

**RAPPORT ANNUEL 2017
DU COORDONNATEUR RÉSIDENT / HUMANITAIRE
SUR L'UTILISATION DES SUBVENTIONS DU CERF
DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO
RAPID RESPONSE
DISPLACEMENT 2017**

COORDONNATEUR RÉSIDENT/HUMANITAIRE

Kim Bolduc

RESUME DU PROCESSUS ET DE LA CONSULTATION

Merci d'indiquer quand l'After Action Review (AAR) a été conduit et qui a participé.

La réunion "After Action Review" (AAR) a eu lieu le 14 décembre 2017 à Kinshasa sous la modération du point focal du CERF. Les organisations participantes dans cette revue étaient : OCHA, UNICEF, UNFPA, OMS, FAO, PAM, CARE INTERNATIONAL, CARITAS CONGO.

- a. Merci de confirmer que le rapport CERF du Coordonnateur Résident et/ou Coordonnateur de l'Action Humanitaire (CR/CH) a été discuté avec l'équipe humanitaire et/ou l'équipe de pays des Nations-Unies et avec les coordonnateurs sectoriels comme mentionné dans les directives.**

OUI NON

- b. Le rapport final CERF du CR/CH a-t-il été partagé, pour examen aux intervenants dans le pays (c-à-d les agences bénéficiaires du CERF, les coordonnateurs et membres des secteurs/groupes sectoriels et les institutions gouvernementales compétentes), comme recommandé dans les directives ?**

OUI NON

I. LE CONTEXTE HUMANITAIRE

| TABLE 1 : VUE D'ENSEMBLE DES SUBVENTIONS D'URGENCES (US\$) | | |
|--|---|-------------------|
| <i>Montant total nécessaire à la réponse humanitaire : US \$39,948,758</i> | | |
| Répartition des financements totaux reçus pour la réponse humanitaire par sources | Source | Montant |
| | CERF | 9,611,948 |
| | FONDS HUMANITAIRE COMMUN/ FONDS POUR LES INTERVENTIONS D'URGENCE (le cas échéant) | 3,000,000 |
| | AUTRES (Bilatéral/Multilatéral) | |
| | TOTAL | 12,611,948 |

| TABLE 2 : CERF SUBVENTIONS D'URGENCE PAR ALLOCATION ET PROJET (US\$) | | | |
|---|-----------------------|---------------------------------|------------------|
| <i>Allocation 1 – date de la soumission officielle : 01/03/2017</i> | | | |
| Agence | Code du Projet | Groupe Sectoriel/Secteur | Montant |
| FAO | 17-RR-FAO-010 | Agriculture | 730,676 |
| UNFPA | 17-RR-FPA-009 | Protection | 495,736 |
| UNFPA | 17-RR-FPA-010 | Santé | 493,344 |
| UNICEF | 17-RR-CEF-020 | Nutrition | 704,991 |
| UNICEF | 17-RR-CEF-021 | Eau, assainissement et hygiène | 1,367,900 |
| UNICEF | 17-RR-CEF-022 | Abri | 1,848,628 |
| UNICEF | 17-RR-CEF-023 | Protection de l'enfance | 696,570 |
| WFP | 17-RR-WFP-013 | Aide alimentaire | 1,262,250 |
| WHO | 17-RR-WHO-007 | Santé | 2,011,853 |
| TOTAL | | | 9,611,948 |

| TABLE 3 : REPARTITION DU FINANCEMENT CERF PAR MODALITES DE MISE EN OEUVRE (US\$) | |
|---|------------------|
| Modalité de mise en œuvre | Montant |
| Mise en œuvre directe agences des Nations-Unies/IOM | 5,465,046 |
| Fonds transférés aux ONG pour mise en œuvre | 4,037,583 |
| Fonds transférés aux partenaires gouvernementaux | 109,319 |
| TOTAL | 9,611,948 |

BESOINS HUMANITAIRES

Dans la province du Tanganyika, le conflit intercommunautaire entre les Luba (Bantous) et les Twa (Pygmées) avait connu une sérieuse détérioration en décembre 2016 et janvier 2017. Bien que ce conflit remonte à plusieurs générations, c'est depuis le mois de juillet 2016 qu'il avait resurgi sous une forme violente dans les territoires de Nyunzu, Kabalo et Manono. Ensuite l'ampleur et l'intensité du conflit avaient augmenté de manière inquiétante en décembre 2016, entraînant une augmentation très importante du nombre de personnes déplacées dans la province. Dans cette province, le facteur déclencheur du retour à la violence était la tentative des Forces Armées de la RDC (FARDC) d'arrêter, dans le sud du Territoire de Nyunzu, un des leaders Twa, et la présomption des leaders Twa que les FARDC étaient de connivence avec les Luba. Ceci avait été à l'origine des incursions (à titre de représailles) des milices Twa dans plusieurs villages Luba situés au sud du Territoire de Nyunzu dans les groupements Mukimbo, Ngoi wa Balumbu et Muhuya entre le 19 au 25 décembre 2016. Progressivement, les tensions latentes entre les deux communautés ainsi que l'influence des questions politiques nationales, en lien avec le processus électoral, avaient contribué à exacerber le conflit en favorisant son extension géographique au niveau provincial. En effet, depuis décembre 2016, les affrontements et leurs effets indirects s'étaient progressivement étendus du Territoire de Nyunzu à Manono (décembre 2016), Kongolo, Ankoro et Moba (janvier 2017) en affectant les six territoires de la Province du Tanganyika ainsi que la province voisine du Haut Lomani. Malgré l'appel au calme lancé par les autorités locales et l'organisation des fora de la paix, par les acteurs de la stabilisation et la paix, le contexte sécuritaire était resté extrêmement sensible. Cette escalade de violence était accompagnée de graves et nombreuses violations des droits humains et atrocités commises sur les populations civiles par les parties en conflit.

La Commission Mouvements de Population du Tanganyika avait rapporté que près de 365,000 personnes (le nombre est croissant dans toutes les zones) s'étaient déplacées dans les Territoires de Nyunzu, Kabalo, Kongolo, Kalemie, Manono et Moba au cours des six derniers mois suite à la montée des exactions et des violences commises par les deux communautés. De ces déplacés, plus de 120,000 avaient fui entre décembre 2016 et janvier 2017 suite à la montée de l'insécurité dans les territoires de Manono et de Moba.

Face à cette escalade, les acteurs humanitaires étaient confrontés à des contraintes liées à l'accès sécuritaire et à une révision continue des modalités d'intervention selon les nouveaux risques et enjeux qui ressortaient des nouvelles dynamiques du conflit. Malgré les efforts de l'action humanitaire qui était en cours, l'augmentation des besoins et la faible capacité de réponse laissaient des centaines de milliers de personnes affectées encore sans assistance humanitaire malgré leur vulnérabilité flagrante. Les personnes déplacées après les pillages et incendies de leurs maisons étaient sans abris et étaient en général installées dans des familles d'accueil vivant elles-mêmes dans des conditions précaires.

Les évaluations multisectorielles réalisées en décembre 2016 et janvier 2017 avaient montré des besoins multisectoriels particulièrement aigus, pour tous les âges et tous les sexes, les enfants (moins de 18 ans) étant les plus touchés. Les scores Articles Ménagers Essentiels (AME) variaient de 3.9 à 4.3, bien au-delà du seuil d'intervention du cluster, indiquant l'absence des articles ménagers essentiels dans les ménages affectés enquêtés, car ils avaient quitté leurs villages de provenance en abandonnant les biens essentiels de la maison, qui avaient été pillés ou détruits. Certains ménages déplacés étaient dans les familles d'accueil, d'autres dans des salles de classes ou des églises, et d'autres encore dans des maisons inachevées ou des maisons abandonnées, tandis que d'autres passaient la nuit à la belle étoile. Il faut souligner que selon l'évaluation multisectorielle (MSA) qui avait été réalisée par Catholic Relief Services (CRS) du 29 novembre au 2 décembre 2016 dans la Zone de santé (ZS) Ankoro, au moins 49% des enfants de moins de 5 ans avaient souffert de diarrhée ; seuls 32.4% des ménages avaient accès à de l'eau salubre et 41% des enfants de 6-59 mois avaient un périmètre brachial (PB) <125mm. Pour la ZS Manono (Manono Centre), l'évaluation multisectorielle réalisée par ACTED du 29 au 31 décembre 2016 dans le secteur de l'eau, hygiène et assainissement (EHA) avait montré que 30% des enfants de moins de 5 ans avaient souffert de diarrhée et seuls 20% des ménages avaient accès à une source d'eau protégée. Dans la ZS Kalemie (Kamkolobondo), l'évaluation réalisée par International Rescue Committee (IRC) du 26 au 28 décembre 2016 avait révélé que 88% des ménages avaient un score de consommation alimentaire pauvre et 7% des enfants de moins de 5 ans avaient un PB <115mm, c'est-à-dire souffrant de malnutrition aiguë sévère. Les mouvements de population avaient favorisé la propagation des maladies contagieuses telles que la rougeole, avec un cumul de 2,415 cas et le choléra avec 3,034 cas enregistrés depuis le début de 2017. Dans ce sens, la promiscuité et l'insuffisance des infrastructures hygiéniques contribuaient de manière considérable à l'augmentation des risques de contamination et propagation des épidémies. Ceci dans un contexte où déjà, en fin décembre 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait dénoncé le manque d'intrants suffisants à la réponse aux épidémies ainsi qu'à la prise en charge des soins de santé primaires.

La détérioration de la situation nutritionnelle, avec un focus sur les enfants de moins de 5 ans, méritait une attention particulière dans une zone où les taux moyens de Malnutrition Aigue Sévère (MAS) avant le conflit dépassaient déjà dans les seuils d'urgence du cluster avec de pic au-delà du 5%. Aussi, 90 à 97% des enfants déplacés n'avaient pas accès à l'éducation suite au déplacement, à la destruction des bâtiments scolaires et au manque des moyens financiers et matériels.

Dans les provinces des Kasai, les affrontements observés étaient l'effet du débordement d'un conflit lié au contrôle du pouvoir coutumier. Les premiers signes de la détérioration des conditions sécuritaires avaient déjà été rapportés en août 2016 dans le village de Tshimbulu, Kasai Central, où l'affrontement entre chefs coutumiers pour la succession au pouvoir avait causé le déplacement d'environ 1,300 ménages vers le Kasai Oriental dans la zone de santé de Kabeya Kamwuanga. Ensuite les affrontements s'étaient progressivement étendus dans la zone de santé de Kananga, avec l'occupation de l'aéroport par les milices de Kamuina Nsapu en septembre 2016, et enfin, dans le Kasai, territoire de Tshikapa entre le 2 et 5 décembre 2016. Malgré l'accalmie apparente, l'insécurité continuait à affecter la zone et des nouveaux affrontements avaient été rapportés dans la ville de Kananga le 27 janvier 2017 et dans le village de Tshimbulu le 10 février 2017. Le bilan de ces affrontements était au moins 100 personnes tuées, la plupart parmi les milices. Selon le Bureau conjoint des Nations Unies aux Droits de l'Homme, les soldats des FARDC avaient tiré sans discrimination avec des mitrailleuses sur les combattants, qui étaient armés principalement avec des machettes et des lances. L'élément déclencheur commun au conflit dans les trois provinces affectées était la lutte pour la succession au pouvoir coutumier, ce qui avait mené certains chefs traditionnels à demander l'intervention des milices de Kamuina Nsapu pour défendre leur position. Ces milices, composées principalement d'enfants et jeunes, armées de morceaux de bois, s'étaient affrontés avec les forces de la Police Nationale Congolaise (PNC) et les FARDC en causant le déplacement forcé des populations sur les axes touchés ainsi que la destruction de maisons et d'autres infrastructures des services de base, notamment les centres de santé et les écoles. Au-delà de sa dimension provinciale, traditionnelle et coutumière, cette crise semblait être perçue par la population et par les autorités comme ayant une portée nationale. En effet, le débordement du conflit coutumier aurait été lié d'une part à l'ingérence du pouvoir central dans la gestion du processus de transmission du pouvoir coutumier, et d'autre part, à la question des élections présidentielles nationales. Cette dimension nationale aurait expliqué le débordement inattendu en affrontements armés.

Les évaluations menées dans la région des Kasai montraient que la situation humanitaire s'était considérablement dégradée. Ci-dessous, à titre indicatif, quelques données issues des évaluations menées par le Reponse Rapide aux mouvements de Population (RRMP) dans certaines zones des Kasai :

- **Dans la Province du Kasai**, territoire de Tshikapa: cas de diarrhée élevés chez les enfants de 0 à 5 ans suite aux mauvaises conditions de vie dans les lieux de déplacement ; Insuffisance des sources aménagées dans les villages; Défécation courante à l'air libre faute de latrines hygiéniques ; Abris temporaires en mauvais état ; dépassement des seuils d'intervention d'urgence fixés par le cluster sécurité alimentaire (Score de Consommation Alimentaire -SCA- pauvre, et Score de Diversité Alimentaire -SDA- faible à 3.26 ; recours de plus en plus à des stratégies de survie sévères) ; Absence d'accès aux services de santé primaire dans les lieux de déplacement ; Taux de mortalité à 35% pour le Paludisme, Taux de morbidité à 31.195 pour le Paludisme ; Centres de santé ayant intégré le Programme de Prise en charge Intégrée de la Malnutrition (PCIMA) endommagés ; Taux rapportés pour la Nutrition rentrant sous la priorité 2 d'intervention du cluster Nutrition (Manutrition aigue globale -MAG- à 11,7% pour Kalonda Ouest et à 11,2% pour Kamuesha), dépassant ainsi le seuil de 10% du cluster, Taux de MAS à 2,7% pour Kalonda Ouest et 2,4% pour Kamuesha, dépassant le seuil du 2% du cluster ; Taux de Manutrition aigue modérée à 9% pour Kalonda Ouest et 8,8% pour Kamuesha); Activités scolaires suspendues. Au total 95 décès confirmés et environ 109 décès non-confirmés.
- **Dans la province du Kasai Central**, dans le Territoire de Dibaya où le conflit avait également fait rage, la mission inter agences du 02 au 05 septembre 2016 avait enregistré 806 cases incendiées, plus de 24,000 personnes dans le besoin dont 3,595 déplacés vers les villages voisins et la ville de Kananga, parmi lesquels 934 femmes, 705 enfants de moins de 5 ans dont 39 Non Accompagnés et 27 enfants orphelins (parents morts dans les incidents) recueillis dans 2,144 familles d'accueil sans capacité de prise en charge.
- **Dans la province du Kasai Oriental**, la situation était similaire : incendie des cases, destruction des moyens d'existence et déplacement des populations.

- Pour la Zone de Santé de Kabeya Kamwuanga, l'évaluation RRMP menée en début janvier 2017 dans les aires de santé de Ciondo et Dibula, Ciaciacia et Lac Munkamba avait montré que 19,853 personnes dont 14,970 retournés étaient dans le besoin avec un score d'alerte 5 dans le cadre des AME/Abris, alerte 4 concernant la scolarisation des enfants de 6 à 11 ans chez les déplacés et alerte 5 pour les bâtiments scolaires détruits. Dans le secteur de l'Eau, Hygiène et Assainissement (EHA), l'évaluation avait rapporté une alerte 5 pour le taux de diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans, pour l'accès à des sources d'eau salubres et aux latrines hygiéniques.

- Dans le Territoire de Miabi, au sud de Mbuji Mayi, l'évaluation conjointe conduite par le CPIA ainsi que l'évaluation multisectorielle menée dans le cadre du RRMP du 22 janvier au 24 janvier 2017 dans la zone de santé de Cilundu, axe Bakwampemba-Mpeta mettaient l'accent sur les besoins en protection suite aux violences perpétrées par les militaires et le sentiment de peur généralisé sur les populations, l'accès limité aux sources d'eau protégées, l'incapacité des services sanitaires de répondre aux besoins, ainsi que le pillage et destruction de deux centres de santé. En sécurité alimentaire, la destruction des moyens de subsistance des ménages avait gravement compromis l'accès à la nourriture de base avec la réduction à un repas par jour chez 80% des personnes interrogées, ainsi que la capacité d'auto-prise en charge, à travers la production agricole et les activités génératrices de revenus, suite à la perte des outils et des stocks de semences.

- Dans la Zone de Santé de Cilundu, la population avait entamé un retour à partir du mois de janvier 2017. En effet, environ 4,116 ménages étaient retournés depuis janvier 2017.

II. ZONES CIBLEES ET ETABLISSEMENT DE L'ORDRE DES PRIORITES

La réponse à la crise du Tanganyika ciblait les personnes nouvellement déplacées en priorisant les catégories les plus vulnérables, soit 104,625 individus. L'analyse des priorités et l'approche « life-saving » avait conduit à prioriser les secteurs de la Sécurité alimentaire, Santé, EHA, AME/Abris, Nutrition, Protection (avec un focus sur les violences basées sur le genre et la protection de l'enfant). Les secteurs étaient priorisés selon leur capacité à contribuer de manière rapide et significative à la réduction de la mortalité et à la protection des civils. Cette analyse avait pris en compte les constats suivants, révélés par les différentes évaluations menées dans la zone, qui montraient une dégradation alarmante de la situation humanitaire :

- Protection : i) plusieurs cas de morts et blessés lors des affrontements, ii) actes de pillage et tracasserie perpétrés par les parties en conflit et par les militaires, iii) limitation de l'accès physique à cause de la création des barricades, iv) actes de violence sexuelles ; v) probable enrôlement d'enfants et jeunes au sein des milices, vi) actes de discrimination ethnique.
- Dégradation du niveau de sécurité alimentaire des ménages due aux facteurs suivants : i) perte de la récolte de la saison A suite au déplacement forcé pour les personnes qui ont fui avant le mois de décembre, ii) perte des stocks de vivres et de semences par tous les déplacés lors de la fuite et à suite aux actes de destructions et pillages rapportés lors des affrontements, iii) capacité limitée d'accès aux biens alimentaires de base dans les sites ou lieux de déplacement en raison du manque des moyens financiers, iv) pour les ménages déjà retournés dans certaines zones, les conditions sécuritaires continuent à limiter gravement l'accès aux champs, v) perte ou pillage des outils agricoles et autres moyens de base pour la mise en œuvre des activités génératrices de revenus, vi) réduction considérable des activités commerciales surtout dans les zones de Manono, Nyunzu et Kiambi à cause de l'insécurité et consécutive augmentation des prix des denrées alimentaires.
- Santé: i) destruction et pillage de plusieurs centres de santé communautaires, au moins une dizaine, ii) capacité insuffisante de prise en charge des cas au sein des structures sanitaires primaires et secondaires encore fonctionnelles suite à l'augmentation rapide de la demande, iii) Spectacle déshumanisant de voir des femmes accoucher à même le sol, iv) rupture des stocks d'intrants et médicaments, surtout pour la réponse aux épidémies choléra et rougeole, v) difficulté d'accès sécuritaire et physique dans les zones de déplacement les plus reculées.
- EHA : i) insuffisance des latrines hygiéniques dans les sites et lieux d'accueil des déplacés avec un haut risque de propagation et contamination par les maladies hydriques, ii) manque de sources d'eau salubre dans les zones de déplacements, iii) faiblesse du système de gestion des déchets dans les lieux d'accueil des déplacés avec une augmentation des risques de contamination par maladies.
- AME/Abris : i) perte et/ou pillage des articles ménagers essentiels lors du déplacement ou des affrontements, ii) regroupement des déplacés dans des sites spontanés sans aucune structure adaptée à l'accueil. La majorité des déplacés vive à la belle étoile sans aucune protection de la pluie, en pleine saison pluvieuse ; iii) manque de moyens financiers pour l'achat de nouveaux kits ou construction d'abris temporaire.

- Nutrition : i) destruction et/ou pillage des unités nutritionnelles de prise en charge au sein des centres de santé communautaire, ii) suspension de toutes activités de dépistage, iii) interruption du traitement par les enfants pris en charge à cause du déplacement forcé, iv) impact de la réduction de la capacité d'accès aux biens alimentaires de base sur les conditions nutritionnelles des déplacés de plus de trois mois avec un focus sur les enfants et les femmes enceintes et allaitantes.
- Education : i) suspension des cours scolaires dans les zones touchées par les affrontements et pour les déplacés, ii) destruction et pillage de plusieurs dizaines de bâtiments scolaires, iii) menace pour l'organisation des examens de fin d'année.

La réponse du CERF s'articulait autour de deux objectifs principaux :

- (i) Répondre aux besoins « life-saving » des personnes vulnérables nouvellement déplacées et retournées dans 6 territoires de la province du **Tanganyika**, affectées par la reprise du conflit intercommunautaire entre les Luba et les Twa (Kalemie, Kabalo, Manono, Nyunzu et Kongolo, Moba), et dans les territoires des provinces du **Kasaï Central**, **Kasaï** (Dibaya, Tshikapa) et **Kasaï Oriental** (Cilundu, Miabi, Kabeya Kamwanga), affectées par l'insurrection des milices de Kamuina Nsapu.
- (ii) Stimuler les capacités d'auto-prise en charge des ménages vulnérables dans les zones des provinces du **Kasaï** affectées par le conflit.

Pour le Tanganyika, la subvention CERF visait à amener à l'échelle rapidement une réponse aux besoins humanitaires les plus pressants, d'abord dans les zones de déplacement des populations suite à la reprise du conflit intercommunautaire entre Luba et Twa. La réponse a servi à améliorer les conditions de vie de 104,625 personnes nouvellement déplacées et à réduire leur vulnérabilité face à cette crise qui a perduré avec des multiples rebondissements. Concrètement, la stratégie de réponse visait à assurer l'accès égalitaire et non discriminatoire aux biens essentiels et services de base pour les personnes affectées par le déplacement forcé, à travers des paquets d'assistance multisectorielles. Dans le détail, l'accent était mis sur les soins de santé primaire y incluant la réponse aux épidémies de choléra et rougeole; la prise en charge de la MAS avec et sans complications médicales ; des activités d'appui d'urgence en eau, hygiène et assainissement (EHA) en complément à la réponse cholera et nutrition, d'une part, et en garantie de l'accès à l'eau potable et aux infrastructures hygiéniques communautaires, d'autre part. Egalement, la sécurité alimentaire était une priorité en garantie de l'accès à une alimentation adéquate et équilibrée pour les populations déplacées à travers la distribution de rations alimentaires et/ou l'assistance monétaire.

