks of the disease and exacerbating the already dire humanitarian situation. As a result, OCHA, in collaboration with UN agencies, has developed an Anticipatory Action pilot to anticipate and reduce the impact of large cholera outbreaks based on pre-defined triggers. The pilot envisages three potential scenarios leading to activation:

- Scenario 1: Increased risk of a major cholera epidemic in provinces with persistent or continuous transmission of the disease, i.e., North Kivu, South Kivu, Tanganyika, Haut Lomami, and Haut Katanga provinces (hereafter referred to as endemic provinces).

- Scenario 2: Increased risk of a major cholera epidemic in the endemic provinces following an external shock such as flooding or population displacement.

- Scenario 3: Increased risk of a major cholera epidemic in the rest of the country (hereafter "non-endemic provinces").

At the end of June 2023, the Kiambi health zone in Tanganyika Province was at alert level 3 (the highest risk level) for three consecutive weeks-the pre-agreed threshold for triggering activation of the pilot. The project's target population is spread across the five-priority cholera-endemic areas of Tanganyika Province, and more broadly across all other affected and at-risk areas of the province

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

The Anticipatory Action project is a pilot project that was triggered following the cholera outbreak in five health zones (Kiambi, Nyemba, Kalemie, Kabalo et Kongolo) in Tanganyika province, under scenario 1, which corresponded to a situation of rising incidence reaching trigger thresholds in provinces where cholera is persistent (North Kivu, South Kivu, Tanganyika, Haut Lomami and Haut Katanga). In response to the trigger threshold UNICEF and WHO, together received \$750,000 to provide WASH and health assistance to over 227,400 people at risk of contracting cholera. This second CERF rapid response grant was implemented after an earlier CERF Action Anticipatory Cholera launched in January 2023 (Grant 23-RR-COD-57035), which had targeted 34 endemic health zones in North Kivu province (except Nyiragongo and Karisimbi, which received further CERF support) as well as at-risk zones in South Kivu province, while the situation was accentuated by the massive displacement of people fleeing armed conflict between the FARDC and the M23 armed rebel group. It is important to note that, depending on the dynamics of the epidemic for this second grant, the UNICEF component of the intervention had to be adapted with other complementary UNICEF's private funds which enabled the intensification of early detection and response activities (CATI) while ensuring better coordination of activities between the Provincial Health Division (DPS), UNICEF, WHO and Médecins du Monde.

Personnes ayant reçu une assistance directe :

Au total, 225,777 personnes (dont 58,296 femmes et 57,291 filles) ont été assistées à travers le présent financement Action Anticipatory Cholera sur une cible initiale de 227,454 personnes. Ce total correspond au chiffre cumulatif de personnes atteints sous les secteurs WASH et Santé.

Personnes ayant reçu une assistance indirecte :

785,920 personnes ont été assistées indirectement. Elles ont bénéficié de sensibilisations de masse sur les mesures de prévention contre le choléra et autres maladies à potentiel épidémique, ainsi que sur les mesures d'hygiène et d'assainissement environnemental.

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	37 030	34 641	25 086	22 697	119 454	39 050	35465	23 077	20 185	117 777
Eau, assainissement et hygiène	19 246	15 271	34 214	39 269	108 000	19 246	15 271	34 214	39 269	108 000³

³ UNICEF a atteint sa cible initiale de 108 000 personnes, mais l'a dépassée jusqu'à atteindre le chiffre global de 193 938 personnes via d'autres financements.

* 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	17 398	16 762
Communautés d'accueil	102 056	101 015
Autres personnes touchées	108 000	108 000
Total	227 454	225 777

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	56 276	58 296	8 442	10 804
Hommes	49 912	50 736	7 487	9 316
Filles	59 300	57 291	8 895	12 789
Garçons	61 966	59 454	9 294	13 972
Total	227 454	225 777	34 118	46 881

PARTIE II – APERÇU DES PROJETS

3. RAPPORTS DES PROJETS

3.1 Rapport du projet 23-RR-CEF-036

1. Information sur le projet			
Agence :	UNICEF	Pays :	République démocratique du Congo
Secteur / cluster :	Eau, assainissement et hygiène	Code du projet :	23-RR-CEF-036
Titre du projet :	Réponse rapide centrée autour des cas suspects de cholera en République démocratique du Congo		
Date de début :	11/07/2023	Date de fin :	10/01/2024
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\$ 8,235,000
	Financement total reçu pour la réponse sectorielle de l'agence à l'urgence en cours :		US\$ 2,705,000
	Montant reçu du CERF :		US\$ 375,049
	Total des sous-subsventions du CERF transférées aux partenaires de mise en œuvre :		US\$ 223,721
	Partenaires gouvernementaux		US\$ 3,721
	Partenaires ONG internationale		US\$ 0
	Partenaires ONG nationale		US\$ 0
Croix Rouge / Croissant Rouge		US\$ 220,000	

2. Résumé des résultats obtenus

Les fonds du AA-CERF ont servi à appuyer les autorités sanitaires du Tanganyika et plus spécifiquement la Division Provinciale de la Santé (DPS) et les Zones de Santé (ZS) de Kiambi, Kalemie et Nyemba à travers le partenaire Croix Rouge du Tanganyika (CRT) dans la mise en œuvre des interventions de surveillance, investigation et réponse à l'épidémie de choléra autour de 2 009 cas suspects.

