



A child sits on a termites mount near Dungu
the 10th of May 2012. © MONUSCO/Sylvain Liechi

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Plan d'Action Humanitaire

2013



United Nations



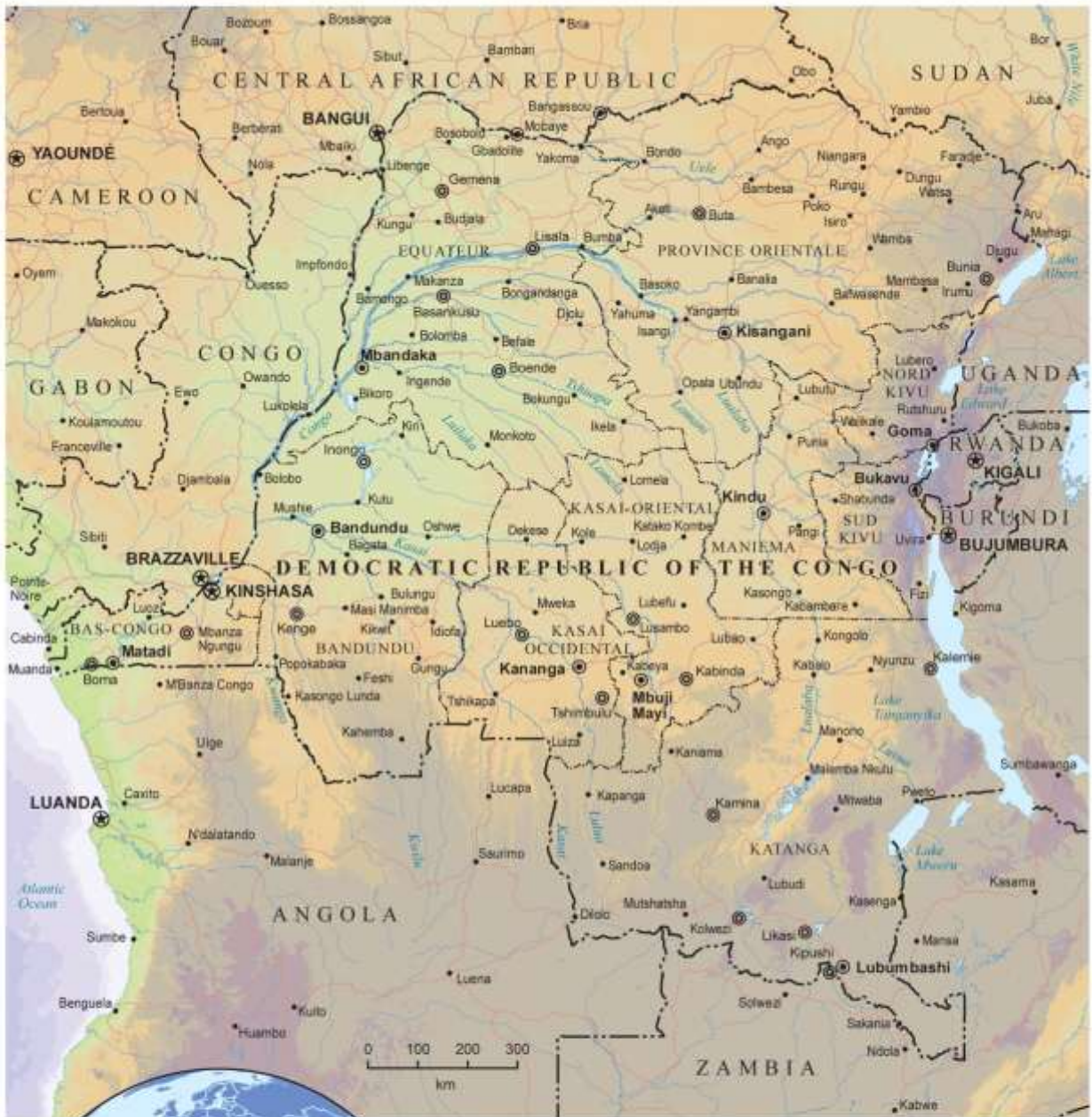
Participants au Plan d'Action Humanitaire 2013 en RDC

8è CEPAC, **A** AA, AAA, AAP, ACF, Acodes, ACOPE, ACS, Act for Gender, ACTED, ANPT, ADC, ADE, ADECO, ADEPAE, ADES, ADIR, ADMR, ADP, ADRA, ADSSE, AECID, AED, AFDI, AFEDEM, Agir Ensemble, AHUSADEC, AIBEF, AIDER, AIDES, AIGLONS, AIRD, AJDP, AJP, AJVDC, ALAD, ALDI, ALIMA, Alpha Ujuvi, AMAR Kin, AMI DES PAYSANS, ANAM, APEA, APEC, APEDE, APEE, APETAMACO, APPRONA, Aprohdiy, APSC, ARAC, ARAL, ARC, Arche d'Alliance, Armée du Salut, ASAF, ASDIS Universelle Bene Enfance, ASED, ASF, ASOVUG, ASRAMES, ASSICAS RDC, AVOCATS VERTS, AVSI, AVUDS, **B** BDCA, BDCD, BEHCOGEN, BEPROD, BVES, **C** CAB, CAD, CADECOD, Cadimek, CAFOD, CAMPS, CAP ANAMUR, CAPES, CAPH, CAPSA, CAPSM, CARE INTERNATIONAL, CBCA, CCEF, CDI, CEDI, CEILU, CELPA, CEPAC, CERAO, CESVI, Christian Aid, CIF SANTE, CIP, CISP, CNES, CNOS, CNR, COJESKI, COLFHADEMA, Concern, Conscience, COOPI, CORDAID, CPAEA, CPEDH, CPK, CRA, CRAFOD, CREDI, CREP /GL, Croix Rouge RDC, CRONGD, CRS, CSSPECE, CTB, C-UZIMA, **D** D9, DAI/USAID, Dan Church Aid, DRC, DCA, DFF, DIOBASS, DKT, DOCS, Don Bosco, DPA, DRC, DREAM, DVDA, **E** EAUR, EMI, ECC MERU, ECC-IMA, ECHO FLIGHT, EPIH/SOS Hépatite, ERUKIN, ESSOR CONGO, EUB, **F** FADI, FAO, FAWE, FDH, FDP, FEMISA, Femmes Plus, FH, FHI/DAU, FIDA, FK, FODECO, Fondation Albihar, Fondation Tunda, Fonds Social de la RD Congo, FSH, **G** GAHINJA, GAPROF, Gashe, Gead Congo, GEHRCO, GETRACO-VERGNET-HYDRO, GIZ, GRACE, Grad, GRAGER, GRAPEDECO, Green Bay Congo, **H** H.E.Vanga, HDW, HEAL AFRICA, HKI, HELPAGE, HIA, HPP-Congo, **I** ICCO, ICEI / Italie, IDESAFARP CACDEF, IEDA RELIEF, IJL, IMC, INS, Inter Action, INTERSOS, IPROVEC, IRC, IRS, **J** Johanniter, JRS, **KL** La Brume, La Colombe, La Concorde, Les Aiglons, le réseau Caritas en RDC, LIPEDEM, LD, LUCODER, LWF, **M** MAAMS, MAAS, MAF, MAG, MAGNA, Malteser International, Maman Africa, MAS, MDA, MDM, MEC, MEDAIR, Memisa, MEPA, Mercy Corps, Merlin, MIDIMA, MONUSCO, MSB, MSH/SPS, MSP/VA, **N** NCA, NETRESS, NRC, **O** OCHA, ODR, OIM, OMS, ONAEA, OREBO, OSV, OVD, OXFAM, **P** PACIF, PAM, PAP, Parest, PAUPADI, PIN, PGDM / RENEPHAEA, PHOTALIA, PIAD, PLD, PMU inter life, PNUD, PNUD/FM, PPSSP, Primar Synergie, PROCCUDE, PRODAEWI, Projet Panzi Hospital Bukavu, PU-AMI, **QR** RAF, Reach Italia, RENACERAS, RENASEC, Réseau ARDA, Réseau de Femmes, Revivre, RHA, RUBAN BLANC, **S** SADRI, Samaritan's Purse, Sansa Bana, SAP-AU, SC, SEDEC, SEDI, SFCG, Sicogim, SLAO, SNHR, SNSA, SNV, Soderu, SOFEDI, Solidarités International, SOPROP, SOTRAD WATER, **T** Tearfund, TSF, **U** UAD, UBS, UESE / ONGD, UMCOR, UNAF, UNESCO, UNFPA, UNHABITAT, UNHAS, HCR, UNICEF, UNIVERSUD, UNMACC, UNOPS, UNVs, UNFemmes, UPROSAD, UWAKI, VSF, VVOB, WAR CHILD, WHH/AAA, WOA, World Relief, WORLD VISION, **Y** YMCA, **Z** ZOA.

Les appels sont révisés régulièrement. La dernière version de ce document est disponible sur <http://www.unocha.org/cap/>.

TABLE DES MATIERES

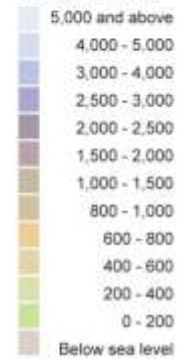
1. RESUME	1
Principaux indicateurs humanitaires et de développement du pays	7
Table I: 2013 Besoins par cluster	8
2. RETROSPECTIVE 2012	9
Résultats obtenus en 2012 et leçons apprises	9
Revue du financement humanitaire	15
3. ANALYSE DES BESOINS	20
Analyse du contexte et facteurs de crise	20
Catégories de besoins humanitaires	23
Population affectée et chiffres de planification pour 2013	24
4. LE PLAN D'ACTION HUMANITAIRE 2013.....	26
Scénario probable	26
Les objectifs stratégiques 2013	27
La stratégie humanitaire	27
Plans de réponse des clusters.....	37
Protection	37
Education	49
Articles ménagers essentiels et abris d'urgence.....	61
Eau, hygiène et assainissement	71
Santé	82
Nutrition	96
Sécurité alimentaire.....	104
Assistance multisectorielle aux besoins spécifiques des réfugiés.....	114
Logistique	122
Coordination et financement de l'action humanitaire.....	131
ANNEXE I: REPONSE DES DONATEURS A L'APPEL 2012	135
Table II: Financement demandé et reçu par groupe sectoriel (par cluster).....	135
Table III: Financement demandé et reçu par agence	136
Table IV: Assistance humanitaire par bailleur de fonds (pour les projets inclus dans l'Appel global)	139
Table V: Financement humanitaire hors appel par secteur standard IASC	140
Table VI: Assistance humanitaire totale par bailleur de fonds (Appel global et autres)	141
ANNEXE II: SIGLES ET ABBREVIATIONS	142
ANNEXE III : ACTEURS POLITIQUES	151



Legend

- National capital
- First administrative level capital
- Second administrative level capital
- Populated place
- International boundary
- First administrative level boundary

Elevation (meters)



Disclaimer: The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the United Nations concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Map data sources: CIA/R, United Nations Cartographic Section, ESRI, Europa Technologies, FAO, UN OCHA

1. RESUME

La République Démocratique du Congo subit depuis plus de 10 ans, une crise humanitaire continue, complexe et multifactorielle. Le Plan d’Action Humanitaire 2012 prévoyait un maintien global des besoins humanitaires au même niveau que l’année précédente, mais une augmentation sérieuse des violences armées à l’est du pays a entraîné une aggravation des incidents de protection, d’importants mouvements de population et une hausse des besoins humanitaires.

Le **contexte humanitaire** en RDC connaît huit facteurs de crise principaux:

2013 éléments clés

Période couverte	Janvier – Décembre 2013
Évènements attendus en 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Elections locales - Négociations avec groupe armés - Juin : prolongation mandat MONUSCO - Installation éventuelles d’une force africaine d’interposition
Population ciblée	2.6 millions déplacés 200 000 familles d’accueil 63 500 rapatriés 140 000 réfugiés 88 500 expulsés d’Angola Total : 3 892 000 personnes
Financement total demandé	US\$ 892.6 millions

- 1) *Un haut niveau de violence armée dans certaines régions.*
- 2) *Un grand nombre de déplacés et de réfugiés.*
- 3) *Des épidémies humaines, épizooties et phytopathologies.*
- 4) *Un contexte général de pauvreté et de précarité dans l’ensemble du pays.*
- 5) *Des conflits locaux liés à l’accès aux ressources naturelles (terre, pêche, chasse, mines), au pouvoir politique ou traditionnel, et aux conflits ethniques.*
- 6) *Une instabilité politique au niveau local dans certaines régions.*
- 7) *Des catastrophes naturelles.*
- 8) *Au sud, de fréquentes opérations d’expulsions de Congolais de l’Angola.*

Le **scénario probable** en 2013 est celui de la continuation sans amélioration des différentes crises, avec une aggravation des violences à l’est, et de leurs conséquences humanitaires. L’action du gouvernement de la RDC, appuyée par l’aide internationale, devrait amener un changement dans les causes profondes et structurelles des crises, mais il serait prématuré d’en espérer des effets en 2013 en termes de diminution des besoins humanitaires. Conséquences des facteurs de crises identifiés, les **besoins humanitaires** des populations se groupent en quatre catégories, auxquelles correspondent les **quatre objectifs stratégiques** de la communauté humanitaire:

1) Renforcer la protection de la population civile dans les zones affectées par les crises.

A l’est, les populations civiles des zones affectées par les conflits armés sont victimes de pillages, recrutement forcé, traitements inhumains ou dégradants, violences sexuelles et meurtres. L’armée congolaise censée protéger la population, est responsable d’une part importante de ces exactions.

2) Réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations affectées par les crises.

Conditions sanitaires déplorables, manque d’accès à l’eau, services de santé très faibles, insécurité alimentaire croissante, malnutrition dramatiquement élevée sur l’ensemble du pays, continuation des épidémies de rougeole, choléra et paludisme: les taux de mortalité (infantile, maternelle, générale) sont très élevés dans le pays, et plus particulièrement dans les zones affectées par des crises.

3) Améliorer les conditions de vie, réduire la vulnérabilité, et préserver la dignité des personnes et communautés affectées par les crises.

Les 2.6 millions de personnes déplacées (estimées pour 2013) et les communautés qui les accueillent ont besoin d’eau, de services de santé, de nourriture, d’articles ménagers essentiels et d’éducation, et ceci à travers une assistance visant à leur rendre leur dignité et une certaine autonomie de gestion de la crise qu’elles traversent.

4) Restaurer les moyens de subsistance et renforcer la résilience des communautés affectées par les crises, et faciliter le retour et la réintégration durable des populations déplacées et réfugiées.

Sans pouvoir s’attaquer aux causes profondes des crises, l’action humanitaire essaie tant que possible de compléter l’aide immédiate par des effets plus durables: renforcer la résilience des populations, favoriser le relèvement précoce, restaurer des conditions de vie normales. La **stratégie humanitaire** prévoit une approche différenciée entre les *zones affectées par des conflits armés*, et les *zones hors conflit, mais sujettes à des crises chroniques ou soudaines*. Une logique claire de ciblage, partagée par tous les acteurs, permet de distinguer la *population affectée* par une crise, et la *population ciblée* par l’aide humanitaire. Une logique de priorisation permet de déterminer les cibles prioritaires en cas de ressources insuffisantes. Ciblage et priorisation ne se basent pas sur le statut des personnes (réfugié, déplacé), mais plutôt sur leurs besoins effectifs et leur vulnérabilité.

Des **plans de réponses** spécifiques sont développés par chaque cluster, fixant des objectifs spécifiques, des activités prévues, et des mécanismes d’intervention, sans définir de projets à l’avance. Afin de répondre au mieux à des besoins spécifiques qui évoluent continuellement, les projets précis sont conçus, lancés et déclarés tout au long de l’année. Différentes approches monétaires ont été développées par plusieurs clusters en RDC, et sont utilisées de manière courante. Chaque cluster intègre en outre dans ses actions les recommandations relatives aux cinq thèmes transversaux : Genre, protection, VIH, environnement, et relèvement précoce.

La **coordination de l’action humanitaire** est basée sur la concertation entre tous les acteurs humanitaires, à travers différentes plateformes (clusters, inter-clusters national et provincial, CPIA, HCT, et cadres de concertations avec les autorités provinciales et nationales), sous la supervision du Coordonnateur Humanitaire. Parmi les objectifs de 2013 figurent notamment: trouver des solutions aux obstacles administratifs qui gênent le travail des ONG; améliorer l’accès aux populations; préserver l’espace humanitaire au sein de la mission intégrée des

Nations Unies; faciliter une approche « multi-cluster » partout où elle est appropriée; améliorer les interventions en urgence ainsi que la coordination de l’action humanitaire dans les sites et camps de personnes déplacées; développer un cadre global de suivi et évaluation de l’action humanitaire du PAH; ou encore améliorer la collaboration avec les autorités aux niveaux provincial et national.

Les principales **contraintes** rencontrées par les humanitaires sont le manque d’accès aux populations, pour cause d’insécurité et par manque d’infrastructures routières; le manque de financement; et les nombreux obstacles administratifs rencontrés par les ONGs sur le terrain. Le **budget** du PAH 2013 s’élève à \$ 892 643 970¹, ce qui représente une hausse significative par rapport à 2012, étant donnée l’aggravation constatée et anticipée de la situation.

¹ Tous les montants dans ce document sont exprimés en dollars des Etats-Unis d’Amérique. Tout financement pour cet Appel devrait être signalé au Service de Suivi Financier (Financial Tracking Service/ FTS, fts@un.org). FTS donne les dernières mises à jour concernant projets, besoins financiers et contributions humanitaires.

TABLEAU DE BORD HUMANITAIRE

Description de la crise

La crise humanitaire qui touche la RDC depuis plus d'une décennie est caractérisée par :

1. Un haut niveau de **violence armée** dans certaines régions.
2. Un grand nombre de **déplacés** et de **réfugiés**.
3. Des **épidémies** humaines, **épizooties**, et **phytopathologies**.
4. Un contexte général de **pauvreté** et de **précarité** dans l'ensemble du pays.
5. Des **conflits locaux** liés à l'accès aux ressources naturelles (terre, pêche, chasse, mines), au pouvoir politique ou traditionnel, et à des **conflits ethniques**.
6. Une **instabilité politique** au niveau local dans certaines régions.
7. Des **catastrophes naturelles**.
8. Au Sud, de fréquentes opérations d'**expulsions** de congolais de l'Angola.

Données de base

Population [PNUD 2011]	67.7 m
Croissance de la population [PNUD, 2011]	3.8%
Indice de Développement Humain (IDH) [PNUD, 2011]	0.286
Espérance de vie Hommes [OMS, CIA world fact book, 2011]	53 ans
Espérance de vie Femmes [OMS, CIA world fact book, 2011]	56 ans
Taux d'alphabétisation adultes [PNUD, IDH, 2011]	66.8%
Taux d'alphabétisation chez les jeunes filles [MICS, 2010]	51%
Taux de Mortalité Brut [PNUD, 2011]	2.2/1000 personnes par mois
Taux de Malnutrition Aigüe Globale <5 ans [MICS, 2010]	11.5%
Taux de Malnutrition Aigüe Sévère <5 ans [MICS, 2010]	5.2%
Taux de Mortalité Maternelle [MICS, 2010]	549/100 000 Naissances vivantes

Financement

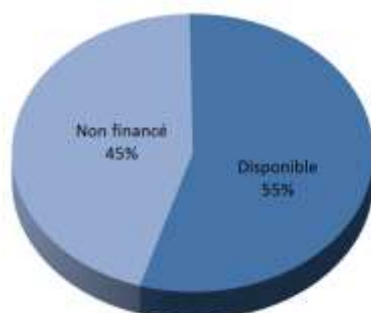
BUDGET DEMANDE EN 2013

893 millions USD



BUDGET DEMANDE EN 2012

791 millions USD



Analyse des tendances

1. Protection

2012 a connu une reprise des conflits et des violences armées dans la partie est de la RDC, accompagnée d'exactions sur les civils commises par les forces et groupes armés, entraînant une nette augmentation des incidents de protection. Au Nord-Kivu, 48 % des incidents de protection rapportés dans le premier semestre de 2012 sont attribués aux groupes armés. Ceci comprend de nombreux meurtres, des traitements inhumains et dégradants contre des civils, l'incendie et le pillage de villages et de sites/camps de déplacés, les enlèvements et le recrutement forcé. Au Sud-Kivu, parmi les incidents de protection rapportés dans le premier semestre 2012, 38% sont attribués à des éléments des FARDC et 12% de la PNC. Ceci comprend des extorsions, des travaux forcés, des limitations arbitraires de mouvement, ainsi que des violences sexuelles.

2. Mouvements de populations

Le nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays a augmenté tout au long de l'année 2012 et était estimé à 2,4 millions début octobre 2012. On prévoit une augmentation jusqu'à 2,6 millions en 2013. Le Sud-Kivu, le Nord-Kivu, la Province Orientale et le Katanga sont les provinces les plus affectées. Plus de 87% des déplacés vivent en famille d'accueil, mais dans certaines provinces, surtout Nord Kivu et Katanga, il existe des sites collectifs et des camps organisés importants. On estime à 450 000 le nombre de réfugiés congolais se trouvant dans des pays voisins. Plus de 140 000 réfugiés non congolais se trouvent en RDC. Pour la période de janvier à septembre 2012, on évalue à 52 000 le nombre d'expulsions d'Angola vers les quatre provinces frontalières de la RDC, sans perspective de voir le problème diminuer.

3. Une situation sanitaire et alimentaire alarmante

Les principaux indicateurs de santé en RDC demeurent alarmants : mortalité infantile et mortalité maternelle élevées, faible accès aux services de santé de base, continuation des principales épidémies : paludisme, choléra, et rougeole. 69% de la population en milieu rural n'a pas accès à l'eau potable. 6 320 893 personnes sont en crise aigüe alimentaire et des moyens de subsistance. 2 439 469 enfants souffrent de malnutrition dans le pays. Il n'y a pas de perspective d'amélioration pour 2013.

4. Accès logistique et sécuritaire

Dans beaucoup d'endroits, les acteurs humanitaires ont de grandes difficultés à atteindre les populations dans le besoin, à cause du très mauvais état des voies de communication dans tout le pays, et à l'Est de l'insécurité et des nombreuses attaques contre les humanitaires. Les mouvements des agences des Nations Unies sont encore plus restreints, à cause des règles leur imposant une escorte Monusco, pas toujours disponible, pour atteindre certaines zones. De nombreuses personnes affectées se retrouvent ainsi enclavées et sans assistance.

5. Un contexte général de précarité

En 2011, la RDC se trouvait au 187^{ème} (et dernier) rang des pays référencés dans le cadre de l'indice de développement humain (PNUD). 70% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Les services de base de l'Etat (éducation, santé, assainissement, infrastructures,...) ne parviennent pas ou peu dans de nombreuses régions. 7,6 millions d'enfants (32%) n'ont pas accès à la scolarité. Le manque d'infrastructures, ou leur état de délabrement, rend beaucoup de zones difficiles d'accès pour le commerce, les services, et l'aide humanitaire. Cette situation de précarité se maintiendra vraisemblablement en 2013.

Objectifs stratégiques du PAH

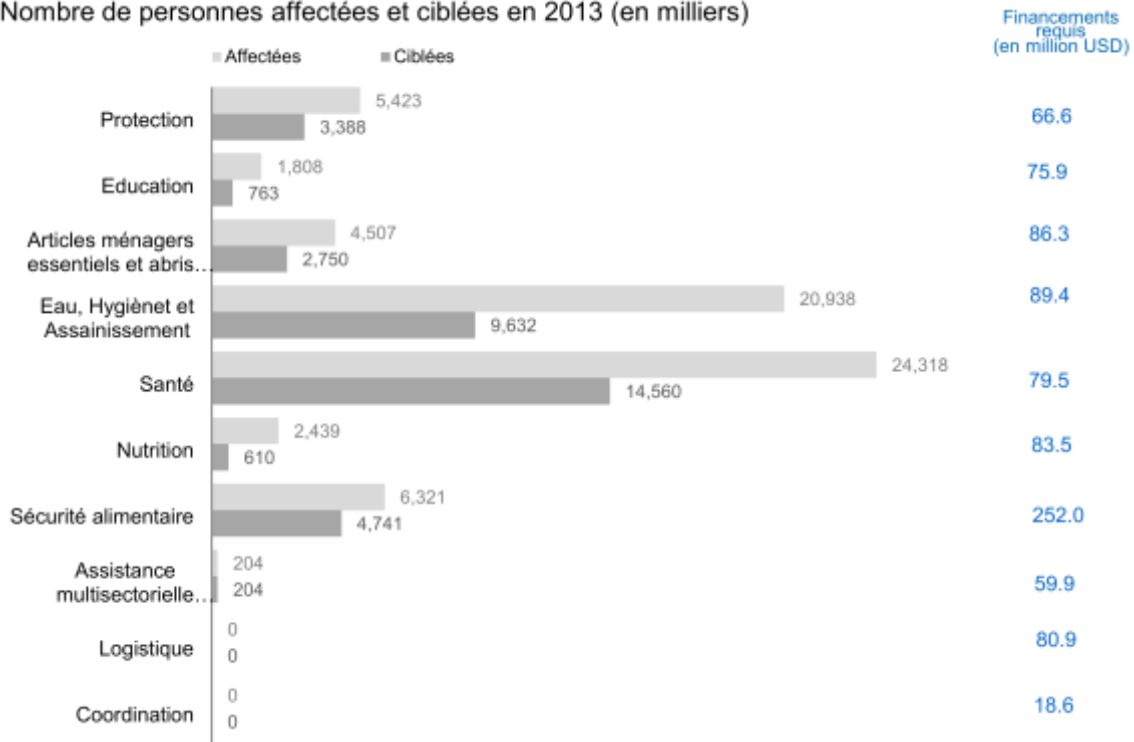
1. Renforcer la **protection** de la population civile dans les zones affectées par les crises
2. Réduire la **morbidity et la mortalité** au sein des populations affectées par les crises
3. Améliorer les **conditions de vie**, réduire la **vulnérabilité**, et **préserver la dignité** des personnes et communautés affectées par les crises
4. Restaurer les **moyens de subsistance** et renforcer la **résilience** des communautés affectées par les crises, et **faciliter le retour** et la **réintégration durable** des populations déplacées et réfugiées

PAH 2013

RD CONGO

Clusters

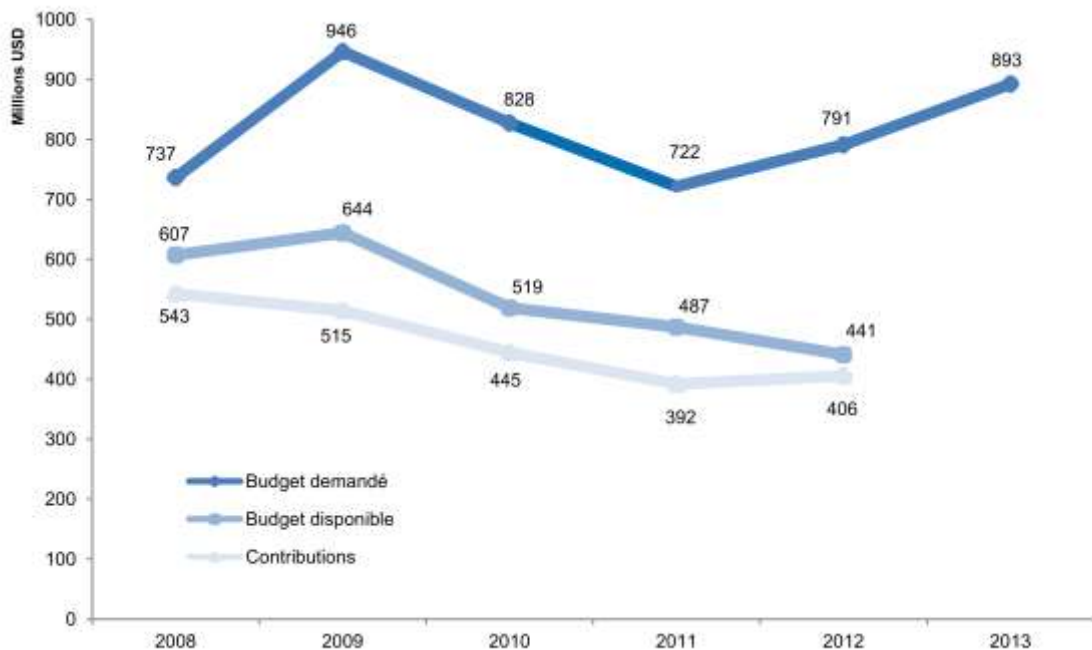
Nombre de personnes affectées et ciblées en 2013 (en milliers)



Financements

Evolution du budget du PAH de 2008 à 2013 et des fonds institutionnels obtenus

Total: 892.6 millions



Source : FTS, 20 novembre 2012

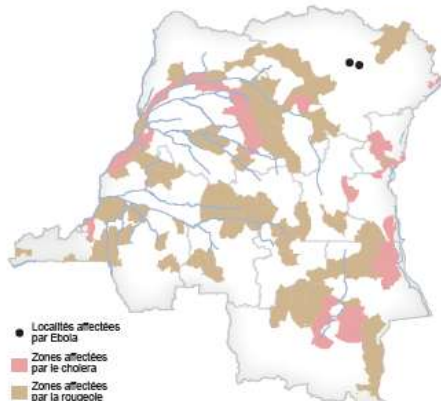
Le budget disponible d'une année correspond à la somme des contributions et du montant reporté (carry over) de l'année précédente



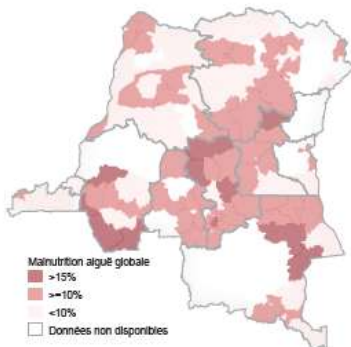
Chiffres de planification de populations affectées en 2013

- 2,6 millions**
personnes déplacées à l'intérieur de la RDC
- 450 000**
ménages déplacés en familles d'accueil
- 70 000**
ménages déplacés en sites spontanés ou camps
- 200 000**
familles d'accueil
- 755 000**
personnes retournées
- 450 000**
réfugiés congolais en Afrique
- 63 500**
réfugiés congolais à rapatrier en 2013
- 140 000**
réfugiés en RDC
- 88 500**
expulsés d'Angola

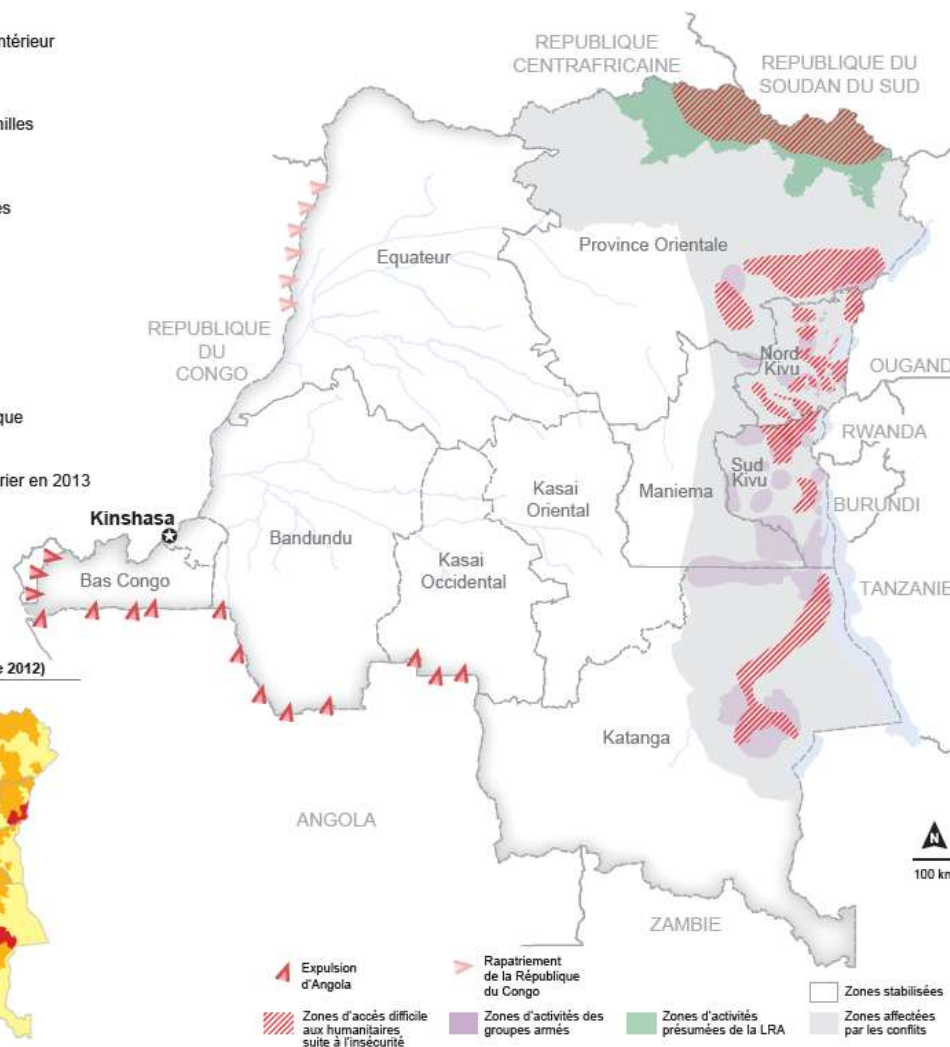
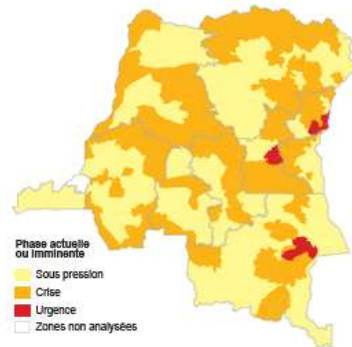
Persistance des épidémies (Octobre 2012)



Malnutrition (Octobre 2012)



Sécurité alimentaire (Octobre 2012)



Principaux indicateurs humanitaires et de développement du pays

Secteur	Indicateur	Données les plus récentes	Données précédentes	Amélioration ↑
				Inchangé →
Situation économique	Indice de Développement Humain	0. 286, classé 187/187 (2011, PNUD IDH)	0. 239, classé 168/169 (2010, PNUD IDH)	↑
	PIB par habitant	\$319 (2011, PNUD IDH)	\$327 (2010, PNUD IDH)	↓
	Pourcentage de la population vivant avec moins de \$1.25 par jour	59.2% (2011, PNUD IDH)	59.2% (2010, PNUD IDH)	→
Protection	Nombre d'enfants sortis des forces et groupes armés	1 780 filles et garçons de janvier à juin 2012	1 971 filles et garçons de janvier à décembre 2011	↑
Santé	Espérance de vie Hommes	53 ans (2011, OMS)	48.0 ans (2010, PNUD IDH)	↑
	Espérance de vie Femmes	56 ans (2011, OMS)	48.0 ans (2010, PNUD IDH)	↑
	Mortalité maternelle	549/100 000 naissances vivantes (MICS, 2010)	540/100 000 (EDS, 2007)	↓
	Nombre de personnel médical (MD + infirmières + sages-femmes) pour une population de 10 000	8 médecins/10 000 6 infirmiers/10 000 (MSP, 2009)	6 médecins/10 000 3.5 infirmiers /10 000 (MSP, 2000)	↑
Situation alimentaire et nutrition	Taux de malnutrition aigüe, enfants < 5 ans	11.5% (2010, MICS)	13.4% (2007, EDS)	↑
	Personnes en crise alimentaire et moyens de subsistance aigüe	6 320 893 (oct. 2012, IPC)	5 445 000 (juin 2012, IPC)	↓
	Enfants affectés par la malnutrition aigüe globale	2 439 469 (oct. 2012, UNICEF)	2 420 656 (oct. 2011, UNICEF)	↓
EHA	Proportion de la population sans accès durable à une source d'eau potable améliorée	53% - 17% en milieu urbain - 69% en milieu rural (MICS, 2010)	73% (Programme des Nations Unies pour le Développement, 2005)	↑
Education	Enfants en âge scolaire qui ne vont pas à l'école	7.6 millions soit 33% (juil. 2011, Institut Supérieur des Sciences de la Population)		
Mouvements de population	Personnes déplacées	2 435 351 (sept 2012, OCHA)	1 649 493 (sept 2011, OCHA)	↓
	Personnes retournées dans les 18 derniers mois	972 082 (sept 2012, OCHA)	822 688 (juin 2011, OCHA)	↑
	Réfugiés en RDC	141 008 (sept 2012, HCR)	157 164 (sept 2011, HCR)	↑
	Réfugiés congolais en Afrique	451 732 (sept 2012, HCR)	419 618 (sept 2011, HCR)	↓

Table I: 2013 Besoins par cluster

Plan d’Action Humanitaire pour la République Démocratique du Congo 2013
au 15 novembre 2012

Cluster	Fonds requis (\$)
PROTECTION	66,661,958
EDUCATION	75,852,600
ARTICLES MENAGERS ESSENTIELS (NFI) ET ABRIS D'URGENCE	86,265,744
EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	89,364,882
SANTE	79,506,600
NUTRITION	83,530,829
SECURITE ALIMENTAIRE	252,035,354
ASSISTANCE MULTISECTORIELLE AUX BESOINS SPECIFIQUES DES REFUGIES	59,907,828
LOGISTIQUE	80,892,312
COORDINATION	18,625,863
Grand Total	892,643,970

Compilé par OCHA sur la base d'informations fournies par les agences.

2. RETROSPECTIVE 2012

Résultats obtenus en 2012 et leçons apprises

Le texte ci-dessous donne quelques résultats, forcément incomplets, de l’action humanitaire menée en 2012, jusqu’au mois de septembre. Comme pour l’année 2011, un rapport complet qui présentera l’ensemble des activités et des résultats obtenus en 2012 sera réalisé début 2013.

Objectif stratégique 1

Renforcer la protection de la population civile dans les zones affectées par les crises.

Résultats obtenus:

Le monitoring de protection a relevé 26 628 incidents de protection au Nord-Kivu, Sud-Kivu, et dans une partie de la Province Orientale et du Katanga, entre janvier et septembre 2012. Ces données ont servi pour produire des analyses sur les tendances de la situation de protection dans ces provinces, et documenter des plaidoyers auprès des responsables de la protection des civils (autorités civiles et militaires, groupes armés, et MONUSCO), ainsi que pour mobiliser les acteurs de protection en réponse aux lacunes identifiées. Le mécanisme de surveillance et de communication des violations graves des droits de l’enfant a documenté 784 violations de janvier à septembre 2012. De janvier à juin 2012, 1 780 enfants (1 060 garçons et 720 filles) sortis des forces et groupes armés ont été identifiés, vérifiés, séparés, pris en charge dans les structures temporaires, et réunifiés avec leurs familles au Nord Kivu, Sud Kivu et dans la Province Orientale. En Equateur, 372 enfants associés aux groupes armés ont été identifiés et réintégrés dans leurs communautés, ainsi que 600 enfants non accompagnés et séparés (327 garçons et 273 filles).

A travers le monitoring de protection dans cette province, 269 incidents de protection sur des enfants ont été rapportés en 2012 (janvier-septembre) et orientés vers les services d’assistance appropriés. 40 espaces amis d’enfants ont été opérationnels dans tout le pays. La signature par le gouvernement le 4 octobre 2012 du Plan d’Action pour mettre fin au recrutement d’enfants, aux violences sexuelles et aux autres violations graves des droits de l’enfant par les forces armées et de sécurité, offre un cadre de coopération avec le Gouvernement pour la protection des enfants et la lutte contre l’impunité des auteurs de violations graves des droits de l’enfant. 6 534 survivant(e)s de violences sexuelles, dont 2 853 enfants (43.6%), ont bénéficié d’une assistance multisectorielle (médicale, psychosociale, légale, réintégration socioéconomique et éducative) de janvier à juin 2012. Au Nord Kivu, plus de 287 structures de santé dans 23 zones de santé ont reçu un appui pour la prise en charge médicale et psychosociale des survivant(e)s de violences sexuelles. Au cours du premier semestre 2012, 93% des survivant(e)s identifié(e)s ont reçu une assistance médicale, et 82% une assistance psychosociale. Au Sud-Kivu, en coordination avec les acteurs du Cluster Santé, les acteurs de la protection ont apporté une assistance à 3 885 hommes et femmes survivant(e)s de ces violences durant le premier semestre 2012, dont 788 (20%) dans les 72 heures suivant les incidents. 672 de ces cas ont reçu des kits PEP. Dans la province de l’Equateur, 1 083 cas de violences sexuelles ont été rapportés jusqu’au mois de septembre 2012 et orientés vers les services appropriés. En Province Orientale, plus de 640

policiers congolais ont été sensibilisés et formés. En matière de prévention, les membres du Cluster Protection ont conduit diverses activités de formation et sensibilisation (sensibilisations communautaires, médiatiques, plaidoyer, etc.) en direction des autorités administratives, traditionnelles, des forces et groupes armés, y compris le renforcement des capacités des femmes et des activités d’engagement des hommes et des garçons.

Dans la Province Orientale, des messages de sensibilisation clés en langue locale ont été diffusés à travers plusieurs radios communautaires. Pour répondre aux problèmes des conflits fonciers et intercommunautaires, des mécanismes de prévention et résolution des conflits, ainsi que d’alerte précoce et monitoring, ont été mis en place ou renforcés à l’est (Ituri, Nord Kivu, et Sud-Kivu). De janvier à septembre 2012, un total de 1 814 conflits fonciers et communautaires de nature variée ont trouvé des solutions, respectivement 1 151 au Nord-Kivu, 320 au Sud-Kivu, et 343 dans le District de l’Ituri (Province Orientale).

Dans la Province de l’Equateur, où plus de 200 conflits étaient identifiés fin septembre 2012, plusieurs activités de sensibilisation sur la coexistence pacifique et la résolution des conflits ont été organisées, dont 97 spectacles de théâtre participatifs devant plus de 80 000 personnes et 13 activités afin de faciliter la coexistence pacifique entre les militaires et les civils dans les zones de retour des déplacés et réfugiés. En 2012, le déminage de plusieurs champs a été réalisé. Fin septembre 2012, un total de 188 restes explosifs de guerres issus des récents conflits ont été collectés et détruits au Nord-Kivu. Les capacités des ONGs pour l’assistance aux victimes ont été renforcées ainsi que les capacités nationales du Centre Congolais de Lutte Antimines (CCLAM).

De nombreuses sessions d’éducation au risque des mines/REG ont été organisées pour la population et les opérateurs humanitaires. Le Cluster Protection a organisé des formations sur le *mainstreaming* de la protection au Sud Kivu et au Nord Kivu en faveur de plusieurs acteurs, y compris les ONGs du programme RRMP, notamment pour l’identification des besoins et une meilleure prise en compte des personnes ayant des besoins spécifiques (personnes avec handicap, personnes âgées, etc.) dans la réponse humanitaire. La grande majorité des réfugiés enregistrés en zones urbaines sont en possession d’un document d’identité individuel. Au Sud-Kivu, 243 réfugiés victimes d’un incident de protection ont reçu une assistance.

Objectif stratégique 2

Réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations affectées par les crises.

Résultats obtenus:

En 2012 les organisations membres du Cluster Santé ont augmenté leur volet prévention, éducation à la santé, hygiène hospitalière, et gestion des déchets dans les structures de santé, surtout dans le cadre de la gestion des épidémies, en coopération avec les relais communautaires et les comités de santé, qui ont aussi participé à la mobilisation sociale pour les campagnes de vaccination.

Plus de 250 kits de prise en charge du paludisme ont été mis à disposition des structures de santé. Au Nord-Kivu, 521 824 cas de paludisme ont été pris en charge gratuitement entre janvier et septembre, interventions accompagnées d’une distribution de moustiquaires imprégnées à longue durée pour tous les ménages. Des distributions semblables ont été effectuées dans les provinces du Katanga, Bandundu, Sud-Kivu, Kinshasa, Equateur et en PO, atteignant au total plus de 80% de la cible prévue. Les enquêtes sur l’utilisation de moustiquaires imprégnées

montrent une nette hausse de l’utilisation en 2012, ce qui indique que la sensibilisation est efficace. La mortalité liée au paludisme est en baisse dans les zones de santé et provinces où les partenaires du Cluster Santé interviennent.

Une vaccination de riposte à la rougeole a été organisée dans 135 zones de santé, touchant au total 6 414 742 enfants. Plus de 42 000 enfants ont bénéficié d’une prise en charge gratuite de la rougeole. Les structures de santé ont reçu 490 kits rougeole permettant la prise en charge gratuite de 49 000 enfants, contribuant ainsi à la réduction du taux de létalité, de 30% au début de l’épidémie à 1.87%.

Plus de 65 000 personnes ont bénéficié d’une prise en charge gratuite des maladies diarrhéiques et du choléra. 135 kits choléra ont été livrés à 140 zones de santé dans toutes les provinces affectées. Les activités EHA contre le choléra ont couvert une population de 696 800 bénéficiaires. Les partenaires ont appuyé le gouvernement dans le plan de communication pour la prévention du choléra, qui a touché une population de plus de 1.4 million de personnes. Au total, les efforts du Cluster Santé ont baissé la mortalité liée au choléra de 11 à 2%, et sous 1% dans les CTC.

Six zones de santé en Province Orientale, couvrant une population de 690 929 personnes, ont reçu un appui dans la gestion de l’épidémie de Fièvre Hémorragique Virale Ebola, en surveillance, prise en charge des cas, hygiène intra hospitalière, logistique, communication, prise en charge psychosociale. 100% des réfugiés urbains éligibles (y compris les malades chroniques), ainsi que tous les réfugiés du camp de Bondo ont eu accès aux soins de santé primaires.

Les réfugiés urbains à Kinshasa, Bukavu, Goma, et Lubumbashi ont bénéficié de la prise en charge médicale, et les enfants en cours de rapatriement (Bas Congo, Katanga, Equateur) ont été vaccinés contre la fièvre jaune. Des kits médicaux et médicaments ont été distribués aux structures de santé des zones d’arrivée des personnes expulsées d’Angola, qui ont eu un accès gratuit aux soins. 2 304 garçons et 3 072 filles de la rue (âgés de 0 à 21 ans) ont reçu un accès aux soins de santé à Kinshasa.

Les partenaires du Cluster Santé ont facilité l’accès aux soins de base, y compris les soins obstétricaux néonataux d’urgences, pour les populations déplacées, retournées et autres vulnérables. Ainsi par exemple, les structures de santé des deux principales zones de retour en Equateur (Dongo et Libengue) ont été approvisionnées en kits médicaux et médicaments, 57 structures de santé ont été construites, plus de 55 structures réhabilitées et plus de 10 maternités équipées (NK, Kasai Occidental et Oriental, Katanga).

Divers programmes de formation et recyclage ont été réalisés, notamment au Sud-Kivu pour 1 244 personnels de santé (infirmiers traitant, accoucheuses et RECO). Le système de surveillance nutritionnelle et d’alerte précoce a été renforcé, avec 19 enquêtes nutritionnelles territoriales, les *screening* nutritionnels, l’appui aux sites sentinelles (le SNSAP a été installé dans 182 sites sentinelles), et 30 enquêtes nutritionnelles de types SMART au niveau des zones de santé. 336 442 enfants malnutris ont été pris en charge dans 2 320 unités nutritionnelles. 2 075 agents de santé et 4 680 RECO ont été formés sur la PCIMA.

Objectif stratégique 3

Améliorer les conditions de vie et réduire la vulnérabilité des personnes et communautés affectées par les crises.

Résultats obtenus:

185 134 ménages, soit environ 925 670 personnes ont reçu une assistance en articles ménagers essentiels, parmi lesquels 51.6% à travers les distributions et 48.4% à travers les foires. 93 054 familles ont également reçu un kit d'hygiène intime pour les femmes/filles. 68 252 familles ont reçu des bâches pour aider à constituer un abri provisoire. Les bénéficiaires sont des déplacés (63%), des retournés (27%), des familles d'accueil (6%), des victimes de catastrophes naturelles (1%), et d'autres personnes vulnérables (3%). Les provinces bénéficiaires sont le Nord-Kivu (44%), le Sud-Kivu (31%), le Katanga (13%), la Province Orientale (8%) et les autres provinces (4%).

Grâce aux efforts des membres du Cluster EHA, 256 623 personnes ont bénéficié d'un accès à l'eau potable, parmi lesquelles 118 988 de manière durable, 38 866 personnes ont bénéficié d'un accès à des latrines d'urgences, et 20 718 à des latrines semi-durables. Ces projets veillent à intégrer les aspects de protection dans les activités EHA. Ainsi par exemple, en Province Orientale, dix forages sont en cours de réalisation à proximité des commissariats en vue de renforcer la protection des personnes chargées de l'approvisionnement en eau.

114 349 enfants de populations affectées par les crises ont eu accès à l'éducation grâce aux interventions du Cluster Education. 971 professeurs ont reçu du matériel éducatif, 2 992 enfants ont suivi des cours de rattrapage, 3 656 professeurs ont été formés en appui psychosocial, au programme national de l'enseignement, en éducation à la paix, en gestion de classe, etc. 7 970 enfants de personnes déplacées, retournées ou de familles d'accueil ont eu accès aux examens TENAFEP. 300 salles de classe ont été installées ou construites. 1 063 sessions de sensibilisation ont été menées avec des communautés, des professeurs, des enfants et des adolescents, touchant différents sujets : protection des enfants, éducation inclusive, VIH, santé, danger des mines, violences basées sur le Genre, etc. 1 148 599 repas scolaires ont été fournis aux enfants dans 2 573 écoles. Tous les cadres du Ministère de l'Enseignement du Nord et Sud-Kivu, Maniema et Province Orientale ont été formés sur l'Education en situation d'urgence et le rôle du Gouvernement dans la préparation et réponse.

Les organisations membres du Cluster Sécurité Alimentaire ont développé des interventions dans les secteurs de la production des cultures, de la pêche, de l'élevage, de la nutrition et de l'aide alimentaire, qui ont permis de sauver des vies humaines, de renforcer les moyens de subsistance des populations affectées par les différentes crises, et d'améliorer leur diversité alimentaire et leur accès aux protéines animales. Les activités incluent : distributions de vivres en situation d'urgence, distributions directes de semences, bons de semences, foires aux semences, outils agricoles, support à l'horticulture, aux jardins maraîchers et aux vergers, distributions d'équipements de pêche, repeuplement de cheptel, immunisation et traitement du bétail.

Globalement, environ 1 200 000 personnes ont bénéficié de l'assistance alimentaire d'urgence, pour un total de 57 000 tonnes. L'aide alimentaire a également été apportée en complément aux traitements administrés aux malnutris et aux personnes affectées par le VIH/Sida dans les zones de crise alimentaire et des moyens d'existence aigüe. Les programmes de vivres contre

formation ciblant les femmes victimes de violences sexuelles ont permis de favoriser leur réinsertion sociale tout en leur permettant de développer des activités génératrices de revenu.

Dans les zones où le marché local le permet, environ 150 000 personnes ont bénéficié de transferts monétaires (foire aux semences, *cash transfer*, coupons), afin de répondre aux conséquences immédiates des crises et permettre aux bénéficiaires de faire le choix des produits dont ils ont réellement besoin. De janvier à octobre 2012, 190 000 ménages ont reçu des kits agricoles: environ 1 650 tonnes de semences vivrières et maraîchères, et 594 000 outils agricoles ont permis d’ensemencer une superficie totale estimée à 30 740 ha. 980 000 mètres linéaires de boutures saines de manioc ont été également distribués, ainsi que 6 200 kits de pêches, contenant des nappes de filet, des bobines de fil, des hameçons et des ralingues.

Des sessions de formation, d’initiation aux nouvelles techniques culturales et de démonstration ont touché près de 40% des bénéficiaires, en majorité des femmes. Les horaires des sessions et les matières enseignées ont été adaptés en tenant compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes ciblés.

Près de dix unités de transformation et de conservation ont été installées pour alléger les lourds travaux de mouture et améliorer ainsi la conservation des produits agricoles en évitant les pertes post récoltes. 202 ménages réfugiés assistés en AGR ont été suivis et techniquement accompagnés au cours du premier semestre 2012. 739 enfants (5 -17 ans) de réfugiés urbains et du camp de Bondo ont reçu un appui concernant les frais scolaires et un kit scolaire. 414 réfugiés en milieu urbain et dans le camp de Bondo, ayant des besoins spécifiques ont été assistés sous diverses formes (kit alimentaire, *counseling* et suivi, visite à domicile, aide d’appoint, logement etc...).

Objectif stratégique 4

Restaurer les moyens de subsistance des communautés affectées, sur base de critères de vulnérabilité et en concertation avec d’autres structures de coordination.

Résultats obtenus:

De janvier à septembre 2012, 29 265 réfugiés congolais ont été rapatriés vers leurs villages d’origine dont 26 182 en Equateur; 15 573 réfugiés angolais, 9 058 réfugiés rwandais, et 454 réfugiés burundais ont été rapatriés; 45 réfugiés urbains ont été réinstallés et 31 autres réinstallés dans le cadre du regroupement familial/réinstallation privée. 18 membres de la CNR ont suivi des sessions de formation relatives à la prise en charge des réfugiés. Dans les autres domaines d’intervention, les acteurs humanitaires concentrent leurs projets sur l’aide immédiate aux populations en crise, et peu de projets portent uniquement sur le retour des populations à des conditions de vie normales. Cet aspect apparaît cependant de manière transversale dans bon nombre des projets évoqués en réponse aux trois premiers objectifs stratégiques, par exemple: la formation du personnel de santé, du personnel enseignant, les distributions d’articles ménagers essentiels et l’assistance agricole aux personnes retournées, les programmes de prévention et de sensibilisation de la population aux risques d’épidémies, les projets de réconciliation et prévention de conflits, etc...

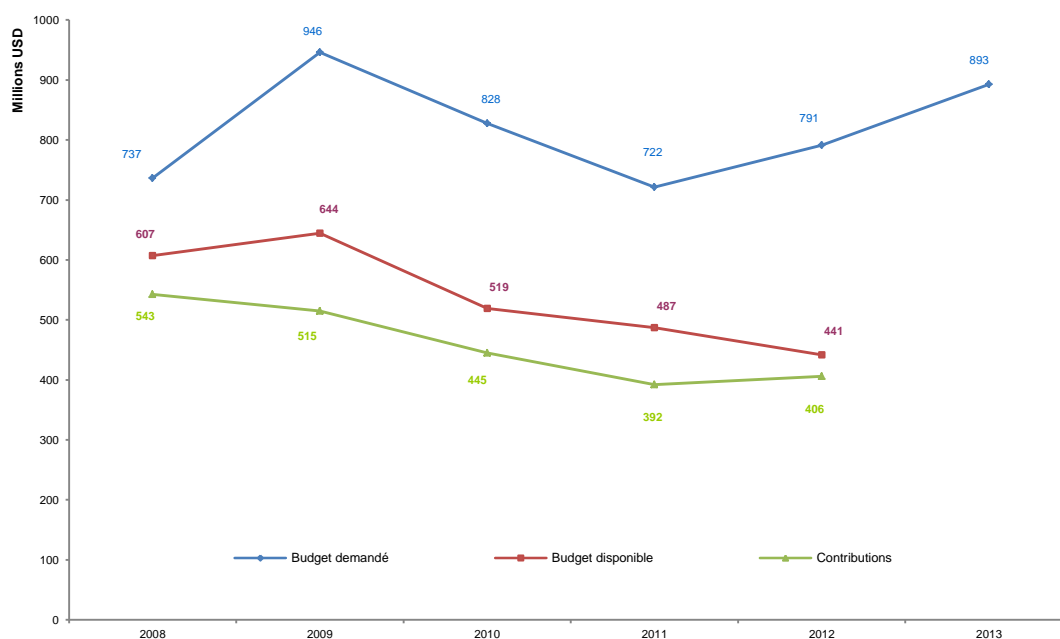
Outre les activités en faveur des bénéficiaires, il faut souligner le travail important du Cluster Logistique, pour la facilitation technique du travail des autres acteurs. En 2012, près de **2 205** km de route ont été rouverts dans les provinces du Maniema, Nord-Kivu, Sud-Kivu et Orientale, y

compris 64 ponts et ponceaux. Deux bacs et deux pistes d'atterrissage ont été réhabilités. De janvier à août 2012, les principaux opérateurs aériens humanitaires, soit ASF France, Echo Flight et UNHAS, ont facilité le voyage de 16 300 passagers ou personnel impliqués dans l'action humanitaire en RDC, en ouvrant notamment le trafic à de nouvelles destinations. La capacité du transport aérien a été augmentée avec le positionnement d'un hélicoptère MI 8 à Goma par Echo flight afin de faciliter le transport des passagers et cargo dans les zones du Nord et Sud-Kivu inaccessibles par voie routière. Au 31 septembre 2012, près de 9 750 mt de cargo de non vivres ont été transportés au profit de la communauté humanitaire vers des destinations difficiles d'accès.

