



PLAN MONDIAL DE RÉPONSE HUMANITAIRE À LA COVID-19

**RAPPORT
D'ÉTAPE**

SECONDE ÉDITION
31 AOÛT 2020



Table des matières

- 02 En un coup d'œil
- 03 Contexte opérationnel
- 05 Adaptation de la réponse sur le terrain
- 07 Protection
- 10 Sécurité alimentaire
- 13 Aperçu de la situation financière
- 14 Financement par appel
- 16 Financements souples et non affectés
- 18 Fonds communs, CERF et CBPF
- 21 Progression de la réponse
- 25 Indicateurs de suivi

En un coup d'œil

Les impacts de la pandémie de COVID-19 sur la vie et les moyens de subsistance des personnes les plus vulnérables sont immenses au vu du nombre de personnes infectées et de la profonde crise économique qui s'en suit. Ce sont les individus et les groupes de population qui souffraient de la violence, de la stigmatisation, de la discrimination et d'un accès inégal aux services de base et de leurs conditions de vie, qui portent le poids de cette nouvelle crise. Le Plan mondial de réponse humanitaire (GHRP) à la COVID-19 analyse et répond aux conséquences de la pandémie, directes pour la santé publique et indirectes pour l'humanité, en particulier pour les personnes vivant dans des pays déjà confrontés à d'autres crises.

La portée et l'échelle de la troisième version du GHRP, publiée le 16 juillet, témoigne de l'augmentation de l'étendue et des conséquences dévastatrices de la pandémie. La mise à jour de juillet du GHRP vise à apporter une aide à 250 millions de personnes dans 63 pays¹, soit plus du double du nombre de personnes initialement ciblées pour recevoir une aide humanitaire au début de l'année, quand l'Aperçu de la situation humanitaire dans le monde, couvrant 55 pays, a été lancé en décembre 2019. Les besoins de financement en réponse aux besoins humanitaires immédiats, causés ou exacerbés par la COVID-19, ont augmenté de 6,71 milliards de dollars en mai à 10,31 milliards de dollars à la mi-juillet. Le GHRP est actuellement financé à hauteur de 23% et les partenaires humanitaires font état de 2,36 milliards de dollars de financement. Voir ci-dessous un aperçu des composantes des coûts et les pages 13 à 15 pour plus de détails sur la progression du financement.

COMPOSANTE COÛT	Besoins financiers (USD)
Réponses au niveau des pays	8,49 Md
Réponse mondiale	1,83 Md
<i>Mesures de prévention de la famine et mise en place de stocks pour limiter la possibilité de famine dans les communautés les plus vulnérables</i>	500,0 M
<i>Enveloppe des ONG Financement supplémentaire non alloué aux ONG, outre les besoins financiers des pays, pour renforcer les actions de réponse rapides et permettre aux ONG de réorienter leur réponse aussi rapidement que l'évolution de la pandémie</i>	300,0 M
Services d'appui Transport aérien humanitaire, Medevac et migrants bloqués	1,03 Md
TOTAL	10,31 Md

Dans une perspective d'avenir, dans les Aperçus des besoins humanitaires et les Plans de réponse humanitaire de 2021, les effets de la COVID-19 seront pris en considération au même titre que d'autres chocs ou tensions affectant la population. En conséquence, le Plan mondial de réponse humanitaire sera fusionné avec l'Aperçu des besoins humanitaires dans le monde. Dans la plupart des cas, la COVID-19 sera l'une des nombreuses causes des besoins humanitaires, les impacts sanitaires et socioéconomiques recoupant d'autres risques liés à la santé, à la nutrition, à la sécurité alimentaire, aux moyens de subsistance et à la protection pour différents groupes de population.

Le renforcement de la collaboration humanitaire-développement sera donc crucial pour aider à renforcer la réponse humanitaire et favoriser la complémentarité avec d'autres réponses en cours ou programmées en évitant ainsi toute duplication et en identifiant les zones ou les groupes pour lesquels des réponses en matière de développement et/ou socioéconomiques pourraient être plus appropriées. Cela permettra un partage des données et de l'analyse mutuellement bénéfique sur la profondeur de l'analyse des besoins.

Le présent Rapport d'étape est un résumé de la réponse collective aux impacts humanitaires de la COVID-19 dans les 63 pays couverts par le GHRP. Il présente une mise à jour du contexte opérationnel ; des exemples de la manière dont les partenaires humanitaires continuent à adapter leurs réponses sur le terrain ; des sections focalisées sur la Protection et la Sécurité alimentaire ; un aperçu et une analyse des financements ; des informations sur la manière dont les fonds communs soutiennent la réponse ; une mise à jour des priorités stratégiques de la réponse et les progrès réalisés par rapport aux indicateurs clés. Des versions ultérieures de ce rapport seront publiées à la fin du mois de septembre et du mois d'octobre.



Sana'a, Yémen

Un volontaire guide les enfants en leur apprenant comment se laver correctement les mains.

Dhia Al-Adimi/UNICEF

¹ Sans ajouter de nouveaux pays, la version de juillet comprend la composante humanitaire des plans intersectoriels existants de pays dans lesquels les besoins des personnes vulnérables n'étaient pas couverts dans le cadre de plans régionaux pour les réfugiés et/ou les migrants. Ces pays sont le Bangladesh, Djibouti, l'Équateur, la Jordanie, le Kenya, l'Ouganda, la République du Congo, la Tanzanie et la Zambie.

Contexte opérationnel

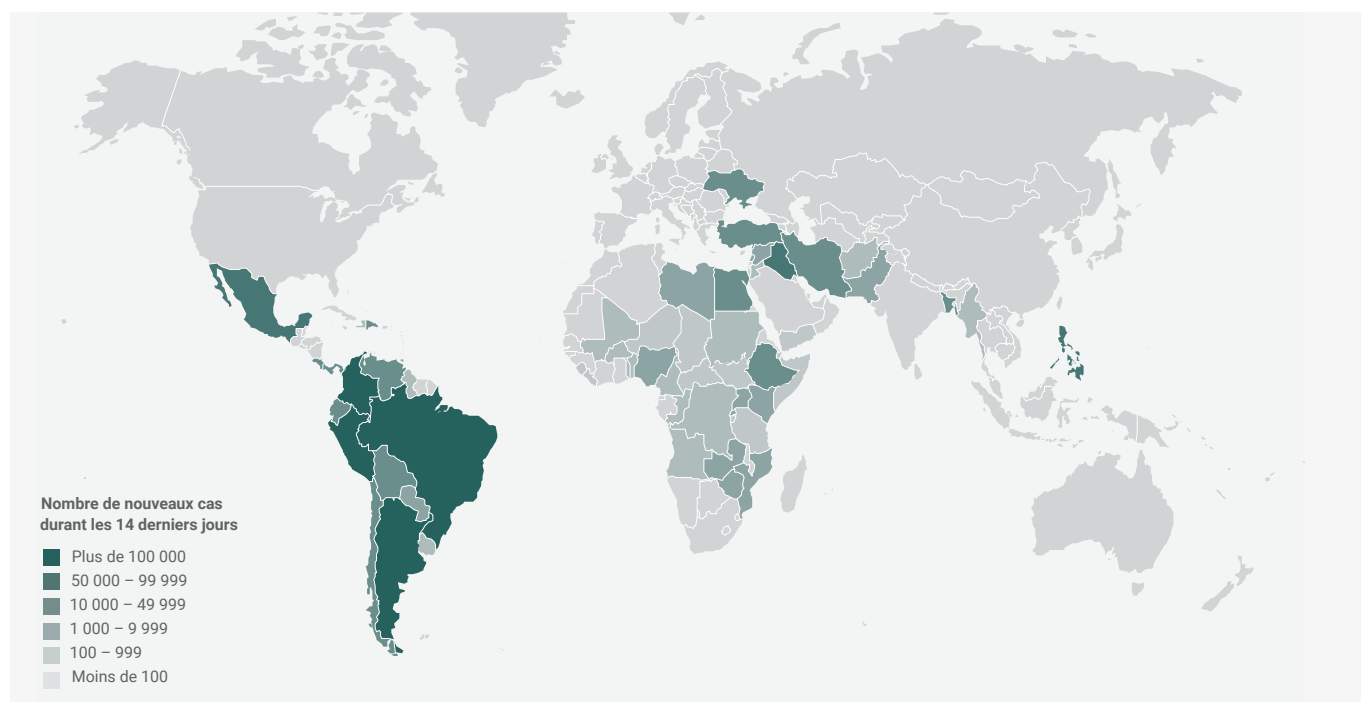
APPELS INCLUS DANS LE GHRP

52DONT :
HRP 24
RRP 5RMRP 2
AUTRE 21

CAS CONFIRMÉS

8,86M

MORTS CONFIRMÉES

321kSource : Organisation Mondiale de la Santé. covid19.OMS.int

La pandémie de la COVID-19 a continué à avoir des effets dramatiques sur les personnes les plus vulnérables dans le monde. Au 28 août, le nombre total de cas de COVID-19 dans les 63 pays du GHRP avait atteint 8,9 millions de personnes dont 321 000 ayant perdu la vie. Les pays du GHRP en Amérique latine et dans les Caraïbes continuent de représenter la majorité des cas et des décès. Le nombre de cas a augmenté au Moyen-Orient et en Afrique du Nord au cours du dernier mois. Les cas déclarés ont diminué en Afrique et en Asie-Pacifique mais leur nombre n'est pas le même dans tous les pays de ces régions en raison de divers facteurs tels que leur capacité de dépistage, leurs facteurs socioéconomiques, l'état de leur système de santé et leurs vulnérabilités existantes. De même, de nombreux exemples dans le monde indiquent un revers du ralentissement temporaire du nombre de cas.

Le coût d'une réponse inadéquate à la pandémie sera dévastateur pour la vie des individus et les économies de ces pays. Le coût des interventions tardives ne fera que croître. L'analyse effectuée par OCHA et ses partenaires indique que le virus de la COVID-19 pourrait infecter jusqu'à 640 millions de personnes et tuer 1,67 million des populations les plus vulnérables dans le monde dans 32 pays à faibles revenus et plonger au moins 71 à 100 millions de personnes dans une pauvreté extrême si des mesures ne sont pas prises d'urgence par la communauté internationale¹. Les organisations humanitaires interviennent pour répondre à la COVID-19 et soutenir les opérations en cours mais elles sont confrontées à la pression croissante de la pandémie qui continue d'aggraver la fragilité et les vulnérabilités existantes.

Les effets négatifs de la pandémie sont de plus en plus avérés sur la sécurité alimentaire avec une menace croissante de famine dans certains pays, la perturbation des campagnes de vaccination, l'impact sur les enfants des perturbations de l'éducation et sur la violence sexiste. La menace de famine et de pauvreté accrue continue de croître par suite des mesures d'atténuation de la COVID-19, telles que les restrictions imposées aux déplacements pour limiter la propagation du virus, et d'autres facteurs de l'insécurité alimentaire aiguë. Selon une analyse FAO-PAM d'alerte précoce des points chauds de l'insécurité alimentaire, 27 pays sont exposés au risque d'une grave aggravation en insécurité alimentaire. Les interventions en matière de sécurité alimentaire restent peu financées malgré la reconnaissance générale d'un risque de crise alimentaire massive dans de nombreux contextes vulnérables et hautement exposés. Une augmentation urgente et massivement intensifiée de l'assistance est désormais nécessaire pour répondre à l'ampleur de cette crise potentielle.

Les perturbations des services de vaccination restent courantes et affectent des pays dans toutes les régions. Au 24 août, les campagnes de vaccination contre les maladies transmissibles dans 45 pays du GHRP (plus de 70% des pays du GHRP) avaient été totalement ou partiellement reportées ou annulées en raison de la pandémie. Au même moment, certains services de routine ont repris et des campagnes de vaccination auparavant suspendues sont actuellement en cours de planification. Des exemples en sont les campagnes contre la rougeole au Burundi, en Éthiopie, dans la République centrafricaine, dans la République démocratique du Congo et au Népal, ainsi que la campagne

¹ Voir [Le coût de l'inaction durant la crise de la COVID-19](#), 15 juillet 2020.



contre le tétanos-diphtérie au Mali. Leur mise en œuvre est toujours freinée par le manque d'équipements de protection individuelle (EPI), la prise en considération des problèmes de sécurité des travailleurs de la santé, la crainte d'une transmission accrue de la COVID-19, la politique de confinement et les questions d'ordre logistique.

L'éducation demeure l'un des secteurs les plus touchés et dans lequel les conséquences à long terme pourraient être les plus sévères. En août 2020, plus d'un milliard d'apprenants étaient affectés par les fermetures d'établissements scolaires associées à la COVID-19. Plus d'un demi-milliard de ces apprenants (plus de 250 millions de femmes et de filles et 300 millions de garçons et d'hommes) se trouvent dans 45 pays² du GHRP. Seulement 83 pays ont déclaré que les groupes vulnérables ou marginalisés bénéficiaient d'un enseignement à distance. Selon un [Rapport de l'UNICEF](#) publié le 27 août, le nombre d'enfants dans le monde n'ayant pas pu avoir accès à un enseignement à distance du fait de la pandémie du coronavirus et de la fermeture d'établissements scolaires est estimé à 463 millions. Sans une urgente attention à cette crise de l'éducation, des millions d'enfants risquent de ne pas retourner à l'école et d'être davantage exposés au risque de mariages forcés, d'exploitation et d'abus ainsi qu'à des niveaux accrus de pauvreté.

Reconnaissant l'augmentation de la violence sexiste consécutive à la pandémie de COVID-19, due à l'augmentation des confinements et au manque de soutien aux groupes vulnérables, une attention accrue à cette violence a été incluse dans les mises à jour des plans de réponse des pays.

Cette année, le Coordonnateur des secours d'urgence a engagé 100 millions de dollars des Situations d'urgence sous-financées du Fonds central d'intervention d'urgence (CERF) pour apporter un soutien à 10 pays, sur lesquels au moins 5,5 millions de dollars sont dédiés à la violence sexiste. La programmation est en cours de renforcement dans les pays du GHRP mais elle reste freinée par les limites de financement.

Les restrictions de mouvement du COVID-19 continuent de restreindre les opérations humanitaires. S'il y a eu un assouplissement et une réouverture graduels des économies et de l'espace aérien, les ONG locales et le personnel national continuent de faire face à des défis importants, et dans certains endroits, la présence humanitaire est moins importante qu'avant la pandémie, malgré les besoins croissants sur le terrain. Des mesures de quarantaine continuent d'être négociées pour alléger les restrictions imposées aux humanitaires et permettre des mouvements meilleurs et plus efficaces à l'intérieur et à l'extérieur des pays. Cependant, les États doivent accorder des dérogations spéciales aux travailleurs et aux marchandises humanitaires afin que nous puissions continuer et accroître notre empreinte pour atteindre les plus vulnérables.

Malgré tous ces défis, les agences humanitaires ont soutenu et élargi des programmes de sauvetage, en utilisant de nouvelles approches chaque fois que nécessaire. Les programmes existants ont été reconfigurés et des progrès significatifs ont été accomplis vers les objectifs du GHRP. Mais un soutien supplémentaire important des donateurs est nécessaire.

² UNESCO, [Suivi mondial des fermetures d'établissements scolaires liées à la COVID-19](#), tableau de bord au 2 août 2020.



Contexte opérationnel : Adaptation de la réponse sur le terrain

Cette section donne des exemples de la manière dont les partenaires humanitaires ont adapté leurs programmes et la prestation de leurs services à un contexte opérationnel fortement marqué par la pandémie pour s'assurer que l'assistance liée à la COVID et d'autres assistances atteignent les personnes qui en ont besoin.

En **Afghanistan**, les numéros d'urgence recevant des appels de femmes, des enquêtes récentes et des rapports d'ONG indiquent que, dans tout le pays, la violence faite aux femmes et aux filles a augmenté durant la pandémie de COVID-19. Les services dispensés aux victimes de violence sexiste, notamment les soins de santé, les services de police, de justice et sociaux, sont particulièrement affectés par la crise. Un Groupe de travail sur le genre dans l'action humanitaire dans le contexte de la COVID-19 a été mis en place pour diriger l'analyse et la planification d'une réponse à la pandémie qui tienne compte des spécificités. Les partenaires de la Protection ont intensifié le suivi de la protection et un appui spécialisé en vue d'atténuer les risques de violence sexiste et pour la protection des enfants et de prendre en compte les besoins des victimes de violence sexiste. Les partenaires de la Protection dispensent une assistance à la protection des individus, des subventions en espèces aux ménages vulnérables ayant un besoin aigu de protection et un soutien psychosocial.

En **Ukraine**, selon les autorités locales, depuis le début des mesures restrictives en réponse à la COVID-19, le nombre d'appels demandant un soutien face à la violence domestique a augmenté de 30%. Cette augmentation est de 40% à 60% dans l'est de l'Ukraine. En réponse, près de 200 spécialistes d'institutions étatiques, d'organisations non-gouvernementales et d'organisations de la société civile locale ont reçu une formation en ligne de l'UNFPA sur les principes des soins psychosociaux. L'UNFPA, de concert avec la Police nationale et le ministère des Affaires intérieures, a également élaboré des matériels d'informations à l'intention des victimes de violence sexiste sur la manière de se protéger des abus ou de la violence durant la pandémie.

