



RAPPORT ANNUEL SUR L'UTILISATION DES SUBVENTIONS DU CERF DANS LE REPUBLICQUE DEMOCRATIC DU CONGO 2011

PAYS	REPUBLIQUE DEMOCRATIC DU CONGO
COORDONNATEUR RÉSIDENT/ HUMANITAIRE	Fidèle SARASSORO

I. RÉSUMÉ DU FINANCEMENT POUR 2011 – US\$

Financement	1. Montant total nécessaire à la réponse humanitaire		6 000 000	
	2. Répartition par source du financement de la réponse humanitaire	2.1 CERF		4 094 585
		2.2 FONDS HUMANITAIRE COMMUN/FONDS POUR LES INTERVENTIONS D'URGENCE (<i>le cas échéant</i>)		
		2.3 AUTRE (bilatéral/multilatéral)		
		2.4 TOTAL		4 094 585
	3. Répartition par catégorie des fonds reçus	<input type="checkbox"/> Urgences Sous-financées		
		1. 1er cycle		
		2. 2e cycle		
		<input checked="" type="checkbox"/> Réponse rapide		4 094 585
	4. Merci d'indiquer la répartition des financements du CERF par type de partenaire	4.1 Mise en œuvre directe agences NU/OIM (Organisation internationale pour les migrations)		902 783
		4.2 Fonds transmis aux ONG pour mise en œuvre		2 179 557 ¹
		4.3 Fonds transmis aux partenaires gouvernementaux		182 462
		4.4 TOTAL		3 264 802

¹ Il reste encore \$ 320 511 qui n'a pas été inclus dans le Annexe 3 en tant que montant transmis aux ONGs.

II. RÉSUMÉ DES BÉNÉFICIAIRES PAR INTERVENTION

Nombre total des personnes touchées par la crise	Personnes	2 000 000 de personnes exposées
Nombre total des personnes ayant bénéficié du financement du CERF	Femmes	7 890
	Hommes	6 452
	Nombre total de personnes (hommes et femmes)	14 342
	Y compris, enfants de <u>moins</u> de 5 ans	14 342

III. ZONES GEOGRAPHIQUES DE MISE EN ŒUVRE

Les zones de sante ci-dessous des trois provinces du Bandundu, de l'Equateur et de Kinshasa ont été ciblées par le projet :

Provinces	Zones de santé
Kinshasa	Maluku, Kingabwa, Nsele, Masina, Kimbanseke, Kalamu 2, Lingwala, Kinsenso.
Bandundu	Bosobe, Ipamu, Mokala, Mushie, Kwamouth, Yumbi, Kwamouth, Bolobo.
Equateur	Mankanza, Libengue, Bulu, Mawiya, Lilanga Bobangi, Lisala, Mbandaka, Yamongili, Pimu, Boumba, Ndage, Lukolela, Lolanga Mampoko, Zongo, Bolenge, Wangata, Maluku.

IV. RESUME DU PROCESSUS ET DE LA CONSULTATION

- I) Le rapport du CERF a-t-il été discuté avec l'équipe humanitaire et/ou l'équipe du pays des NU et avec les coordonnateurs sectoriels?
OUI NON

Commentaires Le rapport du CERF a été rédigé par l'UNICEF comme Chef du Cluster Wash, et avec la participation directe de l'OMS Chef du Cluster Santé

- II) Le rapport final du CERF a-t-il été transmis aux intervenants dans le pays (c.-à-d les agences bénéficiaires du CERF, coordonnateurs et membres des secteurs/groupes sectoriels et institutions gouvernementales compétentes) afin d'être passé en revue ?
OUI NON

Commentaires Le rapport du CERF a été rédigé par WHO et UNICEF dans les Clusters WASH et Santé et dans le Cholera Task Force.

V. ANALYSE – MALADIE-CHOLERA REPONSE RAPID

1. Le contexte humanitaire

Il a été fait appel au financement CERF afin de répondre rapidement à l'épidémie de choléra déclarée et confirmée en mars 2011 dans les zones de santé de Bolobo, Mushilu et Kwamouth dans le province de Bandundu, dans les zones de santé de Mankanza, Lkolela et Wangata dans la province de l'Equateur et dans les zones de santé de Kingabwa et Maluku de la ville de Kinshasa.

L'apparition de cette épidémie est liée à l'insalubrité et la promiscuité caractérisée dans les zones de santé urbaines de la ville de Kinshasa, et à l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable dans certaines zones de santé rurales de Bandundu et de l'Equateur. Cette situation s'est aggravée avec le retour de la pluie et le mouvement de la population le long du fleuve Congo. Plus de 2 000 000 personnes vivant dans ces zones de santé étaient exposées à cette maladie.

Une mission d'évaluation rapide effectuée le 23 juin 2011 à Bolobo par le Ministre de la Santé Publique, avec l'appui de ses partenaires (l'OMS et UNICEF en RDC) avait fait état de conditions d'hygiène très précaires et favorables à la poursuite de la propagation de l'épidémie dans les communautés. A ce stade, un nombre total de 2 030 cas dont 131 décès, soit un taux de létalité élevé à 6.4 pour cent, était rapporté dans les zones de santé affectées par l'épidémie de choléra. Plusieurs lacunes dans les domaines de la prise en charge et de la prévention de l'épidémie avaient été identifiés. Les besoins humanitaires considérés en priorité ont donc été ceux de l'accès à l'eau et à l'assainissement (volet préventif) et de l'accès aux soins de santé (volet curatif).