Les fonds CERF ont contribué à l'amélioration de la détection rapide des cas suspects et confirmés, la coordination et le suivi des activités de réponses (Résultat 1) à travers la tenue de 62/24 réunions de coordination et de lutte contre le choléra dans la province, le renforcement de 3/3 bases de données de surveillance et monitoring, incluant les notifications de cas en listes linéaires avec cartographie sur les cas suspects et confirmés de cholera et le renforcement du système de confirmation des cas suspects de choléra par culture en laboratoire avec 51% des cas suspects notifiées au niveau des Unités de Traitement du Cholera (UTC)/Centres de Traitement du Cholera (CTC) prélevés et les échantillons testés au laboratoire sur une cible de 50%.

Le projet a permis de mettre en œuvre des réponses immédiates et ciblées au niveau communautaire (Résultat 2) avec 2 563 réponses menées dont 2 256 en moins de 48h soit 88% sur une cible > 80%. Un total de 193 938 personnes sur une cible de 108 000 personnes autour de cas a reçu des kits WASH/Cholera contenant des produits de traitement de l'eau, savons, sels de réhydratation orale et récipients pour le stockage de l'eau chlorée. Les mêmes ménages ont été sensibilisées pendant les réponses rapides sur l'utilisation des kits et les mesures de prévention du choléra.

Afin d'impliquer les populations et les protéger contre la propagation du cholera par des interventions communautaires (Résultat 3), 198/90 agents de promotion de l'hygiène, leaders communautaires et relais communautaire ont été formés et intégrés aux dispositifs de prévention et de réponses. Au vu de l'expansion spatiale de l'épidémie, la partenaire a eu besoin d'impliquer plus de leaders communautaires et de relais dans les nouvelles zones de flambée. Aussi, 40 jeunes U-Reporters ont été briefés sur les messages clés de prévention au cholera afin de les divulguer dans la communauté et leurs différentes plateformes. Les jeunes U-Reporters ont sensibilisé 2,999 personnes, soit 561 hommes, 860 femmes, 686 garçons et 892 filles. Les bénéficiaires de kits WASH/Cholera ont eu un accès amélioré à l'eau potable à travers les produits de traitement de l'eau reçus. UNICEF a aussi appuyé la mise en place de 80 points de chloration dans les 3 ZS cibles et le nettoyage et à la désinfection de 77 puits traditionnels. Depuis la mi-octobre 2023, une nette diminution du nombre de cas suspects a été constatée, et une situation sous contrôle a été obtenue à la fin de novembre 2023. Ces réalisations ont couvert la période du 11 juillet 2023 (Semaine Epidémiologique/SE28) au 25 décembre 2023. La subvention CERF a apporté une capacité de réponse supplémentaire au cholera. En effet, elle a permis, notamment, une intensification des activités de détection rapide et de réponse (CATI) ainsi qu'une plus grande couverture des activités dans les autres zones de santé en épidémie et, par conséquent, l'atteinte d'un nombre de bénéficiaires beaucoup plus important.

3. Modifications

Le programme a dû être adapté avec d'autres financements complémentaires (ECHO en particulier et fonds propres UNICEF) en fonction de la dynamique de l'épidémie. Une recrudescence de la transmission de la maladie a été notifiée dans la zone urbaine des ZS de Kalemie et Nyemba de mi-août 2023 à mi-octobre 2023. Les fonds du CERF ainsi que les fonds complémentaires ont permis d'intensifier les activités de détection rapide et réponse (CATI) tout en assurant une meilleure coordination des activités entre la DPS, UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Médecins du Monde. Le résultat est un contrôle de l'épidémie atteint en fin d'année 2023, et en conséquence un nombre plus important que prévu de bénéficiaires qui ont bénéficié d'une réponse.

2. 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	19 246	15 271	34 214	39 269	108 000	19 246	15 271	34 214	39 269	108 000
Total	19 246	15 271	34 214	39 269	108 000	19 246	15 271	34 214	39 269	108 000 ⁴
Personnes handicapées (PwD) sur le total										
	2 887	2 291	5 132	5 890	16 200	5 184	4 114	9 216	10 577	29 091

⁴ Après discussions, UNICEF précise que son programme cholera a touché un global de 193 938 personnes, après avoir atteint la cible de 108 000 personnes prévues par dans le cadre du CERF. En effet, la réponse cholera ayant été financée par plusieurs donateurs, y compris les fonds CERF et des ressources propres de l'UNICEF, il a été ardu pour l'UNICEF de quantifier strictement les chiffres atteints uniquement avec les fonds CERF. C'est pourquoi, dans le cadre du CERF, nous avons retenu le chiffre de **108 000 personnes** comme étant celui réellement atteint et non le global de 193 938 personnes renseigné par l'UNICEF. A noter que parmi ces 193 938 personnes qui ont reçu des kits WASH/Cholera, au moins 54 000 personnes ont été atteintes avec les 9 000 kits achetés sous financement CERF.

