|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTRUCTIONS****⭘**:Sélectionnez **une réponse** parmi les options**🞎**: Sélectionnez **une ou plusieurs** réponses parmi les options | **Vérification de la fiche**Par (nom/prénom):Date:  | **Saisie base de données – Record :**Par (nom/prénom):Date: |

**Les informations sensibles recueillies lors des enquêtes auprès des personnes interrogées sont strictement confidentielles, en accord avec les principes de protection des données de cluster CCCM et de ses partenaires.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU SITE** | **Petit Seminaire** | **SSID** |  | **ZONE** |  |
| **Date de l’observation** |  | **Facilitateur** | **Caritas Kaga Bandoro** |
|  |  |
| **Partie optionnelle, à remplir seulement lorsque des mises à jour d’information sont requises** |
| **A. INFORMATIONS GENERALES SUR LE SITE** |
| **A01**. Préfecture |  | **A02.** Sous-Préfecture | Kaga Bandoro |
| **A03**. Commune |  | **A04.**Ville/Village | **Kaga Bandoro** |
| **A05.**Arrondissement |  | **A06**. Quartier |  |
| **A07**. Longitude |  | **A08**. Latitude |  |
| **A09**. Type de site de déplacement | **⭘**Aire Ouverte**⭘**Base militaire**⭘**Centre de transit**⭘**Ecole | **X**Eglise/Paroisse/Monastère**⭘** Famille d’accueil**⭘**Hôpital/Centre de santé**⭘** Mosquée | **⭘**UN / ONG**⭘**Site privé**⭘**Ambassade**⭘**Autre, précisez**:** |
| **AGENCES PRESENTES SUR LE SITE** (fournissant des services) |
| **A10.** Agence gestionnaire du site | CRS/Caritas Bossangoa |
| **A11.** Santé |  | **A15.** Sécurité alimentaire |  |
| **A12.Eau/Hyg/Ass** |  | **A16.** Protection |  |
| **A13.** Abris |  | **A17.**Nutrition |  |
| **A14.** NFI |  | **A18.** Education |  |

