

Evaluation Rapide Multisectorielle (ERM)

Rapport ERM dans la zone de santé de KIBUA du 30 octobre au 04 Novembre 2025

Aires de santé de MICHUMBI/KIBATI et KASHEBERE



FNH-RDC



MEDES
BAIN DES COMMUNAUTES EN BONNE SANTE



SOLIDARITE POUR
LA NATURE ET
L'HUMANITE
ASBL



Contexte

Description de la crise

Le territoire de Walikale, plus particulièrement la Zone de santé de Kibua reste toujours sous tensions, demeurant dans une instabilité persistante exacerbée par la poursuite des combats dans le groupement Bapfuna, Banyungu, Biiri Buabo et Nyamaboko 1er.

Les affrontements armés continuent de fragiliser la situation humanitaire et de protection non seulement dans la ZS de Kibua mais également dans celle de Masisi, Pinga et Walikale. La poursuite de combats vers plusieurs villages des groupements Ihana, Luberiki, Walowa Yangu et Walowa Uroba, ont forcé plusieurs milliers de personnes à se déplacer dans les centres collectifs et les familles d'accueil dans plusieurs aires de santé, où elles n'ont qu'un accès limité à l'assistance humanitaire.

Depuis le début de ces événements de conflits de guerre, ZS de santé de Kibua qui n'a pas été évaluée depuis plus d'un an, fait face à des défis humanitaires majeurs, notamment en raison de mouvement déplacements de populations en juin, juillet, août et septembre 2025 à la suite des affrontements dans les régions de Mpeti, Kashebere, Kibabi,..... notamment.

Les populations qui ont fui ne sont pas encore parvenues à regagner leur domicile en raison de l'incertitude sécuritaire persistante. Dans l'entre temps, dans les zones de déplacements, ces personnes vivent dans des situations humanitaires précaires. Dans la précipitation et la crainte pour leurs vies, les ménages n'ont pas pu préparer les éléments essentiels pour la survie et par conséquent ils ont tout abandonné et d'autres ont été pillés avant leurs fuites vers des zones calmes et sécurisées. D'où la vulnérabilité exprimée pendant les évaluations.

Le manque de capacités pour répondre immédiatement conduisant à une faible couverture des besoins prioritaires créent une situation critique appelant à une nécessité des interventions intégrées et renforcées.

Face à cette situation, une mission de terrain a été organisée du 30 Octobre au 04 Novembre 2025 a déjà révélé d'importantes lacunes en Santé, Wash, Nutrition, Protection-VBG, sécurité alimentaire, et au niveau même des mécanismes des mises à jour des statistiques des PDI. Ces lacunes soulignent l'urgence d'une réponse complémentaire impliquant les clusters clés pour répondre aux besoins astreignants et renforcer la résilience des communautés affectées.

La mission d'évaluation a connu la participation de 8 organisations nationales (WAZA AND ACT, FNH RDC, MEDES, ARDACC, AVSD, BATISSONS ENSEMBLE, SONAHU et GRAM)



Source des résultats : ¹

EM IC RDS/GDC

Code de l'alerte 5834 5834

Autres codes d'alerte

Date de début de crise 01/11/2025 17/09/2025

Date de fin de crise 01/08/2025 En cours

Estimations nb total de ménages dans la zone enquêtée 3903 6406

Taille moyenne ménages 8,0 -

Source : équipe d'évaluation

Moto
Non
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor

Couverture tél. 0% (estimation)

EM: Enquêtes ménages ; IC: Informateurs clés

RDS: Revue de données secondaires

GDC: Groupe de discussion communautaire

OL: Observations libres

Conséquences humanitaires

Il se revèle une situation humanitaire extrêmement préoccupante à l'issue de notre évaluation. La crise, essentiellement liée au conflit armé et à l'insécurité persistante, a provoqué une dégradation profonde des services de santé : recrudescence de maladies, absence de médicaments, absence d'accès aux soins essentiels et augmentation notable de la malnutrition, particulièrement chez les enfants.

Les communautés décrivent également des déplacements forcés, une insécurité constante autour des villages et des champs, et des violences, y compris sexuelles, touchant femmes, hommes et enfants.

Les conséquences matérielles sont tout aussi sévères : perte quasi totale des biens, destruction des maisons, pillage des villages, et effondrement des infrastructures scolaires et sanitaires, ce qui exacerbe la vulnérabilité des ménages déjà affectés.

Enfin, la crise alimentaire est aiguë : la perte d'accès aux champs, les pillages et la fuite des populations ont entraîné une famine progressive et une forte montée de la malnutrition.

En résumé, les communautés font face simultanément à une crise sanitaire, alimentaire, sécuritaire et socio-économique, dont les effets combinés compromettent gravement leur survie et leur capacité de résilience.

Age	Femmes	Hommes
64+ ans	2%	1%
18-64 ans	17%	15%
6-17 ans	17%	20%
7 mois-5 ans	9%	14%
0-6 mois	2%	3%
Total	47%	53%

Types d'assistance humanitaire reçue depuis la crise (EM)²

	(% de ménages)
Pas d'aide reçue	70%
Nutrition	1%
Abris	0%
Articles ménagers essentiels (AME)	26%
Eau, hygiène et assainissement (EHA)	21%
Santé	1%
Education	0%
Nourriture	0%
Moyens de subsistance	0%
Protection	0%
Cohésion sociale et consolidation de la paix	0%
Communication	0%
Cash (inconditionnel)	0%
Autre	0%

Tableau de scores de sévérité ERM (EM, % des ménages)

Secteur	Critère	Sévérité				
		1	2	3	4	5
Contexte	Nombre de ménages déplacés			1400		
Sécurité alimentaire	Disponibilité de ressources alimentaires	2%	19%	58%	-	21%
	Score de consommation alimentaire (SCA / FCS)	3%	-	17%	-	80%
	Indice des stratégies de survie simplifié (ISSs / rCSI)	26%	19%	-	-	45%
	Disponibilité d'un marché fonctionnel à moins de 2h à pied (IC)	100%	-	-	-	0%
Nutrition	MAG enfants < 5 ans	14%	-	86%	-	0%
	MAG femmes enceintes et allaitantes	50%	-	50%	-	0%
Abris	Type d'abris (EM) ET Situation d'occupation de l'abri (EM)	0%	49%	48%	1%	0%
	Promiscuité dans les abris					93%
Articles ménagers essentiels	Score card AME	0%	2%	13%	62%	23%
Eau, hygiène et assainissement	Type de source d'eau disponible ET Quantité d'eau disponible ET Temps nécessaire pour la collecte	16%	1%	48%	10%	11%
	Disponibilité d'un système de lavage des mains	2%	-	3%	-	95%
	Disponibilité ET Partage des installations sanitaires	0%	0%	41%	36%	6%
Santé	Taux de diarrhées des enfants < 5 ans			53%		
	Epidémies: cas confirmés (par des professionnels de santé)			Paludisme		
Protection	Ménages ayant accueilli un ou des enfants de façon spontanée	62%	-	-	-	37%
	Proportion des ménages avec au moins un membre en situation de handicap	95%	-	-	-	5%
	Ménages affectés par un incident lié aux Restes Explosifs de Guerre (IC)	44%	-	-	-	56%
Education	Disponibilité d'une école primaire fonctionnelle	72%	-	16%	-	12%
	Aucun enfant à l'école au cours des 14 derniers jours			35%		

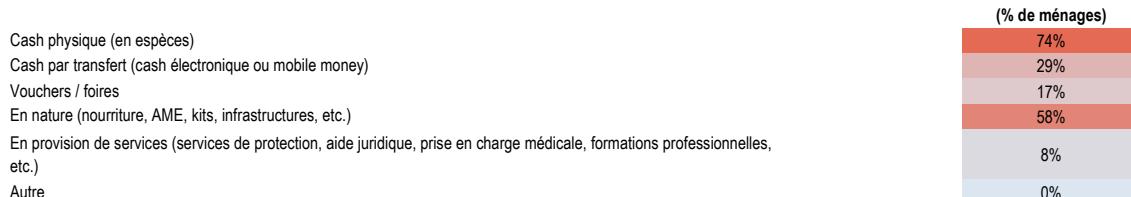
Note: Tous les scores de sévérité ERM sont présentés dans ce tableau. Chaque score est calculé à partir des résultats des EM donnés en % de ménages issus, exceptés les scores "Disponibilité d'un marché fonctionnel à moins de 2h à pied (IC)" et "Ménages affectés par un incident lié aux Restes Explosifs de Guerre (REG) (IO)" qui intègrent des résultats issus des enquêtes auprès des IC. A chaque indicateur est attribué un niveau de sévérité pouvant aller de 1 à 5. L'indicateur "Epidémies: cas confirmés" renseigne manuellement les types de cas rapportés dans les enquêtes.

