



**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

Madame Kim Bolduc

RESUME DU PROCESSUS ET DE LA CONSULTATION

- a. Merci d'indiquer quand l'After Action Review (AAR) a été conduit et qui a participé.
La réunion «After Action Review» (AAR) s'est tenue le 15 mai 2018 dans la salle de réunion d'OCHA sous la modération du point focal principal du CERF. Les organisations participantes à cet examen étaient: l'UNHCR, l'UNFPA, ADSSE, ADES et OCHA.
- b. 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
- c. 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

Depuis le mois de mai 2017, la résurgence du conflit armé en République Centrafricaine avait poussé des milliers de personnes à fuir les violences dans les zones frontalières de Bangassou, Bema et Mobayi pour se réfugier en République Démocratique du Congo. Une vague particulièrement importante avait été observée à Ndu (Territoire de Bondo, province du Bas Uélé) à partir du 21 juillet, suite à de nouveaux affrontements entre les milices Seleka et Anti Balaka dans la ville de Bangassou (République Centrafricaine). Au total, 117,447 nouveaux réfugiés centrafricains étaient arrivés en RDC dans les provinces du Nord-Oubangui et du Bas-Uélé, dont 64,048 depuis mi- mai 2017 (41,453 arrivés depuis le 21 juillet 2017). La majorité d'entre eux étaient installés dans des familles d'accueil dans différents villages, et 58,724 personnes réfugiées vivaient dans 5 camps. A Ndu, certaines personnes s'étaient même réfugiées dans des écoles, des églises, ou des centre de santé.

Les personnes vulnérables étaient à la fois les réfugiés et les familles d'accueil au sein de la population hôte. Les plus vulnérables étaient les personnes ayant des besoins spécifiques qui représentaient environ 12% de la population réfugiée: malades chroniques, personnes de 3^{ème} âge, personnes vivant avec handicap physique ou mental, femmes à risques, enfants séparés ou non accompagnés etc. Les survivants de VBG constituaient également une catégorie vulnérable.

TABLE 1: VUE D'ENSEMBLE DES SUBVENTIONS D'URGENCES (US\$)

Montant total nécessaire à la réponse humanitaire:		
	Source	Montant
Répartition des financements totaux reçus pour la réponse humanitaire par sources	CERF	2,994,242
	FONDS HUMANITAIRE COMMUN/ FONDS POUR LES INTERVENTIONS D'URGENCE (le cas échéant)	N/A
	AUTRES (Bilatéral/Multilatéral)	N/A
	TOTAL	2,994,242

TABLE 2: CERF SUBVENTIONS D'URGENCE PAR ALLOCATION ET PROJET (US\$)

Allocation 1 – date de la soumission officielle: 26/09/2017			
Agence	Code du Projet	Groupe Sectoriel/Secteur	Montant
UNFPA	17-RR-FPA-047	Health	498,255
UNHCR	17-RR-HCR-024	Multi-sector refugee assistance	2,495,987
TOTAL			2,994,242

TABLE 3: REPARTITION DU FINANCEMENT CERF PAR MODALITES DE MISE EN OEUVRE (US\$)	
Modalité de mise en oeuvre	Montant
Mise en oeuvre directe agences des Nations-Unies/IOM	1,053,737
Fonds transférés aux ONG pour mise en œuvre	\$1,473,029
Fonds transférés aux partenaires gouvernementaux	247,780
TOTAL	2,994,242

BESOINS HUMANITAIRES

Les évaluations menées dans les différentes localités d'accueil dans les deux provinces du Nord Ubangui et du Bas Uélé avaient ressorti des besoins multisectoriels aigus. En effet, dans les zones d'accueil des nouveaux réfugiés, les conditions de logement étaient très précaires, les exposant à toutes sortes d'intempéries dans ces zones où les pluies sont récurrentes. De plus ils disposaient d'un accès très faible à l'eau potable et aux mesures essentielles d'hygiène. Dans la plupart des localités où ils s'étaient installés, leur nombre était plus important que celui de la population locale, entraînant ainsi une forte pression sur les ressources des populations locales, et risquant, du coup, de générer un conflit de cohabitation au cas où les besoins de base n'étaient pas renforcés. La capacité des structures de santé, des structures nutritionnelles et des infrastructures scolaires existantes était dépassée, car les villages accueillait jusqu'à 15 fois la taille de leur population habituelle. Dans le domaine de la santé, les maladies les plus fréquentes étaient la diarrhée aqueuse, la diarrhée sanglante, les infections cutanées et le paludisme. L'arrivée de ces réfugiés avait aussi fortement réduit l'accès aux services de santé de la reproduction, et entraîné un risque très élevé de propagation du VIH SIDA, un risque d'accroissement des VBG et d'augmentation de la surmorbidity et la surmortalité néonatales et maternelles.

Quelques activités en faveur des réfugiés vivant dans les camps et hors camps étaient déjà en cours, notamment (i) la prise en charge médicale et nutritionnelle à travers la fourniture de médicaments essentiels aux structures de santé existantes, (ii) l'aménagement de points d'eau potable, (iii) la distribution d'articles ménagers essentiels (couvertures, nattes, seaux, moustiquaires, bidons, ustensiles de cuisine), (iv) l'aménagement d'abris pour les plus nécessiteux, (v) la sensibilisation sur l'hygiène, sur le SGBV, sur le VIH/SIDA, sur la Santé de la Reproduction, (vi) l'appui aux structures de santé et de l'éducation, (vii) l'organisation du pré-enregistrement, etc. Cependant l'arrivée des nouveaux réfugiés avait provoqué une augmentation des besoins que les financements de l'époque ne permettaient plus d'absorber, laissant plusieurs milliers de personnes sans assistance. Cette situation était confirmée par les données des évaluations menées par le HCR et l'UNFPA sur le terrain. Ainsi, la réponse à donner aux nouveaux besoins humanitaires visait à :

- Améliorer l'état de santé de la population dans les zones accueillant les nouveaux arrivants en fournissant des services de santé dans 7 formations sanitaires existantes dont 3 hôpitaux généraux (Monga dans le territoire de Bondo, Yakoma et Mobayi Mbongo) et 4 Centres de Santé des 3 ZS ciblées, y compris un soutien en équipement et en médicaments.
- Améliorer ou renforcer les capacités des communautés en matière d'aiguillage et d'identification des cas de malnutrition aiguë; A fournir le RUTF (Aliments thérapeutiques prêt à l'utilisation) aux enfants atteints de la MAM afin de couvrir de nouveaux cas hors camp; Fournir un soutien à 4 CTC (Community Therapeutic Care / Center) et renforcer les activités de YICF dans les 11 établissements de santé.
- Améliorer l'accès aux services élémentaires de base, spécifiquement pour les personnes très vulnérables (à travers des services tels que les abris, l'eau et les installations sanitaires, forages, etc.).
- Améliorer l'accès à une éducation de qualité, y compris la fourniture de frais de scolarité pour les écoles primaires en faveur des nouveaux enfants réfugiés; la fourniture de matériel scolaire comme les uniformes, le matériel didactique pour enseignants et la formation des enseignants; le renforcement des structures scolaires existantes en aménageant de nouvelles salles de classe et en fournissant des bancs pour les enfants des nouveaux arrivés vivant dans les communautés d'accueil.
- Assurer un environnement favorable et de protection aux nouveaux réfugiés à travers des sensibilisations ciblant les autorités locales et les fonctionnaires des frontières sur le principe du non-refoulement; un renforcement de capacités sur la protection internationale des réfugiés. Ces activités étaient jugées essentielles dans les zones où les nouveaux réfugiés étaient installés pour éviter les comportements discriminatoires.

