

RAPPORT DE MISSION

Sujet : Rapport de mission EHA RSO en RD CONGO
Auteur: Jerome BURLLOT (WASH Adviser/RSO Nairobi)
Date: Du 28 Octobre au 6 Novembre 2014

Main partners and visited sites list:

Bukavu (avec Annabelle Vasseur, AT ECHO BUKAVU)

- UNICEF/Cluster: Abélard Mahamba (Cluster lead), Silvain Bertrand (point focal LRRD et village assaini)

Uvira (avec Janvier Ruboneka, PO ECHO BUKAVU) :

- Oxfam GB: Bernard Keya (FieldCo), Gervais Muyisa (RP EHA), XXX (Resp. promotion à l'hygiène /mobilisation communautaire), Stephen Lajoie (CDM), Sylvestre Parmentier (Coordinateur EHA)
- DPS : Ramazan Emmanuel (Infirmier Titulaire AS de Kavivira) ; Kadjinake Jacques (Président des ReCo, Uvira) et Représentants des relais communautaires

Hombo (avec Janvier Ruboneka, PO ECHO BUKAVU) :

- IRC: Desire Cimerhe (Coordinateur du RRMP), Samy Kolo (RP Sante), Jean Bosco (RP EHA), et autres personnel d'IRC
- UNICEF : Yannick Brand (Chef des urgences, Est Congo)
- Autorités locales : Chef de poste
- DPS : XXX (Infirmier Titulaire de l'AS de Hombo), XXX (Secrétaire général ZS Fizi)

Kolula (avec Annabelle Vasseur, AT ECHO BUKAVU):

- IRC: Desire Cimerhe (Coordinateur du RRMP), Samy Kolo (RP Sante), Jean Bosco (RP EHA), et autres personnel d'IRC
- DPS: Infirmier Titulaire de l'AS de Kolula

Goma :

- SI – Reprise communautaire: Bruno Neto (Point focal projet de reprise communautaire)

Liste des annexes:

- ❖ 1: Rapport sur la lutte durable contre le choléra (UNICEF), « fiche LRRD »
- ❖ 2: Carte des mouvements de population au 25 septembre 2014
- ❖ 3: Arbre décisionnel RRMP
- ❖ 4: Stratégie RRMP « cash latrine »
- ❖ 5: Présentation RRMP perspective challenges 2015 pour SIDA
- ❖ 6: Rapport d'intervention RRMP Hombo (IRC)
- ❖ 7: Fiche MSA Kolula (IRC)
- ❖ 8 : Efficacité de la chloration sur une eau turbide
- ❖ 9 : Oxydation au chlore (source : Office International de l'Eau)
- ❖ 10 : Facteur qui ont une influence sur la désinfection de l'eau (source : LENTECH)
- ❖ 11 : Factsheet turbidité (source : Agence Sanitaire Canadienne)
- ❖ 12 : Carte des investissements bailleurs dans les projets EHA et de leur status (2006-2020)
- ❖ 13 : Carte des interventions bailleurs de développement dans le secteur EHA (2006-2020)
- ❖ 14 : Tableau de présentation des différents projets financer dans le secteur EHA en date de Mars 2014

Table des Matières

1. EXECUTIVE SUMMARY.....	3
2. BACKGROUND TO THE EVENT.....	5
2.1. RRMP et mouvement de population.....	5
2.1.1. RRMP.....	5
2.1.2. Typologie des mouvements de population et des interventions.....	7
2.2. Situation du choléra ; reprise communautaire et LRRD.....	9
2.2.1. Cholera.....	9
2.2.2. Reprise communautaire et LRRD.....	10
3. MAIN ISSUED DISCUSSED AND OUTCOME / COMMENTS.....	11
3.1. RRMP.....	11
3.1.1. Observation générale sur le mécanisme du RRMP.....	11
3.1.2. Observation technique sur les activistes EHA.....	16
3.1.2.1. Eau potable	
3.1.2.2. Assainissement	
3.1.2.3. Promotion a l'hygiène	
3.2. Cholera (OGB) et reprise communautaire.....	22
3.2.1. OGB projet de réponse EHA au Cholera.....	22
3.2.1.1. Suivi et coordination	
3.2.1.2. Renforcement des capacités locales	
3.2.1.3. Activités EHA de la réponse	
3.2.2. Reprise communautaire.....	29
4. RECOMMENDATIONS.....	31
4.1. RRMP - UNICEF.....	31
4.2. Spécifique IRC RRMP.....	32
4.3. OGB et cholera.....	33
5. CONCLUSION TO THE EVENT	33

1. EXECUTIVE SUMMARY

La mission qui s'est déroulée au Sud Kivu avait pour objectif principal le suivi de la qualité technique des activités d'eau, hygiène et assainissement développées par UNICEF via IRC, son partenaire opérationnel du RRMP au Sud Kivu, ainsi que d'OGB dans le cadre de leur réponse EHA cholera menée dans la zone d'Uvira. La mission a permis de réaliser le suivi des points de recommandation produits lors de missions antérieures, en particulier pour la réponse choléra d'OGB. Dans le cadre du RRMP les interventions de Hombo (Sud et Nord) ainsi que Kolula ont pu être visitées. La visite à Hombo était conjointe IRC/UNICEF/ECHO. Un fiche HOPE de monitoring a également été produite à l'issu de la mission sur la partie RRMP EHA.

Lors de la mission, un suivi de l'avancée des différentes stratégies de réponse aux cholera en mode d'urgence (*réponse d'urgence en cours de financement*) ou de manière durable (*LRRD, reprise communautaire*) a été réalisé. Ainsi, les défis rencontrés dans la mise en œuvre de ces stratégies, leur effectivité, ou encore leur niveau de complémentarité ou concurrence ont été analysés dans le cadre du rapport. Le rapport intègre également une analyse générale et spécifique du mécanisme RRMP géré par UNICEF. Les processus menant aux déclenchements des interventions, le ciblage des bénéficiaires et la couverture des besoins, les différentes stratégies développées par sous-secteur et les standards suivies, ou encore l'évaluation des interventions sont quelques-uns des aspects pris en compte dans le rapport. Certains gaps et axes d'amélioration ont pu être identifiés lors de la mission, ce qui a donné lieu à l'élaboration de points de recommandation et de proposition d'amélioration. Le rapport conclut notamment sur des propositions d'orientations des financements de la réponse cholera.

En ce qui concerne le RRMP, le bilan général est plutôt positif au niveau de l'approche et de sa mise en œuvre globale, mais la mise en œuvre spécifique des activités EHA mérite sur certains points une remise en question.

Certains aspects à améliorer ont été mis en lumière pendant la visite et après la consultation des documents de projet, tel que :

- Le suivi/supervision des activités in situ mérite d'être étoffé et plus rigoureux au niveau du partenaire opérationnel (IRC), et le mode d'évaluation externalisée pour plus de pertinence.
- Le principal problème constaté reste le niveau technique des réalisations qui, dans de nombreux cas, ne peut se justifier par le contexte d'intervention. Le niveau technique affiché dans le dimensionnement et la mise en œuvre des activités hydrauliques portent préjudice à la qualité des ouvrages, dans leur fonctionnalité et surtout dans leur durabilité (*confirmer par les dernières évaluations d'actions antérieures du RRMP sur des équipements hydrauliques*).
- Le mode de ciblage des bénéficiaires (notamment des latrines familiales) et de couverture des besoins ainsi que le moyen de s'assurer de l'accès aux points d'eau pour les plus vulnérables doivent être clairement améliorés.

De manière générale et après avoir exprimé certains des principaux problèmes, besoins d'améliorations et challenges que rencontre le RRMP, le mécanisme semble plutôt pertinent. Le mécanisme est relativement bien conçu, assez bien documenté, géré et coordonné par un personnel au niveau central compétent avec une capacité de réflexion et d'auto critique, donc d'amélioration particulièrement appréciable. Au niveau de la stratégie opérationnelle, le mécanisme est plutôt satisfaisant avec quelques initiatives intéressantes qui vont dans le sens d'une promotion des capacités communautaires (en particulier dans les sous-secteurs de l'assainissement avec les latrines familiales et dans la promotion à l'hygiène). Cela permet en principe une meilleure efficacité par coût. La capacité d'intervenir un peu partout, y compris dans des endroits très difficiles d'accès comme Kolula, est largement appréciable, ainsi que la manière d'intégrer les partenaires locaux. Certaines actions et notamment dans le domaine de l'eau potable ont un impact important pour un investissement relativement réduit en termes de temps et d'argent, leur durabilité reste à être considérablement améliorer.

Parmi les contraintes externes, il faut aussi admettre que le financement du RRMP regroupe un grand nombre de *bailleurs* (12 au total) **ne partageant pas forcément la même vision du mandat et de la vocation du RRMP** qui doit être plus ou moins

focalisé sur des purs besoins essentiels selon les bailleurs. Ainsi, certains **compromis** ont dû être faits **au détriment de la cohérence sur certains aspects** (notamment au niveau des approches et de la mise en œuvre).

La visite des activités d'OGB sur la réponse EHA cholera à Uvira a révélé certains problèmes ou non-conformités dont un grand nombre avaient déjà été mentionnés lors de la dernière visite et qui n'ont pourtant pas évolué, tel que :

- les besoins d'harmonisation avec le cluster EHA : les standards à suivre, mais également sur la production des outils d'analyse et ciblage ou le mode de renforcement des capacités locales et système de surveillance
- la stratégie prévue pour assurer l'accès à l'eau se révèle irréaliste et non pertinente lors de pics de turbidité ; problème également sur la définition des seuils de turbidité à suivre pour la sélection du mode de désinfection de l'eau
- le suivi des activités in situ et l'encadrement des activités communautaires doit être amélioré
- la mise en place lors de période épidémique d'action de sensibilisation qui implique d'initier un rassemblement de population dans une période de risque de flambée ou même pendant flambée (contre toute les recommandations des institutions nationales et internationales de la sante).
- L'utilisation de l'affichage de posters de sensibilisation (inexistant) aux endroits stratégiques ou la faisabilité et efficacité des visites en porte à porte selon la méthode prévues

Le niveau élevé des valeurs cibles visées par les indicateurs notamment en ce qui concerne l'aspect des connaissances et pratiques d'hygiène (personnelle et communautaire) se révèle irréaliste, à la lecture des résultats atteints. OGB est présent depuis de nombreuses années sur la réponse EHA cholera dans la zone d'Uvira. On attend donc de ce type de partenaire qu'il soit capable de viser des objectifs plus ou moins réalistes. Le fait est que les niveaux visés des indicateurs (au tour de 80% pour plusieurs indicateurs du sous-secteur de l'hygiène promotion) par rapport aux résultats atteints démontrent un manque de connaissance du contexte du projet et un déficit de capacités à capitaliser sur les anciens projets. Cela est d'autant plus inquiétant qu'OGB insiste beaucoup sur la promotion de son système MEAL¹, et que le suivi des activités a révélé également de sérieux manquements.

La reprise communautaire est financée par UNICEF, le cadre logique de l'approche est pertinent mais le résultat sur la production et vente local de chlore en particulier pose toujours un certain nombre d'interrogations qui auraient dû être traitées au préalable. Notamment, en dehors des questions techniques et économiques, l'échelle avec laquelle la production de chlore liquide est prévue d'être mise en place dépasse le niveau d'une action pilote dont on cherche à apprendre pour mieux la contextualiser. Si la stratégie de reprise communautaire représente une initiative particulièrement louable et pertinente, sa mise en œuvre focalise particulièrement et sans doute trop sur le résultat lié à la production de chlore (*qui est une solution parmi d'autres pour assurer une potabilisation de l'eau à domicile*) au détriment d'autres aspects de la stratégie. Il semble qu'il y ait à ce jour un gap pour assurer une capacité de monitoring et capitalisation externe sur la démarche.

Le LRRD semble finalement malgré la production des fameuses fiches LRRD par UNICEF, toujours à l'état embryonnaire et l'engagement des bailleurs de développement semblent plus opportuniste que le fruit d'une véritable volonté commune de contribuer à la mise en place du PMSEC². Les fiches constituent un très bel outil de plaidoyer. Par contre, la manière dont les couts des actions structurelles sont estimés semble toujours assez nébuleuse car les hypothèses sur lesquelles se fondent ces estimations ne sont pas présentées. Le fait est que des investissements très conséquents sont déjà actés pour améliorer l'accès à l'eau dans un certain nombre de centre urbains des zones endemo-epidemique de cholera (*exemple de Bukavu, Goma, Uvira, Kalemie, ..., présentés dans le rapport antérieur*). Ces travaux vont en moyenne prendre 3 à 5 ans suivant les zones. Malgré ces initiatives, et compte tenu des délais comme des questions, il est recommandé à ECHO d'accompagner ces processus et de maintenir/financer la capacité de riposte.

¹ Monitoring Evaluation Assessment and Learning

² Plan Multi Sectoriel d'Elimination du Cholera

2. BACKGROUND OF THE EVENTS

2.1. RRMP et Mouvement de population

2.1.1. Présentation du mécanisme RRMP

L'objectif général du RRMP est de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité d'un groupe de personnes placées en situation de vulnérabilité aigue suite à un mouvement de population lié au conflit armé ou à une catastrophe naturelle. Le RRMP intervient sur base de vulnérabilités identifiées en faveur des populations suivantes :

- ✓ Les populations déplacées/retournées depuis moins de 3 mois ou accessibles depuis moins de 3 mois.
- ✓ Les populations d'accueil vivant dans les zones affectées par un mouvement de populations déplacées
- ✓ Les populations retournées depuis moins de 6 mois.
- ✓ Les populations affectées par des catastrophes naturelles.