Perspective d'évolution de la crise

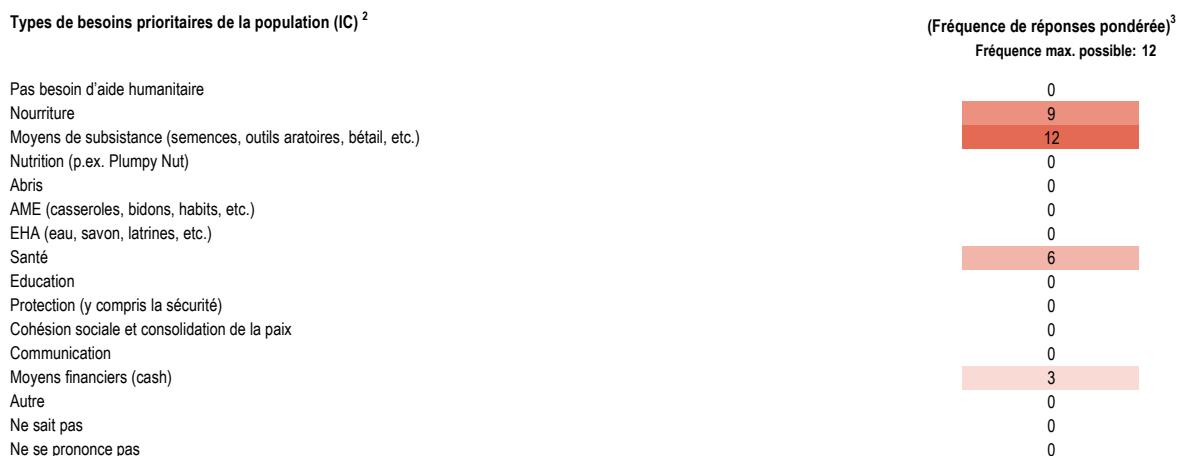
La crise dans la zone évaluée devrait persister au regard de l'insécurité toujours active et des mouvements de population qui restent continus et imprévisibles. Les affrontements, les pillages et la présence de groupes armés empêchent toute stabilisation durable et poussent régulièrement les ménages à se déplacer. Les familles d'accueil étant saturées, les capacités communautaires sont dépassées. Sans amélioration du contexte sécuritaire, les conditions de vie risquent de se détériorer et les besoins humanitaires de continuer à croître.

Besoins prioritaires

Modalités préférées pour bénéficier d'une assistance humanitaire pour les ménages (EM)²



Types de besoins prioritaires de la population (IC)²



Informations sur l'enquête

Méthodologie

L'évaluation rapide multisectorielle a été conduite selon l'approche standardisée du mécanisme ERM, mobilisant des outils harmonisés et une triangulation systématique des sources. La collecte des données s'est déroulée dans la Zone de Santé de Kibua, dans les localités de Kashebere et Kibati, à travers un dispositif combinant enquêtes ménages, entretiens avec informateurs clés et discussions de groupes.

Les enquêtes ménages (EM) ont permis de documenter la situation des familles affectées à partir d'un questionnaire structuré couvrant les secteurs Santé, EHA, Sécurité alimentaire, Nutrition, Abris/AME, Éducation et Protection. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide d'indicateurs standards (FCS, rCSI, état nutritionnel PB, accès aux services, disponibilité des AME, etc.).

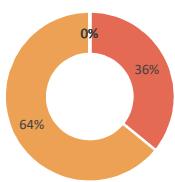
Les entretiens avec informateurs clés (IC) ont ciblé les autorités sanitaires, leaders communautaires, responsables scolaires et comités locaux dans la Zone de Santé de Kibua, afin de compléter les données par une lecture experte du fonctionnement des services essentiels et de l'évolution sécuritaire dans les localités touchées.

Les Focus Group Discussions (FGD), organisés séparément avec des femmes, des hommes et parfois des jeunes à Kashebere et à Kibati, ont apporté une compréhension qualitative des impacts de la crise, des stratégies d'adaptation, des risques de protection et des priorités communautaires. Ces données ont permis de contextualiser les tendances quantifiées et de refléter les perceptions locales de l'urgence.

L'analyse finale repose sur la triangulation de ces trois sources d'information et sur l'observation directe des équipes. Cette combinaison garantit une lecture cohérente, rapide et multisectorielle de la situation humanitaire dans la Zone de Santé de Kibua, conformément aux exigences méthodologiques du mécanisme ERM.

Mouvements de population

Voir tableau des mouvements de population à la fin du rapport



	EM	IC	RDS/GDC
% estimé de ménages par statut			
Déplacés	36%	25%	
Retournés	64%	47%	
Communauté hôte / autochtones	0%	28%	
Réfugiés	0%	0%	
Rapatriés / expulsés	0%	0%	

Analyse des mouvements de population

Les mouvements de population dans la zone de santé de Kibua, particulièrement dans les localités de Kashebere et Kibati, demeurent intenses, imprévisibles et étroitement liés à la persistance des affrontements armés. Chaque semaine, de nouveaux ménages fuient leurs villages, tandis que d'autres effectuent des allers-retours instables en raison d'un environnement sécuritaire fluctuant. Cette dynamique crée une mobilité constante où déplacés, returnés et communautés hôtes vivent une situation de pression permanente.

La majorité des familles déplacées arrivent sans ressources et s'installent dans des ménages déjà fragiles, générant un surpeuplement important ; certaines dorment dehors faute d'espace. Parallèlement, les ménages returnés peinent à se stabiliser, contraints de quitter à nouveau leurs villages dès que les combats reprennent. Leur vulnérabilité reste comparable à celle des déplacés, aggravée par l'absence d'assistance et l'épuisement progressif des mécanismes locaux de solidarité.

D'après les données recueillies auprès des infirmiers responsables des aires de santé visitées, il ressort un total de 1 412 ménages déplacés, répartis entre 747 à Kashebere et 665 à Kibati. Concernant les ménages de personnes revenues, on en dénombre 2 491, dont 1 413 à Kashebere et 1 078 à Kibati. Sur la base d'une taille moyenne de 8 personnes par ménage, cela correspond à environ 19 928 individus returnés et 11 296 personnes déplacées dans ces deux localités.

Ces estimations doivent toutefois être interprétées avec prudence. La zone ayant connu le déplacement massif de sa population – y compris du personnel de santé – ainsi que le pillage généralisé des bureaux administratifs, la mission n'a pas pu accéder à des données officielles consolidées sur les mouvements de retour. À ce stade, aucune structure locale n'a encore procédé à un recensement détaillé des familles revenues ni des membres de la communauté.

Nombre estimé de ménages par statut (voir synthèse ci-dessous)

Déplacés	1400	1602
Retournés	2503	3030
Communauté hôte / autochtones	0	1769
Réfugiés	0	3
Rapatriés / expulsés	0	3

Nombre total estimé de ménages dans la zone enquêtée

3903 6406

Taille moyenne des ménages (EM)

8,0 -

Pression démographique (ratio déplacés + returnés / communauté hôte)

100% 262%

Proportion de ménages se déclarant familles d'accueil

51% (Réponse IC majoritaire)
Oui, beaucoup (plus de la moitié)

Estimation du nombre de familles d'accueil dans la zone enquêtée

1974 -

Estimation synthétique du nombre de ménages par catégorie de déplacement (cette section est optionnelle: si l'outil de synthèse des données MdP EM/IC/GDC/RDS proposé dans la boîte à outils ERM est utilisé, coller en bas à droite les résultats. L'outil permet de fusionner les données de mouvements de population issues des différents outils ERM, tout en évitant le comptage multiple des mouvements qui sont en réalité les mêmes mais mesurés dans différents outils)

	Déplacés	Retournés	Chiffre détaillés			
			Aires de santé	Réturnées	Pop. Déplacés	Total
	1412	2491	KASHEBERE	1413	747	2160
			KIBATI	1078	665	1743
			Total (Nb ménages)	2491	1412	3903
			Estimation de la population (taille =8)	19928	11296	31224
		Total	3903			

Nutrition

Les mesures du périmètre brachial, réalisées lors des EM grâce au bracelet MUAC (Mid-Upper Arm Circumference), permettent un diagnostic rapide afin de déterminer le degré de malnutrition de l'enfant ou de la femme allaitante. Seuls les enquêteurs formés spécifiquement à cela peuvent réaliser ce type de mesures dans le cadre d'une ERM. L'absence de valeurs dans le tableau ci-dessous indique que ces mesures n'ont pas été réalisée lors de cette évaluation.

