



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT OF STATE

Foreign, Commonwealth
& Development Office

German
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

UNICEF



**Rapport d'Évaluation Rapide Multisectorielle
UNIRR CTR**
**Axe lacustre Kabimba : AS Kisongo – Bilila –
Kabimba/Kiliza II - Kitoke/ZS Nyemba**
Territoire de Kalemie

*Auteur: Musenge Willy
Coordinateur Adjoint ERM_ UniRR CRT*



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT OF STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office

german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

unicef



| | |
|--|--------------------------------------|
| - Date de l'évaluation : | - Du 19 au 24 décembre 2025 |
| - Date de Partage du 1er rapport (Résumé succinct) | - Le 27 décembre 2025 |
| - Période évaluée en semaine : | - 30 jours soit 4 semaines |
| - Date de prise des données : | - Du 19 décembre au 23 décembre 2025 |

| Section | Information | Niveau de sévérité d'Urgence | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|------------------------------|--|------------|------------|--|--|----------------|-------------|---------------|------------|------------|-----|------|---|---|---|------|------|------|---|------|---|------|--------------|--|------|-------|------|-----|----------------|--|-------|-------|-------|--------|--------------------------|--|-------|-------|------|------|------|--|-------|------|-------|---------|----------------------|--|-------|------|------|--------|-------------------|--|-------|------|--------|--------|------------------|--|--------|------|------|--------|-----------------------|--|-----|-----|-----|-------|--|
| Faits saillants | <p>1. La situation sécuritaire relativement calme dans les 4 aires de santé mais inquiétante par la continuité de l'arrivée d'autres vaques des déplacés en provenance d'Uvira, Baraka, Makobola à bord des barquettes motorisées suite aux atrocités de la guerre.</p> <p>2. Les villages des aires de santé Kiliza II, Kitoke et Bilila sont d'accès difficile car le lac constitue la seule voie pour y accéder. Ceci nécessite une grande logistique.</p> <p>3. Le bateau et la barquette motorisée constituent le seul moyen de transport utilisé pour accéder aux différents villages de ces aires de santé (à prendre en considération pour les stratégies avancées).</p> <p>4. Noyade sur le lac des deux barquettes motorisées transportant les déplacés ayant coutée la vie de plus de 450 personnes, rendant deux familles qui ont eu la vie sauve plus vulnérables (2 femmes allaitantes, 6 enfants de moins de 5 ans et 9 adolescents).</p> <p>5. 82,6 % des PDIs hébergés dans les FAMACs, une situation à ne pas négliger qui impacte négativement sur le bon déroulement d'un ciblage de qualité.</p> <p>6. Pour raison de la précarité de la vie, les PDIs vident les villages et se livrent aux travaux champêtres moins payant pour tant soit peu garantir leur vie.</p> <p>7. Les aires de santé de Kiliza, Kitoke et Bilila sont sans appui des partenaires (SSP depuis 2014 et santé Nut 2021).</p> <p>8. Nous travaillons avec 145 ménages enquêtés au lieu de 143 prévus dans le TDRs suite à une erreur qui s'est glissée lors des enquêtes.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Santé | <p>Différents indicateurs sanitaires clés lors de l'ERM</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicateurs</th> <th colspan="5">Structures sanitaires/sites PDIs/localités</th> </tr> <tr> <th>Zones évaluées</th> <th>C.S Kisongo</th> <th>C.S Kiliza II</th> <th>C.S Bilila</th> <th>C.S Kitoke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TMG</td> <td>2,15</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>5,74</td> </tr> <tr> <td>TMIJ</td> <td>5,69</td> <td>0</td> <td>3,78</td> <td>0</td> <td>8,42</td> </tr> <tr> <td>Taux curatif</td> <td></td> <td>21 %</td> <td>4,2 %</td> <td>14 %</td> <td>9 %</td> </tr> <tr> <td>Couverture VAR</td> <td></td> <td>170 %</td> <td>136 %</td> <td>142 %</td> <td>82,7 %</td> </tr> <tr> <td>Penta-Pneumo-Rota-Polio3</td> <td></td> <td>138 %</td> <td>172 %</td> <td>74 %</td> <td>91 %</td> </tr> <tr> <td>CPN1</td> <td></td> <td>450 %</td> <td>64 %</td> <td>337 %</td> <td>270,3 %</td> </tr> <tr> <td>Accouchement assisté</td> <td></td> <td>106 %</td> <td>62 %</td> <td>92 %</td> <td>29,6 %</td> </tr> <tr> <td>Morbi Palu < 5ans</td> <td></td> <td>109 %</td> <td>45 %</td> <td>64,3 %</td> <td>71,4 %</td> </tr> <tr> <td>Morbi IRA < 5ans</td> <td></td> <td>30,6 %</td> <td>11 %</td> <td>27 %</td> <td>23,2 %</td> </tr> <tr> <td>Morbi diarrhée < 5ans</td> <td></td> <td>24%</td> <td>8 %</td> <td>8 %</td> <td>7,7 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Commentaires : Au regard des données dans le tableau ci haut, il ressort ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> Une forte mortalité globale et infanto-juvénile dans les 4 aires de santé évaluées mais avec un accent plus particulier sur l'aire de santé de Kitoke qui a un taux très élevé par rapport aux 3 autres aires de santé (Bilila, Kabimba/Kiliza II et Kisongo). Un faible taux des services dans toutes les 4 aires de santé. Une forte morbidité des maladies tueuses (Palu IRA, diarrhée) chez les enfants < 5 ans. <p>NB :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le C.S Kisongo a un appui partiel en SSP avec CONCERN qui prend en charge uniquement les enfants < 5 ans et les femmes enceintes pour le suivi des grossesses. Ce qui justifie les taux de couverture très élevés en CPN et accouchement assisté dans cette structure. Les faibles taux d'utilisation des services ainsi que les taux de morbi – mortalité très élevés dans ces structures sanitaires sont conséquents au manque des médicaments essentiels génériques justifiés par le manque d'appui des partenaires. | Indicateurs | Structures sanitaires/sites PDIs/localités | | | | | Zones évaluées | C.S Kisongo | C.S Kiliza II | C.S Bilila | C.S Kitoke | TMG | 2,15 | 0 | 0 | 3 | 5,74 | TMIJ | 5,69 | 0 | 3,78 | 0 | 8,42 | Taux curatif | | 21 % | 4,2 % | 14 % | 9 % | Couverture VAR | | 170 % | 136 % | 142 % | 82,7 % | Penta-Pneumo-Rota-Polio3 | | 138 % | 172 % | 74 % | 91 % | CPN1 | | 450 % | 64 % | 337 % | 270,3 % | Accouchement assisté | | 106 % | 62 % | 92 % | 29,6 % | Morbi Palu < 5ans | | 109 % | 45 % | 64,3 % | 71,4 % | Morbi IRA < 5ans | | 30,6 % | 11 % | 27 % | 23,2 % | Morbi diarrhée < 5ans | | 24% | 8 % | 8 % | 7,7 % | |
| Indicateurs | Structures sanitaires/sites PDIs/localités | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Zones évaluées | C.S Kisongo | C.S Kiliza II | C.S Bilila | C.S Kitoke | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TMG | 2,15 | 0 | 0 | 3 | 5,74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TMIJ | 5,69 | 0 | 3,78 | 0 | 8,42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux curatif | | 21 % | 4,2 % | 14 % | 9 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Couverture VAR | | 170 % | 136 % | 142 % | 82,7 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penta-Pneumo-Rota-Polio3 | | 138 % | 172 % | 74 % | 91 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPN1 | | 450 % | 64 % | 337 % | 270,3 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accouchement assisté | | 106 % | 62 % | 92 % | 29,6 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Morbi Palu < 5ans | | 109 % | 45 % | 64,3 % | 71,4 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Morbi IRA < 5ans | | 30,6 % | 11 % | 27 % | 23,2 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Morbi diarrhée < 5ans | | 24% | 8 % | 8 % | 7,7 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT OF STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office

