Programme de réponse rapide aux mouvements de population (RRMP)

République démocratique de Congo

Guide d'orientation

pour les partenaires de mise en œuvre

Cycle RRMP8

Mai 2017 – Avril 2018

PREFACE

Ce guide a été développé en février 2017 par la coordination du Programme de Réponse Rapide aux Mouvements de Population (RRMP) de l'UNICEF-République démocratique du Congo.

Il s'agit d'une compilation et une synthèse de la version la plus récente des notes d'orientation développées en février 2016 en collaboration avec OCHA et les partenaires de mise en œuvre des cycles RRMP 5, 6 et 7, à savoir les ONG internationales : AVSI, International Rescue Commitee (IRC), Norvegian Refugee Council (NRC), Save the Children and Solidarités.

Il s'agit d'un document de travail qui sera finalisé avant le début du nouveau cycle RRMP en mai 2017, mais qui donne déjà un premier aperçu des résultats attendus et des activités à réaliser par le programme.

Il est destiné aux ONG et d'autres partenaires en charge de la coordination ou la mise en œuvre des activités du RRMP.

DRAFT

TABLE DE MATIERES

Préface 2

Table de matières 3

Introduction 4

Principes généraux d'intervention 6

Le cycle du programme 8

Le mécanisme de coordination RRMP 9

Les délais d'intervention 14

L'objectif global et les objectifs stratégiques du RRMP 20

Activités de coordination et veille humanitaire 21

Activités pour assurer le respect du principe de redevabilité et pas nuire dans les interventions RRMP 26

Protocole d'intervention pour l'assistance en articles ménagères essentiels 31

Protocole d'intervention pour le transferts monétaires inconditionnels à usage multiple 38

Protocole d'intervention en Eau, Hygiène et Assainissement 48

Protocole d'intervention en Protection/Education 63

Protocole d'intervention en Santé 76

Suivi et Evaluation 100

Visibilité 101

DRAFT

INTRODUCTION

Répondre aux besoins humanitaires des populations déplacées dans un contexte de déplacement récurrent tel que celui des provinces de l'Est et du Sud du Congo, s'avère un grand défi pour les organisations humanitaires. Leurs besoins peuvent varier fortement d'une zone à une autre et d'un moment à un autre, étant donné la dynamique et la nature des déplacements causés principalement par des conflits intra-communautaires ou par l'incursion des groupes armés dans des zones rurales souvent de difficile accès, entrainant la perte des biens et des moyens de subsistance.

Afin d'assurer une réponse rapide multisectorielle aux besoins de ces populations, le mécanisme Réponse Rapide aux Mouvements de Population (RRMP), cogéré par OCHA et UNICEF, a été créé en 2004. Il est basé sur deux piliers principaux :

Pré positionnement des capacités en ressources humaines, matérielles et financières pour une réponse à tout moment

Une analyse approfondie de la situation d'une zone et les prédictions sur l'évolution pour la période suivante, en ligne avec le Plan de Réponse Humanitaire (HRP), permet à l'équipe de coordination du RRMP de faire des estimations des besoins en termes de ressources humaines, matérielles et financières pour répondre aux éventuelles crises. Les capacités sont alors allouées à travers la signature des accords de partenariats avec des partenaires préalablement identifiés et les stocks sont également fournis sur base de la prévision faite.

Interventions multisectorielles basée sur l'analyse des besoins

Le RRMP inclût un protocole clair d'évaluation des besoins sur base des données secondaires et primaires afin de cibler en premier lieu les personnes les plus vulnérables affectées par les crises dans les secteurs où les besoins sont les plus aigué et avec le paquet d'assistance les plus adapté.

Le RRMP cherche à améliorer les conditions de vie de :

→ **Les populations déplacées de moins de 3 mois, ou accessibles depuis moins de trois mois**, avec des besoins aigües dues à la perte de leurs biens et moyens de subsistance à la suite des déplacements soudains, avec une faible possibilité de retour vu la situation de la zone d'origine (pillage, incendie, insécurité, présence des groupes armés). Cela dans des zones où ils exercent une forte pression (plus de 30% de déplacés/retournés par rapport à la population autochtone) sur les services de base : eau, hygiène, assainissement, santé, éducation.

- → **Les populations retournées de moins de 3 mois, ou accessibles depuis moins de trois mois**, dans des zones de retour qui ont été partiellement ou complément détruites et/ou l'accès aux biens et services a été profondément affecté.
- → **Les familles d'accueil** des populations ci-haut mentionné ainsi que les **familles autochtones** connaissant des niveaux des vulnérabilités significativement élevés.

Les évaluations rapides multisectorielles permettent effectivement de faire une réponse modulaire en fonction des besoins identifiés. Ainsi, le programme conçoit des activités dans les secteurs de l'assistance en articles ménagères essentiels ; l'eau, l'hygiène et l'assainissement ; la protection et l'éducation des enfants, et la santé. Les transferts monétaires inconditionnels sont aussi utilisés comme une modalité d'intervention avec un impact potentiel dans tous les secteurs.

Conscients de que l'accès aux vivres est aussi un des principaux besoins souvent ressenti par les populations déplacées ou retournées, le programme encourage fortement, à travers son Comité de Pilotage, la coordination avec des acteurs spécialisés dans cette activité, notamment le Programme alimentaire mondial.

DRAFT

PRINCIPES GENERAUX D'INTERVENTION

Toutes les interventions RRMP sont tenues de respecter les 4 principes humanitaires établis par les la Convention de Genève de 1949 sur le droit humanitaire international, et adoptés par toute la communauté humanitaire :

En plus de ces quatre principes, les partenaires de mise en œuvre doivent s'assurer du respect du Core Humanitarian Standards, tels que définis par l'Initiative sur les standards conjoints (en anglais : Joint Standards Initiative - JSI) en 2010.

DRAFT

Figure 1 *: Norme humanitaire standard (www.corehumanitarianstandards.org)*

Ces standards cherchent à définir à guider l'action des organisations et des individus engagés dans la réponse humanitaire peuvent utiliser pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'assistance qu'ils fournissent. Ils mettent l'accent sur la redevabilité envers les communautés et les personnes affectées en les plaçant au centre de l'action et en promouvant le respect de leurs droits fondamentaux.

En s'inspirant de ces normes le RRMP a définit son cadre de redevabilité et protection et développé une série d'outils pour faciliter aux partenaires l'opérationnalisation de ces standards tout au long de l'intervention – voir document attaché *Cadre de redevabilité RRMP*.

LE CYCLE DU PROGRAMME

Le mécanisme RRMP (Réponse Rapide aux Mouvements de Population) s'inscrit dans le système de coordination humanitaire en RDC. Il contribue à la veille humanitaire dans les zones d'intervention et garantit une réponse rapide aux populations déplacées ou retournées selon son mandat.

Le graphique suivant montre les différentes étapes du cycle RRMP. Des outils harmonisés ont été développés pour aider aux partenaires à mettre en œuvre les activités conçues par le Programme, aussi bien des activités de coordination, d'évaluation des besoins, d'intervention ou de suivi et évaluation.

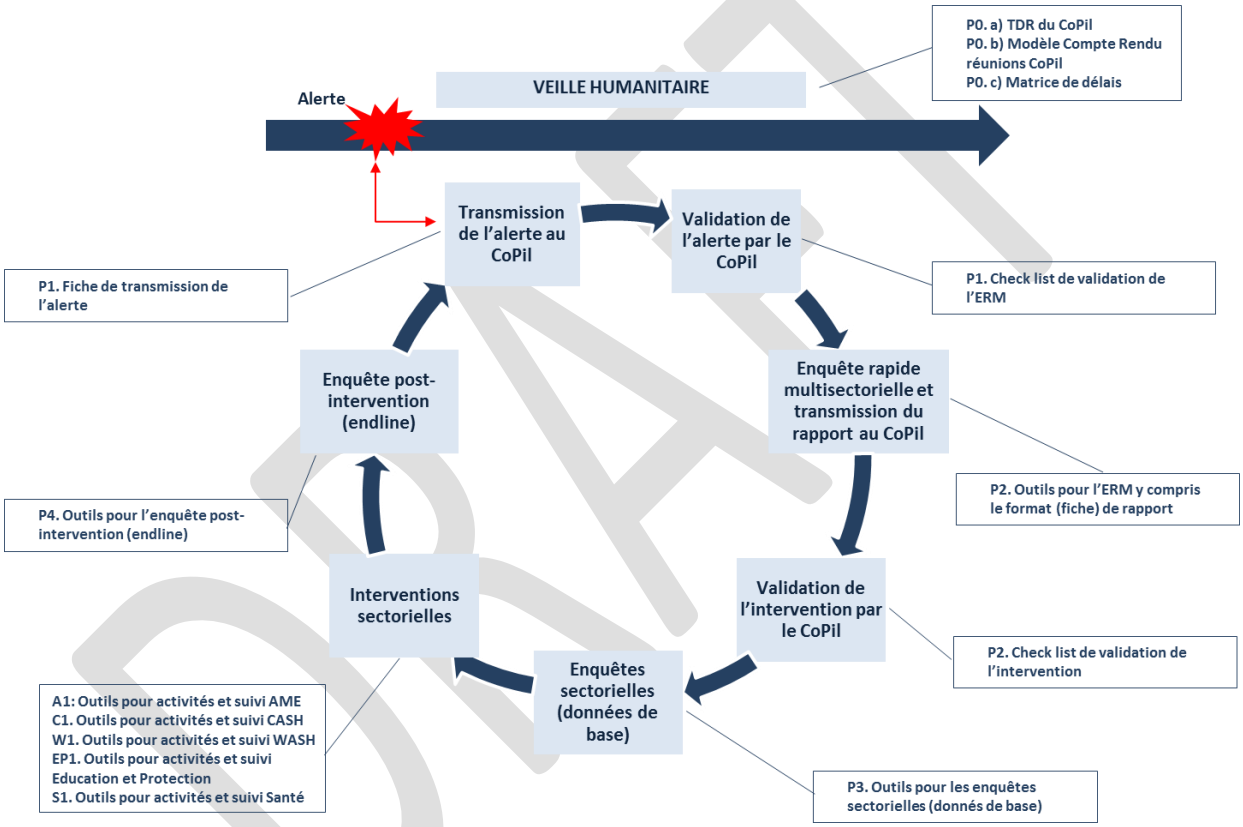

Figure 2 : Le cycle du Programme RRMP8.

DRAFT

LE MECANISME DE COORDINATION RRMP

Le RRMP est complètement intégré dans le mécanisme de coordination humanitaire en RDC, à travers du système des clusters. Cette coordination se manifeste principalement dans le Comité de Pilotage (CoPil), cogéré par l'UNICEF et OCHA, et intégré par les partenaires de mise en œuvre, les coordinateurs des clusters et le PAM. Dans le tableau suivant, nous faisons un résumé des Termes de Référence.

OBJECTIFS DU COMITE DE PILOTAGE	1. Partage d'informations sur les alertes identifiées au niveau de chaque province, sur les besoins en termes d'évaluation et sur les besoins d'intervention issus des évaluations des partenaires RRMP. 2. Validation ou non des évaluations et interventions proposées par les acteurs opérationnels. 3. Suivi de l'utilisation des capacités des partenaires RRMP. 4. Analyse humanitaire et orientations opérationnelles pour le programme RRMP. 5. Identification des gaps qui ne pourront pas être couverts par le RRMP et formulation des messages de plaidoyer, en coordination avec les clusters, à transmettre aux clusters, inter-cluster, CPIA, HAG et aux autres acteurs concernés.
PARTICIPANTS	✓ Co-gestionnaires du RRMP (OCHA et UNICEF) ✓ Partenaire(s) de mise en œuvre du RRMP dans la province concernée ✓ Clusters Leads ou co-leads ✓ D'autres acteurs sont invités par OCHA selon les thématiques abordées en vue de faciliter la récolte d'informations et de renforcer la coordination de la réponse. Il peut s'agir des acteurs locaux, autres acteurs des secteurs concernés (et notamment les autres acteurs positionnés pour des réponses rapides), CICR, MSF etc. ✓ Le PAM est régulièrement invitée à la réunion afin de coordonner la réponse en vivres.
DEROULEMENT DU COMITE DE PILOTAGE	Le Comité de pilotage est convoqué et animé par OCHA, avec l'appui de l'Unicef. Le déroulement du Comité de Pilotage RRMP suit les étapes suivantes : ✓ Suivi des recommandations de la réunion précédente (OCHA) ✓ Analyse des interventions en cours. ✓ Analyse et suivi des alertes en utilisant la fiche de transmission et la check list pour la validation des évaluations rapides multisectorielles. ✓ Validation des interventions ✓ Aborder le point sur les divers s'il y en a ✓ Résumer les recommandations prises lors de la réunion, à la fin de la réunion et dans le compte-rendu
COMPTE RENDU DE L'ACTIVITE	Après chaque réunion OCHA prépare un compte rendu en suivant le modèle harmonisé – voir document attaché.
RESPONSABI-LITES PARTENAIRES RRMP	1. Les partenaires RRMP sont responsables de partager les alertes avec les autres membres du Comité, d'identifier et de proposer des évaluations suite aux alertes reçues et en coordination avec les autres acteurs qui participent au Comité de Pilotage. 2. Ils sont responsables de produire et partager avec le comité les résultats des évaluations multisectorielles menées (synthèse des indicateurs clés dans les 24 heures qui suivent la fin de la MSA), mais aussi les rapports finaux. 3. Ils sont responsables d'élaborer une proposition d'intervention avec une stratégie claire d'intervention (ciblage des bénéficiaires et approches d'intervention).

DRAFT

	4. Ils doivent informer hebdomadairement le Comité du niveau de mise en œuvre des interventions sur le terrain. 5. Ils doivent saisir le Comité en cas de difficultés de mise en œuvre des MSA ou des interventions ou en cas de changement du contexte sur terrain. 6. Ils sont responsables du suivi de leurs capacités et de la mise à jour de ces capacités par rapport aux activités réalisées et engagées. 7. Ils partagent également les rapports d'interventions avec le Comité.
UNICEF – COORDINATION DU RRMP (SECTION URGENCES) :	1. Dans les provinces respectives, l'UNICEF, en tant que gestionnaire du programme, est représenté au sein du Comité de Pilotage RRMP par l'Administrateur aux Urgences. C'est la personne qui est en lien direct avec la Coordination du programme RRMP au niveau d'UNICEF. Il appuie OCHA dans la gestion du Comité de Pilotage. 2. Unicef est responsable de partager les alertes avec les autres membres du Comité, d'identifier et de proposer des évaluations suite aux alertes reçues dans chaque province et en coordination avec les autres acteurs qui participent au Comité de Pilotage. 3. UNICEF, en tant gestionnaire du RRMP, est responsable de vérifier la pertinence de chaque évaluation et intervention proposée par les partenaires RRMP, dans le respect du mandat du programme et des critères d'intervention définis. 4. Dès que la matrice de suivi des interventions et des gaps sera mise en place, l'Unicef sera responsable de la compilation des données selon la périodicité retenue (idéalement tous les 15 jours). 5. UNICEF, en tant que gestionnaire du RRMP, est responsable d'effectuer des analyses périodiques sur les activités (MSA et interventions) réalisées par le RRMP sur base des alertes discutées au sein du Comité de Pilotage et saisies dans la matrice de suivi des alertes. 6. Unicef assure la présidence du Comité de Pilotage en l'absence des Points Focaux d'OCHA.
OCHA	1. OCHA est responsable de la convocation et de l'animation du Comité de Pilotage RRMP. 2. OCHA, à travers sa connaissance du contexte et grâce à son rôle de coordination au niveau de la communauté humanitaire, doit appuyer dans l'identification et diffusion des alertes et proposer aux partenaires les évaluations à réaliser, ainsi que contribuer à la priorisation des interventions et vérifier la pertinence de chaque évaluation et intervention proposée par les partenaires RRMP, dans le respect du mandat du programme et des critères d'intervention définis. 3. OCHA aide à orienter le processus décisionnel et à prioriser les interventions à valider, dans le contexte de la situation humanitaire générale, des urgences et des gaps majeurs, et dans le respect du mandat du programme et des critères d'intervention définis. 4. OCHA est responsable du remplissage de la Matrice de suivi des alertes pour les alertes RRMP (tableau Excel en ligne sur Google afin de permettre l'accès pour consultation à tout le monde). OCHA s'occupe également du suivi de la complétude de la matrice de suivi des alertes. 5. OCHA est responsable de la diffusion des flashes de veille humanitaire et des évaluations multisectorielles auprès de la communauté humanitaire, dans le CPIA, l'Inter Cluster et au HAG. 6. OCHA est responsable de la mobilisation des clusters pour leur participation effective et régulière au Comité de Pilotage. Il s'occupe également de l'invitation de manière ad hoc d'autres acteurs au Comité de Pilotage en fonction des thématiques à aborder. 7. OCHA est chargé de la rédaction des minutes du Comité de Pilotage.

DRAFT

	8. Il est responsable de la large diffusion hebdomadaire des recommandations du Comité adressées aux clusters et autres acteurs, en coordination avec les différents clusters leads qui participent au Comité de Pilotage. 9. Il est responsable du rapportage des points saillants et des décisions du comité lors de la réunion de Coordination Intercluster et lors du CPIA, en coordination avec les différents clusters leads qui participent au Comité de Pilotage. 10. OCHA est responsable du plaidoyer en cas de nécessité pour l'accès humanitaire à certaines zones (accès physique et sécuritaire). 11. OCHA est responsable de la coordination avec les autres acteurs (Monusco et autres). 12. OCHA est responsable de la mise à jour régulière de la mailing list interne RRMP (rajout, modification, suppression). 13. OCHA est responsable du suivi des délais d'intervention tant des partenaires RRMP que des autres partenaires intervenant dans le cadre des interventions humanitaires de la province concernée.
OCHA ET UNICEF	1. Dans le cadre de suivi des interventions réalisées par les partenaires RRMP, des missions conjointes OCHA-UNICEF (staff membres du Comité provincial de pilotage) peuvent être organisées sur le terrain pendant ou après les interventions. Le choix des lieux à visiter et l'élaboration des TOR de la mission doivent se faire de manière concertée. 2. Des réunions périodiques entre OCHA et UNICEF sur l'analyse du fonctionnement des COPIL doivent être organisées périodiquement aussi souvent que nécessaire. Elles auront pour objectif d'identifier des difficultés éventuelles et d'identifier des pistes de solution.
CLUSTERS LEADS OU CO-LEADS DES SECTEURS D'INTERVENTION RRMP	1. Chaque cluster lead est responsable de partager les alertes avec les autres membres du Comité, d'identifier et de proposer des évaluations suite aux alertes reçues et en coordination avec les autres acteurs qui participent au Comité de Pilotage. 2. Chaque cluster lead, en connaissant les capacités disponibles au niveau de chaque cluster de sa compétence, est responsable de la mobilisation d'autres acteurs dans leurs secteurs spécifiques pour une possible réponse aux besoins identifiés par les évaluations RRMP dans le délai défini. 3. Chaque cluster doit vérifier la pertinence de chaque intervention proposée par les partenaires RRMP, dans le respect du mandat du programme, des critères d'intervention et de la priorisation des besoins identifiés par les évaluations RRMP. 4. Chaque cluster fera le lien direct avec les services spécialisés de l'Etat dans leur secteur de compétence si cela est nécessaire pour la mise en place d'une intervention RRMP. 5. Chaque cluster fournit au Comité de Pilotage des informations sur la couverture des besoins identifiés dans les MSA, mais qui ressortent du mandat RRMP. 6. Chaque cluster est responsable, au sein de son cluster respectif, de la mobilisation d'autres acteurs pour l'organisation de la reprise des activités RRMP.
CLUSTER LEADS DES SECTEURS NON RRMP	1. Les clusters leads des secteurs où le RRMP n'intervient pas, en connaissant les capacités disponibles au niveau de leurs clusters, sont responsables de la mobilisation des acteurs de leur cluster pour la mise en place d'une réponse aux besoins identifiés par les évaluations RRMP et pour lesquels une intervention RRMP n'est pas possible (hors mandat). Cette réponse pourra être mise en place en coordination avec le RRMP.
CLUSTER LEAD PROTECTION	1. Le Coordinateur du Cluster Protection transmet à OCHA les alertes sur les mouvements de population (déplacement ou retour) reçues par le Cluster Protection à travers le PMS (Monitoring Protection) du HCR. 2. Il transmet au Comité de pilotage RRMP les analyses de protection disponibles sur les localités ciblées par les évaluations et/ou les interventions RRMP, dans le but

DRAFT

	d'assurer l'intégration de la dimension DO NO HARM / protection mainstreaming par le RRMP. 3. Il tient informé le Comité de pilotage : ✓ du suivi donné par le cluster protection aux alertes de protection transmises par le RRMP ; ✓ des évaluations/interventions en protection conduites en lien avec les évaluations/interventions RRMP. 4. Il s'assure que le Cluster Protection examine les alertes de protection transmises par le RRMP et y apporte le suivi nécessaire. 5. Il s'assure également que le Cluster Protection évalue le besoin d'évaluation protection dans les localités ciblées par le RRMP et, si nécessaire, assure le déploiement d'équipes d'évaluation sur le terrain. 6. Il vérifie que le Cluster Protection assure une réponse adéquate aux besoins de protection identifiés, sur la base du résultat des évaluations, et dans le cadre de sa stratégie. 7. Il fournit une cartographie mise à jour sur les acteurs protection présent sur les zones d'intervention RRMP pour permettre les référencements de cas identifié.
SOUS-COMITES DE PILOTAGE	Dans le cas où un sous-comité de pilotage existe, il doit être convoqué avant la réunion hebdomadaire du Comité de Pilotage. Quand et si possible, les acteurs qui participent au sous-comité doivent être les mêmes qui participent au Comité provincial (au minimum UNICEF, OCHA et les partenaires RRMP). **Rôle du sous-comité** : 1. Discussions et analyse des alertes concernant la zone de compétence du sous-comité. 2. Discussions et analyse des résultats des MSA réalisées dans la zone de compétence du sous-comité. 3. Discussions et analyse des demandes de validation (MSA et interventions) soumises par les partenaires dans la zone de compétence du sous-comité. 4. Transmission des recommandations du sous-comité au Comité de Pilotage en termes de priorisation des MSA et des interventions à réaliser dans la zone de compétence du sous-comité, cela afin d'orienter les prises des décisions au niveau du COPIL provincial, seule instance pouvant autoriser les partenaires RRMP à engager les ressources du programme au niveau d'une province déterminée.
MODALITES DES PRISES DE DECISION	✓ Les interventions proposées par les partenaires RRMP sont validées par UNICEF, OCHA et les clusters leads concernés sur la base de la priorisation des besoins identifiés par les MSA et par les clusters. Pour toute décision, un consensus entre les acteurs concernés (Unicef, OCHA et le(s) cluster(s) lead concerné(s)) sera régulièrement recherché et l'avis des partenaires pris en compte surtout pour des questions liées à la sécurité. ✓ En cas de manque de consensus, OCHA et UNICEF trancheront. ✓ Lorsqu'il s'avère nécessaire d'utiliser les capacités d'une province en dehors de celle-ci pour répondre à des besoins ailleurs, le COPIL de la province demanderesse doit soumettre sa requête pour analyse au niveau du COPIL où les capacités sont disponibles. Ce dernier doit marquer son accord avant que le partenaire de mise en œuvre ne puisse orienter ses ressources en dehors de sa zone d'intervention. En cas de désaccord, OCHA et la coordination RRMP au niveau national peuvent intervenir en tenant compte des priorités nationales. ✓ UNICEF conserve la décision sur toutes questions qui touchent les aspects financiers sans pour autant compromettre la réponse, et en recherchant un consensus au sein du COPIL ou en bilatéral avec OCHA. Il alerte OCHA et les bailleurs avant la rupture des capacités du RRMP pour la mobilisation des fonds.

DRAFT

- ✓ Exceptionnellement, des propositions peuvent être discutées par un Comité de pilotage « virtuel » – Les informations pertinentes doivent alors être partagées par email et l'intervention validée selon le même système qu'aux réunions.
- ✓ En cas d'urgence extrême (mouvements massifs de population avec vulnérabilités aigues évidentes et qui demandent une réponse immédiate), une procédure de validation simplifiée (par email) sera mise en place pour garantir une réponse plus rapide.
- ✓ En cas d'intérim, la personne qui représente une organisation doit posséder un pouvoir de validation (décision) afin de ne pas handicaper l'avancement des activités des partenaires RRMP.

DRAFT

LES DELAIS D'INTERVENTION

Le mécanisme RRMP est un mécanisme de réponse de première urgence et, dans ce sens, il est tenu d'apporter une assistance aux personnes affectées dans les plus brefs délais, tout en respectant les principes humanitaires indiqués plus haut et les standards de qualité prévus.

Afin de répondre à ces deux impératifs de l'intervention, et compte tenue de la complexification des mouvements actuels - pas seulement vers des sites spontanés ou des lieux publics, mais aussi vers des communautés d'accueil, ce qui complique l'acquisition des données démographiques fiables - une ligne de temps réaliste a été identifiée par tous les acteurs impliqués – voir graphique ci-contre.

Ces délais sont à se considérer indicatifs. En effet suivant l'accessibilité logistique et sécuritaire des zones, ainsi que l'ampleur des populations affectées, il peut s'avérer que les délais réels soient plus ou moins rapides que ceux indiqués dans le schéma ci-contre.

