

Requesting Organization :	United Nations Children's Fund		
Allocation Type :	ST Mai 2021- Première Allocation Standard		
Primary Cluster	Sub Cluster	Percentage	
Protection de l'Enfance		17.00	
Nutrition		52.00	
Eau, Assainissement et Hygiène		31.00	
		100	
Project Title :	Réponse multisectorielle de protection de l'enfance, nutrition et Eau, Hygiène et Assainissement dans les zones affectées par des chocs humanitaires dans les territoires de Fizi (Nundu) et territoire de Shabunda (Lulingu et Mulungu) dans la province du Sud Kivu ET dans les zones de santé de Bambu, et Jiba (province de l'Ituri)		
Allocation Type Category :			
OPS Details			
Project Code :		Fund Project Code :	DRC-21/HCG10/SA1/CP-NUT-WaSH/UN/19360
Cluster :		Project Budget in US\$:	2,082,797.84
Planned project duration :	18 Months	Priority:	
Planned Start Date :	01/07/2021	Planned End Date :	30/06/2022
Actual Start Date:	01/09/2021	Actual End Date:	28/02/2023
Project Summary :	<p>Ce projet cible le territoire de Shabunda (Lulingu et Mulungu) et de Fizi (Nundu) au Sud Kivu pour la mise en place de l'intervention multisectorielle nutrition, protection de l'enfant (PE) et eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH). Les interventions PE ciblent la zone de santé (ZS) de Lulingu et Mulungu, celles EAH dans la ZS de Mulungu et celles Nutrition dans la ZS Nundu. Le projet s'inscrit dans le plan opérationnel et la stratégie établie par les membres de l'inter Cluster - CRIO de la région Centre-Est pour la 1ere allocation standard FH 2021. e projet répond aux objectifs stratégiques 1 et 2 de l'allocation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OS1 : La réponse multisectorielle permet de couvrir les besoins vitaux de 9,6 millions de personnes afin de préserver leur intégrité physique et mentale. • OS 2 : La réponse multisectorielle permet de réduire les vulnérabilités et d'améliorer les conditions de vie de 3,4 millions de personnes. <p>Objectifs du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le bien-être physique et mental des 4310 enfants et adolescents (2190 filles) les plus vulnérables est assuré en réponse à leurs besoins vitaux. • La prise en charge (PEC) de la malnutrition aigüe de 8015 enfants de moins de cinq ans est assuré au niveau structures de santé et par la communauté. • L'accès aux services EHA de 18,318 personnes les plus vulnérables, notamment les enfants non accompagnés (ENA)ou séparés de leur famille est assuré <p>Pour PE, les activités proposées rentrent dans l'objectif priorise par le s/cluster PE dans le cadre de cette allocation. Le projet vise à assurer une PEC appropriée de 4310 enfants et adolescents (2190 filles) vulnérables et affectés par des conflits, y compris des enfants associés à groupes armés.</p> <p>Activités principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification, PEC transitoire des EAFGA, ENA, et des enfants victimes de violences (y compris de violences sex.) • Soutien psychosociale des enfants vulnérables et/ou affectés par les urgences humanitaires <p>A travers l'approche simplifiée PCIMA en tenant compte du continuum de soins, le projet prendra en charge dans une approche intégrée, 8015 enfants de moins de 5 ans malnutris aigus les enfants MAM (5,060) et MAS (2,955) avec un produit unique (plumpy nut). L'approche simplifiée PCIMA abordera les problèmes d'équité en veillant à ce que les enfants vivant dans des endroits les plus éloignés puissent accéder au traitement sans faire face aux barrières géograph., écon.,sociales associées à l'accès aux structures de santé. Pour une meilleure surveillance nut. au niveau communautaire et la PEC adéquate des enfants selon le protocole de l'approche simplifié, la stratégie périmètre brachial (PB) famille permettra de former 21955 gardiens d'enfants sur le PB famille:pour identifier les enfants malnutris à un niveau non avancé de la malnutrition. Pour une meilleure prévention, la promotion de l'ANJE en situation d'urgence sera mise en place à travers 120 groupes de soutien et la sensibilisation de 10,202 personnes avec un accent sur les hommes. Le projet impliquera le Min. de la Santé à travers le PRONANUT dans toutes les phases de la mise en œuvre du projet.</p> <p>Le projet fournira accès à un paquet EHA aux pers. vulnérables dans la communauté, en particulier l'accès à l'eau potable pour réduire les risques de la malnutrition et maladies hydriques. Activités principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer accès aux services EHA urgence (aménagement de point d'eau, promotion et/ou appui à la construction des latrines pour contribuer la fin de la défécation à l'air libre et la promotion de l'hygiène) 		

- Fournir paquet EHA aux 3 centres de santé et 5 écoles prim.
 - Distribuer kit d'urgence aux ménages le plus vulnérable pour améliorer l'hygiène, stockage et gestion de l'eau.
- Pour assurer le nexus humanitaire et dévelop., UNICEF et ses partenaires mettent en œuvre des interventions d'urgence prenant soins prendre en considération les aspects de préparation, renforcement des capacités locales pour une résilience des populations face à des crises recurrent

Direct beneficiaries :

Men	Women	Boys	Girls	Total
60,597	26,425	15,788	16,987	119,797

Other Beneficiaries :

Beneficiary name	Men	Women	Boys	Girls	Total
Host Communities	40,318	16,216	7,892	8,467	72,893
Internally Displaced People	12,473	5,667	3,686	3,971	25,797
Returnees	7,806	4,542	4,210	4,549	21,107

Indirect Beneficiaries :

Beneficiaires indirects:

Protection de l'enfance:

- Les acteurs de Protection dont au moins 30% de la représentation féminine, bénéficiaires des activités de formation et de renforcement des capacités sur la protection de l'enfant;
- Les familles qui retrouveront leurs enfants après un temps passé au sein des groupes armés ;
- Les membres des communautés d'origine et d'accueil des enfants qui bénéficieront indirectement des effets du projet ;
- Les enfants des communautés voisines de structures d'accueil transitoire ;
- Les écoles et autres structures d'encadrement des enfants;
- Les corps enseignants des écoles et formateurs des centres professionnels qui seront ciblées;
- Les personnels du projet.;

Nutrition

Les bénéficiaires indirects du projet sont les populations de la ZS d'intervention Nundu, estimée à 219547 personnes dans la mesure qu'il y'aura les activités de prévention sur l'ANJE, Covid 19 à travers les émissions radio et spots.

EHA

Dans le cadre cette proposition, les bénéficiaires indirects sont constitués plus des personnes habitants les aires de santé voisine des zones ciblées dont Lulingu, Shabunda, Bunyankiri au Sud-Kivu et (Walikale, Masisi) au Nord-Kivu. Ces personnes sont estimé à au moins 200,000 personnes.

Catchment Population:

Link with allocation strategy :

Pour soutenir le Plan de Réponse Humanitaire (PRH) susmentionné et en étroite collaboration avec le Conseil Consultatif (CC) du FH RDC, le Coordonnateur humanitaire (CH) a décidé de lancer une Allocation Standard de 30,5 millions de dollars américains en vue de contribuer aux deux objectifs stratégiques du PRH 2021 suivants :

- OS 1 : La réponse multisectorielle permet de couvrir les besoins vitaux de 9,6 millions de personnes afin de préserver leur intégrité physique et mentale.
- OS 2 : La réponse multisectorielle permet de réduire les vulnérabilités et d'améliorer les conditions de vie de 3,4 millions de personnes. En protection de l'enfance, les activités rentreront dans l'objectif priorisé par le s/cluster protection de l'enfance dans le cadre de cette allocation, à savoir : OSC1 : Le bien-être physique et mental des personnes les plus vulnérables est assuré en réponse à leurs besoins vitaux. Les activités suivantes seront mises en œuvre :
 - Identification, prise en charge transitoire des EAFGA, ENA, et des enfants victimes de violences (y compris de violences sexuelles)
 - Soutien psychosociale et en santé mentale des enfants vulnérables et/ou affectés par les urgences humanitaires (incluant la prise en charge psychosociale à travers les Espaces Amis d'Enfants) ;
 - Prévention et de monitoring sur les droits des enfants ;
 - Documentation, recherche familiale et/ou de solutions durables et réintégration socio-économique des EAFGA, incluant selon les besoins une réinsertion scolaire
 - Documentation, recherche et réunification familiale des ENA

La composante nutrition répondra à 3 impacts humanitaires qui sont concentrés dans le Sud-Kivu: Mouvements de population liés aux conflits; insécurité alimentaire et malnutrition aigüe. En lien avec l'allocation, ce projet fera la priorisation sur (A1) Prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère et (A2) Prise en charge des cas de malnutrition aigüe modérée.

L'UNICEF s'adresse à ces objectifs via réponses suivantes :

- Assurer la prise en charge des cas de malnutrition aigüe (MAM et MAS) parmi les enfants de moins de cinq ans au niveau structures de santé et par la communauté.
- Renforcer les connaissances des femmes enceintes et allaitantes sur les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence ;
- Évaluer la situation nutritionnelle dans les ZS silencieuses et qui sont en crise.

La composante EAH s'inscrit dans l'objectif spécifique 2.4 du Plan de Réponse Humanitaire 2021 (PRH 2021) vise que « l'accès aux services de prévention EHA de 3 millions de personnes à risque d'être affectées par une épidémie (choléra, MVE, COVID-19) est assuré ». Cet objectif corrobore également aux objectifs de la Stratégie de l'Allocation standard 2021 :

(i) Renforcer l'accès équitable et en toute protection aux services EHA aux personnes affectées par des mouvements de population liés aux conflits.

(ii) Renforcer l'accès à un paquet minimum «WASH in Nut » aux enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère et aux femmes enceintes et allaitantes ;

(iii) Assurer l'accès à un paquet EHA aux personnes vivant dans les zones à risque d'épidémie de choléra, etc.

De manière transversale, l'intervention WASH proposées, contribueront au contrôle de l'épidémie de COVID-19 et autres maladies diarrhéiques, à la réduction de la morbidité des maladies hydriques auprès des enfants affectés par le déplacement, à faciliter la prise en charge nutritionnelle et le retour à des conditions normales de vie. L'approche communautaire inclusive va promouvoir la cohabitation entre les différentes parties prenantes (Cellule d'Animation Communautaire, Infirmier Titulaire, Médecin Chef de Zone) et chef de sous division, pour contribuer à « ne pas nuire » et pourra constituer une base pour des interventions en transition EHA

Sub-Grants to Implementing Partners :

Partner Name	Partner Type	Budget in US\$

Other funding secured for the same project (to date) :

Other Funding Source	Other Funding Amount

Organization focal point :

Name	Title	Email	Phone
Katya Marino	Deputy Representative	kmarino@unicef.org	+243970159258
Typhaine Gendron	Chief of Emergency	tgendron@unicef.org	+243821944497
Marie Noelle Fall	Resource Mobilisation Manager	mnfall@unicef.org	+243820263110
Denis Garnier	Chief Nutrition	dgarnier@unicef.org	+243830537932

BACKGROUND

1. Humanitarian context analysis

2. Needs assessment

Le plan de réponse humanitaire publié en Janvier 2021 classe la province du Sud-Kivu en priorité « une » en termes de crise humanitaire. Le territoire de Shabunda et Fizi a été marqué par un contexte sécuritaire fragile, qui demeure confrontée à une crise humanitaire aigüe et complexe. La situation sécuritaire est volatile dans le territoire de Shabunda et en particulier dans la ZS de Lulingu et Mulungu avec mouvements de population, insécurité alimentaire et malnutrition aigüe, épidémies et problématiques de protection. Depuis début 2020, la situation humanitaire s'est détériorée avec une recrudescence des mouvements de population et incidents de protection causés par l'intensification des conflits armés ; la ZS de Lulingu compte actuellement plus de 49 466 personnes déplacées et Mulungu 60 800 suite aux incursions successives des porteurs d'armes dans leurs villages, suivies du viol des femmes et jeunes filles, des tortures de certains jeunes et l'enlèvement des personnes pour le transport des biens pillés etc. La ZS de Nundu au Sud-Kivu se présente comme la zone la plus affectées par des affrontements récurrents entre différents groupes armés. Depuis Aout 2020, plusieurs conflits ont affecté le territoire de Fizi

provoquant le déplacement de 40700 déplacés regroupés autour de 8140 ménages dans 21 aires de santé de la ZS de Nundu (rapport d'évaluation multisectoriel, déc. 2020).

PE: Des évaluations ont été faites par le Sous GTPE de Shabunda en mars 2021 et. L'analyse des besoins est transmise régulièrement par le GTPE selon les données et alertes récoltées SGTPE de Shabunda, complété par les rapports de monitoring de protection. L'évaluation de Mars 2021 a mis en exergue l'identification de 175 enfants associés aux forces et groupes armés, 57 enfants survivants, de violences sexuelles, 384 enfants impliqués dans les travaux dangereux ayant besoin d'une PEC.

Nutrition: Dans la ZS de Nundu, une enquête nut. anthropométrique réalisée simultanément dans la ZS Fizi et de Nundu en janv. 2021 a révélé une prévalence de malnutrition aiguë globale (MAG) de 12,5% dont 3% de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS). La prévalence MAS est supérieure au seuil d'urgence (MAS de 2%). De plus, la ZS de Nundu est en phase 3 selon le 19ème cycle de l'IPC. En tenant compte de plusieurs autres facteurs aggravants (mouvement de la population, rougeole, choléra, malnutrition chronique, COVID19), le cluster a identifié la ZS de Nundu comme « High priority » pour une intervention en 2021. De plus, le dépistage réalisé dans la zone de santé de Nundu a montré actuellement un nombre croissant d'enfants MAS (1596 MAS) qui ont été identifiés d'octobre 2020 à février 2021 (DHS2), ce qui révèle encore que la situation nutritionnelle s'est dégradée rapport à la même période en 2019 et nécessite une action d'urgence soutenue.

EAH : Dans la ZS de Mulungu, l'accès aux populations affectées est limité par la situation sécuritaire, mauvais état des infrastructures et conditions géographiques difficiles. Afin de pallier le manque d'information dans ces zones, REACH recourt à une collecte des informations à travers des entretiens avec des informateurs clés (IC) par téléphone. La fiche d'information de Juin 2021, classe la zone de santé de Mulungu dans la catégorie 81 – 100% des localités dont les IC ont rapporté la présence de PDI au cours du mois précédent et dans la catégorie de 41 – 60% des localités évaluées pour lesquelles les IC ont rapporté que la majorité de la population n'utilisait pas de latrines et que la majorité de la population n'avait accès qu'à de l'eau de surface. Trois barrières principales à l'accès à l'eau sont: Nombre insuffisant de points d'eau/temps d'attente à 78%, manque de récipients pour stocker l'eau à 63% et l'eau considéré comme impropre à 45% ; quant aux barrières principales à l'utilisation de latrines au cours du mois précédent, 81% de localités évaluées ont rapporté le manque d'installations sanitaires ou des installations surpeuplées

3. Description Of Beneficiaries

4. Grant Request Justification

Malgré l'amélioration de la situation politico-sécuritaire dans certaines provinces du pays en 2020, les conflits persistent dans les provinces de l'Est, avec pauvreté chronique et accès limité aux services et infrastructures de base. Le HRP 2021 cible 9,6 millions de personnes auront besoin d'une assistance humanitaire en 2021, soit, 49% comparativement à 8,1 millions en 2020. Cette augmentation s'explique par la hausse du nombre de personnes en insécurité alimentaire aiguë, la détérioration de la situation humanitaire dans certaines zones mais aussi l'extension de la couverture géographique de l'analyse IPC, et par l'inclusion des besoins humanitaires multisectoriels liés aux nouvelles épidémies de COVID-19 et MVE survenues en 2020.

Le créneau programmatique de l'UNICEF repose sur l'approche intersectorielle pour répondre à l'urgence et renforcer la résilience, en particulier dans les secteurs où l'UNICEF est le chef de file du cluster, tels que la nutrition, WASH et sous GTPE. L'UNICEF est présent en RDC depuis 1963 pour sauver des vies d'enfants, défendre leurs droits et les aider à réaliser leur potentiel. A ce jour, l'UNICEF a 11 bureaux de terrain qui supportent les interventions sur l'ensemble du pays (y inclus à Bukavu) en plus du bureau central de Kinshasa. Cette présence historique dans le pays, et l'expérience acquise dans plusieurs secteurs, font de l'UNICEF l'un des principaux acteurs d'urgence et de développement en RDC. Pour la réussite de son Programme de Coopération, l'UNICEF s'appuie sur un vaste réseau de partenaires stratégiques et opérationnels qui inclut les acteurs étatiques, les organisations de la société civile et la Communauté des Donateurs. Dans les ZS de Lulingu, Mulungu et Nundu, la situation humanitaire est dominée par une présence massive des PDIs. Le territoire de Shabunda est marqué depuis le mois de décembre 2020 par la mort de seigneur de guerre Raiya Mutomboki, la situation s'est dégradée dans les villages éloignés de l'axe principal et dans les carrés miniers où les activités de ces groupes armés ont particulièrement été illustrées par des pillages systématiques des biens et bétails, les arrestations arbitraires, l'utilisation des mineurs, de travaux forcés, l'enlèvement des mineurs pour le transport des biens pillés, les tortures et agressions physique etc. La ZS Nundu au Sud-Kivu se présente comme la zone la plus affectée par des affrontements récurrents entre différents groupes armés. Depuis Aout 2020, plusieurs conflits ont affecté le territoire de Fizi provoquant le déplacement de 40700 déplacés regroupés autour de 8140 ménages dans 21 aires de santé de la ZS de Nundu (rapport d'évaluation multisectoriel, déc.2020).

Dans ce contexte, le projet vise à assurer une PEC appropriée à des enfants et adolescents vulnérables et affectés par des conflits, y compris des enfants associés à des groupes armés dans le territoire de Shabunda, zones de santé de Lilungu et Mulungu. Un appel à manifestation d'intérêt est en cours permettra de sélectionner au sein du sous GTPE un partenaire de mise en œuvre. Ainsi pour la mise en œuvre des activités EHA sera faite en partenariat avec Teafund qui a une bonne expérience dans l'implémentation des activités WASH Urgences et il connaît bien la zone car il a un projet similaire dans la zone de santé voisine de Shabunda sur fonds propres UNICEF. Pour NUT, UNICEF adoptera une approche intégrée de prévention et PEC de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans selon l'approche simplifiée PCIMA. UNICEF collaborera avec les ministères de la santé à travers le PRONANUT, communautés locales, partenaires dans le domaine de la prévention et de gestion de la malnutrition et les acteurs au niveau communautaire.

Avec l'expertise dans les domaines d'intervention, la forte présence sur le terrain, et l'approche communautaire en collaboration avec les ONG et les communautés, l'UNICEF assurera une intervention efficace et efficiente dans le cadre du projet

5. Complementarity

LOGICAL FRAMEWORK

Overall project objective

Ce projet cible le le territoire de Shabunda (Lulingu et Mulungu) et de Fizi (Nundu) dans la province du Sud Kivu pour la mise en place de l'intervention multisectorielle dans les domaines de la nutrition, la protection de l'enfant, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH). Le projet aura une durée de 12 mois avec les objectifs suivants :

- **Le bien-être physique et mental des personnes les plus vulnérables est assuré en réponse à leurs besoins vitaux à Lulingu et Mulungu, dans le territoire de Shabunda.**
- **La prise en charge et la prévention de la malnutrition aiguë (MAM et MAS) parmi les enfants de moins de cinq ans sont assurées au niveau structures de santé dans la zone de santé Nundu, dans le territoire de Fizi.**
- **L'accès sécurisé aux facilités EHA des personnes affectées par des conflits armés et communautaire du territoire de Shabunda, zone de santé Mulungu est assuré**

Nutrition								
Cluster objectives		Strategic Response Plan (SRP) objectives	Percentage of activities					
2021-SSO1.3 : La prise en charge intégrée de 2,2 millions de personnes affectées par la malnutrition aigüe (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes, personnes vivant avec la tuberculose ou le VIH malnutris) est assurée		SO1: La réponse multisectorielle permet de couvrir les besoins vitaux de 9,6 millions de personnes afin de préserver leur intégrité physique & mentale						100
<p>Contribution to Cluster/Sector Objectives : Le projet contribuera à atteindre la cible du Cluster Nutrition en 2023: cible 2,6 millions de personnes, dont environ 400 000 en situation de handicap, avec les deux objectifs suivants :</p> <p>1. L'accès équitable à la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe est amélioré pour 2,2 millions de personnes dont 1,6 million d'enfants de moins de cinq ans, 550 000 femmes enceintes et allaitantes (FEFA) et 50 000 personnes vivant avec le VIH ou la tuberculose</p> <p>2. L'accès équitable à la prévention de la malnutrition est amélioré à travers l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant pour 494 000 femmes enceintes et allaitantes</p>								
Outcome 1								
La prise en charge et la prévention de la malnutrition aigüe (MAM et MAS) parmi les enfants de moins de cinq ans sont assurées au niveau structures de santé dans la zone de santé Nundu, dans le territoire de Fizi.								
Output 1.1								
Description								
8015 enfants (F= 4168; G=3847) dans la zone de santé de Nundu seront pris en charge selon le protocole de l'approche simplifiée PCIMA								
Assumptions & Risks								
<p><input type="checkbox"/> Assumptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité aux centres de santé • Motivation et stabilité du personnel sanitaire • Disponibilité des intrants nutritionnels/médicaments et frontières ouvertes pour permettre l'importation des marchandises • Les villages sont accessibles et la situation sécuritaire est acceptable (les femmes sont souvent victimes de violences sexuelles lors de l'accompagnement de leurs enfants et les Recos après les dépistages actifs mensuels vont organiser un accompagnement groupé aux centres de santé) • Les Recos sont motivés et disponibles • Mobilisation Communautaire est effective • Disponibilité et capacité des ressources humaines dans les CS et les CAC • Formation en langue locale • Disponibilité du PRONANUT et du MCZ <p><input type="checkbox"/> Risks</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrudescence de la situation sécuritaire • Déplacement de la population • Inaccessibilité de la zone • Recrudescence des épidémies de rougeole, Covid-19 • Recrudescence des mouvements de populations <p><input type="checkbox"/> Mitigation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décentraliser la prise en charge de la malnutrition aigüe au niveau de la communauté à travers les CAC afin de réduire les risques d'attaque des mères et gardiens d'enfants se rendant au centre de santé • Mettre en place des stratégies avancées pour atteindre le maximum d'enfants dans les zones d'intervention • Appliquer les orientations du Ministère de la Santé Publique /PRONANUT sur l'adaptation des interventions de Nutrition dans le contexte de la COVID-19 • délocalisation du projet en zone stable en cas d'aggravation sécuritaire. • sensibiliser/informer les communautaires bénéficiaires sur la stratégie d'intervention en amont de l'activité. • Evacuation des staffs et délocalisation de la base du projet en ville/cité/Localité stable 								
Indicators								
Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle	
			Men	Women	Boys	Girls	Target	
Indicator 1.1.1	Nutrition	Proportion des unités nutritionnelles sans rupture de stock	100	0	0	0	100	
Means of Verification : Fiche de gestion de stock								
Indicator 1.1.10	Nutrition	Taux d'abandons parmi les déchargés					15	
Means of Verification : rapport statistique mensuel (<15%)								
Indicator 1.1.11	Nutrition	Proportion des plaintes reçues et analysées				100	100	
Means of Verification : rapport des plaintes								
Indicator 1.1.2	Nutrition	Proportion des enfants malnutris pris en charge et détectés par les gardiens d'enfant/mère	0	0	0	70	70	
Means of Verification : rapport de dépistage								
Indicator 1.1.3	Nutrition	Taux de guérison parmi les déchargés					75	
Means of Verification : rapport statistique mensuel								

Indicador 1.1.4	Nutrition	Nombre d'enfants 6-59 mois MAM et MAS (désagrégé par genre) admis dans les structures nutritionnelles			3,84 7	4,16 8	8,015
Means of Verification : rapport statistique mensuel							
Indicador 1.1.5	Nutrition	Nombre des enfants déchargés des centres nutritionnels			3,02 1	3,27 3	6,294
Means of Verification : Registre, rapport statistique							
Indicador 1.1.6	Nutrition	Nombre de supervisions réalisées				145	145
Means of Verification : Rapports de supervision							
Indicador 1.1.7	Nutrition	Nombre de FOSA ayant un UNTA et un UNTI opérationnel				136	136
Means of Verification : rapport statistique mensuel							
Indicador 1.1.8	Nutrition	Nombre de prestataires et agents communautaires ayant reçus une formation PCIMA et ayant les compétences requises pour assurer la prise en charge					22,280
Means of Verification : rapport de formation, liste de participants, photo, TdR de formation							
Indicador 1.1.9	Nutrition	Taux de décès parmi les déchargés					5

Means of Verification : rapport statistique mensuel (<5%)

Activities

Activity 1.1.1

Identification et ouverture des structures de santé ayant la capacité d'intégrer les activités nutritionnelles UNTI/centre de sante/CAC pour la mise en place de l'approche simplifiée PCIMA

L'identification des structures de santé bénéficiaires se fera sous l'égide des ONG sélectionnées (par l'UNICEF suite à un appel à manifestation d'intérêt), en collaboration avec les responsables des ZS et le PRONANUT, et tiendra compte de l'accessibilité sécuritaire, des besoins de la population, de la morbidité et de la situation géographique et nutritionnelle.

L'identification et l'ouverture des Cellules à Assise Communautaire (CAC) se fera de façon progressive en tenant compte des statistiques des admissions en 2020. La CAC sera implantée dans chaque village selon le guide de la mise en place de la nutrition à assise communautaire. L'ouverture des CAC tiendra aussi compte des aires de santé ayant la prévalence ou le nombre d'admissions le plus élevé. Ces analyses se feront en collaboration avec le personnel du BCZ.

L'ouverture des unités nutritionnelles et CAC sera conditionnée par la mise à disposition des équipements, matériel et intrants nutritionnels. En ce qui concerne l'ouverture des unités nutritionnelles et des cellules à assise communautaire (CAC), nous allons dans un premier temps discuter avec les femmes de la communauté dans chaque village afin d'identifier les différentes heures pendant lesquelles elles sont disponibles. Par la suite, une sensibilisation suivie de la mobilisation sociale sera faite afin d'informer les femmes du jour de l'ouverture des unités nutritionnelles. Par ailleurs, nous allons utiliser les radios communautaires et la communication de proximité pour informer le maximum de femmes possible par rapport à l'ouverture des unités nutritionnelles en tenant compte de leur emploi de temps. Les focus groupes avec les filles et les femmes serviront aussi à identifier les risques des VBG.

136 unités nutritionnelles : 15 CS, 1 UNTI, 120 CAC

Activity 1.1.2

Approvisionnement des unités nutritionnelles (UNTI/CENTRE DE SANTÉ, CAC) en intrants

Les intrants nutritionnels et médicaments sont déjà achetés par UNICEF pour le fonctionnement des unités nutritionnelles (lait F100 et F75, Plumpy nut). Ces intrants sont indispensables au démarrage des activités de prise en charge des enfants malnutris. Les médicaments de seconde ligne seront achetés par les différents partenaires sélectionnés.

L'indicateur périmètre brachial sera exclusivement utilisé pour identifier les enfants malnutris aigue. Or les résultats des enquêtes de couvertures antérieures (2021) ont montré que 1% des enfants de moins de 5 ans étaient malnutris en utilisant l'indicateur Poids-Taille. Ainsi, pour éviter d'avoir un réservoir d'enfants modérément malnutris, il sera propice de compléter ces enfants en plumpy doz. Ainsi, les partenaires sélectionnés par Unicef achèteront les Plumpy doz pour cette catégorie d'enfants.

En prévision à la perturbation de la chaîne d'approvisionnement due à la pandémie COVID 19, UNICEF va intensifier le pré-positionnement (avec un stock tampon minimum de 2 mois) des intrants essentiels pour la prise en charge de la malnutrition selon l'approche simplifiée au niveau de chaque bureau central de la zone.

Au niveau des CAC, les ustensiles et les aliments pour les démonstrations culinaires seront achetés et mis à la disposition des membres gérant ces CAC. Au niveau des CAC, elles seront équipées (tables, bancs, papeteries, palettes et autres) afin de motiver la population à participer aux différentes séances dans les CAC. Les démonstrations culinaires seront réalisées en favorisant la participation actives des hommes afin de promouvoir une co-responsabilisation sur la prise en charge du bien-être et de la nutrition des enfants. Dans ce cadre, compte tenu que sont les chefs de familles à prendre de décisions dans le ménage, y comprises celles sur les dépenses nutritionnelles, il est prévu des activités de sensibilisation avec les CAC afin de promouvoir l'engagement des hommes sur la nutrition des enfants. L'approche « End User monitoring » sera mis en place pour suivre l'utilisation effective des intrants nutritionnels par les bénéficiaires directs jusqu'au dernier kilomètre. (0,8 carton pou 1 patient MAS, 0,5 cartons pour un enfant MAM)

Détails sur les Indicateurs :

- Proportion des unités nutritionnelles sans rupture de stock de plus de 5 jours :
- 100% d'unités nutritionnelles soit, 136 unités nutritionnelles : 15 CS, 1 UNTI, 120 CAC) sont approvisionnés en intrants nutritionnels (voir la répartition dans le fichier Budget adjoint)

Activity 1.1.3

Dépistage et référence des cas de malnutrition par les mères/gardiens d'enfants par les relais communautaires (Recos) dans les villages de la zone de santé

Communautaire

La stratégie périmètre brachial famille (PB famille) sera mise en place dans tous les villages. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, cette approche se révèle d'autant plus pertinente. De nombreux centres de santé n'ont pas la capacité de faire du porte-à-porte pour dépister individuellement les enfants atteints de malnutrition, et de nombreuses familles sont réticentes à se rendre dans les centres de santé, par peur d'être infectées par le COVID-19. Cela a été observé au moins au début de la pandémie. Pour toutes ces raisons, les bracelets tricolores PB-famille, simples à utiliser pour les parents (mères et pères), se révèlent essentiels pour identifier les enfants malnutris.

Cette stratégie consistera à placer les gardiens des enfants dans chaque ménage au centre du dépistage de la malnutrition de leur enfant. Ainsi, la formation des mères et des membres de la famille améliorera considérablement la couverture et encouragera une détection précoce, ce qui réduirait les risques de décès et complications médicaux. Une fois le gardien d'enfant ayant évalué l'état nutritionnel de son enfant, il ira voir le relais communautaire pour une confirmation de son évaluation. Si l'état nutritionnel de l'enfant est confirmé comme MAM ou MAS, le dépistage sera attribué au gardien de l'enfant et dans le jeton de référence, le RECO cochera sa case et celle de la mère. Si l'enfant est dépisté directement par le RECO sans l'appui du gardien de l'enfant, l'admission sera attribuée directement au RECO.

Dès que les enfants sont identifiés comme malnutris, un jeton de référence leur sera remis afin de se rendre dans une structure sanitaire appropriée qui fera le tri des patients. A la fin de chaque mois, le personnel de santé devra évaluer le travail des RECO, les gardiens d'enfants et prendre les mesures correctives afin d'améliorer leurs performances. Cette méthode va permettre au personnel sanitaire d'avoir de façon permanente les informations sur les capacités des RECO et des gardiens d'enfants et d'organiser des formations de renforcement des capacités. Une comparaison permanente sera réalisée entre les admissions par dépistage passif et actif (RECOs et gardiens d'enfants). Les relais effectueront des tests aléatoires dans les ménages, pour évaluer la capacité des gardiens d'enfant à utiliser la bande MUAC.

