Étude de cas sur la région du Nord-Ouest du Cameroun : campagne de distribution massive de moustiquaires dans un contexte d'insécurité pendant la pandémie de Covid-19

Facteurs clés propices à la poursuite de la campagne de distribution massive de moustiquaires pendant la pandémie de Covid-19, dans un environnement opérationnel complexe :

- **Engagement politique fort** du ministère de la Santé, du Gouverneur de la région du Nord-Ouest, des partenaires nationaux, des responsables médicaux de district et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial).
- **Rôle du comité de coordination régionale** pour faciliter la communication et la coordination de la campagne, y compris la résolution de problèmes imprévus.
- **Organisation de réunions de sensibilisation** avec de nouvelles parties prenantes au niveau communautaire (district et zone sanitaire) afin d'encourager les contributions à la planification et la mobilisation pour la mise en œuvre des activités.
- **Bonne connaissance, chez les populations cibles, de la gravité du problème du paludisme** et de la nécessité d'utiliser des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) à des fins de prévention ; les communautés étaient volontaires pour apporter une assistance à la distribution si nécessaire, afin de s'assurer de recevoir des MII.
- **Présence d'organisations non gouvernementales (ONG)** menant des activités humanitaires dans la région et pouvant contribuer à évaluer la faisabilité de la mise en œuvre de la campagne dans le contexte actuel. Des ONG ont été contactées et un suivi a été assuré pour évaluer la réceptivité des groupes armés non étatiques aux interventions dans les communautés. Le plan d'urgence a été élaboré au moyen d'un processus consultatif auquel ont participé les responsables médicaux de district et les autorités administratives, en tenant compte du rapport du groupe sectoriel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les activités humanitaires.
- **La présence de réseaux actifs d'agents de santé communautaires,** qui avaient déjà la confiance des membres des communautés, dans un grand nombre de zones ciblées pour faciliter l'accès lors de la distribution de MII.
- **La capacité des communautés de s'organiser** pour tous les aspects de la distribution de MII grâce à l'établissement de structures de dialogue (entre personnel de santé et membres des communautés), alors que de nombreux centres de santé étaient fermés.
- **L'engagement des intervenants de la campagne** et l'acceptation de la distribution de MII par la population. Le personnel de la campagne était volontaire pour faire des jours de travail supplémentaires, y compris pendant les vacances de Noël, ainsi que pour se rendre dans des villes mortes qu'une grande partie de la population avait quittées en raison de l'insécurité. Le versement des rançons demandées par des groupes armés non étatiques dans certaines communautés a été réalisé sans aucune aide des donateurs. Les responsables médicaux de district ont apporté un soutien aux négociations concernant l'accès aux communautés, pour

Public

s'assurer que le matériel de la campagne arrive à destination dans les zones où les sociétés de transport engagées ne parvenaient pas à réaliser les livraisons.

- **Un degré de souplesse permettant d'adapter la stratégie de distribution prévue** — qu'il s'agisse de distribution en porte-à-porte ou de distribution « éclair » (voir ci-après) — en fonction des réalités de la situation sur le terrain.
- **L'exécution stratégique de la distribution** par le personnel de chaque zone sanitaire, notamment en commençant par distribuer des MII aux groupes armés non étatiques pour obtenir leur soutien.
- **Une approche participative dans toutes les communautés**, avec notamment l'intégration des groupes armés non étatiques dans la campagne dans la plupart des zones. Cela a contribué à l'adhésion de groupes qui auraient autrement pu créer des problèmes pour la campagne, ainsi que pour le personnel y participant.
- **L'adaptation au contexte des critères de recrutement du personnel de la campagne**, notamment l'emploi de plus de femmes que d'hommes sur le terrain, car les femmes couraient moins de risques d'être enlevées par des groupes armés non étatiques ou harcelées par l'armée nationale en cas de soupçons.
- **L'utilisation limitée des communications à grande échelle**, par exemple pour le lancement public de la campagne, et la prise de précautions dans l'utilisation de mégaphones. Le bouche-à-oreille et les églises étaient les principaux modes de communication utilisés, ainsi que les radios communautaires lorsqu'il en existait. Toute communication liée à la campagne se faisait en anglais ou dans une langue locale (le français n'a pas été utilisé).
- **Supervision à distance et sur place à tous les niveaux**
- **Suivi et évaluation rigoureux**

Réalisations

- Distribution de 1 026 101 moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) sur les 1 162 050 reçues, fournies à 1 797 112 habitants de l'ensemble des 243 zones sanitaires — dont 104 130 étaient des personnes déplacées à l'intérieur du pays ou vivant chez des membres de leur famille dans des zones plus sûres.
- Mobilisation de dirigeants et de personnes d'influence dans près de 300 communautés, qui ont identifié des itinéraires de transport alternatifs aux routes bloquées par les groupes armés non étatiques, et qui ont transporté les MII à faible coût jusqu'à des villages difficiles d'accès.
- Dans certains villages, en raison de la présence de groupes armés non étatiques et de l'armée, mobilisation de femmes pour transporter les MII, étant donné que les hommes risquaient davantage d'être les cibles d'enlèvements ou d'arrestations par l'armée.
- Sensibilisation des communautés, y compris les groupes armés non étatiques, ce qui a permis les déplacements des équipes et le transport des MII, et donné accès à toutes les communautés ciblées dans les 243 zones sanitaires.
- Achat par Plan International au niveau local d'environ un million de masques et d'une grande quantité de gel antibactérien pour les acteurs de la campagne, afin que celle-ci se déroule dans le respect des mesures de prévention du Covid-19 préconisées par l'OMS.
- Grâce au précieux soutien du système de gestion des incidents liés au Covid-19 dans la région, sensibilisation des groupes armés non étatiques au fait que le Covid-19 représente une menace pour la population et négociation du retour des équipements de protection individuelle saisis afin qu'ils puissent être utilisés pour la campagne de distribution de MII et dans les hôpitaux.

Public

- Mise en place de comptes d'argent mobile pour la plupart des intervenants, dont beaucoup ne possédaient pas de téléphone en raison de la couverture limitée des réseaux de télécommunication mobile. Environ 40 % de la population n'a pas accès à ces réseaux.