Revue du financement humanitaire

Des contributions en baisse

Comme l’indique le schéma ci-dessous, les contributions annuelles au PAH des bailleurs de fonds institutionnels ont diminué chaque année depuis 2008. Cette tendance s’est arrêtée en 2012, dont le total des contributions est supérieur à celui de 2011. Ceci est lié aux financements spéciaux accordés pour la crise du Kivu et aux importantes contributions du CERF en 2012 (voir ci-dessous). Les humanitaires restent préoccupés par un niveau de financement nettement plus bas que quelques années auparavant, alors que les besoins humanitaires n’ont pas diminué.



Source : FTS, 20 novembre 2012

Financement du PAH 2012

Le budget en début d’année était de \$718 555 610. Lors de la revue à mi-parcours, il a été augmenté à \$791 331 026. Au 15 novembre 2012, les contributions institutionnelles reçues s’élevaient à \$408 090 967. Avec le report du budget de l’année précédente (\$35 261 195), ceci donne un total disponible de \$443 352 162, soit 56% du budget de l’Appel.

Les principaux donateurs sont les Etats-Unis (\$117 millions), ECHO (\$64 millions), le Royaume-Uni (\$48 millions), la Suède (\$23 millions) et le Japon (\$19 millions).

Les financements se répartissent de la manière suivante:

Groupe sectoriel	Budget 2012 revu mi-année (\$)	Financement disponible au 15 novembre (\$)
SECURITE ALIMENTAIRE	229 597 729	156 753 860
NUTRITION	67 940 100	7 259 788
SANTE	64 607 584	40 131 090
EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	79 092 741	14 314 997
PROTECTION	65 542 365	15 333 135
ASSISTANCE MULTISECTORIELLE AUX BESOINS SPECIFIQUES DES REFUGIES	46 112 754	0
EDUCATION	75 000 000	4 459 568
BIENS NON ALIMENTAIRES ET ABRIS D'URGENCE	78 961 474	7 046 970
LOGISTIQUE	68 433 009	39 146 322
MULTI CLUSTER	0	112,461 467
SECTEUR NON ENCORE SPECIFIE, Y COMPRIS POOLED FUND	0	38 003 225
COORDINATION	16 043 270	8 441 740
TOTAL	791 331 026	443 352 162

Source: FTS, le 15 novembre 2012

Commentaires:

- 1) Le tableau ne donne pas directement le financement effectif des activités d'un cluster. Outre le chiffre indiqué en regard du cluster, il faut tenir compte.
 - Des contributions enregistrées dans la catégorie « multi-clusters »: projets incluant plusieurs composantes, relevant de différents clusters, comme le RRMP.
 - Et des contributions déclarées sous « secteur non encore spécifié »: projets dont le secteur d'activité n'a pas encore été déclaré.
- 2) Le financement spécifique de la réponse multisectorielle aux besoins spécifiques des réfugiés n'apparaît pas, car l'ensemble des financements du HCR sont groupés en un seul montant, qui est par conséquent compté dans la ligne « multi-cluster ». Des discussions sont en cours afin de régler cette question, ce qui permettra de mieux suivre le financement spécifique de chaque segment du budget.
- 3) Le rapport annuel d'activités, prévu pour mars 2013, donnera un aperçu complet des financements et des projets, par cluster et par provinces.

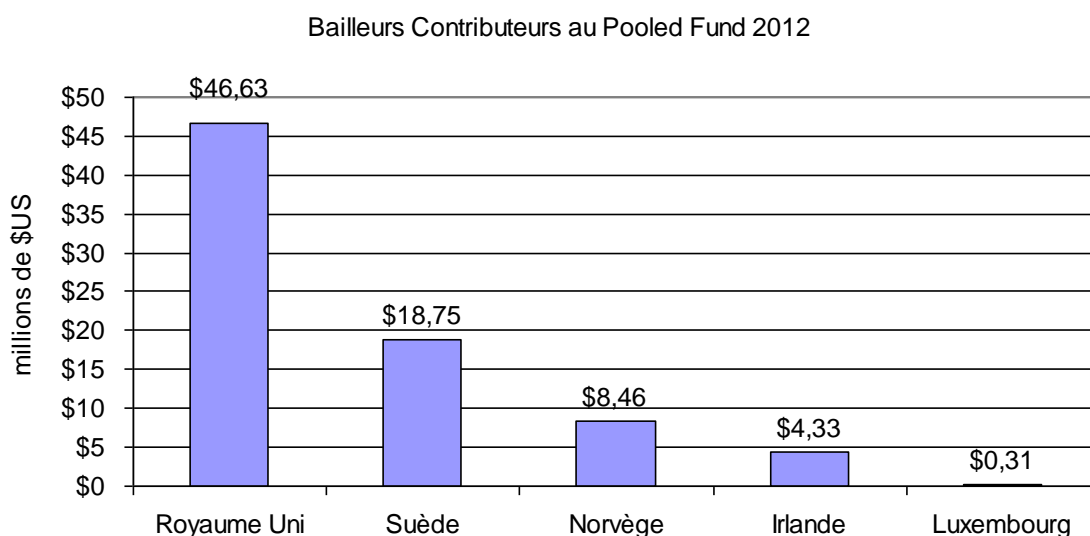
Les fonds communs humanitaires

1) Le *Pooled Fund*

Le PF est un mécanisme de financement commun créé à l’initiative des bailleurs de fonds en RDC depuis 2006 pour faire face aux besoins humanitaires. Il fait partie intégrante de la réforme humanitaire du système des Nations Unies.

Les projets financés par le PF répondent aux stratégies prioritaires définies dans le plan d’action humanitaire. Ces financements couvrent l’ensemble des provinces de la RDC et touchent tous les secteurs d’intervention humanitaire.

Pour l’année 2012, le PF a reçu un total de \$78.5 millions de contribution (au 15 novembre 2012), auquel s’ajoute le report du budget de 2011-2012 de \$8.6 millions et des remboursements pour \$2.9 millions, portant à \$90 millions le budget annuel. Ceci représente une diminution de 20% des contributions. Les cinq bailleurs suivants ont contribué au PF en 2012 (au 15 novembre 2012):



La plupart des projets du PF sont financés à travers deux allocations standards qui sont participatives et consultatives et qui impliquent les acteurs humanitaires, y compris les clusters au niveau national et provincial, et les CPIA. En plus du processus des allocations standards, le Coordonnateur Humanitaire alloue des fonds aux projets stratégiques et aux projets d’urgence *via* la réserve.

Au 15 novembre 2012, le fonds a alloué \$58.3 millions à 100 projets: \$36 millions lors de la 1^{ère} allocation et \$22.3 millions *via* la réserve. La deuxième allocation en cours et les autres projets à financer à travers la réserve portent sur \$29.8 millions, permettant d’atteindre \$89.1 millions d’engagements pour l’année, ce qui représente 20% des financements reçus pour le PAH 2012.

Les fonds alloués lors de la 1^{ère} allocation et *via* la réserve jusqu’au 1 novembre 2012 se répartissent comme suit entre les différents types d’organisations²:

² La deuxième allocation étant en cours à la date de l’élaboration du PAH 2013, il n’est pas possible de l’inclure dans les données par cluster, province et organisation. Le détail sera disponible dans le rapport annuel du PF 2012.

Types d'organisations	% de fonds alloués
Nations Unies	41.8%
ONGs internationales	38.3%
ONGs nationales	1.9%

La part importante accordée aux agences des Nations Unies s’explique par une utilisation de la réserve pour des projets d’ampleur significative tels que le RRMP. En termes de couverture géographique et sectorielle, le PF privilégie les secteurs et zones identifiées comme prioritaires dans le PAH et lors des discussions de priorisation en préparation des allocations.

Provinces		Clusters	
National	32.2%	Abris et biens non alimentaires	10.8 %
Provinces hors-conflit	12.6%	Coordination	2.5%
Katanga (Tanganyika)	5.7%	Education	4.8 %
Maniema	3.5%	EHA	8.2%
Nord-Kivu	16.1%	Logistique	3.6 %
Province Orientale	11.9%	Multi-clusters	36.6%
Sud-Kivu	18%	Nutrition	9.3 %
		Protection	5.6%
		Santé	7.2 %
		Sécurité alimentaire	11.4%

L’importance des financements « nationaux » et « multi-clusters » s’explique entre autre par le fort soutien du PF au RRMP en 2012 (\$13.5 millions), programme couvrant quatre provinces (Nord-Kivu, Sud-Kivu, Province Orientale, et Nord Katanga) et trois clusters (EHA, NFI/abris, et Education).

2) Le Central Emergency Response Fund

En 2012, la RDC a bénéficié des allocations suivantes du CERF:

- Une allocation “rapid response”/ ‘réponse rapide’ de \$9.1 millions pour la réponse à l’urgence choléra début 2012 (UNICEF et OMS).
- Une allocation “*underfunded*” de \$12 millions pour répondre aux besoins humanitaires du Sud-Kivu et du Katanga (PAM, OMS, UNICEF, FAO, FNUAP).
- Une allocation “rapid response” de \$10 millions en juillet pour l’urgence au Nord-Kivu (UNICEF, FAO, HCR, PAM, OMS).
- Une allocation “rapid response” de \$0.74 millions en septembre pour l’UNICEF et l’OMS pour la réponse à l’Ebola en Province Orientale.

3) L’Emergency Response Fund

Le *Rapid Response Fund* a été transformé en *Emergency Response Fund*, passant ainsi sous l’entière responsabilité de l’OCHA et du Coordonnateur Humanitaire.

L’ERF a permis d’allouer \$1.1 millions pour des projets urgents, mais de montants limités. Neuf projets ont pu être ainsi financés: cinq pour des ONGs internationales et quatre pour des ONGs nationales.

3. ANALYSE DES BESOINS

Analyse du contexte et facteurs de crise

La crise humanitaire qui touche la RDC depuis presque deux décennies a des causes multiples qui ont changé au fil des années. Sur la base de la situation en 2012, on estime qu’en 2013 des besoins humanitaires pourront résulter de huit facteurs principaux, affectant à des degrés divers les différentes régions du pays.

1) Un haut niveau de violence armée dans certaines régions

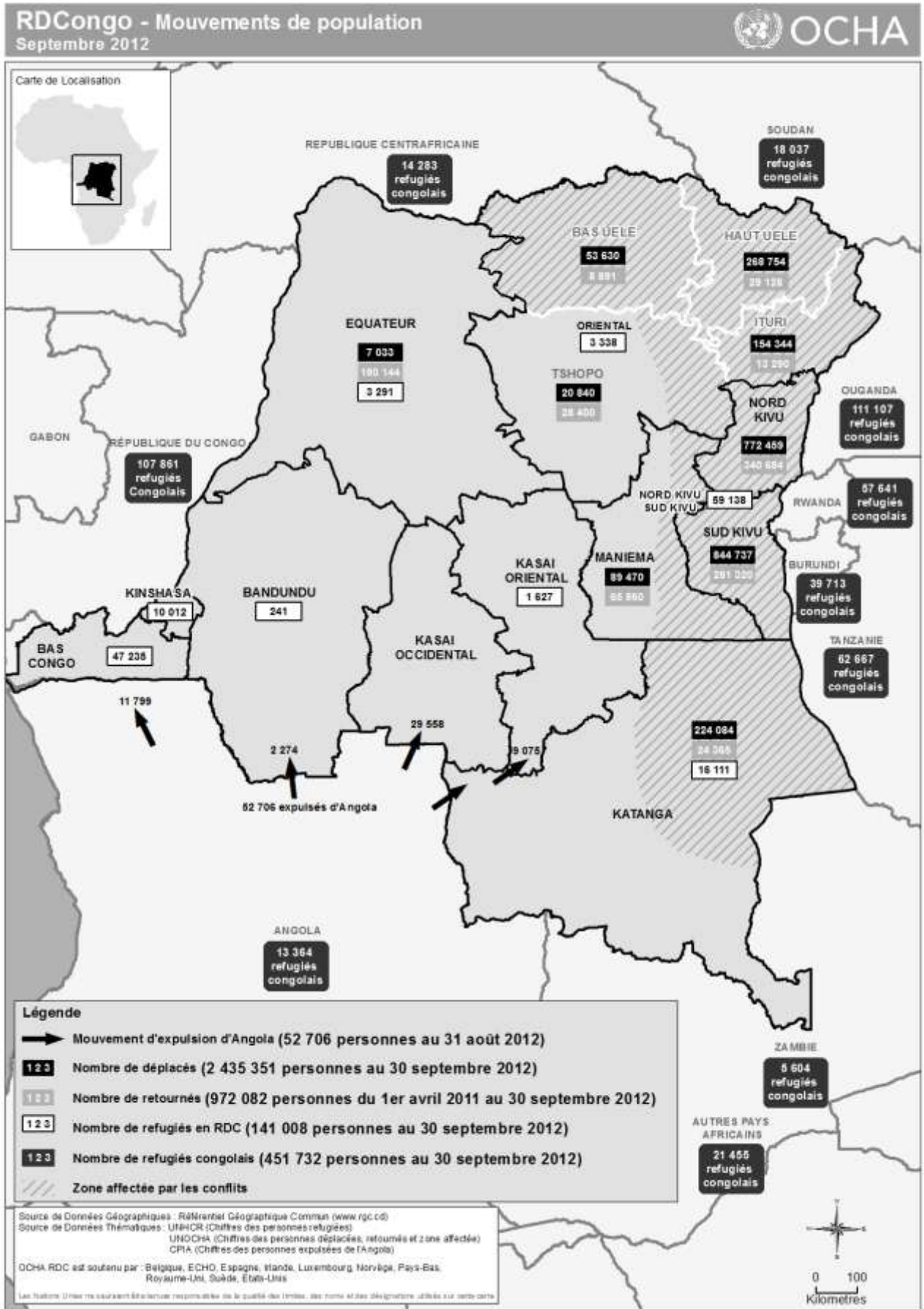
L’année 2012 a vu la création d’un nouveau groupe de rebelles, le M23, qui a pris le contrôle de certaines zones dans le Nord-Kivu, ainsi que l’évasion et la reprise d’activités du Maï Maï Gédéon, dans le centre du Katanga. Ces développements s’ajoutent à la perpétuation des combats entre les forces armées et les différents groupes armés nationaux (FRPI, différents groupes Maï Maï) et internationaux (FDLR, LRA, FNL). Dans certaines provinces, on note une résurgence des groupes d’autodéfense, qui deviennent eux-mêmes responsables d’exactions. On note par ailleurs une évolution de plusieurs conflits vers des clivages ethniques plus marqués et l’on entend des accusations renouvelées d’implications des Gouvernements du Rwanda et de l’Ouganda. Cette situation a entraîné une augmentation des incidents de protection contre les populations civiles commises par l’ensemble des groupes armés, ainsi que par des éléments des services de sécurité de l’Etat (FARDC et PNC): meurtres, traitements inhumains et dégradants, violences sexuelles, recrutement forcé y compris d’enfants, extorsion, travaux forcés, incendie et pillage de villages et de sites/camps de déplacés, limitations arbitraires de mouvement, arrestations arbitraires, enlèvements. La population est souvent menacée par les différents groupes armés et doit parfois payer une rançon afin d’assurer sa sécurité. Elle choisit bien souvent de fuir les zones touchées par les conflits.

2) Un grand nombre de déplacés et de réfugiés

Début octobre 2012, on estimait à 2.4 millions le nombre de personnes déplacées à l’intérieur du pays à cause des violences. Ce chiffre est en hausse continue depuis juin 2011. Le Sud-Kivu, le Nord-Kivu, la Province Orientale et le Katanga sont les provinces les plus affectées. Les déplacés sont surtout hébergés en famille d’accueil (87%) et également en sites spontanés et camps (13%). On estime à 450 000 le nombre de réfugiés congolais se trouvant dans des pays voisins. Par ailleurs, plus de 140 000 réfugiés non-congolais se trouvent en RDC. En juin 2012, la clause de cessation du statut de réfugié a été prononcée pour les réfugiés angolais, posant la question de leur futur statut.

3) Des épidémies humaines, épizooties et phytopathologies

Ces maladies contagieuses humaines, animales et végétales continuent de menacer la vie, la santé et les ressources de millions de Congolais. En 2012, la RDC a lutté entre autres contre les épidémies de choléra (dans 151 zones de santé), de fièvre typhoïde (Kinshasa et Katanga), et de rougeole (dans 88 zones de santé), et une réapparition de la fièvre hémorragique Ebola en Province Orientale. Les épizooties comme la peste des petits ruminants, les phytopathologies comme le flétrissement bactérien du bananier (wilt) et la striure brune du manioc continuent à affecter de nombreuses zones à travers le pays, décimant les cultures et les cheptels.



4) Un contexte général de pauvreté et de précarité dans l’ensemble du pays

En 2011, la RDC se trouvait au 187^{ème} rang parmi les 187 pays référencés dans le cadre de l’indice de développement humain (PNUD). Le pays connaît des taux alarmants pour tous les indicateurs de base en santé, sécurité alimentaire, nutrition et accès à l’éducation. Les services de base de l’Etat ne parviennent pas, ou peu, dans de nombreuses régions. Le manque d’infrastructures, ou leur état de délabrement, rend beaucoup de zones difficiles d’accès pour le commerce, les services et l’aide humanitaire. Cette situation de précarité est à la fois la cause de graves problèmes, comme la résurgence des épidémies, mais constitue également un facteur aggravant pour les crises dues à d’autres facteurs.

5) Des conflits locaux liés à l’accès aux ressources naturelles (terre, pêche, chasse, mines), au pouvoir politique ou traditionnel et aux conflits ethniques

Il s’agit de tensions latentes ou de conflits d’ampleur limitée, mais qui peuvent facilement dégénérer en flambées de violences, entraînant des vagues de déplacements de population. Les causes de conflits sont multiples: rivalités ethniques, accès à la terre, droit de pêche, braconnage, contrôle des mines, querelles politiques.. Dans les zones de retour des réfugiés et des déplacés de longue durée, la réintégration durable est compromise par la délicate question de la restitution des maisons, terres et propriétés. Le nombre de conflits locaux enregistrés par la MONUSCO est particulièrement élevé dans les provinces du Kasai Occidental, de l’Equateur, du Katanga et du Bandundu.

6) Une instabilité politique au niveau local dans certaines régions

Dans le contexte de tensions locales décrit ci-dessus, les élections provinciales et/ou municipales prévues pour 2013 pourraient déstabiliser de nombreuses circonscriptions et transformer certaines tensions intercommunautaires latentes en conflits violents. Les revendications séparatistes au Katanga et les querelles relatives aux délimitations de frontières provinciales, notamment entre le Kasai Oriental et le Katanga, constituent d’autres risques de détérioration de la situation politique pouvant avoir des conséquences humanitaires.

7) Des catastrophes naturelles

Tout au long de l’année, les éléments naturels causent des dégâts importants dans des territoires relativement limités: inondations en saison des pluies le long du fleuve Congo et de ses affluents, manque de pluies dans d’autres régions, glissements de terrain. Par ailleurs, on ne peut jamais exclure l’arrivée d’une catastrophe naturelle majeure: éruption d’un volcan autour de Goma, explosion de gaz provenant du lac Kivu ou tremblements de terre dans les Kivus, situés à l’ouest du rift africain.

8) Au sud, de fréquentes opérations d’expulsions de Congolais de l’Angola

Ces expulsions de Congolais travaillant dans les régions diamantifères du nord-est de l’Angola sont accompagnées de nombreuses violations des droits humains, notamment de violences sexuelles. Après la visite en 2011, en RDC et en Angola, de la Représentante Spéciale du Secrétaire Général des Nations Unies sur la lutte contre les violences sexuelles dans les conflits armés, le Sous-Secrétaire Général des Nations Unies aux Droits de l’Homme s’est à son tour personnellement rendu compte de la situation des expulsés lors de sa visite en RDC en mai 2012. Les humanitaires estiment que 52 000 personnes ont été expulsées d’Angola vers la RDC entre janvier et septembre 2012. Des quatre provinces frontalières de l’Angola, c’est le Kasai Occidental qui reçoit le plus grand nombre d’expulsés.

Catégories de besoins humanitaires

Les facteurs principaux présentés ci-dessus entraînent des besoins humanitaires que l’on peut grouper en quatre grandes catégories:

1) La protection de la population civile

La protection de la population civile en RDC reste un problème considérable. Entre janvier et septembre 2012, 32 149 incidents de protection ont été enregistrés pour le Nord-Kivu, le Sud-Kivu, une partie de la Province Orientale et une partie du Katanga (monitoring de protection, HCR), notamment des extorsions de biens, vols ou pillages, traitements inhumains et dégradants, arrestations arbitraires, détentions illégales. 46% des exactions sont attribuées aux FARDC et à la PNC et 27.5% à l’ensemble des groupes armés (nationaux ou étrangers), avec des tendances qui diffèrent selon les provinces. Plusieurs camps et sites ont été la cible d’attaques et de pillages, notamment au Nord-Kivu. Le recrutement des enfants par les groupes armés et par les FARDC, et d’autres violations graves des droits de l’enfant, ont connu une augmentation en 2012. De plus, 4 353 cas de violences sexuelles et basées sur le Genre ont été rapportés au cours du premier semestre 2012. La protection de la population civile doit être renforcée par des programmes de prévention ainsi que de prise en charge des survivants aux violences.

2) La diminution de la morbidité et de la mortalité excessives

Les principaux indicateurs de santé en RDC demeurent alarmants: mortalité infantile des moins de 5 ans estimée à 128 cas pour 1 000 naissances; mortalité maternelle de 549 cas pour 100 000 naissances vivantes, mortalité pour l’ensemble de la population à 2.2 pour 1 000 personnes par mois (taux de 57% supérieur à la moyenne des pays sub-sahariens). Le pays connaît un très faible accès aux services de santé de base dans les zones rurales et des coûts prohibitifs généralisés pour les soins secondaires. En outre, la RDC a été touchée en 2012 par la continuation des principales épidémies (paludisme, choléra, rougeole) ainsi qu’à la résurgence de la fièvre hémorragique Ebola depuis mai en Province Orientale. Avec seulement 17% de la population en milieu rural ayant accès à de l’eau issue d’une source améliorée, l’approvisionnement en eau potable doit absolument être amélioré afin de réduire les risques de transmission de maladies infectieuses d’origine hydriques telles que le choléra. Selon les résultats du 8^{ème} cycle d’analyse IPC effectué au mois d’octobre 2012, 6 320 893 personnes sont en crise alimentaire et des moyens de subsistance aigüe. Selon le Cluster Nutrition, 2 439 469 enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aigüe globale. Tout en comptant sur des changements structurels pour amener une solution à long terme, des programmes nutritionnels et de sécurité alimentaire doivent être déployés en urgence pour limiter la mortalité.

3) Le maintien ou le retour à des conditions de vie décentes et la préservation de la dignité

L’aide humanitaire vise à garantir aux populations vivant dans des conditions précaires provisoires, le minimum vital en termes de moyens de subsistance, d’autonomie, de conditions de vie décentes et de préservation de la dignité. Constatant qu’une large partie de la population congolaise a besoin d’assistance en ce domaine, il s’agit bien de se limiter aux personnes qui ont subi une baisse abrupte de leurs conditions de vie (déplacés, retournés, expulsés, familles d’accueils, victimes de violences), et à une aide visant à mieux passer la phase transitoire, avant un retour à la normale. Cette aide comprendra notamment des abris d’urgence et des articles ménagers essentiels pour maintenir le foyer, du matériel et des intrants agricoles afin de

retrouver un minimum d’autonomie alimentaire, ou encore le maintien d’un système éducationnel de base pour les enfants.

4) Le retour à des conditions de vie normales

Les besoins humanitaires en RDC ne diminueront que lorsque les facteurs de crise identifiés rencontreront des solutions à long terme, grâce à un travail de fond du Gouvernement et de ses partenaires bilatéraux et multilatéraux sur les principaux problèmes du pays (pacification, développement économique, santé publique, bonne gouvernance, réforme de l’administration publique ...) dans le cadre de plans pluriannuels (STAREC, PCP, ISSS, Plan Cadre des Nations Unies pour l’Aide au Développement). Dans l’attente des améliorations espérées de ce travail de fond, les acteurs humanitaires ont pour rôle principal d’atténuer les conséquences immédiates des crises. Ils essaient toutefois tant que possible de répondre aussi à certains besoins à plus long terme:

- Organiser le retour à la normale: rapatriement et réintégration des réfugiés, retour ou intégration des déplacés, réconciliation entre communautés.
- Favoriser le redressement des communautés affectées par l’intégration dans l’action humanitaire des principes du relèvement précoce et de la résilience.
- Prévoir une stratégie de transition et de sortie dans les zones où la crise est passée.
- Définir pour tout cela des synergies avec les programmes à plus long terme, et renforcer la collaboration avec les services de l’Etat.

Population affectée et chiffres de planification pour 2013

Comme il est expliqué dans la stratégie humanitaire, les acteurs humanitaires tentent d’estimer d’abord la population affectée par une crise humanitaire, pour ensuite déterminer la population ciblée à qui sera destinée l’aide. Afin de concevoir la stratégie de réponse en 2013, il est donc nécessaire d’estimer les populations qui rencontreront dans le courant de l’année les besoins humanitaires mentionnés ci-dessus. Pour cela, les acteurs humanitaires ont établi des chiffres de planification pour 2013. Il faut tenir compte de trois remarques importantes:

- De telles estimations sont très difficiles à effectuer: manque de données de base, multiples scénarios de crises, contexte dynamique, impossibilité de prévoir précisément les crises qui surviendront en 2013. Il convient donc d’être très prudent et de garder à l’esprit le degré d’approximation des chiffres avancés , et refaire des évaluations plus précises au moment de réaliser les interventions.
- Le principe affirmant que le ciblage des bénéficiaires ne peut se baser sur leur seul statut (déplacé, réfugié, rapatrié), mais doit prendre en compte les besoins réels et le degré de vulnérabilité est désormais acquis. Les chiffres de planification ne fournissent donc pas directement des bénéficiaires potentiels, mais sont plutôt des données contribuant, avec d’autres, à estimer le nombre de bénéficiaires ciblés.
- Additionner les chiffres de planification des différentes catégories pour établir une « population affectée totale » n’aurait pas de sens: avec cette méthode, un enfant déscolarisé, pris en charge dans un centre nutritionnel, recevant un vaccin contre la rougeole et vivant dans une zone bénéficiant d’un programme de prévention choléra serait compté quatre fois !

Tout en gardant ces importantes remarques à l’esprit, les partenaires humanitaires ont convenu pour 2013 les chiffres de planification suivant:

Déplacés internes	2 600 000 personnes déplacées dont plus de 90% se situent dans les quatre provinces les plus touchées par les conflits armés: la Province Orientale, le Katanga et les Kivus: 87% sont en familles d’accueil et 13% dans les camps et sites spontanés (OCHA).
Retournés	755 000 personnes retournant dans l’année (OCHA).
Familles d’accueil	200 000 ménages accueillant des déplacés (OCHA).
Expulsés d’Angola	88 500 personnes expulsées dans l’année vers quatre provinces: Bas Congo, Bandundu, Kasaï Occidental et Oriental (CPIA).
Réfugiés en RDC	140 000 réfugiés , parmi lesquels 25 000 seront rapatriés (HCR, oct. 2012).
Réfugiés congolais en Afrique	450 000 réfugiés , parmi lesquels 63 500 seront rapatriés en RDC en 2013, dont 47 000 de la République du Congo vers l’Equateur (HCR, oct. 2012).
Survivants de violences sexuelles	15 000 personnes (cluster Protection).
Enfants non-accompagnés et séparés de leurs proches	4 700 filles et garçons dans les zones de conflits, séparés ou à risque d’être séparés de leurs proches (HCR).
Enfants sortis des forces et groupes armés	4 800 filles et garçons sortis des forces et groupes armés dans l’année (UNICEF).
Enfants malnutris	2 439 469 enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aigüe globale (UNICEF).
Enfants non scolarisés	7.6 millions , parmi lesquels 1.8 millions d’enfants des populations affectées par les crises (Institut National de Statistique, Ministère de l’Education, UNICEF).
Populations affectées par des besoins EHA	20 938 000 personnes.
Populations affectées par des besoins santé	24 318 000 personnes.
Personnes en insécurité alimentaire	6 320 893 personnes en phase de crise aigüe alimentaire et des moyens d’existence (IPC, 8 ^{ème} cycle, oct. 2012).

4. LE PLAN D’ACTION HUMANITAIRE 2013

Scénario probable

Même si le nouveau Gouvernement national laisse espérer une politique forte et efficace face aux problèmes sécuritaires et socio-économiques du pays, il est difficile d’imaginer un impact immédiat sur la situation humanitaire en 2013. Les acteurs humanitaires prévoient en 2013, par rapport à l’année précédente, le maintien des principaux facteurs de crises, une détérioration de la situation à l’est, et une augmentation globale des besoins humanitaires.

A l’est, on craint la continuation de l’évolution constatée en 2012: de nombreux vides sécuritaires créés par le redéploiement des FARDC, et réoccupés par des groupes armés (FDLR, Raia Mutomboki, LRA et autres); une augmentation du nombre de groupes armés, notamment des groupes d’autodéfense; une impasse entre les FARDC et le mouvement M23, qui continuera ses tentatives de ramification du Nord-Kivu vers les autres provinces en se rapprochant d’autres groupes armés; une radicalisation des différents conflits qui rejoignent les clivages ethniques et communautaires; le ciblage croissant par les groupes armés des civils et des dépendants des combattants; des cycles permanents de représailles; et une armée incapable de pacifier la région et responsable elle-même d’une part importante des exactions commises sur les populations.

Les opérations militaires des FARDC et des groupes armés entraîneront de nouvelles vagues de déplacements à l’est du pays, et empêcheront les retours, ce qui laisse prévoir un nombre de déplacés en augmentation et estimé à 2.6 millions. Il est difficile de présumer à ce stade de l’éventuel impact des déploiements envisagés d’une force de l’Union Africaine contre la LRA, et d’une nouvelle force d’interposition africaine dans les Kivus ou des rôles que joueront l’Ouganda et le Rwanda dans l’enjeu sécuritaire régional.

Malgré les programmes de prévention et gestion de conflits, on ne peut s’attendre à une diminution significative des nombreux conflits locaux liés à l’accès aux ressources naturelles (terre, pêche, chasse, mines), au pouvoir traditionnel et politique, aux tensions ethniques, et aux problèmes de restitution de maisons, terres et propriétés, dans les zones de retour de personnes rapatriées ou retournées. L’insuffisance de projets de prévention et de gestion de ces conflits, notamment dans les zones dites stabilisées, laisse craindre la transformation potentielle de certaines tensions locales en conflits violents.

Dans ce contexte, les élections provinciales et/ou municipales prévues pour 2013 pourraient déstabiliser de nombreuses circonscriptions, en cas de manipulation partisane par certains candidats. Les revendications séparatistes au Katanga, et les querelles relatives aux délimitations de frontières provinciales, notamment entre le Kasai Oriental et le Katanga, constituent d’autres risques de déstabilisation de la situation politique.

La poursuite du rapatriement en Equateur des Congolais réfugiés en RDC demandera une attention particulière, afin que leur réintégration soit durable et ne génère pas de nouvelles querelles. La situation sécuritaire précaire en RCA et en RSS pousse à envisager l’arrivée en RDC de réfugiés de ces deux pays.

Les violences et les déplacements de populations auront comme toujours un impact négatif sur la production agricole, la situation alimentaire et la situation nutritionnelle dans les zones concernées. En y ajoutant les faiblesses générales de la production agricole et les différentes épizooties et phytopathologies l’insécurité alimentaire restera, selon toute probabilité au même niveau et la malnutrition maintiendra des taux alarmants dans l’ensemble du pays.

La nécessité économique continuera à pousser des Congolais à aller travailler illégalement en Angola, au risque de se faire expulser de manière violente. On ne voit pas pour le moment d’avancées dans le dialogue avec l’Angola en vue de stopper les violations des droits humains qui accompagnent ces expulsions.

Dans un contexte général de pauvreté et de précarité sur l’ensemble du pays, et avec une faible capacité d’engagement des acteurs étatiques, on s’attend à la continuation des trois principales épidémies: rougeole, choléra et malaria.

Les objectifs stratégiques 2013

En réponse aux quatre catégories de besoins humanitaires présentées ci-dessus, la communauté humanitaire se donne les objectifs stratégiques suivant:

- Renforcer la protection de la population civile dans les zones affectées par les crises.
- Réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations affectées par les crises.
- Améliorer les conditions de vie, réduire la vulnérabilité et préserver la dignité des personnes et communautés affectées par les crises.
- Restaurer les moyens de subsistance et renforcer la résilience des communautés affectées par les crises, et faciliter le retour et la réintégration durable des populations déplacées et réfugiées.

La stratégie humanitaire

Elaboration et suivi de la stratégie humanitaire en RDC

Dans le PAH, la communauté humanitaire de la RDC ne propose pas de projets déclarés à l’avance, et préfère élaborer une stratégie de réponse, dans laquelle viendront s’inscrire les projets tout au long de l’année. Construite sur l’analyse du contexte, du scénario probable, et des besoins humanitaires, cette stratégie de réponse comprend:

- Les quatre objectifs stratégiques, présentés ci-dessus. Ces objectifs stratégiques constituent les buts visionnaires qui orientent toute l’action humanitaire en RDC, à travers les années. Ils sont complémentaires et leur ordre ne reflète pas une hiérarchie des priorités. Ils sont semblables à ceux de 2010, 2011 et 2012 car ils visent à répondre à des besoins humanitaires et non à en éliminer les causes.
- Une approche commune, présentée ci-dessous, sur les grandes questions auxquelles sont confrontés les acteurs humanitaires: accès, ciblage des bénéficiaires, redevabilité, prise en compte des thèmes transversaux..
- Des plans de réponse par cluster : chaque cluster définit un objectif général et des objectifs spécifiques, et établit son cadre logique opérationnel, détaillant pour chaque

objectif spécifique les activités qui y correspondent, les résultats attendus, les indicateurs utilisés et les méthodes de suivi permettant de les mesurer. Le budget du cluster est estimé sur base de la population ciblée et des activités prévues.

- Un budget global, élaboré en totalisant les budgets des clusters et celui de la coordination.

Une approche commune, sous certains aspects, pour tout le territoire...

- Des mécanismes de surveillance, devant donner l’alerte en cas d’urgence humanitaire.
- Une logique d’intervention sur base de seuils déclencheurs, définis pour les différents types de besoins.
- Des plans de contingences provinciaux, qui préparent la communauté humanitaire et les autorités à intervenir en cas d’urgence.

... mais qui, pour d’autres aspects, différencie deux types de zones

A: Zones affectées par des conflits armés et autres situations de violence armée

Elles sont caractérisées par:

- Des indicateurs de santé hors norme et une mortalité élevée, des besoins humanitaires importants pour une grande part de la population civile et ceci sur de longues périodes, notamment concernant des problèmes particulièrement aigus de protection de la population civile.
- Une présence relativement importante d’acteurs humanitaires, ce qui permet une bonne réactivité et augmente les sources d’informations sur les besoins.

La stratégie humanitaire prévoit:

- Des interventions humanitaires massives, parfois urgentes, potentiellement étendues à de larges zones touchées (lorsque accessibles), pouvant continuer longtemps, et avec un volet protection important.
- Des programmes d’intervention planifiés dans le PAH au niveau cluster ou inter-cluster (RRMP) et adaptés aux besoins en cours d’année.
- Des plans de contingences provinciaux, qui s’appuient essentiellement sur les acteurs présents.

B: Zones hors-conflit, mais sujettes à des crises chroniques ou soudaines

Elles sont caractérisées par:

- Des besoins humanitaires moins généralisés, plus occasionnels ou spécifiques, provenant des conséquences indirectes des conflits voisins (déplacements), de violences locales (tensions communautaires, litiges fonciers, coutumiers, ethniques), de migrations forcées (expulsions d’Angola), d’épidémies, de catastrophes naturelles, ou de causes structurelles (malnutrition, EHA, zones de santé non-fonctionnelles).
- Une présence moindre des acteurs humanitaires, ce qui diminue la capacité de réaction, et les sources d’informations sur les besoins (d’où la nécessité de faire des évaluations des besoins avant d’intervenir).

La stratégie humanitaire prévoit:

- Des interventions humanitaires localisées, spécifiques, parfois plus limitées dans le temps, visant à répondre aux besoins urgents des populations touchées.
- Quelques programmes d’intervention planifiés dans le PAH par les clusters et leurs organisations membres.
- Des plans de contingences provinciaux, qui prévoient d’éventuelles interventions d’urgences, faisant appel à des acteurs extérieurs à la zone touchée, étant donné le manque d’organisations humanitaires sur place.

Une réponse ciblée sur les besoins humanitaires...

L’action humanitaire se concentre essentiellement sur les buts qui lui sont spécifiques: protéger des personnes, sauver des vies, soulager des souffrances, apporter des services essentiels, restaurer la dignité et l’autonomie des communautés en crise. Elle n’a donc pas l’objectif de changer les causes profondes qui entraînent ces besoins (pauvreté, carences des services de l’Etat, conflits armés, conflits locaux, instabilité politique...) et ne réalise pas de projets à long terme visant des changements structurels.

... favorisant le relèvement précoce et la résilience...

Toutefois, le plan d’action humanitaire cherche, partout où cela est possible, à favoriser dans ses interventions les avancées vers le relèvement, le renforcement de la résilience, la diminution des causes de crise (épidémies) et une amélioration durable des conditions de vie de la population. Ainsi par exemple, les acteurs humanitaires doivent intégrer dans leurs actions les principes du thème transversal de relèvement précoce (expliqué plus loin), ou encore le PF, qui étudie la possibilité de financements de durée supérieure à un an.

... et se coordonnant avec les autres mécanismes d’aide

Dans tous les contextes, par souci d’efficacité, les acteurs humanitaires doivent toujours chercher à connaître les autres acteurs, et à se coordonner avec eux: action gouvernementale, programmes de stabilisation, de consolidation de la paix, de développement et de coopérations bilatérales. Dans les régions où la crise est passée, il faut aller plus loin et préparer une stratégie de sortie (ou de transition vers le développement), permettant de passer la main et se retirer tout en préservant les acquis obtenus. Actuellement, les acteurs humanitaires ne connaissent pas suffisamment les autres programmes et mécanismes de coordination en RDC. Le point de départ devrait être une meilleure connaissance réciproque des différents intervenants.

Une analyse des besoins et une planification annuelles...

En septembre - octobre de chaque année - le travail des clusters, les ateliers provinciaux et l’atelier national effectuent une analyse globale du contexte, des scénarios possibles et des besoins humanitaires pour l’année suivante. Ceci permet la définition, au niveau global et pour chaque cluster, des stratégies de réponses: objectifs annuels et activités humanitaires.

... qui sont adaptées en cours d’année

Mais, vu la taille du pays et les différents types de problèmes rencontrés, cette planification anticipée ne peut pas répondre à toutes les situations qui se présentent durant l’année. Elle est donc complétée, tout au long de l’année, par des analyses plus réactives, qui permettent d’optimiser les actions humanitaires à mener. Adapter rapidement les réponses aux besoins dans un contexte changeant est une des caractéristiques d’une aide humanitaire efficace.

Des objectifs réalistes: ciblage et priorisation

Faisant face à des besoins humanitaires énormes et disposant de moyens limités, les acteurs humanitaires doivent proposer des actions réalistes et répondre aux besoins les plus essentiels. Au départ, l’analyse des besoins s’intéresse à tous les besoins humanitaires et tente pour chacun d’estimer l’ensemble de la population affectée.

Ne pouvant répondre à tous ces besoins, les acteurs humanitaires doivent ensuite définir la population ciblée à laquelle ils tenteront d’apporter une aide. Chaque cluster établit donc ses critères de ciblage, sur base de principes communs: tenir compte des actions humanitaires réalisées par le Gouvernement et par les acteurs humanitaires ne participant pas à l’Appel; considérer l’accès (sécuritaire et logistique) aux populations; utiliser des seuils d’intervention; considérer la présence de facteurs aggravants; estimer le degré de vulnérabilité/résilience de la population concernée.

En cours d’année, si les ressources disponibles ne permettent pas d’atteindre toute la population ciblée, il est alors nécessaire de déterminer les interventions prioritaires. Pour cela, chaque cluster définit ses critères de priorisation sur base de principes communs: *life-saving*, groupes importants, rapport coût efficacité, seuils d’intervention prioritaire.

Sur base de ces critères de ciblage et de priorisation, tout au long de l’année, les clusters et le système de coordination identifient les principaux gaps dans la réponse et font des recommandations afin d’orienter les financements.

Un ciblage basé sur les besoins effectifs plutôt que sur le statut des bénéficiaires

L’aide humanitaire a parfois tendance à suivre des schémas d’intervention standards, attribuant automatiquement des besoins pré-calculés et une aide formatée à des catégories de bénéficiaires: déplacés, retournés, malnutris.... L’urgence justifie parfois ces interventions basées sur le statut des bénéficiaires, mais l’expérience a montré les limites de cette approche: d’autres personnes non ciblées peuvent avoir des besoins importants. Partout où cela est possible, il vaut mieux que le ciblage se fasse sur les besoins effectifs rencontrés au sein de la population plutôt qu’en visant d’emblée un groupe particulier. Cette approche ouverte permet de prendre en compte les familles d’accueil, les déplacés de longue durée, les personnes expulsées d’Angola, les victimes de violations des droits humains, les personnes handicapées ou autres personnes à vulnérabilités spécifiques, ou parfois même de la population entière d’une zone en crise. Cette approche basée sur les besoins effectifs nécessite bien sûr également des données désagrégées et une analyse relevant les besoins spécifiques selon le Genre, l’âge et la diversité.

Un ciblage prenant en compte la vulnérabilité et la résilience de la population affectée

Lorsqu’une population est victime d’une crise spécifique, il est important d’évaluer sa situation générale de vulnérabilité. Face à une même crise, l’aide sera considérée plus nécessaire envers une population jugée plus vulnérable qu’envers une autre jugée plus résiliente. La résilience ou la vulnérabilité d’une population s’estime à travers une combinaison de facteurs: ressources et revenus, niveau d’éducation, accès à l’éducation, situation alimentaire, accès aux soins de santé, accès à l’eau potable... Les enquêtes IPC donnent une mesure de la vulnérabilité par zones en mettant l’accent sur la sécurité alimentaire. Il n’existe cependant pas d’outil commun déterminant un indice unique de vulnérabilité.

Une planification basée sur des éléments solides

Le concept *Evidence based programming* demande aux acteurs humanitaires de baser leurs interventions sur des informations solides. Ceci inclut:

1) La récolte d’informations de base

La collecte, le traitement, et l’analyse de données de base (chiffres de population, accès aux services, indicateurs santé, nutrition, sécurité alimentaire) est une responsabilité partagée avec le gouvernement et les acteurs de développement. La taille du pays, la faiblesse des institutions étatiques, les difficultés d’accès à de nombreuses zones et les situations continuellement changeantes rendent impossible l’obtention de données complètes fiables et désagrégées. Comme il y aura toujours un manque d’information, les humanitaires doivent s’adapter: utiliser des données anciennes, faire des simplifications, des approximations ou mettre en place des systèmes d’alerte: une alerte peut déclencher une évaluation de la situation dans une zone, ce qui déclenchera éventuellement une intervention.

2) De meilleures évaluations des besoins en urgence

Dans le cadre de l’amélioration de la réponse humanitaire en urgence, présentée ci-dessus, un des objectifs est de développer un outil d’évaluation multisectorielle des besoins en urgence, partagé par tous les acteurs humanitaires.

3) De meilleures évaluations de l’action, afin d’identifier les meilleures pratiques

L’évaluation des actions menées permet - entre autres - d’en tirer de *meilleures pratiques* et des *leçons apprises* qui permettent d’améliorer les interventions ultérieures. Voir la section “Suivi et évaluation”.

La prise en compte du rôle essentiel des familles d’accueil...

La grande majorité (environ 87%) des personnes déplacées vivent dans des familles et communautés d’accueil, qui en sont les principaux fournisseurs d’assistance: leur apportant nourriture et abri, des possibilités de revenus par un travail journalier dans les champs, prenant les enfants dans les écoles, et donnant accès aux soins dans les structures de santé. L’accueil en famille est un mécanisme d’adaptation de loin préférable aux camps de déplacés. Toutefois, à long terme, il existe un risque d’exploitation de la famille accueillie par la famille hôte. La durée de l’accueil et un phénomène de saturation (une famille accueillant souvent deux familles déplacées), peuvent amener aux limites de cette solidarité.

La communauté humanitaire en RDC essaie de mieux comprendre la dynamique de l’accueil et d’aider les communautés d’accueil dans leur travail d’assistance, mais aussi pour elles-mêmes: certaines organisations et clusters leur délivrent parfois une assistance directe. Ces interventions *ad hoc* devraient évoluer vers une stratégie globale cohérente de la communauté humanitaire. Il faut poursuivre la réflexion: au-delà des problèmes immédiats des personnes déplacées, considérer aussi les effets à long terme des réponses apportées, le rôle essentiel des communautés d’accueil et en tirer les conséquences pour le travail humanitaire, essayer de nouvelles formules, voir comment minimiser les risques, et progressivement élaborer une approche plus globale des problèmes liés aux mouvements et accueils de population. Cette réflexion en cours sera prolongée en 2013, afin d’élaborer et promouvoir des stratégies

appropriées permettant de mieux accompagner les communautés d’accueil dans leur fonction de premier fournisseur de l’aide aux déplacés en RDC.

... et une meilleure gestion de la réponse dans les sites et camps de déplacés...

L’assistance aux personnes déplacées groupées en sites et camps pose d’autres problèmes spécifiques: les camps sont des lieux gérés par la plateforme CCCM (au Nord-Kivu) et le HCR, qui coordonnent une assistance multisectorielle aux personnes déplacées. Les sites spontanés, plus nombreux que les camps, sont des espaces non organisés et parfois non appropriés, qui n’ont pas d’instance coordinatrice et qui reçoivent de différents acteurs une assistance partielle, pas nécessairement coordonnée, ou dans certains cas pas d’aide du tout. En cas d’apparition soudaine d’un nouveau site de personnes déplacées, il arrive que la réponse humanitaire s’organise trop lentement pour plusieurs raisons: manque d’une distribution claire des rôles entre les acteurs humanitaires, particulièrement pour ce qui concerne l’enregistrement et la coordination des interventions; hésitation des humanitaires à faire le *profiling* des déplacés, sans être sûr de pouvoir apporter ensuite l’aide attendue, et manque de financement de l’assistance en sites spontanés. Des discussions sont en cours, visant une diminution de la distinction sites/camps, une meilleure répartition préalable des responsabilités, et une meilleure mobilisation des ressources, afin de fournir une réponse plus rapide et mieux coordonnée.

... en pensant toujours aux solutions à plus long terme

Que ce soit en famille d’accueil, en site ou en camp, une aide ne visant que les besoins immédiats porte le risque de pérennisation de la situation des déplacés. Certaines populations restent déplacées pour une période pouvant aller à deux à trois ans. Il est nécessaire de voir le déplacement comme une phase provisoire et l’aide doit toujours chercher aussi des stratégies de sorties. Ceci nécessite une concertation avec les déplacés, les communautés locales et les autorités, afin d’identifier des options à moyen terme (déplacement et regroupement de sites/camps, promotion de l’autonomie des déplacés) et des solutions à long terme (facilitation du retour volontaire, relocalisation, intégration).

Une approche « multi-cluster » partout où elle est nécessaire

Le système de coordination humanitaire repose sur l’approche par cluster, qui facilite la collaboration entre les acteurs travaillant dans un même secteur. On constate toutefois que les procédures mises en place (réunions, mécanismes de financement, monitoring...) encouragent indirectement l’implémentation de projets « mono-cluster », alors que, sur le terrain, il est souvent justifié de développer des projets « multi-clusters ». Ainsi par exemple, la réponse au choléra nécessite l’action conjointe des Clusters Santé et EHA; le processus de financement du PF doit permettre les projets multi-clusters; et les différentes formes de transfert monétaire, offrant un pouvoir d’achat au bénéficiaire, sont par nature “multi-cluster” (puisqu’on ne peut pas préjuger de l’usage qui sera fait par le bénéficiaire de l’autonomie qui lui est donnée). La coordination humanitaire doit donc veiller à ce que l’approche cluster n’empêche pas les interventions multi-cluster. Une réflexion a démarré en 2012 à ce sujet et devra être poursuivie en 2013.

Des interventions rapides en cas d’urgence

En cours d’année surviennent des crises aiguës imprévues (épidémie, violences avec déplacement de population, catastrophe naturelle, expulsions d’Angola) entraînant d’importants besoins humanitaires immédiats, nécessitant une intervention rapide et coordonnée de la communauté humanitaire. Certaines interventions ne se déroulent pas de manière satisfaisante: manque de réactivité, confusion dans la distribution des rôles, manque d’acteurs, multiplicité des

outils d'évaluation des besoins, délais de financements, lenteur de mise en œuvre, manque de stocks pré-positionnés... Les problèmes ont été analysés et diverses mesures sont appliquées afin d'améliorer les réponses en urgence: mise en place de l'unité OCHA de préparation et réponse aux urgences, identification des lignes de financements rapides, flexibilisation des lignes de financement (notamment PF), outil commun d'évaluation des besoins en urgence, révision annuelle des plans de contingences dans tout le pays, promotion de l'approche proactive (pré-identification des intervenants potentiels, pré-positionnement de moyens de réponse dans de nouvelles zones).

Le mécanisme de Réponse Rapide aux Mouvements de Population

Le programme RRMP est un outil du Coordonnateur Humanitaire, cogéré par UNICEF et OCHA, et réalisé à travers huit ONGs internationales (CRS, Solidarités, NRC, AVSI, Save the Children, Fédération Handicap International, Merlin et IRC) implantées dans quatre provinces de l'est de la RDC (Province Orientale, Nord et Sud-Kivu, Katanga). Le RRMP contribue à l'analyse des besoins et fournit une assistance basée sur des critères de vulnérabilité incluant toutes les personnes affectées par un mouvement de population (déplacées, retournées ou familles d'accueil), et/ou une catastrophe naturelle, et/ou une épidémie de choléra. Le programme s'articule autour de trois piliers: la préparation, à travers le préfinancement des partenaires et le pré-positionnement de stocks; la veille humanitaire, avec la diffusion prévue en 2013 de plus de 250 évaluations multisectorielles (MSA) au bénéfice de la communauté humanitaire, et la réponse, dans les secteurs EHA, AME/abris d'urgence, Education et Santé, en faveur d'environ 1.3 million de personnes (chiffre cumulé). Le RRMP continuera à approfondir les méthodologies de ciblage fondées sur l'analyse des vulnérabilités des populations déplacées/retournées/hôtes, et à développer des approches pilotes visant à améliorer la réponse humanitaire en urgence (assistance monétaire, prise en compte des besoins des personnes vivant avec un handicap, projet associé avec des acteurs en santé).

L'aide humanitaire par le transfert monétaire et les marchés locaux

En RDC, depuis 2005, des expériences dans divers secteurs apportent une assistance sous forme monétaire. Le *cash for work*, les « foires AME/NFI » et les « foires aux semences » se sont ainsi progressivement répandus. Depuis 2011, certains projets Education fournissent des « vouchers école » (voir chapitre éducation), avec des résultats encourageants. En 2012, les rapatriés congolais revenant en Equateur ont bénéficié de *cash transfer* pour faciliter leur réintégration. Ces différentes approches monétaires sont désormais des éléments importants de la stratégie de réponse, qui s'avèrent très efficaces dans certains contextes: ils combinent facilité de mise en œuvre, dignité et autonomie des bénéficiaires, et promotion du marché local. D'autres contextes exigent plutôt une distribution de l'aide en nature. Pour la communauté humanitaire, peut-être parfois trop adepte de la « culture de distribution », il sera bon d'étendre l'approche monétaire partout où elle est pertinente, de rester ouverts aux nouvelles formes possibles d'aide monétaire, et de ne pas envisager ces interventions au sein de chaque cluster mais de manière multi-cluster.

Thèmes transversaux

Un thème transversal est une préoccupation qui concerne tous les acteurs de l'aide humanitaire, et qui doit être prise en compte dans toutes les interventions. La communauté humanitaire en RDC a identifié cinq thèmes transversaux qui connaissent des degrés différents de prise en compte effective:

- Genre: la communauté humanitaire en RDC bénéficie de la présence d’un expert des questions liées au Genre (communément appelé « GenCap »). Il aide les clusters à intégrer dans leurs stratégies les principes Genre, en prenant des engagements précis. Le PF a adopté la notation Genre pour les projets soumis à son financement. Le travail de prise en compte du Genre dans les projets humanitaires se poursuit à des degrés d’avancement divers selon les clusters, et continuera tout au long de 2013.
- Protection: l’accompagnement des clusters pour la prise en compte dans les projets des principes de protection et de « *Ne pas nuire* » est une responsabilité du Cluster Protection, qui a augmenté son investissement en 2012 et poursuivra l’effort en 2013.
- Relèvement précoce: l’objectif d’avoir en 2012 un expert en relèvement précoce en charge d’assister les clusters à intégrer ces principes dans leurs projets, ne s’est malheureusement pas concrétisé. Aucune avancée n’a été réalisée sur cette question en 2012 et il faudra continuer en 2013 à chercher les manières d’intégrer le relèvement précoce dans les projets humanitaires.
- Environnement: certains acteurs intègrent dans leurs projets des principes de préservation de l’environnement. Mais à l’échelle globale du PAH, et en l’absence d’un expert en charge d’assister les clusters, la communauté humanitaire n’a pas la possibilité de développer l’intégration de ce thème. Il faudra poursuivre les contacts avec le PNUE, afin de trouver la meilleure manière de débloquer cette situation.
- VIH: Vers la fin 2012, le HCR a proposé de mettre à disposition un expert pour travailler avec les coordinations des clusters à la prise en compte du VIH dans les projets humanitaires. Cette excellente nouvelle permettra des avancées concrètes durant l’année 2013.