<115 mm	Malnutrition Aigüe Sévère = MAS
115-125 mm	Malnutrition Aigüe Modérée = MAM
>125 mm	Pas de malnutrition = -
MAG	Malnutrition Aigüe Globale = MAG (MAS + MAM)

EM

	< 2 ans		≥ 2 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%
Garçons de moins de 5 ans	<115 mm	0	0%	0	0	0%
	115-125 mm	3	100%	0	0	0%
	>125 mm	0	0%	0	0	0%
	MAG	3	100%	0	0	100%
Filles de moins de 5 ans	<115 mm	0	0%	0	0	0%
	115-125 mm	3	75%	0	0	75%
	>125 mm	1	25%	0	0	25%
	MAG	3	75%	0	0	75%
Enfants de moins de 5 ans	<115 mm	0	0%	0	0	0%
	115-125 mm	6	86%	0	0	86%
	>125 mm	1	14%	0	0	14%
	MAG	6	86%	0	0	86%
Femmes enceintes et allaitantes	<185 mm	0	0%	0	0	0%
	185-230 mm	4	50%	0	0	50%
	>230 mm	4	50%	0	0	50%
	MAG	4	50%	0	0	50%

Seuls les IC professionnels de la santé ou de la nutrition rapportent les cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans et/ou les femmes allaitantes identifiés au cours des 4 semaines précédant l'ERM. L'absence de valeurs dans le tableau ci-dessous indique que de tels IC n'ont pas été interrogés lors de cette évaluation.

IC, professionnels de santé/nutrition : Nombre moyen de cas rapportés

	< 2 ans		≥ 2 ans		Total	
	n	n	n	n	n	n
Garçons de moins de 5 ans	<115 mm	1	2	3	3	3
	115-125 mm	3	1	4	4	4
	MAG	4	3	7	7	7
Filles de moins de 5 ans	<115 mm	4	2	6	6	6
	115-125 mm	5	2	6	6	6
	MAG	8	4	12	12	12
Enfants de moins de 5 ans	<115 mm	5	4	0	0	0
	115-125 mm	7	3	10	10	10
	MAG	12	7	18	18	18
Femmes enceintes et allaitantes	<185 mm	10	0	0	0	0
	185-230 mm	6	0	0	0	0
	MAG	16	0	0	0	0

Analyse Nutrition

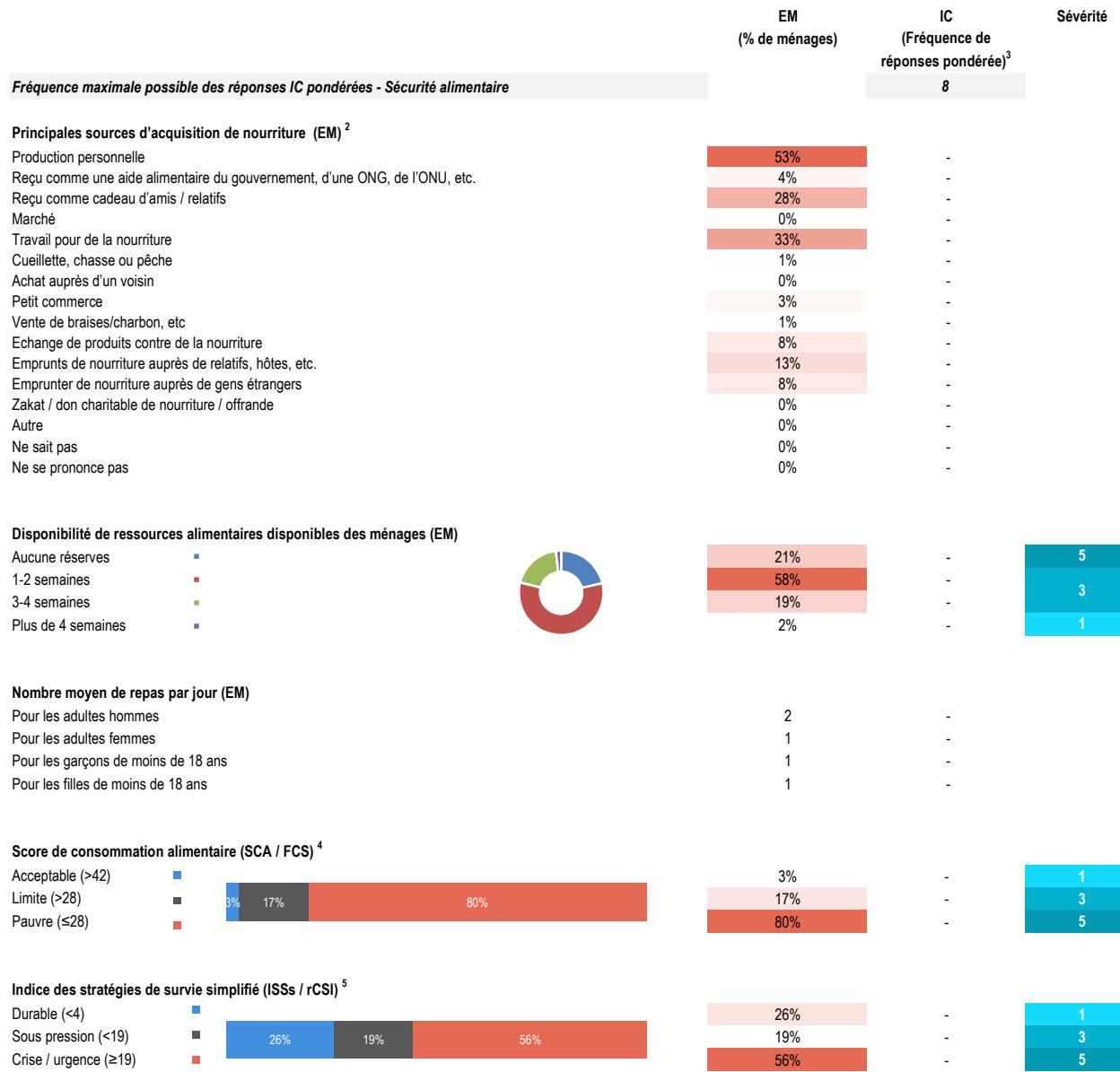
Le dépistage MUAC réalisé auprès des enfants de moins de 5 ans dans les EM a révélé 86 % de cas de MAM et aucun cas de MAS, soit un taux global de MAG de 86 %. Ce résultat met en évidence une vulnérabilité persistante, liée à l'accès restreint aux denrées alimentaires et à l'effondrement des moyens de subsistance. Il convient toutefois de rappeler que ces proportions proviennent d'un échantillon limité de 7 ménages, ce qui impose de les interpréter avec prudence et d'éviter toute extrapolation à l'ensemble de la population.

Chez les femmes enceintes et allaitantes (FEFA), la situation reste préoccupante : 50 % de cas de MAM (MUAC < 230 mm) et 0 % de MAS ont été observés, exposant ce groupe déjà fragile à un risque accru de complications obstétricales et néonatales. Ces données reposent sur un effectif restreint de 8 prélèvements.

Les informations recueillies auprès des informateurs clés (IC) confirment cette tendance. Les structures sanitaires ont rapporté plusieurs cas de malnutrition au cours des quatre semaines précédant l'évaluation, avec 18 cas de MAG chez les enfants de moins de 5 ans (dont 47 % MAS et 53 % MAM) et 16 cas de MAG chez les FEFA (dont 63 % MAS et 37 % MAM). Ces éléments corroborent une dégradation nutritionnelle déjà constatée avant la mission.

Sécurité alimentaire

	EM (% de ménages)	IC (Fréquence de réponses pondérée) ³	Sévérité
Fréquence maximale possible des réponses IC pondérées - Sécurité alimentaire		8	
Principales activités de subsistance (EM, IC)²			
Travail journalier	42%	8	
Agriculture de subsistance	21%	0	
Agriculture de rente	27%	0	
Activités de pêche	0%	0	
Activités de chasse / cueillette	0%	0	
Élevage	0%	0	
Exploitation minière artisanale	0%	0	
Petit commerce (y compris vente de braises/charbon, etc.)	0%	0	
Gagne un salaire (d'un emploi permanent)	0%	0	
Envois de fonds (p.ex. envoyé par un membre de famille ou ami)	0%	0	
Aucune	1%	0	
Autre	0%	0	
Ne sait pas	0%	0	
Accès à la terre (EM)			
Oui	32%	-	
Non	68%	-	
Ne sait pas	0%		
Ne se prononce pas	0%		
Proportion de cultures endommagées (IC)		Oui, beaucoup (plus de la moitié)	
Proportion de bétails / animaux d'élevage affectés (pillés / tués / déplacés) au cours des 3 derniers mois (IC)		Oui, beaucoup (plus de la moitié)	
Accès physique à un marché durant les 7 derniers jours (EM)			
Oui	40%	-	
Non	60%	-	
Ne sait pas	0%	-	
Ne se prononce pas	0%	-	
Raison de non-accès à un marché durant les 7 derniers jours (EM)			
Le marché n'est plus fonctionnel	36%	-	
Le marché n'est pas situé à distance de marche / est trop loin	17%	-	
Il est dangereux de se rendre au marché	40%	-	
Autre	0%	-	
Disponibilité d'un marché fonctionnel (à moins de 2h à pied) (IC)		Oui	
Disponibilité des services M-pesa (EM, IC)			
Oui	42%	8	
Non	58%	0	
Ne sait pas	0%	0	
Ne se prononce pas	0%	0	
Perception du niveau de la faim de la majorité de la population (IC)			
Presque pas de faim	-	0	
La faim est limitée, des stratégies sont disponibles pour faire face à l'accès réduit à la nourriture	-	0	
La faim est importante, les options sont limitées pour faire face à l'accès réduit à la nourriture	-	8	
La faim est la pire qu'elle puisse être, partout dans la localité, et causant de nombreux décès	-	0	
Ne sait pas	-	0	