Pour mieux intervenir dans le contexte de COVID-19, chaque Relais communautaire sera équipé en désinfectant, gants et masques.

Centre de santé

Les dépistages passifs systématiques de tout enfant venant dans une structure sanitaire sur les registres de consultation des patients seront réalisés par le personnel sanitaire. Au préalable, on insérera des colonnes dans le cahier d'accueil ou de consultation afin d'inscrire les paramètres anthropométriques des enfants venant dans les centres de santé au cas où ces paramètres n'existent pas dans le registre. Au niveau du centre de santé, le personnel suivra et documentera si la mère a été initiée à l'approche PB mère, si elle a dépisté son enfant elle-même et analysera la cohérence entre la couleur du P, la présence des œdèmes rapportées par les mères à l'arrivée au centre avec la mesure faite par le professionnel de santé. Si la mesure n'est pas cohérente, le personnel de santé fait en même temps un recyclage de l'initiation au dépistage par la prise du PB et la recherche des œdèmes pour la mère.

Indicateurs par zone de santé :

- Proportion des enfants malnutris pris en charge et détectés par les gardiens d'enfant/mère: $\geq 70\%$
- Nombre d'enquête de cohérence du PB des mères et des RECOs : 150

Activity 1.1.4

Prise en charge des enfants malnutris aigus (sévères et modérés)

La PEC MAS se fera dans les unités nut. (UNTI, centre de santé et CAC) selon le protocole de l'approche simplifiée PCIMA, validé par le PRONANUT dont l'efficacité et la pertinence ont été prouvées lors du projet pilote de l'UNICEF. Cette approche sera mise en œuvre dans des unités nutritionnelles installées dans les structures de santé et dans la communauté pour assurer leur pérennisation. Les centres de santé serviront à prendre en charge les enfants MAS sans complications médicales et modérés, les UNTI pour les sévères avec complications médicales et les CAC les enfants malnutris avec $PB > 90$ mm sans œdème et sans complication médicales. Les UNTI seront installées dans les hôpitaux ou CSR. Les CAC seront installées dans les différents villages des zones d'intervention en favorisant une participation paritaire des femmes. L'ensemble de ces activités seront mises en place par le personnel étatique des structures sanitaires sélectionnées et les RECO de chaque village. Les admissions se feront au jour le jour et 7 jours/7 dans l'optique que la malnutrition puisse être considérée comme d'autres pathologies. Tous les enfants de 6-23 mois qui ont un PB compris entre 125 et 130 mm bénéficieront du plumpy doz pour la prévention de la malnut. Une étude randomisée de non-infériorité sera réalisée en tenant compte d'une cohorte dynamique et comparaison de l'approche simplifiée et de l'approche standard. un article sera publié dans ce sens. un protocole de recherche sera valide par le PRONANUT

Les critères d'admissions dans les unités nut. seront basés sur le PB et les œdèmes. Les enfants atteints de MAS enregistrés pour le traitement avec le protocole simplifié recevront une quantité fixe de deux sachets ATPE/jour. Le traitement de la MAM sera assuré chez tous les enfants atteints avec une quantité fixe d'1 sachet ATPE par jour. La prévalence de la MAM est trois fois plus importante que la MAS en général et l'inclusion de données de la MAM impliquerait une énorme croissance des admissions ainsi que le besoin de rechercher davantage de superviseurs pour recueillir les données disséminées et conserver la qualité des données. Le critère de sortie est le suivant dans toutes les unités nut.: l'absence d'œdèmes et l'atteinte du $PB \geq 125$ mm après deux visites consécutives.

Dans le contexte COVID19, les différents soins fournis aux malnutris au niveau des FOSA se feront dans le strict respect des mesures barrières y compris des bonnes pratiques d'hygiène : la distanciation sociale, le lavage des mains à l'eau propre et savon et l'usage des gants et masques par les prestataires. Le suivi à domicile des enfants souffrant de MAS sera renforcé tout en respectant les mesures barrières.

Une ligne budgétaire sera prévue pour rendre disponible les aliments aux parents dont les enfants seront hospitalisés en UNTI. Pour ce qui concerne les patients suivis au centre de santé et CAC (patients pris en charge en ambulatoire), ils ne recevront pas d'aliments.

Sur une base mensuelle, chaque UNTI, CS et CAC aura la charge de transmettre son rapport statistique, rapport de consommation, l'état des stocks ainsi que la commande en intrants thérapeutiques au BCZ. Ces derniers vérifieront les données après compilation puis les transmettront au PRONANUT.

La mise en place de cette approche simplifiée se fera de façon progressive, d'abord au niveau de la structure de santé. Les activités de prise en charge au niveau communautaire vont démarrer 2 mois après le démarrage du projet pour permettre d'identifier et former les acteurs communautaires sur la prise en charge de la malnutrition aigüe. Ces acteurs communautaires feront un stage d'au moins 1 mois dans une structure de santé afin de s'assurer qu'ils ont la capacité de prendre en charge correctement les cas de malnutrition aigüe (MAS et MAM).

- 148 MAS (F= 77 ; G= 71) pris en charge en UNTI ;

--> Continue en annexe

Activity 1.1.5

Formation du personnel des unités nutritionnelles par le PRONANUT sur le protocole PCIMA approche simplifiée et ANJE
Une formation des agents des unités nutritionnelles et des BCZs sera assurée par le PRONANUT sur la prise en charge nutritionnelle et médicale avec des critères d'admission et de sortie bien élaborés, la gestion de stock, l'ANJE, l'analyse statistique, la gestion des CAC, le Wash et les techniques de supervision. Les techniques de communication seront dispensées au début du projet pour permettre une prise en charge de qualité. La formation sera participative et axée sur la pratique du terrain.
Cette formation va permettre aux personnels sanitaires (29 femmes et 116 hommes) de prendre en charge de façon appropriée les patients et de transmettre les notions de Wash. Néanmoins, si le recrutement du personnel sanitaire dans les structures de santé n'a pas été fait dans le respect de l'équité genre, le projet ne pourra pas imposer un changement afin d'atteindre les chiffres de genre proposés pour la formation. En revanche, un plaidoyer pour une discrimination positive en faveur de la femme (plus de travail aux femmes) sera fait auprès des structures de santé n'ayant pas respecté cet équité genre dans le recrutement du personnel.
Dans le contexte COVID 19 en RDC, les séances de formation respecteront les mesures de prévention contre le Covid-19 (moyenne de 10 à 20 participants); la désinfection des mains et l'utilisation des masques faciaux . Cette approche de nombre réduit des apprenants facilitera aussi de garantir l'interaction et l'échange entre les différents participants.

Indicateurs:

• Nombre d'Agents de santé formés : 85(F= 17 ; H= 68)

Les séances de formation du partenaire d'exécution seront organisées dès le début du projet.

Activity 1.1.6

Formation des Recos et la communauté sur le counseling nutritionnel, les mesures anthropométriques, l'ANJE, Wash et le PB famille

Les Recos auront leurs capacités renforcées par une série de formations sur la gestion des CAC, l'ANJE et le counseling nutritionnel mise en œuvre à travers les visites à domiciles, les mesures anthropométriques et la méthodologie de dépistage communautaire, et la prise en charge de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Ces formations seront assurées par le PRONANUT en collaboration avec l'Unicef. Les Recos seront ceux qui sont actifs dans chaque aire de santé.

Les gardiens d'enfants seront formés sur l'utilisation du périmètre brachial pour une meilleure surveillance nutritionnelle de leur propre enfant. Les occasions de mener des formations individuelles ou de groupes existeront dans tous les centres de santé, et qu'il est relativement aisé de les incorporer dans des programmes préexistants. Les activités de formations s'échelonnent en cascade de la communauté au centre de santé, et du centre de santé à l'hôpital, renforçant les messages clés et les actions au fur et à mesure. Les communautés dont les ménages bénéficient d'une telle formation assurent une exploitation et un entretien de meilleure qualité en identifiant leur enfant à un stade non avancé de la malnutrition.

Dans le contexte COVID 19 en RDC, les séances de formation respecteront les mesures de prévention contre le Covid-19 (moyenne de 10 à 20 participants); la désinfection des mains et l'utilisation des masques faciaux . Cette approche de nombre réduit des apprenants facilitera aussi de garantir l'interaction et l'échange entre les différents participants.

Indicateurs par zone de sante :

• Nombre des Relais communautaires et agents communautaires formés : 240(F= 48 ; H= 192) • Nombre de gardiens d'enfants formés sur le PB famille : 21955 (F= 17564 ; H= 4391)

Activity 1.1.7

Renforcer le leadership du ministère de la Santé sur la mise en place de l'approche simplifiée

Le projet sera mis en œuvre dans une démarche participative et d'échange d'expérience, d'où la nécessité de développer une stratégie de partenariat claire et durable avec le BCZ et le PRONANUT. Un comité local de supervision des activités et de l'analyse technique sera mis en place. Des séances de travail seront organisées tous les 3 mois avec le comité.

Les supervisions conjointes intégrées seront organisées par le BCZ dans le but de suivre l'état d'avancement des activités du projet et de renforcer les capacités des agents et RECO sur la gestion de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Ces supervisions conjointes intégrées seront réalisées mensuellement selon le calendrier établi par le bureau central. Ces supervisions regrouperont non seulement les activités de nutrition mais également d'autres aspect de santé afin de considérer la malnutrition comme d'autres pathologies. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre le partenaire et le BCZ.

Les supervisions conjointes tous les trois mois seront organisées entre UNICEF et le PRONANUT dans le but d'évaluer l'état d'avancement des activités du projet et de renforcer les capacités des agents et Recos sur le système de gestion de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre UNICEF et le Pronanut à travers une fiche technique. Ces supervisions vont renforcer les capacités du Pronanut à analyser la situation nutritionnelle dans les différentes zones de santé et de prendre des décisions adéquates.

Un atelier de capitalisation sera organisé sur le lead du PRONANUT dans l'optique de ressortir les différentes leçons apprises dans le cadre de la mise en place de ce projet et voir d'actualiser le protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë en RDC.

Indicateurs par zone de sante :

• Nombre de supervisions réalisées avec le BCZ : 14 • Nombre d'atelier de capitalisation : 1

• Nombre de supervision communautaire réalisée par l'IT : 120

• Nombre de supervision réalisée par le PRONANUT : 11

Activity 1.1.8

Réalisation des enquêtes d'évaluation de l'approche simplifiée PCIMA

Une enquête de grande couverture sera réalisée au début et à la fin du projet dans la zone d'intervention de l'approche simplifiée et dans la zone de sante mettant en place l'approche standard et appuyée par un autre projet de nutrition du FCH pour évaluer l'augmentation de la couverture de l'intervention, en utilisant le guide méthodologique des enquêtes de grande couverture en RDC. Cette enquête permettra de :

- Déterminer le niveau de couverture effective de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aigüe
- Identifier les barrières et les limites qui se rapportent à l'accessibilité des bénéficiaires à cette prise en charge (en fonction des informations recueillies auprès des mères/accompagnants d'enfants souffrant ou ayant souffert de malnutrition aigüe et qui étaient inscrits ou non-inscrits dans le programme)
- Evaluer l'apport des CAC dans l'amélioration de la couverture de la PEC de la malnutrition

• Analyse coût-efficacité :

Une étude rétrospective sera mise en œuvre à la fin du projet. Les coûts qui ne sont pas disponibles dans les comptes seront estimés par une « approche des ingrédients », en utilisant les coûts unitaires et les quantités de différents intrants. Les dépenses des ménages seront estimées lors des discussions de groupe dans chacune des zones d'étude. Les ratios coût-efficacité seront calculés pour le coût par enfant récupéré.

Indicateurs par zone de sante :

- Nombre d'enquête de grande couverture réalisée : 2 • Nombre d'enquête coût efficacité réalisée : 1

Activity 1.1.9

Mise en place d'un mécanisme de gestion de plaintes/'feedback' lors de l'intervention

Dans le cadre de la redevabilité envers les bénéficiaires, des séances d'information et de sensibilisation seront organisées en faveur des bénéficiaires et des autorités locales. Ils seront informés du contenu du projet. Un circuit de traitement des plaintes sera mis en place et des boîtes de récolte de suggestion seront installées dans chaque village et chaque plainte sera suivie d'un feedback. Les cas de plaintes seront analysés par les groupes ANJEU avec l'appui des autorités sanitaires de la zone de santé, et faciliter la prise des décisions appropriés. Un suivi rigoureux sera réalisé afin de permettre la satisfaction de toutes les parties prenantes.

Proportion des plaintes reçues et analysées : 100%

Activity 1.1.10

Mise en place de la dissémination des notions sur la protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA)

Lors des différentes séances de sensibilisation au niveau communautaire et dans les structures sanitaires, les thèmes sur le PSEA seront disséminés auprès des gardiens d'enfants. De plus, les affiches seront disponibles dans chaque structure sanitaire

Pourcentage de sites atteints avec du matériel de communication sur la PSEA : 100%

Output 1.2

Description

10,202 personnes (H=3,061, F=7,141)mettent en pratique les notions d'ANJE-U (y compris la prévention contre le COVID-19)

Assumptions & Risks

□ Assumptions :

- Implication des communautés bénéficiaires (RECO, CODESA, etc.)
- Implication active des hommes qui encouragent leurs femmes à adhérer aux groupes d'ANJE
- Mobilisation communautaire

Disponibilité et motivation des RECO et les organisations locales

□ Risks

- Aggravation de la situation des épidémies (Covid-19, Ebola, pestes, etc.) dans la zone d'intervention
- Inaccessibilité routière
- Insécurité par les conflits intercommunautaires et les groupes armés

□ Mesures de mitigation :

- Évaluation sécuritaire,
- Sensibilisation des communautés bénéficiaires, PRONANUT,
- Délocalisation du projet en cas d'aggravation de situation sécuritaire
- Evacuation des staffs et délocalisation de la base du projet en ville/cité/Localité stable
- Recrutement des staffs locaux et/ou utilisation (sous-traitance) avec des ONG-N et autres partenaires locaux

Indicators

Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 1.2.1	Nutrition	Nombre de groupe de soutien d'ANJE U fonctionnel				120	120

Means of Verification : Rapport de reunions

Indicator 1.2.2	Nutrition	Nombre d'émissions/spots diffusés				208	208
-----------------	-----------	-----------------------------------	--	--	--	-----	-----

Means of Verification : Rapports des emissions et spots

Indicator 1.2.3	Nutrition	Nombre de personnes sensibilisées sur l'ANJE-U	3,061	7,141			10,202
-----------------	-----------	--	-------	-------	--	--	--------

Means of Verification : Rapport de sensibilisation

Indicator 1.2.4	Nutrition	Nombre d'espace d'allaitement maternel mis en place						5
Means of Verification : rapport d'activité, PV donation, photo								
Indicator 1.2.5	Nutrition	Taux d'augmentation de la Proportion d'enfants de moins 6 mois exclusivement allaités						5
Means of Verification : rapport Enquête CAP, target augmentation >=5%								
Activities								
Activity 1.2.1								
<p>Création/ Redynamisation des groupes de soutien à l'ANJE</p> <p>Les groupes de soutien aux mères seront créés dans chaque village. Ce groupe de soutien vise à encourager des pratiques adaptées d'alimentation des bébés et des jeunes enfants. Chaque groupe sera formé d'une animatrice qui est une mère ayant elle-même une bonne expérience d'allaitement avec au moins un de ses enfants. On retrouve essentiellement dans un groupe de soutien type :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le chef de village, l'autorité traditionnelle dans la communauté ; <input type="checkbox"/> 4 relais communautaires assurent un appui sanitaire (travaillant d'habitude dans le domaine de santé avec les centres de santé) et jouent un rôle d'interlocuteur et d'intermédiaire entre les villageois et l'équipe du dispensaire ; Les femmes relais seront privilégiées <input type="checkbox"/> Une personne intervenant traditionnellement dans les naissances ; <input type="checkbox"/> Deux mères modèles (mère influente dans la communauté et dont les enfants sont bien nourris) dans chaque village, qui encouragent les femmes enceintes à recourir aux soins prénataux et les mères qui viennent d'accoucher à commencer et poursuivre l'allaitement au sein exclusif. <p>Indicateurs par zone de sante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de groupe de soutien d'ANJE U: 120 								
Activity 1.2.2								
<p>Promotion des bonnes pratiques d'allaitement exclusif et de l'Alimentation de Complément dans les groupes d'ANJE</p> <p>L'animatrice des groupes d'ANJE sera formée en matière de Wash, d'allaitement, d'écoute et de dynamique de groupe auprès d'animatrices expérimentées. Son rôle est original et complémentaire de celui des professionnels de santé : c'est celui de l'aide mère à mère. C'est son expérience de mère allaitante qui compte, plus que ses connaissances théoriques (même si elle s'appuie sur la masse de connaissances accumulées). L'animatrice donne des informations, pas seulement théoriques mais aussi pratiques. Elle ne donne pas de conseils, elle ne fait pas de prescription. Face à une question d'une mère, elle va lui donner toute l'information dont elle dispose sur le sujet, elle lui dira que pour beaucoup de mères, telle chose a marché, que d'autres se sont bien trouvées de faire de telle façon, mais elle ne dira jamais : « faites ceci, ne faites pas cela ».</p> <p>Des réunions des groupes d'ANJE devront être organisées dans la communauté au moins une fois par mois afin d'identifier les différents paramètres affectant le statut nutritionnel. Ainsi, les informations issues de ces focus group par rapport à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nous permettront de mettre en place une stratégie de sensibilisation et les messages appropriés pour permettre d'avoir un meilleur statut nutritionnel.</p> <p>Les groupes d'ANJE constitués de femmes seront mis en place dans le but de permettre à la population de disséminer elle-même les bonnes pratiques nutritionnelles dans la communauté. Les mesure de distanciation et de désinfection pour prévenir le COVID19 seront de miss lors des différentes réunions des groupes de soutien. Les masques faciaux seront distribués à chaque réunion. Le nombre de personne par réunion ne dépassera pas 10.</p> <p>Dans toutes les activités de nutrition, les messages clés sur la COVID-19 seront intégrés et seront largement diffusés au niveau de la communauté et des établissements de santé pour mieux protéger la santé et l'état nutritionnel des enfants de de moins de 5 ans et des mères.</p> <p>Indicateurs par zone de sante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions de groupe de soutien organisées : 960 • Nombre d'espace d'allaitement maternel mis en place : 5 								
Activity 1.2.3								

Organisation des séances d'éducation nutritionnelle dans les unités nutritionnelles et dans la communauté sur l'ANJE en situation de COVID 19

La sensibilisation sera réalisée dans les centres de santé et dans la communauté auprès des cibles précises (femmes enceintes, femmes allaitantes avec leur entourage, parents d'enfant malnutris). Il s'agit d'une sensibilisation sous forme de « counseling » ciblée dans la communauté afin de favoriser la réflexion et ensuite promouvoir des solutions par rapport aux problèmes spécifiques de chaque personne cible.

L'éducation nutritionnelle (EN), si elle est bien menée, peut être une motivation et une occasion pour les populations d'adopter des habitudes alimentaires et des styles de vie sains. Etant donné que la consommation de farines infantiles adéquates ne semble pas courante dans les habitudes alimentaires des enfants congolais et que leur introduction est souvent très précoce, un accent particulier sera mis lors des séances d'éducation nutritionnelle pour cibler l'amélioration des calendriers d'introduction des Aliments de Complément (AC) et la promotion de leur consommation à partir de l'âge de 6 mois, ainsi que les AC préparés à base d'aliments locaux pour promouvoir la croissance des enfants. L'éducation nutritionnelle portera essentiellement sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (mesure de lutte contre COVID 19, mise au sein immédiate après l'accouchement, allaitement maternel exclusif, alimentation de complément, alimentation de l'enfant malade, alimentation des femmes enceintes et allaitantes). Ces séances d'EN se dérouleront en utilisant des boîtes à images et des brochures qui seront reprographiés. Les centres de santé, les églises, les écoles, seront les lieux de réalisation de l'éducation nutritionnelle. Au niveau des centres de santé et de la communauté, plusieurs activités d'éducation sur COVID 19 seront organisées et les activités de WASH in nut

Dans le contexte de COVID 19, les séances de sensibilisation communautaire ne vont pas rassembler plus de 15 personnes. Dans certaines situations, les habitants resteront dans leur ménage et la sensibilisation de masse se fera au niveau des sites des déplacées par les mégaphones ou les messages qui sont pré-enregistrés

Les démonstrations culinaires sont une occasion de montrer aux mères comment composer des menus riches pour l'enfant à partir des produits disponibles localement. Les démonstrations culinaires seront des séances de dégustations collectives et des séances éducatives. Les directeurs d'école seront également concernés par cette activité. Il est démontré que les élèves sont de véritables sensibilisateurs auprès de leurs parents et peuvent même servir de parrain à leurs jeunes frères et sœurs. Une enquête longitudinale cas témoin à partir d'une cohorte de bénéficiaire mise en place sera organisée dans l'optique de mieux mesurer l'impact des activités du projet sur l'allaitement exclusif, l'alimentation de complément et la nutrition de la femme enceinte et allaitante. Dans le contexte COVID 19, les démonstrations culinaires seront réalisées par une seule personne.

Dans un contexte où le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage est exclusivement réservé aux hommes, le projet essaiera d'impliquer de plus en plus les hommes aux séances de formation et sensibilisation. Ces séances d'éducation nutritionnelle se feront également et plus spécifiquement à l'endroit des hommes pour les sensibiliser à plus de décisions prises en faveur des femmes et des enfants. La sensibilisation des hommes sur les différentes thématiques se fera dans les villages par les Recos avec l'appui inconditionnel des agents de mobilisation sociale recruté à cet effet.

Nombre de séances de sensibilisation sur l'ANJE dans les CS : 3000

Nombre de séances de sensibilisation sur l'ANJE dans la communauté : 4800

Activity 1.2.4

Diffusion des émissions et spots sur l'ANJE et COVID 19

Il est maintenant reconnu que la période allant de la naissance à 6 mois est une partie de la « période d'importance critique » pour favoriser une bonne croissance, la santé et le développement comportemental et cognitif de l'enfant. Il est donc crucial d'optimiser l'alimentation du nourrisson pendant cette période. Ce qui signifie que les mères doivent être encouragées à allaiter leur nourrisson dans l'heure qui suit la naissance, de maintenir un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois etc. L'allaitement exclusif est aussi important pour assurer à l'enfant un bon statut nutritionnel que pour protéger la santé de la mère. Ainsi, la connaissance de ces pratiques par la population est un point clé. Le transfert de ces comportements clés se fera à travers les émissions et spot qui seront diffusés à travers les radios communautaires. Les émissions et spots seront réalisées en langue locale par les nutritionnistes du partenaire et le médecin chef de zone. Ces émissions et spots tiendront aussi compte des problèmes liés à l'ANJE, COVID 19 et le Wash.

Indicateurs par zone de santé :

- Nombre d'émission diffusé : 48
- Nombre de spot diffusé : 160

Outcome 2

La prise en charge et la prévention de la malnutrition aigüe (MAM et MAS) parmi les enfants de moins de cinq ans sont assurées au niveau structures de santé dans la zone de santé Bambu et Jiba, dans le territoire de Djugu.

Output 2.1

Description

9,463 (F= 4,921; G=4,542) dans la zone de santé de Bambu et Jiba seront pris en charge selon le protocole de l'approche simplifiée et standard PCIMA

Assumptions & Risks

Assumptions :

- Accessibilité aux centres de santé
- Motivation et stabilité du personnel sanitaire
- Disponibilité des intrants nutritionnels/médicaments et frontières ouvertes pour permettre l'importation des marchandises
- Les villages sont accessibles et la situation sécuritaire est acceptable (les femmes sont souvent victimes de violences sexuelles lors de l'accompagnement de leurs enfants et les Recos après les dépistages actifs mensuels vont organiser un accompagnement groupé aux centres de santé)
- Les Recos sont motivés et disponibles
- Mobilisation Communautaire est effective
- Disponibilité et capacité des ressources humaines dans les CS et les CAC
- Formation en langue locale
- Disponibilité du PRONANUT et du MCZ

Risks

- Recrudescence de la situation sécuritaire
- Déplacement de la population
- Inaccessibilité de la zone
- Recrudescence des épidémies de rougeole, Covid-19
- Recrudescence des mouvements de populations

Mitigation :

- Décentraliser la prise en charge de la malnutrition aigüe au niveau de la communauté à travers les CAC afin de réduire les risques d'attaque des mères et gardiens d'enfants se rendant au centre de santé
- Mettre en place des stratégies avancées pour atteindre le maximum d'enfants dans les zones d'intervention
- Appliquer les orientations du Ministère de la Santé Publique /PRONANUT sur l'adaptation des interventions de Nutrition dans le contexte de la COVID-19
- délocalisation du projet en zone stable en cas d'aggravation sécuritaire.
- sensibiliser/informer les communautaires bénéficiaires sur la stratégie d'intervention en amont de l'activité.
- Evacuation des staffs et délocalisation de la base du projet en ville/cité/Localité stable

Indicators

Code	Cluster	Indicador	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 2.1.1	Nutrition	Proportion des unités nutritionnelles sans rupture de stock	100				100
Means of Verification : Fiche de gestion de stock							
Indicator 2.1.10	Nutrition	Taux d'abandons parmi les déchargés					15
Means of Verification : rapport statistique mensuel							
Indicator 2.1.11	Nutrition	Proportion des plaintes reçues et analysées					100
Means of Verification : rapport des plaintes							
Indicator 2.1.2	Nutrition	Proportion des enfants malnutris pris en charge et détectés par les gardiens d'enfant/mère				70	70
Means of Verification : rapport de dépistage							
Indicator 2.1.3	Nutrition	Taux de guérison parmi les déchargés					75
Means of Verification : rapport statistique mensuel							
Indicator 2.1.4	Nutrition	Nombre d'enfants 6-59 mois MAM et MAS (désagrégé par genre) admis dans les structures nutritionnelles			4,54 2	4,92 1	9,463
Means of Verification : rapport statistique mensuel							
Indicator 2.1.5	Nutrition	Nombre des enfants déchargés des centres nutritionnels			3,63 4	3,93 7	7,571
Means of Verification : Registre, rapport statistique							
Indicator 2.1.6	Nutrition	Nombre de supervisions réalisées				280	280
Means of Verification : Rapports de supervision							
Indicator 2.1.7	Nutrition	Nombre de FOSA ayant un UNTA et un UNTI opérationnel					154
Means of Verification : rapport statistique mensuel							
Indicator 2.1.8	Nutrition	Nombre de prestataires et agents communautaires ayant reçus une formation PCIMA et ayant les compétences requises pour assurer la prise en charge					16,935
Means of Verification : rapport de formation, liste des participants							
Indicator 2.1.9	Nutrition	Taux de décès parmi les déchargés					5
Means of Verification : rapport statistique mensuel							

Activities

Activity 2.1.1

Identification et ouverture des structures de santé ayant la capacité d'intégrer les activités nutritionnelles UNTI/centre de santé/CAC pour la mise en place de l'approche simplifiée PCIMA

L'identification des structures de santé bénéficiaires se fera sous l'égide des ONG sélectionnées (par l'UNICEF suite à un appel à manifestation d'intérêt), en collaboration avec les responsables des ZS et le PRONANUT, et tiendra compte de l'accessibilité sécuritaire, des besoins de la population, de la morbidité et de la situation géographique et nutritionnelle.

L'identification et l'ouverture des Cellules à Assise Communautaire (CAC) se fera de façon progressive en tenant compte des statistiques des admissions en 2020. La CAC sera implantée dans chaque village selon le guide de la mise en place de la nutrition à assise communautaire. L'ouverture des CAC tiendra aussi compte des aires de santé ayant la prévalence ou le nombre d'admissions le plus élevé. Ces analyses se feront en collaboration avec le personnel du BCZ.

L'ouverture des unités nutritionnelles et CAC sera conditionnée par la mise à disposition des équipements, matériel et intrants nutritionnels. En ce qui concerne l'ouverture des unités nutritionnelles et des cellules à assise communautaire (CAC), nous allons dans un premier temps discuter avec les femmes de la communauté dans chaque village afin d'identifier les différentes heures pendant lesquelles elles sont disponibles. Par la suite, une sensibilisation suivie de la mobilisation sociale sera faite afin d'informer les femmes du jour de l'ouverture des unités nutritionnelles. Par ailleurs, nous allons utiliser les radios communautaires et la communication de proximité pour informer le maximum de femmes possible par rapport à l'ouverture des unités nutritionnelles en tenant compte de leur emploi de temps.

Indicateurs par zone de santé :

154 unités nutritionnelles : 8 UNTA à Bambu et 8 UNTA à Jiba ; 8 UNS à Bambu et 8 UNS à Jiba, 2 UNTI dont une dans chaque zone de santé, 120 CAC à Bambu

Activity 2.1.2

Approvisionnement des unités nutritionnelles (UNTI/CENTRE DE SANTÉ, CAC) en intrants

Les intrants nutritionnels et médicaments sont déjà achetés par UNICEF pour le fonctionnement des unités nutritionnelles (lait F100 et F75, Plumpy nut). Ces intrants sont indispensables au démarrage des activités de prise en charge des enfants malnutris. Les médicaments de seconde ligne seront achetés par les différents partenaires sélectionnés.

L'indicateur périmètre brachial sera exclusivement utilisé pour identifier les enfants malnutris aigue. Or les résultats des enquêtes de couvertures antérieures (2021) ont montré que 1% des enfants de moins de 5 ans étaient malnutris en utilisant l'indicateur Poids-Taille. Ainsi, pour éviter d'avoir un réservoir d'enfants modérément malnutris, il sera propice de supplémenter ces enfants en plumpy doz. Ainsi, les partenaires sélectionnées par Unicef achèteront les Plumpy doz pour cette catégorie d'enfants. Dans la zone de santé de Jiba, le partenaire sélectionné par UNICEF achètera les plumpy sup.

En prévision à la perturbation de la chaîne d'approvisionnement due à la pandémie COVID 19, UNICEF va intensifier le pré-positionnement (avec un stock tampon minimum de 2 mois) des intrants essentiels pour la prise en charge de la malnutrition selon l'approche simplifiée au niveau de chaque bureau central de la zone.

Au niveau des CAC, les ustensiles et les aliments pour les démonstrations culinaires seront achetés et mis à la disposition des membres gérant ces CAC. Au niveau des CAC, elles seront équipées (tables, bancs, papeteries, palettes et autres) afin de motiver la population à participer aux différentes séances dans les CAC. L'approche « End User monitoring » sera mis en place pour suivre l'utilisation effective des intrants nutritionnels par les bénéficiaires directs jusqu'au dernier kilomètre. (0,8 carton pour 1 patient MAS, 0,5 cartons pour un enfant MAM)

Indicateurs par zone de santé :

- Proportion des unités nutritionnelles sans rupture de stock de plus de 5 jours :
- 100% d'unités nutritionnelles soit, 154 unités nutritionnelles : Bambu= (8 UNS, 8 UNTA, 1 UNTI, 120 CAC) ; Jiba= (8 UNTA, 8 UNS, 1 UNTI,) sont approvisionnés en intrants nutritionnels

Activity 2.1.3

Dépistage et référence des cas de malnutrition par les mères/gardiens d'enfants par les relais communautaires (Recos) dans les villages de la zone de santé

Communautaire

zone de santé de Bambu :

La stratégie périmètre brachial famille (PB famille) sera mise en place dans tous les villages. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, cette approche se révèle d'autant plus pertinente. De nombreux centres de santé n'ont pas la capacité de faire du porte-à-porte pour dépister individuellement les enfants atteints de malnutrition, et de nombreuses familles sont réticentes à se rendre dans les centres de santé, par peur d'être infectées par le COVID-19. Cela a été observé au moins au début de la pandémie. Pour toutes ces raisons, les bracelets tricolores PB-famille, simples à utiliser pour les mamans, se révèlent essentiels pour identifier les enfants malnutris.