Au **Soudan**, l'UNICEF apporte aux enfants un appui psychosocial pour les aider à gérer le stress causé par la COVID-19. L'UNICEF et les partenaires ont apporté un appui psychosocial à près de 36 000 étudiants dans l'État du Nil-Blanc, dont plus de 2 700 d'entre eux sont des réfugiés. Avec la

fermeture des établissements scolaires et les restrictions imposées aux déplacements, les enfants passent la plupart de leur temps chez eux et ne peuvent pas poursuivre leurs activités habituelles, une situation qui donne lieu à du stress et des tensions. Les familles ont également reçu des conseils sur la manière d'apporter un soutien à leurs enfants par des émissions de radio, des messages WhatsApp et des séances d'engagement des communautés. En outre, plus de 200 membres de réseaux communautaires de protection des enfants, notamment des travailleurs sociaux et des enseignants, ont été formés sur la dispense d'un soutien psychosocial et de conseils aux familles et aux enfants en rendant ainsi possible la poursuite de la réponse dans les mois à venir.

A Bangui, capitale de la **République centrafricaine**, l'incidence de la violence sexiste et sexuelle affectant les enfants a augmenté de 37% en 2019 à 50% entre avril et juin 2020. Les partenaires humanitaires ont fourni des programmes ciblés devant permettre aux enfants d'avoir accès à des mécanismes d'alerte dans leur communauté. Un plaidoyer en faveur de financements flexibles a également été mené auprès des donateurs pour que des fonds plus importants soient alloués à la réponse à la violence sexiste.

Au **Soudan**, l'American Refugee Committee (avec l'appui du Fonds humanitaire du Soudan) a adapté les procédures aux points d'eau pour prévenir les rassemblements et encourager une distanciation sûre entre les personnes faisant la queue. À Bielel, Gereida, Dimsu et d'autres établissements de personnes déplacées dans le Sud-Darfour, le temps d'attente aux points d'eau a été prolongé pour prévenir les attroupements et s'assurer que chacun puisse prendre suffisamment d'eau potable et à usage domestique. Cette organisation a également inclus des messages sur la prévention de la COVID-19 dans le cadre des campagnes de sensibilisation à l'hygiène et des installations de lavage des mains aux points d'eau. Des volontaires communautaires sont également formés pour sensibiliser à l'importance du lavage des mains et à d'autres conseils.

Aux **Philippines**, Oxfam a réuni des organisations humanitaires locales, des administrations locales et le secteur privé (Microsoft et PayMaya, une société de paiements mobiles et numériques) dans un [partenariat devant opérer des transferts d'espèces numériques](#) aux familles urbaines

défavorisées ayant perdu leurs revenus et confirmé des cas de COVID-19. Le soutien en espèces leur a permis d'avoir accès à des vivres, à des médicaments, à l'eau et à des articles d'hygiène. L'utilisation d'une carte prépayée électronique, doublée d'une formation aux transactions numériques, contribue à réduire le risque de transmission du virus ; est efficace et transparente ; et permet aux familles d'avoir accès à des services financiers au-delà de la réponse à la COVID-19.

En **Éthiopie**, le Bureau du Maire d'Addis-Abeba a mis en place une coalition public-privé avec des sociétés du secteur privé (Dalberg Group et Roha Group) et des ONG, dont Save the Children, pour lancer un projet intitulé [Tenachin Bejachin](#) qui signifie « notre santé et entre nos mains ». Le projet devrait aider les personnes vivant dans des communautés à risque élevé qui luttent pour avoir accès à l'eau, à du savon et contre d'autres défis aggravants. Il appuiera aussi les entreprises cruciales pour assurer la santé économique des communautés. Le projet, d'une valeur potentielle totale de 6 millions de dollars, doit soutenir 1,2 million de personnes vulnérables à la COVID-19 dans la capitale au cours des six prochains mois.

Au **Yémen**, le cluster WASH a procédé à une rapide évaluation (par téléphone/en ligne), durant la première quinzaine d'avril de la COVID-19 pour comprendre la connaissance, la perception du risque, les attitudes et les pratiques en relation avec la pandémie. Il en a résulté, par exemple à Aden, que les partenaires humanitaires ont intensifié la sensibilisation en se servant des radios communautaires et des médias sociaux. Les partenaires se servent également de mégaphones, de microphones de mosquées après chaque appel quotidien à la prière et d'amplificateurs installés dans les centres de personnes déplacées. Les Nations unies et les partenaires ont atteint 16,5 millions de personnes à l'aide de documents de sensibilisation à la COVID-19 à travers de nombreuses plateformes. 13,5 millions de personnes ont été touchées par des SMS, 10 millions de personnes ont visualisé des documents sur des plateformes de médias sociaux, 3,6 millions de personnes ont été touchées par des sermons dans des mosquées locales et 3,2 millions de personnes par des visites à domicile.

Le Cash Consortium for **Iraq** a produit un mémoire analysant l'impact de la COVID-19 sur les prix, les marchés et la consommation des ménages. En se servant des données recueillies par cinq gouvernorats depuis mars 2020, ce dossier examine l'impact de la récente crise sur le régime des marchés et l'accès aux marchandises ; identifie les points éventuels de difficultés critiques et passe en revue la répartition géographique de ces effets.

En **Afghanistan**, OCHA a produit une note d'orientation sur les procédures et la coordination des demandes de Medevac/Casevac d'ONG internationales et de la communauté diplomatique. La note indique les coûts et les contraintes de capacité, une liste de 14 procédures à suivre tout au long du processus de demande et 10 annexes relatives aux documents nécessaires. Ces renseignements ont ensuite été communiqués aux ONGI par l'intermédiaire de l'International NGO Safety Organisation, avec laquelle OCHA coordonne la confirmation des demandes, et la MANUA, entité responsable de la coordination des évacuations. Un jet Medevac affrété par la MANUA est actuellement équipé d'une capsule d'isolement pour le transport de patients de la COVID-19, ce qui lui permet d'atteindre la plupart des aéroports européens sans escale. La capsule a été utilisée pour une évacuation dans le pays moins de 24 heures après sa livraison à Kaboul. En raison du manque d'installations médicales sûres et appropriées dans le pays, l'UNOPS est en train de construire une unité de soins intensifs de cinq lits dans un complexe de la MANUA à Kaboul, financée par le Département du développement international du Royaume-Uni et le Fonds humanitaire de l'Afghanistan. L'installation doit être un service « clés en main » complet pour les ONG, les Nations unies et la communauté internationale.

Au **Yémen**, les distributions en personne de vivres et d'autres articles suivent les protocoles de distanciation sociale, notamment le marquage au sol, pour garantir un espacement adéquat entre les bénéficiaires. Certains partenaires ont également élaboré des « pédales mécaniques » simples pour des citernes d'eau ponctuelles. Elles permettent d'avoir accès à l'eau de la citerne sans contact et sans avoir à toucher un robinet. Environ 2 700 postes de lavage des mains ont été installés.

Les partenaires soutenus par le Fonds humanitaire du **Soudan** utilisent des mégaphones et des campagnes mobiles au Darfour. Les travailleurs sociaux de l'Organisation Nada Elazhar pour la prévention des catastrophes et le développement durable au Nord Darfour ont dû réduire le nombre de participants aux sessions qu'ils organisent sur la protection, y compris la formation, le soutien psychosocial et les campagnes. Pour s'assurer qu'ils peuvent atteindre toutes les personnes ayant besoin de soutien, la fréquence des sessions - qui incluent désormais des messages de sensibilisation au COVID-19 - a été augmentée. Dans le sud et l'est du Darfour, l'ALSalam Organization for Rehabilitation and Development a également adapté une partie de son travail de protection en cours avec la communauté déplacée et a lancé des campagnes utilisant des voitures et des mégaphones pour expliquer aux personnes vivant dans les camps de déplacés comment se protéger et protéger leurs familles contre le COVID-19. Plus de 26 000 personnes ont reçu les messages.

En appui à la dispense d'une programmation de l'assistance sous forme d'espèces et de bons en **Colombie**, le Groupe de travail sur les transferts d'espèces est en train de produire une matrice des risques de CVA (ajustement de valeur de crédit) pour la COVID-19. La matrice offre une analyse des risques internes et externes potentiels, de leur probabilité et de leur impact potentiel associé et elle identifie les mesures d'atténuation pertinentes.

NOUVELLES DE LA CONNECTING BUSINESS INITIATIVE (CBI)³

Les réseaux membres de la CBI sont des mécanismes de réponse locaux qui sont particulièrement importants dans des situations telles que la COVID-19 lorsque les mécanismes de réponse traditionnels peuvent ne pas être en mesure de se déployer ou de répondre pleinement aux besoins locaux. Les exemples suivants démontrent leur valeur en tant que premiers intervenants et parties prenantes en réponse tout en travaillant en étroite collaboration avec le gouvernement et la communauté humanitaire.

Au cours des trois derniers mois, le réseau local de CBI en **Haïti**, l'Alliance pour la gestion des risques et la continuité des activités (AGERCA), est intervenu, avec ses partenaires, dans la lutte contre le coronavirus sur le terrain et sur des plateformes numériques. L'AGERCA a lancé la Plateforme de réponse des organisations de la société civile (PROC19), une initiative regroupant plusieurs organisations de la société civile pour exécuter les réponses à cette crise sanitaire. Le réseau a également effectué une enquête d'impact sur l'effet de la COVID-19 sur les petites et moyennes entreprises haïtiennes, distribué des trousseaux d'hygiène et dispensé une formation sur les mesures de santé et de sécurité.

À **Madagascar**, le réseau CBI, la Plateforme humanitaire du secteur privé, a distribué 200 radios solaires et des pochettes éducatives dans les zones rurales pour les familles devant recevoir des nouvelles sur la COVID-19 et pour les enfants devant suivre des cours. Le réseau a continué à distribuer CORONABOKY, le livre de sensibilisation illustré pour les enfants ; maintenu la distribution alimentaire dans la prison d'Antanimora ; pris des mesures sanitaires spécifiques visant notamment à renforcer la capacité hospitalière ; et un projet a été exécuté avec le Refuge des sans-abri Akany larivo Mivoy pour améliorer ses infrastructures et ses offres.

³ La CBI est une initiative multipartite qui transforme la façon dont les réseaux d'entreprises s'engagent avant, pendant et après les catastrophes naturelles et causées par l'homme et les crises humanitaires pour créer des communautés plus résilientes, accroître les capacités locales et atténuer les souffrances humaines. Il est soutenu conjointement par OCHA et le PNUD. Tous les réseaux CBI sont engagés dans la réponse COVID-19. Plus d'informations sur les activités de la CBI dans la réponse à la COVID-19 sont [disponibles ici](#).



Focus sectoriel : Protection

La pandémie de COVID-19 exacerbe les préoccupations relatives à la protection dans les crises humanitaires en exposant à de nouvelles menaces les populations vulnérables et affectées, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes déplacées, les migrants et les apatrides. Malgré les défis, les partenaires de la protection ont dispensé des services essentiels, notamment par des modalités à distance, et ils ont cherché à s'assurer que les droits des personnes concernées soient respectés.

Dans les pays recevant des fonds du GHRP pour la COVID-19, quelque 6,7 millions de personnes ont eu accès à des services de protection. Les mesures de protection vitales sont l'assistance aux victimes et le plaidoyer pour les droits, l'enregistrement et la documentation, les services spécialisés pour les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées, la gestion des cas individuels des victimes de violence sexuelle et l'orientation vers des soins médicaux, le soutien psychosocial, la sécurité et l'assistance juridique. L'action de protection coordonnée a été guidée par le package opérationnel minimum pour la [COVID-19 du Cluster Protection mondial dans les environnements de personnes déplacées](#) et dans les [interventions relatives aux réfugiés du HCR](#).

DROIT À LA PROTECTION DE TOUS

Pour combattre la propagation de la COVID-19, les États ont légitimement restreint la circulation des personnes. À l'heure actuelle, 154 pays et territoires ont entièrement ou partiellement fermé leurs frontières. Au moins 79 d'entre eux ne font pas d'exception pour les demandeurs d'asile en limitant ainsi les droits des personnes ayant besoin d'une protection internationale. Outre l'impact sur les réfugiés, de nombreux migrants se sont retrouvés bloqués à des points frontières dans l'incapacité de retourner chez eux.

Les partenaires de la protection ont collaboré avec les autorités étatiques sur des mesures adaptatives d'enregistrement des nouvelles demandes d'asile par courrier, téléphone, courriel et en ligne pour garantir que les personnes fuyant les persécutions et les dangers puissent continuer à le faire. Une attention similaire a été portée à la situation des personnes bloquées et incapables d'exercer leur droit au rapatriement et à la réunion avec leur famille au-delà ou à l'intérieur des frontières.

Plus de cent États (105 au moment de la préparation du rapport) ont réadapté les procédures d'enregistrement des nouveaux demandeurs. La Colombie, par exemple, a enregistré à distance 57 741 individus (73% de femmes) depuis le début de la pandémie en s'assurant ainsi qu'elles puissent avoir accès à des services cruciaux.

De nombreux pays ont pris des mesures visant à décongestionner les centres de détention mais les personnes privées de liberté restent hautement vulnérables en raison de la surpopulation, de l'accès limité à des soins de santé et au manque d'hygiène. Quelques 109 pays ont adopté des mesures de décongestionnement pour infléchir la courbe du risque de transmission de la COVID-19 suite aux directives publiées par les partenaires de la protection.

XENOPHOBIE, STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

La stigmatisation, notamment les agressions des personnes déplacées et autrement marginalisées, accusées de propager le virus, s'est accrue depuis la flambée de la pandémie. Le rapprochement des communautés affectées a été crucial pour l'atténuation de l'impact du virus lui-même ainsi que pour les nouveaux risques en matière de protection. Parmi les rapports de 57 pays du GHRP, 47% ont documenté des incidents de xénophobie, de stigmatisation ou de discrimination liés à la COVID à l'encontre de réfugiés, de personnes déplacées ou d'apatrides. Les messages xénophobes dans les médias sociaux ou dans les actualités ont donné lieu à des actes de violence et de discrimination contre les non-nationaux, notamment des incidents d'expulsion et de refus de services ou d'expulsion d'hôtels.

Les États ont également mis en œuvre des politiques sur la COVID-19 qui, dans certains cas, ont eu un effet discriminatoire à l'encontre des réfugiés, des demandeurs d'asile et d'autres personnes déplacées. Les autorités frontalières dans certains pays ont refusé le débarquement de personnes déplacées arrivant par la mer sans avoir préalablement déterminé leur besoin de protection internationale ou d'accès à des services de santé liés à la COVID-19.

MAINTIEN DE L'INFORMATION ET DE L'ENGAGEMENT DES COMMUNAUTÉS

Pour atténuer l'impact de la COVID-19, les acteurs de la protection ont accru la communication avec les communautés et décuplé les structures communautaires existantes pour maintenir le dialogue. Les leaders communautaires et religieux, les volontaires de proximité, les membres de groupes de femmes et de jeunes ont diffusé des informations en faisant du porte-à-porte, en se rendant à bicyclette dans des communautés isolées, en se réunissant en petits groupes ou en se servant de mégaphones et de haut-parleurs. Trente-neuf pays déclarent avoir mené des campagnes d'information pour atteindre des zones éloignées ou autrement difficiles d'accès, habitées par des réfugiés, des personnes déplacées, des migrants et des apatrides.

Comme exemples concrets, quelques 614 000 individus ont été touchés par des groupes WhatsApp, des volontaires de proximité et des campagnes de communication de masse en Syrie. Les enseignants, les travailleurs de santé communautaire et les promoteurs de l'hygiène ont atteint plus de 128 000 réfugiés (96% des réfugiés dans la province). Au Soudan, 54 000 réfugiés sud-soudanais ont reçu une communication sur la sensibilisation aux risques, la promotion de la santé, la prévention des infections et la stigmatisation. Une évaluation effectuée ultérieurement a indiqué que 96% d'entre eux avaient compris les messages de prévention qu'ils avaient reçus, notamment sur les endroits où se rendre en quête d'une assistance s'ils développaient des symptômes de la COVID-19.

Les acteurs de la protection ont également favorisé des centres d'appels avec une réponse vocale intégrée dans des langues cibles et mis en place des numéros d'urgence de protection 24/7, suivis d'interventions visant à protéger l'accès aux droits et aux services. Un exemple en a été, en Colombie, l'assistance fournie à plus de 20 000 réfugiés et migrants vénézuéliens, retournés et personnes déplacées par 47 lignes de secours. Dans la République démocratique du Congo, les partenaires humanitaires ont atteint 254 000 réfugiés et personnes déplacées dans le cadre d'une sensibilisation dans tout le pays par des discussions de groupe, des prospectus et des messages communiqués en porte-à-porte.