Au cours de l'épidémie de choléra déclarée en RDC depuis le mois de mars 2011, au moins 21 704 personnes ont été atteintes et au moins 584 sont décédées (situation au 8 janvier 2012). Cependant, une plus large population a été touchée de façon indirecte du fait de son impact défavorable exercé sur toute la communauté, la maladie ayant affecté la productivité agricole et commerciale, la scolarisation, le bien-être familial et le maintien de conditions de vie à un niveau acceptable pour des foyers qui comptent déjà parmi les plus pauvres du monde. De plus, on estime que 21 millions de personnes vivent dans des zones actuellement exposées au risque de contamination. Des efforts significatifs ont été entrepris en 2011 afin de limiter la propagation de l'épidémie et de traiter les individus et les communautés affectées. Bien que ces efforts aient vraiment atténué l'impact de la maladie, ils restent insuffisants. Il est important de continuer la réponse d'urgence et aussi renforcer les approches moyennes à long terme dans l'année 2012.

PROVINCE	CAS	DÉCÈS	LÉTALITÉ %
Bandundu	2366	145	6
Equateur	3045	165	5
Kinshasa	1050	42	4
P. Orientale (sans Ituri)	1631	84	5
Total Ouest	8092	436	5
P. Orientale (Ituri)	71	6	8
Katanga	2701	44	2
Maniema	220	3	1
Nord-Kivu	5093	53	1
Sud-Kivu	5527	42	1
Total Est	13612	148	1
Total Pays	21704	584	3

Cas et décès de choléra notifiés et zones touchées en 2011

2. Fournissez un bref aperçu du rôle du CERF dans le pays

Après l'identification initiale des cas de choléra, et sa propagation à des zones non endémiques, OCHA a aidé à établir un Groupe de Travail sur le choléra (Cholera Task Force) qui a rassemblé les partenaires des clusters EHA et Santé. Le Groupe de travail choléra a élaboré la stratégie pour répondre à l'épidémie, et a priorisé les projets provenant des partenaires. C'était ce forum qui a initié le processus du CERF et ainsi que l'ordre des priorités a été établi.

Genre dans le projet

Dans la conception du projet, le genre a été pris en compte lors des étapes initiales, étant connu que les femmes et les hommes peuvent avoir différentes vulnérabilités dans la transmission du choléra. Les hommes sont plus atteints par le choléra que les femmes à cause de leur mobilité plus importante (pêcheurs, commerçants etc. sur la voie fluviale). La tranche d'âge des hommes âgés de 40 ans et plus reste la plus touchée à ce jour, et reflète l'âge des communautés les plus en mouvement, surtout sur le fleuve. Bien que les hommes soient les plus atteints par le choléra depuis le début de l'épidémie, il y a eu une égalité de traitement entre toutes les couches de la population, hommes, femmes et enfants.

En conséquence, des séances de sensibilisation en faveur de la prévention du choléra ont été organisées aux heures de la matinée et du soir pour le jour ouvrable afin de permettre aux femmes d'avoir l'information sans abandonner leurs occupations. Une concertation a été faite entre les services de santé appuyés par ce projet et les délégués des femmes afin de fixer ensemble l'horaire des activités de sensibilisation des ménages. Cet horaire a tenu compte des occupations des femmes.

3. Quels ont été les résultats obtenus grâce au financement du CERF ?

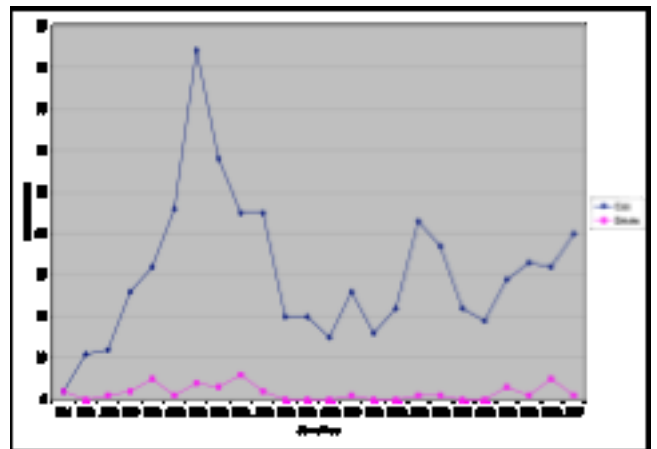
Le CERF a permis d'améliorer la situation humanitaire dans les provinces de l'ouest touchées par l'épidémie. La situation humanitaire a en effet enregistré après l'intervention d'urgence financée par le CERF une réduction de la morbidité et de la létalité due au choléra:

Evolution de cas et décès de choléra de la semaine 22 à la semaine 48 / 2011

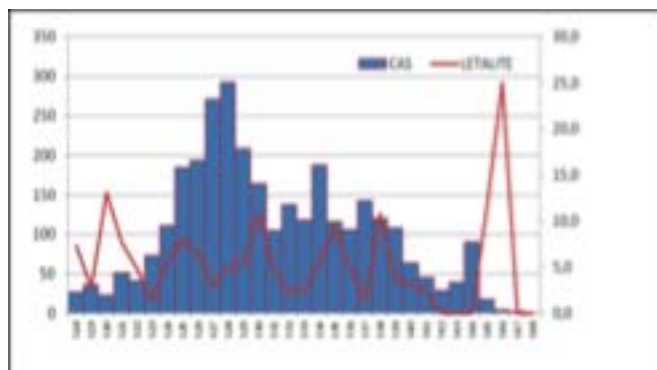
La ville de Kinshasa



La province de Bandundu



La province de l'Equateur



A partir de la semaine 29, l'épidémie de cholera dans la ville de Kinshasa, dans les provinces de Bandundu et

de l'Equateur a connu une diminution des cas de choléra. Cette période correspond au début de l'intervention menée dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet.