Cette stratégie consistera à placer les gardiens des enfants dans chaque ménage au centre du dépistage de la malnutrition de leur enfant.

Ainsi, la formation des mères et des membres de la famille améliorera considérablement la couverture et encouragera une détection précoce, ce qui réduirait les risques de décès et complications médicaux. Une fois le gardien d'enfant ayant évalué l'état nutritionnel de son enfant, il ira voir le relais communautaire pour une confirmation de son évaluation. Si l'état nutritionnel de l'enfant est confirmé comme MAM ou MAS, le dépistage sera attribué au gardien de l'enfant et dans le jeton de référence, le RECO cochera sa case et celle de la mère. Si l'enfant est dépisté directement par le RECO sans l'appui du gardien de l'enfant, l'admission sera attribuée directement au RECO.

Dès que les enfants sont identifiés comme malnutris, un jeton de référence leur sera remis afin de se rendre dans une structure sanitaire appropriée qui fera le tri des patients. A la fin de chaque mois, le personnel de santé devra évaluer le travail des RECO, les gardiens d'enfants et prendre les mesures correctives afin d'améliorer leurs performances. Cette méthode va permettre au personnel sanitaire d'avoir de façon permanente les informations sur les capacités des RECO et des gardiens d'enfants et d'organiser des formations de renforcement des capacités. Une comparaison permanente sera réalisée entre les admissions par dépistage passif et actif (RECOS et gardiens d'enfants). Les relais effectueront des tests aléatoires dans les ménages, pour évaluer la capacité des gardiens d'enfant à utiliser la bande MUAC.

Pour mieux intervenir dans le contexte de COVID-19, chaque Relais communautaire sera équipé en désinfectant, gants et masques.

Zone de santé de Jiba : Dans cette zone de santé chaque village aura un relais qui assure le dépistage actif mensuellement

Centre de santé

Les dépistages passifs systématiques de tout enfant venant dans une structure sanitaire sur les registres de consultation des patients seront réalisés par le personnel sanitaire. Au préalable, on insérera des colonnes dans le cahier d'accueil ou de consultation afin d'inscrire les paramètres anthropométriques des enfants venant dans les centres de santé au cas où ces paramètres n'existent pas dans le registre. Au niveau du centre de santé, le personnel suivra et documentera si la mère a été initiée à l'approche PB mère, si elle a dépisté son enfant elle-même et analysera la cohérence entre la couleur du P, la présence des œdèmes rapportées par les mères à l'arrivée au centre avec la mesure faite par le professionnel de santé. Si la mesure n'est pas cohérente, le personnel de santé fait en même temps un recyclage de l'initiation au dépistage par la prise du PB et la recherche des œdèmes pour la mère.

Indicateurs par zone de santé :

- Proportion des enfants malnutris pris en charge et détectés par les gardiens d'enfant/mère dans la ZS de Bambu : $\geq 70\%$
- Proportion des enfants malnutris pris en charge et détectés par les RECO dans la ZS de Jiba : $\geq 70\%$
- Nombre d'enquête de cohé

Activity 2.1.4

Prise en charge des enfants malnutris aigus (sévères et modérés)

zone de santé de Bambu

La prise en charge de la MAS se fera dans les unités nutritionnelles (UNTI, centre de santé et CAC) selon le protocole de l'approche simplifiée PCIMA, validé par le PRONANUT dont l'efficacité et la pertinence ont été prouvées lors du projet pilote de l'UNICEF. Cette approche sera mise en œuvre dans des unités nutritionnelles installées dans les structures de santé et dans la communauté pour assurer leur pérennisation. En effet, les centres de santé serviront à prendre en charge les enfants malnutris sévères sans complications médicales et modérés, les UNTI pour les sévères avec complications médicales et les CAC les enfants malnutris avec $PB > 90$ mm sans œdème et sans complication médicales. Les UNTI seront installées dans les hôpitaux ou centres de santé de référence. Les CAC seront installés dans les différents villages des zones d'intervention. L'ensemble de ces activités seront mises en place par le personnel étatique des structures sanitaires sélectionnées et les relais communautaires de chaque village. Les admissions se feront au jour le jour et 7 jours/7 dans l'optique que la malnutrition puisse être considérée comme d'autres pathologies. Tous les enfants de 6-23 mois qui ont un PB compris entre 125 et 130 mm bénéficieront du plumpy doz pour la prévention de la malnutrition. Une étude randomisée de non-infériorité sera réalisée en tenant compte d'une cohorte dynamique et comparaison de l'approche simplifiée et de l'approche standard. Ainsi, un article sera publié dans ce sens

Les critères d'admissions dans les unités nutritionnelles seront basés sur le périmètre brachial et les œdèmes. Les enfants atteints de MAS enregistrés pour le traitement avec le protocole simplifié recevront une quantité fixe de deux sachets ATPE/jour. Le traitement de la MAM sera assuré chez tous les enfants atteints avec une quantité fixe d'1 sachet ATPE par jour. La prévalence de la MAM est trois fois plus importante que la MAS en général et l'inclusion de données de la MAM impliquerait une énorme croissance des admissions ainsi que le besoin de rechercher davantage de superviseurs pour recueillir les données disséminées et conserver la qualité des données. Le critère de sortie est le suivant dans toutes les unités nutritionnelles : l'absence d'œdèmes et l'atteinte du $PB \geq 125$ mm après deux visites consécutives.

Dans le contexte COVID19, les différents soins fournis aux malnutris au niveau des Formations Sanitaires se feront dans le strict respect des mesures barrières y compris des bonnes pratiques d'hygiène : la distanciation sociale, le lavage des mains à l'eau propre et au savon et l'usage des gants et masques par les prestataires. Le suivi à domicile des enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère sera renforcé tout en respectant les mesures barrières.

Une ligne budgétaire sera prévue pour rendre disponible les aliments aux parents dont les enfants seront hospitalisés en UNTI. Pour ce qui concerne les patients suivis au centre de santé et CAC (patients pris en charge en ambulatoire), ils ne recevront pas d'aliments.

Sur une base mensuelle, chaque UNTI, CS et CAC aura la charge de transmettre son rapport statistique, rapport de consommation, l'état des stocks ainsi que la commande en intrants thérapeutiques au BCZ. Ces derniers vérifieront les données après compilation puis les transmettront au PRONANUT.

La mise en place de cette approche simplifiée se fera de façon progressive, d'abord au niveau de la structure de santé. Les activités de prise en charge au niveau communautaire vont démarrer 2 mois après le démarrage du projet pour permettre d'identifier et former les acteurs communautaires sur la prise en charge de la malnutrition aigüe. Ces acteurs communautaires feront un stage d'au moins 1 mois dans une structure de santé afin de s'assurer qu'ils ont la capacité de prendre en charge correctement les cas de malnutrition aigüe (MAS et MAM).

Activity 2.1.5

Formation du personnel des unités nutritionnelles par le PRONANUT sur le protocole PCIMA approche simplifiée et ANJE
Une formation des agents des unités nutritionnelles et des BCZs sera assurée par le PRONANUT sur la prise en charge nutritionnelle et médicale avec des critères d'admission et de sortie bien élaborés, la gestion de stock, l'ANJE, l'analyse statistique, la gestion des CAC, le Wash et les techniques de supervision. Les techniques de communication seront dispensées au début du projet pour permettre une prise en charge de qualité. La formation sera participative et axée sur la pratique du terrain.
Cette formation va permettre aux personnels sanitaires (29 femmes et 116 hommes) de prendre en charge de façon appropriée les patients et de transmettre les notions de Wash. Néanmoins, si le recrutement du personnel sanitaire dans les structures de santé n'a pas été fait dans le respect de l'équité genre, le projet ne pourra pas imposer un changement afin d'atteindre les chiffres de genre proposés pour la formation. En revanche, un plaidoyer pour une discrimination positive en faveur de la femme (plus de travail aux femmes) sera fait auprès des structures de santé n'ayant pas respecté cet équité genre dans le recrutement du personnel.
Dans le contexte COVID 19 en RDC, les séances de formation respecteront les mesures de prévention contre le Covid-19 (moyenne de 10 à 20 participants) ; la désinfection des mains et l'utilisation des masques faciaux. Cette approche de nombre réduit des apprenants facilitera aussi de garantir l'interaction et l'échange entre les différents participants.
Les séances de formation du partenaire d'exécution du projet seront organisées dès le début du projet pour une meilleure mise en place du projet

Indicateurs par zone de santé :

- Nombre d'Agents de santé formés : 100(F= 20 ; H= 80), (Zone de santé de Bambu=50 ; Zone de santé de Jiba= 50)

Activity 2.1.6

Formation des Recos et la communauté sur le counseling nutritionnel, les mesures anthropométriques, l'ANJE, Wash et le PB famille

Les Recos auront leurs capacités renforcées par une série de formations sur la gestion des CAC, l'ANJE et le counseling nutritionnel mise en œuvre à travers les visites à domiciles, les mesures anthropométriques et la méthodologie de dépistage communautaire, et la prise en charge de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Ces formations seront assurées par le PRONANUT en collaboration avec l'Unicef. Les Recos seront ceux qui sont actifs dans chaque aire de santé.

Les gardiens d'enfants seront formés sur l'utilisation du périmètre brachial pour une meilleure surveillance nutritionnelle de leur propre enfant. Les occasions de mener des formations individuelles ou de groupes existeront dans tous les centres de santé, et qu'il est relativement aisé de les incorporer dans des programmes préexistants. Les activités de formations s'échelonnent en cascade de la communauté au centre de santé, et du centre de santé à l'hôpital, renforçant les messages clés et les actions au fur et à mesure. Les communautés dont les ménages bénéficient d'une telle formation assurent une exploitation et un entretien de meilleure qualité en identifiant leur enfant à un stade non avancé de la malnutrition.

Dans le contexte COVID 19 en RDC, les séances de formation respecteront les mesures de prévention contre le Covid-19 (moyenne de 10 à 20 participants) ; la désinfection des mains et l'utilisation des masques faciaux. Cette approche de nombre réduit des apprenants facilitera aussi de garantir l'interaction et l'échange entre les différents participants.

Indicateurs par zone de santé :

- Nombre des Relais communautaires et agents communautaires formés : 480(F= 96 ; H= 384) (Zone de santé de Bambu=240 ; Zone de santé de Jiba= 240)
- Nombre de gardiens d'enfants formés sur le PB famille dans la zone de santé de Bambu : 16355 (F= 13084 ; H= 3271)

Activity 2.1.7

Renforcer le leadership du ministère de la Santé sur la mise en place de l'approche simplifiée

Le projet sera mis en œuvre dans une démarche participative et d'échange d'expérience, d'où la nécessité de développer une stratégie de partenariat claire et durable avec le BCZ et le PRONANUT. Un comité local de supervision des activités et de l'analyse technique sera mis en place. Des séances de travail seront organisées tous les 3 mois avec le comité.

Les supervisions conjointes intégrées seront organisées par le BCZ dans le but de suivre l'état d'avancement des activités du projet et de renforcer les capacités des agents et RECO sur la gestion de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Ces supervisions conjointes intégrées seront réalisées mensuellement selon le calendrier établi par le bureau central. Ces supervisions regrouperont non seulement les activités de nutrition mais également d'autres aspect de santé afin de considérer la malnutrition comme d'autres pathologies. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre le partenaire et le BCZ.

Les supervisions conjointes tous les trois mois seront organisées entre UNICEF et le PRONANUT dans le but d'évaluer l'état d'avancement des activités du projet et de renforcer les capacités des agents et Recos sur le système de gestion de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre UNICEF et le Pronanut à travers une fiche technique. Ces supervisions vont renforcer les capacités du Pronanut à analyser la situation nutritionnelle dans les différentes zones de santé et de prendre des décisions adéquates.

Un atelier de capitalisation sera organisé sur le lead du PRONANUT dans l'optique de ressortir les différentes leçons apprises dans le cadre de la mise en place de ce projet et voir d'actualiser le protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë en RDC.

Indicateurs par zone de santé :

- Nombre de supervisions réalisées avec le BCZ : 28 (Zone de santé de Bambu=14 ; Zone de santé de Jiba= 14)
- Nombre d'atelier de capitalisation : 1
- Nombre de supervision communautaire réalisée par l'IT : 240(Zone de santé de Bambu=120 ; Zone de santé de Jiba= 120)
- Nombre de supervision réalisée par le PRONANUT : 12 (Zone de santé de Bambu=6 ; Zone de santé de Jiba= 6)

Activity 2.1.8

Réalisation des enquêtes d'évaluation de l'approche simplifiée PCIMA

Enquête de couverture

Une enquête de grande couverture sera réalisée au début et à la fin du projet dans la zone d'intervention de l'approche simplifiée et dans la zone de santé mettant en place l'approche standard et appuyée par un autre projet de nutrition du FCH pour évaluer l'augmentation de la couverture de l'intervention, en utilisant le guide méthodologique des enquêtes de grande couverture en RDC. Cette enquête permettra de :

- Déterminer le niveau de couverture effective de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aigüe
- Identifier les barrières et les limites qui se rapportent à l'accessibilité des bénéficiaires à cette prise en charge (en fonction des informations recueillies auprès des mères/accompagnants d'enfants souffrant ou ayant souffert de malnutrition aigüe et qui étaient inscrits ou non-inscrits dans le programme)
- Evaluer l'apport des CAC dans l'amélioration de la couverture de la PEC de la malnutrition

Enquête de la performance des gardiens d'enfant

Une analyse de la capacité des gardiens d'enfant à prendre le PB sera réalisée et permettra de comparer leur mesure à celle des RECO

• Analyse coût-efficacité :

Une étude rétrospective sera mise en œuvre à la fin du projet. Les coûts qui ne sont pas disponibles dans les comptes seront estimés par une « approche des ingrédients », en utilisant les coûts unitaires et les quantités de différents intrants. Les dépenses des ménages seront estimées lors des discussions de groupe dans chacune des zones d'étude. Les ratios coût-efficacité seront calculés pour le coût par enfant récupéré.

Indicateurs par zone de santé :

- Nombre d'enquête de grande couverture réalisée : 4 (Zone de santé de Bambu=2 ; Zone de santé de Jiba= 2)
- Nombre d'enquête coût efficacité réalisée : 2
- Nombre d'enquête PB famille dans la ZS de Bambu :2(début du projet=1 ; fin du projet= 1)

Activity 2.1.9

Mise en place d'un mécanisme de gestion de plaintes/'feedback' lors de l'intervention

Dans le cadre de la redevabilité envers les bénéficiaires, des séances d'information et de sensibilisation seront organisées en faveur des bénéficiaires et des autorités locales. Ils seront informés du contenu du projet. Un circuit de traitement des plaintes sera mis en place et des boîtes de récolte de suggestion seront installées dans chaque village et chaque plainte sera suivie d'un feedback. Les cas de plaintes seront analysés par les groupes ANJEU avec l'appui des autorités sanitaires de la zone de santé, et faciliter la prise des décisions appropriés. Un suivi rigoureux sera réalisé afin de permettre la satisfaction de toutes les parties prenantes.

Indicateurs par zone de santé :

Proportion des plaintes reçues et analysées : 100%

Activity 2.1.10

Mise en place de la dissémination des notions sur la protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA)

Lors des différentes séances de sensibilisation au niveau communautaire et dans les structures sanitaires, les thèmes sur le PSEA seront disséminés auprès des gardiens d'enfants. De plus, les affiches seront disponibles dans chaque structure sanitaire

Indicateurs par zone de santé :

Pourcentage de sites atteints avec du matériel de communication sur la PSEA : 100%

Output 2.2

Description

50579 personnes (H=15173, F=35406) mettent en pratique les notions d'ANJE-U (y compris la prévention contre le COVID-19)

Assumptions & Risks

□ Assumptions :

- Implication des communautés bénéficiaires (RECO, CODESA, etc.)
- Implication active des hommes qui encouragent leurs femmes à adhérer aux groupes d'ANJE
- Mobilisation communautaire

Disponibilité et motivation des RECO et les organisations locales

□ Risks

- Aggravation de la situation des épidémies (Covid-19, Ebola, pestes, etc.) dans la zone d'intervention
- Inaccessibilité routière
- Insécurité par les conflits intercommunautaires et les groupes armés

□ Mesures de mitigation :

- Évaluation sécuritaire,
- Sensibilisation des communautés bénéficiaires, PRONANUT,
- Délocalisation du projet en cas d'aggravation de situation sécuritaire
- Evacuation des staffs et délocalisation de la base du projet en ville/cité/Localité stable
- Recrutement des staffs locaux et/ou utilisation (sous-traitance) avec des ONG-N et autres partenaires locaux

Indicators

Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 2.2.1	Nutrition	Nombre de groupe de soutien d'ANJE U fonctionnel					240
Means of Verification : Rapport de reunions							
Indicator 2.2.2	Nutrition	Nombre d'émissions/spots diffusés					400
Means of Verification : Rapports des emissions et spots							
Indicator 2.2.3	Nutrition	Nombre de personnes sensibilisées sur l'ANJE-U	15,173	35,406			50,579

Means of Verification : Rapport de sensibilisation						
Indicator 2.2.4	Nutrition	Nombre d'espace d'allaitement maternel mis en place				10
Means of Verification : rapport d'activités, PV donation, photo						
Activities						
Activity 2.2.1						
<p>Création/ Redynamisation des groupes de soutien à l'ANJE</p> <p>Les groupes de soutien aux mères seront créés dans chaque village. Ce groupe de soutien vise à encourager des pratiques adaptées d'alimentation des bébés et des jeunes enfants. Chaque groupe sera formé d'une animatrice qui est une mère ayant elle-même une bonne expérience d'allaitement avec au moins un de ses enfants. On retrouve essentiellement dans un groupe de soutien type :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le chef de village, l'autorité traditionnelle dans la communauté ; <input type="checkbox"/> 4 relais communautaires assurent un appui sanitaire (travaillant d'habitude dans le domaine de santé avec les centres de santé) et jouent un rôle d'interlocuteur et d'intermédiaire entre les villageois et l'équipe du dispensaire ; <input type="checkbox"/> Une personne intervenant traditionnellement dans les naissances ; <input type="checkbox"/> Deux mères modèles (mère influente dans la communauté et dont les enfants sont bien nourris) dans chaque village, qui encouragent les femmes enceintes à recourir aux soins prénataux et les mères qui viennent d'accoucher à commencer et poursuivre l'allaitement au sein exclusif. <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de groupe de soutien d'ANJE U: 240 dont 120 Bambu et 120 à Jiba 						
Activity 2.2.2						
<p>Promotion des bonnes pratiques d'allaitement exclusif et de l'Alimentation de Complément dans les groupes d'ANJE</p> <p>L'animatrice des groupes d'ANJE sera formée en matière de Wash, d'allaitement, d'écoute et de dynamique de groupe auprès d'animatrices expérimentées. Son rôle est original et complémentaire de celui des professionnels de santé : c'est celui de l'aide mère à mère. C'est son expérience de mère allaitante qui compte, plus que ses connaissances théoriques (même si elle s'appuie sur la masse de connaissances accumulées). L'animatrice donne des informations, pas seulement théoriques mais aussi pratiques. Elle ne donne pas de conseils, elle ne fait pas de prescription. Face à une question d'une mère, elle va lui donner toute l'information dont elle dispose sur le sujet, elle lui dira que pour beaucoup de mères, telle chose a marché, que d'autres se sont bien trouvées de faire de telle façon, mais elle ne dira jamais : « faites ceci, ne faites pas cela ».</p> <p>Des réunions des groupes d'ANJE devront être organisées dans la communauté au moins une fois par mois afin d'identifier les différents paramètres affectant le statut nutritionnel. Ainsi, les informations issues de ces focus group par rapport à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nous permettront de mettre en place une stratégie de sensibilisation et les messages appropriés pour permettre d'avoir un meilleur statut nutritionnel.</p> <p>Les groupes d'ANJE constitués de femmes seront mis en place dans le but de permettre à la population de disséminer elle-même les bonnes pratiques nutritionnelles dans la communauté. Les mesure de distanciation et de désinfection pour prévenir le COVID19 seront de miss lors des différentes réunions des groupes de soutien. Les masques faciaux seront distribués à chaque réunion. Le nombre de personne par réunion ne dépassera pas 10.</p> <p>Dans toutes les activités de nutrition, les messages clés sur la COVID-19 seront intégrés et seront largement diffusés au niveau de la communauté et des établissements de santé pour mieux protéger la santé et l'état nutritionnel des enfants de de moins de 5 ans et des mères.</p> <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions de groupe de soutien organisées : 1920(Zone de santé de Bambu=960 ; Zone de santé de Jiba= 960) • Nombre d'espace d'allaitement maternel mis en place : 10(Zone de santé de Bambu=5 ; Zone de santé de Jiba= 5) 						
Activity 2.2.3						

Organisation des séances d'éducation nutritionnelle dans les unités nutritionnelles et dans la communauté sur l'ANJE en situation de COVID 19

La sensibilisation sera réalisée dans les centres de santé et dans la communauté auprès des cibles précises (femmes enceintes, femmes allaitantes avec leur entourage, parents d'enfant malnutris). Il s'agit d'une sensibilisation sous forme de « counseling » ciblée dans la communauté afin de favoriser la réflexion et ensuite promouvoir des solutions par rapport aux problèmes spécifiques de chaque personne cible.

L'éducation nutritionnelle (EN), si elle est bien menée, peut-être une motivation et une occasion pour les populations d'adopter des habitudes alimentaires et des styles de vie sains. Etant donné que la consommation de farines infantiles adéquates ne semble pas courante dans les habitudes alimentaires des enfants congolais et que leur introduction est souvent très précoce, un accent particulier sera mis lors des séances d'éducation nutritionnelle pour cibler l'amélioration des calendriers d'introduction des Aliments de Complément (AC) et la promotion de leur consommation à partir de l'âge de 6 mois, ainsi que les AC préparés à base d'aliments locaux pour promouvoir la croissance des enfants. L'éducation nutritionnelle portera essentiellement sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (mesure de lutte contre COVID 19, mise au sein immédiate après l'accouchement, allaitement maternel exclusif, alimentation de complément, alimentation de l'enfant malade, alimentation des femmes enceintes et allaitantes). Ces séances d'EN se dérouleront en utilisant des boîtes à images et des brochures qui seront reprographiés. Les centres de santé, les écoles, les églises, seront les lieux de réalisation de l'éducation nutritionnelle. Au niveau des centres de santé et de la communauté, plusieurs activités d'éducation sur COVID 19 seront organisées et les activités de WASH in nut

Dans le contexte de COVID 19, les séances de sensibilisation communautaire ne vont pas rassembler plus de 15 personnes. Dans certaines situations, les habitants resteront dans leur ménage et la sensibilisation de masse se fera au niveau des sites des déplacées par les mégaphones ou les messages qui sont pré-enregistrés

Les démonstrations culinaires sont une occasion de montrer aux mères comment composer des menus riches pour l'enfant à partir des produits disponibles localement. Les démonstrations culinaires seront des séances de dégustations collectives et des séances éducatives. Les directeurs d'école seront également concernés par cette activité. Il est démontré que les élèves sont de véritables sensibilisateurs auprès de leurs parents et peuvent même servir de parrain à leurs jeunes frères et sœurs. Une enquête longitudinale cas témoin à partir d'une cohorte de bénéficiaire mise en place sera organisée dans l'optique de mieux mesurer l'impact des activités du projet sur l'allaitement exclusif, l'alimentation de complément et la nutrition de la femme enceinte et allaitante. Dans le contexte COVID 19, les démonstrations culinaires seront réalisées par une seule personne.

Dans un contexte où le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage est exclusivement réservé aux hommes, le projet essaiera d'impliquer de plus en plus les hommes aux séances de formation et sensibilisation. Ces séances d'éducation nutritionnelle se feront également et plus spécifiquement à l'endroit des hommes pour les sensibiliser à plus de décisions prises en faveur des femmes et des enfants. La sensibilisation des hommes sur les différentes thématiques se fera dans les villages par les Recos avec l'appui inconditionnel des agents de mobilisation sociale recruté à cet effet.

Activity 2.2.4

Diffusion des émissions et spots sur l'ANJE et COVID 19

Il est maintenant reconnu que la période allant de la naissance à 6 mois est une partie de la « période d'importance critique » pour favoriser une bonne croissance, la santé et le développement comportemental et cognitif de l'enfant. Il est donc crucial d'optimiser l'alimentation du nourrisson pendant cette période. Ce qui signifie que les mères doivent être encouragées à allaiter leur nourrisson dans l'heure qui suit la naissance, de maintenir un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois etc. L'allaitement exclusif est aussi important pour assurer à l'enfant un bon statut nutritionnel que pour protéger la santé de la mère. Ainsi, la connaissance de ces pratiques par la population est un point clé. Le transfert de ces comportements clés se fera à travers les émissions et spot qui seront diffusés à travers les radios communautaires. Les émissions et spots seront réalisées en langue locale par les nutritionnistes du partenaire et le médecin chef de zone. Ces émissions et spots tiendront aussi compte des problèmes liés à l'ANJE, COVID 19 et le Wash.

Indicateurs par zone de santé :

- Nombre d'émission diffusé : 80 (Zone de santé de Bambu=40 ; Zone de santé de Jiba= 40)
- Nombre de spot diffusé : 320 (Zone de santé de Bambu=160 ; Zone de santé de Jiba= 160)

Additional Targets :

Eau, Assainissement et Hygiène

Cluster objectives	Strategic Response Plan (SRP) objectives	Percentage of activities
2021-SSO2.4 : L'accès aux services de prévention EHA de 3M de pers. à risque d'être affectées par une épidémie (choléra, MVE, COVID-19) est assuré	SO2: La réponse multisectorielle permet de réduire les vulnérabilités et d'améliorer les conditions de vie de 3,4 millions de personnes	100

Contribution to Cluster/Sector Objectives : Les actions menées par UNICEF faciliteront un accès en toute sécurité et protection aux services WASH en faveur des populations déplacées, retournées et autochtones affectées par des conflits armés. Avant la mise en œuvre des activités, des panneaux de visibilité renseignant tout le paquet d'activités seront affichés dans chaque aire de santé, pour permettre à toutes les communautés d'avoir dans leur mémoire les activités prévues dans l'objectif d'assurer le suivi pendant la mise en œuvre et d'évaluer l'achèvement pour raison de redevabilité. Ce projet rentre dans l'atteinte du résultats sectoriel 1 et 2 repris dans le HRP 2021 et les activités proposées sont en ligne avec le plan opérationnel du cluster mis à jour en mai 2021.

Outcome 1

L'accès sécurisé aux facilités EHA des personnes affectées par des conflits armés et communautaire du territoire de Shabunda, zone de santé Mulungu est assuré

Output 1.1

Description

18,318 personnes affectées par les crises du territoire de Shabunda, zone de santé Mulungu, bénéficient d'infrastructures communautaires d'accès à l'eau et l'assainissement réhabilitées et voient leur connaissance sur les pratiques d'hygiène adaptées renforcée

Assumptions & Risks

1. Hypothèse

- La sécurité dans les zones ciblées reste calme et permet la mise en œuvre des activités du projet.
- Les autorités locales et tous les leaders communautaires autorisent les interventions dans leurs structures et adhèrent à la stratégie de mise en œuvre,
- Les parties prenantes (structures de santé et autorités) s'accordent avec UNICEF et ses partenaires sur les modalités d'intervention.
- La zone d'intervention reste accessible durant la durée du projet,

2. Risques

- Les incursions par les groupes armés dispersent la population dans les zones cibles avec difficultés de continuer les actives du projet dans les mêmes zones.
- Augmentation de la population déplacée et élargissement des Besoins des zones du projet avec comme impact négatif sur la capacité de UNICEF de répondre aux besoins de tout le monde suite au conflit continue dans les zones de santé limitrophes du Sud-Kivu (Lilungu, Shabunda, Bunyankiri) et du Nord-Kivu (Walikale, Masisi),
- Forte dégradation des routes voie d'accès dans la zone d'intervention.

3. Mitigation :

- Faire le suivi de la situation sécuritaire afin d'être en mesure à temps d'informer le bailleur et lui demander officiellement l'autorisation sur la possibilité de changer les zones d'intervention suivant le mouvement de la population initialement ciblée.
- Mener le plaidoyer pour accès sécurisé des prestataires et acteurs dans les zones affectées/touchée,
- Coordination et plaidoyer avec les autorités locales et le cluster logiste pour l'entretien et la réhabilitation des voies d'accès dans la zone d'intervention.

Indicators

Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 1.1.1	Eau, Assainissement et Hygiène	Nombre de personnes ayant accès à l'eau potable	2,462	2,667	3,693	4,001	12,823
Means of Verification : Enquête CAP, Entretien avec les comités d'eau, rapport du projet, rapport des travaux des constructions des ouvrages hydrauliques, cartographie des consommateurs d'eau par point de puisage							
Indicator 1.1.10	Eau, Assainissement et Hygiène	Nombre de structures de sante' ayant bénéficié d'un paquet WASH in NUT en lien avec les activités NUT du même projet				3	3
Means of Verification : Liste des structures bénéficiaires, Rapport de suivi terrain, PV de remise officiel signé par le MCZ, Enquête de satisfaction auprès des personnes bénéficiaires, Rapports de C.S et Centre Nutritionnel							
Indicator 1.1.11	Eau, Assainissement et Hygiène	Nombre de personne formée à la bonne gestion EHA des infrastructures d'assainissement dans les structures de sante et outille pour ce faire	15	6			21
Means of Verification : Rapport du projet, rapport des formations, PV de dotation							
Indicator 1.1.12	Eau, Assainissement et Hygiène	% d'infrastructure d'assainissement correctement entretenue et utilisée				100	100
Means of Verification : rapport du projet							
Indicator 1.1.13	Eau, Assainissement et Hygiène	Nombre de latrines d'urgence aménagées dans les sites spontanés ou dans les familles d'accueil ou famille de retournées					100
Means of Verification : Rapport du projet, rapport des travaux des constructions des ouvrages hydrauliques, PV remise d'ouvrage, Photo							
Indicator 1.1.2	Eau, Assainissement et Hygiène	Nombre de personnes qui ont bénéficié de séances de promotion à l'hygiène	3,517	3,810	5,276	5,715	18,318
Means of Verification : Rapport des campagnes et images, convention avec la radio locale, audio du message							
Indicator 1.1.3	Eau, Assainissement et Hygiène	Nombre d'écoles primaires primaire ayant bénéficié d'un paquet WASH In School d'urgence				5	5
Means of Verification : Liste des structures bénéficiaires, Rapport de suivi terrain, PV de remise officiel signé par les PROVED,							
Indicator 1.1.4	Eau, Assainissement et Hygiène	Taux de réduction des cas de diarrhée au sein des communautés ciblée.				20	20
Means of Verification : La Baseline sera mesurée lors de la CAP initiale. Rapport BCZS							
Indicator 1.1.5	Eau, Assainissement et Hygiène	Nombre de points d'eau aménagés avec 0 coliforme					15
Means of Verification : Enquête CAP, Entretien avec les comités d'eau, rapport du projet, rapport des travaux des constructions des ouvrages hydrauliques, cartographie des consommateurs d'eau par point de puisage							
Indicator 1.1.6	Eau, Assainissement et Hygiène	% des points d'eau avec un comité mixte forme et outille pour la bonne gestion				100	100
Means of Verification : Entretien avec les comités d'eau, rapport du projet							
Indicator 1.1.7	Eau, Assainissement et Hygiène	% des comite de gestion équipés avec du matériel de maintenance et ayant suivi une formation sur la bonne gestion				100	100
Means of Verification : Entretien avec les comités d'eau, rapport du projet, rapport de formations							
Indicator 1.1.8	Eau, Assainissement et Hygiène	% des bénéficiaires ciblées qui applique au minimum 5 bonne pratiques.				70	70
Means of Verification : Enquete CAP							

Indicator 1.1.9	Eau, Assainissement et Hygiène	% des staff de l'organisation qui prennent part aux activités qui sont formées sur le PSEA et SVBG				100	100
-----------------	--------------------------------	--	--	--	--	-----	-----

Means of Verification : Rapport du partenaire

Activities

Activity 1.1.1

Décision participative communautaire de la localisation des points d'eau à aménager / réhabiliter (cartographie des aires de santé). Des consultations seront organisées avec les bénéficiaires et des focus groupes spécifiques seront organisés avec les filles et les femmes pour l'identification des sites ou points d'eau le plus fréquentés, accessible et qui présentent moins de risque de protection. Les Bureau centrale de zones de santé seront impliqués ainsi que les autorités politico-administratif

Le nombre de « focus groupe » à mener durant la mise en œuvre du projet dépendra des besoins ressorties pendant le dialogue permanent avec les autorités et les bénéficiaires.