* 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.

3. Personnes indirectement ciblées par le projet

Les bénéficiaires indirects sont les ménages hors du cordon sanitaire et les élèves des écoles des communautés qui ont bénéficié des sensibilisations de masse, de désinfections et des points de chloration au niveau des points d'approvisionnement en eau. On estime à 356 293 personnes, dont 22 583 personnes à Kiambi, 180 781 personnes à Nyemba et 152 929 personnes à Kalemie.

4. 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% depuis 2019, 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 des activités de réponses sont améliorés dans les provinces où le A-CERF est déclenché.

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 lieu dans les provinces avec A-CERF déclenché (cible 1/semaine)	24	62	Compte rendu de réunion, liste de présence
Indicateur 1.2	# de bases de données compilant les informations épidémiologiques ainsi que les données de réponses rapides CATI en lien et actualisée en temps réel sur un serveur en ligne. (3 dans les provinces persistantes et 2 provinces épidémiques)	3	3	Base de données Liste linéaire ; suivi microbiologique et des activités de réponse rapide en ligne
Indicateur 1.3	% des cas suspects de choléra notifiés testés en laboratoire pour confirmation. (Cibles : > 50% dans les provinces persistantes et 25% dans les provinces épidémiques)	50%	51%	Base de données suivi microbiologique

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur	<p>Indicateur 1.1 : Le nombre des réunions de coordination de la réponse choléra est passé de 24 à 62 suite à la nécessité d'assurer une complémentarité d'actions maximale et une meilleure efficacité au niveau provincial dans son ensemble et au niveau plus restreint dans les ZS concernées. C'est ainsi que : (i) 10 réunions de coordination étaient dédiées à la province dans son ensemble ;(ii) 21 dédiées à la ZS de Kalemie ; (iii) 21 dédiées à la ZS de Nyemba ; (iv) 10 spécifiquement dans la ZS de Kiambi. De plus, cinq sessions de travail ont été réalisées par l'UNICEF avec la Division Provinciale de la Santé (DPS) Tanganyika pour la dynamisation et la structuration de la coordination de la réponse cholera au niveau provincial et local.</p> <p>Afin de garantir une meilleure coordination dans la mise en œuvre du projet, quatre rencontres ont eu lieu entre l'UNICEF et l'OMS afin d'assurer une complémentarité d'actions maximale et une meilleure efficacité.</p> <p>Les différents acteurs particulièrement la Croix Rouge Tanganyika (CRT) sur ces fonds CERF mais aussi Médecins du Monde ou l'OMS, ont appuyé la partie gouvernementale grâce à cette meilleure coordination mais aussi ont pu être mieux informés de la situation en temps réel de l'épidémie augmentant la</p>
---	---

		réactivité et la prise de décision de santé publique notamment les activités de réponses rapide CATI et/ou quadrillage.
Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 1.1	Manager les notifications d'alertes au choléra et soutenir la coordination des partenaires du gouvernement, santé et WASH.	UNICEF et Division Provinciale de la santé (DPS)
Activité 1.2	Fournir des informations épidémiologiques actualisées et détaillées, systématiquement partagées et analysées.	UNICEF et Croix-Rouge Tanganyika (CRT)
Activité 1.3	Renforcer le système de confirmation des cas suspects de choléra par culture en laboratoire	UNICEF et DPS

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	% d'investigations et de réponses appropriées menées dans les 48 heures après la notification d'un cas suspects ou confirmés	80	88%	Base des données des activités de réponse rapide 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%	70%	Rapport d'activités
Indicateur 2.3	# de ménages autour de chaque cas suspect composant les cordons sanitaires	15	16	Base de données des activités de réponse rapide en ligne
Indicateur 2.4	WS.16a Nombre de personnes recevant des articles EAH essentielles (par exemple, kits EAH/hygiène)	108 000	193,938	Base des données des activités de réponse rapide en ligne

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur

Indicateur 2.1 : Au total 2,563 réponses ont été menées dont 2 256 en moins de 48h soit 88% (Cible : > 80%). Afin d'atteindre cette réactivité, notamment à Kiambi où en début de projet des défis logistiques mais aussi la couverture défaillante de réseau de communication ne permettait pas la promptitude nécessaire à la surveillance et donc des réponses effectuées dans les temps impartis, l'emploi d'équipes « pre-CATI » composées de volontaires de la CRT et de relais communautaires et les capacités en matériels de 1ère réponse, ont largement contribué à l'atteinte de ce résultat. Une fois déclenché, ce 1^{er} niveau de réponse a été complété par les équipes traditionnelles CATI.