La modalité d'assistance utilisée (cash ou vivres) avait dépendu du contexte des zones de déplacement et des analyses rapides de marché dans lesdites zones. De même, une réponse en articles ménagers essentiels (AME) (à travers des distributions ou assistance monétaire) était prévue pour la distribution d'articles ménagers essentiels afin d'assurer une complémentarité avec la distribution alimentaire, tandis que l'action en protection était focalisée sur la prise en charge et le référencement des violences basées sur le genre, l'atténuation des risques des violations des droits (renforcement de l'auto-protection communautaire et des systèmes d'éveil), la diffusion des messages sur la neutralité de l'assistance humanitaire, ainsi que des enfants en condition d'extrême vulnérabilité, notamment à travers un système d'identification, documentation, tracing (recherche familiale), réunification et suivi (IDTR) des enfants séparés et / ou non-accompagnés (ESNA) et des enfants associés aux forces ou aux groupes armés (EAFGA). En éducation, le focus était mis sur les cours de rattrapage en faveur des enfants de 6^{ème} primaire en rupture scolaire dans les zones précitées afin de leur permettre de passer les examens de fin cycle primaire (TENAFEP) et de les protéger contre des éventuels risques de protection. La modalité d'intervention avait pris en compte les risques et enjeux liés au respect du principe de « Ne Pas Nuire ». Dans ce sens, la stratégie de mise en œuvre avait garanti le respect des principes humanitaires de neutralité, impartialité, indépendance et humanité. Une effective et efficace coordination était requise de la part des acteurs de mise en œuvre à travers le mécanisme de coordination humanitaire existant.

Pour les trois provinces des Kasaï (Kasaï, Kasaï Oriental & Kasaï Central), la subvention CERF visait à amorcer rapidement une réponse aux besoins les plus pressants dans les zones des nouveaux déplacements des populations et de retours. La réponse a servi à améliorer les conditions de vie de 108,430 personnes nouvellement déplacées et retournées en restaurant leurs moyens de survie. Concrètement, la stratégie d'intervention a assuré l'accès aux biens essentiels aux ménages en phase de retour grâce à la distribution de kits AME (kits et/ou assistance monétaire) et une action ad hoc en abris pour la réhabilitation des maisons détruites lors des affrontements armés. Egalement, dans le cadre de la sécurité alimentaire, l'action a visé à restaurer la capacité de production agricole et de mise en place des activités génératrices de revenus en réponse à la perte des moyens de subsistance par les ménages. D'autre part, l'intervention a visé l'accès aux services de base grâce à l'appui aux structures de santé locales et à la mise en place d'un service de cliniques mobiles sur les axes où les centres de santé avaient été détruits. En nutrition, la priorité était la prise en charge et référencement des cas de MAS avec et sans complications médicales. En protection, les activités avaient visé la prise en charge et référencement des victimes des violences basées sur le genre, sur la santé mentale pour réduire le traumatisme dans les communautés affectées par les conflits, l'atténuation des risques de violation des droits au niveau communautaire, la diffusion des informations sur les principes humanitaires et sur le monitoring des cas de protection et appui psychosocial temporaire des enfants utilisés par les milices et en situation de détresse post-trauma, ainsi que la réunification familiale. De manière globale, les modalités d'intervention étaient alignées sur le rétablissement des

efforts de résilience des populations affectées dans une zone non habituée à l'aide humanitaire, en s'assurant que l'assistance humanitaire agirait en appui au relèvement précoce sans se substituer à la capacité d'auto-prise en charge des personnes ciblées.

Le montant global requis pour l'intervention humanitaire s'élevait à \$39,948,758 pour les deux crises (Tanganyika et Kasai). La réponse globale des acteurs dans la province du Tanganyika était chiffrée à \$34,825,870 dans le Plan de Réponse pour la crise. Pour la crise aux Kasais, bien que le Plan de Réponse n'était pas encore finalisé, les besoins financiers globaux étaient estimés à \$17,325,000, ce qui donnait un montant total de \$52,150,870 pour les deux crises afin d'apporter une réponse à 578,000 personnes (nouveaux déplacés, retournés et populations d'accueil) dans le besoin.

L'Intercluster provincial du Tanganyika, avec le soutien d'OCHA, avait élaboré un Plan de réponse aux besoins humanitaires générés par les conséquences de la résurgence, depuis juillet 2016, du conflit intercommunautaire / armé entre les Twa et les Luba dans la province. Ce Plan ciblait 400,000 personnes déplacées dans les Territoires de Kalemie, Nyunzu, Kabalo, Manono, Kongolo et Moba et avait priorisé, pour le court terme, les secteurs suivants : Sécurité alimentaire, AME, Santé, Education, Protection, EHA, Nutrition et Logistique dans la période de janvier 2017 à juin 2017. Suivant les recommandations des Comités Provinciaux Inter-Agences (CPIA), l'Intercluster provincial du Tanganyika avait opté pour l'approche multisectorielle afin d'améliorer les conditions d'accès des déplacés aux biens essentiels et services de base et d'assurer les réponses aux questions de protection des civils, ainsi que d'accès physique (logistique). La stratégie globale d'intervention avait été développée en prenant en compte les enjeux liés à l'extrême volatilité du contexte sécuritaire, les contraintes liées à l'accès humanitaire et le respect des principes humanitaires. Dans ce sens, l'approche s'était structurée dans une première phase d'intervention sur la courte période, visant à « sauver des vies » à travers une réponse rapide et efficace aux besoins prioritaires des personnes affectées en réduisant les risques de mise en péril de leur vie. Par contre, sur la moyenne période, la logique d'intervention s'était développée sur le soutien à la réhabilitation des capacités des services de base, à l'appui aux éventuels mouvements de retour, à la restauration des moyens d'existence des ménages affectés par la crise et à la prise en compte des aspects de la cohabitation pacifique et de protection transversale. En termes de modalité d'intervention, l'analyse des risques et enjeux liés au principe de « Ne pas Nuire » ainsi que le respect des principes humanitaires avaient orienté la délivrance de l'aide et le développement d'approches sur mesure selon le contexte spécifique d'intervention. En résumé, la planification de la réponse sur la courte période (formulation des projets ad hoc) avait tenu compte des critères ci-après :

- ✓ Privilégier les actions "*life – saving*" avec approche multisectorielle et intersectorielle axée sur la vulnérabilité aigüe.
- ✓ Définir l'approche et la modalité d'intervention (approche individuelle ou communautaire) sur base de l'évaluation des besoins et des risques et enjeux en lien avec le principe de « Ne Pas Nuire ».
- ✓ Nécessité de travailler avec les deux communautés (Twa et Luba) en prenant en compte des approches et modes spécifiques de délivrance de l'aide selon les besoins exprimés par les bénéficiaires
- ✓ Prise en compte, déjà en phase préalable à la réponse et pendant toute la période d'exécution, des principes humanitaires, des enjeux liés au principe de « Ne pas Nuire », du concept de redevabilité ainsi que de l'impact de l'action dans la zone ciblée et celles en proximité.
- ✓ Assurer le respect étroit de la non-discrimination et accès équitable.
- ✓ Coordination effective et efficace avec les autres acteurs humanitaires de manière préalable, en cours de mise en œuvre et en phase post-réponse.
- ✓ Intégration systématique des activités de sensibilisation et information des communautés ciblées sur les principes humanitaires, les modalités d'intervention et ciblage de manière préalable à toute action.

Dans les Kasai, la stratégie de la réponse consistait essentiellement à restaurer les capacités d'auto-prise en charge des ménages à travers des interventions « life saving » dans les secteurs des AME, de la Sécurité alimentaire, de la Santé, Nutrition, Eau Hygiène et Assainissement, Protection de l'enfant et Violences Basées sur le Genre (VBG). Cette logique d'intervention visait au relèvement précoce en protégeant l'intervention humanitaire de tout risque de substitution aux efforts de résilience des communautés locales. Ces interventions devaient compléter les actions de réponse suivantes déjà lancées dans les zones de conflits : le renforcement de la veille humanitaire à travers la coordination entre les acteurs humanitaires locaux pour une meilleure capacité de suivi, d'alerte et de réponse aux urgences dans la zone ; le partage des recommandations clés issues des missions d'évaluation rapides menées entre décembre 2016 et janvier 2017 avec les autorités locales et la communauté humanitaire.

La stratégie prévoyait, par ailleurs, quelques actions à mener à moyen terme, notamment: (i) une évaluation des besoins humanitaires lors du retour des populations dans les villages d'origine afin de pouvoir disposer d'informations détaillées en lien avec les seuils

d'intervention des clusters - les MSA menées par le RRMP en janvier 2017 avaient révélé de très nombreux retournés récents (plus de 10,000 ménages pour les Kasai) avec une vulnérabilité très aigue - ; (ii) assurer une réponse humanitaire ad hoc d'une durée entre 6 et 9 mois visant à restaurer les capacités d'auto-prise en charge des ménages ; (iii) plaidoyer conjoint auprès des différents acteurs dans le secteur de la protection de l'enfant pour le soutien au processus de réintégration des mineurs démobilisés ; (iv) mise en place d'un mécanisme de monitoring des cas de protection étendu à toutes les provinces des Kasai affectées par la présence des milices de *Kamuina Nsapu*, avec un focus sur la Protection de l'Enfant (car, compte tenu des similitudes rapportées entre les événements qui ont affectés la Zone de Tshikapa et les affrontements au Kasai Central, le nombre de mineurs en besoin de réunification et réintégration risquait d'augmenter rapidement dans les mois à venir) ; (v) réévaluation de la situation nutritionnelle étant donné que son interaction avec les facteurs aggravants de l'insécurité alimentaire et du déplacement forcé risquait de contribuer de manière substantielle à une dégradation rapide de la situation nutritionnelle.

La réponse à travers ce financement du CERF s'articulait autour de deux objectifs principaux : (i) répondre aux besoins « life-saving » des nouveaux déplacés et retournés vulnérables se trouvant dans les zones directement touchées par les violences dans les provinces du Tanganyika et des Kasai ; et (ii) stimuler les capacités d'auto-prise en charge des ménages vulnérables dans les zones des provinces du Kasai affectées par le conflit.

La réponse visait à assurer la survie, dans le respect du principe du « Do No Harm » et des standards humanitaires, de 213,055 personnes dont 104,625 au Tanganyika et 108,430 aux Kasai, dont la situation humanitaire était critique au cours des 3 derniers mois. Ces personnes se trouvaient dans 17 zones de santé ciblées, dont 7 zones de santé au Tanganyika (Kabalo, Moba, Kansimba, Nyunzu, Kongolo, Ankoro et Kiambi) et 10 dans les trois provinces des (Kasai Kalonda, Kamwasha, Dibaya, Tshikula, Mutoto, Katende, Mwetshi, Kabeya Kamuanga, Cilundu, Miabi). Cette population cible était composée de 100,800 personnes nouvellement déplacées et 122,255 parmi la population d'accueil.

La population cible était ventilée par sexe et âge comme suit :

| | Femmes et filles | Hommes et garçons | Total |
|--------------|---------------------|----------------------|----------------|
| < 18 ans | 76,700 | 52,840 | 129,540 |
| ≥ 18 ans | 51,133 | 32,382 | 83,515 |
| Total | 127,833 | 85,222 | 213,055 |

Dans ce cadre, cette réponse a fourni des soins de santé primaires avec une composante de cliniques mobiles pour l'accès des communautés vivant dans les zones les plus reculées et pour les zones dont les structures sanitaires avaient été détruites (Kasai). Une réponse était également nécessaire afin de réduire la mortalité et la morbidité liées aux épidémies de choléra et rougeole dans les zones en épidémie (Tanganyika), qui étaient un résultat direct des déplacements liés au conflit, favorisant ainsi la propagation de ces maladies contagieuses. En plus, la réponse a fourni l'accès à l'eau potable et des paquets « WASH in Nut » et « WASH in Santé » à 102,900 personnes dans les sites transitoires ou spontanés des déplacés et a amélioré le service WASH dans les centres de santé et les centres de récupération nutritionnelle. Un soutien a été assuré aux structures de prise en charge nutritionnelle en faveur de 4,346 enfants avec prise en charge des cas de MAS, y compris la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'aide alimentaire a été fournie à 17,222 bénéficiaires dans le Tanganyika, tandis qu'un appui aux moyens d'existence a été donné à 30,750 personnes aux Kasais à travers des cultures de cycles courts, et une distribution des semences maraichères, et outils aratoires, dans le cadre de la production agricole d'urgence. L'appui aux moyens d'existence visait à remplacer une partie des biens et ressources que les ménages les plus vulnérables avaient perdu dans les affrontements récents, à cause des pillages ou incendie de leurs maisons et champs, avec l'objectif de stimuler leur auto-prise en charge et relancer/améliorer leur production agricole. En outre, la réponse CERF a assuré le monitoring de protection au bénéfice de 77,135 personnes, y compris la prise en charge médicale et psychosociale intégrée de 850 survivants des VBG, l'appui psychosocial aux enfants enrôlés dans les milices en réponse au sentiment de peur généralisé. Au total, 2,600 enfants étaient couverts par des activités Child Protection et 5,000 enfants ont bénéficié des cours de rattrapage en éducation primaire. Pour une meilleure

prise en charge, en particulier des enfants, la réponse CERF a renforcé les mécanismes de référencement et appuyé la réunification des ENA et EAFGA. La subvention CERF a également permis un accès aux articles ménagers essentiels et matériels d'abris d'urgences (bâches) à 80,904 personnes dans le Tanganyika et les Kasai.

Les autres interventions qui avaient requis une durée de mise en œuvre plus longue que 3 à 5 mois avaient fait l'objet d'une sollicitation des financements du Fonds Humanitaire et d'un plaidoyer auprès d'autres donateurs. L'allocation CERF était complétée par une allocation "Urgence" du Fonds Humanitaire qui avait priorisé les secteurs non-financés ou peu financés par le CERF, les activités qui nécessitaient une période de mise en œuvre de 6 à 9 mois, et les activités où les partenaires ONG avaient une valeur ajoutée dans la mise en œuvre (par rapport aux Agences des Nations Unies).

Étant donné que de grandes quantités d'aide (articles non alimentaires, kits WASH, fournitures nutritionnelles, etc.) arriveraient dans la grande région des Kasais, une zone ayant peu de capacités logistiques et un secteur privé faible, il avait été décidé d'utiliser le fond humanitaire de la RDC pour financer une plate-forme logistique commune pour faciliter la réponse, à la fois pour les partenaires du CERF et les autres partenaires. Grâce à une allocation urgence « première urgence » de 3 millions de dollars, le fond humanitaire a pu financer à la fois un partenaire des Nations Unies et une ONG pour fournir conjointement le service, maximisant ainsi l'avantage comparatif des deux. La plate-forme a également été financée pour une durée plus longue que celle d'une subvention de réponse rapide du CERF.

III. LE PROCESSUS CERF

Le 18 janvier 2017, suite à la sérieuse détérioration du conflit intercommunautaire entre les Luba (bantous) et les Batwa (Pygmées) dans la province du Tanganyika et aux déplacements massifs consécutifs de population survenus entre janvier et février 2017, et suite également au débordement en affrontements armés d'un conflit lié à la succession du pouvoir coutumier et extension dans toute la région des Kasais, l'Equipe Humanitaire Pays (EHP) de la RDC avait décidé de solliciter une intervention du CERF à travers sa fenêtre « réponse rapide » pour répondre aux nouveaux besoins humanitaires générés par le déplacement forcé des populations, et la destruction des maisons et autres infrastructures des services de base dans toutes les zones touchées par ces conflits.

La demande CERF a été développée à travers un processus participatif commencé au niveau provincial. En effet, le 24 janvier 2017, une réunion du CPIA élargi à l'ICP sur la crise au Tanganyika avait abouti au développement d'un plan de réponse à court terme (janvier – juin) pour le Tanganyika. En même temps, à la demande du HCT, une mise à jour des plans de réponse avait été élaborée en approfondissant l'évaluation des besoins sectoriels dans les 3 provinces des Kasais en vue de préparer la Concept Note à proposer au CERF. Entre janvier et février 2017, l'Inter-Cluster National, avec l'appui de la Section Coordination d'OCHA et l'Unité Conjointe des Financements Humanitaires s'étaient réunies plusieurs fois pour formuler un concept note selon les exigences du CERF. Des réunions de travail plus approfondies avaient également été organisées avec les Agences récipiendaires sur le ciblage par secteur et les approches à utiliser pour la réponse. Les CPIA Tanganyika, Kasai Central et Kasai Oriental avaient également été consultés. Une implication au niveau du terrain et national avait permis de mieux identifier la nature des interventions et de convenir sur la méthodologie de priorisation des activités. La priorisation des activités « life saving » reprise dans la Demande CERF avait été considérée à l'issue de ces discussions qui avaient impliqué l'ensemble des intervenants dans les crises, - y compris les communautés, - et après analyse et mise à jour des plans de réponses élaborés au niveau du terrain. Les évaluations multisectorielles menées par différents acteurs sur le terrain avaient été d'un apport inestimable pour envisager la réponse, notamment dans la province du Kasai/territoire de Tshikapa, où il n'existait pas une structure formelle de coordination humanitaire.

La stratégie de la demande CERF résumée dans le document Chapeau avait été présentée au HCT lors de la réunion ordinaire du 8 février 2017. Elle avait été ensuite endossée, moyennant quelques petits amendements puis partagée avec les agences UN. Le 15 février 2017, l'Application avait été soumise au Secrétariat CERF et avait été approuvée par le CERF le 3 mars 2017. Sur un total de US \$39,948,758 requis pour la réponse globale, le CERF avait couvert US \$9,612,027. Les projets supposés démarrer début mars 2017 pour une durée de 6 mois avaient réellement démarré en mi-mai. Ce retard dans le démarrage des projets était dû principalement à l'aggravation en mars de la situation sécuritaire dans les zones des projets, avec limitation accès humanitaire. Entre le 28 juillet et le 3 août, la majorité des agences avaient sollicité des NCE (6 projets sur 9 projets au total) qui avaient toutes été approuvées par le CERF entre le 16 et le 25 août 2017. Suite à ces NCE, les projets avaient effectivement cloué entre novembre et le 7 décembre 2017.

En termes de modalités d'intervention, la prise en compte des enjeux et risques spécifiques au Tanganyika et au Kasai avait orienté le développement des recommandations clés à la stratégie d'assistance humanitaire qui se résumaient comme suit :

i) Tanganyika

- Renforcement de la coordination préalable entre les acteurs humanitaires sur toutes interventions planifiées dans la zone en lien avec l'impact potentiel et influence qu'une action peut avoir dans les zones en proximité.
- Assurer une analyse des enjeux et risques en lien avec le principe de « Ne Pas Nuire » de manière préalable, en cours et en phase post réponse en partageant de manière systématique les constats aux membres de la communauté humanitaire ;
- Assurer l'identification et mise en œuvre de mesures spécifiques en protection des bénéficiaires, du staff humanitaire et des biens de l'assistance pendant toute la phase d'intervention ;
- Assurer une analyse de l'impact et effets de l'intervention dans la zone ciblée avec un focus sur les leçons apprises avec les autres membres de la communauté humanitaire ;
- Assurer un niveau de flexibilité adéquate à la stratégie d'intervention visant à assurer l'adaptation sur mesure des modalités d'intervention aux spécificités des zones ciblées en évitant toute approche généralisant les risques et enjeux.
- Intégrer de manière systématique les activités de sensibilisation et information préalable des communautés ciblées pour un adéquat accès aux informations concernant le type d'intervention, les modalités opérationnelles, les critères de ciblage, les principes humanitaires etc.

ii) Kasais

- Assurer une analyse adéquate des risques et enjeux liés à la présence des milices et des forces armées dans les zones ciblées en lien avec le principe de « Ne pas nuire »
- Valoriser la collaboration avec les organisations locales surtout dans les zones de faible présence ou absence d'autres partenaires nationales ou internationales, comme dans le Territoire de Tshikapa ;
- En réponse à la faiblesse du mécanisme de coordination humanitaire dans les trois Provinces, assurer le partage systématique des informations et données concernant la réponse avec les points focaux humanitaires et au bureau de coordination national OCHA ;
- Stimuler les capacités de résilience locale en faveur de l'auto-prise en charge des populations pour poser les fondements de la phase post-réponse ;
- Compte tenu de l'étendue géographique de la zone d'intervention ainsi que de la faiblesse du mécanisme de monitoring de protection sur place, assurer le partage immédiat des toutes informations et données concernant la protection avec le cluster protection national, le GTPE et les points focaux humanitaires.
- La logistique des interventions au Kasai et au Kasai-Central est une contrainte opérationnelle majeure pour la rapidité de l'assistance. Pour surmonter cette difficulté les Agences réduiront au maximum les activités à exécution directe et s'appuieront sur des partenaires locaux.

La réponse à la crise dans les Kasai avait ciblé les personnes nouvellement déplacées et retournées les plus vulnérables, soit 108,430 personnes, selon une stratégie visant à restaurer les capacités d'auto-prise en charge des ménages à travers des activités « life-saving » dans les secteurs stratégiques des AME, Child Protection et Education, Santé, protection, SGBV, WASH, Nutrition et Sécurité alimentaire. Ces secteurs étaient ceux qui démontraient une détérioration de la situation humanitaire en lien direct avec la crise. Les trois provinces des Kasais constituaient une zone d'intervention des acteurs de développement plutôt que des humanitaires. Peu d'acteurs étaient sur place, bien que certaines Agences avaient la capacité de « scale-up » si elles avaient des ressources nécessaires. Une réponse limitée avait été amorcée, notamment à travers le RRMP, programme ARCC d'UNICEF (Alternative Responses for Communities in Crisis) et un financement START, mais cette réponse était restée largement insuffisante.

Depuis 2016, le cadre de suivi du fond humanitaire de la RDC est également utilisé pour suivre les interventions financées par le CERF afin de favoriser l'apprentissage en commun, faire progresser les bonnes pratiques et renforcer la responsabilisation. Plusieurs projets CERF ont été visités par un analyste de suivi et de reporting du fond humanitaire.

