

# **EA 30/2014 GUINEE CONAKRY**

## **Epidémie de fièvre Ebola**

**Date du lancement: 23 septembre 2014**

## **REPONSE D'URGENCE – PHASE 2**

**Durée du projet: 1 septembre – 31 décembre 2014**

**Rapport Final: 28 février 2015**

**2<sup>ème</sup> APPEL D'URGENCE POUR UNE REPONSE RAPIDE A L'EPIDEMIE DE FIEVRE HEMORRAGIQUE A VIRUS EBOLA EN REPUBLIQUE DE GUINEE**

**TITRE:  
NOUVELLES PREVENTION ET RIPOSTE CONTRE L'EPIDEMIE DE FIEVRE HEMORRAGIQUE A VIRUS EBOLA EN GUINEE**

**PERIODE: 01 SEPTEMBRE au 31 DECEMBRE 2014**

**PROPOSE PAR: LE SECRETARIAT GENERAL OCPH/CARITAS-GUINEE**



**Principal contact :**

Abbé Matthieu LOUA,  
Secrétaire Général de  
OCPH/CARITAS GUINEE  
BP 2016 Archevêché de Conakry  
Tél: (+224) 664 36 40 29 / 622 99 53 48  
Email : [sgcaritasguinee@yahoo.fr](mailto:sgcaritasguinee@yahoo.fr)  
[matthieuloua@yahoo.fr](mailto:matthieuloua@yahoo.fr)

**ZONES D'INTERVENTION: TREIZE (13) PREFECTURES**

❖ Diocèse de N'zérékoré	❖ Diocèse de Kankan	❖ Archidiocèse de Conakry
1. Macenta, 2. N'zérékoré 3. Lola 4. Yomou	5. Guéckédou 6. Kissidougou 7. Kouroussa 8. Kankan 9. Siguiri	10. Coyah 11. Conakry (05 communes) 12. Boffa 13. Dubréka



Une animatrice OCPH en visite dans un ménage avec remise de kit d'hygiène

## **SOMMAIRE**

**I- FICHE TECHNIQUE DE L'EXTENSION**

**II- INTRODUCTION**

**III- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'EXTENSION**

**IV- OBJECTIFS DE L'EXTENSION**

**V- RESULTATS**

**VI- STRATEGIE ET DEROULEMENT**

**VII- DESCRIPTION DES ACTIVITES**

**VIII- CHRONOGRAMME DES ACTIVITES**

**IX- CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION**

**X - BUDGET**

## I. FICHE TECHNIQUE DU PROJET

**Titre: projet de prévention et de riposte contre l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Guinée**

<b>Durée du projet</b>	04 mois (01 Septembre - 31 Décembre 2014)
<b>But du projet</b>	Vu la détérioration de la situation épidémiologique au niveau pays et régional, continuer et renforcer la contribution à rompre la chaîne de transmission et de propagation du virus EBOLA sur tout le territoire national guinéen et avec les pays frères concernés.
<b>Objectifs du projet</b>	<p><b>A. Objectif général :</b></p> <p>Continuer à contribuer à la mobilisation sociale, le soutien et la sensibilisation des populations pour rompre la transmission du virus hémorragique Ebola en Guinée.</p> <p><b>B. Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OS1-</b> Intensifier les nouvelles stratégies d'information et de sensibilisation des populations, surtout les femmes dans les foyers actifs et à risque, concernant les mesures préventives et sanitaires face à l'épidémie de fièvre EBOLA.</li> <li>• <b>OS2-</b> Mettre en place et distribuer massivement des intrants et dispositifs basics d'hygiène aux populations des foyers actifs et à risque.</li> <li>• <b>OS3-</b> Appuyer le suivi des personnes contacts et les soutenir en leur fournissant des moyens de subsistance pour faciliter une stabilité relative pendant leur période d'observation</li> <li>• <b>OS4-</b> Faire de OCPH/Caritas-Guinée, un modèle d'organisation humanitaire crédible au service des populations.</li> </ul>
<b>Groupe(s) cible(s) / Bénéficiaires</b>	<p>Directs: <b>59.820 bénéficiaires</b> dont:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>8.460 ménages</b> dans les zones touchées et environnantes soit <b>59.220 personnes</b> à raison de 7 personnes/ménage avec priorités pour les femmes et les personnes handicapées; ce nombre prend en compte les personnes contacts qui seront doublement touchées en termes de sensibilisation couplée à la distribution d'intrants basics d'hygiène mais aussi par la distribution de vivres pour les maintenir fixées pendant leur période de suivi (21 jours minimum).</li> <li>- <b>600 travailleurs</b> des lieux publics et sites à forte concentration et attraction de population (gares routières et débarcadères qui sont les portes d'entrée et de sortie des personnes).</li> </ul> <p>Le décompte des bénéficiaires directs reste difficile pour certaines activités telles que la diffusion télévisées ou l'intervention de prévention dans les lieux publics.</p> <p>Indirects: <b>179.460 personnes</b> probables. Ce chiffre ne correspond pas au cumul des populations vivant dans les zones concernées par le projet. Il est considéré que les activités menées pour les bénéficiaires directs pourront avoir également un impact sur une moyenne de 3 personnes par bénéficiaires.</p>
<b>Résultats escomptés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OS1-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>R1:</b> Les stratégies de communication utilisées sont efficacement adaptées et 90% des populations sensibilisées acceptent la maladie et pratiquent les mesures d'hygiène individuelles et collectives nécessaires ;</li> </ul> </li> <li>• <b>OS2-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>R2:</b> Distribution et motivation à l'utilisation de dispositifs et intrants basics d'hygiène aux ménages et lieux publics des localités touchées;</li> </ul> </li> <li>• <b>OS3-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>R3:</b> Tous les cas suspects et les personnes contactes sont systématiquement déclarés par les équipes de veille OCPH à la commission technique de suivis et surveillance et au moins 1.500 personnes contacts et cas suspects ont reçu des</li> </ul> </li> </ul>