L'un des buts du RRMP est d'assurer la veille humanitaire et développer une capacité d'évaluation rapide multisectorielle dans les domaines de : Biens non alimentaires (NFI) et Abris, Eau - hygiène et Assainissement, Education, Santé et Nutrition, Sécurité alimentaire. Le RRMP fonctionne en synergie et en soutien aux clusters, il est un outil de veille humanitaire, d'alerte et de réponse. Cette veille humanitaire est effectuée en collaboration avec un réseau d'acteurs locaux identifiés par l'équipe RRMP dans chacune des provinces affectées par des mouvements de populations.

Le RRMP en quelques chiffres :

- Environ **80 à 70% des alertes** suivant les secteurs, donnent lieu à des **MSA**.
- Le RRMP réalise environ **400 à 500 MSA par an** pour environ **250 interventions**, soit un peu plus de **50% des MSA donne lieu à des interventions**.
- **70% des interventions** donnent lieu à un **monitoring dans les 3 mois** suivant la fin de l'intervention. Le monitoring est réalisé en majorité par les partenaires.
- Depuis **Janvier 2014**, le RRMP c'est :
 - 88 interventions en NFI**
 - 84 interventions en WASH**
 - 36 interventions en Education**
- En **3 ans, 19 000 ménages** ont été **enquêtés** dans le cadre des activités du RRMP

Le RRMP est piloté par un comité dans lequel on retrouve à la fois les clusters lead sectoriels concernés par les activités développées (NFI, EHA, Santé, Education), l'UNICEF, les partenaires opérationnels et OCHA. Les alertes une fois reçues sont validées, ou non, par le comité de pilotage indépendant de l'acteur opérationnel afin de garantir une objectivité dans la prise de décision. Une fois l'alerte validée, une priorisation (basée sur 4 critères : durée du déplacement, accès, taille de la population, absence d'autres acteurs) des évaluations multi sectorielles (MSA) est lancée puis une étape de priorisation des interventions à réaliser.

En théorie entre les alertes et les interventions, on trouve 13 étapes à passer (réception de l'alerte, validation de l'alerte, validation de l'évaluation, validation des résultats de l'évaluation, validation du plan d'action, validation de l'intervention, monitoring,...) et 8 indicateurs. Chaque étape de validation est évaluée selon différents critères.

Les interventions sont déclenchées en fonction de critères dont les seuils sont pré définis par secteur et qui sont pertinents pour la plupart pour les situations de retour (car améliorer la situation sanitaire par rapport à ce qu'elle était avant le déplacement n'est pas le mandat du RRMP même si les activités mises en place peuvent y contribuer). Sur un déplacement, les seuils devraient être différents car ils vont dépendre de la capacité d'absorption du surplus de population par les ressources existantes. Toute personne se déplaçant a forcément besoin d'un accès à l'eau. Ainsi l'indicateur devrait plutôt prendre en compte une quantité d'eau disponible et un temps alloué au puisage (distance et temps d'attente) calculé sur le volume global de population (populations plus déplacées).

Par exemple pour l'EHA, les seuils sont :

- ✓ Une augmentation du taux de diarrhée de plus de 45% chez les enfants de moins de 5 ans dans les 15 derniers jours
- ✓ Un accès à une source d'eau protégée de moins de 10%
- ✓ Un accès à une latrine hygiénique de moins de 4%
- ✓ Un taux d'accès au savon dans les ménages de moins de 10%
- ✓ Epidémie d'origine hydrique ou due au manque d'hygiène (Cholera, schigella,...)
- ✓ Pas d'autre acteur prêt à intervenir dans la zone

Les différents critères sont soumis à discussion au niveau du comité de pilotage afin d'avoir une vision contextualisée globale et être capable d'établir des priorités pour dans le cas où plusieurs alertes sont émises pendant la même période et que la capacité opérationnelle des partenaires du RRMP est entamée ou insuffisante pour couvrir le besoin. Le comité de pilotage se réunit une fois par semaine sauf besoin exceptionnel (exemple du glissement de terrain dans le Nord Kivu en septembre 2014). Une validation des alertes et départs d'évaluation peut également être réalisée *online* par le comité de pilotage si nécessaire. La moyenne observée de délai entre alerte et intervention est d'environ 30 à 40 jours, avec des maximums à 100 voire 140 jours (en général pour des questions de sécurité) et un minimum 15 jour à 3 semaines. **La durée maximum** d'une **intervention** WASH est fixée à **3 mois** et la **taille de la population** ciblée doit être **d'au moins d'un mouvement d'au moins 200 ménages**. Notons qu'une checklist protection a été mise en place au niveau des partenaires.

Répartition du budget RRMP par secteur d'activité :

	RRMP 2013	RRMP 2014	Variation
MSA	\$ 5,166,781.50	\$ 5,021,544.81	-3%
NFI	\$ 21,366,320.73	\$ 18,475,769.73	-14%
WASH	\$ 6,358,387.14	\$ 4,649,580.92	-27%
Education	\$ 5,190,011.47	\$ 2,840,993.46	-45%
Health	\$ 3,518,499.16	\$ 5,399,102.06	53%
Budget Total	\$ 41,600,000.00	\$ 36,386,990.97	-13%

Les recommandations d'amélioration suivies par le RRMP sont :

- Améliorer la redevabilité aux bénéficiaires
- Améliorer l'intégration du RRMP avec les autres acteurs
- Améliorer la gestion et l'usage de l'information
- Continuer à améliorer la qualité et la rapidité
- Continuer à explorer les questions de Cash vs Inkind
- Monitoring par un tiers

En terme d'activités EHA, le RRMP développe des actions sur :

- ✓ Les latrines d'urgence et semi pérennes
- ✓ Les points de chloration
- ✓ La réhabilitation d'ouvrages ou petite constructions (captage de source) et la protection des ressources en eau
- ✓ La sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène et usages de l'eau ;
- ✓ La distribution de savon ou/et kit d'hygiène

On peut noter qu'un programme d'UNICEF, **PEAR** + réalise des investissements plus importants dans les zones de retours

2.1.2. Mouvement de population et typologie des interventions

2.1.2.1. Perspective des mouvements de population et typologie des interventions

Les derniers mouvements de populations dans les deux Kivus sont principalement dus (plus de 95%) à l'activisme des forces et groupes armés (FDLR ; Mayi Mayi et leur différentes factions : Yakutumba, Fuafula de Masisi, Waloaloanda... ; Raya Mutomboki et leur différentes factions : Charlequin, Mukombo, , Dumbo, ... ; NDC ; présumé ADF/NALU) qui se combattent entre eux (e.g.: FDLR vs NDC ; FDLR vs RM/Charlequin...) et lors des opérations menées par les FARDC contre ces groupes.

Etant donné l'agenda actuel, il est **peu probable que la situation sécuritaire s'améliore** dans la zone et l'approche des élections avec la révision de la constitution souhaitée par le président actuel donne plutôt des signes de potentielles aggravations de ces déplacements de populations dues à l'augmentation de l'insécurité et des conflits armés.

2.1.2.2. Mouvement de population au Nord Kivu

Au Nord Kivu, fin octobre 2014, le nb total cumulé depuis 2009 personnes déplacées est 861287, dont **26 605 nouveaux déplacés depuis le début de 2014** et environ **281 376 personnes retournées lors des 18 derniers mois** (d'Avril 2013 à Septembre 2014).

En ce qui concerne les déplacements récents (2014) sur les 26 605 nouveaux déplacés on a :

1. 12 491 personnes dans ou en provenance du Territoire de Walikale suite au conflit entre FDLR et NDC (Ndume Defense of Congo)
2. 7 535 personnes du Territoire de Lubero suite au conflit entre FDLR et NDC (Ndume Defense of Congo)
3. 6 370 du Territoire de Beni suite aux attaques de présumés ADF/NALU
4. 209 personnes du Territoire Masisi suite au conflit entre FARDC et Nyatura

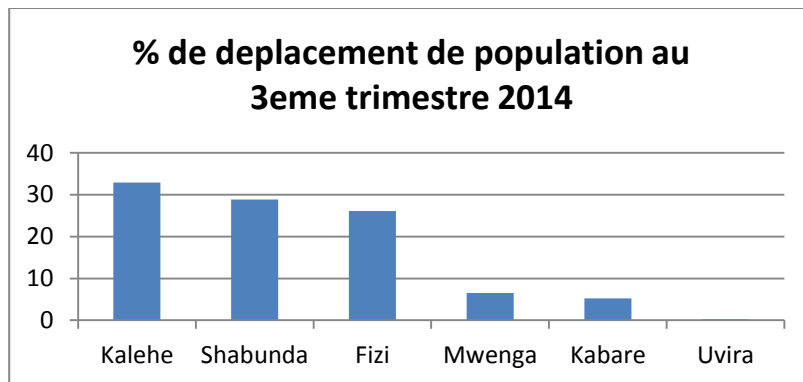
Dans le Nord Kivu il semble d'après les données OCHA et RRMP que **70% des déplacés soient répartis dans des familles d'accueil** et 30% d'entre eux sont rassemblés dans des sites (spontanés ou non).

En termes de retour on peut noter qu'au niveau des Territoires : Beni enregistre 24% des retours récents, Lubero 22%, Masisi 20%, Nyiragongo 19%, Rutshuru 13% et Walikale 3% (très peu de retour dans cette zone qui continue à avoir une sécurité très volatile...).

2.1.2.3. Mouvement de population au Sud Kivu

Au Sud Kivu, on compte un total cumulé depuis 2009 de 618 326 personnes déplacées, **dont 120 265 nouveaux déplacés depuis le début de 2014 dont 63 345 personnes déplacées depuis le 30/06/14**. Les documents officiels estiment à environ **287 636 personnes retournées lors des 18 derniers mois** (avril 2013-septembre 2014).

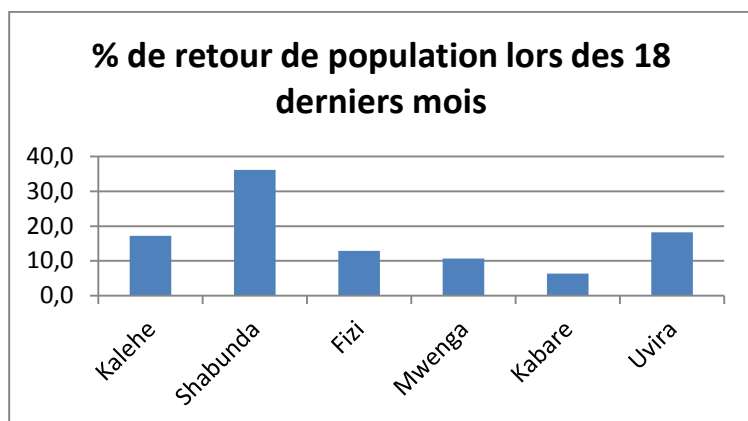
La répartition des mouvements de populations les plus récents (3eme trimestre 2014) est présentée dans le graphique ci-dessous :



Un tiers des déplacements ont eu lieu dans le Territoire de Kalehe, et la **grande majorité du reste des déplacements** a eu lieu dans les **Territoires de Shabunda et Fizi**.

Dans le Sud Kivu, les données de OCHA et du RRMP présente un **taux d'accueil des déplacés dans des familles de 94%**, ce qui semble très important, notamment par rapport au Nord Kivu.

Les retours par territoire se répartissent comme présenté dans le graphique ci-dessous :



2.2. Cholera : Reprise Communautaire et LRRD

2.2.1. Situation Epidémiologique du Sud Kivu en 2014 (jusqu'à la semaine 42)

Données partagées à la semaine 42 sur la province : diminution de cas par rapport à la semaine précédente : 237 cas avec 1 décès soit une létalité de 0,42% à la S42 contre 248 cas avec 2 décès soit une létalité de 0,8% à la S41.