german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

unicef



| | | |
|-----------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Le pouvoir d'achat très faible (mais tarification des actes très élevée : 2000 FC consultation enfant, 3000 à 5000 FC consultation adulte et 15000 FC à 30.000FC l'accouchement eutocique) dans ces aires ainsi que le poids démographique des PDIs en surplus ne font qu'exacerber le degré de vulnérabilité des PDIs ainsi que des populations hôtes. | |
| Nutrition | <p>Seul le C.S Kisongo est appuyé en santé Nut par Vision mondiale prenant en charge les cas MAS et MAM.</p> <p>L'enquête menée dans les 4 aires de santé révèle sur 177 enfants screenés 8 cas MAS soit une proportion de 4,5 % et 23 cas MAM soit une proportion de 12,9 % pour un taux globale de malnutrition évalué à 17,4 %. La disponibilité des poissons dans ces aires de santé lacustres pourrait justifier ces taux de malnutrition non alarmants.</p> | |
| AME | Un manque quasi-total des biens non alimentaires a été observé dans 99 % des ménages vulnérables et PDIs enquêtés, qui éprouvent des grandes difficultés pour stocker correctement l'eau et l'incapacité de préparer les aliments à leur guise. | |
| Abris | 80 % des ménages PDIs n'ont pas d'abris. Ceux qui habitent le site Umbwe passent nuit à la belle étoile suite à l'état défectueux des huttes de fortune qu'ils utilisent. Et ceux qui sont dans les FAMACs accusent un surpeuplement des foyers qui les ont reçus, avec un risque évident de contracter les maladies infectieuses pour raison de grande promiscuité mais aussi des éventuels viols des filles qui passent nuit ensemble avec les garçons par manque d'espace. Tel nous l'avons toujours dit, ceci reflète l'effondrement des systèmes de protection sociale, qui nécessite une réponse intégrée (abris + sécurisation foncière + plaidoyer), vitale pour améliorer cette situation de précarité spatiale. | |
| Sécurité alimentaire | <p>La production agricole dans ces aires de santé est très faible, du fait que bon nombre de gens se procurent des champs de fortune qui ne peuvent pas nourrir toute une grande population mais aussi la pêche qui préoccupe une grande partie de la population jeune dont l'âge varie entre 18 ans à 45 ans, classe susceptible de prendre l'agriculture comme socle de vie. Cette situation paralyse le système de stockage d'aliments, qui met toute la population sous dépendance extérieure. Cette faible production couplée au pouvoir d'achat très faible, rendent de plus en plus la population hôte mais surtout les PDIs plus vulnérables.</p> <p>Ainsi lors de l'enquête, 89 % des PDIs et hôtes vulnérables accèdent qu'à un seul repas par jour contre 9,7 % seulement qui en ont deux par jour.</p> <p>Pour contourner cet obstacle, ces PDIs recourent aux travaux champêtres dont le paiement ne couvre même pas une ration journalière d'une famille (10 m² pour 3000 FC).</p> | |
| Hygiène accès à l'eau | <p>Toute cette population consomme une eau non potable particulièrement celle des rivières et des sources non aménagées, dont 80 % des ménages enquêtés (119/145) peinent pour trouver de l'eau contre 14 % de ces ménages enquêtés (21/145) qui trouvent l'eau à suffisance. A noter que toutes ces 4 aires de santé décrivent l'absence totale des infrastructures hydrauliques.</p> <p>47 % des ménages enquêtés (68/145) n'ont pas de latrines, c'est-à-dire même parmi les ménages hôtes contre 53 % (77/145) qui ont accès à des latrines non hygiéniques.</p> | |
| Protection | <p>La situation sécuritaire dans les 4 aires de santé est relativement calme.</p> <p>Mais on signale la présence :</p> <ol style="list-style-type: none"> Des ENA dont l'âge compris entre 3 – 17 ans : <ul style="list-style-type: none"> 1 37 ENA pour les 4 aires de santé (F=120 G=17) et 4 ENA déjà réunifiés par le biais des services de la division des affaires sociales. 106 cas VBG parmi lesquels 22 ont été pris en charge par Concern et les 84 autres non soumis au traitement jusqu'à ce jour. <p>Il convient de signaler que lors de l'ERM, nous avons eu à échanger seulement avec 43 cas de VBG sur les 106 déclarés, 33 ENA sur les 137 déclarés et 14 PDIs avec handicap.</p> <p>Les PDIs ainsi que les ménages autochtones se sont félicités de la cohabitation pacifique établie depuis leur arrivée.</p> <p>Tableau synthèse des cas VBG, ENA et personnes vivant avec handicap vus lors de l'ERM</p> | |