Analyse Sécurité alimentaire

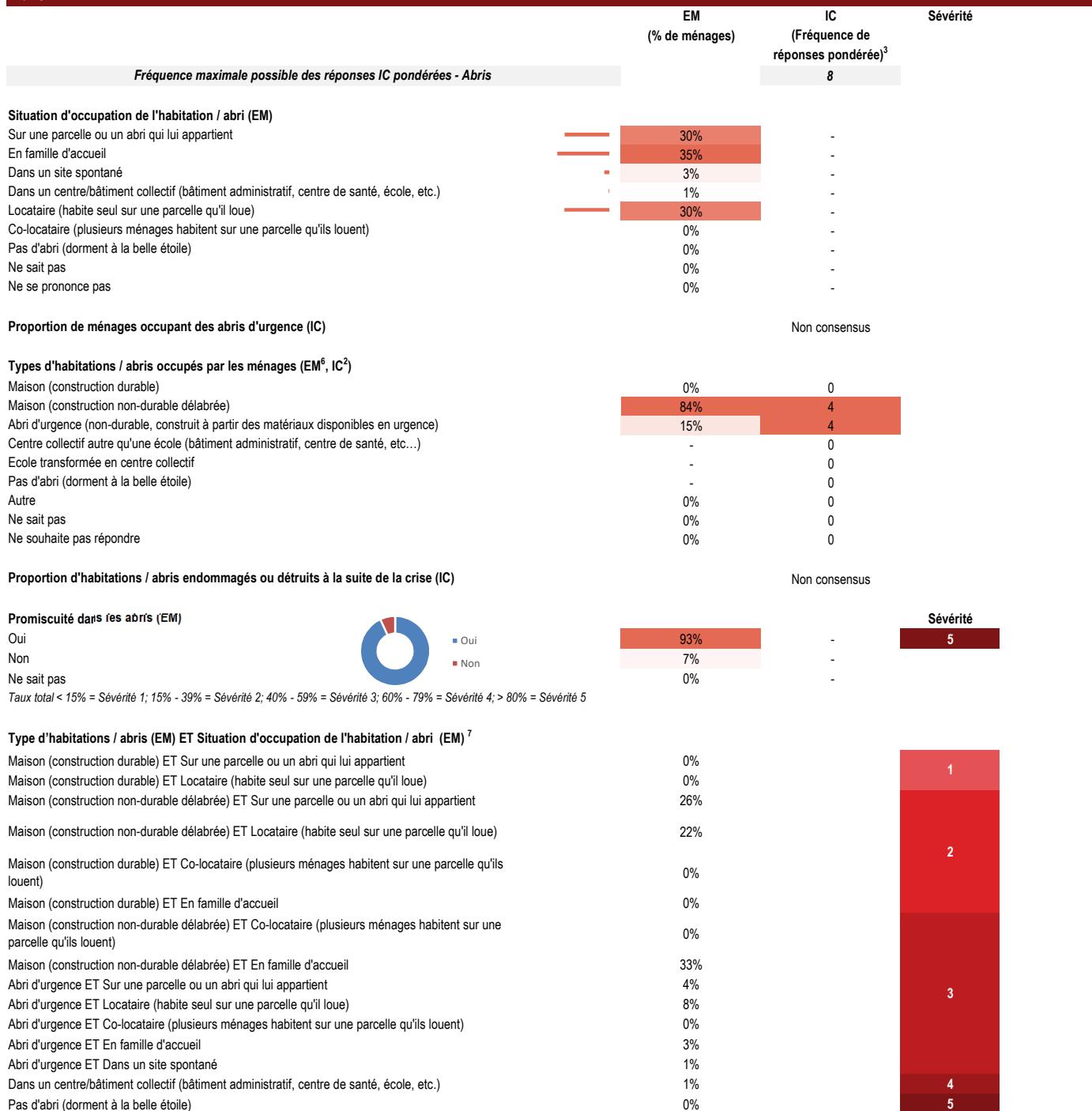
La situation alimentaire dans la zone de santé de Kibua, particulièrement dans les localités de Kashebere et Kibati, demeure extrêmement préoccupante. Les ménages évalués présentent un accès très limité aux moyens de subsistance : 68 % n'ont plus accès à leurs terres, tandis que les cultures et le petit bétail ont été fortement affectés, les informateurs clés rapportant des pillages ou destructions dans plus de la moitié des cas. Cette perte des moyens de production contribue fortement à l'insécurité alimentaire aiguë observée.

L'accès aux marchés reste très restreint : seuls 39 % des ménages ont pu rejoindre un marché au cours des 7 derniers jours. Pour les autres, les marchés sont soit non fonctionnels (36 %), trop dangereux (40 %) ou trop éloignés (17 %). Cette contrainte accentue la dépendance à la production personnelle, qui demeure insuffisante, et au recours fréquent aux prêts alimentaires ou au travail contre nourriture.

Les indicateurs de consommation alimentaire sont alarmants : 80 % des ménages présentent un score de consommation alimentaire pauvre et 55 % adoptent des stratégies de survie de niveau crise/urgence. La majorité des ménages ne prend qu'un à deux repas par jour, révélant une carence persistante en quantité et en diversité de nourriture. Les réserves alimentaires sont très limitées, 58 % des ménages ne disposant que d'une à deux semaines de stocks.

Cette combinaison de facteurs - perte d'accès à la terre, destruction des moyens de subsistance, accès restreint aux marchés et capacité alimentaire critique, confirme la nécessité urgente d'une assistance alimentaire immédiate, suivie d'un appui en relance agricole et en restauration des moyens d'existence.

Abris



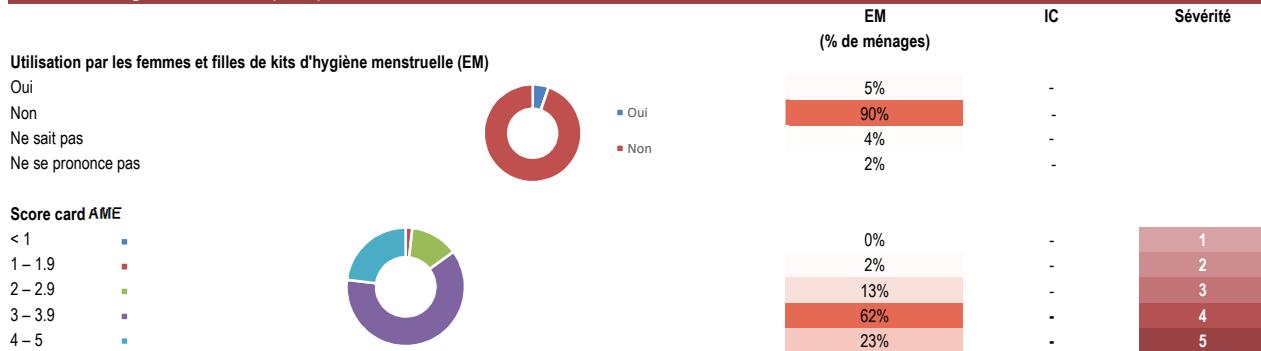
Analyse Abris

A l'issue de la mission, il a été remarqué que la majorité des ménages vit dans des maisons non durables ou des abris d'urgence, souvent endommagés ou entièrement détruits lors des affrontements. Les discussions communautaires confirment la perte massive d'habitations, les pillages et l'occupation des maisons abandonnées pendant les déplacements.

Une grande partie de la population est hébergée chez des familles d'accueil, entraînant une promiscuité très élevée et une surcharge des ménages, ce qui aggrave les tensions, réduit l'intimité et expose davantage les femmes et les enfants. D'autres ménages restent dans des abris improvisés, parfois instables, tandis que certains dorment dehors faute d'espace disponible.

La plupart des retours se font dans des maisons endommagées ou occupées, rendant impossible la reprise d'une vie normale. Les capacités locales de reconstruction sont limitées en raison du manque de matériaux et de ressources.