La ventilation des cas par zone de santé se présente de la manière suivante :

Fizi : 88 cas sans décès à la S42 contre 63 cas sans décès à la S41

Nunduru : 51 cas sans décès à la S42 contre 12 cas sans décès à la S41

Uvira : 30 cas sans décès à la S42 contre 42 cas sans décès à la S41

Kalehe : 15 cas sans décès à la S42 contre 60 cas sans décès à la S41

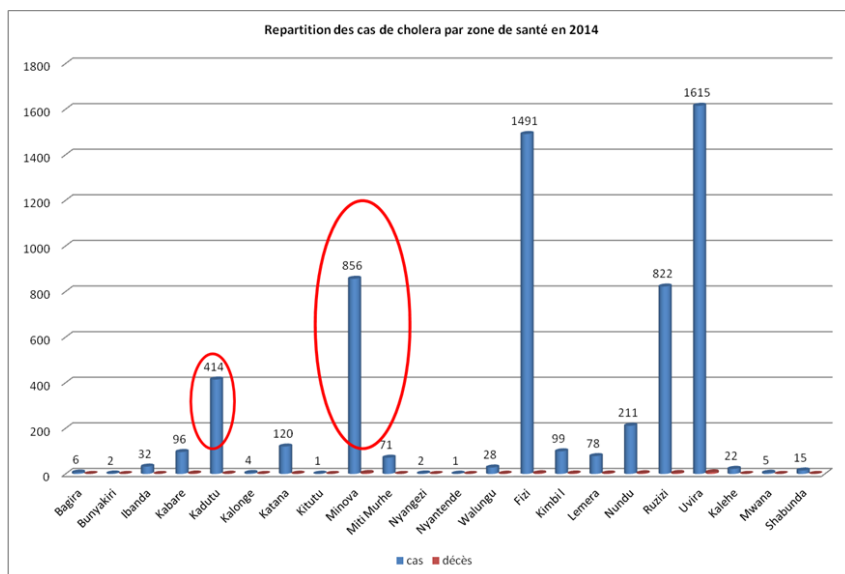
Minova : 15 cas sans décès à la S42 contre 25 cas sans décès à la S41

Katana : 13 cas sans décès à la S42 contre 11 cas sans décès à la S41

Lemera : 10 cas avec 1 décès à la S42 contre 13 cas sans décès à la S41

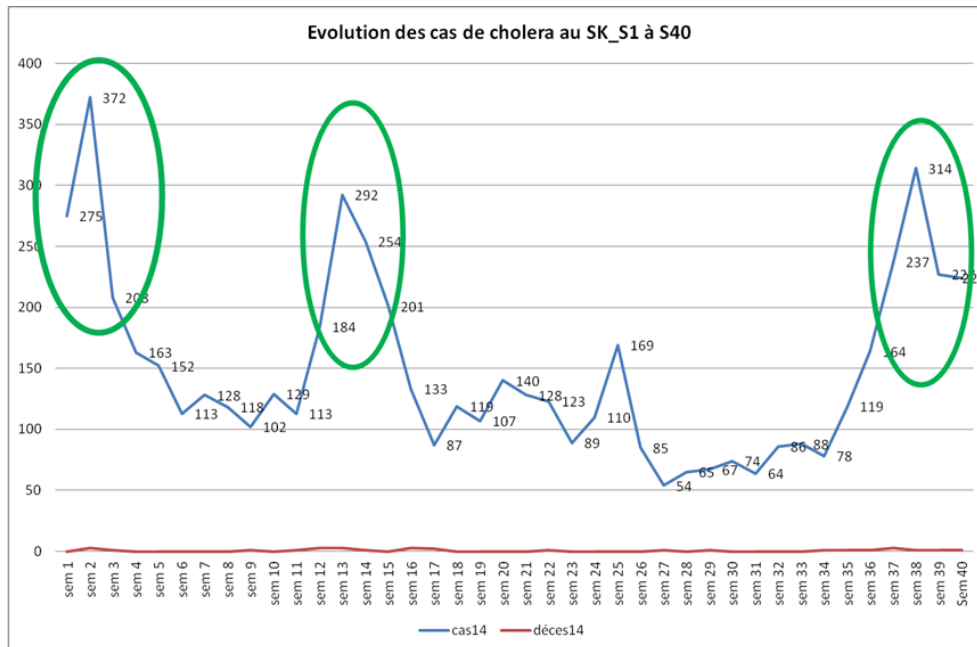
Miti Murhesa : 9 cas sans décès à la S42 contre 6 cas sans décès à la S41

Ruzizi : 6 cas sans décès à la S42 contre 12 cas sans décès à la S41



Données du cluster santé : 5991 cas depuis le début de l'année en semaine 40, et **6 478 cas en semaine 42**, avec **31 décès en semaine 42, soit un Taux de Létalité de 0,47%**. On peut noter, à la vue des graphiques présentés ci-dessous, qu'il semble que la plupart des décès sont apparus au moment du pic pour la première flambée mais qu'ensuite ces décès apparaissent en début et en fin de flambée. Pour rappel, il y a eu **7 064 cas en 2013 au Sud Kivu pour environ 27 000 dans l'ensemble de la RDC pour la même période**.

Les principaux « **hot spot** » sont les zones de santé de **Fizi et Uvira** principalement, puis Minova et Ruzizi. Les flambées de Fizi et Uvira (avec des pics en semaine 13 et 38) semblent faire suite à des **coupures d'eau**, celle d'Uvira qui a duré 3 semaines étant due, comme c'est régulièrement le cas, à une coupure de la SNEL qui fournit l'énergie des pompes alimentant le réseau.



2.2.2. Situation de la stratégie de Reprise Communautaire et LRRD

2.2.2.1. Reprise communautaire :

La stratégie de reprise communautaire est construite sur 3 ans. Le budget sur 3 ans a été élaboré et le financement de la première année est acté. Les contrats de subvention (PCA) avec les partenaires sont signés. Chaque nouvelle année de financement est censée être conditionnée par les résultats de l'année antérieure. La stratégie se veut projet pilote mais sa mise en place se fait déjà à une échelle conséquente (8 zones de santé).

La stratégie, si elle inclut d'autres types d'activités, est largement construite autour de la production locale de chlore et la commercialisation de ce produit au niveau des ménages. La 1^{ère} étape se concentre sur la réalisation d'étude socio-économique et socio-culturelle. **L'ensemble des partenaires est censé suivre le même cadre opérationnel et stratégique ainsi que les mêmes « guidelines » techniques en cours de finalisation, pour faciliter les échanges et comparaisons.** Le même cadre d'étude et de suivi des activités devraient également être mis en place. Les partenaires ont eu des difficultés à recruter les consultants appropriées pour réaliser les études prévues qui ont déjà pris du retard, certains partenaires n'ayant toujours pas pu identifier de consultant ou autres types de personnel pour réaliser ce travail très spécifique.

Un point focal reprise communautaire a été recruté fin août 2014, pour les 3 principaux acteurs opérationnels de la reprise communautaire : Solidarité Internationale (SI), Oxfam GB, ACF. Ce point focal est basé au bureau SI de Goma, SI étant leader du groupe de travail EHA sur le choléra. L'objectif de ce poste est de centraliser les

informations collectées (suivi des indicateurs, données contextuelles, leçons apprises, ...), d'harmoniser et coordonner la mise en place et le suivi des activités des 3 partenaires chacun dans sa zone géographique. Un *draft* du cadre logique de la reprise communautaire a été présenté dans le cadre du rapport de suivi d'activités de la précédente mission en RDC en juillet 2014. Le point focal répond directement à la Coordinatrice du Cluster EHA national basée à Kinshasa. En théorie un relais est opéré à Goma par le point focal d'UNICEF sur le programme Village Assaini qui fait partie intégrante de la stratégie de reprise communautaire pour les zones rurales et éloignées. Le **point focal de la reprise communautaire** semble par contre **limité dans sa capacité** de réaliser un **suivi** conséquent des activités par manque de moyens logistiques et humains.

Le cadre logique, les termes de référence de la stratégie et le plan d'action n'ont pu être partagés pour des questions de procédures UNICEF, car non finalisés et la validation interne non terminée. Les documents devraient être finalisés et disponibles rapidement (fin Novembre).

2.2.2.2. LRRD

Depuis la dernière visite peu de nouveaux engagements de bailleurs de développement sont à signaler. Les projets mentionnés dans le dernier rapport de suivi de la mission de juillet 2014 sont toujours en cours de finalisation.

UNICEF a clarifié le fait que les fiches LRRD produites dans le cadre du projet d'appui au cluster wash financé par ECHO (ECHO/COD/BUD/2013/91034 étaient **considérées plus comme un document de plaidoyer à destination des acteurs du développement** plutôt que ce qui avait été annoncé, c'est-à-dire un quasi projet « clé en main » pour les bailleurs de développement, ce qui semble positif.

Les fiches développées par les partenaires opérationnels de la réponse EHA cholera sont en cours de compilation et finalisation pour une restitution globale avec a priori la présentation d'un mode de priorisation. Un atelier a eu lieu à Kinshasa le 13 novembre pour lancer le plaidoyer. En pratique, le plaidoyer de ces fiches auprès des bailleurs de développement est mené par la Coordinatrice du Cluster National EHA, la plupart ayant leur représentation uniquement à Kinshasa. Le point focal pour l'Est est juste un relais occasionnel. Les **bailleurs de développement** ont chacun des agenda et mode de travail différents ce qui fait que leur **implication** dans les problématiques présentées dans ces fiches est plus **opportuniste** que le résultat d'une volonté politique de contribuer au financement d'un plan d'action global visant l'éradication du choléra en RDC par l'amélioration structurelle de l'accès à l'eau « potable ».

3. MAIN ISSUES DISCUSSED :

3.1. RRMP

3.1.1. Observations générales sur le mécanisme de réponse rapide

Concernant la composante Wash, le partenaire de mise en œuvre du RRMP est Solidarités au NK, et IRC au SK et Katanga. La visite de monitoring a permis de visiter les activités d'IRC au SK.

3.1.1.1. Réactivité du dispositif

Comme décrit dans la partie précédente, le système implique une série d'étapes pour la validation de l'alerte, l'évaluation jusqu'à intervention qui permettent **de garantir le bien fondé des informations reçues**. Pour évaluer la rapidité du mécanisme, **chaque mouvement de population doit être analysé au cas par cas**.

Concernant l'intervention de Kolula :

Action	Date	Délai	Délai total
Alerte	12 Mai 2014		
Evaluation	06 au 08 juin 2014	26 jours	
Intervention EHA	18/07/14 au 23/08/14	40 jours	66 jours

On constate un délai global de 66 jours entre la date de l'alerte et le début de l'intervention Wash. Mais la composante wash arrive souvent après le volet NFI et l'indicateur du RRMP est calculé dans le cadre logique sur la base du début de l'intervention toute activité confondue. L'intervention wash elle-même a duré un peu plus d'un mois. Ces délais sont largement au-dessus du délai visé (30 jours) et du délai moyen observé (40 jours). Il faut cependant noter que l'intervention de Kolula n'a porté que sur les retours car les populations pendant le déplacement initial étaient éparpillées dans la forêt. L'alerte prise en compte dans la matrice devrait être celle du retour tout en sachant que celui-ci n'a pas été effectué un jour fixe mais qu'il a été progressif. Le **délai entre l'évaluation et l'intervention s'explique** donc ici par des **questions d'accès 1/aux populations en forêt si l'on tient compte de l'alerte de départ 2/ accès** logistiques compliquées étant donné que l'intervention dépendait essentiellement des moyens aériens à un moment où la piste connaissait des problèmes de réhabilitation (Rappel : histoire de la piste ECHO FLIGHT).

Concernant l'intervention de Hombo

L'intervention de Hombo, contrairement à celle de Kolula, a eu lieu au moment du déplacement c'est-à-dire au moment où la **majorité des déplacés – provenant du NK – était hébergée en famille d'accueil**.

Action	Date	Délai	Délai total
Alerte	30 juin 2014		
Evaluation Hombo Nord	08 au 10 juillet 2014	8 jours	
Evaluation Hombo Sud	13 au 15 juillet 2014	13 jours	
Intervention Hombo Nord	07/09/14 au 01/10/14	69 jours	77 jours
Intervention Hombo Sud	07/09/14 au 01/10/14	64 jours	77 jours

En fait la localité de Hombo est séparée par une rivière, frontière entre le Nord et le Sud Kivu, d'où l'appellation.

L'intervention à Hombo s'est également déroulée dans des délais supérieurs à la moyenne visée (77 jours) et observée pour les raisons évoquées de sécurité.

De manière générale, la plupart des **délais importants entre alertes et interventions** semblent dues à des problèmes principalement de **sécurité et de logistique** même s'il existe des exceptions. Il est difficile d'évaluer la

réactivité globale du mécanisme RRMP et encore plus du partenaire car de nombreux facteurs exogènes interviennent : sécurité, accessibilité, capacité du partenaire déjà engagée, présence d'autres acteurs, type de déplacement (éparpillés, concentrés, ...), approvisionnement (entre partenaire ou entre le partenaire et le terrain d'intervention).

Le fait est qu'il est difficile de retrouver les dates des alertes dans la documentation des interventions (*évaluation MSA et rapport d'intervention*). Notamment, il paraît compliqué d'estimer le **délai** entre **le moment ou l'alerte est émise du terrain et le moment où elle est traitée par le comité de pilotage**. L'historique ou la chronologie de l'intervention et du franchissement des différentes étapes de l'intervention n'est pas présentée dans ces documents (*on doit se référer à la base de donnée activity infos qui est une base de donnée interne*). **Seul le délai entre évaluation et intervention est mentionné dans le rapport d'intervention (ce qui peut correspondre au critère d'évaluation de performance du partenaire mais pas du système globalement)**. Il est important d'avoir au moins une date de départ pour être capable de suivre et vérifier la chronologie de l'intervention et d'avoir un document unique et synthétique reprenant les informations essentielles de l'intervention. Inclure ces données dans le rapport d'intervention faciliterait le monitoring des interventions.

Dans certains cas particuliers comme par exemple les flambées épidémiques de choléra dans des zones non endémiques la réactivité du dispositif doit être cependant garantie. La flexibilité du mécanisme (validation online, etc...) permet selon les informations reçues d'optimiser la rapidité lorsque cela est nécessaire.

3.1.1.2. Qualité des évaluations (*une analyse des indicateurs et des sources de vérification a été intégrer dans la fiche HOPE de monitoring*)

Au niveau de l'évaluation initiale, **les fiches MSA sont bien construites et très, voir trop complètes**. Les évaluations tentent de se baser sur des données statistiques pour s'assurer d'un minimum d'objectivité. Par contre ces données statistiques sont très souvent basées sur des appréciations qualitatives forcément subjectives tel que par exemple pour les abris : abris en bon état ou non, etc... Le fait est que l'on peut raisonnablement se poser la question de la fiabilité et la représentativité des données collectées (en commençant par celles des données démographiques) et pour les enquêtes de ménage de la **pertinence des échantillonnages (fixés en EHA, comme dans les autres secteurs, à 100 ménages)**. **L'argument avancé par le RRMP et qui donne du sens à la démarche malgré tout**, est le fait de **considérer ces données principalement pour comparer des situations et être capable de prioriser les interventions**. (**Le RRMP est conscient que le biais est non négligeables**, mais part du principe que s'il y a des biais, il est à peu près du même ordre d'une zone à l'autre et qu'ainsi il est moins préjudiciable à une analyse comparative des situations. De plus, le RRMP s'appuie sur une base de données d'enquête de 19 000 ménages qui permet d'extrapoler sur certains résultats des enquêtes et ainsi d'affiner l'analyse des enquêtes ménages réalisées à chaud intervention).