Lancement de la campagne dans le district sanitaire de Bamenda. Superviseur du niveau central avec deux équipes de distribution et superviseur de proximité (équipes de porte-à-porte) dans la zone sanitaire de Nkwen Baptist.
© Programme national de lutte contre le paludisme, Cameroun

Contexte national

Le Cameroun, concerné par l'approche « D'une charge élevée à un fort impact » définie par l'OMS[1], compte 3 % des cas de paludisme recensés parmi les 11 pays les plus touchés par cette maladie. La campagne de distribution de MII en cours au Cameroun, cofinancée par le Fonds mondial et le Gouvernement du Cameroun, vise à distribuer gratuitement 14 867 748 MII au total dans les dix régions du pays. Le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Cameroun avait initialement prévu une campagne en trois étapes débutant en juin 2019 et se terminant en 2020. La campagne a finalement été mise en œuvre en plus d'étapes que prévu, et deux régions (Sud-Ouest et Centre) ne recevront pas de moustiquaires avant 2021 en raison des retards pris dans l'approvisionnement. La région du Nord-Ouest s'est vu attribuer 1 162 050 moustiquaires pour couvrir la population estimée, et la campagne devait à l'origine se dérouler en décembre 2019. Les retards accusés dans la mise en œuvre de la campagne jusqu'à 2020 étaient en grande partie liés à la crise sociopolitique.

La région du Nord-Ouest est l'une des deux régions anglophones du Cameroun, comptant une population totale de 2 213 984 personnes sur une superficie de 17 500 kilomètres carrés. Le système de santé de la région est organisé en 19 districts sanitaires divisés en 243 zones sanitaires et 416 établissements de santé. Sur les 19 districts sanitaires, 9 mènent des interventions communautaires

[1] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311506/WHO-CDS-GMP-2018.25-fre.pdf

Public

par le biais de 597 agents de santé communautaire formés, financés par le Fonds mondial, qui fournissent un ensemble de services complet à la population, notamment, mais pas uniquement, des services de diagnostic et de traitement du paludisme, ainsi que de communication sur le changement social et de comportement (CSC) en lien avec la maladie. En outre, plus de 1 000 agents de santé communautaire travaillent sous la houlette de différentes organisations, en particulier le projet de financement fondé sur les résultats dans tous les autres districts sanitaires.

Dans la région du Nord-Ouest, le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité, et cette situation a été exacerbée par le contexte sociopolitique. Entre 2014 et 2018, le nombre d'hospitalisations dues au paludisme a presque doublé, augmentant de 85 % ; par ailleurs, le taux de morbidité (tant légère que sévère) s'est accru de 26 %. Sur la même période, le taux de mortalité a diminué de 35 % grâce à l'amélioration de la gestion des cas. Les enfants de moins de cinq ans restent les plus touchés (leur taux de mortalité à l'hôpital est de 20,8 %). Le Gouvernement du Cameroun et ses partenaires techniques et financiers ne ménagent aucun effort ni aucune ressource pour lutter contre le paludisme dans la région. Si la pandémie de Covid-19 a renforcé la collaboration entre tous les partenaires dans la région du Nord-Ouest, cette crise, en conjonction à l'insécurité, a obligé l'Alliance pour la prévention du paludisme (APP) à fournir l'assistance technique pour la campagne uniquement à distance, ce qui n'était pas le cas par le passé.

Dans la région du Nord-Ouest, à la mi-juillet 2020, 610 cas de Covid-19 avaient été enregistrés (97 cas au sein du personnel de santé) et 61 décès signalés, dont trois au sein du personnel de santé (Délégation régionale de la santé publique du Nord-Ouest). Treize districts sur 19 avaient fait état d'au moins un cas de Covid-19. Les districts sanitaires de Bamenda, Fundong, Kumbe Est, Bafut, Santa et Tubah étaient les plus touchés. Pour limiter la propagation du Covid-19, le Gouvernement du Cameroun a décidé de mettre en place les mesures recommandées par l'OMS, y compris la distanciation physique, le dépistage massif des cas suspectés, le confinement des cas confirmés, etc.

Le conflit armé qui oppose les groupes armés non étatiques et l'armée nationale depuis 2017 a provoqué le déplacement de 670 000 personnes à l'intérieur du pays et de 58 000 réfugiés au Nigéria[2]. Bien qu'un grand nombre de familles aient fui et déserté certaines zones sanitaires, il reste encore des habitants dans tous les districts. Selon le Délégué régional de la santé publique du Nord-Ouest, environ 25 établissements de santé sur 416 ont été détruits et bien d'autres ont été désertés par le personnel de santé. La plupart de ces zones reçoivent le soutien d'agents de santé communautaires ainsi que d'ONG humanitaires, qui fournissent quelques services essentiels à la population.

STRATÉGIE POUR LA DISTRIBUTION DE MII DANS LA RÉGION NORD-OUEST

Macro-planification

Deux stratégies avaient été identifiées pour la distribution de MII dans la région du Nord-Ouest avant le début de la pandémie de Covid-19 — la distribution « éclair » à des points fixes, et la distribution en porte-à-porte — en fonction du contexte sécuritaire de la zone. Pour chaque zone sanitaire, la stratégie adaptée a été choisie lors des réunions de sensibilisation organisées dans chaque zone en fonction de critères prédéfinis.

[2] Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, août 2020.

Public

La stratégie de distribution « éclair » consiste à recenser les ménages et à leur demander de se rendre immédiatement (le lendemain) à des points de distribution fixes[3] pour récupérer leurs moustiquaires. Cette stratégie a été adoptée dans les zones où les habitations étaient éloignées les unes des autres, ainsi que dans celles où le niveau d'insécurité était indiqué comme très élevé lors des réunions de sensibilisation. La stratégie a permis de limiter le nombre de personnes qui se rendaient aux points de distribution à 50 par jour, afin qu'elles soient servies immédiatement.

La stratégie de distribution en porte-à-porte consiste à combiner le recensement et la distribution des MII dans le cadre d'une seule visite. Cette stratégie limite l'exposition des ménages et des équipes au Covid-19.

Les mesures permettant d'appliquer ces stratégies dans un tel contexte d'insécurité étaient semblables aux mesures à prendre au début de la pandémie de Covid-19 (par exemple, limiter les regroupements de personnes et assurer la distanciation physique, réduire les contacts avec les ménages, faire parvenir les MII aux ménages le plus rapidement possible pour améliorer l'efficacité de la prévention du paludisme), mais la stratégie globale pour la région a tout de même dû être adaptée pour tenir compte des recommandations et lignes directrices de l'OMS, afin d'assurer la continuité de la lutte contre le paludisme dans un contexte de pandémie.