Indicateur 2.4 : La cible de 108 000 personnes a été dépassée en raison de la recrudescence de la transmission de la maladie. Cette cible à atteindre pour répondre à l'épidémie de choléra avait été estimée sur la base des projections sur la tendance de l'épidémie dans la zone ciblée. Il ne s'agissait donc pas d'une cible à atteindre uniquement avec les 9,000 kits achetés avec fonds CERF, mais d'une cible liée à la réponse conséquente à fournir par UNICEF et ses partenaires. Ainsi, dans la phase de rapportage, et pour des raisons de cohérence, la même logique a été suivie, en mentionnant le nombre de

	bénéficiaires atteints par la réponse fournie dans son entièreté pour la période concernée par le rapport, rendue possible par les fonds CERF et les autres financements complémentaires. Ainsi, dans le rapportage, UNICEF a proposé de maintenir le chiffre de 193,938 personnes atteintes, sur une cible totale – tous financements confondus – de 108.000 personnes. Ce chiffre de 193,938 personnes atteintes intègre donc des personnes atteintes via d'autres financements.
--	--

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 cholera en moins de 48h	UNICEF et CRT
Activité 2.2	Assurer le premier suivi des réponses 15 jours après l'intervention pour une efficacité maximale en ajustant les activités si nécessaire.	UNICEF et CRT
Activité 2.3	Assurer le bon dimensionnement des cordons sanitaires autour de chaque cas suspects	UNICEF et CRT

Résultat 3 Les populations sont impliquées et davantage protégées contre la propagation du cholera 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 salubre pour la boisson, la cuisine et/ou l'hygiène personnelle, conformément à la norme sectorielle convenue	108 000	193 938	Base des données des activités de réponse rapide en ligne
Indicateur 3.2	# d'agents de promotion de l'hygiène et relais communautaire formés et intégrés aux dispositifs de prévention et de réponses (par déclenchement)	90	198	Rapport d'activités

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur **Indicateur 3.1** : Le dépassement de la cible s'explique par recrudescence de la transmission de la maladie. Il faut ajouter à cela la mise en place de 80 points de chloration installés dans les trois ZS ciblées. Il s'agit de 25 points mobiles de chloration au niveau des points d'approvisionnement en eau des ménages dans le cordon sanitaire et des points d'approvisionnement en eau de grande fréquentation dans la ZS de Kiambi. Pour Kalemie et Nyemba, il y a eu 15 points mobiles de chloration et 40 points permanents repartis le long du lac, fleuve et rivière où la population s'approvisionne en eau. Les points mobiles de chloration étaient désactivés 15 jours après la notification du dernier cas suspect de cholera dans la communauté. Par ailleurs à Nyemba, lors de la flambée des cas, les équipes de la CRT ont procédé au nettoyage et à la désinfection de 77 puits traditionnels. Cette activité a véritablement contribué à obtenir l'impact escompté sur la baisse du nombre de cas de choléra à partir de mi-octobre 2023.

Indicateur 3.2 : Le dépassement de la cible s'explique par le fait qu'au vu de l'expansion spatiale de l'épidémie, le partenaire de l'UNICEF a eu besoin d'impliquer beaucoup plus de leaders communautaires et de relais dans les nouvelles zones de flambée.

Dans la ZS de Kiambi, 71 personnes y incluant les chefs d'avenue (47), chefs de village (14), le chef secteur (1) et les membres des équipes pré CATI (9) ont reçu une réunion préparatoire sur les causes, les symptômes, les mesures de prévention au choléra et la réponse des équipes CATI. Cela a contribué à sensibiliser leur communauté et faire la surveillance pour la remontée des alertes.

Dans les ZS de Nyemba et Kalemie, respectivement 46 personnes dont 18 femmes et 41 personnes dont 23 femmes incluant les chefs d'avenue, bourgmestres, chef de quartier, femmes leaders et gestionnaires de marché ont été briefées sur les mesures de prévention et la réponse des équipes CATI. Aussi, 40 jeunes U-Reporters ont été briefés sur les messages clés de prévention au choléra afin de les divulguer dans la communauté et leurs différentes plateformes. Les jeunes U-Reporters ont sensibilisé 2 999 personnes soit 561 hommes, 860 femmes, 686 garçons et 892 filles.

De plus les écoles à proximité des cordons sanitaires ont été visitées par les équipes CATI pour des séances de sensibilisation, désinfection des latrines et dotation en dispositif de lave main et savons.

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 3.1	Fournir aux populations des zones touchées un accès à l'eau potable	UNICEF et CRT
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)	UNICEF et CRT

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-financés⁵ 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)⁶ :

Le projet s'est inspiré des travaux réalisés par la Cellule d'Analyse Intégrée (CAI) de l'UNICEF qui a réalisé une analyse intégrée des dynamiques communautaires autour des épidémies de choléra dans les zones de santé de Kalemie, Nyemba et Moba publiée en juillet 2022. En effet la CAI a pratiqué un « post intervention monitoring », afin de vérifier que les activités atteignent effectivement les cibles voulues, mais également qu'elles soient adaptées dans leur mise en œuvre par rapport aux attentes de la population et en lien avec la

⁵ 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](#).