Objectifs de l'évaluation

1. Général :

Mener une évaluation rapide multisectorielle et la mise à jour de la situation humanitaire dans les aires de santé de Kisongo, Kabimba/Kiliza II, Kitoke et Bilila / zone de santé de Nvemba/territoire de Kalemie.

2. Spécifiques :

- ❖ Mener les enquêtes ménages porte à porte en tenant compte de la taille d'échantillonnage ressortie sur l'ensemble des ménages touchés,
 - ❖ Evaluer et décrire la situation contextuelle et sanitaire ainsi que les besoins des populations déplacées (AEM, abris, santé SSP et Nut, vivres...).
 - ❖ Déterminer le niveau de l'urgence et prioriser les réponses.
 - ❖ Collecter et analyser les données pré-crise afin d'avoir les données en lien avec la démographie, le profil de la crise, les principales menaces, les vulnérabilités existantes.
 - ❖ Collecter et analyser les données post-crise (populations affectées, profil humanitaire des populations, les contraintes à l'accès humanitaire, les besoins de base...) afin de déterminer la vulnérabilité.
 - ❖ Identifier la nature de la crise ainsi que les personnes impliquées.
 - ❖ Circonscrire la zone affectée par la crise et identifier les conditions d'accessibilité (logistique et sécuritaire).
 - ❖ Organiser les échanges communautaires (groupes des discussions).
 - ❖ Former les enquêteurs (Reco, personnes influentes...).
 - ❖ Etablir les besoins prioritaires des ménages déplacés affectés.

Résultats attendus

- ❖ Les enquêtes ménages porte à porte en tenant compte de la taille d'échantillonnage ressortie sur l'ensemble des ménages touchés sont menées,
 - ❖ La situation contextuelle et sanitaire ainsi que les besoins des populations déplacées (AEM, abris, santé SSP et Nut, vivres...) sont évalués et décrits.
 - ❖ Le niveau de l'urgence est déterminé et les réponses sont priorisées.
 - ❖ Les données pré-crise afin d'avoir les données en lien avec la démographie, le profil de la crise, les principales menaces, les vulnérabilités existantes sont collectées et analysées.
 - ❖ Les données post-crise (populations affectées, profil humanitaire des populations, les contraintes à l'accès humanitaire, les besoins de base...) afin de déterminer la vulnérabilité sont collectées et analysées.
 - ❖ La nature de la crise ainsi que les personnes impliquées sont identifiées.
 - ❖ La zone affectée par la crise est circonscrite et les conditions d'accessibilité (logistique et sécuritaire) sont identifiées.
 - ❖ Les échanges communautaires (groupes des discussions) sont organisés.
 - ❖ Les enquêteurs (Reco, personnes influentes...) sont formés.
 - ❖ Les besoins prioritaires des ménages déplacés affectés sont établis.

Méthodes :

- 3.** Présentation des civilités auprès des autorités civiles ;
 - 4.** Contacts avec les autres acteurs et réunion communautaire avec les différentes couches de la population ;
 - 5.** Sélection des relais communautaires, des certains membres de la Croix rouge et briefing sur les enquêtes-ménages suivant un échantillon de 145 ménages.
 - 6.** Screening des enfants de 6 - 59 mois dans les 145 ménages selectionnés.
 - 7.** Organisation des focus-group et divers entretiens avec les personnes clés.
 - 8.** Organisation des élections et installation des membres du comité de gestion des plaintes avec un Procès-Verbal dûment signé par toutes les parties prenantes.
 - 9.** Visite des infrastructures sanitaires (Centres de santé Kisongo, Kitoke, Kiliza II et Bilila) et collecte des données santé Nut et SSP auprès de ces dernières.
 - 10.** Visite des établissements scolaires primaires et secondaires de la place et collecte de données des enfants déplacés scolarisés.
 - 11.** Compilation et traitement des données.
 - 12.** Rapportage et restitution des résultats obtenus

A. Situation humanitaire dans les aires de santé de Kisongo, Kabimba/Kiliza II, Kitoke et Bilila (ZS Nyemba)

Entre octobre et novembre 2025, les déplacés internes estimés à plus de 752 ménages fuyant les atrocités de la guerre d'agression opposant les FARDC aux rebelles de l'AFC/M23, ont fait afflux dans la cité de Kabimba situé à 60 Km de Kalemie centre dans l'aire de santé Kisongo (zone de santé Nyemba/territoire de Kalemie).