Le mode d'évaluation initiale avec dans un **temps limité (2 à 3 jours par localité)**, la **collecte d'un grand nombre de données de secteurs différents** dans des **contextes** dans lequel parfois les **données n'existent tout simplement pas ou dans lequel le mode de collecte de celles-ci est biaisé**, rend **difficile de s'assurer de la bonne couverture des besoins**. Mais il faut admettre que l'évaluation MSA constitue aujourd'hui un outil de base dans la réponse humanitaire. Dans la logique du RRMP, elle doit également s'accompagner d'une analyse qualitative (contexte) et d'une capacité de regard critique sur les résultats obtenus.

3.1.1.3. Ciblage des activités EHA

Le ciblage des besoins s'est fait par rapport aux seuils sectoriels prédéfinis. ***Le ciblage des bénéficiaires en particulier des latrines familiales sur des critères de vulnérabilité n'est pas très clair dans la pratique.*** La manière de dimensionner la réponse est assez obscure sur les interventions visitées. La définition du nombre de latrines familiales (CASH for latrine, ou autre mode de mise en œuvre) à subventionner lors d'une intervention et la méthode d'identification des familles d'accueil bénéficiaires n'a pas pu être expliquée clairement par le partenaire IRC. ***Pourquoi 129 latrines familiales et pas 200 ?*** Ce chiffre est fixé indépendamment du nombre de famille d'accueil et de population vulnérable identifié, il correspond à une capacité globale du partenaire dans son contrat de subvention. S'il y a plus de famille d'accueil ou de population vulnérable (selon les critères) comment la priorisation a-t-elle été faite. Le mode de priorisation des bénéficiaires n'a pas pu être explicité clairement non plus par IRC, alors qu'il est défini dans les guidelines sur la base du critère de peuplement d'un domicile. Il semble que le comité pilote ait validé l'intervention sans creuser la question de la logique de dimensionnement de l'activité latrine familiale.

Cela laisse à penser que la logique d'intervention et la connaissance des guidelines n'est pas maîtrisée totalement par le partenaire d'UNICEF. De la même manière, le ***ciblage de la promotion à l'hygiène paraît inadéquat*** car proposant un package standard. Le ciblage ne repose pas sur l'identification et la priorisation des principaux problèmes d'hygiène de la population ou zone cible à prendre en compte dans les messages et le mode de sensibilisation.

Le mode de ciblage des bénéficiaires (notamment des latrines familiales) et de couverture des besoins ainsi que le moyen de s'assurer de l'accès aux points d'eau pour les plus vulnérables doivent être améliorés de manière significative. Un autre ***challenge*** rencontré par le RRMP, notamment mais pas seulement sur le ciblage, est de ***combattre les effets néfastes de l'assistance causés par l'installation d'un système quasi-mécanique qui existe maintenant depuis plusieurs années et qui est bien compris par les populations affectées (déplacements = assistance).*** Le détournement le plus dérangeant du système n'est pas ce qu'un anthropologue appellerait de l'« appropriation », mais plutôt le risque qu'un petit groupe de gens tire bénéfice de l'aide (comité de déplacés, etc). Il est donc important de ***prendre en compte ces risques de dérives*** afin de limiter leur impact néfaste sur l'efficacité de l'aide.

3.1.1.4. Qualité des interventions

La visite a soulevé un certain nombre d'observations techniques qui sont renseignées dans le point 3.2 ci-dessous.

Il est à noter dans le cadre de l'efficacité du suivi que le responsable du RRMP IRC ne s'était rendu au préalable dans aucun des sites visités pendant la mission (les délais de transport étaient par exemple très mal maîtrisés). Le niveau de supervision technique ne semble donc pas approprié et doit être amélioré.

Au niveau du post monitoring, si près de **70% des interventions sont évaluées dans les trois mois** suivant leur fin, ces évaluations, comme dans la plupart des cas pour les MSA, sont réalisées par le partenaire et leur objectivité peut parfois être remise en question. Exemple du rapport final d'intervention pour Kolula produit par IRC et dans lesquels on trouve parmi les **points forts identifiés par eux même sur leur intervention** : « **la supériorité technique et la qualité des ouvrages** » ce qui a été remis en cause lors de la visite. **UNICEF a déjà identifié ce problème et le suivi de projet par un tiers fait partie des axes d'améliorations prévus**

Les interventions visitées durant la mission sont récentes et n'ont pas encore donné lieu à des évaluations (normalement dans les 3 mois après la fin de l'intervention). Elles seront partagées avec ECHO dès leur publication.

Dans les situations de retours en particulier, il est important que le RRMP ne présente pas (ou limite autant que possible les mauvais effets) de stratégie concurrente avec les acteurs de la zone œuvrant sur d'autres durées, et autant que possible la **recherche de complémentarité** devrait être menée. *Un bon exemple est celui d'une intervention RRMP se déroulant dans une zone où le programme village assaini est mis en place. Ce type de programme fonctionne sur un mode de développement en travaillant sur l'appropriation notamment à travers la contribution de la population, quand dans le cadre du RRMP les « volontaires » communautaires sont payés. Le recours aux systèmes des primes communautaires et le mode de contribution des populations devraient être revus.*

L'un des axes d'amélioration que cherche à relever également le RRMP veut développer dans le domaine des activités Wash est de mettre en place un **suivi de la qualité de l'eau dans les ménages** avec des tests bactériologiques (présence/absence de bactéries ou test de résiduel de chlore lorsque l'eau est chlorée).

Dans le cadre de l'évaluation plus large du mécanisme RRMP, une des grandes **difficultés** est de **pouvoir analyser séparément l'impact des différentes activités** développées sur les objectifs du projet. Au point **qu'UNICEF a prévu de financer une étude de faisabilité de cette évaluation d'impact désagrégée par activité.**

De la même manière en ce qui concerne les indicateurs de l'objectif spécifique, il est difficile de baser la performance des activités du RRMP concernant l'eau potable sur un éventuel abaissement du taux de diarrhée chez les enfants du fait qu'un grand nombre de facteurs exogènes existent. **L'analyse des études CAP faites dans le cadre du RRMP montre que depuis plusieurs années le niveau de connaissance des bonnes pratiques d'hygiène évolue peu.**

Même si la visite de monitoring n'a pas abordé la problématique des « camps » ou sites de **déplacements (qui se trouvent au Nord Kivu) il faut indiquer que les besoins ne peuvent pas y être pris en charge par les acteurs du RRMP au-delà de 3 mois**, et qu'il est ensuite très **difficile de trouver** non seulement **un partenaire opérationnel** mais également **un financement pour prendre le relais** de la gestion d'une situation non prévue. Cependant **théoriquement Oxfam GB** dispose d'un **financement** conséquent d'**OFDA** pour les interventions **wash d'urgence** notamment **dans les sites.**

3.1.2. Observations techniques sur les Activités EHA

3.1.2.1. Eau potable

Kolula : Durant la visite de Kolula (par avion à cause de l'accessibilité, environ 3h sur place), nous avons pu nous rendre compte des travaux réalisés sur la mini adduction existante et déjà réhabilitée en 2011 par IRC dans le cadre également d'une intervention RRMP. Cette adduction a été initialement réalisée par l'ONG Malteser. Elle est constituée de captage de source, conduite d'adduction jusqu'à un réservoir de 5m3 en béton et deux lignes de distribution connectant des bornes-fontaines d'un robinet.

Hombo : Durant la visite de la zone de Hombo, plusieurs sites ont été visités, dont la localité de Hombo qui a reçu le plus grand nombre des déplacés. A Hombo, IRC a contribué à réhabiliter le réseau et les bornes fontaine et à augmenter la quantité d'eau disponible en réhabilitant la zone de captage. Il est important de noter que l'alimentation en eau de la localité de Hombo est très précaire (*même si l'intervention d'IRC a contribué à améliorer sensiblement l'accès*) et constitue potentiellement une source de conflit au sein de la communauté résidente et entre déplacés et résidents. (Comme relaté par le partenaire CARITAS qui effectue le monitoring de protection sur la zone)

A Kolula, les débits de plusieurs bornes fontaines ont été mesurés et certaines (au moins 4 d'entre elles) avaient des **débits très faibles avec environ 8 à 9 minutes pour remplir un bidon de 20 L**, soit des débits d'environ 0,04 L/s. Un point d'eau avec ce débit peut normalement alimenter en prenant 6 heures de puisage par jour), **au mieux environ 175 personnes à 5L/jr**. Le nombre de bénéficiaires estimé dans les documents **IRC mentionne** quant à eux **un nombre de bénéficiaires beaucoup plus important pour au moins 3 d'entre elles** avec 370 personnes (source à 0,06L/s, soit 3,5 L/pers/jr), alors que cette ressource selon ces standards ne peut pas alimenter plus de 260 personnes.. Le standard de minimum vital en urgence est de 5L/jr/pers, même si à **Kokula on est dans un contexte de retour**. La manière de renseigner les indicateurs (*source d'information*) **et les chiffres énoncés dans les indicateurs d'« outcome » (calcul du nombre de bénéficiaires) des rapports d'intervention peuvent être remis en question** (3175 personnes pour Kolula). Ces chiffres devraient prendre en compte un calcul réaliste de la quantité d'eau réellement disponible pour la population. A ce niveau le problème du réseau est la pression, donc **le dimensionnement des tuyaux peut être mis en cause**. Le débit des sources à Kokula n'a également pas été systématiquement suivi, ni mesuré pendant l'intervention, ce qui ne permet pas de dimensionner globalement le système.

Aucun document mentionnant les résultats des analyse d'eau mis à part le teste de pH et la turbidité n'est mentionné dans le rapport d'intervention, a priori peu de tests bactériologiques sont réalisés. Le test absence/présence avec H2S est, semble-t-il, le test préconisé (présent sur les fiches de point d'eau mais non renseignés sur les documents reçus).

Le dimensionnement des équipements hydrauliques est absent et la sélection des équipements hydromécaniques est souvent non adaptée et inappropriée. La pose **d'une vanne de sectionnement avec fermeture en un quart de tour en tête d'une conduite d'adduction** avec de plus un **dénivelé important est une incohérence technique**. La résultante de cette non-conformité sera des coups de bélier fréquents dès manipulation de la vanne avec pour **conséquence une durée de vie réduite pour les équipements et une apparition rapide et importante de fuite** sur la conduite.

Le mode de sélection des matériaux des conduites paraît peu pertinent, en effet le PEHD (même s'il est plus cher au départ) permettrait dans les diamètres couramment utilisés dans ces interventions de faciliter largement la mise en œuvre. Notamment dans les cas de passage aérien (qui sont souvent utilisés comme nous verrons ci-dessous) le PEHD offrirait beaucoup plus de résistance à la force d'écrasement due par exemple à la chute de pierre ou autres.

L'équipement du réservoir à Kolula est également **non conforme** avec absence d'aération, absence de trappe d'accès, sous dimensionnement du trop-plein (diamètre inférieur à la conduite d'amener).

Le mode de connexion des conduites a révélé un manquement technique grave (afin d'atténuer ce point on peut noter que cette mauvaise habitude est assez répandue en RDC pour des questions notamment budgétaires ou d'accès aux pièces de connexion ce qui n'est cependant pas le cas pour IRC). La **connexion des conduites PVC** (type à coller et non à emboîtement) a été réalisée dans de nombreux cas par **emboîtement avec chauffage de la conduite**



pour la détendre, ce qui a pour résultat de la **fragiliser** et de **favoriser l'apparition de fuite**. Dans tous les cas, lorsque l'on utilise des conduites en PVC à emboîtement avec joint torique, les pièces sont prévues pour être emboîtées, mais à froid et ce type de conduite doit être impérativement enterré afin d'avoir une auto butée de la conduite.

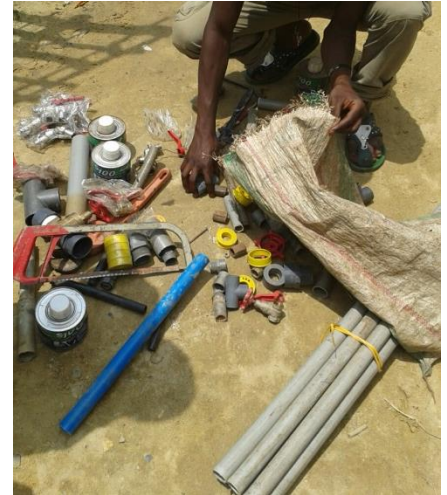
Lorsque les conduites sont bien connectées par collage le **mode de pose de la colle est également totalement inapproprié** et constitue une non-conformité. L'observation des **boursouflures de colle** aux endroits des connexions démontre qu'un **excès de colle** a été apposé, ce qui va avoir pour résultat de favoriser **l'apparition rapide et importante de fuite** sur la conduite.

Note : la colle utilisée pour la connexion des tuyaux en PVC fonctionne sur la base d'une fusion chimique. Ainsi le lien entre les conduites est opéré par une fusion de matériel et non par un « joint » de colle qui va rapidement sous l'effet de la pression se disloquer pour donner des fuites.