⁶ 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](#).

dynamique de l'épidémie. D'autre part des enquêtes et études quali-quantitatives ont été également menées afin de mieux comprendre les dynamiques d'épidémie avec un regard plus sociétal. Dans ces enquêtes, les groupes comparés sont : groupes des ménages de cas suspects, confirmés, ménages composant les cordons sanitaires, et population générale (témoin). Les résultats de cette analyse et la production d'évidences ont permis d'adapter ce projet financé par les fonds CERF au mieux afin d'avoir un impact maximum.

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

Au cours des activités, CATI, le leader de la communauté et le Point focal Protection de la CRT étaient les personnes chargées de gérer les plaintes. Chaque jour, les personnes-relais communautaires ont effectué des visites à domicile pour effectuer la recherche active des cas de choléra et recueillir les perspectives des destinataires des activités mises en œuvre. A la fin de chaque semaine, les plaintes en rapport avec la mise en œuvre du projet 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.

La majorité des plaintes concernaient le choix des bénéficiaires directs qui ont reçu les kits WASH Cholera, car tout le monde voulait en avoir un pour se protéger contre la maladie. In situ, ces cas étaient résolus à la suite des explications données. Les équipes CRT ont fait un monitoring et des sensibilisations dans les zones d'intervention pendant 15 jours après les activités des équipes CATI. Pendant cette période, elles reçoivent les feedbacks sur la qualité des intrants distribués. Par ailleurs, CRT a vulgarisé le numéro vert en lien avec le CICR pour les feedbacks et plaintes dans la communauté et le 495555 pour les alertes de PSEA. Ainsi, UNICEF a reçu des feedbacks via les activités de monitoring de la CAI dans les zones d'intervention des équipes CATI.

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

CRT a en son sein un point focal Genre/PSEA qui était aussi la responsable de la division genre de la branche du Tanganyika. Dans le cadre du programme CATI, les 167 personnes travaillant dans la mise en œuvre du projet ont été formés sur les aspects PSEA. A la signature de leur contrat, le code de bonne conduite incluant les aspects VBG/PSEA a également été signé par les staffs dans le souci de garantir leur comportement et la dignité des bénéficiaires pendant les interventions. Dans la communauté, des focus groups sur le VBG/PSEA ont été organisés dans les zones d'intervention avec des femmes et filles. Ce sont 10 510 femmes et filles qui ont participé à la sensibilisation sur la PSEA dans les trois zones de santé cibles du projet.

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

Le staff de CRT était composé de 57% femmes soit 69 /167 personnes. Sur 62 personnels de l'équipe CATI et la coordination, les femmes étaient représentées à 11% (sept femmes). Une autre catégorie était celle qui travaillaient aux 105 sites de chloration. Parmi les 105 chloureux, 83 étaient des femmes soit 79 %. Ainsi donc sur un total de 167 personnels, 97 étaient des femmes, représentant ainsi 57% du staff. Des efforts restent encore à faire pour avoir des femmes au niveau décisionnel.

e. Personnes handicapées (PwD) :

Dans les cordons sanitaires, l'approche de sensibilisation de porte à porte effectué par les agents de la CRT a permis de toucher les personnes à mobilité réduite et de les associer à l'utilisation du kit cholera au niveau de ménage. Aussi lors de la surveillance active dans les zones d'intervention, les personnes à mobilité réduite qui présentaient des signes de cas suspects ont été transportées vers les CTC/UTC par les équipes de la CRT.

f. Protection :

Les aspects transversaux de protection de l'enfance et VBG étaient inclus dans les sensibilisations de prévention et la distribution de kits WASH-Cholera. Sur chaque site de distribution une petite évaluation sécurité/protection était faite par le responsable d'intervention ou le chargé de protection/sécurité. Aussi, au cours des focus groups de causerie éducative avec les femmes et les hommes, des messages clés sur le VBG et PEAS étaient appréhendés à travers les outils de gestion des focus groups Protection partagés par UNICEF. Le point focal VBG/PEAS a communiqué sur les principes liés aux risques VBG, PEAS et protection en général auprès des autorités locales, leaders communautaires et bénéficiaires.

g. Éducation :

Les écoles à proximité des cordons sanitaires fréquentées par les enfants dans les zones affectées ont été visitées par les équipes CATI pour faire des séances de sensibilisation, désinfection des latrines et dotation en dispositif de lave main et savons. 96 séances de causerie éducatives ont vu la participation de 3 679 personnes dont 2 782 femmes. Les discussions ont porté sur la conservation de l'eau, l'assainissement dans le foyer (l'utilisation des latrines hygiéniques et la gestion de déchet ménagers) et le lavage des mains comme mesures d'hygiène essentielles dans la prévention du choléra.