L'analyse de l'évolution épidémiologique dans ces trois provinces indique une diminution de la mortalité et de la morbidité dues au choléra à partir de la 38e semaine épidémiologique. Ceci est à mettre sur le compte des interventions de lutte préventive (amélioration de l'Accès à l'eau traitée et à l'assainissement, sensibilisation) ainsi que de prise en charge médicale (formation, disponibilité d'intrants et recours précoce des malades) dans les structures de traitement de cholera. Certes, cette létalité a été élevée au cours de cette épidémie. Elle est de 5 pour cent à la fin de l'épidémie dans l'ensemble de ces trois provinces, soit 351 décès pour 6418 cas de choléra notifiés dans les structures de traitement.

Les principaux résultats atteints grâce au financement du CERF sont les suivants:²

- Huit zones de santé couvrant trois provinces ciblées (province de Kinshasa, de Bandundu et de l'Equateur) ont bénéficié d'intrants pour la prise en charge médicale.
- 685 personnels de soins ont été recyclés dont 535 prestataires de soins et 150 membres des équipes cadres de zones de santé ont été informés sur la gestion de l'épidémie de choléra.
- 6342 malades atteints de choléra ont été soignés gratuitement dans les différents centres de traitement de choléra dont 2323 dans la province de Bandundu, 974 dans la ville de Kinshasa et 3045 dans la province de l'Equateur. Plus de 81 pour cent des malades ont plus de 5 ans.
- 1 079 912 personnes menacées par le choléra ont eu accès à cinq litres d'eau potable d'urgence par jour pendant deux mois. 8 000 personnes ont eu accès à l'eau potable durable.
- 3 100 personnes dont 50 pour cent de femmes et 50 pour cent d'hommes ont bénéficié d'un accès à un assainissement amélioré, à travers la construction de latrines collectives.
- 80 pour cent des ménages des zones de santé ont été sensibilisés aux méthodes de prévention du choléra.

RESULTATS SPECIFIQUE

OS1 : Renforcer les activités de confirmation de l'épidémie au niveau des nouveaux foyers

Dix neuf missions d'investigations ont été réalisées dans les zones de santé de Kinshasa (10) et de Bandundu (9). 120 investigations de nouveaux foyers des cas de choléra ont été faites; 265 échantillons de selles ont été prélevés dans sept Zones de Santé de la ville de Kinshasa. Après traitement au laboratoire, 49 échantillons se sont révélés positifs au vibrio cholera et 216 négatifs (Province Kinshasa). Il s'agit de Vibrio cholera, stéréotype INABA. Ces résultats de laboratoire ont été partagés avec les intervenants afin de mieux orienter leurs actions. Des réactifs pour les prélèvements de laboratoire sont mis à la disposition de l'INRB. La confirmation des cas a été effective pour les nouvelles zones de santé ou les cas ont été notifiés pour la première fois. Des intrants ont été remis à l'INRB pour utilisation pour faciliter la gratuité de la confirmation des cas provenant des partenaires des ONGs. 50 kits de réactifs mis à la disposition de l'INRB pour la facilitation du diagnostic des cas. La récolte quotidienne de l'information sur les cas a été faite avec toutes les zones de santé impliquées (25 zones de santé pour Kinshasa, 10 zones de santé pour le Bandundu et 16 zones de santé pour l'Equateur). Ces données ont été analysées et transmises sur une base journalière à tous les partenaires impliqués dans la lutte contre l'épidémie et aux bailleurs de fonds. Cette transmission a été faite à travers un bulletin journalier qui montrait la tendance de l'épidémie par province, par semaine épidémiologique, par zone de santé illustrés par des courbes et des histogrammes pour une lecture facile de la tendance de l'épidémie. Les actions des partenaires en matière d'interventions a été également mis à jour dans ce bulletin (encore disponible et pouvant être obtenu sur demande).

²Les résultats ont été séparés par cluster, notamment Wash et Santé, et ils se sont basés sur des objectifs précis, tel qu'ils se trouvent dans les projets.

OS2 : Renforcer les activités de prise en charge au niveau des structures sanitaires (centres de santé linéaire) et des Centres de Traitement de Choléra (CTC) et en appui à la continuité du fonctionnement des CTC après retrait des partenaires de mise en œuvre.

6342 malades atteints de cholera ont été soignés gratuitement dans les différents centres de traitement de cholera dont 2323 dans la province de Bandundu, 974 dans la ville de Kinshasa et 3045 dans la province de l'Equateur). Vingt structures linéaires appuyées pour la prise en charge des cas dans la ville de Kinshasa, 10 structures sanitaires pour la province du Bandundu et 16 structures sanitaires pour la province de l'Equateur. Douze missions de supervisions des activités dans les CTC / UTC réalisées dans la province de Kinshasa(5) et Bandundu(7). Des capacités des prestataires de soins ont été renforcées. Un appui financier a été donné dans le transport et l'acheminement des intrants vers les zones de santé en province Bandundu et de l'Equateur. Une mission de l'OMS composé de cinq experts (Bureau Régional, Siège, Bureau Inter Pays et Bureaux Pays Burundi et Cameroun) a facilité pendant la période du 15 juillet au 15 aout 2011 l'appui à l'analyse des facteurs de risque pour la prévention de l'expansion de l'épidémie.