Les **conduites d'adduction** principalement sont également **mal enfouies avec des nombreux passages aériens voire même que des passages aériens** (Hombo Nord). La conduite est posée simplement dans le lit de cours d'eau ou sur les pentes de bas fond soumis à érosion. Il est difficile dans le cadre d'intervention d'urgence de ce type d'assurer une bonne tenue sur l'ensemble du tracé de la conduite. Par contre, il est **au moins possible d'identifier les zones les plus sensibles ou risquées et d'assurer à ces points critiques un minimum de stabilité de la conduite**

(afin d'éviter notamment son lessivage par les eaux de ruissellement chargées) par : *gainage, pose gabions, mise en place de support de fixation, empierrement, etc...*

Il semble que la protection des sources d'eau soit également mal comprise des personnels 'techniques' d'IRC. En effet, le périmètre de protection des sources est un des aspects les plus importants pour assurer une durabilité et une stabilité de la qualité de la ressource. Le personnel d'IRC lors de la **formation des comités d'eau** explique qu'il faut nettoyer les alentours des captages de sources expliquant que les racines des arbres par exemple peuvent se développer et endommager les boîtes de captage notamment. Par contre ***on ne parle pas de drainage et cela ne vient pas clairement à l'esprit des personnels interviewés*** durant la mission. Le **drainage** est sûrement ***l'aspect le plus important pour éviter l'érosion et la mise à nue des points d'émergence*** ou même



l'infiltration d'eau de ruissellement chargée dans la zone de captage.



Les boîtes à vannes (*photo ci-dessus*) sont en général au niveau des BF mal réalisées ou mal réhabilitées car un grand nombre d'entre elles sont inondées alors qu'elles sont censées être des environnements secs et drainés. La plupart sont faites en brique de céramique et en mortier.

Mode de gestion des points d'eau et accès des plus vulnérables

Il semble que la plupart des **comités mis en place ou réactivés** soient **effectifs et correctement structurés**, celui de Kolula paraissant assez dynamique. La **stratégie de contribution des populations à la maintenance des systèmes centralisés** dans le contexte des interventions RRMP **reste à développer et à formaliser afin** d'assurer une durabilité aux interventions **et de ne pas mettre en concurrence différents types de stratégie** opérationnelle dans une même zone. A Kolula, si les gens payaient avant le déplacement, aujourd'hui cela n'est plus effectif, alors que à Hombo dans un contexte plus semi urbain il semble que les contributions soient effectives. Par contre ***IRC ne peut démontrer clairement que les plus vulnérables ont accès aux points d'eau.*** A priori, ceux-ci ont été identifiés uniquement selon une seule source d'information représentée par le chef local et son conseil, alors que d'autres sources existent tel que les listes d'indigents des centres de santé...

Les techniciens de maintenance formés dans le cadre du projet (mais en général ils ont déjà bénéficié de formation antérieure) semble assez nombreux et pour ceux qui sont toujours en fonction (à Hombo certains ont quitté leur fonction car pas de paye), dynamiques et motivés. La plupart des techniciens ont reçu un certain nombre de formations et les personnels semblent largement en capacité de reproduire les techniques de réparation de fuite et autres apprises. Le problème est que dans la cadre de ces formations les techniciens d'IRC leur ont appris les mêmes erreurs qu'ils réalisent, par exemple, l'emboîtement en chauffant les conduites en PVC

(au lieu d'utiliser dans le cadre de réparation de fuite par exemple des pièces de connexion prévues à cet effet, ou au pire, des bandes en caoutchouc enroulées en compression sur la conduite en cas de fissure longitudinale). Un kit de maintenance est remis aux comités d'eau.

Contribution communautaire :

En ce qui concerne la **contribution communautaire**, il semble que le **terme** est **largement galvaudé dans le sens où tout apport de la communauté que ce soit en matériaux ou en main d'œuvre est soumis à paiement de la part du partenaire**. Les « volontaires » communautaires pour les activités d'hygiène promotion ou les manutentionnaires, etc., touchent en moyenne 5USD/jr/pers, soit environ **150USD/mois, ce qui est plus que le salaire de base d'un instituteur**. Le **système des primes pour les travailleurs communautaires doit être revu et doit s'assurer qu'il ne génère pas trop de disparité, de conflit et de nuisance sur la structure économique locale**.

Cet aspect a été abordé dans le cadre du précédent rapport avec des propositions stratégiques et opérationnelles. Le fait est que ce **type de méthode** est **largement employé dans le contexte de la RDC** notamment **depuis de nombreuses années** mais avec des volumes financiers de plus en plus importants (en dix ans le standard de prime journalière a été multiplié par 5 et non le coût de la vie ; en 2004 un travailleur journalier non membre d'une communauté bénéficiant d'un projet touchait en moyenne 1USD/jr/pers). Evidemment d'autres facteurs interviennent dans l'évolution de ces primes mais, par principe, celles-ci doivent être mises en place, si pas d'autres alternatives, selon une stratégie bien définie et ayant intégré les risques de nuisance. **L'intérêt d'injecter de l'argent dans une économie bouleversée peut se comprendre mais la manière doit avoir du sens et éviter de générer des phénomènes de dépendance, augmentant finalement la vulnérabilité des populations et fragilisant la durabilité des actions menées** (dès que le système de financement s'arrête en général au départ de l'ONG les activités tombent en désuétude).

3.1.2.2. Assainissement

Le volet assainissement du RRMP repose en grande partie sur la mise en place de latrines d'urgence ou semi durables, communales/publiques ou familiales. **La plupart des latrines visitées ne possédaient pas de bouchon, ni de protection anti-insecte sur l'aération**. Certaines latrines institutionnelles dans le centre de santé d'Ottoboro offraient un espace très réduit pour l'usage de la latrine avec une porte s'ouvrant vers l'intérieur et laissant peu d'espace pour rentrer. Au niveau du centre de santé de Hombo, IRC a réhabilité et terminé la construction de blocs latrine et douche plus la construction d'une fosse à placenta et un incinérateur. **Il y a peu de sens à construire des latrines semi durables dans une structure pérenne que constitue un centre de santé** (voir même une zone de retour à un niveau différent), **à moins que ce soit justifié par une sur fréquentation des structures de santé due à l'afflux de déplacés**.



Le principal problème identifié est le fait que le **personnel technique d'IRC ne comprenne pas clairement la logique et l'objectif d'avoir une latrine** dans un projet d'urgence, qui est simplement de : **constituer une barrière sur une route de transmission de maladie**. Ainsi, construire ou réhabiliter une latrine sans qu'elle soit équipée d'un siphon ou d'un bouchon et

que l'aération ne soit pas protégée des insectes n'a pas d'intérêt. Cela peut même être plus nuisible par le fait de rapprocher la source de contamination (excréta) d'un endroit de vie sans qu'une barrière soit en place.

Au niveau des latrines familiales, la **stratégie** suivie dans les sites visités est le « **CASH for latrine** ». En fait, IRC et le RRMP propose de remettre une **somme forfaitaire de 15USD/ famille** bénéficiaire pour les **encourager à construire eux même leur latrine**. Le ciblage se fait sur les populations déplacées et en particulier les familles d'accueils. La **priorisation en théorie** est basée sur des critères de vulnérabilités, intégrant le **nombre d'occupants (résident et déplacés) d'une parcelle**. En fonction des contextes et suivant le mode de suivi cette stratégie peut se révéler pertinente et efficace

Malgré tout elle offre certaines interrogations dans le fond comme dans son mode de mise en œuvre. Dans le cas par exemple de communautés pratiquant largement la défécation à l'air libre, il y a peu de chance que l'utilisation de latrine construite dans le cadre de ce type de projet, qui constitue un changement de comportement, soit durable. L'activité est normalement conçue pour avoir un volet d'assistance technique auprès des familles pour disséminer des conseils techniques et un volet de suivi de la construction et utilisation de l'équipement le temps de la présence de l'équipe RRMP localement. La prise en compte des plus vulnérables dans cette stratégie n'est pas claire.

Le **problème de ce type de stratégie basée sur une prime, est qu'elle génère une motivation artificielle** (non basée sur une volonté naturelle de réaliser l'ouvrage et alimentée par des besoins financiers) et **souvent non durable** car financière et ponctuelle pour la mise en place d'une latrine. Le **risque** c'est également un **détournement des données de ciblage afin de bénéficier de l'apport financier**, par des familles ou autres non bénéficiaires initialement des activités du RRMP. Le risque de se retrouver avec un volume de populations vulnérables beaucoup plus important que la réalité ou des données d'identification biaisées favorisant l'**apparition de gap** dans la prise en charge des cas les plus vulnérables.

Un autre problème est le fait que des **latrines** sont semi durables et si la pratique de la latrine est un vrai défi, la pratique de la vidange de latrine (forcement manuelle) l'est d'autant plus, et donc ces latrines ont une **durée de vie courte** (6 mois à maximum 2 ans suivant le nombre d'usagers). Il est donc **essentiel** d'être capable de **réaliser un suivi du niveau de réplcation et donc d'appropriation des familles, représenter par la relocalisation des latrines une fois la fosse pleine et la decomissionage des anciennes fosses**. Cela permettrait de **s'assurer qu'à moyen terme ces équipements ne constituent pas une source de nuisance** pour la communauté mais bien une source d'amélioration de l'environnement sanitaire.

L'activité prend en compte également la **réalisation de station de lavage de mains**, avec une distribution ponctuelle de savon aux familles d'accueil et de déplacés.

Au vu des volumes de latrines à réaliser, il semble que la capacité d'assistance technique et de suivi du partenaire semble trop limitée (AS de Hombo une voire deux personnes en charge de cette activité pour identifier les familles et mettre en place 279 latrines en moins d'un mois) pour assurer une consistance et une fiabilité à ce système. Dans le centre urbain de Hombo, peu de latrines ont été mises en place du fait de la proximité de la nappe d'eau (environ 2m) dans une grande partie de la localité.

Des comités de « latrine » sont mis en place durant le projet pour assurer un minimum de suivi et de conseil au départ du partenaire de la zone. Il serait intéressant d'essayer de suivre la « durée de vie effective » de ce type de structure de gestion qui paraît peu pérenne lorsqu'elle ne s'appuie pas sur des structures déjà mises en place dans le cadre d'autres projets à redynamiser ou développer. ***Le suivi de la construction des latrines est peu réaliste dans des contextes isolés comme sur l'axe Kokula-Mulungu-Kamenge.***

Dans les sites visités, il n'y avait pas d'action, autre qu'à travers la promotion à l'hygiène, pour la gestion des déchets au niveau communautaire. Les actions menées à ce niveau ont été observées dans les centres de santé, voir les écoles.

3.1.2.3. Promotion à l'hygiène

La ***promotion à l'hygiène*** dans le cadre de ce type de projet d'urgence est de ***courte durée***. Elle ***doit être correctement ciblée*** (identification des principaux problèmes) ***et doit être plus orientée vers la mise en œuvre d'un mécanisme de dissémination des informations essentielles plutôt que de viser des changements de comportement durables très peu réalistes.***

L'objectif de la promotion l'hygiène dans un projet type RRMP, plutôt que de développer un panel quasi holistique de thèmes à aborder correspondant plus à des logiques de développement, devrait être très ciblé, et se focaliser pour :

- ↳ mettre en place une veille sanitaire (avec alerte épidémique),
- ↳ s'assurer de la bonne utilisation d'équipement sanitaire ou hydraulique potentiel
- ↳ limiter lors de l'urgence que la densification de la population due à l'afflux de déplacés ne constitue un risque de propagation de maladie en faisant la promotion du respect d'un minimum de règles d'hygiène identifiées comme les plus à risque.

Les sensibilisateurs d'IRC « forment » des relais communautaire issus des populations visées, à la dissémination des messages d'hygiène au sein de la population. Le ***mode de sensibilisation repose principalement sur les ReCo***, mises à part quelques opérations de sensibilisation ou information de masses développées directement par le personnel IRC, ce sont les ReCo qui sont en charge de réaliser des campagnes en porte à porte ou des discussions en focus group au sein des communautés. ***Ce type de stratégie*** qui va dans le sens d'une forme de résilience communautaire (*en générant moins de dépendance et en créant de l'appropriation en faisant la promotion des capacités locales*) ***nécessite un encadrement technique*** (avec planification des activités, ...) ***consistant et un suivi régulier et rigoureux.***

De manière générale, il semble que les « formations » soient bien interactives. Elles constituent plus un rafraîchissement ou un développement de connaissances déjà acquises dans des projets précédents.

Par ***contre les thèmes abordés et la mise en place de logique de sensibilisation dynamique doivent être mieux ciblés.*** Les thèmes abordés par le personnel IRC sont trop larges. Au lieu de mettre en place un package global de message ou thèmes de sensibilisation, le partenaire devrait être capable d'identifier les principaux problèmes sanitaires qui doivent être traités à travers les actions de promotion à l'hygiène. De même, au niveau des méthodes de sensibilisation (porte à porte, ...), l'objectif devrait plutôt être de donner un cadre favorisant la créativité et le dynamisme des méthodes, garantissant le respect d'un minimum de principes (mode information

en urgence et mode de facilitation en mode période calme). Dans tous les cas, ***cette activité dans le cadre d'une intervention RRMP doit être simple et avoir des objectifs réalistes.***

La sensibilisation ou information par campagne d'affichage aux endroits stratégiques (centre de santé, point d'eau, bloc sanitaire, place publique, ...) d'une localité constitue un mode de sensibilisation plus soft (le public décide du moment où il reçoit le message, à la différence de la visite en porte à porte et les discussions en focus group qui sont planifiées par les équipes de sensibilisateur) et permettant de garder la mémoire des messages (les posters doivent être plastifiés pour être durables). Le porte à porte reste une méthode intéressante en particulier dans des situations d'urgence, lorsqu'il s'agit de diffuser rapidement une information, tel que : *cette source est polluée ; il y a un début d'épidémie qui présente tel symptôme, il faut faire ça si on suspecte un cas, et c'est comme cela que l'on peut se protéger ; ou encore des messages d'informations auprès de la population sur les activités menées ; le paiement de l'eau ; etc ...*

Ce type de stratégie basée sur l'affichage doit aussi être dynamique (renouvellement des thèmes..) est quasi totalement absente des interventions visitées.