Une collaboration nécessaire avec les autorités

La collaboration est essentielle entre les acteurs humanitaires et les responsables du pays. Une coordination satisfaisante existe avec différents organes techniques gouvernementaux (santé, nutrition) aux différents niveaux (local, provincial, national) mais il est nécessaire de renforcer les échanges avec les autorités locales, provinciales et nationales. Tel est le but des cadres de concertations, provinciaux et national qui sont progressivement mis en place. Sur le long terme, les discussions doivent notamment permettre d’identifier les causes profondes des crises (par exemple dans le cas des épidémies, la faiblesse du système de vaccination) et de promouvoir l’action du gouvernement sur ces causes. Dans les crises nécessitant une intervention urgente, les acteurs humanitaires ne désirent pas se substituer aux partenaires gouvernementaux et travaillent avec eux s’ils sont disponibles, mais ils peuvent également intervenir seuls si l’urgence ne permet pas d’attendre.

Un système de suivi et évaluation de l’aide humanitaire

La communauté humanitaire s’est engagée à améliorer le suivi et évaluation de l’aide humanitaire en RDC. Le monitoring de l’aide humanitaire consiste à identifier l’ensemble des acteurs, les financements accordés, les projets développés, et leurs résultats directs (*output*). Le système de suivi du PAH s’est nettement amélioré en RDC, ce qui a permis en 2012 la production du rapport annuel d’activités du PAH 2011. Il reste toutefois encore beaucoup à faire pour avoir une image complète de l’action développée sur une année. L’évaluation de l’aide humanitaire consiste à mesurer l’impact sur les bénéficiaires des projets menés et leur efficacité, à en être redevable envers les bénéficiaires, le gouvernement et les bailleurs, et à en tirer les

meilleures pratiques et leçons apprises permettant l’amélioration de l’aide. Des évaluations existent pour certains projets spécifiques et certaines organisations, parfois au niveau des bailleurs, et les clusters tentent de tirer certaines leçons. Mais peu de progrès ont été réalisés dans la voie d’un cadre d’évaluation à l’échelle globale du PAH. Cet objectif est maintenu pour 2013.

Principales contraintes rencontrées

Dans la mise en œuvre de leurs activités, les acteurs humanitaires sont confrontés à des contraintes diverses. Toutes ne sont, bien entendu, pas présentes dans chaque zone d’intervention. Les principales contraintes et difficultés rencontrées sont:

Accessibilité logistique

Le très mauvais état des voies de communication rend certaines zones peu ou pas accessibles aux acteurs humanitaires, situation qui s’aggrave en saison des pluies. Certaines populations se retrouvent ainsi enclavées et sans assistance, y compris certains sites de déplacés. Ce problème touche par exemple les territoires de Shabunda, Fizi et Kalehe au Sud-Kivu, Walikale au Nord-Kivu, ou le Haut-Uele et le Bas-Uele en Province Orientale, mais également d’importantes parties de provinces stabilisées comme le Bandundu (Kasongo lunda et Tembo) ou les deux Kasai.

Accessibilité sécuritaire

Les activités des groupes armés dans l’est du pays et les nombreuses attaques dont sont victimes les acteurs humanitaires empêchent souvent l’accès aux populations dans le besoin. Cette restriction est encore plus forte pour les équipes des agences des Nations Unies qui ne peuvent se rendre dans certains endroits (comme Walikale dans le Nord-Kivu, Wimbi, dans le Nord Katanga) qu’accompagnés d’une escorte militaire de la MONUSCO, laquelle n’est pas toujours disponible, et pose le problème de l’association aux yeux des populations entre humanitaires et forces de maintien de la paix. Il est nécessaire d’améliorer l’analyse de la sécurité des accès routiers et de trouver des solutions alternatives pour avoir un meilleur accès aux populations. Sans entrer dans les causes profondes des conflits, des représentants des acteurs humanitaires doivent établir un dialogue avec tous les groupes armés, afin de défendre les principes de respect et de protection de la population civile. Ce dialogue est extrêmement difficile à établir et constitue un des principaux défis de la communauté humanitaire.

Manque de partenaires qualifiés pour la mise en œuvre des projets

Certains clusters constatent des besoins dans une zone sans avoir d’organisation partenaire sur place pouvant apporter l’aide nécessaire. On a par exemple constaté un manque d’intervenants en sécurité alimentaire dans le Nord Katanga et un manque de partenaire pour la mise en œuvre des campagnes de vaccinations contre la rougeole dans diverses régions.

Manque de moyens de communication

Dans les régions où il n’y a pas d’acteurs humanitaires, les systèmes de surveillance et alerte précoce ont besoin de bonnes possibilités de communication (radio, téléphone, routes) permettant de donner l’alerte rapidement. Le manque de moyen de communication dans certaines zones retarde la transmission d’informations importantes.

Manque de financement des opérations

Les opérations développées restent bien entendu directement liées aux financements obtenus par les acteurs humanitaires. De nombreux programmes, face à des besoins importants, se

voient obligés d’apporter une réponse limitée aux ressources disponibles, alors même que toutes les autres conditions de mise en œuvre sont réunies (stratégie, partenaire d’implémentation, accessibilité).

Obstacles administratifs

Les ONGs internationales, principaux acteurs de l’aide humanitaire sur le terrain, rencontrent à travers le pays de nombreux obstacles administratifs. Le système légal (administratif, fiscal, immigration...) est parfois interprété de manière abusive et contraire aux besoins et au statut des ONGs internationales. Pas moins de sept ministères sont concernés au niveau national, auxquels s’ajoutent les autorités provinciales et locales, chacune imposant diverses règles et taxes, dont certaines sont même contradictoires.

Les ONGs internationales sont confrontées à des menaces de taxations diverses, fermeture de bureaux, confiscation de biens, gel de comptes bancaires, impossibilité d’importer des biens essentiels à l’action humanitaire, ainsi qu’à des propositions d’ «arrangements à l’amiable». Tout ceci gêne considérablement le travail humanitaire et le rend parfois impossible. Traiter ces problèmes est laborieux et mobilise beaucoup de ressources qui deviennent indisponibles pour l’action humanitaire en faveur des populations en besoin. Un calcul estimatif comprenant taxes, frais et pénalités évaluait à \$3.3 millions les sommes réclamées par les autorités à environ 20 ONGI pour la période de janvier à juin 2012. Les acteurs humanitaires constatent en outre que les populations bénéficiaires de l’aide se voient elles-mêmes victimes de taxes et frais administratifs appliqués sur l’aide apportée et n’ont aucun moyen de se défendre.

Face à ces problèmes, les ONGI se concertent et tiennent un dialogue avec les autorités. Il est absolument nécessaire qu’en 2013 tous les acteurs humanitaires (ONGs, agences des Nations Unies et bailleurs) renforcent leurs coopérations et le dialogue avec les autorités nationales et provinciales, afin de mettre fin à cette situation, d’offrir aux ONGs internationales un cadre stable leur permettant de venir en aide aux populations et d’affecter les financements humanitaires aux projets en faveur des populations dans le besoin.

Plans de réponse des clusters



Protection

Coordonnateur du cluster	HCR
Co-facilitateur(s)	Diverses ONGs (voir carte).
Groupes de travail du cluster	Groupe de travail protection de l'enfant-GTPE (UNICEF), Groupe de travail sur l'habitat, la terre et la propriété-GTHTP (UN-HABITAT).
Organisations membres	Le Cluster Protection compte au total plus de 70 organisations membres en RDC parmi lesquelles: ONGs nationales et internationales, agences des Nations Unies, organisations internationales, MONUSCO et quelques organisations avec statut d'observateurs.
Objectif général du cluster	Renforcer la protection de la population civile affectée par l'insécurité, les conflits, les déplacements et les violations des droits humains et faciliter le retour et la réintégration durables des populations déplacées et réfugiées.
Populations affectées	5 423 000
Populations ciblées	3 388 000
Fonds demandés	\$66 661 958
Contacts	Gert Westerveen – westerve@unhcr.org Barbara Colzi – colzi@unhcr.org GTPE: Valentina Lacovelli - viacovelli@unicef.org GTHTP: Oumar Sylla - oumar.sylla@unhabitat.org

Situation et besoins identifiés

En 2012, la situation de protection a été marquée par la reprise des conflits et des violences armées dans la partie est de la RDC, notamment à la suite de la défection d'une partie des forces armées et de la création du M23. Les FARDC se sont redéployées dans le Nord-Kivu laissant de nombreuses zones sans présence sécuritaire suffisante. Au Sud-Kivu, suite au redéploiement de troupes des FARDC au Nord-Kivu et la suspension des opérations conjointes FARDC/MONUSCO, les activités des groupes armés se sont intensifiées. Cela a amené certains groupes à se venger sur les populations civiles soupçonnées d'une collaboration supposée avec l'armée régulière. Les forces de la MONUSCO ont également été mobilisées pour contenir la rébellion et leurs capacités de déploiement s'en trouvent limitées pour répondre aux nouveaux besoins de protection prioritaires dans ces provinces. Au Katanga aussi, la situation s'est progressivement dégradée au cours de 2012, avec de nombreux déplacements de population et incidents de protection rapportés.

Les affrontements entre les FARDC et les groupes armés, notamment le M23, ainsi que les craintes d'exactions par les groupes armés, ont entraîné de nombreux déplacements de populations et une augmentation des incidents de protection. Au Nord-Kivu, 48% des cas de protection rapportés dans le premier semestre de 2012 sont attribués à l'ensemble des groupes armés³, comme dans les territoires de Walikale et de Masisi. De nombreux cas de meurtres et de traitements inhumains et dégradants contre des civils, ainsi que d'incendie et de pillage de villages et de sites/camps de déplacés, d'enlèvements et de disparitions forcées ont été rapportés, notamment dans le cadre d'attaques par les groupes armés. Au Sud-Kivu, plus de 8

³ HCR, Protection Monitoring System (PMS).

000 incidents de protection commis par des hommes armés ont été rapportés de janvier à octobre 2012, dont 17% sont attribués aux groupes armés⁴.

La présence des forces armées (FARDC) et de la police est souvent souhaitée par les populations laissées sans protection face aux groupes armés, et on observe une certaine prise en compte de la protection des civils dans les opérations des FARDC. Mais on compte encore de nombreuses exactions commises contre les civils par des membres des FARDC et de la PNC, notamment des extorsions, des travaux forcés, des limitations arbitraires de mouvements, ainsi que des violences sexuelles. 37% des incidents de protection enregistrés au Nord-Kivu dans le premier semestre 2012 sont attribués aux FARDC et 7.2% à des éléments de la PNC, et au Sud-Kivu respectivement 38% et 12%⁵.

De nombreux camps et sites de déplacés, notamment dans le Nord-Kivu ne sont pas protégés contre les risques d’insécurité. Plusieurs camps et sites ont été la cible d’attaques et de pillages. Faute de sécurité, les déplacés quittent parfois les camps ou sites pour une période plus ou moins longue et se réfugient à proximité des bases de la MONUSCO, où leur sécurité reste précaire.

Les affrontements entre groupes armés attisent les querelles ethniques ou communautaires: les cycles de violences et représailles des groupes armés sur les populations civiles génèrent des tensions et violences graves entre communautés. Ces violences facilitent le recrutement des enfants par les groupes armés. Les communautés elles-mêmes mettent les jeunes à disposition des FARDC ou des groupes armés pour contrer les menaces que ceux-ci font peser sur elles. Le recrutement des enfants par les groupes armés et par les FARDC et d’autres violations graves des droits de l’enfant ont connu une augmentation en 2012. De janvier à septembre 2012, l’équipe MRM⁶ a documenté un total de 784 violations graves des droits de l’enfant, dont 326 cas de recrutements, 163 de violences sexuelles, 131 enlèvements, 74 meurtres, 63 mutilations⁷. De nombreuses allégations de violations graves des droits de l’enfant ont été rapportées, en particulier depuis la résurgence du conflit à l’est en avril 2012, principalement attribuées aux groupes armés et aux FARDC. Ces allégations n’ont pas été toutes vérifiées systématiquement, notamment dans la province du Katanga.

Les engins de guerre non explosés et les mines sont des menaces pour les civils dans les zones touchées par les conflits armés, notamment au Nord-Kivu, Sud-Kivu, Katanga, la Province Orientale mais aussi en Equateur, au Kasai Occidental et au Kasai Oriental.

Les violences sexuelles demeurent un problème de protection considérable. L’instabilité sécuritaire, notamment à l’est, l’impunité, la faiblesse du système d’intervention juridique/judiciaire et l’absence d’infrastructures de base dans certaines provinces (Equateur, Province Orientale), sont la cause de l’accès réduit aux services d’assistance et à la justice pour les survivant(e)s, favorisant les arrangements à l’amiable dans la communauté. Au Nord-Kivu et Sud-Kivu, au cours du premier semestre 2012, respectivement 1 768 et 1 572 incidents de violences sexuelles ont été enregistrés, et 618 dans le district de l’Ituri en Province Orientale⁸. Au Nord-Kivu, la répartition géographique des cas de violences sexuelles rapportés est fortement corrélée avec la situation sécuritaire. En effet, on constate que les zones ayant connu des affrontements armés avec des mouvements de populations sont aussi celles où les incidents de

⁴ HCR, Protection Monitoring System (PMS), statistiques Sud-Kivu janvier-juin 2012.

⁵ HCR, Protection Monitoring System (PMS).

⁶ Mécanisme créé par la Résolution 1612 du Conseil de Sécurité en 2005.

⁷ MRM, Tendances des violations graves des droits de l’enfant, juillet-août 2012.

⁸ Source: UNFPA (Pilier Data & Mapping - Stratégie Nationale de Lutte contre les violences basées sur le Genre), statistiques janvier-juin 2012.

violences sexuelles sont les plus élevés (le territoire de Rutshuru vient en première position suivi des territoires de Beni et Masisi⁹). Les enfants (filles/garçons) sont majoritairement affectés.

Les conflits fonciers résultant entre autre de l’occupation illégale des habitations et terrains, suite aux fréquents déplacements de population, ceux-ci se sont accompagnés de nombreuses violences et incidents de protection graves. La perte du droit d’accès au logement, à la terre et aux biens affecte davantage les personnes plus vulnérables, notamment les femmes et les enfants, et constitue l’un des obstacles majeurs au retour et à la réintégration des populations. Les retours engendrent aussi des conflits fonciers qui mènent à des incidents entre individus et communautés. Une évaluation conduite par l’ONG *Search For Common Ground* en 2012 indique que 80% des conflits recensés au niveau communautaire sont de type foncier (Sud-Kivu, Nord-Kivu, Ituri, Equateur). En 2012, plus de 2 178 conflits fonciers ont été enregistrés au Sud-Kivu, 809 au Nord-Kivu, et 617 dans le district de l’Ituri dans la Province Orientale. Dans la Province de l’Equateur, plus de 200 conflits locaux pour l’accès à la terre et aux ressources naturelles ont également été enregistrés¹⁰. Au Kasai Occidental, les conflits fonciers représentent 40% des conflits enregistrés¹¹.

Dans la réponse humanitaire, on constate un manque d’attention aux personnes ayant des besoins spécifiques et qui sont particulièrement vulnérables en situation d’urgence. A titre d’exemple, dans la majorité des camps et sites spontanés au Nord-Kivu, aucun programme pour les personnes à besoin spécifique, notamment les personnes handicapées et les personnes âgées, n’a été mis en place en 2012. Les programmes humanitaires existants ne prennent pas toujours les vulnérabilités spécifiques en compte, telles que les besoins des femmes enceintes ou allaitantes, et les enfants non accompagnés.

Les expulsions de migrants congolais de l’Angola ont continué en 2012, accompagnées de nombreuses violations des droits humains, notamment des traitements dégradants et inhumains y compris des violences sexuelles. L’expulsion de plus de 52 000 personnes d’Angola vers les provinces frontalières de la RDC (Kasai Occidental, Bandundu, Bas-Congo) a été rapportée entre janvier et septembre 2012¹².

⁹ HCR, Protection Monitoring System (PMS), statistiques Nord-Kivu janvier-juin 2012.

¹⁰ Source: UN-HABITAT.

¹¹ MONUSCO, Section Affaires Civiles.

¹² Source: CISP.

Ciblage et priorisation

	Population affectée				Population ciblée			
	Hommes	Femmes	Enfants	TOTAL	Hommes	Femmes	Enfants	TOTAL
Déplacés	-	-	-	2,600 000	-	-	-	1 820 000 ⁽¹⁾
ENA/ES⁽²⁾	X	X	3 200	3 200	X	X	3200	3 200
ESFGA⁽³⁾	X	X	4 800	4 800	X	X	4800	4 800
Survivants de violences sexuelles	150 ⁽⁴⁾	6 900	8 100	15 000	100 ⁽⁴⁾	4600	5300	10,000
Victimes d’autres violations de droits humains	-	-	-	445 000 ⁽⁵⁾	-	-	-	311,500 ⁽¹⁾
Personnes affectées par conflits fonciers	-	-	-	600 000	-	-	-	310 000
Personnes affectées par mines et REG	-	-	-	1 000 000	-	-	-	400,000
Retournés	-	-	-	755 000	-	-	-	528 500 ⁽¹⁾

(1) Population ciblée estimée à 70% de la population affectée (insécurité, inaccessibilité).

(2) ENA: Enfants Non Accompagnés: Enfants Séparés.

(3) ESFGA: Enfants sortis des forces et groupes armés.

(4) Cible estimée à 1% de la population affectée (absence de données sur les violences sexuelles contre les hommes).

(5) Estimation difficile. On a considéré le nombre d’incidents de protection rapportés par province en 2012 (données Monitoring Protection, HCR), cependant ces données sont fortement sous-estimées. Ce chiffre inclut les expulsés d’Angola (population. affectée: 88 500, ciblée: 61 950).

Critères de ciblage

Le cluster vise à venir en aide à deux catégories de personnes/populations:

- Victimes de violations des droits humains (filles, femmes, garçons et hommes), y compris: survivant(e)s de violences sexuelles et basées sur le Genre, enfants associés aux/sortis des forces et groupes armés, enfants non accompagnés et séparés, victimes de violations du droit au logement, à la terre et à la propriété.
- Populations civiles exposées au manque de protection dans les zones affectées par des conflits armés, pendant le déplacement, dans les zones de déplacement (camps, sites spontanés, et communautés d’accueil), dans les zones de retour ou relocalisation (notamment retournés et rapatriés) et dans les autres zones affectées par la présence de mines et autres engins non explosés.

Les actions de plaidoyer couvrent l’ensemble des personnes concernées. Les actions de monitoring et prévention visent à couvrir le plus possible de personnes concernées. Les pourcentages appliqués pour définir la population ciblée à partir de la population affectée sont basés sur l’expérience des organisations membres du cluster.

Critères de priorisation

- Personnes à vulnérabilité accrue aux risques de protection liés aux conflits et violences armés et aux risques de discrimination, basée sur l’âge, le Genre et la diversité.
- Personnes à besoins spécifiques: personnes âgées, vivant avec handicap, vivant avec le VIH/Sida, femmes enceintes et allaitantes, malades chroniques.

Plan de réponse du cluster

Objectif général:

Renforcer la protection de la population civile affectée par l’insécurité, les conflits, les déplacements et les violations des droits humains et faciliter le retour et la réintégration durables des populations déplacées et réfugiées.

Explication de la stratégie:

Le Cluster Protection a identifié les axes d’intervention suivant pour 2013:

- Monitoring de protection continu et régulier dans les zones affectées par les conflits, les zones de déplacements, de retour et de réinstallation et orientation des victimes/survivant(e)s vers les services de protection et de prise en charge.
- Prévention des violences sexuelles et accès adéquat des survivant(e)s aux services appropriés d’assistance (médicale, psychosociale, réinsertion scolaire, socioéconomique et juridique).
- Prévention du recrutement forcé, surtout des enfants (filles et garçons), par les groupes et forces armés, identification, prise en charge, réunification familiale et réintégration durable des enfants sortis des forces et groupes armés, enfants non accompagnés et séparés et autres enfants vulnérables.
- Protection des personnes à besoins spécifiques dans les camps et sites spontanés ainsi que dans les familles d’accueil, et vérification de la prise en compte de leurs besoins par les clusters compétents.
- Appui à la protection des personnes retournées ou réinstallées (solutions durables).
- Prévention et résolution pacifique des conflits fonciers et intercommunautaires.
- Education aux risques des mines et autres engins non explosés, dépollution des zones dangereuses et sécurisation des dépôts d’armes et de munitions.
- Accès à la documentation personnelle essentielle tels que les certificats de naissance pour les enfants déplacés, rapatriés et autochtones, et les documents relatifs aux droits fonciers.

Afin de prendre en compte les problèmes de protection spécifiques de chaque segment de la population et de développer des stratégies de protection adaptées, la collecte et l’analyse des données désagrégées par sexe, âge et diversité seront renforcées. Ceci sera fait notamment dans les camps et sites contre les violations des droits humains à travers des activités d’enregistrement et profilage et de monitoring de protection.

Ces données serviront pour la mise en place de programmes de prévention ainsi que de programmes en faveur des survivants de violence, y compris de violences sexuelles et basées sur le Genre, et des personnes ayant des besoins spécifiques. Ces activités seront accompagnées de renforcement des capacités de protection au niveau communautaire et institutionnel, notamment pour prévenir et diminuer les risques d’exposition et lutter contre l’impunité. Les mécanismes de prévention et réponse aux violences sexuelles et basées sur le Genre seront appuyés à travers la sensibilisation, la formation et l’appui aux réseaux communautaires. Les mécanismes d’orientation des cas vers les services appropriés d’assistance (médicale, psychosociale, réinsertion scolaire/socioéconomique et juridique), de

suivi et d'évaluation seront renforcés pour répondre rapidement et apporter des services de qualité, dans le respect des principes de confidentialité et de la sécurité physique des victimes.

Les programmes de prise en charge et réintégration durable des enfants sortis des forces et groupes armés seront appuyés, ainsi que la mise en place d'espaces amis d'enfants dans les zones de déplacements. Les capacités des acteurs en matière d'identification des enfants non accompagnés et séparés et de réunification familiale seront renforcées. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action pour la lutte contre le recrutement et l'utilisation d'enfants ainsi que les autres violations graves des droits de l'enfant par les forces armées et les services de sécurité de la RDC¹³, les capacités d'identification et de vérification des cas de violations graves de l'enfant et leur orientation vers les programmes de prise en charge seront renforcées, ainsi que le plaidoyer.

La documentation, y compris l'enregistrement des naissances, est vitale pour garantir les droits des personnes déplacées et leur accès aux services. Un monitoring continu de la situation de protection dans les zones de retour et de réinstallation sera assuré. Les appuis possibles pour favoriser des solutions durables seront identifiés. La prévention et résolution pacifique des conflits fonciers et intercommunautaires sera appuyée à travers le renforcement des capacités de médiation et résolution des conflits, en accordant une attention particulière aux femmes et aux personnes âgées.

Les populations concernées et les acteurs humanitaires seront informés et sensibilisés aux risques des mines et Restes Explosifs de Guerre.

Le cluster devra assurer le respect des principes de protection et intégrer la protection dans les activités des divers clusters (aspect transversal de la protection).

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Prévenir et atténuer les risques de protection des populations liés à l'insécurité, les conflits armés et les violations des droits humains dans les zones d'origine, de déplacement et de retour ou réinstallation.

OS1, 4

Activité 1.a: Monitoring et analyse continus de la situation de protection dans les zones affectées par les conflits, les zones de déplacement, de retour et de réinstallation et orientation des victimes/survivant(e)s vers les services de protection et de prise en charge.

Activité 1.b: Consolidation et renforcement des activités d'alerte précoce en identifiant des stratégies locales, et des mécanismes communautaires de protection (en collaboration avec les autres acteurs, notamment la MONUSCO).

Activité 1.c: Formation et sensibilisation des autorités civiles et militaires (notamment FARDC et PNC), et des groupes armés en matière de protection, y compris sur les violences sexuelles et le VIH/Sida, et des principes fondamentaux du droit international humanitaire et des droits humains et des principes directeurs relatifs au déplacement.

¹³ Signé par le Gouvernement de la RDC le 4 octobre 2012.

- Activité 1.d:** Plaidoyer auprès des acteurs de sécurité, notamment les FARDC, la PNC, et les groupes armés pour mettre fin aux violations des droits humains et à l’impunité; plaidoyer avec la MONUSCO à travers la matrice de protection.
- Activité 1.e:** Renforcement des structures communautaires et des acteurs locaux de protection de l’enfant, des mécanismes de surveillance et d’orientation.
- Activité 1.f:** Identification, cartographie, appui aux mécanismes de médiation des conflits fonciers et intercommunautaires et mise en place de systèmes d’alerte précoce.
- Activité 1.g:** Prévention aux risques des mines et REG, identification et dépollution des zones dangereuses, sécurisation de dépôts d’armes et de munitions. Assistance aux victimes de mines et autres munitions non explosées ou abandonnées.
- Activité 1.h:** Facilitation de l’accès aux documents personnels essentiels tels que les certificats de naissance pour les enfants déplacés, rapatriés et autochtones, ainsi que les documents relatifs aux droits fonciers, notamment pour les femmes et les enfants.

Objectif spécifique 2: Améliorer la réponse aux besoins de protection des victimes/survivant(e)s des violations des droits humains et leur accès à l’assistance, la justice, la compensation, la réhabilitation et la restitution dans les zones d’origine, de déplacement et de retour ou réinstallation.

OS1, 4

- Activité 2.a:** Renforcement des mécanismes d’orientation des survivant(e)s de violence, notamment les violences sexuelles, vers les services appropriés d’assistance (médicale, psychosociale, réinsertion scolaire ,socioéconomique et juridique), de suivi et d’évaluation; appui à l’organisation de cliniques juridiques et d’audiences foraines pour éviter la résolution des conflits à l’amiable; appui aux programmes de réinsertion, notamment à travers des activités génératrices de revenu pour assurer l’autosuffisance des victimes/survivant(e)s. Les mécanismes d’orientation et l’identification des lacunes devront être basés sur une cartographie complète et à jour des services existants.
- Activité 2.b:** Appui aux programmes de vérification, prise en charge, réintégration sociale et économique des enfants sortis des forces et groupes armés et des enfants séparés et non accompagnés.
- Activité 2.c:** Enregistrement et profilage des personnes déplacées en particulier dans les camps CCCM et dans les sites en vue d’obtenir des données désagrégées par âge, sexe et diversité; identification, prise en compte des personnes à besoins spécifiques pour permettre des interventions adaptées.
- Activité 2.d:** Mise en place et renforcement des mécanismes de médiation et résolution des conflits (fonciers et intercommunautaires) et de sécurisation des titres fonciers par la formation des autorités compétentes, avec une attention particulière aux droits d’accès des femmes à la terre et à la propriété.

Cadre logique opérationnel

Objectif général: Renforcer la protection de la population civile affectée par l’insécurité, les conflits, les déplacements et les violations des droits humains et faciliter le retour et la réintégration durables des personnes déplacées et réfugiées.

Objectif spécifique 1: Prévenir et atténuer les risques de protection des populations liés à l’insécurité, les conflits armés et les violations des droits humains dans les zones d’origine, de déplacement et retour/réinstallation.

Indicateur *outcome*: % des incidents de protection rapportés.

Résultat attendu: Réduction progressive du nombre d’incidents.

Méthode de suivi: Rapports et analyses périodiques de monitoring.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs <i>Output</i>	Résultats Attendus
Activité 1.a. Monitoring et analyse continus de la situation de protection dans les zones affectées par les conflits, les zones de déplacement, de retour et de réinstallation et orientation des victimes/survivant(e)s vers les services de protection et de prise en charge.	Tous les segments de la population civile à risque de violence dans les zones de conflit, les zones de déplacement, de retour et de réinstallation.	# Evaluations participatives avec tous les segments de la communauté. # Incidents de protection collectés désagrégés par typologie et par âge, sexe et diversité. # Victimes/survivant(e)s référées aux services de protection et d’assistance appropriés. # Rapports de monitoring/analyses périodiques des lacunes de protection produits et diffusés.	Données sur les incidents de protection désagrégées par âge, sexe et diversité disponibles, analysées et mises à la disposition de tous les intervenants. 70% des victimes/survivant(e)s sont référées aux services de protection et d’assistance appropriés.
Activité 1.b Consolidation et renforcement des activités d’alerte précoce en identifiant des stratégies locales, et des mécanismes communautaires de protection (en collaboration avec les autres acteurs, notamment la MONUSCO).	Groupes et organisations de femmes, hommes, adolescents et enfants, chefs traditionnels, groupes religieux, leaders, groupes d’aide.	# Evaluations participatives avec tous les segments de la communauté # Systèmes d’alerte précoce/plans communautaires de protection mis en place/consolidés/renforcés avec les communautés # Cas/incidents de protections identifiés à travers le système d’alerte précoce.	Les systèmes d’alerte précoce sont opérationnels, consolidés et harmonisés.
Activité 1.c. Formation et sensibilisation des autorités civiles et militaires (notamment FARDC et PNC) et des groupes armés en matière de protection, y compris sur les violences sexuelles et le VIH/Sida, et des principes fondamentaux du droit international humanitaire et des droits humains et des principes directeurs relatifs au déplacement.	Autorités civiles et militaires, groupes armés.	# Personnes parmi les FARDC, PNC, groupes armés, les réseaux communautaires, le personnel du système judiciaire. formés et sensibilisés. # Productions théâtrales, projections par cinéma mobile, émissions radio. # Garçons et hommes impliqués dans les activités de prévention des SGBV.	Capacité de réponse de la communauté en matière de protection/SGBV/VIH/Sida/DIH/droits humains renforcée.
Activité 1.d. Plaidoyer auprès des acteurs de sécurité, notamment les FARDC, la PNC, et les groupes armés pour mettre fin aux violations des droits humains et à l’impunité; Plaidoyer avec la MONUSCO à travers la matrice de protection.	FARDC, PNC, groupes armés.	# Plaidoyers auprès des FARDC, PNC et les groupes armés. # Programmes de sensibilisation mises en place.	Un changement de comportement des FARDC, PNC, groupes armés est observé.
Activité 1.e. Renforcement des structures communautaires et des acteurs locaux de protection de l’enfant, des mécanismes de surveillance et d’orientation.	Communautés dans les zones de conflit, les zones de déplacement, de retour et de réinstallation et les acteurs locaux.	# RECOPE renforcés et formés. # Personnes (désagrégé par âge et sexe) formées et sensibilisées.	Capacité de réponse de la communauté en matière de protection de l’enfant renforcée.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs Output	Résultats Attendus
Activité 1.f: Identification, cartographie, appui aux mécanismes de médiation des conflits fonciers et intercommunautaires et mise en place de systèmes d’alerte précoce.	Médiateurs de paix communautaires, autorités locales compétentes.	# Evaluations participatives avec tous les segments de la communauté. # Conflits fonciers identifiés et référés. # Animateurs fonciers/médiateurs de paix communautaires formés et opérationnels. # Systèmes d’alerte précoce mis en place et opérationnels. # Séances de sensibilisation à la prévention des conflits et culture de la paix/formations des autorités compétentes.	Réduction des incidents de protection liés aux conflits fonciers et intercommunautaires.
Activité 1.g: Prévention aux risques des mines et restes explosifs de guerre, identification et dépollution des zones dangereuses, sécurisation de dépôts d’armes et de munitions. Assistance aux victimes de mines et autres munitions non explosées ou abandonnées.	Tous les segments de la population civile dans les zones de conflit, personnel humanitaire, populations affectées par la contamination, victimes d’accidents de mines / REG et leurs familles.	# Hommes, femmes, garçons, filles sensibilisés # Enquêtes dans les zones ciblées # REG identifiés et détruits. # Mètres carrés dépollués. # Armureries et dépôts de munitions inspectés et sécurisés. # Personnels de dépôts d’armes et de munitions formés à l’entretien et sécurisation de ces dépôts. # Formations partenaires nationaux. # Victimes assistées.	Sécurité accrue pour les populations civiles et le personnel humanitaire, réduction du nombre de victimes. Les stocks de munitions et d’armes sont sécurisés selon les normes internationales afin de limiter les usages illicites ou accidents. Les conditions de vie des victimes et leurs familles sont améliorées.
Activité 1.h: Facilitation de l’accès aux documents personnels essentiels tels que les certificats de naissance pour les enfants déplacés, rapatriés et autochtones, ainsi que les documents relatifs aux droits fonciers, notamment pour les femmes et les enfants.	Population déplacée et retournée, enfants déplacés, rapatriés et autochtones.	# Formations des autorités locales, des infirmiers, des agents d’état civil. # Sensibilisations communautaires organisées. # Jugements supplétifs tenant lieu d’acte de naissance délivrés. # Matériel informatique/bureautique mis à disposition des services d’état civil.	Diminution du nombre d’enfants déplacés, rapatriés, et autochtones sans actes de naissance. Réduction du risque d’apatridie.

Objectif spécifique 2: Améliorer la réponse aux besoins de protection des victimes/survivant(e)s des violations des droits humains et leur accès à l’assistance, la justice, la compensation, la réhabilitation et la restitution dans les zones d’origine, de déplacement et retour/réinstallation.

Indicateur outcome: % des cas enregistrés bénéficiant d’une assistance adéquate.

Résultat attendu: 70% des survivant(e)s reçoivent une assistance adéquate.

Méthode de suivi: Rapports de monitoring, rapports de projets, rapports des clusters, études/enquêtes.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Activité 2.a: Renforcement des mécanismes d’orientation des survivant(e)s de violence, notamment les violences sexuelles, vers les services appropriés d’assistance (médicale, psychosociale et juridique), réinsertion scolaire et socioéconomique; appui à l’organisation de cliniques juridiques et d’audiences foraines pour éviter la résolution des conflits à l’amiable; appui aux programmes de réinsertion, notamment à travers des activités génératrices de revenu pour assurer l’autosuffisance des victimes/survivants. Les mécanismes d’orientation et l’identification des lacunes devront être basés sur une cartographie complète et à jour des services existants.	Survivants de violence/victimes de violation des droits humains, communautés locales à risque de violence.	# Survivants référés dans les 72 heures aux services médicaux # Formations des réseaux/points focaux communautaires # Survivants de SGBV qui bénéficient d’AGR # Kits de réinsertion distribués # Micro-projets mis en place par des communautés (projets de réinsertion, de pris en charge.). # Moniteur (équipes monitoring de protection)/points focaux communautaires formés sur les mécanismes d’orientation. # Cliniques juridiques appuyées. # Audiences foraines organisées. # Cartographies des services à jour par province.	La population est informée sur les violences sexuelles et les services de protection et assistance disponibles. Les survivants reçoivent de l’aide en temps opportun et ont accès à des services d’assistance de qualité. Les survivants bénéficient d’une protection légale. Diminution des cas résolus à l’amiable. Absence de stigmatisation dans la communauté.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs <i>Output</i>	Résultats Attendus
Activité 2.b: Appui aux programmes de vérification, prise en charge, et réintégration sociale et économique des enfants sortis des forces et groupes armés, et des enfants séparés et non accompagnés.	Enfants sortis des forces et groupes armés, enfants séparés et non accompagnés.	# Enfants sortis des forces et groupes armés. # Enfants sortis des forces et groupes armés pris en charge dans les structures d'encadrement transitoire/réunifiés avec leurs familles et communautés et réintégrés. # Enfants non accompagnés et enfants séparés identifiés, pris en charge, et réunifiés avec leurs familles. # Enfants qui reçoivent une assistance psychosociale adaptée # Enfants victimes d'abus/violations qui reçoivent une assistance juridique.	100% des enfants sortis des forces et groupes armés, enfants non accompagnés et enfants séparés sont pris en charge et réintégrés dans leurs familles/communautés.
Activité 2.c: Enregistrement et profilage des personnes déplacées en particulier dans les camps CCCM et dans les sites en vue d'obtenir des données désagrégées ; identification et prise en compte des personnes à besoins spécifiques (les personnes âgées, en situation d'handicap, vivant avec le VIH) pour permettre des interventions ciblées.	Personnes déplacées dans les camps CCCM et sites, personnes à besoins spécifiques.	# Evaluations participatives avec tous les segments de la population dans les camps CCCM et dans les sites. # Exercices d'enregistrement et <i>profiling conduits</i> . # Programmes qui ciblent les personnes à besoins spécifiques. # Distributions d'aide spécifique.	Données des populations décomposées par âge, sexe et diversité disponibles et mises à la disposition de tous les intervenants.
Activité 2.d: Mise en place et renforcement des mécanismes de médiation et résolution des conflits fonciers et intercommunautaires; sécurisation des titres fonciers, avec une attention particulière sur les droits d'accès des femmes à la terre et à la propriété.	Communautés concernées, parties en conflit, services publics, autorités locales.	# Conflits réglés pacifiquement. # Femmes assistées dans la médiation et résolution de conflits. # Ateliers de médiation collective. # Ateliers de renforcement des capacités en faveur des services publics et des autorités locales.	Diminution de l'incidence des conflits fonciers; accès des femmes à la terre et à la propriété.; réduction des incidents de protection liés aux conflits fonciers/ intercommunautaires. Les parties en conflits/autorités compétentes sont formées à la résolution pacifique de conflit, à la sécurisation des titres fonciers.

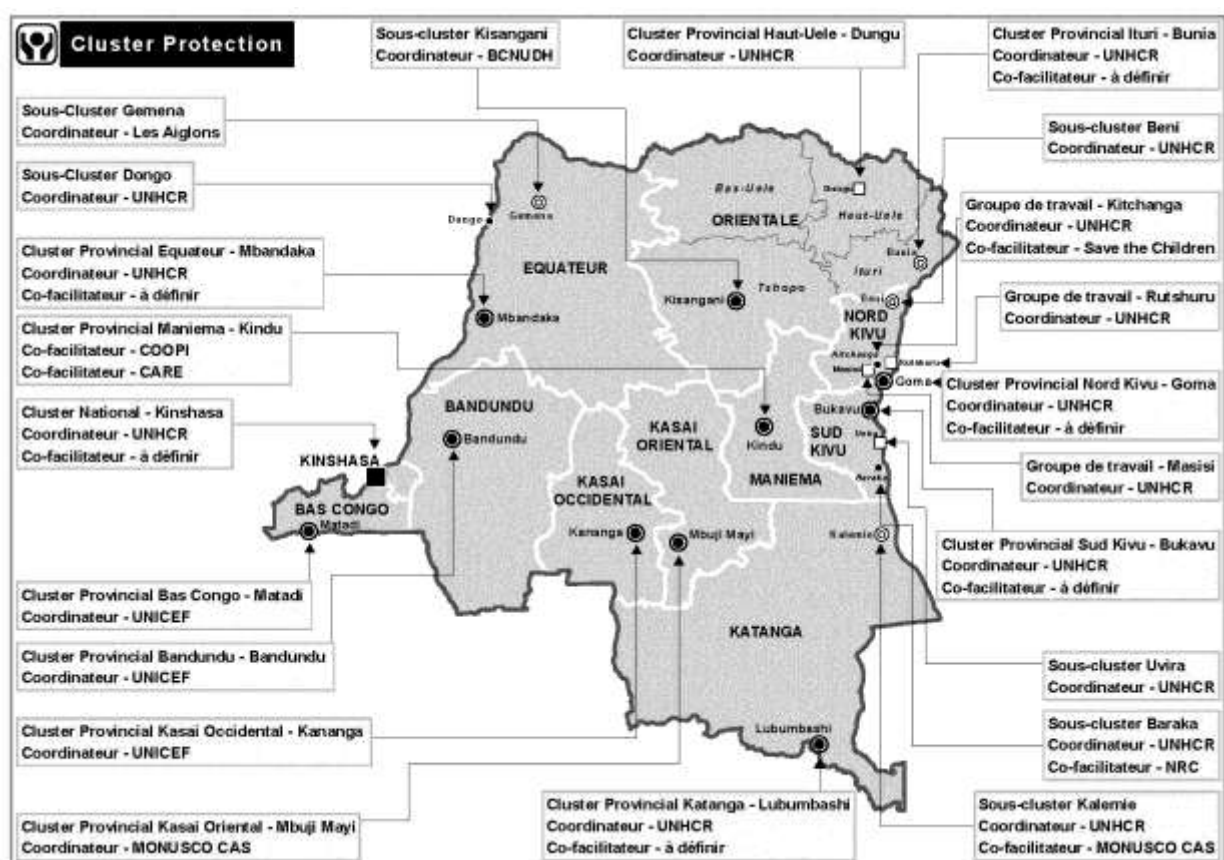
Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

- Manque d'accès aux populations exposées aux risques de protection, dû à l'insécurité et/ou à l'accès logistique difficile.
- Manque de moyens de communications (absence de réseau téléphonique dans plusieurs parties des provinces) ce qui retarde la transmission des informations et l'activation de la réponse rapide.
- Présence et capacité insuffisantes des forces de sécurité congolaises (FARDC, PNC) avec une réduction du nombre de zones où les populations civiles ont accès à la sécurité (exemple: environ la moitié des camps et sites spontanés de déplacés sont situés dans des zones insécurisées).
- Capacités limitées de la MONUSCO de déploiement dans les zones *must protect* et *should protect* identifiées par le cluster.
- Présence insuffisante d'acteurs humanitaires de protection dans les zones de conflits et de déplacement.
- Manque de formation et de capacités des acteurs pour la prise en charge des personnes à besoins spécifiques.

Budget opérationnel

Objectif 1: Prévenir et atténuer les risques de protection des populations liés à l'insécurité, les conflits armés et les violations des droits humains dans les zones d'origine, de déplacement et retour/réinstallation.	Budget (\$)
Activité 1.a: Monitoring et analyse continus de la situation de protection dans les zones affectées par les conflits, les zones de déplacement, de retour et de réinstallation, et orientation des victimes/survivant(e)s vers les services de protection et de prise en charge.	10 504 912
Activité 1.b: Consolidation et renforcement des activités d'alerte précoce en identifiant des stratégies locales et des mécanismes communautaires de protection.	2 324 076
Activité 1.c: Formation et sensibilisation des autorités civiles et militaires (notamment FARDC et PNC), et des groupes armés en matière de protection y compris sur les violences sexuelles et le VIH/Sida et des principes fondamentaux du droit international humanitaire, des droits humains et des principes directeurs relatifs au déplacement.	260 000
Activité 1.d: Plaidoyer auprès des acteurs de sécurité, notamment les FARDC, la PNC et les groupes armés pour mettre fin aux violations des droits humains et à l'impunité. Plaidoyer avec la MONUSCO à travers la matrice de protection.	10 000
Activité 1.e. Renforcement des structures communautaires et des acteurs de protection de l'enfant, des mécanismes de surveillance et d'orientation.;	2 636 572
Activité 1.f: Identification, cartographie, appui aux mécanismes de médiation des conflits fonciers et intercommunautaires et mise en place de systèmes d'alerte précoce.	5 825 000
Activité 1.g: Prévention aux REG, identification et dépollution des zones dangereuses, sécurisation de dépôts d'armes et de munitions. Assistance aux victimes de mines et autres munitions non explosées ou abandonnées.	7 200 000
Activité 1.h: Facilitation de l'accès aux documents personnels essentiels tels que les certificats de naissance pour les enfants déplacés, rapatriés et autochtones, ainsi que les documents relatifs aux droits fonciers, notamment pour les femmes et les enfants.	848 152
Sous-total	29 608 712
Objectif 2: Améliorer la réponse aux besoins de protection des victimes/survivant(e)s et leur accès à l'assistance, la justice, la compensation, la réhabilitation et la restitution dans les zones d'origines, de déplacement et retour/réinstallation.	
Activité 2.a: Renforcement des mécanismes d'orientation des survivants de violence, notamment les violences sexuelles, vers les services appropriés d'assistance (médicale, psychosociale, réinsertion scolaire, socioéconomique et juridique), de suivi et d'évaluation; appui à l'organisation de cliniques juridiques et d'audiences foraines pour éviter la résolution des conflits à l'amiable; appui aux programmes de réinsertion, notamment à travers des activités génératrices de revenu pour assurer l'autosuffisance des victimes/survivants.	13 867 254

Activité 2.b: Appui aux programmes de vérification, prise en charge, et réintégration sociale et économique des enfants sortis des forces et groupes armés et des enfants séparés et non accompagnés.	6 933 627
Activité 2.c: Enregistrement et identification des personnes déplacées dans les camps CCCM en vue d'obtenir des données désagrégées par âge, sexe et diversité. Identification et prise en compte des personnes à besoins spécifiques (personnes âgées, en situation d'handicap, vivant avec le VIH.) pour permettre des interventions adaptées.	9 124 076
Activité 2.d: Mise en place et renforcement des mécanismes de médiation/résolution des conflits (fonciers et intercommunautaires), et de sécurisation des titres fonciers par la formation des autorités compétentes, avec une attention particulière sur les droits d'accès des femmes à la terre et à la propriété.	5 825 000
Sous-total	35 749 957
Budget opérationnel total pour les populations ciblées	65 358 669
Fonctionnement du cluster (partie non couverte)	1 303 289
Budget total du Cluster Protection 2013	66 661 958





Education

Coordonnateur du cluster	UNICEF
Co-facilitateur(s)	Au niveau national: SAVE THE CHILDREN Au niveau provincial: voir la carte
Organisations membres	ACTED, APEDE, ASDIS Universelle Bene Enfance, OXFAM GB, IRC, PAM, CRS, HCR, Caritas, World Vision, Handicap International, FAWE, VVOB, , , Ministères de l'Education, des Affaires Sociales, de Jeunesse, CNES, ALDI, CCEF, Fonds Social de la RD Congo, CARITAS-DEVELOPPEMENT, ESSOR CONGO, GRAGER, GEHRCO, UAD, APEDE, RENACERAS, Sansa Bana, CSSPECE, Les Aiglons, OIM, La Colombe, BDD Luebo, BDD Luiza, CAPSM, BEPROD, ADRA, CTB, Femmes Plus, CRA, Reach Italia, SADRI, ECC-MERU, FAO, LIPEDEM, MEPA, RENASEC, EUB, RAF, AIDES, Armée du Salut, NRC, AVSI, PIN, CEPAC, CELPA, BVES, MIDIMA, AAP, WAR CHILD/H, AFEDEM, RHA, WORLD VISION Tearfund, ZOA, AIDES, CARITAS, 8é CEPAC, FIDA, SEDI, EBENEZER MINISTRY INTERNATIONAL, LWF, CTB, Save the Children, Solidarités, HDW, Danish Refugee Council, SEDEC, Mercy Corps, ADSSE, ALDI, Alpha Ujuvi, JRS, Don Bosco, GAHINJA, Action Aid, IEDA RELIEF, WOA, COOPI, HPP-Congo, UNESCO.
Objectif général du cluster	Assurer l'accès à une éducation inclusive et pertinente de qualité dans un environnement d'apprentissage sûr et protecteur pour toutes les filles et tous les garçons, de 3 à 18 ans, affectés par une catastrophe naturelle, ou par un conflit.
Populations affectées	1 807 500 enfants.
Populations ciblées	763 000 personnes, dont 730 000 enfants, 10 500 enseignants, 22 500 membres COPA et leaders locaux et 1 500 écoles.
Fonds demandés	\$75 852 600
Contacts	Niveau National: Paola Retaggi – pretaggi@unicef.org et Boubakar Lompo – Boubakar.Lompo@savethechildren.org Région est: Sabina Handschin – shandschin@unicef.org

Situation et besoins identifiés

Le système éducatif en RDC est fragile. Une étude menée par l' UNESCO, l'UNICEF et DFID en collaboration avec le Ministère de l'enseignement révèle que 7.6 millions d'enfants (33% des enfants en âge scolaire) sont déscolarisés.¹⁴ Les principales raisons sont le coût de l'éducation (en dépit de la gratuité annoncée pour les années une à cinq du primaire), l'utilisation des enfants pour les travaux domestiques et économiques, le manque d'infrastructures et d'enseignants, la pauvreté des parents et l'insécurité. Face aux immenses besoins du pays en termes d'éducation, le cluster vise à intervenir spécifiquement sur l'éducation des enfants affectés par les conflits, les déplacements de population ou des catastrophes naturelles. Depuis l'escalade du conflit dans certains territoires du Nord-Kivu en avril 2012, le cluster Education a compté environ 500 écoles ayant subi des dégâts à différents degrés, l'occupation par des déplacés ou le pillage par certains groupes armés. Ceci correspond à environ 165 000 élèves pour le seul Nord-Kivu, qui étudient actuellement dans des conditions précaires. En outre, les mouvements de population ont empêché l'accès à l'école d'environ 292 000 enfants. L'interruption de la scolarité des enfants affectés par les crises influe très négativement leur cursus scolaire en termes de qualité, et constitue un risque grave pour les enfants, puisqu'ils n'ont plus accès à l'environnement protecteur qu'est l'école: ils courent le risque d'être enrôlés dans les forces et groupes armés et

¹⁴ Université de Ouagadougou. Institut Supérieur des Sciences de la Population. Recherche sur les enfants et Adolescents en Dehors de l'Ecole en RDC (EADE). Rapport sur l'état des lieux UNESCO, Dfid, UNICEF et EPSP, juillet 2011.

sont exposés à de multiples abus et violences. En réponse à cela, en 2013, le cluster visera quatre domaines:

- Donner la possibilité aux enfants déplacés dans des communautés d'accueil d'être inscrits et de continuer leur éducation dans le lieu de déplacement sans restriction, ainsi que soutenir les enfants et structures de la communauté d'accueil, vulnérabilisés par l'arrivée des déplacés.
- Donner la possibilité aux enfants vivant en camps et sites spontanés de continuer leur éducation dans les écoles aux alentours ou dans les camps, tout en trouvant des stratégies de responsabilisation des communautés et de pérennisation des approches.
- Le soutien aux écoles, enfants et communautés dans des zones de retour qui ont été vulnérabilisées suite à un conflit ou une catastrophe naturelle.
- La réhabilitation et/ou le rééquipement des écoles qui ont été pillées ou endommagées lors des affrontements ou lors de l'occupation par des déplacés.

Ciblage et priorisation

Critères de ciblage

La population affectée considérée par le cluster comprend toutes les filles et garçons déplacés, retournés, rapatriés, et de la communauté d'accueil affectés par un conflit, ou par une catastrophe naturelle. Afin de déterminer la population ciblée, les organisations membres du cluster se basent sur des critères de vulnérabilité des enfants et des structures éducatives, suite à un conflit ou à une catastrophe naturelle.

Les seuils d'intervention sont:

- > 40% d'enfants déplacés ou d'enfants retournés non-scolarisés¹⁵.
- > 40% d'enfants de la communauté d'accueil non-scolarisés¹⁶.
- > 50% de salles de classe avec toiture ou mur détruit¹⁷.
- > 50% de pupitres ou bancs fixes nécessaires détruits ou non-existants¹⁸.
- > 50% d'enseignants qui encadrent plus de 55 élèves par classe.
- > 30% d'enfants qui doivent parcourir plus de 4km pour accéder à l'école la plus proche.

Principes d'analyse du seuil d'intervention et priorisation des zones:

Le seuil 1 suffit à déclencher une intervention.

Les seuils 2 à 6 ne suffisent pas à déclencher une intervention mais constituent des indicateurs déterminants pour le choix et la priorisation du lieu d'intervention. Un seul seuil non atteint ne suffit pas à exclure la possibilité d'une intervention.

¹⁵ Nombre d'enfants déplacés ou nombre d'enfants retournés à l'âge de l'école primaire (6 à 11 ans) qui ne vont pas à l'école / nombre total des enfants déplacés ou enfants retournés à l'âge de l'école primaire (6 à 11 ans).

¹⁶ Non-scolarisé' prend en compte les enfants de la communauté d'accueil qui ne sont jamais allés à l'école ou qui ont abandonné l'école. Nombre d'enfants qui ne vont pas à l'école / nombre total d'enfants.

¹⁷ (# SC toiture ou clôture détruite / # SC totale).

¹⁸ (# pupitres ou banc détruits ou non-existants / # pupitres/bancs nécessaires pour totalité des enfants) (calcule # pupitre nécessaire) x 100.

En outre il est tenu compte des considérations suivantes:

- Degré de concentration de la population (augmentation significative de la promiscuité suite à un mouvement de population).
- Impact de la situation d’urgence sur la protection et le bien-être psychosocial des enfants.
- Présences d’autres acteurs.

Afin d’estimer la population cible, le cluster effectue le calcul détaillé dans le tableau de la page suivante. A partir des chiffres de planification 2013 concernant les populations affectées, on déduit le nombre d’enfants dans les différentes catégories d’âges¹⁹. On obtient ainsi une population d’enfants affectés en 2013 égale à 1 807 404. Sur base de son expérience passée, le cluster estime que la population ciblée selon les critères ci-dessus correspond à 40% de la population affectée. Ceci donne une population d’enfants ciblés en 2013 arrondie à 730 000 enfants.

A cela, le cluster ajoute les cibles de ses autres interventions, ce qui donne comme cible totale:

Nombre d’enfants	730 000
Nombre d’enseignants	10 500
Nombre des membres COPA et leaders communautaires	22 500
Nombre d’écoles	1 500

¹⁹ Selon l’Institut National de Statistique en RDC, 11% de la population sont des enfants de 3-5 ans, 18% des enfants de 6-11 ans (école primaire) et 12% des enfants de 12-17 ans.

Calcul de la population d'enfants affectés et ciblés:

Province ou district	Population totale (refugies)	Population totale (rapatriée)	Population totale (retournée)	Population totale (déplacée)	Population totale (famille d'accueil)	Population totale (expulsés)	Population totale affectée	3-5 ans (11% d'une pop. totale)	6-11 ans (18% d'une pop. totale)	12-17 ans (12% d'une pop. totale)	Total 3-17 ans	Enfants ciblés par le cluster: 40% de la pop. totale enfants 3-17 ans
Nord-Kivu		3 000	304 000	619 000	244 475		1 170 475	128 752	210 686	140 457	479 895	191 958
Sud-Kivu		3 000	130 000	900 000	325 300		1 358 300	149 413	244 494	162 996	556 903	222 761
Province Orientale		8 000	208 000	505 630	213 930		935 560	102 912	168 401	112 267	383 580	153 432
Maniema			25 000	100 000	26 320		151 320	16 645	27 238	18 158	62 041	24 816
Equateur		40 000	36 000	65 000	32 500		173 500	19 085	31 230	20 820	71 135	28 454
Katanga		2 500	25 000	358 633	19 115		405 248	44 577	72 945	48 630	166 152	66 461
Bas-Congo					0	20 000	20 000	2 200	3 600	2 400	8 200	3 280
Bandundu					0	4 500	4 500	495	810	540	1 845	738
Kasaï Oriental			10 400	13 000	6 500	14 000	43 900	4 829	7 902	5 268	17 999	7,200
Kasaï Occidental			15 000	15 000	7 500	50 000	87 500	9 625	15 750	10 500	35 875	14 350
Kinshasa					0		0	0	0	0	0	0
Total	58 000	56 500	753 400	2 576 263	875 640	88 500	4 408 303	484 913	793 495	528 996	1 807 404	722 962
Total arrondi	58 000	110 000	755 000	2 600 000	875 650	88 500	4 408 500	485 000	793 500	529 000	1 807 500	730 000

Critères de priorisation

En raison de la faiblesse des financements, le cluster ne peut pas répondre à tous les besoins ciblés et doit donc définir des critères pour prioriser ses interventions. Les critères de priorisation sont les suivants:

- Conformément à la philosophie d’intervention développée et qui permet d’adresser de façon holistique les besoins de l’enfant, le cluster interviendra aussi en complément des actions de protection.
- Le nombre d’enfants entre 3 et 18 ans: les écoles ayant le plus d’enfants seront priorisées.
- Il faut que la zone soit accessible aux ONGs.
- Présence d’ONGs locales, partenaires de mise en œuvre.
- Présence dans la zone de partenaires institutionnels: EPSP, affaires sociales, ou accord de leur part pour l’accès à la zone.

Plan de réponse du cluster

Objectif général

Assurer l’accès à une éducation inclusive et pertinente de qualité dans un environnement d’apprentissage sûr et protecteur pour toutes les filles et tous les garçons de 3 à 18 ans, affectés par une catastrophe naturelle ou par un conflit.