DRAFT

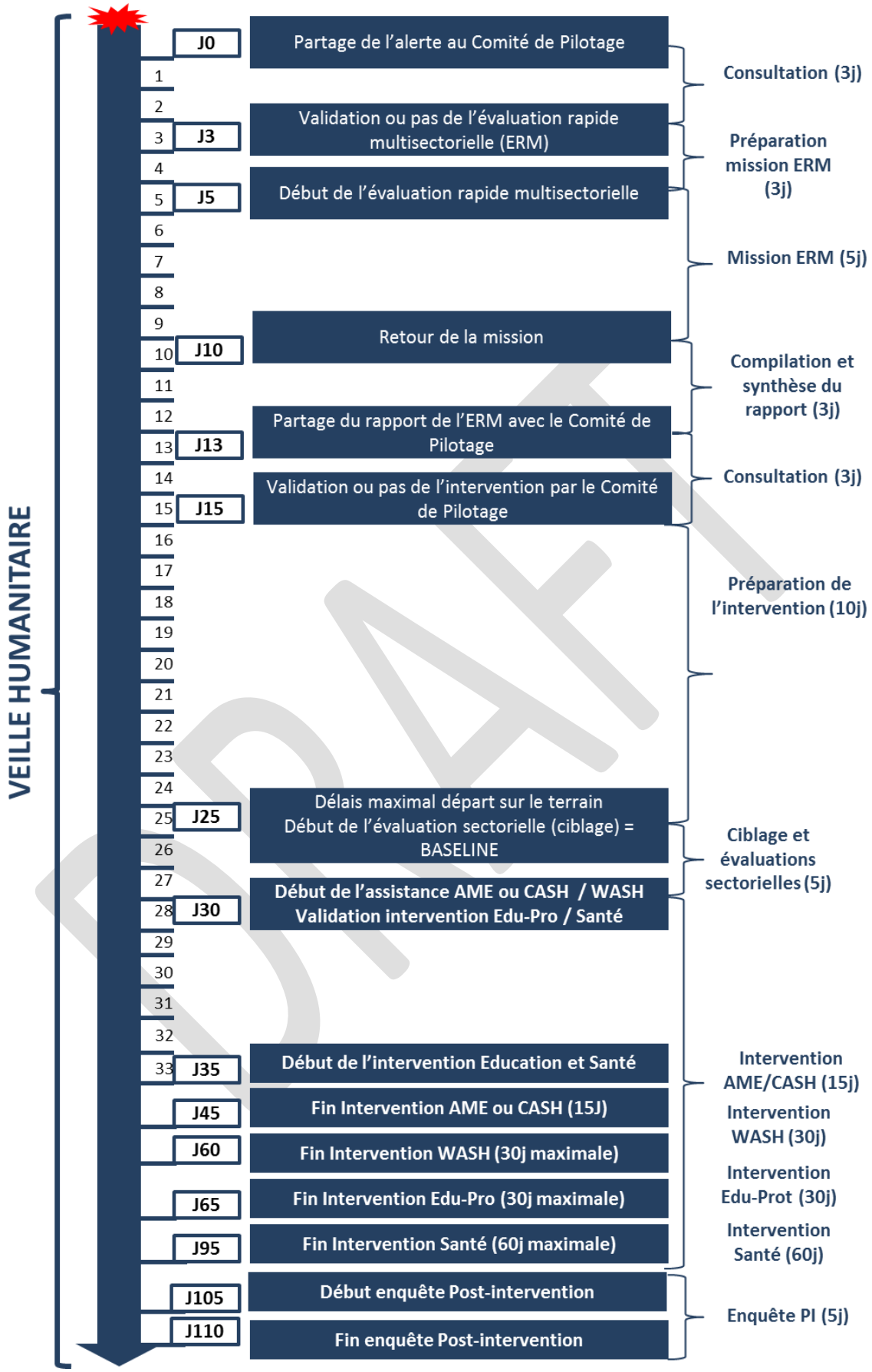

Figure 3 : Délais des différentes phases de RRMP8

DRAFT

Plusieurs facteurs de retard peuvent empêcher l'atteinte de ces délais. Parmi eux :

FACTEURS LIES AU CONTEXTE	DESCRIPTION ET EXEMPLES
Stabilisation du mouvement	✓ La stabilisation du mouvement se réfère au temps nécessaire pour que le mouvement soit considéré comme stable (moins de 5 nouveaux ménages par jour) et pour lequel est donc possible de mener une évaluation/intervention qui ne sera pas sujette à des mises à jours successives et prévisibles sur un temps court (quantitatives et qualitatives).
Accès ou suspension sécuritaire	✓ Manque des conditions minimales qui puissent assurer la sécurité physique et psychologique du personnel, la possibilité de se déplacer librement (qui ne soit pas dû à des problèmes de routes), le déroulement des activités prévues sans interruptions ou problématiques sécuritaires pour les bénéficiaires. Ex : militarisation de la zone, présence de groupes rebelles hostiles, etc. Ce paramètre de validation sécuritaire est soumis à l'analyse de chaque partenaire et validé par le comité de pilotage.
Accès logistique	✓ Impossibilité d'accès à une zone à cause de problématiques liées à la route ou à l'acheminement de matériels, ou annulation de services externes de transport, ou nécessité d'une évaluation/intervention logistique avant de commencer les activités. Ex : Difficulté de passage avec tout engin motorisé et longue distance à parcourir pour la marche, rupture de pont, annulation de vol, etc.
Tracasseries	✓ Retards dans les activités dus à la résolution de problèmes externes, indépendant de la méthodologie ou du type d'activité, tels que des demandes d'argent ou les demandes d'inscription dans les listes de bénéficiaires de la part de certains acteurs (autorités locales, FARDC, GA, etc..) pour assurer le bon déroulement de la mission.
Acceptation des parties prenantes	✓ Retard dans les activités du à la non-acceptation de l'organisation, de la méthodologie, de la stratégie ou du type d'intervention de la part de la communauté locale. Ex : refus de la participation communautaire non rémunérée, non-acceptation des méthodologies de ciblage, etc.
Besoin de davantage de données pour la prise de décision stratégique	✓ Nécessité d'une descente sur terrain pour récolter des informations supplémentaires pour la prise de décision stratégique (données sur les seuils d'intervention, les besoins, etc.)
Besoin de davantage de données pour la prise de décision opérationnelle	✓ Nécessité d'une descente sur terrain pour récolter des informations supplémentaires pour la prise de décision opérationnelle (accès logistique, sécuritaire, ampleur de la zone, langues parlés, etc.)
FACTEURS LIES A LA COORDINATION HUMANITAIRE	**DESCRIPTION ET EXEMPLES**
Coordination entre les membres du CoPil	✓ Temps lié à la nécessité de se coordonner entre les différents membres du CoPil pour l'analyse des documents et la prise de décision.
Coordination avec d'autres acteurs humanitaires	✓ Temps lié à la nécessité de se coordonner avec les autres acteurs qui souhaitent se positionner sur le même axe. Ex : nécessité de comprendre quels acteurs se positionnent pour des évaluations conjointes, perte de temps pour comprendre si d'autres acteurs AME, WASH, Education se positionnent ou non, etc.
Désistement d'autres acteurs	✓ Il s'agit des interventions validées suite au désistement d'autres acteurs qui avaient indiqué leur intention de se positionner dans la zone.

DRAFT

initialement positionnés	
Mobilisation de ressources financières pour le programme RRMP	✓ Des délais liés au manque de ressources financières pour le programme et au période de mobilisation des fonds additionnels, particulièrement dans le cas des crises soudaines ou pas prévues.
FACTEURS LIES A LA GESTION INTERNE DES PARTENAIRES	**DESCRIPTION ET EXEMPLES**
Mobilisation des ressources pré-positionnées chez le partenaire	✓ Manque ou retard dans la mobilisation de ressources (humaines, financières, logistiques) préalablement pré-positionnés au niveau de l'organisation partenaire pour le départ immédiat des équipes sur le terrain ou le soutien de leurs activités sur place. Ex : indisponibilité de l'équipe car occupée dans une autre activité, pas de véhicules disponibles, indisponibilité des inkinds à acheter par le partenaire, trésorerie, etc.
Intervention multiple	✓ Temps entre deux interventions (activité sur un site) du même type, réalisées dans le cadre d'une série de différentes interventions sur un même axe, qui comporte la mobilisation de la même équipe, et qui donc ne peuvent être réalisées simultanément. Ex : dans le cas de différentes foires réalisées sur un même axe, qui nécessite différents sites d'interventions à cause des distances à parcourir, la deuxième foire aura un temps entre le départ de l'équipe et le début de l'intervention qui sera majeure à cause de cette contrainte organisationnelle etc...
FACTEURS LIES A LA GESTION DE L'UNICEF	**DESCRIPTION ET EXEMPLES**
Défaillance de la base des données	✓ Problèmes d'encodage à cause du fonctionnement de la Base de Données Unicef.
Mise à disposition de ressources matérielles et logistiques pour les partenaires	✓ Manque ou retard dans la mise à disposition des ressources (matériels, logistiques) pour les partenaires. Ex : disponibilités des intrants, des voitures, PDA, etc.

La matrice de suivi des alertes et la base des données Activity Info vont permettre au CoPil et aux partenaires de faire un suivi de la progression de l'intervention et des délais. Ainsi, les partenaires vont indiquer dans le masque de saisie d'Activity info les délais suivants :

INDICATEUR DE DELAIS	TARGET	FACTEURS DE RETARDS AVANCES
1. Nb de jours entre le partage de l'alerte au CoPil et la validation (ou pas) de l'enquête multisectorielle	<3 jours	Besoin de davantage de données pour la prise de décision stratégique Disponibilité de ressources financières pour le programme Problèmes de coordination entre les membres du CoPil Problèmes de coordination avec les autres acteurs humanitaires

DRAFT

INDICATEUR DE DELAIS	TARGET	FACTEURS DE RETARDS AVANCES
2. Nb de jours entre la validation de l'évaluation par le CoPil et le départ des équipes sur le terrain	<3 jours	Non-stabilisation du mouvement Accès sécuritaire Accès logistique Besoin de davantage de données pour la prise de décision opérationnelle Disponibilité et mobilisation des ressources pré-positionnées chez le partenaire (RH, financières, logistiques)
3. Nb de jours entre le retour de la mission et le partage des résultats	<3 jours	Disponibilité des ressources pré-positionnées chez le partenaire (RH, financières, logistiques) Défaillance de la base des données
4. Nb de jours entre le partage de l'alerte au CoPil et le partage des résultats de l'ERM	**<13 jours**	**Tous**
5. Nb de jours entre le partage du rapport de l'ERM et la validation (ou pas) de l'intervention	<3 jours	Besoin de davantage de données pour la prise de décision stratégique Disponibilité de ressources financières pour le programme Problèmes de coordination entre les membres du CoPil Problèmes de coordination avec les autres acteurs humanitaires Désistement d'autres acteurs initialement pré-positionnés
6. Nb de jours entre la validation (ou pas) de l'intervention et le départ des équipes sur le terrain	<10 jours	Non-stabilisation du mouvement Accès sécuritaire Accès logistique Besoin de davantage de données pour la prise de décision opérationnelle Disponibilité et mobilisation des ressources pré-positionnées chez le partenaire (RH, financières, logistiques) Disponibilité des ressources fournies par l'UNICEF
7. Nb de jours entre le partage de l'alerte au CoPil et le début de la livraison de l'assistance	**<30 jours (AME, WASH, CASH)** **<35 jours (Education/Protection/ Santé)**	**Tous**
8. Nb de jours entre le début et la fin de l'intervention	<45 jours (AME, WASH, CASH) <60 jours (Education/Protection) <90 jours (Santé)	Non-stabilisation du mouvement Accès sécuritaire Accès logistique Tracasseries Acceptation des parties prenantes

DRAFT

INDICATEUR DE DELAIS	TARGET	FACTEURS DE RETARDS AVANCES
		Disponibilité et mobilisation des ressources pré-positionnées chez le partenaire (RH, financières, logistiques) Disponibilité des ressources fournies par l'UNICEF

Parmi les délais mentionnés ci-dessous, les deux délais soulignés ont été identifiés comme indicateurs de résultats et de performance du mécanisme. Ils seront expliqués dans la *Section : coordination et veille humanitaire*.

DRAFT

L'OBJECTIF GLOBAL ET LES OBJECTIFS STRATEGIQUES DU RRMP

Suite à une analyse causale des problèmes/causes/conséquences des mouvements de population sur des populations déjà vulnérables, le RRMP a défini un cadre de résultats qui identifie :

Objectif Global :

> ***Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises, et ceux en situation post-crise, ont amélioré leurs conditions de vie grâce à un accès amélioré et équitable aux biens essentiels, aux services sociaux de base et à la protection.***

Résultats stratégiques (en ligne avec les objectifs du HRP/PRH)

Résultat stratégique 1:	*Les conditions de vie des enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes de crises et ceux en situation de post-crise, sont améliorés par son accès à des biens essentiels et des services de base.*
Résultat stratégique 2 :	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou en situation de post-crise, sont protégés grâce à son intégration à l'école et à d'autres activités de Protection.*
Résultat stratégique 3 :	*La surmortalité et morbidité des enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou en situation de post-crise, avec risque épidémique, diminue.*
Résultat stratégique 4 :	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou post crises, ont bénéficiés d'une assistance opportune et efficace.*

Le cadre des résultats ou cadre logique établie un système d'indicateurs permettant de mesurer l'atteinte de ces résultats.

Afin d'atteindre ces indicateurs, les partenaires d'intervention doivent réaliser un certaine nombre d'activités que nous décrivons dans les pages suivantes.

DRAFT

ACTIVITES DE COORDINATION ET VEILLE HUMANITAIRE

RESULTATS ATTENDUS ET INDICATEURS

Les partenaires de mise en œuvre du Programme sont invités à mettre en œuvre une série d'activités liées à la coordination et à la veille humanitaire. Ces activités contribuent à l'atteinte du **Résultat Stratégique 4** du cadre de résultats RRMP qui se focalise sur l'opportunité et l'efficacité de l'assistance.

Résultat stratégique 4 :	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou post crises, ont bénéficiés d'une assistance opportune et efficace.*

Pour ce résultat stratégique, nous mesurons un indicateur de résultat dont l'atteinte est étroitement aux activités de coordination et veille humanitaire – voir tableau ci-dessous.

Indicateur 4.1	**% de communautés bénéficiant d'une assistance rapide et opportune, dans un délai de < 30j dès la confirmation de l'alerte par le Comité de pilotage pour l'assistance en articles ménagers essentiels, eau, hygiène et assainissement et de <35 pour les paquets d'assistance en santé et éducation.**
Définition	On mesure le temps passé entre la date de partage de l'alerte au Comité de Pilotage et la livraison de l'assistance. L'indicateur est calculé pour chaque communauté recevant une assistance de façon globale (première assistance reçue). Il est aussi décliné par secteur : - Secteur AME et Cash (début de la sensibilisation sur la livraison des AME ou vouchers) - Secteur WASH (livraison du premier litre d'eau) - Secteur Education (début de la sensibilisation sur les vouchers intégration aux écoles) - Secteur Santé (première consultation)
Mode de collecte	Matrice de suivi des délais du CoPil
Mode de calcul	Communautés bénéficiaires recevant l'assistance en <30 jours / Total communautés bénéficiaires
Moyen de vérification	Activity Info (base de données remplie par les partenaires)
Valeur de base	48%
Valeur à atteindre	60%

DRAFT

Le schéma suivant aide à clarifier la façon de mesurer l'indicateur :

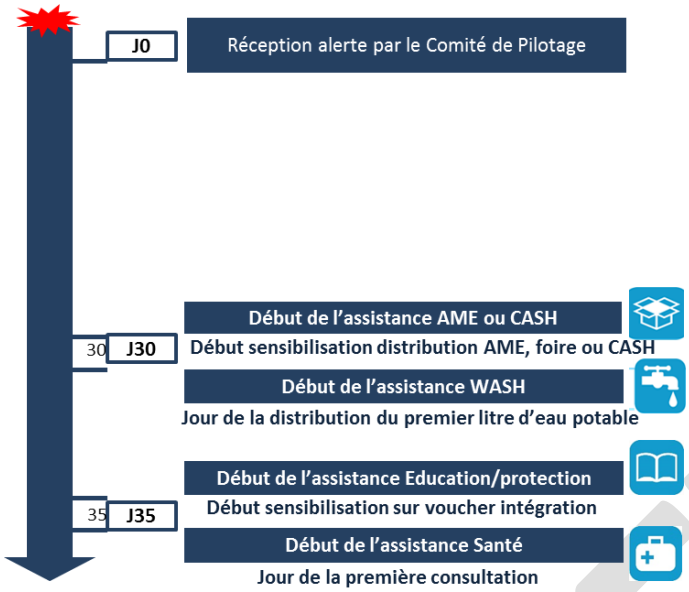

Figure 4 : Indicateur de résultat mesurant l'opportunité et l'efficience de l'assistance

Un sous-résultat a été identifié pour ce résultat majeur :

Sous-résultat 4.1 :	*Un mécanisme d'alerte et d'évaluation des besoins efficace est crée et utilisé pour la priorisation des interventions*

Des activités de coordination sont nécessaires pour atteindre ce sous-résultat dont la performance est mesurée par 3 indicateurs :

Indicateur 1	**% des rapports d'évaluations rapides multisectorielles partagés dans un délai de < 13j dès le partage de l'alerte au Comité de Pilotage.**
Définition	On mesure le temps passé entre la date de partage de l'alerte au Comité de Pilotage et la date du partage du rapport de l'évaluation rapide multisectorielle.
Mode de collecte	Matrice de suivi des délais du CoPil
Mode de calcul	Rapports ERM partagés en <13 jours / Total de rapports partagés
Moyen de vérification	Activity Info (base de données remplie par les partenaires)
Valeur de base	A établir sur le cycle RRMP8
Valeur à atteindre	Idem

Indicateur 2	**% d'évaluations rapides multisectorielles suivies d'une intervention RRMP**
Définition	On mesure la proportion des évaluations multisectorielles rapides qui ont effectivement été suivies d'une intervention. Il s'agit d'évaluer la performance du mécanisme de prise de décision au moment d'évaluer la pertinence d'une évaluation et sa modalité en adéquation aux besoins identifiés.

DRAFT

Mode de collecte	Matrice de suivi des délais du CoPil
Mode de calcul	Nb d'ERM suivies d'une intervention / Total d'ERM réalisées
Moyen de vérification	Activity Info (base de données remplie par les partenaires)
Valeur de base	86%
Valeur à atteindre	90%

Indicateur 3	**% d'interventions couvrant au moins 3 secteurs**
Définition	On mesure la proportion des interventions qui couvrent au moins trois secteurs. Il s'agit de mesurer la performance des activités de coordination dans la mise en synergie des différents acteurs pour une réponse coordonnée en fonction des besoins identifiés.
Mode de collecte	Par le CoPil à travers la matrice de suivi des délais
Mode de calcul	Nb d'intervention couvrant 3 secteurs / Total d'interventions
Moyen de vérification	Activity Info (base de données remplie par les partenaires)
Valeur de base	31%
Valeur à atteindre	50%

ACTIVITES :

Activité 4.1.1	**Formation des agents donneurs d'alerte (formation des formateurs)**
Objectifs	- Renforcer la capacité des volontaires dans les différents territoires de la zone d'intervention afin d'améliorer la qualité/fiabilité des données transmises.
Quand	Une fois par an
Qui	Agents donneurs d'alerte (volontaires ou membres d'organisations partenaires)
Durée	1 jour
Préparation	- Identification et invitation des participants - Révision du module de formation par le facilitateur - Préparation des matériels
Déroulement	1. Présentation des objectifs de la formation 2. Présentation du programme RRMP 3. Discussion sur le contexte 4. Définition du mouvement de population 5. Indicateurs à renseigner et méthodes de triangulation
Outils	- Module de formation des agents donneurs d'alerte ou points focaux
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb de donneurs d'alerte formés - % d'alertes reçues à travers les points focaux RRMP

DRAFT

Compte rendu	- Photos datées de la formation - Liste de participants

Activité 4.1.2	**Renseignement des alertes et transmission au CoPil pour revue**
Objectifs	- Contribuer à la prise de décision au sein du CoPil via le renseignement des informations nécessaires.
Quand	A chaque fois que l'organisation reçoit une alerte et peut la confirmer par au moins 3 sources
Qui	Coordinateur RRMP du partenaire dans la zone
Durée	Maximum 48 heures
Préparation	
Déroulement	1. Réception de l'alerte 2. Confirmation par au moins 3 sources 3. Renseignement de la fiche d'alerte sur base des données primaires et secondaires 4. Transmission de la fiche au CoPil 5. Suivi de la décision du CoPil
Outils	- Fiche de transmission de l'alerte - Check list
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. d'alertes transmisses au CoPil - % d'alertes revues par le CoPil en moins de 72h
Compte rendu	- Fiches d'alerte traitées et signées par le CoPil

Activité 4.1.3	**Réalisation des évaluations rapides multisectorielles communautaires et transmission du rapport au CoPil pour revue.**
Objectifs	- Contribuer à la prise de décision au sein du CoPil sur la validation ou pas des interventions et leur modalité. - Fournir des informations à la communauté humanitaire qui serviraient à assurer une réponse par d'autres acteurs avec une capacité de réponse à la crise.
Quand	L'évaluation doit être validée par le CoPil sur base des informations recueillies dans la fiche de transmission de l'alerte. Une fois validée, les équipes ERM ont 3 jours pour partir sur le terrain et collecter les informations identifiées comme manquantes ou pas fiables, selon les outils préétablis
Qui	Equipe avec de compétences multisectorielles (6 personnes en parité homme/femme)
Durée	Maximum 5 jours
Préparation	1. Mobilisation de l'équipe ERM avec des compétences multisectorielles 2. Prise de contact avec les autorités de la zone à évaluer 3. Préparation des outils d'enquête (sur papier et sur PDA) 4. Mise à jour des équipes sur l'outil – si besoin

DRAFT

	5. Préparation logistique (voiture, radio, carburant, logement, etc.) décision du CoPil
Déroulement	1. Arrivée sur la zone et visite de courtoisie aux autorités 2. Collecte des données en suivant le protocole établie – entretiens avec des interlocuteurs clés, discussions de groupe avec la communauté, observation directe. Toutes les données sont à encoder sur l'outil PDA. 3. Transmission des informations et analyse 4. Rédaction du rapport 5. Transmission du rapport au Comité de Pilotage
Outils	- Guide de l'évaluation rapide multisectorielle RRMP - Outils de collecte de données - Canevas d'analyse - Canevas de rapports
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. d'évaluations rapides multisectorielles réalisées - % d'ERM revues par le CoPil en moins de 72h
Compte rendu	- Rapports d'évaluations

SUIVI ET RAPPORTAGE

- Matrice d'alerte à remplir par le CoPil
- Base de données Activity Info

DRAFT

ACTIVITES POUR ASSURER LE RESPECT DU PRINCIPE DE REDEVABILITE ET PAS NUIRE DANS LES INTERVENTIONS RRMP

RESULTATS ATTENDUS ET INDICATEURS

Les partenaires de mise en œuvre du Programme sont invités à mettre en œuvre une série d'activités afin de s'assurer du respect des principes de redevabilité et de « ne pas nuire » tout au long du cycle du programme. Ces activités contribuent à l'atteinte du **Résultat Stratégique 4** du cadre de résultats RRMP qui se focalise sur l'opportunité et l'efficacité de l'assistance.

Résultat stratégique 4 :	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou post crises, ont bénéficiés d'une assistance opportune et efficace.*

Pour ce résultat stratégique, nous mesurons une série de 4 indicateurs de résultat dont l'atteinte est étroitement aux activités de redevabilité mises en place – voir tableau ci-dessous.

Indicateur 1	**% des ménages bénéficières qui sont satisfaits l'assistance reçue par le RRMP.**
Définition	Cet indicateur mesure le degré de satisfaction des bénéficiaires avec la réponse
Mode de collecte	Enquête post-intervention
Mode de calcul	Nb ménages indiquant leur satisfaction avec l'assistance reçu / Nb de ménages enquêtés
Moyen de vérification	Groupes de discussion avec la communauté
Valeur de base	60%
Valeur à atteindre	60%

Indicateur 2	**% des ménages bénéficiaires qui connaissent l'existence d'un mécanisme de gestion des plaintes.**
Définition	Cet indicateur mesure la connaissance des bénéficiaires du mécanisme de gestion de plaintes, conçu effectivement pour s'assurer que les activités sont conduites dans le respect des bénéficiaires et avec leur implication. Ce mécanisme aide aussi à identifier toute situation frauduleuse.
Mode de collecte	Enquête post-intervention

DRAFT

Mode de calcul	Nb ménages indiquant la connaissance du mécanisme de gestion de plaintes ou suggestions / Nb de ménages enquêtés
Moyen de vérification	Groupes de discussion avec la communauté
Valeur de base	60%
Valeur à atteindre	60%

Indicateur 3	**% des plaignants qui sont satisfaits de la façon dans laquelle les plaintes ont été gérées par les équipes d'intervention**
Définition	Cet indicateur mesure la satisfaction des bénéficiaires par rapport au suivi des plaintes déposées.
Mode de collecte	Enquête post-intervention
Mode de calcul	Nb ménages plaignants indiquant la satisfaction par rapport à la réponse reçue à leur plaintes ou suggestions / Nb de ménages enquêtés
Moyen de vérification	Groupes de discussion avec la communauté
Valeur de base	60%
Valeur à atteindre	60%

Indicateur 4	**% des ménages bénéficiaires qui estiment que le personnel RRMP a eu un comportement respectueux : courtois, attentif à l'écoute, respectueux des opinions des autres, disponible à répondre.**
Définition	Cet indicateur mesure l'appréciation des bénéficiaires par rapport au comportement des équipes.
Mode de collecte	Enquête post-intervention
Mode de calcul	Nb ménages estimant que le personnel RRMP a eu un comportement respectueux / Nb de ménages enquêtés
Moyen de vérification	Groupes de discussion avec la communauté
Valeur de base	60%
Valeur à atteindre	60%

Un sous-résultat a été identifié pour ce résultat majeur :

Sous-résultat 4.1 :	*Les interventions RRMP respectent les critères de redevabilité et les principes/standards humanitaires clés dans toutes les phases du programme*

L'atteinte de ce sous-résultat est évaluée par 3 indicateurs :

Indicateur 1	**% d'interventions RRMP qui mettent en œuvre toutes les activités programmées dans le cadre de redevabilité/protection**
Définition	Cet indicateur permet de mesurer la performance de partenaires de mise en œuvre dans la réalisation des activités de redevabilité/protection.

DRAFT

Mode de collecte	Auto-déclaration des partenaires sur Activity Info
Mode de calcul	Nb interventions respectant le cadre de redevabilité / Nb total d'interventions
Moyen de vérification	Visites programmatiques / rapports trimestriels
Valeur de base	100%
Valeur à atteindre	100%

Indicateur 2	**% de plaintes fondées qui ont été suivies d'une mesure correctrice.**
Définition	On mesure la proportion des plaintes de niveau 4 et 5 qui ont été suivies d'une mesure correctrice.
Mode de collecte	Base de données de gestion de plaintes
Mode de calcul	Nb de plaintes fondées suivies d'une mesure correctrice / Nb total de plaintes fondées
Moyen de vérification	Visites programmatiques / rapports trimestriels
Valeur de base	100%
Valeur à atteindre	100%

Indicateur 2	**% de réponses négatives dans les fiches de protection qui ont été suivi d'une mesure correctrice au sein du partenaire de mise en œuvre.**
Définition	On mesure la proportion des réponses négatives identifiées par la fiche protection à remplir avec la communauté qui ont été suivies d'une mesure correctrice.
Mode de collecte	Base de données de gestion de la fiche protection
Mode de calcul	Nb de réponse négatives de la fiche protection suivies d'une mesure correctrice / Nb total de fiches protection
Moyen de vérification	Visites programmatiques / rapports trimestriels
Valeur de base	100%
Valeur à atteindre	100%

ACTIVITES :

Activité 4.2.1	**Consultation des bénéficiaires sur leurs besoins et les solutions apportées par l'intervention.**
Description et objectifs	Cette activité est en partie réalisée lors des évaluations rapides multisectorielles. Toutefois, il est important de prendre en compte l'avis des bénéficiaires dans toutes les phases du programme afin de : - S'assurer de la pertinence et adaptabilité de la réponse au contexte. - S'assurer du ciblage des personnes les plus vulnérables.