	<p>vivre afin de rester relativement stables pendant leur période d'observation et de contrôle;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OS4-</b> <b>R4:</b> OCPH/Caritas-Guinée est répertoriée comme une principale organisation modèle humanitaire au niveau national.</li> </ul>
<b>Grandes lignes budgétaires en fonction des besoins pour les principales activités à réaliser</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>I. Motivation et prise en charge des ressources humaines déployées sur le terrain à tous les niveaux (Animateurs pour sensibilisation; Animateurs communautaires pour surveillance et alerte précoce; Leaders religieux pour sensibilisation et prise en charge psychosociale des familles victimes)</li> <li>II. Achat/distribution et mise en place de dispositifs et intrants basics d'hygiène (ménages et lieux publics)</li> <li>III. Distribution de moyens de subsistance (vivres) pour la fixation des personnes contacts et cas suspects (limiter leur mobilité)</li> <li>IV. Appui en moyens logistiques, de communication et de protection</li> <li>V. Coût de gestion administrative</li> </ol>
<b>Porteur du projet</b>	<p>Organisation Catholique pour la Promotion Humaine (OCPH)/Caritas Guinée</p> <p>ONG créée en Guinée depuis le 10 mars 1993 et qui intervient dans les domaines de la santé, de l'éducation, du développement communautaire, de la justice et paix et de l'assistance humanitaire.</p>
<b>Nom du/des partenaire(s) de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ OCPH/Caritas Guinée : Secrétariat Général pour la coordination et supervision ;</li> <li>○ Directions diocésaines de Conakry, Kankan et N'zérékoré pour la mise en œuvre;</li> <li>○ Les autorités sanitaires des régions et préfectures cibles (Division Prévention et Lutte contre les Maladies; Direction de la Santé de la Ville de Conakry, Directions Régionales de la Santé, Directions Communales de la Santé et Directions Préfectorales de la Santé) pour appui technique;</li> <li>○ Les responsables locaux et communautaires pour faciliter la mobilisation sociale.</li> </ul>
<b>Principales activités à réaliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OS1-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>R1:</b> Les stratégies de communication utilisées sont efficacement adaptées et 90% des populations sensibilisées acceptent la maladie et pratiquent les mesures d'hygiène individuelles et collectives nécessaires.</li> <li>- <b>Activité1-1:</b> Organisation des groupes de parole / VAD (visites à domicile)</li> <li>- <b>Activité1-2:</b> Projection de scénarios audio-visuels (vidéos projections) adaptés</li> <li>- <b>Activité1-3:</b> Organisation d'une Giga conférence-débats radios télévisées</li> </ul> </li> <li>• <b>OS2-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>R2:</b> Distribution et motivation à l'utilisation de dispositifs et intrants basics d'hygiène aux ménages et lieux publics des localités touchées.</li> <li>- <b>Activité2-1:</b> Distribution d'intrants basics d'hygiène dans les ménages</li> <li>- <b>Activité2-2:</b> Placement de dispositifs/back à hygiène dans les lieux publics</li> </ul> </li> <li>• <b>OS3-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>R3:</b> Tous les cas suspects et les personnes contacts sont systématiquement déclarés par les équipes de veille OCPH à la commission technique de suivi et surveillance et au moins 1.500 personnes contacts ou cas suspects ont reçu des denrées alimentaires afin de rester relativement stables pendant leur période d'observation et de contrôle;</li> <li>- <b>Activité3-1</b> Mise en place d'équipes de veille et points focaux de suivi et d'alerte</li> <li>- <b>Activité3-2:</b> Distribution de vivres (subsistance) aux personnes contacts</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OS4-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>R4:</b> OCPH/Caritas-Guinée est répertoriée comme une principale organisation modèle humanitaire au niveau national.</li> <li>- <b>Activité4-1</b> Communication et coordination des activités/ Capitalisation des activités et ancrage institutionnel</li> <li>- <b>Activité4-2:</b> Suivi et évaluation des activités</li> </ul> </li> </ul>						
<b>Suivi et évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un suivi direct et systématique sera assuré pendant toute la durée du projet à l'aide d'outils techniques (fiches par exemple)</li> <li>- En plus des évaluations à mi-parcours effectuée chaque fin de mois, une évaluation des résultats atteints sera faite 2 mois après la fin du projet (soit fin février 2015)</li> <li>- Les résultats de l'évaluation finale seront concluants au rapport de l'audit du projet qui sera fait par un cabinet accrédité internationalement.</li> </ul>						
<b>Coordonnées bancaires</b>	<p><b>Nom de la Banque : BICIGUI ECOBANK</b>  <b>Code Swift/BIC : BICIGNCX ECOGNCN</b>  <b>N° de compte : 002 842 009 7878 001 37 USD/GNF</b>  <b>Nom Du bénéficiaire ( Intitulé du cpte) : URGENCE OCPH GUINEE OCPH/CARITAS GUINEE/SECRETARIAT GENERAL</b></p>						
<b>Budget</b>	<p><b>Budget total :USD 621,779</b></p> <p><b>Montant mobilisé :</b></p> <table border="1"> <tr> <td>OCPH</td> <td>\$ 1.408,00</td> </tr> <tr> <td>CRS</td> <td>\$84.500,00</td> </tr> <tr> <td>Caritas Italiana</td> <td>€15.000,00</td> </tr> </table>	OCPH	\$ 1.408,00	CRS	\$84.500,00	Caritas Italiana	€15.000,00
OCPH	\$ 1.408,00						
CRS	\$84.500,00						
Caritas Italiana	€15.000,00						

## II. INTRODUCTION

L'Epidémie de fièvre à virus Ebola déclarée en début d'année 2014 par les autorités de la république de Guinée ne cesse de s'étendre sur tout le pays entier et à travers l'Afrique de l'Ouest entraînant ainsi assez de victimes. Au 17 septembre, l'OMS faisait état de 4985 personnes infectées, 2461 décès dont 595 (24%) en Guinée ; soit un taux de létalité d'environ 50%. Les prévisions épidémiologiques font état de la possible infection de 20.000 à 100.000 personnes dans la région d'ici la fin de l'année. Le décompte total exact des personnes contaminées et décédées du virus Ebola restent difficile du fait des difficultés rencontrées par les centres de santé pour comptabiliser les cas. Cette situation crée une peur et une psychose générale au sein des populations, d'autant plus que les messages communautaires proposés jusqu'à maintenant soulignaient essentiellement le caractère mortel de la maladie, interprété, à tort, comme inéluctable. Le 18 juin 2014, l'épidémie a été qualifiée de « menaces pour la paix et la sécurité internationale » lors d'une résolution unanime du Conseil de sécurité de l'ONU.

L'évaluation des risques éventuels et l'interprétation de la situation épidémiologique actuelle exigent sans doute que des mesures plus dimensionnelles soient prises. La persistance et la résurgence de l'épidémie d'une part et d'autre part, sa propagation donnant naissance à plusieurs nouveaux foyers et enfin la proximité des pays frontaliers affectés démontrent non seulement des difficultés énormes de gestion et de contrôle de l'épidémie mais aussi augmentent les risques de propagation tant au niveau national que sous régional.

Vu l'ampleur de cette épidémie qui dépasse largement le niveau d'attente et d'information de la population et aussi dépasse les ressources mobilisées jusque là, il est urgemment nécessaire que des mesures adéquates soient initiées pour éviter que ce fléau continu de s'étendre.

Dans cette optique, il est judicieux qu'une forte mobilisation sociale et une sensibilisation adéquate soit initiée afin de promouvoir rapidement une prise de conscience, une adhésion et favoriser un changement positif de comportement des populations pour la prévention de la maladie.

Car seule une bonne information des populations qui d'ailleurs ont dénoté à plusieurs endroits, un déni des réalités sur la maladie, permettra de répondre efficacement à cette épidémie.

C'est dans cette perspective que l'OCPH/Caritas-Guinée qui est déjà présente à travers des actions concrètes au chevet des populations victimes depuis 4 mois, lance le plutôt que possible, un nouveau appel d'urgence pour non seulement renforcer les activités dans 4/5 préfectures où elle intervient déjà mais aussi étendre vers neuf (09) nouvelles préfectures à haut risque de propagation de l'épidémie (soit au total 13 préfecture au niveau national).

Il faut rappeler que la réalisation des activités du 1er appel d'urgence (EA-11) est pratiquement clôturée depuis le 31 juillet 2014 et dont voici les résultats synthétisés dans le tableau ci-dessous.

N°O	ACTIVITES REALISEE	RESULTATS OBTENUS	REMARQUES
1	Information et formations des responsables et leaders religieux	5 missions d'information réalisées et 50 responsables et leaders religieux présents; Au total 622 séances de sensibilisation réalisées pendant le culte pendant 4 mois	
2	Mise en place en formation de 3 équipes d'alerte précoce	Formation et existence de 3 équipes composées de 15 personnes au total soit 5 personnes/équipe 12 cas de décès communautaire déclarés 13/15 cas déclarés sont confirmés	
3	Distribution de kits basics d'hygiène dans les ménages et les lieux publics	6.000 seaux en plastique de 10 litres et 857 cartons de savon diamant 1.200 cartons de SRO (sels de réhydrations oral) 500 cartons de chlore (SUR'EAU) 50 dispositifs de lavage des mains dans les lieux publics 55 kits de protection individuelle pour les agents de terrain	
4	Formations de 55 animateurs pour mobilisation sociale et la sensibilisation des populations de 5 préfectures	55 animateurs formés 3.030 séances de sensibilisation dans les lieux publics 9.250 ménages touchés et 64.750 bénéficiaires directs dans 59 villages/quartiers	
5	Sensibilisation via les masses médias	2.605 spots diffusés via 8 radios de proximité 13 émissions interactive + 04 tables rondes réalisées Diffusion de SMS BUCK à 1.000.000 de personne 08 presses locales + 02 presses internationales en parlent	
6	Renforcement de la capacité opérationnelle de l'équipe entière du projet	5 motos YAMAHA AG-100 achetées pour la supervision 01 ordinateur portable pour le chef de projet 01 groupe électrogène acheté pour le bureau 02 appareils numériques achetés 05 téléphones achetés pour le monitoring 01 imprimante de bureau + 01 photocopieuse achetées	
7	Gestion, coordination et suivi des activités	5 missions de suivi réalisées sur le terrain par le Secrétariat Général Participation à toutes les rencontres de coordination	

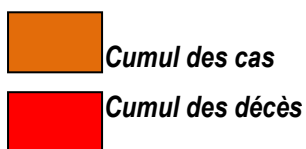
### III. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PROJET