La récente chute de la ville d'Uvira en début de décembre 2025, vient de provoquer l'arrivée massive de plusieurs vagues des



U.S. DEPARTMENT OF STATE

Foreign, Commonwealth
& Development OfficeKOREA
Sharing Hope Sharing Future

nouveaux déplacés internes portant le total estimé à 5642 ménages repartis entre le site Umbwe (aire de santé Kisongo) et les FAMACs des villages :

- ❖ Katenga, Mitetezi et la cité de Kabimba (Aire de santé Kisongo) ;
- ❖ Bilila, Rwakwe, Maka, Musimwa, Mikamba et Mapari (aire de santé Bilila) ;
- ❖ Mizimwe, Kitoke, Katala, Karago, EME (aire de santé de Kitoke) ;
- ❖ Kiliza II & II, Mapera et Nyuki (aire de santé de Kiliza II).

A ce jour, ces nombreux déplacés internes plongés dans une crise humanitaire aiguë, sans assistance et confrontés à une extrême précarité, expriment les besoins urgents en Abris, vêtements et AEM, Vivres, Eau et assainissement, soins médicaux et nutritionnels, cash...

Cette crise humanitaire appelle une réponse urgente, coordonnée et multisectorielle afin d'éviter une détérioration supplémentaire des indicateurs sanitaires et sociaux dans la région. Les besoins prioritaires identifiés incluent : des abris dignes, des ustensiles de cuisine, des vivres, des soins de santé primaires et nutritionnels, ainsi qu'un accès sécurisé à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates. Une intervention rapide et concertée des acteurs humanitaires est indispensable pour prévenir une crise majeure dans les aires de santé Kisongo, Kabimba/Kiliza II, Kitoke et Bilila et restaurer un minimum de dignité aux populations déplacées.

Aide humanitaire en cours au centre de santé Kisongo

| N° | Acteurs | Domaine d'intervention | Date d'intervention |
|----|-----------------|---|---------------------|
| 01 | Concern | SSP aux enfants < 5ans et aux femmes enceintes pour le suivi des grossesses | Octobre 2024 |
| 02 | Vision mondiale | Prise en charge nutritionnelle MAS et MAM | Juin 2025 |

B. Situation sécuritaire :

La situation sécuritaire dans les 4 aires de santé (Kisongo, Kabimba, Kitoke, Bilila) et dans ses environs demeure relativement calme mais inquiétante avec l'arrivée des plusieurs vagues des déplacés par des barquettes motorisées. La chute de la ville d'Uvira et des certains villages du territoire de Fizi en début de décembre 2025 met la population dans l'impasse, occasionnant des déplacements forcés et préventifs des populations.

Cette accalmie, bien que rassurante sur le plan sécuritaire, contraste fortement avec les conditions de vie extrêmement précaires des populations déplacées internes (PDIs) et des habitants des différents villages sous contrôle des forces loyalistes. En effet, les infrastructures de base sont largement insuffisantes pour répondre aux besoins croissants des communautés installées dans ces aires de santé. Les conditions d'hébergement insalubres, le surpeuplement des maisons dans les familles d'accueil, les grandes difficultés d'accès aux abris, à l'eau potable, aux AME/WASH, aux soins de santé et à l'éducation, accentuent leur précarité et compromettent leur dignité.

L'absence de réponse coordonnée et multisectorielle renforce la vulnérabilité des populations déplacées et risque d'entraîner une détérioration rapide des indicateurs sanitaires et sociaux dans ces aires de santé, sachant que ces populations ne sont pas prêtes pour regagner leurs villages de provenance pour raison d'une sécurité très volatile.

| | |
|--|--|
| Incident sécuritaire durant l'évaluation : | Aucun cas d'incident de sécurité majeure n'a été signalé durant la période de l'évaluation |
|--|--|

Commentaire sur accès et situation sécuritaire, décrire l'incident le cas échéant :

- Retenons que le lac Tanganyika reste la seule voie d'accès pour atteindre toutes les aires de santé lacustres de la zone de santé de Nyemba notamment : Bilila, Kisongo, Kitoke et Kabimba/Kiliza II...Cette voie exige une grande logistique (barquette motorisée, carburant, SAE 40, SAE 90).
- Les caprices du lac Tanganyika (intempérie, agitation du lac...) constituent le grand obstacle pour la bonne mise en œuvre des activités dans ces milieux lacustres. Il faudra en tenir compte.



U.S. DEPARTMENT OF STATE

Foreign, Commonwealth
& Development OfficeKOREA
Sharing Hope Sharing Future

Carte de la zone d'évaluation.



| | | |
|---|--|--|
| Effectif des personnes déplacées : 5642 ménages. | Données alerte : 7300 Ménages soit 47450 personnes. | Données de l'évaluation : 984 ménages déplacés dans le site Umbwe, 4658 ménages déplacés dans les FAMACs et 5137 ménages des autochtones. Total : 10779 Ménages |
|---|--|--|

Tableau 1 : Répartition des déplacés/Retournés par aire de santé et Villages

| Aire de santé | Quartier/villages/site des déplacés | Coordonnées GPS | Effectifs de ménages déplacés (chiffre de l'évaluation) | | | |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------|---|------------------|-------------------|--------------|
| | | | Ménages autochtones | Ménages déplacés | Ménages retournés | Total |
| Kisongo | Site Umbwe | | | 984 | | 984 |
| | Katenga | | 837 | 609 | | 1446 |
| Bilila | Bilila | | 325 | 326 | | 651 |
| | Maka | | 201 | 193 | | 394 |
| | Rwakwe | | 174 | 152 | | 326 |
| | Mikamba | | 311 | 300 | | 611 |
| | Musimwa | | 208 | 201 | | 409 |
| | Kaso | | 117 | 108 | | 225 |
| | Kiliza II | | 799 | 274 | | 571 |
| Kabimba | Kiliza III | | 166 | 121 | | 316 |
| | Nyuki - Mapera | | 382 | 154 | | 377 |
| | Kitoke | | 519 | 725 | | 1244 |
| Kitoke | Mizimu-Eme-Maembe-Kabili-Makyaba | | 359 | 672 | | 1031 |
| | Katala-Karago-Kabungwe | | 739 | 823 | | 1562 |
| Total général | | | 5137 | 5642 | | 10779 |