DRAFT

	- Garantir la participation et mobilisation de la communauté dans toutes les activités du programme, notamment des groupes minoritaires ou potentiellement plus vulnérables.
Quand	Pendant toutes les phases de l'intervention
Qui	Toutes les équipes participant à l'intervention
Durée	Toute la durée de l'intervention
Préparation	1. Formation et sensibilisation des équipes sur la redevabilité et la protection comme des éléments transversales à toute intervention. 2. Familiarisation aux outils de redevabilité trans-sectoriels et sectoriels.
Déroulement	1. Consulter les personnes affectées sur leurs besoins et les modalités de réponses lors des évaluations multisectorielles et sectorielles (groupes de discussion et interviews avec des interlocuteurs clés) 2. Consulter les potentiels bénéficiaires des interventions sur la meilleure façon de réaliser les activités ex. identification des personnes vulnérables, emplacement des ouvrages, etc. 3. Faire un retour à la communauté des décisions prises et s'assurer que l'information est transmise à tous les ménages.
Outils	- Cadre de redevabilité - Outils de l'évaluation multisectorielle et sectorielle - Check liste protection - Matrice de risque
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb de rapports d'évaluations multisectorielle et sectorielle indiquant les besoins prioritaires des personnes affectées - Nb de check lists protection/redevabilité remplies avec la communauté
Compte rendu	Photos datées des réunions avec les communautés Matrice de check list protection

Activité 4.2.2	**Mise en place d'un mécanisme de gestions des suggestions faites par les bénéficiaires des interventions**
Objectifs	L'objectif de ce mécanisme est de : - S'assurer de la pertinence et adaptabilité de la réponse au contexte. - Identifier tout risque d'activité frauduleuse. - Mesurer la satisfaction des bénéficiaires avec l'intervention. - Identifier des pistes d'amélioration.
Quand	Au début de l'intervention (Jour 1)
Qui	Toutes les équipes
Durée	Pendant toute l'intervention
Préparation	- Identifier les différents mécanismes de gestion de plaintes et suggestions - Mise en place de la base des données
Déroulement	1. Mise en place de (s) la (es) technique (s) choisie (s) : boite à suggestions, point focal, etc. 2. Information à la communauté sur le mécanisme en place 3. Collecte de plaintes/suggestions et traitement régulier 4. Renseignement de la base des données

DRAFT

	ATTENTION : En cas des plaintes de niveau 4 ou 5 indiquant un possible cas de fraude, informer l'UNICEF dans les 24 qui suivent l'identification.
Outils	- Cadre de redevabilité - Base de données de gestion de plaintes/suggestions - Check liste protection
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de suggestions/plaintes reçues - Nb. de suggestions/plaintes traitées (mesure corrective)
Compte rendu	Photos datées du mécanisme de gestion de plaintes/suggestion mise en place Rapport trimestriel de la gestion de plaintes

SUIVI ET RAPPORTAGE

1. Matrice d'alerte à remplir par le CoPil
2. Base de données Activity Info

DRAFT

PROTOCOLE D'INTERVENTION POUR L'ASSISTANCE EN ARTICLES MENAGERES ESSENTIELS

RESULTATS ATTENDUS ET INDICATEURS

La livraison des articles ménagers essentiels est une des interventions qui contribue à l'attente du résultat stratégique 1 :

Résultat stratégique 1:	*Les conditions de vie des enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes de crises et ceux en situation de post-crise, sont améliorés par son accès à des biens essentiels et des services de base*

Pour ce résultat stratégique, nous mesurons deux indicateurs qui sont étroitement liés à l'assistance en articles ménagères essentiels – voir tableau ci-dessous.

Indicateur 1	**Variation en % de la moyenne de l'index des Stratégies de Survies liés à la Subsistance (ISSS)**
Définition	A ne pas confondre avec l'index des Stratégies de Survies liés à l'alimentation (ISSA), cette indicateur nous permet de comprendre si les ménages bénéficiaires ont diminué leur recours à des stratégies d'adaptation négatives (par exemple : retirer des enfants de l'école, vendre des biens productifs…). Cet indicateur est étroitement lié au contexte, toutes comparaisons entre interventions différentes doivent prendre ça en haute considération
Mode de collecte	Enquête ménage réalisée lors du ciblage Enquête post-intervention
Mode de calcul	(Moyen Valeur post-intervention - Moyen Valeur Base)/ Moyen Valeur de base
Moyen de vérification	Activity Info (base de données remplie par les partenaires) et données brut ODK
Valeur de base	ND
Valeur à atteindre	-30%

DRAFT

Indicateur 1.2	**% de ménages assistés qui estiment mieux faire les activités essentielles grâce à l'intervention (cuisiner, stocker l'eau, dormir, s'habiller)**
Définition	Indicateur de perception des ménages bénéficiaires pour comprendre l'effet perçu sur la capacité perçue de mener les activités essentielles au sein du ménage.
Mode de collecte	Enquête post-intervention

Un sous-résultat a été identifié pour ce résultat :

Sous-résultat 1.1 :	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes de crises et ceux en situation de post-crise, accès aux articles prioritaires pour la préparation, la consommation et le stockage des aliments et de l'eau ; pour dormir et mieux se protéger de la pluie, du soleil, et du froid et pour s'habiller.*

Afin de les mesurer, nous utilisons les indicateurs suivants :

Indicateur 1.1.1	**Variation moyenne du score AME avant et après l'intervention parmi les ménages assistés.**
Définition	Le score AME est un indicateur de quantité et qualité des articles ménagers disponibles dans un ménage ou un groupe de ménages. Il s'étale sur une échelle de 0 à 5 étant 5 le niveau plus haut de vulnérabilité.
Mode de collecte	Enquête ménage réalisée lors du ciblage Enquête post-intervention
Mode de calcul	Moyen valeur post-intervention - moyen valeur de base
Moyen de vérification	Activity Info (base de données remplie par les partenaires) et données brut ODK
Valeur de base	1,3
Valeur à atteindre	>1

SEUILS ET PRECONDITIONS D'INTERVENTION SECTORIELS

Les indicateurs croisés et analysés pour décider du déclenchement ou non d'une intervention AME du RRMP sont calqués sur l'arbre décisionnel du RRMP. Ils seront discutés en fonction du contexte et des décisions du comité provincial RRMP.

A partir de 2014, le nouveau seuil d'intervention RRMP pour le secteur AME est fixé à 3.8. D'ailleurs tel que discuté dans plusieurs ateliers et Journées Techniques RRMP, le Score-Card est un élément à considérer parmi tant d'autres. L'analyse contextuelle pour déterminer la vulnérabilité d'une zone est un élément non négligeable dans l'analyse et la priorisation d'une intervention.

En ce qui concerne le cas des catastrophes naturelles, des critères additionnels sont en cours d'élaboration afin de faciliter la prise de décision et la priorisation par rapport aux cas des crises liées aux catastrophes naturelles.

DRAFT

Principes d'analyse et de priorisation :

- ➔ Un seul indicateur atteint ne suffit pas à déclencher l'intervention.
- ➔ Un seul indicateur non atteint ne suffit pas à exclure la possibilité d'une intervention (ex : Score Card AME = 3.8, mais forte vulnérabilité de la zone et pas d'acteurs dans la zone => une intervention peut être déclenchée).
- ➔ Le Score-card AME devra être analysé en détail : Est-ce que la variance entre le Score des différents articles et/ou l'analyse de la Courbe de Lorenz peuvent être utilisées pour orienter les interventions plutôt vers une distribution en vrac de certains articles, le besoin de faire des ciblages pour identifier les plus vulnérables, ou plutôt une intervention 'blanket' pour tout le monde. Chaque COPIL devra baser son analyse pour la validation des interventions AME non pas seulement sur le Score-Card AME, mais aussi sur ces principes d'analyse.
- ➔ Ces indicateurs doivent être croisés avec une analyse du contexte, de la présence humanitaire dans la zone, des priorités sur l'ensemble de la province, etc. C'est le COPIL RRMP qui, en fonction de l'analyse de ce faisceau d'indicateurs, décidera du déclenchement ou non d'une intervention RRMP.
- ➔ Le partenaire devra par ailleurs présenter et expliciter l'approche choisie au moment de la réunion du COPIL : approche foire ou distribution ? quelle approche de ciblage (quels protocoles Vulnérabilités) ? Le comité RRMP devra discuter et valider la méthodologie d'assistance.

CALCULS DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires d'une intervention RRMP doit se faire suivant l'annexe 6 des notes d'orientation NFI RRMP 2016 disponibles auprès du cluster NFI.

APPROCHES

Toutes les interventions AME du RRMP seront réalisées selon la Stratégie programmatique du Cluster AME/Abri tel qu'élaboré dans le Plan de Réponse Humanitaire 2017-2019 à l'exception du renouvellement des kits qui sort du mandat du RRMP.

En plus du respect de la Charte des Engagements Minimums et les autres documents clés du Cluster, le Cluster AME/'NFI' et Abris recommande que les acteurs développent les programme d'assistance dans les secteurs AME et Abris en prenant en considération les facteurs suivants dans la phase de développement de leurs projets:

a. **Capacité de Réponse Flexible et pré-positionné**. Le volume et l'échelle géographique des besoins en RDC nécessitent des approches de réponses basées sur des capacités de réponses pré-positionnées pour assurer des interventions plus rapides. C'est ainsi que la stratégie de réponse du Cluster continuera à s'appuyer sur des programmes préétablis ayant des composantes de réponses flexibles en AME et matériels de renforcement d'abris. Actuellement il s'agit du programme RRMP (Réponse Rapide aux Mouvements de Population) cogéré par UNICEF et OCHA et mise en œuvre par les partenaires AVSI, IRC, NRC, et Solidarités International. La réponse en AME de RRMP représente plus de 50% de la réponse en AME en RDC. Les autres programmes de réponse flexible pré-positionné tel que celui du Comité International de Croix Rouge (CICR) qui mène ces activités en dehors du Plan de Réponse Humanitaire ainsi que les initiatives de capacité de réponse financé

DRAFT

par les bailleurs comme USAID/OFDA avec les organisations comme Acted, CRS, et Samaritan's Purse représentent aussi une capacité de réponse flexible important. En 2016 ces programmes ont représenté 29% de réponse en AME. En fin 2016, le Cluster a mis en place également des stocks de contingence (moins de 1,000 kits par province) en 5 provinces à l'est de la RDC. Le programme 'DRIVE' de CRS a inclut un volet de réponse rapide et flexible en abris d'urgences (au-delà des bâches), mais c'est le seul en RDC. Le Cluster encouragera les bailleurs d'appuyer également les ONGs nationales avec ce type de programme. En 2016, les interventions des ONG nationales ont contribué à presque 20% des interventions en AME.

b. **Réponse Monétaire**. Pour répondre de façon ponctuelle et appropriée aux besoins immédiats en en renforçant la résilience, le Cluster AME et Abris continuera à encourager les acteurs en AME et Abris de conduire les analyses de marchés et de considérer l'utilisation des approches monétaires, surtout les foires aux coupons. Depuis 2009, les acteurs en AME en RDC et le Cluster sont parmi les leaders mondiaux dans l'utilisation et la promotion de '*Cash-Based Approaches*' comme alternative aux approches d'assistance traditionnels dans le secteur AME. En 2016, les approches foires aux coupons ont constitués plus de 64% d'assistance en AME. Les efforts de promouvoir les approches monétaires se poursuivront en 2017-2019 y compris l'utilisation de cash direct et en combinaison avec les autres secteurs—surtout dans le domaine de la sécurité et aide alimentaire. Le Cluster encourage les approches qui utilisent une combinaison de distribution et coupons en fonction des analyses des besoins et des marchés dans la zone affectée.

c. **Taille de ménage**. Le Cluster encourage les acteurs en AME et Abris de dimensionner leur assistance en fonction de la taille de ménage assisté. Surtout dans les interventions rapides en AME ceci n'est pas toujours facile car il nécessite les kits et articles de différents tailles et quantités. D'ailleurs c'est plus facile pour les approches foires. Les pilotes commencés en 2015 par l'acteur NRC (RRMP) de dimensionner la valeur des coupons par taille de famille était une grande réussite en terme de diminution de vulnérabilité (Score-Card AME) lors de suivi post-intervention et en 2016 cette approche était adopté par l'ensemble des partenaires RRMP. Egalement pour les interventions en Abris, l'approche préférée est de modifier la taille de l'abri en fonction de la taille de ménage.

d. **Analyse de Contexte et Réponse Adapté**. Pour élaborer le calcul des besoins financiers nécessaire, le Cluster est obligé de se limiter à certains 'paquets' d'activités tel que détaillé ci-dessus, chacun avec son coût unitaire, adaptés à la typologie des crises, des vulnérabilités et aux besoins. La définition des paquets est le résultat d'un consensus obtenu lors des ateliers du Cluster, mais la priorité est donnée à l'adaptation de réponses en fonction des analyses des besoins et priorités de la population affectée. Surtout dans le domaine de l'Abris, l'accent est mis sur la considération des matériaux et la culture locale de construction d'abris.

e. **Apprentissage et '*Learning*.'** Le Cluster AME/'NFI' et Abris a une forte tradition de promouvoir dans le cadre de l'innovation et l'apprentissage ('*learning*') dans tous les projets en AME et Abris. A travers les études, les projets pilotes, le suivi quantitatif et qualitatif des interventions, et les fora et ateliers de partage des leçons apprises, le Cluster essaye d'encourager cette culture d'apprentissage. Le Cluster AME et Abris cherche à encourager tous les acteurs d'analyser comment mieux faire en analysant les bonnes pratiques, les succès, ainsi que les expériences moins bonnes dans les interventions en AME et Abris.

<u>Synergies multisectorielles</u>

En lien avec le focus sur l'approche multisectorielle du PRH 2017-2019, le Cluster AME/'*NFI*' et Abris encourage les projets basés sur les analyses holistiques des besoins des communautés, ménages, et

individus affectés. La synergie multisectorielle sera encouragée particulièrement avec les secteurs de la sécurité alimentaire, EHA (WASH – *Water, Sanitation, and Hygiene*), et Protection.

- Avec la **Sécurité Alimentaire** à travers les interventions conjointes en AME et vivres (distribution et foires aux coupons) et l'utilisation de cash direct avec l'analyse de Panier Minimum des Dépenses (*'Minimum Expenditure Basket'*)
- Avec **EHA** à travers l'inclusion des articles EHA dans les interventions AME[1], la promotion des bonnes pratiques d'hygiène en liens avec les articles EHA (bidons, savons, bassines, Kits d'Hygiène Intimes, etc.) et l'inclusion des latrines familiales avec l'assistance en abri
- Avec la **Protection** avec un accent sur la transversalité de la protection en générale et un particulaire les analyses d'innocuité et '*Do No Harm*' surtout dans les enjeux liés à l'accès à la terre dans les programmes Abris.

DELAIS

L'intervention AME est conçue pour une durée totale de 15 jours. Si le partenaire de mise en œuvre arrive à performer les activités dans un mineur délai cela est bien entendu très encouragé, toutefois les standards de qualité exigés par chaque étape de l'intervention difficilement peuvent être atteints dans moins de temps.

	Nombre de Jours	
Etapes	**Min**	**Max**
Ciblage	5	10
Validation Listes par UNICEF	1	2
Publication listes	2	2
Nettoyage et Affichage liste final	2	2
Livraison Assistance	4	14
Total	**14**	**30**

ACTIVITES :

Activité 1	**Livraison des articles essentiels (approche distribution ou foires)**
Descriptif et objectifs	Les ménages vulnérables affectés par les conflits et les mouvements de population ont un meilleur accès à des AME appropriés qui leur permettent de réaliser leurs activités quotidiennes de base et qui leur assurent la survie, la protection, le bien-être et la dignité.
Quand	Apres validation d'intervention AME par le COPIL
Qui	Equipe terrain partenaire de mise en œuvre
Durée	15 à 30 jours
Préparation	Suivant l'outil d'évaluation opérationnel le partenaire pourra choisir en fonction du contexte un approche distribution ou foire.
Déroulement	Le déroulement dépend de l'approche choisi, distribution ou foire. De toutes les façons les macro-étapes sont : le ciblage, la validation des listes par UNICEF et leur publication ainsi que la livraison de l'assistance. La livraison

[1] A noter qu'en RDC, pour l'assistance aux mouvements de population, les acteurs AME sont dans la plupart de case aussi responsables également pour les AMEs associés avec l'EHA – sauf dans les cas de choléra, où la réponse en AME est constituée que des AME d'EHA.

	de l'assistance, si faite à travers une foire, prévoira des étapes parallèle de sélection de commerçants et signature des accords avec eux.
Outils	
Indicateurs de performance de l'activité	Nb. de ménages vulnérables recevant des articles essentiels (sans et avec approche taille ménage)
Compte rendu	Rapport trimestriel

Activité 2	**Sensibilisation à l'usage des articles essentiels**
Descriptif et objectifs	Il s'agit de l'organisation des séances de sensibilisation sur la bonne utilisation des items distribués ou achetés lors des interventions AME (notamment pour la sensibilisation sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées, du savon et du KHI). D'autres messages-clés définis par les partenaires, UNICEF, ou le Cluster AME/'NFI' et Abris peuvent également être diffusés tel que l'importance de l'éducation, les bonnes pratiques d'hygiène, l'enregistrement de naissances, ou la sensibilisation sur le choléra. Les partenaires sont encouragés à développer et à diversifier les approches de sensibilisation selon les différents contextes et si besoin d'inclure d'autres messages qu'ils estiment appropriés pour certaines zones spécifiques.
Quand	Avant et pendant l'intervention AME que ça soit Distribution, Foire ou Cash
Qui	Equipe terrain partenaire de mise en œuvre
Durée	1 à 3 jours
Préparation	Afin d'appuyer les séances de sensibilisation, plusieurs outils ont été développés dans le cadre du RRMP et peuvent être utilisés. Par ailleurs, il est aussi encouragé d'utiliser le plus que possibles des outils standards qui ont déjà été validés par les instances gouvernementales.
Déroulement	
Outils	
Indicateurs de performance de l'activité	Nb de ménages ciblés sensibilisés
Compte rendu	Activity Info

Activité 3	**Livraison de cash à usages multiples aux familles vulnérables pour l'accès à des articles essentiels.**
Descriptif et objectifs	Merci de se référer protocole d'intervention : transferts monétaires inconditionnels à usage multiple.

DRAFT

STRATEGIE DE SORTIE

L'encouragement à travailler entre ONG Internationales et ONG locales représente une stratégie de sortie concernant les besoins des acteurs internationaux dans la réponse humanitaire en AME au Congo. UNICEF depuis 2015 mène des projets de renforcement des capacités des acteurs locaux pour atteindre une capacité local durable.

SUIVI ET RAPPORTAGE

Base de données Activity Info et rapportage trimestriel RRMP

DRAFT

PROTOCOLE D'INTERVENTION POUR LE TRANSFERTS MONETAIRES INCONDITIONNELS A USAGE MULTIPLE

RESULTATS ATTENDUS ET INDICATEURS

Les transferts monétaires inconditionnels à usage multiple, sont un type d'intervention multisectoriel qui contribue à l'attente des résultats stratégique 1, 2 et 3 :

Résultat stratégique 1:	*Les conditions de vie des enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes de crises et ceux en situation de post-crise, sont améliorés par son accès à des biens essentiels et des services de base*
Résultat stratégique 2:	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou en situation de post-crise, sont protégés grâce à son intégration à l'école et à d'autres activités de Protection*
Résultat stratégique 3:	*La surmortalité et morbidité des enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou en situation de post-crise avec risque épidémique, diminue.*

Comme mentionné dans la section activités dans la phase pré-intervention, les transferts monétaires inconditionnels à usage multiple, dorénavant cash, peuvent être utilisés pour répondre à un ou plusieurs secteurs d'intervention RRMP en fonction des vulnérabilités et contexte spécifique à chaque zone. Cette section va traiter seulement les indicateurs spécifiques aux interventions cash, toutefois chaque intervention cash devra aussi récolter les données sur les indicateurs sectorielles pour ces secteurs pour lesquels l'enveloppe cash a été livrée. Ces indicateurs comme par exemple le score AME ou le taux de scolarisation des enfants, sont traités dans les sections spécifiques à chaque secteur.

Indicateur 1.1.b	**% de l'assistance reçue en cash qui a été investie pour accéder des a des articles essentiels.**
Définition	Cet indicateur nous montre la % de tout le cash livré dans une intervention qui a été dépenses par les ménages bénéficiaires pour accéder à des articles essentiels suivant la classification de ces articles contenu dans l'outil SPI pour les interventions cash.
Mode de collecte	Suivi Post Intervention
Mode de calcul	(Dépenses totales réalisés pour accéder des a des articles essentiels selon le SPI / Les dépenses totales qui ont été réalisés de la part des bénéficiaires avec les transferts monétaires reçus.) x 100
Moyen de vérification	SPI, ODK, ActivityInfo

DRAFT

Valeur de base	30%
Valeur à atteindre	30%

Indicateur 1.1.c	**% de ménages qui ont dépensé une partie de leur assistance en cash dans des articles essentiels.**
Définition	Cet indicateur nous montre la % des ménages bénéficiaires qui ont dépensé n'importe quelle montant de leur assistance pour accéder à des articles essentiels suivant la classification de ces articles contenu dans l'outil SPI pour les interventions cash.
Mode de collecte	Suivi Post Intervention
Mode de calcul	(Le N° de familles qui ont fait au moins une dépense avec les fonds reçus dans des dépenses attribués aux articles essentiels selon le SPI/ N° de ménages qui déclarent d'avoir réellement reçu des fonds inconditionnels (contrairement au ménages ciblés)) x 100
Moyen de vérification	SPI, ODK, ActivityInfo
Valeur de base	70%
Valeur à atteindre	70%

Ces mêmes deux indicateurs s'appliquent aussi pour le sous résultat spécifique 1.2 lié à l'eau, hygiène et assainissement ainsi que pour les résultats spécifiques 2 (éducation) et 3 (santé). La formulation des indicateurs est reportée ci-dessous, toutefois les autres informations concernant la collecte, le calcul et les moyens de vérification ne sont pas reportées car elles correspondent aux infos montrées ci-dessus.

Indicateur 1.2.b	**% de l'assistance reçue en cash qui a été investie dans l'accès à l'eau**
Valeur de base	1%
Valeur à atteindre	1%
Indicateur 1.2.c	**% de ménages qui ont dépensé une partie de leur assistance en cash dans l'accès à l'eau**
Valeur de base	7%
Valeur à atteindre	7%
Indicateur 2.1.e	**% de l'assistance reçue en cash qui a été investie pour accéder à des services éducatifs.**
Valeur de base	7%
Valeur à atteindre	8%
Indicateur 2.1.f	**% de ménages qui ont dépensé une partie de leur assistance en cash pour accéder à des services éducatifs.**
Valeur de base	25%
Valeur à atteindre	25%

DRAFT

Indicateur 3.1.g	**% de l'assistance reçue en cash qui a été investie pour accéder à des services curatifs**
Valeur de base	7%
Valeur à atteindre	8%
Indicateur 3.1.h	**% de ménages qui ont dépensé une partie de leur assistance en cash pour accéder à des services curatifs**
Valeur de base	25%
Valeur à atteindre	25%

SEUILS ET PRECONDITIONS D'INTERVENTION SECTORIELS

Une fois reçu une alerte triangulée, sur la base des données saisi dans la fiche d'alerte le COPIL prends une position par rapport à la possibilité de déployer un Enquête Multisectoriel Rapide (EMR) / MSA sur la zone affectée. En considérant les couts de cette activité, elle sera validée seulement dans le cas où une intervention du mécanisme RRMP s'avère probable.

Cet EMR est conçue de façon modulaire, en fonction des informations contenues dans l'alerte ainsi que du contexte connu de la zone d'intervention l'EMR pourra décider de déployer les modules plus pertinents pour récolter les informations nécessaires à la prise de décision. Sur la base des informations saisies dans l'ERM, les partenaires RRMP seront outillé

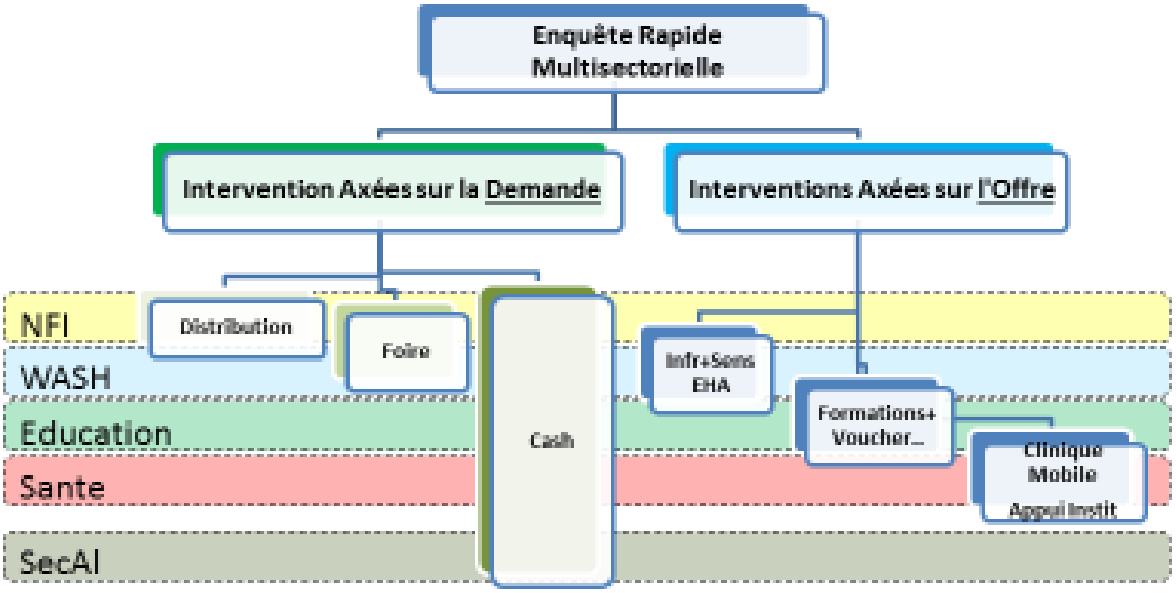

Figure 5 Typologies d'interventions RRMP

Les différentes typologies d'interventions sont décidées par les participants au COPIL sur la base des informations récoltées à travers l'ERM. Plusieurs types d'intervention sont possibles au même temps en fonction des besoins et vulnérabilité rencontré.

Normalement un seul type d'intervention axée sur la demande (assistance individuelle aux ménages) doit être choisi sur la base des conditions du marché local, accessibilité, sécurité et do no harm. Le choix devra prendre également en considération la typologie d'intervention possible pour les acteurs de sécurité alimentaire, normalement une harmonisation dans la typologie d'intervention axée sur la demande est souhaitable entre acteurs RRMP et Sécurité alimentaire pour ne pas créer des perceptions d'inégalité au sein de la population affecté. D'ailleurs un ciblage commun est fortement recommandé. Au cas où la typologie choisie est le cash (transfert monétaire), l'outil *Panier de Dépenses Minimums* développé par le Cash Working Group (CWG) pourra être suivi comme guide de calcul du montant cash à livrer dans chaque secteur pour le quelle la modalité du cash s'est avéré pertinente en fonction des données récoltés pendant l'ERM.

La typologie d'intervention axée sur la demande sélectionnée peut être couplée avec une ou plusieurs interventions axe sur l'offre en fonction des vulnérabilités de la zone ainsi que les capacités d'absorptions des infrastructures WASH, éducation et santé existantes.

Exemple de combinaison des typologies d'interventions RRMP – Lubirihya, Beni 2016 :

Dans cette intervention pour plus de 3,000 ménages déplacés, tous les secteurs ci-haut mentionnés (Fig.3) avaient atteint leurs seuils d'intervention. Les conditions de marche et sécuritaire ont permis des choisir le cash comme intervention axées sur la demande. Les secteurs AME et Sécurité Alimentaire pouvaient ainsi être couvert suivant les calculs du PDM grâce à l'intervention d'un partenaire UNICEF pour le secteur AME et ECHO pour la Sécurité alimentaire. Concernant les autres trois secteurs, WASH et Education avaient remarqué une manque infrastructurel que seulement des interventions axées sur l'offre auraient pu combler alors que la santé grâce à l'existence sur la zone d'une infrastructure de santé avec une acceptable capacité et d'absorption de patients ainsi que une dynamique de recouvrement de frais déjà en place a opté pour couvrir ce besoins en augmentant l'enveloppe cash en cours de livraison pour NFI et SecAl suivant les modalités et les montants prévus par le Panier de Dépenses Minimums.