IV. RESULTATS ET VALEUR AJOUTEE DU FINANCEMENT CERF

| TABLE 4 : PERSONNES AFFECTEES ET BENEFICIAIRES DIRECTS PAR SECTEUR ¹ | | | | | | | | | |
|--|----------|----------|---------------|----------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| <i>Nombre total des personnes affectées par la crise : 578,000 personnes dans le besoin dont 213,055 ciblées</i> | | | | | | | | | |
| Groupe Sectoriel/Secteur | Femmes | | | Hommes | | | Total | | |
| | < 18 ans | ≥ 18 ans | Total | < 18 ans | ≥ 18 ans | Total | Enfants (< 18 ans) | Adultes (≥ 18 ans) | Total |
| Agriculture | 16,271 | 7,778 | 24,049 | 15,019 | 5,632 | 20,651 | 31,290 | 13,410 | 44,700 |
| Child Protection | 7,894 | 3,044 | 10,938 | 10,722 | 2,806 | 13,528 | 18,616 | 5,850 | 24,466 |
| Food Aid | 4,572 | 5,367 | 9,939 | 1,959 | 2,300 | 4,259 | 6,531 | 7,667 | 14,198 |
| Health | 54,431 | 36,287 | 90,718 | 58,967 | 39,311 | 98,278 | 113,398 | 75,598 | 188,996 |
| Nutrition | 3,330 | 0 | 3,330 | 3,349 | 0 | 3,349 | 6,679 | 0 | 6,679 |
| Protection | 18,180 | 49,627 | 67,807 | 8,279 | 24,250 | 32,529 | 26,459 | 73,877 | 100,336 |
| Shelter | 28,288 | 15,719 | 44,007 | 26,704 | 13,918 | 40,622 | 54,993 | 29,636 | 84,629 |
| Water, Sanitation and Hygiene | 24,608 | 43,831 | 68,439 | 17,909 | 32,104 | 50,013 | 42,517 | 75,935 | 118,452 |

¹ Meilleure estimation du nombre de personnes (filles, femmes, garçons et hommes) directement pris en charge grâce à un financement du CERF par cluster / secteur.

ESTIMATION DES BENEFICIAIRES

Les activités financées par la subvention CERF ont atteint globalement 188,996 personnes. Pour éviter le double comptage des bénéficiaires, les personnes assistées à travers les différents secteurs d'intervention ont été comptabilisées une seule fois, en considérant le chiffre le plus élevé, soit celui du secteur de santé.

| TABLE 5 : NOMBRE DE PERSONNES AYANT BENEFICIES DIRECTEMENT DU FINANCEMENT DU CERF ² | | | | |
|--|------------------------|------------------------|----------------|--|
| | Enfants (< 18 ans) | Adultes (≥ 18 ans) | Total | |
| Femmes | 54,431 | 58,967 | 113,398 | |
| Hommes | 36,287 | 39,311 | 75,598 | |
| Total (Femmes + Hommes) | 90,718 | 98,278 | 188,996 | |

² Meilleure estimation du nombre total de personnes (filles, femmes, garçons et hommes) directement pris en charge par le financement du CERF. Cela devrait, au mieux, d'exclure les importants chevauchements et le double comptage entre les secteurs.

RESULTATS DU FINANCEMENT CERF

A travers le projet de la FAO, les moyens d'existence de 7,450 ménages victimes des conflits armés dans les zones du projet sont protégés et restaurés aux Kasais (Territoires de Dibaya, Kabeya Kamuanga, et Tshikapa) : ces ménages ont bénéficié de la distribution d'intrants et kits agricoles et d'élevage qui ont diversifié d'au moins 50% leurs moyens d'existence. 2,325 ménages supplémentaires sur les 5,125 ménages prévus ont été couverts suite aux achats groupés et à la diminution du coût sur les supports logistiques. Ce dernier élément a également dégagé un solde positif qui a été converti en intrants agricoles afin de permettre de couvrir davantage des bénéficiaires. A travers ce projet, des champs en couloir ont pu être mis en place, ce qui a facilité le suivi des activités par l'équipe du projet, le partage d'expérience entre bénéficiaires, renforcement de la cohésion sociale et favorisé, dans une certaine mesure, la détraumatisation des ménages qui ont vécu des scènes macabres. Les bénéficiaires et les autorités ont pu exprimer leur satisfaction sur la qualité de l'assistance fournie et surtout sur le changement notable apporté par le projet dans leur vie quotidienne. De son côté, le projet d'aide alimentaire du PAM a permis de donner une ration alimentaire de 2 100 Kcal et fournie par jour à 17,222 personnes déplacées dont 9,037 filles et femmes, 8,185 hommes et garçons pendant 3 mois, de sorte que le Score de consommation alimentaire pauvre a été réduit de 80% (tant pour les femmes cheffes de ménage que pour les hommes chefs de ménage). Initialement le projet avait planifié d'assister 17,222 personnes déplacées internes, mais au final les bénéficiaires ciblés dans le site de Katanika ont été de 14,198. D'autre part la dépréciation de la monnaie locale (Franc Congolais) face au dollar américain a causé une augmentation des prix des denrées de base sur le marché, ce qui a conduit à une révision de la valeur de transfert sur base de l'outil Oméga value, lequel prend en compte le score de valeur nutritionnel (2 100 kcal). Ainsi, la valeur de transfert est passé de 15\$ à 19,9\$ pour les deux cycles de juin et juillet 2017. Cependant, l'indice de stratégie de survie et le score de diversité, ont augmenté dans le mauvais sens du fait que le camp de Katanika a brûlé en août (à cause de l'incendie d'une case), au moment où le PDM (Post Distribution Monitoring) était en train d'être mené. La plupart des ménages avaient perdu tous leurs biens, y compris les stocks de nourriture, et ils avaient donc recouru à des stratégies négatives, en dépit de l'assistance du PAM fournie entre mai et juillet. Toutefois, en se basant sur les résultats de ce PDM le score de consommation alimentaire pauvre était passé de 99.5% à 72.5% pour les ménages dirigés par les femmes, soit une amélioration de 27 points de pourcentage, et un score de consommation alimentaire pauvre de 99.8% à 46.3% pour les ménages dirigés par les hommes soit une amélioration de plus de 1 ménage sur 2.

Dans le secteur de la Protection de l'enfance, 222 enfants blessés durant les conflits ont reçu une prise en charge appropriée à leurs besoins ; 196 enfants dont 77 filles en situation de rupture familiale ont été identifiés, pris en charge et réunifiés avec leurs parents ; 5,110 enfants ont été supportés dans les cours de rattrapage pendant 3 mois et ont été sensibilisés sur les abus et les risques de protection ; 9,050 enfants (dont 3,758 filles) ont bénéficié d'un appui psychosocial (335 % de la cible). Des espaces de jeux ont été mis en place dans les sites des déplacés et les villages d'accueil comme une réponse efficace aux besoins des enfants sur le plan récréatif, sportif et ludique. Par ailleurs, sur une cible de 2,530 personnes, 11,342 (252 %) enfants, leaders d'opinion, religieux, coutumiers, autorités politico-administratives et forces de l'ordre ont été sensibilisés sur les conséquences de l'utilisation des enfants et qui sont capables de mobiliser les communautés.

Dans le secteur de la protection/VBG, le projet de l'UNFPA a permis de doter toutes les zones de santé (8) ciblées d'un réseau de protection fonctionnel et capable de détecter et référer les violations des droits, y compris les VBG. En outre, 189 hommes, 56 garçons,

533 filles et 79 femmes survivants des multiples formes des VBG ont bénéficié d'une prise en charge adaptée à leurs besoins. Le projet a permis de réduire le trauma de 31,723 hommes et garçons et de 64,532 femmes et filles qui ont participé aux psychothérapies de groupes à travers des groupes de paroles.

Dans le secteur des articles ménagers essentiels, le projet de l'UNICEF a permis aux familles vulnérables touchées par les conflits et les déplacements de population d'avoir un accès approprié aux articles ménagers essentiels qui leur ont permis d'entreprendre des activités quotidiennes nécessaires à leur protection, à leur dignité, à leur bien-être et à leur survie. En tout, 84,629 personnes vulnérables (sur une cible de 80,904 personnes) ont eu accès aux articles prioritaires pour la préparation, la consommation et le stockage des aliments, pour assurer leur hygiène et la consommation de l'eau, pour mieux dormir et se protéger contre la pluie, le soleil, et le froid, et pour mieux s'habiller, tandis que 51,304 personnes sur une cible de 51,204 personnes ont été assistées à travers du cash et/ou coupons multisectoriels en se basant sur l'outil de calcul du Panier des dépenses minimum. Ainsi, la variation moyenne du Score AME/NFI dans la communauté assistée 1 à 2 mois après l'intervention était de 1,5 ; 86,5 % de personnes ciblées ont déclaré avoir été satisfaites avec l'assistance reçue.

Dans le secteur de l'Eau, hygiène et assainissement, le projet de l'UNICEF a atteint plus de 100% des cibles prévues dans le cadre de l'intervention. Il a permis à 4,345 enfants malnutris et leurs familles d'avoir accès à un paquet EHA et nutrition (869 enfants dans le Tanganyika, 1,738 enfants dans le Kasai Oriental et 1,738 enfants dans les Kasais), à 12,818 personnes déplacées d'avoir accès à un paquet EHA dans les sites de déplacement au Tanganyika, et à 85,617 personnes déplacées et à risque de choléra d'avoir accès à un paquet EHA (49,804 personnes dans les Kasais et 35,813 personnes au Tanganyika). Le projet a permis de distribuer 5 litre d'eau d'urgence par personne par jour, d'assurer une gestion correcte des déchets et de garantir l'assainissement des sites de déplacement par la construction/réhabilitation de latrine et lave-mains, douches d'urgences collectives séparées par sexe et coins de laverie intime ainsi que les trous à ordures (320 portes de latrines d'urgence séparées par sexe et 198 portes de douches d'urgence séparées par sexe et coins de laverie intime). Par ailleurs, 443 promoteurs d'hygiène et de santé ont été formés sur la promotion d'hygiène, 109,453 personnes ont bénéficié de séances de promotion à l'hygiène, et des foyers et lieux publics clés infectés (avec cas de choléra) ont pu être désinfectés.

Dans le cadre de la nutrition, globalement, le projet de l'UNICEF a permis de dépister et d'assurer la prise en charge de 6,679 enfants malnutris sévères (dont 3,330 filles) dans les zones affectées. 50 sur 41 structures de santé ont été approvisionnées en intrants nutritionnels dans les zones de santé affectées : 50 structures de santé (9 unités nutritionnelles thérapeutiques intégrées -UNTI- et 41 unité de nutrition thérapeutique en ambulatoire - UNTA) ont été approvisionnées en intrants nutritionnels (3,546 cartons d'Aliment Therapeutique Pret à l'Emploi -ATPE- 20 cartons de F75 et 9 cartons de F-100) ; 6,679 enfants malnutris (dont 3,330 filles) ont été pris en charge dans les aires de santé les plus affectées, de sorte que le projet a permis de ramener le taux de guérison à 82,3% et le taux de décès à 0,9% ; La promotion de l'Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) a été assurée dans les zones affectées. En termes de sensibilisations, 971 sessions de sensibilisation ont été menées sur l'ANJE ; 492 démonstrations culinaires ont été faites, et 9,567 mères et gardiennes ont été sensibilisés au Kasai et Kasai Oriental. Ce projet Nutrition s'est révélé pertinent et a permis le traitement d'un volume de patient supérieur aux attentes. Cependant, il reste encore nécessaire de supporter les activités de nutrition/santé dans les zones. Les bureaux centraux de la zone de santé (BCZs) et prestataires ont besoin d'appui pour faire face à la gestion des UNTAs, d'assumer la gratuité d'un tel volume de patient, vu l'immensité des besoins.

Dans le secteur de la Santé, le projet conjoint OMS-UNFPA a permis d'atteindre physiquement 89% (188,996 / 213,055 attendus) des bénéficiaires à travers 97 structures de soins appuyées par le projet, sans compter les personnes sensibilisées aux risques des maladies courantes et à potentiel épidémiques par des animateurs communautaires faisant partie des équipes cadres des zones de santé (ECZS), ainsi que les relais communautaires formés dans le cadre du projet dans 17 zones de santé appuyées. Ces 97 structures de soins ont été appuyées en médicaments essentiels, des kits d'urgence de santé reproductive y compris des kits post-viol et équipements médicaux de base y compris les contraceptifs, de sorte que 40% des structures appuyées n'ont pas connu de rupture de stock pendant la mise en œuvre (soit 41 centres de santé sur 102 structures de santé prévues) ; 17 cliniques mobiles et 20 sites de soins avancés ont été organisés dans les différentes aires de santé ayant des infrastructures détruites et dans les aires de santé qui avaient reçu un grand nombre de déplacés internes (Kasai et Tanganyika). Globalement, 188,996 personnes vulnérables ont été prises en charge gratuitement et de manière égalitaire en soins de santé (87,651 déplacés et 101,345 personnes de famille d'accueil). Par ailleurs, 319 prestataires de santé (femmes / hommes) ont été recyclés sur la réponse en soins de santé primaires d'urgence, l'ordinogramme et sur le SGONU, soit 93% des prévisions, 75 prestataires (soit 100% de prévisions) formés sur le sur le DMU (Dispositif Minimum d'Urgence en Santé Sexuelle et Reproductive, et 60 prestataires (soit 100% des prévisions) formés en prise en charge cliniques de viol. 225 relais communautaires (femmes / hommes), soit 66% des prévisions, ont été recyclés sur les pratiques clés de la prévention des maladies. Dans le cadre de la santé de la reproduction, 973 césariennes ont été réalisées par un personnel qualifié (273% des prévisions) et 5,286 accouchements ont été réalisés (148% des prévisions).

VALEUR AJOUTEE DU FINANCEMENT CERF

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

OUI EN PARTIE NON

Les financements CERF ont permis de fournir une assistance rapide aux bénéficiaires, en dépit du fait que des retards avaient été observés dans le démarrage de la majorité des projets (6 projets sur 9 projets au total), suite à l'aggravation, en mars 2017, de la situation sécuritaire dans les zones des projets et donc de la limitation de l'accès humanitaire. Ces retards avaient été comblés par des demandes de No-Cost Extensions ayant varié entre un mois et deux mois.

En effet, en termes d'assistance, le projet WASH de l'UNICEF, était le premier à avoir été mis en œuvre dans à Mbuji-Mayi dans la région des Kasais, ce qui a permis de mieux visualiser la crise et de prendre conscience de son étendue.

Au Tanganyika, les projets ont démarré vers fin mars 2017. Le projet Education de l'UNICEF est intervenu en pleine année scolaire perturbée suite aux violences dans le Tanganyika et la région des Kasais. Grâce aux financements CERF, 1,500 enfants au Tanganyika et 3,000 enfants aux Kasais ont pu passer leur examen de fin de cycle primaire.

Le projet Protection de l'UNICEF, mis en œuvre sans une extension de durée, a démontré une rapidité dans la réponse, à un moment où les bailleurs de fonds n'étaient pas encore mobilisés, et avant le "flash appeal" qui n'est arrivé qu'après l'allocation CERF.

Dans le secteur des articles ménagers essentiels, le financement CERF a permis à l'UNICEF de répondre aux besoins humanitaires urgents et récents des personnes déplacées, retournées ainsi que des familles d'accueil dans un délai moyen de 29 jours (entre la réception de l'alerte et la livraison de l'assistance/foires) malgré le défis d'accessibilité sécuritaire dans les zones d'intervention des territoires de Manono (Mpyana), Moba (Kabwela et Mwanza), en dehors de Kalemie (Kabubili). Le délai le plus long a été de 41 jours dans le territoire de Manono (Mpyana) suite aux contraintes sécuritaires

En Santé, le projet de l'OMS a été la seule et première source de financement pour des interventions en soins de santé primaires dans ces zones. Ce projet a, en outre, permis une évaluation rapide des besoins au-delà des prévisions. De son côté, le projet de l'UNFPA a été l'unique financement pour la réponse rapide aux cas de VBG et a permis de rationaliser et de dispatcher les kits post viol. En même temps, le financement CERF a permis la mise en place rapide de dispositifs minimum d'urgence (DMU) ainsi que l'organisation des cliniques mobiles pour la prise en charge rapide des femmes enceintes et des femmes victimes de violences.

Dans le secteur de la sécurité alimentaire, la subvention du CERF a permis à la FAO de subvenir rapidement, en moins de deux mois, aux besoins alimentaires des 5000 ménages bénéficiaires grâce aux cultures à cycle court.

b) Les financements du CERF ont-ils favorisé la réponse aux besoins les plus urgents¹?

OUI EN PARTIE NON

Globalement, les financements CERF ont favorisé la réponse aux besoins les plus urgents à des moments critiques, même si un ralentissement était observé dans le lancement des activités pour la majorité des projets en raison des défis sécuritaires dans les zones des projets. En effet :

Dans le secteur de la Protection, les fonds CERF ont été orientés sur des activités de prise en charge des blessés et de la réunification familiale des enfants séparés, tandis que dans le secteur de la WASH, il n'y avait pas de fonds auparavant pour envisager une réponse. Grâce à la subvention CERF, l'UNICEF a pu organiser la réponse au choléra et a su contenir la flambée du choléra dans diverses zones de santé. N'eut été ce projet, l'ampleur du choléra aurait été plus grave, notamment dans le Tanganyika.

Dans la région des Kasais, les taux de mortalité liés à la malnutrition dépassaient les 200% avant l'intervention du CERF. Sans ces fonds, le nombre de décès liés à la malnutrition aurait été largement supérieur aux prévisions et à la réalité qui a été vécue pendant la mise en œuvre.

¹ Par réponse aux besoins les plus urgents, référence est faite aux actions nécessaires, rapides et limitées dans le temps et aux ressources requises afin de minimiser les pertes de vies humaines additionnelles et les dommages aux biens sociaux et économiques (ex vaccination d'urgence, contrôle d'une invasion de criquets, etc.).

Dans le secteur de la Santé de la reproduction, l'UNFPA, à travers le screening obstétrical, a pu détecter de grossesses à très hauts risques, pratiqué des césariennes d'urgence et détecté les cas de paludisme graves chez les femmes enceintes. Par ailleurs, le financement CERF a permis une anticipation des risques de transmission des IST/VIH.

En Sécurité alimentaire, sans ces fonds CERF, les populations auraient été exposées à une grande famine. Dans la zone de Tshikapa, par exemple, le projet de la FAO a permis (i) de négocier l'accès à la terre, notamment pour des femmes violées d'habitude exclues ; (ii) d'obtenir une production de nourriture en faveur des ménages dans les 15 jours grâce aux cultures à cycle court (dès la fin du 1^{er} mois, 80 kg de produits frais étaient produits par ménage sur 15 kg prévus) ; (iii) d'augmenter la fréquence des repas (on était passé de 1 repas tous les 2 jours à 1 repas par jour, puis à 2 repas par jour) ; (iv) de créer un cadre de concertation entre les belligérants afin de faciliter l'accès aux bénéficiaires.

En Santé, la subvention CERF a permis à l'OMS de prendre en charge des maladies moins valorisées comme les infections respiratoires. Selon l'OMS, les statistiques de morbidité et de mortalité par rapport aux maladies courantes auraient été critiques sans les fonds CERF.

c) Les financements du CERF ont-ils favorisé la mobilisation d'autres financements ?

OUI EN PARTIE NON

Oui, les fonds CERF ont aidé à la mobilisation d'autres sources de financement.

En Santé, les activités menées à travers l'OMS dans le cadre du CERF avaient contribué à relever le niveau d'urgence en L3 et permis une mobilisation des fonds propres par le siège de l'OMS pour adresser les urgences aux Kasais.

Pour l'UNICEF, il convient de faire une différence entre le Kasai et le Tanganyika : la subvention CERF dans les Kasais avait précipité le "flash appeal" au niveau de l'UNICEF et débouché sur une nouvelle stratégie de mobilisation de ressources. Cependant, entre mars et octobre 2017, le focus sur les Kasais avait quelque peu occulté les besoins humanitaires croissants dans le Tanganyika. Ceci était valable aussi pour l'UNFPA qui a eu "pause" des activités dans les Tanganyika entre la fin de ce CERF et le début de 2018.

De manière générale, la subvention CERF a permis de conduire des évaluations des besoins qui étaient cruciales, car ayant constitué un soubassement solide pour la mobilisation des ressources. Grâce à ces fonds, l'UNICEF, notamment, a pu mener des discussions en interne avec d'autres donateurs de développement, notamment DFID, pour appuyer la continuité des interventions, en attendant développement du L3. De son côté, OFDA a pu mobiliser des intrants pour tous les secteurs, notamment en Nutrition et WASH, avant le développement du L3.

Dans le même ordre d'idée, la FAO, à travers le CERF, a pu, en interne, redynamiser la collecte d'information sur la sécurité alimentaire et, fondamentalement, de sensibiliser sur la crise au sein même de la FAO, ce qui avait ultimement mené à la décision de passer en L3. Considérant l'ampleur des besoins, les acteurs décisionnaires de la FAO s'étaient rendus sur le terrain, ce qui avait permis des allocations spéciales directement sur fonds de la FAO.

Plus spécifiquement pour la FAO, les fonds CERF ont constitué une sorte de point d'entrée. En effet, la FAO a pu mobiliser 1 millions USD en interne et a reçu près de 10 millions USD d'autres donateurs dont 20% pour le Tanganyika. A la suite de l'intervention du CERF, des fonds de la Belgique ont pu être mobilisés pour soutenir la réponse "sécurité alimentaire" aux Kasais, tandis que des fonds de DFID étaient attendus pour appuyer la réponse au Tanganyika avec près de 4 million USD.

Le siège de l'UNFPA, de son côté, a pu avoir une meilleure compréhension et visibilité de la problématique des Kasais grâce aux évaluations des besoins qui étaient menées. Cette meilleure appréciation de la crise a contribué une mobilisation des équipes (visite du siège), et une allocation sur fonds propres de plus \$550,000 dont \$150,000 en kits d'urgence de santé de la reproduction. C'est ce financement additionnel qui a permis la réouverture des bureaux UNFPA à Kananga et Mbuji-Mayi ainsi que l'ouverture de celui de Tshikapa. D'autre part des fonds UBRAF ont pu être mobilisés pour le VIH. Par ailleurs, un financement du Fonds Mondial pour la Tuberculose a pu être mobilisé par la Caritas grâce à la subvention CERF. SIDA et le Fonds Humanitaire ont aussi appuyé la lutte contre les VBG suite aux informations de l'évaluation VBG fait avec le CERF.