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, ce 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.

La modalité des transferts monétaires / les bons d'achat n'est pas adaptée à ce type de projet.

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
Pas d'informations	Pas d'informations

3.2 Rapport du projet 23-RR-WHO-029

1. Information sur le projet			
Agence :	WHO	Pays :	République démocratique du Congo
Secteur / cluster :	Santé	Code du projet :	23-RR-WHO-029
Titre du projet :	Réponse rapide aux épidémies de choléra dans la province de Sud-Kivu		
Date de début :	17/07/2023	Date de fin :	16/01/2024
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\$ 1 500 000
	Financement total reçu pour la réponse sectorielle de l'agence à l'urgence en cours :	US\$ 0
	Montant reçu du CERF :	US\$ 375 000
	Total des sous-subsventions du CERF transférées aux partenaires de mise en œuvre :	US\$ 145 669
	Partenaires gouvernementaux	US\$ 0
	Partenaires ONG internationale	US\$ 145 669
	Partenaires ONG nationale	US\$ 0
Croix Rouge / Croissant Rouge	US\$ 0	

2. Résumé des résultats obtenus

Le projet Anticipatory Action est un projet pilote qui i prédispose les fonds pouvant rapidement servir à inverser la tendance des flambées de choléra. En RDC, ce projet a été expérimenté au Nord-Kivu à la suite du dépassement du seuil épidémique par l'afflux des déplacements massifs de la population dans la ZS de Goma.

En janvier 2023, à la suite d'une flambée avec létalité alarmante dans la ZS de Kiambi dans la province du Tanganyika, il a été décidé d'orienter les fonds dans la province Tanganyika. La population cible de ce projet, en général, est répartie dans les cinq ZS prioritaires endémiques au choléra de la province Tanganyika (Kiambi, Kalemie, Nyemba, Kabalo et Kongolo).

Grâce à cette subvention Anticipatory Action du CERF, l'OMS et ses partenaires (UNICEF, MSF-H, MSF-F, Croix Rouge et la communauté des bénéficiaires personnes déplacées internes (PDI), ont contribué à mettre en œuvre les activités de réponse contre le choléra dans les cinq ZS susvisées en appuyant les établissements de système de santé respectifs Unités de traitement du Cholera (UTC) / Centres de Traitement du choléra (CTC) et en appuyant l'installation de sites de chloration ainsi que le quadrillage pour couper la chaîne de propagation du choléra dans la communauté. Ainsi, 5 320 cas de choléra dont 78 décès (soit une létalité de 1,4%) ont été pris en charge gratuitement dans les UTC/CTC des ZS ciblées par le projet, grâce aux kits spécifiques choléra et kits médicaux déployés dans ces zones de santé ; 43 200 contacts ont été répertoriés autour des 5 320 cas de choléra enregistrés ; 10 kits supplémentaires de prise en charge de choléra ont été distribués. Dans le cadre des activités de laboratoires, 559 tests de dépistage rapide (TDR) et 10 boîtes de milieux de transports Cary-Blair ont été fournis aux ZS, et 1850 échantillons ont été collectés dont 787 (42,5 %) sont revenus positifs au Vibrio Cholerae après analyses. En outre, 100 personnels soignants ont bénéficié d'une réunion préparatoire et d'un équipement pour la prise en charge intégrée (PCI) de base. 35 kits spécifiques choléra ont été fournis pour la mise en place de structures temporaires de prise en charge médicale (CTC, UTC), tandis que 300 points de chloration dont 80 à Kiambi, 120 à Kalemie et 70 à

Nyemba et 30 à Kongolo ont bénéficié d'un appui. La prise en charge médicale a permis de réduire la létalité et, grâce au projet, la division provinciale de Tanganyika a réussi à inverser la tendance du choléra en dessous du seuil épidémique dans toutes les cinq zones ciblées. Au total, 117 790 personnes sur une cible globale estimée à 117 918 personnes (soit 99%) ont bénéficié du projet.

L'approbation et déclenchement de l'activation de cette allocation anticipatoire choléra en faveur de la province Tanganyika a permis aux fonds existants de l'OMS de répondre promptement à la flambée meurtrière de choléra dans le Tanganyika le 23 juillet afin de réduire rapidement l'ampleur, la diffusion de choléra et le décès qui ont affectés la zone de Kiambi au lendemain de ce déclenchement.

3. Modifications

Pendant la période de la mise en œuvre, aucun changement n'a été introduit. L'OMS a utilisé ses épidémiologistes déployés localement pour répondre aux urgences vitales de choléra dans la province de Tanganyika. Grâce à l'ONG Médecins d'Afrique (MDA), les cadres de la DPS Tanganyika ont été accompagnés dans la réponse choléra durant la période d'intervention.