Les deux stratégies ont été expliquées à l'étape de macro-planification, mais leur application sur le terrain n'a pas été bien comprise, en particulier en ce qui concerne la charge de travail et le réapprovisionnement des équipes, car le porte-à-porte était une stratégie nouvelle dans la région. Pendant la mise en œuvre, des modifications ont été nécessaires en raison des longues distances à parcourir au sein de la région : pour certaines zones sanitaires, le porte-à-porte a été remplacé par la distribution « éclair », et vice-versa, à mesure que des solutions aux problèmes étaient identifiées au cours de la mise en œuvre.

La principale difficulté de l'étape de macro-planification était d'estimer le pourcentage de la population encore présent dans les villages et le pourcentage de personnes déplacées, compte tenu de la faible qualité des données fournies par les autorités administratives. Étant donné le caractère imprévisible du contexte d'insécurité actuel, la décision prise a été de s'appuyer sur les données démographiques telles qu'elles auraient été avant le conflit et de se préparer à modifier les chiffres pendant la campagne en fonction des déplacements de population. Comme il était difficile de savoir exactement combien de MII seraient nécessaires, et pour éviter tout problème de surplus, une part des MII disponibles a été mise à disposition de chaque zone sanitaire en fonction du nombre estimé de personnes déplacées. Cette part variait d'une zone sanitaire à l'autre, et les MII conservées étaient stockées au niveau du district (au Service de santé du district) pour être déployées dans les zones sanitaires selon les besoins.

Modalités de coordination et de mise en œuvre

En raison des nombreux défis à relever sur le terrain, une coordination solide était nécessaire dans tous les aspects de la campagne. La coordination de la campagne nationale relève toujours de la responsabilité du Comité de coordination nationale présidé par le ministre de la Santé publique. Des réunions de coordination ont eu lieu avec le comité national de gestion de la lutte contre la pandémie de Covid-19 avant la prise de décisions et la détermination des modalités les plus sûres et les plus adaptées pour le déroulement de la campagne.

[3] Les points de distribution « fixes » pouvaient être déplacés rapidement d'un quartier à l'autre en fonction du niveau d'insécurité.

Public

Un comité de coordination régionale a été établi dès les premières étapes afin de permettre la participation des acteurs régionaux ainsi que des autorités religieuses, municipales et administratives à la prise de décisions concernant la stratégie de la campagne, ainsi qu'au suivi de la mise en œuvre. Présidé par le Gouverneur de la région du Nord-Ouest, ce comité est composé des sept responsables administratifs de la région, ainsi que de membres du personnel technique et militaire, d'autorités traditionnelles et religieuses, de partenaires de mise en œuvre (Programme alimentaire mondial (PAM), ONG, etc.) et de représentants d'autres secteurs (éducation, communication, etc.) qui jouent un rôle actif dans les communautés concernées. Des réunions de sensibilisation ont été organisées au niveau régional pour favoriser une forte participation des principales parties prenantes dans la région. Ces réunions ont été plus fréquentes que dans les régions du pays ciblées pour la distribution de MII où ne se posaient pas de problèmes de sécurité.

La campagne a été dirigée par la Délégation régionale de la santé publique du Nord-Ouest. Le principal partenaire de la campagne était le PAM, qui était responsable du stockage et du transport des MII jusqu'à chaque zone sanitaire. À compter du début de la pandémie de Covid-19, le PAM était aussi responsable du stockage et du transport des équipements de protection individuelle achetés pour la campagne jusqu'à chaque zone sanitaire. Le PAM a engagé ses prestataires habituels dans la région pour mettre en œuvre les opérations de transport.

Des réunions de sensibilisation ont eu lieu au niveau des districts et des zones sanitaires au début de la planification de la campagne pour garantir l'adhésion et le soutien de toutes les parties prenantes, y compris les groupes armés non étatiques. Le ministère de la Santé du Cameroun a établi des « structures de dialogue » pour permettre la participation des communautés (plateformes de collaboration entre le personnel de santé et les représentants communautaires). Depuis le début de la crise dans la région du Nord-Ouest, ces structures de dialogue ont été perturbées, et les réunions de sensibilisation organisées à chaque étape cruciale de la campagne étaient essentielles pour maintenir le dialogue entre le personnel de santé et les communautés. Elles ont aussi servi de mécanismes de coordination, en rassemblant les dirigeants et les personnes d'influence au niveau des districts et des communautés.

Des groupes WhatsApp ont été créés pour améliorer la coordination pendant la mise en œuvre, mais certaines zones ne bénéficient pas d'une couverture réseau suffisante pour recevoir les informations en temps réel.

Micro-planification

Le conflit armé dans la région du Nord-Ouest est virulent, et a provoqué des mouvements de population hors des villages. La pandémie de Covid-19, en revanche, a eu l'effet inverse : certaines populations sont retournées à leur village en raison de la forte prévalence du Covid-19 dans les plus grandes villes. Dans des circonstances normales, la micro-planification rassemble le responsable médical du district, le responsable du bureau sanitaire et le président du comité sanitaire du district (structure de dialogue au niveau du district). En raison de l'urgence humanitaire, des ateliers de micro-planification ont été prévus pour rassembler les acteurs de la zone sanitaire au siège régional afin d'établir un micro-plan objectif qui tienne compte des profondes modifications causées par la crise dans les différentes communautés.

Dans l'idéal, ce plan aurait nécessité plusieurs séances de formation, mais en raison de la pandémie de Covid-19, le nombre de personnes présentes a dû être restreint. Au vu des contraintes temporelles, il a fallu opter pour l'approche de micro-planification ci-dessus (équipes de district uniquement). Cela a créé

Public

des difficultés, car le personnel de santé de chaque district a une connaissance peu détaillée des communautés qui le composent. Pour combler les lacunes dans les connaissances à l'échelle des districts, un questionnaire a été envoyé aux zones sanitaires et des informations essentielles sur les communautés, notamment en ce qui concerne l'accès et la sécurité, ont été fournies par le personnel de santé et les parties prenantes de la communauté lors des réunions de sensibilisation. Ces informations ont été mises à la disposition des équipes des districts pour s'assurer que la micro-planification corresponde le plus possible aux réalités du terrain. Toutes les informations recueillies pendant la micro-planification et les réunions de sensibilisation ont été compilées et partagées avec le PAM pour organiser le transport de matériel aux différentes zones sanitaires.