Explication de la stratégie

Le Cluster Education suit une approche intégrée éducation-protection visant à la fois:

- i) La scolarisation de tous les enfants affectés par une crise en mettant un accent particulier sur l’identification et l’intégration de tous les enfants vulnérables, et d’autres enfants qui n’ont pas été scolarisés.
- ii) La protection des enfants à travers l’encadrement et l’organisation d’activités qui contribuent à leur bien-être psychosocial et au renforcement de la résilience vis-à-vis des différents risques spécifiques au contexte particulier.
- iii) L’amélioration de la qualité de l’éducation à travers le renforcement des capacités des acteurs, la mise à disposition de matériels scolaires, didactiques et pédagogiques, l’amélioration des conditions d’enseignement d’apprentissage (cantines scolaires, jardins scolaires).

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Assurer un accès inclusif à des environnements d’apprentissages sûrs et protecteurs qui contribuent à la protection et au bien-être développemental et psychosocial de toutes les filles et tous les garçons affectés par une catastrophe naturelle ou un conflit.

OS3

- Activité 1.a:** Sensibilisation des communautés, enseignants, enfants, adolescents, *leaders* et autorités sur la scolarisation et la protection de l’enfant, les attaques contre les écoles (1 612) et d’autres violences, les thèmes transversaux (ex: éducation inclusive - Genre, handicap, VIH/IST, hygiène, SBVG , mines, restes explosifs de guerre, prévention des maladies, cohabitation pacifique, identification et réduction des risques). Les thèmes et méthodologies des sensibilisations dépendent des problématiques du contexte spécifique mais des modes de transmission et de communication et centrées sur l’enfant sont à utiliser (radio, théâtre, manifestation, formation).
- Activité 1.b:** Identification des enfants et adolescents non-scolarisés et non encadrés et insertion dans des activités scolaires et extrascolaires (récréatives, d’apprentissage, petite enfance). Les activités d’éducation en situations d’urgence ciblent tous les enfants dans la localité. Les enfants non-scolarisés sont à identifier, les raisons de la non-scolarisation à connaître et des mesures de leur intégration à l’école formelle ou non-formelle à prendre.
- Activité 1.c:** Identification des enfants vulnérables et victimes de violences ou abus pour référencement éventuel. Des systèmes de veille sur les abus et le référencement existant sont à identifier et redynamiser (RECOPE, relai communautaire, systèmes d’écoute, comité de santé) et les communautés, COPA, RECOPE, enfants et adolescents à sensibiliser sur leur rôle et fonctionnement. Les cas d’enfants avec des besoins spécifiques de protection sont à rapporter au cluster Protection (groupes de travail protection de l’enfant et SBVG).
- Activité 1.d:** Création d’environnements d’apprentissages sûrs et protecteurs.
- L’objectif est que l’espace d’apprentissage soit sûr et protecteur, accessible pour tous les enfants et adapté aux besoins spécifiques des enfants vulnérables et enfants handicapés à travers la construction et/ou la réhabilitation dans un bref délai, dans les zones de retour, les zones plus stables ou les zones d’accueil avec une faible capacité des structures existantes, de salles de classe semi-durables avec l’utilisation des matériels locaux et l’implication communautaire. Les critères de protection et réduction des risques sont à prendre en compte dans toute activité de la création ou réhabilitation des structures d’apprentissages. La présence des mines et restes explosifs de guerre sont rapportés à UNMACC pour dépollution et nettoyage.
- Activité 1.e:** Facilitation de l’accès à des activités psychosociales et récréatives structurées extra scolaires et scolaires pour tous les enfants et adolescents.

Les activités de l'éducation formelle sont accompagnées par des activités récréatives et expressives scolaires et extrascolaires pour les enfants et adolescentes de tout âge.

Activité 1.f: Mise en place de mécanismes de protection et réduction des risques en milieu scolaire.

Des mécanismes de protection en milieu scolaire tels que les points focaux de référencement, le club enfants et adolescents, le code de conduite sont installés. Les enfants et communautés sont sensibilisés sur l'identification et la mitigation des risques et des plans de réduction des risques communautaires sont élaborés.

Activité 1.g: Organisation de cours de rattrapage de tous les niveaux pour les enfants qui ont interrompu ou retardé les cours suite à l'urgence.

Mise à niveau des enfants déplacés qui ont interrompu les cours suite au déplacement des enfants de la communauté d'accueil ou retournés avec une faible performance scolaire. Un accent particulier est mis sur les enfants déplacés de la 6^{ème} année afin de leur permettre de passer et de réussir l'examen de fin de cycle primaire (TENAFEP) au lieu du déplacement.

Activité 1.h: Facilitation de la mise en œuvre des approches qui favorisent la pérennisation de l'accès et de la qualité de l'éducation.

Pour un allègement des frais à l'école, des AGR communautaires en faveur de l'école sont explorées. Le système du transfert monétaire, ou "voucher école", consiste à donner à l'enfant un bon ayant une valeur monétaire, qu'il remet à son école. Ceci permet à l'enfant d'aller à l'école et à celle-ci de couvrir certaines dépenses de fonctionnement. Ce système est mis en place sur la base d'un plan d'amélioration de l'école qui est élaboré par les enfants, enseignants, parents et subventionné par l'intervention contre l'intégration des enfants déplacés ou vulnérables de la communauté d'accueil ou de retour.

Objectif spécifique 2: Améliorer la qualité et la pertinence de l'éducation et les conditions d'apprentissage dans les contextes d'urgence.

OS4

Activité 2.a: Formation des directeurs, enseignants et acteurs étatiques de l'EPSP, des Ministères des affaires sociales et de la jeunesse, des COPA, des comités d'élèves et des RECOPES sur des sujets qui favorisent la qualité et la pertinence de l'enseignement et la protection et survie de l'enfant. Thèmes: programme national, la gestion d'une classe, la pédagogie active, la fabrication de matériels didactiques, la gestion d'une école, la sensibilisation à la paix et la cohabitation pacifique, la prévention des risques de maladies, l'approche psychosociale, le droit et la protection de l'enfant, la réduction des risques.

Activité 2.b: Mise à disposition des matériels scolaires, didactiques et récréatifs ainsi que du mobilier scolaire. Les écoles, enseignants, enfants reçoivent du matériel scolaire et récréatif à travers des distributions, transfert monétaire ou voucher école. L'achat local du matériel est encouragé selon la disponibilité du marché local et des moyens.

Activité 2.c: Organisation des cantines et jardins scolaires en collaboration avec les Clusters Nutrition et Sécurité alimentaire. En reconnaissant l’impact positif qu’un repas à l’école peut avoir sur l’accès et la performance d’apprentissage surtout dans des conditions de vulnérabilité aigüe, la mise en œuvre de cantines scolaires et de jardins scolaires à base communautaire est encouragée notamment dans des endroits de forte concentration des déplacés.

Activité 2.d: Renforcement des capacités des acteurs étatiques et des membres du cluster sur les standards et approches de l’éducation en situations d’urgence. Des formations des membres du cluster pour renforcer la qualité des interventions et l’intégration des approches innovatrices sont faites. Les capacités des acteurs étatiques sont renforcées dans les domaines de la prévention, préparation et réponse aux urgences dans le secteur de l’éducation pour une bonne implication dans les activités humanitaires ainsi qu’une intégration dans les stratégies et politiques au niveau national et provincial.

Cadre logique opérationnel

Objectif général: Assurer l'accès à une éducation inclusive et pertinente de qualité dans un environnement d'apprentissage sûr et protecteur pour toutes les filles et tous les garçons de 3 à 18 ans affectés par une catastrophe naturelle ou par un conflit.			
Objectif spécifique 1: Assurer un accès inclusif à des environnements d'apprentissages sûrs et protecteurs qui contribuent à la protection et au bien-être développemental et psychosocial de toutes les filles et tous les garçons affectés par une catastrophe naturelle ou un conflit.			
Indicateur outcome: Nombre de filles et garçons qui ont accès à des activités éducatives et psychosociales scolaires et extra-scolaires.			
Résultat attendu: 730 000 enfants dont 50% filles.			
Méthode de suivi: Données des partenaires sur Activity Info tous les 3 mois.			
Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs Output ²⁰	Résultats Attendus
Activité 1.a. Sensibilisation des communautés, enseignants, enfants, adolescents, leaders et autorités sur la scolarisation et la protection de l'enfant, les attaques contre les écoles (1 612) et d'autres violences, les thèmes transversaux.	Tous les parents, les enfants et adolescents, les autorités et les enseignants d'une zone ciblée.	# Séances de sensibilisation auprès des communautés/autorités/parents. # Enseignants sensibilisés (H/F). # de membres de COPA, de la communauté, de leaders sensibilisés. # Enfants déplacés ou retournés ou de la communauté d'accueil sensibilisés.	1 600 séances de sensibilisation. 22 500 membres de la communauté. 730 000 enfants. 10 500 enseignants.
Activité 1.b. Identification des enfants et adolescents non-scolarisés et non encadrés et insertion dans des activités scolaires et extrascolaires.	Tous les enfants de la zone ciblée.	# Total d'enfants/adolescents <u>déplacés ou retournés ou de la communauté d'accueil de tout âge</u> qui bénéficient de l'intervention. # Enfants/adolescents <u>déplacés ou retournés ou de la communauté d'accueil</u> qui ont accès à des activités scolaires. # Enfants/adolescents <u>déplacés ou retournés ou de la communauté d'accueil</u> qui ont accès à des activités extra - scolaires. # Enfants <u>déplacés ou retournés ou de la communauté d'accueil qui sont intégrés à l'école à travers un transfert monétaire/voucher école.</u>	730 000 enfants ont accès à des activités scolaires et extra-scolaires (>= filles).
Activité 1.c Identification des enfants vulnérables et victimes de violences ou abus pour référencement éventuel.	Tous les enfants de la zone ciblée.	# Enfants vulnérables et victimes de violences référés à une structure appropriée.	100% des enfants identifiés sont référés.
Activité 1.d Création d'environnements d'apprentissage sûrs et protecteurs.	Espaces d'apprentissages pour tous les enfants/adolescents (f/g) d'une zone ciblée.	# Salles de classe temporaires d'urgence mises en place. # Salles de classe semi-durable construites. # Salles de classe réhabilitées. # Salles de classe dotées de fournitures/équipement (incluant: pupitres, tableau, chaise et table enseignant). # Pupitres ou bancs fixes dotés. # Portes de latrines construites (f/g). # Dispositifs de lavage de mains mis en place. # Espaces scolaires dépollués.	3 000 salles de classe.
Activité 1.e Facilitation de l'accès à des activités psychosociales et récréatives structurées extra scolaires et scolaires pour tous les enfants et adolescents.	Tous les enfants/adolescents (f/g) d'une zone ciblée.	# Enfants et adolescents participant à des activités récréatives et psychosociales. # des kits récréatif ou expressif distribués.	730 000 enfants ont accès à des activités scolaires et extra scolaires (>= filles) 1 500 écoles bénéficient des kits récréatifs ou expressifs.
Activité 1.f: Mise en place des mécanismes de protection et réduction des risques en milieu scolaire.	Enfants (f/g), enseignants (h/f) et communautés dans 1 800 environnements d'apprentissage.	# Ecoles avec un plan de réduction des risques. # Enseignants ayant signé un code de bonne conduite (H/F). # Club d'enfants ou d'adolescents.	1 500 écoles 10 500 enseignants 500 clubs d'enfants/adolescents
Activité 1.g: Organisation de cours de récupération de tous les niveaux pour les enfants qui ont interrompu ou retardé les cours suite à l'urgence.	Enfants (f/g) de la zone ciblée.	# Enfants déplacés ou retournés ou rapatriés ou de la communauté d'accueil ayant accès à des cours de récupération. # Enfants déplacés ou retournés ou rapatriés ou communauté d'accueil soutenue pour TENAFEP ou examen de fin d'année (1-5).	100 000 enfants

²⁰ Tous les indicateurs se trouvent dans ActivityInfo.

Activité 1.h: Facilitation de la mise en œuvre des approches qui favorisent la pérennisation de l'accès et de la qualité de l'éducation.	Ecoles ciblées	#Ecoles avec activités génératrices de revenus mises en place # Ecoles bénéficiant d'un transfert monétaire-voucher.	1 500 écoles
Objectif spécifique 2: Améliorer la qualité et la pertinence de l'éducation, et les conditions d'apprentissage dans les contextes d'urgence. Indicateur outcome: Taux de réussite aux examens de fin d'année dans les zones ayant bénéficié de l'aide humanitaire. Résultat attendu: Augmentation de 20%. Méthode de suivi: Données des partenaires sur Activity Info tous les trois mois, statistiques de réussite scolaire comparées d'une année à l'autre.			
Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs Output	Résultats Attendus
Activité 2.a. Formation des directeurs, enseignants et acteurs étatiques de l'EPSP, des Ministères des affaires sociales et de la jeunesse, des COPA, des comités d'élèves et des RECOPEs sur des sujets qui favorisent la qualité, la pertinence de l'enseignement et la protection et survie de l'enfant.	Les enseignants/encadreurs/formateurs, les enfants et les écoles, les COPA, RECOPE.	# Total de directeurs/enseignants formés (H/F). # Total des membres COPA ou RECOPE formés (H/F).	10 500 enseignants 10 000 membres COPA/RECOPE
Activité 2.b Mise à disposition des matériels scolaires, didactiques et récréatifs ainsi que du mobilier scolaire.	Elèves, enseignants, écoles dans les zones ciblées.	# Enfants déplacés ou retournés ou rapatriés ou de la communauté d'accueil bénéficiant de matériel scolaire. # Enseignants bénéficiant de matériel pédagogique (f/h). # Ecoles bénéficiant de matériel didactique.	520 000 élèves 10 500 enseignants 1 500 écoles
Activité 2.c. Organisation des cantines et jardins scolaires (en collaboration avec les clusters Nutrition et Sécurité alimentaire).	Elèves dans les zones cibles.	# Enfants ayant bénéficié de la cantine scolaire (f/g).	520 000 élèves
Activité 2.d Renforcement des capacités des acteurs étatiques et des membres du cluster sur les standards et approches de l'éducation en situations d'urgence.	Membres du cluster et acteurs étatiques.	# Acteurs étatiques formés. # Acteurs humanitaires formés.	300 acteurs étatiques 500 membres du cluster

Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

- Insuffisance de financements: Le Cluster Education a été le cluster le moins financé en 2012 avec pour conséquence que 81% des bénéficiaires ciblés dans le PAH 2012 n'ont pas pu être pris en charge (soit 93% du total des enfants affectés).²¹ La majorité des membres du cluster ne disposent pas de stock et fonds de contingence ou de financements humanitaires en dehors du PF et du RRMP, dont ils sont dépendants. Une diversification des bailleurs, l'augmentation des fonds propres destinés à des interventions d'urgence, l'accès à des fonds d'urgences à l'intérieur des organisations membres et un fond de contingence du cluster géré administrativement par une organisation membre du cluster sont des possibilités pour renforcer la capacité de réponse du cluster. Il serait également important que des programmes et projets d'éducation dans le cadre du développement, du relèvement précoce ou des projets humanitaires à moyen terme intègrent une ligne budgétaire de contingence qui permette à l'acteur de répondre rapidement à de possibles nouveaux besoins d'urgence dans la zone d'intervention du projet/programme traditionnel. Une plus grande flexibilité serait souhaitable de la part des bailleurs en ce qui concerne notamment l'adaptation des budgets à de nouveaux besoins, zones d'intervention et activités, surtout dans le contexte très volatile et rapidement changeant de l'est.
- Manque d'acteurs humanitaires dans certaines zones: Il n'y a pas suffisamment d'acteurs compétents dans l'enseignement en situation d'urgence. Pour les évaluations des besoins comme pour les réponses, le cluster repose toujours sur les mêmes acteurs. Même si on note une très bonne participation des partenaires aux activités et réunions du cluster, la majorité des ONGs interviennent dans le cadre du développement et n'ont pas l'expérience requise pour des activités d'urgence. Certaines ONGs internationales qui gèrent des programmes d'éducation en urgence dans d'autres pays, n'ont pas ce type de programmes en RDC. Le Cluster Education a fortement investi en 2011 et 2012 dans le renforcement des capacités des membres en approche d'éducation d'urgence. Le cluster continuera ce travail si des financements sont disponibles. Un accent particulier est mis sur les ONGs nationales qui disposent d'un bon potentiel pour devenir des acteurs importants d'interventions en éducation d'urgence.
- La situation humanitaire changeante et volatile complique l'accès et la planification: A l'est, les mouvements de population fréquents et le contexte sécuritaire volatile rendent difficiles l'évaluation des besoins, la planification et les interventions. La même population peut connaître plusieurs déplacements sur une courte durée, ce qui demande une réévaluation, une adaptation et un redimensionnement de l'assistance et souvent aussi un changement des zones d'intervention. La difficulté existe aussi pour les déplacements pendulaires. Dans certaines zones, une assistance en cours est interrompue par de nouveaux affrontements souvent accompagnés de nouvelles destructions.

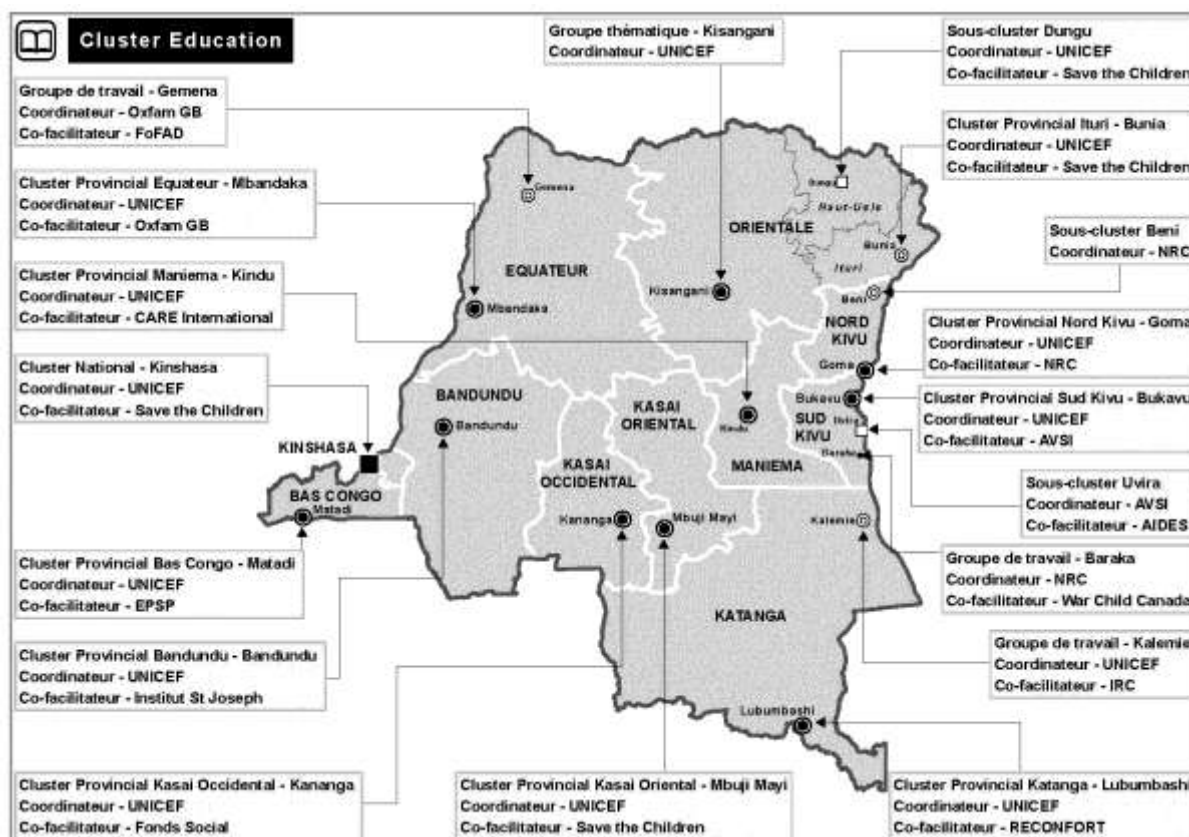
²¹ PAH 2012, planification revue à mi-parcours: total enfants affectés: 1 782 871 ; enfants ciblés par le Cluster Education: 600 000.

Budget opérationnel

Le budget a été calculé sur base d’un coût moyen pour chaque type d’intervention, allant d’un paquet minimum dans le cadre des réponses rapides jusqu’à un paquet plus élargi dans le cadre du relèvement précoce qui inclut aussi des réhabilitations des salles de classes et/ou des constructions d’écoles semi-durables.

Le coût par enfant comprend aussi bien le voucher école que les constructions d’espaces temporaires ou les réhabilitations d’écoles, le coût enseignant comprend le kit pédagogique comme le paquet de formations offertes, et le coût COPA - *Leader* comprend aussi bien les formations que les jardins scolaires et les cantines scolaires.

Population ciblée	Nombre	Prix unitaire	Budget total (\$)
Enfants	730 000	101	73 730 000
Enseignants	10 500	65	682 000
COPA, <i>leaders</i>	22 500	50	1 125 000
Total	763 000		75 537 000
Fonctionnement du cluster (partie non couverte)			315 600
Budget total du cluster pour 2013			75 852 600





Articles ménagers essentiels et abris d’urgence²²

Coordonateur du cluster	UNICEF
Co-facilitateur(s)	Catholic Relief Service (CRS) – National, Katanga; Solidarités International (Nord-Kivu, Orientale), IRC (Sud-Kivu), Caritas Mbandaka (Equateur), Concern Worldwide (en appui au niveau national); HCR – Point Focal Abri.
Organisations membres	8 ^{ème} CEPAC, AAI, Act for Gender, ACOPE, ACTED, ADE, ADECO, ADMR, ADRA, ADSSE, AFEDEM, AIDES, AJDP, ALDI, APEA, APEC, APETAMACO, Aprohdiy, ARAC, Arche d’Alliance, Armée du Salut, ASOVUG, AVSI, CAD, Care International, les Caritas diocésaines: Butembo-Beni, Bukavu, Bunia, Dungu, Goma, Caritas Développement Congo (national), Kalemie, Kananga, Kindu, Kisantu, Mbandaka, CERAO, Christian Aid, CISP, COJESKI, ConcernWorldwide, CPEDH, Croix-Rouge RDC, CRONGD, CRS, ECC/MERU, FODECO, FSH, GIZ, Handicap International Belgique, HI-DAU, IEDA Relief, IRC, LWF, MAAMS, Memisa Belgique, Mercy Corps, NRC, OCHA, PAP, PROCCUDE, PU-AMI, RHA, SAP-AU, Samaritan’s Purse, Solidarités International, HCR, UNICEF, UWAKI, WHH/AAA.
Objectif général du cluster	Améliorer les conditions de vie et réduire les vulnérabilités des personnes déplacées, retournées, relocalisées, expulsées, rapatriées, victimes de catastrophes naturelles, et leurs familles et communautés d’accueil affectées par les crises.
Populations affectées	901 400 ménages soit 4 507 000 personnes
Populations ciblées	549 900 ménages soit 2 749 500 personnes
Fonds demandés	\$86 265 744
Contacts	Steven Michel / +243818805143 / smichel@unicef.org Samba Fall / +243992903002 / Samba.Fall@crs.org

Situation et besoins identifiés

Les conflits entraînent souvent la destruction, la perte, ou le vol des biens des ménages. En cas de fuite, et lors de tout mouvement de population, les familles ne peuvent emmener qu’une partie de leurs articles de première nécessité. Ainsi, fournir l’accès aux articles ménagers essentiels (AME/NFI) aux ménages et personnes affectés par les crises les aide à préserver leurs activités fondamentales de la vie quotidienne, comme s’habiller, se laver, puiser et conserver de l’eau, préparer les repas, entreposer les biens, s’abriter contre les intempéries, et dormir dans la sécurité et la dignité. Ces activités étant principalement dévolues aux femmes dans la société congolaise, l’analyse des besoins, l’assistance et le suivi se concentrent particulièrement sur les femmes et les filles bien que les hommes soient aussi associés à la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes. Les personnes déplacées ont également des besoins en abris de base, qu’elles soient en familles d’accueil (plus de 87% des déplacés en RDC), dans les lieux publics, dans des camps organisés ou des sites spontanés. Souvent, les familles retournées et rapatriées ont également besoin d’abri, par exemple en cas d’incendie ou de destruction des maisons. Les besoins en abri varient très fortement selon les situations rencontrées. Dans certaines provinces, des besoins en AME/NFI et abris apparaissent aussi suite à des catastrophes naturelles. Le cluster identifie ainsi trois axes principaux suscitant des besoins en AME/NFI et abri:

- Le besoin d’articles ménagers essentiels permettant d’entreprendre les activités de base dans les zones de déplacement et de retour.

²² Bien que rattaché au cluster global *Emergency Shelter*, le cluster travaille principalement dans le secteur Articles Ménagers Essentiels (AME), aussi appelé NFI (Non-Food Items). Il comprend un Groupe de Travail Abri (GTA) sous la coordination du HCR.

- Le renouvellement des AME/NFI et matériel d’abri pour les personnes en déplacement de longue durée (plus de 12 mois) installées en famille d’accueil ou en sites collectifs et camps organisés.
- Le besoin en abris appropriés dans les zones de déplacements (familles d’accueils, sites, camps) et dans les zones de retour, surtout en cas de destruction des maisons ou de retour dans des zones abandonnées depuis longtemps.

Facteurs déclencheurs d’évaluation

Le cluster identifie les quatre facteurs déclencheurs suivants pour lancer une évaluation des besoins dans une zone:

- Mouvement récent de population, moins de six mois.
- Déplacement de longue durée (plus de 12 mois) ou sédentarisation de déplacés ou retournés anciens vivant dans des conditions de vie précaires.
- Incendies et/ou attaques accompagnées de destruction et perte massive de biens/abris.
- Catastrophes naturelles, de moyenne et grande ampleur, avec ou sans mouvement de population, ayant un impact sur les biens et les abris.

La population affectée ayant des besoins en AME/NFI et abris en RDC comprend les personnes et les communautés affectées par les mouvements de populations de manière directe (déplacement, retour de déplacés, rapatriement de réfugiés, expulsions) et indirecte (accueil de déplacés) ainsi que les personnes affectées par des catastrophes naturelles et des incendies. Le nombre de personnes affectées par les mouvements en 2013 est estimé à 4 507 000 personnes (901 400 ménages), ce qui comprend 200 000 familles d’accueil, ainsi que des anciens et nouveaux déplacés ou retournés pour certaines provinces.

Ciblage et priorisation

Le cluster a établi une logique de ciblage en deux temps: une sélection des zones ou communautés, basée sur des seuils d’intervention déterminés par le score de vulnérabilité AME, puis au sein de celles-ci, la détermination des ménages et personnes bénéficiaires suivant différents critères de ciblage.

1) Seuils d’intervention dans une zone

Afin d’établir le besoin d’assistance, les acteurs en AME/NFI et abri disposent de différents outils et méthodes d’évaluation des besoins, pour identifier le degré de vulnérabilité de chaque zone/communauté et le niveau de détérioration de la situation en analysant certains indicateurs de référence, ainsi que pour analyser le contexte afin de prendre une décision lorsque les seuils d’intervention sont dépassés.

Score AME/NFI

Le score AME/NFI est généré en utilisant le ‘Score-Card AME/NFI,’ un outil développé par UNICEF, RRMP et le cluster, pour mesurer la vulnérabilité d’une communauté/groupe/zone. Une enquête auprès d’un échantillon représentatif de ménages, sélectionnés aléatoirement, permet de voir s’ils possèdent un exemplaire de huit articles ménagers essentiels et leur qualité, et définit un score sur une échelle de zéro à cinq (0 = sans problème; 2.5 = situation ‘normale’; 5 = situation la plus critique). Généralement, à partir d’un score de trois, ces communautés

vulnérables peuvent être considérées pour des interventions. Celles-ci pourront ainsi bénéficier de l'identification et enregistrement des bénéficiaires sur la base des critères de ciblage.

Seuils d'intervention abris

- Plus de 50% des ménages (avec au moins 50 ménages) n'habitent pas dans leurs propres maisons/abris (principalement pour les IDPs et les expulsés).
- Plus de 50% des ménages (avec au moins 50 ménages) habitent dans des maisons/abris ne répondant pas aux conditions appropriées selon les standards locaux, (principalement pour les retournés/rapatriés).
- Plus de 50% des familles d'accueil (avec plus de 50 ménages) hébergent au moins un autre ménage déplacé/retourné depuis plus de trois mois.
- Au moins 50 ménages ont un degré de promiscuité élevé avec un seuil d'espace habitable en dessous de 2 m²/personne.

Facteurs contextuels

Outre les éléments ci-dessus, il faut encore analyser d'autres facteurs:

- La précarité de la situation de la population affectée, l'évolution potentielle: possibilité de dégradation ou amélioration de la situation.
- La nécessité d'une assistance dans d'autres secteurs.
- La prise en compte de l'analyse du principe 'ne pas nuire' pour voir par exemple s'il n'y aurait pas un risque sur les bénéficiaires, en assistant seulement une localité au détriment de la localité voisine, qui aurait un score légèrement différent.
- La vulnérabilité plus marquée de certains sous-groupes ou individus dont les besoins spécifiques peuvent être masqués par le score global de vulnérabilité.
- Les éventuels besoins pour un article spécifique.

2) Critères de ciblage

Lorsqu'une zone géographique ou une communauté est retenue après les analyses ci-dessus, les acteurs déterminent par différentes approches, les ménages ou individus à assister en se basant sur leur vulnérabilité plutôt que sur leur statut. Différentes approches sont utilisées, telles que les fiches techniques développées par le programme RRMP²³, qui évaluent les différents facteurs de vulnérabilité (sociale, matérielle, statut). Sont également pris en considération d'autres facteurs comme la rapidité de la réponse, la complémentarité avec les interventions d'autres organisations dans la même zone, et le principe 'ne pas nuire', particulièrement dans les assistances en abris qui d'ailleurs sont coûteuses: la valeur de l'assistance par ménage est relativement élevée, ce qui peut entraîner des problèmes de protection et de sécurité pour les personnes assistées. Le cluster recommande que le choix de l'approche soit discuté et convenu avec tous les segments de la population concernée. Le ciblage par vulnérabilité permet d'inclure l'assistance aux familles d'accueil qui, souvent, sont les premières à fournir une assistance en AME/NFI et abri et sont elles-mêmes vulnérabilisées par cette situation. Le cluster juge fondamental de développer une approche plus harmonisée pour l'assistance aux familles d'accueil au sein du cluster et pour l'ensemble du PAH. Prenant en considération les contraintes liées à l'accès logistique et sécuritaire, les interventions d'acteurs « hors appel » comme le CICR

²³ Voir présentation dans le chapitre "La stratégie humanitaire".

et l’expérience des années antérieures, chaque cluster provincial a déterminé le pourcentage des ménages affectés qui pourraient être assistés, constituant ainsi la population ciblée par le cluster en 2013.

Sur base de l’expérience, le cluster estime la population ciblée à 75% de la population affectée, pour les déplacés et retournés, 100% des rapatriés pour l’assistance en AME et 50% des rapatriés pour l’assistance en abri. Ceci donne les estimations suivantes:

Profil des bénéficiaires	Population affectée		Population ciblée AME			Population ciblée ABRI		
	Personnes	Ménages	Personnes	Ménages	%^	Personnes	Ménages	%
Déplacés	2 600 000	520 000	1 911 200	382 240	74	352 590	70 518	14
Familles d'accueil	1 000 000	200 000	151 610	30 322	15	49 835	9 967	5
Retournés	755 000	151 000	561 240	112 248	77	72 800	14 560	10
Rapatriés*	63 500	12 700	63 500	12 700	100	31 750	6 350	50
Expulsés	88 500	17 700	61 950	12 390	70	0	0	0
TOTAL	4 507 000	901 400	2 749 500	549 900	61	506 975	101 395	11

- La majorité de l’assistance AME/NFI et abri est établie par ménages. Les chiffres par personnes sont également présentés, en utilisant l’estimation standard en RDC de cinq personnes/ménage.

* Les chiffres de rapatriement prennent en compte uniquement les rapatriés pris en charge par le HCR et non les rapatriements spontanés. 100% reçoivent l’assistance en AME/NFI et 50% en abris.

- La population ciblée abri est considérée comme incluse dans la population ciblée AME.

3) Critères de priorisation

La priorisation des interventions est basée sur la vulnérabilité mesurée par le score AME/NFI et les facteurs contextuels décrits ci-dessus. Priorité est donnée aux bénéficiaires d’une zone dont le score AME/NFI est supérieur à quatre et selon les moyens disponibles, l’aide couvrira les populations dont le score se trouve entre 3 et 3.9. Priorité est parfois donnée aussi aux déplacés et retournés récents (moins de trois mois). Quand les besoins dépassent largement les moyens, les acteurs en AME/NFI et abri ont recours à la priorisation communautaire: ils déterminent avec les communautés affectées les familles et personnes à assister.

Plan de réponse du cluster

Objectif général

Améliorer les conditions de vie et réduire les vulnérabilités des personnes déplacées, retournées, relocalisées, expulsées, rapatriées, victimes de catastrophes naturelles, et leurs familles et les communautés d’accueil affectées par les crises.

Explication de la stratégie

La stratégie des acteurs en AME/abri repose sur cinq étapes:

- Facteurs déclencheurs d’évaluations.
- Evaluation de la situation dans une zone affectée, et analyse des seuils d’intervention et facteurs contextuels.
- Planification d’une intervention, avec ciblage spécifique des ménages et/ou personnes bénéficiaires.
- Intervention
- Suivi post-intervention.

Le plan de réponse du cluster comprend différents volets:

- Des programmes préétablis ayant un grand volet en AME/NFI et abri d’urgence, comme le RRMP.
- Les capacités de réponse et/ou stocks de contingence des acteurs importants en AME/NFI et abri comme le HCR, le réseau Caritas, les stocks de Memisa Belgique, Concern Worldwide.
- Des autres programmes de réponses ponctuelles financés par les bailleurs bilatéraux ou le PF.
- Les interventions par des acteurs hors cluster : le CICR, le Gouvernement (national ou provincial) et la solidarité.

Depuis 2009, les membres du cluster ont développé plusieurs engagements et stratégies qui orientent les interventions. Il s’agit de la Charte des 18 engagements minimums en AME/NFI et abri, les six engagements Genre et AME/NFI, les lignes directrices du cluster pour le PF, et tout dernièrement en 2012, les dix engagements pour la redevabilité envers les bénéficiaires et les engagements pour les personnes en situations de handicap. Par ailleurs, le cluster veille également à la prise en considération des enjeux de protection dans les programmes AME/NFI et abri, notamment par l’utilisation des checklist de protection²⁴. Ceci sera poursuivi, en collaboration avec le Cluster Protection, et en capitalisant sur les bonnes pratiques des organisations membres.

Les approches monétaires (foires et coupons) constituent presque 50% des interventions, ce qui place les acteurs AME/NFI en RDC parmi les *leaders* mondiaux dans ce domaine. Les efforts continuent pour améliorer ces interventions. Le suivi des activités se fait à travers Activity-INFO, un outil en ligne utilisé par les acteurs AME/NFI et abri pour compiler les résultats directs obtenus (*output*). En 2013, le cluster en collaboration avec RRMP développera une meilleure approche de collecte et analyse des données sur les effets (*outcome*), pour améliorer les programmes. Ce travail a déjà démarré en collaboration avec les acteurs du RRMP.

²⁴ Tous les différents engagements et documents techniques du cluster se trouvent sur le site rdc-humanitaire.net sur les pages cluster AME/NFI et abri.

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Améliorer les conditions de vie et réduire la vulnérabilité des ménages et individus affectés par les urgences et n’ayant pas accès aux articles de première nécessité pour leur survie, leur bien-être, et pour réaliser les activités de base dans la dignité.

OS3

- Activité 1.a:** Assistance en kits AME standard²⁵: distribution directe de kits d’articles ménagers essentiels, selon une composition adoptée par les membres du cluster.
- Activité 1.b:** Assistance en kits AME essentiels²⁶: Idem.
- Activité 1.c:** Assistance à travers les foires AME ou programmes de coupons/bons: organisation de marchés fermés ou ouverts d’articles ménagers essentiels, pour laquelle des coupons valant une certaine somme sont donnés aux bénéficiaires, afin qu’ils achètent selon leurs besoins.
- Activité 1.d:** Renouvellement partiel des articles: distribution directe et ciblée d’articles ménagers essentiels, pour des bénéficiaires en besoin de renouvellement suite à la prolongation du déplacement.
- Activité 1.e:** Assistance en AME ciblant des individus: distribution directe d’AME à des bénéficiaires individuels, en fonction de leurs besoins spécifiques. Par exemple, AME pour bébés, personnes âgées, femmes enceintes ou bien assistance directe à certains expulsés d’Angola.

Objectif spécifique 2: Améliorer les conditions de vie et réduire la vulnérabilité des ménages et des individus affectés par les urgences avec vulnérabilité aigue et dont les capacités de survie, bien-être et protection sont menacées par un manque d’accès à un abri.

OS3

- Activité 2.a:** Assistance légère en matériels de renforcement d’abris (bâches): distribution de bâches, de sticks et de cordes pour construire des abris de fortune.
- Activité 2.b:** Assistance en kits d’abris urgences²⁷/réparation légère: distribution de matériaux pour la construction ou la réparation légère des abris en urgence.
- Activité 2.c:** Assistance en abris essentiels pour déplacés prolongés/retournés/réparation/extension des abris existants pour les familles d’accueil: distribution de matériaux de construction/réparation/extension des abris avec un appui en conseils/main d’œuvre pour la construction/réparation en faveur des vulnérables.
- Activité 2.d:** Assistance en abris transitionnel aux familles retournées/rapatriées en extrême vulnérabilité: distribution de matériaux de construction d’abris et

²⁵ Composé de: 1 Bâche, capacité de puisage/stockage de l’eau de 20 litre (1 bidon rigide de 20l ou 2 bidons flexibles de 10l), kit cuisine standard, 3 barres de savon de 800g, 2 nattes, 3 couvertures, une MII, une bassine de 20 litres, 1 pagne de 6 yards, friperies pour enfants et adultes et 1 Kit d’Hygiène Intime (KHI).

²⁶ Composé de: 2 couvertures, capacité de puisage/stockage de l’eau de 20 litre (1 bidon rigide de 20l ou 2 bidons flexibles de 10l), 1 kit cuisine, 3 barres de savons de 800g, 1 pagne de 6 yards, et avec autres articles optionnels selon les besoins.

²⁷ Ce kit peut comprendre les arbustes, les cordes, les clous, les roseaux, les potins de paille, la terre...selon les besoins spécifiques des bénéficiaires de la zone d’intervention.

aide à la construction pour les personnes les plus vulnérables.

Objectif spécifique 3: Améliorer les conditions de prise en charge des institutions sociales (centres de santé, lieux d’accueils de déplacés/expulsés, centres de transit d’enfants séparés) à travers une assistance appropriée en articles ménagers essentiels.

OS3

Activité 3.a: Assistance en AME pour les institutions sociales: distribution d’AME aux orphelinats, institutions sanitaires, centre de rééducation des enfants qui se trouvent dans une zone affectée et dont la vulnérabilité est évidente.

Cadre logique opérationnel

Objectif général: Améliorer les conditions de vie et réduire les vulnérabilités des personnes déplacées, retournées, relocalisées, expulsées, rapatriées, victimes de catastrophes naturelles, et leurs familles et communautés d’accueil affectées par les crises.

Objectif spécifique 1: Améliorer les conditions de vie et réduire la vulnérabilité des ménages et individus affectés par les urgences et n’ayant pas accès aux articles de première nécessité pour leur survie, leur bien-être et pour réaliser les activités de base dans la dignité.

Indicateur outcome: a) Niveau de changement du score AME dans les communautés/zones; b) Degré de satisfaction de la population assistée; c) Taux d’utilisation des articles distribués ou achetés (pour les foires).

Résultat Attendu: a) Une amélioration de un ou deux points dans le *Score-card* NFI; b) Au moins trois (sur un barème de zéro à quatre); c) Au moins 80%.

Méthode de monitoring: a) *Score-Card* AME poste-intervention; b) Enquête ménages et ‘focus groupes’ jour d’intervention et post-intervention; c) Enquête ménage et groupes de discussion post-intervention.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs Output	Résultats Attendus
1a. Assistance en Kits AME Standards.	Ménages – (décomposé par profils) 1. Déplacés, 2. Retournés, 3. Rapatriés 4. Familles d’Accueils 5. Expulsés 6. Victimes des catastrophes naturelles, 7. Vulnérables autochtones, 8. Victimes de destruction de biens/pillages.	- Nombre de ménages assistés. - Pourcentage des ménages assistés dont les femmes étaient inscrites comme titulaires de l’aide.	Mi- année: 71 746 ménages. Fin d’année: 143 491 ménages. Au moins 85% [notez que le pourcentage des femmes inscrites comme titulaire d’aide dépend du profil démographique des communautés].
1b. Assistance en Kits AME Essentiels.	<i>Ibid.</i>	- Nombre de ménages assistés. - Pourcentage des ménages assistés dont les femmes étaient inscrites comme titulaires de l’aide.	Mi- année: 75 638 ménages. Fin d’année: 151 275 ménages. Au moins 85%.
1c. Assistance à travers les Foires AME ou programmes de coupons/bons.	<i>Ibid.</i>	- Nombre de ménages assistés. - Pourcentage des ménages assistés dont les femmes étaient inscrites comme titulaires de l’aide.	Mi- année: 127 567 ménages. Fin d’année: 255 134 ménages. Au moins 85%.
1d. Renouvellement partiel des articles.	<i>Ibid.</i>	- Nombre de ménages assistés. - Pourcentage des ménages assistés dont les femmes étaient inscrites comme titulaires de l’aide.	Mi- année: 46 299 ménages. Fin d’année: 92 597 ménages. Au moins 85%.

1e. Assistance en AME ciblant des individus.	Individus – (décomposés par profils) 1. Déplacés, 2. Retournés, 3. Rapatriés 4. Familles d’accueils 5. Expulsés 6. Victimes des catastrophes naturelles, 7. Vulnérables autochtones, 8. Victimes de destruction de biens/pillages.	Nombre des personnes (décomposés par sexe) assistées.	Mi- année: 43 293 individus. Fin d’année: 86 586 individus.
--	---	---	--

Objectif spécifique 2: Améliorer les conditions de vie et réduire la vulnérabilité des ménages et des individus affectés par les urgences avec vulnérabilité aigue et dont les capacités de survie, bien-être et protection sont menacées par un manque d’accès à un abri.

Indicateur outcome: a) Taux de ménages utilisant les matériels de renforcement d’abri (bâche) ou kits d’abris d’urgences. b) Taux de ménages habitant les abris essentiels/renforcés/transitoires; c) Pourcentage des ménages qui n’habitent pas dans leurs propres maisons/abris [pour les projets d’abri pour les retournés]; d) Pourcentage des ménages qui habitent dans les maisons/abris qui ne répondent pas aux conditions appropriées des standards locaux e) Degré de promiscuité: mètre carré/personne.

Résultat attendu: a) Au moins 75%; b) Au moins 90%; c) Maximum 25%; d) Maximum 25%; e) Minimum 2.5 – 3.5 m2/pers selon les normes locales.

Méthode de monitoring: a) Enquête et focus group post-intervention; b) Enquête et groupes de discussion post-intervention; c) Enquête et groupes de discussion post-intervention; d) Enquête et groupes de discussion post-intervention; e) Enquête et groupes de discussion post-intervention.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
2a. Assistance légère en matériel de renforcement d’abris (bâche).	Ménages – (décomposés par profils) 1. Déplacés, 2. Retournés, 3. Rapatriés 4. Familles d’Accueils 5. Expulsés 6. Victimes des Catastrophes Naturelles, 7. Vulnérables Autochtones, 8. Victimes de destruction de biens/pillages.	Nombre de ménages assistés.	* Même cible que le kit standard. Mi- année: 71 746 ménages. Fin d’année: 143 491 ménages.
2b. Assistance en kits d’abris urgences / réparation légère.	<i>Ibid.</i>	Nombre de ménages assistés	Mi- année: 35 259 ménages. Fin d’année: 70 518 ménages.
2c. Assistance en abris essentiels pour déplacés prolongés / retournés / réparation/extension des abris existants pour les familles d’accueil.	Ménages 1. Déplacés prolongés 2. Retournés 3. Familles d’accueil	Nombre de ménages assistés.	Mi- année: 10 783 ménages. Fin d’année: 21 565 ménages.
2d. Assistance en abris transitionnel.	Retournés Rapatriés	Nombre de ménages assistés.	Mi- année: 4 656 ménages. Fin d’année: 9 312 ménages.

Objectif spécifique 3: Améliorer les conditions de prise en charge des Institutions Sociales (centres de santé, lieux d’accueils de déplacés/expulsés, centres de transit d’enfants séparés) à travers une assistance appropriée en Articles Ménagers Essentiels (AME).

Indicateur d’outcome: Les institutions sociales assistées disposent en quantités suffisantes des Articles Ménagers Essentiels nécessaires à leur travail de prise en charge.

Résultat attendu: a) 85% des institutions servies gardent et utilisent les articles reçus; b) 85% des institutions indiquent un taux de satisfaction bon ou très bon.

Méthode de monitoring: a et b) Enquête post-intervention.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
3a. Assistance en AME pour les Institutions Sociales.	1. Centres de Santé. 2. Lieux d’accueil de déplacés / expulsés. 3. Centres de transit d’enfants séparés.	Nombres d’institutions assistées.	Mi- année: 100 institutions. Fin d’année: 200 institutions.

Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

- Les déplacements prolongés. Avec leurs moyens limités, les acteurs dans le domaine AME/abri priorisent parfois les déplacés récents, alors que des vulnérabilités aigues existent également chez les anciens déplacés, qui n’ont souvent pas les moyens nécessaires pour renouveler leurs AME. Ceci concerne par exemple les déplacés dans les sites/camps collectifs au Nord-Kivu, en Province Orientale ou dans le district du Tanganyika au Katanga.
- Les déplacements pendulaires. Ce phénomène est constaté au Sud-Kivu, et commence à toucher d’autres provinces. Il pose d’énormes difficultés pour l’évaluation des besoins et la communauté humanitaire n’est pas encore arrivée à développer une stratégie claire d’assistance envers ces populations.
- Abris d’urgences appropriés. L’assistance en abri nécessite une analyse approfondie du contexte et des conditions d’hébergements locales. Les pratiques culturelles (cohabitation entre filles, garçons, femmes, et hommes; les habitudes dans les familles polygames; les types de matériaux et standards de constructions locales) doivent être prises en considération. Dans ce contexte, il est difficile d’établir d’emblée des ‘paquets’ standards d’assistance, les acteurs en abri devant adapter les interventions aux différents contextes. Il se pose également les difficultés de mobilisation des ressources pour une telle assistance spécifique.
- Bois de chauffe et combustible: Considéré comme un thème transversal (AME/abri, sécurité alimentaire, protection), cette problématique est encore trop souvent négligée dans l’analyse des besoins et le développement des programmes. Toutefois, quelques initiatives sont en cours: une étude pilote de Women Refugee Council (WRC) sur les énergies alternatives et le pilote SAFE du PAM. Il manque un *leadership* dans ce secteur et des forums d’échange et coordination sont nécessaires.
- Respect des standards Bien que le cluster ait développé plusieurs standards et outils, ceux-ci ne sont pas suffisamment connus et utilisés par les différents acteurs. Le cluster a organisé en 2012, dans diverses provinces, des ateliers de renforcement des capacités de ses membres pour répondre à ce défi et ceci restera une priorité en 2013.

Budget opérationnel

Les coûts unitaires des activités sont estimés sur base de l’expérience antérieure. Ces données permettent d’établir un coût moyen de mise en œuvre par ménage bénéficiaire. Le cluster insiste pour que tout programme d’assistance soit basé sur une évaluation et une analyse spécifiques approfondies. Chaque proposition d’intervention doit être basée sur le contexte local et non sur une application hasardeuse du paquet d’activités standards.

Objectif	Activité	Bénéficiaires ciblés		Coût unitaire / ménage (\$)	Coût total (\$)
		ménages	personnes (x 5)		
Objectif 1 (AME/NFI)	a. Kit standard (<i>avec bâches</i>)	143 491	717 455	130 -150	19 551 321
	b. Kit essentiel	151 275	756 375	70 - 85	11 474 294
	c. Foire, programme bons/coupons	255 134	1 275 670	100 - 105	27 093 006
	d. Renouvellement des articles (pas inclus dans le sous total pour ne pas compter deux fois)	92 597	462 985	50 - 60	4 993 104
	e. Assistance AME aux individus (pas inclut dans le total en supposant une assistance aussi fourni à leurs ménages)	N/A	86 586	50 - 60	4 756 792
	SOUS TOTAL (familles d'accueil incluses)	549 900	2 749 500		67 868 517
Objectif 2 (Abri)	a. Matériel de renforcement d'abri d'urgence (bâches) - <i>inclus dans 1.a</i>	Voir 1a.	Voir 1a.	15 - 20	Inclus en activité 1.a
	b. Abris urgences/réparations légères	70 518	352 590	90 - 200	5 402 034
	c. Abri essentiel/extensions familles d'accueil	21 565	107 825	200 – 560	5 220 318
	d. Abri transitionnel	9 312	46 560	560 - 760	7 039 120
	SOUS TOTAL	101 395	506 975		17 661 472
Objectif 3 (AME/NFI institutions)	a. Kits AME pour institutions (contenu déterminé en fonction de taille/type d'institution)		200	600 – 2 000	240 000
Budget opérationnel total pour les populations ciblées					85 769 989
Fonctionnement du cluster (part non couverte)					495 755
Budget total du cluster AME/abris 2013 (\$)					86 265 744





Eau, hygiène et assainissement

Coordonnateur du cluster	UNICEF
Co-facilitateur(s)	Solidarités Internationale
Organisations membres	ACF INTERNATIONAL, ACTED, ACTION AID INTERNATIONAL, AIDER, ADEPAE, ADIR, ADRA, ADSSE, AECID, AFEDEM/RED, AJVDC, ALDI / RDC, ALIMA, AMI DES PAYSANS, APEC, APEDE, APSC, ASAF, ASED, ASF / PSI, ASOVUG, ARC, AVOCATS VERTS, AVUDS, BDD/BKV, BEHCOGEN, C-UZIMA, CAB, CADECOD, CAFOD, CAPES, CAPH, CARE INTERNATIONAL, CARITAS, CESVI, CHRISTIAN AID, CISP, CNOS, CONCERN, CONSCIENCE, COOPI, CORDAID, CPAEA / KINSHASA, CREDI, CROIX-ROUGE, CRS, D9, DanChurchAid, DPA, DFID, DKT, DRC, EAUR, ECC. MERU, ECHO, GAPROF, FADI, FK, GEAD, GENCAP, GETRACO-VERGNET-HYDRO, HANDICAP BEL, HANDICAP INTERNATIONAL, Hope in Action, Johanniter, ICEI / Italie, IEDA Relief, IJL, IMC, IPS / BG / KIN, IRC, JRS, LWF, MALTESER, Maman Africa, MEDAIR, MEDECINS D'AFRIQUE, MEPA, MERCY CORPS, MIN. SANTE, MSP/VA, NCA, Netresse, NRC, OCHA, OMS, ONAEA, OXFAM GB, OXFAM QB, OSV, PAUPADI, PGDM / RENEPHAEA, PIAD, PIN, PHOTALIA, PNUD, PRODAEWI, PPSSP, REGIDESO, Réseau ARDA, Réseau de Femmes, RHA, SAVE THE CHILDREN, SEDEC, SNHR, SNV, SOLIDARITES INTERNATIONAL, SOTRAD WATER, Tearfund, TSF, UESE / ONGD, HCR, UNICEF, UNIVERSITÉ KINSHASA, UPROSAD, WORLD VISION.
Objectif général du cluster	Répondre aux besoins en EHA des populations victimes des crises d'origines humaines et naturelles.
Populations affectées	<ul style="list-style-type: none"> • 16 500 000 personnes exposées au cholera. • 3 626 500 personnes déplacées. • 811 500 retournés et rapatriés.
Populations ciblées	9 631 500 personnes.
Fonds demandés	\$89 364 882.
Contacts	Luca Palazzotto - lpalazzotto@unicef.org Olivier Krins - representant.pays@solidarites-rdc.org

Situation et besoins identifiés

La couverture en eau potable des populations en RDC est une des plus faibles au monde, avec 47% de la population consommant de l'eau issue d'une source améliorée et à peine 14% des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées.

Une situation de crise chronique, les défis logistiques et d'accès, dans un contexte général de pauvreté, ne permettent pas l'amélioration des conditions de vie de manière durable et imposent une définition des catégories de la population les plus vulnérables. Le cluster EHA vise donc à répondre aux besoins en eau, hygiène et assainissement de quatre catégories de bénéficiaires dont la vulnérabilité est extrême:

- Les déplacés et expulsés des pays voisins, y compris les familles d'accueil.
- Les retournés et rapatriés.
- Les victimes d'épidémies d'origine hydrique.
- Les enfants malnutris (0-5 ans).

Dans le cas des déplacés/expulsés (1), les besoins en eau potable, accès à l'assainissement et adoption des bonnes pratiques d'hygiène répondent au besoin d'éviter la déclaration d'épidémies d'origine hydrique liée à l'utilisation d'eau de surface non traitée et aux conditions environnementales favorables à la propagation des vecteurs.

Pour les retournés et rapatriés, et pour les réinstallations à long terme (2), les besoins sont liés aux dynamiques de stabilisation auxquels on répond avec une approche de moyen terme qui implique l’utilisation des solutions durables ou semi-durables aux problèmes d’EHA.

Dans le cas des épidémies d’origine hydrique (3), l’arrêt de la transmission des épidémies passe par l’accès à de l’eau traitée et à un environnement salubre. Des actions ponctuelles sont menées initialement, suivies par un renforcement des capacités locales des acteurs opérant dans le secteur de l’EHA, selon la stratégie « bouclier et coup de poing ».

Dans le cas des enfants malnutris (4), l’intervention EHA est nécessaire pour interrompre l’exacerbation de la mortalité due au cercle vicieux de « diarrhée-malnutrition ». La malnutrition est responsable d’environ 35% de tous les décès d’enfants de moins de cinq ans. On estime que 50% de cette malnutrition est associée à la diarrhée ou des infections intestinales répétées dues à la consommation de l’eau insalubre. Cependant, ce nombre d’enfants n’est pas additionnable aux trois autres catégories de bénéficiaires car le taux de malnutrition a déjà été pris en compte dans les critères de priorisation de l’action EHA et cela donnerait comme résultat un double comptage des bénéficiaires (cf. paragraphe suivant).

Ciblage et priorisation

Critères de ciblage

Le ciblage de la population se fait à partir d’une analyse de plusieurs facteurs:

- Récurrence des épidémies d’origine hydrique.
- Zones de transmission à fort impact (exemple: voies de communications, nœuds de passage).
- Présence de facteurs aggravants: mouvements des populations, coexistence de plusieurs maladies hydriques (fièvre typhoïde, polio, choléra, gastroentérite, infections respiratoires).

Les critères de priorisation des bénéficiaires se réfèrent aux seuils suivants:

- Incidence de diarrhées >45% chez les enfants de moins de 5 ans.
- Taux de malnutrition: MAG >15% et/ou MAS ≥5%.
- Mortalité pour malnutrition >2/10 000/jour.

Le dépassement de plusieurs seuils détermine la priorisation entre les populations également affectées par des situations de crise.

L’intégration du taux de malnutrition aux critères d’intervention EHA aide à cibler la population à risque de mortalité plus élevé.