En outre, des millions de personnes déplacées et d'apatrides ont été touchés par des messages SMS, des messages audio et textuels sur WhatsApp. Des « chats » ont été élaborés pour répondre aux questions courantes et des arbres de communication déployés pour propager des informations précises dans toutes les communautés. Des dialogues ont proliféré via les médias sociaux sur Twitter, Instagram, Trello ainsi que sur des pages Facebook, Kobo et des lignes de secours dédiées dans plusieurs langues, y compris celle des signes. Les 60 pays faisant rapport sur cet indicateur du GHRP ont tous déclaré avoir mis en place des mécanismes de rétroaction et de plainte.

Toutefois, la connectivité reste un important défi. Dans les zones en conflit de la Libye, du Niger, du Tchad et du Yémen, les problèmes de connectivité font obstacle à la capacité de maintenir les communautés vulnérables informées. Les problèmes de connectivité limitent également la capacité de suivre les violations des droits et de gérer la réponse à la COVID-19. Au centre de l'État de Rakhine, au Myanmar, Internet a été interdit pendant plusieurs mois et pendant trois semaines en Éthiopie en juillet. Pour atteindre les personnes sans accès à cette technologie, on a eu recours à la radio et à la télévision pour diffuser les annonces du service public sur la COVID-19. À titre d'exemple, au Burkina Faso, un programme de nouvelles sur la COVID-19 a été diffusé sur 37 stations de radio en langues locales.

GARANTIR L'ACCÈS DES ENFANTS À LA PROTECTION ET À L'ÉDUCATION

Les risques pour la protection des enfants se sont accrues dans toutes les interventions – 23 clusters sur la Protection déclarent une augmentation des incidents ou une augmentation de la violence à l'égard des enfants en raison des mesures liées à la COVID-19. Pour garantir des informations précises et appropriées pour leur âge, les partenaires de la protection des enfants emploient des méthodes de communication qui leur sont adaptées. Les messages sont conçus, en consultation avec les parents, les soignants et les enfants eux-mêmes, en prenant pleinement en considération les facteurs liés à l'âge, au genre, à l'identité culturelle/religieuse et véhiculés sur les affiches, dans des chansons, des récits, des pièces de théâtre. Les partenaires de la protection soutiennent les mécanismes communautaires pour protéger les enfants, notamment les comités de protection des enfants, les groupes parentaux, les clubs d'adolescents, les volontaires communautaires, les espaces sportifs adaptés aux enfants ainsi que les groupes d'éducation à la dynamique de la vie.

**REPONSE A LA
VIOLENCE SEXISTE
(GBV)****ELIYA, DR CONGO**

Groupe de discussion pour les femmes organisé par Transcultural Psychosocial Organisation Crédit : Alioune Ndiaye/OCHA

La violence sexiste a augmenté durant toute la pandémie. Les pays des sept régions (et 24 des 26 domaines de responsabilité de la violence sexiste) déclarent une incidence accrue de la violence sexiste, notamment une poussée des conflits familiaux et de la violence de la part du partenaire intime. Ils affirment également une augmentation des pratiques néfastes à l'égard des filles, comme les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants, dans 15 domaines de responsabilité de la violence sexiste sur 26.

Pour relever ce défi, les acteurs de la violence sexiste dans 40 des 52 pays du GHRP (77%) déclarent que les services liés à la violence sexiste ont été maintenus ou élargis en réponse à la COVID-19. Les fournisseurs de services ont adapté les voies d'orientation existantes et renforcé la protection communautaire. Le personnel de la protection dans des pays comme le Kenya, le Pakistan, le Soudan du Sud et la Zambie ont créé ou étendu des numéros d'urgence 24/7 dans plusieurs langues qui sont les points d'entrée essentiels des victimes. À titre d'exemple, les partenaires de la protection ont établi, dans toute la Colombie, 29 kiosques d'information et points focaux sur la violence sexiste assurant par téléphone ou par courriel une orientation, le suivi des cas et un soutien psychosocial et juridique aux victimes de violence sexiste. De nombreuses interventions, comme au Liban, ont également élargi leur réseau de volontaires de proximité communautaires qui constituent un moyen sûr et fiable d'orientation des victimes de violence sexiste vers des services de soutien. Les interventions au Zimbabwe et au Mozambique ont distribué des puces et du crédit téléphoniques aux mobilisateurs communautaires pour garantir l'accès des victimes et leur orientation vers des services vitaux de protection. Les acteurs de la protection en Syrie dispensent des formations virtuelles sur la violence sexiste aux volontaires et au personnel des numéros d'urgence.



En Afghanistan, des trousse de soutien psychosocial à domicile et de porte-à-porte pour les enfants et les familles ont bénéficié à 100 724 personnes au cours du premier semestre de cette année. Au Tchad, le personnel de la protection a mobilisé des réseaux communautaires de protection des enfants, des enseignants du préscolaire et des associations de mères-enseignants pour effectuer une sensibilisation de porte-à-porte à la COVID-19. Au Bangladesh, en Équateur, au Pakistan et en Ukraine, les procédures de gestion des cas à distance incluent des évaluations et des séances de conseil aux enfants. Les partenaires de la protection en Ukraine ont accru l'assistance d'urgence aux enfants non-accompagnés ou séparés afin de répondre à leurs besoins fondamentaux. En Éthiopie et en Équateur, le suivi des modalités de soins se fait par appels téléphoniques et la mobilisation de volontaires communautaires.

Quand ils sont déscolarisés, les enfants sont exposés à d'autres risques de recrutement armé et de travail forcé (rapportés par 26 clusters de la protection). Les partenaires de la protection s'efforcent donc de garantir que les programmes éducatifs puissent atteindre les enfants vivant dans certaines des communautés les plus vulnérables.

De nombreux pays maintiennent des programmes éducatifs nationaux, notamment pour les personnes déplacées, par la radio, en ligne et par la télévision. À l'heure actuelle, 645 000 enfants et jeunes réfugiés sont déscolarisés en raison de la fermeture obligatoire des établissements scolaires. Nombre de ces enfants bénéficient d'un enseignement à distance/domicile. Au Mali, par exemple, l'enseignement à distance des enfants déplacés de force est assuré par la diffusion de cours scolaires sur la télévision nationale et par la distribution de 5 500 radios alimentées par pile solaire aux écoliers. Le HCR Kenya a apporté un soutien à des cours préenregistrés, élaborés localement et dispensés par des enseignants à la radio à l'intention des élèves du primaire et du secondaire et 2 500 élèves du secondaire ont bénéficié de matériel d'enseignement dans un format sonore, visuel et imprimé par WhatsApp.

LES DEFIS QUI NOUS ATTENDENT

La pandémie affecte de manière disproportionnée les personnes qui étaient déjà vulnérables du fait de leur genre, de leur âge, de leur handicap, de leur statut de déplacées ou de leur appartenance à des groupes marginalisés ou discriminés. Mais le défi réel reste à venir la communauté humanitaire va devoir maintenant répondre à la pandémie alors que le confinement s'assouplit en raison des pressions socioéconomiques ressenties au niveau des ménages et au niveau national en augmentant ainsi le risque de transmission.

Les donateurs ont été généreux dans la lutte contre la COVID-19 mais le grave sous-financement des activités de protection limite la capacité de suivre les tendances et d'identifier les interventions visant à des résultats collectifs en matière de protection. Dans de nombreux pays, comme au Cameroun, en RDC, en Haïti, au Mozambique, au Myanmar, au Niger, au Nigeria, en Ukraine et au Zimbabwe – le cluster Protection est toujours gravement sous-financé et affaiblit ainsi la réponse globale. La communauté humanitaire devra investir et maintenir les investissements dans la programmation de la protection pour répondre à l'augmentation documentée des risques pour la protection ainsi qu'à l'appauvrissement, au chômage, aux troubles civils et à d'autres impacts connexes de la COVID-19 qui se profilent à l'horizon.



Focus sectoriel : Sécurité alimentaire

La pandémie de COVID-19 menace de plonger des millions de personnes au bord de la famine. Pour des millions de personnes luttant déjà pour faire face aux impacts de conflits, du changement climatique, de la recrudescence de criquets pèlerins et des turbulences économiques, la COVID-19 constitue un autre choc compromettant leurs moyens de subsistance et risquant de les plonger dans une situation de faim et de malnutrition aiguës. Il est de plus en plus avéré que les mesures d'atténuation de la COVID-19 exacerbent et amplifient les vulnérabilités préexistantes et les moteurs de la faim aiguë en impactant sur la sécurité alimentaire des deux côtés de l'offre et de la demande. Dans 27 pays, les personnes sont exposées au risque d'une détérioration significative de la sécurité alimentaire dans les six prochains mois selon une récente analyse conjointe FAO-PAM des points chauds de la faim et des vulnérabilités existantes aggravées par la COVID-19.

Entre avril et juin 2020, des analyses du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) ont été effectuées dans 11 pays (Afghanistan, Burkina Faso, Burundi, Honduras, Madagascar, Mozambique et République centrafricaine : analyse urbaine, Nigeria, Somalie, Soudan et Yémen : analyse partielle). Dans six d'entre eux (Burkina Faso, Honduras, Nigeria, République centrafricaine, Somalie et Soudan), une détérioration significative de la situation de la sécurité alimentaire a été observée par rapport au pic de 2019. Au Burkina Faso, le nombre de personnes confrontées à une crise ou à de pires niveaux d'insécurité alimentaire a triplé, leur nombre a augmenté de 60% à 70% au Honduras, au Nigeria, en Somalie et au Soudan et a augmenté de près d'un tiers en République centrafricaine. Le Burkina Faso a rapporté, pour la première fois, des zones classées en Urgence humanitaire (CH Phase 4) et des populations en Catastrophe (CH Phase 5).

Les éléments sur le terrain indiquent que, dans les zones rurales, les limitations dues à la COVID-19 peuvent avoir réduit la production agricole en raison de l'accès limité aux intrants agricoles et de la main

d'œuvre (comme, par exemple, au Burundi, au Honduras, en République centrafricaine et au Soudan) et de la perturbation des schémas migratoires saisonniers des communautés pastorales (comme par exemple, au Burkina Faso, au Nigeria, en République centrafricaine, en Somalie et au Soudan). Mais l'ampleur des impacts de la pandémie varie considérablement d'un pays à un autre. À titre d'exemple, dans la Corne de l'Afrique, le principal facteur d'insécurité alimentaire demeure la recrudescence du criquet pèlerin et, en Afghanistan, un problème émergent majeur est la flambée de maladies du bétail, dans la mesure où les services vétérinaires ont été interrompus ou ralentis par la violence continue et les limitations liées à la COVID-19. Il en résulte que, dans les contextes de crise alimentaire, il est nécessaire de répondre aux besoins humanitaires croissants en tenant compte des chocs existants et d'autres chocs émergents et du fait que la pandémie est l'un des moteurs de l'augmentation de la faim aiguë.

Les interventions en matière de sécurité alimentaire restent peu financées malgré la reconnaissance générale d'un risque de crise alimentaire massive dans de nombreux contextes vulnérables et hautement exposés. Les partenaires du secteur de la sécurité alimentaire ont procédé à une importante reprogrammation des interventions préexistantes en vue de contrer l'impact de la pandémie et d'apporter un soutien aux personnes les plus vulnérables dans la poursuite de l'accès et de la production d'une alimentation nutritive. Une assistance urgente et accrue est nécessaire aujourd'hui pour répondre à l'ampleur de la crise potentielle. Les saisons agricoles cruciales, les déplacements de bétail en quête de pâturages et d'eau, la récolte, le traitement et le stockage de vivres ne peuvent pas être mis en attente. Une augmentation massive de l'assistance alimentaire et de subsistance – semblable à celle de 2017 pour éviter la famine dans le nord-est du Nigeria, en Somalie, au Soudan du Sud et au Yémen – est nécessaire pour prévenir ce scénario et pour éviter à des millions de plonger dans un gouffre.

⁴ Une analyse et une carte actualisées des points chauds de la faim seront publiées en septembre dans le rapport FAO-PAM Alerte et intervention précoces.

MAINTIEN ET INTENSIFICATION DE L'ASSISTANCE HUMANITAIRE, ALIMENTAIRE, NUTRITIONNELLE ET DE SUBSISTANCE CRUCIALE

Une priorité immédiate a été d'assurer que l'assistance humanitaire actuelle aux moyens d'existence et la production alimentaire des groupes les plus vulnérables ne soient pas affectées par la pandémie. Les partenaires se sont adaptés et ont augmenté la distribution d'intrants agricoles et l'assistance à l'élevage pour garantir une production alimentaire et de revenus continue dans les zones les plus vulnérables.

Entre mars et juillet 2020, la FAO a fourni une assistance d'urgence aux moyens de subsistance à deux millions de ménages dans 34 pays. Ces ménages étaient déjà en situation de vulnérabilité avant la pandémie. La FAO a apporté un soutien à plus d'un million de ménages agricoles (approximativement 6,1 millions d'individus)⁵ sous forme d'intrants pour la production végétale et maraîchère pour soutenir les saisons de plantation et contrer les défis liés à la pandémie sous forme de pénuries de main d'œuvre et d'accès limité aux intrants. Une assistance à l'élevage (services de santé animale, fourrage, aliments) a été fournie à 800 650 ménages (approximativement 4,6 millions de personnes), notamment la facilitation de l'accès à l'eau, la protection des corridors de transhumance et l'accès aux marchés et à l'information sur les mesures d'endiguement de la COVID-19 dans les populations nomades⁶.

Le PAM se mobilise pour répondre aux besoins d'au moins 138 millions de personnes en 2020. Compte tenu du fait que les villes portent la charge de la crise de la COVID-19 (90% des cas), plus de la moitié de ses interventions visent à augmenter l'assistance directe dans les zones urbaines, pour la première fois pour certaines.

Le PNUD, en partenariat avec d'autres organisations, a apporté un soutien à plus de 2,4 millions de personnes par la fourniture de semences/intrants agricoles, le démarrage et le relèvement de micro et petites entreprises, le travail contre rémunération, des formations et la création d'emplois au Bangladesh, en Colombie, à Djibouti, en Équateur, en Ouganda, aux Philippines, en Sierra Leone, au Soudan et au Togo.

ADAPTION DE L'ASSISTANCE ET DES MESSAGES

Les programmes d'assistance ont été adaptés de manière à préserver la santé et la sécurité des bénéficiaires et du personnel humanitaire. Ils supposent l'application de la distanciation physique comme, par exemple, en adoptant des alternatives numériques pour la fourniture d'espèces et d'intrants ainsi que des distributions alimentaires alternatives comme des plats cuisinés, des portions à emporter et des aliments fortifiés.

Les acteurs de la sécurité alimentaire dispensent parallèlement des messages de sensibilisation et de prévention de la COVID-19. En Somalie, les plateformes existantes d'argent mobile ont été totalement transformées en transferts mobiles et élargies afin d'inclure des programmes d'assistance Cash + aux moyens de subsistance. Il est essentiel de personnaliser avec précision les informations et les orientations pour endiguer le risque de transmission dans le contexte des communautés d'agriculteurs, de pêcheurs et de pasteurs. Cette personnalisation inclut des messages essentiels sur la prévention de la COVID-19 parallèlement à la chaîne d'approvisionnement alimentaire, notamment les directives de l'OMS sur la prévention de la COVID-19 à l'intention du public. Les campagnes de messages sur la COVID-19 en cours sont estimées avoir touché 3,5 millions de personnes entre mars et juillet 2020.

REDUCTION DES INTERRUPTIONS DES CHAINES CRUCIALES D'APPROVISIONNEMENT ALIMENTAIRE ET ASSURANCE DU FONCTIONNEMENT ET DE LA RESILIENCE DES SYSTEMES AGROALIMENTAIRES

Le fonctionnement approprié des chaînes d'approvisionnement des marchés et des flux des produits agricoles est un facteur essentiel de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Les données primaires et secondaires recueillies indiquent que le traitement, le stockage, la commercialisation et le transport des aliments sont particulièrement affectés par les mesures de confinement de la COVID-19.

Une histoire du terrain

**AFGHANISTAN**

Les projets de formation avicole de la FAO ciblaient spécifiquement les femmes.

Au fur et à mesure du déploiement des mesures essentielles de confinement de la COVID-19 en Afghanistan, les entreprises se sont efforcées de survivre et de nombreux travailleurs se sont retrouvés sans source de revenus. Sans filet de sécurité sociale, de nombreuses familles sont confrontées à de graves contraintes d'accès à suffisamment de nourriture pour couvrir leurs besoins fondamentaux. Hafizullah, un menuisier de la province de Ghor et père de sept enfants s'est demandé comment faire face à la situation. La FAO et un partenaire local dirigent un projet visant à permettre aux familles vulnérables dirigées par une femme de renforcer leurs revenus par la production de volaille et de légumes. Ce projet a permis d'apporter un soutien aux artisans locaux et Hafizullah a été chargé de produire des portes et des fenêtres pour les coopératives d'élevage de poulet devant être distribuées aux femmes en leur permettant ainsi de faire face au confinement et d'établir des liens étroits entre les ménages dirigés par des femmes et leur communauté. « J'étais très inquiet quant à la possibilité de continuer à nourrir ma famille durant le confinement mais, avec l'aide de ce projet, j'ai pu survivre aux moments les plus difficiles. La FAO m'a aidé à maintenir mon activité durant la crise de la COVID-19 », a-t-il expliqué.