3.2. Cholera (OGB) et Reprise Communautaire

3.2.1. OGB projet de réponse EHA cholera à Uvira

3.2.1.1. Suivi et coordination

Le suivi des activités d'OGB à Uvira semble être plutôt faible, de même que la supervision et le contrôle de ce système de suivi. Lors de la visite, il a été expliqué qu'afin d'assurer un accès permanent en eau potable pendant les interventions, OGB a développé une stratégie qui implique que chaque point de chloration soit équipé avec un petit stock de contingence de sachets PUR pour continuer le traitement de l'eau lorsque l'eau de la ressource devient turbide. Pendant notre visite, nous avons constaté que ***la ressource en eau du point de chloration visité était déjà à plus de 75 NTU, par contre le chlorateur continuait à injecter ses doses de chlore liquide*** dans les bidons des usagers.

D'autre part, le suivi de des résiduels de chlore ne semble pas être réalisé correctement. En principe, un moniteur de suivi des RCL (Résiduel de chlore libre) doit visiter au minimum 20 ménages par jour. Lors de notre visite nous avons essayé de suivre deux de ces moniteurs. Avec le premier moniteur cela nous a pris près d'1h pour trouver 3 ménages (sur 7 interviewés) qui avaient puisé le matin, dont un avait puisé avant l'ouverture du point de chloration, aucun n'avait de résiduel de chlore. Avec le deuxième, nous avons visité 9 ménages en 1h, dont 3 avaient puisé avant l'ouverture du point de chloration. Soit sur 16 ménages visités :

- ✓ 5 avaient puisé avant l'ouverture du point de chloration
- ✓ 5 avaient puisé la veille
- ✓ 6 avaient puisé le matin :
 - 2 ménages seulement avaient des résiduels positifs et avaient des bidons équipés de bouchons

- 4 ménages conservaient l'eau dans des bassines ou dans des bidons sans bouchon : résiduel à 0mg/L



Ces informations rendent très suspicieux sur la faisabilité de la méthode de contrôle mis en place. En effet, il a fallu plus de 2h pour trouver 6 ménages ayant puisé dans la journée et seulement 2 avaient des résiduels de chlore positif. La consultation **des fiches de suivi des résiduels de chlore** (plutôt bien faites au demeurant) **montrent que plus de 72% des ménages ont un résiduel de chlore compris entre 0,2 et 0,5 mg/L.** Ce qui **au vue de notre visite n'est pas réaliste** et remet en question l'effectivité du travail réalisé par le personnel en charge du suivi des résiduels de chlore d'OGB³. **Il est anormal que ce type de constatation soit fait lors d'une visite de monitoring bailleur quand l'activité et le personnel sont censés être régulièrement suivis et supervisés en interne.** Surtout **qu'OGB insiste sur son système MEAL⁴ qui fait également partie des résultats (R4) et indicateurs du projet (Indicateur 3).**

En termes de coordination, si localement la coordination avec les différents acteurs et partenaires est bonne, il semble que la coordination avec le cluster EHA soit plutôt faible. Les **lignes directrices du cluster notamment sur les seuils de turbidité pour l'emploi du chlore liquide ne sont toujours respectées** (OGB expliquant prendre 40NTU comme seuil versus 20NTU pour le cluster, qui déjà et au vue de la littérature technique sur le sujet peut également être remis en question). De même, le mode de suivi des alertes (flambée) ainsi que la production d'outils cartographiques reflétant la dynamique du choléra dans la zone (réalisée par ACF et SI) ne sont pas harmonisés avec le cluster. En effet, normalement les suivis épidémiologiques et des interventions devraient permettre d'observer la réactivité de l'intervention qui, selon les indicateurs du cluster, doit se faire dans les 72h suivant la déclaration du dépassement du seuil d'intervention.

Hors, **la présentation de l'historique des alertes et interventions proposent des dates en semaines et non en jour pour les déclarations de dépassement de seuil et d'intervention.** De plus, alors que les partenaires sont censés contribuer au renforcement du système d'alerte (ce qui veut dire pour beaucoup complétude et réactivité) et donc en faire partie, à la vue de ce document il semble qu'il y ait parfois un décalage entre la notification des dépassements de seuils au niveau du BCZ et au niveau de OGB et donc dans les

Week Reg. - ZS	Health Zone	Interv. Level	Registered Cases	Noti. by BCZ	Noti. by OGB	Start of Response
Week 34 – 2013	Uvira	25 cases	39 cases	Week 35	Week 35	Week 36
Week 48 - 2013	Uvira	25 cases	27 cases	Week 49	Week 49	Week 50
Week 1 – 2014	Ruzizi	7 cases	46 cases	Week 1	Week 2	Week 2
Week 12 - 2014	Uvira	25 cases	95 cases	Week 13	Week 14	Week 14
Week 25 - 2014	Ruzizi	7 cases	70 cases	Week 22	Week 26	Week 26
Week 32 - 2014	Uvira	25 cases	53 cases	Week 34	Week 35	Week 36
Week 34 - 2014	Ruzizi	7 cases	12 cases	Week 35	Week 35	Week 35

³ Oxfam Great Britain

⁴ Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning

interventions.

Le suivi des indicateurs (source : présentation réalisée par OGB à Uvira en introduction de la visite):

Résultat 2, Indicateur 1 : 80% de la population cible utilise un produit chloré durant les phases épidémiques pour traiter l'eau de consommation. Niveau atteint (source : OGB enquête CAP) : environ 54% (contre 49% lors de l'enquête initiale).

Indicateur 2 : 80% de la population cible connaît les symptômes du choléra, les règles de protection, etc... Niveau atteint : 33% pour la connaissance des symptômes ; 25% pour les routes de transmission ; 33% sur la prévention.

NB : il est à noter que le *document power point de suivi des indicateurs* et résultats du projet auxquels se réfère cet encadré et qui nous a été *présenter pendant la visite* était en fait *basé sur un projet/contrat antérieur*. Ce problème a été noté après coup, ce qui a généré de la confusion sur le traitement de cette partie. Le fait est, la présentation ayant été réalisé par le chef de projet, que cet aspect est inquiétant vis-à-vis d'OGB en termes de suivi de ses activités et contrat (*suivent-ils le projet selon des indicateurs liés à des contrats antérieurs ???*).

OGB est présent depuis de nombreuses années désormais dans la zone d'Uvira et dans le cadre de la lutte contre le choléra. Etant donné les niveaux de départ, il est **totalemtent irréaliste de penser pouvoir avoir un tel niveau de performance sur ces questions dans le cadre d'un projet humanitaire de durée relativement courte. Le système MEAL** dont OGB fait la promotion est censé permettre d'apprendre de ce que l'on fait (*volet learning*), il est donc **difficilement compréhensible que OGB ne démontre pas une meilleure connaissance de son contexte d'intervention et de la faisabilité d'atteinte des objectifs et résultat planifier dans leur projet.**

En qui concerne le Résultat 1 : l'indicateur 3 est en cours de réalisation, la mise à jour des plan de contingence bien que très faible a été partiellement réalisé (*Indicateur 1*), pas d'information sur les pré-positionnements de stock (*a priori non réalisé*). Il semble que les exercices de simulation au nombre de 3 n'ont pas été réalisé jusqu'à maintenant (*des informations on était demandé à OGB mais ne sont jamais arrivées*).

Les méthodes de collecte des informations pour les sources de vérification proposées pour certains indicateurs ne sont pas adaptées et très peu pertinentes.

L'indicateur 2 du résultat 3, soit : 40% de la population cible achète régulièrement du chlore à un revendeur en dehors des périodes épidémiques (ancienne valeur cible était de 50%, on se rapproche de ce qui est réaliste), est **renseigné par** le résultat d'une enquête CAP à la question « **connaissez-vous les points de vente de chlore,** » ce qui présente une fois de plus **peu de pertinence**. Par contre cette question nous donne une information sur les **distributeurs de chlore. Si 36% de la population enquêtée mentionnaient les distributeurs de chlore comme source de chlore, seulement 1% le mentionne toujours lors de l'enquête finale, ce qui paraît « étrange »**. A priori, un grand nombre de distributeurs de chlore ne fonctionnent plus ou était trop peu utilisés. Il semble que cette initiative soit tombée un peu en désuétude.

Les indicateurs du résultat 4 n'étaient pas renseigner.

3.2.1.2. Renforcement des capacités locales (communautés et autorités)

Il semble que les **autorités sanitaires** ne soient **pas impliquées de manière régulière dans la mise en place et le suivi des points de chloration**. De plus, les visites de suivi d'activités réalisées par le BCZ ne sont pas formalisées et ne donnent pas lieu à la production d'un document officiel, les engageant et valorisant les résultats de la visite.

L'activité de production ou mise à jour de **plan de contingence semble faible au vue du contenu du plan de contingence produit et fourni pendant la visite**. Le contenu y est très pauvre et la pertinence du document pour faciliter, encadrer et orienter la réponse ou encore identifier et planifier l'utilisation des capacités en place est largement questionnable. Il avait été pourtant recommandé à OGB de retravailler ceux-ci sur la base du nouveau format proposé par UNICEF depuis juin

La stratégie de OGB particulièrement basée sur la promotion des compétences et capacités locales, avec une présence réduite dans les projets afin de mettre les partenaires locaux en avant est plutôt pertinente sur le principe de générer moins de dépendance et donc de vulnérabilité. Par contre, la mise en œuvre des activités d'OGB **offre quelques paradoxes** avec celle-ci, comme le fait que les autorités locales en charge en partie de la lutte contre le choléra soient très peu impliquées dans les activités liées à l'eau potable. Celles-ci sont par contre plutôt bien intégrées dans les activités de sensibilisation et promotion à l'hygiène au niveau communautaire. Ces activités reposent en grande partie sur le système de réseau des relais communautaires et sont supervisées directement par les autorités sanitaires les plus proches (aire de santé). Le fait que si ce type de **stratégie implique que le partenaire OGB soit moins visible dans le déroulement des activités, ne devrait pas impliquer qu'il soit absent. D'ailleurs dans ce type de stratégie, la mise en place d'un encadrement et un suivi rigoureux et régulier avec capitalisation est essentiel**. L'effectivité d'un système de ce type n'est pas ressortie de la visite.

3.2.1.3. Activités EHA⁵

3.2.1.3.1. Eau potable

Il est à noter que le contexte d'intervention de OGB à Uvira, où de nombreuses rivières sont utilisées comme ressources en eau potable et offrent des pics de turbidité très importants, ne facilite pas la gestion de l'activité.

L'équipement des points de chloration est plutôt limité (voir photo en face) et ne fait pas la promotion de l'activité. Sur l'un des sites visités le **bidon témoin** ne possédait même **pas de bouchon**, ce qui rend **difficile d'être légitime** auprès de la population **pour en promouvoir l'emploi**. Le **paiement des primes** de chlorateur est de 15USD/semaine pour 7 jours d'activité et par personne, ce qui est **plutôt un bon point** pour le projet qui a su limiter ces primes (voir prime communautaire apportée par autres partenaires ; e.g. : RRMP = 5 USD/jr/pers).



⁵ Eau, Hygiène et Assainissement

Un des principaux problèmes rencontrés concerne la stratégie mise en place pour assurer un accès à l'eau potable pendant les périodes où la ressource en eau connaît de fortes turbidités. Celle-ci se révèle irréaliste et plutôt inefficace. Ainsi, OGB nous explique sur chaque site de chloration sont mis en place des mini stocks de sachets PUR et que dès que la turbidité, censée être mesurée plusieurs fois par jour, dépasse 40 NTU (standard suivi par OGB, voir partie précédente), le chlorateur stoppe l'injection de chlore liquide et, à la place, réalise sur son site la chloration de l'eau avec les sachets PURS. La consultation des cahiers de suivi des points de chloration a montré des fréquentations moyennes de 100-150 personnes par point de chloration par jour, pour une production d'environ 5000 à plus de 8000L d'eau traitée. La production de 10L avec un sachet PUR prend au minimum 10 minutes, soit en 12h le chlorateur peut produire 720L d'eau, soit environ 10% de la production normale. Cette hypothèse est de plus très favorable car elle part du principe que les gens viennent régulièrement pendant les 12h et ne prend pas en compte les périodes de pointe. Un autre problème apparaît après consultation des fiches des points de chloration qui nous informent que les volumes de récipients utilisés par les populations ciblées sont très disparates et on peut considérer qu'environ 20% de personnes avec des volumes de 10L. Ce volume de 10L est le volume nécessaire pour faciliter l'emploi de sachet PUR qui est pré dosé pour ce volume.

Le fait est qu'il est compliqué de proposer des solutions fiables et simples à ce type de problématique dans ce type de contexte. Par contre, il est clair que la stratégie d'OGB à ce niveau doit être plus claire, mieux formalisée et surtout plus efficace.