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

OUI EN PARTIE NON

Globalement, la coordination intersectorielle entre les agences avait été renforcée grâce aux fonds CERF dans la mesure où cette subvention a permis de revitaliser plusieurs clusters provinciaux dans la zone pour la coordination. En effet :

Le cluster Protection a pu revitaliser le Groupe de travail sur la protection de l'enfant dans les Kasais, y compris dans le Tanganyika et la province du Kwilu et a pu mettre en place un sous-cluster VBG régional à Kananga couvrant plusieurs provinces de la région kasaienne. Le cluster Sécurité alimentaire s'était progressivement mis en place dans les Kasais, tandis que le cluster Education était revitalisé Mbuji-Mayi et à Kananga, avec mise en place d'un groupe de travail Education à Tshikapa. Enfin, le cluster Santé était renforcé à travers le déploiement de points focaux Santé au Kasai Central et le Groupe de travail sur la Santé de la reproduction était également mis en place.

e) Le cas échéant, veuillez expliquer d'autres aspects de la valeur ajoutée à la réponse humanitaire par le financement CERF

Globalement, le CERF a rendu possible une meilleure visibilité de la situation humanitaire dans les zones en crise, et permis une réévaluation de la réponse (adaptation de la réponse aux besoins réels) et une plus grande mobilisation des acteurs sur le terrain. Plusieurs agences qui n'avaient pas prévu d'intervenir dans cette zone ont pu s'y installer grâce aux fonds du CERF et ont réussi à apporter une première réponse à la crise. Le projet conjoint Education /de l'UNICEF a favorisé une approche intersectorielle de la réponse qui était approfondie à travers d'autres projets financés par d'autres bailleurs. Ce projet a conduit au développement d'une stratégie commune Education/Protection au sein de l'UNICEF. Dans le secteur de la santé, la CARITAS/Kasai a pu travailler au renforcement des connaissances des communautés sur les VBG, à la mise en place d'un système de prise en charge psycho-social communautaire, au renforcement des capacités des prestataires, à la création des espaces sûrs pour les femmes et les filles, et à la tenue des psychothérapies collectives en groupes de paroles au Kasai et Kasai Central ou à des « barza » communautaires au Tanganyika entre les tribus en conflits latents ou ouvert. La subvention CERF a ressorti une vraie différence dans les bénéficiaires : globalement, 104% des bénéficiaires ont été atteints par l'ensemble des projets.

V. ENSEIGNEMENTS TIRES

| TABLE 6 : OBSERVATION POUR LE SECRETARIAT DU CERF | | |
|--|---|--------------------|
| Enseignements Tirés | Suggestions De Suivi/Amélioration | Entité Responsable |
| Des No Cost Extensions étaient sollicités par la majorité des partenaires agences UN | Accorder plus de flexibilité sur la question des No-Cost Extension, vu le contexte très difficile lié généralement aux conditions sécuritaires et d'accès dans plusieurs zones des projets. Il devrait y avoir une flexibilité aussi sur les personnels. Le fait que le CERF n'autorise pas les agences à charger des salaires du personnel fix-term/déjà employé limite la capacité d'adaptation de l'agence. | Secrétariat CERF |
| Les besoins dans les différentes zones de projets avaient dû être réévalués | Envisager la possibilité d'accroître l'enveloppe du CERF eu égard à cette réévaluation. | Secrétariat CERF |

TABLE 7 : OBSERVATIONS POUR L'ÉQUIPE DE PAYS

| Enseignements Tirés | Suggestions De Suivi/Amélioration | Entité Responsable |
|--|---|---|
| Retards dans le démarrage des activités | Les agences devraient se préparer à l'avance et contacter directement leurs partenaires ONG pendant la phase préparatoire de la soumission des projets. De plus, les agences devraient veiller à ce que le fait d'associer les ONG dans le processus de développement du projet octroyé à l'agence, n'occasionne pas des retards dans la finalisation des partenariats. | Agences récipiendaires |
| Retards dans le démarrage des activités et efficacité de la réponse | Vu l'état de sous-financement de la RDC et considérant les besoins et la disponibilité limitée des agences, il serait judicieux que les donateurs appuient la mise en place des stocks des contingence en guise de "preparedness" étant donné que la RDC est une sorte de poudrière. Ceci permettrait le démarrage immédiat des activités | Agences récipiendaires et partenaires de mise en œuvre |
| Renforcer la coordination de la réponse dans les zones de projets | Les agences devraient se mutualiser et renforcer la coordination entre leurs projets de manière à avoir une réponse réellement intégrée dans leurs différentes zones d'intervention | Agences récipiendaires |
| L'allocation a couvert une zone très étendue, avec une configuration difficile et de nombreux défis sécuritaires | Les agences qui, à travers un même allocation CERF, sont amenées à intervenir simultanément dans deux provinces, doivent intégrer deux réalités contextuelles différentes et en tenir compte dans la préparation, le déploiement des équipes et la mise en œuvre proprement dite | Agences récipiendaires et partenaires de mise en œuvre |
| Renforcer la redevabilité envers les bénéficiaires | Après le ciblage géographique, bien expliquer les critères d'éligibilité à l'assistance à la communauté bénéficiaire et assurer sa participation à l'étape de ciblage (et bien entendu à toutes les étapes) Dans le cadre du suivi et de la redevabilité envers les bénéficiaires, les agences devraient veiller systématiquement à consulter les bénéficiaires sur la qualité de la réponse délivrée. | Agences récipiendaires et partenaires de mise en œuvre appuyés par le nouveau groupe AAP/PSEA |
| Augmentation des besoins dus à l'extension du conflit dont la solution est loin d'être trouvée | Assurer un bon ciblage de la zone et des bénéficiaires, une bonne priorisation de besoins et une bonne coordination avec les autres acteurs | Agences récipiendaires et partenaires de mise en œuvre |
| Faible présence du secteur privé pour la distribution du cash dans les Kasai | Sensibilisation d'autres acteurs externes de la téléphonie mobile et institutions de microfinance pour intégrer et renforcer cette modalité d'assistance dans la zone | Partenaire de mise en œuvre et UNHCR à travers le groupe de travail cash (cash working group) |
| Seulement trois agences (UNFPA, OMS et FAO) ont rapporté des résultats sur les activités visant l'atténuation des VBG et le référencement des survivants, alors que tous les projets ont déclaré intégrer les Directive IASC sur les VBG | Renforcer la collaboration avec le sous-cluster VBG lors de l'élaboration des projets (niveau central) et pendant sa mise en œuvre (zone d'implémentation) | Agences récipiendaires et partenaires de mise en œuvre appuyés par le SC VBG |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Dans le contexte du conflit au Tanganyika (incendie des villages, déplacements forcés, pertes de biens, ...) les déplacés de même que les retournés se retrouvent presque dans la même vulnérabilité qui ne rend pas aisé la priorisation entre les personnes déplacées et retournés</p> | <p>Ne pas exclure les retournés dans la cible en se basant uniquement sur leur statut dans ce contexte spécifique, mais plutôt évaluer leur vulnérabilité à l'étape de l'évaluation de besoins et les inclure si nécessaire</p> | <p>Agences récipiendaires et partenaires de mise en œuvre</p> |
| <p>Dans un contexte de conflit intercommunautaire comme celui du Tanganyika, l'analyse do no harm, en plus des sensibilisations, est une nécessité pour des interventions à caractère individuel comme les Articles ménagers essentiels</p> | <p>Réaliser cette analyse avant la livraison de l'assistance à caractère individuelle</p> | <p>Agences récipiendaires et partenaires de mise en œuvre</p> |
| <p>Très peu des projets de cette allocation ont su démontrer une approche genre solide</p> | <p>Renforcer la prise en compte des 5 engagements clés de chaque cluster lors de l'élaboration et la mise en œuvre des projets</p> | <p>Agences récipiendaires et partenaires de mise en œuvre appuyés par le GenCap</p> |

VI. RESULTATS DES PROJETS

| TABLE 8 : LES RESULTATS DU PROJET | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---------------|--------------|
| CERF project information | | | | | | |
| 1. Agence: | UNICEF | 5. Période de mise en œuvre du projet CERF : | 01/03/2017 - 30/09/2017 | | | |
| 2. Code du projet CERF: | 17-RR-CEF-020 | 6. Statut du projet CERF | <input type="checkbox"/> En cours | | | |
| 3. Groupe sectoriel/Secteur: | Nutrition | | <input checked="" type="checkbox"/> Achevé | | | |
| 4. Titre du projet: | Appui à la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans les zones de santé en conflits au Tanganyika, au Kasai Oriental et au Kasai Central | | | | | |
| 7. Funding | <i>a. Budget Total du Projet :</i> | US\$ 1,409,842 | <i>d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution :</i> | | | |
| | <i>b. Montant total du financement reçu pour le projet :</i> | US\$ 704,991 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge :</i> US\$ 316,026 | | | |
| | <i>c. Montant reçu du CERF :</i> | US\$ 704,991 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Partenaires gouvernementaux :</i> | | | |
| Résultats Obtenus | | | | | | |
| 8a. Nombre total de personnes ayant bénéficié directement du financement du CERF, planifié et atteint (veuillez soumettre une répartition par genre et ans). | | | | | | |
| Bénéficiaires Directs | Prévus | | | Atteint | | |
| | Femmes | Hommes | Total | Femmes | Hommes | Total |
| <i>Enfants (< 18 ans)</i> | 2,260 | 2,086 | 4,346 | 3,330 | 3,349 | 6,679 |
| <i>Adultes (≥ 18 ans)</i> | | | | | | |
| Total | 2,260 | 2,086 | 4,346 | 3,330 | 3,349 | 6,679 |
| 8b. Profil des bénéficiaires | | | | | | |
| Catégorie | Nombre de Bénéficiaires Prévus | | | Nombre de Bénéficiaires Atteints | | |
| <i>Réfugiés</i> | | | | | | |
| <i>Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays</i> | 2,173 | | | 3,339 | | |
| <i>Population d'accueil</i> | 2,173 | | | 3,340 | | |
| <i>Autres personnes touchées</i> | | | | | | |

| | | |
|---|--------------|--------------|
| Total (identique au total figurant au point 8a) | 4,346 | 6,679 |
| En cas de différence significative entre le nombre, ou la répartition par genre et ans, de bénéficiaires prévus et atteints, merci d'en expliquer les raisons : | | |

| Cadre des résultats du projet CERF | | | |
|---|---|--|--|
| 9.Objectif du projet | Assurer la prise en charge de cas de malnutrition aigüe dans les zones de sante affectées par les conflits au Tanganyika, au Kasai Oriental et au Kasai Central | | |
| 10.Énoncé des résultats | La prise en charge des 4,346 enfants malnutris sévères dans les zones affectes est assurée | | |
| 11. Résultat | | | |
| Résultat 1 | 41 structures de santé sont approvisionnées en intrants nutritionnels dans les zones de santé affectées | | |
| Indicateurs du résultat 1 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 1.1 | Quantités d'intrants nutritionnels achetées pour les zones affectées | 3,546 cartons d'ATPE 20 cartons de F75 et 9 cartons de F-100 | 3,546 cartons d'ATPE 20 cartons de F75 et 9 cartons de F-100 |
| Indicateur 1.2 | Nombre de structures de prise en charge approvisionnées en intrants nutritionnels | 41 structures de santé (6 UNTI et 35 UNTA) | 50 structures de santé (9 UNTI et 41 UNTA) |
| Indicateur 1.3 | Proportion des structures de prise en charge n'ayant pas connu de rupture en intrants de plus d'une semaine | 100% (41 structures) | 78% (39 structures sur 50 structure) |
| Activités du résultat 1 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 1.1 | Achat des intrants nutritionnels (3,546 cartons de Plumpy Nut, 20 cartons de F75 et 9 cartons de F-100 et médicaments pour traitement systématique) | UNICEF | Achat des intrants prévus réalisé par l'UNICEF. |
| Activité 1.2 | Approvisionner les zones affectées dans les provinces en intrants nutritionnels dans | UNICEF | Zones affectées ont été approvisionné en intrants par l'UNICEF et les partenaires. |
| Activité 1.3 | Approvisionner les 41 structures de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère par les partenaires de mise en œuvre | ACF, IRC/RRMP, APEDE | 50 structures approvisionnés avec l'appui des partenaires de mise en oeuvre |

| | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| | | | (ACF, IRC/RRMP, APEDE) |
| Résultat 2 | 4,346 enfants malnutris sévères sont traités dans 41 unités nutritionnelles dans les provinces affectées | | |
| Indicateurs du résultat 2 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 2.1 | Nombre de d'enfants malnutris pris en charge dans les aires de santé les plus affectées | 4,346 (2260 filles, 2,086 garçons) | 6,679 (3,330 filles, 3,349 garçons) 153% du cible |
| Indicateur 2.2 | Taux de guérison | >75% | 82,3% |
| Indicateur 2.3 | Taux de décès | <5% | 0,9% |
| Indicateur 2.4 | Taux d'abandon | <15% | 16,8% |
| Activités du résultat 2 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 2.1 | Former les agents de santé (2 par CS et 3 par Hopital Général de Référence, HGR) et les relais communautaires (10 par AS) sur la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe sévère selon le protocole national en vigueur | ACF, IRC/RRMP, APEDE DPS/PRONANUT (Ministère de la santé) | 150 agents de santé formés (130 hommes, 20 femmes) ; 440 ReCos formés (ACF, IRC/RRMP, APEDE DPS/PRONANUT) |
| Activité 2.2 | Appuyer le dépistage des cas de malnutrition aigüe sévère dans la communauté | ACF, IRC/RRMP, APEDE, BCZS (Ministère de la santé) | 66,047 enfants dépistés dans le cadre du projet (ACF, IRC/RRMP, APEDE, BCZS) |
| Activité 2.3 | Assurer la prise en charge des cas de malnutrition dans les 41structures de santé | ACF, IRC/RRMP, APEDE, BCZS (Ministère de la santé) | 50 structures de santé ont rassuré la prise en charge de cas de malnutrition (ACF, IRC/RRMP, APEDE, BCZS) |
| Résultat 3 | La promotion de l'ANJE est assurée dans les zones affectées | | |
| Indicateurs du résultat 3 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 3.1 | Nombre de sessions de sensibilisations réalisées dans les zones effectuées (1 session/semaine/CS x 41 CS= 41 sessions//semaine x 4 semaines=164 sessions/mois x6 mois= 984 sessions | 984 sessions | 971 sessions de sensibilisation sur l'ANJE ; 492 démonstrations culinaires ; 9,567 mère et gardiennes sensibilisés au Kasai et Kasai Oriental |

| Activités du résultat 3 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
|---------------------------|---|---|--|
| Activité 3.1 | Organiser des sessions de sensibilisation sur l'ANJE | ACF, IRC/RRMP, APEDE, BCZS | 971 sessions organisé par BCZS, avec l'appui de ACF et APEDE |
| Résultat 4 | Le suivi de la prise en charge de la malnutrition dans les zones de sante affectés est effectué par le staff UNICEF | | |
| Indicateurs du résultat 4 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 4.1 | Nombre de mission de supervisons réalisées effectuées par le Staff UNICEF (2 missions/provinces soit 6 missions de supervisons) | 6 missions | 9 missions |
| Activités du résultat 4 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 4.1 | Réaliser des missions de suivi des interventions nutritionnelles | UNICEF Tanganyika, UNICEF Mbuji-Mayi, UNICEF Kananga, UNICEF Lubumbashi | 9 missions conjointes réalisés par le staff de UNICEF des bureaux de terrain concernés |
| Activité 4.2 | Tenir des réunions de coordination mensuelles dans les provinces affectées | UNICEF, DPS/PRONANUT, ACF, COOPI, IRC/RRMP, MDA, SCI, APEDE APEDE | Système de réunion de coordination chaque 2 semaines mis en place sur les provinces par UNICEF et Gouvernement |

12. S'il vous plaît fournir des informations supplémentaires ici sur les résultats des projets et en cas de différence significative entre les résultats attendus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :

Le projet a rencontré des différents défis au cours de sa mise en place, surtout pendant le démarrage des activités dans le Kasai Central.

Premièrement, l'insécurité et accès limités aux zones ciblées au Kasai Central a demandé une redéfinition de zones due à la situation dans le territoire de Dibaya. Dans un premier temps, les nouvelles zones sélectionnées ont été les zones de santé (ZS) de Kalonda Ouest et Kamwasha dans la province du Kasai. Encore, due à l'insécurité, la ZS de Kamwasha n'a pas été accessible et une dernière redéfinition de zones pour le projet a été faite ; la mise en œuvre du projet a été faite dans la ZS de Kalonda Ouest, Kanzala et Tshikapa. La province du Kasai Oriental a aussi été affectée par l'insécurité dans la ZS de Miabi plus précisément dans l'aire de santé de Miketa. Ce dernier a été remplacé par Boya. Ce défi d'accès a mené à une demande de no cost extension pour la mise en œuvre du projet et la date finale du projet a été fixée au 30 septembre 2017.

Deuxièmement, un nombre très élevé d'enfants avec la malnutrition aigüe sévère a été détecté et admis dans les zones d'intervention ce qui a mené à une rupture de stock surtout pour les activités de la province du Kasai. En effet, les structures appuyées n'ont pas rencontré de rupture jusqu'au mois d'août 2017. Entre le 15 août et le 20 septembre, les ruptures se sont étendues de 3 à 11 UNTA. Ceci s'explique par le nombre d'admissions qui a excédé la cible au mois de juillet, soit 1 mois et demi après le démarrage des UNTA. Des intrants supplémentaires sont arrivés le 18 septembre à Tshikapa pour suppléer tous les enfants encore en charge et quelques nouvelles admissions. Les réadmissions après abandon et nouvelles admissions ont débuté le 20 septembre. Pour le Tanganyika, le projet a atteint ses objectifs fin mai 2017, car un nombre très élevé que prévu d'enfants ont été admis.

La rupture de stock a eu un effet sur les taux de performance du programme, surtout dans les zones d'intervention appuyées par ACF dans la province du Kasai. Le taux d'abandon a augmenté de manière significative surtout en août dû au manque d'intrants et aussi dû au retour de certaines familles. Cela explique le taux légèrement au-dessus de 15% pour l'abandon. Lorsque les intrants étaient disponibles, une sensibilisation a été réalisée auprès de la communauté pour la réadmission des enfants avec malnutrition aigüe sévère.

Les partenaires de mise en œuvre était Action Contre la Faim au Kasai, APEDE au Kasai Oriental et IRC dans le cadre du Réponse Rapide aux Mouvements de populations (RRMP) au Tanganyika.

13. S'il vous plaît décrire comment la redevabilité à l'égard des populations touchées (accountability to affected populations) a été assurée lors de la conception du projet, la mise en œuvre et le suivi

En termes de redevabilité à l'égard des populations touchées, pour la conception du projet, les bénéficiaires ont été consultés pour avoir leur appréciation sur le déroulement et la qualité des interventions. Pour la mise en œuvre, la partie communautaire du projet (Nutrition et WASH) a été mise en œuvre en étroite collaboration entre le partenaire et les Comités Locaux d'Appuis (CAL) et les Cellule d'Animation Communautaire (CAC) qui elles-mêmes sont sous le lead des autorités traditionnelles et politico-administratives.

14. Evaluation : Ce projet a-t'il été évalué ou il y a-t'il une évaluation en cours ?

ÉVALUATION EFFECTUEE

Des supervisions et des visite programmatiques de supervision (Unicef, PRONANUT avec le partenaire de mise en œuvre) étaient conduites sur le terrain, avec un feedback positif de la part de la communauté et des prestataires de service. L'évaluation finale a révélé que le projet était pertinent et a permis le traitement d'un volume de patient supérieur aux attentes. Cependant, il reste nécessaire de supporter les activités de nutrition/santé dans les zones. Les BCZs et prestataires ont besoin d'appui pour faire face à la gestion des UNTAs, d'assumer la gratuité d'un tel volume de patient, aux vues des besoins.

EVALUATION EN COURS

AUCUNE EVALUATION PREVUE

TABLE 8 : LES RESULTATS DU PROJET

| CERF project information | | | | | | |
|---|--|---|---|---------------------------------|---------------|----------------|
| 1. Agence: | UNICEF | 5. Période de mise en œuvre du projet CERF : | 07/03/2017 - 06/10/2017 | | | |
| 2. Code du projet CERF: | 17-RR-CEF-021 | 6. Statut du projet CERF | <input type="checkbox"/> En cours | | | |
| 3. Groupe sectoriel/Secteur: | Eau, assainissement et hygiène | | <input checked="" type="checkbox"/> Achevé | | | |
| 4. Titre du projet: | Assurer l'accès à un paquet EHA aux enfants et leurs familles affectées par les conflits dans les provinces du Tanganyika, du Kasai, du Kasai Central et du Kasai Oriental | | | | | |
| 7. Funding | a. Budget Total du Projet : | US\$ 9,401,095 | d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution : | | | |
| | b. Montant total du financement reçu pour le projet : | US\$ 1,367,900 | ▪ Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge : US\$ 923,711 | | | |
| | c. Montant reçu du CERF : | US\$ 1,367,900 | ▪ Partenaires gouvernementaux : | | | |
| Résultats Obtenus | | | | | | |
| 8a. Nombre total de personnes ayant bénéficié directement du financement du CERF, planifié et atteint (veuillez soumettre une répartition par genre et ans). | | | | | | |
| Bénéficiaires Directs | Prévus | | | Atteint | | |
| | Femmes | Hommes | Total | Femmes | Hommes | Total |
| Enfants (< 18 ans) | 2,260 | 2,086 | 4,346 | 24,608 | 17,909 | 42,517 |
| Adultes (≥ 18 ans) | 51,248 | 47,306 | 98,554 | 43,831 | 32,104 | 75,935 |
| Total | 53,508 | 49,392 | 102,900 | 68,439 | 50,013 | 118,452 |
| 8b. Profil des bénéficiaires | | | | | | |
| Catégorie | Nombre de Bénéficiaires Prévus | | | Nombre de Bénéficiaires Atteint | | |
| Réfugiés | | | | | | |
| Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays | 77,175 | | | 88,839 | | |
| Population d'accueil | 25,725 | | | 29,613 | | |
| Autres personnes touchées | | | | | | |
| Total (identique au total figurant au point 8a) | 102,900 | | | 118,452 | | |

| | |
|--|--|
| <i>En cas de différence significative entre le nombre, ou la répartition par genre et ans, de bénéficiaires prévus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :</i> | Plus d'enfants que prévu ont reçu de l'eau, car cela comprend aussi ceux qui sont bénéficiaires des points de chloration et sensibilisation du projet de la Croix Rouge (sans Wash In Nut) |
|--|--|