- Assurer l'enregistrement biométrique de tous les nouveaux arrivés et leur fournir des documents d'identité pour leur protection juridique tout en veillant à ce que les enfants nés en RDC aient des certificats de naissance.
- Prévenir et combattre la violence sexuelle et sexiste à travers des activités préventives (sensibilisation, renforcement des capacités ...) dans les zones d'accueil abritant les nouveaux réfugiés;
- Elargir et renforcer dans les zones d'accueil des nouveaux réfugiés les activités de SGBV antérieurement limitées aux camps;
- Initier et renforcer les mécanismes de référence pour les survivants des violences, avec un accent particulier sur la prise en charge médicale, psychosociale et juridique des survivants de violences sexuelles.

La réponse humanitaire qui était délivrée dans le cadre de cette allocation Rapid Response du CERF était en lien avec le Plan de Réponse pour les Réfugiés, inclus dans le Plan de Réponse Humanitaire 2017-2019 de la RDC, et qui s'articule autour de divers domaines-clés tels que la protection, la santé/nutrition/VIH/SIDA, l'Éducation, l'Eau hygiène assainissement, les moyens d'existence/sécurité alimentaire et logistique. Cette réponse était complémentaire aux actions qui étaient en cours grâce aux bailleurs traditionnels du HCR qui finance habituellement des secteurs prioritaires tels que l'eau, la santé, l'éducation, les abris, la prévention et sensibilisation des SGBV, la cohabitation pacifique, etc. Dès l'arrivée des nouveaux réfugiés, un exercice de "AGD" (âge, genre, diversité) avait été organisé à travers des entretiens en focus groups pour une meilleure intégration des besoins diversifiés des réfugiés.

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

Les personnes visées par ce financement étaient les nouveaux réfugiés accueillis dans les Territoires de Mobayi Mbongo et Yakoma dans la province du Nord Ubangi, et dans les Territoires de Bondo et Ango dans La province du Bas-Uélé en RDC.

OCHA avait accompagné les Agences UN dans des échanges bilatéraux pour le ciblage conjoint dans les zones d'intervention communes, afin de renforcer l'efficacité de la réponse multisectorielle. En ce qui concerne l'approvisionnement, chaque Agence UN avait fourni les indications nécessaires sur ses capacités de réponse (acteurs/ stocks pré-positionnés; temps d'approvisionnement pour les intrants, etc.).

Sur la base du montant prévisionnel de l'enveloppe « réfugiés » validée par l'Equipe Humanitaire Pays, l'UNHCR avait sélectionné les secteurs pertinents pour la réponse sur la base des évaluations des besoins déjà réalisées. De son côté, l'UNFPA, en discussion avec le HCR, et notamment suite à une mission conjointe réalisée en juillet 2017, avait également soumis un projet de soins de santé primaires incluant la santé de la reproduction pour les réfugiés et les communautés hôtes.

III. LE PROCESSUS CERF

Lors des évaluations des besoins humanitaires utilisées comme base pour cette demande d'allocation, les communautés visitées avaient été consultées par les acteurs humanitaires. Un processus d'échange avec les autorités locales avait également été initié en amont de cette demande d'allocation, à travers des discussions au sein des Comités Provinciaux Inter Agences (CPIA) et des Inter Cluster Provinciaux (ICP) sur les besoins et la stratégie de réponse.

Suite à des échanges préliminaires avec le Secrétariat CERF, le Coordonnateur Humanitaire avait lancé le processus de soumission par une réunion de mise au point avec les Agences des Nations Unies membres de l'Equipe Humanitaire Pays, tenue le jeudi 17 août 2017. Suite à ce premier échange, une nouvelle réunion d'échange avait eu lieu en date du 18 août avec tous les membres de l'Inter-cluster national (ICN) présents au Groupe de Plaidoyer Humanitaire. Cette réunion, présidée par le chef de la Section Coordination OCHA, avait permis de partager les orientations du Secrétariat du CERF pour cette allocation, et de recueillir les premiers avis des Agences/clusters sur les besoins prioritaires à cibler. Les participants avaient été invités à partager les dernières données disponibles sur les besoins avec l'équipe de gestion de l'information d'OCHA.

Une journée de travail de l'ICN avait ensuite été organisée le 22 août, afin d'analyser collectivement les besoins humanitaires, sur la base des informations disponibles (classement de l'outil hotspots, rapport d'évaluation sur la situation des réfugiés de la RCA, cartographies des problématiques de choléra et insécurité alimentaire, et déplacement). Sur la base de ces échanges et des

informations fournies par les Agences/ clusters, des discussions bilatérales plus approfondies avaient eu lieu entre OCHA, les Chefs d'Agences et le Coordonnateur Humanitaire, et un outline de la demande de fonds CERF avait été validé, comprenant les montants approximatifs et provisoires des enveloppes attribuées pour les secteurs retenus comme prioritaires.

Le sous-cluster VBG/ UNFPA avait participé à toutes les étapes des discussions et les guidelines IASC pour le mainstreaming des VBG avaient été partagées aux Agences UN qui étaient retenues pour soumettre des propositions. La Coordinatrice du sous cluster VBG avait également mis à disposition son appui aux Agences UN dans la relecture des projets.

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:</i>									
Groupe Sectoriel/Secteur	Femmes			Hommes			Total		
	Enfants (< 18 ans)	Adultes (≥ 18 ans)	Total	Enfants (< 18 ans)	Adultes (≥ 18 ans)	Total	Enfants (< 18 ans)	Adultes (≥ 18 ans)	Total
Health	21,016	26,259	47,275	26,281	31,525	57,806	47,297	57,784	105,081
Multi-sector refugee assistance	20,827	16,014	36,841	20,480	10,936	31,416	41,307	26,950	68,257

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 bénéficiaires ciblés par les activités financées à travers la présente subvention Réponse Rapide du CERF sont les 117,447 nouveaux réfugiés centrafricains qui étaient arrivés en RDC dans les territoires de Mobayi Mbongo et Yakoma dans la province du Nord Ubangi, et les territoires de Bondo et Ango dans le Bas-Uélé.