La micro-planification devait tenir compte des différentes stratégies de distribution, identifier les itinéraires de transport et emplacements de stockage sûrs, et, en particulier, déterminer les sites de pré-positionnement finaux des MII.

Pendant l'examen et la mise au point des micro-plans, le nombre de personnes à chaque point de distribution fixe a été réduit à deux au lieu de trois, en raison des contraintes budgétaires. Avec la stratégie de distribution « éclair », ce changement n'a pas eu d'incidence sur la gestion des points de distribution, car ils accueillaient peu de personnes à la fois grâce au système de collecte immédiatement après le recensement.

Conformément aux enseignements tirés de l'étape 2 de distribution dans la région du Littoral et en raison du contexte du Covid-19, un plus grand nombre d'intervenants a été prévu dans les micro-plans finaux (3 % de plus) au cas où les personnes censées participer s'avéreraient positives au Covid-19 et devraient être remplacées. Un dépistage à grande échelle au sein de la population est prévu dans le cadre du plan national de lutte contre le Covid-19. Ce dispositif existant a été utilisé pour dépister les membres des équipes de la campagne de distribution de MII à tous les niveaux. Les résultats de toutes les zones sanitaires n'ont pas encore été compilés.

District sanitaire de Kumbo Est : le représentant d'un ménage reçoit des moustiquaires dans le strict respect des mesures de protection contre le Covid-19 à un point de distribution.
© Programme national de lutte contre le paludisme, Cameroun

Public

Achats
L'achat de MII et d'autres équipements a été réalisé grâce au mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial avant le début de la pandémie de Covid-19. Plan International a assuré l'achat d'environ un million de masques au niveau local, ainsi que de gel antibactérien et d'équipements de lavage des mains pour garantir la protection des représentants des ménages et du personnel de la campagne.

Logistique
La logistique était difficile en raison de l'environnement opérationnel complexe causé par l'insécurité et la pandémie de Covid-19, ainsi que des modifications qui devaient par conséquent être apportées à la stratégie sur le terrain. La campagne de distribution de MII dans la région du Nord-Ouest a nécessité une planification logistique considérable pour transporter 1 162 050 MII jusqu'aux 19 districts et 243 zones sanitaires de la région. Les opérations logistiques ont été confiées au PAM, puis sous-traitées à ses ONG partenaires Caritas, SHUMAS et COMINSUD. La livraison incluait le transport d'articles non alimentaires depuis des entrepôts du PAM, notamment des MII, des équipements de protection individuelle, et du matériel didactique et relatif au CSC. Comme le PAM n'était pas présent dans la plupart des districts avant la campagne, et comme certaines communautés étaient très isolées, ce sont dans certains cas les communautés qui ont organisé leur propre transport à l'échelle locale et été rémunérées par le PAM en contrepartie.

Après leur livraison par le PAM aux entrepôts des zones sanitaires, les MII ont ensuite été réparties entre les lieux de stockage prédéfinis dans les villages (chez des chefs de village), qui ont servi de points de distribution pour la stratégie de distribution « éclair » et de points de réapprovisionnement pour la distribution en porte-à-porte. Dans le cas de la stratégie de distribution « éclair », les représentants des ménages recensés le jour précédent venaient aux points de distribution pour récupérer leurs MII. Pour la stratégie de distribution en porte-à-porte, un agent de livraison disposant d'un moyen de transport (comme une motocyclette) a été engagé pour apporter les MII aux équipes de distribution depuis le point de réapprovisionnement. Dans certaines zones, la stratégie a été modifiée pour passer à la distribution « éclair », en particulier dans les régions vallonnées où les habitations des éleveurs de vaches sont éloignées les unes des autres.

District sanitaire de Batibo : une membre de la communauté de Olorunti (femme) porte une balle de moustiquaires pour traverser le pont suspendu vers Olorunti (participation communautaire importante).
© Programme national de lutte contre le paludisme, Cameroun

Public

Dans les districts où le niveau d'insécurité était considéré comme faible ou modéré, les MII ont été prépositionnées plus près des ménages pour faciliter la stratégie du porte-à-porte (avec attribution d'un nombre fixe de MII par ménage, ou en fonction du nombre de personnes par ménage, selon l'approche adoptée). Dans les districts à risque élevé, la stratégie de distribution « éclair » a été utilisée, avec des points de distribution fixes et un approvisionnement en MII fondé sur le comptage des habitants réalisé le jour précédent.

Formation

Les formations ont été adaptées pour tenir compte à la fois du contexte d'insécurité et du Covid-19. La formation des membres des équipes de gestion sanitaire régionales et des districts s'est déroulée sur deux jours au siège régional. La formation des superviseurs des zones sanitaires a été organisée sur une journée au siège du district. La formation des équipes de recensement et de distribution ainsi que de leurs superviseurs de proximité (superviseurs communautaires de première ligne) a eu lieu sous forme de séances d'une demi-journée, durant chacune quatre heures, avec un maximum de 14 participants et un facilitateur, afin de respecter les mesures de distanciation physique et les limites de taille des groupes définies par le gouvernement en vue de prévenir la contamination au Covid-19. Pour les zones comptant plus de 14 participants, deux séances ou plus ont été organisées en fonction des besoins. En raison des problèmes d'insécurité, il n'a pas été possible de rassembler au niveau des districts les équipes de plusieurs petites zones sanitaires, et tous les intervenants ont été formés au sein de la zone sanitaire ou de la communauté où ils allaient travailler. Il a donc fallu organiser un plus grand nombre de séances pour former le personnel. Le budget a dû être augmenté, car les formations étaient organisées dans chaque zone sanitaire, au lieu de rassembler les équipes au niveau des districts.

Les supports de formation ont dû être traduits du français à l'anglais au niveau local, en raison des retards pris au niveau national. L'usage du dialecte local et de l'anglais était obligatoire : l'usage du français aurait perturbé les formations, et donc la campagne, car les membres de groupes armés non étatiques participant aux formations auraient détruit les documents. Toutes les affiches ont été produites spécifiquement pour la région du Nord-Ouest en anglais et sans logos officiels.

En raison des problèmes de sécurité avec les groupes armés non étatiques, il y a eu un décalage de près d'un mois entre la formation du personnel au niveau des districts et celle des intervenants des zones sanitaires. À cause de ce décalage, les équipes ont oublié ce qu'elles avaient appris et la qualité de la formation dans les zones sanitaires s'en est ressentie. Afin de pallier cette faiblesse, le soutien fourni à distance aux responsables médicaux de district a été renforcé avec la mise en place d'une centrale d'appels pour recevoir leurs questions et y répondre en temps réel. En outre, une supervision a été assurée sur le terrain dans les zones où le niveau d'insécurité était modéré. Cela a permis aux superviseurs de corriger les erreurs observées sur le terrain.