Dix Kits choléra ont été prépensionnés à Kinshasa, cinq dans la province du Bandundu et 10 dans la province de l'Equateur. Ces kits ont été utilisés pur la prise en charge des cas. 685 personnels de soins ont été recyclés dont 535 prestataires de soins et 150 membres des équipes cadres de zones de santé ont été briefés sur la gestion de l'épidémie de choléra. 6342 malades atteints de cholera ont été soignés gratuitement dans les différents centres de traitement de cholera dont 2323 dans la province de Bandundu, 974 dans la ville de Kinshasa et 3045 dans la province de l'Equateur. Plus de 81 pour cent de malades sont de la tranche d'âge de plus de cinq ans. Les trois bureaux provinciaux (Kinshasa, Bandundu, Equateur) chargés de la surveillance épidémiologique ont été connectés à l'internet et ont bénéficié pendant six mois des crédits des compagnies de téléphonie cellulaire pour faciliter le rapportage des données avec les partenaires. Trois ZS de Bandundu ont reçu des modems pour la transmission des rapports.

OS 3 : Renforcer les activités de sensibilisation et de prévention au sein de la population des zones affectées par l'épidémie et l'analyse des facteurs de risque de l'expansion de l'épidémie. Plus de 5000 guides de l'OMS sur la prise en charge du choléra ont été distribués au personnel de santé et aux partenaires des ONGs. Un briefing de 535 prestataires de soins de santé dans la ville de Kinshasa, 150 membres d'équipes cadre des zones de santé dans la gestion d'une épidémie de choléra dans la ville de Kinshasa (organisation de la lutte et la prise en charge des malades de choléra); 685 personnels de soins ont été recyclés dont 535 prestataires de soins et 150 membres des équipes cadres de zones de santé ont été briefés sur la gestion de l'épidémie de choléra. 6342 malades atteints de cholera ont été soignés gratuitement dans les différents centres de traitement de cholera dont 2323 dans la province de Bandundu, 974 dans la ville de Kinshasa et 3045 dans la province de l'Equateur. Plus de 81 pour cent de malades sont de la tranche d'âge de plus de cinq ans.

Suivi et évaluation :

▪ **Suivi des activités dans les structures de traitement dans la ville de Kinshasa.**

Une équipe composée des délégués du Ministère de la Santé, de l'OMS et des autres partenaires supervise des activités de prise en charge médicale dans les CTC de Kingambwa et de Kintambo dans la ville de Kinshasa. Plusieurs autres missions de suivi de proximité ont été effectuées dans toutes les structures de prise en charge et communautaires. Au cours de ces visites, des évaluations des besoins et l'identification des gaps ont été systématiques réalisés.

▪ **Un suivi des activités d'assainissement et des facteurs de risques dans les quartiers les plus touchés par l'épidémie à Kinshasa.**

Des partenaires impliqués dans la lutte contre l'épidémie et le ministère de la santé ont été organisés plusieurs évaluations dans les quartiers les plus touchés afin d'identifier des facteurs et des comportements à risque.

4. Une analyse de la valeur ajoutée du CERF à la réponse humanitaire

a) **Les financements du CERF ont-ils permis de fournir rapidement une assistance aux bénéficiaires ? Si oui, comment ?**

OUI NON

Le CERF a permis de faire des interventions clé au niveau de la prise en charge des malades, la baisse de mortalité et l'amélioration de la qualité des soins à l'ouest, sans les quelles il y aurait eu une mortalité excessive (12 pour cent avant le début des interventions) et une absence totale de moyens de réaction adéquate pour le start-up.

Les financements ont permis aussi de fournir une assistance rapide aux bénéficiaires. Avant même la confirmation du financement CERF, l'UNICEF était intervenu fin mai 2011 à Bolobo (sur fonds propres) dans l'objectif de contrôler l'épidémie, notamment par l'envoi de kits d'urgence. Cependant, l'épidémie a continué de progresser et atteint la province de Kinshasa en juin 2011, et l'allocation rapide des fonds CERF ainsi que l'autorisation de démarrer les activités de façon anticipative à compter du 1^{er} juillet ont permis au projet de démarrer immédiatement après l'identification des besoins.

L'ONG internationale COOPI a ainsi ouvert un Centre de Traitement du Cholera (CTC) à Kinshasa (Maluku) dès le 8 juillet 2011. Les autres partenaires de mise en œuvre dans le domaine de la santé (ALIMA et MEDECINS D'AFRIQUE) ont quant à eux démarré la prise en charge des patients atteints du choléra et la surveillance épidémiologique en août 2011 dans les provinces de Bandundu et Kinshasa.

Le financement CERF a permis au cluster santé de combler le gap identifié celui de l'insuffisance dans la prise en charge des malades atteints de choléra caractérisée par l'insuffisance d'intrants de prise en charge des malades, des centres de traitement de choléra dans ces zones littorales du fleuve Congo 14 affectées par le choléra.

b) Les financements du CERF ont-ils permis de répondre aux besoins urgents?

OUI NON

Cette première allocation des fonds CERF dans la réponse à l'épidémie a eu un impact réel pour la population exposée au choléra, contribuant à réduire les taux de mortalité liés à l'épidémie. Un contrôle partiel de l'épidémie a été atteint grâce aux interventions préventives et curatives mises en œuvre dans les trois provinces.

Les besoins urgents des intrants, formation d'urgence de staff médical (à l'ouest), qui n'a pas connu les protocoles de prise en charge, gestion des données épidémiologiques et d'alerte et communication ont pu être couverts. Sans ces efforts, le containment partiel n'aurait pas pu être réalisé.

Le financement CERF a en effet permis de répondre aux besoins urgents pour la gestion de l'épidémie, à travers un appui financier, technique et logistique. Les actions menées par les partenaires ont permis d'éviter une flambée d'une grande envergure, surtout dans la ville-provinces de Kinshasa, et les activités de prévention (sensibilisation, lavage des mains, chloration de l'eau de boisson) ont aussi contribué à diminuer l'incidence de la maladie.