TABLE 5: NOMBRE DE PERSONNES AYANT BENEFICIES DIRECTEMENT DU FINANCEMENT DU CERF ²			
	Enfants (< 18 ans)	Adultes (≥ 18 ans)	Total
Femmes	21,016	26,259	47,275
Hommes	26,281	31,525	57,806
Total (Femmes + Hommes)	47,297	57,784	105,081

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

Le financement CERF a permis d'atteindre les résultats globaux ci-après dans les domaines de l'enregistrement, de la protection, de la santé, de l'éducation et des besoins de base :

- Enregistrement et enrôlement biométrique d'un total de 38,509 réfugiés, y compris ceux vivant en dehors des camps au Nord Ubangi, notamment à Gbadolite, dans les territoires de Mobayi Mbongo et Yakoma (sur un chiffre de planification de 35,000 réfugiés) ;

- 2.900 réfugiés ayant bénéficié des audiences foraines en vue des jugements supplétifs d'actes de naissance en faveur d'enfants réfugiés centrafricains nés en RDC mais non enregistrés à l'état-civil dans le délai légal;
- Plus de 725 enfants ayant bénéficié de l'enregistrement des naissances dans le délai légal, permettant ainsi de limiter les risques d'apatridie ;
- 9,754 kits non alimentaires de première nécessité (composés de couvertures, nattes, kitchen set, jerrycans, moustiquaires, savon, bâches, bidons de 20 litres) et matériaux pour la construction d'abris distribués aux réfugiés centrafricains nouvellement arrivés ;
- 525 latrines construites, 2 puits et 13 forages réalisés, permettant d'assurer une meilleure alimentation en eau et d'améliorer les conditions d'hygiène ;
- 99,948 personnes affectées (54,948 hommes et 45,000 femmes), parmi lesquelles 66,048 réfugiés et 33,500 personnes des familles d'accueil malades pris en charge gratuitement et de manière égalitaire en soins de santé primaires de qualité;
- Les équipes sanitaires locales avaient bénéficié du coaching des sages-femmes qualifiées qui étaient placées dans les structures sanitaires, permettant ainsi une amélioration de la qualité des soins, notamment la prise en charge des IST;
- 2,998 cas d'IST traités selon l'approche syndromique ; 2,499 accouchements assistés par un personnel qualifié ; 124 césariennes réalisées ; 216 cas de survivantes de violences sexuelles pris en charge médicalement et psychologiquement.
- 1,477 enfants vaccinés contre la rougeole, avec un taux de couverture vaccinale de 82.5 %, sans signalement d'autre épidémie ;
- 11,883 moustiquaires distribuées aux réfugiés hors camps et aux populations d'accueil ;
- Mise en place d'une coordination résumée dans un 4W entre le Ministère de la Santé, la Direction Provinciale de la Santé, MSF Belgique, MSF Espagne, SANRU avec un financement Banque Mondiale et IMA/ASSP et ayant permis de couvrir tous les sites d'accueil des nouveaux arrivés ;
- Taux de malnutrition aiguë globale (pour les enfants de 6 à 59 mois) contenu à 6,7% c-à-d en dessous du niveau de 10% considéré comme critique, grâce à un programme de surveillance et de prise en charge de la malnutrition aiguë avec les produits locaux et les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi étaient mis en place;
- 3,267 bénéficiaires touchés par les sensibilisations et 242 cas de malnutrition aiguë admis dans le programme pris en charge avec les aliments locaux ;
- Des actions relatives à l'assistance des victimes de violences basées sur le genre menées à bien avec un total de 179 femmes victimes de violences basées sur le genre ayant reçu une assistance matérielle;
- Un total de 46,043 personnes sensibilisées sur les violences sexuelles et ses conséquences, 20 comités de lutte contre les SGBV hors camps constitués afin d'apporter une aide médicale et psychosociale aux victimes ;
- Renforcement des capacités et sensibilisation de 120 points focaux SGBV dans les zones d'accueil des nouveaux réfugiés;
- Renforcement des capacités techniques (approvisionnement en kits médicaux et kits d'urgence de santé reproductive) de 7 formations sanitaires dont 3 Hôpitaux généraux (Monga, Yakoma, Mobayi Mbongo) et 4 centres de santé de 3 Zones de Santé cibles;
- 64 prestataires formés sur le DMU et 131 RECO formés sur la prévention et l'orientation liées aux maladies courantes ;
- 18 salles de classes réhabilitées pour parer à l'insuffisance des infrastructures scolaires existantes et qui, jusque-là, ne suffisaient pas à prendre en charge les enfants réfugiés centrafricains nouvellement arrivés, ainsi que les enfants autochtones dans le système éducatif national.

VALEUR AJOUTEE DU FINANCEMENT CERF

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

OUI EN PARTIE NON

- L'appui du CERF a permis de couvrir en urgence les besoins ayant surgi au courant de l'année en dehors de la planification annuelle du HCR. Compte tenu de ses ressources limitée, le HCR n'aurait pas été en mesure d'apporter en urgence une réponse à ces nouveaux besoins;
- A travers le processus d'enregistrement des réfugiés, une base de données a été mise en place et a permis au PAM de fournir rapidement des vivres aux réfugiés;
- En dépit du retard observé dans la réception des kits médicaux, la prise en charge des cas par l'UNFPA, notamment les cas des femmes enceintes et des femmes victimes de violences parmi les réfugiés, a été rapide, du fait que les soins étaient subventionnés;
- Endéans les 6 mois convenus, et malgré quelques retards liés aux difficultés d'accès dans la zone d'intervention, les deux agences UN (UNFPA et UNHCR) ainsi que leurs partenaires de mise en œuvre ont consenti de grands efforts pour atteindre des résultats fort appréciables.

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

OUI EN PARTIE NON

L'absence d'une intervention aurait gravement affecté les deux communautés (réfugiés et population hôte). En effet:

- Face à cette nouvelle vague de réfugiés, aucune réponse n'était envisageable en dehors des fonds CERF, étant donné que ni le HCR ni l'UNFPA n'avaient des fonds disponibles à allouer à cette crise en cette période de l'année ;
- Un ou deux mois de retard dans l'intervention auraient débouché sur une catastrophe en termes d'implosion des épidémies dans la zone, d'une part, et en termes tensions sociales entre réfugiés et populations hôtes, d'autre part. Les difficultés d'accès et la forte pression démographique sur les ressources disponibles et les infrastructures déjà limitées et très pauvres auraient, en effet, gravement dégradé la situation sanitaire et socio-économique des deux communautés (réfugiés et population hôte).
- Eu égard aux conditions socio-économiques précaires prévalant dans la zone, et considérant que cette zone présentait des taux de mortalité maternelle critiques, l'intervention de l'UNFPA, à travers le coaching des sages-femmes (des sages-femmes qualifiées étaient placées dans les structures de santé pour coacher les équipes locales des maternités), l'utilisation du partogramme (qui est le tableau de bord de l'accouchement), la sensibilisation sur les signes à observer dans les cas relatifs à la santé de la reproduction, a réellement sauvé des vies.
- Dans le secteur de la Santé de la reproduction, l'UNFPA a pu détecter de grossesses à très hauts risques, pratiqué des césariennes d'urgence et détecté et fait traité les cas de paludisme graves chez les femmes enceintes.
- Sans la réhabilitation des pistes conduite par le HCR et AIRD son partenaire opérationnel, l'acheminement des intrants et les autres interventions n'auraient pas été possibles, vu le contexte d'accès particulièrement difficile dans ces zones.