Lutte contre les épidémies d’origine hydrique

Un cas à part est constitué par la lutte contre les épidémies d’origine hydrique (3), qui se réfère au taux d’attaque du choléra pour la hiérarchisation géographique des zones historiquement les plus touchées. Une analyse spatio-temporelle de l’évolution de la maladie sur les deux dernières années a permis également d’identifier les principaux nœuds de communication (rivières, routes, voies ferrées) sur lesquels il faut intervenir de manière plus rapide qu’ailleurs pour éviter la perte de contrôle et conséquente diffusion des épidémies à l’échelle nationale ou transfrontalière. Des

analyses plus fines seront menées pendant l’évaluation des besoins spécifiques liés aux crises, pour un ciblage au niveau des communautés et quartiers.

Estimation des populations ciblées

- Dans la première catégorie de bénéficiaires on estime que la population ciblée correspond à 70% de la population affectée, donnée par les chiffres de planification 2013.
- Le soutien et la stabilisation à travers l’appui aux retournés, aux rapatriés et aux réinstallés quasi permanents, sont déterminés selon des critères intégrés plus complexes qui prennent en compte l’analyse politique et sociale et des problématiques de protection. On estime que la moitié de cette population nécessite un soutien EHA, ce qui donne un total de 405 000 personnes.
- Au total, 165 zones de santé sont soumises à un risque de choléra. Avec une population moyenne de 100 000 habitants par zone de santé, on considère que 16 500 000 personnes sont affectées par cette épidémie (estimation faite en coordination avec le cluster Santé). Le cluster cible les zones de santé ayant un taux d’attaque supérieur à 1.23 sur 100 000. Entre 2011 et 2012, ceci concernait 56 zones de santé. Sur cette base, le ciblage pour l’année 2013 sera une population de 5 600 000 personnes.
- Les enfants avec malnutrition aigüe sévère et risque accru de mortalité sont priorisés au sein des catégories mentionnées ci-dessus, en accord avec les critères de priorisation du cluster Nutrition. Leur nombre n’est pas donc additionné aux trois autres catégories, afin d’éviter un double comptage.

	Population affectée	Population ciblée
Déplacés/familles d'accueil	3 626 500	2 538 550
Retournés/rapatriés	811 500	405 000
Population à risque d'épidémies d'origine hydriques	16 500 000	5 600 000
Total général	20 938 000	9 631 500

Plan de réponse du cluster

Objectif général

Répondre aux besoins en EHA des populations victimes des crises d’origines humaines et naturelles.

Explication de la stratégie

Le Cluster EHA soutient une approche multisectorielle de l’action humanitaire en identifiant en particulier trois axes d’action:

1) EHA en nutrition

Un paquet minimum « « EHA en nutrition » phasé est livré au niveau des centres de récupération nutritionnelle et aux couples mère-enfant. Ce paquet minimum varie selon les

situations (il peut inclure des sachets PUR dans l’urgence, jusqu’à Sodis en réponse durable). Les questionnaires d’évaluation EHA devront intégrer des questions sur la nutrition.

2) EHA et Protection

Les principes de protection sont applicables dans toute la réponse en assurant une participation équilibrée des catégories concernées (femmes, hommes, filles, garçons) pour avoir un bon score gender marker, mais certaines mesures sont à considérer avec une attention particulière dans le cadre de l’urgence.

Priorisation de la sécurité ('ne pas nuire'):

Les infrastructures EHA et leur accès évitent les risques potentiels de violence. Si l’accès non équitable aux infrastructures EHA est cause de tension ou conflit, l’EHA intervient pour éliminer la cause de tension. Il faut prévoir les besoins liés à l’hygiène menstruelle, les couples mère-enfant, personnes handicapées et malades du SIDA en terme d’espace et de matériel hygiénique à mettre à disposition.

Egalité

Pour permettre un accès équitable aux infrastructures, il faut identifier les rapports de pouvoir entre les bénéficiaires. Les données collectées sont désagrégées par âge, Genre et lieu ou communauté de provenance. Il faut s’assurer que les bénéficiaires connaissent leur droit d’accès à l’eau et coordonner avec des organisations spécialisées afin d’identifier les individus ayant des problèmes de mobilité. Il faut assurer une représentativité adéquate des différents groupes de la communauté dans les comités EHA. Les membres des comités doivent être formés sur les principes de protection pour éviter les phénomènes d’exclusion et discrimination et pour permettre la résolution pacifique des conflits.

Les partenaires prennent en compte les personnes avec difficultés de mobilité et besoins spécifiques lors de la définition du site d’aménagement des infrastructures EHA pour éviter toute sorte de barrières architectoniques et permettre une accessibilité inclusive aux infrastructures EHA.

Redevabilité

Les règles pour l’utilisation des infrastructures EHA doivent être expliquées et visualisées de manière simple et compréhensible pour toutes les catégories d’usagers. Un mécanisme de plainte et de réponse simple et fonctionnel doit être mis en place pour une gestion correcte des infrastructures.

Soutien à la stabilisation:

Le cluster EHA soutient les programmes de stabilisation avec des interventions de moyen terme pour faciliter la transition vers une normalisation des conditions de vie des populations ciblées.

3) EHA et santé

La réponse aux épidémies d’origine hydrique prévoit un paquet d’intervention intégrant l’action EHA avec les activités de santé pour l’assistance aux populations à risque, aux centres de santé et aux CTC. En collaboration avec les clusters Education et Santé, le cluster EHA soutient les autorités locales responsables des infrastructures pour l’éducation et la santé pour y assurer des services d’EHA adéquats. Sur la base des indications provenant de la surveillance épidémiologique, les acteurs EHA orientent leur action vers les épicentres du choléra au niveau

national, provincial et des zones de santé. Les questionnaires d’évaluation EHA intègrent des questions sur la santé.

La relation/collaboration avec les partenaires gouvernementaux

La complémentarité avec le programme gouvernemental ‘école et village assainis’ est un axe d’importance capitale pour la lutte contre les épidémies d’origine hydrique:

La complémentarité passe par l’adoption des mêmes critères de ciblage par rapport aux zones d’interventions où les facteurs de transmission sont plus importants.

L’approche des interventions d’urgence doit également être compatible avec les programmes gouvernementaux basés sur le principe de participation communautaire pour garantir la durabilité des solutions. C’est ainsi que la riposte d’urgence aux épidémies se limitera à des interventions ponctuelles et sans composante infrastructurelle, mais suivies par des activités d’accompagnement vers les programmes à long terme d’accès au critère gouvernemental «école et village assaini» ou «quartier périurbain assaini».

Dans la phase de transition, des activités de préparation et renforcement des capacités locales de riposte et de la résilience communautaires seront à la base d’une stratégie de réduction de l’incidence des épidémies d’origine hydrique.

Genre

L’implication équilibrée des femmes, filles, hommes et garçons dans les interventions EHA doit être systématique dans toutes les phases de l’action (prise des contacts communautaires, choix de l’emplacement des ouvrages, activités de sensibilisation et de promotion de l’hygiène, construction des ouvrages).

Lors de la définition des interventions EHA, les partenaires prennent en compte des facteurs démographiques (exemple: composition de famille en termes de Genre), les pratiques habituelles pour l’eau et l’assainissement de la population avant la situation d’urgence, les aspects culturels qui affectent l’utilisation de l’eau (exemple: intimité et sécurité), la capacité d’entretien et sensibilisation par rapport aux structures sanitaires, et l’évaluation des besoins selon le Genre.

Environnement

Le cluster EHA favorise l’utilisation des matériaux disponibles pour la construction des latrines d’urgence et limite autant que possible la distribution de *Sanplast*. Dans le cadre d’une approche CLTS qui encourage les déplacés et les familles d’accueil à construire leurs propres latrines, les partenaires EHA contribuent en construisant une latrine de démonstration avec les matériaux disponibles.

Redevabilité

Le cluster EHA soutient l’harmonisation des outils et les approches pour le suivi et évaluation de l’action humanitaire au niveau inter-cluster. Des « *peer review* » entre partenaires seront encouragés pour rendre faciliter l’échange d’expériences.

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Couvrir les besoins d’urgence en eau potable, hygiène et assainissement des populations déplacées et des populations hôtes (exemple: familles d’accueil) affectées par les conflits, par les expulsions ou par des catastrophes naturelles (population cible #1).

OS2

Activité 1.a: Intervention d’urgence en approvisionnement en eau potable (*water trucking*, pompage, points de chloration, distribution de produits de traitement d’eau à domicile).

Activité 1.b: Construction de latrines d’urgence différenciées et sécurisées en prenant en compte les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

Activités 1.c: Sensibilisation aux bons comportements d’hygiène et accès au savon, formation des relais communautaires et des comités EHA.

Objectif spécifique 2: Réduire la transmission des maladies infectieuses d’origine hydrique dans les populations affectées par les crises à travers un système de riposte rapide.

OS2

Activité 2.a: Réponse aux crises épidémiques de maladies infectieuses d’origine hydrique par livraison de paquets EHA choléra d’interventions rapides définis par le cluster (population cible #2).

Activité 2.b: Accompagnement du couple mère-enfant malnutri avec un paquet EHA jusqu’à domicile (population cible #4).

Objectif spécifique 3: Renforcer les capacités locales de réponse aux maladies infectieuses d’origine hydrique dans les zones à plus haute récurrence de crises épidémiques et nutritionnelles (population cible #3 et 4).

OS3

Activité 3.a: Renforcement des capacités locales: formation du personnel des acteurs institutionnels, comités et organisations locales opérant dans le secteur de l’EHA, maintien d’un soutien de base aux acteurs formés, pré-positionnement de stock de contingence dans les zones puits et sources.

Activité 3.b: Développement de plans de contingence dans les zones à récurrence élevée.

Activité 3.c: Amélioration du service EHA aux écoles, centres de santé et centres de récupération nutritionnelle avec un paquet minimum EHA.

Objectif spécifique 4: Soutenir la stabilisation dans les zones de retour et dans les sites permanents (population cible #2).

OS4

Activité 4.a: Réhabilitation/construction de points d’eau à des endroits sûrs et accessibles (puits, sources, robinets, forages et autres).

Activité 4.b: Construction des latrines familiales et/ou communautaires.

Activité 4.c: Renforcement des comités EHA et des relais communautaires.

Cadre logique opérationnel

Objectif général: Répondre aux besoins en EHA des populations victimes des crises d’origines humaines et naturelles.

Objectif spécifique 1: Couvrir les besoins d’urgence en eau potable, hygiène et assainissement des populations déplacées et des populations hôtes (exemple: familles d’accueil) affectées par les conflits, par les expulsions ou par des catastrophes naturelles.

Indicateur outcome: Taux de diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans/taux de réduction des épisodes de violence du à l’accès aux infrastructures EHA dans les six mois suivant l’installation des infrastructures.

Résultat attendu: < 20% / -50%

Méthode de monitoring: Statistiques des CTC ou des centres de santé en charge/rapports des comités EHA formés aux principes de protection – Médecin chef de zone de santé – HCR.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Activité 1a: Intervention d’urgence en approvisionnement en eau potable (<i>water trucking</i> , pompage, points de chloration, distribution de produits pour le traitement de l’eau).	IDP, retournés, familles d’accueil et autochtones.	Litres d’eau potable fournis en sécurité par personne et par jour. Contamination biologique. Chlore résiduel.	5 litres/personne jour 0 coliforme 0.2 - 0.8 mg/l
Activité 1b: Construction de latrines d’urgence différenciées et sécurisées en prenant en compte les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.	IDP, retournés, familles d’accueil et autochtones.	Personne/latrines différenciées et sécurisées à une distance <500 des habitations. % latrines accessibles aux personnes avec difficultés de mobilité et besoins spécifiques.	50 personnes/latrine
Activité 1c: Sensibilisation aux bons comportements d’hygiène et accès au savon, formation des relais communautaires et des comités EHA.	IDP, retournés, familles d’accueil et autochtones.	% personnes qui connaissent et adoptent des pratiques d’hygiène correcte. % comités formés et équipés pour assister aux besoins spéciaux liés à l’hygiène menstruelle, les couples mère-enfant, personnes handicapées et malades du SIDA.	>80% 100%

Objectif spécifique 2: Réduire la transmission des maladies infectieuses d'origine hydrique dans les populations affectées par les crises à travers un système de riposte rapide.
Indicateur outcome: Taux d'attaque choléra.

Résultat attendu: < 1.23/100 000.

Méthode de monitoring: Bulletin choléra/rapport bihebdomadaire de la sous-commission choléra / statistiques du B9 local / enquêtes terrain.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs <i>output</i>	Résultats attendus
Activité 2a: Réponse aux crises épidémiques de maladies infectieuses d'origine hydrique par livraison de paquets EHA choléra d'interventions rapides définis par le cluster.	Victimes d'épidémies d'origine hydrique.	Nombre de cas par semaine.	<20 dans zones endémiques / <5 dans zones épidémiques.
		Chlore résiduel au niveau des ménages.	Diminution du nombre des cas sévères dans les premiers sept jours de l'intervention.
		% foyers touchés par le choléra qui reçoivent une réponse d'urgence en EHA dans les 12 heures suivant l'alerte.	0,2 mg/l < x < 0.8 mg/l. 100% des foyers suspects.
		% personnes à risque sensibilisées sur les messages clés et les pratiques à tenir en cas d'épidémies de maladies d'origine hydrique.	80% de la population interrogées connaît les messages clés, les pratiques à suivre.
		% points d'eau suspects qui reçoivent une réponse d'urgence en EHA.	100% des points d'eau collectifs suspects avec chloration d'urgence dans les 12 heures avec dosage minimum respecté =>15g/m3.
Activité 2b: Accompagnement du couple mère-enfant malnutri avec un paquet EHA jusqu'à domicile	Enfants malnutris.	Taux d'enfant malnutris avec maladies diarrhéiques.	< 5%

Objectif spécifique 3: Renforcer les capacités locales de réponse aux maladies infectieuses d'origine hydrique dans les zones à plus haute récurrence de crises épidémiques et nutritionnelles.
Indicateur outcome: Délais de réponse/durée des flambées contrôlées localement.
Résultat attendu: Réponse locale activée dans les 72 heures du premier cas de maladie infectieuse d'origine hydrique pour les zones non endémiques et dès que le seuil épidémique est dépassé pour les zones endémiques / < 30 jours.
Méthode de monitoring: Bulletin choléra/rapport bihebdomadaire de la sous-commission choléra/statistiques du B9 local.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Activité 3a: Renforcement des capacités locales	Population à risque d'épidémies d'origine hydrique et enfants malnutris.	Equipes de réponse formées et équipées. Stocks de contingence.	Les équipes sont en mesure de contrôler une flambée dans les 30 jours sans soutien externe. Les stocks de contingence sont pré-positionnés auprès de chaque équipe mobile.
Activité 3b: Développement de plans de contingence dans les zones à récurrence élevée.	Population à risque d'épidémies d'origine hydrique et enfants malnutris.	Existence d'un plan de contingence.	Un plan de contingence communautaire existe et est connu et appliqué par les bénéficiaires.
Activité 3c: Amélioration du service EHA aux écoles, centres de santé et centres de récupération nutritionnelle avec un paquet minimum EHA.	Population à risque d'épidémies d'origine hydrique et enfants malnutris.	Accès aux infrastructures EHA dans les écoles, centres de santé et nutritionnelle CTC.	100% des CTC/UTC, centres de santé et nutritionnels ont des infrastructures EHA adéquates au traitement des patients. 100% des écoles ont des infrastructures EHA adéquates au nombre des usagers.

Objectif spécifique 4: Soutenir la stabilisation dans les zones de retour et dans les sites permanents.

Indicateur outcome: % de la population qui a accès aux services EHA de base. Infrastructures EHA

Résultat attendu: > 50%

Méthode de monitoring: Enquêtes de terrain: retournés/rapatriés sélectionnés à base d'échantillons aléatoires dans un nombre de communautés représentatives.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Activité 4a: Réhabilitation/construction de points d'eau à des endroits sûrs et accessibles (puits, sources, robinets, forages et autres).	Retournés/rapatriés/populations stabilisées.	Accès aux points d'eau.	Les bénéficiaires ont accès à l'eau de manière satisfaisante et durable.
Activité 4b: Construction des latrines familiales et/ou communautaires.	Retournés/rapatriés/populations stabilisées.	Accès aux structures d'assainissement de base adéquates.	Deux familles max/latrine.
Activité 4c: Renforcement des comités EHA et des relais communautaires.	Retournés/rapatriés/populations stabilisées.	Durabilité des structures d'EHA.	Les systèmes d'EHA fonctionnent et sont prises en charge de manière durable par la communauté.

Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

Manque de financement pour la préparation et prévention: le ciblage des nœuds principaux de transmission des épidémies d'origine hydrique par analyse épidémiologique appropriée est essentiel pour une action de prévention efficace, mais est sévèrement limité par l'absence de financements spécifiques. La conséquence est une augmentation des coûts de riposte aux flambées épidémiques. La réussite d'une stratégie de lutte contre le choléra et les épidémies d'origine hydrique passe donc nécessairement par le financement de la préparation et du renforcement des capacités locales.

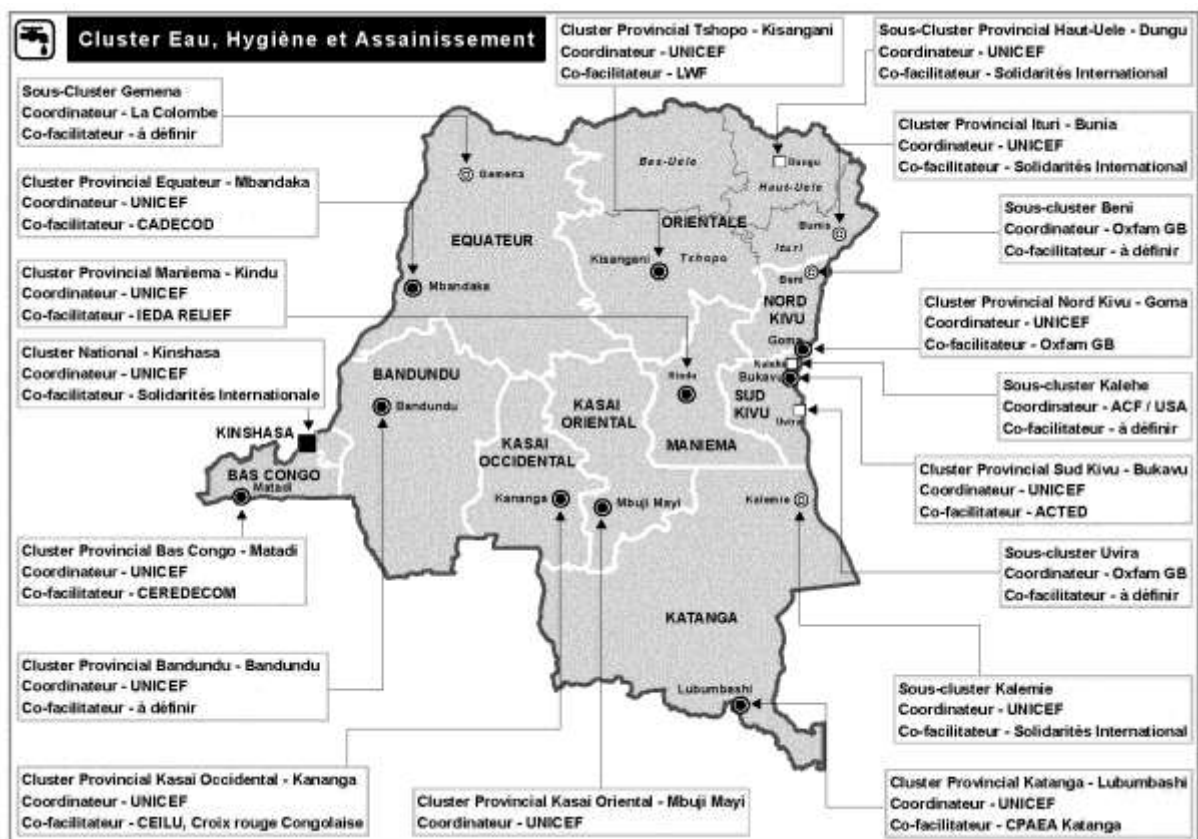
Budget opérationnel

Un calcul budgétaire a été effectué pour chacune des 11 provinces du pays. Pour chaque province et pour chaque catégorie de bénéficiaires le cluster, sur base de son expérience passée, a déterminé les coûts unitaires d'intervention. Chaque coût est ensuite multiplié par le nombre de bénéficiaires pour obtenir le coût total.

Les coûts unitaires n'ont pas changé depuis 2009. Pour ce qui concerne les catégories des déplacés, familles d'accueil, retournés et rapatriés, les coûts unitaires varient entre \$20 et \$23. 88% des populations ciblées dans l'ensemble de ces catégories sont des personnes déplacées, dont le coût unitaire de l'assistance est de \$20. S'agissant d'une estimation très approximative, on peut assimiler les quatre catégories et leur attribuer un seul coût unitaire de \$20.

Un exercice au sein du cluster pour la révision des méthodes de budgétisation de la réponse EHA sera le sujet d'un groupe de travail au cours de l'année 2013.

Catégorie de population		Cout unitaire (\$)	Nombre de personnes ciblées	Budget (\$)
Déplacés/familles d'accueil		20	2 538 550	50 771 000
Retournés/rapatriés		20	405 000	8 100 000
Population affectée par les épidémies d'origine hydrique et enfants malnutris	5.3	5 600 000		29 680 000
Budget opérationnel total pour les populations ciblées				88 551 000
Fonctionnement du cluster (part non couverte)				813 882
Budget total du cluster EHA 2013				89 364 882




Santé

Coordonnateur du cluster	OMS
Co-facilitateur(s)	Médecins d’Afrique
Organisations membres	OMS, UNICEF, UNFPA, HCR, PNUD/FM, UMCOR, ADRA, ALIMA, Care International, MDA, Heal Africa, Medair, IMC, IRC, JOHANNITER, VSF-SUISSE, VISION MONDIALE, UNAF, SOPROP, SAVE THE CHILDREN, MEC, IEDA RELIEF, HOPE IN ACTION, HEAL AFRICA, HANDICAP INTERNATIONAL Belgique, CIF SANTE, CACDFE, AHUSADEC, DOCS, Agir Ensemble, ALAD, NETRESS, Universud, Croix-Rouge RDC (CRRDC), ASSICAS/International, CARITAS/BDOM, HELPAGE International, IDESAFARP CACDEF, IRS, LUCODER, ANAM, PROCCUDE, Green Bay Congo, Merlin, PU-AMI, CRS, Malteser International, People in Need, AVSI, Médecins d’Afrique (MDA), ASF/PSI, Louvain Développement, CAP ANAMUR, PMU inter life, RUBAN BLANC, MdM-B, MdM-F, CESVI, COOPI, CRS, MAGNA, ASAF, Caritas Dungu, Caritas Bunia, CESVI, COOPI, ACF/USA, UBS, APEDE, ECC-IMA, AAP, BDOM Bukavu, BDOM Boma, BDOM Matadi, CRAFOD, CNOS, ECOS, CAPSA, SOFEDI, ASF, ADES, PIAD, ECC MERU, Projet Panzi Hospital Bukavu, 8e CEPAC, CELPA, FDH, MSH/SPS, DAI/USAID, OREBO, ASSICAS RD Congo, ECC-IMA, Cadimek, VISION MONDIALE, SOPROP, PNUD/FM, MEC, IEDA RELIEF, CIF SANTE, CACDFE, Action Nourriture Pour Tous (ANPT), AHUSADEC, ASSICAS/International, CARITAS/BDOM, COOPI, CREP /GL, EPIH/SOS HEPATITE, Helen Keller international (HKI), IDESAFARP, CACDEF, IRS, LUCODER, NETRESE, PROCCUDE, SC_UK, UNIVERSUD, ECHO, ASRAMES, MAS, HIA, Programme National des Urgences et Action Humanitaire (PNUAH) du Ministère de la Santé Publique (MSP), MSP Directions 4 et 9, Inspectorats Provinciaux de Santé, Bureaux des zones de Santé, DPS Observateurs: CICR, MSF HOLLANDE, MSF France, MSF/Belgique, MSF Suisse, MSF Espagne, OIM.
Objectif général du cluster	Contribuer à la réduction de la morbidité évitable, la mortalité et la souffrance liées aux conséquences sanitaires des situations de crises, des épidémies, des déplacements, et contribuer à la réduction de la vulnérabilité des populations victimes et d’accueil aux effets sanitaires des crises, épidémies, déplacements.
Populations affectées	16 500 000 personnes soumises à un risque de choléra. 2.5 millions de filles et garçons soumis à un risque de rougeole et paludisme. 5 318 000 déplacés/rapatriés/retournés/réfugiés/expulsés/familles d’accueil.
Populations ciblées	3 396 700 personnes en déplacement et familles d’accueil. 9 250 000 personnes affectées par des épidémies. 1 911 800 femmes, femmes enceintes, filles et garçons <5 ans, femmes et hommes VVS, personnes autochtones en ? urgences médicales. 1 500 personnels de santé (hommes et femmes).
Fonds demandés	\$79 506 600.
Contacts	Adelheid Marschang – marschanga@cd.afro.who.int

Situation et besoins identifiés

Dans les régions de violence à l’est du pays, les causes principales de la mortalité sont les maladies transmissibles (paludisme, maladies diarrhéiques, IRA), les maladies épidémiques (rougeole et choléra), la malnutrition et les effets directs et indirects de la violence.

Avec l’augmentation des **déplacements** et des nombres des déplacés en 2012, les besoins pour les services de santé de base et d’urgence, pour les évaluations rapides des situations sanitaires liées au déplacement et le besoin de réponse rapide, ont augmenté.

La résurgence multiple des **épidémies** de choléra (151 zones de santé), fièvre typhoïde (Kinshasa et Katanga), rougeole (dans 102 zones de santé), et la résurgence des cas de diarrhée sanglante dans plusieurs provinces ont nécessité de tripler les efforts en 2012. La réponse à l’épidémie de fièvre hémorragique Ebola est multisectorielle. Elle a permis de réduire les taux de mortalité, initialement de 60%, à 46% et surtout de limiter l’expansion. Au total, 77 personnes ont été confirmées positives pour cette maladie.

Les facteurs ayant conduit aux flambées d’épidémies de **rougeole** sont la faible performance du PEV de routine avec des taux de couverture inférieure à 95% pendant les trois années précédentes, le non-respect du calendrier des AVS qui constituent une opportunité de l’administration d’une deuxième dose vaccinale aux enfants. Le taux de couverture PEV rougeole en 2012 est à 71%, malgré les efforts intensifiés.

Les épidémies de **paludisme** qui ont touchés toutes les provinces en RDC en 2011, ont entraîné des phénomènes d’anémie sévère inconnus durant ces dernières années, surtout quand les effets de malnutrition aigüe sévère étaient couplés avec le paludisme ou quand les effets du paludisme étaient couplés avec la fièvre typhoïde, comme c’était le cas en Province Orientale, Equateur et Maniema. Dans ces trois provinces, ce phénomène était lié à une mortalité excessive. Au début de 2012, trois missions d’évaluation effectuées par le MinSan/OMS dans les provinces de Province Orientale, Equateur et Maniema, ont démontré que les stocks d’intrants transfusionnels et la gestion de la sécurité transfusionnelle étaient des nouvelles priorités en 2012. De plus, les rapports de situation des clusters Santé en provinces démontrent des besoins non couverts, même dans les zones de santé appuyés par des programmes de développement. Dans les trois provinces mentionnées, mais surtout en Province Orientale, la disponibilité des kits en transfusion sanguine d’urgence était un nouveau besoin.

Le cluster Santé, en 2013 devra être davantage informé des déficiences structurelles du système de santé qui deviennent plus préoccupantes, et qui sont de plus en plus à l’origine des problèmes humanitaires dans de nouvelles régions du pays (centre et ouest). Outre les conséquences des violences au Nord-Kivu et dans plusieurs provinces voisines, l’effet des épidémies en 2012 a triplé les besoins en soins de santé primaires, activités de prévention et renforcement de capacités. En 2012, 151 zones de santé ont été touchées par le choléra, 102 zones de santé par l’épidémie de rougeole, trois zones de santé par la fièvre hémorragique EBOLA, et plusieurs zones de santé par une épidémie de rage au Kasaï Occidental. Un renforcement de la formation d’environ 1 500 hommes et femmes prestataires en soins de santé de base, PCIME, SONU et protocoles de gestion de cas ont été identifiés. La répartition équitable des ressources humaines dans dix HGR/200 CS et 100 postes de santé s’avèrent nécessaires pour garantir la qualité et l’efficacité de l’assistance médicale. Un doublement des stocks d’intrants d’urgence est nécessaire en réponse aux épidémies de rougeole, choléra et paludisme sévissant dans les provinces de l’est et de l’ouest. En effet, les prévisions en quantité d’intrants d’urgence du PAH 2012 ont été dépassées pour les soins de santé de base pour filles et garçons de <5 ans, les activités transfusionnelles, les soins de santé reproductive et le VIH/Sida.

Approximativement 253 CS pillés/endommagés et deux ou trois HGR dans des zone de santé de conflit, de retour ou rapatriement dans le Nord-Kivu, SK, Kasaï Occidental, Equateur, Katanga doivent être réhabilités. Environ 1 500 hommes et femmes prestataires ont besoin d’un

renforcement de leur formation en soins de santé de base, de prise en charge intégrée des maladies de l’enfant (PCIME), en soins obstétricaux et néonataux d’urgence (SONU) et en protocoles de soins. La situation sanitaire en 2012 s’avère (particulièrement fragilisée avec un risque élevé de survenue d’épidémies. Il faut ajouter aux interventions d’urgence, un volet de prévention/développement avec implication des communautés dans les réponses aux urgences.

Les évaluations de terrains effectués entre avril et juin 2012 et en septembre - octobre 2012 par les membres du cluster Santé à l’est et au sud du pays signalent de nouveaux besoins en santé maternelle, référence médicale pour des soins obstétricaux d’urgence, prise en charge médicale des victimes de violences (femmes et hommes). Dans la lutte contre les épidémies et dans la réponse aux crises, les besoins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées seront pris en compte selon les évaluations des besoins d’urgence.

Méthodologie d’évaluation des besoins:

En 2012, au décours des alertes émises par le système de surveillance épidémiologique, environ 35 missions d’évaluations rapides et 40 missions d’investigations conjointes ont été réalisées par le cluster Santé et ses partenaires opérationnels en appui à la division provinciale de la santé à travers le pays et ceci à l’aide des outils standardisés du cluster et des outils du *Global Health* cluster pour l’évaluation rapide initiale. Plusieurs outils sont adoptés et utilisés par le Cluster Santé²⁸. Les outils d’évaluation rapide ont été harmonisés; le format adapté au contexte RDC à partir du format ERI du cluster global. En 2013, les partenaires sont encouragés à utiliser un seul format.

Ciblage et priorisation

Critères de ciblage

Définition des critères de vulnérabilité et seuil d’intervention

Le principe d’intervention du cluster Santé repose sur la complémentarité entre l’action des acteurs humanitaires et du développement. En règle générale, la réponse sanitaire d’urgence s’exercera dans des zones en conflit et de transition (catégorisation révisée par les inspecteurs provinciaux de santé tous les six mois). Cependant cette réponse peut intervenir à tout moment dans les zones hors-conflit lorsqu’il y a une situation d’urgence ou une alerte d’épidémie qui engendre une mortalité élevée. Le suivi et la surveillance des maladies sont faites de manière continue par le système de santé, appuyé par l’OMS et les partenaires du cluster Santé.

Critères de sélection des zones d’intervention définies

Trois catégories de zones d’interventions sont retenues par le cluster Santé en fonction des critères spécifiques ci-dessous:

Zones d’urgence: (i) Crises aiguës avec déplacement de populations ou zones de retour < 6 mois; (ii) Zones de santé avec épidémies/catastrophes au-delà des capacités locales

²⁸ Guide du cluster Santé globale (IASC), Evaluation Rapide Initiale/*Initial Rapid Assessment* (ERI) /IASC (Inter-Agency Standing Committee), Recensement Rapide de la disponibilité des services de santé (HeRams) /cluster Santé-IASC, Système national d’information sanitaire(SNIS) du Ministère de la santé publique de la RDC, Plan de contingence national et provinciaux, MICS 2010, Dispositif Minimum d’Urgence(DMU) en santé sexuelle et reproductive, SPHERE 2011, Directives IASC sur le VIH, Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d’urgence (IASC, 2007), Directives du CPI concernant le Genre pour l’action humanitaire «Femmes, filles, garçons et hommes. Des besoins différents, des chances égales » (IASC, 2006).

d’intervention; (iii) Zones de santé nouvellement accessible avec au moins deux des indicateurs suivants: sans intervention sanitaire, couverture vaccinale DTC3 < 50%, mortalité maternelle intra hospitalière > 1%, mortalité infantile > 2/10.000/j, taux de malnutrition aigüe globale > 10%, prévalence du VIH > 4.5% (moyenne nationale), taux de consultations prénatales (CPN) < 50%; (iv) Zones de santé avec couverture sanitaire < 50% et au moins deux des indicateurs cités plus haut.

Zones en transition: (i) Zone en post-conflit/crise avec environnement sociopolitique favorable, et au moins trois des indicateurs suivants: couverture sanitaire < 50%, absence d’appui structurel, couverture vaccinale en DTC3 < 50%, mortalité maternelle intra hospitalière > 1%, mortalité infantile > 2/10 000/j, taux de malnutrition aigüe globale > 10%, Prévalence du VIH > 4.5% (moyenne nationale), taux de consultations prénatales (CPN) < 50%.

Zones stabilisées: (i) Critères généraux: environnement sociopolitique favorable, environnement économique favorable, bonne accessibilité, existence d’un Hôpital Général de Référence (HGR) fonctionnel, population: 100 000 habitants pour la zone de santé (ii) Critères spécifiques: existence des partenaires, appui de l’inspection provinciale de la santé par un partenaire.

Critères de ciblage des bénéficiaires

Femmes en âge de procréer (21% dont 4% femmes enceintes); complications des accouchements (15% des 4% de femmes enceintes), filles et garçons de moins de 5 ans (18.9%); cas de viols attendus (2% des femmes en âge de procréer parmi les déplacés internes/réfugiés); jeunes filles et garçons sexuellement actifs (25% de la population totale).

En outre, l’analyse des données de prise en charge et de prévention dans les 28 zones de santé au NK démontre qu’en réalité à peu près 75% à 80% de la population, déplacée et hôte, fréquente les services de soins de santé primaires appliquant la gratuité des soins. Ainsi, la cible pour les déplacés et familles hôtes doit s’orienter vers cet indicateur. Les chiffres des populations ciblées dans le tableau sont calculés avec 80% de la population affectée pour des déplacements, rapatriés, retournés et avec 50% des familles d’accueil. En ce qui concerne les épidémies, comme décrit ci-dessus, chacune d’elles ayant ses spécificités. Une extrapolation des indicateurs des épidémies en 2012 a été faite et va servir pour les prévisions 2013.

Le cluster fait des provisions en soins de santé primaires et secondaires, obstétricaux, mentales, services de référence médicale, approvisionnement en médicaments, prévention et préparation de la réponse pour 80% des personnes déplacées et pour 50% des familles d’accueil. Le cluster Santé prévoit également un appui au système de santé en dernier recours pour des urgences majeures selon le plan de contingence national et de préparation en cas de catastrophes naturelles comme une éruption volcanique ou des inondations.

L’accès aux soins d’urgence est garanti égal pour les hommes et les femmes selon les besoins identifiés. Des programmes spécifiques qui visent la santé des femmes, des filles et garçons, par exemple la vaccination, font partie intégrante des activités du cluster Santé.

Critères de priorisation

Le Cluster Santé travaille avec les critères de priorisation suivants:

Seuils déclencheurs d'intervention:

Critères majeurs:

- Taux brut de mortalité >1/10 000/jour.
- Mortalité maternelle intra hospitalière >1% et mortalité maternelle générale supérieure à 500/100 000 naissances vivantes.
- Mortalité des enfants de moins de 5 ans >2/10000/jour.
- Présence d'un cas de rougeole dans un camp de déplacés/réfugiés ou dans la zone de santé.
- Mortalité maternelle intra hospitalière >1% et mortalité maternelle générale supérieure à 500/100 000 naissances vivantes.
- Seuils épidémiques dépassés (les seuils épidémiques sont spécifiques à chaque maladie).
- Zones de santé endémiques ou avec des épidémies.
- Présence de déplacés, retournés, rapatriés de moins de 6 mois dans la zone de santé.

Critères complémentaires:

- Présence de déplacés et retournés de moins de six mois dans la zone de santé.
- Couverture vaccinale DTC3 <50% et Vaccin contre la Rougeole < 85%.
- Ampleur des incidents de victimes de violences sexuelles (> 5 incidents/mois).
- Zones connaissant des catastrophes naturelles ou causées par l'homme avec une faible couverture sanitaire.
- Toute la population (cible directe et indirecte) est en situation d'urgence s'il y a un dépassement des seuils ci-dessus.
- Zones touchées par des catastrophes naturelles et/ou crises récurrentes.

Tableau des populations ciblées:

Pop	NK	SK	PO	Kat	MN	Kasaï Occ	Kasaï Or	Equateur	Ouest/ Kinshasa	TOTAL	
IDP	495 200	720 000	404 504	286 906	80 000	12 320	10 400	52 000		2 061 330	
Pers. familles d'accueil	164 700	144 300	99 200	9 850	16 750			2 150	8 000	444 950	
Rapatriés	11 200	18 000	2 800	2 000				28 800	8 100	70 900	
Retournés	243 200	104 000	166 400	20 000	50 000	12 000	8 320	28 800	12 000	644 720	
Expulsés						50 000			20 800	70 800	
Réfugiés										104 000	
Sous-total										3 396 700	
Autres	418 790	328 076	430 050	98 025	56 243	25 000	25 000	25 000	195 260	1 007 885	
Enfants	105 000	94 500	146 000	171 000	54 000	12 500		950	120 000	703 950	
Femmes enceintes	90 000	20 000	5 000	16 000	2 000					133 000	
Femmes enceintes, complications	28 25	6 000	10 00	8 250	2 520	500	100	10 00	3 970	26 165	
PVVS	12 000	10 000	4 250	4 500	3 000	1 800		250	5 000	40 800	
Sous-total										1 911 800	
Epidémies (choléra, rougeole, typhoïde, paludisme)		Hommes 5 000 000 Femmes 5 900 000 Filles 2 800 000 Garçons 2 800 000	30% du total ciblé pour traitement (tient compte des taux d'attaques épidémiques passées) 40 à 60% ciblé prévention (vaccination, éducation santé, mobilisation sociale) 2 x 80 zone de santé planification pour rougeole 165 zone de santé planification pour choléra 2x4 zone de santé planification pour des fièvres hémorragiques 300 zone de santé planification pour paludisme 800 000 personnes cibles pour la préparation santé aux crises majeures et naturelles								9 250 000 cibles épidémies
Staff santé formation		1 000 à 1 500 personnes								1 500	
Total ciblé										14 560 000	

Plan de réponse du cluster

Objectif général

Contribuer à la réduction de la morbidité évitable, la mortalité et la souffrance liées aux conséquences sanitaires des situations de crises, des épidémies, des déplacements et contribuer à la réduction de la vulnérabilité des populations victimes et d'accueil aux effets sanitaires des crises, épidémies, déplacements.

Explication de la stratégie

Le plan de réponse du cluster Santé sera mis en œuvre selon des critères pour des zones de santé en urgence, en transition et en stabilisation. Les multiples épidémies ont rendu nécessaire le besoin d'appliquer des critères spécifiques aux diverses maladies épidémiques (choléra, maladies diarrhéiques, rougeole, paludisme, fièvre typhoïde, rage, fièvres hémorragiques) et de considérer les zones de santé aussi bien à l'est du pays que celles à l'ouest. Les provinces de l'ouest, où persiste une faiblesse du système de santé, occasionnant une réponse en première ligne aux épidémies faibles et autres situations sanitaires avec pertes de vies humaines: Province du Katanga (hors Tanganyika), Kasai Oriental, Kasai Occidental, Bandundu, Bas Congo, Equateur, district de Tshopo en Province Orientale. Les provinces de l'est pour lesquelles la situation humanitaire est devenue plus préoccupante avec les événements violents de cette année: le Nord-Kivu, le Sud-Kivu, le district du Tanganyika dans la province du Katanga, la province du Maniema et Hubu (le Bas-Uele, le Haut-Uele) et l'Ituri en Province Orientale.

Les partenaires du cluster développeront des activités autour de quatre axes stratégiques selon les objectifs stratégiques ci-dessous afin d'opérer des interventions essentielles d'urgence pour les soins de santé primaires et secondaires, y compris le VIH/Sida, l'appui psychosocial, la santé de la reproduction, la santé infantile et les épidémies. Les besoins dépassent les prévisions du PAH 2012 en ce qui concerne les kits de santé d'urgence, spécifiquement 50% pour les kits d'accouchements, 40% pour les kits chirurgicaux et 50% pour les kits PEP. Le travail de cartographie des kits PEP et l'identification des lieux stratégiques de stockage pour une réponse coordonnée et rapide sera une des priorités à maintenir en 2013.

Un atelier d'évaluation sur les activités de la réponse au choléra va servir à finaliser une stratégie de transition en coopération avec le cluster EHA afin d'améliorer l'efficacité des interventions. Un outil d'évaluation du progrès de la mise en œuvre sur le terrain a été développé par les clusters Santé et EHA respectivement.

Un objectif qui inclut l'implication des communautés et le renforcement des capacités communautaires dans la gestion des épidémies et des crises, y compris la prévention, l'alerte précoce et la réponse a été ajouté. L'implication des communautés dans la lutte contre les épidémies et la réponse aux crises sera une préoccupation majeure en 2013, afin de mener des interventions avec un meilleur rapport coût-efficacité et plus décentralisées. L'accent devrait être mis davantage sur l'implication des jeunes femmes dans les activités des ReCo, des CODESA et dans la gestion des programmes. Il sera également mis sur la prise en charge médicale effective des cas de malnutrition, la prévention, la prise en charge des cas de viols et violences sexuels, la prise en charge des maladies non transmissibles et mentales pour des populations en situation de crise, le pré-positionnement des kits d'urgence SR dans les zones en conflits, la prise en charge effective des cas de VVS avec accès aux interventions (doit augmenter de 36% à 50%), le renforcement des capacités et l'élaboration d'un plan de contingence pour la gestion de l'épidémie de rage au Kasai Occidental et au Nord-Kivu.

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Contribuer au renforcement des capacités pour assurer l’accès aux soins de santé de base y compris le VIH/Sida et contribuer au renforcement de la prise en charge médicale et psychosociale des victimes de crises, violences et épidémies, incluant les personnes, femmes et hommes, déplacées.

OS1

Activités: Prise en charge intégrée de la maladie de l’enfant (PCIME), renforcement de la sécurité transfusionnelle; PMA en soins de santé primaires et paquet complémentaire pour des soins de santé secondaires, vaccination de routine renforcée, organisation de campagnes de riposte, appui à la prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles, traitements préventifs des IST - y compris chez les femmes enceintes- appui aux interventions de réduction de la transmission du VIH et appui aux activités de prévention de la transmission mère enfant. Appui psycho-social aux personnes déplacées et/ou victimes de violences, assistance médicale aux personnes déplacées ou retournées avant le transport et/ou dans les lieux de destination, appui à la prévention et la prise en charge des cas de violence et d’exploitation sexuelles, notamment en faveur des femmes déplacées.

Objectif spécifique 2: Contribuer au renforcement des actions en faveur de la réduction de la mortalité et morbidité y compris la mortalité maternelle et la mortalité des moins de 5 ans.

OS2

Activités: Offre des soins obstétricaux et néonataux d’urgence pour une maternité à moindre risque (SONUC) soins essentiels du nouveau-né. Appui à l’offre de services de CPN, PF, accouchements par du personnel qualifié, aux transferts médicaux dans le temps approprié, à la prise en charge des urgences obstétricales, à la prise en charge des urgences néonatales, à la prise en charge efficace du paludisme et des maladies à potentiel épidémique chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans y compris les cas de rougeole, IRA et maladies diarrhéiques. Renforcer les capacités de prise en charge dans les structures de santé des cas modérés et sévères des enfants malnutris avec des complications médicales. Mettre en place une coordination effective et efficace des services de santé de la reproduction et de gestion des urgences obstétricales dans les crises subaiguës et prolongées. Appuyer la production et la diffusion des outils de collecte de données de décès maternels, néonataux et infantiles dans la communauté.

Objectif spécifique 3: Mise en place des mécanismes de riposte aux épidémies en moins de 15 jours.

OS3

Activités: Préparation et réponse aux épidémies: investigation rapide des épidémies et évaluation des besoins sanitaires; renforcement des capacités des équipes de gestion des épidémies; pré-positionnement de stocks stratégiques d’urgence; promotion de la santé et renforcement de la mobilisation sociale; renforcement de la surveillance épidémiologique et alerte précoce.

Objectif spécifique 4: Renforcer les capacités techniques et institutionnelles dans la gestion de la réponse aux situations de crises.

OS3

Activités: Formation et recyclage des femmes et hommes prestataires en soins de santé d’urgence dans le cadre du cluster ; Formation/recyclage des hommes, des femmes, des filles et garçons au sein des communautés sur la surveillance à base communautaire (incluant l’état nutritionnel et les maladies) et l’alerte précoce; équipement des structures de soins de santé; approvisionnement en médicaments essentiels; réhabilitation sommaire des structures de santé.

Objectif spécifique 5: Renforcer les capacités des femmes, des filles, des garçons et des hommes des communautés à réduire la transmission des maladies transmissibles et à limiter l’impact des épidémies récurrentes.

OS4

Activités: Renforcer les capacités des associations communautaires, associations des femmes, ReCo dans des actions préventives universelles de prévention de maladies transmissibles incluant le VIH/Sida.

Renforcer les capacités des ReCo pour la réponse d’urgence et la surveillance communautaire des maladies.

Cadre logique opérationnel

Objectif général: Contribuer à la réduction de la morbidité évitable, de la mortalité et de la souffrance liées aux conséquences sanitaires des situations de crises, des épidémies, des déplacements et contribuer à la réduction de la vulnérabilité des populations victimes et d'accueil aux effets sanitaires des crises, épidémies, déplacements.

Objectif spécifique 1: Contribuer au renforcement des actions en faveur de la réduction de la mortalité et morbidité y compris la mortalité maternelle et la mortalité des moins de 5 ans.

Indicateur outcome: * Taux de mortalité maternelle intra hospitalière *Taux de mortalité infantile des moins de 5 ans * taux de mortalité par âge et sexe.

Résultat attendu: Réduction de 10%.

Méthode de monitoring: SNIS, statistiques intra hospitalières, statistiques et rapportage spécifique de surveillance.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
1.a. Appuyer l'offre des services de CPN recentrées.	Femmes enceintes.	% de femmes ayant bénéficié de quatre CPN recentrées y compris mise à disposition des MII, PTI, prophylaxie antianémique, déparasitage.	Au moins 75% de femmes enceintes bénéficiant de quatre CPN recentrées.
1.b. Appuyer l'offre des services de PF dans les situations de crise humanitaires.	Les femmes en âges de procréer et leurs partenaires.	% de services de PF offert dans les structures en situation de crise humanitaire.	Au moins 30% des services PF sont offerts.
1.c. Appuyer l'offre de services d'accouchements par le personnel qualifié.	Femmes enceintes.	% d'accouchements assistés par du personnel, hommes et femmes, qualifié.	Au moins 80% d'accouchements sont assistés par du personnel, hommes et femmes, qualifié.
1.d. Appuyer la prise en charge des urgences obstétricales.	Femmes enceintes, parturientes et femmes en post-partum.	% de complications obstétricales prises en charge.	100% des complications obstétricales sont prises en charge.
1.e. Appuyer la prise en charge des urgences néonatales parmi les populations affectées.	Nouveau-nés malades, personnel de maternité et service de néonatalogie.	% des nouveau-nés malades pris en charge ventilé par sexe.	60 à 70% de nouveau-nés malades (filles/garçons) sont efficacement pris en charge 80% du personnel (hommes/femmes) des structures sanitaires sont formés.
1.f. Effectuer une analyse de base pour déterminer le taux de prise en charge des urgences néonatales dans les situations de crise prolongée.	Nouveau-nés, femmes enceintes dans les situations de crise prolongée.	Nombre de sessions éducatives réalisées pendant les visites de RECO à domicile.	Trois services pour urgences néonatales. Trois services pour urgences obstétricaux-néonatales. Les données sont disponibles.
1.g. Appuyer les soins essentiels du nouveau-né parmi les populations affectées tant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire.	Nouveau-nés sains, accoucheurs, relais communautaire.	% de nouveau-nés ayant bénéficié des soins essentiels ventilé par sexe.	Au moins 80% des nouveaux nés, filles et garçons ayant bénéficié des soins essentiels de qualité.
1.h. Appuyer la mise en place d'une coordination effective et efficace des services de santé de la reproduction et de gestion des urgences obstétricales dans les crises subaiguës et prolongées.	Les autorités sanitaires, les agences des NU, les ONGs nationales et internationales.	% des situations humanitaires avec une coordination SR fonctionnelle.	80% des situations humanitaires avec une coordination fonctionnelle.
1.i. Appuyer la prise en charge efficace du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans et les cas de rougeole, IRA et maladies diarrhéiques pour ce dernier.	Femmes enceintes et enfants de < 5 ans. Filles et garçons de < 5 ans.	% d'enfants < 5 ans correctement traités pour paludisme. % de filles et garçons < 5ans dormant sous MII. % de femmes enceintes prises en charge pour paludisme.	100% des femmes et des filles et garçons souffrant de paludisme sont pris en charge. 80% de filles et garçons < 5 ans dormant sous MII.
1.j. Appuyer la prévention et à la prise en charge des cas de violence sexuelle.	Femmes, hommes, filles et garçons victimes de violence sexuelle.	% de survivants ayant bénéficié d'une prise en charge médicale dans les 72 heures par âge et sexe. % de femmes traitées ayant bénéficié d'un suivi d'une semaine et de six semaines.	100% de femmes enceintes prises en charge pour paludisme. 80% des cas pris en charge médicalement.

1.k Appuyer la prévention et la prise en charge des IST chez les femmes enceintes et chez les populations affectées.	Femmes enceintes, nouveau-nés, femmes et hommes, adolescents et adolescentes sexuellement actifs.	% de cas d'IST traités. % de personnes sensibilisées sur les IST/VIH et les violences sexuelles désagrégé par sexe.	Au moins 80% des cas d'IST sont pris en charge.
1.l Appuyer la production et diffusion des outils de collecte de données de décès maternels, néo-natals et infantiles dans la communauté.	Prestataires de soins.	Liste des outils produits, nombre d'outils reproduits et distribués par types.	Au moins 80% d'outils de collectes des données produits.
1.m Apporter une assistance médicale aux personnes déplacées ou retournées avant le transport et/ou dans les lieux de destination, notamment pour les femmes enceintes et nouveau-nés. Apporter une assistance médicale aux malades, hommes et femmes, des familles d'accueil et autochtones, indirectement affectés par la crise.	Personnes déplacées, familles d'accueil, victimes des violences, personnes avec des urgences médicales.	% de personnes malades, hommes et femmes, déplacés, familles d'accueil et urgences médicales ayant bénéficié d'un examen médical avant le transport. % de personnes, hommes et femmes, déplacés malades ayant bénéficié d'un examen médical au lieu de destination.	Au moins 85% de malades, hommes et femmes, déplacés et familles d'accueil ayant bénéficié des soins médicaux de base. Au moins 60% des urgences médicales chez des populations autochtones indirectement affectées par des violences ayant bénéficié des soins médicaux d'urgence.

Objectif spécifique 2: Mise en place des mécanismes de riposte aux épidémies en moins de 15 jours.

Indicateur outcome: % d'épidémies ayant reçu une riposte en moins de 15 jours.

Résultat attendu: 80% des situations d'épidémies ont reçu une réponse en moins de 15 jours.

Méthode de monitoring: Plan de contingence disponible, rapport sur les épidémies, nombre de personnes formées ventilé par sexe, rapport réunions CPIA, connaissances des bonnes pratiques et protocoles de gestion des cas.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
1. Faciliter l'investigation rapide et la confirmation des épidémies et évaluation des besoins sanitaires.	Population des zones de crise aigüe ou durable.	% d'épidémies investiguées et confirmées avant 15 jours.	80% des épidémies survenues.
2. Assurer l'appui au renforcement des capacités des équipes de gestion des épidémies.	Personnel de santé des formations sanitaires ayant connu des crises aigües ou durables.	% de personnel de santé formés, ventilé par sexe.	80% du personnel de santé formé à la réponse aux épidémies.
3. S'assurer du pré-positionnement des stocks stratégiques d'urgence.	Population des zones de crise aigüe ou durable.	% rupture de stock.	80% des structures sanitaires renforcées ont un stock de pré positionnement disponible.
4. Appuyer les activités de vaccination systématique, ciblage et l'organisation de campagnes de riposte.	Filles et garçons de 0 à 11 mois, filles et garçons de six mois à 15 ans.	Taux de couverture vaccinale systématique.	90% de DTC 3.
5. Appuyer la promotion de la santé et la mobilisation sociale.	Communauté dans une zone de crise aigüe ou durable.	% d'activités IEC organisées.	80% d'activités IEC planifiées réalisées.
6. Appuyer le renforcement de la surveillance épidémiologique et alerte précoce.	Population des zones de crise aigüe ou durable.	% des épidémies notifiées par alerte précoce.	100% des épidémies ont été notifiées par alerte précoce.
7. Faciliter la formation/recyclage des communautés sur la surveillance à base communautaire et l'alerte précoce.	Communauté dans une zone de crise aigüe ou durable.	% d'activités IEC organisés.	80% d'activités IEC planifiées réalisés.
8. Suivre et évaluer les interventions de lutte contre les épidémies menées.	Etudes de couverture vaccinale de riposte Systèmes participatifs de suivi et d'évaluation.	% d'interventions suivies et évaluées, CV Systèmes participatifs de suivi et d'évaluation appliqués. Résultats de l'évaluation sont communiqués à toutes les organisations et personnes concernées.	80% à 100% d'interventions suivies et évaluées ont bénéficié des mesures correctrices sur des lacunes décelées en surveillance épidémiologique, la prise en charge des malades et la prévention.

9. Respecter les besoins spécifiques des personnes âgées, personnes vivant avec handicap et personnes atteintes par VIH/Sida dans la riposte.	Femmes et hommes âgés dans les zones de crise, transition ou stabilisées.	Selon les indicateurs des groupes vulnérables.	Les évaluations rapides identifient les femmes et les hommes âgés, vivants avec handicap et personnes atteintes par VIH/Sida.
10. Renforcer l'appui psycho social pour les victimes des épidémies, urgences récurrentes/prolongées et le personnel de santé dans des zones de conflit.	Population vulnérable, personnel dans des zones de violence.	Nombre d'évaluations identifiant des cibles pour un appui psychosocial, cadre pour des activités de premiers secours psychologiques est en place.	Des aspects psychologiques et sociaux sont intégrés dans la réponse aux épidémies.

Objectif spécifique 3: Renforcer les capacités techniques et institutionnelles dans la gestion de la réponse aux situations de crises.

Indicateur outcome: % de personnel de santé formé pour la prise en charge des situations d'urgence ventilé par sexe
% de structures ayant amélioré leur prise en charge des urgences.

Résultat attendu: 80% des hommes et femmes du personnel des structures sanitaires sont formés pour la réponse aux situations d'urgence.