Le focus groupe fait partie d'un ensemble d'activités des de sensibilisation et promotion à l'hygiène qui cible 18,318. Ces activités inclus :

- les visites à domicile auprès des bénéficiaires, réalisées par les RECOs formés et les agents sensibilisateurs EHA,
- les émissions et les spots dans les radio communautaires,
- L'organisation de groupe de discussion d'au plus 20 personnes par séance dans la communauté avec les RECO et les staffs dédiés à la promotion de l'hygiène et dans les écoles avec les Brigades formés pour cette fin ;

Au moins 20 brigadiers seront formés par écoles soit au total de 100 personnes outillées au niveau des écoles et 20 RECOs par aire de santé soit 60 personnes pour les portes à porte.

La transmission des messages de sensibilisation sera accentuée par l'utilisation d'outils didactiques (boite à images, poster, dépliant) afin de garantir l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène par les communautés. A cet effet, des flyers, avec des messages traduits dans les langues et/ou dialectes locaux seront confectionnés et distribués dans le but d'accroître l'impact des messages véhiculés.

Cette activité sera couplé avec celle de la présentation du projet aux autorités locales. En effet, tout contact avec la communauté est une opportunité de faire la promotion de la santé ; mais pour ce cas particulier, un focus sera porté aux résultats attendus du projet.

Ce premier contact aura pour objectif d'une part, la présentation du projet et ses activités et d'autre part c'est une opportunité de prise de connaissance avec le partenaire TEARFUND et un premier pas de l'appropriation.

Activity 1.1.2

Mise en place de 20 points de chloration transitoire sur les points d'eau à aménager avant le début de travaux. L'emplacement de ces points d'eau temporaire seront évalués avec les bénéficiaires, il en va de même pour la construction des points d'eau durable qui viendront remplacer ces derniers.

Avant l'aménagement des points d'eau, des points de chloration seront mise en place pour garantir l'accès à l'eau potable à la population.

Ces points seront fermés au fur et à mesure que l'aménagement de point d'eau est finalisé et remis officiellement à la communauté.

Activity 1.1.3

Aménagement de 20 points d'eau

En fonction de la faisabilité technique et la disponibilité de la ressource en eau potable pourront être soit des sources aménagées, soit des bornes fontaines dans les zones disposant d'un réseau d'adduction d'eau.

Pour la pérennité des ouvrages, UNICEF et son partenaire suscitera la mise en place des comités d'hygiène dans les structures communautaire bénéficiaires.

Une attention particulière sera accordée à l'accès des personnes à besoins spécifiques et au genre dans le dimensionnement et la mise en œuvre de ces ouvrages.

Les activités de sensibilisation sur l'eau porteront sur les risques de pollution de l'eau lors de son transport et de son stockage.

Activity 1.1.4

Construire 183 latrines d'urgence dans les sites spontanés ou dans les familles d'accueil ou famille de retournée. La construction tiendra compte de protection de l'environnement et préviendra toute pollution de la nappe aquifère. Une estimation de 9150 personnes aura accès à ces latrines. (standard du cluster WASH pour les latrines d'urgence)

Dans les sites regroupement et pour les ménages identifiés comme vulnérable les latrines seront directement construites par le partenaire.

Grace à la sensibilisation, les autres ménages seront accompagnés pour la construction de leur propre latrines avec des moyens propres.

Les latrines construites seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés

Activity 1.1.5

Construire 92 douches d'urgence dans les sites spontanés en assurant les besoins et la protection des femmes et des filles. Pour une estimation de 9200 personnes (standard du cluster WASH de 100 personnes par douche)

Dans les sites regroupement et pour les ménages identifiés comme vulnérable les douches seront directement construites par le partenaire.

Grace à la sensibilisation, les autres ménages seront accompagnés pour la construction de leur propre douche avec des moyens propres.

Les douches construites seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés

Activity 1.1.6

20 Installations de dispositifs de lavage des mains avec du savon dans les points de regroupement. Dans un contexte de COVID-19 et tenant compte de l'analyse de risque (trafic Sud-Kivu et Maniema), des points de lavage de mains seront installés pour sensibiliser la communauté et prévenir la maladie dans les églises, marcher et autres lieux publics désigné par la communautés

Activity 1.1.7

Organiser des séances de sensibilisation sur la prévention et les maladies liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement, y compris le choléra
Campagnes de masse à travers les théâtres de sensibilisation trimestrielles dans chaque aire de santé, les caravanes pour célébration des journées spéciales dont celle de lavage des mains, celles des latrines, et les crieurs avec les messages éducatifs sur les places publiques.

Pour la durée du projet au moins 4 séances communautaires seront conduites par les équipes de promotion de l'hygiène du partenaire par mois par aire de santé x 3 AS x la durée du projet soit 144 séances, dans les écoles, les activités seront réalisées avec l'appui des enseignants et le brigadiers avec 4 séances par mois x 5 x 9 soit 180 séances et dans les centres de santé ce sont les IT qui profiteront des activités promotionnelles effectuées chaque semaine avec un 144 ; soit un total de 468 séances. Le nombre total de personnes sensibilisées sera de minimum 18 318 personnes

Des kits ménages seront distribués aux ménages vulnérables pour renforcer leur capacité de stockage et améliorer leur hygiène.

Activity 1.1.8

Appui en service WASH aux personnes à besoin spécifiques (personnes en situation d'handicap, personne âgées, etc...)

Les femmes, les filles et les personnes vivant avec handicaps seront plus encouragés à ces concertations car les femmes et les filles sont celles qui puisent le plus souvent, les personnes vivant avec handicap seront associées pour question d'accès.

Les dimensions de la cabine (latrine et douche) seront de 1m50x1m50 afin d'offrir une bonne mobilité dans les latrines. Pour les portes de latrine des personnes handicapées, l'équipe de construction construira une rampe d'accès afin d'offrir une bonne mobilité pour accéder aux installations et mettra en place des sièges adaptés pour une bonne utilisation

Activity 1.1.9

Installation points de lavage des mains (seaux avec robinet, savon) dans 5 écoles primaires, un lave main par classe.
Dans un contexte de COVID-19 et tenant compte de l'analyse de risque des points de lavage de mains seront installés pour sensibiliser la communauté et prévenir la maladie.
Comme les points d'eau, les critères de sélection d'une école à soutenir sera débattu avec la communauté et la priorité sera accordé aux écoles allant plus d'enfant déplacées.

Activity 1.1.10

Réhabilitation des latrines semi-durable dans les 5 écoles primaires cibles en s'assurant des la prise en compte des besoins spécifiques des filles et des enfants handicapés . Avant de connaître le nom des écoles, une évaluation conjointe avec l'EPST sera faite pour cibler les écoles les moins équipées en EHA.

Les latrines construites seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulière les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés

Activity 1.1.11

Formation de 5 brigades scolaires avec dotation de kit de maintenance et d'animation

Les équipes de sensibilisation faciliteront des séances de sensibilisation pour l'élection de brigade scolaire ; Les membres du comité seront élus démocratiquement par les écoliers et enseignant afin de gérer les activités d'entretien, maintenance et pérennisation des ouvrages d'assainissement construits (latrine, trou à ordures, drainage des eaux usées etc.). Le comité sera composé de 20 personnes (respectant la parité homme/femme dans la mesure du possible). A la suite de l'élection, les membres du comité seront formés sur plusieurs thématiques notamment la connaissance des maladies d'origine hydrique, l'entretien, la maintenance des ouvrages et la reprise communautaire des activités du projet. La formation des brigadiers commencera en même temps que les travaux des latrines et durera tout le long de l'aménagement. Le but étant que le comité voit et comprenne comment est réalisée la construction, afin qu'il puisse, par la suite sensibiliser les bénéficiaires pour entretenir l'infrastructure.

Dans le cadre de ce projet, 5 brigades scolaires seront mises en place, soit 1 par école ciblée.

Lors de la remise des ouvrages, un kit d'entretien sera disponibilisé par bloc de latrine. Le kit est composé de deux bidons de 20l (pour faciliter le puisage d'eau pour les laves mains), un balai brosse et une raclette (pour le nettoyage du plancher), un seau de 20l (faciliter le nettoyage), une paire de gants de nettoyage, deux barres de savon (pour promouvoir le lavage des mains avec du savon), des caches nez (réutilisable) et un seau avec robinet de 20 litres comme lave main.

Au total 100 personnes

Activity 1.1.12

Réhabilitation des latrines semi-durable dans les 3 centres de santé et 5 écoles primaires ciblées.

Avant de connaître le nom des centres de santé, une évaluation conjointe avec la DPS (MCZ) sera faite pour cibler les CS et avec l'EPSP pour le ciblage des écoles accompagnées équipées en EHA.

Les latrines réhabilitées seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés

Ce soutien comprendra un paquet d'activités permettant de :

- Assurer l'accès à des installations d'évacuation d'excréments fonctionnelles, dignes, sûres e
- Assurer l'accès à des dispositifs de lavages des mains permettant le lavage des mains avec du savon à tous les moments critiques de la journée ;

Le projet prévoit dans le paquet EHA :

- La réhabilitation de 15 portes de latrine (pour les CS) et 30 portes pour les écoles (incluant un dispositif de lavage des mains).
- La création du couloir sanitaire et les emplacements des ouvrages d'assainissement (latrines, trou à ordures, etc.) seront décidés après consultation avec les bénéficiaires via des discussions avec le comité directeur de l'école, les comités des parents et via des groupes de discussion organisés avec les femmes et les filles et avec les personnes vulnérables.

Les femmes et les filles seront impliquées pour désigner les positionnements des latrines (porte de latrine) dans les écoles, afin de respecter les distances appropriées relatives à la protection et à la sécurité des bénéficiaires.

Pour s'assurer que les latrines ne contaminent pas les sources d'eau (les équipes s'assureront d'une distance d'au moins 30 mètres entre les fosses et les sources d'eau, et une profondeur d'au moins 1,5 mètres entre la fosse et le haut de la nappe phréatique).

Les dimensions de la cabine seront de 1m50x1m50 afin d'offrir une bonne mobilité dans les latrines. Pour les portes de latrine des personnes handicapées, l'équipe de construction construira une rampe d'accès afin d'offrir une bonne mobilité pour accéder aux installations et mettra en place des sièges adaptés pour une bonne utilisation ; Les blocs de latrines seront séparés par sexe, facilement identifiables à l'aide d'un pictogramme (Pictogramme standard – Garçon, fille) et verrouillés de l'intérieur pour favoriser l'intimité et la dignité des utilisateurs.

Concernant le ratio de nombre de portes pour fille et garçon, le projet tâchera de respecter les ratios préconisés par les normes et standards du cluster EHA (1 porte pour 50 personnes).

Activity 1.1.13

Réhabilitation des douches en semi-durable dans les 3 centres de santé. Ciblées. Avant de connaître le nom des centres de santé, une évaluation conjointe avec la DPS (MCZ) sera faite pour cibler les CS les moins équipées en EHA.

Les douches construites seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés

Chaque CS sera doté d'un de douche de deux portes, soit un total de 6 portes seront séparés par sexe, facilement identifiables à l'aide d'un pictogramme (Pictogramme standard – Garçon, fille) et verrouillés de l'intérieur pour favoriser l'intimité et la dignité des utilisateurs.

Les Techniciens Wash de TEARFUND travailleront en collaboration avec les CODESA et aussi avec les maçons locaux pour réaliser ces ouvrages. Les journaliers en majorité seront les personnes déplacées

Une consultation de toutes les catégories des bénéficiaires sera faite pour l'identification de lieux à construire ces douches favorisant l'accès facile et intime pour tous.

Pour assurer l'intimité, chaque porte aura une porte en bois avec verrous à l'intérieur et un pictogramme sera placé sur les portes indiquant les portes pour les hommes et celles pour les femmes

Activity 1.1.14

VOIR AUSSI ACTIVITE 1.9_Installation points de lavage des mains (seaux avec robinet, savon) dans les salles de soins, proximité de latrines et des douches de la structures.

Dans un contexte de COVID-19 et tenant compte de l'analyse de risque (trafic), des points de lavage de mains seront installés pour sensibiliser la communauté et prévenir la maladie.

Additional Targets :

Protection de l'Enfance							
Cluster objectives		Strategic Response Plan (SRP) objectives			Percentage of activities		
2021-SSO1.5 : L'accès aux services de prise en charge de 2,8 M de personnes affectées par des incidents de protection liés à la crise humanitaire (victimes/survivants de violence, y compris VBG, ENA, EAFGA, victimes de REG, personnes en situation de handicap, personnes déplacées & retournées) est assurée et les mécanismes de prévention des risques de protection sont renforcées		SO1: La réponse multisectorielle permet de couvrir les besoins vitaux de 9,6 millions de personnes afin de préserver leur intégrité physique & mentale			100		
<p>Contribution to Cluster/Sector Objectives : Les incidents de protection mettant en péril la vie et la santé mentale de 2 millions de personnes déplacées, retournées et des familles d'accueil vivant dans les zones affectées par les conflits sont identifiés</p> <p>Les incidents et risques de protection sont réduits et/ou prévenus à travers la sensibilisation de 460 000 personnes sur le respect des droits humains dans les zones de déplacement et de retour</p>							
Outcome 1							
Le bien-être physique et mental des personnes les plus vulnérables est assuré en réponse à leurs besoins vitaux à Lulingu et Mulungu, dans le territoire de Shabunda.							
Output 1.1							
Description							
100 enfants (60 EAFGA et 40 adolescents vulnérables) sont identifiés et bénéficient d'un suivi individuel pour répondre à leurs besoins urgents ainsi que d'activités de réinsertion familiale et communautaire							
Assumptions & Risks							
<p>Supposition que les groupes armés continuent à relâcher les enfants ou que les enfants se séparent eux-mêmes. Pour assurer que ceci continue, UNICEF travaille en étroite collaboration avec la MONUSCO pour les négociations et la sortie des enfants.</p> <p>- Il y a le risque que les EAFGA séparés ne soient pas acceptés par leurs familles/communautés. Pour mitiger ce risque UNICEF travaille avec des acteurs locaux et implique les communautés dans toutes ces activités. Quand nécessaire UNICEF et son partenaire, à travers des travailleurs sociaux et aidés de membres (prominents) de la communauté organiseront des sessions de médiation.</p> <p>- Accès humanitaire restreint du fait de l'intensification des affrontements armés. Ce risque est partiellement mitigé grâce à l'étroite collaboration du partenaire de l'UNICEF avec les communautés et sa connaissance du terrain. L'implémentation locale du partenaire assurera l'accès à la zone.</p> <p>Risque que les EAFGA soient vus comme étant récompensés pour leur association au groupe armé. Pour éviter ceci, l'UNICEF et le partenaire assistent, en impliquant la communauté, aussi les enfants vulnérables de la communauté</p>							
Indicators							
Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 1.1.1	Protection de l'Enfance	# d'enfants associés aux forces/ groupes armés identifiés et ayant bénéficié d'un suivi individuel désagrégé par âge/genre/handicap			90	10	100
Means of Verification : PV d'assistance, fiches de gestion de cas, bases de données							
Indicator 1.1.2	Protection de l'Enfance	# d'enfants associés aux forces / groupes armés ayant bénéficié d'un soutien pour la réintégration socio-économique et réinsertion communautaire			90	10	100
Means of Verification : PV d'assistance, fiches de gestion de cas, bases de données							
Activities							
Activity 1.1.1							
Identifier et documenter la situation des EAFGA :							
<p>L'UNICEF collabore avec la section Protection de l'Enfance (de la MONUSCO qui a initié des négociations avec plusieurs groupes armés dans les zones d'interventions ayant conduit à la signature d'actes d'engagement par certains de ces groupes pour la libération des enfants. L'identification et le référencement des EAFGA peut se faire également via le CICR, Geneva Call ou directement par L'identification et le référencement des EAFGA peut se faire également via le CICR ou directement par l'intermédiaire d'associations locales ou relais communautaires. Des centres de vérification des enfants séparés des groupes armés pourront être établis pour assurer leur identification et certification. En collaboration avec l'Unité d'Exécution du programme national de désarmement, démobilisation et réinsertion et la région militaire, les enfants pris en charge bénéficieront des attestations de sortie pour certifier leur séparation des groupes armés. Ce document officiel leur facilitera l'accès aux prochains programmes de réintégration durable.</p> <p>Afin de mieux coordonner les interventions auprès des EAFGA, l'UNICEF en tant que lead du s/cluster protection de l'enfance (GTPE) – a également mis en place un groupe de coordination spécifique sur les EAFGA rassemblant l'ensemble des acteurs intervenant sur la question des EAFGA incluant la MONUSCO, et le CICR.</p>							
Activity 1.1.2							

Assurer une prise en charge transitoire et individualisée des EAFGA à travers des centres de transit et d'orientation (CTO) d'accueils ou des placements en famille d'accueil.

Concernant la prise en charge individuelle des EAFGA, une assistance multisectorielle sera apportée avec selon les besoins une prise en charge médicale, psychosociale, ainsi la prise en charge transitoire des enfants en Familles d'Accueil Transitoire (FAT) pour cette zone. La prise en charge dans les FAT se fera selon les standards et les lignes directrices élaborées par le s/cluster en février 2020.

Les enfants certifiés « EAFGA » seront en effet accueillis dans des FAT. Une documentation individuelle des EAFGA est alors élaborée sur base des fiches du programme national DDR-Enfant. Les informations recueillies permettront ainsi d'entamer la recherche de chaque famille. Durant la prise en charge transitoire, chaque enfant bénéficie d'activités psychosociales, de soins médicaux (si nécessaire) et d'activités récréatives et d'alphabétisation. Un kit « d'entrée » (vêtements, articles de toilette, etc.) est distribué à chaque enfant, selon son âge et sexe. Le paquet d'activités psychosociales comprend l'écoute-active des enfants, un suivi psychologique et de santé mentale pour les cas les plus difficiles.

Activity 1.1.3

Assurer la recherche et réunification familiale ou des solutions alternatives pour les EAFGA avec un appui post réunification si nécessaire à travers des opportunités d'apprentissage (scolarisation, alphabétisation fonctionnelle et/ou formations professionnelles) pour les enfants et adolescents EAFGA basé sur l'environnement économique et social local.

Selon les besoins, un référencement vers les structures scolaires/espaces d'apprentissage sera fait en collaboration avec les acteurs éducation et les structures de formations professionnelles. Un suivi régulier des EAFGA réunifiés sera réalisée par l'intermédiaire d'agents sociaux ou RECOPE (lorsque l'accès est limité). Les options de réinsertion, notamment pour les EAFGA et les adolescents vulnérables, doivent en effet être variées et inclure à la fois des options d'éducation formelle mais aussi des activités socio-économiques pour répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant et adolescent et prévenir les risques d'association ou de (re)enrôlement dans les groupes armés. Des programmes de réintégration basés sur l'environnement économique et social local seront ainsi mis en œuvre pour permettre aux enfants et adolescents de s'intégrer dans leur communauté d'origine ou dans la communauté choisie par adolescents pour y être intégrés. Un accord formel sera signé avec les petites entreprises et les coopératives pour intégrer les adolescents en âge de travailler. L'alphabétisation fonctionnelle ou des programmes d'alphabétisation rapide seront proposés chaque fois que possible par le biais d'un référencement aux acteurs de l'éducation

Activity 1.1.4

Intégrer les adolescents vulnérables (y compris les adolescents vivant avec handicap) des communautés, de retour et des EAFGA dans les formations d'apprentissage afin de prévenir le recrutement de jeunes dans les groupes armés.

L'intervention pour les EAFGA visera en grande partie les adolescents, qui constituent une cible privilégiée pour les groupes armés. Il est important de noter que 60% des membres des groupes armés sont des garçons, ce qui explique le ratio plus important dans la prise en charge des EAFGA. Un nombre plus important de filles seront cependant visées au sein des adolescents vulnérables (60%) pour la mise en œuvre de projet d'apprentissage favorisant leur autonomisation et leur participation au sein des clubs de jeunes.

Output 1.2

Description

60 ENA sont identifiées et placées dans une prise en charge familiale transitoire et bénéficient d'une réunification familiale et/ou une solution de remplacement appropriée

Assumptions & Risks

Accès humanitaire restreint du fait de l'intensification des affrontements armés. Ce risque est partiellement mitigé grâce à l'étroite collaboration des partenaires de l'UNICEF avec les communautés et leur connaissance du terrain. L'ancrage communautaire du partenaire assurera l'accès à la zone.

Indicators

Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 1.2.1	Protection de l'Enfance	# d'enfants non accompagnés (y compris enfants en situation de handicap) identifiés et placés dans une prise en charge familiale transitoire ou une solution de remplacement appropriée			30	30	60

Means of Verification : PV d'assistance, fiches de gestion de cas, bases de données

Activities

Activity 1.2.1

Assurer une prise en charge transitoire et individualisée des ENA à travers le placement en famille d'accueil (sélectionnées et formées selon les standards de prise en charge transitoire du s/cluster protection de l'enfance).

Pour tous les enfants et adolescents identifiés, un système de gestion de cas individuel sera mis en œuvre pour assurer une prise en charge temporaire appropriée et une réinsertion familiale adéquate dans leurs familles et/ou communautés.

Concernant la prise en charge transitoire, les enfants ENA seront accueillis dans des Familles d'Accueil Transitoire. Une documentation individuelle des ENA est alors élaborée sur base des fiches de gestion de cas. Les informations recueillies permettront ainsi d'entamer la recherche de chaque famille. Durant la prise en charge transitoire, chaque enfant bénéficie d'activités psychosociales, de soins médicaux (si nécessaire) et d'activités récréatives et d'alphabétisation. Un kit « d'entrée » (vêtements, articles de toilette, etc.) est distribué à chaque enfant, selon son âge et sexe. Le paquet d'activités psychosociales comprend l'écoute-active des enfants, un suivi psychologique et de santé mentale pour les cas les plus difficiles.

Activity 1.2.2

Former et/ou renforcer un réseau de familles d'accueil pour la prise en charge des ENA et EAFGA

L'identification des FAT se fera notamment par l'intermédiaire des leaders communautaires avec l'implication de la DIVAS. Les familles identifiées seront ensuite sélectionnées par l'UNICEF et son partenaire sur la base d'une grille de critères, incluant les capacités d'accueil de la famille, ses compétences et son expérience dans la prise en charge d'enfants, ses ressources, ses motivations, etc. Dans la mesure où elles sont encore opérationnelles et viables, le projet prendra en compte les FAT déjà existantes mais le projet renforcera la capacité d'accueil des FAT à travers un appui matériel (couverture, draps de lit, matériels de cuisine, etc.) pouvant bénéficier à l'ensemble du ménage. Les FAT bénéficieront également d'une formation sur les notions de protection de l'enfant en vue de leur permettre d'améliorer la prise en charge des enfants qui leur sont affectés.

La prise en charge en FAT inclura la réponse aux besoins alimentaires, médicaux et vestimentaires des adolescents et jeunes accueillis, ainsi que des activités d'accompagnement psychosocial et pédagogique, pour assurer une meilleure socialisation au sein des FAT et de la communauté hôte. L'appui aux besoins alimentaires se fera sous forme d'un appui journalier de 4 USD par enfant.

Activity 1.2.3

Assurer la recherche et réunification familiale ou des solutions durables (placement dans une famille élargie par exemple).

Lors de la réunification familiale, un kit « de sortie » (vêtements) incluant des articles pour la famille (hygiène, outil de travail) est distribué à chaque enfant, selon son âge et sexe.

Lorsque la réunification familiale n'est pas possible, des recherches de solutions durables seront envisagées (placement en famille élargie par exemple).

Activity 1.2.4

Assure le suivi des ENA réunifiés en communautés.

Un suivi régulier des ENA réunifiés sera réalisée par l'intermédiaire d'agents sociaux ou RECOPE (lorsque l'accès est limité) qui poursuivront l'organisation des focus groupes avec les enfants réunifiés en vue de desceller les problèmes qu'ils rencontrent. Ces rencontres se feront également avec les parents des enfants, les leaders communautaires, les autorités locales dans le but de trouver des solutions aux problèmes exprimés par les enfants et enfin faciliter leur acceptation sociale et atténuer le risque de ré enrôlement ou des retournés

Output 1.3

Description

50 filles et garçons victimes de violences y compris de violences sexuelles et basées sur le genre bénéficient d'une prise en charge psychosociale et médicale voire holistique quand possible

Assumptions & Risks

- Accès humanitaire restreint du fait de l'intensification des affrontements armés. Ce risque est partiellement mitigé grâce à l'étroite collaboration du partenaire de l'UNICEF avec les communautés et sa connaissance du terrain. L'implémentation locale du partenaire assurera l'accès à la zone.
 - UNICEF assurera la confidentialité tout au long de ce processus afin de protéger les filles et garçons victimes de violence, notamment pour les cas de violences sexuelles, aussi pour éviter les représailles et la stigmatisation.
 - En travaillant étroitement avec les communautés, UNICEF, à travers son partenaire local, veillera à créer un environnement protecteur qui permettra aux filles et garçons victimes de violence, ou leurs parents/tuteurs de se confier et de demander de l'assistance, quand nécessaire.
- Supposition : les acteurs VBG et santé (reproductive) restent actifs dans la zone.

Indicators

Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 1.3.1	Protection de l'Enfance	# de filles et de garçons (y compris celles et ceux en situation de handicap) ayant survécu à une violence basée sur le genre ayant bénéficié de la prise en charge psychosociale (incluant dans le contexte COVID-19 et MVE)			10	40	50
Means of Verification : PV d'assistance, fiches de gestion de cas, bases de données							
Indicator 1.3.2	Protection de l'Enfance	# d'enfants et d'adultes qui ont accès à un mécanisme sûr et accessible pour signaler l'exploitation et les abus sexuel	1,000	1,000	730	670	3,400

Means of Verification : PV d'assistance, fiches de gestion de cas, bases de données

Activities

Activity 1.3.1

Les activités se concentreront autour de l'identification et l'accès à des soins appropriés aux enfants / adolescents victimes de violence, y compris des violences basées sur le genre. Dans la mesure du possible, la prise en charge comprendra les volets suivants : médical, psychosocial, juridique et réintégration socio-économique.

Les besoins en matière de santé reproductive et sexuelle des filles survivantes de VBG alors qu'elles faisaient partie de groupes armés (et des enfants qu'ils auraient pu concevoir pendant cette période) et les besoins des garçons pouvant avoir été auteurs de violences sexuelles seront également pris en compte, notamment à travers une meilleure documentation des vulnérabilités de ces adolescents pour garantir une réponse adaptée à leurs besoins. Ce travail sera réalisé en étroite collaboration avec les acteurs intervenant dans le volet VBG et santé reproductive.

Il s'agira de garantir que les soins médicaux pour les victimes de violence sexuelle couvrent le traitement préventif contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, la syphilis et la gonorrhée, et les vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B. Le traitement des blessures physiques, le soutien psychologique et la prévention des grossesses non désirées du soin systématique.

Nos partenaires collaboreront avec les centres de santé, pour les encourager à identifier un mécanisme pour pouvoir aider et assurer les soins de santé en dehors de la période d'ouverture, afin de respecter la contrainte de temps de maximum 72h après l'agression. Cela pourrait être un paramètre d'un numéro d'urgence pour l'infirmière en chef ou l'adresse où le trouver en cas d'urgence. À l'hôpital, cependant, les soins médicaux SGBV seront disponibles 24h/24 et 7j/7. Le personnel du centre de santé, les RECOPE, les leaders communautaires et les autres parties prenantes concernées seront informés de la disponibilité et de la fonctionnalité des services dans et formés pour faire des recommandations appropriées.

Activity 1.3.2

Des activités de sensibilisation des communautés sur leurs droits, le comportement attendu des humanitaires et sur la manière de signaler des abus et demander de l'aide seront initiées à travers les radios communautaires, les focus groupes dans les communautés (20 personnes au maximum en respect aux mesures COVID-19).

Le code de conduite des acteurs humanitaires sera vulgarisé, des messages sur la tolérance zéro face aux EAS et comment signaler un cas d'EAS seront disséminés.

Chaque personne bénéficiant d'une intervention appuyée par l'UNICEF aura accès à au moins un mécanisme pour lui permettre de rapporter des plaintes relatives à l'exploitation et à l'abus sexuel.

Output 1.4

Description

Soutien psychosociale et en santé mentale à 1200 enfants vulnérables et/ou affectés par les urgences humanitaires (incluant la prise en charge psychosociale à travers les Espaces Amis d'Enfants) ;

Assumptions & Risks

Accès humanitaire restreint du fait de l'intensification des affrontements armés. Ce risque est partiellement mitigé grâce à l'étroite collaboration du partenaire de l'UNICEF avec les communautés et sa connaissance du terrain. L'implémentation locale du partenaire assurera l'accès à la zone.

- Risque de propagation du virus COVID-19 : UNICEF assurera que tout travail se fera en prenant en compte les mesures d'hygiène nécessaire.

Mitigation :

UNICEF travaillera, à travers ses partenaires de mise en œuvre dans les localités concernées, à assurer la pleine acceptation par les communautés des activités prévues, aussi pour faciliter leur assistance quand nécessaire. Ce travail permettra aux EAE et aux Espaces Sûrs d'être efficaces dans leur travail car sans une bonne implémentation dans les communautés, ces espaces ne pourront atteindre leurs objectifs.

Indicators

Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 1.4.1	Protection de l'Enfance	Nombre d'enfants vulnérables et/ou affectés par les urgences humanitaires bénéficiant de soutien psychosocial, incluant l'accès à des Espaces Amis d'Enfants (désagrégé par âge /genre/handicap)			600	600	1,200

Means of Verification : PV d'assistance, base de données, tableau mensuel de présence

Activities

Activity 1.4.1

Le soutien psychosocial pour les enfants et adolescents vulnérables : selon les besoins, des séances d'entretiens individuels (tout en respectant les mesures de prévention COVID-19 : port du masque, distance de 1m etc) ou des activités de soutien psychosocial à travers des espaces amis d'enfants / club de jeunes /safe space pour les filles seront organisées afin de garantir un environnement protecteur aux enfants. Dans les espaces, les mesures de prévention COVID-19 seront aussi respectées (groupe de – de 20 enfants, port du masque, stations de lavage de main.