Les capacités des Centres de Traitement Choléra ont été renforcées en personnel formées sur la prise en charge des cas de choléra et en intrants. La communauté a été informée et éduquée au cours de ce projet sur le comportement à adopter pour éviter cette maladie. Le financement a permis d'arrêter la progression de l'épidémie dans d'autres zones.

Certaines raisons peuvent expliquer pourquoi l'épidémie n'a pas été complètement contrôlée, entre autre la durée du projet initial qui était courte (trois mois) et le fait que la partie ouest du pays n'avait pas connu une épidémie de choléra depuis environ cinq ans. Le changement des comportements prend du temps et s'ajoute aux réalités structurelles de la RDC, dont le problème d'approvisionnement en eau potable, le statu déplorable du système d'assainissement et d'eau, et la faiblesse des capacités gouvernementales de coordination, qui ont été autant de raisons pour demander une extension du projet, afin de permettre de coupler la réponse d'urgence à une stratégie à court et moyen terme.

c) Les financements du CERF ont-ils permis de mobiliser d'autres financements ?

OUI NON

Tandis que le financement CERF a permis d'apporter une réponse rapide dans les trois premiers mois,

l'UNICEF a effectué un plaidoyer auprès de ces bailleurs de fonds (dont l'Union européenne et le Japon) pour recevoir les moyens d'intervenir sur le plus long terme. Le gouvernement japonais a contribué dans le cadre de ses fonds d'urgence avec un montant de près de \$ 400 000 en faveur de la lutte contre l'épidémie de choléra en RDC. Ces fonds ont été reçus en mars 2012 et permettront essentiellement d'acheter des intrants, mais aussi d'intensifier le volet de la communication/prévention de l'épidémie. L'UNICEF a cependant été confronté à la difficulté de mobiliser des fonds suffisants pour lui permettre d'apporter une réponse structurelle à l'épidémie.

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

OUI NON

Dès le 1er juillet, sous l'impulsion d'OCHA, une task force de réponse à la crise a été mise en place, regroupant tous les intervenants, notamment : UNICEF, OMS, MSF, Handicap International, OXFAM, SOLIDARITES, ALIMA, MEDECINS D'AFRIQUE, COOPI, CRS.

La task force a coordonné les activités de mise en œuvre directe de la réponse à l'épidémie, tout en faisant le lien avec le gouvernement aux niveaux central et intermédiaire (réunions provinciales de coordination). La task force a permis de capitaliser les informations à l'échelle nationale et fait le plaidoyer pour pérenniser les interventions de lutte contre l'épidémie dans les zones affectées.

Lors de la mise en œuvre de ce projet, l'OMS et l'UNICEF ont établi un partenariat avec le Ministère de la Santé, les divisions provinciales de la santé et les zones de santé d'une part et des ONG, membres du cluster WASH et santé de l'autre part. Les activités Eau, Hygiène et Assainissement ont été mises en œuvre par les deux ONGs internationales (Oxfam et Solidarités Internationale) et sept ONGs nationales (Gaprof, SAD Africa, Vie Sacrée, PVH, Caritas Congo, APEE, CECU/PEASIT), en partenariat avec UNICEF. La mise en œuvre a été faite avec le gouvernement à travers le bureau central de la zone de santé (BCZS) et l'inspection provinciale de la santé (IPS) avec l'UNICEF, OCHA, le cluster Santé au travers de l'Organisation Mondiale de la Santé, les organisations internationales (Médecins Sans Frontières et la Croix Rouge) ainsi que les établissements scolaires ; ceci a permis d'assurer un bon suivi des interventions et de favoriser la réussite du projet.

Le partenariat au sein de la communauté humanitaire a ainsi été dynamisé par le financement CERF et a permis le partage des expériences entre partenaires ainsi qu'une collaboration et une analyse efficace des données. L'implication des bailleurs a favorisé une évaluation continue des objectifs du projet. La task force a été un bon forum de coordination pour les acteurs de terrain et a permis l'identification des difficultés et priorités principales.

Du 1^{er} juillet au 30 septembre 2011, il n'y avait pas une implication directe du Pooled Fund dans la réponse au cholera. Par contre, lors de la deuxième allocation de 2011, \$ 1 000 000 a été alloué au secteur WASH, particulièrement pour intervenir dans la ville de Kinshasa et dans la province de l'Equateur.