⁵ Le nombre de femmes bénéficiant d'un soutien à la production végétale et maraîchère est estimé à 2,4 millions.

⁶ Le nombre de femmes bénéficiant d'un soutien de la FAO à l'élevage est estimé à 1,96 millions. 45 463 de ces ménages (représentant approximativement 225 582 personnes) ont également reçu des espèces dans le cadre de l'approche Cash+ de la FAO.



Les pertes après récolte, en particulier chez les petits producteurs, augmentent en raison de la réduction des capacités des installations de stockage et de traitement, des restrictions imposées au transport et à l'accès aux marchés nationaux et internationaux. Les fruits, les légumes, le lait et la viande sont particulièrement touchés. En Afghanistan, les traditions locales se combinent aux techniques modernes pour renforcer les capacités locales de traitement des aliments tout en construisant des chambres froides, des unités de stockage et des entrepôts à zéro énergie pour stocker les produits locaux en toute sécurité. En Sierra Leone, les femmes et les jeunes cultivateurs sont formés au traitement et à la conservation des légumes et des fruits et à leur commercialisation ; à la négociation des corridors de marché pour les femmes durant les confinements de la COVID-19.

APPUI AUX GOUVERNEMENTS DANS LE RENFORCEMENT ET L'AUGMENTATION DES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE ET RENFORCEMENT DE LA FOURNITURE DE SERVICES DE BASE

Pour atténuer efficacement les impacts socioéconomiques de la COVID-19, il est vital d'agir pour réaliser les engagements du Grand Bargain à améliorer l'efficacité de la réponse humanitaire et à « ne laisser personne de côté ». Les partenaires plaident et interviennent en faveur de l'augmentation de l'utilisation d'espèces le cas échéant pour la réponse humanitaire et de protection sociale afin de répondre aux besoins des personnes affectées par la COVID-19, en particulier dans les zones rurales. Depuis mars, la FAO apporte à plus de 1,1 million de personnes (dont 47% de femmes) une assistance en espèces. La FAO a suivi l'approche Cash+ pour apporter un soutien à 50% de ces personnes. Le soutien du PAM aux gouvernements

sous forme de transferts monétaires comprend un programme en Éthiopie visant à atteindre 17 500 personnes ; des activités à Nairobi, Kenya, visant à aider 279 000 personnes vivant dans des établissements informels ; et une assistance destinée à 180 000 personnes vulnérables en situation d'insécurité alimentaire dans des zones urbaines et périurbaines désavantagées, à forte densité et à faibles revenus en Zambie.

ATTEINTE DE GROUPES EXCLUS ET PRISE EN COMPTE DE L'IMPACT SPECIFIQUE DE LA COVID-19 SUR LES FEMMES ET LES FILLES

Le département colombien de La Guajira enregistre les plus fortes incidences de pauvreté dans le pays et les populations locales accueillent un nombre croissant de retournés et de migrants du Venezuela. Les revenus des familles de la communauté Wayúu dépendent de la vente de produits artisanaux sur les marchés locaux et l'appui actuel à cette communauté a été adapté pour mettre le marché des Wayúu en ligne en permettant ainsi à plus de 79 ateliers d'artisans de continuer à dégager des revenus et à répondre aux besoins de leur famille malgré les mesures de confinement. En Afrique de l'Ouest, la FAO a lancé une initiative « Panier de la ménagère » avec ONU Femmes et l'UNFPA, visant à réunir des producteurs (en particulier, des coopératives de femmes) qui ne peuvent pas vendre leurs produits alimentaires en raison des restrictions imposées par la COVID-19 et les ménages confrontés à une insécurité alimentaire et nutritionnelle, en particulier ceux dirigés par des femmes. Au Népal, le PAM appuie ONU Femmes dans la fourniture de transferts monétaires à 600 ménages dirigés par des femmes appartenant à des groupes vulnérables et marginalisés en réponse à la COVID-19.

Aperçu du financement

BESOINS FINANCIERS DU GHRP (USD)

10,31 Md

FINANCEMENT (USD)

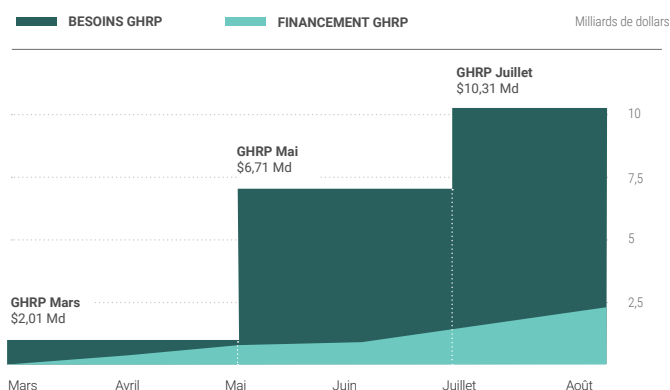
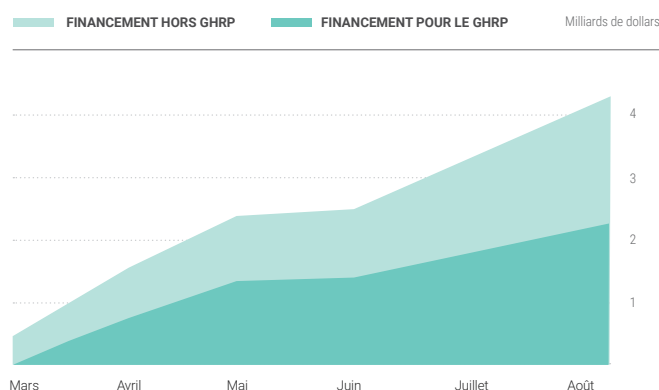
2,36 Md

COUVERTURE

23%

FINANCEMENT HUMANITAIRE TOTAL POUR LA COVID-19 (USD)

4,34 Md

DONT :
Pour le GHRP 2,36 Md
Hors GHRP 1,98 Md

Source : Financial Tracking Service, OCHA. fts.unocha.org

Source : Financial Tracking Service, OCHA. fts.unocha.org

Le financement destiné au GHRP et à la réponse à la COVID-19 a été généreux mais reste encore insuffisant pour couvrir les besoins des personnes les plus vulnérables dans les pays en crise. L'intervention rapide des donateurs dès le début de la pandémie a donné lieu à des montants importants de financements annoncés en mars et en avril. Les rapports indiquent que les nouveaux financements ont considérablement ralenti malgré l'augmentation des besoins et l'évolution alarmante de la pandémie, en particulier dans les pays les plus pauvres et les plus fragiles dans le monde. Les contraintes d'accès, les fermetures de marchés, les confinements et les restrictions de mouvement ont mis au défi les partenaires humanitaires nationaux et internationaux mais les financements obtenus permettent de poursuivre les réponses à la COVID-19 et des réponses humanitaires autres que celles de la COVID-19 dans la plupart des zones.

Au 31 août, les financements pour les besoins financiers du GHRP, notamment les besoins financiers pour 63 pays, sont de 2,35 milliards de dollars, soit de 23%, en laissant 7,96 milliards de dollars non satisfaits. Soit encore 940 millions de dollars de plus que le montant déclaré dans le premier Rapport d'étape du GHRP à la fin du mois de juin. La couverture varie selon les pays et plus de la moitié des plans de réponse des pays moins financés que la moyenne mondiale de 23%, d'où des écarts considérables. Les besoins financiers du soutien opérationnel mondial de 1,03 milliard de dollars ne sont financés qu'à hauteur de 22%.

Un supplément de 1,98 milliard de dollars pour le financement humanitaire a été déclaré pour l'appui bilatéral direct aux gouvernements, le

financement du Mouvement de la Croix-Rouge / Croissant-Rouge, le financement d'organismes des Nations unies et d'ONG autres qu'aux pays du GHRP, notamment un montant de plus de 500 millions de dollars au Plan stratégique de préparation et de riposte et au Fonds de réserve pour les situations d'urgence de l'OMS qui couvrent des pays au-delà de ceux identifiés dans le GHRP. Certains de ces financements ont été fournis de manière flexible aux organisations et pourraient être enregistrés par rapport aux besoins financiers du GHRP au fur et à mesure de la mise en œuvre des projets et de la réception de plus de renseignements.

Comme indiqué ci-dessus, on observe une disparité entre les régions en termes de financement des besoins financiers du GHRP, l'insuffisance la plus grave en Amérique latine et dans les Caraïbes avec une moyenne de seulement 11% des besoins couverts malgré l'augmentation effrayante des cas dans cette région. La couverture du GHRP en Afrique australe et de l'Est (16%) est également considérablement inférieure à la moyenne mondiale de 23%.

Le coût de ne pas avoir pris de mesures extraordinaires pour financer entièrement la réponse prévue est élevé. Sans engagement financier et politique soutenu de financer le GHRP et l'action humanitaire coordonnée, les groupes vulnérables continueront à être les plus durement touchés, comme les personnes âgées, les personnes déplacées et les réfugiés, les femmes et les filles, et les personnes handicapées.

BESOINS FINANCIERS ET FINANCEMENT PAR REGION (POUR LES PAYS INCLUS DANS LE GHRP)

REGION	GHRP BESOINS	FINANCEMENT	COUVERTURE	COVID-19 FINANCEMENT	% DU FINANCEMENT TOTAL POUR LE GHRP
Asie et Pacifique	1,15 Md	313,6 M	27%	436,8 M	72%
Europe de l'Est	46,9 M	22,3 M	48%	29,1 M	77%
Amérique latine et Caraïbes	1,05 Md	114,2 M	11%	119,3 M	96%
Moyen-Orient et Afrique du Nord	2,22 Md	527,8 M	24%	590,2 M	89%
Afrique australe et de l'Est	2,99 Md	470,2 M	16%	546,9 M	86%
Afrique de l'Ouest et centrale	1,03 Md	254,2 M	25%	300,1 M	85%

Source : Financial Tracking Service, OCHA. fts.unocha.org



Financement par appel ^(1/2)

APPEL INTER-ORGANISATIONS		BESOINS FINANCIERS DU GHRP			BESOINS FINANCIERS DU GHRP	FINANCEMENT	COUVERTURE
Afghanistan	HRP	395,7 M	109,1 M	28%	1,13 Md	330,9 M	29%
Burkina Faso	HRP	105,9 M	38,6 M	37%	424,4 M	146,0 M	34%
Burundi	HRP	38,0 M	9,6 M	25%	197,9 M	59,2 M	30%
Cameroun	HRP	81,7 M	23,0 M	28%	390,9 M	100,7 M	26%
RCA	HRP	152,8 M	39,5 M	26%	553,6 M	209,7 M	38%
Tchad	HRP	124,2 M	22,5 M	18%	664,6 M	195,0 M	30%
RDC	HRP	274,5 M	93,0 M	34%	2,07 Md	472,0 M	23%
Ethiopie	HRP	506,0 M	72,2 M	14%	1,65 Md	452,6 M	27%
Haïti	HRP	144,4 M	23,6 M	16%	472,0 M	74,0 M	16%
Irak	HRP	264,8 M	77,3 M	29%	662,2 M	250,7 M	38%
Libye	HRP	46,7 M	26,8 M	57%	129,8 M	110,9 M	85%
Mali	HRP	75,4 M	32,0 M	43%	474,3 M	166,2 M	35%
Myanmar	HRP	58,8 M	31,0 M	53%	275,3 M	112,3 M	41%
Niger	HRP	82,3 M	19,2 M	23%	516,1 M	195,6 M	38%
Nigeria	HRP	242,4 M	56,7 M	23%	1,08 Md	353,6 M	33%
Tpo	HRP	42,4 M	33,9 M	80%	390,4 M	184,5 M	47%
Somalie	HRP	225,6 M	55,3 M	25%	1,01 Md	565,5 M	56%
Soudan du sud	HRP	387,3 M	67,3 M	17%	1,90 Md	616,0 M	32%
Soudan	HRP	283,5 M	87,8 M	31%	1,63 Md	714,9 M	44%
Syrie	HRP	384,2 M	107,4 M	28%	3,82 Md	1,47 Md	38%
Ukraine	HRP	46,9 M	24,2 M	52%	204,7 M	60,2 M	29%
Venezuela	HRP	87,9 M	19,5 M	22%	762,5 M	61,9 M	8%
Yémen	HRP	385,7 M	77,7 M	20%	3,38 Md	811,0 M	24%
Zimbabwe	HRP	85,0 M	19,0 M	22%	800,8 M	151,2 M	19%
Burundi Régional	RRP	65,4 M	9,6 M	15%	275,4 M	22,9 M	8%
RDC Régional	RRP	155,7 M	10,3 M	7%	638,7 M	29,9 M	5%
Nigeria Régional	RRP	-	-	-	-	-	-
Soudan du sud Régional	RRP	128,8 M	12,7 M	10%	1,34 Md	64,0 M	5%
Syrie Régional	3RP	758,3 M	113,2 M	15%	6,00 Md	1,32 Md	22%
Corne de l'Afrique et Yémen	RMRP	31,5 M	0,3 M	1%	76,5 M	0,3 M	<1%
Venezuela Régional	RMRP	438,8 M	38,7 M	9%	1,41 Md	297,2 M	21%
Crise Rohingya	AUTRE	181,4 M	50,0 M	28%	1,06 Md	477,5 M	45%

HRP Plan de réponse humanitaire
 AU Appel d'urgence
 RRP Plan de réponse régional pour réfugiés
 RMRP Plan de réponse régional pour réfugiés et migrants
 AUTRE Autres appels inter-organisations



Financement par appel (2/2)

APPEL INTER-ORGANISATIONS	BESOINS FINANCIERS DU GHRP	FINANCEMENT	COUVERTURE
Bénin COVID	17,9 M	0,1 M	1%
Colombie COVID	329,4 M	23,9 M	7%
RPD Corée COVID	39,7 M	1,8 M	5%
Iran COVID	117,3 M	56,8 M	48%
Liban COVID	136,5 M	40,6 M	30%
Liberia COVID	57,0 M	2,6 M	5%
Mozambique COVID	68,1 M	12,9 M	19%
Pakistan COVID	145,8 M	63,8 M	44%
Philippines COVID	121,8 M	11,4 M	9%
Sierra Leone COVID	62,9 M	8,9 M	14%
Togo COVID	19,8 M	2,7 M	14%
Bangladesh Intersectoriel COVID	205,9 M	47,1 M	23%
Djibouti Intersectoriel COVID	30,0 M	2,9 M	10%
Equateur Intersectoriel COVID	46,4 M	8,5 M	18%
Jordanie Intersectoriel COVID	52,8 M	–	–
Kenya Intersectoriel COVID	254,9 M	17,8 M	7%
RD Congo Intersectoriel COVID	12,0 M	8,3 M	69%
Tanzanie Intersectoriel COVID	158,9 M	2,9 M	2%
Ouganda Intersectoriel COVID	200,2 M	7,2 M	4%
Zambie Intersectoriel COVID	125,6 M	13,3 M	11%
Prévention de la Famine Mondial COVID	500,0 M	–	–
Enveloppe ONG Mondial COVID	300,0 M	3,9 M	1%
Services d'appui Mondial COVID	1,03 Md	228,5 M	22%
TOTAL	10,31 Md	2,36 Md	23%

Financement du GHRP non encore identifié pour une activité spécifique ou un plan de réponse national : \$389,8 M



Financement de la réponse: Financement flexible et non affecté

Au début de la pandémie, il a été reconnu que la flexibilité, l'opportunité et l'assurance que les intervenants de première ligne disposent du financement et des matériels dont ils avaient besoin étaient essentielles pour la réponse à la COVID-19. Ces conditions étaient importantes pour la préparation, les mesures anticipatives et la réponse effective à l'échelle mondiale dans un contexte opérationnel en évolution rapide. Les organismes des Nations unies et les ONG ont travaillé en étroite collaboration pour élaborer la proposition de l'[IASC d'une Approche harmonisée de financement flexible dans le contexte de la COVID-19](#) (30 juin) et les propositions de l'[IASC de résoudre l'inconsistance du déconfinement et du versement de fonds aux ONG dans la réponse à la COVID-19](#) (20 juillet). Ces documents présentent les raisons impérieuses de la nécessité de financements flexibles et de leur transmission opportune des organisations des Nations unies aux ONG, non seulement pour la réponse immédiate mais aussi conformément aux engagements à long terme énoncés dans le Grand Bargain en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficacité de l'aide humanitaire, de fournir des financements flexibles et non-affectés et d'augmenter le financement des acteurs de première ligne.

Selon une enquête effectuée par sept organismes des Nations unies, le montant du soutien flexible (non affecté et souplement affecté) des donateurs pour la réponse à la COVID a beaucoup varié. Les financements flexibles, en tant que pourcentage du total des financements reçus entre le 1er mars et le 31 juillet, varient de 12% à 65%, avec une moyenne de 37%⁷. Ils sont donc inférieurs à la moyenne de 42% précédemment rapportée pour la période allant du 1er mars au 31 mai.

