|  |
| --- |
| **C:\Users\acome\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\^9959ED756B004988E59371212AFFA4124AE509B09ED83D4D07^pimgpsh_fullsize_distr.pngTermes de référence** **Revue de données secondaires en EHA** **REACH-PowerpointTitleRépublique Démocratique du Congo (RDC)**  |
| **10 janvier 2017** **Première version** |  |

**1. Résumé**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pays d’intervention** | République Démocratique du Congo |
| **Type d’urgence** |  | Catastrophe naturelle | X | Conflit |  | Urgence |
| **Type de crise** |  | Crise soudaine |  | Crise à progression lente | X | Prolongée |
| **Agence(s) mandataire(s)** | *UNICEF* |
| **Code du projet** | NA |
| **Pilier REACH** | X | Planification en situation d’urgence | X | Déplacement |  | Résilience  |
| **Durée de la recherche** | Décembre 2017 – Janvier 2018 |
| **Objectif général** | Fournir une vue d’ensemble de la situation humanitaire de populations dans le secteur de l’eau, hygiène et assainissement (EHA) au Grand Kasai, Sud-Kivu et Tanganyika. |
| **Objectif(s) spécifique(s)** | 1. Identifier les régions d’intervention prioritaire sur la base de l’impact humanitaire de la crise et cours ainsi que des vulnérabilités sous-jacentes
 |
| **Questions de recherche** | 1. Quels sont les zones de santé qui présentent les vulnérabilités sous-jacentes plus aigües ?
2. Quels sont les zones de santé qui ont été le plus impactées par la crise humanitaire ?
 |
| **Type de recherche** | X | Quantitative |  | Qualitative |  | Méthodes mixtes |
| **Couverture géographique** | Région du Grand Kasai, Sud-Kivu et Tanganyika. |
| **Population(s) cible(s)** | Population hôte et déplacée dans la région du Grand Kasai, Sud-Kivu et Tanganyika.  |
| **Sources des données** | * Accès à une source d’eau améliorée : Joint Monitoring Program - JMP (2014), Multiple Indicator Cluster Surveys - MICS (2010), Enquête Démographique et de Santé de la RDC - EDS (2013-2014)
* Malnutrition : Système de Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce de la RDC - SNSAP (2017)
* Mouvement des populations : OCHA (continu), DTM (2017)
* Sécurité alimentaire : IPC (2017)
* Epidémiologie : Division de la lutte contre la maladie - DLM (continu)
* Sécurité : Armed Conflict Location & Event Data Project – ACLED (2017)
 |
| **Produits attendus** | Une base de données consolidée, une carte pour chacun des sept indicateurs, une carte pour l’index composite et une présentation ppt |
| **Ressources clés** | Arc GIS, Excel, Word. |
| **Etape(s) humanitaire(s) clé(s)** |  |
| **Etapes** | **Echéances** |
| X | Plan/stratégie du cluster | *Février 2018* |
|  | Plan/stratégie inter-cluster  |  |
|  | Plan/stratégie du bailleur  |  |
|  | Plan/stratégie d’une ONG |  |
|  | Autre |  |
| **Audience** |  |
| **Type d’Audience** | **Acteurs Spécifiques** |
|  | Opérationnelle |  |
| X | Programmatique | ONG, ONU, Gouvernement, Cluster WASH |
| X | Stratégique | ONG, ONU, Gouvernement, Cluster WASH |
|  | Autre |  |
| **Accès aux produits de la recherche**  |  | **Public (disponible sur les principales plateformes humanitaires).** |
|  | Restreint (dissémination bilatérale uniquement en fonction d’une liste de dissémination convenue à l’avance) |
|  | Autre |
| **Visibilité** | Cluster WASH |
| **Dissémination**  | Cluster Wash |

**2. Contexte et justification de l’évaluation**

Suite à l’éclatement de la crise kasaïenne en août 2016 et la dégradation de la crise au Sud-Kivu et Tanganyika, la République Démocratique du Congo (RDC) abrite désormais plus de 4 millions des personnes déplacées. Un an auparavant, le pays comptait 1,9 millions de personnes déplacées.

La RDC est effectivement affectée par une crise humanitaire d’une longueur et d’une complexité sans précédent. La permanence des conflits armés sporadiques, l’absence d’infrastructures et le contexte sécuritaire particulièrement volatile sont autant de facteurs qui entravent le retour à la stabilité et aggravent la vulnérabilité des populations. En effet, on estime à plus de 7,3 millions le nombre de personnes affectées par les multiples urgences qui touchent le pays dont 6,9 millions en besoin d’aide urgente parmi lesquels 4,2 millions sont des enfants.