Une réponse psychosociale sera développée utilisant des espaces amis des enfants (EAE) à travers une méthodologie et curriculum qui aide les enfants à améliorer leurs compétences socio-émotionnelles. Les EAE constitueront un cadre sûr qui accompagne les enfants dans leur intégration sociale et fournissant un espace pour endiguer le stress qu'ils ont vécu aux côtés des groupes armés ou au moment de la séparation avec leurs parents ou du fait de vivre dans une zone de conflits. Les enfants auront droit à un accompagnement individualisé pour une réponse psychosociale adaptée à leurs besoins. Les enfants à besoins spécifiques bénéficieront d'un suivi particulier pour une meilleure gestion de leur cas.

Activity 1.4.2

La création/appui de clubs de jeunes (y compris des groupes de filles) en partenariat avec des associations communautaires pour favoriser la résilience et aborder des thèmes spécifiques tel que les risques de violences basés sur le genre.

Un curriculum adapté aux besoins spécifiques des adolescents en contexte de conflit sera utilisé pour assurer le renforcement des capacités des parents des enfants et des soignants affectés en parentalité positive, pour leur permettre d'améliorer la protection de leurs enfants avec leur famille et leur communauté. Les jeunes et adolescents bénéficieront également d'un curriculum déjà testé sur les compétences de vie courante.

Output 1.5

Description

Prévenir les risques de séparation familiale et les violations des droits des enfants, inclus à travers des activités de sensibilisation, monitoring des violations graves (MRM) et de renforcement des mécanismes communautaires de protection.

Assumptions & Risks

Accès humanitaire restreint du fait de l'intensification des affrontements armés. Ce risque est partiellement mitigé grâce à l'étroite collaboration du partenaire de l'UNICEF avec les communautés et sa connaissance du terrain. L'implémentation locale du partenaire assurera l'accès à la zone.

- Risque de propagation du virus COVID-19 : UNICEF assurera que tout travail se fera en prenant en compte les mesures d'hygiène nécessaire.

UNICEF travaillera, à travers son partenaire d'implémentation qui est déjà accepté dans les localités concernées, à assurer la pleine acceptation par les communautés des activités prévues, aussi pour faciliter leur assistance quand nécessaire. Ce travail permettra aux EAE et aux Espaces Sûrs d'être efficaces dans leur travail car sans une bonne implémentation dans les communautés, ces espaces ne pourront atteindre leurs objectifs.

Indicators

Code	Cluster	Indicator	End cycle beneficiaries				End cycle
			Men	Women	Boys	Girls	Target
Indicator 1.5.1	Protection de l'Enfance	Nombre de personnes et enfants sensibilisés sur les risques de séparation familiale et risques de protection de l'enfance désagrégé par âge/genre/handicap	1,000	1,000	1,500	1,500	5,000
Means of Verification : Compte rendu des seances, fiches de presence							
Indicator 1.5.2	Protection de l'Enfance	# de graves violations des droits de l'enfant (inclus des violences sexuelles et basées sur le genre) rapportées			75	25	100

Means of Verification : Fiche 1612, rapport de rapportage..

Activities

Activity 1.5.1

Le renforcement des mécanismes communautaires à travers les RECOPE pour les activités de sensibilisation et mécanismes de référencement afin de prévenir et répondre aux problèmes de protection de l'enfance inclura le soutien technique (formations sur l'identification et référencement des cas de protection, mise en place de mécanismes de référencement) mais aussi l'appui logistique aux membres (transport/communication). L'accès aux services psychosociaux et aux activités socio-éducatives sera amélioré grâce au renforcement des clubs de jeunes pour informer et dialoguer avec les adolescents sur les questions de protection, notamment sur l'enrôlement dans les groupes armés et les violence sexuelles et basées sur le genre. Dans le cadre du renforcement des réseaux communautaires, les besoins spécifiques des femmes et filles et des personnes vivant avec handicap seront pris en compte, à travers notamment la consultation des associations à base communautaire travaillant avec ces personnes.

L'UNICEF mettra en place une stratégie d'intervention basée sur l'implication communautaire à travers les chefs locaux et autres leaders communautaires et religieux, ainsi que les parents, les adolescents et jeunes. Des séances de renforcement des capacités seront ainsi développées en leur faveur et un plan communautaire de réduction de risque de recrutement et re-recrutement sera mis en place pour un appui efficace à la protection de l'enfant au sein de la communauté.

Elaboration et diffusion de message de sensibilisation et de plaidoyer pour améliorer l'accès sécurise aux écoles/espaces amis d'enfants et prévenir les risques de séparation familiale et de violations graves contre les enfants en situation de conflit.

Activity 1.5.2

Renforcer la capacité de monitoring des violations graves à travers le mécanisme MRM 1612

Cette activité permettra de mettre en place les points focaux MRM dynamiques pour renforcer la documentation MRM dans le territoire de Shabunda, Lulingu et Mulungu.

Il s'agira particulièrement des activités suivantes :

- Collecter, vérifier et documenter des cas 1612 à travers les fiches standards MRM 1612. Les centres de détention de services de sécurité (FARDC, PNC) dans les territoires doivent aussi être monitorés pour vérifier/contrôler les enfants arrêtés/détenus.
- Référer (y compris le suivi de référencement) tous les cas 1612 (Les FARDC seront sensibilisés pour lutter contre tous les cas 1612, particulièrement les attaques des écoles et centres de santé et l'utilisation/recrutement des enfants dans le GA dont les cas sont élevés dans la zone.

Les analyses de tendance de cas 1612 seront réalisées mensuellement et les fiches 1612 seront complètes et, seront toutes partagées au GTPE/SGTPE (lead UNICEF).

- Renforcement de la sensibilisation des FARDC et forces de police sur les lignes directrices de protection des écoles contre l'utilisation militaire durant les conflits armés ;
- Sensibilisation des groupes armés sur le Droit International Humanitaire et les violations graves sur les enfants notamment le recrutement des enfants et les attaques sur les écoles et hôpitaux (à travers la collaboration avec la MONUSCO ou d'autres acteurs comme Geneva Call)
- Sensibilisation sur les restes explosifs de guerre dans les écoles, espaces mixtes récréatifs/apprentissage temporaires ;

Renforcement du système d'alerte MRM. L'UNICEF renforcera le mécanisme de surveillance et communication de l'information sur les violations graves des droits de l'enfant. Pour plus d'efficacité dans la surveillance, le point focal MRM (mécanisme de surveillance et de communication sur les violations grave des droits de l'enfant en période de crise) du partenaire bénéficiera d'un appui technique. Pour plus d'efficacité dans la surveillance, l'ensemble des équipes seront aussi renforcées en capacité sur le MRM et le MARA.

Additional Targets :

M & R

Monitoring & Reporting plan

Monitoring & Reporting plan

L'UNICEF RDC veillera à ce qu'un plan de suivi et évaluation solide soit intégré à la conception, à la mise en oeuvre et à la fin du projet. Les visites de programme sont essentielles pour établir une relation de confiance avec les rapports des partenaires, identifier et résoudre les problèmes de mise en oeuvre avant qu'ils ne deviennent un problème, et contribuer à garantir les progrès accomplis dans la réalisation des résultats prévus. Le système de S & E assurera la qualité des données lors de visites régulières du programme et de l'assurance de la qualité des données (DQA). Les DQA comprendront la vérification périodique des données et des sources de données. Après les visites du programme et de la DQA, les partenaires et les autres membres du personnel seront informés des actions correctives à mettre en oeuvre. Lorsque cela est possible et approprié, l'UNICEF introduira et incorporera des innovations dans le suivi de nos projets afin d'améliorer notre utilisation des données pour la prise de décision. Cela comprend le recours à la surveillance par des tiers et à la surveillance en temps réel à l'aide de Rapid Pro, pour des rapports en temps voulu et une responsabilisation accrue à l'égard des populations touchées.

La couverture effective des interventions à fort impact, des goulets d'étranglement et des obstacles sera surveillée à un niveau décentralisé en utilisant l'approche de suivi du programme de l'UNICEF en RDC qui implique la collecte de données semestrielle tirée des systèmes nationaux en vue de leur renforcement progressif. L'analyse des données est intégrée aux exercices d'examen des programmes de pays à la mi-année et à la fin de l'année, conjointement avec les homologues provinciaux et les administrations centrales et d'autres acteurs. Cela implique (i) la priorisation des goulets d'étranglement empêchant l'extension de la couverture des interventions entre un déterminant et le suivant; (ii) une analyse causale pour comprendre les causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales qui expliquent les écarts de couverture; (iii) la planification des actions correctives conjointement avec les partenaires pour favoriser une approche commune sur des périodes de 6 mois afin de traiter les causes d'élimination des goulets d'étranglement

Le partenaire de mise en oeuvre assurera un suivi rapproché des activités dans la zone état donné qu'il dispose d'une base opérationnelle et de staffs promoteurs et techniciens WASH basé sur terrain et recruté localement de préférence sur base de compétence. Il contribuera sur la fréquence mensuelle au SITREP de l'UNICEF, le HAC (Humanitarian Action for Children) avec des détails sur l'état d'avancement des activités et l'évolution vers les résultats.

UNICEF effectuera à son tour un suivi sur une base mensuelle et produira des rapports y relatifs. Les entretiens se feront régulièrement avec les parties prenantes pour évaluer et suivre conjointement la mise en oeuvre du projet. Les équipes de suivi et évaluation veilleront à la mise à disposition des équipes terrain des outils nécessaires de suivi en tenant compte des attentes des résultats et en tireront des leçons. UNICEF produira des rapports selon les exigences du contrat de partenariat avec le bailleur et tiendra régulièrement une communication avec le bailleur pour toute communication pertinente liée à la mise en oeuvre du projet. Un cadre de suivi local sera défini entre les équipes terrain des partenaires de mise en oeuvre et certains leaders communautaires qui organiseront aussi le suivi conjoint pour se rassurer de la démarche vers les résultats et signaler toute sorte de déviation à travers un mécanisme de communication qui sera mis en place pendant l'implémentation du projet. Une communication sera maintenue entre UNICEF et bailleur pour une mise à jour régulière du contexte d'implémentation du projet.

--> continue en annexe 1

Workplan

Activitydescription	Year	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.1: Décision participative communautaire de la localisation des points d'eau à aménager / réhabiliter (cartographie des aires de santé).</p> <p>Des consultations seront organisées avec les bénéficiaires et des focus groupes spécifiques seront organisés avec les filles et les femmes pour l'identification des sites ou points d'eau le plus fréquentés, accessible et qui présentent moins de risque de protection. Les Bureau centrale de zones de santé seront impliqués ainsi que les autorités politico-administratif</p> <p>Le nombre de « focus groupe » à mener durant la mise en œuvre du projet dépendra des besoins ressorties pendant le dialogue permanent avec les autorités et les bénéficiaires.</p> <p>Le focus groupe fait partie d'un ensemble d'activités des de sensibilisation et promotion à l'hygiène qui cible 18,318. Ces activités inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les visites à domicile auprès des bénéficiaires, réalisées par les RECOs formés et les agents sensibilisateurs EHA, - les émissions et les spots dans les radio communautaires, - L'organisation de groupe de discussion d'au plus 20 personnes par séance dans la communauté avec les RECO et les staffs dédiés à la promotion de l'hygiène et dans les écoles avec les Brigades formés pour cette fin ; <p>Au moins 20 brigadiers seront formés par écoles soit au total de 100 personnes outillées au niveau des écoles et 20 RECOs par aire de santé soit 60 personnes pour les portes à porte.</p> <p>La transmission des messages de sensibilisation sera accentuée par l'utilisation d'outils didactiques (boite à images, poster, dépliant) afin de garantir l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène par les communautés. A cet effet, des flyers, avec des messages traduits dans les langues et/ou dialectes locaux seront confectionnés et distribués dans le but d'accroître l'impact des messages véhiculés.</p> <p>Cette activité sera couplé avec celle de la présentation du projet aux autorités locales. En effet, tout contact avec la communauté est une opportunité de faire la promotion de la santé ; mais pour ce cas particulier, un focus sera porté aux résultats attendus du projet.</p> <p>Ce premier contact aura pour objectif d'une part, la présentation du projet et ses activités et d'autre part c'est une opportunité de prise de connaissance avec le partenaire TEARFUND et un premier pas de l'appropriation.</p>	2021											X	X	
	2022	X	X											
	2023													
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.10: Réhabilitation des latrines semi-durable dans les 5 écoles primaires ciblées en s'assurant des la prise en compte des besoins spécifiques des filles et des enfants handicapés. Avant de connaître le nom des écoles, une évaluation conjointe avec l'EPST sera faite pour cibler les écoles les moins équipées en EHA.</p> <p>Les latrines construites seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés</p>	2021											X		
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	2023													
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.11: Formation de 5 brigades scolaires avec dotation de kit de maintenance et d'animation</p> <p>Les équipes de sensibilisation faciliteront des séances de sensibilisation pour l'élection de brigade scolaire ; Les membres du comité seront élus démocratiquement par les écoliers et enseignant afin de gérer les activités d'entretien, maintenance et pérennisation des ouvrages d'assainissement construits (latrine, trou à ordures, drainage des eaux usées etc.). Le comité sera composé de 20 personnes (respectant la parité homme/femme dans la mesure du possible). A la suite de l'élection, les membres du comité seront formés sur plusieurs thématiques notamment la connaissance des maladies d'origine hydrique, l'entretien, la maintenance des ouvrages et la reprise communautaire des activités du projet. La formation des brigadiers commencera en même temps que les travaux des latrines et durera tout le long de l'aménagement. Le but étant que le comité voit et comprenne comment est réalisée la construction, afin qu'il puisse, par la suite sensibiliser les bénéficiaires pour entretenir l'infrastructure. Dans le cadre de ce projet, 5 brigades scolaires seront mises en place, soit 1 par école ciblée.</p> <p>Lors de la remise des ouvrages, un kit d'entretien sera disponibilisé par bloc de latrine. Le kit est composé de deux bidons de 20l (pour faciliter le puisage d'eau pour les laves mains), un balai brosse et une raclette (pour le nettoyage du plancher), un seau de 20l (faciliter le nettoyage), une paire de gants de nettoyage, deux barres de savon (pour promouvoir le lavage des mains avec du savon), des caches nez (réutilisable) et un seau avec robinet de 20 litres comme lave main. Au total 100 personnes</p>	2021											X		
	2022		X	X	X	X	X							
	2023													

<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.12: Réhabilitation des latrines semi-durable dans les 3 centres de santé et 5 écoles primaires ciblées.</p> <p>Avant de connaître le nom des centres de santé, une évaluation conjointe avec la DPS (MCZ) sera faite pour cibler les CS et avec l'EPSP pour le ciblage des écoles accompagner équipées en EHA.</p> <p>Les latrines réhabilitées seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés</p> <p>Ce soutien comprendra un paquet d'activités permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer l'accès à des installations d'évacuation d'excréments fonctionnelles, dignes, sûres e - Assurer l'accès à des dispositifs de lavages des mains permettant le lavage des mains avec du savon à tous les moments critiques de la journée ; <p>Le projet prévoit dans le paquet EHA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La réhabilitation de 15 portes de latrine (pour les CS) et 30 portes pour les écoles (incluant un dispositif de lavage des mains). - La création du couloir sanitaire et les emplacements des ouvrages d'assainissement (latrines, trou à ordures, etc.) seront décidés après consultation avec les bénéficiaires via des discussions avec le comité directeur de l'école, les comités des parents et via des groupes de discussion organisés avec les femmes et les filles et avec les personnes vulnérables. <p>Les femmes et les filles seront impliquées pour désigner les positionnements des latrines (porte de latrine) dans les écoles, afin de respecter les distances appropriées relatives à la protection et à la sécurité des bénéficiaires.</p> <p>Pour s'assurer que les latrines ne contaminent pas les sources d'eau (les équipes s'assureront d'une distance d'au moins 30 mètres entre les fosses et les sources d'eau, et une profondeur d'au moins 1,5 mètres entre la fosse et le haut de la nappe phréatique).</p> <p>Les dimensions de la cabine seront de 1m50x1m50 afin d'offrir une bonne mobilité dans les latrines. Pour les portes de latrine des personnes handicapées, l'équipe de construction construira une rampe d'accès afin d'offrir une bonne mobilité pour accéder aux installations et mettra en place des sièges adaptés pour une bonne utilisation ; Les blocs de latrines seront séparés par sexe, facilement identifiables à l'aide d'un pictogramme (Pictogramme standard – Garçon, fille) et verrouillés de l'intérieur pour favoriser l'intimité et la dignité des utilisateurs.</p> <p>Concernant le ratio de nombre de portes pour fille et garçon, le projet tâchera de respecter les ratios préconisés par les normes et standards du cluster EHA (1 porte pour 50 personnes).</p>	2021																		X	
	2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X								
	2023																			
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.13: Réhabilitation des douches en semi-durable dans les 3 centres de santé. Ciblées.</p> <p>Avant de connaître le nom des centres de santé, une évaluation conjointe avec la DPS (MCZ) sera faite pour cibler les CS les moins équipées en EHA.</p> <p>Les douches construites seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés</p> <p>Chaque CS sera doté d'un de douche de deux portes, soit un total de 6 portes seront séparés par sexe, facilement identifiables à l'aide d'un pictogramme (Pictogramme standard – Garçon, fille) et verrouillés de l'intérieur pour favoriser l'intimité et la dignité des utilisateurs.</p> <p>Les Techniciens Wash de TEARFUND travailleront en collaboration avec les CODESA et aussi avec les maçons locaux pour réaliser ces ouvrages. Les journaliers en majorité seront les personnes déplacées</p> <p>Une consultation de toutes les catégories des bénéficiaires sera faite pour l'identification de lieux à construire ces douches favorisant l'accès facile et intime pour tous.</p> <p>Pour assurer l'intimité, chaque porte aura une porte en bois avec verrous à l'intérieur et un pictogramme sera placé sur les portes indiquant les portes pour les hommes et celles pour les femmes</p>	2023																			
	2021																			X
	2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.14: VOIR AUSSI ACTIVITE 1.9_Installation points de lavage des mains (seaux avec robinet, savon) dans les salles de soins, proximité de latrines et des douches de la structures.</p> <p>Dans un contexte de COVID-19 et tenant compte de l'analyse de risque (trafic), des points de lavage de mains seront installés pour sensibiliser la communauté et prévenir la maladie.</p>	2023																			
	2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
	2021																			X

<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.2: Mise en place de 20 points de chloration transitoire sur les points d'eau à aménager avant le début de travaux. L'emplacement de ces points d'eau temporaire seront évaluer avec les bénéficiaires, il en va de même pour la construction des points d'eau durable qui viendront remplacer ces derniers.</p> <p>Avant l'aménagement des points d'eau, des points de chloration seront mise en place pour garantir l'accès à l'eau potable à la population. Ces points seront fermés au fur et à mesure que l'aménagement de point d'eau est finalisé et remis officiellement à la communauté.</p>	2021																	X				
	2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
	2023																					
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.3: Aménagement de 20 points d'eau</p> <p>En fonction de la faisabilité technique et la disponibilité de la ressource en eau potable pourront être soit des sources aménagées, soit des bornes fontaines dans les zones disposant d'un réseau d'adduction d'eau.</p> <p>Pour la pérennité des ouvrages, UNICEF et son partenaire suscitera la mise en place des comités d'hygiène dans les structures communautaire bénéficiaires. Une attention particulière sera accordée à l'accès des personnes à besoins spécifiques et au genre dans le dimensionnement et la mise en œuvre de ces ouvrages.</p> <p>Les activités de sensibilisation sur l'eau porteront sur les risques de pollution de l'eau lors de son transport et de son stockage.</p>	2021																		X			
	2022	X	X	X	X	X	X	X														
	2023																					
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.4: Construire 183 latrines d'urgence dans les sites spontanés ou dans les familles d'accueil ou famille de retournée. La construction tiendra compte de protection de l'environnement et préviendra toute pollution de la nappe aquifère. Une estimation de 9150 personnes aura accès a ces latrines. (standard du cluster WASH pour les latrines d'urgence)</p> <p>Dans les sites regroupement et pour les ménages identifiés comme vulnérable les latrines seront directement construites par le partenaire.</p> <p>Grace à la sensibilisation, les autres ménages seront accompagnés pour la construction de leur propre latrines avec des moyens propres.</p> <p>Les latrines construites seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés</p>	2021																			X		
	2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
	2023																					
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.5: Construire 92 douches d'urgence dans les sites spontanés en assurant les besoins et la protection des femmes et des filles. Pour une estimation de 9200 personnes (standard du cluster WASH de 100 personnes par douche)</p> <p>Dans les sites regroupement et pour les ménages identifiés comme vulnérable les douches seront directement construites par le partenaire.</p> <p>Grace à la sensibilisation, les autres ménages seront accompagnés pour la construction de leur propre douche avec des moyens propres.</p> <p>Les douches construites seront pourvues d'un système de lavage de mains et du verrouillage intérieurs pour la sécurité et la dignité des bénéficiaires et de manière particulières les filles et les femmes. Pour faciliter l'accès aux infrastructures aux personnes vivants avec handicaps, les ouvrages seront adaptés</p>	2021																			X		
	2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
	2023																					
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.6: 20 Installations de dispositifs de lavage des mains avec du savon dans les points de regroupement.</p> <p>Dans un contexte de COVID-19 et tenant compte de l'analyse de risque (trafic Sud-Kivu et Maniema), des points de lavage de mains seront installés pour sensibiliser la communauté et prévenir la maladie dans les églises, marcher et autres lieux publics désigné par la communautés</p>	2021																				X	
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X													
	2023																					

<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.7: Organiser des séances de sensibilisation sur la prévention et les maladies liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement, y compris le choléra</p> <p>Campagnes de masse à travers les théâtres de sensibilisation trimestrielles dans chaque aire de santé, les caravanes pour célébration des journées spéciales dont celle de lavage des mains, celles des latrines, et les crieurs avec les messages éducatifs sur les places publiques.</p> <p>Pour la durée du projet au moins 4 séances communautaires seront conduites par les équipes de promotion de l'hygiène du partenaire par mois par aire de santé x 3 AS x la durée du projet soit 144 séances, dans les écoles, les activités seront réalisées avec l'appui des enseignants et le brigadiers avec 4 séances par mois x 5 x 9 soit 180 séances et dans les centres de santé ce sont les IT qui profiteront des activités promotionnelles effectuées chaque semaine avec un 144 ; soit un total de 468 séances. Le nombre total de personnes sensibilisées sera de minimum 18 318 personnes</p> <p>Des kits ménages seront distribués aux ménages vulnérables pour renforcer leur capacité de stockage et améliorer leur hygiène.</p>	2021										X	X	X	
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2023													
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.8: Appui en service WASH aux personnes à besoin spécifiques (personnes en situation d'handicap, personne âgées, etc...)</p> <p>Les femmes, les filles et les personnes vivant avec handicaps seront plus encouragés à ces concertations car les femmes et les filles sont celles qui puisent le plus souvent, les personnes vivant avec handicap seront associées pour question d'accès.</p> <p>Les dimensions de la cabine (latrine et douche) seront de 1m50x1m50 afin d'offrir une bonne mobilité dans les latrines. Pour les portes de latrine des personnes handicapées, l'équipe de construction construira une rampe d'accès afin d'offrir une bonne mobilité pour accéder aux installations et mettra en place des sièges adaptés pour une bonne utilisation</p>	2021												X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X						
	2023													
<p>Eau, Assainissement et Hygiène: Activity 1.1.9:</p> <p>Installation points de lavage des mains (seaux avec robinet, savon) dans 5 écoles primaires, un lave main par classe.</p> <p>Dans un contexte de COVID-19 et tenant compte de l'analyse de risque des points de lavage de mains seront installés pour sensibiliser la communauté et prévenir la maladie.</p> <p>Comme les points d'eau, les critères de sélection d'une école à soutenir sera débattu avec la communauté et la priorité sera accordé aux écoles allant plus d'enfant déplacées.</p>	2021												X	
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2023													
<p>Nutrition: Activity 1.1.1: Identification et ouverture des structures de santé ayant la capacité d'intégrer les activités nutritionnelles UNTI/centre de sante/CAC pour la mise en place de l'approche simplifiée PCIMA</p> <p>L'identification des structures de santé bénéficiaires se fera sous l'égide des ONG sélectionnées (par l'UNICEF suite à un appel à manifestation d'intérêt), en collaboration avec les responsables des ZS et le PRONANUT, et tiendra compte de l'accessibilité sécuritaire, des besoins de la population, de la morbidité et de la situation géographique et nutritionnelle.</p> <p>L'identification et l'ouverture des Cellules à Assisse Communautaire (CAC) se fera de façon progressive en tenant compte des statistiques des admissions en 2020. La CAC sera implantée dans chaque village selon le guide de la mise en place de la nutrition à assisse communautaire. L'ouverture des CAC tiendra aussi compte des aires de santé ayant la prévalence ou le nombre d'admissions le plus élevé. Ces analyses se feront en collaboration avec le personnel du BCZ.</p> <p>L'ouverture des unités nutritionnelles et CAC sera conditionnée par la mise à disposition des équipements, materiel et intrants nutritionnels. En ce qui concerne l'ouverture des unités nutritionnelles et des cellules à assisse communautaire (CAC), nous allons dans un premier temps discuter avec les femmes de la communauté dans chaque village afin d'identifier les différentes heures pendant lesquelles elles sont disponibles. Par la suite, une sensibilisation suivie de la mobilisation sociale sera faite afin d'informer les femmes du jour de l'ouverture des unités nutritionnelles. Par ailleurs, nous allons utiliser les radios communautaires et la communication de proximité pour informer le maximum de femmes possible par rapport à l'ouverture des unités nutritionnelles en tenant compte de leur emploi de temps. Les focus groupes avec les filles et les femmes serviront aussi à identifier les risques des VBG.</p> <p>136 unités nutritionnelles :15 CS, 1 UNTI, 120 CAC</p>	2023													
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2021													X

<p>Nutrition: Activity 1.1.10: Mise en place de la dissémination des notions sur la protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA)</p> <p>Lors des différentes séances de sensibilisation au niveau communautaire et dans les structures sanitaires, les thèmes sur le PSEA seront disséminés auprès des gardiens d'enfants. De plus, les affiches seront disponibles dans chaque structure sanitaire</p> <p>Pourcentage de sites atteints avec du matériel de communication sur la PSEA : 100%</p>	2021													X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2023	X	X												
<p>Nutrition: Activity 1.1.2: Approvisionnement des unités nutritionnelles (UNTI/CENTRE DE SANTÉ, CAC) en intrants</p> <p>Les intrants nutritionnels et médicaments sont déjà achetés par UNICEF pour le fonctionnement des unités nutritionnelles (lait F100 et F75, Plumpy nut). Ces intrants sont indispensables au démarrage des activités de prise en charge des enfants malnutris. Les médicaments de seconde ligne seront achetés par les différents partenaires sélectionnés.</p> <p>L'indicateur périmètre brachial sera exclusivement utilisé pour identifier les enfants malnutris aigue. Or les résultats des enquêtes de couvertures antérieures (2021) ont montré que 1% des enfants de moins de 5 ans étaient malnutris en utilisant l'indicateur Poids-Taille. Ainsi, pour éviter d'avoir un réservoir d'enfants modérément malnutris, il sera propice de compléter ces enfants en plumpy doz. Ainsi, les partenaires sélectionnés par Unicef achèteront les Plumpy doz pour cette catégorie d'enfants.</p> <p>En prévision à la perturbation de la chaîne d'approvisionnement due à la pandémie COVID 19, UNICEF va intensifier le pré-positionnement (avec un stock tampon minimum de 2 mois) des intrants essentiels pour la prise en charge de la malnutrition selon l'approche simplifiée au niveau de chaque bureau central de la zone.</p> <p>Au niveau des CAC, les ustensiles et les aliments pour les démonstrations culinaires seront achetés et mis à la disposition des membres gérant ces CAC. Au niveau des CAC, elles seront équipées (tables, bancs, papeteries, palettes et autres) afin de motiver la population à participer aux différentes séances dans les CAC. Les démonstrations culinaires seront réalisées en favorisant la participation actives des hommes afin de promouvoir une co-responsabilisation sur la prise en charge du bien-être et de la nutrition des enfants. Dans ce cadre, compte tenu que sont les chefs de familles à prendre de décisions dans le ménage, y comprises celles sur les dépenses nutritionnelles, il est prévu des activités de sensibilisation avec les CAC afin de promouvoir l'engagement des hommes sur la nutrition des enfants.</p> <p>L'approche « End User monitoring » sera mis en place pour suivre l'utilisation effective des intrants nutritionnels par les bénéficiaires directs jusqu'au dernier kilomètre. (0,8 carton pou 1 patient MAS, 0,5 cartons pour un enfant MAM)</p> <p>Détails sur les Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des unités nutritionnelles sans rupture de stock de plus de 5 jours : • 100% d'unités nutritionnelles soit, 136 unités nutritionnelles : 15 CS, 1 UNTI, 120 CAC) sont approvisionnés en intrants nutritionnels (voir la répartition dans le fichier Budget adjoint) 	2023	X	X												
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2021														X

<p>Nutrition: Activity 1.1.3: Dépistage et référence des cas de malnutrition par les mères/gardiens d'enfants par les relais communautaires (Recos) dans les villages de la zone de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Communautaire</p> <p>La stratégie périmètre brachial famille (PB famille) sera mise en place dans tous les villages. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, cette approche se révèle d'autant plus pertinente. De nombreux centres de santé n'ont pas la capacité de faire du porte-à-porte pour dépister individuellement les enfants atteints de malnutrition, et de nombreuses familles sont réticentes à se rendre dans les centres de santé, par peur d'être infectées par le COVID-19. Cela a été observé au moins au début de la pandémie. Pour toutes ces raisons, les bracelets tricolores PB-famille, simples à utiliser pour les parents (meres et peres), se révèlent essentiels pour identifier les enfants malnutris.</p> <p>Cette stratégie consistera à placer les gardiens des enfants dans chaque ménage au centre du dépistage de la malnutrition de leur enfant. Ainsi, la formation des mères et des membres de la famille améliorera considérablement la couverture et encouragera une détection précoce, ce qui réduirait les risques de décès et complications médicaux. Une fois le gardien d'enfant ayant évalué l'état nutritionnel de son enfant, il ira voir le relais communautaire pour une confirmation de son évaluation. Si l'état nutritionnel de l'enfant est confirmé comme MAM ou MAS, le dépistage sera attribué au gardien de l'enfant et dans le jeton de référence, le RECO cochera sa case et celle de la mère. Si l'enfant est dépisté directement par le RECO sans l'appui du gardien de l'enfant, l'admission sera attribuée directement au RECO.</p> <p>Dès que les enfants sont identifiés comme malnutris, un jeton de référence leur sera remis afin de se rendre dans une structure sanitaire appropriée qui fera le tri des patients. A la fin de chaque mois, le personnel de santé devra évaluer le travail des RECO, les gardiens d'enfants et prendre les mesures correctives afin d'améliorer leurs performances. Cette méthode va permettre au personnel sanitaire d'avoir de façon permanente les informations sur les capacités des RECO et des gardiens d'enfants et d'organiser des formations de renforcement des capacités. Une comparaison permanente sera réalisée entre les admissions par dépistage passif et actif (RECOS et gardiens d'enfants). Les relais effectueront des tests aléatoires dans les ménages, pour évaluer la capacité des gardiens d'enfant à utiliser la bande MUAC.</p> <p>Pour mieux intervenir dans le contexte de COVID-19, chaque Relais communautaire sera équipé en désinfectant, gants et masques.</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de santé</p> <p>Les dépistages passifs systématiques de tout enfant venant dans une structure sanitaire sur les registres de consultation des patients seront réalisés par le personnel sanitaire. Au préalable, on insérera des colonnes dans le cahier d'accueil ou de consultation afin d'inscrire les paramètres anthropométriques des enfants venant dans les centres de santé au cas où ces paramètres n'existent pas dans le registre. Au niveau du centre de santé, le personnel suivra et documentera si la mère a été initiée à l'approche PB mère, si elle a dépisté son enfant elle-même et analysera la cohérence entre la couleur du P, la présence des œdèmes rapportées par les mères à l'arrivée au centre avec la mesure faite par le professionnel de santé. Si la mesure n'est pas cohérente, le personnel de santé fait en même temps un recyclage de l'initiation au dépistage par la prise du PB et la recherche des œdèmes pour la mère.</p> <p>Indicateurs par zone de sante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des enfants malnutris pris en charge et détectés par les gardiens d'enfant/mère: >=70% • Nombre d'enquête de cohérence du PB des mères et des RECOS : 150 	2021																		X	X	X			
		2023	X	X																				
		2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