Après plus de cinq (05) mois de lutte, l'épidémie de fièvre hémorragique Ebola qui semblait se calmer, a pris une proportion plus inquiétante ces deux (02) derniers mois. La propagation de la maladie est montée exponentiellement attaquant ainsi plusieurs districts sanitaires et faisant beaucoup de victimes. En république de Guinée, au total 12/33 préfectures ont été atteintes plus la capitale Conakry et le nombre de foyers actifs est passé de un (01) seul qui était Guéckédou à dix (10) foyers en un temps record (voir carte ci-dessous)

L'analyse de la situation épidémiologique des trois (03) dernières semaines jusqu'à la date du 30 Août 2014 se présente comme suit:

Tableau récapitulatif des semaines: 33; 34 et 35

Semaine	Date / jour	Variable	Confirmé	Probable	Suspect	Total
Semaine 33	10/08/2014	Cas	362	133	11	506
		Décès	238	133	02	376
	11/08/2014	Cas	369	133	08	510
		Décès	242	133	02	377
	12/08/2014	Cas	373	133	09	515
		Décès	243	133	02	378
	13/08/2014	Cas	376	133	10	519
		Décès	245	133	02	380
	14/08/2014	Cas	378	133	12	523
		Décès	245	133	02	380
	15/08/2014	Cas	385	140	11	536
		Décès	247	140	02	389
	16/08/2014	Cas	396	140	07	543
		Décès	252	140	02	394
Semaine 34	17/08/2014	Cas	409	140	10	559
		Décès	254	140	02	396
	18/08/2014	Cas	423	140	16	579
		Décès	254	140	02	396
	19/08/2014	Cas	430	139	30	599
		Décès	259	139	02	400
	20/08/2014	Cas	443	139	25	607
		Décès	264	139	03	406
	21/08/2014	Cas	446	140	21	607
		Décès	266	140	03	409
	22/08/2014	Cas	458	140	33	631
		Décès	274	140	03	417
	23/08/2014	Cas	467	141	20	628
		Décès	280	141	03	423
Semaine 35	24/08/2014	Cas	480	141	25	646
		Décès	287	141	02	430
	25/08/2014	Cas	490	141	30	661
		Décès	292	141	02	435
	26/08/2014	Cas	499	142	22	663
		Décès	294	142	02	438
	27/08/2014	Cas	507	142	21	670
		Décès	299	142	02	443
	28/08/2014	Cas	524	142	24	690
		Décès	315	142	02	460
	29/08/2014	Cas	533	142	32	707
		Décès	324	142	02	468
	30/08/2014	Cas	-----	-----	-----	-----
		Décès	-----	-----	-----	-----



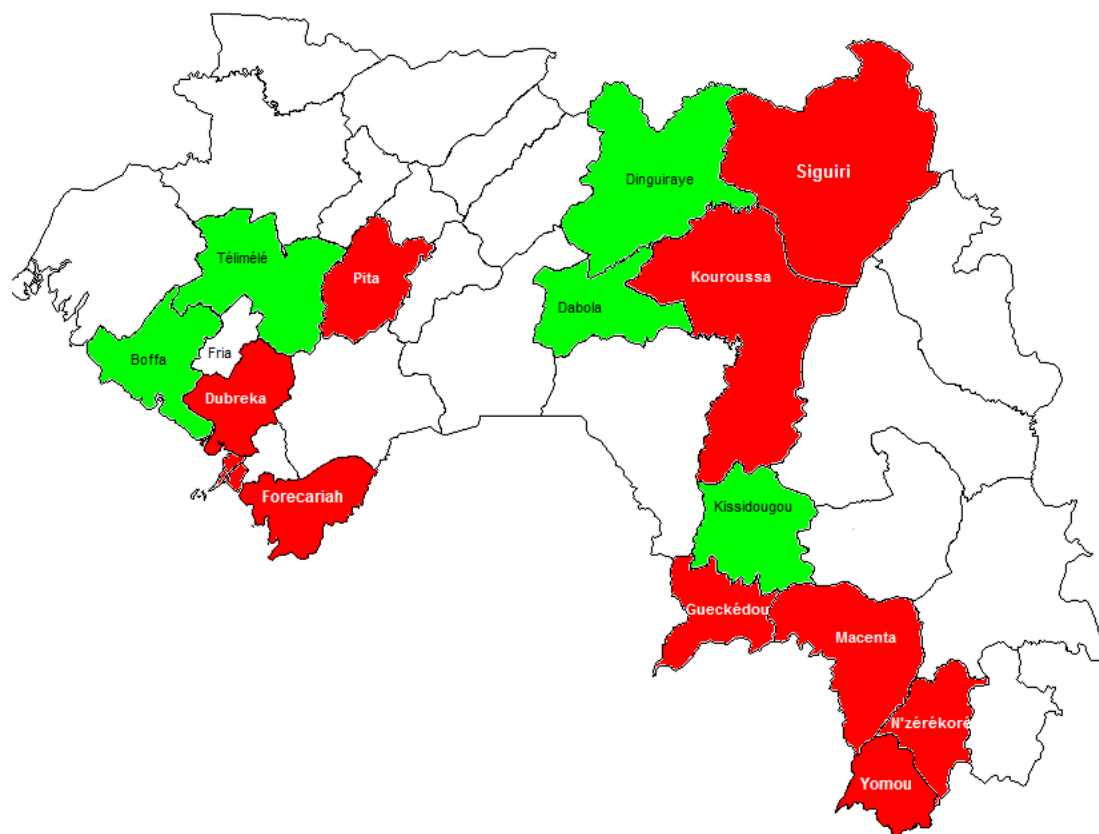
Ce qui ressort que pendant les trois (03) dernières semaines du mois d'août:

le cumul des cas est passé de **506 dont 362 confirmés** à **707 personnes dont 533 confirmés** et aussi le cumul des décès est passé de **376 décès dont 238 confirmés** à **468 dont 324 confirmés** ;

En termes de ratio sexe, **56%** des personnes touchées sont des femmes contre **44%** pour les hommes. La tranche d'âge de 30 ans et plus est la plus touchée. A cette même date, **944** personnes sont déclarées officiellement des personnes contacts et sont suivies régulièrement. Il faut signaler que de multiples difficultés sont rencontrées dans le suivi quotidien de ces personnes contacts qui d'ailleurs voit son nombre grandir du jour le jour.



## Districts sanitaires touchés par la FHV-Ebola, Guinée, 09 aout 2014



**Foyers calmes :** Boffa, Dabola, Dinguiraye, Kissidougou et Témélé

**Foyers actifs :** Conakry, Forécariah, Dubréka, Guéckédou, Kouroussa, Macenta, Siguiri, Pita, Nzérékoré et Yomou

Malgré les gros efforts entrepris par les Gouvernements des pays concernés et leurs partenaires, il reste encore d'énormes défis à relever et des besoins à couvrir notamment: la résistance communautaire et l'attachement aux rites funéraires; l'identification et le suivi des contacts; la limitation de la mobilité inter préfecture et inter frontalière, les besoins plus accrus des matériels et de motivation des ressources humaines...

C'est en dépit de tout ce qui précède que les autorités des quatre (04) pays de la Mano River Union: **Guinée-Sierra Leone-Libéria-Côte d'Ivoire** ont, en vue de cerner la maladie, fait une déclaration à l'issu de leur dernière rencontre qui s'est tenue à Conakry le 1er Août 2014, stipulant la décision de mettre en place un cordon sécuritaire autour des foyers actifs afin de surveiller rigoureusement et restreindre le déplacement des populations. Ces pays ont aussitôt fermé leurs frontières entre eux et ont décrété chacun un état d'urgence sous recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Pour la république de Guinée, les principaux partenaires d'aide à la riposte dont **OCPH/Caritas-Guinée** ont apprécié cette décision mais ont également formulé de fortes recommandations sans l'application desquelles, l'exécution du contenu de la déclaration conjointe des chefs d'états aurait un impact très moindre sur l'interruption de la transmission du virus. Ces recommandations sont entre autres **l'intensification de stratégies adaptées de communication et la mobilisation suffisamment de moyens matériels et financiers** nécessaires afin d'impliquer au maximum possible, les populations dans le réponse contre cette épidémie qui n'a fait perdurer.