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

OUI EN PARTIE NON

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.).

Le projet a balisé le chemin pour d'autres financements. En effet:

- Après la clôture du projet CERF, l'UNFPA a maintenu sa présence dans la zone du projet avec des ressources humaines prises en charge sur fonds propres. Par ailleurs, l'UNFPA a poursuivi son appui, notamment en contraceptifs, dans les structures qui avaient été appuyées initialement par le CERF. IMA a fait pareil.
- A travers le HCR, Global Funds a décidé d'augmenter sa dotation en médicaments pour la prévention et le traitement du paludisme parmi les réfugiés.

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

OUI EN PARTIE NON

La coordination entre acteurs a été renforcée grâce aux fonds CERF. En effet:

- Une coordination était établie entre l'ONG ADES, partenaire du HCR, MSF/Belgique et la Zone de Santé pour mener une intervention pertinente et coordonnée dans la zone, en évitant des duplications dans certaines activités. ADES a complété des actions menées par MSF Belgique avant de se diriger vers les autres zones non encore couvertes. De son côté, IMA, basé dans le Nord Ubangui a complété le paquet planification familiale ;
- A travers la 4W (Qui fait Quoi Où et Comment) mise en place dans la zone, une synergie était établie entre les acteurs (HCR, la DPS, le SANRU, IMA) pour se partager la zone et maximiser les résultats sur la base des bonnes pratiques et des leçons apprises;
- Les fonds CERF ont permis aux acteurs humanitaires de se rapprocher et se coordonner dans le suivi des interventions, dans la mesure où, à la faveur de l'afflux des réfugiés, toute la gestion des équipes a été rattachée au bureau HCR de l'Ouest du pays, - celui de Gbadolite, - alors qu'auparavant, certains réfugiés étaient gérés par le Bureau HCR d'Aru pour la province du Bas-Uélé, et d'autres réfugiés par le bureau HCR de Goma.

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

- Les infrastructures sociales réhabilitées ont profité à la fois à la population locale et aux réfugiés (écoles, poste de santé, approvisionnements en médicaments).
- Sur le terrain, il s'était avéré que certains secteurs étaient des préalables pour envisager la mise en œuvre des activités prévues dans le cadre du CERF. C'est dans ce contexte que le HCR avait disponibilisé 2 tracteurs pour aménager les pistes, y compris une piste d'atterrissage à Monga, dans une zone où aucun véhicule n'avait accédé depuis 20 ans.
- A travers les activités de sensibilisation à la coexistence pacifique menées par l'ONG ADSSE, partenaire du HCR, les tensions sociales entre communauté hôte et réfugiés centrafricains ont pu être atténuées.
- Grâce au financement CERF, les capacités techniques des équipes santé locales (partie nationale) ont été renforcées, donnant ainsi des chances de pérennisation à plusieurs actions. Grâce aux formations et à l'appui en médicaments, kits, outils de gestion (partogrammes, registres, etc.), le niveau qualitatif des soins a été relevé dans une zone fortement enclavée, dépourvue du minimum requis. Chaque Zone de Santé est maintenant capable de mettre en œuvre le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) en phase initiale des urgences, en attendant une réponse humanitaire plus complète.
- Au-delà de la contribution à la protection et à l'assistance apportée aux 64,048 nouveaux réfugiés centrafricains, les fonds CERF ont ouvert la voie à plusieurs visites des autorités gouvernementales dans la zone.

V. ENSEIGNEMENTS TIRES

TABLE 6: OBSERVATION POUR LE <u>SECRETARIAT DU CERF</u>		
Enseignements Tirés	Suggestions e Suivi/Amélioration	Entité Responsable
Le contexte difficile de mise en œuvre des projets est lié généralement aux conditions d'accès dans certaines zones des projets.	Le CERF devrait accorder plus de flexibilité aux partenaires pour procéder à des ajustements éventuels dans la mise en œuvre des projets sur le terrain.	Secrétariat CERF

TABLE 7: OBSERVATIONS POUR L' <u>EQUIPE DE PAYS</u>		
Enseignements Tirés	Suggestions de Suivi/Amélioration	Entité Responsable
Après la clôture des projets, il a été observé une persistance des besoins humanitaires, particulièrement dans le Bas-Uélé.	Une nouvelle mission d'évaluation des besoins est souhaitée dans la zone afin de servir de base pour une nouvelle allocation, soit du CERF, soit du Fonds Humanitaire.	Equipe Humanitaire Pays
Les interventions se sont appuyées sur le système de santé existant pour atteindre les résultats.	L'implication de la partie nationale dans la mise en œuvre des projets CERF est essentielle et devra être maintenue, car elle favorise une mise en œuvre efficace des projets et permet d'assurer une pérennisation des actions menées.	Equipe Humanitaire Pays
Retards dans le démarrage effectif des projets.	Les agences UN doivent se préparer à l'avance et contacter directement leurs partenaires ONG pendant la phase préparatoire de la soumission des projets. Elles devraient explorer les possibilités de raccourcir leurs procédures de contractualisation avec les ONG, en envisageant, par exemple, la possibilité de signer des accords de partenariat extensibles sur une ou deux années.	Equipe Humanitaire Pays
Certains partenaires ONG de mise en œuvre des projets déplorent un manque de communication avec les agences UN récipiendaires directs des fonds CERF sur le contenu des projets.	Les agences UN doivent impliquer leurs partenaires de mise en œuvre, notamment, dans la phase de rédaction des soumissions et en leur communiquant toutes informations pertinentes sur les projets.	Equipe Humanitaire Pays
	Les bureaux de coordination des ONG de mise en œuvre qui ont une meilleure connaissance des projets doivent répercuter/partager systématiquement et convenablement avec le terrain (qui exécute les projets) toutes les données pertinentes sur les projets, y compris les documents de projets.	Equipe Humanitaire Pays
La visibilité des projets sur le terrain et le suivi de leur évolution ne sont pas toujours satisfaisants.	Les ONG de mise en œuvre doivent améliorer la visibilité des projets sur le terrain, la qualité du suivi, du rapportage	Equipe Humanitaire Pays

	et des analyses à mener. Elles doivent, pour ce faire, se donner les moyens pour réaliser des missions d'appui aux équipes de terrain afin de recadrer, si nécessaire, l'évolution des projets.	
Une attention particulière mérite d'être portée sur l'instabilité qui règne dans la zone (contexte sécuritaire favorable).	La communauté humanitaire est encouragée à travailler de concert avec le Gouvernement Congolais pour un renforcement de la sécurité dans la zone des projets.	Equipe Humanitaire Pays
Le projet santé de l'UNFPA s'était appuyé sur le système de santé déjà existant, ce qui a favorisé la coordination et la mise en œuvre des activités.	La communauté humanitaire devra toujours travailler avec le Gouvernement congolais pour une meilleure coordination dans la mise en oeuvre des activités dans la zone.	Equipe Humanitaire Pays
La coordination entre le Ministère de la Santé, la DPS, MSF Belgique, ESP, SANRU BM, et la mise en place d'un 4W ont permis de couvrir tous les sites d'accueil des nouveaux arrivés.	Le renforcement de la coordination avec les structures étatiques et les organisations opérant dans la zone des projets doit toujours être recherché dans l'implémentation des projets	Equipe Humanitaire Pays
La capacitation des ressources humaines au sein des équipes des Centres de Santé était réussie.	Un volet sur le renforcement des capacités des structures et prestataires locaux, notamment sanitaires, est toujours nécessaire pour assurer l'appropriation des interventions par les équipes locales.	Equipe Humanitaire Pays
Lenteur dans le processus de revue des projets.	Les agences UN doivent améliorer leur proactivité dans leurs échanges avec l'UCFH tout au long du processus de revue des projets.	Equipe Humanitaire Pays