VI. ENSEIGNEMENTS TIRÉS

ENSEIGNEMENTS TIRÉS	SUGGESTIONS DE SUIVI/AMÉLIORATION	ENTITÉ RESPONSABLE
<p>Les interventions doivent couvrir une plus grande surface pour avoir un impact sur la transmission de la maladie. Parallèlement les interventions d'hygiène et de santé à base communautaire doivent être mises en place de la même façon dans les zones de santé avoisinantes et donc à risque.</p>	<p>La prévention de nouveaux foyers dans de nouvelles zones de santé ainsi que l'interruption de la transmission continue du choléra seront assurées à travers un ciblage plus large des zones de santé à risque.</p>	<p>OCHA, OMS, UNICEF, etc</p>
<p>L'information doit être analysée plus rapidement afin d'être plus efficace dans la réponse opérationnelle à travers des actions de coordination.</p>	<p>Les autorités sanitaires et les partenaires doivent communiquer et se coordonner de manière plus étroite. D'autres secteurs ministériels que la santé doivent être impliqués dans la réponse. Cela a déjà été initié au niveau provincial à Kinshasa et au niveau national, qui commence à inclure d'autres ministères comme celui des transports ou de l'eau et de l'électricité.</p>	<p>Gouvernement, partenaires</p>
<p>L'approche sanitaire à base communautaire doit être encore améliorée dans le premier temps de la riposte. La détection la notification et le référencement communautaire précoces sont des étapes clés pour réduire le risque de transmission.</p>	<p>Identification précoce des malades au sein même de leurs foyers : Les malades doivent être identifiés à domicile et référés dans les plus brefs délais dans des structures de soins où le personnel médical est formé et est en mesure de prendre en charge les patients et les questions d'hygiène.</p>	<p>OMS, UNICEF et partenaires de mise en œuvre</p>
<p>La communication et l'éducation à la santé ont un impact plus important à travers des activités communautaires régulières plutôt qu'à travers de larges distributions de prospectus.</p>	<p>La stratégie de communication doit être révisée et étroitement connectée à l'éducation à la santé à base communautaire. La gestion de l'information les rapports réguliers (bimensuels) et le partage des données pendant la réponse sont nécessaires à cette échelle afin d'atteindre de meilleurs résultats.</p>	<p>OMS, UNICEF et partenaires de mise en œuvre</p>
<p>Le manque d'accès à l'eau l'hygiène et l'assainissement reste la cause des crises de choléra en RDC. Pour les communautés particulièrement à risque où l'accès à l'eau et aux conditions d'assainissement sont en dessous des standards minimums humanitaires, a seule solution efficace est de construire des infrastructures d'eau et d'assainissement durables.</p>	<p>La capacité de riposte rapide et d'éradication des cas dans les zones nouvellement affectées grâce à l'intervention d'équipes mobiles ont démontré une bonne efficacité dans la réponse à venir et est proposée pour l'extension du programme : pré positionnement de stocks équipes mobiles répondant rapidement dans les zones nouvellement affectées et menant des activités de désinfection.</p>	<p>OMS, UNICEF</p>
<p>Le renforcement des capacités locales contribue à apporter un impact durable à la réponse en cours.</p>	<p>Activités communautaires comme l'installation et la gestion d'infrastructures d'eau et d'assainissement à base communautaire la gestion de points de chloration à base communautaire ainsi que le soutien à la production locale de chlore et la sensibilisation à l'hygiène doivent être privilégiés.</p>	<p>OMS, UNICEF</p>

L'organisation de la réponse à l'épidémie de choléra dans les trois provinces le long du fleuve Congo a été rendu possible grâce au financement CERF. Cependant ce financement n'a pas été suffisant pour continuer les actions de réponse surtout qu'avec la période des pluies depuis la fin du mois d'octobre 2011, il a été constaté une augmentation du nombre de cas dans les grandes villes des provinces concernées et surtout à Kinshasa.

Ceci a amené actuellement les partenaires à mettre fin à leurs interventions alors que les besoins sont encore énormes et pressants. La réponse a été donnée avec beaucoup de succès avec l'appui de tous les partenaires impliqués dans l'organisation des interventions. Cependant il a été constaté que le problème majeur reste la mise à disposition de la population de l'eau potable pour consommation. Des mesures urgentes doivent être prises pour rendre l'accès à l'eau potable pour les populations des provinces concernées. Si nous nous félicitons aujourd'hui du travail des acteurs de l'humanitaire, il est important que le plaidoyer devra se poursuivre pour que des travaux de remise en état des infrastructures d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'amélioration de l'environnement devra se poursuivre avec les autres secteurs autre que la Santé, Le Gouvernement et les bailleurs du développement.

La collaboration transfrontalière a été initiée au cours de l'organisation de la réponse à l'épidémie de choléra par une réunion des équipes de santé des partenaires et des autorités nationales de la RDC à Brazzaville le 2 août 2011. Ceci devra se poursuivre pour le futur par des rencontres plus formelles entre autorités sanitaires de la RDC et celles de la République du Congo.

Pour la réponse au choléra, les formations d'urgence et la composante de prévention sont essentielles. Une des plus grandes leçons apprises est qu'on doit donner beaucoup plus d'espace pour les activités d'éducation à la santé base dans les communautés, l'identification précoce des cas et le transfert précoce ; ce qui constituent des activités mobilisation sociale. La surveillance épidémiologique doit être renforcée beaucoup plus dans un pays de telle ampleur. L'accès des communautés est crucial. Tous les dernières deux activités demandent d'avantage des fonds qui n'étaient pas disponibles au départ, donc la programmation telle qu'elle a été faite a donné un maximum des résultats atteignables dans le temps et avec les capacités présentes sur place.