Par ailleurs, les partenaires pour leur part ont estimé que d'autres conséquences corollaires (**stigmatisation des populations des foyers actifs, contestation et révolte sociale,...**) à l'application stricte du contenu de cette déclaration, seraient préjudiciables et sujettes à des perturbations sociales probables.

Afin d'éviter l'aggravation des conséquences de l'épidémie mais plutôt prioriser des actions de contrôle, **OCPH/Caritas-Guinée** auprès du gouvernement guinéen et d'autres partenaires, entend fortement élargir et renforcer son implication à travers l'extension des activités déjà réalisées.

#### **IV. OBJECTIFS**

##### **a) Objectif général :**

Continuer à contribuer à la mobilisation sociale, au soutien et à la sensibilisation des populations pour rompre la transmission du virus hémorragique Ebola en Guinée.

##### **b) Objectifs spécifiques :**

- **OS1-** Intensifier de nouvelles stratégies d'information et de sensibilisation des populations, surtout les femmes dans les foyers actifs et à risque, concernant les mesures préventives et sanitaires face à l'épidémie de fièvre EBOLA.
- **OS2-** Mettre en place et distribuer massivement des intrants et dispositifs basics d'hygiène aux populations des foyers actifs et à risque.
- **OS3-** Appuyer le suivi des personnes contacts et les soutenir en moyens de subsistance pour faciliter une stabilité relative pendant leur période d'observation
- **OS4-** Faire de **OCPH/Caritas-Guinée**, un modèle d'organisation humanitaire crédible au service des populations

#### **V. RESULTATS**

- **R1:** Les stratégies de communication utilisées sont efficacement adaptées et 90% des populations sensibilisées acceptent la maladie et pratiquent les mesures d'hygiène individuelles et collectives;
- **R2:** Distribution et motivation à l'utilisation de dispositifs et intrants basics d'hygiène aux ménages et lieux publics des localités touchées;
- **R3:** Tous les cas suspects et les personnes contacts sont déclarés et au moins 1.500 personnes contacts et suspectes sont fixées pendant leur période de suivi et de contrôle;
- **R4:** OCPH/Caritas-Guinée est répertoriée comme une principale organisation modèle humanitaire au niveau national.

#### **VI. STRATEGIE ET DEROULEMENT**

Pendant tout le processus de déroulement, la stratégie de mise en œuvre des activités de ce projet sera basée sur une approche participative nécessitant l'implication complète de tous les acteurs devant intervenir. Et cette approche prendra en compte les insuffisances de la 1ère phase (EA-11).

Ainsi, par rapport à l'urgence et la nécessité rapide d'intervention et pour éviter l'accusation de retard dans l'exécution des tâches, tous les achats et acquisitions de biens matériels et équipements prévus dans ce projet seront effectués suite à une consultation restreinte des prestataires et fournisseurs de la place. Ces fournisseurs pourront être a priori soit ceux identifiés lors de la réalisation de la 1ère phase (EA-11), soit les fournisseurs connus sur la liste du partenaire CRS ou à défaut tout autre nouveau fournisseur avéré fiable suite à une consultation restreinte efficace.

Ces mêmes procédures de démarches sont valables pour le recrutement de nouveaux personnels prévus pour ce projet..

Afin d'être efficace l'OCPH/Caritas-Guinée priorisera d'abord la mobilisation interne des ressources auprès des acteurs locaux tels UNICEF, PAM, CRS, ...

En ce qui concerne la mobilisation locale et/ou interne, il pourrait avoir des possibilités mais non encore précis, car tous les acteurs y compris le gouvernement sont à une phase de passage à l'échelle et donc sont relativement en train d'étudier et d'analyser les possibilités de continuer ou pas les collaborations ou encore commencer de nouvelles.

Nous pouvons dire que des approches ont été faites dans ce cadre auprès de PAM pour les vivres, UNICEF pour la sensibilisation, UNFPA pour le suivi / le tracing des personnes contactes, OSIWA également et Search For Common Grounds pour la communication, la société minière Rio Tinto sur place... nous poursuivrons et intensifierons ces démarches afin de conclure le plutôt possible.

Un des éléments clés de cette approche sera l'introduction et l'intensification à travers de nouvelles stratégies novatrices, des nouveaux messages d'information et de sensibilisation des populations; aussi la contribution au suivi et la fixation des personnes contactes.

Pour favoriser une meilleure capitalisation, un meilleur ancrage, un suivi systématique et une évaluation des activités seront assurées conjointement par tous les partenaires locaux impliqués (Ministère de la Santé, CRS, UNICEF ou PAM). Enfin une participation de l'équipe projet à toutes les rencontres de coordination au niveau nationale et décentralisé avec les autres partenaires d'intervention dans la riposte sera un point fort. La tenue régulière de ces rencontres de coordination permettent de faire le point de l'analyse épidémiologique de la situation en recensant toutes les informations utiles et en prenant de nouvelles décisions . Les rencontres des sous commissions techniques précèdent les rencontres de coordination afin de collecter les données pouvant alimenter l'analyse épidémiologique globale.

Les résultats des derniers rapportages et leur analyse ont ressorti une nécessité accrue de mobilisation de ressources et donc obligé le gouvernement à solliciter d'avantage l'appui de tous les PTF (Partenaires Techniques et Financiers) pour rompre la chaîne de transmission du virus.

## VII. DESCRIPTION DES ACTIVITES

- **OS1- Intensifier de nouvelles stratégies d'information et de sensibilisation des populations surtout les femmes dans les foyers actifs et à risque, sur les mesures préventives et sanitaires face à l'épidémie de fièvre EBOLA.**
  - **R1: Les stratégies de communication utilisées sont efficacement adaptées et 90% des populations sensibilisées acceptent la maladie et pratiquent les mesures d'hygiène individuelles et collectives nécessaires.**

### **Activité1-1: Organisation des groupes de parole / VAD (visites à domicile)**

Contrairement au porte à porte, l'organisation des groupes de parole ou encore Visite À Domicile s'avère plus efficace car permettra de recueillir plus de réactions des membres des ménages sur leur connaissance et leur niveau d'information sur la maladie. Elle consiste à réunir plusieurs ménages d'une même concession ou d'un même carré afin d'enrichir les débats. Sa méthodologie repose plus sur une sensibilisation investigatrice qu'informatrice. 03 animateurs interviendront ensemble au lieu de 02 lors des porte à porte et l'organisation de leur travail doit permettre de lever tous les équivoques et déceler tout démenti chez leur interlocuteurs.

Ensuite les équipes d'animateurs pourront suivant leur travail complémentaire, apporter des précisions pour mieux éclairer les participants.

Afin de renforcer efficacement les activités dans 4 anciens foyers où OCPH/Caritas-Guinée est déjà présent ( Kissidougou, Guéckédou, Macenta et N'zérékoré) et aussi élargir vers les nouveaux foyers au nombre de 09 (Conakry, Boffa, Dubréka, Coyah, Kouroussa, Kankan, Siguiiri, Yomou et Lola), 107 nouveaux animateurs seront rapidement identifiés en plus des 46 déjà disponibles des 4 anciens foyers retenus; soit au total 153 animateurs sur l'ensembles du territoire guinéen (pour de 13 foyers ciblés). Le nombre d'animateurs dans les anciens foyers sera relativement augmenté en fonction du volume de travail à y réaliser de nouveau. Après leur identification, les 153 personnes volontaires seront briefées sur les mesures pratiques de prévention et les nouveaux messages appropriés concernant la maladie. La séance de briefing, l'organisation et la répartition du travail de chaque équipe de zone sera effectuée sur place pendant une journée maximum.

Lors des sessions de briefing, les formateurs (1 professionnel de la santé + 1 spécialiste des animations communautaires) s'appuieront sur les messages harmonisés et adaptés et les dispositions pratiques soutenues par des supports de communication et de concert avec les participants, ils s'efforceront à traduire les expressions essentielles et mot importants en langues nationales.

Ces volontaires seront identifiés suivant des critères comme leur expérience dans les activités communautaires similaires, leur maîtrise des langues locales des zones ciblées, leur engagement et leur disponibilité à contribuer à l'éradication de cette maladie. Comme dans le projet EA-11 cette identification ou sélection se fera par les curés en collaboration avec les responsables de OCPH diocésain.