Commentaire :

La zone couverte par l'ERM regorge environ 10779 ménages répartis dans vingt localités et un site des déplacés. 83 % des PDIs sont dans les familles d'accueil et représentent 91 % de la population autochtone (4658/5137) ; *d'où, l'opération de ciblage ou d'assistance humanitaire devra impérativement tenir compte de cette configuration territoriale, afin de garantir une couverture équitable et inclusive de l'ensemble de déplacés mais aussi des autochtones vulnérables qui prennent en charge ces PDIs.*

Notons que lors de l'ERM, aucune donnée n'a été fournie concernant les effectifs des PDIs selon leurs villages de provenance.

Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge estimation effectif alerte : 47450 personnes confer Chiffres des aires de santé.

| Tranches d'Âges | % | Effectif | Effectif cumulé |
|-----------------|--------|----------|-----------------|
| 0 - 59 mois | 17% | 8067 | 8067 |
| 5 ans - 14 ans | 28% | 13286 | 13286 |
| 15 ans - 29 ans | 27,50% | 13049 | 13049 |
| 30 ans - 44 ans | 15,40% | 7307 | 7307 |



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT OF STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office

german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

unicef



| | | | |
|-----------------------------|-------|------|------|
| 45 ans - 59 ans | 8,50% | 4033 | 4033 |
| 60 ans - 74 ans | 3,60% | 1708 | 1708 |
| Estimation femmes enceintes | 4% | 190 | |

Commentaire :

4. De ce tableau il ressort que les déplacées internes évaluées sont majoritairement jeunes. Une population nécessiteuse des besoins accrus en soins de santé, en SECAL, en nutrition, en AME, éducation, protection.

Tableau 3 : Répartition des déplacés par tranche d'âge selon données échantillon : Non applicable, les échantillons variaient selon les secteurs

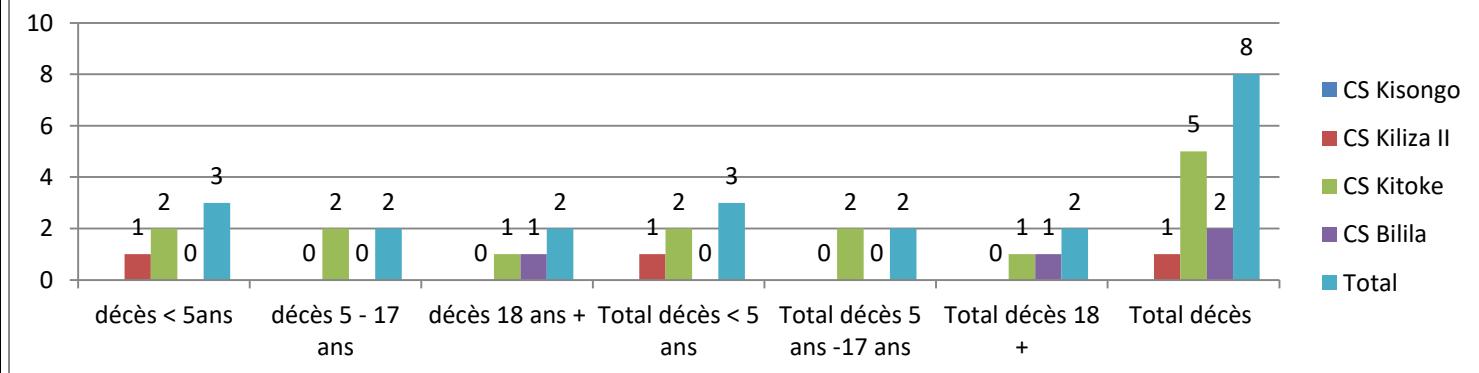
| Synthèse | Effectifs | % |
|--------------------------|-----------|---------|
| Enfants (moins de 5 ans) | 293 | 31,54 % |
| Jeunes (5-17 ans) | 346 | 37,24 % |
| Adulte (18 ans et Plus) | 290 | 31,22 % |
| TOT | 928 | 100 % |
| Femmes enceintes (4%) | 37 | |

Commentaire :

Les tranches d'âge comprise entre 0 – 17 ans constituées des enfants et des jeunes enfants sont majoritaires et nécessiteuses des besoins accrus en nutrition, en soins de santé primaires, en vaccination...car elles sont plus exposées aux différentes maladies, mais plus particulièrement celle comprise entre 0 – 5ans. Cependant celle comprise entre 5 – 17 ans exige les besoins en nutrition, soins de santé primaires, en éducation, en protection, en activités psycho-sociale...Bref, ce tableau présente une structure démographique qui nécessite une réponse multisectorielle adaptée aux besoins spécifiques de chaque groupe d'âge.