ANNEXE I. RÉSULTATS DES PROJETS INDIVIDUELS PAR AGENCE

UNICEF – MULTI SECTORIEL							
NUMÉRO DE PROJET CERF	11-CEF-40	Budget total du projet	\$ 3264802	Bénéficiaires			Égalité des sexes
				Objectif	Résultat		
TITRE DU PROJET	Réponse d'urgence à la crise liée à l'épidémie de choléra à l'ouest de la RDC (Provinces de l'Equateur, Bandundu, Kinshasa)	Montant total du financement reçu pour le projet	\$ 264 802	Personnes	12 000	6 342	
				Femmes	6 000	2 166	
				Hommes	6 000	3 120	
				Nombre total de personnes (hommes et femmes)	12 000	6 342	
				Y compris, enfants de moins de 5 ans	12 000	(1 056) 6 342	
				TOTAL	12 000	6 342 ³	
STATUT DE LA SUBVENTION DU CERF	Projet achevé au 26 janvier 2012	Montant versé par le CERF	\$ 3 264 802				
OBJECTIFS CONFORMÉMENT À LA PROPOSITION FINALE DU CERF		RÉSULTATS OBTENUS				MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION	
<p>355 000 personnes menacées par le choléra ont accès à 5l/pers/jour d'eau potable d'urgence pendant deux mois ; 10 000 personnes ont accès à l'eau potable durable.</p> <p>27 500 personnes menacées par le cholera ont accès à un assainissement amélioré.</p> <p>80 pour cent des ménages des zones de santé concernées sont informés sur les moyens de prévention du choléra.</p> <p>5000 malades du cholera sont pris en charge.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 079 912 personnes menacées par le cholera ont eu accès à 5l/pers/jour d'eau potable d'urgence, pendant deux mois. ▪ 8 000 personnes ont eu accès à l'eau potable durable. ▪ 3 100 personnes dont 50 pour cent de femmes et 50 pour cent d'hommes ont bénéficié d'un accès à un assainissement amélioré, à travers la construction de latrines collectives. <p>Nous évaluons cet indicateur atteint car :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La sensibilisation des communautés sur les mesures préventives du choléra par les leaders communautaires, les RECO et animateurs radio, télé et troupes théâtrales a été efficace. ▪ 732 relais communautaires et 300 volontaires de la Croix Rouge ont été formés dans les provinces de Kinshasa, Bandundu et Equateur, en vue d'informer la population sur les mesures préventives contre le choléra et l'adoption des pratiques favorables à la santé. ▪ 100 000 dépliants ont été distribués. ▪ Trois spots TV/radios couvrant les provinces ciblées ont été produits et diffusés entre juillet et déc. 2011 et dans certaines zones, des émissions de radio ont eu lieu sous forme de petits messages enregistrés. ▪ Au total, 6 109 patients atteints de choléra ont été traités (en CTC, UTC et PRO). ▪ Le projet a permis un contrôle partiel de l'épidémie. ▪ Les capacités du personnel des services de santé des provinces ciblées ont été renforcées pour le traitement du choléra. ▪ La population a été sensibilisée aux méthodes de prévention du choléra. 				<p>Les réunions régulières avec les partenaires de mise en œuvre ont permis de suivre et évaluer l'avancement du projet.</p> <p>L'UNICEF et ses partenaires ONGs ont déterminé le nombre de malades traités grâce au suivi dans les CTC, UTC et PRO. Les réunions régulières avec les partenaires de mise en œuvre ont permis de suivre et évalué le progrès du projet.</p>	

³ L'écart entre l'objectif et les résultats peuvent être expliqués par avoir atteint grand nombre de bénéficiaires indirects, et les coûts du projet ayant été plus élevé que prévu en raison des problèmes d'accès.

OMS - SANTE

NUMÉRO DE PROJET CERF	11-WHO-45	Budget total du projet	\$1155 461	Bénéficiaires			Objectif	Résultat	Égalité des sexes
				Personnes					
TITRE DU PROJET	Appui d'urgence à une riposte à l'épidémie de choléra dans les zones de santé le long du fleuve Congo, dans les provinces de Bandundu, Equateur et la ville de Kinshasa, RDC	Montant total du financement reçu pour le projet	\$ 829 783	Femmes		820	2 600	2 600	
				Hommes		820	2 600	2 600	
				Nombre total de personnes (hommes et femmes)		1 640	1 142	1 142	
				Y compris, enfants de moins de 5 ans		2 000	6 342	6 342	
				TOTAL		2 000	6 342	6 342	
STATUT DE LA SUBVENTION DU CERF	Projet achevé au 25 janvier 2012	Montant versé par le CERF	\$ 829 783						

OBJECTIFS CONFORMÉMENT À LA PROPOSITION FINALE DU CERF	RÉSULTATS OBTENUS	MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION
<p>Au moins 80 pour cent des cas de choléra (2000 cas) sont détectés et notifiés à moins de 48 heures dans toutes les zones touchées par le choléra ;</p> <p>Au moins 2000 malades de Choléra bénéficient des soins de qualité dans les centres de traitement de cholera (CTC), les unités de traitement de choléra (UTC), poste de réhydratation orale (PRO) et autres sites de soins dans les zones touchées par le choléra et dont au moins 30 structures de santé sont renforcées et 685 prestataires recyclés dans la lutte contre le choléra.</p> <p>Toutes les zones touchées par le choléra bénéficient de l'appui logistique en outils de collecte de données ; de guide de surveillance et des moyens de communications.</p>	<p>La surveillance épidémiologique et la notification des cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à jour régulière de la situation du choléra a été faite par l'OMS et partagé aux partenaires ; ▪ 8230 cas de choléra ont été notifiés ▪ 19 missions d'investigations ont été effectuées dans les zones de santé de Kinshasa (10) et de Bandundu (9). ▪ 120 investigations de nouveaux foyers des cas de choléra ont été faites. ▪ 265 échantillons des cas suspects de choléra ont été analysés, ayant permis d'identifier le Vibrio cholera, stéréotype INABA. ▪ 50 kits de laboratoire fournis pour la confirmation au laboratoire national (INRB.) ▪ Une mission de l'OMS composé de cinq experts (Bureau Régional, Siège, Bureau Inter Pays et Bureaux Pays Burundi et Cameroun) a facilité pendant la période du 15 juillet au 15 aout 2011 l'appui à l'analyse des facteurs de risque pour la prévention de l'expansion de l'épidémie. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au total 6342 malades atteints de cholera ont été soignés gratuitement dans les différents centres de traitement de cholera dont 2323 dans la province de Bandundu, 974 dans la ville de Kinshasa et 3045 dans la province de l'Equateur. Egalement 20 structures linéaires appuyées pour la prise en charge des cas dans la ville de Kinshasa, 10 structures sanitaires pour la province du Bandundu et 16 structures sanitaires pour la province de l'Equateur. ▪ 46 structures de santé ont bénéficié d'un renforcement des capacités sur les 30 prévues, dont 20 structures linéaires appuyées pour la prise en charge des cas dans la ville de Kinshasa, 10 structures sanitaires pour la province du Bandundu et 16 structures sanitaires pour la province de l'Equateur ; ▪ 702 prestataires des soins de santé ont été formés dans la prise en charge des malades atteints de choléra ; ▪ 10 Kits choléra ont été prépensionnés à Kinshasa, cinq dans la province du Bandundu et 10 dans la province de l'Equateur. Ces kits ont été utilisés pur la prise en charge des cas. ▪ 12 missions de supervisions des activités dans les CTC / UTC réalisées dans la province de Kinshasa(5) et Bandundu(7), pendant lesquelles les capacités des prestataires de soins ont été renforcées en continue. ▪ Un appui financier a été donné dans le transport et l'acheminement des intrants vers les zones de santé en province Bandundu et de l'Equateur. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plus de 5000 guides de l'OMS sur la prise en charge du choléra ont été distribués au personnel de santé et aux partenaires des ONGs. ▪ Des crédits de communication et modem pour Internet ont été rendu disponibles dans 15 zones touchées par le choléra en Equateur (7), Bandundu (3) et Kinshasa (5), pour faciliter la transmission rapide des données pour une action de riposte. 	<p>L'OMS est aux côtés des partenaires ONG et du ministère dans le cadre de l'appui technique. Les réunions régulières qui sont organisées avec les partenaires de mise en œuvre ont permis de suivre et évaluer l'évolution du projet.</p> <p>La coordination des activités dans une zone de santé est assurée au sein du BCZS (Bureau central de la zone de santé) qui bénéficie de l'appui technique de l'OMS dans la surveillance épidémiologique, la prise en charge des malades et la sensibilisation des communautés. Ainsi tout malade identifié selon la définition de cas mise en place et pris en charge dans les centres de traitement de choléra ou dans la communauté est comptabilisé et fait partie des bénéficiaires directs du projet.</p>