Elle pourrait suivre des logiques diverses :

- ✓ On considère que l'on veut que le point de chloration soit capable d'assurer le même accès à l'eau traitée en période de pics de turbidité (qui correspondent souvent à la période des pluies et des flambées) et dans ce cas :
 - on peut imaginer utiliser le chlorateur ponctuellement comme un chef d'équipe et il superviserait une dizaine de volontaires de la communauté pour traiter l'eau pour les familles. Cette action pourrait aussi être considérée comme une démonstration continue et une forme de sensibilisation à l'utilisation du PUR. Après un certain temps les communautés vont intégrer le mode de préparation.
 - Ou alors on considère que le chlorateur réalise 10% de la production habituelle aux usagers volontaires et les plus vulnérables, ce qui constitue également un point de démonstration et que le reste de l'accès est assuré par une distribution de PUR au niveau du point de chloration sans garantie que les populations les utiliseront correctement.
- ✓ On considère que l'on ne peut assurer un accès à l'eau potable pour des raisons économiques et techniques pendant les pics de turbidité. Par contre, on met un système de back up, avec subventionnement de l'accès au sachet PUR et mise en place de site de démonstration à différents endroits stratégiques

Le fait est que dans tous les cas, ***le problème d'accès au récipient adapté et linge propre*** (pour filtrer l'eau après coagulation) ***demeure***. La ***WASH policy d'ECHO mentionne*** qu'il n'y aura pas de distribution de sachet PUR sans qu'au préalable des démonstrations soient mises en place et que les équipements nécessaires pour une bonne utilisation de ce produit soient disponibles au sein de la population (récipient au volume adapté et linge propre).

Le problème de suivi du résiduel de chlore a déjà été vu, des propositions d'améliorations sont exprimées dans la partie recommandations.

3.2.1.3.2. Promotion à l'hygiène

Les méthodes de sensibilisation sont axées sur :

- La diffusion de message de masse avec porte-voix
- Les visites en porte à porte
- Les événements de masse : théâtre, caravane
- Les visites de lieu public tel que marché etc...et les focus group
- La production en mode participatif de carte communautaire (également partie du renforcement des capacités locales)

L'activité de promotion à l'hygiène semble être l'activité qui réussit le mieux à OGB même si là aussi on trouve des **non conformités à des principes de précaution élémentaire**. En effet, alors que cela avait mentionné dans le cadre de la précédente visite, **OGB continue d'organiser et promouvoir, avec ses activités de caravane et théâtre, des rassemblements de populations pendant les périodes épidémiques contre tout bon sens**, contre les recommandations de la majorité des institutions de santé tel que OMS, etc... S'il est **compréhensible de réaliser des activités de sensibilisation de masse dans des lieux de rassemblement**, il est un non-sens de promouvoir des rassemblements en période épidémique. **Le risque est non seulement un risque sanitaire** pour les populations (le rassemblement une source de propagation) **mais également un problème de sécurité pour le partenaire** qui, potentiellement, peut être considéré responsable d'une flambée par une population échaudée.

Les visites en porte à porte pendant la période d'accalmie (période pendant laquelle il n'y a plus ou peu de points de chloration opérationnel) présente un certain nombre de contraintes exprimées par un groupe de ReCo en charge des activités de sensibilisation. Tout d'abord, il a été confirmé que les **visites en porte à porte planifiées pendant la journée n'ont pas de sens** du fait que les gens (et notamment les adultes) ne sont pas présents ou pas disponibles. **Les ReCo ont mentionné que le meilleur moment pour les visites à domicile était après 17h** (voir à partir de 15-16H), ce qui ne laisse pas beaucoup de temps pour les réaliser.



De plus, **les ReCo nous ont fait part des problèmes d'accueil qu'ils rencontraient lorsqu'ils réalisaient leur visite dans les périodes pendant lesquelles il n'y avait pas d'activité de chloration financée**, les **populations reprochant** que : « **les activités ne soient pas mis en place avant que l'hôpital ne soit plein** » ; ensuite les ReCo doivent faire avec le fait qu'une grande partie des populations pense qu'ils gagnent de l'argent pour réaliser leur tâche et ce qui leur fait perdre de la légitimité à influencer la communauté. Le porte à porte devrait être mis en place uniquement dans les situations d'urgence.

Pendant les périodes d'accalmie les ReCo ne sont plus payés et sont censés continuer leurs activités (à priori ils le font). Selon leur statut, **les ReCo sont censés fournir 2h par jour de travail bénévole et au-delà ils sont censés recevoir une prime**. Ce principe semble assez pertinent et pourrait être replicable pour assurer une veille minimum pendant les périodes d'accalmie (à réfléchir pour les chlorateurs avec une rotation...). Environ 30 ReCo sont mobilisés par OGB. **Cette ressource pourrait être valorisée pour réduire le coût de la réponse en période d'accalmie tout en assurant un minimum de continuité aux activités.**

Les thèmes de sensibilisation sont accés sur :

1. Le traitement de l'eau à domicile et Le lavage des mains
2. La propreté des latrines et l'importance d'avoir un bouchon
3. L'hygiène des aliments

Le ciblage est intéressant car pour une fois on ne propose pas un package complet de promotion à l'hygiène mais des thèmes ciblés répondant a priori à des problématique identifiées. Le fait est qu'au vue de la visite, la présence des bouchons ou la conservation de l'eau devrait être un sujet abordé. Il paraît plus réaliste en premier lieu de motiver les gens à correctement conserver et puiser leur eau de boisson avant de les inciter à traiter leur eau à domicile.

Il est à noter que lors de la visite que ce soit au niveau des points d'eau, des lieux publics, des écoles ou centre de santé, aucun poster de sensibilisation ou d'information n'a pu être observé.

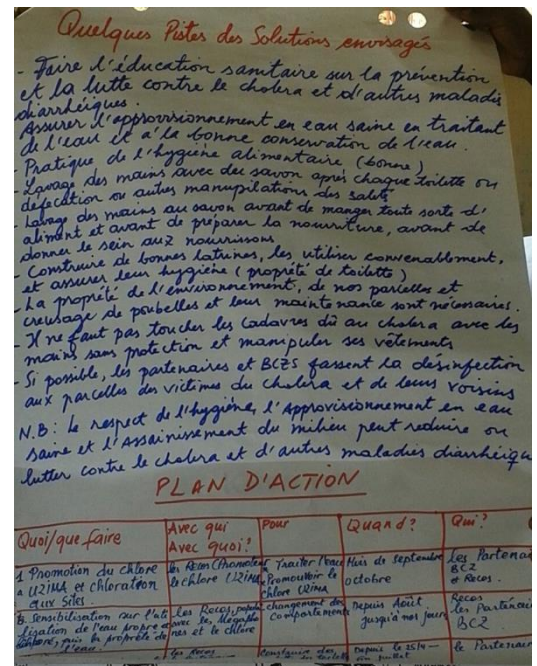
Des panneaux d'affichage mis en place à des endroits stratégiques permettraient non seulement de diffuser des messages de sensibilisation, mais d'être utilisés pour informer la population sur le projet, diffuser les alertes ou autres sujets.

La carte communautaire est une activité un peu à part dans la promotion à l'hygiène, et contribue également au renforcement des capacités locales. Si, **l'activité est particulièrement pertinente**, elle mériterait d'être plus suivie notamment dans la mise en place du plan d'action et mieux formalisée. Plus de temps devrait être donnée aux communautés ciblées notamment entre chaque étape de la production de cette carte et du plan d'action qui suit.

La production de la carte et du plan d'action se fait en deux demi-journées. Lors de notre passage un plan d'action finalisé a été présenté et des actions notamment à travers la journée de travail communautaire (*salengo*) sont réalisées sur la sensibilisation, l'entretien du système de drainage et la réalisation de trous à ordures familiaux.

Notons qu'un projet de latrines présenté dans le plan d'action a été financé par USAID et mis en place par l'ONG PROSANI avec **distribution de dalles en béton avait été réalisé il y a un an, mais aujourd'hui force est de constater que très peu de ces dalles ont été mises en place par la communauté**. Ce projet n'intégrait pas de volet d'accompagnement des populations.

Plan d'action Communautaire



3.2.2. Reprise communautaire :

La visite a permis de rencontrer le nouveau point focal du projet de reprise communautaire dans le cadre de la lutte contre le choléra. **Le point focal semble avoir une bonne analyse de la situation et des enjeux et challenges du projet. La stratégie et son plan d'action sont, en soit, bien conçus, même si des questions cruciales demeurent en particulier sur le chlore liquide produit localement.** La démarche est louable, essentielle et particulièrement pertinente. Par contre, il semble que la mise en œuvre rencontre certaines difficultés et démontre parfois des paradoxes avec le plan d'action initial ou cadre logique du projet. En particulier **alors que la stratégie de reprise communautaire et son plan d'action prennent en compte un certain nombre de problématiques, thèmes et de sous-secteur, sa mise en œuvre focalise sur le développement de la production et de la vente locale de chlore liquide.** De plus, il semble que paradoxalement, alors que ce projet est censé être un projet pilote qui a vocation à apprendre de lui-même et évoluer, la production locale de chlore comme solution à l'accès à l'eau potable soit déjà considérée comme la solution holistique. La stratégie intègre le chlore liquide dans une phase de transition, le temps de voir les infrastructures hydrauliques se développer dans les zones ciblées.

Tableau 1. Comparaison entre les valeurs de CT⁶ pour une désactivation à 99% des microorganismes à 5°C et selon différent niveau de pH (source : LENTECH, compagnie spécialiste en traitement de l'eau)

Organismes	Chlore libre (pH 6-7)	Chloramines (pH 8-9)	Dioxyde de chlore (pH 6-7)	Ozone (pH 6-7)
<i>E. coli</i> bactérie	0,034 - 0,05	95 - 180	0,4 - 0,75	0,02
<i>Poliovirus</i>	1,1 - 2,5	770 - 3740	0,2 - 6,7	0,1 - 0,2
<i>Giardia lamblia</i> cyst	47 - 150	-	-	0,5 - 0,6

Le fait est que la stratégie prévoit de monter des structures commerciales pérennes pour produire et distribuer ce produit et que tant qu'on n'aura pas atteint un certain seuil de vente, les points de chloration gratuits devront continuer. L'importance de l'articulation entre l'urgence et le développement sur ce point a été soulevée à de maintes reprises par ECHO (Voir mission RSO Wash mai 2014). Bien gérée, la « crise » peut éventuellement constituer une véritable opportunité pour créer un marché mais si cette articulation n'est pas bien pensée, les deux approches se verront, par essence, **concurrentes. La durabilité du changement de comportement visé est également un aspect discutable de cette approche.**

De plus, à terme les **structures de vente de chlore** mises en place **dans des zones où des infrastructures durable d'alimentation en eau potable ont été réalisées, pourraient également se retrouver soit en concurrence, si l'eau du réseau n'est pas chlorée** (et la solution durable en réponse au cholera n'est fiable) soit dangereuses si **l'eau du réseau est chlorée car** il y aura **risque** de double chloration et donc **surdosage**.

Un autre problème d'ordre technique est le fait de proposer une **solution unique pour assurer l'accès à une eau saine avec un dosage unique du chlore quelle que soit la qualité (variation de la turbidité) de la ressource. Paradoxalement, depuis plusieurs années nous insistons sur l'importance de suivre les résiduels de chlore et la qualité de l'eau pour être capable de faire évoluer les taux ou le mode de traitement en fonction de l'évolution**

⁶ Couple concentration et temps de contact

de la qualité de l'eau. Le fait est que les réponses techniques à apporter dans le contexte sont délicates et complexes à identifier, mais dans tous les cas et d'autant plus lorsque l'on a des données celles-ci devraient être exploitées pour voir suivant les points de chloration et les zones, les variations de taux de chloration en jeu.

Un autre problème de ce type de méthode est que **plus on implique d'individus sur la maîtrise d'une technique** (la chloration) **plus on a de chance de fêlure et moins on a de chance d'assurer un suivi efficace.** Dans le cadre de cette stratégie, il semble que l'on s'oriente vers une multitude de sites de production qui devrait être contrôlés et suivis régulièrement par un personnel compétent.

Le nouveau point focal en charge de la coordination du projet à partager un certain nombre de ses inquiétudes ou sujet de réflexion :

- ✓ Dans le cadre du plan d'action chaque partenaire doit mettre en place une capacité de suivi et évaluation afin de pouvoir apprendre du projet et capitaliser dans une logique d'amélioration. Il n'y a pas de capacité de suivi et évaluation prévue au niveau central. Le problème est que chaque partenaire a son propre système de suivi et évaluation ce qui implique des problèmes pour assurer une analyse comparative fiable.
- ✓ Retard et problème des partenaires à recruter les bons consultants pour les études socio-anthropologique et socio-économique prévue dans la 1^{ère} étape de la stratégie.
- ✓ Le marché ne donnera qu'une seule chance au produit, s'il n'est pas bon au départ il n'y aura pas de deuxième chance
- ✓ La capacité à orienter le projet en fonction des leçons apprises et avoir des questions ouvertes (proposer des choses nouvelles) paraît limitée
- ✓ Problème de stabilité de la solution dans certains contextes (analyse d'ACF sur le chlore produit par Maman Uzima dans un bureau adjoint d'Antenna technologie, en décembre 2013)
- ✓ Le prix des bouteilles de 250ml varie entre 500 et 900 FC, et d'après les dernières enquêtes/ « études » seul 5% des populations ciblent est prêt à investir à l'heure d'aujourd'hui

Le point focal a également fait part de quelques idées qu'il avait à l'esprit pour améliorer la stratégie et réduire les risques :

- ✓ Au lieu de produire localement le chlore avec une multitude de site de production et un contrôle adapté inexistant aujourd'hui dans le pays. Identifier un industriel ou un investisseur qui produirait localement ou pas dans un premier temps, le chlore liquide avec au départ quelques unités de production stratégiquement réparties. Ensuite la proposition est d'utiliser **le meilleur réseau de distribution de RDC**, soit celui **des bières et des sucrés.**

4. RECOMMANDATIONS

4.1. Générales UNICEF RRMP

- ⇒ développer plus de synergie avec les autres acteurs humanitaires
- ⇒ harmoniser et faire évoluer sa stratégie notamment sur la question des primes et de la contribution communautaires
- ⇒ améliorer le ciblage et la définition des activités notamment de promotion à l'hygiène et de latrine familiale
- ⇒ améliorer la couverture des besoins et son évaluation, incluant la revue de certains indicateurs notamment pour le sous-secteur de l'eau potable
- ⇒ améliorer le suivi des activités (en fréquence, rigueur et en objectivité) et la réactivité des interventions
- ⇒ améliorer le système d'identification et prise en charge des plus vulnérables
- ⇒ mettre en place un système de suivi et contrôle des comités de déplacés dans le cadre de la répartition de l'assistance
- ⇒ Il pourrait faciliter le suivi de mettre en place d'un tableau bord renseigner directement, par exemple par la base de données d'UNICEF « *activity infos* ». Le but serait de prévoir certains croisements d'information qui permettraient en un seul regard de voir le niveau de réalisation, mais surtout d'identifier d'éventuels incohérences dans les données collectées. Ces incohérences pourraient être symptomatique ou non de non conformités ou problèmes dans la définition/dimensionnement/ciblage et la mise en œuvre des interventions. Exemple : pour le suivi d'un point de chloration croiser : les taux de chloration avec la quantité d'eau produite et la quantité de chlore utilisée...