<p>Nutrition: Activity 1.1.4: Prise en charge des enfants malnutris aigus (sévères et modérés)</p> <p>La PEC MAS se fera dans les unités nut. (UNTI, centre de santé et CAC) selon le protocole de l'approche simplifiée PCIMA, validé par le PRONANUT dont l'efficacité et la pertinence ont été prouvées lors du projet pilote de l'UNICEF. Cette approche sera mise en œuvre dans des unités nutritionnelles installées dans les structures de santé et dans la communauté pour assurer leur pérennisation. Les centres de santé serviront à prendre en charge les enfants MAS sans complications médicales et modérés, les UNTI pour les sévères avec complications médicales et les CAC les enfants malnutris avec PB>90 mm sans œdème et sans complication médicales. Les UNTI seront installées dans les hôpitaux ou CSR. Les CAC seront installées dans les différents villages des zones d'intervention en favorisant une participation paritaire des femmes. L'ensemble de ces activités seront mises en place par le personnel étatique des structures sanitaires sélectionnées et les RECO de chaque village. Les admissions se feront au jour le jour et 7 jours/7 dans l'optique que la malnutrition puisse être considérée comme d'autres pathologies. Tous les enfants de 6-23 mois qui ont un PB compris entre 125 et 130 mm bénéficieront du plumpy doz pour la prévention de la malnut. Une étude randomisée de non-infériorité sera réalisée en tenant compte d'une cohorte dynamique et comparaison de l'approche simplifiée et de l'approche standard. un article sera publié dans ce sens. un protocole de recherche sera valide' par le PRONANUT</p> <p>Les critères d'admissions dans les unités nut. seront basés sur le PB et les œdèmes. Les enfants atteints de MAS enregistrés pour le traitement avec le protocole simplifié recevront une quantité fixe de deux sachets ATPE/jour. Le traitement de la MAM sera assuré chez tous les enfants atteints avec une quantité fixe d'1 sachet ATPE par jour. La prévalence de la MAM est trois fois plus importante que la MAS en général et l'inclusion de données de la MAM impliquerait une énorme croissance des admissions ainsi que le besoin de rechercher davantage de superviseurs pour recueillir les données disséminées et conserver la qualité des données. Le critère de sortie est le suivant dans toutes les unités nut.: l'absence d'œdèmes et l'atteinte du PB ≥125 mm après deux visites consécutives. Dans le contexte COVID19, les différents soins fournis aux malnutris au niveau des FOSA se feront dans le strict respect des mesures barrières y compris des bonnes pratiques d'hygiène : la distanciation sociale, le lavage des mains à l'eau propre et savon et l'usage des gants et masques par les prestataires. Le suivi à domicile des enfants souffrant de MAS sera renforcé tout en respectant les mesures barrières. Une ligne budgétaire sera prévue pour rendre disponible les aliments aux parents dont les enfants seront hospitalisés en UNTI. Pour ce qui concerne les patients suivis au centre de santé et CAC (patients pris en charge en ambulatoire), ils ne recevront pas d'aliments.</p> <p>Sur une base mensuelle, chaque UNTI, CS et CAC aura la charge de transmettre son rapport statistique, rapport de consommation, l'état des stocks ainsi que la commande en intrants thérapeutiques au BCZ. Ces derniers vérifieront les données après compilation puis les transmettront au PRONANUT.</p> <p>La mise en place de cette approche simplifiée se fera de façon progressive, d'abord au niveau de la structure de santé. Les activités de prise en charge au niveau communautaire vont démarrer 2 mois après le démarrage du projet pour permettre d'identifier et former les acteurs communautaires sur la prise en charge de la malnutrition aiguë. Ces acteurs communautaires feront un stage d'au moins 1 mois dans une structure de santé afin de s'assurer qu'ils ont la capacité de prendre en charge correctement les cas de malnutrition aiguë (MAS et MAM).</p> <p>- 148 MAS (F= 77 ; G= 71) pris en charge en UNTI ;</p> <p>--> Continue en annexe</p>	2023	X	X													
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2021												X	X	X	

<p>Nutrition: Activity 1.1.5: Formation du personnel des unités nutritionnelles par le PRONANUT sur le protocole PCIMA approche simplifiée et ANJE</p> <p>Une formation des agents des unités nutritionnelles et des BCZs sera assurée par le PRONANUT sur la prise en charge nutritionnelle et médicale avec des critères d'admission et de sortie bien élaborés, la gestion de stock, l'ANJE, l'analyse statistique, la gestion des CAC, le Wash et les techniques de supervision. Les techniques de communication seront dispensées au début du projet pour permettre une prise en charge de qualité. La formation sera participative et axée sur la pratique du terrain.</p> <p>Cette formation va permettre aux personnels sanitaires (29 femmes et 116 hommes) de prendre en charge de façon appropriée les patients et de transmettre les notions de Wash. Néanmoins, si le recrutement du personnel sanitaire dans les structures de santé n'a pas été fait dans le respect de l'équité genre, le projet ne pourra pas imposer un changement afin d'atteindre les chiffres de genre proposés pour la formation. En revanche, un plaidoyer pour une discrimination positive en faveur de la femme (plus de travail aux femmes) sera fait auprès des structures de santé n'ayant pas respecté cet équité genre dans le recrutement du personnel. Dans le contexte COVID 19 en RDC, les séances de formation respecteront les mesures de prévention contre le Covid-19 (moyenne de 10 à 20 participants); la désinfection des mains et l'utilisation des masques faciaux . Cette approche de nombre réduit des apprenants facilitera aussi de garantir l'interaction et l'échange entre les différents participants.</p> <p>Indicateurs: • Nombre d'Agents de santé formés : 85(F= 17 ; H= 68)</p> <p>Les séances de formation du partenaire d'exécution seront organisées dès le début du projet.</p>	2023																			
	2022	X	X	X																
	2021												X	X	X					
<p>Nutrition: Activity 1.1.6: Formation des Recos et la communauté sur le counseling nutritionnel, les mesures anthropométriques, l'ANJE, Wash et le PB famille</p> <p>Les Recos auront leurs capacités renforcées par une série de formations sur la gestion des CAC, l'ANJE et le counseling nutritionnel mise en œuvre à travers les visites à domiciles, les mesures anthropométriques et la méthodologie de dépistage communautaire, et la prise en charge de la malnutrition aigüe selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Ces formations seront assurées par le PRONANUT en collaboration avec l'Unicef. Les Recos seront ceux qui sont actifs dans chaque aire de santé.</p> <p>Les gardiens d'enfants seront formés sur l'utilisation du périmètre brachial pour une meilleure surveillance nutritionnelle de leur propre enfant. Les occasions de mener des formations individuelles ou de groupes existeront dans tous les centres de santé, et qu'il est relativement aisé de les incorporer dans des programmes préexistants. Les activités de formations s'échelonnent en cascade de la communauté au centre de santé, et du centre de santé à l'hôpital, renforçant les messages clés et les actions au fur et à mesure. Les communautés dont les ménages bénéficient d'une telle formation assurent une exploitation et un entretien de meilleure qualité en identifiant leur enfant à un stade non avancé de la malnutrition.</p> <p>Dans le contexte COVID 19 en RDC, les séances de formation respecteront les mesures de prévention contre le Covid-19 (moyenne de 10 à 20 participants); la désinfection des mains et l'utilisation des masques faciaux . Cette approche de nombre réduit des apprenants facilitera aussi de garantir l'interaction et l'échange entre les différents participants.</p> <p>Indicateurs par zone de sante : • Nombre des Relais communautaires et agents communautaires formés : 240(F= 48 ; H= 192) • Nombre de gardiens d'enfants formés sur le PB famille : 21955 (F= 17564 ; H= 4391)</p>	2022	X	X	X																
	2021											X	X	X						
	2023																			

<p>Nutrition: Activity 1.1.7: Renforcer le leadership du ministère de la Santé sur la mise en place de l'approche simplifiée</p> <p>Le projet sera mis en œuvre dans une démarche participative et d'échange d'expérience, d'où la nécessité de développer une stratégie de partenariat claire et durable avec le BCZ et le PRONANUT. Un comité local de supervision des activités et de l'analyse technique sera mis en place. Des séances de travail seront organisées tous les 3 mois avec le comité.</p> <p>Les supervisions conjointes intégrées seront organisées par le BCZ dans le but de suivre l'état d'avancement des activités du projet et de renforcer les capacités des agents et RECO sur la gestion de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Ces supervisions conjointes intégrées seront réalisées mensuellement selon le calendrier établi par le bureau central. Ces supervisions regrouperont non seulement les activités de nutrition mais également d'autres aspect de santé afin de considérer la malnutrition comme d'autres pathologies. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre le partenaire et le BCZ.</p> <p>Les supervisions conjointes tous les trois mois seront organisées entre UNICEF et le PRONANUT dans le but d'évaluer l'état d'avancement des activités du projet et de renforcer les capacités des agents et Recos sur le système de gestion de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre UNICEF et le Pronanut à travers une fiche technique. Ces supervisions vont renforcer les capacités du Pronanut à analyser la situation nutritionnelle dans les différentes zones de santé et de prendre des décisions adéquates.</p> <p>Un atelier de capitalisation sera organisé sur le lead du PRONANUT dans l'optique de ressortir les différentes leçons apprises dans le cadre de la mise en place de ce projet et voir d'actualiser le protocole de prise en charge de la malnutrition aigue en RDC.</p> <p>Indicateurs par zone de sante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervisions réalisées avec le BCZ : 14 • Nombre d'atelier de capitalisation : 1 • Nombre de supervision communautaire réalisée par l'IT : 120 • Nombre de supervision réalisée par le PRONANUT : 11 	2023	X	X																
		2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		2021													X	X	X		
<p>Nutrition: Activity 1.1.8: Réalisation des enquêtes d'évaluation de l'approche simplifiée PCIMA</p> <p>Une enquête de grande couverture sera réalisée au début et à la fin du projet dans la zone d'intervention de l'approche simplifiée et dans la zone de sante mettant en place l'approche standard et appuyée par un autre projet de nutrition du FCH pour évaluer l'augmentation de la couverture de l'intervention, en utilisant le guide méthodologique des enquêtes de grande couverture en RDC. Cette enquête permettra de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le niveau de couverture effective de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aigue • Identifier les barrières et les limites qui se rapportent à l'accessibilité des bénéficiaires à cette prise en charge (en fonction des informations recueillies auprès des mères/accompagnants d'enfants souffrant ou ayant souffert de malnutrition aigüe et qui étaient inscrits ou non-inscrits dans le programme) • Evaluer l'apport des CAC dans l'amélioration de la couverture de la PEC de la malnutrition <p>• Analyse coût-efficacité : Une étude rétrospective sera mise en œuvre à la fin du projet. Les coûts qui ne sont pas disponibles dans les comptes seront estimés par une « approche des ingrédients», en utilisant les coûts unitaires et les quantités de différents intrants. Les dépenses des ménages seront estimées lors des discussions de groupe dans chacune des zones d'étude. Les ratios coût-efficacité seront calculés pour le coût par enfant récupéré.</p> <p>Indicateurs par zone de sante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enquête de grande couverture réalisée : 2 • Nombre d'enquête coût efficacité réalisée : 1 	2021													X	X	X			
		2022	X	X															
		2023																	

<p>Nutrition: Activity 1.1.9: Mise en place d'un mécanisme de gestion de plaintes/'feedback' lors de l'intervention</p> <p>Dans le cadre de la redevabilité envers les bénéficiaires, des séances d'information et de sensibilisation seront organisées en faveur des bénéficiaires et des autorités locales. Ils seront informés du contenu du projet. Un circuit de traitement des plaintes sera mis en place et des boîtes de récolte de suggestion seront installées dans chaque village et chaque plainte sera suivie d'un feedback. Les cas de plaintes seront analysés par les groupes ANJEU avec l'appui des autorités sanitaires de la zone de santé, et faciliter la prise des décisions appropriés. Un suivi rigoureux sera réalisé afin de permettre la satisfaction de toutes les parties prenantes.</p> <p>Proportion des plaintes reçues et analysées : 100%</p>	2021																				X	X		
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X														
	2023																							
<p>Nutrition: Activity 1.2.1: Création/ Redynamisation des groupes de soutien à l'ANJE</p> <p>Les groupes de soutien aux mères seront créés dans chaque village. Ce groupe de soutien vise à encourager des pratiques adaptées d'alimentation des bébés et des jeunes enfants. Chaque groupe sera formé d'une animatrice qui est une mère ayant elle-même une bonne expérience d'allaitement avec au moins un de ses enfants. On retrouve essentiellement dans un groupe de soutien type :</p> <p><input type="checkbox"/> Le chef de village, l'autorité traditionnelle dans la communauté ;</p> <p><input type="checkbox"/> 4 relais communautaires assurent un appui sanitaire (travaillant d'habitude dans le domaine de santé avec les centres de santé) et jouent un rôle d'interlocuteur et d'intermédiaire entre les villageois et l'équipe du dispensaire ;Les femmes relais seront privilégiées</p> <p><input type="checkbox"/> Une personne intervenant traditionnellement dans les naissances ;</p> <p><input type="checkbox"/> Deux mères modèles (mère influente dans la communauté et dont les enfants sont bien nourris) dans chaque village, qui encouragent les femmes enceintes à recourir aux soins prénataux et les mères qui viennent d'accoucher à commencer et poursuivre l'allaitement au sein exclusif.</p> <p>Indicateurs par zone de sante :</p> <p>• Nombre de groupe de soutien d'ANJE U: 120</p>	2021																						X	
	2022				X	X	X																	
	2023																							
<p>Nutrition: Activity 1.2.2: Promotion des bonnes pratiques d'allaitement exclusif et de l'Alimentation de Complément dans les groupes d'ANJE</p> <p>L'animatrice des groupes d'ANJE sera formée en matière de Wash, d'allaitement, d'écoute et de dynamique de groupe auprès d'animatrices expérimentées. Son rôle est original et complémentaire de celui des professionnels de santé : c'est celui de l'aide mère à mère. C'est son expérience de mère allaitante qui compte, plus que ses connaissances théoriques (même si elle s'appuie sur la masse de connaissances accumulées). L'animatrice donne des informations, pas seulement théoriques mais aussi pratiques. Elle ne donne pas de conseils, elle ne fait pas de prescription. Face à une question d'une mère, elle va lui donner toute l'information dont elle dispose sur le sujet, elle lui dira que pour beaucoup de mères, telle chose a marché, que d'autres se sont bien trouvées de faire de telle façon, mais elle ne dira jamais : « faites ceci, ne faites pas cela ».</p> <p>Des réunions des groupes d'ANJE devront être organisées dans la communauté au moins une fois par mois afin d'identifier les différents paramètres affectant le statut nutritionnel. Ainsi, les informations issues de ces focus group par rapport à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nous permettront de mettre en place une stratégie de sensibilisation et les messages appropriés pour permettre d'avoir un meilleur statut nutritionnel.</p> <p>Les groupes d'ANJE constitués de femmes seront mis en place dans le but de permettre à la population de disséminer elle-même les bonnes pratiques nutritionnelles dans la communauté. Les mesure de distanciation et de désinfection pour prévenir le COVID19 seront de miss lors des différentes réunions des groupes de soutien. Les masques faciaux seront distribués à chaque réunion. Le nombre de personne par réunion ne dépassera pas 10.</p> <p>Dans toutes les activités de nutrition, les messages clés sur la COVID-19 seront intégrés et seront largement diffusés au niveau de la communauté et des établissements de santé pour mieux protéger la santé et l'état nutritionnel des enfants de de moins de 5 ans et des mères.</p> <p>Indicateurs par zone de sante :</p> <p>• Nombre de réunions de groupe de soutien organisées : 960</p> <p>• Nombre d'espace d'allaitement maternel mis en place : 5</p>	2023	X	X																					
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2021																							

<p>Nutrition: Activity 1.2.3: Organisation des séances d'éducation nutritionnelle dans les unités nutritionnelles et dans la communauté sur l'ANJE en situation de COVID 19</p> <p>La sensibilisation sera réalisée dans les centres de santé et dans la communauté auprès des cibles précises (femmes enceintes, femmes allaitantes avec leur entourage, parents d'enfant malnutris). Il s'agit d'une sensibilisation sous forme de « counseling » ciblée dans la communauté afin de favoriser la réflexion et ensuite promouvoir des solutions par rapport aux problèmes spécifiques de chaque personne cible.</p> <p>L'éducation nutritionnelle (EN), si elle est bien menée, peut être une motivation et une occasion pour les populations d'adopter des habitudes alimentaires et des styles de vie sains. Etant donné que la consommation de farines infantiles adéquates ne semble pas courante dans les habitudes alimentaires des enfants congolais et que leur introduction est souvent très précoce, un accent particulier sera mis lors des séances d'éducation nutritionnelle pour cibler l'amélioration des calendriers d'introduction des Aliments de Complément (AC) et la promotion de leur consommation à partir de l'âge de 6 mois, ainsi que les AC préparés à base d'aliments locaux pour promouvoir la croissance des enfants. L'éducation nutritionnelle portera essentiellement sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (mesure de lutte contre COVID 19, mise au sein immédiate après l'accouchement, allaitement maternel exclusif, alimentation de complément, alimentation de l'enfant malade, alimentation des femmes enceintes et allaitantes). Ces séances d'EN se dérouleront en utilisant des boîtes à images et des brochures qui seront reprographiés. Les centres de santé, les églises, les écoles, seront les lieux de réalisation de l'éducation nutritionnelle. Au niveau des centres de santé et de la communauté, plusieurs activités d'éducation sur COVID 19 seront organisées et les activités de WASH in nut</p> <p>Dans le contexte de COVID 19, les séances de sensibilisation communautaire ne vont pas rassembler plus de 15 personnes. Dans certaines situations, les habitants resteront dans leur ménage et la sensibilisation de masse se fera au niveau des sites des déplacées par les mégaphones ou les messages qui sont pré-enregistrés. Les démonstrations culinaires sont une occasion de montrer aux mères comment composer des menus riches pour l'enfant à partir des produits disponibles localement. Les démonstrations culinaires seront des séances de dégustations collectives et des séances éducatives. Les directeurs d'école seront également concernés par cette activité. Il est démontré que les élèves sont de véritables sensibilisateurs auprès de leurs parents et peuvent même servir de parrain à leurs jeunes frères et sœurs. Une enquête longitudinale cas témoin à partir d'une cohorte de bénéficiaire mise en place sera organisée dans l'optique de mieux mesurer l'impact des activités du projet sur l'allaitement exclusif, l'alimentation de complément et la nutrition de la femme enceinte et allaitante. Dans le contexte COVID 19, les démonstrations culinaires seront réalisées par une seule personne.</p> <p>Dans un contexte où le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage est exclusivement réservé aux hommes, le projet essaiera d'impliquer de plus en plus les hommes aux séances de formation et sensibilisation. Ces séances d'éducation nutritionnelle se feront également et plus spécifiquement à l'endroit des hommes pour les sensibiliser à plus de décisions prises en faveur des femmes et des enfants. La sensibilisation des hommes sur les différentes thématiques se fera dans les villages par les Recos avec l'appui incondtionnel des agents de mobilisation sociale recruté à cet effet.</p> <p>Nombre de séances de sensibilisation sur l'ANJE dans les CS : 3000 Nombre de séances de sensibilisation sur l'ANJE dans la communauté : 4800</p>	2023	X	X																
	2022				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2021																		
<p>Nutrition: Activity 1.2.4: Diffusion des émissions et spots sur l'ANJE et COVID 19</p> <p>Il est maintenant reconnu que la période allant de la naissance à 6 mois est une partie de la « période d'importance critique » pour favoriser une bonne croissance, la santé et le développement comportemental et cognitif de l'enfant. Il est donc crucial d'optimiser l'alimentation du nourrisson pendant cette période. Ce qui signifie que les mères doivent être encouragées à allaiter leur nourrisson dans l'heure qui suit la naissance, de maintenir un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois etc. L'allaitement exclusif est aussi important pour assurer à l'enfant un bon statut nutritionnel que pour protéger la santé de la mère. Ainsi, la connaissance de ces pratiques par la population est un point clé. Le transfert de ces comportements clés se fera à travers les émissions et spot qui seront diffusés à travers les radios communautaires. Les émissions et spots seront réalisées en langue locale par les nutritionnistes du partenaire et le médecin chef de zone. Ces émissions et spots tiendront aussi compte des problèmes liés à l'ANJE, COVID 19 et le Wash.</p> <p>Indicateurs par zone de santé : • Nombre d'émission diffusé : 48 • Nombre de spot diffusé : 160</p>	2023	X	X																
	2022						X	X	X	X	X	X	X	X					
	2021																		

<p>Nutrition: Activity 2.1.1: Identification et ouverture des structures de santé ayant la capacité d'intégrer les activités nutritionnelles UNTI/centre de santé/CAC pour la mise en place de l'approche simplifiée PCIMA</p> <p>L'identification des structures de santé bénéficiaires se fera sous l'égide des ONG sélectionnées (par l'UNICEF suite à un appel à manifestation d'intérêt), en collaboration avec les responsables des ZS et le PRONANUT, et tiendra compte de l'accessibilité sécuritaire, des besoins de la population, de la morbidité et de la situation géographique et nutritionnelle.</p> <p>L'identification et l'ouverture des Cellules à Assise Communautaire (CAC) se fera de façon progressive en tenant compte des statistiques des admissions en 2020. La CAC sera implantée dans chaque village selon le guide de la mise en place de la nutrition à assise communautaire. L'ouverture des CAC tiendra aussi compte des aires de santé ayant la prévalence ou le nombre d'admissions le plus élevé. Ces analyses se feront en collaboration avec le personnel du BCZ.</p> <p>L'ouverture des unités nutritionnelles et CAC sera conditionnée par la mise à disposition des équipements, matériel et intrants nutritionnels. En ce qui concerne l'ouverture des unités nutritionnelles et des cellules à assise communautaire (CAC), nous allons dans un premier temps discuter avec les femmes de la communauté dans chaque village afin d'identifier les différentes heures pendant lesquelles elles sont disponibles. Par la suite, une sensibilisation suivie de la mobilisation sociale sera faite afin d'informer les femmes du jour de l'ouverture des unités nutritionnelles. Par ailleurs, nous allons utiliser les radios communautaires et la communication de proximité pour informer le maximum de femmes possible par rapport à l'ouverture des unités nutritionnelles en tenant compte de leur emploi de temps.</p> <p>Indicateurs par zone de santé : 154 unités nutritionnelles : 8 UNTA à Bambu et 8 UNTA à Jiba ; 8UNS à Bambu et 8 UNS à Jiba, 2 UNTI dont une dans chaque zone de santé, 120 CAC à Bambu</p>	2023																			
	2022			X	X	X														
	2021																			
<p>Nutrition: Activity 2.1.10: Mise en place de la dissémination des notions sur la protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA)</p> <p>Lors des différentes séances de sensibilisation au niveau communautaire et dans les structures sanitaires, les thèmes sur le PSEA seront disséminés auprès des gardiens d'enfants. De plus, les affiches seront disponibles dans chaque structure sanitaire</p> <p>Indicateurs par zone de santé : Pourcentage de sites atteints avec du matériel de communication sur la PSEA : 100%</p>	2021																			
	2022					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2023	X	X																	
<p>Nutrition: Activity 2.1.2: Approvisionnement des unités nutritionnelles (UNTI/CENTRE DE SANTÉ, CAC) en intrants</p> <p>Les intrants nutritionnels et médicaments sont déjà achetés par UNICEF pour le fonctionnement des unités nutritionnelles (lait F100 et F75, Plumpy nut). Ces intrants sont indispensables au démarrage des activités de prise en charge des enfants malnutris. Les médicaments de seconde ligne seront achetés par les différents partenaires sélectionnés.</p> <p>L'indicateur périmètre brachial sera exclusivement utilisé pour identifier les enfants malnutris aigue. Or les résultats des enquêtes de couvertures antérieures (2021) ont montré que 1% des enfants de moins de 5 ans étaient malnutris en utilisant l'indicateur Poids-Taille. Ainsi, pour éviter d'avoir un réservoir d'enfants modérément malnutris, il sera propice de supplémenter ces enfants en plumpy doz. Ainsi, les partenaires sélectionnés par Unicef achèteront les Plumpy doz pour cette catégorie d'enfants. Dans la zone de santé de Jiba, le partenaire sélectionné par UNICEF achètera les plumpy sup.</p> <p>En prévision à la perturbation de la chaîne d'approvisionnement due à la pandémie COVID 19, UNICEF va intensifier le pré-positionnement (avec un stock tampon minimum de 2 mois) des intrants essentiels pour la prise en charge de la malnutrition selon l'approche simplifiée au niveau de chaque bureau central de la zone.</p> <p>Au niveau des CAC, les ustensiles et les aliments pour les démonstrations culinaires seront achetés et mis à la disposition des membres gérant ces CAC. Au niveau des CAC, elles seront équipées (tables, bancs, papeteries, palettes et autres) afin de motiver la population à participer aux différentes séances dans les CAC. L'approche « End User monitoring » sera mis en place pour suivre l'utilisation effective des intrants nutritionnels par les bénéficiaires directs jusqu'au dernier kilomètre. (0,8 carton pour 1 patient MAS, 0,5 cartons pour un enfant MAM)</p> <p>Indicateurs par zone de santé : • Proportion des unités nutritionnelles sans rupture de stock de plus de 5 jours : • 100% d'unités nutritionnelles soit, 154 unités nutritionnelles : Bambu= (8 UNS, 8 UNTA, 1 UNTI, 120 CAC) ; Jiba= (8 UNTA, 8 UNS , 1 UNTI,) sont approvisionnés en intrants nutritionnels</p>	2023	X	X																	
	2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2021																			

<p>Nutrition: Activity 2.1.3: Dépistage et référence des cas de malnutrition par les mères/gardiens d'enfants par les relais communautaires (Recos) dans les villages de la zone de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Communautaire</p> <p>zone de santé de Bambu :</p> <p>La stratégie périmètre brachial famille (PB famille) sera mise en place dans tous les villages. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, cette approche se révèle d'autant plus pertinente. De nombreux centres de santé n'ont pas la capacité de faire du porte-à-porte pour dépister individuellement les enfants atteints de malnutrition, et de nombreuses familles sont réticentes à se rendre dans les centres de santé, par peur d'être infectées par le COVID-19. Cela a été observé au moins au début de la pandémie. Pour toutes ces raisons, les bracelets tricolores PB-famille, simples à utiliser pour les mamans, se révèlent essentiels pour identifier les enfants malnutris.</p> <p>Cette stratégie consistera à placer les gardiens des enfants dans chaque ménage au centre du dépistage de la malnutrition de leur enfant. Ainsi, la formation des mères et des membres de la famille améliorera considérablement la couverture et encouragera une détection précoce, ce qui réduirait les risques de décès et complications médicaux. Une fois le gardien d'enfant ayant évalué l'état nutritionnel de son enfant, il ira voir le relais communautaire pour une confirmation de son évaluation. Si l'état nutritionnel de l'enfant est confirmé comme MAM ou MAS, le dépistage sera attribué au gardien de l'enfant et dans le jeton de référence, le RECO cochera sa case et celle de la mère. Si l'enfant est dépisté directement par le RECO sans l'appui du gardien de l'enfant, l'admission sera attribuée directement au RECO.</p> <p>Dès que les enfants sont identifiés comme malnutris, un jeton de référence leur sera remis afin de se rendre dans une structure sanitaire appropriée qui fera le tri des patients. A la fin de chaque mois, le personnel de santé devra évaluer le travail des RECO, les gardiens d'enfants et prendre les mesures correctives afin d'améliorer leurs performances. Cette méthode va permettre au personnel sanitaire d'avoir de façon permanente les informations sur les capacités des RECO et des gardiens d'enfants et d'organiser des formations de renforcement des capacités. Une comparaison permanente sera réalisée entre les admissions par dépistage passif et actif (RECOS et gardiens d'enfants). Les relais effectueront des tests aléatoires dans les ménages, pour évaluer la capacité des gardiens d'enfant à utiliser la bande MUAC.</p> <p>Pour mieux intervenir dans le contexte de COVID-19, chaque Relais communautaire sera équipé en désinfectant, gants et masques.</p> <p>Zone de santé de Jiba : Dans cette zone de santé chaque village aura un relais qui assure le dépistage actif mensuellement</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de santé</p> <p>Les dépistages passifs systématiques de tout enfant venant dans une structure sanitaire sur les registres de consultation des patients seront réalisés par le personnel sanitaire. Au préalable, on insérera des colonnes dans le cahier d'accueil ou de consultation afin d'inscrire les paramètres anthropométriques des enfants venant dans les centres de santé au cas où ces paramètres n'existent pas dans le registre. Au niveau du centre de santé, le personnel suivra et documentera si la mère a été initiée à l'approche PB mère, si elle a dépisté son enfant elle-même et analysera la cohérence entre la couleur du P, la présence des œdèmes rapportées par les mères à l'arrivée au centre avec la mesure faite par le professionnel de santé. Si la mesure n'est pas cohérente, le personnel de santé fait en même temps un recyclage de l'initiation au dépistage par la prise du PB et la recherche des œdèmes pour la mère.</p> <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des enfants malnutris pris en charge et détectés par les gardiens d'enfant/mère dans la ZS de Bambu : >=70% • Proportion des enfants malnutris pris en charge et détectés par les RECO dans la ZS de Jiba : >=70% • Nombre d'enquête de cohé 	2023	X	X																
		2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		2021																	