| Cadre des résultats du projet CERF | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| 9.Objectif du projet | Améliorer l'accès à un paquet EHA aux enfants et leurs familles affectées par les situations de conflit dans le Tanganyika et les Kasais. | | |
| 10.Énoncé des résultats | <ul style="list-style-type: none"> 4,345 enfants malnutris et leurs familles ont accès à un paquet EHA et nutrition (869 enfants dans le Tanganyika, 1,738 enfants dans le Kasai Oriental et 1,738 enfants dans les Kasais) 12,818 personnes déplacées ont accès à un paquet EHA dans les sites de déplacement au Tanganyika 85,617 personnes déplacées et à risque de choléra ont accès à un paquet EHA (49,804 personnes dans les Kasais et 35,813 personnes au Tanganyika) | | |
| 11. Résultat | | | |
| Résultat 1 | 4,346 enfants malnutris et leurs familles ont accès à un paquet EHA et nutrition (869 enfants dans le Tanganyika, 1,858 enfants dans le Kasai Oriental et 1,738 enfants dans les Kasais) | | |
| Indicateurs du résultat 1 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 1.1 | Nombre de centre de traitement nutritionnels ayant reçu un paquet EHA minimum | 41 (6 UNTI et 35 UNTA) – selon le plan du projet nutrition | 50 (41 UNTA et 9 UNTI) |
| Indicateur 1.2 | Nombre de ménage avec des enfants malnutris ayant reçu les Kit EHA | 3,596 (Kasai) | 4,465 |
| Indicateur 1.3 | Nombre de promoteurs d'hygiène et de santé formés sur la promotion d'hygiène | 80 – selon le plan du projet nutrition | 443 |
| Activités du résultat 1 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 1.1 | Conduire des évaluations initiales pour déterminer les besoins EHA dans les centres de traitement nutritionnel | UNICEF (IRC, ACF, APEDE) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC) |
| Activité 1.2 | Conduire des enquêtes CAP pour 1,500 ménages ayant des enfants malnutris habitant dans les zones de santés affectées par les conflits avant et la fin des interventions | UNICEF (IRC, ACF, APEDE) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC) |
| Activité 1.3 | Doter les centres de traitement nutritionnel d'un paquet minimum EHA d'urgence | UNICEF (IRC, ACF, APEDE) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC) |
| Activité 1.4 | Distributions de Kit d'EHA aux ménages ayant des enfants malnutris dans le Kasais | UNICEF (IRC, ACF, APEDE) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC) |

| | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Activité 1.5 | Formation de 20 agents de santé et 60 agents communautaires sur la promotion de l'hygiène. | UNICEF (IRC, ACF, APEDE) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC, CR RDC) |
| Activité 1.6 | Organiser de visites périodiques de contrôle de la qualité de l'eau dans les structures de prise en charge de la malnutrition par la mesure du chlore résiduel | UNICEF (IRC, ACF, APEDE) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC) |
| Résultat 2 | 12,818 personnes déplacées ont accès à un paquet EHA dans les sites de déplacement | | |
| Indicateurs du résultat 2 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 2.1 | Nombre porte de latrines d'urgence séparé par sexe construites ou réhabilités avec lave-mains | 260 | 320 |
| Indicateur 2.2 | Nombre porte de douches d'urgence séparé par sexe et coins de laverie intime construites ou réhabilités | 150 | 198 |
| Indicateur 2.3 | Nombre de litre d'eau d'urgence distribuée par personne par jour | 5 l/p/j | 5 l/p/j |
| Indicateur 2.4 | % de sites avec un comité EHA forme et équipé | 100% | 100% |
| Activités du résultat 2 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 2.1 | Organiser des séances de sensibilisation sur la prévention et autres maladies liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement, y compris le choléra | UNICEF (IRC) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC, CR RDC) |
| Activité 2.2 | Assurer un approvisionnement de l'eau d'urgences et réaliser des réhabilitations légères sur le point d'eau existant | UNICEF (IRC) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC, CR RDC) |
| Activité 2.3 | Assurer une gestion correcte des déchets et garantir l'assainissement des sites de déplacement par la construction de latrine + lave-mains, douches d'urgences collectives séparées par sexe et coins de laverie intime ainsi que les trous à ordure | UNICEF (IRC) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC) |
| Activité 2.4 | Assainissement après la clôture des sites, si le cas | UNICEF (IRC) | NA |
| Résultat 3 | 85.617 personnes déplacées et à risque de choléra ont accès à un paquet EHA | | |
| Indicateurs du résultat 3 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 3.1 | Nombre de litre d'eau d'urgence distribuée par personne par jour | 5 l/p/j | 5 l/p/j |
| Indicateur 3.2 | Nombre de ménages/lieux publics ayant fait l'objet d'une désinfection | 2,500 | 4,746 |
| Indicateur 3.3 | Nombre de personnes qui ont bénéficié de séances de promotion à l'hygiène | 85,617 | 109,453 personnes |
| Activités du résultat 3 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |

| | | | |
|--------------|---|--|---|
| Activité 3.1 | Organiser des séances de sensibilisation sur la prévention du choléra et autres maladies liées à l'eau. Les thèmes porteront sur la promotion des bonnes pratiques d'hygiène, Potabilisation de l'eau et Assainissement du milieu | UNICEF (IRC, CR RDC Tanganyika, ACF, APEDE) | UNICEF (IRC, CR RDC Tanganyika, ACF, APEDE) |
| Activité 3.2 | Assurer un approvisionnement de l'eau d'urgences et réaliser des réhabilitations légères sur le point d'eau existant | UNICEF (IRC, CR RDC Tanganyika, ACF, APEDE) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC, CR RDC) |
| Activité 3.3 | Organiser de visites périodiques de contrôle de la qualité de l'eau dans les ménages par la mesure du chlore résiduel et niveaux des ménages et | UNICEF (IRC, CR RDC Tanganyika, ACF, APEDE)) | UNICEF (APEDE, ACF, IRC, CR RDC) |
| Activité 3.4 | Désinfection de foyers et lieux publics clés infectés (avec cas de choléra) | UNICEF (IRC, CR RDC Tanganyika, ACF, APEDE) | UNICEF (CR RDC) |

12. S'il vous plaît fournir des informations supplémentaires ici sur les résultats des projets et en cas de différence significative entre les résultats attendus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :

En termes des résultats, UNICEF et les partenaires ont atteint plus de 100% des cibles prévues dans le cadre de l'intervention. Plus en détails, l'indicateur de résultat 1.3 lié au renforcement des capacités de formateurs réfère la formation de 443 RECO au lieu de 80 planifiés, grâce aux réseaux existant de la Croix Rouge RDC. Ce résultat à la hausse a été aussi possible en privilégiant le recyclage avec des RECO déjà formés au lieu d'effectuer des formations des nouveaux RECO dans les zones d'intervention, qui a permis aux partenaires d'atteindre un nombre plus élevé. Par conséquent, le nombre de personnes qui ont bénéficié des séances de promotion à l'hygiène a été largement dépassé (109,453 atteint vs. 85,617 prévu, soit 128% de cible).

Il est aussi important de mentionner, qu'à cause de la situation sécuritaire précaire dans ces zones, l'UNICEF et les partenaires ont été obligé de demander une No Cost-Extension d'un mois, pour permettre la complétion des activités à 100%.

Des détails sur les changements dans la mise en œuvre par partenaires (stratégie, chronogramme, etc.) sont inclus en dessous :

ACF :

Le partenaire a complété toutes les activités en accord avec le plan de travail à l'exception de l'activité concernant la distribution des Kit WiN. Sur les 6 mois de mis en œuvre du projet, un total de 3,248 patients souffrants de MAS a été admises dans les unités nutritionnelles thérapeutiques (UNT) sur un total de 1,738 ménages accompagnant les patients MAS pris en charges qui ont bénéficiés des kits ménage WiN. Cet écart important, qui n'affecte pas le résultat final quant à la quantité des Kit WiN prévue par le projet (1,738 Kit WiN à la sortie des centres) et est dû au fait que suite à la requête de NCE (No Cost Extension) accordée par Unicef au partenaire, le complément en kits WIN additionnels pour couvrir les nouveaux admis aux centres n'était pas disponible.

Il faut signaler que la distribution de ce kit EHA a permis de mobiliser les femmes pour le dépistage des enfants pour la prise en charge nutritionnelle. L'effet de la distribution des kits EHA a eu également un effet positif sur la réduction du taux de morbidité des enfants de moins de 5 ans. En comparant les résultats de l'enquête CAP finale et à ceux des fiches de suivi de l'indicateur sur la morbidité hydrique de ces enfants dans les structures de santé, ce taux a connu une réduction de plus de 50% (40,5% sur la même valeur dans la CAP finale et 20% selon le suivi des ménages des enfants MAS). Ensuite, plus de 82% des ménages bénéficiaires des kits EHA traitent l'eau tandis que selon l'enquête CAP seulement 13,4% des ménages traitent l'eau avant de la boire.

IRC :

Concernant les activités WiN, le partenaire a reporté la même problématique liée au nombre insuffisant des Kits WiN à distribuer aux ménages accompagnant les enfants admis. Le nombre des kits (869) gérés et disponibles pour la distribution était en nombre très élevé des enfants malnutris pris en charge par les UNTs.

A cause de la situation sécuritaire encore très volatile dans le Tanganyika les sites des IDPs restent toujours en place avec des besoins en service de base et d'assistance toujours présents malgré la clôture du financement. Cela a poussé le partenaire à effectuer un plaidoyer auprès d'OCHA, UNICEF et des autres bailleurs pour donner une suite aux activités entreprises par le projet clôturé.

Le partenaire reporte aussi des contraintes logistiques qui ont affecté l'accessibilité aux zones d'intervention. Parmi les causes principales qui ont été reportées : l'inaccessibilité routière, la présence des milices Twas, la présence des zones extrêmement éloignées (Ankoro site de Kilato composé de Pygmées, les îlots de l'axe Mukomwenze à Moba, l'axe de Maseba).

Croix rouge :

Le projet a été réalisé dans le respect du chronogramme. Une seule modification au projet en cours a été demandée par le partenaire pour adapter le projet aux besoins des nouvelles vagues des déplacés ainsi que des communautés hôtes. Cette modification, qui a eu lieu en concertation avec UNICEF, a eu pour objet le remplacement de 20 sources d'eau par la réhabilitation des 9 puits. Cela pour combler le manque des sources à aménager dans les zones d'intervention. Ce changement a eu lieu sans coûts additionnels et le partenaire a pu distribuer un moyen de 15 litres par personne par jour au lieu de 5 l/j/p estimés pour l'eau de boisson avec la mise en place des points de chloration supplémentaires dans des zones où la réhabilitation des sources n'était pas possible (Un Total de 71,413,200 litres d'eau d'urgence distribuée durant le projet). Les nouvelles vagues des déplacés ont rejoint le territoire de Manono, zone de santé d'ANKORO, plus précisément des villages de Kivwa et Kangulu vers les villages de Sange, traversant le fleuve Congo vers la cité, sur la période de mi-avril 2017.

Dans le territoire de Kalemie, précisément dans la zone de santé de Nyemba, ces nouvelles vagues de déplacés sont venues de l'axe Nord de Kalemie, (Rugumba, Taba Congo, Mtowa) et ont été accueillies dans les communautés périphériques de la ville de Kalemie, en fin du mois d'Avril 2017.

13. S'il vous plaît décrire comment la redevabilité à l'égard des populations touchées (accountability to affected populations) a été assurée lors de la conception du projet, la mise en œuvre et le suivi

A travers des mécanismes mis en place par les partenaires et les visites programmatiques effectuées par l'équipe UNICEF, nous avons assuré un moyen d'écouter et prendre en considération le feedback des communautés d'intervention. Les exemples spécifiques incluent :

APEDE :

Les bénéficiaires ont été consultés pour avoir leurs appréciations sur le déroulement et la qualité des interventions lors de décentes de la coordination des partenaires sur le terrain. Des rencontres périodiques pour analyser les plaintes et les appréciations des bénéficiaires dans la communauté et prendre des actions correctrices ont été tenues.

La partie communautaire du Projet (Nutrition et WASH) a été mise en œuvre en étroite collaboration entre le partenaire et les Comités Locaux d'Appui (CAL) mis en place par le projet ARCC3 pour le CASH et les Cellules d'Animation Communautaire (CAC).

Lors des supervisions et des Visites Programmatiques menés par Unicef, le feedback de la communauté a été positif sur le projet (implémentation des activités) et sur la mise en place effectuée par le partenaire.

ACF :

En début de projet, un protocole a été signé avec la DPS et l'ensemble des activités a été mis en place en étroite collaboration avec le personnel des zones de santé appuyées.

Au niveau communautaire, les équipes d'ACF se sont concentrées à s'assurer que l'ensemble des infrastructures du projet aient fait l'objet de consultations communautaires et de l'approbation des communautés, notamment de celle des femmes. L'implication des femmes a notamment permis d'identifier des localisations pertinentes, d'éviter que des conflits communautaires ne surgissent suite à l'installation d'un point d'eau et d'atténuer des risques des VBG visibles sur la WASH au-delà du fait que les latrines soient séparées.

Des comités ont été identifiés en étroite collaboration avec la communauté (en assemblée générale) pour la gestion des points d'eau, et ont participé au suivi de l'installation des infrastructures. Cette implication à toutes les phases de mise en œuvre du projet a favorisé une participation des communautés à travers le transport des agrégats et l'appui en main d'œuvre locale.

Croix rouge :

Un système des mécanismes des plaintes a été mis en place par le CR RDC. Plus spécifiquement, les superviseurs de la Croix rouge ont tenu des réunions avec les comités de bénéficiaires et ont facilité les élections d'un point focal chargé de recueillir les plaintes et avis de la communauté afin de les remonter à la Croix rouge.

Les rôles tenus par les superviseurs de la Croix rouge intègrent et répondent aux plaintes/avis et feedback de la communauté lors de leur mission de suivi pour permettre aux bénéficiaires d'avoir un point focal sur le mécanisme. Il a été aussi rendu disponible un numéro de la base croix rouge dans les communautés des bénéficiaires, à utiliser en cas de besoin et pour supporter le mécanisme des plaintes déjà en place.

14. Evaluation : Ce projet a t'il été évalué ou il y a t'il une évaluation en cours ?

ÉVALUATION EFFECTUEE

Il sied de noter qu'il n'y avait pas eu d'évaluation formelle, mais des visites programmatiques (VP) ont été organisées. Chaque projet a reçu au moins une VP faite par un Administrateur WASH et ou un spécialiste WASH en urgence. Les visites comprenaient la rencontre des partenaires, des autorités, des centres nutritionnels et d'un groupe de bénéficiaires. Les visites se sont basées sur le suivi des indicateurs et les résultats atteints et activités en cours de la part du partenaire d'implémentation. En fin de visite, un débriefing a été effectué avec des recommandations spécifiques. Ensuite un rapport a été produit et partagé aux partenaires pour actions.

EVALUATION EN COURS

AUCUNE EVALUATION PREVUE

TABLE 8 : LES RESULTATS DU PROJET

| CERF project information | | | | | | |
|---|--|---|---|--|----------------|---------------|
| 1. Agence: | UNICEF | 5. Période de mise en œuvre du projet CERF : | 07/03/2017 - 06/09/2017 | | | |
| 2. Code du projet CERF: | 17-RR-CEF-022 | 6. Statut du projet CERF | <input type="checkbox"/> En cours | | | |
| 3. Groupe sectoriel/Secteur: | Abri | | <input checked="" type="checkbox"/> Achevé | | | |
| 4. Titre du projet: | Accès aux Articles Ménagers Essentiels (AME) et matériels de renforcement d'abris pour les familles affectées par les crises du Tanganyika et des Kasais | | | | | |
| 7. Funding | <i>a. Budget Total du Projet :</i> | US\$ 7,561,923 | <i>d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution :</i> | | | |
| | <i>b. Montant total du financement reçu pour le projet :</i> | US\$ 2,238,600 | ▪ <i>Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge :</i> | | US\$ 1,462,159 | |
| | <i>c. Montant reçu du CERF :</i> | US\$ 1,848,628 | ▪ <i>Partenaires gouvernementaux :</i> | | US\$ 0 | |
| Résultats Obtenus | | | | | | |
| 8a. Nombre total de personnes ayant bénéficié directement du financement du CERF, planifié et atteint (veuillez soumettre une répartition par genre et ans). | | | | | | |
| <i>Bénéficiaires Directs</i> | <i>Prévus</i> | | | <i>Atteint</i> | | |
| | <i>Femmes</i> | <i>Hommes</i> | <i>Total</i> | <i>Femmes</i> | <i>Hommes</i> | <i>Total</i> |
| <i>Enfants (< 18 ans)</i> | 27,043 | 25,529 | 52,572 | 28,288 | 26,704 | 54,993 |
| <i>Adultes (≥ 18 ans)</i> | 15,027 | 13,305 | 28,332 | 15,719 | 13,918 | 29,636 |
| Total | 42,070 | 38,834 | 80,904 | 44,007 | 40,622 | 84,629 |
| 8b. Profil des bénéficiaires | | | | | | |
| <i>Catégorie</i> | <i>Nombre de Bénéficiaires Prévus</i> | | | <i>Nombre de Bénéficiaires Atteint</i> | | |
| <i>Réfugiés</i> | | | | | | |
| <i>Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays</i> | 34,820 | | | 28,472 | | |
| <i>Population d'accueil</i> | 5,120 | | | 2,198 | | |
| <i>Autres personnes touchés</i> | 40,964 | | | 53,959 | | |
| Total (identique au total figurant au point 8a) | 80,904 | | | 84,629 | | |

| | |
|--|--|
| <i>En cas de différence significative entre le nombre, ou la répartition par genre et ans, de bénéficiaires prévus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :</i> | 105% de réalisation par rapport à la cible du projet |
|--|--|

| Cadre des résultats du projet CERF | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| 9.Objectif du projet | L'amélioration immédiate des conditions de vie de 80,904 personnes (16,181 ménages) affectées par les crises liées au conflit dans les provinces de Kasai Oriental et Central ainsi que la province du Tanganyika, à travers une réponse rapide en articles ménagers essentiels (AME) d'ici Juillet 2017. | | |
| 10.Énoncé des résultats | Les familles vulnérables touchées par les conflits et les déplacements de population ont un accès approprié aux articles ménagers essentiels qui leur permettent d'entreprendre des activités quotidiennes nécessaires à leur protection, à leur dignité, à leur bien-être et à leur survie. | | |
| 11. Résultat | | | |
| Résultat 1 | 80,904 personnes vulnérables ont accès aux articles prioritaires pour la préparation, la consommation et le stockage des aliments, pour assurer leur hygiène et la consommation de l'eau, pour mieux dormir et se protéger contre la pluie, le soleil, et le froid, et pour mieux s'habiller. | | |
| Indicateurs du résultat 1 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 1.1 | Variation moyenne du Score AME/NFI dans la communauté assistée 1 à 2 mois après l'intervention | -1 par rapport à l'état de référence | 1,5 |
| Indicateur 1.2 | % de personnes ciblées qui déclarent être satisfaites avec l'assistance reçue | >70% | 86,5% |
| Indicateur 1.3 | % des ménages qui utilisent plus de 80% des articles | ≥90% | 88% |
| Indicateur 1.4 | PRH-OS1 : # des personnes dans le besoin d'assistance ayant reçu l'assistance humanitaire | 80,904 | 84,629 |
| Indicateur 1.5 | PRH-OS1A : # de personnes assistées à travers cash et/ou coupons multisectoriels en se basant sur l'outil de calcul du Panier des dépenses minimums. | 51,204 | 51,304 |
| Indicateur 1.6 | PRH-OS1A : # des personnes dans le besoin, ayant couvert leurs besoins de base à partir d'une assistance en AME | 29,700 | 33,325 |
| Activités du résultat 1 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 1.1 | Sensibilisations sur la bonne utilisation des items/cash distribués et sur d'autres thèmes selon le contexte (notamment l'utilisation de la moustiquaire, des savons, du kit d'hygiène intime, la scolarisation des enfants,) | Associazione del Volontari per il Servizio Internazionale (AVSI), Catholic Relief Services (CRS) et International Rescue Committee (IRC) | AVSI, CRS et IRC |
| Activité 1.2 | Mise en œuvre des foires ou assistance cash en articles ménagers essentiels y compris la sous-activité de ciblage | Associazione del Volontari per il Servizio | AVSI, CRS et IRC |

| | | | |
|--------------|--|--|---|
| | | Internazionale (AVSI), Catholic Relief Services (CRS) et International Rescue Committee (IRC) | |
| Activité 1.3 | Suivi Post Intervention entre 1 et 2 mois après l'intervention | Associazione del Volontari per il Servizio Internazionale (AVSI), Catholic Relief Services (CRS) et International Rescue Committee (IRC) UNICEF pour les visites programmatiques | IRC, CRS, UNICEF pour les visites programmatiques |

12. S'il vous plaît fournir des informations supplémentaires ici sur les résultats des projets et en cas de différence significative entre les résultats attendus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :

84,629 personnes sur 80,904 prévues (105% de la cible du projet) ont reçu l'assistance à travers ce projet dans les provinces du Tanganyika et du Kasai. Comme dit dans le défis, l'immensité de besoins a fait qu'on réalise un peu plus (5% de plus) que prévu avec les ressources disponibles

- **Tanganyika** : 33,325 bénéficiaires atteint sur 29,700 bénéficiaires prévus (112%). Ce résultat est expliqué par le fait que les déplacés de même que les retournés se retrouvent presque au même niveau de vulnérabilité (dictée par les conséquences du conflit : incendie des villages, déplacements forcés, pertes de biens, ...), ce qui le rend tous éligibles à l'assistance.
- **Kasai** : 51,304 bénéficiaires atteint sur 51,204 prévus (100,2%) ont bénéficié d'une assistance en cash dans le territoire de Kabeya Kamwanga, zone de santé de Kabeya Kamwanga/Kasaï Oriental (dans les aires de santé de Ciaciacia, Ciondo, Matadi, Lac Mukamba, Dibula et Dikunji). Pour information, ci – dessous deux indicateurs supplémentaires (issu du suivi post-intervention) concernant le cash :
 - 96% des ménages assistés qui signalent que les tensions communautaires n'ont pas augmenté après l'intervention

99% des ménages assistés qui déclarent qu'au sein du ménage il n'y a pas eu d'augmentation des tensions après l'intervention

13. S'il vous plaît décrire comment la redevabilité à l'égard des populations touchées (accountability to affected populations) a été assurée lors de la conception du projet, la mise en œuvre et le suivi

Les partenaires respectent scrupuleusement les engagements contenus dans le Cadre de Redevabilité de RRMP dont 3 piliers sont :

- Fournir publiquement les informations,
- Impliquer la communauté dans les prises de décisions,
- Ecouter (feedback et mécanismes de plaintes, Attitudes et comportements du staff, Réduire les risques...).

Aussitôt que le partenaire arrive sur terrain dans la zone d'intervention, après le contact avec les autorités locales, un comité humanitaire de base est identifié (si existant dans la communauté) ou est constitué avec la participation des leaders communautaires et des potentiels bénéficiaires. Ce comité travaille étroitement avec le partenaire de l'UNICEF en étant impliqué à toutes les étapes du projet et y compris dans le mécanisme de gestion des plaintes. Ce comité sert également de relais pour le partage d'informations entre le partenaire UNICEF et la population affectée/ciblée.