Pour répondre à ce contexte critique, le IASC a déclaré une urgence de niveau L3 en octobre 2017 pour les 5 provinces du grand Kasaï (Kasaï, Kasaï Central, Kasaï Oriental, Lomami et Sankuru), le Tanganyika et le Sud-Kivu ; où les besoins des populations ont été exacerbés de façon exponentielle par la recrudescence de la crise a l’Est et l’éclatement du conflit dans la région du Kasaï.

Afin de peaufiner sa stratégie de réponse, le Cluster WASH a entamé une revue des données secondaires (RDS) pour mieux cibler la réponse ne EHA dans les zones de santé prioritaires.

**3. Objectifs de la recherche**

L’objectif général de la RDS était de fournir une analyse comparée de la situation humanitaire dans les sept provinces affectées par la crise L3 afin d’identifier les régions d’intervention prioritaire sur la base de l’impact humanitaire de la crise en cours ainsi que des vulnérabilités sous-jacentes.

**4. Questions de recherche**

Le but de la RDS était ainsi de répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les zones de santé parmi les Provinces du Grand Kasai, Tanganyika et le Sud-Kivu qui présentent les vulnérabilités sous-jacentes plus aigües ?
2. Quels sont les zones de santé parmi les Provinces du Grand Kasai, Tanganyika et le Sud-Kivu dont la situation humanitaire a été le plus impactée par la crise L3 ?

**5. Méthodologie**

L’évaluation s’est basée exclusivement sur des données secondaires, en prenant en compte sept indicateurs clefs (identifiés de façon conjointe avec le IMO du Cluster RDC) pour mesurer à la fois l’impact de la crise sur la situation humanitaire, ainsi que les vulnérabilités sous-jacentes, dont :

**Impact de la crise :**

* Le nombre d’incidents sécuritaires en 2017 sur la population totale par zone de santé
* Le nombre de déplacés et retournés en 2017 sur la population totale par zone de santé
* La classification des zones des santé par phase IPC pour la sécurité alimentaire en 2017

**Vulnérabilités sous-jacentes :**

* Le pourcentage des ménages ayant accès à une source améliorée par zone de santé
* Le taux d’attaque annuel du choléra en 2017 par zone de santé
* Le taux d’attaque annuel de la diarrhée parmi les enfants âgés de moins de cinq ans en 2017 par zone de santé
* Le statut nutritionnel des zones de santé selon le classement SNSAP (sous-contrôle; à suivre de près; alerte nutritionnelle) par zone de santé

Après avoir attribué le même système de pcode et de division administrative et avoir agrégé/désagrégé les données au niveau de la zone de santé, les données ont été traitées de la façon suivante :

**Taux d’incidents sécuritaires et de protection**

* Le taux a été calculé en additionnant le nombre d’incidents sécuritaires enregistrés par Armed Conflict Location & Event Data Project (ACLED) dans chaque zone de santé au cours de l’année 2017 et en le divisant par la population de la zone de santé.
* Les taux ont été ensuite groupés en cinq classes sur la base de l’étendue (valeur minimale – valeur maximale / 5).
* Sources de données utilisées : ACLED (décembre 2017, monitoring continu).

**Taux de déplacés et de retournés**

* Le taux a été calculé en additionnant le nombre des déplacés et de retournés enregistrés dans chaque zone de santé au cours de l’année 2017 et divisant le total par la population de la zone de santé.
* Les taux ont été ensuite groupés en cinq classes sur la base de l’étendue (valeur minimale – valeur maximale / 5).
* Sources de données utilisées : DTM (novembre 2017) pour le Kasai central et Registre des mouvements de population de OCHA (décembre 2017, monitoring continu) pour les autres provinces.

**Niveau de sécurité alimentaire selon le classement IPC**

* L’index de sécurité alimentaire a été calqué sur le classement IPC qui classe les zones de santé en cinq catégories (minimal 1 ; sous pression 2 ; crise 3 ; urgence 4 ; famine 5).
* Sources de données utilisées : IPC (2017).

**Pourcentage des ménages ayant accès à une source d’eau améliorée**

* Les pourcentages ont été calculés sur la base de la moyenne arithmétique des différentes sources de données utilisées.
* Les pourcentages ont été ensuite groupés en cinq classes sur la base de l’étendue (valeur minimale – valeur maximale / 5).
* Sources de données utilisées : MICS (2010), JMP (2014) et EDS (2013-2014).

**Taux d’attaque annuel du choléra en 2017**

* Le taux a été calculé en additionnant le nombre de cas de choléra enregistrés dans chaque zone de santé au cours de l’année 2017 et en divisant le total par la population de la zone de santé.
* Les taux ont été ensuite groupés en cinq classes sur la base de l’étendue (valeur minimale – valeur maximale / 5).
* Sources de données utilisées : Direction de lutte contre la maladie (décembre 2017, monitoring continu).