ANEXE 2. FINANCEMENTS DU CERF VERSÉS AUX PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE – ONG NATIONALES ET INTERNATIONALES ET PARTENAIRES GOUVERNEMENTAUX

CODE DU PROJET CERF	GROUPE SECTORIEL/ SECTEUR	AGENCE	NOM DU PARTENAIRE DE MISE EN OEUVRE	TYPE DE PARTENAIRE	TOTAL DES FONDS DU CERF VERSÉS AU PARTENAIRE \$US	DATE DU PREMIER VERSEMENT	DATE À LAQUELLE LE PARTENAIRE DÉBUTE LES ACTIVITÉS FINANÇÉES PAR LE CERS	Commentaires/ Remarques
	Santé, Eau et Assainissement	UNICEF	COOPI	ONGI	521 608	23/08/11	08/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	ALIMA	ONGI	253 936	30/08/11	08/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Medecins D'Afrique	ONGI	164 569	31/08/11	08/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Handicap International Belgique	ONGI	11 550	14/09/11	08/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	OXFAM GB	ONGI	573 472	19/09/11	08/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Solidarites International RDC	ONGN	536 247	14/09/11	08/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	EJCSK (Eglise de Jesus Christ Sur Terre Pour Simon Kimbangu)	Autres	15 000	29/11/11	12/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Vie Sacree ASBL Mbandaka/Equateur	Autres	15 046	30/09/11	10/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	ECC Peasit - Programme Evangelique anti-SIDA	Autres	18 877	07/10/11	10/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Groupe d'action Pour la Promotion de la Femme	Autres	19 889	30/09/11	10/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Soutien et Action Pour le Developpment	Autres	18 598	07/10/11	10/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Caritas Congo - Province Ecclesiastique de Mbandaka	Autres	18 720	18/10/11	10/2011	

	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	APEE - Action Pour la Protection et l'Encadrement de l'Enfant.	Autres	12 045	21/10/11	10/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Protegeons la Vie Humaine Mbandaka	Autres	8 636	30/09/11	10/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Secretariat Generale a la Sante	Gouvernement	31 400	08/11/11	11/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Ministere de la Sante, PEV/LMTE	Gouvernement	6 190	19/08/11	09/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Pronanut Equateur	Gouvernement	18 568	19/08/11	09/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Secretariat Generale / Presse et Information	Gouvernement	50 684	23/08/11, 09/11/11	09/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Division Urbaine Provinciale du Plan/Kinshasa	Gouvernement	23 983	17/10/11	10/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Division Provinciale Communication et Medias - Bandundu	Gouvernement	22 850	04/11/11	11/2011	
	Santé Eau et Assainissement	UNICEF	Coordination Provinciale PNLs/Equateur	Gouvernement	28 786	19/11/11	11/2011	
	Santé Surveillance et Prise en charge des malades	OMS	CRS	ONGI	84 000	16/08/2011	11/2011	
	Santé Surveillance et Prise en charge des mmalades	OMS	CESVI	ONGI	100 000	12/08/2011	01/2012	
	Santé Surveillance et Prise en charge des mmalades	OMS	Caritas Allemagne	ONGI	126 000	10/08/2011	01/2012	
	Santé Surveillance et Prise en charge des mmalades	OMS	Division Provinciale de la santé	Gouvernement	200 000	30/07/2011	01/2012	
TOTAL					2 880 654 ⁴			

⁴ Pour plusieurs projets, les coûts étaient légèrement supérieurs que ce qui avait été prévu en raison de problèmes d'accès

ANNEXE 3 : ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS (par ordre alphabétique)

Alima	Alliance for International Medical Action
APEE	Action pour la protection et l'encadrement de l'enfant
Cesvi	Cooperazione e sviluppo
COOPI	Cooperazione Internazionale
CRS	Catholic Relief Services
EJESK	Eglise de Jesus Christ sur Terre pour Simon Kimbangu