|  |
| --- |
| **B. CONTACTS (autorités de sites)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **B01a**. Nom/prénom contact #1 |  | **B02a**. Nom/prénom contact #2 |  |
| **B01b**. Téléphone 1 |  | **B02b**. Téléphone 1 |  |
| **B01c**. Téléphone 2 |  | **B02c**. Téléphone 2 |  |
| **B01d**. Fonction\* |  | **B02d**. Fonction\* |  |
| **B01e**. Représente les **autorités locales** | **⭘** Oui **X** Non | **B02e**. Représente les **autorités locales** | **⭘** Oui **⭘**Non |
| **\*1.** Personnel médical / éducatif – **2.**Gouvernement / municipalité – **3.** Leader ou représentant religieux - **4.** Représentant des déplacés –**5.** Représentant des femmes – **6.** Représentant des jeunes - **7.** Agence Gestionnaire |
| **C. POPULATION ET PROVENANCE** |
| **C01**. Total familles |  | **C02.** Total individus |  |
| **C03**. Répartition Age / Genre de la population: |
| Données désagrégées↓ | Bébés (<1 ans) ↓ | Enfants (1-<5 ans) ↓ | Jeunes (5-14 ans) ↓ | Jeunes (15-17 ans) ↓ | Adultes (18-59 ans) ↓ | Personnes âgées(60 ans et +)↓ | Total |
| Femmes |  |  |  |  |  |  |  |
| Hommes |  |  |  |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C04. Personnes à besoins spécifiques** | **Nombre** | **Pris en charge ?** | **Point focal/Contact prise en charge** |
| **1.** Personnes âgées non-accompagnées |  |  |  |
| **2.** Enfants non-accompagnés |  |  |  |
| **3.** Enfants séparés |  |  |  |
| **4.** Enfantschefs de ménage |  |  |  |
| **5.**Femmes allaitantes |  |  |
| **6.** Femmes chefs de ménage |  |
| **7.** Femmes enceintes |  |
| **8.** Personnes atteintes par une maladie chronique |  |  |  |
| **9.** Personnes stigmatisées et/ou marginalisées |  |  |
| **10.** Personnes en situation de handicap physique ou mental |  |  |  |
| **11.** Victimes de torture(s)/mutilations |  |  |
| **12.**Veuf(ve)s |  |
| **C05a.** Quelle est la **méthodologie** utilisée pour **dénombrer les IDPs ?** |
| **⭘**Estimation**⭘**Recensement**X**Enregistrement / liste de distribution: gestionnaire du site**⭘**Enregistrement / liste de distribution: comite de déplaces**⭘**Enregistrement / liste de distribution: organisation humanitaire |
| **C05b.** Date du dernier dénombrement des IDPs | 19/09/2014 |
| **C06**. Quelle est la source de ces chiffres ? | **⭘**Gouvernement**⭘**Leader religieux**⭘**Leadercommunautaires/local**X**Organisation humanitaire |
| **D. SITUATION SECURITAIRE** |
| **D01a**. **Situation sécuritaire** des 7 derniers jours **dans le quartier** | **⭘**Attaques sporadiques **⭘**Attaques fréquentes**X**Pas d’attaques | **D01b.**Si **ATTAQUES SPORADIQUES** ou **ATTAQUES FREQUENTES**, y a-t-il eu: |
| Des morts | **⭘**Oui, **nombre**:**⭘**Non |
| Des blessés | **⭘**Oui, **nombre**:**⭘**Non |
| **D02a.** Y-a-t-il des patrouilles de forces de sécurité ?  | **⭘**A l’intérieur du site**⭘**A l’extérieur du site**PAS DE PATROUILLES** |
| **D02b.** Si ces patrouilles font des visites, environ combien? |
| Pendant la journée | **⭘** Oui, toujours présentes **⭘**Oui, elles font des visites | **⭘** Non | visite(s) par **jour** | visite(s) par **semaine** |
| Pendant la nuit | **⭘** Oui, toujours présentes **⭘**Oui, elles font des visites | **⭘** Non | visite(s) par **nuit** | visite(s) par **semaine** |
| **D03.** Quelles sont les **structures / personnes** qui sont en charge d’assurer la **loi/sécuritésur le site**? |
| **🞎**Police/gendarmes**🞎**Eléments armés **🞎**MISCA**🞎**SANGARIS**🞎** Militaires**X** Communauté elle-même**🞎** Il n’y a pas d’état de droit**🞎**Autre, spécifiez: |

|  |
| --- |
| **E. DISTRIBUTIONS** |
| **E01.** Indiquez les **dernières distribution**s reçues |
| **#** | Secteur\* | Date | Acteur | Vivres/NFI distribués |
| **1** | **NFI** | 05/09/2014 | **CRS/Caritas/HCR** | **Baches, nattes et couvertures (2 par menage, 88 menages servis)** |
| **2** | **NFI** | 25/09/2014 | **CRS/Caritas/HCR** | **Baches, nattes et couvertures (2 par menage, 32 menages servis)** |
| **3** |  | j**/** m**/2014** |  |  |
| **4** |  | j**/** m**/2014** |  |  |