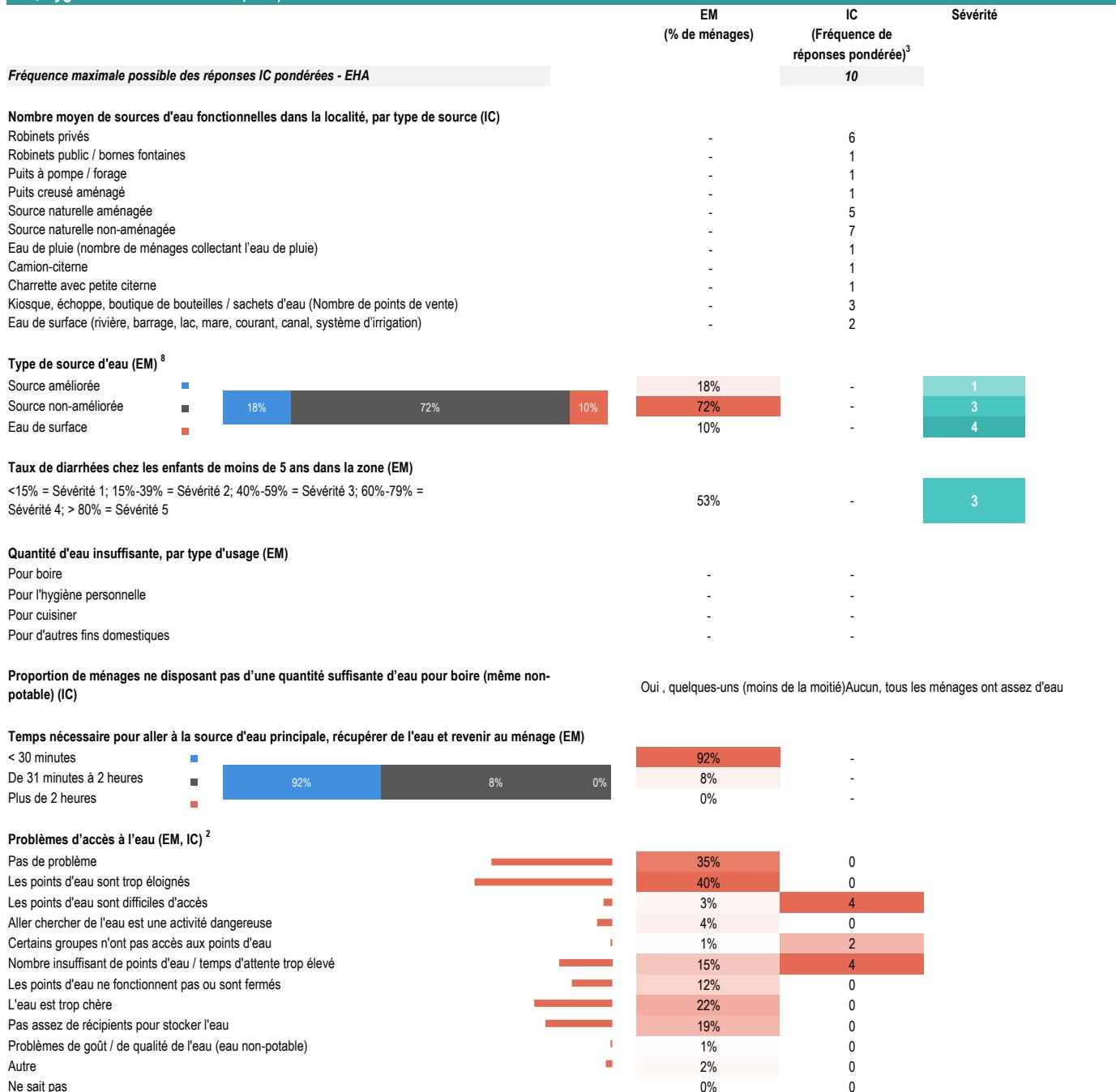
Articles Ménagers Essentiels (AME)

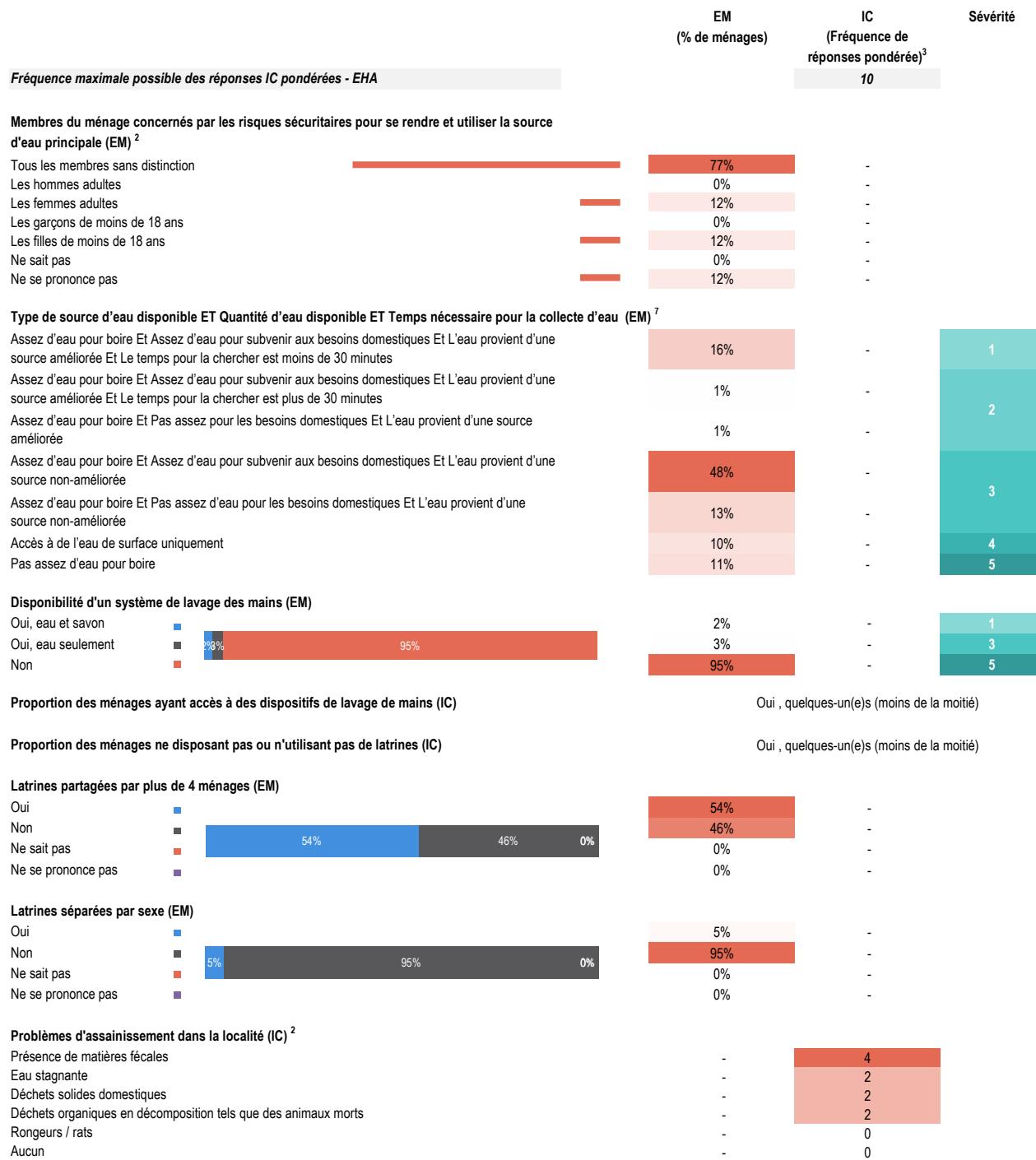


Analyse AME

Les données montrent que la majorité des ménages présente un déficit important en articles de base, avec 85 % situés entre les scores 3 et 5, indiquant un accès limité aux ustensiles de cuisine, nattes, couvertures, lampes ou récipients d'eau. Les pertes de biens lors des déplacements, décrites dans les focus groupes, aggravent cette vulnérabilité et obligent les familles à partager le peu disponible ou à recourir à des emprunts. La situation est encore plus critique pour les femmes et les filles, seulement 5 % déclarant utiliser un kit d'hygiène menstruelle, ce qui affecte leur dignité et leur hygiène dans un contexte d'abris précaires et de promiscuité. L'ensemble des résultats souligne un besoin urgent de distribution de kits AME complets, incluant des articles d'hygiène menstruelle, afin d'améliorer les conditions matérielles et la dignité des ménages affectés.