Les combinaisons entre interventions sont multiples et doivent être choisi sur la base de besoins, vulnérabilités et contexte. Le choix de cette combinaison doit être fait dans le souci de fournir une réponse holistique et multisectorielle qui soit coordonne avec tous les autres acteurs présents sur la zone d'intervention.

Afin de faciliter la prise de décision pour la validation d'une assistance, toutes interventions cash vont se référer aux seuils sectoriels ainsi que aux informations contextuelles (marché, sécurité, offre de service de base) de l'ERM pour décider quelle secteur est pertinent d'inclure dans l'enveloppe cash. Pour ce faire l'outil PDM sera utilisé, le tableau ci-dessous montre les indicateurs que cette outil prend en considération, pour plus d'information se référer au *notes d'orientation pour l'utilisation du PDM*.

Seuils Urgence	Haute	Moyenne	Baisse	Indicateur
Sécurité Alimentaire	<28	28=>=35	35>=42	SCA moyenne
AME	4<	3.5=<=4	3.5<=3	Score NFI moyenne
EHA	45% <	45%=<=40%	39%<=30%	Moyenne Taux de Diarrhée des enfants < 5 ans dans les 2 dernières semaines
Education	80% <	80%=<=60%	60%<=40%	% Enfants non scolarise moyenne

Santé	< 30%	30%=<=40%	> 40%	% Fréquentation des Structures Sanitaires moyenne
Moyens de Subsistance	75%<	75%=<=65%	65%<=50%	% *Food Expenditure Share* moyenne

Les préconditions d'intervention cash dépendent des mêmes considérations de toutes autres interventions humanitaires qui sont déjà couvertes dans d'autres parties de cette guide. De plus, il faut considérer particulièrement trois domaines :

1. **Marché** : l'outil analyse de marche guide le partenaire de mise en œuvre dans la collecte d'information essentielles pour comprendre la capacité d'absorption cash du marché en question ainsi que les dynamiques des prix et stock des articles qui seront plus sollicité par la population affecté. Ça n'existe pas une équation exacte pour déterminer un seuil après laquelle un marché est adapté pour une intervention cash. Plutôt le partenaire sera appelé à pondérer les différentes informations pour prendre cette décision.
2. **Matrice de risques** : Une *matrice de risque* standard a été développée par UNICEF pour identifier et mitiger les risques concernant ces interventions humanitaires. Le partenaire est appelé à compléter cela avec tout risque additionnel identifié par les équipes sur terrain, les autorités locaux ainsi que les communautés affectés et proposer de mesure de mitigation de ces risques. Dans le cas où ce risque dépasse le niveau de risque acceptable, l'intervention devrait être reconsidérée.
3. **Secteur privé :** la présence des partenaires fiables du secteur privé pour la livraison d'argent sur la zone d'intervention est une condition capitale pour la faisabilité d'une intervention cash. En effet le risque de transport d'espèces ne devrait pas être supporté par le partenaire de mise en œuvre mais par un partenaire du secteur privé qui soit assuré contre le risque de perte de liquidité. Toutefois en cas de distribution d'envergure limitée et en concertation avec UNICEF le partenaire peux considérer une activité de transfert monétaire directe (cash en enveloppe).

La consultation et la discussion constante avec les points focaux UNICEF pour les transferts monétaires dans les différentes provinces est encouragé a tout moments.

CALCULS DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires d'une intervention cash sont ciblés sur la base d'une enquête individuelle qui est reprise dans les activités ci-dessous. Les critères d'inclusion ou exclusion des ménages dépendent des secteurs que l'intervention cash a comme cible.

- Si par exemple l'intervention cash est faite seulement pour le secteur AME alors le calcul des bénéficiaires va suivre les indications de l'annexe 6 des notes d'orientation NFI RRMP 2016 ou les seuils de score NFI et vulnérabilité social sont expliqués.
- Si par contre une intervention cash est faite avec l'objective de couvrir plusieurs secteurs, le partenaire est appelé à considérer une équation qui puisse pondérer dans un seuil d'intervention multisectorielle au minimum un indicateur pour chaque secteur

DRAFT

concernés. A titre d'exemple le tableau ci-dessous explique une équation de ciblage multisectorielle pour une intervention cash pour AME, Sécurité Alimentaire et Wash.

Tableau 1 Seuil d'intervention multisectorielle utilisée pour l'intervention PAM-Diakonie/UNICEF-Mercy Corps en Novembre 2016 pour l'intervention cash en faveur de 12,816 ménages dans le Sud Lubero

Vulnérabilité	Seuil	Note
AME	3.8	Score AME 0 - 5
		Score Vulnérabilité Social: Personne handicapée sans soutien/vivant seule ou chef de ménage 0,3 Personne handicapée étant dans l'incapacité de travailler vivant au sein du foyer 0,2 Personne âgée sans soutient/vivant seule ou chef de ménage 0,3 Famille mono parentale (veuf ou veuve) 0,3 Enfant chef de ménage 0,3
Sécurité Alimentaire	3.6	SCA <28 = 1 |SCA 28<35 = 0.5 | SCA>42 = 0
		ISSA >20 = 3 | ISSA 20<10 = 2 | ISSA< 10 = 0
		Perte moyens de subsistance: Somme Mesures de Crise (0 - 4) x 0.3 + Mesure Somme Mesure d'Urgences (0-1) x0.7
WASH	0.5	(Moins de 5 Litres d'eau par personne = 1 + Manque de Savon = 1)/2
Seuil Multisectorielle	**7.9**	

Les combinaisons de ce type d'équation sont multiples et dépendent de la présence ou pas des acteurs non-RRMP dans une telle intervention. Pour l'instant le CWG n'a pas encore produit des lignes directrices pour le ciblage individuelles de différentes senteurs inclus dans le Panier de Dépenses Minimums. Le partenaire devra donc proposer une pondération pour le seuil de ciblage multisectorielle en fonction des secteurs qui seront inclus dans l'intervention et en fonction du contexte de chaque zone. Bien entendu le choix des indicateurs sectoriels à inclure dépend étroitement des indicateurs collectés avec l'outil de ciblage.

APPROCHES

C'est nécessaire de faire la distinction entre approches programmatiques et approches opérationnelles. Le premier vise à définir les secteurs qui seront couverts par l'intervention cash. Ces informations sont contenues dans les données de l'ERM et la boite exemple dans la section activités pré-intervention explique la méthodologie décisionnelle autour des approches programmatiques.

DRAFT

Les approches opérationnelles concernent plutôt les différentes options de livraison de l'assistance en cash, le choix par exemple des institutions de microfinance, les banques, les opérateurs téléphoniques par le biais de *mobile money*, les commerçant locaux etc. Les lignes directrices à suivre pour ce choix sont contenu dans l'outil *Evaluation opérationnelle*. Cet outil fourni des critères pour conduire le partenaire dans cette choix (par exemple : les couts, la préférence des bénéficiaires, les risques, la rapidité, etc.), l'outil ne donne aucun instructions sur le processus de sélection des partenaires du secteur privé qui est fait de façons indépendant par chaque partenaire de mise en œuvre sur la base de procédures administratives propres à chaque organisation.

DELAIS

Une intervention cash est conçue pour une durée minimum de 14 jours. Si le partenaire de mise en œuvre arrive à performer les activités dans un mineur délai cela est bien entendu très encouragé, toutefois les standards de qualité exigés par chaque étape de l'intervention difficilement peuvent être atteints dans moins de temps. Le tableau à côte montre les intervalles de délais conseillés dans le cadre d'une intervention cash.

	Nombre de Jours	
Etapes	**Min**	**Max**
Ciblage	5	10
Validation Listes par UNICEF	1	2
Publication listes	2	2
Nettoyage et Affichage liste final	2	2
Livraison Assistance	4	14
Total	**14**	**30**

ACTIVITES :

Activité 1	**Ciblage**
Descriptif et objectifs	Encodage des ménages affectés et triage pour le ciblage, pour la production des listes final d'assistance
Quand	Début intervention
Qui	Equipes de ciblage et encodeurs journaliers
Durée	5 à 10 jours
Préparation	
Déroulement	Le ciblage suit un cycle passant par les étapes : - L'organisation d'un base de dialogue avec la communauté affectée (représentatif de la communauté) : pour la clarification des possibilités de plaintes, la présentation du processus de ciblage porte à porte, la sélection des guide locaux pour enregistrer les ménages affectés ainsi que les familles d'accueil et les ménages plus vulnérables autochtones ainsi que les critères qui seront adopté pour cibler les ménages parmi ceux qui seront enregistré. - Vérification porte-à-porte: les guide locaux accompagnent le staff du partenaire de mise en œuvre pendant tout le processus de vérification porte à porte et les guident vers les ménages pré identifiés. Le partenaire de mise en œuvre, après avoir formé des enquêteurs, dont la provenance sera définie en fonction des

DRAFT

	considérations contextuelles, utilisera l'outil de ciblage ODK pour enregistrer tous les ménages affectés ainsi que les familles d'accueil et les ménages plus vulnérables indiqué par la communauté. - Publication de la liste préliminaire: après la vérification porte-à-porte, le staff ONG envoie la liste préliminaire ODK à UNICEF pour considération, dimensionnement et validation. - Nettoyage de la liste préliminaire: l'ONG de mise en œuvre prend en considération les retours communautaires sur la liste préliminaire des bénéficiaires (gestion des plaintes) et reconstitue la liste définitive. - Affichage de la liste définitive: l'ONG publie la liste définitive des bénéficiaires - et des mesures sont mises en place pour assurer que tout le monde, inclus les illettrés, soit capable de vérifier le ciblage et porter plainte si besoin. - Informations et Points Focaux: l'ONG assure que tous les bénéficiaires sont informés sur les prochains étapes de l'intervention et facilite l'identification des points focaux bénéficiaires, en charge de soutenir d'autres Co bénéficiaires dans l'accès à l'assistance.
Outils	https://drive.google.com/open?id=0Byh39dcQhzhJRjNsRDdEUFBfSE0 certains outils pourraient devoir être adaptés
Indicateurs de performance de l'activité	- # des ménages bénéficiaires ciblés par l'assistance
Compte rendu	- Données brut ODK
Activité 2	**Evaluation Opérationnelle des mécanismes de transfert**
Descriptif et objectifs	L'arbre décisionnel a pour objectif de soutenir le partenaire de mise en œuvre dans la prise de décision concernant le choix du mécanisme de livraison, l'analyse des coûts et tous les critères à considérer dans ce choix. Cet arbre décisionnel peut guider en prenant une décision concernant la modalité la plus appropriée.
Quand	Pendant le ciblage
Qui	Gestionnaire de projet
Durée	-
Préparation	Chaque partenaire suivra ses procédures opérationnelle pour l'allocation du marché compétitive et pour ses renseigner sur les conditions et frais de livraison de chaque acteur du secteur privé disponible dans la zone. Ces informations seront capture dans l'outil évaluation opérationnelle pour conduire à considérer tous les critères capitaux pour ce choix
Déroulement	
Outils	https://drive.google.com/open?id=0Byh39dcQhzhJRjNsRDdEUFBfSE0
Indicateurs de performance de l'activité	Le # d'interventions qui est faite à base d'un contrat avec un fournisseur de service
Compte rendu	Livraison de l'évaluation opérationnelle compilée a UNICEF

DRAFT

Activité 3	**Calcul de la valeur à transférer**
Descriptif et objectifs	Calculer le montant d'espaces à livrer aux ménages affectés pour couvrir les besoins dans les secteurs identifié comme prioritaires par l'ERM
Quand	Pendant le ciblage
Qui	Gestionnaire de projet
Durée	-
Préparation	
Déroulement	Suivant les seuils des indicateurs sectoriels présents dans le Panier de Dépenses Minimums et en considérant les données de l'ERM, l'outil va fournir les montants suggérés par les différents clusters pour couvrir les besoins des ménages affectés suivant leur taille de ménage ainsi que la sévérité des crises dans les différents secteurs.
Outils	https://drive.google.com/open?id=0Byh39dcQhzhJRjNsRDdEUFBfSE0
Indicateurs de performance de l'activité	
Compte rendu	Outil PDM compilé et livré a UNICEF

Activité 4	**Transfert du Cash**
Descriptif et objectifs	Livrer l'assistance en cash aux ménages ciblés
Quand	Apres finalisation des listes et signature de contrat avec le fournisseur de service de livraison.
Qui	Equipe intervention
Durée	Entre 4 et 14 jours
Préparation	Suivants les considérations da la matrice de risque communiquer aux bénéficiaires au moment opportun la date et la modalité de livraison de l'assistance. S'assurer que les bénéficiaires soient en mesure de comprendre le processus pour accéder à l'assistance cash à travers les sensibilisations nécessaires.
Déroulement	- Communications date et modalité d'assistance - Sensibilisation technique sur l'accès à l'assistance - Mise en place du bureau de plaintes
Outils	
Indicateurs de performance de l'activité	Le # de ménages qui ont été servis avec des transferts monétaires
Compte rendu	Liste des bénéficiaires signés

DRAFT

Activité 5	Suivi Post-Intervention (SPI)
Descriptif et objectifs	Collecte des données pour comprendre les effets de l'assistance sur un échantillon longitudinal et représentative (intervalle confiance .95 / marge erreur .10) de la population assistée
Quand	1 mois après la réception de l'assistance (fonds) par les bénéficiaires
Qui	Equipes suivi
Durée	Entre 3 et 5 jours
Préparation	Suivant la liste de ménages qui avaient déjà été enquêtes durant la baseline suivant les pas d'échantillonnage indiqué par l'outil de ciblage/baseline, retourner chez les mêmes ménages pour la collecte des données endline.
Déroulement	A part le questionnaire quantitatif, le SPI est constitué aussi de trois Focus Group. Les Focus Group concernent des groupes de bénéficiaires femmes, des groupes de bénéficiaires hommes et un avec des membres de la communauté non-bénéficiaire. Le but d'une triangulation quantitative et qualitatif est de pouvoir saisir des informations concernant les contextes, et les perceptions de l'assistance que l'outil quantitatif ne peut pas saisir. Les aspects des éventuels effets collatéraux de l'assistance sont principalement traités dans le FGD.
Outils	https://drive.google.com/open?id=0Byh39dcQhzhJRjNsRDdEUFBfSE0
Indicateurs de performance de l'activité	Le % des échantillons SPI qui a réellement été évaluée Le % de SPI qui s'est réalisé en fonction du nombre d'intervention
Compte rendu	Données bruts ODK, Rapport Focus Groups Discussions et rapport SPI

STRATEGIE DE SORTIE

IASC (le Comité permanent inter organisations) définit une « stratégie de sortie » comme un « processus de transition d'une situation d'urgence à une situation de relèvement et de développement tout en s'attaquant à un changement dans le rôle des agences de l'ONU et des autres organisations humanitaires dans le pays » . Les transferts monétaires pour leur naturelle flexibilité d'utilisation représentent en soi une stratégie de sortie permettant aux bénéficiaires à la fois de répondre à leur besoin d'urgence mais en même temps dédier un partie de cette assistance a des investissement plus durables qui puissent augmenter leur résilience a des chocs futurs comme démontré par la littérature sur le transfert humanitaire au Congo.

SUIVI ET RAPPORTAGE

Base de données Activity Info et rapportage trimestriel RRMP.

DRAFT

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

RESULTATS ATTENDUS ET INDICATEURS

L'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement est un des besoins le plus ressenti par les populations en situation de déplacement. Ces activités contribuent à l'atteinte du **Résultat Stratégique 1** du cadre de résultats RRMP qui se focalise sur l'amélioration de l'accès aux biens et services.

Résultat stratégique 1 :	*Les conditions de vie des enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes de crises et ceux en situation de post-crise, sont améliorées grâce à un meilleur accès à des biens essentiels et services de base.*

Pour ce résultat stratégique, nous mesurons deux indicateurs de résultat dont l'atteinte est étroitement liée aux activités favorisant l'accès des populations affectées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement – voir tableau ci-dessous.

Indicateur 1	**Nb. de litres d'eau salubre par personne par jour**
Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant l'accès à un service basique – l'eau. Il est un des indicateurs clés établis par le Projet Sphère qui parle d'un minimum de 15 litres par jour par personne, tous les besoins compris. Dans le contexte du RDC, l'eau collectée par les ménages est normalement utilisé comme eau de boisson et cuisine pour laquelle on peut estimer un besoin de 5 litres par personne par jour. Les autres besoins – douche, lavage de vêtements, ustensiles de cuisine, etc. - sont généralement satisfaits en utilisant l'eau directement des lacs, rivières ou autres sources. Cette eau est donc difficile à comptabiliser.
Mode de collecte	Enquête de fréquentation pré et post-intervention
Mode de calcul	Nb de litres d'eau livrés / nombre total de personnes bénéficiaires
Moyen de vérification	Cahier du point d'eau
Valeur de base	5 l/p/j
Valeur à atteindre	5 l/p/j

Indicateur 2	**Taux de diarrhée parmi les enfants de <5ans**
Définition	Il s'agit d'un indicateur qui essaie de mesurer l'impact de l'intervention en eau, hygiène et assainissement sur la santé, en le mesurant sur un groupe particulièrement vulnérable – les enfants de moins de 5 ans. L'indicateur est mesuré au début de l'intervention sur base des données indiquées par le centre de santé – si existant – ou la clinique mobile dans le cas des interventions conjointes WASH et Santé.

DRAFT

	Si l'indicateur est pris du centre de santé on devrait le pondérer en ajoutant le pourcentage de pression sur la communauté la zone de santé. L'indicateur est ensuite collecté à la fin de l'intervention.
Mode de collecte	Données du centre de santé/ou clinique mobile
Mode de calcul	Nombre d'enfants ayant eu un épisode de diarrhée aiguë dans les 7 derniers jours / Nombre total d'enfants
Moyen de vérification	Enquête post-intervention
Valeur de base	-
Valeur à atteindre	<20%

Un sous-résultat a été identifié pour ce résultat majeur :

Sous-résultat 1.2 :	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes de crises et ceux en situation de post-crise, ont accès à l'eau potable, à l'assainissement et adoptent des pratiques d'hygiène adaptées à leur situation de déplacement.*

La performance dans l'atteinte de ce résultat est mesurée par 5 indicateurs :

Indicateur 1	**% de ménages déplacés/retournés avec accès à un point d'eau fonctionnel et protégé à moins de 500 m**
Définition	Cet indicateur mesure la performance de l'activité de livraison d'eau d'urgence aux populations déplacées ou retournées, en se fixant comme objectif d'amener l'eau à une distance de moins de 500m (objectif Sphère). L'indicateur est mesuré au début de l'intervention et à la fin.
Mode de collecte	Enquête de fréquentation pré et post intervention
Mode de calcul	Nb de ménages déplacés/retournées avec accès à un point d'eau fonctionnel et protégé à moins de 500m / Total de ménages déplacés/retournés
Moyen de vérification	Enquête post-intervention
Valeur de base	48%
Valeur à atteindre	60%

Indicateur 2	**Ratio de personnes (hommes/filles) déplacées dans des sites spontanés ou des lieux publics par porte latrines familiales d'urgence dotées d'un dispositif de lavage des mains**
Définition	Cet indicateur permet d'évaluer la performance de l'activité de construction de latrines familiales d'urgence dans des sites spontanés ou des lieux publics. Le dimensionnement de cette activité doit être fait de façon à atteindre un ratio de 1 porte de latrine par 50 personnes.
Mode de collecte	Enquête technique
Mode de calcul	Nb de portes latrines femmes / Total femmes Nb de portes latrines hommes / Total hommes

DRAFT

Moyen de vérification	Cahier de construction Photos datées Enquête post-intervention
Valeur de base	50
Valeur à atteindre	50

Indicateur 3	**Ratio d'élèves (dans les écoles) et de patients (dans les centres de santé) par porte de latrines collectives d'urgence dotées d'un dispositif de lavage des mains**
Définition	Cet indicateur permet d'évaluer la performance de l'activité de construction de latrines collectives d'urgence dans les écoles et les centres de santé. Le dimensionnement de cette activité doit être fait de façon à atteindre un ratio de 40 élèves/patients filles ou femmes par porte de latrine et 60 élèves/patients garçons ou hommes.
Mode de collecte	Enquête technique
Mode de calcul	Nb de portes latrines filles ou femmes / Total filles ou femmes Nb de portes latrines garçon ou hommes / Total garçon ou hommes
Moyen de vérification	Cahier de construction Photos datées Enquête post-intervention
Valeur de base	40 filles/femmes par porte latrine 60 garçons/hommes par porte latrine
Valeur à atteindre	40 filles/femmes par porte latrine 60 garçons/hommes par porte latrine

Indicateur 4	**% de personnes sensibilisées connaissant 3 moments clés pour le lavage de mains**
Définition	Cet indicateur permet d'évaluer la performance de l'activité de sensibilisation. Il s'agit d'un indicateur proxy permettant de mesurer le potentiel de lavage des mains dans la communauté bénéficiaire.
Mode de collecte	Enquête au début des activités de sensibilisation Enquête à la fin des activités de sensibilisation
Mode de calcul	Total de personnes connaissant 3 moments clés pour le lavage de mains / Total de personnes atteintes par les activités de sensibilisation
Moyen de vérification	Enquête post-intervention
Valeur de base	60%
Valeur à atteindre	60%

DRAFT

SEUILS ET PRECONDITIONS D'INTERVENTION SECTORIELS

Afin de faciliter la prise de décision pour la validation d'une assistance en articles ménagères essentiels, un score de risque eau, hygiène et assainissement (EHA) a été identifié. Celui comporte les questions suivantes :

Questions	Pondération réponses
Y-a-t-il une épidémie choléra dans la zone ?	Si oui, 5 points Si non, 0 points Si pas d'information 2,5 points
S'agit-il d'une zone Villages Assainis ?	Si oui, 0 points Si non, 5 points Si pas d'information 2,5 points
Variation du ratio sur les ouvrages d'eau protégés et fonctionnels entre avant et après la crise (zone de déplacement)	Si >30%, 5 points Si >15% <20%, 2,5 points Si <15%, 0 points
Taux de diarrhée (enfants de - de 5 ans).	Si >20%, 5 points Si >10% <20%, 2,5 points Si <10%, 0 points
Y-a-t-il déjà un programme d'assistance WASH dans la zone?	Si non, 5 points Si oui, 0 points Si pas d'information 2,5 points

Après calcul de la moyenne :
> 3, valider intervention
> 2 < 3, regarder l'évolution de la situation
< 2, pas de validation

CALCULS DES BENEFICIAIRES

Pour le calcul des bénéficiaires des principales activités prévues dans le cadre du programme RRMP, voici les indications à suivre :

- Un point de chloration: au moins 1000 personnes
- Un puits ou forage à pompe: 500 personnes (pour un débit de 17l/min)
- Une source ou robinet: 250 personnes (pour un débit de 7.5L/min)
- Puits sans pompe/ puits ouvert: 400 personnes (pour un débit de 12.5l/min)
- Distance maximum du point d'eau: 500m

Pour la promotion à l'hygiène, les campagnes de masse (radio, crieurs, théâtre, etc.) ne seront pas prises en compte pour établir le nombre de bénéficiaires directs (mais indirects). Ne seront comptés que le nombre de foyers visités (porte à porte ; séance de sensibilisation en petit groupe, sensibilisation dans les écoles).

DRAFT

DELAIS

Les activités WASH en urgence dans le contexte du RRMP sont à conduire dans un délai de 30 jours maximum à compter dès le début de l'intervention, selon la ligne de temps suivante :

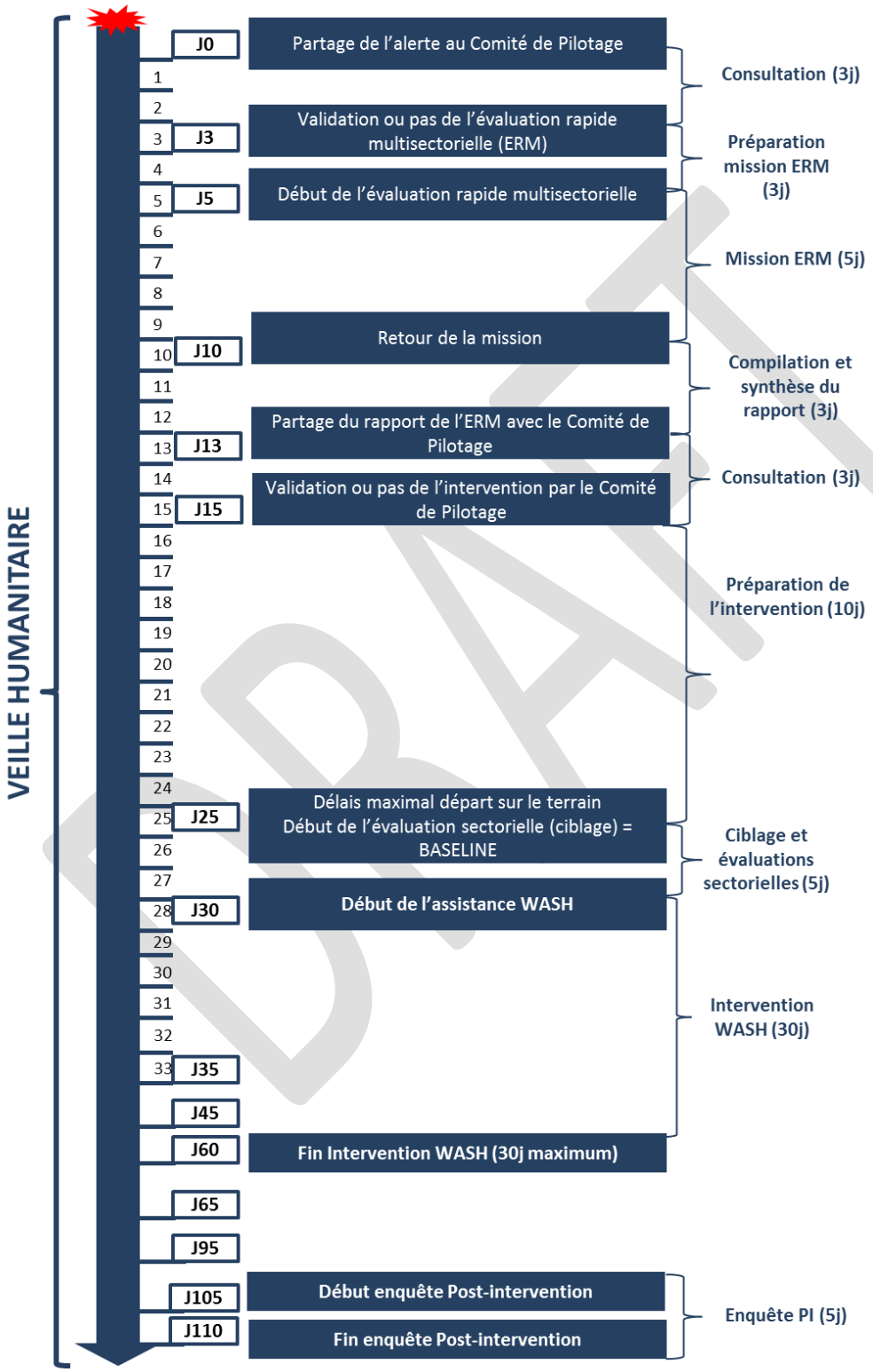

Figure 6 : Ligne du temps de l'intervention WASH.

DRAFT

ACTIVITES :

Afin d'atteindre ces indicateurs, l'intervention WASH doit prévoir les activités ci-dessous. Il faut toutefois bien insister que toute intervention WASH dans une zone doit être au préalable présentée au Bureau du Médecin Chef de Zone au niveau de la Zone de Sante, le BCZ étant en effet responsable des activités en Eau, hygiène et assainissement se déroulant dans sa zone.