Méthode de monitoring: rapport de fin de projets, rapport des réunions de sous clusters, nombre de personnes formées par sexe, rapport de visites de supervisions SNIS, rapports de missions d'évaluations.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
1. Appuyer la formation, recyclage des prestataires en soins de santé d'urgence.	Personnel de santé des formations sanitaires ayant connu des crises aiguës ou durables	% du personnel de santé formé, ventilé par sexe.	80% du personnel de santé formé à la réponse aux épidémies.
2. Renforcer les capacités techniques, institutionnelles et communautaires dans la prise en charge des cas en situation de crise.	Population en zones de crise	Zones de santé capables de gérer la réponse en première ligne, % de références médicales.	75% des références médicales effectuées correctement et dans le temps.
3. Appuyer la mise en place du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) en santé sexuelle et reproductive en situation d'urgence.	Femmes enceintes et en âge de procréer	% de personnes ayant bénéficié des interventions du DMU (accouchements hygiéniques, VIH/Sida, SGBV), % de crises où le DMU a été mis en œuvre.	Plus de 75% de crises aiguës bénéficient du DMU.
4. Appuyer l'équipement des structures de soins de santé et équipement, kits SR.	Population des zones de crise aiguë ou durable	% structures de soins équipées.	80% des structures de soins sont équipées comme planifié.
5. Approvisionnement en médicaments essentiels.	Population des zones de crise aiguë ou durable	% événements de rupture de stock, durée de rupture de stock.	80% des structures sanitaires renforcées n'ont pas de rupture de stock.
6. Appuyer réhabilitation des structures de santé pour un fonctionnement efficace dans l'urgence.	Population des zones de crise aiguë ou durable	% structures sanitaires réhabilitées.	80% des structures sanitaires sont réhabilitées comme planifié.
7. Renforcer les capacités de prise en charge des complications de santé (surtout des maladies infectieuses) des enfants malnutris au sein des services pédiatriques.	Enfants malnutris avec des maladies concomitantes	% de personnel formé dans la prise en charge pédiatrique ventilé par sexe.	60% à 80% de nouveau personnel formé dans la prise en charge; Au moins 75% des enfants avec des complications sont pris en charge correctement.
8. Renforcer les capacités de collecte de données d'urgence.	Population des zones en crise.	Données désagrégés par âge et sexe pour un ciblage de soins amélioré; base de données d'urgence existante.	Ciblage des zones de santé prioritaires permet une action plus rapide en 100% des crises.
9. Appuyer la mise en place du DMU) en santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence, % de personnes hommes et femmes victimes de violences ayant bénéficié d'un appui PS.	Population en situation de crise et personnes victimes, hommes et femmes, de violence, personnes vivant avec de graves troubles mentaux.	% de personnel par sexe dans les structures de santé en première ligne ayant des connaissances des troubles mentaux et de la gestion des cas, plans d'intervention d'urgence pour les institutions conformément aux interventions principales sont en place pour une structure de référence (HGR), % de victimes de violences, hommes et femmes, ayant bénéficié d'un appui PS.	Au moins une organisation médicale accepte la responsabilité d'assurer la prise en charge et la protection des personnes (femmes et hommes) placées en institution.

Objectif spécifique 4: Renforcer les capacités des femmes, des filles, des garçons et des hommes des communautés à réduire la transmission des maladies transmissibles et à mitiger l’impact des épidémies récurrentes.

Indicateur outcome: % de personnes de la société civile et des associations communautaires impliquées dans la gestion de crise ventilé par sexe.

% des leaders communautaires femmes et hommes ayant amélioré leur prise en charge des urgences.

Résultat attendu: 25% à 40% des membres communautaires et ReCo sont formés pour la prévention des maladies transmissibles et la réponse aux situations d’urgence.

Méthode de monitoring: rapport de fin de projets, rapport des réunions de sous clusters, nombre de personnes formées ventilé par sexe, rapport des CODESA, rapports de missions d’évaluations.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Renforcer des capacités des associations communautaires, associations des femmes, ReCo dans des actions préventives universelles de prévention de maladies transmissibles incl. VIH/Sida.	Population des zones de crises, transition ou stabilisées. Associations des femmes. Associations communautaires dans des zones de crise, transition, stabilisées, déplacement, familles d’accueil, affectés indirectement.	% des réponses avec l’implication des associations communautaires. % des programmes de santé avec approche participatif de la communauté. Mécanismes participatifs d’éducation à la santé à base communautaires établis.	Capacité de la communauté et rapidité des interventions décentralisées est augmentée par 25%. Situations d’épidémies (diarrhées, typhoïde, choléra, rage) maîtrisées plus rapidement avec l’implication des communautés. Prévention améliorée du Sida dans des situations d’urgence.
Renforcer les capacités des communautés pour la réponse d’urgence.	Population des zones de crises, transition ou stabilisées.	% de jeunes femmes et jeunes hommes impliqués dans le travail des ReCo et CODESA.	Capacité de la communauté et rapidité des interventions décentralisées est augmentée par 25%.

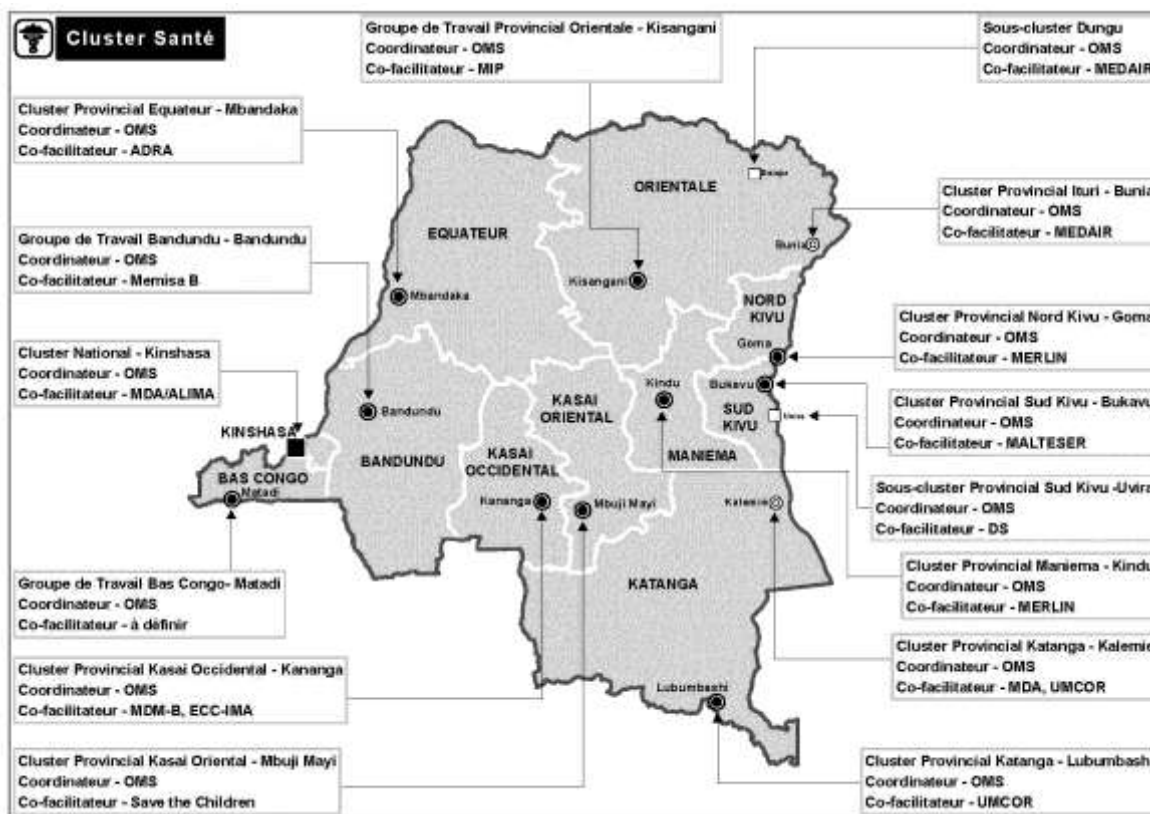
Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

- Le manque de moyens humains et de communication (réseau, radio), pour la surveillance, surtout en Equateur et en Province Orientale.
- Les contraintes logistiques liées au manque d’infrastructures (transport des intrants, transfert de patients et accessibilité des patients).
- Le sous équipement des structures sanitaires et le non-fonctionnement de la chaîne de froid ralentit et complique les campagnes de vaccination.
- Faible implication du gouvernement dans la gestion technique des urgences.
- Réduction sensible des financements des activités VIH/Sida.
- Manque de financement du secteur santé.

Budget opérationnel

Pour l’année 2013, le budget opérationnel augmente suite à l’augmentation d’une part des différentes populations ciblées (populations déplacées, populations soumis à des risques d’épidémies), mais également par le besoin de reconstruction des structures de santé, l’augmentation des prix, et l’augmentation des besoins en intrants. Les coûts pour la réhabilitation légère des structures de santé pillées ou détruites sont estimés à \$15 000 par centre de santé et à \$20 000 par HGR.

Secteur technique/activité.	Budget 2013 (\$)
Services médicaux et accès santé, traitements et prise en charge.	24 757 600
Renforcement institutionnel incluant le renforcement des capacités/formations.	6 228 035
Alerte précoce, préparations conséquences santé des épidémies.	4 773 305
Santé mère-enfant et PCIME, urgences obstétricales.	4 409 345
Prise en charge médicale conséquences de violences sexuelles (appui psychosocial inclut).	930 000
Réhabilitation légère des structures de santé (186 CS et trois HGR).	2 850 000
Riposte épidémies (baisse mortalité excès PEC paludisme, typhoïde, rougeole, rage, FH) PEC et vaccination inclus, appui psychosocial.	33 089 875
Préparation et résilience aux conséquences santé nouvelles crises (800 000 personnes).	1 600 000
Total programme.	78 638 160
Fonctionnement cluster non-couvert.	868 440
Total budget Cluster Santé.	79 506 600





Nutrition

Coordonnateur du cluster	UNICEF
Co-facilitateur(s)	ACF
Organisations membres	PRONANUT, UNICEF, OMS, FAO, PAM, HCR, 8 ^{ème} CEPAC, AAP, ACF-USA, ADRA, AFDI, APEE, Armée du salut, BDCA, Caritas/BDOM, CBCA, COOPI, CPK, CRS, DREAM, H.E.Vanga, IEDA Relief, Interactions, IPROVEC, Aiglons, LWF, Magna, Maltezer, MdM-B, Médecins d’Afrique, PACIF, Save the Children, Word Vision, CEDI.
Objectif général du cluster	Réduire la mortalité de l’enfant de moins de 5 ans à moins de 2/10 000/jour et la prévalence de la malnutrition aigüe globale à moins de 10%.
Populations affectées	2 439 469 enfants malnutris.
Populations ciblées	609 867 enfants
Fonds demandés	\$83 530 829
Contacts	Théophile Bansimba - tbansimba@unicef.org Siméon Nanama - snanama@unicef.org

Situation et besoins identifiés

La situation nutritionnelle en RDC reste préoccupante en dépit de quelques progrès. La malnutrition aigüe, au niveau national, est passée de 13.4% en 2007 (EDS) à 11.5% en 2010 (MICS). Cette amélioration a été observée à l’est (Nord-Kivu, Maniema et Sud-Kivu), et au Katanga. En revanche, la situation reste préoccupante au Kasai occidental (MAG à 15.6%), au Kasai oriental (13.4%) et en Equateur (13.8%). Au Bandundu (MAG à 14.8%) et au Bas Congo (11.4%), la situation nutritionnelle ne fait que se dégrader. Ces données provinciales cachent des disparités énormes par territoires. Ainsi les enquêtes menées en 2011 ont permis d’identifier plusieurs territoires avec MAG \geq 15%: Lodja, Lomela, Popokabaka, Kahemba, Kasongo Lunda, Bagata, Panzi, Lubutu, Tshikapa. En 2012, le même constat a été fait dans les territoires de Manono, Pweto et Mitwaba. Le système national de surveillance nutritionnelle, de sécurité alimentaire et d’alerte précoce (SNSAP) a permis également d’identifier d’autres zones de santé vulnérables en fonction des alertes reçues et confirmées par des enquêtes SMART. La cartographie de la situation nutritionnelle souffre malheureusement d’un manque sérieux de financement en RDC, ce qui empêche d’identifier toutes les poches de malnutrition.

Malgré les efforts des partenaires et du gouvernement, la couverture de prise en charge des enfants malnutris reste très limitée: 14% (septembre 2012). Plus de 800 000 enfants malnutris sévères et plus de 1600 enfants malnutris modérés restent donc sans assistance en RDC. Concernant la malnutrition chronique, la situation est restée anormalement stable de 2001 à 2010 (43%). Ceci signifie que près d’un enfant sur deux présente un retard de croissance au Bas Congo, en Equateur, au Kasai Oriental, au Katanga et en Province Orientale. Cette situation est encore plus grave dans les deux Kivus avec des taux au-delà de 50%. Tout ceci montre la limite des interventions actuelles en nutrition qui se contentent de sauver des vies sans pouvoir s’adresser aux causes sous-jacentes et profondes de la malnutrition. A l’est de la RDC, la malnutrition est plus conjoncturelle. Tandis que dans les zones stabilisées, la malnutrition est

d’origine structurelle, mais avec des niveaux dépassant largement les seuils d’urgence. D’où la nécessité d’instaurer une réponse multisectorielle au-delà de l’urgence.

Ciblage et priorisation

Critères de ciblage

Sur l’ensemble des enfants de moins de 5 ans que compte la RDC et sur la base de la prévalence et du taux d’incidence estimé à 1.5, près de 2 439 500 enfants souffriraient de malnutrition aigüe, parmi lesquels 1 211 915 présentant une malnutrition aigüe sévère avec un risque accru de mortalité si rien n’est fait. Ces besoins immenses en nutrition ne peuvent être comblés dans le cadre du PHA. Le cluster est obligé de se limiter aux critères de ciblage suivant: MAG > 11% et/ou MAS ≥ 2% et accessibilité de la zone à assister. Sur base de l’expérience passée, le cluster Nutrition estime que ces critères déterminent un groupe d’enfants correspondant à 25% du total des enfants malnutris. Ainsi, il y a 609 867 enfants malnutris aigus à prendre en charge, parmi lesquels 302 979 malnutris sévères.

En dehors des enfants de moins de 5 ans, le plan d’action 2013 ambitionne d’assister: (i) Les femme enceintes et les femmes allaitantes qui seront ciblées en fonction des zones avec MAG ≥ 15% et/ou taux de mortalité rétrospective chez les enfants de moins de 5 ans ≥ 2/10000 décès/jour dans les aires d’interventions du PAM; (ii) Les agents de santé et équipes cadres des zones de santé (6 000); (iii) Les relais communautaires (12 000) pour la formation en veillant à la parité hommes/femmes et (iv) Les accompagnants (508 223) et une population générale de 2 934 000 personnes pour la prévention et (v) Les expulsés d’Angola, les réfugiés et déplacés internes (565 000) avec des rations alimentaires (BP5, CSB+, mais, légumineuses, biscuit haute énergie, huile, sel,) et une prise en charge en cas de malnutrition.

Populations affectées et ciblées

Province	Population générale		Prévalence de la malnutrition		Population affectée		Population ciblée	
	Population (*)	Enfants <5 ans	MAG (%)	MAS (%)	MAM attendus	MAS attendus	25% MAM	25% MAS
Bandundu	7 828 779	1 479 639	14.4	6.7	170 898	148 704	42 725	37 176
Bas-Congo	3 291 453	622 085	10.6	3.2	69 051	29 860	17 263	7 465
Equateur	8 755 619	1 654 812	13.4	7.5	146 451	186 166	36 613	46 542
Kasaï Occ	7 298 852	1 379 483	14.9	7.8	146 915	161 400	36 729	40 350
Kasaï Or	9 269 989	1 752 028	12.9	8.7	110 378	228 640	27 594	57 160
Katanga	11 163 679	2 109 935	8.0	4.9	98 112	155 080	24 528	38 770
Kinshasa	6 970 762	1 317 474	9.2	2.4	134 382	47 429	33 596	11 857
Maniema	2 078 145	392 769	8.7	3.4	31 225	20 031	7 806	5 008
Nord-Kivu	6 272 695	1 185 539	6.6	4.2	42 679	74 689	10 670	18 672
Orientale	9 625 405	1 819 202	12.6	4.7	215 575	128 254	53 894	32 063
Sud-Kivu	5 076 610	959 479	6.5	2.2	61 886	31 663	15 472	7 916
RDC	77 631 988	14 672 446	11%	5.2	1 227 554	1 211 915	306 889	302 979
					2 439 469		609 867	

(*) En l’absence d’un recensement récent, les données du PEV mises à jour annuellement ont été utilisées.

Critères de priorisation

Les critères suivants de priorisation seront appliqués: (1) Mortalité > 2/10 000/j, (2) MAG ≥ 15% et/ou MAS ≥ 5%, (3) MAG > 13% et/ou MAS > 3% et (4) Facteurs aggravants: épidémie (rougeole) et mouvement de population. L'évaluation des besoins se fera grâce aux enquêtes nutritionnelles SMART ou des *screening* nutritionnels. En l'absence de données récentes d'enquêtes, le ciblage se fera sur la base d'informations secondaires comme le taux d'insuffisance pondérale dans le cadre des consultations préscolaire, les admissions de malnutrition dans les centres de santé ainsi que la mortalité au sein des centres de santé.

Plan de réponse du cluster

Objectif général

Réduire la mortalité de l'enfant de moins de 5 ans à moins de 2/10 000/jour et la prévalence de la malnutrition aigüe globale à moins de 10%.

Explication de la stratégie

Afin de donner une réponse adéquate aux urgences nutritionnelles en RDC, un paquet minimum d'activités standardisées en nutrition a été défini par l'ensemble des partenaires du cluster Nutrition et consigné dans les lignes directrices du cluster à savoir: (i) La mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle et d'alerte précoce ; (ii) Le dépistage et la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aigüe dans les zones avec MAG > 11% et MAS ≥ 2% ; (iii) La prévention de la malnutrition à travers la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence et à travers le *blanket feeding* pour les enfants de 6 à 35 mois, femmes enceintes et allaitantes dans les territoires ou zones de santé avec MAG ≥ 15% et/ou taux de mortalité rétrospective chez les enfants de moins de 5 ans ≥ 2/10000 décès/jour; (iv) ainsi que le renforcement des capacités des agents de santé et des relais communautaires.

Afin de fournir une réponse plus efficiente aux urgences nutritionnelles, une coordination avec d'autres clusters (EHA, Santé et Sécurité alimentaire) sera fortement encouragée.

Pour l'année 2013, le cluster Nutrition va renforcer la prise en compte dans les projets des thèmes transversaux: Genre/protection/VIH/environnement/relèvement précoce et résilience.

Genre: tous les projets seront sélectionnés sur la base du respect des cinq engagements du cluster Nutrition en matière du Genre: (i) Ventiler par sexe les bénéficiaires reçus, relais communautaires recrutés et personnel soignant ayant accès à des formations; (ii) Exiger que les équipes soignantes et les relais communautaires bénéficiant de formations soient équitablement composés de femmes et d'hommes; (iii) Consulter systématiquement les femmes de la communauté afin d'ajuster les horaires et jours d'ouverture à leurs disponibilités; (iv) Veiller à ce que les pères et les mères de la communauté soient également ciblés par les activités d'éducation nutritionnelle. L'implication des pères dans la prise en charge des cas de malnutrition et dans l'alimentation de la femme et de l'enfant sera encouragée et (v) Analyser la vulnérabilité nutritionnelle affectant particulièrement les garçons et prendre des mesures correctives adéquates (sensibilisation sur la nutrition des garçons).

Relèvement précoce et résilience: conformément aux lignes directrices, toutes les interventions de nutrition en urgence intégreront systématiquement les activités de prévention dans les familles avec enfants malnutris et les populations des zones ciblées. La prévention sera basée essentiellement sur les activités de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant,

la promotion des bonnes pratiques sanitaires à impact prouvé (comme dormir sous moustiquaire imprégnée d’insecticide à longue action, le lavage des mains, l’utilisation du SRO en cas de diarrhée et l’utilisation des services de santé en cas de signes de danger). Le renforcement des capacités et l’implication des relais communautaires et des agents des services publics de santé permettront d’améliorer la résilience des communautés locales à prévenir la malnutrition et à répondre efficacement en cas de nouvelles crises nutritionnelles qui surviendraient dans le futur.

VIH/Sida: ce volet constitue le point faible de la réponse en nutrition. Quelques interventions ont été mises en place mais peu sont documentées. Pour l’année 2013, le système de suivi des interventions de nutrition chez les PVVIH sera renforcé, et 19 527 PVVIH malnutries bénéficieront de soutien nutritionnel.

Environnement: l’impact de l’environnement sur la survenue de la malnutrition sera un des thèmes prioritaires dans la prévention à la santé qui sera conduite lors des interventions en nutrition. De même le cluster veillera à une meilleure gestion des déchets biomédicaux dans les centres de santé qui prennent en charge les malnutris. Cet aspect constituera un point critique qui sera suivi lors des supervisions.

La collaboration et l’implication des partenaires gouvernementaux (PRONANUT et les médecins chef de zones de santé) seront poursuivies.

Pour le suivi des activités, une réunion ordinaire mensuelle du cluster sera organisée sous le leadership de l’UNICEF. Des outils standardisés de collecte des données depuis les centres de santé, les zones de santé, les provinces jusqu’au niveau national existent déjà et seront utilisés pour le suivi des interventions. Une compilation mensuelle de ces informations sera faite afin de suivre l’impact des résultats fixés dans le PAH 2013. Les indicateurs clés qui seront suivis sont les suivants: proportion des zones santé ayant un taux de MAG > à 11%, nombre de UNTI/UNTA/UNS fonctionnelles, indicateurs de performance (taux de guérison, taux d’abandon et taux de décès), nombre de nouvelles admissions décomposées par sexe dans le programme (UNTI, UNTA et UNS) et nombre d’agents de santé et RECO formés-recyclés sur le protocole de prise en charge de la malnutrition aigüe décomposé par sexe. Les réunions du cluster seront aussi utilisées pour l’identification des meilleures pratiques et des expériences vécues, afin d’améliorer l’efficacité des interventions.

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Renforcer et étendre le système de surveillance nutritionnelle et d’alerte précoce à de nouvelles zones selon la nouvelle approche SNSAP révisée.

OS2

Activité 1.a: Organisation d’enquêtes nutritionnelles dans 66 districts sanitaires (méthode SMART) dans toute l’étendue du territoire national. Ces enquêtes seront stratifiées sur une base territoriale afin de disposer d’une situation nutritionnelle plus réelle au niveau opérationnel.

Activité 1.b: Renforcement du système de surveillance nutritionnelle et alerte précoce. Il s’agira de mettre en place 300 sites sentinelles dans les provinces du Bas Congo (20), du Kasaï Occidental (57), du Kasaï Oriental (65), du Katanga (88), en Province Orientale (7) et au Bandundu (64). Une nouvelle approche a été validée et intègre des indicateurs plus sensibles comme la proportion des enfants avec

périmètre brachial < 115 mm, les œdèmes et le faible poids à la naissance (inférieur à 2.5 kg), les admissions des malnutris dans les structures de santé et la proportion de femmes avec un périmètre brachial < 210 mm. Une zone de santé sera en alerte si au moins 4/6 indicateurs sont au-dessus des seuils fixés. Les autres indicateurs de santé et de sécurité alimentaire qui sont fournis par d’autres systèmes seront pris en compte dans l’analyse des résultats.

Activité 1.c: Organisation d’ enquêtes SMART dans les zones de santé en cas d’alerte et mise en œuvre d’une réponse rapide d’au moins six mois en cas de confirmation.

Objectif spécifique 2: Dépister, prendre en charge les enfants de 6 à 59 mois, les PVVIH malnutries et les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aigüe et prévenir la malnutrition dans les zones de santé ciblées (avec taux de MAG > 11% et/ou MAS ≥ 2%).

OS2

Activité 2.a: Dépistage actif des enfants dans 100 % des zones d’intervention en vue d’orienter les sujets malnutris identifiés vers les structures appropriées de prise en charge. Le dépistage actif se fera dans la communauté par le biais des relais communautaires de façon hebdomadaire et aussi au niveau des structures de santé lors des activités de soins de routine. Tous les enfants avec MUAC < 125mm et/ou présence d’œdèmes seront référés dans les CS pour prise de mesure et validation de leur statut nutritionnel et admission le cas échéant. Quant aux femmes, elles seront admises au programme si PB < 210 mm pour les femmes enceintes au deuxième et troisième trimestre de la grossesse et PB < 210 mm avec un nourrisson de moins de 6 mois pour les femmes allaitantes malnutries seront respectivement admises au programme.

Activité 2.b: Traitement de 609,868 enfants malnutris dont 302,979 malnutris sévères et 306,888 malnutris modérés (273 000 enfants de 6 à 59 mois et 33 000 femmes enceintes et allaitantes) selon le Protocole National de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA).

Activité 2.c : Approvisionnement des 2 200 unités de prise en charge nutritionnelles (200 UNTI, 1 000 UNTA et 1 000 UNS) en aliments thérapeutiques, en matériels anthropométriques et médicaments essentiels.

Activité 2.d: Soutien nutritionnel à 19 527 PVVIH dont IMC < 18.

Activité 2.e: Fournir un soutien nutritionnel à 19527 PVVIH dont IMC < 18.

Activité 2.f: Fournir un soutien nutritionnel à 19986 accompagnants des malnutris sévères dans les UNTI.

Objectif spécifique 3: Appuyer l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et de la femme enceinte en situation difficile.

OS2

Il s’agit de protéger et soutenir l’allaitement maternel, une alimentation de complément adéquate, la distribution de micronutriments et de suppléments nutritionnels à base de lipides, pour les enfants et femmes enceintes en situation difficile (réfugiés, déplacés, zones affectées par des catastrophes naturelles).

- Activité 3a:** Aide psychosociale de 508 223 accompagnants sur l’ANJE en situation d’urgence.
- Activité 3b:** Sensibilisation des communautés (2 700 000 personnes) sur les pratiques clés en santé/nutrition en mettant une emphase sur l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant et assurant une coordination avec les activités des autres secteurs: EHA, sécurité alimentaires et santé.
- Activité 3c:** Approvisionnement des territoires ou zones de santé avec taux de MAG \geq 15% en intrants nécessaires pour le *blanket feeding* (*plumpy doz* ou équivalent).
- Activité 3d:** Fournir des suppléments nutritionnels à 234 000 enfants de 6 à 23 mois.
- Activité 3e:** Fournir des suppléments nutritionnels à 42 000 femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales.

Objectif spécifique 4: Renforcer les capacités techniques et opérationnelles des partenaires de mise en œuvre.

OS4

- Activité 4a:** Formation de 6 000 agent de santé sur la PCIMA selon le protocole national
- Activité 4b:** Formation/recyclage de 12 000 RECO sur les techniques de prise des mesures anthropométriques, dépistage et visite à domicile.

Ces deux formations intégreront la prise en charge et la promotion de l’ANJE avec un stage pratique pour s’assurer de la maîtrise par les agents de santé de ces deux interventions.

Cadre logique opérationnel

Objectif spécifique 3: Appuyer l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant et de la femme enceinte en situation difficile.

Indicateur outcome: Nombre des bénéficiaires touchées par les activités de promotion de l’ANJE en situation d’urgence.

Résultat attendu: 3 208 223 personnes touchées par l’ANJE en situation d’urgence.

Méthode de suivi: Rapport statistique mensuel.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Activité 3a: Counseling de 508 223 accompagnants sur l’ANJE en situation d’urgence.	Accompagnants des enfants malnutris.	Nombre d’accompagnants conseillés.	508 223 accompagnants sur l’ANJE en situation d’urgence.
Activité 3b: Sensibilisation des communautés sur les pratiques clés en santé/nutrition.	Population générale.	Nombre de personnes sensibilisées.	2 700 000 personnes sensibilisées sur l’ANJE en situation d’urgence.
Activité 3c: Approvisionnement des territoires ou zones de santé avec taux de MAG \geq 15%.en intrants nécessaires pour le <i>blanket feeding</i> (<i>plumpy doz</i> ou équivalent).	Enfants de 6 à 59 mois.	% des zones de santé avec MAG \geq 15% bénéficiant d’un <i>blanket feeding</i> .	100% des zones de santé avec MAG \geq 15%.bénéficient d’une <i>blanket feeding</i> .
Activité 3d: Fournir des suppléments nutritionnels à 234 000 enfants de 6 à 23 mois.	Enfants de 6 à 23 mois.	Nombre d’enfants de 6 à 23 mois ayant reçu des suppléments nutritionnels.	234 000 enfants de 6 à 23 mois ont reçu des suppléments nutritionnels.
Activité 3e: Fournir des suppléments nutritionnels à 42 000 femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales.	Femmes enceintes.	Nombre de femmes enceintes ayant reçu des suppléments nutritionnels.	42 000 femmes enceintes ayant reçu des suppléments nutritionnels.

Objectif spécifique 4: Renforcer les capacités techniques et opérationnelles des partenaires de mise en œuvre.
Indicateur outcome: Nombre de personnes formées.

Résultat attendu: 18 000 personnes formées.

Méthode de suivi: Liste des participants à la formation.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Activité 4a: Formation du personnel de santé sur la PCIMA selon le protocole national.	Agents de santé.	Nombre d'agents de santé formés en PCIMA.	6 000 agents de santé formés en PCIMA.
		Nombre d'agents formés en ANJE.	6 000 agents formés en ANJE.
Activité 4b: Formation/recyclage des RECO sur les techniques de prise des mesures anthropométriques, dépistage et visite à domicile.	RECO	Nombre de relais communautaires formés en PCIMA.	12 000 relais communautaires formés en PCIMA.
		Nombre de RECO formés en ANJE.	12 000 relais communautaires formés en ANJE.

Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

- Défis logistiques: la quasi absence des voies de communications qui rend en effet difficile et très cher le transport des intrants nutritionnels.
- Faible financement de la nutrition, surtout dans les zones dites stabilisées qui paradoxalement contribuent plus à la malnutrition et donc à la mortalité des enfants de moins de 5 ans, et pour les programmes de prévention.

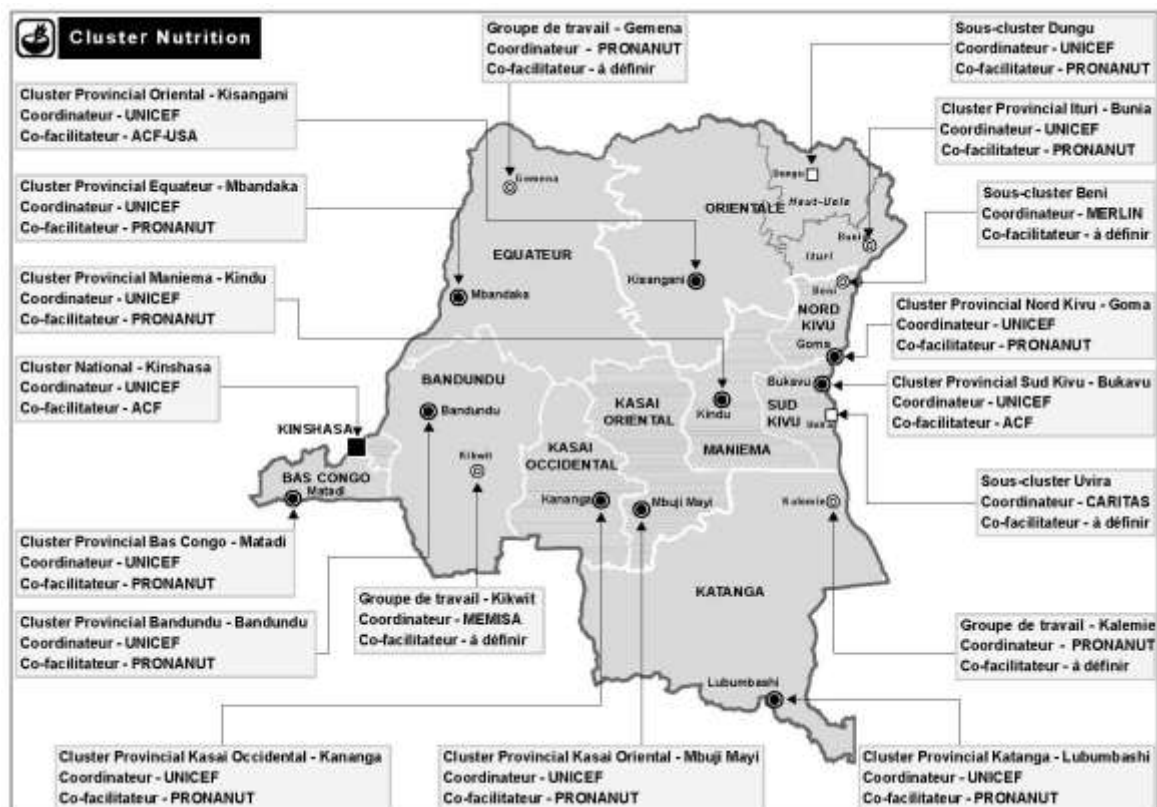
Budget opérationnel
1: ACTIVITE PRISE EN CHARGE DES MALNUTRIS ET PREVENTION

	Population affectée	Ciblage	Population ciblée	Prix unitaire	Budget
Enfants avec malnutrition aigüe sévère + prévention	1 211 915	25%	302 979	200	60 595 750
Enfants avec malnutrition aigüe modérés y compris des PVVIH+ prévention	1 227 554	25%	306 889	50	15 344 425
Total					75 940 175

2: PROGRAMME SURVEILLANCE FORMATION ET SUPERVISION

Activités	Cibles	Coût	Budget
Enquête nutritionnelle district sanitaires (66 enquêtes x \$25 000) + enquêtes SMART (50 enquêtes SMART x \$7 500) soit 116 enquêtes	116 Enquêtes	2 025 000	2 025 000
Surveillance nutritionnelle et alerte précoce (zones de santé) sur 300 sites: Bas Congo (20), Kasai occidental (57), Kasai oriental (65), Katanga (88), Province orientale (7) et Bandundu (64)	300	2 820	846 000
Supervision trimestrielle des zones de santé (200 x 4)	800	1 000	800 000

Formation des agents de santé (cinq agents*6 aires de sante*200 zones de santé soit 6 000) et des RECO (10RECO*6 aires de sante*200 zones de santé soit 12 000)	18 000	125	2 250 000
Stock de contingence + population déplacés ou réfugiés	10 000	100	1 000 000
Total			6 921 000
3: FONCTIONNEMENT DU CLUSTER (part non couverte)			669 654
Budget total du cluster Nutrition pour 2013			83 530 829





Sécurité alimentaire

Coordonateurs du cluster	FAO PAM
Co-facilitateur(s)	ACF
Organisations membres	CISP, IEDA, COOPI, NRC, Caritas Dungu, Caritas Belgique, Solidarités, ALDI, DIOBASS, AIBEF, Caritas Allemagne, FDP, MDA, ADRA, Christian Aid, ECC Meru, Caritas développement, CEDI, ACTED, CEILU, PU AMI, APPRONA, Caritas Butembo, FHI/DAU, IRS, MAAMS, VSF Suisse, WVI, AIDER, APEC, CESVI, ADSSE, AJP, BDCD, GRAPEDECO, LWF, OSV, Action Aid Int., ADMR, AFEDDEM, PACIF, PLD, AMAR Kin, CRS, AVSI, Oxfam Solidarités, Oxfam GB, OXFAM Novib, CARE, ACF-USA, CRS, SNSA, INS, Maltezer, <i>Samaritanian's Purse</i> , <i>HelpAge Int.</i> , <i>ICCO</i> , <i>BEPROD</i> , <i>Inter Action</i> , <i>PRONANUT</i> , <i>UNOPS</i> .
Objectif général du cluster	Fournir une assistance alimentaire et agricole d'urgence, afin de sauver des vies, de rétablir la sécurité alimentaire et de protéger les moyens de subsistance des personnes affectées par des crises alimentaires et de moyens de subsistance aigües.
Populations affectées	6 320 893 personnes en situation de crise alimentaire et des moyens d'existence aigüe (8 ^{ème} cycle d'analyse IPC, octobre 2012).
Populations ciblées	75% de la population en situation de crise alimentaire et des moyens d'existence aigüe (4 740 670 personnes y compris personnes déplacées, retournées, rapatriées, familles d'accueil, familles avec enfants malnutris, rapatriés et expulsés d'Angola).
Fonds demandés	\$ 252 035 354.
Contacts	Landry Brou – landry.brou@fao.org Koffi Akakpo – koffi.akakpo@wfp.org

Situation et besoins identifiés

Le 8^{ème} cycle d'analyse du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) de la RDC conduit au mois d'octobre 2012 a identifié des zones en phase de crise alimentaire (phase trois IPC) au niveau de l'ensemble des provinces du pays, et des zones en phase d'urgence (phase quatre IPC), dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Maniema et du Katanga. Selon les résultats de l'IPC, la population totale en situation de crise alimentaire et des moyens d'existence aigüe avec un besoin d'assistance humanitaire (aide alimentaire d'urgence et/ou interventions dans le domaine de la production agricole) est estimée à 6 320 893 personnes. Cette estimation est basée sur l'analyse des indicateurs de consommation alimentaire, des moyens d'existence, de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois et de la mortalité. Quatre situations distinctes se dégagent ainsi de l'analyse de l'insécurité alimentaire aigüe en RDC, à savoir: (i) Les zones affectées par la résurgence de conflits armés et autres types de violences relevant d'affrontements intercommunautaires – à l'est du pays et au centre de la province du Katanga; (ii) La problématique des expulsés d'Angola, des rapatriés congolais et des réfugiés centrafricains à l'ouest; (iii) Les zones enclavées du centre et de l'ouest du pays confrontées à une pauvreté chronique et à des taux de malnutrition et de mortalité des enfants supérieurs aux seuils d'intervention d'urgence; (iv) L'ensemble du pays qui demeure en état d'insécurité alimentaire chronique liée principalement à la pauvreté, à la précarité et au manque d'infrastructures de base adéquates.

Les causes de l’insécurité alimentaire en RDC

Malgré un potentiel important dans les domaines de l’agriculture, de l’élevage, de la pêche, et de l’exploitation forestière et minière, le pays est affecté par une insécurité alimentaire récurrente. Les causes en sont multiples, mais peuvent être déclinées sous deux catégories: structurelles et conjoncturelles.

Les causes structurelles: Le niveau actuel de la production agricole est inférieur de 30 à 40% à celui de 1997 alors que le secteur agricole représente une part importante du PIB du pays. La chute est principalement due: i) Aux pénuries et/ou manque d’accès aux outils et aux intrants agricoles de qualité; ii) A l’isolement de certaines zones de production et/ou à des difficultés d’accession à la terre; iii) A la persistance de maladies décimant les cultures et les cheptels ; iv) A la désorganisation durable de l’ensemble des filières, en particulier des marchés, des coopératives, de l’appui technique et de l’encadrement des services du gouvernement (capacité et ressources); v) A la volatilité des prix des produits agricoles; vi) Au manque de mise en œuvre des réformes proposées pour la relance du secteur agricole, de capacité institutionnelle, de mise en place de systèmes et de services agricoles de base, et de collecte/diffusion de statistiques agricoles; vii) Au manque d’investissement dans le secteur agricole; viii) Au manque d’accès à des systèmes de crédit; ix) A l’abandon des productions vivrières au détriment de l’exploitation artisanale de minerais. Ces causes contribuent ainsi au déclin de la production et limitent le développement d’activités porteuses de croissance, de revenus et d’emplois.

Quant aux causes conjoncturelles aggravantes, elles sont dues principalement: i) Aux conflits armés dans l’est du pays qui ont généré une insécurité permanente et des restrictions d’accès à certaines zones; ii) Aux déplacements de populations dans les zones de conflits (accessibilité/abandon des champs, pillages des récoltes/récoltes précoces, limitation des surfaces cultivées et choix liés aux risques) et aux mouvements de retours des populations dans les zones hors-conflits; iii) Aux désastres naturels et aux épidémies récurrentes (inondations,

sécheresses, VIH/Sida); iv) A la perte des facteurs de production et à l’inaccessibilité aux infrastructures socio-économiques de base.

L’évaluation des besoins du cluster Sécurité alimentaire est basée principalement sur les analyses IPC, elles-mêmes fondées sur les différentes enquêtes menées (EFSA, enquêtes nutritionnelles, missions conjointes, protection) et d’autres informations disponibles sur l’état de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Des analyses complémentaires seront conduites dans les zones affectées par des crises sévères avant les interventions pour affiner l’analyse, le ciblage et les modalités d’intervention.

Ciblage et priorisation

Critères de ciblage

Le cluster cible les populations en urgence humanitaire et en état de crise alimentaire et des moyens d’existence: déplacés, retournés, rapatriés, les familles d’accueil, les familles d’enfants malnutris, les expulsés d’Angola, les victimes de catastrophes naturelles, les PVVIH. Le ciblage est basé sur l’analyse de la vulnérabilité des populations affectées par les différentes crises et non uniquement sur la base du statut de celles-ci. Il combine plusieurs informations disponibles, dont les résultats des analyses IPC, les chiffres de planification fournis par OCHA ainsi que les résultats des analyses sectorielles et des missions conjointes complémentaires. Le ciblage géographique est effectué sur les résultats de l’IPC. Une fois les zones prioritaires identifiées, des enquêtes de vulnérabilité sont menées pour cibler les ménages et les personnes les plus vulnérables. Ces enquêtes se basent sur des données désagrégées par âge, sexe et diversité et fournissent des critères précis de ciblage, tels que le sexe du chef de ménage, la taille du ménage, les avoirs possédés, les sources de revenus et les stratégies de survie développées. Les critères ainsi établis sont validés, complétés et partagés avec les communautés. Ce type de ciblage permet de minimiser à la fois les erreurs d’inclusion et d’exclusion. Sur la base de l’expérience passée, le cluster estime que la population ciblée, répondant aux critères, correspond à 75% de la population affectée.

Populations affectées et ciblées:

	Population affectée					Population ciblée	
	Ménages	Hommes	Femmes	Enfants	Total personnes	Ménages	Personnes
Déplacés	324 516	308 290	470 548	843 741	1 622 579	243 387	1 216 934
Familles d’accueil	103 102	97 947	149 497	268 064	515 508	77 326	386 631
Familles d’enfants malnutris	117 119	111 263	169 822	304 508	585 593	87 839	439 195
Autres (retournés, rapatriés, expulsés, catastrophes naturelles)	719 443	683 470	1 043 192	1 870 551	3 597 213	539 582	2 697 910
Total général	1 264 179	1 200 970	1 833 059	3 286 864	6 320 893	948 134	4 740 670

Sources: 8^{ème} cycle IPC, octobre 2012

Ceci donne donc au total 4 740 670 personnes ciblées dans les secteurs de la production agricole, de l’élevage, de la pêche, de la nutrition, des transferts monétaires, des AGR et du VIH/Sida et de l’aide alimentaire d’urgence (hors les interventions d’urgence nutritionnelle). Parmi les 4 740 670 personnes, on estime à 1, 5 million la population ciblée pour l’aide alimentaire d’urgence (hors les interventions d’urgence nutritionnelle).

Critères de priorisation

Les résultats du 8^{ème} cycle d’analyse IPC de la RDC (octobre 2012) constituent le principal critère de priorisation des acteurs de la sécurité alimentaire. Les interventions se focaliseront en première priorité sur les populations en phase d’urgence (phase 4). Ces dernières se caractérisent par une grave insuffisance de l’accès à l’alimentation (consommation alimentaire pauvre), assortie d’une mortalité excessive, d’une malnutrition très élevée et en progression et d’un épuisement irréversible des moyens d’existence. Les ménages concernés font recours à des stratégies de survie négatives. L’amélioration de l’accès et des disponibilités alimentaires s’impose donc en urgence. Les interventions se concentreront également sur les populations en état de crise (phase 3) et notamment celles qui risquent de tomber en phase d’urgence.

Plan de réponse du cluster

Objectif général

Fournir une assistance alimentaire et agricole d’urgence, afin de sauver des vies, de rétablir la sécurité alimentaire et de protéger les moyens de subsistance des personnes affectées par des crises aiguës alimentaires et de moyens de subsistance.

Explication de la stratégie

Les interventions des acteurs de la sécurité alimentaire devront, de façon concomitante, endiguer la dégradation des principaux indicateurs de sécurité alimentaire et renforcer la résilience des populations vulnérables. Il importe en effet de contribuer à la rupture du cycle de l’insécurité alimentaire en RDC. La stratégie du cluster Sécurité alimentaire, en réponse aux besoins susmentionnés, couvrira ainsi diverses interventions dans les secteurs de l’assistance alimentaire et de l’appui à la production alimentaire d’urgence. L’état de dénutrition résulte dans certains cas d’une consommation alimentaire inadéquate. Des synergies et des complémentarités seront à nouveau développées avec le cluster Nutrition. La concentration des actions sectorielles dans des zones prioritaires à partir d’une approche intégrée ou conjointe permettra d’obtenir des impacts conséquents. Le ciblage de toutes les catégories de bénéficiaires sera fait en portant une attention particulière à la problématique du Genre; les femmes et les jeunes, entre autres, seront pleinement impliqués dans les processus d’identification des besoins, de ciblage, de mise en œuvre et de suivi des interventions. Les analyses de vulnérabilité ont d’ailleurs montré qu’en RDC les ménages soutenus par les femmes sont généralement plus vulnérables que ceux soutenus par les hommes. Des activités ciblant prioritairement les femmes soutiens de famille et les personnes affectées par le VIH/Sida seront donc développées de façon spécifique (production maraichère). Les aspects protection et « ne pas nuire » seront minutieusement pris en compte par le cluster dans son approche d’intervention (usage strict de la *check-list* « *think protection* » établie avec le cluster Protection). Il est fondamental de ne pas mettre en danger les populations ciblées, non seulement lors de la collecte et de l’analyse des données, de la sélection des activités et du ciblage, mais également dans la planification (choix des sites, modalités de distribution, considérations sécuritaires, mesures des impacts positifs ou négatifs des interventions sur la protection des bénéficiaires). Le cluster Sécurité alimentaire veillera en outre à une participation active de tous les acteurs, notamment gouvernementaux et des bénéficiaires (redevabilité) aux activités de coordination, de suivi et d’évaluation des actions menées. La capitalisation des bonnes pratiques et leçons apprises favorisera ainsi la transition entre les actions humanitaires et les activités de relèvement communautaire et de développement.

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Répondre aux besoins alimentaires d’urgence et assurer la production alimentaire d’urgence des populations affectées par les crises.

OS2

Activité 1.a: Aide alimentaire.

L’assistance alimentaire d’urgence ciblera les personnes vulnérables déplacées, retournées, rapatriées (chiffre de planification: 1,5million hors l’assistance nutritionnelle d’urgence). Vu la diversité et la complexité des situations contextuelles de la RDC, cette aide prendra plusieurs formes. L’assistance alimentaire privilégiera des modalités de transfert basées sur les marchés (espèces/coupons) dans les zones où les analyses démontrent qu’elles sont plus efficaces que les distributions de vivres en nature. Le paquet d’activité inclura à la fois des transferts monétaires inconditionnels et conditionnels (espèces contre travail, espèces contre formation). Dans les zones où les conditions de marché sont défavorables, l’assistance consistera à appuyer les populations les plus vulnérables à travers les modalités classiques d’intervention (distribution générale de vivres, dans le cadre également de la protection des semences, vivres contre travail, vivres contre formation).

Activité 1.b: Distribution d’intrants agricoles.

Il s’agira de distribuer des kits agricoles composés de semences céréalières et maraîchères de cycles courts et d’outils agricoles. Une formation en technique agricole sera assurée auprès des bénéficiaires. Plusieurs modalités de distribution sont utilisées par les acteurs du cluster Sécurité alimentaire: distribution directe de semences, bons de semences et foires aux semences et intrants agricoles quand les conditions le permettent. Etant donné le contexte humanitaire volatile, la constitution de stocks stratégiques, gérés à travers le cluster au niveau de certaines zones de la RDC, vise à mettre à disposition de manière efficace et rapide des intrants agricoles afin de répondre aux urgences et imprévus des partenaires de la sécurité alimentaire.

Objectif spécifique 2: Renforcer les moyens de subsistance et la résilience des ménages vulnérables.

OS3

Activité 2.a: Activités agricoles génératrices de revenus.

Elles sont constituées d’activités de valorisation des bas-fonds agricoles, de petite transformation, d’élevage, de pêche et d’appui à la commercialisation et à l’amélioration des capacités de stockage.

Activité 2.b: Réhabilitation des pistes de desserte agricoles

Cette activité vise à améliorer l’accessibilité alimentaire des personnes vulnérables aux marchés et également à faciliter la commercialisation des produits. Il s’agira de manière spécifique de procéder à la réhabilitation des passages difficiles, par le biais entre autres des activités de vivres contre travail ou d’argent contre travail.

Activité 2.c: Sensibilisation aux bonnes pratiques nutritionnelles et promotion de la production alimentaire diversifiée.

Cette activité comporte deux volets essentiels: un volet d’éducation nutritionnelle et de démonstration culinaire avec les produits locaux ainsi qu’un volet agricole avec la sensibilisation des bénéficiaires sur les bienfaits nutritionnels des produits maraîchers. A cet effet, des jardins potagers de démonstration seront mis en place et serviront de support de formation sur les

techniques de production maraîchère pour les ménages avec enfants malnutris admis dans les centres nutritionnels. A la fin du processus, les bénéficiaires recevront des kits maraîchers pour la mise en place et l’entretien de jardins potagers de case au niveau de leurs villages.

Activité 2.d: Réponse d’urgence aux épizooties et phytopathologies.

Cette activité lutte contre les épizooties (comme la peste des petits ruminants) et les phytopathologies (comme le wilt du bananier et la striure brune du manioc) qui affectent très négativement les moyens d’existence des ménages agricoles. Le manioc et la banane comptent parmi les aliments de base de la population et les attaques sur ces cultures compromettent gravement les bases même de l’existence de ces populations.

Objectif spécifique 3: Réorganiser et redynamiser le système de collecte d’informations et de suivi de la sécurité alimentaire.

OS3

Activité 3.a: Evaluation des besoins.

La poursuite des évaluations conjointes des besoins (RRMP, MSA) permettra de: (i) Déterminer les besoins en urgence pour les personnes vulnérables, renforçant ainsi la surveillance étroite des indicateurs clés de sécurité alimentaire; (ii) Développer des processus pertinents pour appuyer le plaidoyer.

Activité 3.b: Suivi de la sécurité alimentaire.

Un dispositif mis en place par les membres du cluster organise et coordonne la réalisation des enquêtes et évaluations de la sécurité alimentaire (EFSA, FSMS, SRMS), la collecte des données de routine (prix), l’analyse et la diffusion des informations collectées à travers les mécanismes et outils existants (cluster, bulletins d’information trimestriels sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle).

Activité 3.c: Analyses IPC et ciblage des ménages vulnérables.

L’IPC est une analyse factuelle, harmonisée et consensuelle de la sécurité alimentaire, basée sur toutes les informations collectées au travers des diverses enquêtes et analyses listées au point relatif à l’activité 3.b ci-dessus. Elle sera complétée par des enquêtes de ciblage des ménages basées sur la vulnérabilité pour une meilleure efficacité de l’assistance alimentaire et agricole dans un contexte de rareté des ressources financières.

Cadre logique opérationnel

Objectif général: Fournir une assistance alimentaire et agricole d’urgence, afin de sauver des vies, de rétablir la sécurité alimentaire et de protéger les moyens de subsistance des personnes affectées par des crises alimentaires et de moyens de subsistance aigües.

Objectif spécifique 1: Répondre aux besoins alimentaires d’urgence et assurer la production alimentaire d’urgence des populations affectées par les crises.

Indicateur outcome: Pourcentage des populations ayant un score de consommation alimentaire supérieur à 28.

Résultat attendu: 80% des populations en situation de crise, assistées, ont un score de consommation alimentaire supérieur à 28.

Méthode de monitoring: Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (deux fois par an).

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
1a: Aide alimentaire.	Déplacés, retournés, expulsés, ménages victimes de catastrophes naturelles, familles d’enfants malnutris, PVVIH.	Nombre de bénéficiaires ventilé par sexe. Quantité d’aliments distribués.	1 350 000 personnes assistées (270 000 ménages assistés).
1b: Distribution d’intrants agricoles.	Déplacés, retournés, expulsés, ménages victimes de catastrophes naturelles, familles d’accueil, familles d’enfants malnutris, PVVIH.	Nombre de ménages ventilé par sexe recevant un appui agricole, quantité d’intrants distribués	658 000 ménages assistés en intrants agricoles.

Objectif spécifique 2: Renforcer les moyens de subsistance et de résilience des ménages vulnérables.

Indicateur outcome: Pourcentage des ménages très vulnérables à moyens d’existence fragilisés, identifiés suite aux enquêtes ménages localisées ayant amélioré leurs sources de revenu afin d’assurer les besoins de base.

Résultat attendu: Plus de 60% des ménages très vulnérables à moyens d’existence fragilisés, identifiés suite aux enquêtes ménages localisées et bénéficiaires des interventions de type monétaire, ont amélioré leurs sources de revenu, et peuvent assurer leurs besoins de base.

Méthode de monitoring: Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (deux fois par an).

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
2a: Activités génératrices de revenus.	Retournés, ménages victimes de catastrophes naturelles, familles d’accueil.	Nombre de groupements communautaires bénéficiaires.	500 organisations communautaires de base.
2b: Réhabilitation des pistes de dessertes agricoles.	Déplacés, retournés, ménages victimes de catastrophes naturelles, familles d’accueil.	Km de pistes rurales réhabilités, nombre de bénéficiaires.	700 km 10 000 ménages.
2c: Sensibilisation aux bonnes pratiques nutritionnelles et promotion de la production alimentaire diversifiée.	Familles d’enfants malnutris.	Nombre de ménages ayant reçu un kit maraîcher, nombre de centres nutritionnels assistés.	100 000 ménages 200 centres nutritionnels.
2d: Réponse d’urgence aux épizooties et phytopathologies.	Déplacés, retournés, ménages victimes de catastrophes naturelles, familles d’accueil.	Nombre de ménages dont le cheptel est vacciné ou nombre de bénéficiaires de macro-plants ou de variétés améliorées.	75 000 ménages.

Objectif spécifique 3: Réorganiser et redynamiser le système de collecte d’informations et de suivi de la sécurité alimentaire.

Indicateur outcome: Nombre d’alertes et de plaidoyers lancés au bénéfice des ménages très vulnérables et sans ressources.

Résultat attendu: Au moins trois alertes sont lancées et deux notes de plaidoyer sont diffusées.

Méthode de monitoring: Activités du cluster Sécurité alimentaire et des autres organes de coordination.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
3a: Evaluation des besoins.	Ménages vulnérables.	Nombre de missions conjointes.	Au moins six missions.
3b: Suivi de la sécurité alimentaire.	Ménages vulnérables.	Nombre de rapports d’enquêtes et de bulletins publiés.	Au moins 2 rapports et 12 bulletins.
3c: Analyses IPC et ciblage des ménages vulnérables.	Ménages vulnérables.	Nombre de cycles IPC.	Deux cycles d’analyse.