Après leur briefing, les animateurs commenceront immédiatement les sensibilisations communautaires (groupes de parole ou visite à domicile) et le nombre d'animateurs déployés par zone est fonction du volume de travail et de la sensibilité de la dite zone. Contrairement à la 1ère phase, quelque soit leur nombre, les animateurs interviendront à raison de 3 personnes/équipe soit **47 équipes au total**. Chaque équipe sera composée de: **01 animateur principal + 01 rapporteur + 01 observateur**. Les rôles de chacun seront définis lors des séances de briefing et chaque zone sera supervisée directement par une personne. La répartition ci-dessous sera ainsi faite:

- ❖ **Diocèse de Kankan: 56 personnes au total dont 5 superviseurs (17 équipes)**
  - Guéckédou: 18 animateurs + 1 superviseur
  - Kissidougou: 09 animateurs + 1 superviseur
  - Kouroussa: 09 animateurs + 1 superviseur
  - Kankan: 09 animateurs + 1 superviseur
  - Siguiri: 06 animateurs + 1 superviseur
- ❖ **Diocèse de N'zérékoré: 43 personnes au total dont 4 superviseurs (13 équipes)**
  - Macenta: 12 animateurs + 1 superviseur
  - N'zérékoré: 12 animateurs + 1 superviseur
  - Yomou: 09 animateurs + 1 superviseur
  - Lola: 06 animateurs + 1 superviseur
- ❖ **Archidiocèse de Conakry: 54 personnes au total dont 3 superviseurs (17 équipes)**
  - Conakry: 30 animateurs + 1 superviseur
  - Coyah + Dubréka : 15 animateurs + 1 superviseur
  - Boffa: 06 animateurs + 1 superviseur

Chaque équipe sortira **3jrs/7** dans la semaine et réalisera **02 séances/jr**. Et chaque séance regroupera au moins **03 ménages** a priori des femmes (plus constantes). Ce qui équivaut à: **47équipes x 03 jours x 02 séances x 10 semaines = 2.820 séances de VAD**; soit **8.460 ménages** touchés à raison de **03 ménages/séance** et **59.220 personnes touchées** à raison de **7 personnes/ménage**.

**Le tableau ci-dessous donne des détails par zone:**

N°O	Préfecture	Nbre d'équipes déployées	Nbre de séances réalisées	Nbre de ménages touchés	Nbre de pers directement atteintes	Observation
<b>Diocèse de Kankan</b>		<b>17</b>	<b>1.020</b>	<b>3.060</b>	<b>21.420</b>	
1	Guéckédou	06	360	1080	7.560	
2	Kissidougou	03	180	540	3.780	
3	Kouroussa	03	180	540	3.780	
4	Kankan	03	180	540	3.780	
5	Siguiri	02	120	360	2.520	
<b>Diocèse de N'zérékoré</b>		<b>13</b>	<b>780</b>	<b>2.340</b>	<b>16.380</b>	
6	Macenta	04	240	720	5040	
7	N'zérékoré	04	240	720	5040	
8	Lola	02	120	360	2.520	
9	Yomou	03	180	540	3.780	
<b>Archidiocèse de Conakry</b>		<b>17</b>	<b>1.020</b>	<b>3.060</b>	<b>21.420</b>	
10	Conakry	10	1.200	18.000	126.000	
11	Coyah	03	360	5.400	37.800	
12	Boffa	02	360	5.400	37.800	
13	Dubréka	02	120	360	2.520	
<b>TOTAL</b>		<b>47</b>	<b>2.820</b>	<b>8.460</b>	<b>59.220</b>	

Les animateurs dans leur travail seront appuyés par les responsables et élus locaux pour faciliter la mobilisation des populations concernées.

A la fin de chaque journée, les animateurs en collaboration avec les responsables élus locaux, devront veiller à informer, prévenir les ménages qui seront touchés le lendemain. Ceci permettra aux responsables de ces ménages de se rendre disponibles et dévoués au moment indiqué.

### **Activité1-2: Projection de scénarios audio-visuels (vidéos projections) adaptés**

Elle consistera à faire des vidéo-projections dans les communautés surtout réticentes et où le déni de la maladie est d'un enjeu très délicat. Ces vidéos-projections reflèteront plusieurs aspects de la maladie tels: réalité sur la maladie, modes de transmission et mesures de prévention, devenir des personnes malades, ... et ressortiront des faits et comportements réels d'un certains nombre de personnage.

Les équipes de projection séjourneront respectivement dans les villages à cet effet. Cette nouvelle stratégie de communication n'est jusque là pas encore utilisée par aucun acteur. C'est une initiative novatrice qui a été pensée à la suite des obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de la 1ère phase du projet. Les populations qui ont la plupart une croyance limitée des réalités sur la maladie estime que la fièvre Ebola est une maladie étrangère (d'origine) et donc a été importée. Ces projections permettront de leur persuader réellement sur certains faits déjà vécu dans leurs communautés. Les films seront de shorts séquences (courtes) réalisées en français et traduites dans toutes les langues locales de zones concernées (5 langues locales: **soussou, pular, malinké, kissié, loma et guerzé**).

L'authenticité des scénarios permettra aux populations en face de se sentir directement concernées contrairement aux autres scénarios étrangers importés qu'elles qualifient d'une faits imaginaires.

La réalisation et production des supports sera faite par OCPH/Caritas-Guinée qui en sera l'auteur mais sera assurée rapidement par un service technique qui en a l'expérience et qui a été déjà contacté.

Lors des projections, les scénarios seront intercalés de petites pauses d'animation pour favoriser une meilleure compréhension à travers des questions/réponses.

Les responsables et élus locaux en seront informés au préalable et mobiliseront à leur tour les populations au rendez-vous. Pendant la durée du projet, au moins 120 villages seront traversés par la camionnette motorisée soit en moyenne 10 villages/préfectures ou zone. OCPH/Caritas-Guinée a la responsabilité de mobiliser tous les moyens pour cette nouvelle stratégie de communication.

### **Activité1-3: Organisation d'une Giga conférence-débat synchronisée et diffusée sur les radios-télévisions**

Cette activité s'inscrit spécialement dans le cadre d'accroître la visibilité et la crédibilité de OCPH/Caritas-Guinée tout en permettant de renforcer une meilleure information des populations, sur la synergie d'action du gouvernement et ses partenaires dans la riposte contre l'épidémie de fièvre EBOLA qui sévit en Guinée il ya près de 5 mois.

Afin de faire plus de lumière sur la dynamique de riposte, il s'agira donc d'inviter aux débats sur un même plateau d'une émission radiotélévisée, les représentants des principaux acteurs qui ont joué un rôle prépondérant dans la riposte. Ce seront des techniciens et spécialistes qui éclaireront le public sur non seulement les réalités sur la maladie (fièvre EBOLA) mais aussi sur les mesures et moyens mis en œuvre particulièrement en Guinée pour la lutte globale contre cette maladie.

L'émission qui sera baptisée "**REALITES SUR EBOLA ET SI ON EN PARLAIT**" sera préparée et animée par deux (02) professionnels journalistes et auront pour invités au moins 6 personnes dont:

- **Gouvernement: 2 personnes**
- **Institution et ONG internationales (OMS, MSF, ...): 2 personnes**
- **Laboratoire: 1 personne**
- **Société civile et organisme de défense de droit de l'homme/parlementaire: 2 personnes**

L'émission sera réalisée sur une place publique en présence des reporters des 7 chaînes de TV couvrant le territoire national, lesquels relayeront en direct sur leur télévision respective en synchronisation avec les radios de proximité. En plus une rediffusion sera assurée au moins 01 semaine (soit 07 jours).