|  |
| --- |
| **1: Alimentaire - 2: Biens non-alimentaires (NFIs)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **E02a.** Y-a-t-il eu des incidents lors des distributions ? | **⭘** Oui X**⭘** Non |
| **E02b.** Si **OUI**, commentaires : |  |
| **F. EAU / HYGIENE / ASSAINISSEMENT** |
| **EAU** |
| **F01.** Nombre de points d’eau **fonctionnel(s)** sur le site | **1** | **F02.** Nombre de points d’eau **non-fonctionnel(s)** sur le site |  |
| **F03**. Type de point d’eau ? | **🞎**Pompe manuelle**🞎**Puits aménagé**🞎**Pompe immergée + stockage + robinet | **🞎**Citerne d’eau (non relié à SODECA) + stockage + robinet**X** Relié à SODECA + stockage + robinet**🞎** Puits non aménagé |
| **F03a.** Accès à des points d’eau en dehors du site ? | **⭘**Oui **X** Non |
| **F03b.** Si **OUI**, quels sont les problèmes? | **🞎** Chemin trop dangereux **🞎**Distance trop longue **🞎** Mauvaise qualité de l’eau**🞎** Pas assez d’eau**🞎**Accès bloqué**🞎** Longues heures d’attentes **🞎** L’eau est payante **🞎**Autres, précisez: |
| **F04.** Estimation du nombre de litre par personne par jour disponible | litre(s)/personne/jour |
| **LATRINES** |
| **F05.**Y a-t-il des latrines accessibles aux IDPs dans le site ? | **X** Oui **⭘** Non |
| **F05b.**Nombre total de latrines (latrines d’urgence et en dur) | **9** | **F05c.** Nombre de latrines utilisables ? | **9** | **F05d.** Nombre de latrines pleines ? |  | **F05e.** Nombre de latrines pour enfants ? | **0** |
| **F06.** Quel est l’état de la majorité des latrines? | **⭘**Bon **X**Moyen **⭘**Impraticable |
| **HYGIENE** |
| **F08.** Station de lavage des mains disponible sur le site? | **X** OuiNon | **F08a**. Type de stations | **🞎**avec de l’eau chlorée**🞎**avec eau  sans chlore / sans savon | **X**avec savon |
| **F09.** Nombre de douches dans le site ? | **0** |
| **ASSAINISSEMENT** |
| **F14.** Des bacs/ fosses à ordures sont-ils disponibles dans le site? | **⭘** Oui **X** Non  | **F14a.** Si **OUI**, combien? | fosse(s) à ordures |
| **F15.** Fréquence de la collecte des bacs à ordures? | **⭘** tous les jours **⭘**+ 2 fois/semaine**⭘** 1 fois/semaine**⭘**1 fois toutes les 2 semaines**⭘** 1 fois/mois |
| **Commentaires: Pas de collecte des bacs à ordures, c’est au déplacées de faire ce travail dans le site** |
| **G. SANTE** |
| **G01a.** Est-ce qu’il y a un **centre de santéopérationnel** sur le site: | **⭘** Oui **X** Non | **G01b.** Si **OUI**, les soins sont ? | **⭘**Gratuits**⭘**Payants |
| **G01c.** Si **NON**, à quelle distance se trouve le centre de santé le plus proche ? | **X** à moins de 1km **⭘** de 1 à 5km **⭘** plus de 5km |
| **G01d.** Nom du centre | **CODIS et un hopitalregional** | **G01e.** Ce centre est | **⭘**Payant **X** Gratuit |
| **G02**. Service médical pour **femmes enceintes** disponible sur le site ? | **⭘** Oui **X** Non  |
| **G03a.** Présence de personnes sur le site ayant la tuberculose, le diabète ou autre maladies chroniques ? | **⭘** Oui **⭘** Non**PAS CONNU** |
| **G03b.** Ces personnes sont-elles prises en charge ou ont-elles accès aux médicaments ? | **⭘** Oui **⭘** Non |
| **G03a.** Y-a-t-il des **équipes mobiles** de santé sur le site? | **⭘**Oui**X**Non | **G03b**. Si **OUI**, fréquence des visites | visite(s) / semaine |
| **Commentaires: Pas de présence permanent d’un acteur sante.** |
| **H. EDUCATION** |
| **H01a.** L’école est-elle accessible pour les enfants du site ? | **X**Oui**⭘**Non |