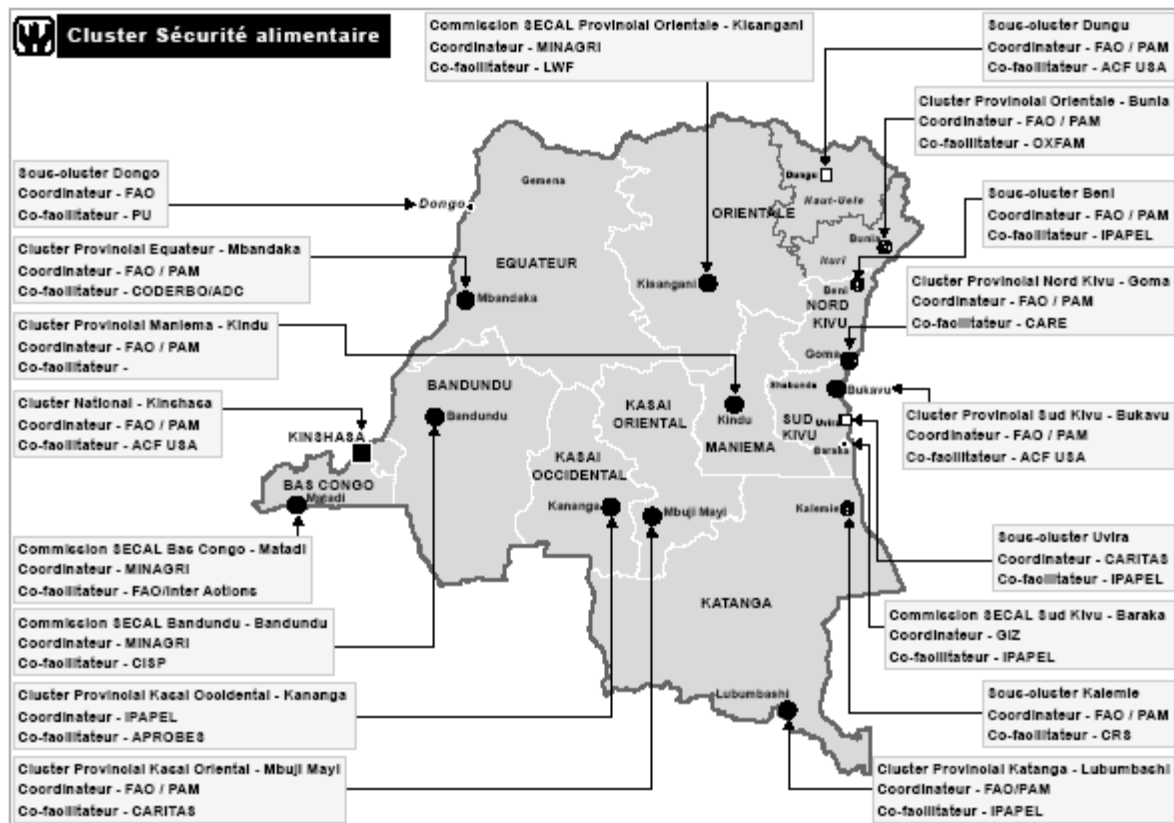
Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

- Manque de financement des activités liées à la sécurité alimentaire.
- L’enclavement d’une grande partie des bassins de production agricole (plus de 50% des routes en mauvais état et plus de 75% des pistes de desserte agricole impraticables) limitant les interventions des acteurs dans les zones sensibles.
- Une couverture géographique inégale des zones de crises par les acteurs de la sécurité alimentaire, liée le plus souvent aux difficultés d’accès physique, limitant ainsi la capacité d’intervention dans certaines zones enclavées, pourtant en situation alimentaire d’urgence.
- Les dysfonctionnements des marchés d’approvisionnement, limitant fortement l’accès des populations vulnérables à une alimentation suffisante et équilibrée.

Budget opérationnel

Le budget est construit sur la base des coûts unitaires élaborés à partir de l'expérience passée. Les coûts de l'aide alimentaire et agricole s'expliquent par le fait que la plus grande partie se réalise encore par des distributions en nature, ce qui entraîne d'importants coûts logistiques (achat, transport, traitement, conditionnement, entreposage, distribution). Les besoins alimentaires et agricoles sont les plus importants au niveau des populations vulnérables en situation de crise.

1: Activités	Population ciblée		Prix unitaire	Budget(\$)
Aide alimentaire	1 500 000	personnes	77.50	116 250 000
Appuis agricoles	948 134	ménages	133	126 101 815
Réponse d’urgence aux épizooties et phytopathologies	1		6 133 939	6 133 939
Evaluation des besoins (MSA)	1		1 000 000	1 000 000
Suivi de la sécurité alimentaire (EFSA, FSMS, prix)	1		1 000 000	1 000 000
Analyse IPC et ciblage des ménages basé sur la vulnérabilité	1		700 000	700 000
2: Fonctionnement du cluster (part non couverte)	1		849 600	849 600
Budget total du cluster sécurité alimentaire pour l'année 2013				252 035 354





Assistance multisectorielle aux besoins spécifiques des réfugiés

Coordonnateur du secteur	HCR
Co-facilitateur(s)	
Partenaires de mise en œuvre	CNR, SFCG, ADSSE, AIGLONS, ERUKIN, CDI, AIDES, OIM, AIRD,WFWI, PLD, CAMPS, FEMISA, HOPE IN ACTION, MAAS, SAVE THE CHILDREN, GRACE, ACF, UNVs, ADRA, ARAL, OXFAM-QUEBEC, INTERSOS, CIP, CARITAS Allemagne, MEDAIR, PAM, UNICEF, UNFemmes et UNHABITAT.
Objectif général du secteur	* Assurer la protection et l'assistance des réfugiés et demandeurs d'asile en RDC. * Assurer la logistique des rapatriements vers la RDC.
Populations affectées	140 406 réfugiés. 63 500 rapatriés.
Populations ciblées	140 406 réfugiés. 63 500 rapatriés.
Fonds demandés	\$59 907 828.
Contacts	Massan Dossou, dossou@unhcr.org

Conformément au statut particulier qui a été conféré au Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) par l'assemblée générale des Nations Unies, la protection et l'assistance aux réfugiés est fournie de façon globale et non par secteurs d'intervention. Il n'y a donc pas de réunion de type cluster relative aux réfugiés mais une planification participative avec les principaux acteurs concernés: gouvernement de la RDC, le HCR, partenaires opérationnels et de mise en œuvre, et bénéficiaires. En 2013, le HCR travaille avec 19 partenaires en RDC.

Situation et besoins identifiés

Les estimations au début de 2013 donnent: 140 406 réfugiés en RDC. Ce chiffre tient compte de 35 000 ex-réfugiés candidats à l'intégration locale, et de 11 000 ex-réfugiés angolais en attente de rapatriement.

La clause de cessation du statut de réfugié a été prononcée depuis juin 2012 pour les réfugiés angolais. Trouver des solutions durables pour ceux qui ont décidé de rester en RDC constitue un sujet de préoccupation pour le HCR qui devra redoubler d'efforts pour assurer l'intégration socio-économique locale des réfugiés concernés. Ces réfugiés bénéficieront d'un permis de séjour ou d'une éventuelle naturalisation. Mais cette dernière option n'est pas privilégiée par le Gouvernement de la RDC. C'est pourquoi, au-delà de l'assistance apportée par le HCR à la délivrance de certificats de naissance par le gouvernement, il doit également œuvrer afin de trouver des solutions contre les risques d'apatridie. Cette situation rend les réfugiés vulnérables, en outre, à l'exploitation et aux violences sexuelles, à la pauvreté, à la discrimination et au refoulement (notamment à titre de mesure réciproque vis à vis des expulsions des Congolais de l'Angola).

Parmi les 140 406 réfugiés, un groupe de Rwandais, estimé à 51 245 par le Gouvernement congolais, reste inaccessible, réduisant ainsi leur accès à la protection et à l'assistance humanitaire. Les opérations militaires continues dans l'est accroissent l'isolement de ces populations. Par ailleurs, des cas de recrutements forcés sont toujours enregistrés et le nombre

d'enfants non accompagnés ou séparés continue d'augmenter. Le groupe de ces Rwandais inaccessibles, bien qu'étant reconnu *prima facies* n'a pas bénéficié d'une reconnaissance de statut individuel et ne possède donc pas de documentation attestant de leur nationalité.

Les opérations de rapatriement vers le Rwanda, l'Angola ou le Burundi se poursuivront. Pour ceux qui ne souhaitent pas se prévaloir de la protection de leur état d'origine, le HCR œuvre à des solutions pour leur intégration locale.

Concernant les réfugiés urbains, le HCR a procédé lors de sa planification, à une évaluation participative intégrant les critères d'âge, de Genre et tenant compte des groupes sociaux ou religieux minoritaires. Les résultats de cette évaluation comme ceux d'une étude socio-économique élaborée l'année dernière, ont fait apparaître que le capital financier des réfugiés est plus faible que celui des autochtones. Il est donc primordial de continuer à renforcer et de soutenir l'autosuffisance des ménages les plus vulnérables pour envisager une stratégie de sortie. En raison de cette vulnérabilité économique et de leur statut spécifique, les réfugiés urbains sont également souvent exploités par la communauté hôte ou harcelés par les autorités. En 2012, le HCR a assisté 3 153 réfugiés urbains, à Kinshasa (2 220), Lubumbashi (468), Goma (241) et Bukavu (224) dans les secteurs de l'éducation (primaire et secondaire), les soins de santé et l'assistance ponctuelle aux personnes à besoins spécifiques telles que les malades chroniques, les personnes vivant avec le VIH et soutient leur intégration à travers un programme d'appui en capital aux auto entrepreneurs.

Depuis fin 2011, la Province de l'Equateur a commencé à recevoir des réfugiés de la RCA fuyant l'insécurité dans leur pays. Au 31 septembre, leur nombre était de 3 004 personnes. Ces personnes, vivant dans des zones inaccessibles sont relocalisées vers une zone plus sécurisée et accessible sur le site de Worobe près de Zongo. En dehors de la protection internationale, ces populations ont besoin d'une assistance multisectorielle qui leur permettra d'accéder aux services et besoins essentiels comme les abris, l'alimentation, la santé, le EHA, l'éducation, les biens non alimentaires (NFI).

En Province Orientale, près de 3 338 réfugiés, provenant en majorité du Soudan, attendent une assistance humanitaire dans le Bas-Uélé. La survie de ces réfugiés dépend de l'assistance humanitaire en raison de l'environnement hostile qui ne leur permet pas de prétendre à l'intégration ou à l'autosuffisance.

Au vu de la situation sécuritaire précaire en RSS et en RCA, on peut s'attendre en 2013 à une arrivée de réfugiés en provenance de ces deux pays.

Les demandeurs d'asile sont également très vulnérables car le processus de détermination du statut de réfugié connaît d'importants arriérés. La CNR procède seule à la détermination du statut de réfugié pour les requérants d'asile. Néanmoins, la CNR a encore besoin du soutien du HCR qui œuvre au renforcement de ses capacités.

Le HCR est également en charge de la facilitation du retour en RDC des réfugiés congolais se trouvant dans les pays voisins. Le chiffre de planification pour 2013 est de 63 500 personnes, parmi lesquelles 47 000 de la RDC vers l'Equateur. Le budget présenté dans ce chapitre comprend donc les activités du rapatriement (et non celles de la réintégration, qui sont traitées à travers les clusters). Le rapatriement comprend: le transport par bateau et par camion, les camps de transit, les premiers NFI, le dépistage médical, les activités de soins, l'alimentation, l'approvisionnement en eau durant le transit, et le *cash grant* (transport terminal).

Ciblage et priorisation

Répartition des réfugiés par nationalité et par province:

Nationalité	Province									Nombre de réfugiés
	Bandundu	Bas Congo	Katanga	Kasaï Orienta I	Kinshasa	Nord-Kivu	Sud-Kivu	Province Orientale	Equateur	
Angolais	238	45 896	16 025		9 656					71 815
Rwandais	3		426	1577	73	30 019	19 448		287	51 833
Burundais			271	43	38	278	8 759			9 389
Ougandais					17			0		17
Congolais		597			135					732
Centrafricains					33			1 028	3 004	4 065
Soudanais					44			2 461		2 505
Autres			33		17					50
Total	241	46 493	16 755	1 620	10 013	30 297	28 207	3 489	3 291	140 406

Critères de ciblage

Tous les réfugiés identifiés à l'exception des réfugiés rwandais qui vivent dans des zones inaccessibles de l'est, bénéficient de la protection juridique (documentation, protection contre le refoulement, détention arbitraire).

Une assistance matérielle est apportée aux réfugiés de la RCA et de la RSS, aux réfugiés urbains vulnérables et lors des opérations de rapatriement au départ de la RDC.

Plan de réponse

Objectif général

Assurer la protection et l'assistance des réfugiés et demandeurs d'asile en RDC.

Explication de la stratégie

Le mandat de protection et d'assistance du HCR pour les réfugiés et demandeurs d'asile en RDC comprend quatre axes principaux:

1. Renforcer la capacité des organes institutionnels du pays à œuvrer pour la protection des réfugiés, disséminer les droits des réfugiés à un large public, améliorer la documentation et la reconnaissance du statut de réfugié et lutter contre les risques d'apatridie.
2. Trouver des solutions durables: (i) Intégration locale pour les réfugiés angolais qui ont décidé de rester en RDC après la clause de cessation de juin 2012; (ii) Rapatriement ou intégration locale pour les réfugiés rwandais (en prévision de la clause de cessation en 2013). Le 'HCR continuera à promouvoir le rapatriement des autres réfugiés comme les Burundais et les Centrafricains vivant en milieu urbains tout en assistant le Gouvernement de la RDC à concevoir un cadre pour l'intégration locale des personnes qui ne souhaiteraient pas être rapatriées et mettre en place des procédures d'exemption pour les cas résiduels qui se réclameraient encore de la protection internationale, et enfin, envisager la réinstallation dans des pays tiers des personnes pour qui cette solution s'avèrerait la meilleure, du moment qu'ils répondent aux critères et selon la disponibilité des pays d'accueil éventuels; (iii) La facilitation du retour des réfugiés congolais des pays voisins, notamment de la République du Congo vers l'Equateur.

3. (i) Fournir une assistance multisectorielle aux réfugiés de la RCA en Equateur et ceux de la RSS dans la Province Orientale; (ii) Assister, sur base de critères de vulnérabilité, les réfugiés en milieu urbain pour la scolarisation, l'accès aux soins de santé primaires, y compris le traitement soins et soutiens en rapport avec le VIH; (iii) Trouver des solutions pour assurer une autosuffisance aux plus vulnérables dépendants de l'assistance humanitaire.

4. Assurer la logistique et la coordination de toutes les opérations en faveur des réfugiés.

Font partie des aspects transversaux de cette stratégie: (i) La participation communautaire, (ii) Le Genre et la diversité, (iii) La prévention et réponse au VIH, (iv) La coexistence pacifique, (v) La protection de l'environnement et (vi) La promotion de l'autosuffisance.

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Assurer un environnement de protection favorable pour les réfugiés et demandeurs d'asile.

OS1

Activité 1.a: Renforcement des capacités des acteurs gouvernementaux sur la procédure d'asile et sur le processus de détermination du statut de réfugié: détermination du statut, enregistrement et documents civils individuels (y compris les certificats de naissance, des documents de voyages, la carte de réfugiés); confidentialité, respect de droits. Des procédures d'opérations standard seront mises en place pour être appliquées sur l'ensemble du territoire. Le transfert de la base de données du HCR à la CNR et la formation du personnel de la CNR devront continuer.

Activité 1.b: Sensibilisation sur les conventions relatives à l'apatridie et plaidoyer pour leur ratification par l'Etat congolais. Dissémination de la Convention de 1954 relative au statut des apatrides et de la Convention de 1961 sur la réduction des cas d'apatridie auprès des autorités gouvernementales, des partenaires du HCR, des médias et explication du mandat du HCR à cet égard et sensibilisation du public sur le respect des droits des réfugiés; sensibilisation des réfugiés sur leurs droits et devoirs ; prévention et réponse aux risques d'apatridie, spécialement dans les deux Kivus: en plaidoyer, formations, révision/développement, application, ratification, dissémination et sensibilisation sur les instruments légaux nationaux, régionaux et internationaux sur l'apatridie; identification et suivi de protection des cas.

Activité 1.c: Protection individuelle des réfugiés contre les violences et l'exploitation: prévention - et assistance physique, médico-psycho-sociale et légale aux victimes de violences sexuelles et celles basées sur le Genre, de détention arbitraire, de restriction de la liberté de mouvement, de recrutements forcés. La protection des enfants (enfants séparés, enfants associés aux forces et groupes armés) fait partie de ces activités.

Objectif spécifique 2: Apporter une assistance multisectorielle aux réfugiés dans les sites et aux vulnérables en milieu urbain.

OS1

Activité 2.a: Les nouveaux réfugiés dans les sites en Equateur et dans la Province Orientale et les réfugiés urbains en fonction des critères de vulnérabilité bénéficieront en plus de la protection physique et juridique, d'une assistance multisectorielle en services de base:

- Santé publique, VIH et nutrition.
- Education.
- Assistance aux personnes avec besoins spécifiques.

- Ustensiles domestiques de base (NFI).
- EAH.
- Abris d’urgence.
- Autonomisation et moyens de survie.

Activité 2.b: Les réfugiés en milieu urbain seront assistés suivant les critères de vulnérabilité établis, en santé (y compris le traitement, soins et soutien en rapport avec le VIH): scolarisation, allocations de subsistance, supplément nutritionnel, kits hygiéniques, kits bébé, frais d’inhumation.

Objectif spécifique 3: Promouvoir les solutions durables pour les réfugiés.

OS4

Activité 3.a: Promotion et facilitation du rapatriement volontaire. Poursuite du rapatriement volontaire des réfugiés angolais (11 000), rwandais (10 000): information/mobilisation, enregistrement, réception, séjour dans les centres de transit, examens médicaux et vaccinations, *cash grants* et NFI, coordination transfrontière, transport vers le pays d’origine.

Activité 3.b: Soutien à l’intégration locale des réfugiés qui ont choisi de ne pas retourner dans leur pays d’origine (comme les 35 000 ex-réfugiés angolais), en facilitant leur intégration juridique (carte de séjour ou naturalisation) et socio-économique (plaidoyers locaux pour la bonne coexistence, projets communautaire, activités génératrices de revenus, apprentissage, orientation et accès à l’emploi, accès à la terre).

Activité 3.c: Réinstallation dans un pays d’accueil tiers pour les réfugiés dont la situation personnelle l’exige et qui ne peuvent pas être rapatriés, ni s’intégrer en RDC et qui répondent aux critères des pays d’accueil (information, communications avec différentes documentation, soumission des dossiers, examens médicaux, transport).

Objectif spécifique 4: Assurer la logistique et la coordination de toutes les opérations en faveur des personnes relevant du mandat du HCR.

OS4

Il s’agit d’une série d’interventions transversales qui tient compte, entre autres: les approvisionnements (locaux et internationaux), l’entreposage, l’entretien du matériel, le transport, la communication, l’information et technologie, l’appui technique, le suivi et évaluation des opérations; le renforcement de la coordination entre - et avec - les partenaires et les donateurs, les missions d’évaluations conjointes, les briefings, le reportage en temps utile.

Cadre logique opérationnel

Objectif général: Assurer la protection et l’assistance des réfugiés et demandeurs d’asile en RDC.

Objectif spécifique 1: Assurer un environnement de protection favorable pour les réfugiés et demandeurs d’asile.

Indicateur *outcome*: 100% des réfugiés et demandeurs d’asile vivant dans un environnement respectueux de leurs droits.

Résultat attendu: les réfugiés et demandeurs d’asile vivent dans un environnement respectueux de leurs droits.

Méthode de monitoring: Rapport annuel d’évaluation de la protection du HCR et de la CNR.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs <i>output</i>	Résultats attendus
Activité 1a: Renforcement des capacités des acteurs gouvernementaux sur la procédure d’asile et sur le processus de détermination du statut de réfugié. Processus de documentation et de protections favorables.	Tous les enfants réfugiés en RDC.	% des enfants de < 12 ans qui ont reçu un certificat de naissance.	> 80% enfants réfugiés < 12 ans ont un certificat de naissance.
Activité 1b: Sensibilisation sur les conventions relatives à l’apatridie et plaidoyer pour leur ratification, dissémination de la Convention et du droits des réfugiés, sensibilisation du public sur le respect des droits de réfugiés; sensibilisation des réfugiés sur leurs droits et devoirs, prévention de l’apatridie.	Autorités gouvernementales, ONGs partenaires du HCR, médias, populations hôtes et réfugiés. Rwandophone en RDC.	Nombre de personnes et sessions de sensibilisation/formation relatives aux droits et devoirs de réfugiés par lieu d’intervention. % des personnes enregistrées individuellement.	Les partenaires du Gouvernement, ONGs, partenaires, le public, les réfugiés sont informés des droits et devoirs des réfugiés. Des mesures sont en place pour minimiser les risques d’apatridie.
Activité 1c: Protection individuelle des réfugiés contre les violences et l’exploitation.	Réfugiés, partenaires, autorités (femmes, enfants, hommes).	Nombre de cas rapportés. Nombre de réfugiés assistés individuellement suite à un incident de protection.	50% de cas des réfugiés victimes d’un incident de protection sont documentés. 90% des cas connus et victimes d’un incident de protection sont assistés et suivis.

Objectif spécifique 2: Apporter une assistance multisectorielle aux réfugiés dans les sites et aux vulnérables en milieu urbain.

Indicateur *outcome*: Proportion de réfugiés bénéficiant de l’assistance multisectorielle.

Résultat attendu: 100% des réfugiés centrafricains du camp de Worobe et 20% de réfugiés urbains (vulnérables) ont accès aux services essentiels de base (assistance multisectorielle).

Méthode de monitoring: Rapports du HCR, partenaires, zone de santé.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs <i>output</i>	Résultats attendus
Activité 2a: L’assistance pour l’accès aux soins de santé primaire et à la nutrition.	Réfugiés sur sites, en milieu urbain, candidats au rapatriement de la RDC. Enfants de < 5ans à risque.	Nombre de réfugiés urbains ayant bénéficié d’une assistance médicale. Taux de mortalité globale parmi les références/référents ? sur site/camp. GAM	100% des réfugiés urbains et toutes les personnes vulnérables en milieu urbain reçoivent des soins de santé primaire. GAM < 10%
Activité 2b: L’assistance à l’éducation.	Enfants de 5 à 17 ans réfugiés urbains et des camps/sites.	Taux de scolarisation des enfants de 5 à 17 ans.	100% des enfants réfugiés de 5 à 17 ans sont scolarisés.
Activité 2 c: L’assistance aux personnes à besoins spécifiques.	Réfugiés urbains et des sites camps/sites avec besoins spécifiques.	% des personnes à besoins spécifiques assistées.	100% des personnes à besoins spécifiques sont assistées.

Activité 2d: NFI.	Réfugiés urbains et des sites/ camps.	% des personnes ayant reçues des NFI.	100% des personnes ayant reçues des NFI.
Activité 2e: EAH	Réfugiés sur sites/camps.	Nombre de cas de maladies diarrhéiques.	Zéro cas de choléra dans les camps/sites.
Activité 2f: Abris d'urgence.	Réfugiés sur sites/camps.	Nombre d'abris construits/érigés pour les vulnérables.	100% des personnes avec besoins spécifiques bénéficient d'un abri.
Activité 2g: moyens de survie (<i>livelihood</i>).	Réfugiés en milieu urbain et sur sites/camps.	Nombre des personnes ayant bénéficié d'une AGR.	Au moins 50% des bénéficiaires sont des femmes.

Objectif spécifique 3: Promouvoir les solutions durables pour les réfugiés.

Indicateur *outcome*: Nombre de réfugiés bénéficiant d'une solution durable (rapatriement volontaire, installation locale, réinstallation).

Résultat attendu: 60 010 réfugiés (46 000 Angolais, 10 000 Rwandais et 4 000 Burundais et dix candidats à la réinstallation) bénéficient d'une solution durable.

Méthode de monitoring: Base de données du HCR.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs <i>output</i>	Résultats attendus
Activité 3a: La promotion et facilitation du rapatriement volontaire.	Réfugiés angolais, rwandais.	Nombre de réfugiés rapatriés.	11 000 Angolais, 10 000 Rwandais et 4 000 Burundais sont rapatriés avec dignité. 63 500 Congolais reviennent chez eux avec dignité.
Activité 3b: Soutien à l'intégration locale.	Réfugiés angolais, urbains et autres candidats.	Nombre de réfugiés assistés avec un kit d'installation locale.	35 000 ex-réfugiés angolais sont assistés dans le processus d'intégration locale.
Activité 3c: Réinstallation des réfugiés répondant aux critères.	Réfugiés éligibles.	Nombre de réfugiés réinstallés dans un pays tiers.	Dix candidats éligibles sont réinstallés.

Objectif spécifique 4: Assurer la logistique et la coordination de toutes des opérations en faveur des personnes relevant du mandat du HCR.

Indicateur *outcome*: % d'approvisionnement fait dans les délais.

Résultat attendu: une logistique et une coordination qui répond à temps aux besoins de la réponse humanitaire solution durable.

Méthode de monitoring: Base de données du HCR.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs <i>output</i>	Résultats attendus
Activité 4a: La logistique et appui opérationnel.	Réfugiés en milieu urbain et sur sites/camps.	% livraison faits dans les délais.	Livraison dans les délais des objets indispensables à la survie humaine.
Activité 4b: La coordination et le partenariat.	Réfugiés en milieu urbain et sur sites/camps.	Les partenaires ont un plan de travail conjoint.	Les équipes sur terrain ont le soutien technique requis.

Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

- L’insécurité et le mauvais état des routes empêche le HCR et d’autres humanitaires d’accéder aux populations en besoin d’assistance humanitaire.
- Les conflits récurrents handicapent l’implémentation des programmes.
- Difficulté à attirer des partenaires dans les zones à risque.

Budget opérationnel

Le tableau ci-dessous montre le budget total approuvé par le comité exécutif du HCR. La rubrique « Intégration locale » concerne essentiellement les réfugiés angolais, et s’élevait à l’origine à \$7 667 668. Le montant a été ramené à \$3 667 668, en espérant économiser \$4 000 000, si le Gouvernement de la RDC accepte d’exonérer les permis de résidence pour les Angolais décidant de rester en RDC.

Assistance pour les réfugiés - PAH 2013		Description des bénéficiaires	NOMBRE de bénéficiaires	Coût unitaire USD	Coût total USD
Objectif 1	Assurer un environnement de protection favorable	Tout réfugié en RDC	140 406		9 034 086
	Renforcement des capacités des acteurs gouvernementaux sur la procédure d’asile et sur le processus de détermination du statut de réfugié. Processus de Documentation et de Protection favorables		140 406		4 168 644
	Sensibilisation sur les conventions relatives à l’apatridie et plaidoyer pour leur ratification. Dissémination de la Convention et du droits des réfugiés.		140 406		1 701 681
	Sensibilisation du public sur le respect des droits de réfugiés ; sensibilisation des Prévention et Réponse aux incidents de Protection protection (détention, SGBV, ENA, etc.)		140 406		3 163 761
Objectif 2	Apporter une assistance en besoins essentiels	Tous réfugiés	140406		6 415 802
	Santé Publique, VIH et Nutrition		140406		1 600 229
	Education	3 enfants de 5 à 17 ans : urbains et dans les camps	18720		694 292
	Assistance aux personnes avec besoins spécifiques		20000		337 297
	Ustensiles domestiques de base (NFIs)		140406		428 773
	EAH (Eau, Assainissement et Hygiène)		140406		389 646
	Abris d’urgence		6000		322 146
	Autonomisation et Moyens de survie		140406		2 643 419
Objectif 3	Promouvoir les solutions durables	Ref urbains et ruraux	123510		37 116 317
	Rapatriement Volontaire	Vers les autres pays	25000		7 985 710
		Congolais de retour	63500		21 734 959
	Intégration locale		35000		3 667 668
	Réinstallation		10		3 727 980
Objectif 4	Assurer la logistique et le coordination des opérations	Toutes opérations en faveur des réfugiés et	140406		7 341 623
	Logistique et appui opérationnel		140 406		5 506 042
	Coordination et Partenariat		140 406		1 835 581
TOTAL USD					59 907 828



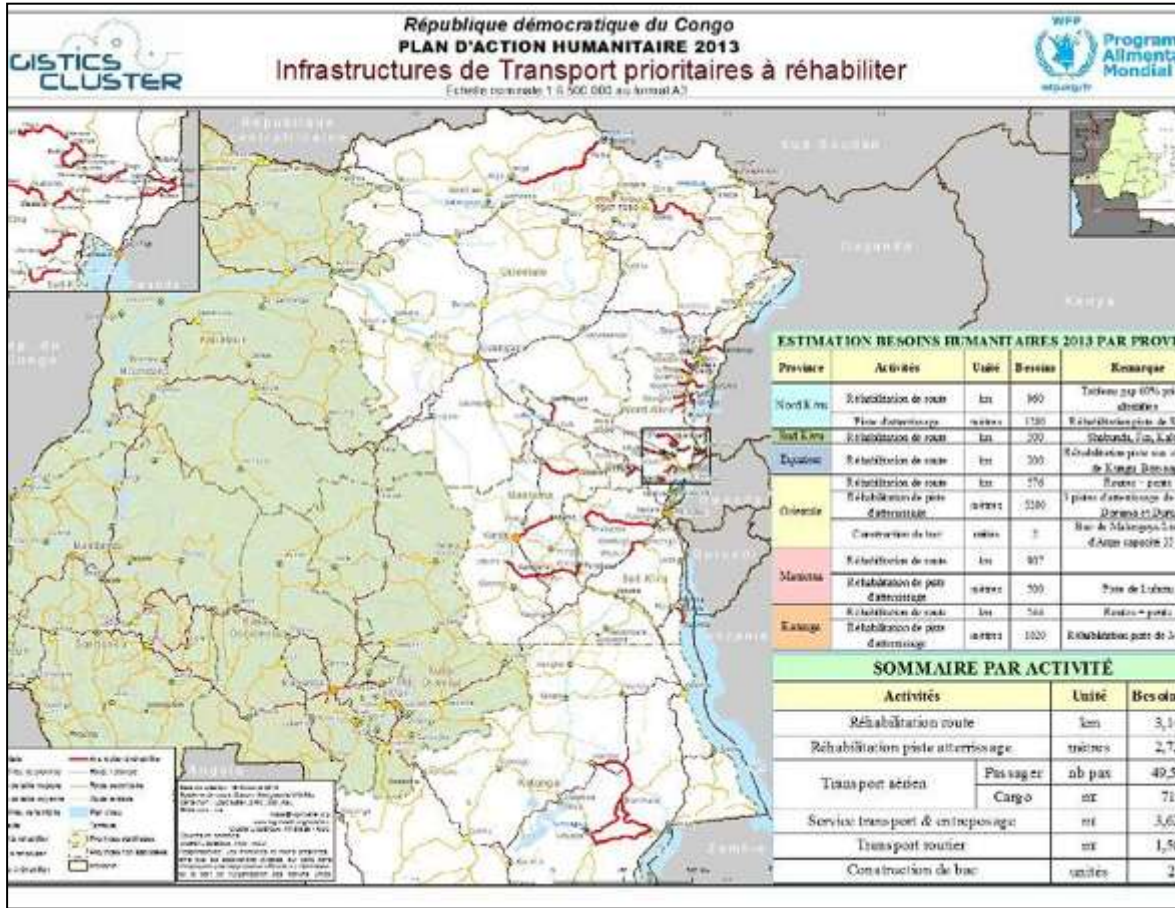
Logistique

Coordonateur du secteur	PAM
Co-facilitateur(s)	CARITAS CONGO.
Partenaires de mise en œuvre	Handicap International/Atlas International, Caritas Développement, AVSI, Helpage RDC, IedaRelief; Primar Synergie, AAP, AVSI, PAM, Medair, Intersos, Christian Aid, Adra, Acted, HCR; PAM/UNHAS, ASF France; MAF, ECHO FLIGHT, UNICEF, Première Urgence, Solidarité, OIM, Première Urgence, UNOPS, Medair, La Concorde, MONUSCO, Solidarites, Aldi, Oxfam GB, Mercy Corps, Cesvi, Coop, Fao, Oxfam Quebec, ACF, Acodes, Action Aid, Adepae, Adra, Care International, Concern, Echo, Gead Congo, GIZ, Helpage, MSF France/Belgique/Hollande, NRC, Réseau Arda, SLAO, TearFund, World Relief, World Vision, Office des Routes, DVDA, Foner, Ministère de TPI, Soderu, Diobass, AAA, Parest, BDD Butembo, ADC, Sicogim, MSB, Acodes, Malteser International, War Child International, AED, IMC, PIN, AAP, Acted, Primar, ODR, Asovug, Afedem, Grad, Avsi, Midima, CRS, Revivre, AMI, PNUD, CTB, La Brume, OREBO, Gashe, Fondation Albihar, Oxfam GB, MAG, UNMACC, ACTED, OMS, ADP, GAPROF, OCHA, DCA, FH, COLFHADEMA, SNCC, OVD, ACS, YMCA, DFF, Fondation Tunda.
Objectif général du secteur	Améliorer l'accès des humanitaires aux populations vulnérables.
Fonds demandés	\$80 892 312.
Contacts	Denis Gravel – denis.gravel@wfp.org Thony Kadogo - thony.kadogo@wfp.org Cleophas Nzengu – cnzengu@caritasdev.cd

Situation et besoins identifiés

Les organisations membres du Cluster Logistique ne fournissent pas une aide directe aux populations dans le besoin, mais œuvrent à rendre possible le travail des acteurs humanitaires. A ce titre, la priorité du Cluster Logistique reste les problèmes d'accessibilité physique aux zones d'intervention. Ce problème devient encore plus aigu avec les interventions des humanitaires dans des zones de plus en plus éloignées des centres provinciaux, telles qu'Ango, en Province Orientale, ou Walikale au Nord-Kivu. Malgré les efforts déployés par les différents acteurs pour la réhabilitation des infrastructures routières, celles-ci sont bien souvent dans un état lamentable et parfois inexistantes. Ce problème empêche les populations dans le besoin de certaines zones du nord et Sud-Kivu, comme Walikalle, Rutshuru, ou encore Shabunda, ainsi que Manono et Mitwaba au Katanga de recevoir une assistance humanitaire efficace. Il est donc indispensable de poursuivre les efforts de réhabilitation des infrastructures de transport dans les zones de conflit. Dans certaines provinces, le cluster est appelé à répondre à des problèmes spécifiques: par exemple l'accès routier à Ango n'est présentement possible que pour les véhicules légers. Des bacs de 35 mt sont requis pour faciliter le transport de vivres et de non vivres dans cette région. Il en est de même dans les territoires du district de Tanganyika, au Katanga.

Lacunes logistiques identifiées par les humanitaires



L’assistance en transport aérien pour les acteurs humanitaires reste primordiale dans l’ensemble de la RDC. Le besoin de capacités communes de transport et d’entrepôts se confirme d’année en année et augmente avec les interventions dans de nouvelles zones où ces capacités sont limitées ou inexistantes. Les partenaires humanitaires ont exprimé le souhait de voir maintenus et renforcés les services logistiques inter agences du PAM pour l’entreposage et de les étendre dans les zones les plus éloignées.

Etant donnée la difficulté de trouver des financements pour la réhabilitation d’infrastructures routières utilisées par les humanitaires, ceux-ci espèrent que des améliorations viendront aussi des programmes de stabilisation STAREC et SPACE. Toutefois, les priorités de ces programmes ne vont pas nécessairement aux infrastructures empruntées par la communautaire humanitaire.

Ciblage et priorisation

Critères de ciblage

Le Cluster Logistique, venant en appui aux partenaires humanitaires, doit aligner ses interventions sur les besoins exprimés par ces derniers. Des consultations se tiennent de manière continue, à travers diverses réunions aux niveaux local, provincial et national. Les activités de réhabilitation d’infrastructures routières visent les axes routiers identifiés comme prioritaires par les humanitaires. Il s’agit des routes qui mènent vers les zones de déplacement massif de populations, vers les zones de retour et vers les zones de vulnérabilité aigüe où l’intervention humanitaire est urgente. Les activités des transporteurs aériens sont guidées par les utilisateurs lors des réunions des « groupes d’utilisateurs » sur base des besoins auxquels il

faut répondre et des zones d’intervention. C’est ainsi que de nouvelles destinations sont ajoutées aux itinéraires réguliers des opérateurs aériens.

Critère de priorisation

Suivant la même logique, le Cluster Logistique s’aligne sur les priorités établies par les organisations humanitaires. En cas de ressources limitées, les interventions du cluster Logistique privilégieront les opérations qui répondent aux critères de *life saving* et d’impact maximal.

Plan de réponse du cluster

Objectif général

Améliorer l’accès des humanitaires aux populations vulnérables.

Explication de la stratégie

La stratégie du Cluster Logistique repose sur trois axes d’intervention:

1) Réhabilitation d’infrastructures de transport

Le Cluster Logistique entend poursuivre les activités de réhabilitation d’infrastructures routières et de pistes d’atterrissage, en particulier dans les zones dites de conflit, tout en tenant compte des initiatives de stabilisation en cours dans les zones ciblées ainsi que des programmes de réhabilitation et d’entretien des agences de tutelle du Gouvernement congolais. Lors de ces interventions, des moyens de sensibilisation sur les thèmes du VIH, des violences sexuelles, du Genre et de l’environnement seront utilisés, comme par exemple la production de T-shirts et l’affichage de panneaux.

2) Assistance logistique aux partenaires humanitaires

Transport aérien: analyse des besoins identifiés et exprimés par les partenaires humanitaires et maintien de la capacité de transport de passagers et cargo pour desservir les différentes localités difficiles d’accès où la présence des humanitaires est requise.

Transport, entreposage et gestion de base logistique: les services logistiques inter agences (services provisions) opérés par le PAM seront maintenus sur la base du recouvrement total des coûts. Ces services peuvent toutefois être offerts gratuitement à la communauté humanitaire dans le cadre de nouvelles urgences, en cas de financement des fonds communs. Les camions tout terrain du PAM peuvent ainsi être mis au service des humanitaires dans les zones où le transport commercial n’est pas disponible et dans les zones de conflit telles que Goma au Nord-Kivu, Dungu en Province Orientale ou encore Kalemie au Katanga. A Walikale, dans le Nord-Kivu, il est prévu de maintenir la plateforme logistique gérée par Handicap/Atlas.

3) Coordination, monitoring et reporting du Cluster Logistique

Coordination: maintien des réunions du cluster au niveau national et dans les provinces où le cluster est actif. Renforcement des échanges d’information sur l’exécution des programmes de réhabilitation d’infrastructure avec les programmes STAREC, SPACE (UNOPS), MONUSCO et agences gouvernementales de tutelle.

Monitoring et reporting de projet : l’analyse des gaps logistiques et solutions proposées sera faite sur base trimestrielle. Les missions inter agences donneront lieu à des rapports diffusés à tous

les acteurs. Les lignes directrices du cluster seront révisées en cours d’année pour assurer la mise à jour et l’application de normes, des standards et des bonnes pratiques du secteur.

Préparation aux urgences: l’exercice LCA sera poursuivi, et mis à la disposition de la communauté humanitaire. Des moyens logistiques, tel que des camions tout terrain, avions et hélicoptères sont pré-positionnés à Kampala, prêts à être utilisés en cas de besoin dans les pays limitrophes.

Objectifs spécifiques et activités

Objectif spécifique 1: Réhabilitation d’infrastructures de transport.

OS3

Activité 1.a: Réhabilitation des infrastructures routières.

Activité 1.b: Réhabilitation de pistes d’atterrissage afin de permettre le transport aérien; tant pour les passagers que pour le cargo.

Activité 1.c: Support technique offert aux agences par le biais de missions de suivi et d’évaluation par le personnel technique. Une attention particulière au Genre, aux violences sexuelles, à la protection des personnes et à la protection de l’environnement sera accordée quant à la méthode de la haute intensité de main d’œuvre.

Objectif spécifique 2: Assistance logistique aux partenaires humanitaires.

OS3

Activité 2.a: Maintien des services de transport aérien humanitaire de passagers et cargo pour desservir les différentes localités difficiles d’accès où la présence des humanitaires est requise.

Activité 2.b: Maintien des services logistiques de transport inter agences opérés par le PAM, sur base du « recouvrement total des coûts ».

Activité 2.c: Maintien d’une capacité d’entreposage au profit des partenaires humanitaires.

Objectif spécifique 3: *Coordination, monitoring et reporting* du Cluster Logistique

OS3

Activité 3.a: Tenue de réunions ordinaires du cluster au niveau national et dans les provinces où le cluster est actif, y compris les rencontres avec les opérateurs aériens humanitaires.

Activité 3.b: Conduite des actions de plaidoyer, au niveau des provinces comme au niveau national auprès de toute structure étatique, agences, organisations, ou programmes de stabilisation, selon le besoin.

Activité 3.c: Suivi technique des projets financés par les fonds communs (PF, ERF, CERF) et recommandations techniques lorsque nécessaire sur l’application des normes et standards du cluster dans l’exécution des projets.

Activité 3.d: Révision des lignes directrices au moins deux fois dans l’année pour assurer la mise à jour et l’application de normes, de standard et de bonnes pratiques qui

renforcent le respect des principes du Genre, de la protection, du VIH et de la sauvegarde de l’environnement.

Activité 3.e: Mise à jour du LCA, dans le cadre de la préparation aux urgences. Ce document sera diffusé et mis à la disposition de la communauté humanitaire. La liste d’experts aux compétences logistiques sera également mise à jour au moins deux fois dans l’année.

Activité 3.f: Analyse des gaps logistiques et rapport sur l’application de solutions proposées.

Cadre logique opérationnel

Objectif général: Améliorer l’accès des humanitaires aux populations vulnérables.
Objectif spécifique 1: Réhabilitation d’infrastructures de transport.
Indicateur outcome: Nombre d’infrastructures accessibles aux humanitaires dans les zones de conflit.
Résultat attendu: Les humanitaires ont accès aux infrastructures de transport dans les zones de conflit.
Méthode de monitoring: Rapport d’activité des partenaires et application de gestion de suivi de mouvement de cargo du PAM.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Activité 1a: Réhabilitation des infrastructures routières.	Partenaires humanitaires/ clusters/ populations locales.	Nombre de km de routes et d’ouvrages réhabilités.	3 687 km de routes réhabilitées.
Activité 1b: Réhabilitation de pistes d’atterrissage.	Opérateurs aériens, humanitaires/partenaires humanitaires/ clusters/ populations locales.	Nombre des pistes d’atterrissage réparées.	Cinq pistes.
Activité 1c: Support technique offert aux agences.	Partenaires d’implémentation des projets CERF/PF/ERF.	Nombre d’organisations assistées.	Dix agences d’exécution des projets logistiques.

Objectif spécifique 2: Assistance logistique aux partenaires humanitaires.
Indicateur outcome 1: Nombre de services d’appui logistique en termes de transport des passagers et de cargo.
Indicateur outcome 2: Nombre de services d’appui logistique en termes de stockage supplémentaire de cargo.
Résultat attendu 1: Le personnel humanitaire a accès à toutes les zones de ses interventions via les vols humanitaires.
Résultat attendu 2: L’assistance alimentaire est acheminée vers les zones de concentration des bénéficiaires (IDP, retournés, familles d’accueil).
Méthode de monitoring: Rapport d’activité des partenaires et missions d’évaluation par personnel technique.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs output	Résultats attendus
Activité 2a: Maintien des services de transport aérien humanitaire pour passagers et cargo.	Partenaires humanitaires/ clusters/ organisations gouvernementales en appui à l’action humanitaire.	Nombre de passagers transportés, tonnage cargo.	49 500 passagers. 712 tonnes métriques de cargo.
Activité 2b: Maintien des services logistiques de transport inter agences.	Partenaires humanitaires/ clusters/ organisations gouvernementales en appui à l’action humanitaire.	Tonnage transporté.	3 620 tonnes métriques.
Activité 2c: Maintien d’une capacité d’entreposage.	Partenaires humanitaires/ clusters/ organisations gouvernementales en appui à l’action humanitaire.	Volume ou tonnage mis à disposition.	15 660 m ³ de capacité de stockage disponible (équivalent à 6400 tonnes métriques incluant la base de Walikale).

Objectif spécifique 3: Maintien de la coordination, *monitoring* & reporting du cluster logistique.
Indicateur *outcome* 1: Mise à jour régulière des informations logistiques sur sites appropriés et préparation aux urgences.

Résultat attendu 1: Les humanitaires ont accès à l'information logistique à temps réel et mise à jour sur les sites appropriés.

Résultat attendu 2: Formulation rapide de la réponse à une urgence émergente par la mise à disposition d'un personnel approprié.

Méthode de monitoring: Documentations disponibles sur sites web appropriés.

Activités	Bénéficiaires ciblés	Indicateurs <i>output</i>	Résultats attendus
Activité 3a: Tenue de réunions ordinaires du cluster au niveau national et dans les provinces où le cluster est actif, y compris les rencontres avec les opérateurs aériens humanitaires.	Partenaires humanitaires/ organisations gouvernementales en appui à l'action humanitaire.	Nombre de réunions du cluster logistique.	72 réunions.
Activité 3b: Conduite des actions de plaidoyer.	Partenaires humanitaires/ clusters/ organisations gouvernementales en appui à l'action humanitaire.	Nombre de plaidoyer mené.	Selon le besoin.
Activité 3c: suivi technique des projets financés par PF/CERF/ERF.	Partenaires d'implémentation des projets CERF/PF/ERF.	Nombre de mission de suivi des projets sur terrain.	Dix
Activité 3d: Révision des lignes directrices du Cluster Logistique.	Partenaires humanitaires/ PF Unit/organisations gouvernementales en appui à l'action humanitaire.	Nombre de mise à jour réalisé.	Deux
Activité 3e: mise à jour du LCA.	Partenaires humanitaires/clusters/ Organisations gouvernementales en appui à l'action humanitaire.	Nombre de mise à jour réalisé.	Une
Activité 3f: analyse des gaps logistiques et rapport sur l'application de solutions proposées.	Partenaires humanitaires/clusters/ organisations gouvernementales en appui à l'action humanitaire.	Nombre de rapport d'analyse publié.	Trois

Contraintes majeures de mise en œuvre de la réponse

- Faible niveau de financement alloué à la réhabilitation ou à l'entretien des infrastructures.
- Absence de fonds disponibles et facilement mobilisables par le cluster Logistique pour des interventions d'urgence lors de problèmes particuliers tels qu'un pont endommagé.
- Manque de partenaires avec des compétences techniques dans la réhabilitation des infrastructures de transport, dans les provinces de l'Equateur, du Sud-Kivu, du Maniema et du Katanga.
- Conditions climatiques entravant parfois la mise en œuvre des activités.
- Coûts élevés du transport aérien pour atteindre les zones enclavées, limitant les capacités d'intervention des ONGs qui n'ont pas les ressources nécessaires pour poursuivre l'assistance.
- Malgré l'amélioration de la collecte, l'analyse des données, entre autre les données GIS, et le suivi des activités de réhabilitation d'infrastructures par certains partenaires, la qualité de la communication entre les partenaires de mise en œuvre et le cluster Logistique reste à améliorer.
- Manque de financement disponible pour le fonctionnement du cluster logistique peut empêcher l'exécution des missions de suivi d'exécution des projets de réhabilitation d'infrastructure par les partenaires.
- La coordination avec les autorités de tutelle (FONER, OR, RVA) et autorités locales a été améliorée mais ne répond pas aux attentes des membres du cluster et doit être renforcée à tous les niveaux.

- Les plaidoyers à mener auprès des autorités de tutelle ne donnent pas toujours de résultats immédiats. Il est souvent nécessaire de relancer régulièrement les autorités à différents niveaux d’intervention pour que des résultats satisfaisants apparaissent.
- La participation et l’implication des partenaires aux réunions est souvent très faible avec conséquence l’affaiblissement du cluster Logistique et sa capacité à identifier les lacunes.

Budget opérationnel

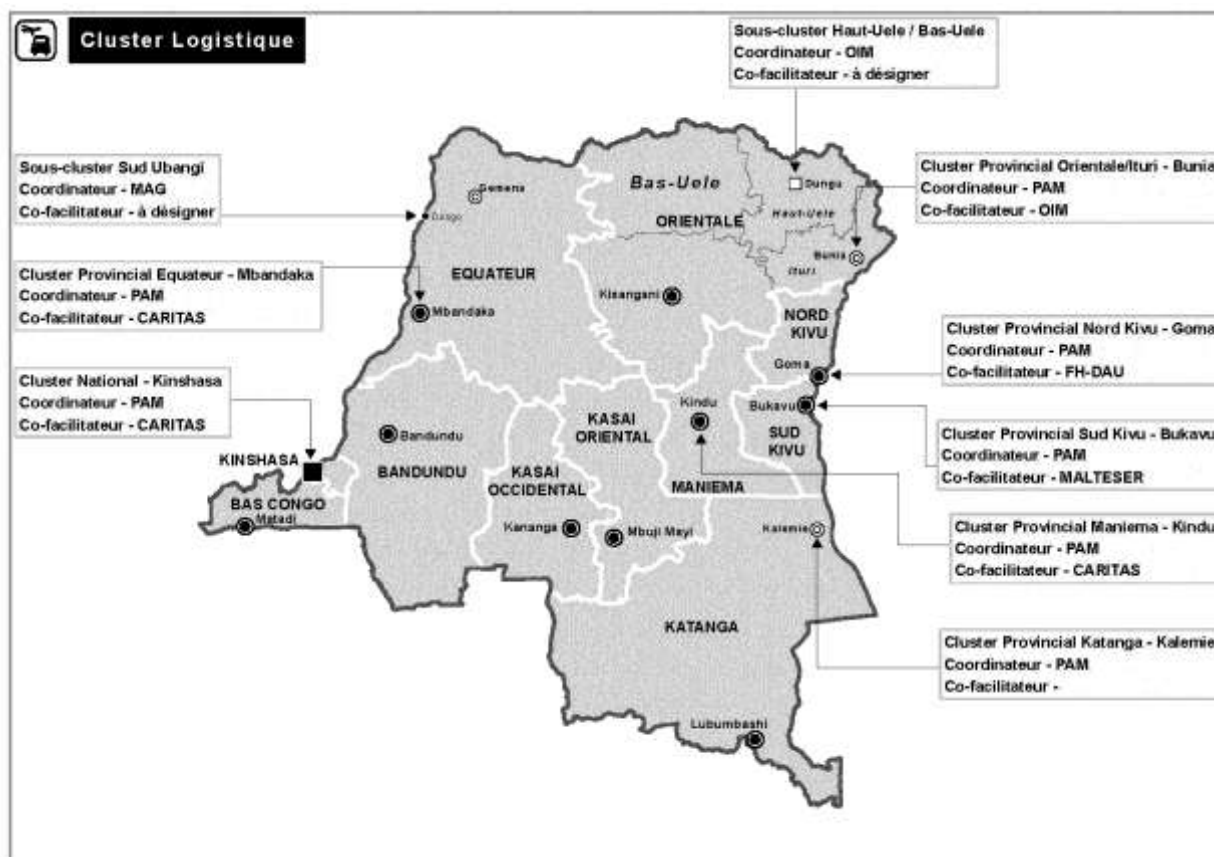
Dans le cadre du PAH 2013, le budget opérationnel proposé par le cluster Logistique est de \$80 892 312, ce qui correspond à une augmentation d’environ 15% par rapport au PAH 2012. Les coûts unitaires pour la réhabilitation des axes routiers ont été revus à la hausse afin de tenir compte de toutes les activités liés à la réhabilitation « durable » incluant la construction de petits ouvrages d’art tel que dalot, petit pont et buses. Ainsi le montant unitaire au kilomètre est passé à \$10 280. Ces coûts sont fournis à titre indicatif pour les besoins de la planification et peuvent être largement dépassés selon les conditions du terrain. Au total, les activités de réhabilitation des infrastructures routières représentent plus de 49.6% de l’ensemble du budget.

Avec la situation d’insécurité, les déplacements de population et la détérioration des infrastructures routières, les besoins ont augmenté pour les provinces du Nord et Sud-Kivu pour atteindre 24% du budget total. On note également, et pour les mêmes raisons, que les provinces du Katanga et du Maniema prennent une proportion plus importante du budget.

Le transport aérien pour passager constitue toujours une priorité pour l’ensemble de la communauté humanitaire et représente 44.2% du budget total. Ces coûts varient en fonction de la flotte d’avions (nombre et type d’avion), du nombre d’heures de vol lui-même déterminé par les destinations et les distances à couvrir, ainsi que des coûts de carburant et des prestataires de service contractés par les opérateurs aériens humanitaires.

SOMMAIRE PAR ACTIVITÉ					
Activités		Unité	Besoin total	Coût total \$	Repartition %
Réhabilitation route		km	3,143	40,422,712	49.97%
Réhabilitation piste atterrissage		metre	2,720	1,150,000	1.42%
Transport aérien	Passager	nb pax	49,500	35,783,600	44.24%
	Cargo	mt	712		
Service interagence transport & entreposage		mt	3,620	2,680,000	3.31%
Construction de bac		unite	1	400,000	0.49%
Fonctionnement cluster logistique		unite	1	456,000	0.56%
TOTAL				80,892,312	

ESTIMATION BESOINS HUMANITAIRES 2013							
Province	Activités	Unité	Besoins	Cout total \$	Remarques	Total \$ Province	%
Nord Kivu	Réhabilitation de route	km	960	\$10,169,616	Tableau gap 60% priorité identifiée	\$12,149,616	15%
	Piste d'atterrissage	metres	1,200	\$100,000	Rehabilitation piste de Katinga		
	Transport & entreposage NFI	mt	1,920	\$480,000	\$ 250 mt		
	Gestion plateforme logistique	mt	1,200	\$1,400,000	Walikale (Transport + entreposage)		
Sud Kivu	Réhabilitation de route	km	500	\$6,590,000	Shabunda, Fizi, Kalehe	\$7,390,000	9%
	Transport & entreposage NFI	mt	500	\$800,000	Aérien + routier pour Shabunda		
Equateur	Réhabilitation de route	km	200	\$2,056,000	Rehabilitation piste aux alentours de Kungu Bomongo	\$2,056,000	2.54%
Orientale	Réhabilitation de route	km	576	\$6,721,280	Routes + ponts	\$7,871,280	10%
	Réhabilitation de piste d'atterrissage	metre	5,200	\$750,000	3 pistes d'atterrissage de Faradje, Doruma et Duru		
	Construction de bac	unite	1	\$400,000	Bac de Malengoya/Lisala capacité 35 tm		
Maniema	Réhabilitation de route	km	907	\$9,323,960	Routes + ponts	\$9,523,960	12%
	Réhabilitation de piste d'atterrissage	metres	500	\$200,000	Piste de Lubutu		
Katanga	Réhabilitation de route	km	544	\$5,561,856	Routes + ponts	\$5,661,856	7%
	Réhabilitation de piste d'atterrissage	metres	1,020	\$100,000	Rehabilitation piste de Mitwaba		
National	Transport aérien-passagers	Passagers	49,500	\$35,783,600	Budget UNHAS , ASF-F, ECHOFLIGHT	\$36,239,600	44.8%
	Transport aérien-cargo	mt	712				
	Fonctionnement cluster logistique	Unit	1	\$456,000	Second trimestre 2013 (montant inclus pour co facilitateur)		
GRAND TOTAL BESOINS IDENTIFIÉS				\$80,892,312			



Coordination et financement de l’action humanitaire

Le *Transformative agenda* : comment améliorer le système humanitaire en RDC ?