- **OS2- Mettre en place et distribuer massivement des intrants et dispositifs basics d'hygiène aux populations des foyers actifs et à risque.**
  - **R2: Distribution et motivation à l'utilisation de dispositifs et intrants basics d'hygiène aux ménages et lieux publics des localités touchées.**

#### **Activité2-1 Distribution de d'intrants basics d'hygiène dans les ménages**

Le seuil de pauvreté ayant été atteint par la majorité des populations exposées, il est estimable que ces populations sont permanentement préoccupées à la recherche de leur subsistance journalière. C'est pourquoi couplée aux sensibilisations lors des VAD, la distribution à tous les responsables de ménages qui y participeront avec les membres de leur famille; d'un kit composé de: 04 morceaux de savon + 02 flacons de chlore + 01 seau de 15 litre. Au total, 8.460 kits seront distribués à tous les ménages touchés (voir tableau ci-dessus). Il faut signaler que d'autres acteurs font de la sensibilisation aussi afin de couvrir la maximum de personne; afin d'éviter une nette disparité dans la composition du contenu de ces distributions, il a été recommandé par le comité, à tous les partenaires de bien vouloir accepter d'harmoniser le contenu comme ci-haut mentionné.

Ce qui équivaut à:

- **8.460 seaux distribués**
- **33.840 morceaux de savons distribués**
- **16.920 flacons de chlore distribués**
- 

**NB:** le SRO n'est pas prévu car il pourrait encourager l'automédication des communautés à cause de son indication médicale: en cas de **diarrhée et/ou de vomissement**, ...Il est fort probable que ces communauté au lieu de s'adresser rapidement à un centre de santé en cas d'un moindre signe pareil comme recommander en cette période d'épidémie, pourraient se contenter de rester à leur domicile et s'auto traiter avec le SRO

#### **Activité2-2: Placement de dispositifs/back à hygiène dans les lieux publics**

Au delà leur rôle régalién de supervision, les superviseurs de zone auront également la charge de distribuer en plus des 50 premiers, 120 autres dispositifs de lavage des mains dans les lieux publics (**gares routières, débarcadères, prisons civiles, marchés publics, ...**) accompagnés d'intrants (**1 kg de HTH = High Test Hypochlorite**), **3 paire de gants de ménages, 2 raclettes + 3 cache nez**) permettant le nettoyage systématique des toilettes publiques s'y trouvant. Ensuite ils identifieront un point focal dans chaque site qui veillera au suivi systématique du respect de leur bon usage.

- au niveau des toilettes publiques qu'utilisent toutes les personnes qui fréquentent le site;
- avant de s'embarquer ensemble, les passagers dans une même voiture (pour les gares routières) ou encore dans la même pirogue (pour les débarcadères).

Les 120 dispositifs seront distribués en raison de 10/ zone moins Dubréka qui est couverte par d'autres partenaires pour ce service.

Une partie des intrants sera pré positionnée afin de servir à renouveler le stock et assurer la continuité du respect des barrières hygiéniques dans ces sites; ceci à cause de la forte densité humaine.

- **OS3- Renforcer le système de surveillance, d'alerte et d'information précoce et limiter la mobilité/déplacement des personnes contacts et suspects.**
  - **R3: Tous les cas suspects et les personnes contacts sont déclarés systématiquement à la commission suivi et prise en charge.**

#### **Activité3-1: Mise en place d'équipes de veille et points focaux de suivi et d'alerte précoce**

L'un des plus grands défis de la gestion de cette épidémie est non seulement le refus de déclaration des décès communautaires mais aussi la difficulté de suivi des personnes contacts. C'est pourquoi des personnes ressources conscientes de l'enjeu de cette épidémie seront identifiées dans les communautés pour veiller sur l'habitude de vie des siens relativement à la maladie. Au nombre de 02 personnes par village (01 homme + 01 femme) dans 120 villages, toutes les personnes identifiées travailleront en réseau pour faciliter la remontée à temps réel, des informations récoltées. A cet effet, elles seront munies d'un **TELEPHONE**. Cette activité est une continuité des 3 premières équipes qui sont

déjà en place dans les grands centres urbains. Les nouvelles équipes seront mis en place dans les districts ou villages reculés du centre ville.

### **Activité3-2: Distribution de vivres (subsistance) aux personnes contacts**

Relativement à la déclaration conjointe faite récemment par les chefs d'états de la Mano River Union, en la date du 1er Août 2014 à Conakry, déclaration qui stipule de faire un "CORDON SECURITAIRE" autour non seulement des foyers actifs de l'épidémie dans les pays concernés mais aussi renforcer le système de contrôle aux frontières entre ces pays pour relativement limiter le déplacement des populations, les partenaires (OMS, UNICEF, MSF, OCPH, CROIX-ROUGE, PLAN GUINEE, SAVE THE CHILDREN) ont expliqué que son application suscitera assez de difficultés si des mesures d'accompagnement ne sont pas prises à l'avance. En claire, il est très difficile de priver les populations de leur droit de mobilité surtout pour lesquelles la recherche du quotidien constitue l'essentiel des activités. Par ailleurs, Il faut rappeler que selon les statistiques épidémiologique, la plupart des victimes sont des personnes âgées d'au moins 30 ans et qui représentent les bras valides de leurs familles respectives. C'est pourquoi, en tant que personnes contactes devant restées relativement immobiles, il est important de leur soutenir pour leur subsistance pendant la période (au moins 21 jours) à laquelle elles seront suivies.

Les bénéficiaires seront les personnes contactes des foyers actifs dont leur nombre est calculé à **1 250** repartis entre: l'archidiocèse de Conakry 507 - diocèse de Kankan 271- diocèse de N'zérékoré: 472

Chaque bénéficiaire (ménage) recevra des vivres composés de: **1 sac de 50 KG de riz, 5 litres d'huile sans cholestérol, de 4 KG sucre et de 2 boîtes corne bœuf** + des ingrédients divers (la composition des vivres tient compte des besoins minimums alimentaires pour au moins 1 mois)

- **OS4- Faire de OCPH/Caritas-Guinée, un modèle d'organisation humanitaire crédible au service des populations.**
  - **R4: OCPH/Caritas-Guinée est répertoriée comme une principale organisation modèle humanitaire au niveau national.**

### **Activité4-1: Communication et coordination/capitalisation des activités et ancrage institutionnel**

Dans le but de mener à bon échéant les activités du projet et favoriser une meilleure capitalisation, une équipe de gestion (mise en œuvre) décentralisée sera donc mise en place et sera composée de personnels permanents et temporaires.

N°O	Niveau d'intervention	Type de personnel	Personnel	Nombre	statut
	National	Permanent	Chauffeur	03	Dont 01 nouveau
			Coordinateur du projet	01	Déjà en place
			Responsable Administratif et Finances	01	Déjà en place
			Secrétaire Assistante	01	Déjà en place
			Chargé de suivi et évaluation	03	nouveaux
		Temporaire	Consultant communication	01	nouveau
	Régional	Permanent	Point focal projet	03	nouveaux
			Assistant comptable	03	1 nouveau + 2 déjà en place
	Local	Permanent	Superviseurs	12	4 déjà en place + 8 nouveaux
			Animateur	141	95 nouveaux

#### **NB:**

- Le nombre de chauffeurs qui interviendra est de 03 car en plus du chauffeur (01) qui sera avec le chef de projet et qui servira pour la circonstance en même temps de chauffeur pour le diocèse dont relève le dit chef de projet, 02 autres chauffeurs seront utilisés pour le déplacement du personnel des deux autres diocèses concernés par le projet.

- Le nombre de superviseurs est de 12 au lieu de 13 conforme au nombre de zones ciblées par ce que 01 superviseur sera en charge de deux zones non loin éloignées ni assez vaste qui sont Dubréka et Coyah

#### **Activité4-2: Suivi et évaluation des activités**

Afin d'atteindre les résultats escomptés ainsi que les impacts attendus, contrairement au projet initial, un suivi direct et systématique sera assuré par des personnes spécialement recrutées pendant les quatre (04) mois d'activités. Ces personnes seront considérées staff du personnel comme mentionné en peu plus haut. Cela permettra de corriger à temps réel les insuffisances et facilitera également le rapportage.

En plus des évaluations à mi-parcours, une EVALUATION FINALE EXTERNE sera faite à la fin du projet par un consultant expert en la matière. Cette évaluation sera facilitée conjointement par l'administration de OCPH/Caritas-Guinée et ses partenaires (Ministère de la Santé en l'occurrence, CRS, ...)

Les résultats de l'évaluation finale seront concluants au rapport de l'audit du projet qui sera fait par un cabinet accrédité internationalement.