A la fin de la mission d'intervention, le partenaire organise une séance de restitution avec la communauté bénéficiaire sur l'assistance fournie.

14. Evaluation : Ce projet a t'il été évalué ou il y a t'il une évaluation en cours ?

ÉVALUATION EFFECTUEE

La stratégie utilisée par UNICEF est basée sur l'Harmonized Approach for Cash Transfer (HACT) qui permet d'évaluer les performances de ses partenaires et la bonne utilisation des ressources. Pour ce projet, une visite programmatique a été organisée par l'UNICEF dans le territoire de Moba (à Mpyana) au mois d'Aout. Quelques points à retenir de cette visite programmatique concernant le secteur AME :

EVALUATION EN COURS

Rapidité dans la livraison de l'assistance AME :

- Le délai moyen pour les quatre foires réalisées par ce projet (à Mwanza, Kabwelwa, Kabubili et Mpyana) a été de 29 jours entre la réception de l'alerte et la livraison de l'assistance. Le délai le plus long a été de 41 jours entre la réception de l'alerte et la livraison de l'assistance, pour la foire de Mpyana/Manono, soit 11 jours de plus (la cible pour le RRMP était de 30 jours). Le facteur délai était externe, à savoir le problème d'accès sécuritaire à la zone (à Mpyana). Une analyse sécuritaire a dû être faite avant le déploiement des équipes sur terrain, ce qui a eu un impact sur les délais de livraison de l'assistance.

Pertinence :

- L'intervention est justifiée dans un contexte de déplacement/retour sur une zone très vulnérable suite aux événements ayant eu lieu entre novembre 2016 et janvier 2017. La situation sécuritaire n'a pas permis une intervention avant juillet-août 2017.
- La zone étant une zone mixte avec de déplacés/retournés ayant des niveaux des vulnérabilités très élevés, la priorisation entre les déplacés et retournés a été un défi lors du ciblage de bénéficiaires
- La pertinence d'une intervention multisectorielle a été aussi prouvée lors de la visite sur le terrain et l'ampleur des besoins

AUCUNE EVALUATION PREVUE



Efficacité :

- L'approche multisectorielle a effectivement contribué à l'atteinte des résultats dans les différents secteurs grâce à la complémentarité. Dans les zones d'intervention, la réponse AME a été complétée par les autres secteurs du RRMP à savoir santé, WASH et éducation ainsi que la sécurité alimentaire.

Efficience et redevabilité : En général, les indicateurs d'efficience sont positifs

- Quant à la redevabilité, on a vu l'implication des autorités locales, toutefois dans des secteurs spécifiques comme celui des Articles Ménagers Essentiels (AME), il faudrait améliorer l'implication des bénéficiaires dans certaines décisions
- Bien que travaillant de façon coordonnée et avec une très bonne intégration, il y a encore des améliorations à faire pour la synergie des différents secteurs, ex : identification conjointe AME/Santé, protocole coordonnée des sensibilisations, etc.
 - Les partenaires de mise en œuvre ont respecté les clauses des accords et les objectifs du programme ont été atteints ;

L'option cash a permis aux ménages bénéficiaires d'accéder aux articles ménagers essentiels (variation du score AME est de -1,5 > 1, cible du projet) et d'améliorer leurs abris.

TABLE 8: LES RESULTATS DU PROJET

| CERF project information | | | | | | |
|---|--|---|---|---------------|---------------|---------------|
| 1. Agence: | UNICEF | 5. Période de mise en œuvre du projet CERF : | 08/03/2017 - 07/09/2017 | | | |
| 2. Code du projet CERF: | 17-RR-CEF-023 | 6. Statut du projet CERF | <input type="checkbox"/> En cours | | | |
| 3. Groupe sectoriel/Secteur: | Protection de l'enfance | | <input checked="" type="checkbox"/> Achievé | | | |
| 4. Titre du projet: | Améliorer la réponse de protection et d'éducation pour les enfants affectés par les conflits dans les provinces de Tanganyika, du Kasai et du Kasai Oriental | | | | | |
| 7. Funding | a. Budget Total du Projet : | US\$ 2,400,000 | d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution : | | | |
| | b. Montant total du financement reçu pour le projet : | US\$ 272,222 | ▪ Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge : US\$ 401,585 | | | |
| | c. Montant reçu du CERF : | US\$ 696,570 | ▪ Partenaires gouvernementaux : | | | |
| Résultats Obtenus | | | | | | |
| 8a. Nombre total de personnes ayant bénéficié directement du financement du CERF, planifié et atteint (veuillez soumettre une répartition par genre et ans). | | | | | | |
| Bénéficiaires Directs | Prévus | | | Atteint | | |
| | Femmes | Hommes | Total | Femmes | Hommes | Total |
| Enfants (< 18 ans) | 4,000 | 3,600 | 7,600 | 7,894 | 10,722 | 18,616 |
| Adultes (≥ 18 ans) | | | | 3,044 | 2,806 | 5,850 |
| Total | 4,000 | 3,600 | 7,600 | 10,938 | 13,528 | 24,466 |
| 8b. Profil des bénéficiaires | | | | | | |
| Catégorie | Nombre de Bénéficiaires Prévus | | Nombre de Bénéficiaires Atteint | | | |
| Réfugiés | | | | | | |
| Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays | | | 1,600 | 5,251 | | |
| Population d'accueil | | | | | | |
| Autres personnes touchés | | | 6,000 | 19,215 | | |

| | | |
|---|---|---------------|
| Total (identique au total figurant au point 8a) | 7,600 | 24,466 |
| <p><i>En cas de différence significative entre le nombre, ou la répartition par genre et ans, de bénéficiaires prévus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :</i></p> | <p><u>Résultat 3</u> : La mise en place des espaces de jeux dans les sites des déplacés et les villages d'accueil a été une réponse efficace aux besoins des enfants sur le plan récréatif, sportif et ludique. L'absence des endroits aménagés dans les localités où se trouvent les enfants, les a privés de la jouissance de leur droit aux jeux et loisirs. Ainsi, le fait d'avoir aménagé des espaces de jeux a suscité la curiosité de tous les enfants, et un engouement sans précédent. Partant du principe d'inclusion et de non-discrimination, aucun enfant ne devait être exclu des différentes activités pour quelque motif que ce soit. Ce qui a fait que la moyenne attendue d'un espace de jeux de 450 enfants a été largement dépassé. Le nombre total d'enfants qui ont participé aux activités dans les espaces de jeux est de 9,050 soit 335 %. Ceci s'explique par le fait que tous les enfants des communautés d'accueil participaient au même titre que les enfants.</p> <p>Il en est de même pour les volontaires communautaires à former. Le nombre de 50 étant inférieur pour couvrir les besoins de tous les espaces, vu l'urgence et la nécessité, 145 volontaires communautaires ont été formés soit 290 %.</p> <p><u>Résultat 4</u> : Au départ, les activités de Sensibilisation étaient destinées aux seules personnes déplacées internes (PDI), aux leaders d'opinion et religieux. Vu l'importance des messages, et sur recommandation des leaders d'opinion et religieux, il a été décidé, d'un commun accord, de faire passer les différents messages à tout le monde (PDI, population d'accueil adultes ou enfants) etc. ce qui explique le nombre très important des personnes touchées par les messages de sensibilisation sur la protection qui est de 11,342 personnes au lieu de 4,500, soit 252 %.</p> | |

| Cadre des résultats du projet CERF | | | |
|------------------------------------|--|--------------|-------------------------------------|
| 9.Objectif du projet | Améliorer la réponse de protection et en appui à l'éducation pour les enfants affectés par les situations de conflit dans le Tanganyika et les Kasai. | | |
| 10.Énoncé des résultats | Les enfants affectés par les conflits interethniques et communautaires dans les provinces du Tanganyika et des Kasai reçoivent des services essentiels en urgence dans les domaines de la protection et de l'éducation | | |
| 11. Résultat | | | |
| Résultat 1 | Résultat 1- 200 enfants blessés durant les conflits reçoivent une prise en charge appropriée à leurs besoins | | |
| Indicateurs du résultat 1 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 1.1 | Nombre d'enfants blessés durant les conflits et qui reçoivent des soins appropriés | 200 | 222 (56 filles, 166 garçons) |
| Indicateur 1.2 | Nombre d'enfants en situation de rupture familiale qui sont identifiés, pris en charge et réunifiés avec leurs parents | 200 | 196 (77 filles, 119 garçons) |
| Indicateur 1.3 | Nombre d'enfants qui bénéficient d'un support psycho social | 2,700 | 9,050 (3,758 filles, 5,292 garçons) |

| | | | |
|----------------------------------|---|--|--|
| Indicateur 1.4 | Nombre d'enfants supportés dans les cours de rattrapage | 5,000 | 5,110 (dont 1,533 filles) |
| Activités du résultat 1 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 1.1 | Formation de 50 volontaires pour l'identification et l'orientation des enfants blessés | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 1.2 | Etablissement d'accords avec les hôpitaux et centres de santé pour la prise en charge des enfants | UNICEF (BNCE, CARITAS et APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 1.3 | Fourniture de matériels de soins primaires aux hôpitaux et centres de santé | UNICEF (BNCE, CARITAS et APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 1.4 | Référencement des cas d'enfants blessés dans les hôpitaux et centres de santé | UNICEF (BNCE, CARITAS et APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 1.5 | Suivi des cas des enfants par les volontaires communautaires et des assistants sociaux | UNICEF (BNCE, CARITAS et APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Résultat 2 | 200 enfants en rupture familiale sont identifiés, pris en charge et réunifiés avec leurs parents | | |
| Indicateurs du résultat 2 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 2.1 | Nombre d'enfants en situation de rupture familiale qui sont identifiés, pris en charge et réunifiés avec leurs parents | 200 | 196 (77 filles, 119 garçons) |
| Activités du résultat 2 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 2.1 | Etablissement d'un système d'alerte pour l'identification et le référencement des enfants en situation de rupture familiale | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, |

| | | | |
|----------------------------------|---|--|--|
| | | CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 2.2 | Prise en charge des enfants en rupture familiale identifiés | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 2.3 | Recherche familiale et réunification des enfants | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 2.4 | Suivi des enfants réunifiés | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Résultat 3 | Un support psycho social est fourni à 2,700 enfants affectés par les conflits dans le Tanganyika et dans les Kasai | | |
| Indicateurs du résultat 3 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 3.1 | Nombre d'enfants qui bénéficient d'un support psycho social | 2,700 | 9,050 (3,758 filles, 5,292 garçons) |
| Activités du résultat 3 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 3.1 | Formation d'une équipe de travailleurs sociaux dans le support psycho social | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 3.2 | Organisation de séances d'écoute, d'activités récréatives, éducatives, ludiques et sportives | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Résultat 4 | 4,500 personnes dans les aires du projet sont sensibilisées contre les conséquences de l'utilisation des enfants dans les « milices » et sont capables de mobiliser leurs communautés contre cette pratique | | |

| Indicateurs du résultat 4 | Description | Cible | Atteint |
|---------------------------|---|--|--|
| Indicateur 4.1 | Nbre de personnes touchées par la sensibilisation sur les abus et risques de protection et qui sont capables de prévenir l'utilisation des enfants dans les milices | 4,500 | 145 (46 femmes, 99 hommes) |
| Indicateur 4.2 | Nbre d'enfants, de leaders d'opinion, religieux, coutumiers, les autorités politico-administratives et des forces de l'ordre sensibilisés sur les conséquences de l'utilisation des enfants et qui sont capables de mobiliser les communautés | 4,500 | 11,342 (2,530 filles, 3,008 garçons, 2,762 femmes, 3,042 hommes) |
| Activités du résultat 4 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 4.1 | Organiser des campagnes de sensibilisation des communautés sur les risques encourus pour l'utilisation des enfants dans les « milices » afin de les mobiliser et prévenir les enfants contre ce phénomène | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Activité 4.2 | Organiser des réunions avec les leaders religieux, coutumiers, les autorités politico-administratives et des responsables des forces de l'ordre aux conséquences de l'utilisation des enfants dans les « milices » | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Résultat 5 | 5,000 enfants dans les cours de rattrapage sont sensibilisés dans le but de prévenir les abus et risques de protection | | |
| Indicateurs du résultat 5 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 5.1 | Nbre d'enfants sensibilisés au cours des sessions de rattrapage sur les abus et les risques de protection | 5,000 | 5,110 5,110 enfants dont 1,533 filles et 3,577 garçons |
| Activités du résultat 5 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 5.1 | Organiser des sessions de sensibilisation pour les 5,000 enfants en cours de rattrapage sur les abus et les risques de protection | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) | UNICEF (Bureau National Catholique de l'Enfance-BNCE, CARITAS et Action pour la Protection et Encadrement de l'Enfant-APEDE) |
| Résultat 6 | Un soutien pédagogique est assuré au bénéfice de 5,000 enfants des territoires bénéficiaires du projet | | |
| Indicateurs du résultat 6 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur -6.1 | Nombre d'enfants bénéficiant des cours de rattrapage écoles pendant 3 mois | 5,000 | 5,110 (1,533 filles et 3,577 garçons) |

| Activités du résultat -6 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
|--------------------------|--|---|---|
| Activité 6.1 | Nombre d'enfants bénéficiant des cours de rattrapage écoles pendant 3 mois | Ministère de l'Education Primaire, Secondaire et Professionnelle (EPSP) | Ministère de l'Education Primaire, Secondaire et Professionnelle (EPSP) |
| Activité 6.2 | Suivi du projet CERF | UNICEF et partenaires | UNICEF (9 missions de suivi ont été réalisées par les administrateurs et spécialistes) et partenaires (et 4 missions réalisées) |

| | |
|--|--|
| 12. S'il vous plaît fournir des informations supplémentaires ici sur les résultats des projets et en cas de différence significative entre les résultats attendus et atteints, merci d'en expliquer les raisons : | |
| <p>Outcome 1 : 38 enfants traités sur 30 enfants prévus : 8 enfants (3 filles et 5 garçons) ont exceptionnellement bénéficié d'un traitement médical avec des médicaments fournis par la section Survie et Développement de l'enfant de l'UNICEF.</p> <p>Le volet éducation a touché plus d'enfants, soit 5,110 dont 1,533 filles sur 5,000 prévus, notamment grâce à l'implication du Ministère de l'Education ainsi que la participation communautaire à travers la disponibilité des enseignants ayant offert des services sur une base de volontariat. Ce qui a permis le dépassement de la cible surtout les cours de récupération.</p> | |
| 13. S'il vous plaît décrire comment la redevabilité à l'égard des populations touchées (accountability to affected populations) a été assurée lors de la conception du projet, la mise en œuvre et le suivi | |
| <p>Le projet a été expliqué au départ aux bénéficiaires et a été basé sur les besoins exprimés par eux-mêmes lors des séances d'évaluation des besoins. La participation des bénéficiaires a été effective car ils ont été impliqués dans la mise en œuvre, le recrutement des personnels de mise en œuvre, avec un mécanisme de gestion de plainte mis en place. Des missions de suivi auxquelles ont participé les comités de déplacés pour évaluer l'impact des activités ont été organisées.</p> | |
| 14. Evaluation : Ce projet a-t'il été évalué ou il y a-t'il une évaluation en cours ? | ÉVALUATION EFFECTUEE <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p>Le projet a pris fin au mois de septembre 2017.</p> <p>Pour le volet protection, 7 visites programmatiques ont été effectuées dans le cadre du suivi des activités et une évaluation effectuée. L'impact des activités du projet a été positif et a touché plus d'enfants que prévus. L'implication du Ministère de l'Education et la participation communautaire à travers la disponibilité des enseignants qui ont offert des services sur une base de volontariat ont permis au projet de réaliser ses objectifs et d'être pertinent.</p> | EVALUATION EN COURS <input type="checkbox"/> |
| | AUCUNE EVALUATION PREVUE <input type="checkbox"/> |

TABLE 8 : LES RESULTATS DU PROJET

| CERF project information | | | | | | |
|---|--|---|--|---------------|---------------|---------------|
| 1. Agence: | FAO | 5. Période de mise en œuvre du projet CERF : | 08/03/2017 - 07/12/2017 | | | |
| 2. Code du projet CERF: | 17-RR-FAO-010 | 6. Statut du projet CERF | <input type="checkbox"/> En cours | | | |
| 3. Groupe sectoriel/Secteur: | Agriculture | | <input checked="" type="checkbox"/> Achevé | | | |
| 4. Titre du projet: | Appui à la production alimentaire d'urgence à 5,125 ménages victimes des conflits armés récents aux Kasais (Territoires de Dibaya, Kabeya Kamuanga, et Tshikapa) | | | | | |
| 7. Funding | a. Budget Total du Projet : | US\$ 2, 422,500 | d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution : | | | |
| | b. Montant total du financement reçu pour le projet : | US\$ 730,676 | ▪ Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge : | | US\$ 76,792 | |
| | c. Montant reçu du CERF : | US\$ 730,676 | ▪ Partenaires gouvernementaux : | | US\$ 13,319 | |
| Résultats Obtenus | | | | | | |
| 8a. Nombre total de personnes ayant bénéficié directement du financement du CERF, planifié et atteint (veuillez soumettre une répartition par genre et ans). | | | | | | |
| Bénéficiaires Directs | Prévus | | | Atteint | | |
| | Femmes | Hommes | Total | Femmes | Hommes | Total |
| Enfants (< 18 ans) | 11,274 | 10,324 | 21,598 | 16,271 | 15,019 | 31,290 |
| Adultes (≥ 18 ans) | 5,334 | 3,818 | 9,152 | 7,778 | 5,632 | 13,410 |
| Total | 16,608 | 14,142 | 30,750 | 24,049 | 20,651 | 44,700 |
| 8b. Profil des bénéficiaires | | | | | | |
| Catégorie | Nombre de Bénéficiaires Prévus | | Nombre de Bénéficiaires Atteint | | | |
| Réfugiés | | | | | | |
| Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays | | | 27,275 | | 37,995 | |
| Population d'accueil | | | 3,475 | | 6,705 | |
| Autres personnes touchées | | | | | | |

| | | |
|--|---|---------------|
| Total (identique au total figurant au point 8a) | 30,750 | 44,700 |
| <i>En cas de différence significative entre le nombre, ou la répartition par genre et ans, de bénéficiaires prévus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :</i> | Le nombre des bénéficiaires a connu une augmentation de 45 % suite aux achats groupés d'intrants qui a eu pour effet de dégager une différence positive, mais aussi la concentration des activités dans la ville de Tshikapa et Hinterland diminuant de ce fait le coût lié à la logistique. Ce dernier élément a également dégagé un solde positif qui a été converti en intrants agricoles afin de couvrir davantage des bénéficiaires. | |

| Cadre des résultats du projet CERF | | | |
|---|--|--|--|
| 9.Objectif du projet | Sauver et préserver des vies, protéger les moyens de subsistance et renforcer la résilience des populations | | |
| 10.Énoncé des résultats | Appui à la production alimentaire d'urgence à 5,125 ménages victimes des conflits armés aux Kasais (Territoires de Dibaya, Kabeya Kamuanga, et Tshikapa) | | |
| 11. Résultat | | | |
| Résultat 1 | Les moyens d'existence des personnes vulnérables (déplacés et famille d'accueil) dans les zones du projet sont protégés et restaurés | | |
| Indicateurs du résultat 1 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 1.1 | Nombre des ménages bénéficiaires de la distribution d'intrants et kits agricoles et d'élevage qui ont diversifié d'au moins 50% leurs moyens d'existence | 5,125 ménages, 60 % | 7,450 ménages |
| Activités du résultat 1 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 1.1 | Sélection des partenaires de terrain | FAO | FAO |
| Activité 1.2 | Signature des protocoles d'accord | FAO | FAO |
| Activité 1.3 | Identification des ménages bénéficiaires | ONG partenaires (APROBES, BAEDI, IPAPEL) | ONGs: APROBES, BAEDI, COPROMOR, AMOR, CADEFA, ACP |
| Activité 1.4 | Organisation des ateliers de sensibilisation et d'information | FAO, ONG Partenaires | FAO, APROBES, BAEDI, COPROMOR, AMOR, CADEFA, ACP |
| Activité 1.5 | Achat d'intrants agricoles essentiels | FAO (Unité local d'achat) | FAO |
| Activité 1.6 | Transport et pré positionnement des intrants dans les entrepôts des zones ciblées. | FAO | FAO |
| Activité 1.7 | Organisation des ateliers d'information sur les activités agricoles à conduire | FAO et IPAPEL | FAO et IPAPEL |
| Activité 1.8 | Distribution d'intrants agricoles et d'élevage | ONG Partenaire | APROBES, BAEDI, COPROMOR, AMOR, CADEFA, ACP |
| Activité 1.9 | Suivi et Accompagnement | ONG partenaires, IPAPEL, FAO | APROBES, BAEDI, COPROMOR, AMOR, CADEFA, ACP, IPAPEL, FAO |

12. S'il vous plaît fournir des informations supplémentaires ici sur les résultats des projets et en cas de différence significative entre les résultats attendus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :

Comme souligné au point 8b, au lieu de couvrir au moins 5,125 ménages, le projet a couvert 2,325 ménages supplémentaires dû à un solde positif suite aux achats groupés et à la diminution du coût sur les supports logistiques.

13. S'il vous plaît décrire comment la redevabilité à l'égard des populations touchées (accountability to affected populations) a été assurée lors de la conception du projet, la mise en œuvre et le suivi

Lors de la conception du projet, la population a été consultée à travers les différentes évaluations. Lors de la mise en œuvre des ateliers d'information ont été organisée afin d'informer les communautés bénéficiaires mais également de suivi afin de rendre compte et de recueillir les avis et considération des communautés.

14. Evaluation : Ce projet a-t-il été évalué ou il y a-t-il une évaluation en cours ?

ÉVALUATION EFFECTUEE

Le projet a fait l'objet d'une évaluation dont les principales conclusions sont :

EVALUATION EN COURS

La mise en œuvre du projet a connu une forte implication de la communauté. Par ailleurs, les autorités locales ont parfaitement collaboré et s'étaient fortement impliqués dans le processus de ciblage et de distribution des kits aux ménages bénéficiaires et ont permis une facilitation de l'accès à la terre aux ménages bénéficiaires. A noter, enfin, que la mise en place des champs en couloir a facilité le suivi des activités par l'équipe du projet, le partage d'expérience entre bénéficiaires, a renforcé la cohésion sociale et favorisé, dans une certaine mesure, la détraumatisation des ménages qui ont vécu des scènes macabres.