Communication pour le changement social et de comportement

Des réunions de sensibilisation ont été organisées à tous les niveaux. Dans les zones sanitaires, elles ont servi de mécanisme pour recueillir des informations sur la situation locale et pour étayer la planification des activités de la campagne, ainsi que la structure de coordination. Ces réunions ont joué un rôle important pour vérifier que toutes et tous comprennent les stratégies adoptées, contribuent à la planification détaillée de la mise en œuvre des activités, et comprennent leurs rôles et responsabilités pour que la campagne se déroule en toute sécurité, conformément aux mesures de prévention de la contamination au Covid-19.

Public

Des plans de CSC ont été mis au point tant pour la stratégie du porte-à-porte que pour la stratégie de distribution « éclair ». Dans les zones au niveau d'insécurité élevé, les principaux messages communiqués tenaient compte des risques de rejet par les communautés, comme indiqué dans les plans d'urgence de la campagne pour la région du Nord-Ouest. Par exemple, le nom du ministère de la Santé publique a été volontairement omis pour maintenir la neutralité des messages et mettre l'accent sur le caractère humanitaire de la campagne, ainsi que pour faciliter l'appropriation de la campagne par les communautés et l'accès aux MII ainsi que leur utilisation pour améliorer la prévention du paludisme dans la région.

Des radios communautaires ont été en grande partie utilisées à la place des médias étatiques. Les radios communautaires diffusaient les messages dans la langue vernaculaire plutôt qu'en anglais ou en français. Des crieurs publics ont été employés dans les zones non couvertes par les réseaux de communication. Les églises ont également diffusé des messages, et les communautés ont affirmé que ce canal de communication était efficace. Des rumeurs ont été détectées dans un seul district, mais elles étaient de nature politique et ont été dissipées grâce aux réunions de sensibilisation.

Des crieurs publics utilisent des mégaphones pour inciter à la mobilisation sociale sur une place de marché à Kumbo West
© Programme national de lutte contre le paludisme, Cameroun

Les équipes chargées du recensement et de la distribution (stratégies « éclair » et porte-à-porte) ont été formées au sujet des principaux messages concernant l'accrochage et l'utilisation des MII à communiquer aux ménages pendant les visites, ainsi qu'aux points de distribution.

Recensement et distribution de MII

Comme décrit ci-dessus, deux stratégies ont été mises en œuvre dans la région du Nord-Ouest : des points fixes de distribution « éclair » et des distributions en porte-à-porte. Dans la région du Littoral, où la campagne s'est terminée avant le début de celle de la région du Nord-Ouest, le recensement des ménages en porte-à-porte avait déjà été réalisé conformément à la stratégie des deux étapes distinctes

Public

lorsque la pandémie de Covid-19 a atteint le Cameroun. La distribution dans la région du Littoral a ensuite dû être adaptée à une approche en porte-à-porte pour appliquer les mesures de prévention de la contamination au Covid-19. Dans la région du Nord-Ouest, la stratégie de distribution en porte-à-porte s'est révélée plus adaptée à la prévention de la contamination au Covid-19 qu'à la situation sécuritaire, ce qui a fait que seules 80 zones sanitaires sur les 243 ont pu recourir à cette stratégie.

Pour la stratégie de distribution « éclair », le recensement a été réalisé dans une zone à la fois et il a été demandé aux ménages de récupérer leurs MII le lendemain (à des points de distribution fixes temporaires). Les messages de CSC ont insisté sur l'importance de se rendre au point de distribution le jour suivant pour limiter le nombre de personnes accueillies aux points de distribution chaque jour, conformément aux mesures de prévention et de contrôle de la contamination au Covid-19. Les ménages recensés devaient se rendre au point de distribution le jour suivant. Le recensement et la distribution étaient chacun réalisés par une équipe de deux personnes sur une période de cinq jours.

La campagne dans la région du Nord-Ouest n'a pas au recours à des bons, afin de limiter les contacts entre le personnel de la campagne et les représentants des ménages. Le recensement des ménages n'a pas été fait au moyen de registres comme cela avait été le cas à d'autres étapes de la campagne avant l'arrivée du Covid-19. Les points de distribution fixes n'étaient pas statiques, mais étaient déplacés chaque jour pour être au plus près des populations concernées. Pendant le recensement, les représentants des ménages recevaient un code d'identification à écrire, mémoriser et répéter au point de distribution, tout en présentant une pièce d'identité. Au lieu des registres, des formulaires de recensement et de distribution ont été utilisés. Ces formulaires étaient utilisés par l'équipe de recensement pour compter le nombre de personnes dans chaque ménage, et étaient transmis à la fin de la journée à l'équipe de distribution par le superviseur de proximité. Les équipes de recensement se servaient chaque jour d'un nouveau formulaire. Les équipes de distribution utilisaient le formulaire qui avait été établi par l'équipe de recensement du jour précédent pour donner les MII aux représentants des ménages. Cette approche a permis de fortement limiter le nombre de personnes se rendant au point de distribution chaque jour. Cependant, la stratégie de distribution « éclair » nécessitait la participation d'un trop grand nombre d'intervenants, ce qui créait des difficultés pour recruter des membres du personnel disposant d'un compte d'argent mobile.

La stratégie du porte-à-porte prévoyait des équipes de deux personnes transportant chacune 25 MII dans des sacs fournis pour la campagne. Le comptage (recensement des ménages) et la distribution de MII étaient réalisés simultanément, et chaque ménage n'interagissait donc qu'une seule fois avec le personnel de la campagne. Les équipes de porte-à-porte étaient réapprovisionnées en MII par un agent de livraison lorsque des MII supplémentaires étaient nécessaires. Un agent de livraison desservait trois équipes en milieu rural et cinq équipes en milieu urbain pendant les journées de distribution, en utilisant un moyen de transport approprié. Sur une période de six jours, les équipes de porte-à-porte devaient chaque jour rendre visite à 50 ménages dans les zones rurales, et à 60 ménages dans les zones urbaines.