<p>Nutrition: Activity 2.1.4: Prise en charge des enfants malnutris aigus (sévères et modérés)</p> <p>zone de santé de Bambu</p> <p>La prise en charge de la MAS se fera dans les unités nutritionnelles (UNTI, centre de santé et CAC) selon le protocole de l'approche simplifiée PCIMA, validé par le PRONANUT dont l'efficacité et la pertinence ont été prouvées lors du projet pilote de l'UNICEF. Cette approche sera mise en œuvre dans des unités nutritionnelles installées dans les structures de santé et dans la communauté pour assurer leur pérennisation. En effet, les centres de santé serviront à prendre en charge les enfants malnutris sévères sans complications médicales et modérés, les UNTI pour les sévères avec complications médicales et les CAC les enfants malnutris avec PB>90 mm sans œdème et sans complication médicales. Les UNTI seront installées dans les hôpitaux ou centres de santé de référence. Les CAC seront installés dans les différents villages des zones d'intervention. L'ensemble de ces activités seront mises en place par le personnel étatique des structures sanitaires sélectionnées et les relais communautaires de chaque village. Les admissions se feront au jour le jour et 7 jours/7 dans l'optique que la malnutrition puisse être considérée comme d'autres pathologies. Tous les enfants de 6-23 mois qui ont un PB compris entre 125 et 130 mm bénéficieront du plumpy doz pour la prévention de la malnutrition. Une étude randomisée de non-infériorité sera réalisée en tenant compte d'une cohorte dynamique et comparaison de l'approche simplifiée et de l'approche standard. Ains, un article sera publié dans ce sens</p> <p>Les critères d'admissions dans les unités nutritionnelles seront basés sur le périmètre brachial et les œdèmes. Les enfants atteints de MAS enregistrés pour le traitement avec le protocole simplifié recevront une quantité fixe de deux sachets ATPE/jour. Le traitement de la MAM sera assuré chez tous les enfants atteints avec une quantité fixe d'1 sachet ATPE par jour. La prévalence de la MAM est trois fois plus importante que la MAS en général et l'inclusion de données de la MAM impliquerait une énorme croissance des admissions ainsi que le besoin de rechercher davantage de superviseurs pour recueillir les données disséminées et conserver la qualité des données. Le critère de sortie est le suivant dans toutes les unités nutritionnelles : l'absence d'œdèmes et l'atteinte du PB ≥125 mm après deux visites consécutives.</p> <p>Dans le contexte COVID19, les différents soins fournis aux malnutris au niveau des Formations Sanitaires se feront dans le strict respect des mesures barrières y compris des bonnes pratiques d'hygiène : la distanciation sociale, le lavage des mains à l'eau propre et au savon et l'usage des gants et masques par les prestataires. Le suivi à domicile des enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère sera renforcé tout en respectant les mesures barrières.</p> <p>Une ligne budgétaire sera prévue pour rendre disponible les aliments aux parents dont les enfants seront hospitalisés en UNTI. Pour ce qui concerne les patients suivis au centre de santé et CAC (patients pris en charge en ambulatoire), ils ne recevront pas d'aliments.</p> <p>Sur une base mensuelle, chaque UNTI, CS et CAC aura la charge de transmettre son rapport statistique, rapport de consommation, l'état des stocks ainsi que la commande en intrants thérapeutiques au BCZ. Ces derniers vérifieront les données après compilation puis les transmettront au PRONANUT.</p> <p>La mise en place de cette approche simplifiée se fera de façon progressive, d'abord au niveau de la structure de santé. Les activités de prise en charge au niveau communautaire vont démarrer 2 mois après le démarrage du projet pour permettre d'identifier et former les acteurs communautaires sur la prise en charge de la malnutrition aigüe. Ces acteurs communautaires feront un stage d'au moins 1 mois dans une structure de santé afin de s'assurer qu'ils ont la capacité de prendre en charge correctement les cas de malnutrition aigüe (MAS et MAM).</p>	2023	X	X																
	2022				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2021																		

<p>Nutrition: Activity 2.1.5: Formation du personnel des unités nutritionnelles par le PRONANUT sur le protocole PCIMA approche simplifiée et ANJE</p> <p>Une formation des agents des unités nutritionnelles et des BCZs sera assurée par le PRONANUT sur la prise en charge nutritionnelle et médicale avec des critères d'admission et de sortie bien élaborés, la gestion de stock, l'ANJE, l'analyse statistique, la gestion des CAC, le Wash et les techniques de supervision. Les techniques de communication seront dispensées au début du projet pour permettre une prise en charge de qualité. La formation sera participative et axée sur la pratique du terrain.</p> <p>Cette formation va permettre aux personnels sanitaires (29 femmes et 116 hommes) de prendre en charge de façon appropriée les patients et de transmettre les notions de Wash. Néanmoins, si le recrutement du personnel sanitaire dans les structures de santé n'a pas été fait dans le respect de l'équité genre, le projet ne pourra pas imposer un changement afin d'atteindre les chiffres de genre proposés pour la formation. En revanche, un plaidoyer pour une discrimination positive en faveur de la femme (plus de travail aux femmes) sera fait auprès des structures de santé n'ayant pas respecté cet équité genre dans le recrutement du personnel.</p> <p>Dans le contexte COVID 19 en RDC, les séances de formation respecteront les mesures de prévention contre le Covid-19 (moyenne de 10 à 20 participants) ; la désinfection des mains et l'utilisation des masques faciaux. Cette approche de nombre réduit des apprenants facilitera aussi de garantir l'interaction et l'échange entre les différents participants.</p> <p>Les séances de formation du partenaire d'exécution du projet seront organisées dès le début du projet pour une meilleure mise en place du projet</p> <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'Agents de santé formés : 100(F= 20 ; H= 80), (Zone de santé de Bambu=50 ; Zone de santé de Jiba= 50) 	2021																			
	2022		X	X	X															
	2023																			
<p>Nutrition: Activity 2.1.6: Formation des Recos et la communauté sur le counseling nutritionnel, les mesures anthropométriques, l'ANJE, Wash et le PB famille</p> <p>Les Recos auront leurs capacités renforcées par une série de formations sur la gestion des CAC, l'ANJE et le counseling nutritionnel mise en œuvre à travers les visites à domiciles, les mesures anthropométriques et la méthodologie de dépistage communautaire, et la prise en charge de la malnutrition aigüe selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Ces formations seront assurées par le PRONANUT en collaboration avec l'Unicef. Les Recos seront ceux qui sont actifs dans chaque aire de santé.</p> <p>Les gardiens d'enfants seront formés sur l'utilisation du périmètre brachial pour une meilleure surveillance nutritionnelle de leur propre enfant. Les occasions de mener des formations individuelles ou de groupes existeront dans tous les centres de santé, et qu'il est relativement aisé de les incorporer dans des programmes préexistants. Les activités de formations s'échelonnent en cascade de la communauté au centre de santé, et du centre de santé à l'hôpital, renforçant les messages clés et les actions au fur et à mesure. Les communautés dont les ménages bénéficient d'une telle formation assurent une exploitation et un entretien de meilleure qualité en identifiant leur enfant à un stade non avancé de la malnutrition.</p> <p>Dans le contexte COVID 19 en RDC, les séances de formation respecteront les mesures de prévention contre le Covid-19 (moyenne de 10 à 20 participants) ; la désinfection des mains et l'utilisation des masques faciaux. Cette approche de nombre réduit des apprenants facilitera aussi de garantir l'interaction et l'échange entre les différents participants.</p> <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre des Relais communautaires et agents communautaires formés : 480(F= 96 ; H= 384) (Zone de santé de Bambu=240 ; Zone de santé de Jiba= 240) • Nombre de gardiens d'enfants formés sur le PB famille dans la zone de santé de Bambu : 16355 (F= 13084 ; H= 3271) 	2021																			
	2022				X	X														
	2023																			

<p>Nutrition: Activity 2.1.7: Renforcer le leadership du ministère de la Santé sur la mise en place de l'approche simplifiée</p> <p>Le projet sera mis en œuvre dans une démarche participative et d'échange d'expérience, d'où la nécessité de développer une stratégie de partenariat claire et durable avec le BCZ et le PRONANUT. Un comité local de supervision des activités et de l'analyse technique sera mis en place. Des séances de travail seront organisées tous les 3 mois avec le comité.</p> <p>Les supervisions conjointes intégrées seront organisées par le BCZ dans le but de suivre l'état d'avancement des activités du projet et de renforcer les capacités des agents et RECO sur la gestion de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Ces supervisions conjointes intégrées seront réalisées mensuellement selon le calendrier établi par le bureau central. Ces supervisions regrouperont non seulement les activités de nutrition mais également d'autres aspect de santé afin de considérer la malnutrition comme d'autres pathologies. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre le partenaire et le BCZ.</p> <p>Les supervisions conjointes tous les trois mois seront organisées entre UNICEF et le PRONANUT dans le but d'évaluer l'état d'avancement des activités du projet et de renforcer les capacités des agents et Recos sur le système de gestion de la malnutrition aiguë selon le protocole PCIMA de l'approche simplifiée. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre UNICEF et le Pronanut à travers une fiche technique. Ces supervisions vont renforcer les capacités du Pronanut à analyser la situation nutritionnelle dans les différentes zones de santé et de prendre des décisions adéquates.</p> <p>Un atelier de capitalisation sera organisé sur le lead du PRONANUT dans l'optique de ressortir les différentes leçons apprises dans le cadre de la mise en place de ce projet et voir d'actualiser le protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë en RDC.</p> <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervisions réalisées avec le BCZ : 28 (Zone de santé de Bambu=14 ; Zone de santé de Jiba= 14) • Nombre d'atelier de capitalisation : 1 • Nombre de supervision communautaire réalisée par l'IT : 240 (Zone de santé de Bambu=120 ; Zone de santé de Jiba= 120) • Nombre de supervision réalisée par le PRONANUT : 12 (Zone de santé de Bambu=6 ; Zone de santé de Jiba= 6) 	2023	X	X													
		2022					X	X	X	X	X	X	X			
		2021														
<p>Nutrition: Activity 2.1.8: Réalisation des enquêtes d'évaluation de l'approche simplifiée PCIMA</p> <p>Enquête de couverture</p> <p>Une enquête de grande couverture sera réalisée au début et à la fin du projet dans la zone d'intervention de l'approche simplifiée et dans la zone de santé mettant en place l'approche standard et appuyée par un autre projet de nutrition du FCH pour évaluer l'augmentation de la couverture de l'intervention, en utilisant le guide méthodologique des enquêtes de grande couverture en RDC. Cette enquête permettra de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le niveau de couverture effective de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aigüe • Identifier les barrières et les limites qui se rapportent à l'accessibilité des bénéficiaires à cette prise en charge (en fonction des informations recueillies auprès des mères/accompagnants d'enfants souffrant ou ayant souffert de malnutrition aigüe et qui étaient inscrits ou non-inscrits dans le programme) • Evaluer l'apport des CAC dans l'amélioration de la couverture de la PEC de la malnutrition <p>Enquête de la performance des gardiens d'enfant</p> <p>Une analyse de la capacité des gardiens d'enfant à prendre le PB sera réalisée et permettra de comparer leur mesure à celle des RECO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse coût-efficacité : <p>Une étude rétrospective sera mise en œuvre à la fin du projet. Les coûts qui ne sont pas disponibles dans les comptes seront estimés par une « approche des ingrédients », en utilisant les coûts unitaires et les quantités de différents intrants. Les dépenses des ménages seront estimées lors des discussions de groupe dans chacune des zones d'étude. Les ratios coût-efficacité seront calculés pour le coût par enfant récupéré.</p> <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enquête de grande couverture réalisée : 4 (Zone de santé de Bambu=2 ; Zone de santé de Jiba= 2) • Nombre d'enquête coût efficacité réalisée : 2 <p>Nombre d'enquête PB famille dans la ZS de Bambu :2(début du projet=1 ; fin du projet= 1)</p>	2023	X	X													
		2022			X	X										
		2021														

<p>Nutrition: Activity 2.1.9: Mise en place d'un mécanisme de gestion de plaintes/'feedback' lors de l'intervention</p> <p>Dans le cadre de la redevabilité envers les bénéficiaires, des séances d'information et de sensibilisation seront organisées en faveur des bénéficiaires et des autorités locales. Ils seront informés du contenu du projet. Un circuit de traitement des plaintes sera mis en place et des boîtes de récolte de suggestion seront installées dans chaque village et chaque plainte sera suivie d'un feedback. Les cas de plaintes seront analysés par les groupes ANJEU avec l'appui des autorités sanitaires de la zone de santé, et faciliter la prise des décisions appropriés. Un suivi rigoureux sera réalisé afin de permettre la satisfaction de toutes les parties prenantes.</p> <p>Indicateurs par zone de santé : Proportion des plaintes reçues et analysées : 100%</p>	2021																		
	2022					X	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2023	X	X																
<p>Nutrition: Activity 2.2.1: Création/ Redynamisation des groupes de soutien à l'ANJE</p> <p>Les groupes de soutien aux mères seront créés dans chaque village. Ce groupe de soutien vise à encourager des pratiques adaptées d'alimentation des bébés et des jeunes enfants. Chaque groupe sera formé d'une animatrice qui est une mère ayant elle-même une bonne expérience d'allaitement avec au moins un de ses enfants. On retrouve essentiellement dans un groupe de soutien type :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le chef de village, l'autorité traditionnelle dans la communauté ; <input type="checkbox"/> 4 relais communautaires assurent un appui sanitaire (travaillant d'habitude dans le domaine de santé avec les centres de santé) et jouent un rôle d'interlocuteur et d'intermédiaire entre les villageois et l'équipe du dispensaire ; <input type="checkbox"/> Une personne intervenant traditionnellement dans les naissances ; <input type="checkbox"/> Deux mères modèles (mère influente dans la communauté et dont les enfants sont bien nourris) dans chaque village, qui encouragent les femmes enceintes à recourir aux soins prénataux et les mères qui viennent d'accoucher à commencer et poursuivre l'allaitement au sein exclusif. <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de groupe de soutien d'ANJE U: 240 dont 120 Bambu et 120 à Jiba 	2023	X	X																
	2022					X	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2021																		
<p>Nutrition: Activity 2.2.2: Promotion des bonnes pratiques d'allaitement exclusif et de l'Alimentation de Complément dans les groupes d'ANJE</p> <p>L'animatrice des groupes d'ANJE sera formée en matière de Wash, d'allaitement, d'écoute et de dynamique de groupe auprès d'animatrices expérimentées. Son rôle est original et complémentaire de celui des professionnels de santé : c'est celui de l'aide mère à mère. C'est son expérience de mère allaitante qui compte, plus que ses connaissances théoriques (même si elle s'appuie sur la masse de connaissances accumulées). L'animatrice donne des informations, pas seulement théoriques mais aussi pratiques. Elle ne donne pas de conseils, elle ne fait pas de prescription. Face à une question d'une mère, elle va lui donner toute l'information dont elle dispose sur le sujet, elle lui dira que pour beaucoup de mères, telle chose a marché, que d'autres se sont bien trouvées de faire de telle façon, mais elle ne dira jamais : « faites ceci, ne faites pas cela ».</p> <p>Des réunions des groupes d'ANJE devront être organisées dans la communauté au moins une fois par mois afin d'identifier les différents paramètres affectant le statut nutritionnel. Ainsi, les informations issues de ces focus group par rapport à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nous permettront de mettre en place une stratégie de sensibilisation et les messages appropriés pour permettre d'avoir un meilleur statut nutritionnel.</p> <p>Les groupes d'ANJE constitués de femmes seront mis en place dans le but de permettre à la population de disséminer elle-même les bonnes pratiques nutritionnelles dans la communauté. Les mesures de distanciation et de désinfection pour prévenir le COVID19 seront de mise lors des différentes réunions des groupes de soutien. Les masques faciaux seront distribués à chaque réunion. Le nombre de personnes par réunion ne dépassera pas 10.</p> <p>Dans toutes les activités de nutrition, les messages clés sur la COVID-19 seront intégrés et seront largement diffusés au niveau de la communauté et des établissements de santé pour mieux protéger la santé et l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des mères.</p> <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions de groupe de soutien organisées : 1920 (Zone de santé de Bambu=960 ; Zone de santé de Jiba= 960) • Nombre d'espace d'allaitement maternel mis en place : 10 (Zone de santé de Bambu=5 ; Zone de santé de Jiba= 5) 	2023	X	X																
	2022					X	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2021																		

<p>Nutrition: Activity 2.2.3: Organisation des séances d'éducation nutritionnelle dans les unités nutritionnelles et dans la communauté sur l'ANJE en situation de COVID 19</p> <p>La sensibilisation sera réalisée dans les centres de santé et dans la communauté auprès des cibles précises (femmes enceintes, femmes allaitantes avec leur entourage, parents d'enfant malnutris). Il s'agit d'une sensibilisation sous forme de « counseling » ciblée dans la communauté afin de favoriser la réflexion et ensuite promouvoir des solutions par rapport aux problèmes spécifiques de chaque personne cible.</p> <p>L'éducation nutritionnelle (EN), si elle est bien menée, peut-être une motivation et une occasion pour les populations d'adopter des habitudes alimentaires et des styles de vie sains. Etant donné que la consommation de farines infantiles adéquates ne semble pas courante dans les habitudes alimentaires des enfants congolais et que leur introduction est souvent très précoce, un accent particulier sera mis lors des séances d'éducation nutritionnelle pour cibler l'amélioration des calendriers d'introduction des Aliments de Complément (AC) et la promotion de leur consommation à partir de l'âge de 6 mois, ainsi que les AC préparés à base d'aliments locaux pour promouvoir la croissance des enfants. L'éducation nutritionnelle portera essentiellement sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (mesure de lutte contre COVID 19, mise au sein immédiate après l'accouchement, allaitement maternel exclusif, alimentation de complément, alimentation de l'enfant malade, alimentation des femmes enceintes et allaitantes). Ces séances d'EN se dérouleront en utilisant des boîtes à images et des brochures qui seront reprographiés. Les centres de santé, les églises, les écoles, seront les lieux de réalisation de l'éducation nutritionnelle. Au niveau des centres de santé et de la communauté, plusieurs activités d'éducation sur COVID 19 seront organisées et les activités de WASH in nut</p> <p>Dans le contexte de COVID 19, les séances de sensibilisation communautaire ne vont pas rassembler plus de 15 personnes. Dans certaines situations, les habitants resteront dans leur ménage et la sensibilisation de masse se fera au niveau des sites des déplacées par les mégaphones ou les messages qui sont pré-enregistrés</p> <p>Les démonstrations culinaires sont une occasion de montrer aux mères comment composer des menus riches pour l'enfant à partir des produits disponibles localement. Les démonstrations culinaires seront des séances de dégustations collectives et des séances éducatives. Les directeurs d'école seront également concernés par cette activité. Il est démontré que les élèves sont de véritables sensibilisateurs auprès de leurs parents et peuvent même servir de parrain à leurs jeunes frères et sœurs. Une enquête longitudinale cas témoin à partir d'une cohorte de bénéficiaire mise en place sera organisée dans l'optique de mieux mesurer l'impact des activités du projet sur l'allaitement exclusif, l'alimentation de complément et la nutrition de la femme enceinte et allaitante. Dans le contexte COVID 19, les démonstrations culinaires seront réalisées par une seule personne.</p> <p>Dans un contexte où le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage est exclusivement réservé aux hommes, le projet essaiera d'impliquer de plus en plus les hommes aux séances de formation et sensibilisation. Ces séances d'éducation nutritionnelle se feront également et plus spécifiquement à l'endroit des hommes pour les sensibiliser à plus de décisions prises en faveur des femmes et des enfants. La sensibilisation des hommes sur les différentes thématiques se fera dans les villages par les Recos avec l'appui inconditionnel des agents de mobilisation sociale recruté à cet effet.</p>	2023	X	X															
	2022					X	X	X	X	X	X	X	X					
	2021																	
<p>Nutrition: Activity 2.2.4: Diffusion des émissions et spots sur l'ANJE et COVID 19</p> <p>Il est maintenant reconnu que la période allant de la naissance à 6 mois est une partie de la « période d'importance critique » pour favoriser une bonne croissance, la santé et le développement comportemental et cognitif de l'enfant. Il est donc crucial d'optimiser l'alimentation du nourrisson pendant cette période. Ce qui signifie que les mères doivent être encouragées à allaiter leur nourrisson dans l'heure qui suit la naissance, de maintenir un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois etc. L'allaitement exclusif est aussi important pour assurer à l'enfant un bon statut nutritionnel que pour protéger la santé de la mère. Ainsi, la connaissance de ces pratiques par la population est un point clé. Le transfert de ces comportements clés se fera à travers les émissions et spot qui seront diffusés à travers les radios communautaires. Les émissions et spots seront réalisées en langue locale par les nutritionnistes du partenaire et le médecin chef de zone. Ces émissions et spots tiendront aussi compte des problèmes liés à l'ANJE, COVID 19 et le Wash.</p> <p>Indicateurs par zone de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'émission diffusé : 80 (Zone de santé de Bambu=40 ; Zone de santé de Jiba= 40) • Nombre de spot diffusé : 320 (Zone de santé de Bambu=160 ; Zone de santé de Jiba= 160) 	2021																	
	2022							X	X	X	X	X	X	X				
	2023	X	X															

<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.1.1: Identifier et documenter la situation des EAFGA :</p> <p>L'UNICEF collabore avec la section Protection de l'Enfance (de la MONUSCO qui a initié des négociations avec plusieurs groupes armés dans les zones d'interventions ayant conduit à la signature d'actes d'engagement par certains de ces groupes pour la libération des enfants. L'identification et le référencement des EAFGA peut se faire également via le CICR, Geneva Call ou directement par L'identification et le référencement des EAFGA peut se faire également via le CICR ou directement par l'intermédiaire d'associations locales ou relais communautaires. Des centres de vérification des enfants séparés des groupes armés pourront être établis pour assurer leur identification et certification. En collaboration avec l'Unité d'Exécution du programme national de désarmement, démobilisation et réinsertion et la région militaire, les enfants pris en charge bénéficieront des attestations de sortie pour certifier leur séparation des groupes armés. Ce document officiel leur facilitera l'accès aux prochains programmes de réintégration durable. Afin de mieux coordonner les interventions auprès des EAFGA, l'UNICEF en tant que lead du s/cluster protection de l'enfance (GTPE) – a également mis en place un groupe de coordination spécifique sur les EAFGA rassemblant l'ensemble des acteurs intervenant sur la question des EAFGA incluant la MONUSCO, et le CICR.</p>	2021									X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2023												
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.1.2: Assurer une prise en charge transitoire et individualise des EAFGA à travers des centres de transit et d'orientation (CTO) d'accueils ou des placements en famille d'accueil.</p> <p>Concernant la prise en charge individuelle des EAFGA, une assistance multisectorielle sera apportée avec selon les besoins une prise en charge médicale, psychosociale, ainsi la prise en charge transitoire des enfants en Familles d'Accueil Transitoire (FAT) pour cette zone. La prise en charge dans les FAT se fera selon les standards et les lignes directrices élaborées par le s/cluster en février 2020.</p> <p>Les enfants certifiés « EAFGA » seront en effet accueillis dans des FAT. Une documentation individuelle des EAFGA est alors élaborée sur base des fiches du programme national DDR-Enfant. Les informations recueillies permettront ainsi d'entamer la recherche de chaque famille. Durant la prise en charge transitoire, chaque enfant bénéficie d'activités psychosociales, de soins médicaux (si nécessaire) et d'activités récréatives et d'alphabetisation. Un kit « d'entrée » (vêtements, articles de toilette, etc.) est distribué à chaque enfant, selon son âge et sexe. Le paquet d'activités psychosociales comprend l'écoute-active des enfants, un suivi psychologique et de santé mentale pour les cas les plus difficiles.</p>	2021									X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2023												
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.1.3: Assurer la recherche et réunification familiale ou des solutions alternatives pour les EAFGA avec un appui post réunification si nécessaire à travers des opportunités d'apprentissage (scolarisation, alphabétisation fonctionnelle et/ou formations professionnelles) pour les enfants et adolescents EAFGA basé sur l'environnement économique et social local.</p> <p>Selon les besoins, un référencement vers les structures scolaires/espaces d'apprentissage sera fait en collaboration avec les acteurs éducation et les structures de formations professionnelles. Un suivi régulier des EAFGA réunifiés sera réalisée par l'intermédiaire d'agents sociaux ou RECOPE (lorsque l'accès est limité). Les options de réinsertion, notamment pour les EAFGA et les adolescents vulnérables, doivent en effet être variées et inclure à la fois des options d'éducation formelle mais aussi des activités socio-économiques pour répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant et adolescent et prévenir les risques d'association ou de (re)enrôlement dans les groupes armés. Des programmes de réintégration basés sur l'environnement économique et social local seront ainsi mis en œuvre pour permettre aux enfants et adolescents de s'intégrer dans leur communauté d'origine ou dans la communauté choisie par adolescents pour y être intégrés. Un accord formel sera signé avec les petites entreprises et les coopératives pour intégrer les adolescents en âge de travailler. L'alphabetisation fonctionnelle ou des programmes d'alphabetisation rapide seront proposés chaque fois que possible par le biais d'un référencement aux acteurs de l'éducation</p>	2021									X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2023												

<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.1.4: Intégrer les adolescents vulnérables (y compris les adolescents vivant avec handicap) des communautés, de retour et des EAFGA dans les formations d'apprentissage afin de prévenir le recrutement de jeunes dans les groupes armés.</p> <p>L'intervention pour les EAFGA visera en grande partie les adolescents, qui constituent une cible privilégiée pour les groupes armés. Il est important de noter que 60% des membres des groupes armés sont des garçons, ce qui explique le ratio plus important dans la prise en charge des EAFGA. Un nombre plus important de filles seront cependant visées au sein des adolescents vulnérables (60%) pour la mise en œuvre de projet d'apprentissage favorisant leur autonomisation et leur participation au sein des clubs de jeunes.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2023													
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.2.1: Assurer une prise en charge transitoire et individualisée des ENA à travers le placement en famille d'accueil (sélectionnées et formées selon les standards de prise en charge transitoire du s/cluster protection de l'enfance).</p> <p>Pour tous les enfants et adolescents identifiés, un système de gestion de cas individuel sera mis en œuvre pour assurer une prise en charge temporaire appropriée et une réinsertion familiale adéquate dans leurs familles et/ou communautés.</p> <p>Concernant la prise en charge transitoire, les enfants ENA seront accueillis dans des Familles d'Accueil Transitoire. Une documentation individuelle des ENA est alors élaborée sur base des fiches de gestion de cas. Les informations recueillies permettront ainsi d'entamer la recherche de chaque famille. Durant la prise en charge transitoire, chaque enfant bénéficie d'activités psychosociales, de soins médicaux (si nécessaire) et d'activités récréatives et d'alphabetisation. Un kit « d'entrée » (vêtements, articles de toilette, etc.) est distribué à chaque enfant, selon son âge et sexe. Le paquet d'activités psychosociales comprend l'écoute-active des enfants, un suivi psychologique et de sante mentale pour les cas les plus difficiles.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2023													
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.2.2: Former et/ou renforcer un réseau de familles d'accueil pour la prise en charge des ENA et EAFGA</p> <p>L'identification des FAT se fera notamment par l'intermédiaire des leaders communautaires avec l'implication de la DIVAS. Les familles identifiées seront ensuite sélectionnées par l'UNICEF et son partenaire sur la base d'une grille de critères, incluant les capacités d'accueil de la famille, ses compétences et son expérience dans la prise en charge d'enfants, ses ressources, ses motivations, etc. Dans la mesure où elles sont encore opérationnelles et viables, le projet prendra en compte les FAT déjà existantes mais le projet renforcera la capacité d'accueil des FAT à travers un appui matériel (couverture, draps de lit, matériels de cuisine, etc.) pouvant bénéficier à l'ensemble du ménage. Les FAT bénéficieront également d'une formation sur les notions de protection de l'enfant en vue de leur permettre d'améliorer la prise en charge des enfants qui leur sont affectés.</p> <p>La prise en charge en FAT inclura la réponse aux besoins alimentaires, médicaux et vestimentaires des adolescents et jeunes accueillis, ainsi que des activités d'accompagnement psychosocial et pédagogique, pour assurer une meilleure socialisation au sein des FAT et de la communauté hôte. L'appui aux besoins alimentaires se fera sous forme d'un appui journalier de 4 USD par enfant.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2023													
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.2.3: Assurer la recherche et réunification familiale ou des solutions durables (placement dans une famille élargie par exemple).</p> <p>Lors de la réunification familiale, un kit « de sortie » (vêtements) incluant des articles pour la famille (hygiène, outil de travail) est distribué à chaque enfant, selon son âge et sexe.</p> <p>Lorsque la réunification familiale n'est pas possible, des recherches de solutions durables seront envisagées (placement en famille élargie par exemple).</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2023													
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.2.4: Assure le suivi des ENA réunifiés en communautés.</p> <p>Un suivi régulier des ENA réunifiés sera réalisée par l'intermédiaire d'agents sociaux ou RECOPE (lorsque l'accès est limité) qui poursuivront l'organisation des focus groupes avec les enfants réunifiés en vue de desceller les problèmes qu'ils rencontrent. Ces rencontres se feront également avec les parents des enfants, les leaders communautaires, les autorités locales dans le but de trouver des solutions aux problèmes exprimés par les enfants et enfin faciliter leur acceptation sociale et atténuer le risque de ré enrôlement ou des retournés</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2023													

<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.3.1: Les activités se concentreront autour de l'identification et l'accès à des soins appropriés aux enfants / adolescents victimes de violence, y compris des violences basées sur le genre. Dans la mesure du possible, la prise en charge comprendra les volets suivants : médical, psychosocial, juridique et réintégration socio-économique.</p> <p>Les besoins en matière de santé reproductive et sexuelle des filles survivantes de VBG alors qu'elles faisaient partie de groupes armés (et des enfants qu'ils auraient pu concevoir pendant cette période) et les besoins des garçons pouvant avoir été auteurs de violences sexuelles seront également pris en compte, notamment à travers une meilleure documentation des vulnérabilités de ces adolescents pour garantir une réponse adaptée à leurs besoins. Ce travail sera réalisé en étroite collaboration avec les acteurs intervenant dans le volet VBG et santé reproductive. Il s'agira de garantir que les soins médicaux pour les victimes de violence sexuelle couvrent le traitement préventif contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, la syphilis et la gonorrhée, et les vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B. Le traitement des blessures physiques, le soutien psychologique et la prévention des grossesses non désirées du soin systématique.</p> <p>Nos partenaires collaboreront avec les centres de santé, pour les encourager à identifier un mécanisme pour pouvoir aider et assurer les soins de santé en dehors de la période d'ouverture, afin de respecter la contrainte de temps de maximum 72h après l'agression. Cela pourrait être un paramètre d'un numéro d'urgence pour l'infirmière en chef ou l'adresse où le trouver en cas d'urgence. À l'hôpital, cependant, les soins médicaux SGBV seront disponibles 24h/24 et 7j/7. Le personnel du centre de santé, les RECOPE, les leaders communautaires et les autres parties prenantes concernées seront informés de la disponibilité et de la fonctionnalité des services dans et formés pour faire des recommandations appropriées.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2023													
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.3.2: Des activités de sensibilisation des communautés sur leurs droits, le comportement attendu des humanitaires et sur la manière de signaler des abus et demander de l'aide seront initiées à travers les radios communautaires, les focus groupes dans les communautés (20 personnes au maximum en respect aux mesures COVID-19.</p> <p>Le code de conduite des acteurs humanitaires sera vulgarisé, des messages sur la tolérance zéro face aux EAS et comment signaler un cas d'EAS seront disséminées.</p> <p>Chaque personne bénéficiant d'une intervention appuyée par l'UNICEF aura accès à au moins un mécanisme pour lui permettre de rapporter des plaintes relatives à l'exploitation et à l'abus sexuel.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2023													
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.4.1: Le soutien psychosocial pour les enfants et adolescents vulnérables : selon les besoins, des séances d'entretiens individuels (tout en respectant les mesures de prévention COVID-19 : port du masques, distance de 1m etc) ou des activités de soutien psychosocial à travers des espaces amis d'enfants / club de jeunes /safe space pour les filles seront organisées afin de garantir un environnement protecteur aux enfants. Dans les espaces, les mesures de prévention COVID-19 seront aussi respectées (groupe de – de 20 enfants, port du masque, stations de lavage de main.</p> <p>Une réponse psychosociale sera développée utilisant des espaces amis des enfants (EAE) à travers une méthodologie et curriculum qui aide les enfants à améliorer leurs compétences socio-émotionnelles. Les EAE constitueront un cadre sûr qui accompagne les enfants dans leur intégration sociale et fournissant un espace pour endiguer le stress qu'ils ont vécu aux cotés des groupes armés ou au moment de la séparation avec leurs parents ou du fait de vivre dans une zone de conflits. Les enfants auront droit à un accompagnement individualisé pour une réponse psychosociale adaptée à leurs besoins. Les enfants à besoins spécifiques bénéficieront d'un suivi particulier pour une meilleure gestion de leur cas.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2023													
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.4.2: La création/appui de clubs de jeunes (y compris des groupes de filles) en partenariat avec des associations communautaires pour favoriser la résilience et aborder des thèmes spécifiques tel que les risques de violences bases sur le genre.</p> <p>Un curriculum adapté aux besoins spécifiques des adolescents en contexte de conflit sera utilisé pour assurer le renforcement des capacités des parents des enfants et des soignants affectés en parentalité positive, pour leur permettre d'améliorer la protection de leurs enfants avec leur famille et leur communauté. Les jeunes et adolescents bénéficieront également d'un curriculum déjà testé sur les compétences de vie courante.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2023													