| | |
|--|--|
| Taux de mortalité globale échantillon : Nombre décès bruts= 6 décès dont 5 de moins de 5 ans, 1 décès de 18 ans et plus pour les 4 dernières semaines. | $TMG = (6 \text{ décès} / 929) \times 10\,000 / 30 \text{ jours} = 64,59 \text{ décès pour } 10\,000 \text{ pour } 30 \text{ jr et } 2,15 \text{ décès}/10\,000/\text{jour}$ |
| Taux de mortalité infanto-juvénile échantillon (0-59 mois) = 1 décès de moins de 5ans pour les 4 dernières semaines | $TMIJ = (1 \text{ décès} / 293) * 10\,000 = 170,65 \text{ décès pour } 10\,000 \text{ personnes pour } 30 \text{ jours observés soit } 5,69 \text{ décès pour } 10\,000 \text{ personnes/jr.}$ |
| Taux de mortalité dans les structures évaluées (nombre total de décès/nombre de personnes/CS pour la période évaluée (30 jours) soit du 19 novembre 2025 au 19 décembre 2025 | Nombre décès : CS Kabimba 1 décès < 5 ans, CS Kitoke 2 décès < 5 ans et 3 décès de 18 ans et plus, CS Bilila 1 décès de 18 +; - TMG= 7,47 décès pour 10.000 personnes/jr - TMIJ= 5,34 décès pour 10.000 personnes/jr |

Histogramme des mortalités (cumulées des structures évaluées)



Commentaire sur la mortalité (5 lignes max) :

La mortalité est très élevé au CS Kitoke (5 décès sur les 8 notifiés pour les 4 structures), suivi du CS Bilila (2 décès sur 8 enregistrés/4structures). Ceci faute des moyens financiers et le manque des médicaments essentiels génériques conséquence du non appui de la structure..

Cas suspect maladie épidémique en structure sur période évaluée :

- 0 cas de rougeole

Cas suspect maladie épidémique dans l'échantillon sur la période évaluée :

- 7 cas de rougeole

Tableau 4 : Distribution des cas suspects maladies épidémiques sur période évaluée : Du 19 novembre au 19 décembre 2025



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT OF STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office

german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

unicef



| Maladie | CS Kisongo | CS Kiliza II | CS Kitoke | CS Bilila | Communautaire (4 dernières semaines) | Total |
|----------|------------|--------------|------------|------------|---|-------------|
| Rougeole | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 7 |
| Choléra | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| MVE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aucune | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 20 |
| Autres | 630 | 0 | 110 | 216 | 119 | 1075 |

Commentaire : L'enquête ménage a révélé 1104 cas suspects des maladies épidémiques, dont 7 cas suspects de rougeole, 2 cas suspect choléra et 1075 cas assimilés aux différentes autres maladies à potentiel épidémique notamment : La diarrhée, les IRA, le paludisme, la dysenterie...).

| | |
|---|---|
| Nombre de MAS identifiés dans l'échantillon (PB<115mm + Oedème) | <ul style="list-style-type: none"> MAS= 8 cas soit 4,5 %; MAM= 23 cas soit 12,9 % |
|---|---|

| | | |
|---------------|--|---|
| Répartition : | Total PB<115mm : 4,5 % soit 8 cas/177 enfants screenés pendant l'évaluation | Total Oedème : 2,2 % soit 4 cas/177 enfants screenés pendant l'évaluation |
|---------------|--|---|

| | |
|---|---|
| Une proportion MAS de 4,5 % soit 8 cas parmi les 177 enfants screenés et 12,9 % soit 23 cas sur les 177 enfants screenés quant à la proportion MAM. | Total PB≥115 et < 125 : 12,9 % soit 23 cas/177 enfants screenés ; Total PB>125 : 82,4 % soit 146 cas/177 enfants screenés. |
|---|---|

| | |
|--|---|
| Proportion MAS et MAM selon les données structures : % d'enfants de 6-59 mois avec MAS % d'enfants de 6 – 59 mois avec MAM % d'enfants de 6 – 59 mois Sains Nombre total d'enfant screenés dans l'échantillon. | <p>CS KILIZA II</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas MAS : 8,75 % soit 14/160 enfants screenés; MAM : 24,3 %, soit 39/160 enfants screenés; Enfants sains : 66,8 % soit 107/160 screenés Total enfants screenés : 160 enfants <p>CS KITOKE</p> <p>Cas MAS : 16,5 % soit 39/235 enfants screenés ; CAS MAM : 38,7 % soit 91/235 enfants screenés ; Enfants sains : 44,6 % soit 105/235 enfants screenés Total enfants screenés : 235 enfants screenés</p> <p>CS BILILA</p> <p>Cas MAS : 11,5 % soit 13/113 enfants screenés ; CAS MAM : 32,7 % soit 37/113 enfants screenés ; Enfants sains : 58,4 % soit 63/113 enfants screenés Total enfants screenés : 113 enfants screenés</p> <p>CS KISONGO</p> <p>Cas MAS : 2,5 % soit 12/465 enfants screenés ; CAS MAM : 14,8 % soit 69/465 enfants screenés ; Enfants sains : 82,5 % soit 384/465 enfants screenés Total enfants screenés : 465 enfants screenés</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| Couverture vaccinale rougeole échantillon (total) : | Total proportion couverture vaccinale théorique avec ou sans carte est de 50,8 % soit 90 enfants vaccinés VAR/177 total enfants de 6-59 mois. |
|---|---|

| | |
|--|---|
| Couverture vaccinale rougeole sans carte : | 61,1 % 55/90 enfants vaccinés entre 6-59 mois |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Couverture vaccinale rougeole selon les données structures : Période d'évaluation mois septembre, octobre et novembre 2025 (3 derniers mois). | <p>Vaccination de routine :</p> <p>CS KISONGO :</p> <p>170 % soit 506 enfants vaccinés VAR sur 298 enfants attendus durant les 3 derniers mois. Ce taux élevé se justifie par les activités budgétisées de récupération de tous les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal (IPVS) en collaboration avec des relais communautaires.</p> <p>CS KITOKE</p> <p>88,7 % soit 71 enfants vaccinés VAR sur 80 enfants attendus durant les 3 derniers mois. la faible dynamique communautaire justifie ce résultat. Hors ces activités de récupération des enfants en conflits avec le calendrier (IPVS) sont budgétisées.</p> <p>CS BILILA</p> <p>142 % soit 115 enfants vaccinés VAR sur 81 enfants attendus durant les 3 derniers mois. Les activités budgétisées de récupération des enfants en conflits avec le calendrier (IPVS) en collaboration avec les relais communautaires justifient ce taux élevé en VAR.</p> <p>CS KILIZA II</p> |
|--|---|