Activité 1.2.1	**Livraison d'eau potable d'urgence (camion d'eau, pompage depuis des rivières, lacs, etc.)**
Objectifs	Le recours au 'Water trucking' doit être une solution de dernier recours si aucune autre solution ne peut être trouvée. On doit y préférer la chloration/traitement de l'eau, si des points d'eau accessibles et suffisant existent, ou encore le 'water pumping' L'objectif du water-trucking et le pompage de l'eau issue des rivières est de : - Permettre un approvisionnement en urgence de l'eau lorsque les moyens soft ne suffissent plus à répondre à la crise ou lorsque techniquement, cette solution est la seule envisageable. Toutefois, étant donné son cout, il s'agit d'une solution temporaire qui doit rester exceptionnelle. Une stratégie de sortie doit être anticipée avant même la mise en place de cette activité et un plaidoyer doit être mené auprès du cluster afin de promouvoir : - Construction/aménagement d'ouvrage durable (sources, puits, adduction) - Traitement de l'eau à domicile - Potabilisation traditionnelle de l'eau si les risques liés aux maladies hydriques ont diminues
Quand	Dès le début de l'intervention
Qui	Equipes WASH (à dimensionner)
Durée	30 jours
Préparation	- Identification et invitation des participants - Révision du module de formation par le facilitateur - Préparation des matériels
Déroulement	Cette activité implique les sous-activités suivantes : 1. Choix d'emplacement des bladders/rampes de distribution : Ce choix doit se faire en impliquant la population ciblée et notamment les femmes et les filles qui sont consultées prioritairement. 2. Traitement de la turbidité : En cas de turbidité importante, des mini-stations de traitement de l'eau peuvent être installées (floculation/coagulation dans un tank Onion et chloration dans les bladders). 3. Séances de sensibilisation sur : - La consommation d'eau chlorée pour une meilleure acceptation (goût) - L'entretien des récipients de stockage de l'eau afin de minimiser la contamination post-distribution - Les différentes méthodes de potabilisation de l'eau.
Outils	- Boîte à images sur la consommation d'eau chlorée, l'entretien de récipients de stockages et les méthodes de potabilisation de l'eau

DRAFT

Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de litres d'eau potable livrés (désagrégé par méthode)
Compte rendu	- Photos datées de water trucking et station de pompage - Cahier de water trucking ou la station de pompage

Activité 1.2.2	**Mise en place de points de chloration**
Descriptif et objectifs	Les points de chloration sont mis en place sur l'ensemble des principaux points d'eau où la population ciblée s'approvisionne en eau de boisson suite à une analyse bactériologique déterminant la présence de coliformes fécaux dans l'eau. Selon les normes OMS/Sphère, le taux de coliformes fécaux doit être de 0/100ml d'eau, cependant dans le contexte actuel de la RDC, un taux de 10 coliformes fécaux/100ml d'eau est acceptable. Dans les cas des rivières, lac, eau stagnante, il n'est pas nécessaire de faire de analyse bactériologique (on peut assumer que l'eau est contaminée fortement). Si la première recommandation est de privilégier la chloration au sceau et le traitement d'eau à domicile, les points de chloration sur des ouvrages construits (puits, forages, sources, adduction) doivent être mis en place si on constate une contamination réelle et importante (défini via un test E.Coli et non uniquement un test H2S). L'objectif est de cette activité est de : - S'assurer de la potabilité de l'eau.
Quand	Les points de chloration sont l'activité principale recommandée en début d'épidémie. Cependant, si l'épidémie évolue à la hausse, des moyens plus lourds permettant de diminuer la turbidité pourront être mis en place.
Qui	Equipes WASH (à dimensionner)
Durée	30 jours
Préparation	S'assurer de la disponibilité des produits suivants dans les quantités nécessaires : - Test bactériologiques - H2S - Test turbidité - Sulfate d'aluminium en cas de turbidité - Chlore actif (10g/l)
Déroulement	Cette activité implique les sous-activités suivantes : 1. Préparation de la solution mère : On utilise une solution mère à 1% de chlore actif (soit 10g/l). Cette solution doit être conservée dans un jerrycan en plastique hermétique et à l'abri de la lumière durant une période maximale d'une semaine. 2. Identification, engagement et formation des chlorateurs : Suivant les acteurs et les provinces, le cout de la prime des chlorateurs varie de 1.5$ à 2.5$ pour une demi-journée de travail (6h-12h15 et 12h15-18h30). En milieu urbain (ou zone d'activité économique – ex : Lubumbashi), cette prime peut atteindre 3.5$/demi-journée. 3. Choix des points de chloration à aménager : Cela doit se faire en impliquant la population ciblée et notamment les femmes et les filles

DRAFT

	qui sont consultées prioritairement quant à l'emplacement des points de chlorations. 4. Traitement de la turbidité : En cas de turbidité importante, des mini-stations de traitement de l'eau peuvent être installées (floculation/coagulation dans un tank Onion et chloration dans les bladders). D'après les standards internationaux, ces points d'eau doivent avoir une turbidité inférieure à 5 NTU, cependant, dans l'urgence, il est possible de chlorer une eau brute jusqu'à 20 NTU. Idéalement, un jar test est effectué afin de déterminer la quantité de solutions mère permettant d'obtenir un taux de chlore résiduel libre de 0,5mg/l. 5. Effectuer régulièrement des tests au moment de la consommation de l'eau par les populations, à savoir au domicile des ménages (chlore résiduels libre compris a 0,5 et max 1 mg/l). 6. Séances de sensibilisation sur : - La consommation d'eau chlorée pour une meilleure acceptation (goût) - L'entretien des récipients de stockage de l'eau afin de minimiser la contamination post-distribution - Les différentes méthodes de potabilisation de l'eau. 7. Un plaidoyer doit être mené auprès du cluster pour mettre en place une stratégie de sortie notamment : - Construction/aménagement d'ouvrage durable (sources, puits, adduction) - Reprise communautaire de la lutte contre les maladies épidémiques
Outils	- Boîte à images sur la consommation d'eau chlorée, l'entretien de récipients de stockages et les méthodes de potabilisation de l'eau
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de litres d'eau chlorée
Compte rendu	- Cahier des chlorateurs - Photos datées - Enquête post-intervention

Activité 1.2.3	**Distribution de produits de traitement d'eau à domicile**
Descriptif et objectifs	La distribution d'Aquatabs et PUR (ou même de chlore liquide si disponible) est une des solutions envisageables pour la potabilisation de l'eau. Cependant, les points de chloration doivent être l'activité prioritaire de désinfection de l'eau parce qu'elle est moins couteuse, mais aussi parce qu'elle permet de vérifier la bonne utilisation du désinfectant. Dans certains cas, notamment si la population est très dispersée ou inaccessible, la distribution peut être alors considérée. L'avantage du traitement avec PUR est qu'en plus de la désinfection de l'eau, il va aussi diminuer la turbidité par une coagulation et floculation. Ce produit est conseillé quand la population est dispersée (au cas contraire, une solution plus lourde de traitement de l'eau est envisageable) et quand l'eau a une turbidité importante (> 20 TU).
Quand	La distribution des produits de traitement se fait essentiellement sur les épidémies et/ou de problèmes graves de qualité de l'eau (contamination microbiologique vérifiée par kit del Agua). Il s'agit d'une méthode

DRAFT

	préventive de contrôle des épidémies limites à la distribution du produit. Le kit cholera est réservé aux malades par cholera.
Qui	Equipes WASH (à dimensionner)
Durée	Minimum 15 jours – deux distributions de 1 tablette d'Aquatabs pour 7 jours
Préparation	S'assurer de la disponibilité des produits suivants dans les quantités nécessaires : - Produits de potabilisation de l'eau : Aquatabs, PUR, Uzima
Déroulement	Cette activité implique les sous-activités suivantes : 1. Contact avec le BCZ pour : - Explication de l'intervention et présentation du produit à distribuer. - Signature d'une lettre d'autorisation de distribution du produit - Identification concertée des zones d'interventions 2. Contact avec les autorités locales et comité de déplacés pour présentation du produit. 3. Formation des relais communautaires sur le produit et son utilisation ; distribution à chaque ReCo d'un dépliant d'information sur l'utilisation du produit. 4. Sensibilisation et distribution individuelles aux adultes dans les aires de santé affectées par une hausse des maladies d'origines hydriques. Le standard en déplacement et retour récent étant de 5l/pers/jour, il s'agira donc de distribuer 1 tablette d'Aquatabs pour 7 jours. Le temps minimum d'intervention est de 15 jours, soit 2 distributions d'une tablette en 15j. Les quantités distribuées doivent se limiter à un usage pendant 20 jours pour limiter les reventes et favoriser l'utilisation. Si la crise persiste, une distribution peut être renouvelée. PUR : 2 sachets par jour et par famille pendant 20 jours Aquatabs : 1 pilule par jour et par famille pendant 20 jours (soit 2 plaquettes) Uzima : 1 flacon par famille (équivalent à 20-30 jours de besoin) 5. Suivi quotidien de l'utilisation de l'Aquatabs par des tests du chlore résiduels au niveau des ménages (chlore résiduel à 0,5) 6. Enquête CAP Finale sur l'utilisation du produit et son impact 7) Débriefing avec le BCZ
Outils	-
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb de produits distribués
Compte rendu	- Sortie de produits de potabilisation - Photos datées - Enquête post-intervention

Activité 1.2.4	**Aménagement, captage, réhabilitation des sources d'eau**
Descriptif et objectifs	Les sources/puits/forages/mini-adductions permettent d'obtenir les qualités des eaux souterraines. Si ces dernières ne sont pas polluées et que le captage est bien protégé, les sources/puits offrent une eau de très bonne qualité. Par ailleurs, l'utilisation et l'entretien des sources est particulièrement facile pour les populations. Les sources/puits sont toutefois sensibles à toute

DRAFT

	variation du niveau de la nappe. Il est donc important d'utiliser des motopompes pour l'excavation des puits pour pénétrer en profondeur sous la nappe et favoriser la construction des puits en fin de période sèche. ATTENTION : Le choix de la pompe devra dépendre du contexte local (matériel le plus utilise, accès aux pièces de rechanges, suivre le modèle le plus utilise dans la zone et à défaut, il est recommandé d'utiliser une 'Afridev'.)
Quand	Après l'évaluation technique
Qui	(composition des équipes)
Durée	30 jours
Préparation	-
Déroulement	1. Etude faisabilité : Afin de déterminer le type d'ouvrage à aménager/réhabiliter, il est important de : Pour les sources, une estimation du débit d'étiage (et distance des habitations de 500m max) doit être fait avant d'envisager la construction. L'aménagement d'un réservoir peut être une solution alternative. Il est donc indispensable de mener des enquêtes terrain en compagnie d'une personne habitant le village afin de connaitre le comportement exacte de la source tout au long de l'année. Dans les situations particulières ou il n'existe aucune source à aménager et quand la nature du sol le permet, il est éventuellement possible d'avoir recours à des forages ou puits buses. L'ordre de priorité est comme suit : - Activités de réhabilitation (réhabilitation de forage ou puits…) - Recours aux puits busés : à mettre en place uniquement en saison sèche, dans un sol non-consolide et lorsque l'eau souterraine ne dépasse pas une profondeur de 12m. - Forage manuel : à mettre en place dans un sol non-consolidé, lorsque la profondeur de l'eau souterraine évolue de 8 à 20m. Si l'eau souterraine est beaucoup plus profonde ou si le sol est rocheux et que la seule solution semble être le forage mécanique. Le choix de cette activité devra se prendre au cas par cas, en coordination avec le cluster Wash. Le recours à cette dernière activité doit rester une solution de dernier recours. 2. Choix de l'emplacement : afin de garantir la pertinence des emplacements choisis et une meilleure acceptabilité, le choix des sources/puits à aménager doit se faire en impliquant la population ciblée et notamment les femmes et les filles qui sont consultées prioritairement quant à l'emplacement et à la conception des sources. 3. Captage/aménagement/construction de la source : Ils doivent garantir une exploitation optimale du débit de la source tout en la protégeant des pollutions extérieures notamment d'origine fécale. L'aménagement sources/puits doit garantir une bonne protection de l'eau ainsi qu'un usage aisé pour les populations. Il est important d'aménager un système d'évacuation des eaux afin de ne pas favoriser le développement de bourbiers et d'eau stagnantes. Plusieurs erreurs ont été observées lors de la captation de la source. Le tuyau qui va vers la zone de puisage est souvent trop haut, créant une hauteur d'eau stagnante dans la captation (barrage), facilitant la contamination de l'eau. Il est important que ce tuyau soit au niveau du sol pour éviter ce mécanisme de stagnation. Si cela est fait pour compenser le faible dénivelé, il est probable que cette source ne soit pas propice à un aménagement.

DRAFT

	Pour les sources avec un débit trop faible, un réservoir peut être envisagé. Le volume du réservoir doit être calcule suivant les critères de débit (d'étiage), d'heures de consommation et de population. Il est important de remettre des robinets de rechange au comité charge de la gestion de source avec réservoir. 4. Séances de sensibilisation sur : - L'entretien des ouvrages aménagés (formation de Comite de Gestion de Points d'Eau- CoGePE) - L'entretien des récipients de stockage de l'eau afin de minimiser la contamination post-distribution 5. A la fin de l'intervention, un kit de maintenance doit être remis au CoGePE préalablement forme à son utilisation. La composition minimale du kit de maintenance est indiquée dans le document d'orientation technique attaché à ce guide.
Outils	- Orientations techniques et standards d'utilisations
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de sources aménagées (désagrégé par type de source)
Compte rendu	- Enquête technique pré et post intervention - Photos datées avant, pendant et après les travaux - Enquête post-intervention

Activité 1.2.5 et 1.2.6	**Réhabilitation/construction des latrines familiales et collectives d'urgence, séparées par sexe et dotées de dispositifs de lavage de mains, dans les sites de déplacement (sites spontanés ou lieux publics), les centres de santé et les écoles**
Descriptif et objectifs	Les blocs publics de latrines d'urgence sont intégralement construits par le programme au cours de l'intervention selon les modalités suivantes: - Fourniture des matériaux par le RRMP (chevrons, couverture plastique, etc. - Fourniture de la main d'œuvre qualifiée ou assistance technique pour la construction - Respect des engagements pour la protection des filles et des femmes (blocs hommes séparés du bloc femmes, portes avec un verrou à l'intérieur, visuel distinguant les latrines femmes des latrines hommes) 1 porte de latrine d'urgence est utilisée par 50 personnes en respectant le ratio suivant : pour 10 postes de latrines, 6 postes sont destinés aux femmes et 4 postes aux hommes A la fin de l'intervention, un kit de maintenance doit être remis au CoGeLa (Comite de Gestion de Latrines) préalablement formé à son utilisation. L'objectif de cette activité est de : - Garantir l'assainissement des sites de déplacement pour éviter couper la chaine de transmission des maladies oro-fécaux.
Quand	Après l'évaluation technique
Qui	Equipes WASH (à dimensionner)
Durée	30 jours (la construction d'un bloc peut prendre entre 3 et 5 jours)

DRAFT

Préparation	S'assurer de la disponibilité des produits suivants dans les quantités nécessaires : - Matériaux locaux pour la structure - Couverture plastique
Déroulement	1. Choix de l'emplacement : afin de garantir la pertinence des emplacements choisis et une meilleure acceptabilité, le choix des doit se faire en impliquant la population ciblée et notamment les femmes et les filles qui doivent être consultées prioritairement. 2. Creusement de la fosse (minimum 2 mètres de profondeur). Il est important de vérifier le niveau de la nappe phréatique pour éviter tout risque de contamination des eaux souterraines. 3. Construction et pose de la superstructure avec des matériaux locaux 4. Identification des portes latrines femme et homme 5. Mise en place d'un système de nettoyage pour chaque latrine (Comité de gestion de latrines - CoGeLa) 6. Remise des outils de nettoyage au CoGeLa.
Outils	-
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de portes latrines familiales d'urgence séparées par sexe avec dispositif de lavage de mains réhabilitées/construites
Compte rendu	- Photos datées - Enquête post-intervention

Activité 1.2.8	**Réhabilitation/construction des douches familiales ou collectives d'urgence, séparées par sexe et dotées de dispositifs de lavage de mains, dans les sites de déplacement (sites spontanés et lieux publics), écoles et centres de santé**
Descriptif et objectifs	Comme dans le cas des blocs publics de latrines, les douches d'urgence sont intégralement construites par le programme au cours de l'intervention selon les modalités suivantes: - Fourniture des matériaux par le RRMP (chevrons, couverture plastique, etc. - Fourniture de la main d'œuvre qualifiée ou assistance technique pour la construction - Respect des engagements pour la protection des filles et des femmes (blocs hommes séparés du bloc femmes, portes avec un verrou à l'intérieur, visuel distinguant les latrines femmes des latrines hommes) 1 porte de douche est utilisée par 50 personnes en respectant le ratio suivant : pour 10 postes de latrines, 6 postes sont destinés aux femmes et 4 postes aux hommes L'objectif de cette activité est de : - Doter les populations d'un espace protégé pour la douche.
Quand	Après l'évaluation technique
Qui	Equipes WASH (à dimensionner)
Durée	30 jours (la construction d'un bloc peut prendre entre 3 et 5 jours)

DRAFT

Préparation	S'assurer de la disponibilité des produits suivants dans les quantités nécessaires : - Matériaux locaux pour la structure - Couverture plastique
Déroulement	1. Choix de l'emplacement : afin de garantir la pertinence des emplacements choisis et une meilleure acceptabilité, le choix des doit se faire en impliquant la population ciblée et notamment les femmes et les filles qui doivent être consultées prioritairement. 2. Construction et pose de la superstructure avec des matériaux locaux 3. Identification des portes douches femme et homme 4. Utiliser le Comité de gestion de latrines pour le nettoyage des douches 5. Remise des outils de nettoyage au CoGeLa
Outils	-
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de portes douches familiales ou collectives d'urgence séparées par sexe réhabilitées/construites
Compte rendu	- Photos datées - Enquête post-intervention

Activité 1.2.9	**Réhabilitation/construction des trous à ordures**
Descriptif et objectifs	Les trous à ordure sont réalisés au cours de l'intervention suivant les modalités suivantes: - Fourniture de matériel par le programme (prêt d'outils) - Fourniture de la main d'œuvre par le programme Il s'agit de trous à ordure simple, sans maçonnerie. - Il doit répondre aux standards locaux de 1 trou pour 500 personnes. Le trou à ordure ne nécessite pas une ligne budgétaire spécifique. En effet, il peut être creusé via participation communautaire ou par quelques journaliers en cas d'urgence. L'objectif de l'activité est de : - S'assurer de la bonne disposition des déchets solides pour éviter les risques de contamination et contrôler les vecteurs.
Quand	Après l'évaluation technique
Qui	Equipes WASH (à dimensionner)
Durée	30 jours (la construction d'un trou peut prendre entre 3 et 5 jours)
Préparation	S'assurer de la disponibilité des instruments pour le creusage du trou
Déroulement	1. Choix de l'emplacement : afin de garantir la pertinence des emplacements choisis et une meilleure acceptabilité, le choix des doit se faire en impliquant la population ciblée et notamment les femmes et les filles qui doivent être consultées prioritairement. 2. Creusage du trou 3. Protection du trou avec une clôture de protection 4. Indications de sécurité
Outils	-

DRAFT

Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de trous à ordures réhabilitées/construites
Compte rendu	- Photos datées - Enquête post-intervention

Activité 1.2.10	**Sensibilisation des personnes déplacées/retournées sur l'importance du lavage des mains dans la prévention de la diarrhée et sur son traitement**
Descriptif et objectifs	Compte tenu de l'importance des activités de sensibilisation sur l'ensemble des interventions WASH, les équipes sensibilisation du RRMP doivent être dimensionnées en conséquence. Trois types de sensibilisations seront menés tout au long des activités WASH RRMP : - Promotion des bonnes pratiques d'hygiène - Potabilisation de l'eau - Assainissement du milieu A ces sensibilisations clés s'ajoutent celles sur la participation communautaire indispensable tout au long de l'intervention WASH.
Quand	Dès le début de l'intervention WASH
Qui	Ces différentes sensibilisations visent : - L'ensemble de la population ciblée avec une attention particulière sur la formation des filles et des femmes à travers des focus group - Les Relais Communautaires - Les Comites de maintenance créés (CoGePE, CoGeLa, Comité d'hygiène)
Durée	Chaque séance doit durer maximum 1h30
Préparation	- Préparer les supports de sensibilisation - Identifier l'endroit pour la sensibiliser - Inviter à l'avance les publics concernés - Adapter les messages et les techniques au contexte
Déroulement	1. Mettre le public dans une position confortable 2. Introduite le thème de la séance 3. Faire la séance en utilisant la méthodologie de sensibilisation la plus adaptée : - Sensibilisation de masse (aux points d'eau, dans les lieux publics, dans les Eglises, lors de distribution…) - Focus group (séparés par sexe, âge, statut, ethnie…) - Piécette de théâtre - Jeux de rôle - Chansons - Utilisation de boites a images 4. La sensibilisation peut aussi se faire à travers différents media : - Radio communautaires 5. Identifier les engagements avec les participants 6. Evaluer la séance 7. Faire le suivi des engagements
Outils	- Supports de sensibilisation (boite à images, vidéos, spots radio, etc.)

DRAFT

Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. personnes participant aux séances de sensibilisation - Nb de comités crées et formés
Compte rendu	- Photos datées - Enquête post-intervention

SUIVI ET RAPPORTAGE

- Base de données Activity Info

DRAFT

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN PROTECTION/EDUCATION

RESULTATS ATTENDUS ET INDICATEURS

La protection en générale et la protection des enfants, via leur intégration à l'école, est aussi une des priorités sur laquelle le RRMP s'est engagé à intervenir. Ces activités contribuent à l'atteinte du **Résultat Stratégique 2** du cadre de résultats RRMP qui se focalise sur l'amélioration de l'accès aux biens et services.

Résultat stratégique 1 :	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou en situation de post-crise, sont protégés grâce à son intégration à l'école et à d'autres activités de Protection.*

Pour ce résultat stratégique, nous mesurons deux indicateurs de résultat dont l'atteinte est étroitement liée aux activités favorisant la protection des adolescents et des enfants – voir tableau ci-dessous.

Indicateur 1	**% d'enfants ciblés par l'intervention disant se sentir bien accueillis à l'école (désagrégé par sexe)**
Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant la façon dans laquelle le programme avec ses activités d'intégration, sensibilisation et formation contribue à la protection de l'enfant.
Mode de collecte	Enquête post-intervention
Mode de calcul	Nb d'enfants interviewés disant se sentir bien accueillis à l'école / Nb d'enfants interviewés
Moyen de vérification	Fiches d'enquêtes
Valeur de base	
Valeur à atteindre	60%

Indicateur 2	**% de personnes disant se sentir mieux protégés dans le site de déplacement (désagrégé par sexe)**
Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant la façon dans laquelle le programme avec ses activités contribue à la sensation de sécurité et de protection.
Mode de collecte	Enquête post-intervention
Mode de calcul	Nb de personnes interviewés disant se sentir mieux protégées dans le site de déplacement/ Nb de personnes interviewées
Moyen de vérification	Fiches d'enquêtes

DRAFT

Valeur de base	
Valeur à atteindre	60%

Un premier sous-résultat, qui concerne les activités d'intégration des enfants à l'école, a été identifié pour ce résultat majeur :

Sous-résultat 1.2 :	*Les enfants les plus vulnérables (filles et garçons) , victimes des crises ou en situation de post-crise, ont accès à l'école dans un environnement sain qui contribue à leur protection et bien être physique et psychosocial.*

La performance dans l'atteinte de ce résultat est mesurée par 4 indicateurs :

Indicateur 1	**% enfants déplacés/retournés en âge scolaire non-scolarisés qui ont été scolarisés grâce à l'intervention (désagrégé par sexe)**
Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant la façon dans laquelle le programme avec ses activités d'intégration facilite l'insertion dans les écoles des enfants touchés par les conflits et qui sont en dehors du système scolaire.
Mode de collecte	Rapport d'activités, registre de présences dans les écoles
Mode de calcul	Nb d'enfants déplacés/retournés en âge scolaire non scolarisés qui ont été scolarisés par l'intervention/ Nb d'enfants déplacés/retournés en âge scolaire non scolarisés
Moyen de vérification	Evaluation technique, registre présence, EPI, AI
Valeur de base	
Valeur à atteindre	60%

Indicateur 2	**% des écoles qui utilisent les transferts monétaires conditionnels intégration pour la réintégration des enfants ciblés.**
Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant la façon dans laquelle le programme avec ses activités d'intégration facilite l'accès à l'éducation des enfants touchés par les conflits et qui sont en dehors du système scolaire.
Mode de collecte	Plan d'amélioration, enregistrement des montants livrés, et registre de présences dans les écoles
Mode de calcul	Nb d'écoles qui utilisent les transferts monétaires conditionnels intégration pour la réintégration des enfants ciblés/ Nb d'écoles qui reçoit les transferts monétaires conditionnels intégration.
Moyen de vérification	Evaluation technique, rapport de suivi
Valeur de base	
Valeur à atteindre	100%

DRAFT

Indicateur 3	**% des écoles qui utilisent une partie des transferts monétaires conditionnels réhabilitation pour l'amélioration des infrastructures scolaires selon un plan d'intégration.**
Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant la façon dans laquelle le programme avec ses activités des réhabilitations contribue à bien-être physique des enfants
Mode de collecte	Enregistrement des montants livrés
Mode de calcul	Nb d'écoles qui utilise les transferts monétaires réhabilitation pour l'amélioration des infrastructures scolaires selon un plan d'intégration/ Nb d'écoles qui reçoit les transferts monétaires réhabilitation
Moyen de vérification	Evaluation technique, rapport de suivi, Photos avant et après réhabilitation, Plans de réhabilitation des écoles.
Valeur de base	
Valeur à atteindre	100%

Indicateur 4	**% d'enseignants /volontaires communautaires formés sur l'appui psychosocial ayant réussi au post test.**
Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant la façon dans laquelle le programme avec l'activité de formation sur l'appui psychosocial améliore la capacité des enseignants d'identifier et appuyer les enfants traumatisés par les conflits
Mode de collecte	Pré-test/Post-test
Mode de calcul	Nb d'enseignants/volontaires communautaires formés ayant réussi au post test/ Nb d'enseignants/volontaires formés
Moyen de vérification	Evaluation technique,
Valeur de base	
Valeur à atteindre	60%

Le deuxième sous-résultat concerne les activités de protection, particulièrement la protection des enfants. Il est formulé comme suit :

Un premier sous-résultat, qui concerne les activités d'intégration des enfants à l'école, a été identifié pour ce résultat majeur :

Sous-résultat 1.2 :	*Les enfants les plus vulnérables (filles et garçons) sont protégés contre les principaux risques de violences faites aux enfants.*

La performance dans l'atteinte de ce résultat est mesurée par 2 indicateurs :

Indicateur 1	**Nb. de cas de protection référés aux équipes RRMP une semaine après la sensibilisation.**

DRAFT

Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant la façon dans laquelle le programme avec ses activités de sensibilisation sur les risques de protection contribue au référencement des cas de protection.
Mode de collecte	
Mode de calcul	Nb. de cas de protection référés aux équipes RRMP une semaine après la sensibilisation.
Moyen de vérification	Registre de référencement
Valeur de base	ND
Valeur à atteindre	ND

Indicateur 2	**Nb. d'enfants vulnérables réfères a un partenaire de protection de l'enfant : enfants sortis des forces et groupes armes, enfants victimes de violence sexuelle, enfants séparés et non accompagnés (désagrégé par sexe).**
Définition	Il s'agit d'un indicateur mesurant la façon dans laquelle le programme contribue au référencement des cas de protection
Mode de collecte	
Mode de calcul	Nb. d'enfants vulnérables réfères a un partenaire de protection de l'enfant : enfants sortis des forces et groupes armes, enfants victimes de violence sexuelle, enfants séparés et non accompagnés (désagrégé par sexe).
Moyen de vérification	Registre de référencement
Valeur de base	ND
Valeur à atteindre	ND

SEUILS ET PRECONDITIONS D'INTERVENTION SECTORIELS

La prise de décision pour l'intervention Education/Protection est faite en deux étapes. Dans un premier moment, nous allons mesurer le risque potentiel des vulnérabilités en Education pendant l'Evaluation multisectorielle, ce qui va permettre d'identifier le besoin de faire une évaluation sectorielle pour effectivement valider l'intervention.