#### **❖ Les bénéficiaires et leur implication dans le programme**

Les bénéficiaires du projet proposé seront constitués des populations des préfectures où des cas sont suspectés ou ont été confirmés. Le projet focalisera plus particulièrement sur les proches des malades souffrants ou décédés de la maladie, le personnel soignant des structures hospitalières, les personnes vulnérables ou défavorisées comme les handicapés moteurs, les mendiants, les femmes enceintes et les jeunes enfants chez lesquels la propagation est plus rapide.

Les femmes constituent la majorité des victimes de l'épidémie d'Ebola. En ce sens, l'intervention de la Caritas Guinée porte une attention particulière aux femmes dans la mise en place de ses activités. Ainsi, les femmes représenteront 75% des personnes visées par l'activité de visite à domicile.

Dans sa stratégie de sécurité, la Caritas Guinée porte une attention particulière aux femmes qui sont des facteurs clés dans l'acceptation de l'organisation et des projets dans les villages réticents aux activités humanitaires. Par ailleurs, la moitié du personnel déployé sur le terrain seront des femmes. Du fait de leur rôle traditionnelle, elles sont plus à même de se porter volontaires pour ce type d'action, sont plus à l'écoute et gagnent plus facilement la confiance des villages dans lesquelles elles interviennent.

Par rapport à l'ampleur si non la tendance qu'a pris l'épidémie (notamment la réticence accrue par endroit des communautés, le dénis de l'existence de la maladie, ...), il faut reconnaître que l'implication des bénéficiaires est portée très grandiose dans le souci d'atteindre le but assigné. La gestion de l'épidémie actuelle nécessite obligatoirement l'adhésion des bénéficiaires directs et indirects. Les bénéficiaires seront donc impliqués dès les début des activités : à travers l'information et la collaboration directes avec les autorités administratives, militaires, sanitaires ainsi que traditionnelles locales, à travers l'utilisation d'animateurs communautaires venant des lieux concernés, à travers le rôle crucial des Caritas paroissiales qui constitueront le lien entre la communauté et le staff responsable de la mise en œuvre des activités sur le terrain.

#### **❖ Considérations liées à la sécurité**

L'organisation du travail de la Caritas-Guinée s'inscrit dans une approche communautaire qui se fonde sur la proximité des agents qui interviennent sur le terrain, directement dans les villages concernés. Le réseau sur lequel s'appuie ce projet se base essentiellement sur la structure de l'Eglise catholique en Guinée qui est bien intégrée et respectée au sein des communautés. Le suivi des activités se fait au niveau des diocèses, paroisses et des CCB (Communauté Chrétienne de Base). Conformément aux concepts de non-discrimination humanitaire, toutes les personnes, quelles que soient leurs confessions, sont considérées en fonction de leurs besoins. La mise en place du projet se fait en coordination avec les leaders religieux musulmans.

Le principe d'intervention de la Caritas Guinée se fonde sur une démarche traditionnelle et historique d'introduction progressive dans les communautés, afin de prendre contact et de respecter l'autorité des élus locaux et des leaders religieux qui bénéficient de la confiance de la part de leurs communautés. Ces contacts servent de porte d'entrée dans ces communautés pour renforcer l'acceptabilité. Les équipes Caritas Guinée expliquent en tout temps leur présence et les objectifs qui les conduisent dans les villages avant de commencer n'importe quelle activité.

Par ailleurs, la stigmatisation des populations des foyers actifs, le désaccord des populations sur certaines mesures de quarantaine et la peur et l'exaspération face à une situation qui devient de plus en plus insoutenable et incontrôlable sont



socialement préjudiciables et peuvent mener à des contestations et autres révoltes sociales. La lutte contre Ebola, maladie à fort taux de mortalité, contre laquelle il n'existe aucun traitement, s'est heurtée à des réactions de déni, parfois violentes, des populations. À titre d'illustration, en Guinée, dans la semaine du 17 septembre, sept responsables locaux et journalistes guinéens portés manquants après des heurts lors d'une campagne de sensibilisation dans le sud du pays, région la plus touchée, ont été retrouvés morts, tués par les habitants du village de Womé, en fuite pour la plupart.

Risque	Probabilité de réalisation	Incidence sur l'atteinte des résultats escomptés	Stratégie de gestion des risques de l'ONG
Il peut y avoir un risque de contamination du staff	Très faible	Faible	Tous les staff de Caritas-Guinée sont suffisamment informés et avertis sur les modes de contaminations et donc de prévention de l'épidémie Ebola. Ensuite, dans l'exercice de leur travail sur le terrain, des recommandations sont faites qui doivent être strictement respectées pour éviter d'être en contact avec les personnes malades ou les corps décédés d'Ebola. Enfin ils reçoivent du matériel de protection avant, pendant et après le travail. Le personnel n'est dédié qu'aux activités auxquelles il est affecté. Exemple: Les staff déployés par OCPH/Caritas-Guinée ne doivent pas faire ou assurer autres activités comme celles réservées aux agents de MSF ou de la Croix-Rouge telles: les transferts des malades d'Ebola ou les enterrements sécurisés ou encore intervenir directement dans la gestion des CTE (Centre de Traitement Ebola).
Risque de troubles sociaux du fait de la réticence des communautés à la présence des acteurs humanitaires, notamment internationaux	Elevé	Faible	De mauvaises rumeurs et des réticences communautaires persistantes font accuser les ONG internationales de tous les maux liés au virus Ebola. La stratégie d'approche communautaire qu'utilise la Caritas-Guinée permet d'éviter à priori les obstacles à la réalisation de ses activités. 90% des agents de sensibilisation et animateurs communautaires des comités de veille sont originaires de leurs propres localités. Les responsables et leaders religieux (prêtres et aumôniers...) bénéficient de la confiance unanime des communautés, ce qui facilite les sensibilisations. Le transfert de l'exécution de plusieurs aspects de la réponse au niveau communautaire a été recommandé par les communautés elles-mêmes et par les comités de coordination nationale de gestion. Caritas-Guinée fait partie des organisations qui mettent en place ces recommandations. Des mesures spéciales sont prévues en cas de recrudescence des réticences communautaires
-Risque de voir la stratégie de fixation de ne pas fonctionner	Faible	Elevé	2340 personnes contacts ont été suivies sur toute l'étendue du territoire national. Une analyse aléatoire a prouvé que les quelques personnes qui se déplacent le font dans le but d'aller chercher leur subsistance. Très peu seulement parmi elles (0,5%) se déplacent d'une ville à une autre pour trouver de meilleures conditions de vie. C'est pourquoi la stratégie de renforcer le travail de persuasion via l'implication des leaders religieux et

			des agents communautaires des comités de veilles pourra résoudre cet écart de compréhension.
-Risque lié à la mise en quarantaine et limitation des mouvements	faible	Très faible	Le gouvernement de la Guinée n'envisage pas pour le moment cette option de mise en quarantaine contrairement au Libéria et la Sierra Léone. Les agents de la Caritas Guinée interviennent sur le terrain directement dans les villages concernés, dont ils sont issus.
-Risques de pénurie du matériel à distribuer (du fait demande croissante des ONGs + blocage des frontières)	Faible	Faible	Les matériels nécessaires sollicités pour être distribués et utilisés sont produits au niveau local c'est à dire en Guinée même. Il n'ya pas d'annonce de pénurie par les sociétés ou entreprises productrices qui réalisent aussi sûrement l'enjeux de la situation et ont augmenté leur capacités de production. Les organisations/ONGs demandeurs de matériels et qui interviennent directement sont très limitées: OCPH/Caritas-Guinée ; Plan Guinée et d'autres petites structures interviennent dans la prévention; MSF et la Croix-Rouge dans la gestion des CTE, les désinfection domiciliaires et les enterrement sécurisés; enfin le CDC, Hambourg et Louis Pasteur gèrent les laboratoires et les investigations

### **Coordination humanitaire**

*Inscrit dans le plan des autorités locales, du Ministère et du gouvernement guinéen, le présent projet s'insère dans le but défini officiellement de rejoindre un nombre plus élevé de la population à travers les distributions et la sensibilisation. Pour assurer le meilleur échange d'information possible, la Caritas Guinée participe à toutes les rencontres de coordination au niveau national. L'organisation est également membre permanent du comité national de crise dirigé par le gouvernement. La Caritas Guinée reste l'une des principales organisations nationales intervenant directement avec les populations avec un vaste réseau d'animateurs communautaires déployés au niveau local. Sa présence est sollicitée à diverses instances de rencontre pour assurer la remontée d'information et le compte-rendu des réalités du terrain. Le Secrétaire Général fait office de représentant à ce comité qui se réunit 4 fois par semaine.*