4.2. Spécifiques RRMP IRC

- ❖ Assurer un suivi/supervision plus consistant et systématique de la coordination
- ❖ Développer/harmoniser un mode de ciblage des familles qui devraient être prioritaires pour le support dans la construction de latrines
- ❖ Mettre en place un système de croisement des données utilisées pour le ciblage et le contrôle de l'accès des plus vulnérables aux points d'eau (croisement de données, vérification des enquêtes et listes des CS sur un échantillon représentatif)
- ❖ Proposer à ces familles un mode de support ayant le moins d'impact de nuisance possible sur les mécanismes existants de solidarités communautaire
- ❖ Développer des fiches techniques pertinentes et complètes par ouvrage (débit des sources, spécificités techniques des ouvrages, ...)
- ❖ Développer un système de croisement de l'information pour l'identification des familles les plus vulnérables.
- ❖ Mettre en place un module de formation technique pour le personnel concerné d'IRC sur la conception des mini adductions gravitaire, construction et protection des captages, technologie et pose de canalisation
- ❖ Revoir la logique d'intervention par activité (exp. : le but/objectif d'une latrine est de constituer une barrière sur une route de transmission) pour le personnel comprenne mieux ce qu'il fait
- ❖ Assurer que la latrine constitue bien une barrière sur une route de transmission : soit un bouchon et une protection anti insecte sur toutes les latrines

- ❖ Assurer un éclairage naturel (au moins) et un espace suffisant pour promouvoir l'utilisation des latrines (portes ouvertes vers l'extérieur...)
- ❖ Assurer/garantir la stabilité des latrines et notamment de la dalle, y compris après les fortes pluies (stabilité du sol, de la dalle, drainage de l'ouvrage pour éviter les risques d'intrusion par les eaux de ruissellements...) ; intensifier l'encadrement et le suivi technique des projets de support à la construction de latrine familiale (communauté d'accueil, population retournées...)
- ❖ Assurer le decommissionage des anciennes fosses de latrines afin qu'elles ne puissent constituer une source de contamination
- ❖ Améliorer le suivi des activités de sensibilisation menées par les représentants de la communauté (plan d'action communautaire)
- ❖ Visite et remise à niveau des équipes techniques par le référent national ; mieux cibler les messages de sensibilisation sur des messages essentiels et vitaux (projet d'urgence)
- ❖ Développer et systématiser la mise en place des posters de sensibilisation au niveau des points d'eau et centre de sante en plus des principaux lieux publics
- ❖ Corriger les non conformités techniques constatées pendant la visite et revoir la formation des techniciens de maintenance des COGEP :
 - ✚ Mode de connexion des conduites en PVC (collage)
 - ✚ Mode de réparation de fuite par chauffage et emboitement des conduites en PVC
 - ✚ Stabilisation et protection des conduites aériennes et poser dans le lit de cours d'eau
 - ✚ Protection des captages, avec en particulier le drainage
 - ✚ Mesure systématique et suivi (autant que possible) des débits de source
 - ✚ Drainage et protection des boites à vannes
 - ✚ Sélection des équipements hydro mécaniques (vanne de régulation sur : les conduites d'adduction pour limiter les effets de coup de bélier et assurer la durabilité de la conduites ; et les conduites de départ des réservoirs au lieu des vannes de sectionnement ¼ de tour...)
 - ✚ Equipement des réservoirs avec trappe d'accès scellée au mortier, aération, purge et assurer un dimensionnement des trop plein adapté (exp.: trop plein du réservoir à Kolula de diamètre inférieur à la conduite d'arrivée...) Calcul hydraulique des conduites (dimensionnement des conduites) et régulations de la distribution

4.3. OGB recommandations (projet EHA cholera – Uvira) :

- En général le suivi des activités doit être beaucoup plus formalisé, consistant et régulier
- En principe pour des raisons de santé publique mais également de sécurité (si un problème survient l'ONG peut devenir la cible de la vindicte populaire), il n'est pas souhaitable d'initier des rassemblements de populations (activités de théâtre et caravane menées par OGB) lors de flambée épidémique
- Formaliser la méthode de production des cartes et plan d'action communautaire
- Améliorer le suivi de la réalisation des plans d'action communautaire et l'aspect d'appropriation des communautés (plus de temps entre les différentes étapes du processus, commencé par nommer le projet par la population et dans la langue...)
- Développer une stratégie claire et réaliste pour la désinfection de l'eau de boisson à partir d'une eau turbide

- Prendre des mesures pour assurer un suivi efficace et fiable de la mesure des résiduels de chlore dans les ménages
- Revoir la formation/briefing des chlorateurs notamment en ce qui concerne l'approvisionnement des sites en chlore liquide et l'importance des bouchons sur les récipients (solution mère, eau traitée)
- Prendre des mesures pour assurer une bonne implication des autorités locales (BCZ) dans le suivi des activités, si le BCZ ne prend pas ses responsabilités informer ECHO Bukavu
- Harmoniser les standards utilisés par OGB avec les recommandations du cluster EHA (notamment en ce qui concerne la chloration de l'eau)
- Assurer un affichage quasi systématique des posters de sensibilisation au niveau des points de chloration, des centres de santé, et des principaux lieux publics (les plus fréquentés)
- Améliorer le suivi de l'utilisation des donations aux BCZ
- Développer des cartes ou autres outils de suivi de la dynamique du choléra
- Développer un outil de suivi plus pertinent et lisible pour suivre le déclenchement des opérations de réponse d'urgence : alerte, intervention, puis par mise en place d'activité avec en arrière-plan les courbes épidémiologiques correspondant à chaque réponse (suivi des indicateurs : date alerte, date d'intervention délai 72h après dépassement du seuil épidémique/intervention), historique de mise en place des activités, inversement de la courbe épidémiologique dans les 3 semaines suivant le début de l'intervention)
- S'assurer de la bonne tenue des seuils d'alerte et épidémique préconisés par le cluster et les autorités sanitaires, et de ce que le dépassement de chacun implique en terme de tâches aux différents acteurs de la zone d'intervention (autorités sanitaires)
- Améliorer et développer les plans de contingence produits selon les lignes directrices du cluster
- Le coordinateur WASH nouvellement arrivé doit reprendre le lead sur ce projet vu les problèmes mis en lumière sur la logique d'intervention et le suivi des activités.

5. CONCLUSION TO THE EVENT :

Le RRMP constitue un outil, qui doit bien sûr s'améliorer dans le temps, mais qui reste particulièrement pertinent dans le contexte de l'Est de la RDC. La durabilité des activités notamment liée à l'eau doit s'améliorer en passant par une remise à niveau technique des personnels en charge, mais constitue un volet avec un impact par coût appréciable. Les investissements dans les actions d'hygiène promotion doivent être limités étant donné leur faible impact sur des durées très courtes (entre quelques semaines à 3 mois). Les thèmes abordés dans le sous-secteur de l'hygiène promotion doivent être beaucoup mieux ciblés en fonction des évaluations faites sur les principaux problèmes d'hygiène observés dans les communautés visées. Les actions menées dans des contextes de retour ou de déplacement en famille d'accueil ou en camp devraient poursuivre des standards différents. La mise en place d'une capacité d'évaluation externe) devrait être un aspect intéressant pour mieux estimer l'impact des actions, les forces et faiblesses, et capitaliser les leçons apprises.

Riposte EHA cholera : Depuis fin 2012, la DG ECHO a construit une stratégie cholera qui et depuis 2 ou 3 ans minimum nos partenaires de la réponse cholera œuvrent plus ou moins dans les mêmes zones, avec des volets systématiques de renforcement des capacités locales et du système de surveillance/alerte. Leur connaissance des contextes et partenaires locaux institutionnels ou communautaire devrait leur permettre par principe de créer des dynamiques positives et synergies opérationnelles. Ainsi ces partenaires devraient être capables d'assurer

une connaissance du milieu permettant de mieux cibler la réponse, et d'éviter la délivrance systématique d'un même package d'activités quelle que soit l'analyse des sources et mode de propagation du choléra. Il est temps de valoriser ces actions et, d'en mesurer la portée. Le PMSEC et la stratégie de reprise communautaire ont parmi leurs objectifs l'évolution dans la prise en charge de la riposte EHA au cholera dans les zones de type A (soit endemo-epidémique). En effet, la reprise par les autorités locales (DPS et CPAEA) de la partie « bouclier » (promotion à l'hygiène ; système de veille épidémiologique et alerte) de la riposte, soit l'action de prévention dans les périodes d'accalmie sont des objectifs qui leur sont communs. Ainsi, il pourrait être pertinent de partir du principe que dans les périodes d'accalmie le maintien d'un minimum d'activités de sensibilisation et de veille épidémiologique est à la charge des acteurs institutionnels ou communautaire. Les périodes d'accalmie avec un encadrement minimum de nos partenaires (évoluant de plus en plus vers de l'observation) permettent de limiter les risques de dysfonctionnement et de conséquences préjudiciables à la vie des communautés concernées.

Les actions de promotion à l'hygiène devraient pendant les périodes de flambée se focaliser sur une logique d'information des populations et non de changement de comportement durable irréaliste dans ce type de projet. Ou alors on pourrait imaginer que le partenaire construise une stratégie sur 3 à 5 ans pour aboutir à des changements de comportement durables et propose à ECHO le financement d'une première phase.

Les résultats liés au renforcement des capacités locales et du système de veille et alerte devraient suivre une logique de diminution progressive des investissements sur ces aspects et une valorisation des actions antérieures menées sur ces thèmes pour prendre le relais dans le temps de ces investissements.

LRRD : L'analyse faite du niveau d'avancement du concept de LRRD montre que, si des investissements importants ont déjà été consentis dans un grand nombre de centres urbains des zones endemo-epidémiques, la construction de synergies et d'une vision commune humanitaire/développement sur la réponse à la crise chronique et prolongée liée au choléra reste, pour l'instant, à bâtir. Aujourd'hui il paraît nécessaire d'avancer sur ces aspects pour que d'autres initiatives soient menées. Il est essentiel à cet effet qu'une plateforme d'échange soit initiée afin de mettre un peu de compréhension entre bailleurs humanitaires et de développement mais également entre eux-mêmes. Il est important de construire une vision et des outils communs afin de rendre complémentaires les actions menées par chacun. Mais aussi pour éviter les effets non désirés et limiter les conséquences d'éventuelles mises en concurrence de stratégies. Cette complémentarité pourra permettre de mettre en place zone par zone des réponses structurelles adaptées qui contribueraient de manière significative à envisager des points de sortie de financement d'urgence sur ces problématiques récurrentes. Il pourrait être intéressant pour la DG ECHO de jouer un rôle, au côté de UNICEF, dans l'initiation de plateforme d'échange à ce niveau, ce qui servirait également les investissements consentis par la DG ECHO depuis de nombreuses années sur ces thématiques.

Reprise communautaire : La production de chlore liquide tel qu'elle est envisagée aujourd'hui constitue une activité qui présente certaines interrogations (pour ne pas dire certains risques) . Dans tous les cas, la reprise communautaire et notamment l'activité de production du chlore liquide sont financées pour un an et chaque année il est prévu de faire le bilan des réalisations et de capitaliser sur les leçons apprises afin d'orienter la stratégie et sa mise en œuvre. A priori, la mise en place d'une capacité de suivi externe de la stratégie constitue un gap dans les financements et pourrait, suivant l'intérêt d'UNICEF, constituer également une piste de financement intéressante et aux risques limités. Le développement ou la production d'outils scientifiques

d'évaluation de l'impact des différentes réponses apportées au problème du choléra en RDC ; ou de ciblage des sources et mode de propagation au plus proche des besoins, pourrait également représenter un investissement pertinent avec un impact global et un risque limité². Dans tous les cas, même si certains points devraient être approfondis ou revus dans la stratégie, cette initiative (décrite dans le rapport antérieur de manière plus consistante) est particulièrement appréciable et mérite à un certain niveau d'être soutenue de manière constructive et orientée via leurs regards critiques par ECHO et ses partenaires).

De manière générale, comme dans les autres secteurs, la DG ECHO doit continuer ses efforts pour une meilleure qualité des projets Wash en RDC. La question de la supervision technique reste cruciale tant au niveau de la qualité de l'expertise comme au niveau de la fréquence des visites : bien que financés dans les projets des superviseurs ou référents techniques (souvent basés à Kinshasa, ou dans les capitales des provinces) doivent être mobilisés et passer plus de temps sur le terrain.