Eau, Hygiène et Assainissement (EHA)





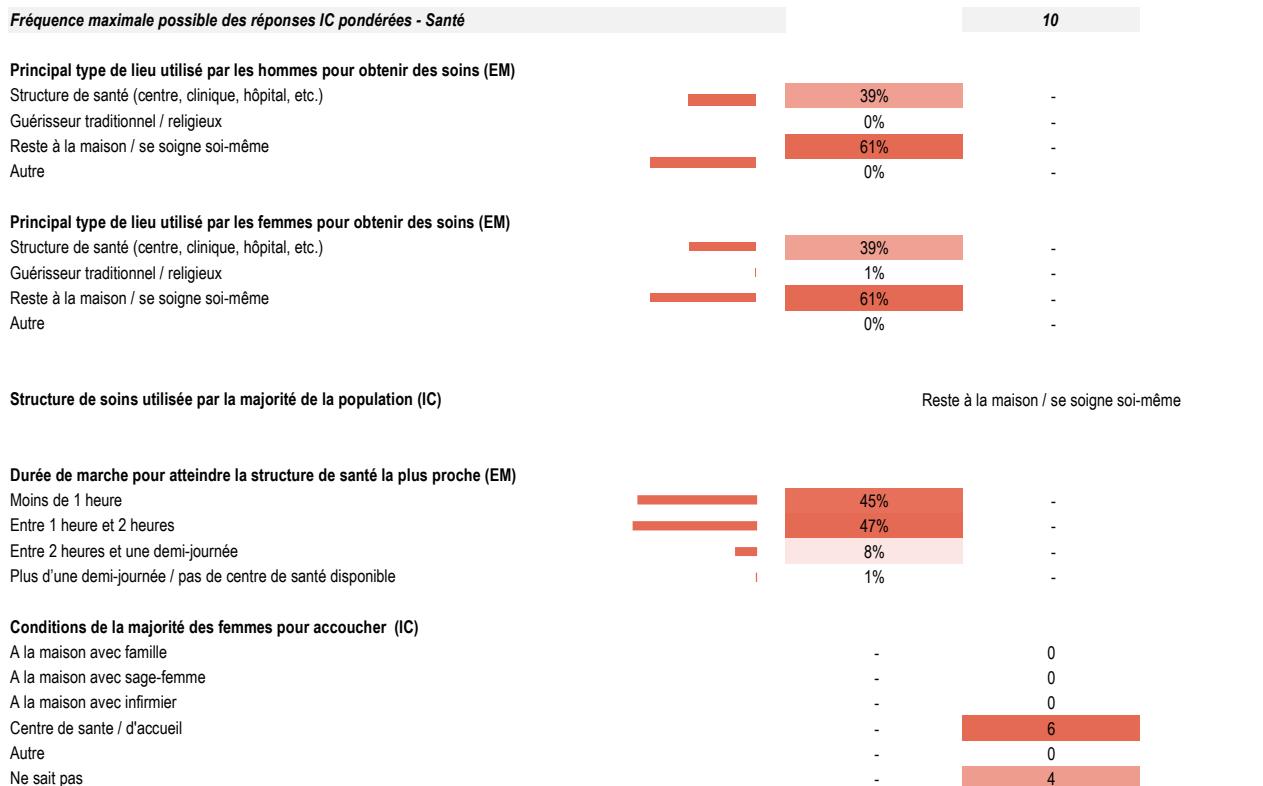


Analyse EHA

La situation dans la zone de santé de Kibua montre une forte dépendance aux sources d'eau non améliorées (72 %) et de surface, exposant les ménages à un risque sanitaire élevé. Le taux de diarrhée de 53 % chez les enfants de moins de 5 ans confirme l'impact direct de la mauvaise qualité de l'eau. Bien que la majorité déclare disposer de quantités suffisantes pour boire ou cuisiner, l'accès se fait souvent dans des conditions précaires, avec des risques sécuritaires touchant principalement les femmes et les filles. L'éloignement, le coût de l'eau, la non-fonctionnalité de certains points ainsi que l'insuffisance de récipients restent des obstacles majeurs.

Les conditions d'hygiène et d'assainissement sont tout aussi préoccupantes : 95 % des ménages ne disposent pas de dispositifs de lavage des mains, 77 % utilisent des latrines non améliorées et 54 % partagent les latrines avec plus de quatre ménages, aggravant les risques de contamination. La présence de matières fécales, de déchets et d'eau stagnante souligne une dégradation généralisée de l'environnement sanitaire. Cette combinaison — eau insalubre, infrastructures d'assainissement limitées, faible accès à l'hygiène — crée un contexte hautement propice à la propagation des maladies hydriques.

Santé



	EM (% de ménages)	IC (Fréquence de réponses pondérée) ³	Sévérité
Fréquence maximale possible des réponses IC pondérées - Santé		10	
Problèmes d'accès aux soins de santé (IC)²			
Pas de problèmes	-	0	
Infrastructures de santé partiellement ou totalement détruites	-	2	
Manque de personnel médical qualifié dans les centres de santé	-	0	
Manque de médicaments	-	6	
Manque de moyens pour payer les soins de santé	-	4	
Problèmes d'accès physique pour tout le monde (y compris la distance trop élevée)	-	2	
Problèmes d'accès physique pour les personnes âgées	-	0	
Problèmes d'accès physique pour les personnes handicapées	-	0	
Problèmes d'accès sécuritaire pour tout le monde	-	0	
Problèmes d'accès sécuritaire pour les femmes et les filles en particulier	-	0	
Autre	-	0	
Ne sais pas	-	0	

Symptômes chez les enfants de moins de 5 ans au cours des 2 dernières semaines (EM)

Diarrhée	53%	-	3
Fièvre	89%	-	
Toux	68%	-	

Taux total <15% = Sévérité 1; 15%-39% = Sévérité 2; 40%-59% = Sévérité 3; 60%-79% = Sévérité 4; > 80% = Sévérité 5

Ménages dormant sous des moustiquaires (EM)

Oui	68%	-	
Non	8%	-	
Ne sait pas	0%	-	

Questions spécifiques aux IC professionnels de santé :

Nombre moyen de cas de maladies rapportées (IC, prof. de santé)

Paludisme	
Infection Respiratoire Aigüe	
Diarrhées aigües	
Typhoïde	
Malnutrition aigüe globale	
Rougeole	
Choléra	
Fièvre jaune	
Fièvre hémorragique	
Autre	

IC	
Cas suspects	Cas confirmés
85	100
20	20
5	5
0	0
10	10
0	0
0	0
4	0
0	0
0	0

Disponibilité de médicaments en quantité suffisante (IC, prof. de santé)

Non, manque grave

Disponibilité d'équipements médicaux en quantité suffisante (IC, prof. de santé)

Non, manque modéré

Augmentation du nombre journalier de patients nécessitant des soins depuis le début de la crise (IC, prof. de santé)

Oui, un peu

Analyse Santé

La mission a remarqué le manque de moyens financiers compromet l'accès effectif aux soins de la population de l'axe Mikumbi-Kibati. Avec les EM, on a trouvé que les enfants âgés de moins 5 ans présentent une forte charge de morbidité (fièvre, toux et diarrhée), avec une manifestation dans 53 % des cas souffrant des diarrhées (sévérité 3). La prévention contre le paludisme est quasi-absente car 89 % ne dorment pas sous MIILD. Les maladies dominantes sont le paludisme, les infections respiratoires aigües, les diarrhées et la malnutrition aigüe globale. La crise actuelle entraîne une augmentation modérée de la demande en soins, mais l'offre est limitée par un manque sévère en médicaments et modéré en équipements dans les structures visitées.

Protection

	EM (% de ménages)	IC (Fréquence de réponses pondérée) ³	Sévérité
Fréquence maximale possible des réponses IC pondérées - Protection		9	

Présence et nombre d'enfants non-accompagnés (ENA)

Ménages ayant accueilli au moins 1 ENA (EM)	37%	-	5
Présence d'ENA (IC)	-	Oui	
Nombre moyen d'ENA (IC)	-	4	

Présence et nombre de personnes en situation de handicap (PSH) (EM)

Présence de PSH	5%	-	5
Nombre total d'enfants en situation de handicap	4	-	
Nombre total d'adultes en situation de handicap	1	-	
Nombre total de personnes âgées	0	-	

Principales préoccupations de protection, par groupe de population (IC)²

Rien à signaler / Pas de problème	
Meurtre	
Mutilations / coups et blessures	
Violences intercommunautaires	
Violences sexuelles	
Enlèvements ou tentatives d'enlèvement	
Blessés / morts dus aux mines	
Mariage forcé / précoce	
Violences conjugales	
Séparation des familles	
Pillage / vol / cambriolage	
Pillage du bétail	
Arrestations arbitraires	
Harcèlement ou divulgation de renseignements	
Recrutements / enrôlements forcés	
Démobilisation d'acteurs armés	
Travaux forcés	
Autre	
Ne sait pas	
Ne se prononce pas	

Principales préoccupations par groupe (Fréquence de réponses pondérée) ³			
H +18 ans	F +18 ans	H -18 ans	F -18 ans
2	2	2	2
0	0	0	0
0	0	0	0
5	3	5	5
5	7	5	0
2	3	3	3
5	2	2	5
0	2	0	2
0	0	0	0
0	0	0	0
2	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
2	0	0	2
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0

Types d'incidents encourus et / ou subis récemment par les membres masculins des ménages (EM)²



Types d'incidents encourus et / ou subis récemment par les membres féminins des ménages (EM)²



Disponibilité d'un service de prise en charge des cas de VBG (IC)

Non



Analyse Protection

Les ménages rapportent la présence d'enfants non accompagnés, l'absence de services spécialisés, notamment pour la prise en charge des violences basées sur le genre, ainsi qu'une forte vulnérabilité des personnes en situation de handicap, souvent sans soutien communautaire ou institutionnel. Les perceptions recueillies montrent des tensions entre populations hôtes, déplacées et retournées, alimentées par la pression sur les ressources, la cohabitation prolongée dans les ménages d'accueil et l'accès limité aux terres après les déplacements, un problème largement souligné dans les discussions communautaires.