VI. RESULTATS DES PROJETS

TABLE 8: LES RESULTATS DU PROJET

CERF project information						
1. Agence:	UNFPA	5. Période de mise en œuvre du projet CERF:	04/10/2017 - 03/04/2018			
2. Code du projet CERF:	17-RR-FPA-047	6. Statut du projet CERF	<input type="checkbox"/> En cours			
3. Groupe sectoriel/Secteur:	Health		<input checked="" type="checkbox"/> Achevé			
4. Titre du projet:	Réduction de la mortalité et de la morbidité chez les réfugiés centrafricains et populations d'accueil par l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires y compris la Santé Sexuelle et Reproductive					
7. Funding	a. Montant total des besoins ² :	US\$ 2,840,000	d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution :			
	b. Montant total du financement reçu ³ :	US\$ 4	▪ Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge :			
	c. Montant reçu du CERF :	US\$ 498,255	▪ Partenaires gouvernementaux :			
				US\$ 186 791		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).						
Bénéficiaires Directs	Prévus			Atteints		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Enfants (< 18 ans)	20,000	25,000	45,000	21,016	26,281	47,297
Adultes (≥ 18 ans)	25,000	29,948	54,948	26,259	31,525	57,784
Total	45,000	54,948	99,948	47,275	57,806	105,081
8b. Profil des bénéficiaires						
Catégorie	Nombre de Bénéficiaires Prévus			Nombre de Bénéficiaires Atteint		
Réfugiés	66,448			69,353		
Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays	0			0		
Population d'accueil	33,500			35,728		

² Montant total des besoins de l'agence en matière d'intervention humanitaire dans ce secteur pour faire face à l'urgence actuelle.

³ Montant total reçu par l'agence, y compris la contribution du CERF et des autres bailleurs de fond.

Autres personnes touchées		0
Total (identique au total figurant au point 8a)	99,948	105,081
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:	<p>Globalement, la cible planifiée dans le projet était dépassée du fait que le projet avait suscité un grand intérêt et une forte adhésion de la part des personnes vivant dans les différentes zones d'intervention (population d'accueil et sites de réfugiés) ; d'autant plus que les services offerts étaient de meilleure qualité que ce qui se faisait auparavant. L'approche communautaire par les Relais Communautaires (RECO) ainsi que l'implication de certains réfugiés eux-mêmes (comme ce fut le cas dans le comité de suivi de gestion des médicaments) avait influé sur l'adhésion au projet.</p> <p>114,058 personnes sur 75,000 personnes attendues étaient sensibilisées sur différents thèmes avec la participation active et remarquée des relais et leaders communautaires, soit un taux de réalisation de 152%.</p>	

Cadre des résultats du projet CERF			
9.Objectif du projet	Améliorer l'accès gratuit aux soins de santé d'urgence, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, en faveur des réfugiés centrafricains et des populations d'accueil dans 3 zones de santé dans les provinces Bas-Uélé (Monga, dans le territoire de Bondo) et Nord Ubangui (Yakoma et Mobayi Mbongo) pendant 6 mois.		
10.Énoncé des résultats	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les capacités techniques de 7 formations sanitaires dont 3 hôpitaux généraux (Monga dans le territoire de Bondo, Yakoma et Mobayi Mbongo) et 4 Centres de santé de 3 ZS cibles sont renforcées en termes d'approvisionnement et de compétences des prestataires pour l'offre des soins de santé primaires ; 2. 99 948 personnes affectées (F: 54,948; H : 45,000) soit 66,448 réfugiés et 33,500 personnes de familles d'accueil malades sont prises en charge gratuitement et de manière égalitaire en soins de santé primaires ; 3. La réduction de la transmission du VIH, la prise en charge des survivantes de violences sexuelles, la prévention des VBG et de la surmorbidity et surmortalité maternelles et néonatales sont assurées dans la cadre de la mise en œuvre du DMU. 		
11. Résultat			
Résultat 1	Les capacités techniques de 7 formations sanitaires dont 3 hôpitaux généraux (Monga, Yakoma et Mobayi Mbongo) et 4 Centres de santé de 3 ZS cibles sont renforcées en termes d'approvisionnement et de compétences des prestataires pour l'offre des soins de santé primaires.		
Indicateurs du résultat 1	Description	Cible	Atteint
Indicateur 1.1	Nombre des formations sanitaires de référence équipées en kits médicaux d'urgence et en kits de prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement	3	3
Indicateur 1.2	Nombre des formations ayant reçu des kits médicaux et des kits d'urgence de santé reproductive	7	7
Indicateur 1.3	Nombre des prestataires formés sur le DMU	60	64
Indicateur 1.4	Nombre de relais communautaires formés sur la prévention et l'orientation liées aux maladies courantes	120	131

Activités du résultat 1	Description	Mise en œuvre par (Prévu)	Mise en œuvre par (Réel)
Activité 1.1	Achat de médicaments essentiels et génériques (MEG), petits matériels, consommables, intrants de chaîne de froid et en NIEHKit 2011 pour 7 structures sanitaires	UNFPA	UNFPA
Activité 1.2	Distribution de médicaments essentiels et génériques (MEG), petits matériels, consommables, intrants de chaîne de froid et en NIEHKit 2011 pour 7 structures sanitaires	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	UNFPA/DPS Nord Ubangi/ DPS Bas Uélé
Activité 1.3	Achat de kits d'urgence de santé reproductive pour les formations sanitaires et communautés	UNFPA	UNFPA
Activité 1.4	Distribution de kits d'urgence de santé reproductive dans les formations sanitaires et communautés	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	UNFPA/DPS Nord Ubangi/ DPS Bas Uélé
Activité 1.5	Formation urgente de 60 prestataires sur le DMU (Dispositif Minimum d'Urgence en santé sexuelle et reproductive)	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé
Activité 1.6	Former /recycler 120 relais communautaires sur les pratiques clés de la prévention des maladies	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé
Résultat 2	99,948 personnes affectées (F: 54 948 ; H: 45,000) soit 66,448 réfugiés et 33,500 personnes de familles d'accueil malades sont prises en charge gratuitement et de manière égalitaire en soins de santé primaire.		
Indicateurs du résultat 2	Description	Cible	Atteint
Indicateur 2.1	Nombre de personnes à besoins spécifiques et autres vulnérables réfugiés et autochtones ayant bénéficié des soins de santé primaires	99,948	105,081
Indicateur 2.2	Nombre de cas de maladies et d'urgence référées vers les structures de niveau supérieur	191	232
Indicateur 2.3	Nombre de personnes sensibilisées	75,000	114,058
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 réfugiés et les populations hôtes vulnérables dans les 7 structures de santé et communautés ciblées par le projet	UNFPA/ADES	UNFPA/ADES
Activité 2.2	Organiser la référence et contre référence des urgences médicales, chirurgicales, obstétricales et néonatales entre centre de santé et les HGR	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA
Activité 2.3	Organiser la sensibilisation de proximité dans les 3 ZS ciblées touchant environ 30,000 femmes en âge de procréer, 24,000 hommes et 30 000 adolescents sur les maladies courantes, les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que les références précoces des urgences obstétricales et néonatales.	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA

Résultat 3	La réduction de la transmission du VIH, la prise en charge des survivantes de violences sexuelles, la prévention des VBG et de la surmorbidity et surmortalité maternelles et néonatales sont assurées dans la cadre de la mise en œuvre du DMU.		
Indicateurs du résultat 3	Description	Cible	Atteint
Indicateur 3.1	Nombre de cas d'IST traités selon l'approche syndromique	2,998	2,998
Indicateur 3.2	Nombre de survivantes de violences sexuelles ayant bénéficié d'une prise en charge médicale et psychosociale	180	216
Indicateur 3.3	Pourcentage de violences sexuelles ayant bénéficié d'une prise en charge médicale dans les 72 heures	60 %	39 %
Indicateur 3.4	Nombre d'accouchement assistés par un personnel qualifié	2,499	2,499
Indicateur 3.5	Nombre de césariennes réalisées	124	124
Activités du résultat 3	Description	Mise en œuvre par (Prévu)	Mise en œuvre par (Réel)
Activité 3.1	Appuyer 7 formations sanitaires ciblées dans la prise en charge syndromique d'IST	ADES/DPS Nord-Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord-Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA
Activité3.2	Distribuer au moins 120,000 condoms dans les 3 ZS ciblées	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA
Activité 3.3	Appuyer la prise en charge médicale et psychosociales des survivants des violences sexuelles	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA
Activité 3.4	Appuyer l'accouchement par le personnel qualifié ainsi que la gestion des complications obstétricales et néonatales	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA
Activité3.5	Organiser des campagnes de sensibilisation sur les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement, la prévention et la réponse aux violences sexuelles, les références et contre référence, la prise en charge des IST/VIH	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA	ADES/DPS Nord - Ubangui/ DPS Bas Uélé/UNFPA
Activité 3.6	Assurer la coordination, le suivi et la supervision des activités du projet	UNFPA/ADES/DPS	UNFPA/ADES/DPS

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 :

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 vue d'assurer la redevabilité à l'égard des populations ciblées, diverses initiatives ont été prises, notamment :

A) Conception :

Dans la phase de la conception du projet, les bénéficiaires ont été consultés lors des missions d'évaluation réalisées au mois

d'Aout. Leur situation et conditions ont été fidèlement rapportées et prises en compte dans la réponse à apporter. Ils ont été consultés dans les zones où l'évaluation n'avait pas pu couvrir pour la planification détaillée des interventions, les lieux de sensibilisation, les cibles etc. La consultation, le dialogue et l'implication des services techniques étatiques, les communautés bénéficiaires (comités et autres associations locales), les APA locales (chefs de villages et administrateurs du territoire), les leaders communautaires (prêtres, pasteurs, représentants de société civile, etc.) ont facilité l'identification des bénéficiaires, la mise en œuvre du projet et le suivi du projet.

B) Mise en œuvre

Avec l'approche participative, la mise en œuvre du projet a tenu compte des points de vue des bénéficiaires tout en intégrant les aspects liés aux mœurs et habitudes. Par l'organisation des comités de gestion mixte, les bénéficiaires étaient impliqués dans la gestion de l'assistance qui leur est donnée et ils ont collaboré avec différentes parties prenantes pour le suivi et l'identification physique des bénéficiaires. Les communautés s'étaient informées de leurs droits face à l'assistance tout au long des activités. Une rencontre de confiance ayant réuni aussi bien les réfugiés que la communauté locale était organisée pour la présentation du projet. Cette rencontre avait pour principaux objectifs d'inciter et d'aider la population réfugiée et hôte à : - se situer ; -se reconstruire ; - trouver sa place et – se projeter. Des sensibilisations sur la disponibilité des services étaient faites. Des boîtes à plaintes étaient mises à disposition dans chaque point de prestation et les personnes assistées étaient informées sur l'assistance et encouragées à donner des feedbacks.

C) Suivi :

Faisant partie intégrante de la gestion quotidienne de l'assistance, les bénéficiaires ont été consultés et écoutés pendant le suivi des activités pour ressortir l'impact du projet et dégager les forces et faiblesses pour une pérennisation des acquis. Les communautés étaient impliquées lors de chaque visite dans les zones d'intervention ainsi qu'à la fin du projet afin de recueillir leur feedback.

<p>14. Evaluation: Ce projet a t'il été évalué ou il y a-t-il une évaluation en cours?</p>	<p>ÉVALUATION EFFECTUEE <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>L'évaluation de ce projet n'était pas planifiée. Par contre une mission de suivi final du projet a été réalisée conjointement avec la DPS et l'UNFPA. Les principales conclusions ont été les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les bénéficiaires ont été impliqués dans la mise en œuvre de projet et se sont approprié les acquis du projet; - Le projet a amélioré les indicateurs de performance des différentes structures appuyées par le renforcement du plateau technique et l'accès aux structures de soins (taux d'utilisation des services etc.) ; - Les besoins étant énormes, il convient de faire un plaidoyer pour consolider et pérenniser les acquis du projet en vue de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales ; - Il ressort de l'évaluation menée un besoin en formation sur la PF et un appui en intrants. 	<p>EVALUATION EN COURS <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>AUCUNE EVALUATION PREVUE <input type="checkbox"/></p>