AUCUNE EVALUATION PREVUE

TABLE 8 : LES RESULTATS DU PROJET

| CERF project information | | | | | | |
|---|---|----------------|---|--|---------------|----------------|
| 1. Agence: | UNFPA | | 5. Période de mise en œuvre du projet CERF : | 06/03/2017 - 05/11/2017 | | |
| 2. Code du projet CERF: | 17-RR-FPA-009 | | 6. Statut du projet CERF | <input type="checkbox"/> En cours | | |
| 3. Groupe sectoriel/Secteur: | Protection | | | <input checked="" type="checkbox"/> Achevé | | |
| 4. Titre du projet: | Réponse aux violences basées sur le genre et autres violations des droits dans les communautés affectées par les conflits du Kasai, Kasai-Central et Tanganyika | | | | | |
| 7. Funding | <i>a. Budget Total du Projet :</i> | US\$ 2,314,692 | <i>d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution :</i> | | | |
| | <i>b. Montant total du financement reçu pour le projet :</i> | US\$ 495,736 | ▪ <i>Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge :</i> | | US\$ 324,868 | |
| | <i>c. Montant reçu du CERF :</i> | US\$ 495,736 | ▪ <i>Partenaires gouvernementaux :</i> | | US\$ 21,000 | |
| Résultats Obtenus | | | | | | |
| 8a. Nombre total de personnes ayant bénéficié directement du financement du CERF, planifié et atteint (veuillez soumettre une répartition par genre et ans). | | | | | | |
| Bénéficiaires Directs | Prévus | | | Atteint | | |
| | Femmes | Hommes | Total | Femmes | Hommes | Total |
| <i>Enfants (< 18 ans)</i> | 17,800 | 20,800 | 38,600 | 18,180 | 8,279 | 26,459 |
| <i>Adultes (≥ 18 ans)</i> | 18,650 | 19,885 | 38,535 | 49,627 | 24,250 | 73,877 |
| Total | 36,450 | 40,685 | 77,135 | 67,807 | 32,529 | 100,336 |
| 8b. Profil des bénéficiaires | | | | | | |
| Catégorie | Nombre de Bénéficiaires Prévus | | | Nombre de Bénéficiaires Atteint | | |
| <i>Réfugiés</i> | | | | | | |
| <i>Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays</i> | 57,851 | | | 50,168 | | |
| <i>Population d'accueil</i> | 19,284 | | | 30,009 | | |
| <i>Autres personnes touchées</i> | | | | 20,159 (retournés) | | |

| | | |
|--|---|----------------|
| Total (identique au total figurant au point 8a) | 77,135 | 100,336 |
| <i>En cas de différence significative entre le nombre, ou la répartition par genre et ans, de bénéficiaires prévus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :</i> | Le nombre très élevé des personnes dans les zones ciblées par rapport aux chiffres lors de la conception du projet, en conjonction avec l'absence d'autres intervenants sur les VBG et sur la santé mentale, a occasionné une fréquentation des services psychosociaux communautaires qui a largement dépassé les prévisions. | |

| Cadre des résultats du projet CERF | | | |
|---|--|--|--|
| 9.Objectif du projet | Réduire les risques des violences basées sur le genre et autres violations des droits parmi 77,135 personnes dont 800 survivants des VBG des communautés affectées par les conflits du Kasai, Kasai-Central et de Tanganyika | | |
| 10.Énoncé des résultats | 77,135 personnes des communautés affectées par les conflits du Kasai, Kasai-Central et de Tanganyika y compris 800 survivants des VBG sont protégées des violations des droits et accèdent à une prise en charge de qualité | | |
| 11. Résultat | | | |
| Résultat 1 | Les incidents des violences basés sur le genre et d'autres violations des droits au sein des communautés affectées par le conflit des huit zones de santé du Kasai, Kasai-Central et Tanganyika ayant une population de 257,117 personnes sont surveillés, détectés et rapportés par les communautés | | |
| Indicateurs du résultat 1 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 1.1 | Pourcentage et nombre des zones de santé ciblées du projet ayant un réseau de protection fonctionnel et capable de détecter et référer les violations des droits, y compris les VBG | 100% 8 zones de santé/ réseaux de protection | 100%, toutes les 8 zones de santé ont mis en place un réseau de protection. |
| Indicateur 1.2 | Nombre des hommes, femmes, filles et garçons membres actifs des réseaux de protection | 30 femmes 30 hommes 10 filles 10 garçons | 39 hommes, 27 femmes, 6 filles et 8 garçons |
| Indicateur 1.3 | Nombre de rapport sur la surveillance des violations des droits y compris des VBG présenté au Cluster Protection et aux CPIA | 4 | 2 rapports d'évaluation du SC VBG (Région de Kasai et Province de Tanganyika). Rapports réguliers fait aux réunions du Cluster Protection. |
| Activités du résultat 1 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réal) |
| Activité 1.1 | Effectuer une évaluation des baselines des risques des VBG et d'autres violations de droits, de la prévalence communautaire des VBG et d'autres violations des droits dans les huit zones de santé ciblées par le projet | Sous cluster VBG | Sous-cluster VBG |
| Activité 1.2 | Mise en place de 8 réseaux d'alerte et de protection des VBG et d'autres violations de droits et formation de ses 80 membres dans les huit zones de santé | Caritas | Caritas Congo Deux zones de santé de Kasai ont été modifiées conformément à ce qui a été |

| | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| | ciblées (Tshimbulu, Kamuesa, Kalonda-Ouest, Nyemba, Nyunzu, Kabalo, Manono et Kansimba) | | rapporté dans le rapport à mi-parcours : Kanzala et Tshikapa ont substitué Kamonia et Kamwesa. |
| Activité 1.3 | Achat et distribution des téléphones et crédit téléphonique des 8 réseaux d'alerte et de protection des VBG en téléphone portables et crédits téléphonique mensuel | UNFPA | UNFPA/Caritas |
| Activité 1.4 | Production de rapport mensuelle sur la surveillance des violations des droits y compris des VBG et présentation au cluster Protection | Caritas | Caritas Congo |
| Résultat 2 | 800 survivants des VBG accèdent à une prise en charge holistique (médicale et psychosociale intégrées, juridico-judiciaire-réinsertion) selon leur besoin | | |
| Indicateurs du résultat 2 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 2.1 | Nombre des femmes, filles, hommes et garçons ayant reçu une prise en charge VBG holistique (médical et psychosociale intégré et conseil juridique) selon leur propre besoin | 10 hommes 20 garçons 310 femmes 460 filles | 189 hommes, 56 garçons, 533 filles et 79 femmes survivants des multiples formes des VBG ont bénéficié d'une prise en charge (PEC) adaptée à leurs besoins dont : (i) 277 à Tanganyika, 53 au Kasai Central et 527 au Kasai ont bénéficié d'une PEC psychosociale (ii) 232 survivantes de viol à Tanganyika, 72 au Kasai Central et 127 au Kasai ont accédé au service médical (uniquement femmes et filles) (iii) 18 survivantes à Tanganyika, 23 au Kasai Central et 124 au Kasai a bénéficié des conseils juridiques (uniquement femmes et filles) |
| Indicateur 2.2 | Pourcentage des comités territoriaux de lutte contre les VBG fonctionnels (réunions tenues et analyses des données et de la réponse faites mensuellement) | 100% | 62% Sur les 8 comités territoriaux appuyés, 5 ont tenues régulièrement leurs réunions discutant l'analyse de cas de VBG, la cohabitation pacifique, la prise en charge médico-psychosociale et juridique de survivants. Les trois restants ont tenue une ou |

| | | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| | | | deux réunions pendant la durée du projet. |
| Indicateur 2.3 | Nombre des points focaux VBG/ conseillères communautaires mise en place dans les 8 zones de santé | 80 conseillères communautaires | 80 conseillères communautaires, en raison de 10 par zones de santé |
| Indicateur 2.4 | Nombre des dossiers traités par les cliniques juridiques désagrégé par type | 40 dossiers | 70 dossiers traités dont 100 % sont de cas de viol (27 au Kasai, 25 au Kasai Central et 18 au Tanganyika) |
| Activités du résultat 2 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réal) |
| Activité 2.1 | Mise en place de 80 points focaux VBG communautaires, appui et formation à la prise en charge psychosociale communautaire | Caritas/UNFPA | Caritas |
| Activité 2.2 | Mise en place des cliniques juridiques informant sur les lois interdisant les VBG, les moyens de recours et à la prise en charge holistiques des VBG | Caritas/UNFPA | Caritas/Lizadeel |
| Activité 2.3 | Formation d'urgence des 60 policiers au Kasai-Central Kasai et Tanganyika et sur la gestion des cas | Police/Caritas/UNFPA | UNFPA/Police/Caritas |
| Activité 2.4 | Appui au référencement des survivants pour la prise en charge holistique des 800 survivants des VBG selon besoin (médicale et psychosociale intégrée, réinsertions pour les plus vulnérables et référencement pour la prise en charge juridique et judiciaire) | Caritas | Caritas |
| Activité 2.5 | Formation des 80 organisations membres des 7 comités territoriaux de lutte contre les VBG aux outils des collectés des données sur les VBG et à la coordination VBG | Caritas/UNFPA | Caritas |
| Activité 2.6 | Appui au fonctionnement des 7 comités territoriaux de lutte contre les VBG | Caritas | Caritas |
| Résultat 3 | 16,650 femmes, 15,795 filles, 19,690 hommes et 20,570 garçons des communautés, affectés par les conflits sont mieux protégés des violations de droits | | |
| Indicateurs du résultat 3 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 3.1 | Nombre des hommes, femmes, filles et garçons sensibilisés sur les VBG, la cohabitation pacifique et la neutralité de l'assistance humanitaire | 16,650 femmes, 15,795 filles, 19,690 hommes et 20,570 garçons | 19,806 hommes, 17,883 femmes, 20,820 garçons et 16,717 filles |
| Indicateur 3.2 | Nombre des groupes de paroles et groupes de discussions à Kasai-Central et Kasai et à Tanganyika | 22 | 27 groupes de discussion et de paroles ont été réalisées et ont servi de psychothérapie communautaire (8 au Kasai, 9 au Kasai Central et 10 à Tanganyika) |
| Indicateur 3.3 | Nombre des femmes et filles hautement vulnérables ayant reçu un kit de dignité | 2,000 femmes et 2,000 filles | 2,240 femmes et 1,300 filles |

| Activités du résultat 3 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réal) |
|-------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Activité 3.1 | Organisation des 6 groupes de paroles au Kasai Central et Kasai Oriental pour la prise en charge psychosociale communautaire et 16 groupes de discussions sur les risques de protection à Tanganyika et Kasai Central et Kasai | Caritas | Caritas |
| Activité 3.2 | Mise en place de 8 espaces sécurisés pour les activités psychosociaux de groupe | Caritas/UNFPA/comité locaux VBG | Caritas/UNFPA/comité locaux VBG |
| Activité 3.3 | Sensibilisations de masse et de proximité, sensibilisation des hommes et des garçons, des hommes en arme et des jeunes sur les VBG, la cohabitation pacifique et la neutralité de l'assistance humanitaire par les RECO et les réseaux de protection | Caritas | Caritas |
| Activité 3.4 | Assemblage et distribution des 4000 kits de dignité aux femmes et filles les plus vulnérables (y compris les survivants des VBG) | Caritas | Caritas |
| Activité 3.5 | Production d'un rapport d'analyse de la réduction des risques des violations des droits et de VBG à Tanganyika, Kasai Central et Kasai | Sous-cluster VBG | Sous-cluster VBG |

12. S'il vous plaît fournir des informations supplémentaires ici sur les résultats des projets et en cas de différence significative entre les résultats attendus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :

Toutes les cibles du projet ont été atteintes sauf la cible des comités territoriaux engagés dans la lutte contre les VBG et le nombre de kits de dignité distribués aux femmes et filles hautement vulnérables. En effet, trois comités territoriaux n'ont pas pu être suffisamment mobilisés, en raison de l'engagement individuel des hommes chefs de ces comités. Malgré les efforts multiples de Caritas, certains chefs ont refusé un engagement substantiel dans le projet et il se sont limités à laisser les activités se dérouler. L'ancrage local de l'église Catholique et la confiance que la population porte à Caritas a évité des blocages majeurs dans la conduite des activités. Le nombre des kits de dignité a été réduit à cause du coût élevé du transport des items non disponibles dans les zones du projet (serviettes hygiéniques, seaux de qualité).

Le nombre de personnes atteintes globalement par ce projet a largement dépassé les attentes, ceci est due à trois facteurs :

- Un nombre plus élevé de population cible dans les zones d'intervention, qui étaient moins peuplées au moment de la conception du projet
- L'absence des autres intervenants VBG dans les zones ciblées pour toute la durée du projet
- Le nombre élevé des personnes ayant participé aux activités psychosociales communautaires.

En effet, les bénéficiaires directs accédant à l'offre de service de prise en charge individuelle des VBG sont restés dans les prévisions légèrement plus nombreux que les atteints (857 atteints contre 800 ciblés) alors que les personnes fréquentant les groupes de paroles et autres activités de-traumatisant collectives ont été au moins deux fois plus importantes de ce qui avait été prévue.

Le rapport d'analyse de la réduction des risques des violations des droits et de VBG à Tanganyika, Kasai Central et Kasai n'a pas été produit, le Sous-cluster VBG a préféré publier des rapports multisectoriels d'évaluation sur les VBG pour la crise du Kasai et du Tanganyika, intégrant l'analyse des risques des VBG à son sein et de ne pas limiter l'évaluation à une base de référence du projet. Les rapports ont été publiés en ligne et celui pour la crise du Kasai a été présenté à la retraite globale du Cluster Protection et utilisé par le GBV AoR dans un appel à l'action pour la crise du Kasai.

L'UNFPA avait demandé un no-cost-extension à un moment où l'accès humanitaire avait été très limité et les activités avaient ralenti substantiellement. Cependant, l'ouverture à nouveau de l'espace humanitaire du mois de juillet et août avait permis une importante accélération et une NCE n'était plus nécessaire, mais l'UNFPA avait reçu confirmation de l'acceptation.

13. S'il vous plaît décrire comment la redevabilité à l'égard des populations touchées (accountability to affected populations) a été assurée lors de la conception du projet, la mise en œuvre et le suivi

- Lors des évaluations, les populations ont été consulté et leur priorités et conseil sur la mise en œuvre du projet ont été pris en compte.
- Caritas a mis en place un mécanisme de plainte (boite à plainte) lors de toute descente au terrain, qui n'a pas été énormément utilisé par les populations qui ont dit préférer rapporter de vive voix
- Un mécanisme de redevabilité a été testé lors des distributions des kits de dignité avec une consultation es femmes et des filles pour la détermination du contenu des kits de dignité, l'identification des lieux de distribution et par la soumission des questionnaires post-distribution sur la satisfaction des beneficiaires.

14. Evaluation : Ce projet a t'il été évalué ou il y a t'il une évaluation en cours ?

ÉVALUATION EFFECTUEE

L'UNFPA a effectué une mission de suivi et évaluation en fin de projet pour apprécier les résultats du financement CERF et d'un financement complémentaire de UNFPA Emergency Fund. UNFPA a participé à l'after action review organisé par OCHA avec Caritas Congo.

EVALUATION EN COURS

AUCUNE EVALUATION PREVUE



TABLE 8 : LES RESULTATS DU PROJET

| CERF project information | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---------------|----------------|
| 1. Agence: | UNFPA WHO | 5. Période de mise en œuvre du projet CERF : | 07/03/2017 - 06/11/2017 (UNFPA) 07/03/2017 - 06/11/2017 (WHO) | | | |
| 2. Code du projet CERF: | 17-RR-FPA-010 17-RR-WHO-007 | 6. Statut du projet CERF | <input type="checkbox"/> En cours | | | |
| 3. Groupe sectoriel/Secteur: | Santé | | <input checked="" type="checkbox"/> Achievé | | | |
| 4. Titre du projet: | Offre de soins de santé primaires aux personnes affectées par la crise au Tanganyika et dans les 3 Kasai en RDC. | | | | | |
| 7. Funding | <i>a. Budget Total du Projet :</i> | US\$ 8,400,000 | <i>d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution :</i> | | | |
| | <i>b. Montant total du financement reçu pour le projet :</i> | US\$ 2,505,197 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge :</i> US\$ 467,358 ▪ <i>Partenaires gouvernementaux :</i> US\$ 75,000 | | | |
| | <i>c. Montant reçu du CERF :</i> | US\$ 2,505,197 | | | | |
| Résultats Obtenus | | | | | | |
| 8a. Nombre total de personnes ayant bénéficié directement du financement du CERF, planifié et atteint (veuillez soumettre une répartition par genre et ans). | | | | | | |
| <i>Bénéficiaires Directs</i> | <i>Prévus</i> | | | <i>Atteint</i> | | |
| | <i>Femmes</i> | <i>Hommes</i> | <i>Total</i> | <i>Femmes</i> | <i>Hommes</i> | <i>Total</i> |
| <i>Enfants (< 18 ans)</i> | 76,700 | 52,840 | 129,540 | 54,431 | 58,967 | 113,398 |
| <i>Adultes (≥ 18 ans)</i> | 51,133 | 32,382 | 83,515 | 36,287 | 39,311 | 75,598 |
| Total | 127,833 | 85,222 | 213,055 | 90,718 | 98,278 | 188,996 |
| 8b. Profil des bénéficiaires | | | | | | |
| <i>Catégorie</i> | <i>Nombre de Bénéficiaires Prévus</i> | | | <i>Nombre de Bénéficiaires Atteint</i> | | |
| <i>Réfugiés</i> | | | | | | |
| <i>Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays</i> | 100,800 | | | 87,651 | | |
| <i>Population d'accueil</i> | 112,255 | | | 101,345 | | |
| <i>Autres personnes touchés</i> | | | | | | |
| Total (identique au total figurant au point 8a) | 213,055 | | | 188,996 | | |

| | |
|---|--|
| <p><i>En cas de différence significative entre le nombre, ou la répartition par genre et ans, de bénéficiaires prévus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :</i></p> | <p>89% (188,996 / 213,055 attendus) des bénéficiaires atteints physiquement par les structures de santé appuyées par le projet CERF RR Kasai et Tanganyika 2017, sans compter les personnes sensibilisées aux risques des maladies courantes et à potentiel épidémiques par des animateurs communautaires faisant partie des équipes cadres des zones de santé (ECZS), ainsi que les relais communautaires formés dans le cadre du projet dans 17 zones de santé appuyées.</p> |
|---|--|

| Cadre des résultats du projet CERF | | | |
|------------------------------------|---|-------|--|
| 9.Objectif du projet | Assurer un accès gratuit aux soins de santé d'urgence en faveur des personnes déplacées et les personnes vulnérables dans 17 zones de santé d'accueil, soit environ 213,055 personnes de la population vulnérable et personnes déplacées (femmes, hommes, garçons et filles), afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires et aux soins secondaires (référence) des personnes vulnérables (déplacés nouvellement arrivés et des personnes vulnérables parmi la population locale) pour une période de 5 mois, de Mars à Août 2017. | | |
| 10.Énoncé des résultats | L'accès aux services de santé primaires pour les déplacées et les personnes vulnérables de 17 zones d'accueil des provinces du Tanganyika et des trois Kasai est augmenté au cours du projet. | | |
| 11. Résultat | | | |
| Résultat 1 | 102 structures de soins ciblées (17 HGR et 85 CS) sont appuyées en médicaments essentiels et équipements médicaux de base y compris les contraceptifs. | | |
| Indicateurs du résultat 1 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 1.1 | Nombre de structures des soins appuyées. | 102 | 97 (dont 14 HGR et 83 centres de santé réparties dans 17 zones de santé de 4 provinces en crise (Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental et Tanganyika) et 30 (30 FOSA étaient planifiées pour UNFPA). |
| Indicateur 1.2 | Pourcentage de structures de soins ciblées sans rupture de stock en médicaments essentiels de 4 groupes de médicaments (antibiotique, antipyrétique, anti-inflammatoire et antalgique). | 100% | 40% des structures appuyées n'ont pas connu de rupture de stock pendant la mise en œuvre. Soit 41 centres de santé sur 102 structures de santé prévues. |

| Indicateur 1.3 | Nombre de cliniques mobiles fonctionnelles | 17 | 08 cliniques mobiles et 20 sites de soins avancés ont été organisés dans les différentes aires de santé ayant des infrastructures détruites et dans les aires de santé qui reçoivent un grand nombre de déplacés internes (Kasai et Tanganyika) |
|---------------------------|---|----------------------------|---|
| Activités du résultat 1 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 1.1 | Assurer l'achat des médicaments essentiels et fournitures médicales pour 102 structures de la santé (17 HGR et 85 CS), suivant le PMA en soins de santé d'urgence dans 17 ZS affectées, dans les provinces de Tanganyika (Moba, Kansimba, Kongolo, Kabalo, Kiyambi, Nyunzu et Ankoro) et Kasai (Dibaya, Kabeya Kamuanga) | OMS / FNUAP | OMS / FNUAP |
| Activité 1.2 | Recevoir et dédouaner des médicaments essentiels et fournitures médicales pour 102 structures de la santé (17 HGR et 85 CS), suivant le PMA en soins de santé d'urgence dans 17 ZS affectées, dans les provinces de Tanganyika (Moba, Kansimba, Kongolo, Kabalo, Kiyambi, Nyunzu et Ankoro) et Kasai (Dibaya, Kabeya Kamuanga) | OMS / FNUAP | OMS / FNUAP |
| Activité 1.3 | Distribuer les médicaments essentiels et matériels médicaux dans 102 structures de santé (17 HGR et 85 CS), suivant le PMA en soins de santé d'urgence des 17 ZS affectées, dans les provinces de Tanganyika (Moba, Kansimba, Kongolo, Kabalo, Kiyambi, Nyunzu et Ankoro) et Kasai (Dibaya, Kabeya Kamuanga, Cilundu, Miabi, Kalonda Ouest et Kamuesha) | OMS / FNUAP et partenaires | OMS / FNUAP et partenaires |
| Résultat 2 | 213,055 personnes vulnérables (F : 127,833 H : 85,222) soit 100,800 personnes déplacées et 112,255 Personnes de familles d'accueil malades sont prises en charge gratuitement et de manière égalitaire en soins de santé. | | |
| Indicateurs du résultat 2 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 2.1 | Nombre des personnes déplacées et personnes de familles d'accueil malades pris en charge gratuitement. | 213,055 | 188,996 (87,651 déplacés et 101,345 personnes de famille d'accueil) |
| Indicateur 2.2 | Nombre des personnes déplacées et personnes de familles d'accueil victimes des violences sexuelles pris en charge gratuitement. | 1,775 | 569 (16 OMS, 553 UNFPA) |
| Indicateur 2.3 | Nombre de Césariennes réalisées | 356 | 45 (OMS) et 928 (UNFPA) |

| | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| Indicateur 2.4 | Nombre d'accouchements réalisés par un personnel qualifié | 3,551 | 1,841 (OMS) et 3,445 (UNFPA) |
| Activités du résultat 2 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 2.1 | Fournir des soins médicaux gratuits en faveur des déplacées et les populations vulnérables dans les 102 structures de santé et communautés ciblées par le projet | OMS, ECZS et Partenaires | OMS, ECZS et Partenaires |
| Activité 2.2 | Organiser et assurer l'accès gratuit du couple mère-enfants par l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en faveur des Personnes déplacées et les populations vulnérables dans les structures de santé ciblées par le projet. | UNFPA, ECZS et Partenaires | UNFPA, ECZS et Caritas Congo |
| Résultat 3 | 680 agents de santé, dont 340 prestataires de santé (140 femmes et 200 hommes) recyclés sur la réponse en soins de santé primaires d'urgence, l'ordinogramme et prescription rationnelle des médicaments et 340 relais communautaires/Reco (140 femmes et 200 hommes) sont formés /recyclés sur les pratiques clés de la prévention des maladies. | | |
| Indicateurs du résultat 3 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 3.1 | Nombre de prestataires de santé (femmes / hommes) recyclés sur la réponse en soins de santé primaires d'urgence, l'ordinogramme et sur le SGONU. | 340 | 319 |
| Indicateur 3.2 | Nombre de prestataires de santé formés sur le DMU et sur la prise en charge médicale des viols | 130 | 130 dont 75 sur le DMU et 60 sur la prise en charge médicale des viols |
| Indicateur 3.3 | Nombre de relais communautaires (femmes / hommes) recyclés sur les pratiques clés de la prévention des maladies. | 340 | 225 |
| Activités du résultat 3 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 3.1 | Recyclage de 340 prestataires en soins de santé primaires d'urgence, l'ordinogramme et prescription rationnelle des médicaments. | DPS/OMS et Partenaires | DPS/OMS et Partenaires ADRA, AIDES et IRC |
| Activité 3.2 | Formation/recyclage des 340 relais communautaires sur les pratiques clés de la prévention des maladies. | ECZS et Partenaires | ECZS et Partenaires ADRA, AIDES et IRC |
| Activité 3.3 | Suivre la mise en œuvre des activités par visite sur le terrain et supervision et réunions mensuelles de suivi | DPS/OMS et Partenaires | DPS/OMS et Partenaires ADRA, AIDES et IRC |