Les incidents rapportés indiquent une exposition fréquente aux risques de violence, de harcèlement, de travail forcé, de violences sexuelles et de difficultés d'accès aux services essentiels, affectant autant les hommes que les femmes. Des tensions sociales autour de la propriété foncière, l'occupation des champs et la restitution des biens aggravent les risques, notamment pour les retournés. La présence d'incidents liés aux Restes Explosifs de Guerre renforce l'insécurité quotidienne, y compris lors des activités domestiques comme la recherche d'eau ou de bois. Dans l'ensemble, la protection demeure un secteur critique nécessitant des actions urgentes de prévention, de suivi communautaire et de rétablissement des mécanismes locaux de protection.

Éducation

	EM (% de ménages)	IC (Fréquence de réponses pondérée) ³	Sévérité
Fréquence maximale possible des réponses IC pondérées - Education		10	
Disponibilité d'une école primaire fonctionnelle à moins d'une heure de marche (IC)		Oui	
Durée de marche pour atteindre l'école primaire fonctionnelle la plus proche (EM)			
Moins de 1 heure	72%	-	1
Plus de 1 heure	16%	-	3
Pas d'école primaire fonctionnelle	12%	-	5
Ecole primaire fonctionnelle occupée ou partiellement utilisée par des personnes armées (EM)			
Oui	4%	-	
Non	96%	-	
Ne sait pas	0%	-	
Proportion d'enfants de 6 à 11 ans non-inscrits ou ne fréquentant pas régulièrement l'école primaire (IC)		Oui, beaucoup (plus de la moitié des enfants de 6 à 11 ans)	
Type de lieu utilisé pour les classes d'école primaire (IC)			
Ecoles existantes	-	10	
Espaces temporaires (p. ex. église, ...)	-	0	
Dehors / sous les arbres	-	0	
Autre	-	0	
Ne sait pas	-	0	
Ménages dont aucun enfant, par groupe, n'est allé à l'école au cours des 14 derniers jours (EM)			
Garçons (Primaire)	36%	-	
Filles (Primaire)	29%	-	
Garçons (Secondaire)	41%	-	
Filles (Secondaire)	32%	-	
Total	35%	-	2
Taux total $\geq 70\% =$ Sévérité 5; $51\% - 69\% =$ Sévérité 4; $36\% - 50\% =$ Sévérité 3; $16\% - 35\% =$ Sévérité 2; $\leq 15\% =$ Sévérité 1			
Raison principale de la non-scolarisation d'au moins un enfant par ménage (EM)			
Manque de moyens pour payer l'école	62%	-	
Ecole trop éloignée	27%	-	
Interruption suite à un déplacement / retour	2%	-	
Destruction de l'école	0%	-	
Occupation de l'école	0%	-	
Ecole de la localité d'accueil n'accepte pas enfants déplacés	0%	-	
Enfant a peur d'aller à l'école	4%	-	
Absence des enseignants	0%	-	
Enfant est perturbé (stress, trauma)	2%	-	
Enfant jamais allé à l'école	1%	-	
Autre	0%	-	
Ne se prononce pas	1%	-	

Raison principale de la non-scolarisation des filles et des garçons de 6 à 11 ans (IC)

Elles / Ils ne peuvent pas payer les frais scolaires
 Elles / Ils ne peuvent pas payer le matériel scolaire
 Elles / Ils doivent travailler en dehors de la maison (agriculture, travaux, transhumance)
 Elles / Ils doivent travailler à la maison
 Récemment déplacé.es, sans inscription dans une école à proximité
 Pour des raisons culturelles (p. ex. les filles ne vont pas à l'école)
 Mariage précoce / mariage forcé
 Grossesse précoce
 Faim
 La route pour aller à l'école est trop dangereuse
 Il n'y a pas de fourniture (p. ex. des pupitres)
 Manque d'hygiène et d'installations EHA dans les écoles (et / ou problèmes liés aux menstruations)
 L'école est trop loin
 L'école est endommagée au point de ne plus pouvoir y aller
 Autre
 Ne sait pas
 Ne se prononce pas

(Fréquence de réponses pondérée) ³	
Filles 6-11 ans	Garçons 6-11 ans
6	6
0	2
0	0
0	0
4	2
0	0
0	-
0	-
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0

Questions spécifiques aux IC professionnels du secteur de l'éducation:

Taux d'inscription des enfants en école primaire (IC, prof. de l'éducation)

Taux actuel (au moment de l'enquête)	-	12%
Avant la crise	-	12%

Taux de fréquentation des enfants inscrits en école primaire (IC, prof. de l'éducation)

Taux actuel (au moment de l'enquête)	-	12%
Avant la crise	-	50%

Ratio moyen d'élèves pour 1 enseignant (IC, prof. de l'éducation)

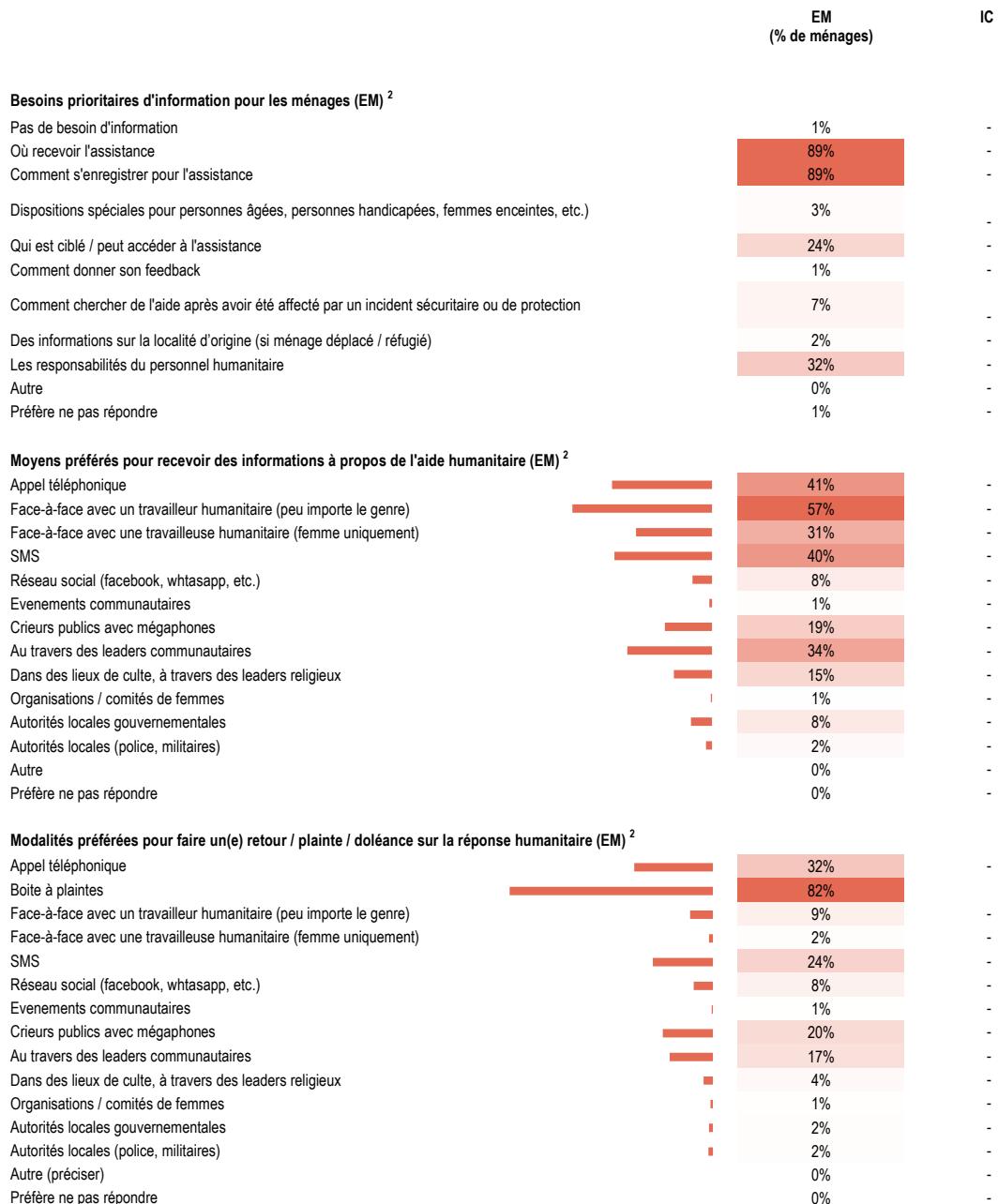
Nombre actuel d'élèves pour 1 enseignant	10
Nombre d'élèves pour 1 enseignant avant la crise	20

Analyse Education

L'accès à l'éducation demeure très perturbé dans la zone de santé de Kibua, en particulier à Kashebere et Kibati. Les écoles sont éloignées, parfois non fonctionnelles ou utilisées par les déplacés, limitant fortement la fréquentation. De nombreux enfants de 6 à 11 ans ne vont pas régulièrement à l'école, surtout à cause du manque de moyens, des déplacements, de la distance et du besoin d'aider leurs familles.