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Déplacés internes	5 393	5 045	3 654	3 306	17 398	6 395	4 545	2 652	3 170	16 762
Communautés d'accueil	31 637	29 596	21 432	19 391	102 056	32 655	30 920	20 425	17 015	101 015
Autres personnes touchées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	37 030	34 641	25 086	22 697	119 454	39 050	35 465	23 077	20 185	117 777
Personnes handicapées (PwD) sur le total										
	5 555	5 196	3 763	3 404	17 918	5 620	5 202	3 573	3 395	17 790

* 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 des 785 920 personnes (dont 215 278 hommes, 300 070 femmes, 103 900 garçons et 166 672 filles) sensibilisées sur les mesures de prévention contre le choléra et les autres mesures d'hygiène et d'assainissement environnemental, ainsi que les autres maladies à potentiel épidémique. A noter, par ailleurs, qu'une campagne de vaccination contre le choléra et la rougeole a été organisée dans deux ZS (Kalemie et Nyemba) pendant la période du projet (11-13/12/2023) et a permis de toucher 624 000 personnes âgées d'un an et plus au sein des communautés locales.

1. Cadre de résultats du projet CERF

Objectif du projet	L'objectif général du projet est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée au choléra et réduire la propagation du choléra dans la province Tanganyika à travers le renforcement de la surveillance épidémiologique et biologique et la prise en charge prompte des cas, les actions anticipées contre le choléra.			
Résultat 1	La surveillance épidémiologique et biologique sont renforcées dans la DPS Sud-Kivu			
Le résultat prévu a-t-il été modifié par une reprogrammation après la phase d'application ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Secteur / cluster	Santé			
Indicateurs	Description	Valeur cible	Valeur atteinte	Source de vérification
Indicateur 1.1	CC.1 Nombre de staff des partenaires de mise en œuvre recevant une formation pour soutenir la mise en œuvre du programme (Nombre des relais communautaires, des infirmiers titulaires des aires de santé briefé sur la surveillance du choléra)	100	100	Rapport OMS
Indicateur 1.2	Nombre des TDR et des Cary Blair dotés à chaque aire de santé	559 boîtes TDR / 70 boîtes Cary Blair	559 boîtes TDR/70 boîtes cary Blair	Plan de distribution/OMS
Indicateur 1.3	Nombre des missions d'investigation et de riposte appuyées	10	10	Rapport OMS
Indicateur 1.4	Proportion des structures sanitaires dotées en outils de surveillance	100%	100%	Rapport OMS
Explication du résultat et de la variation de l'indicateur	100% des intrants de diagnostics ont été dotés au cours de ce projet, et 100% des mission d'investigations appuyées.			
Activités	Description	Mise en œuvre par		
Activité 1.1	Appuyer la recherche active, la Détection précoce des cas et référence : surveillance à base communautaire briefer les relais communautaires et infirmiers titulaires des centres de santé sur le choléra pour une remontée rapide de l'information sanitaire sur les cas.	Médecins d'Afrique (MDA)/OMS		
Activité 1.2	Briefer les EIR (équipe d'intervention Rapide) sur la riposte contre le choléra en vue d'une meilleure préparation pour une réponse précoce et efficace lors d'une éventuelle flambée de choléra.	MDA/OMS		
Activité 1.3	Doter les zones en TDR (cholera-test RDT) et Cary Blair (milieu de culture pour collecte d'échantillons)	MDA/OMS		
Activité 1.4	Appui à l'investigation/riposte des aires de santé	MDA/OMS		

Activité 1.5	Doter les zones en outils de définition des cas et en outils de Support de collecte d'information sanitaire : déploiement des outils de surveillance (définition des cas, fiches de notification, fiches d'investigations, registres de cas, etc.)	MDA/OMS
--------------	--	---------

Résultat 2	Renforcement de la prise en charge rapide 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	H.1a Nombre de kits sanitaires d'urgence livrés aux établissements de santé (Quantité des kits de prise en charge (Kits centraux, périphériques, communautaires) pré-positionnés dans les sites des déplacés/aires de santé)	25	35	OMS/Plan de distribution
Indicateur 2.2	CC.1 Nombre de staff des partenaires de mise en œuvre recevant une formation pour soutenir la mise en œuvre du programme (Nombre des relais communautaires formé aux activités communautaires du choléra) (Relais pour le Quadrillage)	630	630	Rapport OMS_MDA
Indicateur 2.3	Nombre des personnes (Infirmier, hygiénistes) prises en charge	50 infirmiers, 40 Hygiénistes, 10 Médecins	50 infirmiers, 40 Hygiénistes, 10 Médecins.	Rapport OMS_MDA
Indicateur 2.4	Nombre des points de chloration fixe implémentés dans les zones affectées.	300 points de chloration,	300	Rapport OMS_MDA
Indicateur 2.5	Proportion des ménages désinfectés	100% des ménages cas	100%	Rapport OMS_MDA

Explication du résultat et de la variation de l'indicateur **Indicateur 2.1** : Pendant la mise en œuvre de ce projet 35/25 kits de prise en charge (PEC) choléra ont été distribués car la diffusion de l'épidémie de choléra était rapide dans les zones environnantes. Grâce aux intrants disponibles de l'OMS, les actions de mitigations ont été prises pour inverser la tendance de la courbe. 100% des acteurs planifiés pour la réunion préparatoire ont été formés au cours de ce projet. Enfin 300 points de chloration ont été installés dans les cinq zones en flambée (ZS Kiambi, Kalemie, Nyemba, Kabalo et Kongolo).