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT OF STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office

german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

unicef



| | |
|--|---|
| | 136 % soit 15 enfants vaccinés VAR sur 11 enfants attendus durant les 3 derniers mois. Les activités budgétisées de récupération des enfants en conflits avec le calendrier (IPVS) en collaboration avec les relais communautaires justifient ce taux élevé en VAR. |
|--|---|

Commentaire sur situation MAS et vaccinale rougeole :

Le taux de malnutrition globale est très élevé dans les 4 aires de santé enquêtées mais avec un regard rigoureux pour les aires de santé de Bilila, Kitoke et Kabimba qui sont sans appui nutritionnel pour la prise en charge des cas. Ceci prouve à suffisance que si la rougeole refait surface, malgré ces taux de couverture VAR élevés, bon nombre d'enfants qui ne sont pas correctement immunisés, contracteront cette maladie car les deux pathologies (malnutrition et rougeole) fragilisent le système immunitaire. D'où la nécessité urgente d'apporter une assistance en santé Nut dans ces trois aires de santé.

| | |
|--|-------|
| Nombre d'enfants référés durant l'évaluation pour complication : | Aucun |
|--|-------|

Commentaire sur les références (3 lignes max) :

Le référencement des urgences vitales dans les 4 aires de santé est d'application, et se fait vers le centre de santé de référence de Kabimba par barquette motorisée. Ce mode de transport constitue un obstacle réel pour cette population lacustre et particulièrement pour les PDIs dépourvus, car il est très couteux.

Tableau 5 : Cas VBG enregistrés dans la structure pendant l'évaluation sur la période non-appui dernières semaines soit du 19 novembre au 19 décembre 2025

| Nom des structures sanitaires | Cas enregistrés dans la structure | Cas enregistrés dans la communauté |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| CS KITOKE | 0 | 2 |
| CS KILIZA II | 0 | 14 |
| CS BILILA | 0 | 1 |
| CS KISONGO | 0 | 26 |

Commentaire sur situation VBG (5 Lignes max) :

Durant les enquêtes, avons eu à échanger avec les 43 cas VBG élucidés dans le tableau sur les 106 cas déclarés par différentes communautés et que nous n'avons pas vus. Tous ces cas n'ont jamais bénéficié d'aucun traitement et à ce jour ils se plaignent des signes des infections sexuellement transmissibles.

Tableau 6 : Cas de santé infanto-maternelle dans l'échantillon depuis le déplacement

| Santé de la reproduction | Données des 4 structures | Femmes enceintes dans les ménages |
|---|-------------------------------------|--|
| Nombre de femmes enceintes | 644 | 26 femmes enceintes dans les 145 ménages. |
| Nombre de ménage avec femmes enceintes ayant suivi au moins 1 CPN | 644 | 9 ménages sur les 26 avec femmes enceintes ayant suivi CPN1 soit 34,6 %. |
| Présence d'une femme enceinte ayant accouché | 167 | 1 ménage avec femmes enceintes ayant accouché soit 100 %. |
| Pourcentage des accouchées ayant un statut vital vivant | 100 % | 100 % |
| Statut vaccinal post-accouchement du nouveau-né (max 4 semaines après la naissance) | 167 enfants vaccinés au BCG + POLIO | ND |

Commentaires sur la santé maternelle :

Les femmes enceintes ont du mal à suivre la CPN suite à la tarification élevée de l'acte (5000 à 10.000FC) et même pour les accouchements car un accouchement eutocique vaut 15.000 à 30.000 FC, montant difficile à avoir pour ces PDIs qui ont fui leurs villages mains brelués. D'où la nécessité urgente d'un appui des structures en SSP.

| | |
|---|---|
| Les populations déplacées ont-elles accès à l'eau : | Non car 82 % des ménages enquêtés rencontrent des difficultés d'approvisionnement en eau et consomment une eau de mauvaise qualité et en quantité insuffisante. |
|---|---|

Tableau 7 : Répartition des populations et accès à l'eau

| Variable | Effectif | % |
|------------------------------|------------|-------------|
| Oui en quantité suffisante | 21 | 14,4 % |
| Oui en quantité insuffisante | 119 | 82 % |
| Non | 5 | 3,4 % |
| Total | 145 | 100% |



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT OF STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office

german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

unicef



| Étiquettes de lignes | Autres | Eau de Source | Réseau public | Rivière/Eau de surface | Vide | Total général | |
|-----------------------------|---------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|-------------|----------------------|--|
| Site Umbwe | | 24 | | 21 | 3 | 48 | |
| Kitoke | | 9 | | 19 | | 28 | |
| Kiliza II | | 6 | | 20 | 1 | 27 | |
| Katala | | | | 15 | | 15 | |
| Bilila | 4 | 15 | | 7 | 1 | 27 | |
| Total général | 4 | 54 | | 82 | 5 | 145 | |

Commentaire sur l'accès à l'eau à 5 lignes max :

- Le tableau révèle que 93 % les ménages enquêtés (136/145) utilisent une eau de mauvaise qualité principalement celle des sources non aménagées et des rivières. Cette population courre le grand risque de contracter les maladies hydriques; d'où une intervention urgente en WASH est indispensable.