*Au niveau décentralisé, la Caritas Guinée participe également aux réunions avec les autres partenaires d'intervention dans la riposte.*

*L'organisation tient régulièrement des rencontres de coordination pour faire le point de l'analyse épidémiologique de la situation en recensant toutes les informations utiles afin de prendre de nouvelles décisions. Les rencontres des sous-commissions techniques précèdent les rencontres de coordination afin de collecter les données pouvant alimenter l'analyse épidémiologique globale.*

*La Caritas Guinée communique ses rapports de ses activités aux autorités gouvernementales et aux instances humanitaires afin d'alimenter la base de données des rapports d'urgence humanitaire*

*Le présent projet s'inscrit par ailleurs dans la stratégie STEPP (Stop, treat, ensure, preserve, prevent) définie par OCHA en septembre. Le projet met en application 6 des 13 actions critiques proposées par les Nations Unies dans leur approche intégrée de la crise sanitaire.*



## IX. CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION

<b>Description</b>	<b>Libellé</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Période</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>Objectif global</b>	Continuer à contribuer à la mobilisation sociale, le soutien et la sensibilisation des populations pour rompre la transmission du virus hémorragique Ebola en Guinée.	- Augmentation du nombre de personnes sensibilisées et qui adoptent des comportements responsables pour limiter l'épidémie; - Baisse du taux de personnes contactes	Rapports d'activités	4 mois (01 sept - 31 Déc. 2014)	Implication d'acteurs ou groupes mal perçus par la vocation de l'église, dans la riposte générale tels des groupes soutenus par des réseaux terroristes ou encore des bandes de narcotrafiquants, ...
<b>Objectif spécifique-1</b>	Intensifier de nouvelles stratégies d'information et de sensibilisation des populations à priori les femmes dans les foyers actifs et à risque, sur les mesures préventives et sanitaires face à l'épidémie de fièvre EBOLA	Types de canaux de communication utilisés	Rapports d'activités	4 mois (01 sept - 31 Déc. 2014)	--- / / ---
<b>Résultat-1</b>	Les stratégies de communication utilisées sont efficacement adaptées et 90% des populations sensibilisées acceptent la maladie et pratiquent les mesures d'hygiène individuelles et collectives;	Baisse du taux ménages réticents	Rapports d'activités	4 mois (01 sept - 31 Déc. 2014)	--- / / ---
<b>Activité1-1</b>	Organisation des groupes de parole / VAD (visites à domicile)	Nombre de ménages touchés	Rapports d'activités Photos d'actions	3 mois (15 Sept- 15 Décembre)	--- / / ---
<b>Activité1-2</b>	Projection de scénarios audio-visuels (vidéos projections) adaptés	- Nombre de séance de projection - Nombre total de participants aux séances	Rapports d'activités Photos d'actions	2 mois au minimum (15 Octobre - 31 Déc. 2014)	--- / / ---
<b>Activité1-3</b>	Organisation d'une Giga conférence-débats radios télévisées	- Présence du nombre d'acteurs intervenant - Nombre de médias mobilisées	Rapports d'activités Photos d'actions	3 semaines (08 Oct. - 31 Oct. 2014 )	--- / / ---

<b>Objectif spécifique-2</b>	Mettre en place et distribuer massivement des intrants et dispositifs basiques d'hygiène aux populations des foyers actifs et à risque.	- Baisse du taux de transmission	Rapports d'activités	au moins 3 mois (15 sept - 31 Décembre)	--- / / ---
<b>Résultat-2</b>	Motivation et distribution de dispositifs et intrants basiques d'hygiène aux ménages et lieux publics des localités touchées;	- Quantité par type d'intrants basiques distribuée - Taux de personnes qui respectent les mesures d'hygiène individuelle et/ou collective	Rapports d'activités	3 mois, 2 semaines (15 sept - 31 Décembre)	--- / / ---
<b>Activité2-1</b>	Distribution de d'intrants basiques d'hygiène dans les ménages	- Nombre de ménage servis	Rapports d'activités Photos d'actions	3 mois, 2 semaines (15 sept - 31 Décembre)	--- / / ---
<b>Activité2-2</b>	Placement de dispositifs/back à hygiène dans les lieux publics	- Nombre de lieux publics	Rapports d'activités Photos d'actions	3 mois, 2 semaines (15 sept - 31 Décembre)	--- / / ---
<b>Objectif spécifique-3</b>	Renforcer et multiplier le système de surveillance, d'alerte et d'information précoce et limiter la mobilité/déplacement des personnes contactes et suspectes.	- Taux élevé de détection précoce des cas contacts et suspects	Rapports d'activités	3 mois, 2 semaines (15 sept - 31 Décembre)	--- / / ---
<b>Résultat-3</b>	Tous les cas suspects et les personnes contactes sont déclarés et au moins 1.000 personnes contactes et suspects sont fixées pendant leur période de suivi et de contrôle;	- 100% des personnes contactes et suspectes sont identifiées et suivies systématiquement	Rapports d'activités	3 mois, 2 semaines (15 sept - 31 Décembre)	--- / / ---
<b>Activité3-1</b>	Mise en place d'équipes de veille et points focaux de suivi et d'alerte précoce	- Nombre d'équipes mises en place - Nombre de cas détectés précocement	Rapports d'activités Photos d'actions	3 mois, 2 semaines (15 sept - 31 Décembre)	--- / / ---
<b>Activité3-2:</b>	Distribution de vivre (subsistance) aux personnes contactes	- Nombre de personnes ayant reçu les vivres	Rapports d'activités Photos d'actions	2 mois, 2 semaines (15 sept - 31 Novembre)	--- / / ---
<b>Objectif spécifique-4</b>	Faire de <b>OCPH/Caritas-Guinée</b> , un modèle d'organisation humanitaire crédible au service des populations.	- Augmentation de la visibilité et reconnaissance des actions de OCPH/Caritas-Guinée	Rapports d'activités	4 mois (01 sept - 31 Déc.)	--- / / ---
<b>Résultat-4</b>	OCPH/Caritas-Guinée est répertoriée comme une principale organisation modèle humanitaire au niveau national.	- Nombre d'acteurs nationaux partenaires qui connaissent ? les objectifs OCPH - Nombre d'acteurs internationaux qui connaissent les objectifs OCPH	Rapports d'activités	4 mois (01 sept - 31 Déc.)	--- / / ---
<b>Activité4-1</b>	Communication et coordination des activités/ Capitalisation des activités et	Nombre de communication publique réalisé	Rapports d'activités Photos d'actions	4 mois (01 sept - 31 Déc.)	--- / / ---

<i>ancrage institutionnel</i>		<i>Types et nombre de rencontres</i>			
<b>Activité4-2</b>	<i>Suivi et évaluation des activités</i>	<i>Nombre de missions de suivi réalisées. Respect des délais d'exécution des activités</i>	<i>Rapports d'activités Photos d'actions</i>	<i>4 mois (01 sept - 31 Déc.)</i>	<i>--- / / ---</i>

**X. BUDGET**

<b>RECAPITULATIF DES TAUX DE DEPENSES</b>	<b>MONTANT</b>	<b>%</b>
<i>Budget total</i>	621 779	100
<i>Communication/sensibilisation/mobilisation sociale</i>	133 154	21,42
<i>Intrants basics d'hygiène</i>	135 231	21,75
<i>Appui à la surveillance et suivi des contact</i>	162 858	26,19
<i>Caburant + Logistique</i>	24 693	3,97
<i>Prise en charge personnel</i>	117 133	18,84
<i>Coût opérationnel de support (y compris audit et évaluation)</i>	48 711	7,83

<b>BUDGET TOTAL</b>	<b>621 779 \$</b>
<b>MONTANT MOBILISÉ</b>	<b>1 408 \$ (OCPH)</b>
	<b>84 500 \$ (CRS)</b>
	<b>15 000 € (Caritas Italiana)</b>
<b>RESTE À MOBILISER</b>	<b>516 630 \$</b>