Chaque stratégie adoptée était conforme aux mesures de prévention de la contamination au Covid-19 (éviter les grands rassemblements, distanciation physique, utilisation d'équipement de protection individuelle, etc.). En outre, les équipes de porte-à-porte devaient obligatoirement se laver les mains à l'eau et au savon ou utiliser du gel antibactérien après avoir rendu visite à cinq ménages. Le nombre de jours prévu pour la campagne (cinq jours pour la distribution « éclair » et six jours pour la distribution en porte-à-porte) a été estimé insuffisant. Il n'y avait pas suffisamment de temps pour retourner auprès des ménages qui n'avaient pas été servis, et des messages de CSC les informant qu'ils pouvaient se

Public

rendre dans les établissements de santé pour obtenir leurs MII ont été transmis par bouche-à-oreille et par les crieurs publics.

Il a été noté que dans le district sanitaire de Bamenda (siège régional du Nord-Ouest et district relativement sûr par rapport aux autres), il y a eu une rupture de stock de MII, et plusieurs ménages n'ont pas reçu de moustiquaires. Dans l'un des quartiers, les groupes armés non étatiques, l'un de leurs membres ayant été fusillé la veille, ont empêché la distribution des MII, alors que le recensement avait déjà été réalisé. Dans une autre zone sanitaire, certains ménages n'ont pas reçu de moustiquaires en raison de la courte durée de la campagne, tandis que dans une troisième, cela était dû en grande partie à la sous-estimation de la population. Les ruptures de stock de MII n'avaient pas été anticipées, car il n'y avait pas eu de comptage de la population avant la distribution pour déterminer quels étaient les besoins réels. Une campagne de « ratissage » a été organisée pendant trois jours pour achever la distribution, et des MII ont été récupérées dans un autre district pour combler les lacunes dans le district sanitaire de Bamenda.

Collecte de données

La collecte de données était l'une des principales difficultés rencontrées. Les retards dans la soumission des rapports étaient liés à la complexité du contexte sociopolitique actuel dans la région du Nord-Ouest, et à l'incapacité des superviseurs d'atteindre ou de quitter certaines zones. Le problème de l'absence de couverture réseau dans de nombreux districts a créé des difficultés pour l'utilisation de la plateforme DHIS2, et les données étaient incomplètes presque tous les jours.

Il a été décidé de réduire au minimum et de simplifier le nombre d'outils à utiliser sur le terrain, et de les rendre identiques pour les deux stratégies, afin que les formations soient claires et pour limiter les confusions pendant la mise en œuvre. En plus des formulaires de recensement et de distribution pour la stratégie de distribution « éclair », des formulaires de recensement ont aussi été utilisés pour la stratégie du porte-à-porte. Des feuilles de pointage ont été utilisées pour les deux stratégies et ont joué un rôle crucial dans la comptabilisation des MII, étant donné que le recensement ne constituait plus une étape à part entière des activités, et que l'utilisation des bons avait été abandonnée.

Rémunération

La plateforme d'argent mobile MTN a été utilisée pour la rémunération du personnel de la campagne. Les responsables médicaux de district ont pris les choses en main lorsque certains employés de la campagne n'avaient pas de compte d'argent mobile, en recueillant les informations nécessaires et en leur créant un compte pour qu'ils puissent être rémunérés. Cette prise d'initiative constitue un exemple clair du leadership exercé par le personnel sanitaire régional et des districts pour garantir la réussite de la campagne. Malgré certaines difficultés liées au fonctionnement du système d'argent mobile dans la région du Nord-Ouest, les intervenants de la campagne ont bien accepté l'utilisation de ce système, car le personnel était alors certain d'être rémunéré.

Le principal défi lié à la rémunération était l'absence de documents d'identité pour certains membres de groupes armés non étatiques qui participaient à la campagne. Des autorisations ont été obtenues auprès du donateur pour pouvoir appliquer des procédures plus souples permettant aux intervenants d'être rémunérés au niveau communautaire.

Supervision et suivi

En raison du conflit et des réalités sur le terrain en matière de sécurité du personnel de santé, un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont été engagées en tant que superviseurs, car elles sont plus

Public

en sécurité sur le terrain. Dans certaines régions, les hommes couraient le risque d'être kidnappés par des groupes armés non étatiques, ou d'être arrêtés ou détenus par l'armée. La campagne s'est appuyée sur des superviseurs communautaires de première ligne (superviseurs de proximité) qui avaient un bon accès aux communautés. Des dispositions ont été prises pour assurer une supervision à distance par téléphone, en utilisant des formulaires simplifiés, car l'éloignement limitait la présence des superviseurs régionaux dans toutes les zones sanitaires. La supervision était assurée davantage par la région que par le niveau central, car la majorité des superviseurs du niveau central sont francophones et leur accent, même s'ils parlent anglais, les expose à des risques. Les groupes armés non étatiques n'étaient pas prêts à tolérer des francophones dans la région.

Zone sanitaire de Bambili dans le district de Tubah : la secrétaire permanente du PNLP (Dr Achu en robe rouge) sur le terrain, supervisant un point de distribution pour vérifier le respect des mesures de protection contre le Covid-19.
© Programme national de lutte contre le paludisme, Cameroun

Sécurité

Pour éviter qu'un lien soit établi entre la campagne et le gouvernement, le PAM et tous les acteurs et parties prenantes ont décidé de supprimer des balles, formulaires et supports de formation tous les logos du ministère de la Santé publique et autres symboles associés au gouvernement. Des efforts intensifs de sensibilisation ont été menés auprès des groupes armés non étatiques pour faciliter le transport du matériel de la campagne (y compris les MII et les équipements de protection individuelle) ainsi que les déplacements du personnel. Des mises à jour en matière de sécurité étaient fournies régulièrement au cours de la mise en œuvre et, au besoin, les activités étaient suspendues en attendant une stabilisation du contexte sécuritaire. Les groupes armés non étatiques et les bataillons de l'armée ont été sensibilisés afin qu'ils acceptent les activités et collaborent avec la campagne, même s'il y a tout de même eu des cas de harcèlement de certains intervenants, et même de destruction de moustiquaires et de matériel.

La campagne a été menée à bien dans les 243 zones sanitaires de la région du Nord-Ouest. La dernière zone sanitaire à avoir fourni des données est celle qui a représenté le défi le plus important, car elle est très enclavée et héberge le siège de plusieurs groupes armés non étatiques. En outre, cette zone n'est pas couverte par les réseaux de téléphonie mobile, et des barrages routiers ont été mis en place pendant la crise. Les premières tentatives de transport de MII jusqu'à cette zone ont eu lieu pendant une période d'élections, et se sont soldées par la destruction de 12 balles de MII. Face aux difficultés d'accès à la zone, des efforts de sensibilisation intensifs ont été déployés, et l'autorisation de transport des MII a été obtenue. La mauvaise qualité du réseau de communication empêchait de réaliser un suivi quotidien, et la situation d'insécurité ne permettait une supervision qu'à distance.