12. S'il vous plaît fournir des informations supplémentaires ici sur les résultats des projets et en cas de différence significative entre les résultats attendus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :

Le projet a prévu d'atteindre 213,055 personnes par l'offre des soins de santé de base de qualité, donc 100% des bénéficiaires. Nous disons que 100% des bénéficiaires avaient un accès gratuit aux soins de santé, mais tous n'ont pas consulté les centres de santé ciblés par le projet pendant cette période de 5 mois (188,996 personnes ont consulté les centres de santé, soit 89%). Il était prévu de réaliser 17 cliniques mobiles dans le projet à travers l'OMS et l'UNFPA, l'UNFPA devant apporter le volet SR (intrants, sage-femme) dans la clinique dont la logistique devait être assurée par l'OMS. L'OMS n'ayant pas organisé la clinique mobile, UNFPA a finalement mené cette activité avec son partenaire de mise en œuvre Caritas Congo, s'appuyant sur ses fonds propres pour la logistique. Au lieu des 17 cliniques, seulement 6 ont été organisées.

13. S'il vous plaît décrire comment la redevabilité à l'égard des populations touchées (accountability to affected populations) a été assurée lors de la conception du projet, la mise en œuvre et le suivi

Le volet OMS du projet a connu la participation des femmes et des enfants à tous les stades du projet : processus de développement, mise en œuvre et suivi des activités sur le terrain. Les populations couvertes ont apprécié le projet. Ceci s'est visiblement traduit par les réactions des communautés au Kasai, lorsque la fin du projet était annoncée en fin juillet 2017. Pour preuve, l'acceptation du NCE a soulagé une bonne partie de la population inquiète.

L'UNFPA élaboré dès le début du projet un cadre pour la prise en compte de l'AAP dans le projet : la programmation de la clinique mobile avec les communautés (dans le choix des lieux, des dates, l'organisation pratique des descentes), l'implication des leaders communautaires dans le plaidoyer et celles des relais communautaires dans la sensibilisation, la formation des relais communautaire, le recueil des feedbacks de bénéficiaires sur les services et surtout leur gratuité.

14. Evaluation : Ce projet a-t'il été évalué ou il y a-t'il une évaluation en cours ?

ÉVALUATION EFFECTUÉE

Des missions de suivi ont été effectuées en cours de la mise en œuvre du projet par l'OMS dans les 4 provinces ciblées par le projet. Les ONG partenaires (ADRA, AIDES et IRC) accompagnées par la DPS de chaque province concernée ont assuré les suivis de proximité qui ont consisté à la vérification de la qualité de la prise en charge en conformité avec les protocoles et normes recommandés. Ces missions ont beaucoup servi à donner des orientations dans le but d'améliorer la mise en œuvre des activités prévues. Des recommandations ont été formulées au Bureau Pays de l'OMS en RDC, comme suit :

- Organiser une distribution supplémentaire urgente des médicaments dans toutes les zones de santé cibles du projet CERF RR via les partenaires d'exécution (Bureau Pays OMS) ;
- Faire parvenir urgemment les primes des prestataires du projet dans le Tanganyika (Sous Bureau OMS Lubumbashi) ;
- Accélérer l'installation à Kalemie du Consultant OMS recruté pour la coordination de la mise en œuvre du projet CERF dans le Tanganyika (Bureau Pays OMS) ;

Une évaluation finale était prévue à la fin de ce projet.

La conception du volet UNFPA de ce projet n'a pas prévu une évaluation en fin de projet, mais une revue dans le cadre de AAR (After Action Review). L'UNFPA a donné la priorité aux activités de sauvetage des vies en assurant un suivi mensuel des interventions.

EVALUATION EN COURS

AUCUNE EVALUATION PREVUE

TABLE 8 : LES RESULTATS DU PROJET

| CERF project information | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---------------|---------------|
| 1. Agence: | WFP | 5. Période de mise en œuvre du projet CERF : | 07/03/2017 - 06/09/2017 | | | |
| 2. Code du projet CERF: | 17-RR-WFP-013 | 6. Statut du projet CERF | <input type="checkbox"/> En cours | | | |
| 3. Groupe sectoriel/Secteur: | Aide alimentaire | | <input checked="" type="checkbox"/> Achievé | | | |
| 4. Titre du projet: | Assistance alimentaire aux personnes déplacées internes victimes des conflits interethniques dans la province de Tanganyika. | | | | | |
| 7. Funding | <i>a. Budget Total du Projet :</i> | US\$ 6,038,706 | <i>d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution :</i> | | | |
| | <i>b. Montant total du financement reçu pour le projet :</i> | US\$ 1,262,250 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge :</i> US\$ 65,083 ▪ <i>Partenaires gouvernementaux :</i> | | | |
| | <i>c. Montant reçu du CERF :</i> | US\$ 1,262,250 | | | | |
| Résultats Obtenus | | | | | | |
| 8a. Nombre total de personnes ayant bénéficié directement du financement du CERF, planifié et atteint (veuillez soumettre une répartition par genre et ans). | | | | | | |
| <i>Bénéficiaires Directs</i> | <i>Prévus</i> | | | <i>Atteint</i> | | |
| | <i>Femmes</i> | <i>Hommes</i> | <i>Total</i> | <i>Femmes</i> | <i>Hommes</i> | <i>Total</i> |
| <i>Enfants (< 18 ans)</i> | 4,746 | 4,381 | 9,127 | 4,572 | 1,959 | 6,531 |
| <i>Adultes (≥ 18 ans)</i> | 4,291 | 3,804 | 8,095 | 5,367 | 2,300 | 7,667 |
| Total | 9,037 | 8,185 | 17,222 | 9,939 | 4,259 | 14,198 |
| 8b. Profil des bénéficiaires | | | | | | |
| <i>Catégorie</i> | <i>Nombre de Bénéficiaires Prévus</i> | | | <i>Nombre de Bénéficiaires Atteint</i> | | |
| <i>Réfugiés</i> | | | | | | |
| <i>Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays</i> | 17,222 | | | 14,198 | | |
| <i>Population d'accueil</i> | | | | | | |
| <i>Autres personnes touchés</i> | | | | | | |
| Total (identique au total figurant au point 8a) | 17,222 | | | 14,198 | | |

| | |
|---|---|
| <p><i>En cas de différence significative entre le nombre, ou la répartition par genre et ans, de bénéficiaires prévus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :</i></p> | <p>Le taux de réalisation des femmes adultes est de 125%, et pour l'ensemble des femmes est de 109%. Ceci est dû au fait que dans le site concerné de Katanika, dans la catégorie des bénéficiaires, la représentativité des femmes a été très significative.</p> <p>Il s'observe dans ce conflit du Tanganyika que les femmes sont les plus vulnérables, les plus affectées, et la proportion des IDPs femmes chef de ménages est supérieure à celle des hommes dans beaucoup des sites. Les quelques hommes qui se retrouvent dans le site, sont ceux qui ne veulent pas prendre part dans le conflit.</p> <p>Avec la dépréciation de la monnaie locale pendant la période de l'assistance, l'augmentation de prix des denrées de base sur le marché, le panier alimentaire de la ménagère a été recalculé sur base de l'outil Omega value dans le souci d'apporter une valeur énergétique de 2 100 Kcal par jour par bénéficiaire. C'est ainsi le montant de transfert global a été suffisant pour servir 14 198 bénéficiaires ciblés dans le site de Katanika.</p> <p>Quant à la proportion de planifiés vs réalisés, ceci se justifie tout simplement par le fait qu'après le ciblage porte à porte, les statistiques ont confirmé que les femmes sont plus nombreuses que les hommes.</p> |
|---|---|

| Cadre des résultats du projet CERF | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| 9.Objectif du projet | Apporter une assistance alimentaire d'urgence aux personnes déplacées internes victimes des conflits interethniques Twas – Bantous | | |
| 10.Énoncé des résultats | Une ration alimentaire de 2,100kcal est fournie par jour à 17,222 personnes déplacées dont 9,037 filles et femmes et 8,185 hommes et garçons pendant 3 mois. | | |
| 11. Résultat | | | |
| Résultat 1 | 17,222 personnes déplacées dont 9,037 filles et femmes et 8,185 hommes et garçons reçoivent la ration de 555g de vivres par jour et par personne ou son équivalent en cash pendant 3 mois. | | |
| Indicateurs du résultat 1 | Description | Cible | Atteint |
| Indicateur 1.1 | Réduire de 80% le score de consommation alimentaire pauvre | 17,222 IDP | 14,198 |
| Indicateur 1.2 | Améliorer l'indice de stratégie de survie & la diversité alimentaire des ménages pauvres | 17,222 IDP | 14,198 bénéficiaires dans le site de Katanika. |
| Indicateur 1.3 | Distribuer \$774,990 aux bénéficiaires planifiés. | US\$774,990 | US\$774,990 |
| Activités du résultat 1 | Description | Mise en œuvre par (Prévu) | Mise en œuvre par (Réel) |
| Activité 1.1 | Signature de l'accord de partenariat avec BDCA & Achat de vivres et/ou constituer la somme de cash pour 17,222 personnes en vue de leur fournir une assistance alimentaire | PAM | PAM |
| Activité 1.2 | Evaluation rapide de besoins et des marchés, identification et ciblage de 17,222 personnes déplacées internes | PAM et Partenaire coopérant BDCA | WFP, BDCA |

| | | | |
|--------------|---|---------------------------|-----------|
| Activité 1.3 | Distribution de cash \$774,990 et/ou vivres à 17,222 personnes déplacées internes ciblées | Partenaire coopérant BDCA | PAM, BDCA |
|--------------|---|---------------------------|-----------|

12. S'il vous plaît fournir des informations supplémentaires ici sur les résultats des projets et en cas de différence significative entre les résultats attendus et atteints, merci d'en expliquer les raisons :

- Initialement le projet avait planifié d'assister 17,222 personnes déplacées internes, mais au final les bénéficiaires ciblés dans le site de Katanika ont été de 14,198. D'autre part la dépréciation de la monnaie locale (Franc Congolais) face au dollar américain a causé une augmentation des prix des denrées de base sur le marché, ce qui a conduit à une révision de la valeur de transfert sur base de l'outil Oméga value, lequel prend en compte le score de valeur nutritionnel (2 100 kcal). Ainsi, la valeur de transfert est passé de 15\$ à 19,9\$ pour les deux cycles de juin et juillet.
- Il est à noter que le score de consommation alimentaire a été stabilisé durant l'assistance en comparant les rapports de la baseline de mai et du PDM d'août. A part l'assistance du PAM, ces ménages n'ont d'autres mécanismes pour améliorer leur sécurité alimentaire.
- L'indicateur 1.2, composé de l'indice de stratégie de survie et le score de diversité, a augmenté dans le mauvais sens du fait que le camp de Katanika a brûlé en août (à cause de l'incendie d'une case), au moment où le PDM était en train d'être mené. La plupart des ménages ont perdu tous leurs biens, y compris les stocks de nourriture, et ils ont donc recouru à plus de stratégies négatives, en dépit de l'assistance du PAM fournie entre mai et juillet.

13. S'il vous plaît décrire comment la redevabilité à l'égard des populations touchées (accountability to affected populations) a été assurée lors de la conception du projet, la mise en œuvre et le suivi

- Le PAM a conduit durant ce projet avec l'appui de son partenaire BDC Anglican des sensibilisations des bénéficiaires spécialement sur le mécanisme de gestion de plainte et retour d'information. Dans le site de Katanika, un comité de Gestion de Plainte et Retour d'Information « GPRI » a été voté par les IDPs avec pour rôle d'enregistrer différentes plaintes des bénéficiaires et le rapporter en vue d'une solution ;
- Avant toute distribution, des sensibilisations sont également faites sur la ration, montant de transfert, la façon dont a été fait le ciblage, quel staff contacter en cas de problème, et le numéro vert du PAM « 49 11 11 » a été affiché sur le site en vue de permettre aux bénéficiaires de s'exprimer librement sur le déroulement des opérations ;
- Des mesures de protection sont mises en place durant la distribution pour éviter les abus envers les bénéficiaires et assurer le minimum de sécurité dans le site (hangar de protection, lieux d'aisances pour hommes et femmes, disponibilité de l'eau à boire, distribution de carte de ration avec numéro unique et estampillé...);
- En outre, les personnes à besoin spécifique « PBS » sont servies en premier lieu, et ceci est connu par les bénéficiaires qui d'ailleurs sont impliqués dans les distributions,

Des missions de suivi ont été réalisées pendant et après les distributions pour s'enquérir du niveau de la mise en œuvre, et réajuster les opérations sur base des leçons apprises.

14. Evaluation : Ce projet a t'il été évalué ou il y a t'il une évaluation en cours ?

ÉVALUATION EFFECTUEE

Ce projet a été normalement évalué, une baseline a été conduite en mai 2017 et un post distribution monitoring « PDM » en août 2017. En se basant sur les résultats de ce PDM le score de consommation alimentaire pauvre est passé de 99.5% à 72.5% pour les ménages dirigés par les femmes, soit une amélioration de 27 points de pourcentage, et un score de consommation alimentaire pauvre de 99.8% à 46.3% pour les ménages dirigés par les hommes soit une amélioration de plus de 1 ménage sur 2.

EVALUATION EN COURS

AUCUNE EVALUATION PREVUE

ANNEXE 1. FINANCEMENTS DU CERF TRANSFERE AUX PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE

| Code du Project CERF | Groupe Sectoriel/Secteur | Agence | Type du Partenaire | Total des fonds du CERF transférés au Partner US \$ |
|----------------------|-------------------------------|--------|--------------------|---|
| 17-RR-FAO-010 | Agriculture | FAO | GOV | \$13,319 |
| 17-RR-FAO-010 | Agriculture | FAO | NNGO | \$22,553 |
| 17-RR-FAO-010 | Agriculture | FAO | NNGO | \$7,314 |
| 17-RR-FAO-010 | Agriculture | FAO | NNGO | \$7,314 |
| 17-RR-FAO-010 | Agriculture | FAO | NNGO | \$7,314 |
| 17-RR-FAO-010 | Agriculture | FAO | NNGO | \$24,983 |
| 17-RR-FAO-010 | Agriculture | FAO | NNGO | \$7,314 |
| 17-RR-WFP-013 | Food Assistance | WFP | NNGO | \$65,083 |
| 17-RR-CEF-020 | Nutrition | UNICEF | INGO | \$124,802 |
| 17-RR-CEF-020 | Nutrition | UNICEF | NNGO | \$139,072 |
| 17-RR-CEF-020 | Nutrition | UNICEF | INGO | \$52,152 |
| 17-RR-CEF-021 | Water, Sanitation and Hygiene | UNICEF | INGO | \$271,595 |
| 17-RR-CEF-021 | Water, Sanitation and Hygiene | UNICEF | NNGO | \$213,246 |
| 17-RR-CEF-021 | Water, Sanitation and Hygiene | UNICEF | INGO | \$170,273 |
| 17-RR-CEF-021 | Water, Sanitation and Hygiene | UNICEF | NNGO | \$268,598 |
| 17-RR-CEF-023 | Child Protection | UNICEF | NNGO | \$201,250 |
| 17-RR-CEF-023 | Child Protection | UNICEF | NNGO | \$88,750 |
| 17-RR-CEF-023 | Child Protection | UNICEF | NNGO | \$111,585 |
| 17-RR-WHO-007 | Health | WHO | INGO | \$164,208 |
| 17-RR-WHO-007 | Health | WHO | NNGO | \$55,103 |
| 17-RR-WHO-007 | Health | WHO | INGO | \$65,193 |
| 17-RR-CEF-022 | Shelter & NFI | UNICEF | INGO | \$302,400 |
| 17-RR-CEF-022 | Shelter & NFI | UNICEF | INGO | \$201,600 |
| 17-RR-CEF-022 | Shelter & NFI | UNICEF | INGO | \$958,159 |
| 17-RR-FPA-009 | Gender-Based Violence | UNFPA | NNGO | \$324,868 |
| 17-RR-FPA-009 | Gender-Based Violence | UNFPA | GOV | \$21,000 |
| 17-RR-FPA-010 | Health | UNFPA | NNGO | \$182,854 |
| 17-RR-FPA-010 | Health | UNFPA | GOV | \$75,000 |

ANNEXE 2: ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS (Par Ordre Alphabétique)

| | |
|----------|---|
| AAR | After Action Review |
| ACF | Action Contre le Faim (ONGI) |
| ACP | Action Contre la Pauvreté (ONGN) |
| ACTED | Agence d'Aide à la Coopération Technique et au Développement (ONGI) |
| ADRA | Adventist Development and Relief Agency (ONGI) |
| AIDES | Actions et Interventions pour le Développement et l'Encadrement Social (ONGN) |
| AME | Articles ménagers essentiels |
| AMOR | Association de amis du monde rural (ONGN) |
| ANJE | Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants |
| APEDE | Amis des Personnes en Détresse (ONGN) |
| APROBES | Action pour la Promotion du Bien Etre Social (ONGN) |
| ARCC | Alternative Responses for Communities in Crisis |
| ATPE | Aliment Therapeutique Pret à l'Emploi |
| AVSI | Associazione del Volontari per il Servizio Internazionale (ONGI) |
| BCZ | Bureaux centraux de la zone de santé |
| BAEDI | Brigade des agriculteurs et éleveurs pour le développement integral (ONGN) |
| BDCA | Bureau de Développement Communautaire Anglican |
| CAAP-T | Comité d'Appui à l'Autopromotion- Tujitegemee (ONGN) |
| CAC | Cellule d'Animation Communautaire |
| CADEFA | Centre d'appui au développement de la femme en action (ONGN) |
| CAL | Comité local d'appui |
| COPROMOR | Centre Œcuménique pour la promotion du monde rural (ONGN) |
| CR RDC | Croix Rouge RDC |
| CRS | Catholic Relief Services |
| CS | Centre de Santé |
| DPS | Division Provinciale de la Santé |
| EAFGA | Enfants Associés aux Forces et Groupes Armés |
| ECZS | Equipe Cadre de la Zone de Santé |
| EHA | Eau, Hygiène et Assainissement |
| ENAS | Enfant Non Accompagné et Séparé |
| EPSP | Enseignement Primaire et Secondaire |
| ESNA | Enfants Séparés et/ou Non Accompagnés |
| FARDC | Forces Armées de la république Démocratique du Congo |
| FAT | Famille d'Accueil Transitoire |
| GPRI | Gestion des Plaintes Retour d'Informations |
| HACT | Harmonized Approach for Cash Transfert |
| HGR | Hopital Général de Référence |
| IDP | Internal Displacement Population |
| IPAPEL | Inspection Provinciale de l'agriculture, Peche et Elevage (Government) |
| IRC | International Rescue Committee |
| MAG | Manutrition aigue globale |
| MAM | Manutrition aigue modérée |
| MAS | Manutrition aigue sévère |
| MDA | Medecins d'Afrique (ONGI) |
| MSA | Multisectorial assessment |
| NCE | No Cost Extension |

| | |
|----------|--|
| OCHA | Office for the Coordination of Humanitarian Affairs |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PB | Périmètre Brachial |
| PCIMA | Programme de Prise en charge Intégrée de la Malnutrition |
| PEC | Prise en charge |
| PDM | Post distribution Monitoring |
| PMA | Paquet Minimum d'Activités |
| PNC | Police Nationale Congolaise |
| PRONANUT | Programme national de Nutrition |
| RDC | République Démocratique du Congo |
| RECOs | Relais Communautaires |
| RRMP | Reponse Rapide aux mouvements de Population |
| SCA | Score de Consommation Alimentaire |
| SDA | Score de Diversité Alimentaire |
| SGBV | Sexual Gender Based Violence |
| SCI | Save the Children International |
| SR | Santé de la Reproduction |
| TENAFEP | Test national de fin d'études primaires |
| UNT | Unité nutritionnelle thérapeutique |
| UNTA | Unité de nutrition thérapeutique en ambulatoire |
| UNTI | Unité nutritionnelle thérapeutique intégrée |
| VBG | Violences Basées sur le Genre |
| VP | Visite Programmatique |
| WiN | WASH in Nutrition |
| ZS | Zone de Santé |