La flexibilité concernant l'endroit et la manière d'utiliser les ressources a été avantageuse à maints égards. UNFPA a eu recours à un financement flexible pour prioriser les besoins en équipements de

protection individuelle (EPI) et la gestion de la logistique au fur et à mesure de l'évolution de la crise. Cela a permis à l'UNFPA d'allouer des ressources au niveau mondial en fonction des besoins au lieu de se baser uniquement sur les contributions réservées au niveau des pays. Un financement flexible a également été choisi pour transporter les EPI et d'autres fournitures vitales dans des délais minimum, en surmontant les goulets d'étranglement logistiques causés par la pandémie aux niveaux international et national.

Quand la COVID-19 a initialement touché la République démocratique du Congo, UNICEF a reconnu l'impact dévastateur probable du virus sur les services de santé publique du pays et les répercussions potentiellement fatales pour les enfants. La flexibilité des ressources a permis l'acquisition rapide d'EPI et de kits de test de diagnostic pour les équipes sanitaires sur le terrain qui étaient exposées à un risque extrême. Les équipes de première ligne ont pu continuer à fournir des services vitaux dans les cliniques et aux communautés dans tout le pays. Bien que crucial, le financement flexible n'a pas suffi à couvrir toutes les insuffisances. La flexibilité du financement humanitaire a été bénéfique pour l'investissement dans la préparation et a permis la poursuite de nombreux programmes gravement sous-financés pour les enfants, notamment en termes de nutrition, de santé, de protection des enfants, de WASH et d'éducation.

Le PAM s'est servi du financement flexible qui avait été donné précédemment à son Compte d'intervention immédiate (IRA) pour soutenir les interventions sous-financées et répondre aux besoins nouveaux et imprévus. Compte tenu de l'échelle mondiale de la crise et de la réponse, le PAM a pu modifier les domaines d'intervention pour suivre la courbe épidémiologique et l'évolution des besoins financiers des partenaires.

⁷ Les pourcentages effectifs sont de 12, 16, 36, 41, 42, 49 et 65.

En outre, les financements flexibles ont soutenu les services communs mondiaux qui fournissent des services cruciaux de transport et de logistique pour la réponse humanitaire et plus largement sanitaire. Grâce aux services communs, le **PAM** a complété les capacités logistiques des partenaires en assurant ainsi la disponibilité d'articles cruciaux pour la COVID-19 dans le monde.

Des fonds flexibles opportuns ont été utilisés pour soutenir les interventions de l'**OIM** dans des pays comme le Bangladesh, le Mali et la Somalie, où la pandémie a exacerbé les besoins humanitaires existants. La flexibilité des fonds a également permis aux bureaux de pays de l'OIM de modifier les activités de leurs programmes durant leur période de mise en œuvre chaque fois que nécessaire.

Les contributions au Fonds spécial pour les activités d'urgence et de relèvement de la FAO (SFERA), spécifiquement le créneau de financement Alerte et intervention précoces (AIP - Early Warning Early Action (EWEA)), a permis à la FAO d'affecter rapidement un financement aux évaluations de pays en Afghanistan, au Burkina Faso, en Colombie, en Irak, au Liberia, au Mali, en Sierra Leone, en Somalie, au Soudan et au Zimbabwe, et de renforcer les équipes de pays au Cameroun, en Haïti, en RDC et au Tchad. Cet instrument de financement flexible a soutenu également la communication sur les risques et les efforts de prévention de la propagation de la COVID-19 le long de la chaîne alimentaire en Afghanistan, au Bangladesh, en Colombie, en Haïti, en Irak, au Pakistan, dans le Sahel, au Soudan et au Yémen.

La réponse rapide du **HCR** a été rendue possible par les contributions non-affectées de plusieurs donateurs qui lui ont permis d'allouer des fonds aux opérations les plus nécessaires et d'intensifier la réponse selon des protocoles stricts et via l'enregistrement à distance pour avoir accès à la protection et aux services. De même, la flexibilité de financement a permis à l'OMS de combler des lacunes géographiques et programmatiques. À titre d'exemple, dans la région AFRO de l'**OMS**, suite à l'affectation, quelques 70% du financement reçu actuellement sont dirigés vers seulement 12 pays d'Afrique, en propageant les 30% restants des fonds de manière très dispersée aux 35 pays restants. La flexibilité du financement a aidé à garantir une allocation plus équitable des financements dans toute la région.

Sept agences des Nations unies ont également déclaré que 62% en moyenne de leur financement flexible ont été ou seront alloués à des pays du GHRP⁸. Le reste a été utilisé pour l'achat et le transport de fournitures dans le monde, dont une grande partie est allée à des pays du GHRP.

La quantité et la vitesse à laquelle le financement des agences des Nations unies parvient aux ONG et aux partenaires de la Croix Rouge/Croissant Rouge de première ligne sont des questions de longue date qui ont été au cœur des discussions sur le financement humanitaire dès

le début de la pandémie. Les orientations susmentionnées de l'IASC sur ces points ont indiqué les étapes à suivre pour augmenter rapidement le flux de financement des agences des Nations unies aux ONG le plus directement possible (en cascade). Pour garantir la transmission opportune des ressources par les agences des Nations unies, les orientations ont suggéré plusieurs mesures concrètes visant à améliorer ce processus, notamment les élargissements sans contrepartie, les procédures simplifiées de libération des financements, la flexibilité des budgets et, s'il y a lieu, des extensions de coût pour élargir la portée de la programmation existante. Un exemple concret en est l'introduction par le HCR de mesures de flexibilité pour la réponse à la COVID-19 afin de permettre aux partenaires de mettre en œuvre des plans de poursuite d'activités et de procéder aux ajustements nécessaires de leurs programmes et de leurs interventions, notamment l'accélération des versements financiers, les extensions sans contrepartie pécuniaire, la réduction des exigences de rapport et l'option de signatures numériques.

Selon cinq agences des Nations unies ayant répondu à l'enquête d'août, 19% en moyenne du financement total reçu pour la réponse à la COVID-19, y compris le financement flexible, seront mis en œuvre par des ONG et/ou des Sociétés nationales de la Croix Rouge/Croissant Rouge. Pour deux agences, ce montant est supérieur à la moyenne annuelle. Pour une agence, le financement de transfert en espèces/subventions est inférieur à la moyenne, en raison essentiellement des importantes sommes des matériels en nature procurées et distribuées aux partenaires internationaux et nationaux. S'il est difficile de mesurer exactement la rapidité avec laquelle les financements sont mis à la disposition des partenaires en raison des différentes modalités de financement, trois agences ont fait état de 30 jours en moyenne et une de 14 jours.

Malgré les progrès concrètement enregistrés depuis le début de la pandémie, d'autres recherches, orientations et stratégies doivent encore être effectuées sur la flexibilité et l'acheminement des financements. En cette période de besoins humanitaires record, les donateurs et les bénéficiaires sont encouragés à fournir rapidement des rapports plus complets et plus transparents au [Service de suivi financier](#) pour améliorer le traçage des flux de financement de deuxième et troisième niveaux des agences des Nations unies aux ONG en prenant particulièrement en considération la ventilation des financements alloués aux ONG nationales et locales. Cela devrait permettre de mieux comprendre si la réponse à la COVID-19 dispose de ressources suffisantes aux niveaux appropriés et d'identifier rapidement les blocages afin de pouvoir les surmonter rapidement. Le Rapport d'étape du GHRP du mois prochain poursuivra l'exploration de ces questions en se concentrant sur l'expérience et le point de vue des ONG.

⁸ Les pourcentages effectifs de chaque agence sont de 30, 52, 71, 89, 95, 98 et 100.

Fonds communs CERF et CBPF

ALLOCATIONS TOTALES (USD)	ALLOCATIONS CERF (USD)	ALLOCATIONS CBPF (USD) ⁹	PAYS
309M	134M	175M	49

PERSONNES CIBLÉES : CERF ¹⁰



PERSONNES CIBLÉES : CBPF ¹¹



À ce jour, les fonds communs d'OCHA ont alloué 309 millions de dollars dans 49 pays pour soutenir les partenaires humanitaires dans leur réponse à la pandémie de COVID-19 comprenant à la fois les nouvelles allocations et la reprogrammation des financements.

APPUI AUX ONG

Les Fonds de financement commun pour les pays et le Fonds central d'intervention d'urgence ont apporté un soutien substantiel aux ONG pour leur permettre de lancer des activités vitales. Ensemble, les fonds communs ont alloué environ 152 millions de dollars à des ONG internationales et nationales, aux sociétés nationales de la Croix-Rouge/Croissant-Rouge et à d'autres partenaires.

Certaines allocations initiales des CBPF ont soutenu des agences des Nations unies pour l'approvisionnement en gros en équipements médicaux et de protection en liaison avec les autorités sanitaires nationales mais les ONG se sont rapidement trouvées au cœur de la réponse des CBPF à la pandémie avec 67% des financements alloués à des ONG à ce jour.

Une toute première allocation du CERF d'un montant de 25 millions de dollars à des ONG par l'intermédiaire de l'OIM est parvenue à 24 ONG – dont un tiers à des ONG nationales. Cette allocation soutient la mise en œuvre de 26 projets ciblant 1,27 million de personnes dans six pays : le Bangladesh, Haïti, la Libye, la République centrafricaine, le Soudan et le Soudan du Sud. Le financement du CERF est axé sur deux secteurs cruciaux pour la réponse à la COVID-19 : la santé (y compris la santé mentale et le soutien psychosocial) et l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Ces projets attachent une considération particulière aux questions liées au genre, notamment la violence sexiste, et aux personnes handicapées.

IMPACT DES FONDS COMMUNS

Ensemble, les CBPF et le CERF ont permis aux acteurs humanitaires d'effectuer des interventions à l'échelle dans des secteurs clés tels que la santé, WASH, la protection et la violence sexiste.

Des campagnes de sensibilisation et les activités de communication sur les risques, financées à la fois par le CERF et les CBPF, ont touché plus de 20 millions de personnes et plus de quatre millions d'unités d'équipements de protection individuelle, de trousseaux de santé et de fournitures médicales ont été livrées.

Avec les financements du CERF, les agences des Nations unies et leurs partenaires ont fourni des approvisionnements cruciaux en eau et en trousseaux d'hygiène à 2,3 millions de personnes, soutenu l'enseignement à domicile de plus de 5 millions d'enfants et dispensé des soins de santé sexuelle et reproductive à 287 000 femmes et filles.

Les allocations en cours des CBPF prévoient la fourniture d'eau salubre, l'accès à une bonne hygiène et à un assainissement amélioré pour environ 8,8 millions de personnes et visent à fournir des services de protection essentiels à 1,7 million de personnes (services médicaux et psychosociaux, trousseaux d'assistance d'urgence, assistance juridique et campagnes de sensibilisation à la protection).

FINANCEMENT (USD)	PAYS	PROJETS	ONG	PERSONNES CIBLÉES
25M	6	26	24	1,27M

RAPIDITE DE LA REPONSE

Les fonds communs d'OCHA ont rapidement décaissé des ressources pour répondre à l'urgence de la réponse. Ces financements ont permis aux organisations humanitaires de démarrer leurs activités dès le 3 février. Au moment du lancement du GHRP, le CERF et les CBPF avaient déjà libéré 79,4 millions de dollars.

Les CBPF ont globalement achevé les processus d'allocation en un mois et initié les décaissements en 7 jours suite à la conclusion d'accords de subventions.

⁹ 175,3 millions de dollars ont été alloués aux partenaires humanitaires dont 15,4M en cours d'examen pour approbation finale.

¹⁰ Inclut les personnes indirectement ciblées comme, par exemple, via des campagnes d'information.

¹¹ Les nombres des personnes ciblées peuvent comprendre un double comptage puisque les mêmes personnes peuvent recevoir une assistance de plusieurs cluster/secteurs/projets.



ALLOCATION DU CERF PAR PARTENAIRE

NOMBRE DE
PARTENAIRES

294

NOMBRE DE
PROJETS

513

TOTAL DES
ALLOCATIONS (USD)

175 M

DONT :
AUX ONG

67%

ONG internationales¹²
64,8 M
37%

Agences UN¹²
57,8 M
33%

ONG nationales¹²
42,9 M
24%

RC/RC¹²
9,8 M
6%


ALLOCATIONS DU CERF PAR AGENCE DES NATIONS UNIES

NOMBRE D'AGENCES
DES NATIONS UNIES

10

AGENCE
UN

TOTAL DES
ALLOCATIONS

PAM	40.0 M
OMS	20.0 M
UNICEF	16.0 M
HCR	6.9 M
PNUD	3.2 M
UNFPA	3.2 M
FAO	3.0 M
OIM	2.7 M
UN-Habitat	0.05 M
ONG via OIM	25.0 M
Fonds Reprogrammés via diverses agences	13.7 M

Une histoire du terrain



SARAROGHA, PAKISTAN

Activité de dépistage à Sararogha, Pakistan. Crédit : EHSAR

L'Education Health Social Awareness Rehabilitation Foundation (EHSAR) soutient les services ambulatoires de trois établissements de santé dans le district du Waziristan du Sud au Pakistan. Avec un financement du Fonds commun humanitaire du Pakistan (PHPH), la Fondation assure des consultations médicales gratuites et fournit quotidiennement des médicaments indispensables à des centaines de patients.

Quand le Pakistan a déclaré un état d'urgence sanitaire et un confinement en raison de la COVID-19 en mars, les autorités locales ont fermé tous les services ambulatoires dans le district.

EHSAR s'est rapidement adaptée et a reprogrammé ses activités grâce aux dispositions mises en place par le PHPH en appui à une réponse flexible.

ESHAR a pu apporter un soutien immédiat et tangible par des campagnes d'information du public et la fourniture d'équipements de protection individuelle, de savon, de masques, de désinfectants et de gants, en étroite liaison avec les services de santé locaux pertinents. Avec la fourniture de deux ambulances bien équipées, cela a permis de répondre à la COVID-19 et à d'autres situations sanitaires critiques.

Le PHPH est l'un des 18 Fonds de financement commun pour les pays (CBPF) d'OCHA soutenant les ONG et les partenaires locaux dans l'atteinte des personnes dans le besoin par suite de la pandémie de COVID-19. Ce Fonds est doté de partenariats de longue date avec des ONG nationales et internationales qui ont diligenté la priorisation et l'allocation de fonds à des activités de première ligne.

CONTRIBUTIONS TOTALES AU CERF ET AUX CBPF

TOTAL DES CONTRIBUTIONS (USD)

1.18 B


DONT :
TO CERF 512.4 M
TO CBPF 667.0 M

DONATEURS

60

TOP 10 DES DONATEURS	TOTAL DES CONTRIBUTIONS	CERF	CBPF
Allemagne	282,2 M	113,4 M	168,8 M
Royaume-Uni	159,8 M	12,6 M	147,2 M
Suède	150,1 M	84,4 M	65,7 M
Pays-Bas	136,8 M	89,4 M	47,4 M
Norvège	83,8 M	50,3 M	33,5 M
Belgique	72,7 M	24,3 M	48,4 M
Canada	52,6 M	22,5 M	30,1 M
Danemark	50,7 M	25,2 M	25,5 M
Suisse	43,3 M	24,0 M	19,3 M
Irlande	42,3 M	11,4 M	30,9 M

Les allocations des fonds communs ont été rendues possibles grâce à des investissements opportuns de donateurs depuis le début de l'année. Leurs contributions ont permis que des ressources substantielles soient immédiatement déployées en appui à l'action humanitaire dans le contexte de la COVID-19 aux endroits et aux moments où elles étaient le plus nécessaires. Tous les donateurs cités dans le tableau ont fait des promesses et des contributions supplémentaires dans le contexte de la COVID-19, des financements préalables prévus pour les prochaines années ou des ressources rapidement décaissées prévues plus tard dans l'année.



Les Nations unies reconnaissent les contributions généreuses des donateurs qui fournissent un financement sans affectation ou un financement essentiel à des partenaires humanitaires, au Fonds central d'intervention d'urgence (CERF) et aux Fonds de financement commun pour les pays (CBPF). Pour des informations plus détaillées sur les contributions et les allocations à la crise de la COVID-19, veuillez consulter pfb.unocha.org/COVID19.

¹² Comprend les fonds fournis aux organisations humanitaires soit en tant que bénéficiaire principal, soit en tant que sous-bénéficiaire (certaines organisations peuvent sous-octroyer une partie de leur budget de financement à une autre organisation).