Les filles sont davantage touchées en raison des tâches domestiques, du manque de fournitures et de l'insécurité sur le trajet. Le manque d'enseignants, la surcharge des classes et la dégradation des infrastructures aggravent encore les obstacles. Ces contraintes compromettent la continuité scolaire et appellent un appui rapide pour réhabiliter les écoles et soutenir la scolarisation des enfants vulnérables.





Analyse AAP

Les communautés expriment une forte préférence pour une assistance en cash, perçue comme la modalité la plus adaptée à leurs besoins immédiats. La majorité rapporte n'avoir reçu aucune aide récente, et souligne un manque d'information claire sur l'accès, les critères de ciblage et les mécanismes de réclamation. Les canaux privilégiés pour recevoir des informations et exprimer des plaintes restent le face-à-face avec les travailleurs humanitaires et les relais communautaires. Globalement, les ménages demandent un renforcement de la communication, de la transparence et des mécanismes de redevabilité accessibles et fiables.

Conclusions générales et commentaires

La mission conjointe a confirmé la gravité de la crise humanitaire en cours dans la zone de santé de Kibua, particulièrement dans les localités de Kashebere et Kibati, durement affectées par l'extension du conflit de la coalition AFC/M23 avec les FARDC depuis début 2025. Les populations ont connu des déplacements successifs, la perte de leurs biens, l'occupation de leurs terres et la destruction ou la perturbation de services sociaux essentiels. Malgré certains retours observés dans les villages, la situation reste instable et l'insécurité omniprésente, limitant considérablement les capacités de résilience des ménages.

La communauté hôte accueille toujours un nombre important de déplacés récents, ce qui exerce une pression accrue sur des ressources déjà extrêmement limitées. Les ménages, qu'ils soient hôtes, déplacés ou retournés, font face aux mêmes chocs : accès réduit à la nourriture, manque d'eau potable, habitat précaire, promiscuité et détérioration des infrastructures éducatives et sanitaires. Les données montrent également des tensions émergentes autour de l'accès à la terre, des risques accusés de violences, ainsi que des mécanismes d'auto-protection fragilisés.

L'évaluation multisectorielle révèle des besoins humanitaires urgents dans tous les secteurs : sécurité alimentaire, santé et nutrition, protection, EHA, éducation, abris/AME et redevabilité. Les indicateurs témoignent d'une dégradation continue du bien-être des populations, avec un niveau élevé de faim, d'insécurité, de malnutrition, d'expositions aux risques et un accès très limité aux services sociaux de base. Les populations expriment un besoin urgent d'assistance coordonnée, prévisible et équitable, incluant aussi bien les déplacés que les retournés et les hôtes.

La zone évaluée demeure accessible et, au regard de l'ampleur des besoins, une réponse rapide et multisectorielle est fortement recommandée, incluant l'assistance alimentaire/cash, la relance agricole, le soutien aux abris et AME, l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la protection communautaire, ainsi que la restauration des structures éducatives et sanitaires. Une présence humanitaire soutenue et la coordination avec les autorités locales et les acteurs communautaires seront essentielles pour atténuer les impacts persistants de la crise et renforcer la résilience des communautés affectées.

Notes de fin

1. Les résultats issus des différents questionnaires ERM sont présentés dans plusieurs colonnes distinctes avec l'entête "EM" pour les enquêtes ménages, "IC" pour les informateurs clés et "GDC/RDS" pour les données issues des groupes de discussion communautaires ou d'une revue de données secondaires (voire d'une observation libre). Si la source d'une information est autre que ces trois ou que la donnée dans une colonne ne s'y réfère pas, un entête spécifique est ajouté. Les entêtes de sources sont ensuite rappelés où nécessaire. Pour les EM, les résultats sont généralement en % de ménages ayant répondu à chacune des réponses possibles listées sur la gauche. Pour les IC, les résultats sont généralement présentés sous forme du nombre de fois que des IC ont cité une des réponses possibles, pondéré par le poids accordé aux IC spécialistes (fréquence pondérée des réponses IC). Les résultats peuvent aussi être affichés uniquement sous la forme de la réponse ayant été la plus fréquemment rapportée par les IC, après pondération. Lorsque aucune réponse rapportée par les IC ne se dégage majoritairement, le résultat est rapporté comme un "Non consensus". Pour les GDC/RDS, les réponses sont des entrées manuelles des évaluateurs pour répondre aux questions pertinentes. Les données GDC/RDS se retrouvent aussi et principalement dans les boîtes de texte d'analyse pour chaque secteur. Les données issues d'observations libres peuvent également être présentées dans ces boîtes de texte.
2. Question à choix multiples, la somme des % des différentes réponses peut être supérieure à 100%. La somme des % des différentes réponses peut être inférieure à 100% car les réponses "Ne sait pas" et "Ne se prononce pas" ne sont pas présentées dans les graphiques.
3. La fréquence pondérée des réponses IC correspond au nombre de fois que des IC ont cité une des réponses possibles, ajusté en fonction du profil des IC et du secteur évoqué. La pondération accordée à chaque IC en fonction de son profil permet de donner un poids relatif aux informations rapportées par les IC plus ou moins spécialisés en fonction du secteur évoqué. Chaque IC reçoit un nombre de points de pondération, qui varie pour chaque catégorie de questions (questions transversales, questions santé, questions sécurité alimentaire, etc.). Ainsi le maximum possible de la fréquence pondérée d'une réponse (autrement dit, le total de points de pondération des IC) est différent pour chaque secteur. Cette fréquence pondérée maximale possible est indiquée en en-tête de chaque secteur à travers le rapport ; Attention : La fréquence pondérée ne correspond donc ni à un pourcentage, ni au nombre d'IC ayant cité l'option de réponse considérée.
4. Le score de consommation alimentaire (SCA/FCS) est un indicateur de la quantité et de la qualité des aliments consommés dans un ménage. Il mesure le nombre de jours pendant lesquels un membre du ménage a consommé respectivement 9 groupes d'aliments distincts au cours d'une période de rappel de 7 jours. Les ménages sont classés en catégories de gravité en fonction de leurs réponses. Le SCA est souvent utilisé comme indicateur de la qualité des aliments consommés. Les seuils SCA standard sont <28 pour une consommation «pauvre», 28,5-42 pour une consommation «limite» et >42 pour une consommation «acceptable».
5. L'indice des stratégies de survie simplifié (ISSs/CSI) est un indicateur alternatif de l'accès aux aliments par les ménages. Il mesure le comportement des ménages pour faire face au manque de nourriture, spécifiquement les ajustements de consommation et des activités de subsistance. Ces ajustements peuvent être des changements dans la consommation; une réduction des dépenses; ou une expansion activités génératrices de revenus. Le score doit généralement être analysé dans le cadre d'une analyse des tendances. Les seuils standards pour l'ISS sont de < 3 pour une situation «acceptable», 4 - <= 18 pour une situation «limite» et > 19 pour une situation «pauvre».
6. Parmi les ménages ayant rapporté une situation d'occupation parmi les modalités suivantes : "Sur une parcelle ou un abri qui lui appartient", "En famille d'accueil", "Dans un site spontané", "Locataire (habite seul sur une parcelle qu'il loue)", "Co-locataire (plusieurs ménages habitent sur une parcelle qu'ils louent)", "Ne sait pas" et "Ne se prononce pas".
7. Indicateur composé à partir de plusieurs éléments de réponse de différents autres indicateurs. La somme des résultats de cet indicateur composite peut être inférieure ou supérieure à 100% car toutes les modalités de réponse possibles ne sont pas considérées.
8. Sources améliorées: celles protégées de l'extérieur, p.ex. robinets, trous de forage, puits tubulaires, puits creusés protégés, sources naturelles protégées, l'eau de pluie et l'eau conditionnée (en bouteilles/sachets). Sources non-améliorées: puits creusé non-protégé ou source naturelle non-protégée. Eau de surface: rivière, barrage, lac, étang, ruisseau, canal d'irrigation, etc. (source: JMP).
9. Installations sanitaires améliorées: celles conçues pour séparer hygiéniquement les excréments du contact humain, p.ex. latrine à chasse vers un réseau d'égout, fosse septique, latrines à fosse améliorées ventilées (VIP), toilettes à compost ou latrines à fosse avec dalle (source: JMP). Non-améliorées: latrines à fosse sans dalle ni plateforme, latrines suspendues ou latrines à seau. Pas d'installation sanitaire: excréments dans un espace ouvert (champs, forêts, buissons, plans d'eau ouverts, etc. ou avec les déchets solides)