Activités	Description	Mise en œuvre par
Activité 2.1	Doter les établissements des soins de santé ayant des cas de choléra en kits de PEC dans la province de Tanganyika	MDA/OMS
Activité 2.2	Doter/Approvisionner les zones prioritaires (si possible dans les 24 h) en kits de prise en charge des cas (kits	MDA/OMS

	centraux, périphériques et communautaires) dans les structures des aires de santé où les cas sont notifiés	
Activité 2.3	Renforcer/appuyer les activités communautaires : Désinfection, chloration de l'eau, sensibilisation (quadrillage) du ménage du cas et des ménages autour du cas	MDA/OMS
Activité 2.4	Rembourser le transport des prestataires travaillant dans les CTC/UTC des ZS dans les 5 provinces ciblées.	MDA/OMS
Activité 2.5	Implémenter des points de chloration fixe aux points de puisages de l'eau dans les 5 provinces ciblées.	MDA/OMS

2. 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-financés⁷ 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)⁸

Le projet a impliqué les agents de santé communautaires, les relais communautaires, le personnel de santé et les partenaires sur le terrain dans l'identification des besoins urgents au sein de la communauté.

A noter que lors du choix des lieux pour l'implémentation des 300 points de chloration, les femmes ont été prioritairement consultées afin de réduire les risques d'incidents de protection.

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

L'OMS en collaboration avec ses partenaires (DPS, ZS) par le canal de l'ONG Médecins d'Afrique (MDA) avait mis en place un système permettant d'évaluer directement ses activités opérationnelles et ses interventions par rapport aux besoins des bénéficiaires. Au cours des supervisions ou des missions d'accompagnement sur le terrain, l'OMS a également associé le personnel de santé et les leaders des populations bénéficiaires à l'évaluation des actions ainsi que des groupes communautaires dans la recherche active de cas et veiller à ce que les points de vue des bénéficiaires soient pris en compte dans l'amélioration des interventions futures de l'OMS.

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

Les victimes des violences basées sur le genre, d'abus et d'exploitation sexuels ont été incluses par les services offerts dans le cadre de ce projet. Cette intervention a permis d'assurer une collaboration étroite avec les services de protection, la coordination des partenaires et les réseaux PSEA afin d'optimiser la gestion des plaintes et des cas signalés et suspectés. Tous les cas ont été traités de manière confidentielle. Des sessions de formations et réunion préparatoire des partenaires et communautés bénéficiaires ont été réalisées par l'équipe PSEA de l'OMS et collaboration avec les réseaux PSEA. Un numéro vert a été mis en place dans les zones d'intervention.

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

⁷ 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](#).

⁸ 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](#).

Le projet a respecté l'égalité du genre à toutes les étapes de la mise en œuvre. L'accès aux soins de santé gratuits a tenu compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables et a accordé une attention particulière à la situation des femmes, des filles, des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées.

e. Personnes handicapées (PwD) :

Une attention particulière a été accordée à l'identification des personnes vivant avec un handicap dans la communauté touchée par la crise humanitaire multisectorielle aux conséquences sanitaires importantes, à travers le réseau des groupes communautaires, pour faciliter leur accès aux structures de soins et les besoins en matière de santé. Malheureusement le projet n'a pas mis en place un système de collecte de données manière à mieux mettre en évidence les besoins des personnes handicapées.

f. Protection :

Non Applicable

g. Éducation :

Non Applicable

3. 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	Sélectionnez un élément dans le menu déroulant	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 considérée comme une option de réponse par défaut, et les transferts monétaires à objectifs multiples (MPC) doivent être utilisées 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.

Non. La modalité des transferts monétaires / les bons d'achat n'a pas été prise en compte dans ce projet, car non adaptée à ce type de projet

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

4. Visibilité des activités financées par le CERF

Titre	Lien web / source
Interventions communautaires OMS et partenaires dans la formation des relais communautaires sur quadrillage ZS Kiambi/Tanganyika.	https://twitter.com/omsrdcongo/status/1682838650164264960?s=51&t=IJDgcTasGy-BWZRMXBOaSQ

ANNEX: CERF FUNDS DISBURSED TO IMPLEMENTING PARTNERS

CERF Project Code	Cluster/Sector	Agency	Partner Type	Total CERF Funds Transferred to Partner US\$
23-RR-CEF-036	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	RedC	\$220,000
23-RR-CEF-036	Water, Sanitation and Hygiene	UNICEF	GOV	\$3,721
23-RR-WHO-029	Health	WHO	INGO	\$145,669