ALLOCATIONS DES FONDS COMMUNS PAR PAYS/COUNTRY

PAYS / FONDS COMMUNS	TOTAL DES ALLOCATIONS	DONT : CERF	AGENCES UN	ONG INTER.	ONG NATION.	DONT : CBPF ¹³	AGENCES UN	ONG INTER.	ONG NATION.	RC/ RC ⁹
Logistique Mondial	42,1 M	42,1 M	42,1 M	–	–	–	–	–	–	–
Afghanistan	33,1 M	2,6 M	2,6 M	–	–	30,6 M	12,1 M	15,8 M	2,6 M	–
Bangladesh	3,2 M	3,2 M	0,2 M	1,5 M	1,5 M	–	–	–	–	–
Bolivie	0,1 M	0,1 M	0,1 M	–	–	–	–	–	–	–
Brésil	0,2 M	0,2 M	0,2 M	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	4,2 M	4,2 M	4,2 M	–	–	–	–	–	–	–
Burundi	1,8 M	1,8 M	1,8 M	–	–	–	–	–	–	–
Cameroun	1,6 M	1,6 M	1,6 M	–	–	–	–	–	–	–
RCA	14,2 M	6,8 M	1,8 M	5,0 M	–	7,4 M	1,7 M	4,6 M	1,0 M	–
Tchad	2,9 M	2,9 M	2,9 M	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	0,2 M	0,2 M	0,2 M	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	1,4 M	1,4 M	1,4 M	–	–	–	–	–	–	–
RPD Corée	0,9 M	0,9 M	0,9 M	–	–	–	–	–	–	–
RDC	10,2 M	–	–	–	–	10,2 M	1,6 M	7,1 M	1,2 M	0,4 M
Équateur	0,1 M	0,1 M	0,1 M	–	–	–	–	–	–	–
Érythrée	0,4 M	0,4 M	0,4 M	–	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	5,2 M	1,1 M	1,1 M	–	–	4,1 M	2,4 M	1,5 M	0,1 M	–
Haïti	6,9 M	6,9 M	2,9 M	2,9 M	1,2 M	–	–	–	–	–
Iran	2,8 M	2,8 M	2,8 M	–	–	–	–	–	–	–
Irak	12,0 M	0,7 M	0,7 M	–	–	11,2 M	1,9 M	9,0 M	0,3 M	–
Jordanie	8,1 M	2,4 M	2,4 M	–	–	5,7 M	0,3 M	3,0 M	2,1 M	0,3 M
Liban	15,2 M	6,6 M	6,6 M	–	–	8,6 M	0,1 M	3,8 M	4,7 M	–
Lesotho	0,1 M	0,1 M	0,1 M	–	–	–	–	–	–	–
Libye	5,0 M	5,0 M	2,0 M	2,5 M	0,5 M	–	–	–	–	–
Mali	2,4 M	2,4 M	2,4 M	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	0,1 M	0,1 M	0,1 M	–	–	–	–	–	–	–
Myanmar	5,4 M	1,2 M	1,2 M	–	–	4,1 M	1,6 M	1,5 M	1,0 M	–
Namibie	0,2 M	0,2 M	0,2 M	–	–	–	–	–	–	–
Niger	1,7 M	1,7 M	1,7 M	–	–	–	–	–	–	–
Nigeria	8,8 M	1,9 M	1,9 M	–	–	6,7 M	3,7 M	2,6 M	0,4 M	–
Tpo	7,1 M	0,9 M	0,9 M	–	–	6,2 M	5,0 M	0,9 M	0,3 M	–
Pakistan	4,2 M	1,3 M	1,3 M	–	–	2,9 M	0,4 M	–	2,5 M	–
Pérou	0,1 M	0,1 M	0,1 M	–	–	–	–	–	–	–
Philippines	0,2 M	0,2 M	0,2 M	–	–	–	–	–	–	–
Rép. du Congo	0,1 M	0,1 M	0,1 M	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	0,5 M	0,5 M	0,5 M	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	6,5 M	2,6 M	2,6 M	–	–	3,9 M	3,6 M	–	0,3 M	–
Soudan du sud	17,3 M	6,9 M	2,0 M	3,8 M	1,1 M	10,4 M	5,5 M	3,3 M	1,6 M	–
Soudan	20,2 M	9,3 M	6,2 M	2,6 M	0,4 M	11,0 M	4,5 M	5,5 M	1,0 M	–
Syrie	24,4 M	1,8 M	1,8 M	–	–	22,6 M	14,1 M	4,6 M	2,9 M	1,0 M
Frontières Syriennes	26,1 M	0,4 M	0,4 M	–	–	25,7 M	5,4 M	4,0 M	8,1 M	8,1 M
Tanzanie	0,4 M	0,4 M	0,4 M	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	0,1 M	0,1 M	0,1 M	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	4,8 M	0,9 M	0,9 M	–	–	3,9 M	0,1 M	2,3 M	1,5 M	–
Uzbekistan	0,2 M	0,2 M	0,2 M	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela	4,4 M	4,4 M	4,4 M	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela Régional	0,2 M	0,2 M	0,2 M	–	–	–	–	–	–	–
Yémen	0,3 M	–	–	–	–	0,3 M	–	0,1 M	0,1 M	–
Zambie	0,4 M	0,4 M	0,4 M	–	–	–	–	–	–	–
Zimbabwe	1,1 M	1,1 M	1,1 M	–	–	–	–	–	–	–
TOTAL	309,0 M	133,7 M	110,8 M	18,2 M	4,7 M	175,3 M	64,1 M ¹⁵	69,6 M ¹⁶	31,7 M ¹⁷	9,8 M

¹³ Ce tableau comprend les fonds fournis aux partenaires humanitaires en tant que bénéficiaires principaux uniquement. Voir p.17 pour les niveaux mondiaux, y compris les sous-subsventions.

¹⁴ Croix Rouge / Croissant Rouge.

¹⁵ Les agences des Nations Unies ont reçu 64,1 millions de dollars en tant que bénéficiaires principaux et ont sous-accordé 6,3 millions de dollars à d'autres organisations humanitaires. Voir p.18 pour le financement comprenant les sous-subsventions.

¹⁶ Les ONG internationales ont reçu 69,6 millions de dollars en tant que bénéficiaires principaux, avant de sous-octroyer une partie de leur budget aux partenaires locaux, et avant de recevoir des sous-subsventions des agences des Nations Unies en tant que sous-partenaires d'exécution. Voir p.18 pour le financement, y compris les sous-subsventions (total: 64,8 millions de dollars).

¹⁷ Les ONG nationales ont reçu 31,7 millions de dollars en tant que bénéficiaires principaux, avant de recevoir des sous-subsventions des organisations de l'AUTRE en tant que sous-partenaires d'exécution. Voir p.18 pour le financement, y compris les sous-subsventions (total: 42,9 millions de dollars).



Progression de la réponse : Priorités stratégiques

PRIORITÉS STRATÉGIQUES DU GHRP



Contenir la propagation de la pandémie de COVID-19 et réduire la morbidité et la mortalité.



Réduire la détérioration des actifs et des droits humains, de la cohésion sociale et des moyens de subsistance.



Protéger, assister et plaider en faveur des réfugiés, des personnes déplacées, des migrants et des communautés d'accueil particulièrement vulnérables à la pandémie.

Depuis la dernière mise à jour du GHRP, les humanitaires ont continué à s'efforcer d'atténuer la propagation de la COVID-19 malgré le nombre croissant des infections rapporté et les défis en cours en raison des limitations de la mobilité. La grande majorité des pays du GHRP ont mis en place un mécanisme de coordination fonctionnel, multisectoriel et multipartenaires. Toutefois, les déficits de financement et les restrictions de voyage demeurent les deux principaux obstacles à la mise en œuvre des programmes présentés dans le GHRP.

Cette section résume les progrès réalisés par rapport aux objectifs établis dans le Cadre du suivi du GHRP, en décrivant les changements intervenus dans les objectifs et des exemples nuancés ainsi que le cadre du suivi lui-même avec des rapports quantitatifs par rapport aux indicateurs fournis par les agences. Les indicateurs montrent les valeurs

cumulées depuis le lancement du GHRP (du 25 mars à la mi-août) et le descriptif se concentre sur les mises à jour intervenues depuis le lancement de la mise à jour de juillet du GHRP (mi-juillet à mi-août). Les résultats du suivi de la réponse indiquent les progrès tels que tracés par l'agence responsable citée. Les ONG et les clusters ont été également invités à se déclarer par rapport à ces indicateurs (en fonction de leurs interventions) et quand du matériel a été fourni, il a été inclus dans le cadre du suivi et/ou du descriptif. Les partenaires de l'IASC explorent les moyens d'améliorer les rapports par rapport aux priorités stratégiques en saisissant mieux la pleine étendue des efforts collectifs. Ces données sur le suivi continueront à être communiquées dans les prochains Rapports d'étape de septembre et d'octobre.

Progression de la réponse Priorité stratégique n°1

PREVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (IPC) ET SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRE

Depuis le début de la pandémie, 220 814 travailleurs du domaine de la santé ont été formés en prévention et en contrôle des infections et 729 429 travailleurs du domaine de la santé ont reçu des équipements de protection individuelle (EPI). Ces interventions ont été accompagnées de directives claires sur l'utilisation des EPI. L'OIM a continué à œuvrer avec les acteurs et les autorités de la santé à faciliter l'isolement, la distanciation physique et, le cas échéant, la mise en quarantaine. Cela implique une réorientation des établissements sanitaires existants pour en faire des établissements d'isolement et de traitement sur les sites des déplacements. Cinquante-neuf pays du GHRP ont élaboré des plans chiffrés d'approvisionnement en eau, en assainissement et en hygiène (WASH) et fournissent des fournitures WASH essentielles, telles que des articles d'hygiène, pour aider à protéger les populations et réduire les risques de transmission de la maladie. L'UNICEF et les partenaires s'efforcent d'assurer qu'à l'échelle mondiale, toutes les installations et interventions WASH tiennent compte de la spécificité des sexes et qu'elles incluent les personnes handicapées.

Plus d'un milliard de personnes dans 59 pays du GHRP ont été touchées par des messages sur la COVID-19, la prévention et l'accès à des services depuis le début de la pandémie. Plusieurs plateformes sont sollicitées, notamment les médias traditionnels (télévision et radio), les médias sociaux et les annonces par mégaphone et dans les mosquées, pour toucher les personnes par des messages localement et culturellement appropriés. Des campagnes nationales de communication ont été déroulées, touchant 8,3 millions de soignants d'enfants âgés de moins de deux ans par des messages sur l'importance de l'allaitement au sein, des conseils sur l'alimentation des jeunes enfants et sur une saine alimentation.

Le Cluster Télécommunications d'urgence (ETC) s'est efforcé de soutenir des services de communication vitaux, en particulier pour la réponse sanitaire. Au Bangladesh, l'ETC coordonne la fourniture de services de connectivité des données dans 20 centres de traitement. Dans la République centrafricaine et en Libye, des centres d'appel établis et gérés par l'ETC, en partenariat avec les autorités nationales, fournissent un soutien et des conseils sur les questions liées à la COVID-19. Et au Yémen, l'ETC a élargi ses services de connectivité Internet à tous les centres de quarantaine désignés.

SOINS D'URGENCE ET DISTRIBUTION DE FOURNITURES

La flambée de COVID-19 a provoqué une pénurie de fournitures essentielles, notamment d'équipements de protection individuelle, de diagnostics et de matériels pour la gestion clinique. L'OMS avait expédié 57 millions de masques dans 56 pays au 17 août. Plus de trois millions de kits d'échantillons de diagnostic ont été livrés ainsi que des fournitures accrues d'articles biomédicaux comme des concentrateurs d'oxygène, des thermomètres infrarouges et des masques à oxygène pédiatriques et pour adultes. L'OIM a également envoyé des EPI, des thermomètres, des désinfectants pour les mains, des masques chirurgicaux, des gants stériles et d'autres équipements de protection aux pays ciblés. La Brochure du Système mondial d'approvisionnement d'urgence¹⁸ a été mise à jour le 10 août en citant tous les dispositifs médicaux pouvant être sollicités à travers le Portail d'approvisionnement de la COVID-19. Au total, le HCR a livré 250 tonnes métriques d'EPI et des équipements médicaux à des pays du GHRP. Ce total inclut 12 tonnes métriques de tentes d'hôpital et l'approvisionnement de 2 000 concentrateurs d'oxygène et de 1,4 million de blouses.

Au Brésil, le navire-hôpital « Solidarity » de World Vision et l'Église presbytérienne de Manaus dispensent aux communautés les plus éloignées de la région de l'Amazonie des soins médicaux et des fournitures d'hygiène

d'urgence.

77% des pays du GHRP ont aujourd'hui mis en place un groupe de travail sur la santé mentale et le soutien psychosocial (MHPSS). Un mécanisme inter-organisations de déploiement rapide de Coordonnateurs du MHPSS au niveau des pays a été initié. L'IASC a également lancé un nouveau site web compilant toutes les ressources en matière de MHPSS.

VIOLENCE SEXISTE (GBV) ET PREVENTION DE L'EXPLOITATION ET DES ABUS SEXUELS (PSEA)

La COVID-19 a augmenté les risques associés à la violence sexiste. L'UNFPA et les partenaires de l'IASC s'efforcent, en étroite collaboration avec les réseaux sur le terrain, d'adapter les voies de déclaration existantes et de s'assurer que les voies d'orientation soient actualisées et fonctionnelles. Depuis le début de la pandémie, 6,9 millions d'enfants ont bénéficié d'un lieu sûr et de voies accessibles pour déclarer les cas d'exploitation et d'abus sexuels.

Pour renforcer la capacité des bureaux de pays et s'assurer que la PSEA demeure au cœur de la réponse à la COVID-19, l'UNFPA a élaboré une liste de contrôle en cinq points à l'intention des Points focaux et des gestionnaires de la PSEA. L'UNFPA a également soutenu l'élaboration de matériels de communication sur la PSEA qui ont été adaptés au contexte de la COVID-19 comme, par exemple, au Nigeria où l'UNFPA a mis au point des clips audio/podcasts pour adapter les modules de formation. L'UNFPA, l'UNICEF et le Secrétariat de l'IASC ont organisé un webinaire à l'intention des coordonnateurs/réseaux de la PSEA de 32 pays à haut risque sur la mesure de la PSEA dans le contexte de la COVID-19.

SURMONTER LES RESTRICTIONS IMPOSEES AUX DEPLACEMENTS

La COVID-19 continue d'affecter la mobilité mondiale de manière complexe et sans précédent. L'OIM met régulièrement à jour la base de données sur la mobilité afin de cartographier, suivre et analyser l'impact de la pandémie de COVID-19 aux Points d'entrée (POE) et d'autres localisations essentielles. Au 8 août, l'OIM avait évalué 3 835 points d'entrée (936 aéroports, 2 302 points de passage de frontières terrestres et 597 points de passage de frontière bleue) dans 173 pays et territoires. L'OIM a également effectué des évaluations multisectorielles aux points d'entrée avec les autorités nationales au Burkina Faso, au Burundi, au Cameroun et au Soudan.

SERVICES D'APPUI MONDIAUX

Le PAM a mis en place des services aériens de passagers pour le transport du personnel sanitaire et humanitaire vers les pays affectés et dépourvus d'exploitation commerciale fiable. Le service de passagers lancé le 1er mai a atteint 60 destinations en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient. Au 30 août, le PAM avait transporté 21 177 membres du personnel sanitaire et humanitaire pour le compte de 325 organisations sur 1 183 vols. 9 390 d'entre eux sont les membres d'ONG partenaires (44%). Cela représente 97% des demandes de déplacements de passagers reçues.

Le PAM a mis en place le réseau prévu de huit hubs (centres) de réponse humanitaire destinés à faciliter le transport gratuit de marchandises¹⁹. Au 19 août, 35 350 m3 d'articles de réponse à la COVID-19 et d'autres articles humanitaires avaient été transportés dans le cadre de services gratuits pour les utilisateurs à destination de 153 pays pour le compte de 41 organisations sur 643 vols.

Pour s'assurer de la santé et du bien-être du personnel humanitaire et pour minimiser le poids pour le système de soins de santé des pays hôtes, le Secrétaire général des Nations unies a activé un système commun d'évacuation sanitaire pour la COVID-19 (MEDEVAC) le 22 mai. Les services MEDEVAC sont offerts à tout le personnel des Nations unies et

¹⁸ [www.oms.int/publications/i/item/emergency-global-supply-chain-system-\(covid-19\)-catalogue](http://www.oms.int/publications/i/item/emergency-global-supply-chain-system-(covid-19)-catalogue)

¹⁹ Les hubs sont situés à Guangzhou (Chine), Liège (Belgique), Dubaï (EAU), Panama City, (Panama), Kuala Lumpur (Malaisie), Johannesburg (Afrique du Sud), Accra (Ghana) et Addis-Abeba (Éthiopie)

leurs personnes à charge admissibles dans le monde entier ainsi qu'à tout le personnel admissible des ONG partenaires internationales et leurs personnes à charge admissibles dans les pays couverts par le Plan mondial de réponse humanitaire. Dans le cadre de ce système, le PAM a accès à un réseau mondial d'ambulances aériennes sous contrat qui avaient procédé à 39 évacuations pour le compte du personnel humanitaire dans le monde entier au 19 août.