Critères pour valider une évaluation sectorielle approfondie en Education :

Questions	Pondération réponses
Variation du Ratio élèves/salles de classe avant et après la crise	Si >30%, 5 points Si >15% <20%, 2,5 points Si <15%, 0 points
Existence d'un programme éducation dans la zone d'intervention ciblant les mêmes écoles	Si non, 5 points Si oui, 0 points Si pas d'information 2,5 points
Après calcul de la moyenne :	

DRAFT

> 3, valider l'évaluation sectorielle approfondie
> 2 < 3, regarder l'évolution de la situation
< 2, pas de validation

Si les conditions sont remplies, l'équipe de l'évaluation sectorielle va vérifier le critère essentiel pour valider une intervention éducation, à savoir :

Questions	Pondération réponses
% des enfants déplacés/retournés en âge scolaire non scolarisés	Si >60%, valider Si <60%, pas valider

Les activités de protection vont toujours accompagner les activités Education.

CALCULS DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires d'une intervention éducation sont ciblés sur la base d'une évaluation sectorielle.

Les enfants bénéficiant de la réintégration à l'école sont comptés comme bénéficiaires.

DELAIS

Les activités Education/Protection dans le contexte du RRMP sont à conduire dans un délai de maximum 1 mois à compter dès le début de l'intervention, selon la ligne de temps suivante :

DRAFT

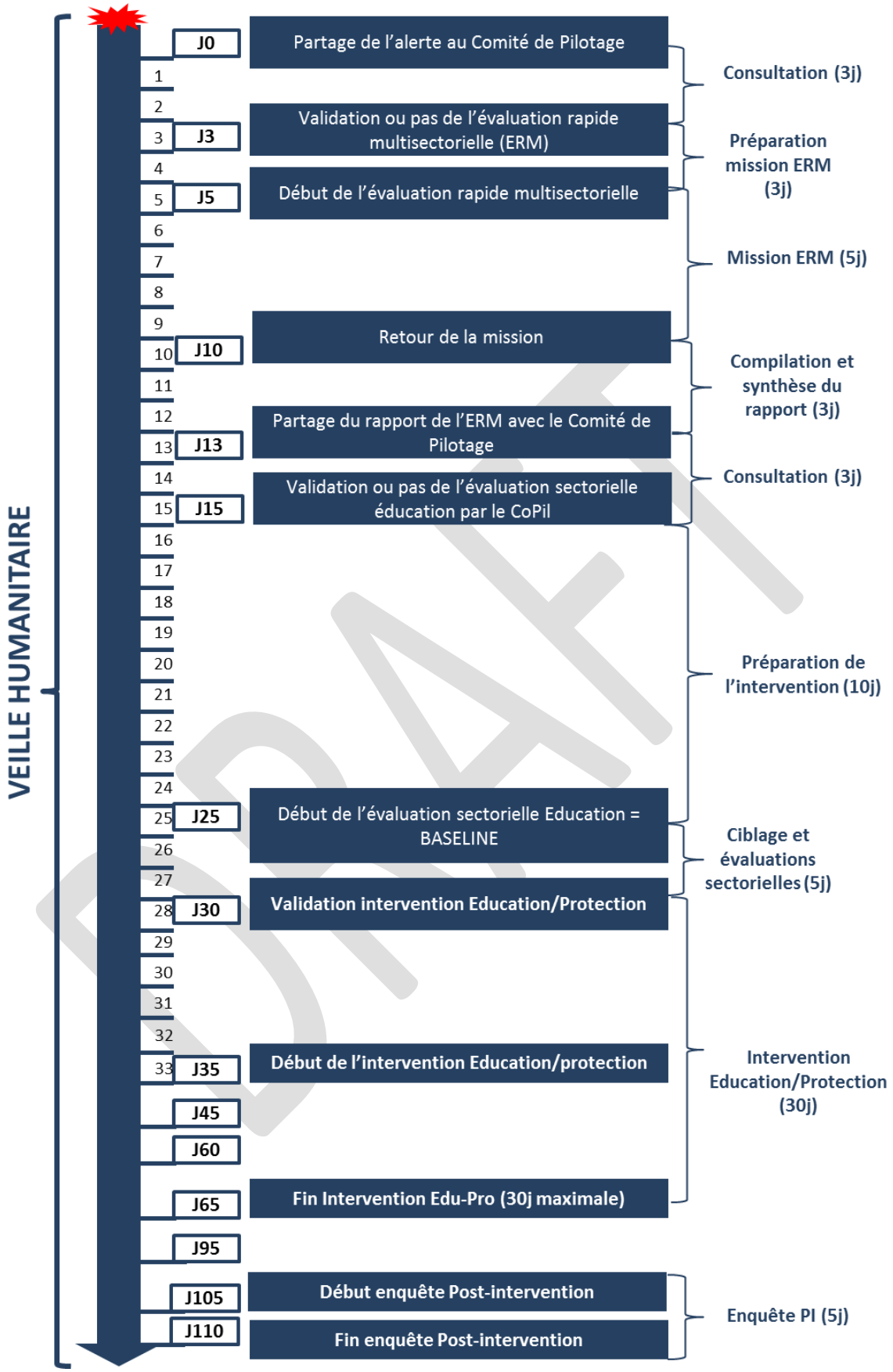

Figure 7 : Ligne du temps pour l'intervention Education/Protection

ACTIVITES EDUCATION :

Afin d'atteindre ces indicateurs, l'intervention Education/protection doit prévoir les activités ci-dessous.

- ✓ Il est important d'insister que toute intervention Education dans une zone doit être au préalable présentée au EPSP de la zone et planifié en coordination avec lui/elle.

Activité 2.1.1	**Transferts monétaires conditionnels aux écoles pour intégration des enfants vulnérables en âge scolaire**
Objectifs	Faciliter l'intégration des enfants vulnérables en âge scolaire aux écoles et améliorer la capacité des écoles d'accueillir ses enfants.
Quand	Après l'identification et enregistrement des enfants hors système
Qui	L'équipe RRMP éducation--protection, Directeur de l'école, Comité des parents
Durée	3 mois pour le transfert (deux tranche de paiement), les enfants devraient être gardés à l'école toute l'année scolaire
Préparation	Sensibilisation de la communauté sur l'importance de l'éducation et l'éducation inclusive - Identification et enregistrement des enfants hors système (déplacés, retournés et autochtones à risque d'abandon ou qui ont abandonné, enfants marginalisés) - Sensibilisation des directeurs, enseignants, élèves et COPA sur l'approche des transferts monétaires conditionnels aux écoles.
Déroulement	1. Calcul du montant de transfert monétaire conditionnel par école. 2. Établissement d'un contrat signé entre le RRMP et chaque école le nombre de mois pendant lesquels les enfants devraient être gardés à l'école (normalement jusqu'à la fin de l'année scolaire). 3. Identification des besoins prioritaires de l'école. 4. Elaboration de plan d'amélioration de l'école avec le directeur, un représentant des enseignants, COPA et 6 représentants des élèves (f/g) dont 2 niveau 2, 2 niveau 4, 2 niveau 6. 5. Une fois que le plan et rédigé et approuvé, les fiches de remise du financement, les transferts monétaires conditionnels réintégration sont remplies et le montant du voucher est remise à la présence de toutes les parties prenantes. 6. Au niveau administratif, le montant du transfert monétaire conditionnel réintégration doit être considéré comme intrant dans la caisse de l'école et la sortie de l'argent pour la mise en place des activités prévues par le plan doit être approuvée par toutes les parties prenantes. En plus chaque dépense doit être justifiée par une facture. Activités à financer à travers le transfert monétaire réintégration : - possibles travaux d'amélioration ou réhabilitation légère - formations (à part les couts pour le paiement Inspecteurs EPSP); - enseignants non mécanisés - Frais scolaires pour les enfants (i.e. TENAFEP) Les uniques exceptions sont :

DRAFT

	- Les frais des enseignants des cours de récupération ne doivent pas être prises en compte dans les transferts monétaires conditionnelles parce que budgétisé séparément dans le cadre du RRMP - Le paiement de prime a des enseignants déjà payés par le gouvernement. L'approche transferts monétaires conditionnels aux écoles doit être accompagnée par une forte sensibilisation et mobilisation communautaire afin de préparer la stratégie de sortie et ne pas risquer qu'après l'intervention RRMP les enfants intégrés soient renvoyés de l'école.
Outils	Protocol d'accord, Canevas de plan d'amélioration, Fiche de suivi
Indicateurs de réalisation de l'activité	Nb. d'enfants bénéficiant des transferts monétaires conditionnels intégration (désagrégé par sexe)
Compte rendu	

Activité 2.1.2	**Transferts monétaires conditionnels aux écoles pour réhabilitation des écoles afin de faciliter l'intégration des enfants vulnérables**
Descriptif et objectifs	Améliorer la capacité des écoles d'accueillir les enfants vulnérables réintégrés
Quand	
Qui	L'équipe RRMP éducation-protection
Durée	La période de l'intervention (1 à 2 mois)
Préparation	
Déroulement	Evaluation des besoins (la capacité d'absorption des salles de classes existantes pour des nouveaux élèves) Pour les activités de réhabilitation l'approche à base communautaire doit être favorisé afin d'assurer une meilleure implication des communautés
Outils	-
Indicateurs de réalisation de l'activité	Nb. d'écoles bénéficiant de transferts monétaires conditionnels réhabilitation -
Compte rendu	-

Activité 2.1.3	**Cours de récupération o pour les enfants réintégrés à l'école**
Descriptif et objectifs	Permettre aux enfants déplacés/retournés qui manquent plusieurs mois d'écoles de recommencer les cours le plus tôt possible et les réintégrer à l'école.
Quand	Apres l'identification et enregistrement des enfants hors système

DRAFT

Qui	L'équipe RRMP éducation-protection, le directeur de l'école, et les enseignants
Durée	La durée des cours de récupération est définie sur la base de la durée du déplacement et sur le nombre de mois à récupérer par les enfants déplacés/et autres mais pas au-delà de 3 mois.
Préparation	Les cours et se focalise sur les 3 matières principales (Français, Mathématiques, Langue Nationale) ; - Les leçons sont conduites par les enseignants de l'école ; - Le niveau et besoin en récupération sera évalué au début de l'intervention à travers un test fait par l'enseignant: l'enseignant proposera par la suite un calendrier condensé pour les cours de récupération - Motivation pour enseignant : L'enseignant qui facilite le cours de récupération reçoit une motivation de 30 USD/mois pendant une durée de 3 mois.
Déroulement	- Détermination du niveau des enfants par un pré-test - Organisation des cours de récupération pendant les après-midi pendant une session de 2 à 3 heures maximums (normalement 2 heures du 1er au 4em niveau, 3 heures pour 5em et 6em) - Organisation d'un post-test administre par l'enseignant sous la supervision du directeur et de l'inspecteur - Distribution d'un repas légère pour les enfants que font les cours de récupération
Outils	Fiche de pré-test et post-test
Indicateurs de réalisation de l'activité	% d'enfants réintégrés à l'école participants au cours de rattrapage (désagrégé par sexe)
Compte rendu	Post-test

Activité 2.1.4	**Formation des enseignants/volontaires communautaires sur l'appui psychosocial**
Descriptif et objectifs	Renforcer la capacité des enseignants/volontaires communautaires à identifier et appuyer les enfants à surmonter le stress vécu
Quand	Dans les 30 jours de la mise en œuvre des activités
Qui	L'équipe RRMP éducation-protection
Durée	5 jours pleins ou 7 demi-journées pour enseignants qui n'ont jamais été formés 1 à 2 jours recyclage pour enseignants qui ont déjà été formés
Préparation	
Déroulement	La formation est assurée par le staff ONG. Si des Inspecteurs EPSP sont formés ils peuvent être consultés. Des Inspecteurs EPSP non formés sont à associer lors des formations pour renforcer leurs capacités.
Outils	- Module standard AVSI

DRAFT

Indicateurs de réalisation de l'activité	% d'enseignants /volontaires communautaires formés sur l'appui psychosocial
Compte rendu	-

Activité 2.1.5	**Réalisation des activités récréatives pour les enfants**
Descriptif et objectifs	Aider les enfants et adolescents à surmonter le stress vécu et sont complémentaires aux activités éducatives
Quand	Les activités récréatives ne sont pas liées au calendrier scolaire. Pour l'aspect de la protection et du bien-être psychosocial des enfants et adolescents il est pertinent d'encourager des activités récréatives tout au long de l'intervention. Pendant les vacances scolaires les activités récréatives peuvent être renforcées et associées aux sensibilisations sur l'éducation pour la paix
Qui	L'équipe RRMP éducation-protection, les enseignants
Durée	Tout au long de l'intervention
Préparation	Organiser des séances d'information avec les parents et les enseignants afin de définir avec eux les activités les plus appropriées et encourager une plus grande participation.
Déroulement	Distribuer les kits récréatifs (le contenu des kits est déjà établi)
Outils	Le module de référence est le module d'AVSI « Veux-tu jouer avec moi » qui contient une annexe sur l'intégration des enfants en situation de handicap
Indicateurs de performance de l'activité	Nb d'enfants participant aux activités récréatives (désagrégés par sexe)
Compte rendu	-

Activité 2.1.6	**Si pas d'intervention WASH RRMP, mise en place un paquet minimum de WASH dans l'école**
Descriptif et objectifs	Contribuer à un environnement sain qui contribue à la protection et au bien-être physique des enfants
Quand	Pendant la mise en œuvre du plan d'amélioration de l'école (l'étape d'identification des besoins priorises au niveau de l'école)
Qui	L'équipe RRMP éducation-protection
Durée	Pendant le période d'intervention de 3 mois
Préparation	Identification des besoins priorisés
Déroulement	Selon les besoins identifiés : Mise en place des latrines séparées filles/garçons accessibles sans danger pour tous les enfants y compris les enfants avec des besoins spécifiques - Mise en place des lavages de main (latrine et lavage main urgence / latrine et lavage main semi-durable)

DRAFT

	- Distribution d'un kit hygiène par école - Formation sur l'utilisation du kit hygiénique (au lieu du savon, encourager l'utilisation du centre) - -Sensibilisation sur l'hygiène et prévention du cholera
Outils	-
Indicateurs de performance de l'activité	Nb. de portes latrines collectives réhabilitées/construites (désagrégé par sexe)
Compte rendu	-

ACTIVITES PROTECTION :

Afin d'atteindre ces indicateurs, l'intervention Protection doit prévoir les activités ci-dessous.

Activité 2.2.1	**Sensibilisation sur les risques de protection de l'enfant dans une situation de déplacement : séparation familiale, recrutement par des groupes armés, enlèvement, violence sexuelle.**
Objectifs	Renforcer la capacité de la communauté de prévenir l'exposition aux risques de protection de l'enfant.
Quand	
Qui	L'équipe RRMP éducation-protection
Durée	-
Préparation	- Préparer les supports de sensibilisation - Identifier l'endroit pour la sensibiliser - Inviter à l'avance les publics concernés - Adapter les messages et les techniques au contexte
Déroulement	1. Mettre le public dans une position confortable 2. Introduite le thème de la séance 3. Faire la séance en utilisant la méthodologie de sensibilisation la plus adaptée : - Sensibilisation de masse (aux points d'eau, dans les lieux publics, dans les Eglises, lors de distribution…) - Focus group (séparés par sexe, âge, statut, ethnie…) - Piécette de théâtre - Jeux de rôle - Chansons - Utilisation de boites a images 4. La sensibilisation peut aussi se faire à travers différents media : - Radio communautaires 5. Identifier les engagements avec les participants 6. Evaluer la séance 7. Faire le suivi des engagements
Outils	- Module de formation

DRAFT

Indicateurs de réalisation de l'activité	Nb. d'adultes ayant participé à une séance de sensibilisation visant à accroitre la compréhension des risques de protection de l'enfant dans une situation de déplacement (désagrégé par sexe)
Compte rendu	-

Activité 2.2.2	**Sensibilisation des adolescents sur les mesures de mitigation aux risques de protection dans une situation de déplacement" (au cas par cas: séparation familiale, exposition au VIH, exposition aux violences sexuelles, etc. (en références aux *Core Commitments for Children*)**
Descriptif et objectifs	Renforcer la capacité de la communauté de prévenir l'exposition aux risques de protection de l'enfant.
Quand	
Qui	L'équipe RRMP éducation-protection
Durée	
Préparation	- Préparer les supports de sensibilisation - Identifier l'endroit pour la sensibiliser - Inviter à l'avance les publics concernés - Adapter les messages et les techniques au contexte
Déroulement	1. Mettre le public dans une position confortable 2. Introduite le thème de la séance 3. Faire la séance en utilisant la méthodologie de sensibilisation la plus adaptée : - Sensibilisation de masse (aux points d'eau, dans les lieux publics, dans les Eglises, lors de distribution…) - Focus group (séparés par sexe, âge, statut, ethnie…) - Piécette de théâtre - Jeux de rôle - Chansons - Utilisation de boites a images 4. La sensibilisation peut aussi se faire à travers différents media : - Radio communautaires 5. Identifier les engagements avec les participants 6. Evaluer la séance 7. Faire le suivi des engagements
Outils	-
Indicateurs de réalisation de l'activité	Nb. d'adolescents (12-18 ans) ayant participé à une séance de sensibilisation sur les mesures de mitigation aux risques de protection dans une situation de déplacement (désagrégé par sexe)
Compte rendu	-

DRAFT

Activité 2.2.3	**Transmission immédiate de l'alerte de protection et référencement a des structures de prise en charge.**
Descriptif et objectifs	Renforcer la capacité d'identifier et de rapporter les violations des droits des enfants par les mécanismes appropriés.
Quand	
Qui	L'équipe RRMP éducation-protection
Durée	
Préparation	-
Déroulement	
Outils	Fiches d'incidents
Indicateurs de réalisation de l'activité	Nb. de fiches d'incident partagées avec les points focaux MRM UNICEF section protection de l'enfant.
Compte rendu	-

SUIVI ET RAPPORTAGE

- Base de données Activity Info

DRAFT

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN SANTE

RESULTATS ATTENDUS ET INDICATEURS

L'accès aux soins de santé de base en situation d'urgence constitue l'une des priorités pour les populations en situation de déplacement afin qu'elles bénéficient d'une réponse appropriée et en temps réel. Cette réponse se situe dans un contexte où les zones d'interventions sont caractérisées par la difficulté de l'accès et le manque/insuffisance de mécanismes flexibles de réponse rapide en santé d'urgence. Les activités développées contribueront à l'atteinte du **Résultat Stratégique 3** du cadre de résultats RRMP qui se focalise sur l'amélioration de l'accès aux biens et services.

Résultat stratégique 3 :	*La mortalité et morbidité des enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou en situation de post-crise, avec risque épidémique, sont reduites.*

Pour ce résultat stratégique, nous mesurons trois indicateurs de résultat dont l'atteinte est étroitement liée aux activités favorisant l'accès en temps record des populations affectées par les mouvements lies aux conflits aux soins de santé de base d'urgence – voir tableau ci-dessous.

Indicateur 1 [2]	**Taux de mortalité journalier pour 1.000 habitants par jour au niveau du site d'intervention -structures et communautés -**
Définition	Indicateur proxy pour cerner les niveaux de mortalité notamment : le nombre de décès institutionnels (décès ayant lieu dans les structures appuyées et au niveau communautaire au cours de la période couverte par le RRMP sante.
Mode de collecte	Monitorage pendant l'intervention Monitoring communautaire au cours de la période de mise en œuvre Revue documentaire
Mode de calcul	Il est calculé en rapportant le nombre total de décès survenus dans les ménages et structures appuyées au cours des interventions du RRMP santé a l'effectif de la population cible totale de l'intervention et se rapporte pour 1000 habitants au cours d'une période a monitorer (30 jours)
Moyen de vérification	Registres de consultations et d'hospitalisation, Registres des décès des structures de santé Registres de décès au sein de la communauté Rapports SNIS Rapport de monitoring des décès au niveau communautaire par les RECO et CODESA
Valeur de base	Non disponible
Unité	Nombre de décès pour 1000 habitants
Valeur à atteindre	<1 décès/1.000 habitants/ mois

[2] Indicateur proxy qui permet de cerner le niveau de mortalité dans les régions avec interventions RRMP sante (sites des soins et commentaires)

DRAFT

Période de collecte	Cette donnée est collectée mensuellement dans tous les structures et ménages couverts par les interventions du RRMP Santé

Indicateur 2	**Taux de létalité dû au choléra**
Contexte	En cas d'épidémie de choléra dans les zones de déplacement ou endémo-épidémique, exceptionnellement, dans des zones où il n'y a pas de présence d'autres acteurs avec des capacités de réponse.
Définition	C'est la proportion de cas de décès liés au choléra au cours de l'intervention RRMP par rapport au nombre total de cas de choléra notifiés/rapportés au cours de la même période. Cet indicateur permet d'apprécier l'impact des interventions organisées par rapport à la prévention et à la qualité de la prise en charge médicale du choléra au sein de la population affectée.
Mode de collecte	Revue documentaire Liste linéaire de chaque Zone affectée
Mode de calcul	Nombre total de décès dus au Choléra durant le mois (pendant une intervention RRMP) x 100 / Nombre total de cas de Choléra durant la même période
Moyen de vérification	Registres de consultations et registres des Maladies à Potentiel Epidémique (MAPEPI) ; Rapports hebdomadaires de surveillance épidémiologique ; Rapports du système National d'Information Sanitaire (SNIS) Rapport des RECO et CODES
Valeur de base	< 1% (interventions RRMP santé à Alunguli, au Maniema)
Valeur à atteindre	<1%
Période de collecte	Mensuelle, lors des épidémies

Indicateur 3	**Taux de létalité dû à la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de < 5 ans dépistés malnutris au cours de l'intervention (désagrégé filles/garçons)**
Définition	C'est la proportion de cas de décès liés à la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de < 5 ans dépistés malnutris survenu dans les sites d'intervention RRMP sante par rapport au nombre total de cas de malnutrition identifiés et pris en charge au cours de la même période. Cet indicateur permet d'apprécier l'impact des interventions nutritionnelles organisées par le RRMP.
Mode de collecte	Revue documentaire Monitoring communautaire
Mode de calcul	Nombre total de décès d'enfant de < 5 ans dépistés aigüe sévère x 100 / Nombre total d'enfants de < 5 ans dépistés malnutris aigüe sévère et pris en charge au cours de la mise en œuvre du RRMP sur une période donnée (30 jours)
Moyen de vérification	Registres de consultations, registre des Unités Nutritionnelles Thérapeutiques intensive (UNTI) et Ambulatoire (UNTA), rapports SNIS

DRAFT

Valeur de base	Dépend des enquêtes nutritionnelles au niveau des structures de prise en charge réalisées dans les zones d'intervention
Valeur à atteindre	<1%
Période de collecte	Mensuelle

Un sous-résultat a été identifié pour ce résultat majeur :

Sous-résultat 4.1 :	*Les enfants les plus vulnérables et leurs familles, victimes des crises ou en situation de post-crise, ont accès à des services des soins de santé primaire de qualité qui suivent les protocoles et standards*

La performance dans l'atteinte de ce résultat est mesurée par 5 indicateurs :

Indicateur 1	**Taux d'utilisation des services curatifs (désagrégé par population déplacée, familles d'accueil, autochtone ET femmes/hommes/filles/garçon) (avant et pendant la durée de l'intervention)**
Définition	C'est un Ratio des nouveaux cas de consultation désagrégé par statut et par type d'intervention (MHU et EHC-CS) au niveau des sites d'interventions RRMP sante par rapport à la population cible attendue identifiée lors de ciblage des bénéficiaires Il permet de mesurer l'importance du recours aux soins par la population en déplacement et/ou en épidémie. La typologie de la cible peut changer d'une zone d'intervention à une autre : ✓ Intervention uniquement en faveur des déplacés ou les retournés: dans ce cas, le dénominateur est constitué par les déplacés ou les retournés figurant sur les listes de déplacés élaborées. ✓ Intervention en faveur d'une population mixe (déplacés, communauté d'accueil, autochtones vulnérables) dans ce cas, la population cible sera constituée par tous ces bénéficiaires La population cible doit être déterminée avant toute intervention et les listes nominatives détaillées rendues disponibles au niveau de la Clinique mobile ou de la structure sanitaire appuyée.
Mode de collecte	Monitoring au cours de l'intervention Revue documentaire des registres de consultations
Mode de calcul	Nombre des nouvelles consultations des services curatifs du mois désagrégé par type d'intervention et par statut de bénéficiaires rapporte à l'effectif de la population cible attendue mensuellement. S'appuyer sur les listes des bénéficiaires élaborées au début de l'intervention.
Moyen de vérification	Registres des consultations et Rapports SNIS

DRAFT

Valeur de base	Prendre en compte l'évaluation initiale au niveau de la structure appuyée et les résultats d'évaluation périodique du RRMP sante
Valeur à atteindre	>ou égale 2 contact/habitant/an quel que soit la catégorie des bénéficiaires (gratuite ou intervention à tarif réduit)
Période de collecte	Mensuelle

Indicateur 2	**Taux d'accouchements assistés (désagrégé par population déplacée, familles d'accueil, autochtone) (avant et pendant l'intervention)**
Définition	Cet indicateur apprécie la qualité des services qui offrent la prise en charge des accouchements dans un site avec intervention RRMP sante (dispositifs en termes de matériel, d'équipement, de médicaments, de cadre et personnel qualifié). C'est un rapport entre le nombre total des accouchements assistés par un personnel qualifie du mois et la population cible attendue (4% de la population cible mensuelle).
Mode de collecte	Monitoring au cours de l'intervention Revue documentaire des registres de maternités et Rapports SNIS
Mode de calcul	Nombre d'accouchements assistés enregistrés au niveau du site d'intervention offrant les services de maternités X 100 rapporte au nombre total des naissances attendues par mois (Population cible mensuelle x 0,04)
Moyen de vérification	Bases des données démographiques de l'aire de sante appuyée Registres des maternités et Rapports SNIS
Valeur de base	Prendre en compte l'évaluation initiale au niveau de la structure appuyée et les résultats d'évaluation périodique du RRMP sante
Valeur à atteindre	>80% quel que soit la catégorie des bénéficiaires (gratuite ou intervention à tarif réduit)
Période de collecte	Mensuelle