**Taux d’attaque annuel de la diarrhée parmi les enfants âgés de moins de cinq ans en 2017**

* Le taux a été calculé en additionnant le nombre de cas de diarrhée parmi les enfants âgés de moins de cinq ans enregistrés dans chaque zone de santé au cours de l’année 2017 et en divisant le total par la population des enfants âgés de moins de cinq ans de la zone de santé.
* Les taux ont été ensuite groupés en cinq classes sur la base de l’étendue (valeur minimale – valeur maximale / 5).
* Sources de données utilisées : Direction de lutte contre la maladie (décembre 2017, monitoring continu).

**Le statut nutritionnel des zones de santé selon le classement SNSAP en 2017**

* L’index nutritionnel a été conçu sur la base du classement trimestriel du SNSAP.
* Une valeur de 1 (moins grave) à 3 (plus grave) a été attribuée aux différents statuts du SNSAP (sous-contrôle 1 ; à suivre de près 2 ; alerte nutritionnelle 3).
* Les valeurs de trois des trois premiers bulletins trimestriels 2017 ont été ensuite additionnés pour chaque zone de santé et groupés en cinq classes sur la base de l’étendue (valeur minimale – valeur maximale / 5).
* Sources de données utilisées : SNSAP (mars, juin et septembre 2017).

Ce processus a permis de cartographier chaque indicateur avec des *heat maps* comparables d’une échelle de 0 à 5, ainsi que de construire un index composite synthétisant les différents indicateurs dans une carte indépendante, qui donne une vue d’ensemble à la fois de l’impact de la crise et des vulnérabilités sous-jacentes.

Dans cet index composite, tous les indicateurs ont même poids (0.5), hormis les indicateurs sur les sources d’eau, la malnutrition et les mouvements de populations qui ont un poids de 1. Le processus d’attribution des poids a été mené de façon conjointe avec le IMO du Cluster RDC, qui a également validé le *weighting* final.

Pour chaque zone de santé, l’index composite a donc été calculé avec la formule suivante :

= [ (index Source d’eaux x 1) + (index Nutrition x 1) + (index Mouvement de population x 1) + (index Diarrhée U5 x 0.5) + (index Choléra x 0.5) + (index Sécurité alimentaire x 0.5) + (index Incidents de sécurité x 0.5) ] / 5

**Tableau 1 : Poids, sources, niveau géographique et méthodologies pour les sept indicateurs clefs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateur** | **Poids** | **Sources** | **Méthodologie** |
| Sources d’eau améliorées | 1 | JMP (2014), MICS (2010), EDS (2013-2014) | Enquête ménage |
| Malnutrition | 1 | SNSAP (2017) | Registres des aires de santé |
| Mouvement des populations  | 1 | DTM (2017) pour le Kasai central), OCHA (continu) pour le reste | Informateurs clefs |
| Cholera | 0.5 | Division de la lutte contre la maladie - DLM (continu) | Registres des aires de santé |
| Diarrhée | 0.5 | Division de la lutte contre la maladie - DLM (continu) | Registres des aires de santé |
| Sécurité alimentaire  | 0.5 | IPC (2017) | Informateurs clefs |
| Incidents sécuritaires | 0.5 | Armed Conflict Location & Event Data Project – ACLED (2017) | Données secondaire (media monitoring) |

**6. Limitations et contraintes**

Le manque de données à jour pour certains indicateurs, ainsi que la couverture très partielle de nombre d’enquêtes, ont exigé l’utilisation de données désuètes (MICS 2010 ou EDS 2013) particulièrement pour des indicateurs tels que les taux d’accès à une source d’eau améliorée.

Ceci a pu également conduire à la sélection d’indicateurs proxy, là où les données existantes ne permettaient pas une analyse compréhensive à niveau géographique. Ceci a été le cas pour l’indicateur nutrition, où il a été nécessaire d’utiliser le classement du SNSAP qui qualifie les zones de santé en trois catégories (*sous-contrôle, à suivre de près et alerte nutritionnelle*) sur base trimestrielle, au lieu du taux de malnutrition aigüe globale qui avait été l’indicateur originellement choisi.

Le manque d’un système commun de référence pour les pcodes et les divisions administrative a également été un défi qui a demandé un long travail de recodage des données pour qu’elles puissent être analysé de façon conjointe.

**7. Typologie des produits**

**Tableau 2 : Type et nombre des produits requis**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de Produit** | **Nombre de Produit(s)** | **Informations Complémentaires** |
| Base de données consolidé | 1 |  |
| Cartes | 7 |  |
| Présentation ppt | 1 |  |

**8. Annexes**

1. Base de données consolidée
2. Cartes « *heat maps* »
3. Présentation ppt