La coordination entre tous les acteurs humanitaires en RDC est basée sur les principes de la réforme humanitaire (clusters, inter-cluster, CPIA, HCT) sous la supervision du Coordonnateur Humanitaire, et suit les recommandations du *Transformative Agenda* visant à rendre cette coordination plus efficace. En RDC, la coordination d’un très grand nombre d’acteurs dans un contexte volatile, pose des défis importants. Pour la RDC en 2013, les priorités pour l’amélioration de l’efficacité, de la transparence et de la redevabilité du système humanitaire seront:

1) Plaider pour l’aide humanitaire en RDC

Alors que les besoins humanitaires restent importants dans tout le pays, et en hausse probable en 2013, la RDC connaît un déclin progressif des contributions humanitaires sur les cinq dernières années. Ceci est probablement dû à différentes causes: la crise financière intérieure que connaissent les pays donateurs; la difficulté de plaider pour la RDC (pays potentiellement riche et qui a déjà reçu beaucoup d’aide) dans un contexte où les crises soudaines et dramatiques sont nombreuses (Syrie, Sahel, Soudan, ...); une certaine “fatigue” face à une situation humanitaire en RDC qui semble ne pas évoluer positivement; et une justification insuffisante de la part des acteurs humanitaires, de la validité des réponses apportées. Au total, la crise humanitaire en RDC semble devenir lentement une “urgence oubliée”. Cette situation présente à la fois une difficulté (le manque de financement diminue la réponse humanitaire) et une opportunité: plus que jamais, les acteurs humanitaires sont soumis à une demande accrue de justification de l’efficacité de leurs interventions et de l’utilisation avisée des ressources allouées.

A partir d’informations reçues d’un très grand nombre de partenaires, OCHA tient un rôle essentiel dans la communication sur la situation: les besoins humanitaires, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources, l’élaboration de la stratégie commune, les réponses apportées, les gaps à couvrir et enfin la présentation des résultats obtenus. A ce titre, OCHA a commencé une révision des différents produits qui fournissent les informations de base et une meilleure analyse de la situation humanitaire en RDC. De manière plus globale, il sera nécessaire en 2013 que l’ensemble des acteurs humanitaires se coordonne mieux dans des stratégies communes de plaidoyer pour présenter les besoins en RDC, démontrer les résultats obtenus et montrer que l’argent dépensé fait une réelle différence dans la vie des personnes affectées.

Plusieurs initiatives ont été lancées pour améliorer cette justification, et devront donner des résultats en 2013. Ainsi par exemple, avec l’aide du Royaume Uni, le PF introduira en 2013 un nouveau cadre de monitoring et évaluation, qui renforcera notre capacité à évaluer les résultats et la performance de cette partie essentielle du PAH. Il faut identifier les stratégies qui marchent, tirer les leçons des projets précédents, et partager cette information afin d’améliorer l’assistance aux populations dans le besoin. Le but est d’arriver à un système plus transparent, plus efficace et plus efficient.

2) Rendre les financements humanitaires plus efficaces

Les acteurs humanitaires en RDC, et particulièrement les ONGs, demandent que les financements humanitaires soient plus rapides, plus flexibles et plus efficaces pour répondre aux situations très diverses rencontrées en RDC. D’une part, des mécanismes permettant le financement très rapide de la première réponse à une urgence doivent être mis en place et d’autre part, des financements à plus long terme sont également nécessaires ceci afin de permettre un lien vers le relèvement précoce et les programmes de consolidation de la paix et de développement.

Le PF, qui finance environ 20% de l’action humanitaire en RDC, sera le premier à rechercher cette flexibilité, en introduisant diverses nouvelles modalités en 2013.

Plusieurs autres mesures seront également étudiées, en vue d’améliorer la réponse humanitaire en urgence: améliorer les évaluations des besoins, encourager les bailleurs à engager les fonds plus tôt dans l’année, renforcer les mécanismes conjoints de planification et préparation aux urgences (rosters, plans d’urgence, pré-positionnement de capacités). La nouvelle unité d’OCHA en charge des urgences se mettra au service du système pour développer la flexibilité et la réactivité nécessaires.

3) Augmenter l’appui aux ONGs confrontées aux obstacles administratifs

Les ONGs en RDC sont confrontées à de sérieux problèmes administratifs, imposés par les autorités du pays, comme il est expliqué dans la section “Principales contraintes rencontrées”. Ces problèmes empêchent les ONGs de mettre en œuvre leurs projets de manière efficace, en augmentent les coûts et mettent parfois même en danger les travailleurs des organisations.

Avec l’appui d’OCHA et de certains bailleurs, les ONGs tentent de régler ces problèmes par un dialogue avec les autorités, mais les progrès sont minimes. L’engagement du nouveau gouvernement concernant l’amélioration de l’environnement de travail des ONGs donne un nouvel espoir. Afin de suivre cette question, il sera nécessaire que la communauté humanitaire (ONGs, OCHA, agences des NU, et bailleurs de fonds) établisse une stratégie commune et la défende d’une même et forte voix.

4) Améliorer concrètement la coordination au sein des clusters et au niveau inter-cluster

Le système de coordination humanitaire vise à apporter une concertation et une cohérence entre tous les acteurs, leurs objectifs et leurs priorités, afin d’éviter une juxtaposition chaotique d’actions indépendantes et rivales. Neuf clusters rassemblent plus de 100 ONGs internationales, sept agences des Nations Unies, et un nombre croissant d’ONGs locales organisent la coordination sectorielle aux niveaux provincial et national. Le système est supervisé par le Coordonnateur Humanitaire, qui préside la réunion mensuelle de l’Equipe Humanitaire de Pays, et qui occupe également le rôle de Coordonnateur Résident et de Représentant Spécial adjoint du Secrétaire Général.

Le bon fonctionnement du système dépend de la capacité des agences et des ONGs à organiser plus efficacement la coordination afin de planifier, délivrer et évaluer l’action humanitaire. La qualité de la coordination varie selon les clusters, pour différentes raisons: manque de *leadership*, orientation “procédure” plutôt que “résultat”, soutien insuffisant de l’agence coordinatrice, manque d’implication des ONGs, faiblesses de communication. Les bailleurs de fonds considèrent qu’en RDC, le financement de la coordination des clusters doit venir des agences de coordination. Celles-ci signalent qu’elles ne peuvent répondre totalement à cette

demande et que des solutions complémentaires sont nécessaires. Face à cette situation, le PF a, en 2011, accordé aux cinq agences coordinatrices un total de \$4.2 millions pour renforcer les coordinations des clusters. Cette opération temporaire a effectivement permis une amélioration de la coordination des clusters, mais a été suivie, une fois les fonds épuisés, d’un retour à la situation antérieure: la situation reste donc la même et tous les clusters annoncent ne pas avoir les fonds requis pour le fonctionnement de leur coordination en 2013. Il sera indispensable en 2013 de régler de manière durable le problème du financement de la coordination des clusters afin de leur permettre de jouer le rôle fondamental qui leur est confié dans le système humanitaire.

Les ONGs sont les acteurs principaux de l’implémentation de l’action humanitaire, et leur implication est essentielle pour une bonne coordination. Elles partagent la responsabilité d’une coordination humanitaire efficace, orientée sur les résultats plutôt que les procédures, et permettant une aide adéquate, flexible et efficace. Elles sont toutefois encore prudentes dans leurs engagements comme co-facilitateurs des clusters, par manque de ressources dédiées à cet effet, difficultés de relations avec les agences des NU et incertitude quant à l’avantage en efficacité accrue qu’apporterait cet investissement. Il sera nécessaire en 2013 de continuer à chercher comment augmenter la participation des ONGs dans le système de coordination.

5) Adapter le système de sécurité des Nations Unies, pour le rendre plus flexible et permettre aux agences des NU d’agir dans les zones à risque aux côtés des ONGs.

Etant obligées de suivre les règles de l’UNDSS, les agences onusiennes voient leurs possibilités de mouvement nettement restreintes. Le système actuel de gestion de la sécurité des agences des Nations Unies, qui vise le risque zéro, favorise les escortes armées et les interdictions de prendre certaines routes, plutôt que la recherche de l’acceptation par les communautés à travers la négociation, l’explication de l’action, la neutralité et l’efficacité. Par ailleurs, les décisions de l’UNDSS peuvent parfois être basées sur des informations dépassées ou incomplètes, du fait d’une insuffisance de ressources humaines sur le terrain pouvant effectuer des évaluations sécuritaires régulières. L’obligation faite aux agences de NU de voyager avec l’escorte de la MONUSCO sur des axes où les ONGs voyagent sans restriction, affecte la crédibilité des agences onusiennes sur le terrain. Il est nécessaire de revoir cette approche. Les discussions sont en cours au niveau du pays et au niveau global, en vue de trouver des solutions alternatives, sur base d’une approche utilisée déjà dans d’autre pays, et communément appelée ‘*Programme criticality*’. Selon cette approche, les agences des NU prennent une plus grande responsabilité dans les décisions relatives à la sécurité, en mettant en balance l’importance des activités à mener pour les populations et le niveau de risque, tout en cherchant à limiter celui-ci autant que possible. Une autre piste serait d’introduire deux systèmes distincts de gestion de la sécurité pour les Nations Unies en RDC: l’un pour les agences humanitaires, plus flexible et acceptant la notion de risque, et l’autre pour les autres agences (comme c’est le cas actuellement avec ECHO et les autres travailleurs de l’Union Européenne).

6) Préserver activement l’espace humanitaire, au sein de la mission intégrée des Nations Unies.

Les efforts humanitaires à l’est de la RDC peuvent se voir sérieusement compromis par les opérations conjointes de la MONUSCO-FARDC lorsque celles-ci ont un impact négatif sur la protection de populations civiles. L’obligation faite aux agences des NU de prendre une escorte armée de la MONUSCO, pose problème au sein des ONGs et des agences, car cela crée une association, aux yeux de certaines communautés locales, entre les acteurs humanitaires et une force qui est partie prenante au conflit (les FARDC) responsable d’une part importante des

incidents de protection contre des civils (cf. le chapitre Protection). Les humanitaires pourraient perdre ainsi leur image de neutralité, ce qui les expose dangereusement aux communautés ou aux groupes armés hostiles, et réduit par conséquent l’espace humanitaire tant à l’accès aux populations dans le besoin, qu’aux interlocuteurs pour négocier cet accès. La réforme du système de sécurité envisagée ci-dessus peut contribuer à diminuer ce problème. OCHA a également organisé des formations sur la coordination civilo-militaire pour son staff et les partenaires, afin d’améliorer les interactions avec la branche militaire de la MONUSCO, dans le but d’accroître la neutralité perçue et effective. Les consignes relatives aux interactions entre civils et militaires, rédigés en 2006, seront révisés au cours de l’année 2013, pour une mise à jour du contexte et une clarification des rôles de chacun, ceci afin de clarifier et de protéger l’espace humanitaire ainsi que la neutralité des acteurs humanitaires par rapport aux actions militaires.

Budget de coordination

Le budget de coordination comprend les activités des bureaux OCHA en RDC, ainsi que le fonctionnement de l’unité des financements humanitaires, en charge de la gestion des fonds communs humanitaires (CHF, CERF, RRF). Cette unité, gérée par OCHA, comprend une équipe OCHA et une équipe PNUD.

Le financement complémentaire nécessaire au fonctionnement des clusters ne figure pas dans le budget coordination, mais est inclus dans les budgets de chaque cluster.

Coordination par OCHA	15 325 863
Unité des financements humanitaires	3 300 000
Budget total requis pour la coordination en 2013	18 625 863

ANNEXE I: REPONSE DES DONATEURS A L'APPEL 2012

Table II: Financement demandé et reçu par groupe sectoriel
(par cluster)

Plan d’Action Humanitaire pour la République Démocratique du Congo 2012
au 15 novembre 2012

Cluster	Fonds requis originaux	Fonds requis révisés	Fonds reportés	Fonds obtenus	Total ressources disponibles	Fonds restant à recevoir	% couvert	Promesses de dons
	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(%)	(\$)
	A	B	C	D	E=C+D	F=B-E	G=E/B	H
BIENS NON ALIMENTAIRES ET ABRIS D'URGENCE	74,728,000	78,961,474	-	7,046,970	7,046,970	71,914,504	9%	-
COMMON HUMANITARIAN FUND (CHF)	-	-	9,879,894	19,077,805	28,957,699	n/a	n/a	-
COORDINATION	17,405,666	16,043,270	1,683,972	6,757,768	8,441,740	7,601,530	53%	-
EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	77,784,300	79,092,741	-	14,314,997	14,314,997	64,777,744	18%	-
EDUCATION	68,994,420	75,000,000	-	4,459,568	4,459,568	70,540,432	6%	-
LOGISTIQUE	65,582,454	68,433,009	-	39,146,322	39,146,322	29,286,687	57%	857,843
MULTI CLUSTER	-	-	-	112,461,467	112,461,467	(112,461,467)	0%	-
NUTRITION	67,940,100	67,940,100	-	7,259,788	7,259,788	60,680,312	11%	-
PROTECTION	65,542,365	65,542,365	-	15,333,135	15,333,135	50,209,230	23%	-
REPONSE MULTISECTORIELLE AUX BESOINS SPECIFIQUES DES REFUGIES	23,523,674	46,112,754	-	-	-	46,112,754	0%	-
SANTE	41,958,248	64,607,584	-	40,131,090	40,131,090	24,476,494	62%	-
SECURITE ALIMENTAIRE	215,096,383	229,597,729	23,697,329	133,056,531	156,753,860	72,843,869	68%	102,987
SECTEUR NON SPECIFIE	-	-	-	9,045,526	9,045,526	n/a	n/a	-
Grand Total	718.555.610	791.331.026	35,261,195	408.090.967	443.352.162	347.978.864	56%	960.830

Compilé par OCHA sur la base d'informations fournies par les bailleurs de fonds et les agences.

- Fonds obtenus: correspondent à la somme des contributions, des engagements.
 Promesse de don: une annonce non contraignante d'une contribution ou allocation par le bailleur de fonds ("Promesse non couverte par un engagement" dans ces tables indique l'équilibre des promesses initiales non encore couvertes par un engagement).
 Engagement: création d'une obligation légale, contractuelle entre le bailleur de fonds et l'entité récipiendaire, spécifiant le montant à être contribué.
 Contribution: le paiement des fonds ou le transfert de biens en nature par le bailleur de fonds à l'entité récipiendaire.

La liste des projets et les montants demandés dans ce document sont tels qu'au 15 novembre 2012. Vous trouverez des informations mises à jour concernant les projets, les besoins financiers et les contributions sur le site FTS (fts.unocha.org).

Table III: Financement demandé et reçu par agence

Plan d’Action Humanitaire pour la République Démocratique du Congo 2012
au 15 novembre 2012

Agence	Fonds requis originaux	Fonds requis révisés	Fonds reportés	Fonds obtenus	Total ressources disponibles	Fonds restant à recevoir	% couvert	Promesses de dons
	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(%)	(\$)
	A	B	C	D	E=C+D	F=B-E	G=E/B	H
Agences du système des Nations Unies et ONGs (détails non fournis)	718,555,610	791,331,026	-	-	-	n/a	n/a	-
ACF – Espagne	-	-	-	869,565	869,565	n/a	n/a	-
ACF - Etats-Unis	-	-	-	3,940,545	3,940,545	n/a	n/a	-
ACP	-	-	-	387,594	387,594	n/a	n/a	-
ACTED	-	-	-	2,962,577	2,962,577	n/a	n/a	-
ActionAid	-	-	-	483,359	483,359	n/a	n/a	-
ADE	-	-	-	676,206	676,206	n/a	n/a	-
ADRA	-	-	-	893,510	893,510	n/a	n/a	-
ADSSE	-	-	-	1,221,801	1,221,801	n/a	n/a	-
AFEDEM	-	-	-	1,585,080	1,585,080	n/a	n/a	-
AIBEF	-	-	-	523,974	523,974	n/a	n/a	-
ALDI	-	-	-	336,762	336,762	n/a	n/a	-
Alpha Ujuvi	-	-	-	89,418	89,418	n/a	n/a	-
APEC	-	-	-	432,495	432,495	n/a	n/a	-
APEE	-	-	-	141,074	141,074	n/a	n/a	-
Armée du Salut Kalemie	-	-	-	320,877	320,877	n/a	n/a	-
ASAF Communication	-	-	-	476,599	476,599	n/a	n/a	-
AVSI	-	-	-	2,925,286	2,925,286	n/a	n/a	-
CARE International	-	-	-	216,814	216,814	n/a	n/a	-
CARE Pays-Bas	-	-	-	1,242,236	1,242,236	n/a	n/a	-
CARITAS	-	-	-	165,595	165,595	n/a	n/a	-
CARITAS BUNIA	-	-	-	360,060	360,060	n/a	n/a	-
Caritas Congo	-	-	-	339,497	339,497	n/a	n/a	-
CARITAS DEV GOMA	-	-	-	1,318,721	1,318,721	n/a	n/a	-
Caritas Dev Kalemie	-	-	-	179,146	179,146	n/a	n/a	-
CARITAS DUNGU	-	-	-	403,054	403,054	n/a	n/a	-
Caritas Germany (DCV)	-	-	-	1,697,817	1,697,817	n/a	n/a	-
Caritas Kananga	-	-	-	402,490	402,490	n/a	n/a	-
CARITAS KINDU	-	-	-	623,950	623,950	n/a	n/a	-
CARITAS TCHUMBE	-	-	-	10,191	10,191	n/a	n/a	-
CDJP	-	-	-	211,800	211,800	n/a	n/a	-
CEDI	-	-	-	180,030	180,030	n/a	n/a	-
CESVI	-	-	-	670,807	670,807	n/a	n/a	-
CHF	-	-	8,767,942	19,156,173	27,924,115	n/a	n/a	-
CI	-	-	-	559,701	559,701	n/a	n/a	-
CISP	-	-	-	1,327,986	1,327,986	n/a	n/a	-
COOPI	-	-	-	2,763,106	2,763,106	n/a	n/a	-
Croix Rouge Congolaise	-	-	-	50,000	50,000	n/a	n/a	-
CRRDC-TD	-	-	-	267,215	267,215	n/a	n/a	-
CRS	-	-	-	3,653,108	3,653,108	n/a	n/a	-

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO – PLAN D’ACTION HUMANITAIRE 2013

Agence	Fonds requis originaux	Fonds requis révisés	Fonds reportés	Fonds obtenus	Total ressources disponibles	Fonds restant à recevoir	% couvert	Promesses de dons
	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(%)	(\$)
	A	B	C	D	E=C+D	F=B-E	G=E/B	H
CW	-	-	-	2,048,193	2,048,193	n/a	n/a	-
DAC Aviation International	-	-	-	14,209,827	14,209,827	n/a	n/a	-
Diakonie Emergency Aid	-	-	-	512,937	512,937	n/a	n/a	-
DIOBASS	-	-	-	317,700	317,700	n/a	n/a	-
DRC	-	-	-	2,141,466	2,141,466	n/a	n/a	-
DWHH	-	-	-	3,715,901	3,715,901	n/a	n/a	-
ERF (OCHA)	-	-	1,111,952	(78,368)	1,033,584	n/a	n/a	-
FAO	-	-	-	6,252,007	6,252,007	n/a	n/a	-
Finnchurchaid	-	-	-	655,308	655,308	n/a	n/a	-
Fondation Caritas Luxembourg	-	-	-	263,616	263,616	n/a	n/a	-
FRT	-	-	-	982,962	982,962	n/a	n/a	-
GAPROF	-	-	-	140,572	140,572	n/a	n/a	-
GLC	-	-	-	345,763	345,763	n/a	n/a	-
HI	-	-	-	171,007	171,007	n/a	n/a	-
HI Etats-Unis	-	-	-	1,546,346	1,546,346	n/a	n/a	-
IEDA Relief	-	-	-	1,103,626	1,103,626	n/a	n/a	-
IMC	-	-	-	4,741,866	4,741,866	n/a	n/a	-
IRC	-	-	-	1,026,450	1,026,450	n/a	n/a	-
JUH	-	-	-	865,937	865,937	n/a	n/a	-
Malteser International	-	-	-	4,582,587	4,582,587	n/a	n/a	-
MDA	-	-	-	887,958	887,958	n/a	n/a	-
MDM - Belgique	-	-	-	426,777	426,777	n/a	n/a	-
MEDAIR	-	-	-	3,786,267	3,786,267	n/a	n/a	-
Mercy Corps	-	-	-	2,486,966	2,486,966	n/a	n/a	-
MERLIN	-	-	-	4,341,225	4,341,225	n/a	n/a	-
Mines Advisory Group	-	-	-	496,894	496,894	n/a	n/a	-
Missionszentrale der Franziskaner e.V.	-	-	-	454,011	454,011	n/a	n/a	-
MSB	-	-	-	111,387	111,387	n/a	n/a	-
NCA	-	-	-	1,650,165	1,650,165	n/a	n/a	-
NPA	-	-	-	1,151,877	1,151,877	n/a	n/a	-
NRC	-	-	-	4,291,730	4,291,730	n/a	n/a	-
OCHA	-	-	1,683,972	5,278,213	6,962,185	n/a	n/a	-
OXFAM Belgique	-	-	-	1,516,600	1,516,600	n/a	n/a	-
OXFAM GB	-	-	-	4,314,679	4,314,679	n/a	n/a	-
OXFAM International	-	-	-	2,169,201	2,169,201	n/a	n/a	-
PAP	-	-	-	206,703	206,703	n/a	n/a	-
PIN	-	-	-	2,531,564	2,531,564	n/a	n/a	-
PMU-I	-	-	-	1,179,554	1,179,554	n/a	n/a	-
PSF	-	-	-	152,511	152,511	n/a	n/a	-
PU	-	-	-	3,541,148	3,541,148	n/a	n/a	-
PU-AMI	-	-	-	2,957,854	2,957,854	n/a	n/a	-
RHA	-	-	-	779,205	779,205	n/a	n/a	-
Samaritan's Purse	-	-	-	503,488	503,488	n/a	n/a	-
SC	-	-	-	2,847,876	2,847,876	n/a	n/a	-
SCG	-	-	-	800,000	800,000	n/a	n/a	-
SFCG/RDC	-	-	-	377,194	377,194	n/a	n/a	-

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO – PLAN D’ACTION HUMANITAIRE 2013

Agence	Fonds requis originaux	Fonds requis révisés	Fonds reportés	Fonds obtenus	Total ressources disponibles	Fonds restant à recevoir	% couvert	Promesses de dons
	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(%)	(\$)
	A	B	C	D	E=C+D	F=B-E	G=E/B	H
SOFEPAI	-	-	-	77,220	77,220	n/a	n/a	-
Solidarités	-	-	-	7,998,020	7,998,020	n/a	n/a	-
TEARFUND	-	-	-	2,923,477	2,923,477	n/a	n/a	-
UNDP	-	-	-	1,479,555	1,479,555	n/a	n/a	-
UNFPA	-	-	-	1,073,127	1,073,127	n/a	n/a	-
UN-HABITAT	-	-	-	275,642	275,642	n/a	n/a	-
UNHCR	-	-	-	42,612,799	42,612,799	n/a	n/a	-
UNICEF	-	-	-	52,236,808	52,236,808	n/a	n/a	-
Divers	-	-	-	7,705,787	7,705,787	n/a	n/a	-
Vie Sacree	-	-	-	166,811	166,811	n/a	n/a	-
War Child	-	-	-	931,677	931,677	n/a	n/a	-
WC	-	-	-	512,868	512,868	n/a	n/a	-
WFP	-	-	23,697,329	128,680,810	152,378,139	n/a	n/a	960,830
WHO	-	-	-	11,161,282	11,161,282	n/a	n/a	-
WWI	-	-	-	402,115	402,115	n/a	n/a	-
ZOA Refugee Care	-	-	-	1,000,000	1,000,000	n/a	n/a	-
Grand Total:	718,555,610	791,331,026	35,261,195	408,090,967	443,352,162	347,798,864	56%	960,830

Compilé par OCHA sur la base d'informations fournies par les bailleurs de fonds et les agences.

Fonds obtenus: correspondent à la somme des contributions, des engagements.

Promesse de don: une annonce non contraignante d'une contribution ou allocation par le bailleur de fonds ("Promesse non couverte par un engagement" dans ces tables indique l'équilibre des promesses initiales non encore couvertes par un engagement).

Engagement: création d'une obligation légale, contractuelle entre le bailleur de fonds et l'entité bénéficiaire, spécifiant le montant à être contribué.

Contribution: le paiement des fonds ou le transfert de biens en nature par le bailleur de fonds à l'entité bénéficiaire.

La liste des projets et les montants demandés dans ce document sont tels qu'au 15 novembre 2012. Vous trouverez des informations mises à jour concernant les projets, les besoins financiers et les contributions sur le site FTS (fts.unocha.org).

Table IV: Assistance humanitaire par bailleur de fonds (pour les projets inclus dans l'Appel global)

Plan d'Action Humanitaire pour la République Démocratique du Congo 2012
au 15 novembre 2012

Bailleur de fonds	Fonds obtenus (\$)	% du Grand Total (%)	Promesses de dons (\$)
Etats-Unis	116,564,158	26%	-
Commission Européenne	64,241,974	14%	857,843
Royaume-Uni	48,289,899	11%	-
Fonds reportés (bailleur non spécifié)	35,261,195	8%	-
Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires (CERF)	31,486,288	7%	-
Suède	22,851,621	5%	-
Japon	18,900,000	4%	-
Allocation de fonds non-alloués par les agences des Nations Unies	18,544,910	4%	-
Canada	16,546,641	4%	-
Divers (détails pas encore fournis)	12,743,536	3%	-
Allemagne	12,547,415	3%	-
Norvège	11,759,754	3%	-
Belgique	5,891,627	1%	-
Finlande	5,098,872	1%	-
Irlande	4,931,920	1%	-
Espagne	4,078,858	1%	-
France	2,753,852	1%	-
Australie	2,535,832	1%	-
Luxembourg	1,877,521	0%	-
Suisse	1,762,773	0%	-
Chine	1,000,000	0%	-
Fédération de Russie	1,000,000	0%	-
Privé (personnes et organisations)	640,924	0%	-
Corée, République de	550,000	0%	-
Pays-Bas	400,333	0%	-
Italie	367,647	0%	-
Congo, République démocratique du	324,000	0%	-
Brésil	269,377	0%	-
Danemark	66,468	0%	-
Estonie	64,767	0%	-
République Tchèque	-	0%	102,987
Grand Total	443,352,162	100%	960,830

Compilé par OCHA sur la base d'informations fournies par les bailleurs de fonds et les agences.

- Fonds obtenus: correspondent à la somme des contributions, des engagements.
 Promesse de don: une annonce non contraignante d'une contribution ou allocation par le bailleur de fonds ("Promesse non couverte par un engagement" dans ces tables indique l'équilibre des promesses initiales non encore couvertes par un engagement).
 Engagement: création d'une obligation légale, contractuelle entre le bailleur de fonds et l'entité récipiendaire, spécifiant le montant à être contribué.
 Contribution: le paiement des fonds ou le transfert de biens en nature par le bailleur de fonds à l'entité récipiendaire.

La liste des projets et les montants demandés dans ce document sont tels qu'au 15 novembre 2012. Vous trouverez des informations mises à jour concernant les projets, les besoins financiers et les contributions sur le site FTS (fts.unocha.org).

Table V: Financement humanitaire hors appel par secteur standard IASC

Financement humanitaire hors appel pour La République Démocratique du Congo 2012
au 15 novembre 2012

Secteur	Fonds obtenus (\$)	% du Grand Total (%)	Promesses de dons (\$)
BIENS NON ALIMENTAIRES ET ABRIS D'URGENCE	2,145,215	4%	-
PROTECTION/DROITS HUMAINS/ETAT DE DROIT	11,620,399	21%	-
SANTE	5,213,319	10%	-
SERVICE DE COORDINATION ET D'APPUI	1,108,640	2%	-
SECTEUR NON SPECIFIE	34,532,365	63%	-
Grand Total	54,619,938	100%	-

Compilé par OCHA sur la base d'informations fournies par les bailleurs de fonds et les agences.

Fonds obtenus: correspondent à la somme des contributions, des engagements.

Promesse de don: une annonce non contraignante d'une contribution ou allocation par le bailleur de fonds ("Promesse non couverte par un engagement" dans ces tables indique l'équilibre des promesses initiales non encore couvertes par un engagement).

Engagement: création d'une obligation légale, contractuelle entre le bailleur de fonds et l'entité récipiendaire, spécifiant le montant à être contribué.

Contribution: le paiement des fonds ou le transfert de biens en nature par le bailleur de fonds à l'entité récipiendaire.

La liste des projets et les montants demandés dans ce document sont tels qu'au 15 novembre 2012. Vous trouverez des informations mises à jour concernant les projets, les besoins financiers et les contributions sur le site FTS (fts.unocha.org).

Table VI: Assistance humanitaire totale par bailleur de fonds (Appel global et autres)

République Démocratique du Congo 2012
au 15 novembre 2012

Bailleur de fonds	Fonds obtenus (\$)	% du Grand Total (%)	Promesses de dons (\$)
Etats-Unis	127,660,613	26%	-
Commission Européenne	75,262,319	15%	857,843
Royaume Uni	48,289,899	10%	-
Fonds reportés (bailleur non spécifié)	35,261,195	7%	-
Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires (CERF)	31,486,288	6%	-
Suède	28,058,487	6%	-
Japon	22,900,000	5%	-
Norvège	20,655,571	4%	-
Canada	19,555,668	4%	-
Allocation de fonds non-alloués par les agences des Nations Unies	18,544,910	4%	-
Allemagne	16,809,124	3%	-
Divers (détails non fournis)	12,743,536	3%	-
Finlande	6,409,488	1%	-
Belgique	5,891,627	1%	-
Irlande	4,931,920	1%	-
Suisse	4,217,759	1%	-
Espagne	4,078,858	1%	-
Australie	3,579,673	1%	-
France	2,952,527	1%	-
Luxembourg	2,525,189	1%	-
Italie	1,361,436	0%	-
Chine	1,000,000	0%	-
Fédération de Russie	1,000,000	0%	-
Privé (personnes et organisations)	640,924	0%	-
Corée, République de	550,000	0%	-
Pays-Bas	400,333	0%	-
Danemark	334,427	0%	-
Congo, République démocratique du	324,000	0%	-
Brésil	269,377	0%	-
République Tchèque	212,185	0%	102,987
Estonie	64,767	0%	-
Grand Total	497,972,100	100%	960,830

Compilé par OCHA sur la base d'informations fournies par les bailleurs de fonds et les agences.

Fonds obtenus:	correspondent à la somme des contributions, des engagements.
Promesse de don:	une annonce non contraignante d'une contribution ou allocation par le bailleur de fonds ("Promesse non couverte par un engagement" dans ces tables indique l'équilibre des promesses initiales non encore couvertes par un engagement).
Engagement:	création d'une obligation légale, contractuelle entre le bailleur de fonds et l'entité récipiendaire, spécifiant le montant à être contribué.
Contribution:	le paiement des fonds ou le transfert de biens en nature par le bailleur de fonds à l'entité récipiendaire.

* Inclut des contributions à l'appel global et d'autres contributions en dehors de l'appel global (bilatéral, Croix-Rouge, etc.)

La liste des projets et les montants demandés dans ce document sont tels qu'au 15 novembre 2012. Vous trouverez des informations mises à jour concernant les projets, les besoins financiers et les contributions sur le site FTS (fts.unocha.org).

ANNEXE II: SIGLES ET ABBREVIATIONS

A	ActionAid
AAA	Agro Action Allemagne
AAP	Aide et Action pour la Paix
AASD	Action d’Aide Sanitaire et de Développement aux plus démunis
AASF	Association des Agricultures Sans Frontières
ABEF	Association pour le Bien-Etre Familial
ACF	Africa Conservation Fund
ACF	Action Contre la Faim
ACIAR	Australian Center for International Agriculture Research
ACP	Action Contre la Pauvreté
ACPAD	Action Chrétienne de Participation Au Développement
ACT	Thérapie à base de combinaisons d’artémisinine (Artemisinin-based Combination Therapy)
ACT	Action of Churches Together
ACTED	Agence d’Aide à la Coopération Technique Et au Développement
ACTIONAID	ActionAid International
ADE	Action D’Espoir
ADECO	Action pour le développement communautaire
ADEPAE	Action pour le Développement et la Paix Endogènes
ADID	Action pour le Développement Intégral et Durable
ADIK	Action pour le Développement Intégré de Kapanga
ADMR	Action pour le Développement des Milieux Ruraux
ADPEA	Association pour le Développement des Projets d’Elevage et d’Agriculture
ADRA	Adventist Development and Relief Agency
ADS	Armée du Salut
ADSSSE	Association pour le Développement Social et la Sauvegarde de l’Environnement
AECID	Agencia Espanola de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AED	Aide à l’Enfance Défavorisée
AEDES	Agence Européenne pour le Développement Et la Santé
AFAD	Association de Formation et d’Appui au Développement
AFDI	Association des Femmes pour le Développement Intégral
AFEDEM	Appui aux Femmes Démunies et Enfants Marginalisés au Kivu
AFRICARE	Africare
AGR	Activités génératrices de revenus
AHA	African Humanitarian Association
AHP	Austrian Help Programme
AIBEF	Appui aux initiatives de bien-être familial
AIDER	Action d’identification et de développement des effort de reconstruction
AIDES	Actions et actions pour le développement et l’encadrement social
AIGLONS	Les Aiglons
AIP	African Initiative Programme
AJD	Action pour la Justice et le Développement
AJP	Action Justice et Paix
ALBA	Associazione Laica Bambini Africani
ALDI	Association Locale pour le Développement Intégrale
ALIMA	The Alliance of International Medical Action
AME	Action Mieux-Etre
AME/NFI	Articles ménagers essentiels (non-food items)
AMI	Aide Médicale Internationale
AMO CONGO	Avenir Meilleur pour les Orphelins
AMURT	Ananda Marga Universal Relief Team
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ANPT	Action Nourriture Pour Tous
APEA	Alliance pour la protection des enfants d’Afrique
APEC	Action pour la Promotion de l’Entreprenariat
APEDE	Amis des Personnes en Détresse

APEDIKA	Association des Paysans Engagés pour le Développement Intégral du Kasai
APEE	Action pour la Protection et l'Encadrement de l'Enfant
APEF	Association pour la Promotion Economique de la Femme
APETAMACO	Association des petits éleveurs, tanneurs, maroquineriers du Congo
APFFC	Alchemy Project of the Feinstein Famine Centre
APLAMA	Association des Planteurs et des Maraîchers
APPRONA	Appui aux Projets pour la Protection de la Nature
APRODEC	Association pour la Promotion du Développement Endogène des Communautés de base
APROR	Association pour la Promotion Rurale de Zadi
ARA	Arche d'Alliance
ARAL	Arche d'Alliance
AREC	Antenne pour la Reconnaissance de l'Environnement au Congo
AREFA	Action pour la Récupération et Encadrement des Femmes et Analphabètes
ARP	Austrian Relief Programme
ASADHO	Association Africaine des Droits de l'Homme
ASAF	Action Santé Femme
ASDIS	ASDIS Universelle
ASE	Action pour la Salubrité de l'Environnement
ASF	Aviation Sans Frontières
ASF	Avocats Sans Frontières
ASF	Association pour la Santé Familiale
ASODEV	Action pour la Solidarité et le Développement
ASOVUG	Action Solidaire aux Vulnérables de Guerre
ATACE	Association des Techniciens pour l'Assainissement et lutte contre les Catastrophes et les Epidémies
ATGL	Antenna Technology Grands Lacs
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
ATUD	Action Tudimukil
AUSAID	Australian Agency for International Development
AVDD	Association des Volontaires Dévoués pour le Développement
AVS	Activités de vaccination supplémentaires
AVSI	Associazione Volontari per il Servizio Internazionale
AWARE	Animal Wild Aid Rehabilitation and Education
BAD	Banque Africaine de Développement
BASICS	Basics Support for Institutionalising Child Survival
BCAH	Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires / Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
BCPR	Bureau of Crisis Prevention and Recovery
BCSZ/UVIRA	Bureau Central de la Zone de Santé Uvira
BDD	Bureau Diocésain de Développement
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BEPROD	Bureau d'Etudes d'élaboration et d'exécution des Programmes et des projets de Développement
BI	Bureau intégré
BICE	Bureau International Catholique pour l'Enfance
BM	Banque Mondiale
BNUDH	Bureau des Nations Unies aux Droits de l'Homme en RDC
CA	Christian Aid
CADE	Club d'Amis pour le Développement et l'Environnement
CADECOD	Centre d'Action pour le Développement des Communautés Défavorisées
CADEFA	Centre d'Aide en Développement de la Femme en Action
CADIP	Canadian Alliances for Development Initiatives and Projects
CADIP	Canadian Alliances for Development Initiatives and Projects
CAF	Country Assistance Framework
CAFEV/CAMP	Cafev/Camp
CAFOD	Catholic Agency For Overseas Development
CAJL	Collectif des Auxiliaires de Justice "Libero"
CAM	Comité d'Aide Médicale
CAP	Consolidated Appeal Process
CARE INT	CARE International
CAREO	Centre des Abandonnés et de Réintégration des Enfants Orphelins
Caritas	Caritas
Caritas Dev	Caritas Développement RDC
Caritas Int	Caritas Internationalis
Caritas-B	Caritas Belgique

CAS	Civil Affairs Section
CBM	Christian Blind Mission
CCCM	Camp Coordination / Camp Management
CCN	Cadre de Concertation Nationale
CDD	Chef de District
CDH	Centre des Droits de l'Homme et du droit humanitaire
CDI	Centre de Développement Intégral
CDJP	Commission Diocésaine Justice et Paix
CDR	Conseil Danois des Réfugiés
CEDER	Centre de Développement Rural
CEDI	Commission d'encadrement pour le développement intégré
CEILU	Centre d'Encadrement Intégré de Lubiku
CEMUBAC	Centre scientifique et Médical de l'Université libre de Bruxelles pour ses Activités de Coopération
CEPAC 8ème	8ème Communauté des Eglises Pentecôtistes
CEPROSSAN	Centre de Promotion Socio-Sanitaire
CERAO	Centre d'Encadrement d'enfants Rescapés non Accompagnés et Orphelins
CEREDECOM	Centre de Recherche et de Développement Communautaire
CERF	Central Emergency Response Fund (fonds central d'intervention pour les urgences des Nations Unies)
CESVI	Cooperazione e Sviluppo
CFSVA	Analyse de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité (Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis)
CH	Coordonnateur Humanitaire
CHF	Fonds humanitaire commun / Common Humanitarian Fund
CICR	Comité International de la Croix-Rouge
CIDA	Canadian International Development Agency
CILC	Comité Intersectoriel de Lutte contre le Choléra
CISP	Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli
CISS	Cooperazione Internazionale Sud Sud
CJ MATADI	Centre des Jeunes de MATADI
CLN	Comité Local de Nutrition
CLPC	Comité Local Permanent de Conciliation
CMP	Commission des Mouvements de Population
CNOS	Conseil National des ONG pour la Santé
CNR	Commission Nationale pour les Réfugiés
CNS	Centre Nutritionnel Supplémentaire
CNT	Centre Nutritionnel Thérapeutique
CODESA	Comité de Santé
CODIPLA	Coopération de Développement Intégré des Pêcheurs, Eleveurs et Agriculteurs
COJESKI	Collectif des jeunes solidaires
COMREC	Projet de reconstruction communautaire de réinsertion des ex-combattants et de réduction des armes légères
CONCERN	Concern Worldwide
COOPI	Cooperazione Internazionale
COPA	Comité des Parents
CORDAID	Catholic Organisation for Relief and Development AID
CPD	Caisses Populaires pour le Développement
CPI	Cour Pénale Internationale
CPIA	Comité Provincial InterAgences
CPK	Centre Presbytérien de Kinshasa
CPN	Consultations PréNatales
CPS	Consultations PréScolaires
CR RDC	Croix-Rouge de la République Démocratique du Congo
CRAFOD	Centre Régional d'Appui à la Formation et au Développement
CRB	Croix-Rouge de Belgique
CRE	Croix-Rouge Espagnole
CRONGD	Conseil Régional des Organisations Non Gouvernementales de Développement
CR RDC	Croix Rouge RDC
CRS	Catholic Relief Services
CS	Centre de Santé
CSCODI	Collectif de Sensibilisation Communautaire pour le Développement Intégré
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSMULB	Centre Scientifique et Médical de l'Université Libre de Bruxelles
CSS-CONGO	Centres Sociaux Sanitaires - Congo
CTB	Coopération Technique Belge

CTC	Centre de traitement du choléra
CTC	Comité technique conjoint
CV	Couverture vaccinale
CVT	Centre for Victims of Torture
DAI	Development Alternative Incorporated
DCA	Dan Church Aid
DDR	Désarmement démobilisation et réintégration
DDRRR	Désarmement, démobilisation, rapatriement, réintégration et réinstallation
DEC	Disasters Emergency Committee
DEZAAIER	Stichting de Zaaier
DFF	Département Femme et Famille
DFGFI	Diane Fossey Gorilla Fund International
DFID	Department For International Development (UK)
DIAKONIE	Diakonie Katastrophenhilfe
DIH	Droit International Humanitaire
DIOBASS	Démarche pour une Interaction entre Organisation de Base et Autres Sources des Savoir
DMU	Dispositif minimum d'urgence
DOCS	Doctors on Call for Service
DPKO	Department of Peace-Keeping Operations
DPS	Département Provincial de la Santé
DRC	Danish Refugee Council
DSCRIP	Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DTC 3	Diphthérie, tétanos coqueluche 3 doses
DVDA	Direction des Voies et Dessertes Agricoles
DWW	Doctors Worldwide
EA	Emergency Aid
EADIF	Equipe d'appui pour le développement des initiatives familiales
EAE	Espace ami d'enfants
ECC/MERU	Eglise du Christ au Congo / Ministère de l'Eglise pour les Réfugiés et les Urgences
ECHO	European Commission Humanitarian Aid Department (service d'aide humanitaire de la Commission Européenne)
EDC-PAGE	Education Development Center – Pour une Approche Globale à l'Education
EDS	Enquête démographique et de santé
EFSA	Evaluation d'urgence de la sécurité alimentaire (emergency food security assessment)
EHA	Eau, hygiène et assainissement
EMI	Ebenezer Ministries International
ENTCULTURAS	Entreculturas
EPER-CH	Entraide Protestante - Suisse
ER	Early recovery
ERC	Emergency Relief Coordinator
ERF	Emergency response fund
ERUKIN	Encadrement des réfugiés urbains de Kinshasa
FAMAC	Familles d'Accueil
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FARMAMUNDI	Farmaceuticos Mundi
FD	Fondation Damien
FDH	Fédération des Droits de l'Homme
FED	Fonds Européen de Développement
FHI	Family Health International
FHI	Food for the Hungry International
FHI	Fédération Handicap International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FODECO	Fondation pour le Développement Communautaire
FOLECO	Fédération des ONG Laïques à vocation Economique au Congo
FOMETRO	Fonds Médical Tropical
FONER	Fonds National d'Entretien Routier
FOSI	Forum SIDA
FS/RDC	Forum Social Congolais
FSH	Fondation Solidarité des Hommes
FSMS	Food Security Monitoring System
FSS	Fondation Sentinelles - Suisse

FTS	Service de suivi financier/ Financial tracking service
FUNDACION DRMM	Fundación para la Cooperación Internacional Dr. Manuel Madrazo
FZS	Frankfurt Zoological Society
GAFEM	Groupe d’Appui aux Familles des Enfants Mal nourris
GAPROF	Groupe d’Action pour la Promotion de la Femme
GASHE	Groupe d’Action pour Sauver l’Homme et son Environnement
GBVIMS	Gender-based violence information management system
GENCAP	Gender Standby Capacity Project
GFD	Gestion forestière durable
GHD	Good Humanitarian Donorship
GIND	Gruppo India
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GMHR	Groupe de Maintenance d’Hydraulique Rurale
GOAL	GOAL Ireland
GR	Global Rights
GRAPEDECO	Groupe d’Action Pour un Développement Communautaire
GRET	Groupe de Recherche et d’Echanges Technologiques
GROUP ONE	GROUP ONE
GTPE	Groupe de Travail sur la Protection de l’Enfance
GTVS	Groupe de Travail sur les Violences Sexuelles
H.E.Vanga	Hôpital Evangélique de Vanga
HA	Heal Africa
HA	Help Age International
HAG	Humanitarian Advocacy Group
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l’Homme
HCT	Humanitarian Country team / Equipe de Pays Humanitaire
HGR	Hôpital général de référence
HI	Handicap International / Atlas Logistique
HIA	Hope In Action
HI-DAU	Handicap International – Direction de l’Action d’Urgence
HKI	Hellen Keller International
HPP	Humana People to People
HRW	Human Rights Watch
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IBN	Initiative du Bassin du Nil
ICCO	Organisation Inter-églises de coopération au développement
IDH	Indice de développement humain
IDP	Personne déplacée interne/Internally Displaced Person
IDTR	Identification, documentation, recherche familiale et réunification (Identification, Documentation, Tracing and Reunification)
IEC	Information, education, communication
IEDA Relief	International Emergency and Development Aid
IFES	International Foundation Electoral Systems
IFESH	International Foundation for Education and Self-Help
ILS	Inter-Agency Logistic Service
IMC	Indice de masse corporelle
IMC	International Medical Corps
IMF HOPE	IMF Hope RDC
IMPT	Integrated Mission Planning Team / Groupe intégré de planification
INS	Institut National de la Statistique
INT. ALERT	International Alert
INTERACTIONS	Interactions
IPACS	Institut d’affaires et de commerce
IPAPEL	Inspection Provinciale de l’Agriculture
IPC	Integrated food security Phase Classification / Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IRA	Infection respiratoire aigüe
IRC	International Rescue Committee
ISF	Ingénieurs Sans Frontières
ISF	Integrated Strategic Framework
ISJ	Inspection des Services Judiciaires

ISSSS	Stratégie Internationale de Soutien à la Sécurité et la Stabilité à l'est de la RDC (International Security and Stabilization Support Strategy)
IST	Infection sexuellement transmissible
JGI	Jane Goodall Institute
JHFU	Joint Humanitarian Funding Unit (Unité Conjointe des Financements Humanitaires)
JIA	Johanniter International Assistance
JICA	Japan International Cooperation Agency
JMAC	Joint Mission Analysis Cell
JRS	Jesuit Refugee Service
KIH	Kit d'hygiène intime
LA BENEVOLENCIA	La Benevolencia
LAW GROUP	Law Group
LCA	Logistic capacity assessment
LD	Louvain Développement
LOA	Light of Africa
LPI	Life and Peace institute
LWF	Lutheran World Federation
MA	Missionnaires d'Afrique
MAAMS	Multi Actions d'Assistance aux Marginalisés et aux Sinistrés
MAF	Missionary Aviation Fellowship
MAG	Malnutrition aigüe globale
MAG	Mines Advisory Group
MALTESER	Malteser International
MAM	Malnutrition aigüe modérée
MANOS UNID	Manos Unidas
MARA	Monitoring, Analysis and Reporting Arrangements on conflict-related sexual violence
MAS	Malnutrition aigüe sévère
MC	Malaria Consortium
MC	Mercy Corps
MDA	Médecins d'Afrique
MDM	Médecins Du Monde
MEC	Medicos En Catastrophe
MECHEM	MECHEM
MEDAIR	MEDAIR
MEMISA	Medische Missie Samenwerking
MEPSP	Ministère de l'Education Primaire, Secondaire et Professionnel
MERLIN	Medical Emergency Relief International
MI	Mortalité infantile
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MIDIMA	Missionnaires du Divin Maître
MMIH	Mortalité maternelle intra hospitalière
MMN	Medicus Mundi Navarra
MMR/ROR	Measles, mumps, rubella / rougeole, oreillons, rubéole
MND	Mama na Nzela Développement
MOB	Mobile operating base
MONUSCO	Mission de l'ONU pour la Stabilisation en République Démocratique du Congo
MRM	Monitoring and reporting mechanism on grave violation of children rights
MSA	Multi sectoral assessment / outil d'évaluation multisectorielle
MSF	Médecins sans Frontières
MT	Metric ton / tonne métrique
NAC	Nutrition à assise communautaire
NAF	Needs analysis framework / Cadre d'analyse des besoins
NBI	Nile Basin Initiative
NCA	Norwegian Church Aid
ND	Non disponible
NDI	The National Democratic Institute for International Affairs
NK	Nord Kivu
NRC	Norwegian Refugee Council
OCEAN	Océan
OCHA	UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

ODPI	Orphans Development Programme International
OFDA	Office of Foreign Disaster Assistance
OIECD	Organisation Inter Eglises de Coopération au Développement
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OIRC	Organisation internationale pour la réduction des catastrophes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONGI	Organisation non-gouvernementale internationale
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Online Project System
OVG	Observatoire Volcanologique de Goma
OXFAM-NOVIB	OXFAM - Netherlands
OXFAM-QC	OXFAM - Québec
OXFAM-SOL	OXFAM - Solidarité Belgique
OXFAM-UK	OXFAM - Grande Bretagne
PACIF	Paysans Actifs Contre l'Ignorance et la Faim
PACT-Cg	PACT Building Capacity Worldwide – Congo
PAH	Plan d'Action Humanitaire
PAM	Programme Alimentaire Mondial / World Food Program
PAP	Plan d'Action Prioritaire / Priority Action Program
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé
PASIFIC	Pasific
PAX CHRISTI	Pax Christi International
PCCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCP	Programme de Consolidation de la Paix
PD	Pain pour les Déshérités
PEP	Post-Exposure Prophylaxis / PPE Prophylaxie Post-Exposition (au VIH)
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planning familial
PF	Pooled fund / Fonds commun
PHV	Prospect Hill Virus
PIB	Produit intérieur brut
PICG	Programme International de Conservation des Gorilles
PIE	Plan Intérimaire de l'Education
PIN	People In Need
PLD	Pain pour Les Déshérités
PMA	Paquet minimum d'activités
PMT	Programme Management Team / Equipe de Programmation
PMU Interlife	PMU Interlife
PNDDR	Programme National de Désarmement, Démobilisation et Réinsertion
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
PNUD/FM	PNUD/Fonds Mondial
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
PPP-CH	Pain Pour le Prochain – Suisse
PPSSP	Programme de Promotion des Soins de Santé Primaire
PROBEL	Promotion de Bena Leka
PROCCUDE	Promotion et Complémentarité des Cultures pour le Développement
PRONANUT	Programme National Nutritionnel
PSF	Pharmaciens Sans Frontières
PSI	Population Services International
PU-AMI	Première Urgences - Aide Médicale Internationale
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
PWG	Protection Working Group
QUIPS	Quick Impact Projects
RADEM	Recherche et Actions pour un Développement Multisectoriel
RAF	Réseau Action Femme
RCN	RCN Justice & Démocratie
REACH ITALIA	Render Effective Aid to Children
RECO	Relais Communautaires

RECOPE	Réseaux Communautaires pour la Protection de l'Enfant
REFOS	Réseaux des Femmes et ONG de Santé
REGIDESO	Régie de distribution d'eau
RENOD	Renod
REPEQ	Regroupement des Parlementaires de l'Equateur
RHA	Rebuild Hope for Africa
RI	Refugees International
RRF	Rapid Response Fund
RRMP	Réponse Rapide aux Mouvements de Population
RUBAN BLANC	Ruban Blanc
SAFE	Safe Access to Firewood and alternative Energy in humanitarian settings
Samaritanian's Purse	Samaritanian's Purse
SAP-AU	Synergie d'aide prioritaire-Aide d'urgence
SAWSO	Salvation Army World Service Office
SC	Save The Children
SC	Secours Catholique
SCAM	Société des Cultures Agricoles de Mayumbe
SCARK	Service Chrétien d'Animation Rurale au Katanga
SFCG	Search For Common Ground
GBV	Sexual and Gender Based Violence / Violences sexuelles et basées sur le Genre
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency
SK	Sud Kivu
SLAO	Saving Lives Through Alternative Options
SMART	Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel
SNCC	Société Nationale des Chemins de fer du Congo
SNHR	Société Nationale d'Hydraulique Rurale
SNSA	Service National des Statistiques Agricoles
SNSAP	Surveillance Nutritionnelle, de Sécurité Alimentaire et d'Alerte Précoce
SNV	Société Nationale de la Vigogne
SNVBG	Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre
SODERU	Solidarité et Développement Rural
SOFEPAI	Solidarité Féminine pour la Paix et le Développement Intégral
SOLIDARITES	Solidarités International
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence
SOPROP	Solidarité Pour la Promotion Sociale et la Paix
SOS VE	SOS Village d'Enfants
SP	Solidarité Paysanne
SPACE	Soutien à la Planification et l'Accessibilité dans l'Est de la RDC
STAREC	Plan de STAbilisation et de REConstruction des zones sortant des conflits armés
TDH	Terre des Hommes
TENAFEP	TEst National pour la Fin des Etudes Primaires
TOTALISANA	Association Totalisana
UMCOR	United Methodist Committee on Relief
UNDSS	United Nations Department of Safety and Security
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHABITAT	Programme des Nations unies pour les établissements humains
UNHAS	United Nations Humanitarian Air Service
UNHCDH	Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNMACC	United Nations Mine Action Coordination Center / Centre de coordination de la lutte anti mines des Nations Unies
UNOPS	United Nations Office for Project Services Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets
UNS	Unités Nutritionnelles de Supplémentation
UNTA	Unités Nutritionnelles Ambulatoires
UNTI	Unités Nutritionnelles Intensives
UNVs	Volontaires des Nations Unies
UNFemmes	Fonds de développement des Nations unies pour la femme
UPD	Union Paysanne pour le Développement
UWAKI	Umoja Wa Wanawake Wa Kulima wa Kivu
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

VVS	Victimes de Violences Sexuelles
WFP	World Food Program / Programme Alimentaire Mondial
WHH/AAA	Welthungerhilfe / Action Agro Allemande
YMCA	World Alliance of Young Men's Christian Associations

ANNEXE III: ACTEURS POLITIQUES

ADF/NALU	Army Defense Force/National Liberation of Uganda
ANR	Agence Nationale de Renseignements
APCLS	Alliance Patriotique pour un Congo Libre et Souverain
ARC	Armée Révolutionnaire du Congo
CNDP	Congrès National pour la Défense du Peuple
CRC	Conseil des Résistants Congolais
FARDC	Forces Armées de la République Démocratique du Congo
FDC	Forces de Défense Congolaises
FDLR	Forces Démocratiques pour la Libération du Rwanda
FLEC	Front de Libération de l’Enclave de Cabinda
FNI	Front des Nationalistes et des Intégrationnistes
FNL	Front National de Libération (Burundi)
FPC	Front des Patriotes pour le Changement
FPJC	Front Populaire pour la Justice au Congo
FPLC	Forces Patriotiques pour la Libération du Congo
FRF	Forces Républicaines Fédéralistes
FRPI	Forces de Résistance Patriotique en Ituri
LRA	Lord’s Resistance Army / Armée de résistance du Seigneur
M23	Mouvement du 23 mars
MLIA	Mouvement de Libération des Indépendants et Alliés
MM Cheka	Mai Mai Cheka
MM Gedeon	Mai Mai Gedeon
MM Morgan	Mai Mai Morgan
MM Nyatura	Mai Mai Nyatura
MM Raïa Mutomboki	Mai Mai Raïa Mutomboki
MM Yakotumba	Mai Mai Yakotumba
MONUSCO	Mission de l’ONU pour la Stabilisation en République Démocratique du Congo
MRC	Mouvement Révolutionnaire Congolais
MRPC	Mouvement Révolutionnaire Populaire du Congo
NDC	Nduma Defense of Congo
PARECO	PAtriotés REsistants COngolais
PNC	Police Nationale Congolaise
RC	République du Congo
RDC	République Démocratique du Congo
UPC	Union des Patriotes Congolais
UPDF	Uganda People’s Defense Forces

**OFFICE FOR THE COORDINATION OF HUMANITARIAN AFFAIRS
(OCHA)**

United Nations Palais des Nations
New York, N.Y. 10017 1211 Geneva 10
USA Switzerland