Indicateur 3	**% de prescriptions rationnelles réalisées par le personnel offrant les soins de santé au cours de l'intervention**
Définition	C'est le pourcentage entre le nombre total des prescriptions rationnelles par rapport à l'ensemble des prescriptions au cours des interventions du RRMP sante (Cliniques Mobiles et Appui d'urgence aux structures de santé). Cet indicateur vise à : - déterminer jusqu'à quel point les pratiques de prescriptions sont conformes à une politique pharmaceutique nationale d'après les prescriptions de médicaments figurants sur une liste nationale de médicaments essentiels ou sur un formulaire correspondant au type de service étudié. - Décrire le profil de la prescription des médicaments par rapport aux normes de prescriptions établies par le Pays ;

DRAFT

	- Apprécier l'adéquation de la prescription des médicaments par rapport aux normes du Pays
Mode de collecte	Méthode de collecte : transversale et évaluative. En clinique mobile, l'évaluation est systématique (concerne toutes les prescriptions de la période couverte par l'évaluation) et au niveau de l'EHC-HS, l'évaluation se fait sur un échantillon tiré au hasard couvrant au moins 50% des prescriptions et ciblera principalement les indicateurs ci-après : ✓ Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance ✓ Quantité d'antibiotiques prescrits par tranches d'âge ✓ Quantité d'injectables prescrits par tranches d'âge. ✓ Pourcentage de médicaments prescrits figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels (LNME). ✓ Profil des ordonnances suivant le type de prescripteur
Mode de calcul	Nombre total des prescriptions rationnelles réalisées au cours de la période d'évaluation au niveau du site d'intervention (MHU et EHC-HS) / Nombre total des prescriptions réalisées au niveau du site d'intervention au cours de la période d'évaluation (MHU et EHC-HS)
Moyen de vérification	Registres des consultations et Rumeur
Valeur de base	Prendre en compte l'évaluation initiale au niveau de la structure appuyée et les résultats d'évaluation périodique du RRMP sante
Valeur à atteindre	100%. L'erreur acceptable doit être < a 10%.
Période de collecte	Mensuelle

Indicateur 4	**% des victimes de violences sexuelles arrivés dans les structures de santé appuyées par le RRMP qui sont prises en charge et bénéficient d'une prophylaxie post-exposition (désagrégé par population déplacée, familles d'accueil, autochtone ET femmes/filles/garçon)**
Définition	C'est un indicateur de qualité qui permet d'apprécier la prise en charge des survivants de violences sexuelles. Il est le rapport entre le nombre de survivants ayant consulté les services de santé dans les 72 heures suivant l'incident et qui ont été pris en charge selon le protocole et le nombre total des survivants qui ont consulté.
Mode de collecte	Revue documentaire
Mode de calcul	Nombre de survivants de violences sexuelles identifiés dans les 72 heures qui ont reçu les soins cliniques selon les protocoles X 100 rapporté à l'effectif de survivants de viol identifiés dans les 72h
Moyen de vérification	Registre de consultation, rapports SNIS et rapports d'intervention
Valeur de base	Prendre en compte l'évaluation initiale au niveau de la structure appuyée et les résultats d'évaluation périodique du RRMP sante
Valeur à atteindre	100%

DRAFT

Période de collecte	Mensuelle

Indicateur 5	**Taux de couverture VAR en PEV de routine chez les enfants de <1an**
Définition	Evalue le niveau de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an contre la **rougeole parmi les enfants identifiés comme non-vaccinés (désagrégé par population déplacée, familles d'accueil, autochtone ET filles/garçon) au cours de l'intervention.**
Mode de collecte	Revue documentaire
Mode de calcul	Nombre d'enfants 0-11 mois vaccinés au VAR dans le cadre de PEV de routine rapport à l'effectif d'enfants < an **identifiés comme non-vaccinés** dans la population totale ciblée par l'intervention (3,49% de la pop. Totale)
Moyen de vérification	Registres de vaccination, Rapports SNIS
Valeur de base	Prendre en compte l'évaluation initiale au niveau de la structure appuyée et les résultats d'évaluation périodique du RRMP santé
Valeur à atteindre	>95%
Période de collecte	Mensuelle

Indicateur 6	**Taux de couverture DTC-Hep-Hib3 en PEV de routine chez les enfants de <1an**
Définition	Evalue le niveau de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, Hépatite B et Haemophilus Influenzae de type b **parmi les enfants identifiés comme non-vaccinés (désagrégé par population déplacée, familles d'accueil, autochtone ET filles/garçon) au cours de l'intervention**
Mode de collecte	Revue documentaire
Mode de calcul	Nombre d'enfants 0-11 mois vaccines pour DTC-Hep-Hib3 dans le cadre de PEV de routine à l'effectif d'enfants < an **identifiés comme non-vaccinés** dans la population totale ciblée par l'intervention (3,49% de la pop. Totale)
Moyen de vérification	Registres de vaccination Rapports SNIS
Valeur de base	Prendre en compte l'évaluation initiale au niveau de la structure appuyée et les résultats d'évaluation périodique du RRMP sante
Valeur à atteindre	>80%
Période de collecte	Mensuelle

Indicateur 7	**% des enfants dépistés malnutris aigu sévère (PB & Œdème) sans complication qui ont été pris en charge par l'intervention (désagrégé par population déplacée, familles d'accueil, autochtone ET filles/garçon)**
Définition	Cet indicateur mesure la proportion d'enfants de 6 à 59 mois avec périmètre brachial inférieur à 125 mm **& Œdème** sans aucun signe de complication pris

DRAFT

	en charge au niveau des sites d'interventions RRMP sante au cours d'une période donnée rapporte à l'effectif d'enfants de 6 à 59 dépistés malnutris **aigu sévère (PB & Œdème)** dans cette structure sanitaire durant la même période.
Mode de collecte	Revue documentaire
Mode de calcul	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois dépistés malnutris aigue sévère avec PB inférieur à 115 mm et Œdème sans complication pris en charge durant le mois (Cliniques Mobiles ou EHC-HS adressant un paquet global ou spécifique en Nutrition) rapporte à l'effectif d'enfants de 6 à 59 mois dépistés malnutris aigu sévère (PB et Œdème) lors de l'enquête ménage (MSA) ou du dépistage systématique au niveau des ménages
Moyen de vérification	Rapports d'intervention Registres et/fiches individuelles des malades (Carnets de soins) Rapport SNIS
Valeur de base	Prendre en compte les résultats d'évaluation périodique du RRMP sante
Valeur à atteindre	100%

SEUILS ET PRECONDITIONS D'INTERVENTION SECTORIELS

Afin de faciliter la prise de décision pour la validation d'une assistance en Santé, un score de risque Santé a été identifié. Celui-ci comporte deux phases

1. Alerte
    a. Pressions des déplacés sur les autochtones : Pourcentage de déplacés parmi les ménages enquêtés (≥30%)
    b. Existence d'une structure de santé dans un rayon de 5 km offrant un paquet minimum d'activité
2. intervention, pour laquelle les questions suivantes :

Questions	Pondération réponses
Les déplacés représentent-ils plus de 30% de la population d'accueil ?	Si > 30%, 5 points Si <30% ≥15%, 2.5 points Si <15% ≥ 5%, 1 point
Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois malades au cours des 2 semaines précédant l'enquête (Pneumonie) ayant eu accès aux services des soins de qualité : compris entre (40-70%)	Si < 40%, 5 points Si <70% ≥40%, 2.5 points Si ≥70% ; 1 point
Le pourcentage d'enfants de 6-59 mois avec malnutrition aiguë sévère compris entre 2% et 5%.	Si 2.5≥5%, 5 points Si <2-1.5%, 2.5 points Si 1% ≤1.5%, 1 point
Pourcentage des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant déclaré avoir un accès gratuit aux soins: compris entre 50-80%	Si < 50%, 5 points Si <80% ≥50%, 2.5 points Si ≥80% ; 1 point

DRAFT

Après calcul de la moyenne :
> 3, valider intervention
> 2 < 3, regarder l'évolution de la situation
< 2, pas de validation

CALCULS DES BENEFICIAIRES

Cette rubrique sera complétée avant RRMP8.

APPROCHES ET MODALITES DE REPONSE

Fast Track

Cette approche permet de garantir la rapidité de la réponse santé du RRMP et, consiste à la livraison des kits médicaux (Kit médical basique et kit malaria) dans les structures de santé accueillant les populations en déplacement en même temps que le déploiement des équipes d'évaluation santé. Dès les résultats du LQAS sont disponibles, ils serviront à la validation et au dimensionnement de l'assistance.

Cliniques mobiles (en anglais Mobile Health Unit ou MHU)

- Dimensionnement en fonction des déterminants de l'offre, de la demande et de la qualité après LQAS.
- Réduction des ressources humaines RRMP sante et utilisation des ressources humaines des structures de santé (50% RRMP sante et 50% staffs de l'état)
- Soins de santé d'urgence dans une structure de santé (en anglais Emergency Health care in a Heath structure ou EHC-HS)
- Dimensionnement en fonction des résultats LQAS axes sur les 3 déterminants (offre, demande et qualité des services)
- Hands one par les staffs RRMP sante et ou de Fosa si contions requises : affectation systématique d'au moins deux agents RRMP dans chaque structure de manière à accompagner au quotidien le personnel de la structure et d'améliorer la qualité des services.

Approches modulaires

- Vaccination préventive aux mouvements de population
- Riposte aux épidémies
- Prise en charge nutritionnelle

Système de tarification

Un protocole d'accord définissant les tarifs référentiels entre la DPS, le BCZS et la structure de référence est signé au préalable. Les principaux points à considérer sont :

- Une gratuité pour tous (déplacés, retournés et population d'accueil) dans le cas où la présence des déplacés ou autres facteurs affectent sérieusement toutes les communautés et dans le

DRAFT

cadre des réalisations des cliniques mobiles. Cette décision devra être prise avec l'implication de la DPS, du comité de pilotage RRMP et l'ensemble d'acteurs qui interviennent dans la ZS.

- Prise en charge médicale gratuite pour les déplacés, retournés et vulnérables autochtones selon les listes prédéfinies lors de l'indentification des bénéficiaires par les acteurs RRMP Santé. Un jeton couramment appelé « voucher » ou « coupon », sans valeur monétaire, qui identifie le patient référé, lui est remis afin de lui permettre d'accéder gratuitement au niveau de l'échelon supérieur des soins (structures de référence).
- Une réduction du tarif de 50% du tarif habituel appliquée en faveur des autochtones ou familles d'accueils dans les AS et/ou localités bénéficiant des interventions RRMP Santé dans le respect du principe de « Do No Harm (DNH) ». Le recouvrement des coûts se fera progressivement par pallier après le retrait du RRMP Santé (Cfr. Stratégie de sortie du RRMP).

Fournitures des médicaments et intrants médicaux

Afin de garantir la qualité des interventions, UNICEF mettre à disposition des partenaires les médicaments, intrants nutritionnels et autres (matériels et petit équipements minimum) acheté à travers sa filaire de Copenhague sur base sur base du dimensionnement dans les différentes provinces. Les partenaires ne sont pas autorisés à effectuer des achats de ces intrants. Les partenaires devront mettre en place un système efficace de gestion des stocks qui met en lien le niveau de consommation des médicaments et l'utilisation des services pour éviter des fausses ruptures de stock. Des outils adaptes devront être mises en place à cet effet.

Ce rapport devra être soumis mensuellement des rapports de stocks et consommation des capacités auprès d'UNICEF.

DELAIS

La durée de l'intervention doit être flexible et adaptée à chaque contexte spécifique

- Initialement, la période à considérer est de 8 à 12 semaines maximum pour le maintien d'une intervention dans un site, avec une période d'exit d'1 mois selon les modalités décrites dans le chapitre stratégie de sortie ; mais ceci dépendra en grande partie de:
    - la fréquentation des malades
    - la disponibilité des autres acteurs dans la zone avec la capacité de prendre la relève dans une façon plus permanente.

Dans le cas où les villages sont distants et que les populations cibles ont du mal à fréquenter le service, la clinque mobile devra se déplacer d'un village à l'autre selon un calendrier pré établi avec les communautés.

ACTIVITES

Afin d'atteindre ces indicateurs, l'intervention Santé prévoie les activités ci-dessous :

Activité 3.1.1	**Offre des soins de santé primaire en urgence dans des cliniques mobiles ou dans des structures de santé**

Objectifs

Comme décrit ci haut, les modalités de réponse seront définies et mise en œuvre en fonction des résultats de LQAS selon que l'offre, la demande et la qualité présentent des insuffisances.

Clinique mobile est une unité des soins qui se déplace rapidement vers les populations cibles se trouvant au-delà de 5 Km du rayon d'action d'un Centre de Santé (CS). Le paquet de réponse de qualité est mis en œuvre directement par le personnel qualifié des partenaires d'exécution du RRMP et comprend :

- L'identification des bénéficiaires de l'assistance couplée à l'Assistance pour éviter de retarder le démarrage des activités;
- La prise en charge médicale gratuite des populations affectées avec un focus sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), le Programme Elargi de Vaccination (PEV), la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) et le Dispositif Minimum d'Urgence en santé de la reproduction. La répartition des tâches au sein de l'équipe doit être bien définie tout en s'assurant de la mise en place d'un poste de triage ou réception, des postes de consultation spécifiques pour les enfants et les adultes ainsi qu'un poste pour le médecin, d'un point de distribution des médicaments et de la disponibilité d'une équipe de monitoring pour veiller à la qualité des soins ;
- Le référencement des cas selon les ordinogrammes des soins (Rachat des services) tout en s'assurant que le système de contre-référencement est en place d'appui alimentaire du malade et de son garde pendant la durée de la référence ;
- Eventuellement un appui en kit de secours au Centre de Santé et un renforcement des capacités du personnel de santé de cette structure sanitaire (training on the job);
- Des activités de sensibilisation communautaire sur l'intervention du RRMP (horaire de travail, paquet d'intervention, pratiques familiales essentielles, dépistage nutritionnel systématique, etc.)
- Supervision des activités de la clinique mobile en collaboration avec l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ).

Les soins de santé d'urgence dans une structure de santé : cette modalité de réponse s'appuie sur les structures sanitaires opérationnelles existantes dans un rayon de moins de 5km des zones ayant accueilli les déplacés, et fréquentées par les populations en situation de déplacement. L'appui du RRMP vise à rendre disponibles les services de santé gratuits (particulièrement pour les populations en situation de déplacement et les autochtones vulnérables) ou avec une tarification réduite (pour les autochtones non vulnérables) à travers la mise en place du Paquet Minimum d'Activité (PMA) avec un focus sur les tops morbides. Le paquet d'activités dans ce type d'intervention doit comprendre :

- L'identification des bénéficiaires de l'assistance sans retarder le démarrage des activités de la clinique mobile ;
- Renforcement des capacités par la formation des prestataires de santé et des Relais Communautaires (RECO) et un accompagnement technique à travers le staff RRMP pré-positionnés dans ces structures de santé pendant toute la durée de l'intervention ;
- La prise en charge médicale des populations affectées avec un focus sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), le renforcement du PEV de routine, la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) et le Dispositif Minimum d'Urgence en santé de la reproduction ;
- L'approvisionnement en médicaments essentiels sur base des consommations réelles mensuelles ;
- Observation des malades avant toute décision sur le référencement vers une structure de référence. Les référencements avec rachat des services

DRAFT

	doivent se faire en fonction des ordinogrammes tout en s'assurant que le système de contre-référencement est en place d'appui alimentaire du malade et de son garde pendant la durée de la référence ; - Référence des cas d'urgence gynéco-obstétricale et/ou chirurgicale vers l'HGR avec le rachat de service ; - Les réhabilitations légères des structures de santé y compris les outils thérapeutiques à haut impact sur les soins (Sanitaires, incinérateur, fosse à placenta, trou à ordure et l'accès à l'eau potable) ; - Dotation en équipement de base ; - Le renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ; - Le développement d'une stratégie de sortie spécifique au contexte spécifique de chaque structure sanitaire appuyée ; - Supervision des activités de la clinique mobile en collaboration avec l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ). **Appui à la prise en charge médicale d'une épidémie de choléra** si aucun acteur flexible à la réponse n'est présent dans la région affectée **Intervention nutritionnelle sectorielle** si les résultats de l'relation l'impose.
Quand	**Clinique mobile :** - Une grande agglomération de déplacés et/ou retournés avec des fortes vulnérabilités en santé et nutrition (seuils d'indicateurs de vulnérabilités dépassés) et située à une distance de plus de 5 km d'une Formation Sanitaire (FOSA) et/ou existence d'une structure de santé (Poste de santé) avec services réduits et situé à plus de 5km du Centre de Santé (CS); - Le programme des activités de la clinique mobile devra être élaboré de manière à couvrir toutes les grandes agglomérations et ce calendrier doit être vulgarisé auprès des bénéficiaires. **Soins de santé d'urgence dans une structure de santé :** - Existence de FOSA à proximité des zones d'accueil des populations en situation de déplacement (< 5 km) ; - Absence d'appui à la structure de santé ou appui existant ou un appui ne couvrant pas tout le Paquet Minimum d'Activités de base (PMA) ; - Structure de santé avec des infrastructures sanitaires convenables ; - Présence d'un personnel qualifié et potentiel de redéploiement du personnel de santé par le BCZS en cas de besoin ; - BCZS fonctionnel avec une ECZ dynamique, performante et disposant d'une expertise minimale dans la gestion des urgences ; - Structure de santé avec accessible logistique et sécuritaire.
Qui	**Clinique mobile :** Equipe intervention du RRMP Santé. Le dimensionnement de l'équipe de la clinique mobile doit se faire de manière à s'assurer de la présence d'un médecin qualifié, de 4 infirmiers expérimentés du niveau A1 ou A2, d'un agent de suivi de l'assurance qualité et redevabilité. **Soins de santé d'urgence dans une structure sanitaire :** Personnel de santé de la structure appuyée et l'équipe d'intervention du RRMP (au minimum 2 personnes qualifiées, ayant idéalement un niveau de formation et une expérience à ceux du personnel de la structure sanitaire)
Préparation	S'assurer de : - La disponibilité des équipes intervention pendant toute la durée de la réponse. - La disponibilité des médicaments essentiels et des kits de réponse - Discussions préalable avec le BCZS, l'équipe de la structure de santé et des représentants de la communauté au début de l'intervention en vue de préparer les protocoles de collaboration. Un PV de démarrage peut être

DRAFT

	signé en attendant la finalisation du protocole afin de ne pas retarder le démarrage des activités.
Déroulement	Cette activité implique les sous-activités suivantes : 1. Contact avec le BCZ pour : - Explication de l'intervention et présentation du produit à distribuer. - Discussions et signature d'un protocole de collaboration avec l'implication de la Division Provinciale de la Santé (DPS). 2. Contact avec le personnel des structures sanitaires ciblées ; 3. Contact avec les autorités locales, le comité de déplacés, le Comité de Développement de Santé (CODESA) et représentant des Reco pour expliquer le paquet d'intervention. 4. Identification des bénéficiaires et remise d'un jeton (couramment appelé « voucher » ou « coupon ») d'accès aux soins. 5. Formation et recyclage du personnel de santé et des relais communautaires en fonction des besoins identifiés. 6. Prise en charge des cas en s'appuyant sur les ordinogrammes des soins. 7. Sensibilisation au niveau communautaire. 8. Adapter le système de tarification en fonction du contexte spécifique de chaque zone : a. Une gratuité pour TOUS, y compris pour les autochtones lors des cliniques mobiles et lorsque les autochtones éprouvent des sérieuses difficultés d'accéder aux soins si un ticket modérateur est mis en place. b. Gratuite sélective (pour les déplacés, retournés et vulnérables autochtones) et tarif réduit allant parfois au-delà de 50% du tarif habituel pour les autochtones non vulnérables, dans le respect du principe de « Do No Harm (DNH) ». 9. Suivi des activités par l'équipe Suivi de l'assurance qualité et redevabilité. 10. Développement et mise en place d'une stratégie de sortie adaptée à chaque contexte. 11. Supervision conjointe avec le BCZS ou non conjointe. 12. Récolte et traitement des données de l'intervention, puis saisie dans Activity Info sur une base mensuelle.
Outils	Tous les outils de gestion d'une structure de santé, y compris de la gestion de la pharmacie
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de consultations par jour et par prestataire en cliniques mobiles/structures de santé (désagrégé par femmes/hommes/filles/garçon) - Nb. de prescriptions rationnelles réalisées (désagrégé par femmes/hommes/filles/garçon)
Compte rendu	- Protocole de collaboration signé par le Médecin Chef de Zone (MCZ), le représentant de l'ONG partenaire du RRMP et avalisé par le Chef de Division de la Santé ; - Bordereaux d'expédition et de réception des médicaments ; - Rapports mensuels des stocks et d'utilisation des médicaments ; - Rapports d'interventions - Photos datées - Enquête post-intervention

Activité 3.1.2	**Référencement des malades graves selon l'ordinogramme vers une structure avec plateau technique des soins approprié avec voucher**
Objectifs	Le système de référence doit être défini comme le processus de transfert d'un patient d'un échelon inférieur (faible plateau technique) à un échelon supérieur

DRAFT

	(plateau technique élevé représenté en général par un Hôpital Général de Référence (HGR) ou un Centre de Santé de Référence (CSR). La contre-référence est l'inverse de la référence. Le système de référence ne porte pas uniquement sur le transfert et le ré-transfert des patients, mais également sur le système d'information, sur le système de financement et sur les mécanismes de coopération au sein de l'équipe cadre.
Quand	Les référencements se font dans les conditions définies par les ordinogrammes des soins développés par le Ministère de la Santé publique de la RDC afin d'assurer la continuité des soins qui ne peuvent pas être administré dans un échelon inférieur du système de santé.
Qui	✓ Au niveau de la Clinique, c'est le médecin responsable des activités qui est habilité à décider sur les cas à référés ✓ Dans les structures des soins appuyés, les cas de référence décidés par l'Infirmier Titulaire (IT). Celui-ci devra au préalable recueillir l'assentiment du chef d'équipe du partenaire déployée en appui à la structure de santé. Un bon de référencement (ou « voucher ») en bonne et due forme devra être établi et signé par la personne habilitée.
Durée	La référence des malades peut être effectuée pendant toute la durée de l'intervention du RRMP Santé.
Préparation	Avant la référence, le malade devra être stabilisé et le partenaire de mise en œuvre devra appuyer le transfert du malade avec une trousse médicale adaptée (transport jusqu'à la structure de référence). Par ailleurs, le malade devra être accompagné par un personnel médical en fonction de son état.
Déroulement	Un bon système de référence et de contre-référence requiert : - Une identification au préalable des structures avec lesquelles le RRMP pourrait collaborer et la signature des protocoles de collaboration incluant les tarifs à appliquer ; - Le strict respect des ordinogrammes des soins en vigueur ; - Le remplissage d'une fiche de référence et d'un voucher autorisant la structure de référence à prendre en charge le malade ; - La facilitation du transport du malade référés et prévoir un système de prise en charge alimentaire du malade et de son accompagnant pendant toute la durée de son transfert. L'on peut recourir à la ration sèche mise à disposition par le Programme Alimentaire Mondial (PAM) ou du cash. - Des visites régulières pour s'assurer que les malades référés sont correctement pris en charge. - La mise en place d'un système de contre-référence pour donner une rétro-information à la structure qui avait référé le malade. Ce document doit être bien classé pour une bonne traçabilité. - Avant le paiement des factures des soins de référence, une vérification de l'effectivité et de la qualité des soins devra être systématiquement effectuée par les équipes de suivi des partenaires RRMP.
Outils	- Le registre de consultations et des références des malades - La fiche de référence des malades - La fiche de contre-référence de la structure de référence vers la structure sanitaire ayant référé le cas - Le registre de consultation de la structure de référence - Les rapports - le voucher
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de patients référés avec voucher (désagrégé par femmes/hommes/filles/garçon)

DRAFT

Compte rendu	- Le rapport d'intervention - Les rapports SNIS de la structure de santé et des structures de référence

Activité 3.1.3	**Offre des soins de santé aux femmes enceintes en situation de crise.**
Objectifs	Cette activité est liée à la mise en œuvre des activités du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) pour la Santé de la Reproduction en situations de crise. Elle vise à prévenir la surmortalité et la surmorbidité maternelles et des nouveau-nés à travers : - La mise en place des services de Consultations Pré-Natales (CPN) ; - Orientation des parturientes en fonction du niveau de risque ; - Administration de la prophylaxie contre le paludisme ; - le dépistage de la femme enceinte au VIH : si les cas s'avèrent positif, l'orientation de cette femme aux services spécialisés non offert par le RRMP sante s'impose - La disponibilité des soins obstétricaux d'urgence et pour les nouveau-nées ; - La mise en place d'un système de référence pour les soins obstétricaux d'urgence et les soins pour les nouveau-nées 24h/24 ; - La dotation en kits d'accouchement hygiénique dans les structures de santé appuyées et dans les structures de référence ; - La sensibilisation des communautés sur les services disponibles.
Quand	Ces activités font partie du paquet de réponse du RRMP aussi bien dans les cliniques mobiles que lors des interventions d'urgence dans les structures de santé.
Qui	- Les équipes d'intervention du RRMP Santé - Le personnel des structures de santé appuyées - Le personnel des structures de référence
Durée	Ces activités doivent être réalisées pendant toute la durée des interventions RRMP
Préparation	S'assurer de : - La disponibilité des intrants (médicaments, équipement et consommables). - Identification des structures de référence capables de prendre en charge les urgences obstétricales et néonatales.
Déroulement	- Le calendrier des activités de CPN sera élaboré en collaboration avec le personnel des structures sanitaires appuyées et respectera le protocole habituel. - L'organisation des séances de vaccination contre le tétanos (VAT) en faveur des femmes enceintes. - En cas d'urgences obstétricales, les équipes RRMP seront mobilisées pour le transfert des patientes vers une des structures de référence préalablement identifiée et qui aura également bénéficié d'un renforcement en équipement et matériels appropriés (Ex. Kits obstétricaux,…). - Le suivi de la qualité de la prise en charge au niveau des structures de référence. - Réception de la retro-information de la part de la structure de référence.
Outils	- Outils de gestion de la CPN - Les fiches de référence des urgences obstétricales et de contre-référence - Registres de consultation prénatales et CPoN

DRAFT

Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de consultations prénatales - Nb. d'accouchements assistés - Nb. de femmes enceintes dépistées VIH et orientées
Compte rendu	- Rapports des CPN - Rapports SNIS des structures de santé appuyée et des structures de référence - Rapports d'interventions

Activité 3.1.4	**Prise en charge (PEP Kit, infections associées) des victimes de violences sexuelles.**
Objectifs	Cette activité a pour objectif de : - Fournir des soins de santé appropriés aux survivant(e)s de violences sexuelles. - Informer les communautés sur la disponibilité du PEP Kit afin d'encourager les survivant(e)s de présenter au niveau des structures sanitaires indiquées dans un délai n'excédant pas les 72 heures.
Quand	Le PEP Kit doit être disponible dans toutes les structures de santé appuyées et au niveau des cliniques mobiles
Qui	Uniquement le personnel médical (RRMP ou de la Structure de santé appuyée) formé sur l'utilisation du PEP Kit.
Durée	Cette activité doit être permanente pendant toute la durée de l'intervention du RRMP Santé autant dans les cliniques mobiles que dans les structures de santé appuyées par le RRMP.
Préparation	- S'assurer de la disponibilité des PEP Kits - Se munir des modules et du protocole sur l'utilisation des PEP Kits - Disponibilité de la cartographie des acteurs auprès du groupe de travail sur l'Assistance Multisectorielle (AMS) au niveau du cluster Protection.
Déroulement	- La formation préalable du personnel de santé à l'utilisation du PEP Kit. - L'approvisionnement en PEP Kits dans les structures sanitaires ayant préalablement bénéficié de la formation sur son administration. - La mise à disposition du protocole de prise en charge des survivants de violences sexuelles. - Référence des cas pour une prise en charge holistique des survivant(e)s (médicale, psychologique, sociale et légale).
Outils	- Outils de gestion de SGBV et des Kits PEP - Les fiches de référence des cas de SGBV - Registres de consultation de SGBV
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de victimes de violence sexuelle prises en charge (désagrégé par femmes/filles/garçon)
Compte rendu	- Rapports des Consultations des Cas de SGBV - Rapports SNIS - Rapports d'intervention

Activité 3.1.5	**Récupération des enfants <1an pour la vaccination de routine (VAR et DTC-HepB-Hib3)**

DRAFT

Objectifs	Le renforcement du PEV de routine pendant la durée de l'intervention du RRMP afin de contribuer aux efforts d'immunisation complète et correcte des enfants dans les zones d'intervention du RRMP à travers un PEV performant.
Quand	Systématiquement lorsque l'une de deux modalités de réponse du RRMP est validée par le Comité de Pilotage RRMP (Clinique mobile et/ou Soins de santé d'urgence dans une structure de santé).
Qui	Personnel des structures sanitaires appuyées avec l'appui du RRMP. Les Relais Communautaires (RECO) pour les aspects liés à la sensibilisation de la communauté sur les activités de vaccination des enfants.
Durée	Pendant toute la durée de l'intervention du RRMP Santé en suivant le calendrier des activités de PEV préalablement établi.
Préparation	S'assurer de la disponibilité des vaccins et des outils de gestion
Déroulement	Les sous-activités suivantes sont indispensables : - S'assurer que les vaccins à utiliser sont disponibles et d'une bonne gestion de la chaîne de froid ; - Donner un appui aux structures de santé dans l'approvisionnement en vaccins pendant la durée de l'intervention RRMP ; - Le recyclage du personnel des structures de santé appuyées sur le PEV de routine et la chaîne de froid ; - Le renforcement de la sensibilisation au niveau communautaire sur la vaccination avec l'appui des RECO ; - L'administration des vaccins en fonction du calendrier vaccinal des enfants en stratégie fixe, en stratégie avancées ou en stratégie mobile - Possibilité de recourir à des Activités de Vaccination Intensifiées (AVI) dans les ZS de faibles performances et d'accès difficile en vue de récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés ; - Le rapportage des données dans les outils appropriés ; - La supervision des activités en collaboration avec le BCZS.
Outils	Les différents outils du PEV
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. d'enfants <1an vaccinés au VAR - Nb. d'enfants <1an vaccinés au DTC3
Compte rendu	- Rapports des séances de CPN et de vaccination - Rapports de surveillance épidémiologique - Rapports SNIS - Rapports d'intervention

Activité 3.1.6	**Prise en charge des enfants <5ans malnutris sévères (PB et Œdème)**
Objectifs	Cette activité rentre dans le cadre du Plan stratégique de Nutrition (PSN) en vue de contribuer dans l'amélioration du bien-être nutritionnel des enfants de moins de 5 ans dans les différentes zones d'intervention du RRMP.
Quand	Lors de la validation des interventions en fonction des déterminants sante
Qui	Personnel des structures sanitaires appuyées avec l'appui du RRMP. Les Relais Communautaires (RECO) pour les aspects liés à la sensibilisation de la communauté sur la malnutrition et la disponibilité des services de prise en charge de la malnutrition.