TABLE 8: LES RESULTATS DU PROJET

CERF project information						
1. Agence:	UNHCR	5. Période de mise en œuvre du projet CERF:	04/10/2017 - 03/04/2018			
2. Code du projet CERF:	17-RR-HCR-024	6. Statut du projet CERF	<input type="checkbox"/> En cours			
3. Groupe sectoriel/Secteur:	Multi-sector refugee assistance		<input checked="" type="checkbox"/> Achevé			
4. Titre du projet:	Protection et assistance multisectorielle en faveur des réfugiés nouveaux arrivés centrafricains en République Démocratique du Congo					
7. Funding	<i>a. Montant total des besoins⁴:</i>	US\$ 23, 600,000	<i>d. Fonds CERF transmis aux partenaires d'exécution :</i>			
	<i>b. Montant total du financement reçu⁵ :</i>	US\$ 4, 926,075	▪ <i>Partenaires ONG et Croix Rouge/Croissant Rouge :</i>		US\$ 1,505,934	
	<i>c. Montant reçu du CERF :</i>	US\$ 2,495,987	▪ <i>Partenaires gouvernementaux :</i>		US\$ 247,780	
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			Atteints		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
<i>Enfants (< 18 ans)</i>	19,620	19,363	38,983	20,827	20,480	41,307
<i>Adultes (≥ 18 ans)</i>	14,554	10,511	25,065	16,014	10,936	26,950
Total	34,174	29,874	64,048	36,841	31,416	68,257
8b. Profil des bénéficiaires						
Catégorie	Nombre de Bénéficiaires Prévus			Nombre de Bénéficiaires Atteints		
<i>Réfugiés</i>	64,048			68,257		
<i>Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays</i>						
<i>Population d'accueil</i>						
<i>Autres personnes touchées</i>						
Total (identique au total figurant au point 8a)	64,048			68,257		

⁴ Montant total des besoins de l'agence en matière d'intervention humanitaire dans ce secteur pour faire face à l'urgence actuelle.

⁵ Montant total reçu par l'agence, y compris la contribution du CERF et des autres bailleurs de fond.

<p>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:</p>	<p>N/A</p>
---	------------

Cadre des résultats du projet CERF			
<p>9.Objectif du projet</p>	<p>Améliorer les conditions de vie des réfugiées de la RCA nouvellement arrivés dans les territoires de Mobayi Mbongo, Yakoma, Bondo et Ango à travers l'accès aux biens et services de base ainsi qu'à la promotion d'un environnement de protection favorable.</p>		
<p>10.Énoncé des résultats</p>	<p>64,048 réfugiés de la RCA nouvellement arrivés bénéficient de l'accès aux biens et services essentiels ainsi que de la protection de leurs droits fondamentaux grâce à la promotion d'un environnement de protection favorable.</p>		
11. Résultat			
<p>Résultat 1</p>	<p>64,048 réfugiés de la RCA nouvellement arrivés vivent dans un environnement dont la protection est assurée (l'enregistrement, la violence sexuelle et sexiste (SGBV) et la protection de l'enfance (CP)</p>		
Indicateurs du résultat 1	Description	Cible	Atteint
<p>Indicateur 1.1</p>	<p># cas de refoulement signalés</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>Indicateur 1.2</p>	<p># enfants enregistrés et ayant reçu des documents d'enregistrement des naissances</p>	<p>1 500</p>	<p>4,899</p>
<p>Indicateur 1.3</p>	<p>Efficacité du système de gestion sécuritaire pour assurer la sécurité des personnes prises en charge</p>	<p>80%</p>	<p>80 %</p>
<p>Indicateur 1.4</p>	<p># enfants non accompagnés et séparés pour lesquels un processus de détermination de l'intérêt supérieur a été entamé ou achevé</p>	<p>300</p>	<p>263</p>
<p>Indicateur 1.5</p>	<p># cas signalés dans lesquels les victimes reçoivent une aide matérielle</p>	<p>250</p>	<p>227</p>
Activités du résultat 1	Description	Mise en œuvre par (Prévu)	Mise en œuvre par (Réal)
<p>Activité 1.1</p>	<p>Missions de monitoring de protection le long des frontières pour prévenir les risques de refoulement ; renforcement de capacités des gardes-frontières sur les droits de réfugiés par des formations et séances de sensibilisations</p>	<p>HCR, CNR</p>	<p>CNR-HCR</p>
<p>Activité 1.2</p>	<p>Séances de sensibilisation sur l'importance de l'enregistrement à l'état-civil et délivrance des documents d'état-civil (actes de naissance, mariage, décès, divorce, etc...)</p>	<p>HCR, CNR</p>	<p>CNR-HCR</p>
<p>Activité 1.3</p>	<p>Affectation d'agents de sécurité dans les camps et dans les centres de transit hors</p>	<p>HCR, CNR</p>	<p>CNR</p>

	camps pour réduire les risques de violences		
Activité 1.4	Opération d'identification des ENA, enfants séparés et à risque et recherche de solutions durables (ex. réunification familiale)	HCR, AIDES, ADSSE	HCR-AIDES-TSF
Activité 1.5	Organisation de sensibilisation de masse sur la prévention au SGBV à travers la radio, les théâtres participatifs ; renforcement de capacités et formation des points focaux refuges sur la prévention et protection contre le SGBV ; assistance aux AGRs aux femmes VVS ; assurer l'approche SAFE pour réfugiés et communautés locales ; coordination des activités SGBV	AIDES, ADES, ADSSE, COOPI	AIDES, ADES, ADSSE, COOPI
Résultat 2	64,048 réfugiés nouvellement arrivés reçoivent une assistance multisectorielle, notamment les besoins élémentaires et essentiels, le soutien logistique et opérationnel		
Indicateurs du résultat 2	Description	Cible	Atteint
Indicateur 2.1	# de personnes ayant accès aux soins de santé primaires de qualité	64,048	68,257
Indicateur 2.2	Taux de malnutrition aiguë globale (6-59 mois)	< 10	6,7%
Indicateur 2.3	# d'accouchements assistés par du personnel qualifié avec kit d'accouchement hygiénique	3,200	2,499
Indicateur 2.4	# salles de classes construites ou réhabilitées pour l'accès des personnes prises en charge aux systèmes éducatifs nationaux	12 salles de classes	18
Indicateur 2.5	# personnes à besoins spécifiques ayant accès à des services liés à leurs besoins spéciaux	1,400	1,491
Indicateur 2.6	# d'abris transitionnels construits	719	626
Indicateur 2.7	# de puits et forages construits	3 puits et 5 forages	13 forages et 2 sources aménagées
Indicateur 2.8	# de latrines familiales construites (abris semi-durables)	300 latrines	525
Indicateur 2.9	# de personnes prises en charge (18-59 ans) n'ayant pas besoin d'espèces/d'aide alimentaire dans les 12 mois suivant leur arrivée/déplacement	3,140 nouveaux ménages	3,892
Indicateur 2.10	# nombre de personnes ayant reçu des articles de secours de première nécessité	16,012	9,754
Indicateur 2.11	# ménages recevant des subventions en espèces	1,500	622