L'OIM a conclu un accord avec le Département de l'appui opérationnel (DOS) des Nations unies pour fournir des services de santé aux membres admissibles du personnel des Nations unies et leurs personnes à charge ainsi qu'à d'autres personnes qualifiées par les Nations unies. Les Cliniques médicales d'évaluation de la santé seront initialement opérationnelles dans 20 endroits et fourniront une large gamme de services aux patients de la COVID-19 et à d'autres patients.

Progression de la réponse

Priorité stratégique n°2

VIOLENCE SEXISTE (GBV)

Les résultats de l'enquête de l'UNFPA sur la violence sexiste ont indiqué que, généralement, les services qui y sont liés (en personne et/ou à distance) ont été maintenus avec moins de perturbations que pendant la période couverte par le rapport précédent grâce à l'amélioration des modalités à distance. Au Pakistan, des services télé-psychosociaux ont été dispensés avec une attention particulière sur la violence sexiste. En République dominicaine, la continuité des services sanitaires liés à la violence sexiste a été assurée par l'élargissement de l'accès par téléphone, courrier et messagerie. En Somalie, une assistance psychosociale et des orientations sont assurées sur les sites de quarantaine pour les migrants internationaux de retour. L'OIM a adapté ses efforts de prévention et de réponse à la violence sexiste pour reconnaître et prendre en compte spécifiquement l'incidence de la COVID-19 pour les femmes et les filles. À titre d'exemple, à Cox's Bazar, au Bangladesh, des hommes et des garçons ont été engagés dans un programme sur l'égalité des rôles des hommes et des femmes durant la COVID-19, qui promeut leur implication dans le maintien et le respect des processus d'assainissement et d'hygiène ainsi que leur contribution aux soins et aux responsabilités domestiques. Le HCR a également appuyé la création d'espaces sûrs comme à Aruaca, en Colombie, où un nouvel espace de protection prend en charge les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les victimes de violence sexuelle. Plus de 500 femmes enceintes et allaitantes en ont bénéficié et de nombreux autres cas de violence sexiste ont été identifiés et orientés vers des centres d'hébergement pour assistance.

Bien que des services liés à la violence sexiste soient encore largement en place, certains pays ont enregistré une importante réduction de l'utilisation de ces services (en Éthiopie, par exemple, les partenaires ont touché 50% moins de personnes en mai malgré l'existence de services de base). Cela est probablement lié à la croyance erronée selon laquelle ces services auraient été interrompus. Des messages de sensibilisation des communautés aux risques et aux services liés à la violence sexiste ont été diffusés dans toutes les zones ciblées.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE

Se référer à la section thématique sur la sécurité alimentaire abordée plus haut dans le présent Rapport d'étape.

PROGRAMMATION D'ESPÈCES

La programmation d'espèces est de plus en plus utilisée comme modalité de fourniture d'un soutien aux moyens de subsistance. Dans 35 pays, le PAM soutient le gouvernement dans la fourniture de transferts d'espèces pour atténuer les impacts socioéconomiques de la COVID-19. Le PAM collabore également au soutien d'opérations de transfert d'espèces d'autres acteurs humanitaires en leur permettant de transférer des fonds aux bénéficiaires en utilisant les systèmes, les plateformes et les contrats établis du PAM en matière de financement. Au cours du premier semestre de 2020, le PAM a intégré 20 partenaires et neuf pays. Le PAM soutient actuellement 26 partenaires dans 13 pays en transférant un total cumulé de plus de 190 millions de dollars à plus de 3 millions de bénéficiaires.

L'OIM a apporté un soutien aux moyens de subsistance, notamment par des transferts d'espèces, aux populations affectées par la COVID-19 dans plus de 40 pays. L'UNICEF a effectué des transferts d'espèces à 17 816 ménages et touché encore 6,1 millions de ménages par le renforcement et l'élargissement des programmes d'assistance sociale des gouvernements. La FAO a apporté un soutien à 200 641 ménages (approximativement 1,1 million de personnes, dont 47% de femmes) sous forme d'assistance en espèces. La FAO a suivi l'approche Cash + (espèces et soutien à l'agriculture, à l'élevage et à la pêche) pour 50% de ces ménages. Le PNUD a facilité les transferts d'espèces au Togo (dans le cadre du programme « NOVISSI ») au profit de 567 002 personnes dont 65% de femmes. Entre mars et juillet 2020, 914 251 réfugiés palestiniens ont reçu une assistance en espèces et en vivres dans le champ d'opération de l'UNRWA. L'UNRWA a touché un plus grand nombre de personnes qu'initialement prévu car plus de réfugiés palestiniens que prévu ont sollicité l'assistance de l'UNRWA au Liban et l'UNRWA a élargi son assistance en colis alimentaires à la Cisjordanie en raison de la forte augmentation du nombre de cas de COVID-19. Le Conseil danois pour les réfugiés a également fourni une assistance en espèces polyvalente aux réfugiés et aux migrants. L'UNFPA dispense une assistance en espèces et en bons pour contribuer à l'accès des femmes à une santé sexuelle et reproductive, notamment par l'achat direct local d'articles essentiels et leur transport ainsi que pour répondre aux besoins urgents des victimes de violence sexiste. En Syrie, l'UNFPA tire parti d'un programme existant de bons électroniques du PAM avec une valeur de recharge permettant aux femmes enceintes et allaitantes d'acheter des articles d'hygiène essentiels dans des magasins sélectionnés. Le HCR a plaidé avec succès en faveur de l'inclusion de plus de 500 000 réfugiés dans les régimes nationaux de protection sociale et est en train de combler l'écart entre l'assistance humanitaire et au développement par des subventions en espèces. Quelques trois millions de personnes déplacées ont actuellement reçu des subventions en espèces du HCR, soit une augmentation de deux millions depuis la mise à jour de juillet du GHRP.

POURSUITE DES SOINS DE SANTÉ ESSENTIELS ET SOUTIEN À L'HYGIÈNE

La COVID-19 est en train de submerger les systèmes de santé et des efforts sont entrepris pour maintenir et rétablir la confiance des communautés dans les services de santé et inverser la réduction de la disponibilité et de l'utilisation des services. L'OIM a soutenu la fourniture continue de services de soins de santé essentiels et d'informations aux migrants, aux personnes déplacées, aux réfugiés et aux populations d'accueil, notamment en se concentrant sur la création et la gestion de centres d'isolement (Bangladesh) et en soutenant la fourniture de services de santé primaire, le traitement des patients en cours et les cliniques existantes en Afghanistan, en Libye, au Mozambique et au Yémen. L'UNICEF est ses partenaires ont dispensé à au moins 25,6 millions d'enfants et de femmes des services de soins essentiels, notamment des soins prénatals, d'accouchement et des soins postnatals, des soins essentiels aux nouveaux nés, la vaccination et des soins pour les maladies courantes de l'enfance. En Colombie, le HCR a soutenu les autorités locales dans la remise d'équipements comme 18 lits pour unités de soins intensifs distribués aux hôpitaux à Arauca.

²⁰ Les 20 pays comprennent: Afrique du Sud, Bangladesh, Burundi, Cambodge, République démocratique du Congo, Éthiopie, Éthiopie, Ghana, Jordanie, Kenya, Kazakhstan, Népal, Nigéria, Philippines, Rwanda, Sri Lanka, Tanzanie, Thaïlande, Ouganda et Ukraine (au 19 août 2020).

²¹ L'enquête de juillet de l'UNFPA sur 988 points de service de VBG dans 49 pays du GHRP avait 79 nouveaux services avec moins d'interruptions que le rapport précédent.

Les besoins WASH ont augmenté dans certains pays avec l'assouplissement des mesures de confinement en augmentant ainsi le risque de transmission du virus. Cela a incité les organisations à revoir les cibles initiales de leur assistance. L'UNICEF a fait bénéficier 43,6 millions de personnes d'interventions WASH cruciales, notamment en termes d'articles et de services d'hygiène. L'OIM a intensifié ses opérations WASH et touché 10 millions de personnes supplémentaires depuis mai 2020. L'organisation a également distribué des articles d'hygiène spécifiques à la COVID-19, notamment du savon, des détergents et du chlore. Le Conseil danois pour les réfugiés a fourni à au moins 130 000 personnes des fournitures et des services WASH.

L'UNFPA continue de collaborer avec les partenaires nationaux et internationaux dans la dispense de services de santé sexuelle et reproductive en fournissant des EPI et en formant le personnel des maternités, en mettant en place des cliniques mobiles pour atteindre les communautés vulnérables et en procurant des produits vitaux pour la santé sexuelle et reproductive. L'UNFPA a dispensé des services de santé sexuelle et reproductive à 9,7 millions de femmes et 4,6 millions d'adolescentes dans 52 pays du GHRP entre janvier et juillet 2020. En Afghanistan, en Libye, dans les Territoires palestiniens occupés et en Syrie, l'UNFPA œuvre avec des partenaires au soutien d'équipes mobiles de santé sexuelle/sexuelle et reproductive intégrées qui continuent à fournir des services de soutien psychosocial (conseils individuels et orientations consenties) et des services de santé sexuelle et reproductive (avec orientation vers des installations statiques).

PROTECTION ET EDUCATION DES ENFANTS

Malgré l'assouplissement des mesures de confinement et la réouverture des établissements scolaires dans certains pays, une grande partie des enfants ne peut toujours pas avoir accès à l'éducation et aux programmes de protection des enfants y associés. À l'heure actuelle, 58 pays du GHRP déclarent que des services minimum de protection des enfants ont été opérationnels tout au long de la crise de la COVID-19. Le PAM a distribué des rations à emporter à près de sept millions d'écoliers dans 45 pays affectés par la fermeture d'établissements scolaires. Depuis le début de la pandémie, 12,3 millions d'enfants, parents et soignants principaux ont fourni aux communautés des services de santé mentale et de soutien psychosocial. Par le renforcement des capacités et une approche communautaire, les enfants à risque nécessitant des soins spécialisés sont plus probablement identifiés et bénéficient d'un soutien approprié.

L'UNICEF et ses partenaires ont fourni à 93,6 millions d'enfants et de jeunes un enseignement à distance/domicile dans 55 pays. Le HCR a adapté sa cible au nombre d'enfants dont il souhaite soutenir l'enseignement à distance ou à domicile à 1,2 million. Au 19 août, il avait ainsi apporté un soutien à 782 790 enfants dans 29 pays. Au Zimbabwe, World Vision dispense une éducation à distance à 10 000 apprenants via des téléphones mobiles. De mars à la fin de l'année scolaire 2019-2020, l'UNRWA a continué et continuera à soutenir l'éducation des enfants et des étudiants inscrits dans des établissements scolaires et des centres de formation technique et professionnelle de l'UNRWA.

Progression de la réponse Priorité stratégique n°3

Les réfugiés, les personnes déplacées, les migrants et les communautés d'accueil sont exposés à un risque élevé de contracter la COVID-19 du fait de vivre dans des établissements humains à forte densité et d'avoir un accès limité aux services de base. À ce jour, le HCR a assisté quelque 27 millions de personnes en leur permettant d'avoir accès à des services de santé et en plaidant en faveur de leur inclusion dans la réponse sanitaire nationale. Durant la période couverte par le rapport (juillet-août), quelque 3,3 millions de personnes supplémentaires ont pu avoir accès à des services de santé, notamment dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées et dans des zones reculées. Le Conseil danois pour les réfugiés a fait bénéficier approximativement 2,3 millions de personnes de ses programmes et l'OIM a atteint plus de 18 millions de personnes dans ses 60 pays d'intervention. World Vision a distribué du savon à plus de 150 000 personnes et créé des groupes de fabrication de masques faciaux.

Les organisations ont procédé à des évaluations en vue d'adapter leur programmation à la réponse aux vulnérabilités émergentes et à l'évolution des contextes opérationnels. En Amérique latine, le HCR, l'OIM et les partenaires ont procédé à de nouvelles évaluations des besoins et des perspectives à moyen et à long terme. En Colombie, la priorité a été de garantir l'isolement préventif des réfugiés et des migrants. En Équateur, l'OIM a effectué une analyse sur les LGBTI+, les migrants et les réfugiés pour identifier leurs besoins, leurs capacités spécifiques et les insuffisances de leur protection. L'UNRWA a mis en place un mécanisme de suivi global à Gaza afin que les réfugiés palestiniens puissent donner des informations sur la nouvelle modalité de distribution d'assistance alimentaire à domicile. Ces informations ont servi à améliorer la modalité de livraison à domicile au cours du deuxième trimestre.

Bien qu'un financement spécifique n'ait pas été reçu pour la violence sexuelle, le HCR a alloué plus de 13 millions de sources de financement flexible pour assister les personnes ayant des besoins particuliers,

notamment en élargissant les services liés à la violence sexuelle à plus de 445 500 personnes, principalement des femmes et des filles. De la même manière, des espèces ont été allouées pour garantir l'accès de 203 000 personnes à des services liés à la santé mentale.

COMMUNICATION RELATIVE AUX RISQUES

La communication et l'information sur les risques sont essentielles pour permettre d'axer les réponses sur les communautés. La communication du HCR sur les risques a touché 77 % des zones habitées par des réfugiés, des personnes déplacées et des migrants. Au Soudan du Sud, les personnes déplacées ont eu recours à des moyens créatifs de diffusion d'informations sur la santé publique, comme du matériel pictural adapté aux enfants et aux personnes ayant des difficultés de communication. Au Zimbabwe, le HCR, les partenaires et le ministère de la Santé ont renforcé la sensibilisation à la COVID-19 des jeunes et des personnes handicapées par des discussions de petits groupes structurés. L'OIM a mené des campagnes d'information dans 49 pays. L'UNFPA et les partenaires nationaux ont diffusé des informations sur les risques liés à la COVID-19 dans 638 zones cibles de 34 pays du GHRP. Des supports imprimés (affiches, brochures, dépliants) ont été renforcés par des médias sociaux pour toucher les jeunes et entretenir la sensibilisation là où les mesures de confinement limitaient les déplacements des femmes. En Ouganda, World Vision a mis en œuvre diverses mesures d'éducation sanitaire pour contribuer à l'information des réfugiés sud-soudanais sur les risques liés à la COVID-19. Des volontaires adolescents et adultes se sont servis de mégaphones et de systèmes de sonorisation pour insister sur l'importance de se laver les mains et de respecter une distanciation physique. Des journalistes pour la jeunesse, formés par World Vision ont conçu des actualités sur la COVID-19 qu'ils ont communiquées par les médias sociaux, en créant même des musiques de rap jouées aux points de distribution de vivres.



Indicateurs de suivi Situation et besoins

THEME DE LA SITUATION ET DES BESOINS	INDICATEUR	RESPONSABILITE	RAPPORT D'AOÛT ²²
Propagation et gravité de la pandémie	Nombre de cas confirmés de COVID-19 dans les pays du GHRP	OMS	8 859 184 ²³
	Nombre total de décès sur les cas confirmés dans les pays du GHRP	OMS	321 284 ²³
	Nombre et pourcentage de nouveaux cas confirmés chez les travailleurs de la santé	OMS	–
Santé sexuelle et reproductive	Nombre de naissances institutionnelles dans les zones touchées par la COVID-19 dans le monde	UNFPA	Les données sur les naissances institutionnelles dans 38 pays indiquent une diminution dans 28 d'entre eux
		OMS	–
	Pourcentage de pays où les niveaux pré-COVID-19 de services de planification familiale/contraception sont maintenus	UNFPA	–
		OMS	–
	Pourcentage de pays où les niveaux pré-COVID-19 de naissances institutionnelles sont maintenus	UNFPA	Les naissances institutionnelles ont été maintenues dans 10 des 38 pays. 3 pays ont enregistré une diminution inférieure à 10% des établissements de santé prévus, 8 pays sur 103 ont enregistré une diminution inférieure à 10 % des établissements de santé ciblés, 8 sur 10 de 25 % et 17 sur 25 de 88 % ²⁴ .
Restrictions imposées à la mobilité, aux voyages et aux importations/exportations dans les pays prioritaires	Nombre de pays prioritaires ayant mis en place des restrictions aux voyages internationaux	OIM, OMS	62 ²⁵
		PAM	Aperçu consultable ici
	Nombre de pays prioritaires ayant partiellement ou totalement fermé leurs frontières	OIM, OMS	54 ²⁶

Note: Les informations avec un tiret (–) indiquent qu'elles ne sont pas déclarées ou pas encore disponibles.

²² Les indicateurs donnent des valeurs cumulées depuis le lancement du GHRP (25 mars) jusqu'au 19 août, sauf indication contraire. Les résultats du suivi de la réponse indiquent les progrès tels que tracés par l'agence responsable citée. Les ONG et les clusters ont été également invités à se déclarer par rapport à ces indicateurs (en fonction de leurs interventions) et quand du matériel a été fourni, il a été inclus dans le cadre de suivi et/ou le descriptif. Les données de certains indicateurs n'étaient pas disponibles au moment de la collecte. Les agences prévoient d'en faire rapport dans les rapports suivants.

²³ Nombre de cas confirmés et de décès au 28 août.

²⁴ Cet indicateur ne s'applique qu'à 38 des 61 pays du GHRP couverts par l'UNFPA où la disponibilité de données initiales a permis de procéder à l'analyse.