DRAFT

	Cette activité cible prioritairement les enfants de moins de 5 ans présentant les signes de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS).
Durée	Pendant toute la durée de l'intervention du RRMP Santé tout en renforçant les activités (surtout le dépistage communautaire) lors du premier mois de l'intervention.
Préparation	S'assurer que les intrants de prise en charge (Plummpy nut, laits thérapeutiques, Vitamine A) et les matériels appropriés (bandes tricolores, toises et balance Salter) sont disponibles ainsi que les modules de formation pour le recyclage du personnel de santé sur le PCIMA. S'assurer de la disponibilité de l'expertise en nutrition au sein des équipes RRMP au niveau des partenaires de mise en œuvre.
Déroulement	Les sous-activités ci-dessous sont importantes à prendre en considération : - La formation / briefing des prestataires des soins et des RECO sur le PCIMA ; - Le dépistage nutritionnel communautaire de façon systématique : important que le nombre ou la proportion d'enfants 6 à 59 mois dépistés malnutris sévères (PB & œdème) soient connus à l'avance pour permettre une bonne planification des activités nutritionnelles; - La sensibilisation communautaire (Nutrition à assise communautaire) : les relais communautaires et le staff RRMP Santé commis aux activités de communication doivent véhiculer les messages sur les modalités de prise en charge, les conséquences liées à la malnutrition et les bonnes pratiques d'alimentation ; - L'approvisionnement des UNTA et UNTI en intrants nutritionnels en fonction du nombre d'enfants dépistés malnutris dans la communauté ; - La prise en charge des cas Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) sans complications au niveau des UNTA ; - Le référencement des cas de MAS compliqués vers les UNTI avec mise en place d'un système de contre-référence afin d'obtenir la retro-information sur les cas référés ; - Supervision conjointe avec les superviseurs en chargés des activités nutritionnelles du BCZ et du district sanitaire ; - Suivi de qualité des soins administrés aux patients atteints de MAS et suivi de la gestion des gestions des intrants par les staffs RRMP Santé.
Outils	- Rechercher tous les rapports d'enquêtes nutritionnelles réalisées dans la zone d'intervention et validés par le PRONANUT et le Cluster Nutrition. - Tous les outils de prise en charge nutritionnelle des cas de malnutrition
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. d'enfants <5ans dépistés malnutris sévères (désagrégé par filles/garçon) - Nb. d'enfants dépistés malnutris sévères pris en charge par l'intervention (désagrégé par filles/garçon) - Nb. d'enfants dépistés malnutris sévères avec complication référés (désagrégé par filles/garçon)
Compte rendu	- Rapports d'interventions UNTI/UNTA - Rapports SNIS

Activité 3.1.7	**Sensibilisation des communautés sur la disponibilités des soins et PFE (pratiques familiales essentielles)**

DRAFT

Objectifs	Cette activité vise à améliorer l'accès aux services de santé de base pour les populations en situation de déplacement et/ou d'épidémie et la communauté assistée et à les amener au changement de comportement, essentiellement en adoptant des Pratiques Familiales Essentielles (PFE), au lavage des mains, en amenant les enfants à la vaccination et à l'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée (MILD), le dépistage de malnutrition, mais aussi sur le paquet d'intervention mis en place par le RRMP.
Quand	Lors de la mise en place de toute intervention du RRMP Santé, au niveau des structures de santé, mais au sein de la communauté
Qui	Les équipes d'intervention des partenaires RRMP appuyées par les RECO de l'aire de santé appuyée.
Durée	Pendant toute la durée de l'intervention santé (clinique mobile et/ou soins de santé d'urgence dans une structure de santé)
Préparation	S'assurer de la disponibilité des outils de sensibilisation (dépliants, banderoles/calicots, boites à images,…), du mégaphone avec les piles, et d'autres matériels pour les équipes de sensibilisateurs (T-shirts, bottes, imperméables,…)
Déroulement	Cette activité implique les sous-activités suivantes : - La redynamisation des organes de participation communautaire (Relais Communautaires, les Cellules d'Animation Communautaire ou CAC et les Comités de Développement de la santé ou CODESA) ; - L'implication du BCZS, notamment de l'Animateur Communautaire de la Zone de Santé dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de CODESA et des RC. Un plan de communication contextualisé doit être élaboré avec l'appui du RRMP Santé ; - Redynamiser le CODESA au niveau de l'AS ciblée en concertation avec le BCZS ; - Identifier les RECO actifs dans l'AS bénéficiant d'une intervention RRMP Santé ; - Former les RECO dans la gestion des urgences et les impliquer dans certaines activités pour leur motivation (Identification des bénéficiaires, dépistage systématique et actif des enfants malnutris, implication dans les évaluations des besoins, sensibilisation de masse sur les thématiques clefs et visites à domicile, implication lors des activités de CPS et de vaccination, et lors des distributions des MILD,…) ; - Mise à la disposition des RECO d'un certain nombre d'outils de travail ; - La mise en place un mécanisme de suivi et d'évaluation des activités de structure de participation communautaire en collaboration avec le BCZS;
Outils	Boites à images, banderoles / calicots, fournitures de bureau (cahiers registre, stylos, cartable en plastique,…), MUAC pour la prise du Périmètre Brachial, fiches de rapportage, équipements pour les RECO (bottes, imperméables et T-shirts)
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de relais communautaires recyclés (désagrégé par hommes/femmes) - Nb. de personnes participantes aux séances (lors de porte à porte ou séance communautaires) (désagrégé par hommes/femmes)
Compte rendu	Rapport de sensibilisation Rapport d'intervention Rapport de supervision des activités des RECO et des CODESA

DRAFT

Activité 3.1.8	**Recyclage du personnel de santé pour répondre aux besoins des nouvelles populations déplacées/retournées**
Objectifs	Renforcer les capacités des prestataires des soins et des RECO en vue d'améliorer la qualité des services au niveau des structures de santé et de renforcer la participation communautaire lors des interventions d'urgence du RRMP.
Quand	Cette activité doit être réalisée en tout début de l'intervention, mais sans conditionner le démarrage de l'intervention à cette activité des capacités. Les thèmes de formation à retenir doit tenir compte des besoins réels de formation identifiés au niveau de chaque structure de santé. Par ailleurs, elle devra être complétée par l'accompagnement des prestataires des soins dès le démarrage de la réponse. Les principales thématiques qui sont habituellement prises en compte sont : - L'utilisation des ordinogrammes des soins (prescriptions rationnelles) ; - La gestion des médicaments ; - Les Soins Néonataux et Obstétricaux d'Urgence (SONU) ; - L'utilisation du partogramme ; - Maternité à moindre risque (MMR) ; - La prise en charge des survivant(e)s de violences sexuelles ; - Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) clinique et communautaire ; - Modules de renforcement des activités des RECO avec un focus sur l'utilisation des services, les PFE, la vaccination et le lavage des mains.
Qui	L'équipe de formation du partenaire de mise en œuvre Le pool des formateurs de la DPS et du BCZS
Durée	Une semaine pour toutes les formations
Préparation	Afin de réaliser cette activité, le partenaire d'exécution doit prendre en compte les aspects ci-dessous : - Des discussions préalables avec la DPS et les BCZS par rapport à cette activité de renforcement des capacités ; - La préparation et la reproduction des modules à utiliser ; - La préparation des matériels de formation.
Déroulement	- Identification des besoins en formations des prestataires des soins ; - Priorisation des formations en collaboration avec le BCZS ; - Identification des participants aux différentes formations ; - Discussions avec le pool des formateurs, planification des activités et préparation des formations ; - Préparation des aspects administratifs et logistiques (salles de formation, matériels de formation,…) ; - Tenue des ateliers de formation (avec pré-test et post-test) ; - Elaboration du rapport de formation.
Outils	Modules de formation Matériels de formation (flipchart, marqueur, stylo, carnets,…)
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb. de personnelle santé recyclée (désagrégé par hommes/femmes)
Compte rendu	Rapport de formation Liste des présences

DRAFT

Activité 3.1.9	**Livraison des médicaments aux cliniques mobiles ou structures de santé au début et à la fin de l'intervention.**
Objectifs	Cette activité vise à s'assurer de la disponibilité des médicaments essentiels et des intrants nutritionnels pendant toute la durée de l'intervention du RRMP afin de garantir une prise en charge médicale de qualité dans le respect des ordinogrammes, de contrôler régulièrement l'état des stocks des médicaments, de maitriser les outils et procédures de gestion de stocks et le circuit des médicaments. Une attention particulière doit être mise sur les médicaments destinés à la prise en charge des tops morbides (Médicaments traceurs).
Quand	Cette activité d'approvisionnement en médicaments essentiels fait partie intégrante des paquets de réponse mis en place lors des Cliniques mobiles et des Soins de santé d'urgence dans une structure de santé mis en place par le RRMP.
Qui	Les partenaires de mise en œuvre doivent s'assurer de l'approvisionnement des cliniques mobiles et des structures de santé appuyées par le RRMP. Aucun partenaire RRMP n'est autorisé à effectuer les achats des médicaments essentiels et des intrants nutritionnels. C'est une responsabilité exclusive de l'UNICEF qui s'approvisionne à travers la Centrale d'achat de Copenhague auprès des fournisseurs accrédités afin de garantir la qualité des intrants utilisés lors des interventions du RRMP. Les calculs des besoins en intrants sont effectués conjointement entre le partenaire de mise en œuvre et l'UNICEF.
Durée	La durée de cette activité est liée à celle de l'intervention santé du RRMP tout en prenant en compte éventuellement la possibilité de laisser un stock des médicaments comme stratégie de sortie quand c'est nécessaire.
Préparation	- Les calculs des besoins en médicaments, intrants nutritionnels et consommables conjointement par UNICEF et les partenaires de mise en œuvre sur base du dimensionnement des activités dans les provinces ciblées ; - Achats, dédouanements et livraisons des intrants auprès des partenaires de mise en œuvre ; - Entreposage par les partenaires dans des locaux appropriés et mise en place d'un système de gestion efficace pour une bonne traçabilité et pour éviter les pertes (Outils de gestion à jour) ; - Livraison des médicaments dans les structures sanitaires appuyées par le RRMP sur base des réquisitions tout en gardant les copies des bordereaux d'expéditions et des bons de réception ; - Préparation des kits pour les cliniques mobiles.
Déroulement	Les sous-activités ci-dessous sont indispensables : - Recyclage du personnel des structures de santé appuyées sur la gestion des médicaments et des stocks ; - Accompagnement du préposé de la pharmacie de la structure appuyée dans la gestion des stocks et la bonne tenue des outils ; - Production des rapports mensuels qui prennent en compte le lien entre la consommation des intrants (médicaments, intrants nutritionnels et consommables) et l'utilisation des services par les bénéficiaires - Contrôles périodiques de la pharmacie (inventaires des stocks) au niveau de la base du partenaire de mise en œuvre que sur le terrain.
Outils	Outils de gestion de la pharmacie (Fiches de stock pour chaque item,…) Fiche de consommations journalières des médicaments Fiche d'utilisation des intrants permettant de calculer le lien entre la consommation des médicaments et l'utilisation des services par les bénéficiaires Fiche de la consommation moyenne mensuelle (CMM) pour chaque médicament Bons de commande (réquisitions) / bons de livraison

DRAFT

Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb de médicaments traceurs livrés - Nb de jours de rupture des médicaments traceurs
Compte rendu	Bordereaux de livraison et bons de réception (ou Procès-Verbal de réception) Rapports mensuels des stocks et de consommation des capacités Registres de consultations Fiche d'inventaire et rapport d'inventaire Rapports d'intervention et Procès-Verbal de fin d'intervention

Activité 3.1.10	**Si pas d'intervention WASH RRMP, mise en place un paquet minimum de WASH dans le centre de santé**
Objectifs	Améliorer les standards WASH au niveau des structures sanitaires. Cette activité qui vise au respect des standards WASH au sein des structures sanitaires, notamment : - Disponibilité de l'eau au niveau de la structure sanitaire (point d'eau, dispositif de captage des eaux de pluie,…) ; - Présence des dispositifs d'hygiène et assainissement tels que le dispositif de lavage des mains, la fosse à placenta, le trou à ordure, latrines hygiéniques / douches séparées par sexe avec pictogramme et écrou à l'intérieur.
Quand	Dans les structures sanitaires ciblées pour les appuis en soins de santé d'urgence après une évaluation technique.
Qui	C'est le partenaire de mise en œuvre qui est responsable de cette activité.
Durée	Durant le premier mois de l'intervention
Préparation	- S'assurer de la disponibilité de l'expertise technique au sein des équipes RRMP des partenaires de mise en œuvre (Equipes d'intervention WASH) ; - Achats et préparation des matériels à utiliser au niveau de la base et/ou localement
Déroulement	- Etat des lieux en ouvrages au niveau de la structure sanitaire ciblée ; - Choix de l'emplacement en collaboration avec l'équipe de la structure sanitaire et le technicien du BCZS ; - Acheminement des matériels sur les sites d'intervention ; - Réhabilitation ou construction des ouvrages WASH ; - Remise de kits de maintenance ; - Sensibilisation sur la bonne utilisation et la maintenance des ouvrages.
Outils	Orientations techniques, schémas et devis
Indicateurs de réalisation de l'activité	- Nb d'infrastructures de gestion des déchets réhabilités - Nb de fosses à placenta construites ou réhabilitées - Nb de trous à ordures construits ou réhabilités - Nb d'incinérateur construits ou réhabilités - Nb de latrines construites ou réhabilitées, par sexe - Nb de douches construites ou réhabilités, par sexe
Compte rendu	Rapport d'intervention dans une structure de santé Photos de tous les ouvrages réhabilités ou construits

STRATEGIE DE SORTIE

DRAFT

La question de la stratégie de sortie du RRMP Santé doit absolument être abordée lors de la phase de négociation de l'approche avec le BCZS et la DPS avant l'implantation des activités.

Compte tenu des leçons apprises au cours des phases précédentes en lien avec la pratique de laisser un stock de 3 mois en médicaments dans la phase d'exit, ayant mis en exergue une difficulté d'assurer le suivi du stock, au cours de la phase 8 du RRMP santé, les pistes à exploiter proposées pour une stratégie d'exit sont les suivantes :

- Un pilote d'un mois comprenant qui s'applique au MHU et au EHC-SH
- Une donation de médicaments sur base de CMM initiale + 15%, plus cash (in)conditionnel(?)
- Une donation de médicaments, plus caisse d'épargne
- S'il y a un partenaire de développement, pas de donation de médicaments, mais cash (in)conditionnel(?)
- Pour les intrants de prise en charge nutritionnelle, le partenaire laissera un stock pour une période de 3 mois.

Spécifiquement pour la modalité Cliniques Mobiles, le partenaire appréciera aussi :

- La possibilité de faciliter l'ouverture ou l'implantation d'un Poste de Santé s'il figurait déjà dans le plan de développement sanitaire de la ZS sous réserve de l'avis consultatif de la DPS et du BCZS.
- La possibilité aussi de capitaliser sur l'approche de la stratégie fixe avancée par le CS ou le poste de sante lui-même dans les villages où fonctionnaient les cliniques mobiles. Ceci peut se faire de 2 deux manières :
- Associer l'infirmier chef de poste de santé et ou du centre de santé dans les sorties en cliniques mobiles pour lui permettre d'acquérir les compétences nécessaires d'assister les populations bénéficiant des services RRMP sante après les départ du Staff RRMP
- Implantation des sites de soins communautaires: ce site des soins de santé communautaires sera implanté en collaboration avec le chef du village et les représentants des communautés. Une dotation en médicaments essentiels (SRO, Zinc, Paracétamol, Kits d'accouchements) couvrant une période de 1 mois sera faite à ce site.

En lien avec les Soins de santé d'urgence dans une structure sanitaire : sur base du montant figurant dans la caisse d'épargne, instaurer en collation étroite avec tout le personnel soignant, les autorités, le CODESA, les représentants des RECO, mettre en place :

- Un système de rétablissement progressif du système de recouvrement des coûts
    - 1er palier de prix : 50% + évaluation mensuelle. Celle-ci sera réalisée par les équipes du RRMP Santé conjointement avec le BCZ pour apprécier la consommation mensuelle des médicaments+15% de marge de correction.
    - 2ème palier de prix : 75%+ achats des médicaments sur la caisse d'épargne au cas la donation en médicamentes faite lors du premier pallier est finie dotation des médicaments pour le 2ème et 3ème mois
    - 3^{èm}e palier de prix : 100% au début du 3ème mois

Supervisions des FOSA appuyées au moins deux fois après la fin de l'intervention (durant les deux mois qui suivent la fin de l'intervention).

Plaidoyer auprès des acteurs du développement pour la reprise des activités du RRMP

SUIVI ET RAPPORTAGE

Le rapportage doit se baser sur la Base de données Activity Info, les rapports de monitoring des interventions et le rapport de monitoring trimestriel élaboré par les partenaires de mise en œuvre. Par ailleurs, le système de monitoring est basé essentiellement sur le suivi pendant les interventions à travers des équipes de Suivi & Evaluations indépendantes déployées en même temps que les équipes d'intervention. Les données sur les interventions et les différents indicateurs sont également saisis dans Activity Info sur une base mensuelle.

IMPLICATION DES AUTORITES SANITAIRES ET DU CLUSTER SANTE

Le Cluster Santé restera le cadre de concertation, d'échange, de partage et donnera un avis technique pour orienter la prise de décision au sein du Comité de Pilotage. Avec OCHA et UNICEF, le cluster Santé doit valider toute intervention Santé discutée au sein du COPIL

La DPS n'étant pas membre du Copil :

- Elle devra être au courant des résultats des évaluations RRMP, notamment des Evaluations Sectorielles Santé pour lui permettre de mieux cerner les gaps et la cohérence de la réponse apportée par le RRMP Santé
- Un protocole global de collaboration entre les DPS des provinces concernées et les partenaires de mise en œuvre sera systématique et dans ces protocoles, les modalités de suivi et évaluation des interventions RRMP doivent être bien spécifiées, notamment par rapport au suivi des alertes avec partage d'informations entre le partenaire de mise en œuvre et la DPS
- Dans le cas où l'alerte est confirmée, une mission d'évaluation utilisant les outils RRMP devra être faite soit par le partenaire RRMP seul ou soit en associant la DPS si les conditions les permettent. Une concertation entre les deux parties sera faite pour l'analyse des résultats des évaluations et des interventions avant la soumission de la demande de validation d'une intervention ou la déclaration de la fin de l'intervention au COPIL RRMP.

La zone de sante (BCZ)

- ✓ Une convention détaillant le paquet d'activité, la modalité de mise en œuvre et la stratégie de sortie sera signée avec la ZS avant le démarrage de l'intervention
- ✓ les BCZS assureront la supervision des activités, la formation et l'administration du personnel dans les rayons d'action des activités RRMP Santé.
- ✓ Des visites conjointes sur terrain avant la fin de l'intervention pour s'enquérir des pratiques à encourager et celles à améliorer seront encouragées. Les leçons apprises seront bien documentées pour des futures expériences. Le partage des rapports d'évaluations et d'interventions sera systématique

La DPS et le BCZS recevront et exploiteront les rapports pour permettre leur prise en compte dans les rapports du Système National d'Information Sanitaire ou SNIS (Rapports DHIS2).

Au niveau de l'aire de santé :

- Avant le démarrage des activités, les partenaires chargés de la mise en œuvre des activités sur terrain prendront contact avec tous les chefs des villages/localités, le comité de déplacés et l'Equipe d centre avec l'appui de l'ECZS.

DRAFT

- Les partenaires de mise en œuvre appuieront les supervisions mensuelles par les ECZS en faveur des structures de prise en charge et dans la communauté.
- Les RECO quant à eux joueront un pont entre la population bénéficiaire et les structures de prise en charge.
- Une boite à suggestion sera placée dans chaque CS pour que la communauté puisse mettre ses suggestions et plaintes à l'intention du personnel du centre de santé et des partenaires de mise en œuvre.
- Chaque mois, un rapport sera élaboré et soumis à une réunion mensuelle qui réunira les personnes citées plus haut. Ce rapport sera partagé entre les différentes parties prenantes et le cluster santé au niveau provincial.

DRAFT

SUIVI ET EVALUATION

Le système de suivi et évaluation de RRMP est réalisé à plusieurs niveaux comme montre la figure ci-dessous :

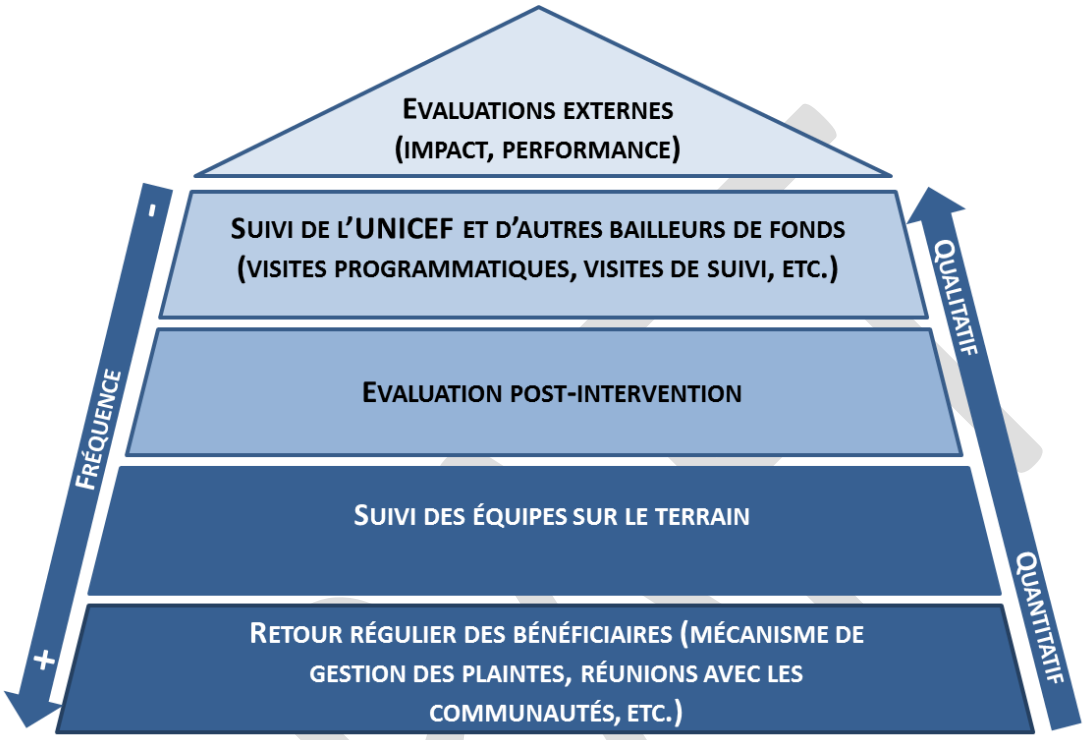

Figure 8 *: Mécanisme de suivi et évaluation RRMP*

Les partenaires de mise en œuvre sont responsables des activités de suivi et évaluation suivantes :

- Consultation et collecte des données auprès des communautés sur la pertinence des activités et leur efficacité.
- Suivi de toutes les activités réalisées selon le mode de suivi défini
- Suivi des ressources humaines, matérielles et financières pré-positionnés
- Suivi de l'utilisation budgétaire
- Calcul et suivi des indicateurs du cadre logique
- Identification des défaillances dans l'atteinte des résultats attendus et prise de mesures correctives
- Collecte, consolidation et partage des données brutes à travers la boite à outils Open Data Kit (ODK) - logiciel obligatoire de collecte de données quantitatives pour tous les partenaires RRMP.
- Renseignement régulier des indicateurs dans la base de données du RRMP : Activity Info
- Facilitation des visites programmatiques des équipes de suivi et évaluation de l'UNICEF.
- Facilitation des visites des évaluateurs externes et bailleurs des fonds

VISIBILITE

L'UNICEF mettra à disposition des partenaires de mise en œuvre un guide indiquant les supports de visibilité et leur utilisation.

DRAFT

Ce guide pratique a été élaboré par la coordination du Programme de Réponse Rapide aux Mouvement des Populations. Pour plus d'information contacter : Alexandra BLASON : lablason@unicef.org, Thierry NDETE LEMBANDI: tnlembandi@unicef.org; Gabriele ERBA : gerba@unicef.org.