<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.5.1: Le renforcement des mécanismes communautaires à travers les RECOPE pour les activités de sensibilisation et mécanismes de référencement afin de prévenir et répondre aux problèmes de protection de l'enfance inclura le soutien technique (formations sur l'identification et référencement des cas de protection, mise en place de mécanismes de référencement) mais aussi l'appui logistique aux membres (transport/communication). L'accès aux services psychosociaux et aux activités socio-éducatives sera amélioré grâce au renforcement des clubs de jeunes pour informer et dialoguer avec les adolescents sur les questions de protection, notamment sur l'enrôlement dans les groupes armés et les violence sexuelles et basées sur le genre. Dans le cadre du renforcement des réseaux communautaires, les besoins spécifiques des femmes et filles et des personnes vivant avec handicap seront pris en compte, à travers notamment la consultation des associations à base communautaire travaillant avec ces personnes.</p> <p>L'UNICEF mettra en place une stratégie d'intervention basée sur l'implication communautaire à travers les chefs locaux et autres leaders communautaires et religieux, ainsi que les parents, les adolescents et jeunes. Des séances de renforcement des capacités seront ainsi développées en leur faveur et un plan communautaire de réduction de risque de recrutement et re-recrutement sera mis en place pour un appui efficace à la protection de l'enfant au sein de la communauté.</p> <p>Elaboration et diffusion de message de sensibilisation et de plaidoyer pour améliorer l'accès sécurise aux écoles/espaces amis d'enfants et prévenir les risques de séparation familiale et de violations graves contre les enfants en situation de conflit.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2023													
<p>Protection de l'Enfance: Activity 1.5.2: Renforcer la capacité de monitoring des violations graves à travers le mécanisme MRM 1612 Cette activité permettra de mettre en place les points focaux MRM dynamiques pour renforcer la documentation MRM dans le territoire de Shabunda, Lulingu et Mulungu.</p> <p>Il s'agira particulièrement des activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collecter, vérifier et documenter des cas 1612 à travers les fiches standards MRM 1612. Les centres de détention de services de sécurité (FARDC, PNC) dans les territoires doivent aussi être monitorés pour vérifier/contrôler les enfants arrêtés/détenus. - Référer (y compris le suivi de référencement) tous les cas 1612 (Les FARDC seront sensibilisés pour lutter contre tous les cas 1612, particulièrement les attaques des écoles et centres de santé et l'utilisation/recrutement des enfants dans le GA dont les cas sont élevés dans la zone. <p>Les analyses de tendance de cas 1612 seront réalisées mensuellement et les fiches 1612 seront complètes et, seront toutes partagées au GTPE/SGTPE (lead UNICEF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la sensibilisation des FARDC et forces de police sur les lignes directrices de protection des écoles contre l'utilisation militaire durant les conflits armés ; • Sensibilisation des groupes armes sur le Droit International Humanitaire et les violations graves sur les enfants notamment le recrutement des enfants et les attaques sur les écoles et hôpitaux (à travers la collaboration avec la MONUSCO ou d'autres acteurs comme Geneva Call) • Sensibilisation sur les restes explosifs de guerre dans les écoles, espaces mixtes récréatifs/apprentissage temporaires ; <p>Renforcement du système d'alerte MRM. L'UNICEF renforcera le mécanisme de surveillance et communication de l'information sur les violations graves des droits de l'enfant. Pour plus d'efficacité dans la surveillance, le point focal MRM (mécanisme de surveillance et de communication sur les violations grave des droits de l'enfant en période de crise) du partenaire bénéficiera d'un appui technique. Pour plus d'efficacité dans la surveillance, l'ensemble des équipes seront aussi renforcées en capacité sur le MRM et le MARA.</p>	2021										X	X	X	X
	2022	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2023													

OTHER INFO

Accountability to Affected Populations

L'UNICEF utilisera les leçons apprises tirées de ses programmes existants et d'autres réponses pour intégrer de multiples thèmes transversaux, notamment la responsabilité envers la population touchée (AAP), l'analyse des conflits et ne pas nuire, genre, et l'environnement. Les autres principes du programme comprennent une approche fondée sur les droits de l'homme, un travail intersectoriel, une extension de la portée de la programmation et un bon rapport qualité-prix.

AAP: L'une des principales leçons tirées du projet précédent est la responsabilité envers la population affectée. La principale recommandation était de renforcer le AAP par une gestion adéquate des plaintes des bénéficiaires. L'UNICEF a travaillé sur une approche AAP sectorielle centrée sur un cadre de responsabilisation qui définit clairement les règles sur la communication transparente, la participation communautaire, les mécanismes de plainte et de retour d'informations et les attitudes et comportements des membres du personnel tout au long du cycle du projet. Il s'est également inspiré des enseignements tirés des expériences antérieures pour mettre en place un système clair permettant à tous les bénéficiaires de fournir des informations en retour et d'exprimer leurs griefs concernant le programme et l'assistance fournie. La dimension protection contre l'exploitation et l'abus sexuelle sera prise en compte à travers des activités de sensibilisation des communautés sur leurs droits, le comportement attendu des humanitaires et sur la manière de signaler des abus et demander de l'aide seront initiées à travers les radios communautaires, les focus groupes dans les communautés (20 personnes au maximum en respect aux mesures COVID-19).

Le code de conduite des acteurs humanitaires sera vulgarisé, des messages sur la tolérance zéro face aux EAS et comment signaler un cas d'EAS seront disséminés.

Chaque personne bénéficiant d'une intervention appuyée par l'UNICEF aura accès à au moins un mécanisme pour lui permettre de rapporter des plaintes relatives à l'exploitation et à l'abus sexuel. Plus de détails sont fournis au niveau des activités.

"Ne pas nuire":

Une approche «Ne pas nuire» est au cœur de l'intervention, garantissant que toutes les populations affectées ciblées par ce projet ont accès aux services sociaux de base. En cas de signalement de problèmes signalés, l'UNICEF s'efforcera d'adapter la disponibilité des services pour garantir que les bénéficiaires sont servis dans un environnement «sans danger». L'UNICEF s'engage à appliquer le principe «Ne pas nuire». Cela implique que l'action humanitaire doit:

- Éviter d'exacerber les disparités et devrait éviter la discrimination entre les populations affectées sur la base des causes de la crise.
- Évitez de créer ou d'exacerber la dégradation de l'environnement.
- Évitez de créer ou d'exacerber les conflits et l'insécurité pour les populations touchées.
- Prendre en compte les besoins particuliers des groupes d'enfants et de femmes les plus vulnérables - y compris les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les mineurs non accompagnés et les handicapés - et développer des interventions pertinentes et ciblées du projet

Les projets EHA peuvent avoir un impact sur les normes sociales et les pratiques culturelles, par exemple : les femmes allant chercher de l'eau à un point d'eau éloigné passent ce temps à socialiser et à renforcer les liens sociaux ainsi que les mécanismes de résilience. Une autre préoccupation soulevée est de créer une dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure, plutôt que des mécanismes intrinsèques de résilience communautaire. Une approche « Ne pas nuire » est au cœur de l'intervention, garantissant que toutes les populations affectées ciblées par ce projet ont accès aux services sociaux de base

--> Continue en Annexe

Implementation Plan

Coordination with other Organizations in project area

Name of the organization	Areas/activities of collaboration and rationale
--------------------------	---

Environment Marker Of The Project

Gender Marker Of The Project

3- Likely to contribute to gender equality, but without attention to age groups

Justify Chosen Gender Marker Code

Protection Mainstreaming

La thématique de la protection et du genre » sera intégrée de manière transversale dans toutes les phases de mise en œuvre du projet, tant au niveau des partenaires de mise en œuvre qu'à l'égard des bénéficiaires afin de garantir un accès égal et non discriminatoire à l'assistance pour tous.

En général, le renforcement de l'équité dans la délivrance des différents services et la prise en compte des actions spécifiques sensibles au genre. Le projet va assurer la participation active des femmes et des filles dans tous les mécanismes de prise de décision (CAC, Recope, comités Wash) à travers des focus groupes réguliers au début, dans la phase de suivi et finale du projet pour la prise en compte des leurs besoins et intérêts tout au long du processus de mise en œuvre du projet. Tous les comités constitués par le projet favoriseront une participation paritaire (ratio : 50/50) selon le sexe et une participation active des filles et des femmes à travers des formations sur le leadership et la prise de parole. Les activités seront réalisées selon les besoins et les intérêts des femmes et des filles afin de promouvoir une approche transformative de genre et leurs agency. En plus, il est prévu de favoriser la participation active des hommes, en tant que pères et maris, dans toutes les activités afin de favoriser une co-responsabilisation et une division paritaire du travail de soins non rémunéré normalement confié aux femmes et aux filles. Pour ce qui concerne la prévention et la mitigation des risques PSEA, en ligne avec le plan d'action PSEA de l'UNICEF, les partenaires de mise en œuvre seront évalués et accompagnés dans l'élaboration et la mise en œuvre de plan d'action spécifique dans la matière. Ces activités seront accompagnées par des formations en genre et dans l'applications des outils de mitigation des risques VBG/EAS. Du matériel d'information et communication sur la prévention des cas des VBG/EAS seront disséminés dans les sites d'interventions.

La collecte et l'analyse des données par l'UNICEF viseront à être utilisées pour plaider en faveur des ressources et des modifications potentielles des politiques, des pratiques ou des investissements en cas de violations nécessaires résultant de l'épidémie et des interventions. L'UNICEF veillera également à la disponibilité, à l'analyse et à l'utilisation de données ventilées par sexe et par âge pour répondre aux besoins des groupes les plus vulnérables, notamment les femmes et les filles.

Les Clusters dirigés par l'UNICEF et les programmes d'urgence de l'UNICEF en RDC figurent parmi le lead de la communauté humanitaire dans la promotion d'une analyse désagrégée sur le genre dans toutes les parties des programmes d'urgence - évaluations des besoins, mise en œuvre et suivi. Tous les Clusters en RDC ont développé plusieurs engagements fondamentaux sur le genre dans leurs secteurs. Il s'agit de mesures claires et réalisables à inclure systématiquement dans les programmes humanitaires. Les données de surveillance comprennent des données ventilées par sexe et par âge des enfants atteints.

Les projets prendront en compte la situation différenciée des femmes, hommes, des filles et des garçons :

- Lors de l'analyse des besoins, les filles, les garçons, les femmes et les hommes sont consultés séparément afin que les programmes soient conçus de manière à assurer un accès équitable et à réduire les risques de violence
- Au moment de la conception de la stratégie d'intervention, une attention spécifique est donnée pour veiller à ce que les filles, les garçons, les femmes et les hommes aient accès à des services et infrastructures appropriés et sûrs.
- Lors de la mise en œuvre, les filles, les garçons, les femmes et les hommes, ont accès à des mécanismes de retours d'information et de plaintes afin que des mesures correctives puissent être prises pour répondre à leurs besoins spécifiques d'assistance et de protection.

--> Continue en annexe 1

Country Specific Information

Safety and Security

Access

L'UNICEF est présent en RDC depuis 1963 pour sauver des vies d'enfants, défendre leurs droits et les aider à réaliser leur potentiel. A ce jour, l'UNICEF a onze bureaux de terrain qui supportent les interventions sur l'ensemble du pays (Bukavu, Bunia, Goma, Kalemie, Kananga, Kisangani, Lubumbashi, Mbandaka, Mbuji Mayi, Beni et Butembo) en plus du bureau central de Kinshasa. Cette présence historique dans le pays, et l'expérience acquise dans plusieurs secteurs, font de l'UNICEF l'un des principaux acteurs d'urgence et de développement en RDC. Pour la réussite de son Programme de Coopération, l'UNICEF s'appuie sur un vaste réseau de partenaires stratégiques et opérationnels qui inclut les acteurs étatiques, les organisations de la société civile et la Communauté des Donateurs. Une structure de bureau décentralisée, une forte capacité d'approvisionnement et de logistique et des mesures de sécurité renforcées ont permis au bureau de pays d'atteindre les populations vulnérables dans des endroits souvent peu sûrs, tout en atteignant l'efficacité des processus commerciaux et la bonne gestion des risques associés à des partenariats multiples et diversifiés dans la mise en œuvre du programme.

La zone de santé de Mulungu se trouve à EST du territoire de SHABUNDA et est limitrophe les territoires de KALEHE, KABARE, WALUNGU, MWENGA dans le sud et le territoire de WALIKALE dans le Nord-Kivu. Sa superficie est d'environ 6 500Km² et accessible voie aérienne à partir des pistes de KOLULA au sud et celle de NZOVU au nord n'est plus praticable, il y a deux ans et par la voie terrestre par route Bukavu à KAKOZI limite avec la Zone de santé de LULINGU en passant par KIGULUBE distance de 252Km en mauvais Etat. Le reste de la zone de santé n'est accessible que par pied. (Zone de santé accès difficile).

Il faut préciser que cette zone est divisée en deux Axes l'Axe Sud (KOLULA) et l'Axe Nord (KIGULUBE). Le Bureau Central de la Zone de santé est situé à KIGULUBE. Chaque Le 5 du mois la réunion SSP se tient dans chaque Axe et le 10 tous les rapports sont centralisés au BCZ. La distance entre les deux Axes est de 150km marche à pieds. C'est ainsi que le suivi des activités sera assuré par la moto.

Détérioration des voies d'accès aux sites et la détérioration de la situation sécuritaire dans la zone du projet peuvent causer la difficulté d'accès à certains sites du projet. Ceci occasionnera un retard ou la suspension de la mise en œuvre. Pour mitiger cette risque, UNICEF continue plaidoyer auprès des autorités à chaque niveau, renforcer l'approche communautaire, diversifier les acteurs de la mise en œuvre notamment avec les ONG locales, et veiller le transport d'intrants par motos et missions de supervision faites par motos.

BUDGET

Code	Budget Line Description	D / S	Quantity	Unit cost	Duration Recurrence	% charged to CHF	Total Cost
1. Staff and Other Personnel Costs							
1.1	NOA Child Protection Staff	D	1	6,932.00	12	13.50	11,229.84

	<i>Le staff est en charge du suivi et appui technique pour le projet au Sud kivu</i>						
1.2	UNICEF WASH Officer field Bukavu - National Grade NOB (1 Officers -15%)	D	1	9,300.00	7	15.00	9,765.00
	<i>Il s'occupera du suivi direct du projet sur terrain et la coordination avec le CRIO Centre Est bon déroulement des activités.</i>						
1.3	Nutrition Specialist P3	D	6	19,276.00	1	56.30	65,114.33
	<i>Salaire, assurance, prime, Indemnité de risque du Nutritionniste responsable de la conception, du suivi des activités de l'approche simplifiée et capitalisation dans Nundu et à Kinshasa</i>						
1.4	Nutrition Officer NOB	D	8	9,331.00	1	50.00	37,324.00
	<i>salaire, assurance, Indemnité de risque du du Nutritionniste responsable du suivi des activités de l'approche simplifiée dans les zones de santé Nundu à Bukavu ch</i>						
1.5	Consultant international etude coût efficacité P3 (Nutrition)	D	0	0.00	1	100.00	0.00
	<i>1 mois: Salaire (9600\$), assurance (1000\$), billet d'avion (2500\$ a/r), Credit téléphonique et internet (200\$), indemnité logement (1700\$)</i>						
1.6	Staff OPS	S	3	4,800.00	12	72.66	125,556.48
	<i>Coût de staff OPS Kivu: Supply Associate (salaire brut mensuel \$4,800) et Security Associate (salaire brut mensuel \$4,800, incluant \$4,284 de salaire net, 420\$ assurance médicale, 96\$ indemnité de séparation)</i>						
	Section Total						248,989.65
2. Supplies, Commodities, Materials							
2.1	MUAC, Child 11.5 Red/PAC-50	D	1	15,566.40	1	100.00	15,566.40
	<i>Outil anthropométrique pour identifier les enfants malnutris aigus par les gardiens des enfants, les infirmiers dans les structures sanitaires. Le lot est composé de 50 bandes de Shakir et nous avons besoin de 1000 lots. Le coût unitaire d'un lot est de 4.23. et pour 1000 lot de MUAC * 4.23\$ = \$4,230.00 + 6,34.25 (15% de 4230 : pour international freight) = 4864.50\$ + \$2538.30 (60% de 4864.50 = 2538.30 Inland Transport) = 7402.50\$</i>						
2.2	Impression affiches PSEA	D	8000	0.54	1	100.00	4,320.00
	<i>4000 affiches seront reprographiées, le coût unitaire est de 0.54\$ ce qui fait un total de 2160\$</i>						
2.3	Transport des intrants des ports d'entrée vers les dépôts du partenaire	D	69000	1.20	1	100.00	82,800.00
	Section Total						
							102,686.40
3. Equipment							
NA	NA	NA	0	0.00	0	0	0.00
	NA						
	Section Total						0.00
4. Contractual Services							
4.1	PRONANUT	D	0	0.00	0	100.00	0.00
	<i>Pour la formation sur l'approche simplifiée, la réalisation des enquêtes de couverture, CAP et l'atelier de capitalisation.</i>						
	Section Total						0.00
5. Travel							
5.1	CP: Mission d'appui de bureau terrain (Bukavu vers le Shabunda) – volet Protection de l'Enfant	D	1	3,410.00	1	100.00	3,410.00
	<i>Une mission d'appui et suivi du projet sera organisée chaque trimestre pour s'assurer de la bonne exécution des activités du projet. Le Prix mis dans le document prend référence à la tarification de la Monusco. Le frais de mission: (141\$*5)*2 +(2*500\$)*2 fois pour Shabunda, ce qui donne 3410\$</i>						
5.2	Mission d'appui de bureau terrain volet WASH	D	2	1,628.00	2	99.99	6,511.35
	<i>Deux missions d'appui et suivi du projet seront organisées pour s'assurer de la bonne exécution des activités du projet (1 staff + chauffeur en mission pendant 8 jours avec un DSA de 141\$)* 2 missions au cours du projet + 500 par mission de carburant</i>						
5.3	Monitoring and evaluation - Mission staff Bukavu	D	6	200.00	14	100.00	16,800.00

	<i>e Nutritionniste de d'UNICEF bukavu effectuera 4 visites terrain tous les 3 mois. La durée de la visite est de 14 jours et le coût unitaire du DSA est de 200\$/jour</i>						
5.4	Vols nationaux	D	6	480.00	2	100.00	5,760.00
	<i>Il s'agit des billets d'avions humanitaires et commerciaux et taxes aéroport (Go-pass, etc.) pour les déplacements staffs UNICEF et de support (pour le suivi) et les consultants de Kinshasa à Bukavu. 3 missions avec un cout de vol de \$480 par vol Congo airways y compris taxes et go-pass Kin-Bukavu, donc 480*2 vols*3 missions</i>						
5.5	Monitoring and evaluation - Mission staff Kinshasa	D	6	200.00	14	100.00	16,800.00
	<i>e Nutritionniste de d'UNICEF Kinshasa effectuera 3 visites terrain . La durée de la visite est de 14 jours et le coût unitaire du DSA est de 200\$/jour</i>						
5.6	Mission capacity building gender et PSEA	D	7.44	2,150.00	1	100.00	15,996.00
	<i>Mission pour faire sessions de formation des 3 partenaires de mise en œuvre du proje sur genre, analyse rapide genre, organisation des focus groupes, PSEA et sur l'application des outils de mitigation de risques VBG (2,256 per mission=15 jours/mission*\$141/jour DSA</i>						
5.7	Assurance qualite HACT	S	3	1,942.00	2	78.00	9,088.56
	<i>2 visites programmatiques/spotcheck per partenaire*3 partenaires (ONG pour Nutrition, TPO et TEARFUND). 1 VP et 1 spot Check par partenaire effectuées par 2 staffs + chauffeur, soit 3 staffs a 141\$ DSA par jour pour 4 jours de visite + forfait de 250\$ pour carburant. Cout d'une visite=1,942\$*2 visites par partenaire*3 partenaires=11,652\$</i>						
	Section Total						74,365.91
6. Transfers and Grants to Counterparts							
6.1	TPO (Lulingu et Mulungu)	D	1	138,453.00	1	100.00	138,453.00
	<i>Mise en œuvre des activités du volet Protection de l'Enfant (voir budget en annexe)</i>						
6.2	TEARFUND	D	1	350,000.00	1	100.00	350,000.00
	<i>Assurer l'accès à un paquet EHA à 18,318 personnes de la zone de santé de Mulungu affectées par les mouvements de populations et autres catastrophes naturelles afin de sauver la vie des populations vulnérables tout en réduisant les impacts des crises à travers un système de surveillance et une riposte rapide adéquate et inclusive.</i>						
6.3	ONG National zone de santé de Nundu (eligible au FH, a identifier)	D	1	455,825.36	1	100.00	455,825.36
	<i>Mise en place et suivi des activités de prise en charge et prévention de la malnutrition aigue dans la zone de santé de Nundu (Sud Kivu). Detail en annexe</i>						
6.4	COOPI : zone de santé de Bambu et Jiba	D	1	576,219.72	1	100.00	576,219.72
	Section Total						
							1,520,498.08
7. General Operating and Other Direct Costs							
NA	NA	NA	0	0.00	0	0	0.00
	NA						
	Section Total						0.00
SubTotal			77,055.44				1,946,540.04
Direct							1,811,895.00
Support							134,645.04
PSC Cost							
PSC Cost Percent							7.00
PSC Amount							136,257.80
Total Cost							2,082,797.84

Project Locations

Location	Estimated percentage of budget for each location	Estimated number of beneficiaries for each location					Activity Name
		Men	Women	Boys	Girls	Total	
Ituri > Djugu > Bambu	25.44000	0	0	0	0		NUT: Activity2.1.1: Identification et ouverture des structures de san... NUT: Activity2.1.2: Approvisionnement des unités nutritionnelles (UNT... NUT: Activity2.1.3: Dépistage et référence des cas de malnutrition pa... NUT: Activity2.1.4: Prise en charge des enfants malnutris aigus (sévè... NUT: Activity2.1.5: Formation du personnel des unités nutritionnelles... NUT: Activity2.1.6: Formation des Recos et la communauté sur le cousn... NUT: Activity2.1.7: Renforcer le leadership du ministère de la Santé ... NUT: Activity2.1.8: Réalisation des enquêtes d'évaluation de l'approc... NUT: Activity2.1.9: Mise en place d'un mécanisme de gestion de plaint... NUT: Activity2.1.10: Mise en place de la dissémination des notions sur... NUT: Activity2.2.1: Création/ Redynamisation des groupes de soutien à... NUT: Activity2.2.2: Promotion des bonnes pratiques d'allaitement excl... NUT: Activity2.2.3: Organisation des séances d'éducation nutritionnel... NUT: Activity2.2.4: Diffusion des émissions et spots sur l'ANJE et CO...
Ituri > Djugu > Jiba	16.95000	0	0	0	0		NUT: Activity2.1.1: Identification et ouverture des structures de san... NUT: Activity2.1.2: Approvisionnement des unités nutritionnelles (UNT... NUT: Activity2.1.3: Dépistage et référence des cas de malnutrition pa... NUT: Activity2.1.4: Prise en charge des enfants malnutris aigus (sévè... NUT: Activity2.1.5: Formation du personnel des unités nutritionnelles... NUT: Activity2.1.6: Formation des Recos et la communauté sur le cousn... NUT: Activity2.1.8: Réalisation des enquêtes d'évaluation de l'approc... NUT: Activity2.1.9: Mise en place d'un mécanisme de gestion de plaint... NUT: Activity2.1.10: Mise en place de la dissémination des notions sur... NUT: Activity2.2.1: Création/ Redynamisation des groupes de soutien à... NUT: Activity2.2.2: Promotion des bonnes pratiques d'allaitement excl... NUT: Activity2.2.3: Organisation des séances d'éducation nutritionnel... NUT: Activity2.2.4: Diffusion des émissions et spots sur l'ANJE et CO...

Sud-Kivu > Shabunda > Lulingu	5.01000	0	0	0	0	<p>CP: Activity 1.1.1: Identifier et documenter la situation des EAFGA :...</p> <p>CP: Activity 1.1.2: Assurer une prise en charge transitoire et indivi...</p> <p>CP: Activity 1.1.3: Assurer la recherche et réunification familiale o...</p> <p>CP: Activity 1.1.4: Intégrer les adolescents vulnérables (y compris l...</p> <p>CP: Activity 1.2.1: Assurer une prise en charge transitoire et indivi...</p> <p>CP: Activity 1.2.2: Former et/ou renforcer un réseau de familles d'ac...</p> <p>CP: Activity 1.2.3: Assurer la recherche et réunification familiale o...</p> <p>CP: Activity 1.2.4: Assure le suivi des ENA réunifiés en communautés...</p> <p>CP: Activity 1.3.1: Les activités se concentreront autour de l'identi...</p> <p>CP: Activity 1.4.1: Le soutien psychosocial pour les enfants et adole...</p> <p>CP: Activity 1.4.2: La création/appui de clubs de jeunes (y compris d...</p> <p>CP: Activity 1.5.1: Le renforcement des mécanismes communautaires à t...</p> <p>CP: Activity 1.5.2: Renforcer la capacité de monitoring des violation...</p>
-------------------------------	---------	---	---	---	---	--

Sud-Kivu > Shabunda > Mulungu	22.47000	0	0	0	0	<p>CP: Activity 1.1.1: Identifier et documenter la situation des EAFGA :...</p> <p>CP: Activity 1.1.2: Assurer une prise en charge transitoire et indivi...</p> <p>CP: Activity 1.1.3: Assurer la recherche et réunification familiale o...</p> <p>CP: Activity 1.1.4: Intégrer les adolescents vulnérables (y compris l...</p> <p>CP: Activity 1.2.1: Assurer une prise en charge transitoire et indivi...</p> <p>CP: Activity 1.2.2: Former et/ou renforcer un réseau de familles d'ac...</p> <p>CP: Activity 1.2.3: Assurer la recherche et réunification familiale o...</p> <p>CP: Activity 1.2.4: Assure le suivi des ENA réunifiés en communautés...</p> <p>CP: Activity 1.3.1: Les activités se concentreront autour de l'identi...</p> <p>CP: Activity 1.3.2: Des activités de sensibilisation des communautés ...</p> <p>CP: Activity 1.4.1: Le soutien psychosocial pour les enfants et adole...</p> <p>CP: Activity 1.4.2: La création/appui de clubs de jeunes (y compris d...</p> <p>CP: Activity 1.5.1: Le renforcement des mécanismes communautaires à t...</p> <p>CP: Activity 1.5.2: Renforcer la capacité de monitoring des violation...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.1: Décision participative communautaire de la locali...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.2: Mise en place de 20 points de chloration transito...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.3: Aménagement de 20 points d'eau</p> <p>En f...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.4: Construire 183 latrines d'urgence dans les sites ...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.5: Construire 92 douches d'urgence dans les sit...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.6: 20 Installations de dispositifs de lavage des mai...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.7: Organiser des séances de sensibilisation sur la p...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.8: Appui en service WASH aux personnes à besoin spéc...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.9: Installation points de lavage des mains (sea...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.10: Réhabilitation des latrines semi-durable dans les...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.11: Formation de 5 brigades scolaires avec dotation d...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.12: Réhabilitation des latrines semi-durable dans les...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.13: Réhabilitation des douches en semi-durable d...</p> <p>WaSH: Activity 1.1.14: VOIR AUSSI ACTIVITE 1.9_Installation points de la...</p>
-------------------------------	----------	---	---	---	---	---

Sud-Kivu > Fizi > Nundu	30.13000	0	0	0	0	0	<p>NUT: Activity 1.1.1: Identification et ouverture des structures de san...</p> <p>NUT: Activity 1.1.2: Approvisionnement des unités nutritionnelles (UNT...</p> <p>NUT: Activity 1.1.3: Dépistage et référence des cas de malnutrition pa...</p> <p>NUT: Activity 1.1.4: Prise en charge des enfants malnutris aigus (sévè...</p> <p>NUT: Activity 1.1.5: Formation du personnel des unités nutritionnelles...</p> <p>NUT: Activity 1.1.6: Formation des Recos et la communauté sur le cous...</p> <p>NUT: Activity 1.1.7: Renforcer le leadership du ministère de la Santé ...</p> <p>NUT: Activity 1.1.8: Réalisation des enquêtes d'évaluation de l'approc...</p> <p>NUT: Activity 1.2.1: Création/ Redynamisation des groupes de soutien à...</p> <p>NUT: Activity 1.2.2: Promotion des bonnes pratiques d'allaitement excl...</p> <p>NUT: Activity 1.2.3: Organisation des séances d'éducation nutritionnel...</p> <p>NUT: Activity 1.2.4: Diffusion des émissions et spots sur l'ANJE et CO...</p>
-------------------------	----------	---	---	---	---	---	--

Documents

Category Name	Document Description
Budget Documents	Budget.xlsx
Project Supporting Documents	Annexe 1_Parties complementaires.pdf
Project Supporting Documents	GTPE SHABUNDA_ERPE Lulingu mars 2021.docx.pdf
Project Supporting Documents	GXA81_Rapport d'evaluation initiale_Decembre 2020 (005) inputs William (002).pdf
Project Supporting Documents	Rapport Evaluation Lulingu 2020_ Caritas.pdf
Project Supporting Documents	RAPPORT SMART FIZI ET NUNDU f avec données par ZS.pdf
Project Supporting Documents	REACH_RDC_Factsheet_2003_HSM_Sud-Kivu_juin2021.pdf
Project Supporting Documents	SGTPE SHABUNDA RAPPORT D'EVALUATION RAPIDE DES BESOINS EN PROTECTION DE L'ENFANT AVEC L'APPUI DE TPO DRC_revRG.docx
Project Supporting Documents	ZS NUNDU - Rapport d'évaluation multisectorielle ehtools n 3822.pdf
Project Supporting Documents	Budget Partenaires FH.FV.GMS.xlsx
Project Supporting Documents	Annexe 1_Parties complementaires_Revised.doc
Project Supporting Documents	Budget Partenaires FH.FV.GMS Revised.xlsx
Project Supporting Documents	Budget Partenaires FH.FV.GMS Revised2.xlsx
Revision related Documents	Please do not use this file
Revision related Documents	Please do not use this file
Revision related Documents	SM210674 FCH_BudgetRevision_final.xls
GA Amendment	19360 - UNICEF - GAA.pdf
GA Amendment	FH190360_GAA_UNICEF_signed.pdf
GA Amendment	19360 UNICEF GAA COMPLET.pdf
GA Amendment	GAA UNICEF 19360 Révu_compressed.pdf
GA Amendment	DRC-19360-EO-GAA-2022-03-01.pdf
Fund Transfer Request (FTR)	Lettre d'Allocation_FTR_Note au Dossier - UNICEF - #19360.pdf