Public

Activités post-distribution

La région du Nord-Ouest dispose d'un réseau de près de 1 000 agents de santé communautaire relevant de différentes organisations, qui sera mis à profit pour sensibiliser les habitants à l'utilisation des MII pendant leurs visites à domicile (suivi communautaire). Il est également prévu de communiquer grâce aux radios communautaires, et un documentaire a été réalisé pour souligner l'importance d'utiliser les MII efficacement.

Des moustiquaires étendues à l'ombre pour être aérées, comme recommandé par le programme et communiqué par les crieurs publics.
© Programme national de lutte contre le paludisme, Cameroun

Défis

- Des retards importants ont été pris dans la mise en œuvre de la campagne, ce qui a créé des difficultés en matière de rétention du personnel engagé ; il a donc été nécessaire de recruter et de former de nouvelles personnes juste avant la période de mise en œuvre. Le recrutement de personnel nouveau à la dernière minute a ensuite diminué l'efficacité du processus de rémunération.
- De lourdes contraintes budgétaires pesaient sur la campagne, car les stratégies adoptées nécessitaient des ressources importantes, et certaines lignes budgétaires ont donc connu des restrictions, notamment sur le plan de la durée de la campagne.
- L'insécurité dans la région du Nord-Ouest, s'ajoutant à la croyance chez certains groupes armés non étatiques et autres acteurs que le Covid-19 n'était pas un réel problème, ont entraîné un besoin de sensibilisation constante des parties prenantes à différents niveaux. Cela a également entraîné des retards, par exemple lorsque des groupes armés non étatiques ont saisi des masques et du gel antibactérien, obligeant les districts à utiliser les stocks existants pour la campagne en attendant de récupérer les équipements grâce aux efforts de sensibilisation.
- La coordination était un défi pour les opérations logistiques, compte tenu de la nécessité pour le PAM d'agir conformément à son mandat humanitaire. Initialement, le PAM, en raison de ses principes humanitaires d'impartialité et de neutralité, a restreint sa communication avec le système de santé local, ce qui a conduit à un manque de visibilité quant à ses activités, ainsi qu'à des difficultés pour la coordination et le transport des MII et autres équipements sur le terrain. Par ailleurs, le budget a dû être adapté pour tenir compte de la nécessité de mettre en œuvre la campagne en deux phases, en raison du retard pris par le PAM et ses partenaires dans l'approvisionnement en MII ainsi qu'en matériel de formation et de mise en œuvre. Le caractère imprévisible des activités du PAM a rendu la coordination difficile.

Public

- Pendant la micro-planification, il était difficile d'établir des données sur le nombre de personnes et de ménages à desservir, ainsi que le nombre de MII nécessaires, en raison des déplacements de population provoqués par le contexte d'insécurité. Pendant la mise en œuvre, des retards ont été entraînés par les restrictions des déplacements dans certaines zones à certains moments et des barrages routiers, combinés à l'insécurité. Dans ce contexte sécuritaire incertain, il était compliqué de comprendre les mouvements de population provoqués par le conflit et de déterminer la meilleure stratégie pour atteindre les personnes déplacées au sein du pays. L'imprévisibilité des déplacements des personnes a entraîné des ruptures de stock de MII à Bamenda et une augmentation des coûts pour résoudre le problème en distribuant des MII supplémentaires par la suite.
- Les procédures de sélection des prestataires de services dans le contexte de la crise étaient lourdes, car de nombreuses entreprises n'avaient pas suffisamment de liquidités pour répondre aux appels d'offres, ce qui limitait les offres disponibles pour les services requis et faisait augmenter les coûts.
- L'utilisation de la plateforme d'argent mobile MTN pour transférer les rémunérations a été accueillie favorablement par les intervenants de la campagne, car ils étaient ainsi certains de recevoir leur argent. Cependant, cela représentait également un défi, car la création d'un compte d'argent mobile nécessite une carte d'identité, ce dont beaucoup de membres du personnel de la campagne ne disposaient pas (pour des raisons de négligence, de déplacement interne, de destruction de leur logement, ou de saisie ou destruction de ces pièces d'identité par des groupes armés non étatiques). Les frais appliqués au retrait d'argent dans ces régions sont excessivement élevés.
- La justification des dépenses constituait un défi en raison de la perturbation des services fiscaux dans la majeure partie de la région du Nord-Ouest, et du fait que beaucoup de personnes n'avaient pas de documents officiels. Dans certaines zones, il était même difficile de trouver un prestataire de services pour certaines des activités de la campagne.
- Les groupes armés non étatiques partaient du principe que les MII étaient financées par le gouvernement et liées aux élections régionales. À cause de cette confusion, 12 balles ont été brûlées lors de leur acheminement vers la zone sanitaire de Ntong dans le district de Nwa, et il a par conséquent fallu intensifier les efforts de sensibilisation pour obtenir un accès sécurisé à des populations enclavées.
- L'absence de couverture par le réseau téléphonique dans de nombreuses parties de la région a retardé le chargement de données sur la plateforme DHIS2 pour la présentation des rapports finaux.
- Les supports de formation étaient nombreux et ont été transportés directement vers les zones sanitaires, ce qui a créé une grande confusion chez les superviseurs des zones sanitaires, qui ont cru que certains formulaires correspondaient à des activités différentes. Cette erreur a été vite décelée, dès le premier jour, et rectifiée immédiatement.
- Le personnel de la campagne a estimé que la période de distribution de six jours était trop courte, en particulier pour la stratégie du porte-à-porte, compte tenu des grandes distances à parcourir et de la simultanéité du recensement et de la distribution. La durée impartie pour la distribution « éclair » était également trop courte, car le caractère imprévisible des déplacements de population a donné lieu à de nombreuses ruptures de stock, en particulier à Bamenda où des MII ont dû être apportés d'autres villages.
- Un plus grand nombre d'intervenants aurait été nécessaire, mais malheureusement, et en partie à cause de la crise, beaucoup de personnes n'avaient pas de documents officiels pour créer des comptes d'argent mobile et ont dû utiliser les comptes d'amis ou de proches.