²⁵ Dans 35 des pays prioritaires ayant mis en place des restrictions imposées aux voyages internationaux, l'entrée de passagers en provenance de certains pays, territoires ou zones est interdite et, dans 23 pays, seules sont en place des mesures médicales (quarantaine obligatoire à l'arrivée). Dix-sept pays ont enregistré des exceptions aux restrictions imposées aux voyages pour les Nations unies, les organisations internationales et humanitaires, les fonctionnaires diplomatiques, les professionnels du domaine de la santé, les autorisations spéciales des gouvernements, les cas médicaux et autres, comme les vols d'évacuation et d'urgence humanitaire. (L'Afghanistan a levé toutes les restrictions aux voyages aériens internationaux, le Territoire palestinien occupé n'est pas inclus au titre des restrictions imposées aux voyages internationaux).

²⁶ Le Territoire palestinien occupé n'est pas inclus au titre des fermetures de frontières.



THEME DE LA SITUATION ET DES BESOINS	INDICATEUR	RESPONSABILITE	RAPPORT D'AOÛT ²²
Sécurité alimentaire	Indice de fonctionnement des marchés	PAM	Les données disponibles ne peuvent pas être agrégées au niveau mondial
	Nombre et pourcentage de personne ayant un score inacceptable de consommation alimentaire	PAM	Nombre = 183 381 441 Pourcentage = 27,6 %
	Nombre de personnes adoptant des stratégies d'adaptation de niveau crise (Indice des stratégies d'adaptation réduit)	PAM	177 191 954
	Estimations de la production alimentaire et végétale dans les pays du GHRP	FAO	–
	Échelle de mesure de l'insécurité alimentaire vécue (FIES) dans les pays du GHRP	FAO	–
	Nombre de pays prioritaires ayant une disponibilité réduite d'intrants agricoles	FAO	17 ²⁶
	Nombre de personnes en Phase 3+ du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) dans les pays prioritaires (pays sans nouvelles analyses)	FAO/IPC	52 175 590 ²⁷
Éducation	Nombre d'enfants et de jeunes déscolarisés en raison de la fermeture obligatoire des établissements scolaires dans les pays du GHRP	UNESCO	1 058 824 335 apprenants affectés, 60,5 % du total des apprenants inscrits ²⁸
		HCR	1 645 000 enfants et jeunes réfugiés (dans 29 pays)
Vaccination	Pourcentage de pays dans lesquels au moins une campagne massive contre des maladies évitables a été affectée (suspendue ou reportée totalement ou partiellement) en raison de la COVID-19	OMS	60,3%
Violence sexiste	Nombre et pourcentage de pays dans lesquels les services liés à la violence sexiste ont été interrompus	UNFPA	17/49 ²⁹
Protection de l'enfance	Nombre et pourcentage de pays intégrant un système de suivi capable de mesurer les changements et d'identifier les besoins de protection des enfants	CP-DdR	29
Protection	Nombre de pays ayant activé le mécanisme de coordination de la nutrition en réponse à la COVID-19 et/ou ses impacts	UNICEF (Cluster Nutrition mondial)	28
Nutrition	Nombre de pays déclarant des incidents de xénophobie, stigmatisation ou stigmatisation liés à la pandémie de COVID-19 contre des réfugiés, des personnes déplacées ou des apatrides	HCR	47% (27 des 57 pays déclarants)

²⁶ Informations disponibles sur la base des données préliminaires.

²⁷ Ce chiffre tient compte de tous nombres de l'IPC et du Cadre harmonisé (actuels et prévus) valides en août 2020 dans tous les pays cités dans le rapport. Ce nombre est en augmentation par rapport à la période couverte par le rapport précédent (42 369 601). Mais une grande prudence est nécessaire dans leur comparaison en raison de changements majeurs intervenus dans les pays couverts (ajout de 9 pays CH, expiration de certains nombres de l'IPC rapportés dans la période précédente (Éthiopie, Haïti, Kenya, Soudan du Sud, Zimbabwe) et ajout de nouveaux nombres dans l'IPC (Mozambique, Soudan, Yémen). Ce chiffre recouvre les pays suivants : Afghanistan* (10 313 185), Bénin (14 578)**, Burkina Faso* (3 376 265), Burundi* (858 960), Cameroun** (2 126 114), Mali** (1,340,741), Mozambique* (499 739), Niger** (2 012 367), Nigeria* (8 650 608), Pakistan** (1,236,107), République centrafricaine* (2 362 737), Sierra Leone** (1 304 985), Somalie* (3 500 000), Soudan* (9 578 685), Tanzanie** (488 661), Tchad** (1 017 358), Togo* (281 500), Yémen* (3 213 000). *indique une analyse effectuée entre mars et juillet 2020 ; ** indique une analyse effectuée avant mars 2020 dont les résultats ne tiennent pas compte de l'impact de la COVID-19 et d'autres chocs/changements imprévus.

²⁸ Consultable sur : <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
²⁹ Sur les 61 pays du GHRP de l'UNFPA, 49 ont finalisé l'enquête sur les données de cet indicateur.



Indicateurs de suivi Priorité stratégique n°1

OBJECTIF SPECIFIQUE	INDICATEUR	RESPONSABILITE	CIBLE	RAPPORT D'AOÛT
Assurer les services et systèmes de santé essentiels.	Nombre de demandes de transport de passagers satisfaites	PAM	90%	97%
	Nombre de pays du GHRP ayant des groupes de travail techniques multisectoriels pour la santé mentale et le soutien psychosocial	OMS	100%	42 (67%)
	Nombre de demande de transport de marchandises satisfaites	PAM	90%	91%
	Nombre de hubs créés pour la consolidation et l'acheminement de fournitures sanitaires et humanitaires essentielles	PAM	8	8
	Nombre de soignants d'enfants âgés de moins de 2 ans touchés par des messages sur l'allaitement maternel, l'alimentation des enfants ou une alimentation saine dans le contexte de la COVID-19 par des campagnes de communication nationales	UNICEF	14 393 176	8 364 228
	Nombre de masques à 3 plis/médicaux distribués par rapport au besoin (ou à la demande)	UNFPA	25 000 000	1 792 115 (depuis juin)
		HCR	100%	7 millions/14,4 millions 49%
		OMS	100%	57 046 164
	Nombre et pourcentage d'enfants et d'adultes ayant accès à un moyen sûr et accessible de déclarer l'exploitation et les abus sexuels	UNFPA	–	–
		UNICEF	10 127 158	6 975 916
	Nombre de travailleurs de la santé dotés d'EPI	UNICEF	1 405 349	729 429
		UNRWA	Fourniture d'EPI pour 3 mois à plus 3 000 travailleurs de la santé de l'UNRWA	3 124
		World Vision International (WVI)	–	220 825
Apprendre, innover et améliorer	Pourcentage de pays mettant en œuvre des enquêtes ou études séro-épidémiologiques	OMS	20%	15,9%

Note: Les indicateurs citant plusieurs agences ne peuvent pas être agrégés car les chiffres sont spécifiques à chaque agence, les unités de compte de certains indicateurs diffèrent d'une agence à une autre et il est possible que les nombres se recoupent légèrement



OBJECTIF SPECIFIQUE	INDICATEUR	RESPONSABILITE	CIBLE	RAPPORT D'AOÛT
Se préparer et être prêt	Nombre de pays ayant des plans chiffrés en place pour promouvoir l'hygiène et le lavage des mains en réponse à la COVID-19	UNICEF	60	49
	Pourcentage de pays du GHRP ayant un programme national de prévention et de contrôle des infections doté de normes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) et des services WASH de base opérationnels dans tous les établissements de soins de santé	OMS	100%	38%
Prévenir, supprimer et interrompre la transmission	Pourcentage de pays du GHRP dotés d'un mécanisme fonctionnel, multisectoriel et multipartenaires de coordination de la préparation et de la réponse à la COVID-19	OMS	100%	98,4%
	Nombre et pourcentage de pays dotés d'une programmation de la communication sur les risques liés à la COVID-19 et de l'engagement communautaire eu égard à la pandémie	UNICEF	60	59
	Pourcentage de pays du GHRP ayant un plan national de préparation et de réponse à la COVID-19	OMS	100%	98,4%

Indicateurs de suivi Priorité stratégique n°2

OBJECTIF SPECIFIQUE	INDICATEUR	RESPONSABILITE	CIBLE	RAPPORT D'AOÛT
Préserver la capacité des personnes les plus vulnérables à la pandémie à satisfaire leur besoin de consommation alimentaire et d'autres besoins de base par leurs activités productives et à l'accès à une protection sociale et l'assistance humanitaire	Nombre de personnes/ ménages les plus vulnérables et/ou affectés par la COVID-19 ayant reçu un soutien aux moyens de subsistance comme, par exemple, des transferts d'espèces, des intrants et une assistance technique	FAO	–	11 825 447 personnes 2 039 284 ménages ³⁰
		WVI	–	100 963 personnes
		CARE	–	459 000 personnes
		HCR	2 467 400 personnes	809 970 personnes ³¹
		UNICEF	1,3 million de ménages	17 816 ménages
		UNDP	2 millions de personnes	0,8 million de personnes
		OIM	1 330 464 personnes	432 188 personnes
		Conseil danois pour les réfugiés (DRC)	–	754 363 personnes
	Nombre de personnes/ ménages les plus vulnérables et/ou affectés par la COVID-19 OMS bénéficiant d'une protection sociale accrue ou élargie	FAO	–	510 556 ménages ³²
		UNICEF	15,4 millions de ménages	6,120,249 ménages
		UNDP	4 millions de personnes	2,4 millions de personnes
		UNRWA	850 000 réfugiés palestiniens	914 251 réfugiés palestiniens ³³
		HCR	640 000 personnes	521 520 personnes ³⁴

³⁰ Les femmes représentent environ 40 % des bénéficiaires d'une assistance de subsistance de la FAO. Estimation à partir de la composition moyenne des ménages dans les zones d'intervention.

³¹ L'indicateur du HCR sur les moyens de subsistance n'inclut pas l'assistance en espèces. Le HCR rapporte toutes les espèces fournies en vertu de l'indicateur d'assistance du GHRP dans la Priorité n° 3 au lieu de celui des moyens de subsistance. La plupart des espèces (95%) sont versées sans restriction en laissant le choix aux réfugiés et aux autres concernés sur la manière de répondre à leurs propres besoins.

³² Inclut le soutien de la FAO aux gouvernements pour l'expansion verticale et horizontale des systèmes de protection sociale.



OBJECTIF SPECIFIQUE	INDICATEUR	RESPONSABILITE	CIBLE	RAPPORT D'AOÛT
Assurer la continuité et la protection contre l'infection des services essentiels, comme l'eau et les groupes de population les plus exposés et les plus vulnérables à la pandémie	Nombre de personnes (filles, garçons, femmes, hommes) recevant des services de soins de santé essentiels	OIM	5 013 696	1 759 610
		HCR	5 400 000	3 212 760
		UNICEF	43 450 524	25 652 905
		UNRWA	–	525 164 ³⁵
	Nombre de personnes ayant reçu des fournitures et des services WASH cruciaux (notamment des articles d'hygiène)	UNICEF	61 816 915	43 632 018
		WVI	–	7 889 194
		CARE	–	2,48 millions
		OIM	18 602 290	14 462 368
		DRC	–	138 270
	Nombre d'enfants et de jeunes bénéficiant d'un enseignement à distance/domicile	UNICEF	178 336 631	93 610 033
		HCR	1,2 million	782 790
	Nombre d'enfants et de jeunes dans des situations humanitaire et de déplacement prolongé, inscrits aux niveaux pré-primaire, primaire et secondaire	HCR	–	–
		UNRWA	533 000	La cible est l'année scolaire 2019/ 2020. Les chiffres d'inscription pour l'année scolaire 2020/2021 sont en cours de finalisation
	Nombre de personnes (enfants, parents et soignants principaux recevant des services de santé mentale et de soutien psychosocial	UNICEF	17 658 974	12 352 248
		HCR	115 000	203 000
		OIM	719 674	225 550
	Nombre et pourcentage de pays dans lesquels des services de protection des enfants minimum sont opérationnels durant la crise de la COVID-19	UNICEF	60	58
	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois admis pour traitement de la Malnutrition aiguë sévère (SAM)	UNICEF	3 616 340	1 267 864
		HCR	34 117	20 440

³³ Données de mars à juillet 2020.

³⁴ L'objectif de la protection sociale pourrait changer dans le prochain cycle de rapports sur la base des consultations avec les partenaires gouvernementaux.

³⁵ Durant le mois de juillet 2020, 525164 patients se sont rendus dans les centres de santé de l'UNRWA dans cinq champs d'opération.



OBJECTIF SPECIFIQUE	INDICATEUR	RESPONSABILITE	CIBLE	RAPPORT D'AOÛT
	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois admis pour traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM)	HCR	63 083	52 910
	Nombre de femmes et de filles ayant accès à des services de santé sexuelle et reproductive	UNFPA	Femmes Jeunes	9 668 443 femmes 4 858 349 jeunes
		HCR	375 000	–
		CARE	–	1,38 million
	Nombre et pourcentage de pays où des messages ont été diffusés sur le risque de violence sexiste et les services liés à la violence sexiste dans toutes les zones ciblées	UNFPA	100%	49 sur 49 (100%)
		UNICEF	100%	–
		CARE	–	26
	Nombre et pourcentage de pays où les services liés à la violence sexiste sont maintenus ou élargis en réponse à la COVID-19	UNFPA	63 GHRP countries /100%	48/49
		HCR	63 pays du GHRP /100 %	40 sur 52 (77%) ³⁶
	Nombre de personnes ayant eu accès à des services de protection	HCR	–	6,7 millions
		OIM	1 252 949	432 377
		DRC	–	457 388
		WVI	–	1 237 568
Assurer la continuité de la chaîne d'approvisionnement en produits et services essentiels comme l'alimentation, les intrants productifs et agricoles en temps opportun, la santé sexuelle et reproductive et les articles non-alimentaires	Nombre de demandes de transport de marchandises satisfaites	PAM	90%	91%
	Nombre de demandes de transport de passagers satisfaites	PAM	90%	97%
	Nombre et pourcentage de pays ayant demandé l'envoi de kits de santé reproductive et d'autres systèmes et fournitures pharmaceutiques et médicales pour mettre en œuvre des services vitaux de santé sexuelle et reproductive envoyés depuis le 1er mars 2020	UNFPA	100%	33/41 ont reçu leur envoi et 29/33 ont distribué les fournitures aux partenaires d'exécution

³⁶ Les données portent sur l'accès à des services liés à la violence sexiste par les personnes concernées du HCR.



Indicateurs de suivi Priorité stratégique n°3

OBJECTIF SPECIFIQUE	INDICATEUR	RESPONSABILITE	CIBLE	RAPPORT D'AOÛT
Plaider et garantir que les réfugiés, les migrants, les personnes déplacées et concernées et les groupes de population d'accueil particulièrement vulnérables à la pandémie reçoivent une assistance pour la COVID-19	Nombre de réfugiés, de personnes déplacées et de migrants vulnérables à la pandémie recevant une assistance pour la COVID-19	OIM	21 671 996	18,018,281 personnes
		HCR	67 millions de personnes	27,3 millions de personnes ³⁷
		DRC	–	2,3 millions de personnes
Prévenir, anticiper et prendre en compte les risques de violence, la discrimination, la marginalisation et la xénophobie à l'égard des migrants, des personnes déplacées et concernées en renforçant la sensibilisation et la compréhension de la pandémie de COVID-19 au niveau des communautés	Nombre et pourcentage de pays où des campagnes d'information sur les risques liés à la pandémie de COVID-19 parviennent dans des zones habitées par des personnes déplacées, des migrants et les communautés d'accueil	OIM	60	49
		UNFPA	100%	34/34
		HCR	100%	71% (39 pays sur 55 pays déclarants)
		UNICEF	–	5
		DRC	–	Des messages et des informations sur les risques liés à la COVID-19 ont été intégrés dans la plupart des opérations dans le cadre de CCMS et les statistiques sur l'engagement font état d'environ 660 000 personnes dans 13 pays
	Pourcentage de pays accueillant des personnes déplacées, des réfugiés et des migrants ayant des mécanismes de rétroaction et de plaintes opérationnels	HCR	100%	100% (60 sur 60 pays déclarants)
		UNRWA	Réfugiés palestiniens dans les 5 champs d'opérations	5 champs d'opérations

³⁷ Approximativement 27,3 millions de réfugiés et de personnes déplacées ont reçu une assistance pour la COVID-19 : accès à des services de protection, un abri, un soutien sanitaire, nutritionnel, éducatif et de subsistance. Ce chiffre inclut plus de trois millions d'individus ayant reçu une assistance en espèces, en nature et autre.

**« Ce n'est pas comme d'habitude. Des mesures
extraordinaires s'imposent pour faire face au problème
extraordinaire auquel nous sommes confrontés »**

Mark Lowcock

Secrétaire général adjoint aux affaires humanitaires et
Coordonnateur des secours d'urgence