| **H01b.** Si NON, pourquoi ? | **⭘**Ecole fermée**⭘**Chemin pour s’y rendre trop dangereux**⭘**Transport trop cher**⭘**Inscription trop chère**⭘**L’école du quartier n’accepte pas les enfants du site**⭘**Précisez pourquoi ?............................ |
| **H02.** Y a t’il un Espace amis d’enfant/ Espace temporaire d’apprentissage et de Protection de l’enfant (ETAPE) sur le site? | **⭘**Oui**X**Non |
| **Commentaires:**  |
| **I. PROTECTION** |
| **I01a.** Mécanisme des gestions de plaintes dans le site? | **X** Oui **⭘** Non | **I01b.** Si **OUI**, ce mécanisme est-il efficace ? | **X** Oui **⭘** Non |
| **I02.** Quelles activités mènent les acteurs de protection ? |
| **🞎** Référencement**🞎**Prise en charge psychosociale**🞎** Monitoring**X** Activités de sensibilisation**🞎** Autres, précisez……………………………………… |
| **I03.** Quelles sont les systèmes de référencement des victimes utilisés sur le site ? |
| **🞎**Ligne gratuite 4040 **🞎**Structure d’accueil sur le site (cellule d’écoute…)**🞎** Equipe mobiles**🞎** Relais communautaires**X** Autres, précisez : les délégués du site et les animateurs du Caritas |
| **Commentaires:** Il n y a pas un acteur précis pour la protection, mais le DRC fait du monitoring dans le site et le Caritas organise les sensibilisations et le système de plaintes avec le délégués du site. |
| **J. SECURITE ALIMENTAIRE** |
| **J01.** Quelle est la principale source actuelle de nourriture? | **⭘**Production de subsistance**⭘**Don et assistance humanitaire  | **X**Achat sur marché**⭘**Emprunt | **⭘**Troc**⭘**Autre, précisez ……………………………………… |
| **J02.** Accès physique à un marché sur ou proche du site ? | **X**Oui **⭘**Non | **J03.** Est-ce que les IDPs peuvent aller cultiver?  | **X**Oui **⭘**Non |
| **J04.** Quel sont les principaux aliments consommés ? |  Manioc, |
| **Commentaires:**  |
| **K. ABRIS** |
| **K01.** Nombre d’abristemporaires : | **K01a.**Par ménage | 120abris | **K01b.** Abris communautaires |  0 abris  |
| **K02.** Nombre d’abris à réparer : | abris | **K03.** Nombre de personnes sans-abris : |  personnes  |
| **K04a.** Nombre de bâtiments en dur occupés par les IDPs : |  0 bâtiments | **K04b.** Précisez le type (Ecole, dispensaire, lieu de culte etc…) : |  |
| **K05.** Pourcentage d’abris inondables en cas de chute de pluies | **⭘**mois de 25% **⭘**environ 50% **⭘**plus de 75% |

|  |
| --- |
| **L. RECAPITULATIF DES BESOINS PRIMAIRES** |
| **L01.**Quels besoins ne sont pas couverts (à remplir en dernier après la collecte de toutes les informations qui précèdent)? |
| **Secteur** | **Lacunes** |
| **WASH** | **Toujours pas un acteur permanent du WASH sur le site. L’ACF est en train d’installer les latrines et douches et le Caritas va organiser l’entretien de ces structures, mais à part ça il ‘y a pas des activité WASH/hygiène sur le site.** |
| **Abris et non-vivres** |  |
| **Sécurité alimentaire** | **Pas d’acteur Sec alim sur le site et aucune distribution des vivres a été fait depuis quelques mois.** |
| **Protection et sécurité** |  |
| **Education** |  |
| **Santé (dont assistance psychologique)** | **Pas d’assistance psychologique sur le site** |
| **Moyens de subistance** |  |

|  |
| --- |
| **N. COMMENTAIRES GENERAUX** |
| *Indiquez la référence de la section pour chaque commentaire (Ex:* ***J03a.:*** *XXX)* |

**SIGNATURE DU FACILITATEUR:\_\_Kathleen GORDON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**