Public

- Les retards pris dans les paiements, en particulier pour le personnel de la campagne sur le terrain, ont causé certains problèmes. La lenteur des paiements était due au fait que les agents médicaux de district étaient submergés par les demandes d'autres programmes du ministère de la Santé et par la difficulté de transmettre des justificatifs papier au niveau régional pour qu'ils soient traités (le calendrier d'activités du ministère de la Santé était surchargé, en particulier en décembre).

Enseignements tirés et recommandations

- Le conflit armé dans la région du Nord-Ouest opposant l'armée nationale et les groupes armés non étatiques depuis 2017 a entraîné des déplacements de population au sein du pays, et il a donc fallu adapter la stratégie de distribution en fonction des zones de risque.
- Des réunions de sensibilisation ont été organisées à tous les niveaux pour favoriser la participation des communautés, dissiper les rumeurs et obtenir le soutien de toutes les parties prenantes.
- Plusieurs difficultés ont ensuite été résolues avec le PAM grâce à l'amélioration de la coordination.
- La distribution d'outils pour la formation et la mise en œuvre doit être gérée par les responsables médicaux de district, qui peuvent prendre le temps d'informer les responsables des zones sanitaires et de discuter avec eux des documents avant qu'ils ne regagnent leurs zones sanitaires respectives. Cela réduira les confusions observées sur le terrain. Le transport et la distribution des outils de la campagne doivent suivre la structure du système de santé.
- La collaboration existante entre le PAM et le système de santé a facilité le transport des MII, bien que le PAM et les ONG partenaires aient un accès limité à de nombreuses zones, où les communautés ont dû être mises à contribution pour la distribution finale.
- Le coût des transports était notablement plus élevé dans les zones où les sociétés de transport étaient peu nombreuses ; il convient d'en tenir compte dans la micro-planification. Il est nécessaire de faire attention à la rémunération des sociétés de transport locales et de faire preuve d'une certaine souplesse dans le calendrier de distribution.
- À l'avenir, si cela est nécessaire pour des raisons de sécurité, la micro-planification devra tenir compte des horaires de travail raccourcis des intervenants pour assurer leur sécurité lorsqu'ils se rendent sur les lieux de la campagne ou en reviennent, en particulier compte tenu du nombre de ménages pouvant être atteints chaque jour. Les stratégies ont été modifiées de manière non négligeable pour s'adapter à la lutte contre le Covid-19. Cependant, le nombre de jours alloués à la distribution en porte-à-porte était insuffisant, et la charge de travail était trop lourde pour les intervenants en raison des longues distances qu'ils avaient à parcourir.
- La durée des formations pour ces nouvelles stratégies était courte (une journée) et ne permettait pas d'assimiler suffisamment les informations, notamment s'agissant de l'utilisation des outils de collecte de données. Cependant, la supervision de proximité (à l'échelle des communautés) s'est avérée utile.
- En sélectionnant rapidement les intervenants de la campagne et en s'assurant qu'ils disposent d'un compte d'argent mobile, on accélère le processus de rémunération.
- La coordination de la campagne a été facilitée par l'utilisation de groupes WhatsApp et la tenue de réunions virtuelles quotidiennes : la création d'une salle de crise, où les principaux partenaires se rencontrent quotidiennement pour identifier et résoudre les problèmes survenant dans chaque zone sanitaire, est obligatoire dans un tel contexte.
- Il était nécessaire de comprendre les tendances caractérisant les déplacements de population : les personnes déplacées ne se sont pas installées dans des camps mais chez des membres de

Public

leur famille dans d'autres zones de la même région, ce qui a donc créé des ménages avec plusieurs chefs de famille. Dans l'idéal, le nombre maximum de moustiquaires par foyer aurait dû être augmenté pour passer de quatre à sept, ce qui n'a pas pu être fait à la dernière minute pendant la mise en œuvre des activités. La définition d'un ménage devrait être révisée pour les campagnes futures de façon à ce que les ménages reçoivent suffisamment de moustiquaires pour tous leurs membres.

- Les enseignements tirés des campagnes récentes de lutte contre la rougeole et la rubéole ont montré qu'il était possible de mettre en œuvre une campagne de distribution de MII en une seule étape, et non en deux étapes comme proposé initialement. Cependant, les difficultés d'accès ont obligé la campagne à opter pour une distribution en deux étapes.
- La collaboration avec le PAM n'a pas eu de valeur ajoutée en ce qui concerne le transport des MII dans ce contexte en particulier, mais la participation des communautés s'est avérée très utile pour négocier l'accès et transporter les moustiquaires.
- Le suivi et l'évaluation sur le terrain ont été très difficiles en raison des difficultés d'accès et du manque de disponibilité de personnel, en particulier dû aux chevauchements avec d'autres campagnes sanitaires menées en décembre.
- Aucun lien ne doit être affiché entre le gouvernement et la distribution de MII, et tous les logos doivent être retirés des équipements, y compris des supports de formation et des documents utilisés pour la distribution.
- Les enseignements ci-après ont été tirés de la deuxième étape de distribution dans la région du Littoral :
    - Un effort a été fait pour renforcer les sacs utilisés par les équipes de distribution en porte-à-porte, afin qu'ils supportent mieux le poids des MII.
    - Trois pour cent de personnes supplémentaires doivent être formées et placées sur une liste d'attente, au cas où certaines des personnes engagées s'avèrent positives au Covid-19.

BUDGET

Il y a lieu de noter que l'introduction de campagnes en porte-à-porte et les ajustements apportés à la campagne en raison du contexte d'insécurité ont entraîné une augmentation projetée significative, d'au moins 50 %, par rapport au budget initial. Cependant, après la macro-planification, le budget de la campagne ne dépassait pas le budget initial de plus de 5 %. Pendant la mise en œuvre, des économies ont pu être réalisées sur certains achats. Par exemple, les capes de pluies initialement prévues dans le budget n'ont pas été achetées. Ces fonds ont plutôt été réaffectés pour compenser l'ajout de jours supplémentaires à la campagne. Cela a également été le cas pour les transports. Le PAM était responsable d'assurer le transport des MII, du matériel de formation et de mise en œuvre ainsi que des équipements de protection individuelle. En raison du manque d'accès du PAM aux communautés, qui n'avait pas été anticipé, les fonds supplémentaires ont permis à la campagne de lancer des appels d'offres locaux pour le transport du matériel de formation et de mise en œuvre, y compris des équipements de protection individuelle, dans 14 districts sur 19.

Public