Activités du résultat 2	Description	Mise en œuvre par (Prévu)	Mise en œuvre par (Réel)
Activité 2.1	Provision de services de santé (dotation en médicaments, équipement de base, personnel additionnel à 8 structures, distribution d'au moins 15 000 moustiquaires, consultations curatives de qualité en faveur de 64,048 réfugiés nouveaux arrivés, vaccination contre la rougeole par le PEV pour plus de 70 % au moins 3 280 enfants de < 1 ans vaccinés contre la rougeole)	ADES	UNHCR/ADES
Activité 2.2	Provision de services de prise en charge d'au moins 1 800 enfants de 6 – 59 mois malnutri (sensibilisation d'au moins 6 000 ménages réfugiés, Coaching de 32 prestataires sur le nouveau protocole PCIMA)	ADES	ADES
Activité 2.3	Provision de services éducatifs aux réfugiés enfants d'âge scolaire (réhabilitation de 12 salles de classes et achat et fourniture de 200 tables bancs, paiement des frais scolaires par l'approche cash)	ADSSE	ADSSE, TSF
Activité 2.4	Provision de services de santé liés à la reproduction et au VIH (distribution de Kits SR, de kits d'accouchement hygiénique, de kit PEP à au moins 70 % des survivantes de viol, formation de 40 prestataires sur le DMU-MISP, distribution)	ADES	UNFPA, ADES
Activité 2.5	Assistance spéciale à 1,500 personnes à besoins spécifiques.	AIDES, ADSSE	AIDES, ADSSE
Activité 2.6	Transfert de 99,850.2 pour la mise en place, amélioration et maintien d'abris et d'infrastructures (719 abris transitionnel)	AIRD, TSF	AIRD, TSF
Activité 2.7	Provision de services WASH (5 forages manuels, 15 forages mécaniques, 3 puits, 300 latrines, 80 kits de creusage 10/site, 48 séances 6/site de sensibilisation sur les pratiques familiales essentielles en matière d'hygiène et d'assainissement en eau potable) Achat d'outils et d'accessoires pour les forages	ADES	ADES
Activité 2.8	Achat et fourniture des intrants agricoles et de pêche	ADES	ADES

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 :

Indicateur 1.3 Efficacité du système de gestion sécuritaire pour assurer la sécurité des personnes prises en charge

134 agents de sécurité ont été commis à la sécurisation des camps pour réduire les cas de violences. Cependant, les centres de transit hors camps n'ont quasiment pas fonctionné. Ils n'ont pas reçu de réfugiés d'autant plus qu'il n'y a pas eu de relocalisation.

Indicateur 2.11 # ménages recevant des subventions en espèces

Suite à l'interdiction des autorités politico-administratives de la province du Nord Ubangi, d'assister les réfugiés à la frontière, les abris prévus pour les réfugiés hors-champ (626 abris) ont été construits dont 418 au Bas Uélé et 208 au Nord Ubangi sur les 719 prévus. Cela a eu un impact sur le nombre de ménages ayant reçu des subventions en espèces. Le reliquat des abris a permis de réhabiliter 6 salles de classes additionnelles. Ce qui a permis de construire 18 salles de classes au lieu de 12 initialement prévus.

Indicateur 2.3 : # d'accouchements assistés par du personnel qualifié avec kit d'accouchement hygiénique

En ce qui concerne cet indicateur, l'activité et le financement ont été accordés à l'UNFPA et la mise en œuvre a été assurée par l'ONG ADES. L'agence UNFPA indiquera les résultats de cette activité dans son rapport.

Indicateur 2.10 # nombre de personnes ayant reçu des articles de secours de première nécessité

Concernant la distribution des articles ménagers essentiels, les contraintes logistiques, les difficultés d'accès aux zones des bénéficiaires n'ont pas permis d'atteindre toutes les personnes ciblées sur la période du projet. Ainsi, 9,754 ont reçu des articles de secours sur une cible de 16,012 personnes. Avec l'acquisition de 2 tracteurs, le HCR s'est engagé à continuer la distribution après la clôture du projet.

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 populations affectées ont été impliquées dans ce projet. Pendant la conception du projet, à travers les fréquentes missions d'évaluation des besoins dans les zones du Nord Ubangi et du Bas Uélé, les bénéficiaires ont été consultés. En effet, lors de l'identification des bénéficiaires, les représentants des réfugiés ont été activement impliqués, ainsi que les autorités locales. Ainsi les chefs de ménages, les autorités et les représentants des différents groupes sociaux ont été impliqués dans la priorisation qui a été donnée à la stratégie d'assistance dans les communautés d'accueil. Les groupes (relais communautaires réfugiés) ont été associés à la mise en œuvre et au suivi du projet sous la supervision des partenaires techniques et des techniciens du HCR.

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

ÉVALUATION EFFECTUEE

Le mécanisme de suivi & évaluation mis en place par le Bureau local du HCR a permis de récolter les données et informations et leur analyse sur une base mensuelle. Ce qui a permis de suivre le projet de manière efficace. Le projet étant à cheval sur deux années, les 5 premiers mois ont été évalués au 31 décembre 2017. L'évaluation à mi-parcours du HCR prévue en juillet 2018 permettra d'évaluer la partie mise en œuvre en 2018.

EVALUATION EN COURS

AUCUNE EVALUATION PREVUE

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

CERF Project Code	Cluster/Sector	Agency	Partner Type	Total CERF Funds Transferred to Partner US\$
17-RR-HCR-024	Protection	UNHCR	GOV	\$247,780.00
17-RR-HCR-024	Multi-sector refugee assistance	UNHCR	INGO	\$457,691
17-RR-HCR-024	Multi-sector refugee assistance	UNHCR	INGO	\$204,810
17-RR-HCR-024	Shelter & NFI	UNHCR	INGO	\$460,528
17-RR-HCR-024	Gender-Based Violence	UNHCR	INGO	\$50,000
17-RR-HCR-024	Multi-sector refugee assistance	UNHCR	NNGO	\$150,000
17-RR-HCR-024	Shelter & NFI	UNHCR	INGO	\$182,905
17-RR-FPA-047	Multi-sector refugee assistance	UNFPA	INGO	\$186,791

ANNEXE 2: ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS (Par Ordre Alphabétique)

ADES	Agence de Développement Economique et Social
ADSSE	Association pour le Développement Social et la Sauvegarde de l'Environnement
AIRD	African Initiatives for Relief and Development
APA	Autorités Politiques et Administratives
AGD	Age, Genre, Diversité
AIDES	Actions et Interventions pour le Développement Intégral et l'Encadrement Social
COOPI	Cooperazione Internazionale
CTC	Community Therapeutic Care / Center
DMU	Dispositif Minimum d'Urgence
DPS	Division Provinciale de la Santé
ENA	Enfant Non Accompagné
HCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés
ICN	Inter-Cluster National
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IMA	Interchurch Medical Action
IOM	International Organization for Migration
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MISP	Minimum Initial Service Package
MSF	Médecins Sans Frontières
NIEH Kit	New Inter-Agency Emergency Health kit
OCHA	Office for Coordination of Humanitarian Affairs
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PEV	Programme Elargi de Vaccination
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
RUTF	Ready to Use Therapeutic Food
SANRU	Santé Rurale

UCFH	Unité Conjointe des Financements Humanitaires
UNFPA	United Nations Population Fund
VBG	Violences Basées sur le Genre
VVS	Victimes des Violences Sexuelles
YICF	Youth Infant Child Food
ZS	Zone de Santé