Apports caloriques moyens / jour :

N/A

Nombre moyen de repas par jour et par ménage :

89 % des ménages enquêtés ont droit à 1 seul repas/jour et 9,7 % seulement en ont deux/jour.

Commentaire sur l'accès à la nourriture et qualité des repas (5 lignes max) :

Une crise alimentaire aiguë frappe toutes les populations des 4 aires de santé lacustres pour 2 raisons à savoir :

1. Une Production agricole très faible car peu de gens se donnent à l'agriculture et dépendent de kalemie.
2. Pour survivre, les déplacés internes se livrent aux travaux journaliers des champs très pénibles dont un terrain d'une superficie de 10 m² coute 3000FC non suffisant pour une ration journalière d'une famille.

D'où, Une assistance urgente en vivre est très indispensable pour cette population affamée et incapable de se prendre en charge.

Proportion des ménages sans abris, selon échantillonnage :

80 % des ménages enquêtés sont sans abris, ainsi l'urgence est de rigueur car les huttes du site Umbwe qui hébergent ces PDIs sont dans un état très défectueux et ne peuvent pas contenir la pluie pour protéger ces PDIs:
La grande promiscuité dans les familles d'accueil expose cette population aux éventuels risques (les violences faites à la femme).
Une réponse urgente en abris temporaire est indispensable pour le salut de cette population.

Proportion des ménages avec moins de 50% du kit NFI selon échantillonnage :

99 % des ménages enquêtées accusent la pénurie grave en articles de première nécessité, ce qui révèle une crise humanitaire aiguë aggravant la vulnérabilité des déplacés.
L'ampleur de cette vulnérabilité exige une aide extrêmement urgente en Kits NFI.

Accès à une latrine hygiénique pour le ménage

47 % des ménages enquêtés n'ont pas de latrines et défèquent en brousse contre 53 % qui ont accès à une latrine non hygiénique avec un grand risque de contamination des maladies des mains sales.

Une intervention urgente en latrine d'urgence s'avère très indispensable couplée à la sensibilisation des déplacés et familles hôtes sur l'hygiène vitale.

Fréquentation de l'école pendant la période d'évaluation

78 % des ménages enquêtés en majorité les PDIs déclarent ne pas faire scolariser leurs enfants par manque des moyens et d'autres par manque des dossiers de leurs enfants, laissés à Uvira lors de la fuite..

Ce faible niveau de scolarité des enfants déplacés dû au manque des moyens financiers, exige une assistance d'urgence en Kits scolaires et un plaidoyer pour la gratuité de l'enseignement des enfants déplacés au niveau des humanités



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT OF STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office

german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

unicef

Synthèse des focus groupes et entretiens avec les informateurs clés sur la protection dans la zone

| Vulnérabilité | Garçons | Filles | Total | Besoins prioritaires |
|---|---------|--------|-------|---|
| Enfants non accompagnés (ENA) de moins de 15 ans | 10 | 23 | 33 | Réunification avec leurs parents |
| Enfants séparés (ES) | 0 | 0 | 0 | |
| Enfants associés aux forces et groupes armés (EAFCGA) | 0 | 0 | 0 | |
| Auto-démobilisés | 0 | 0 | 0 | |
| Cas de violence (inclus de VSBG) | 3 | 40 | 43 | Prise en charge médicale et psychologique |
| Enfants en situation d'handicap | 8 | 6 | 14 | Assistance pour la mise en place des AGR pour leur survie |

Commentaires :

Les 43 cas de VBG datent du mois de décembre et n'ont jamais reçu aucun traitement. Pour le moment, une prise en charge des lésions médicales et infections sexuellement transmissibles s'avère indispensable couplée à une assistance psycho-sociale pour une bonne réintégration sociale.

Nous insistons que les cas présentés dans le tableau sont ceux dont nous avons eu à échanger avec, sans tenir compte de ceux déclarés sans être vus.

| | | |
|--|----------------------|---|
| Orientations concernant les besoins identifiés : | Santé et Nutrition | En urgence et à moyen terme : <ul style="list-style-type: none"> Envisager une réponse en SSP dans les 3 structures sanitaires (CS Kitoke, Kiliza II et Bilila) pour une prise en charge globale des malades. |
| | Abris/AME | En urgence et moyen terme <ul style="list-style-type: none"> Une assistance urgente en abris d'urgence et Kits AEM pour les PDIs serait salutaire pour sauver des vies humaines... Mener un plaidoyer pour le programme cash-for-shelter pour l'auto-construction d'abris semi-durables. |
| | WASH | En urgence et moyen terme : <ul style="list-style-type: none"> Construire des latrines hygiéniques et les douches d'urgence dans le site Umbwe et dans les FAMACs de 4 aires de santé en organisant en amont comme en aval des séances de sensibilisation pour les bonnes pratiques et assainissement du milieu. Mener un plaidoyer pour la construction 2 puits d'eau à pompe dans le site Umbwe pour les PDIs. Rendre disponible les Aquatabs et assurer leur distribution à tous les ménages qui utilisent l'eau de rivière/eau de surface et des sources non aménagées. Doter les PDIs ainsi que les populations hôtes des dispositifs de lavage des mains et du savon. Mettre en place les comités d'hygiène communautaire. |
| | Education | En urgence : <ul style="list-style-type: none"> Envisager une distribution en kits scolaires pour les enfants PDIs et autochtones vulnérables, Mener un plaidoyer pour une assistance en kits scolaires aux enfants déplacés et la gratuité de l'enseignement des enfants déplacés au niveau des humanités. |
| | Protection | En urgence et moyen terme <ul style="list-style-type: none"> Mener un plaidoyer pour la mise en œuvre des AGR dans les villages de ces aires de santé afin d'aider ces adolescentes et les femmes victimes de viol dans l'auto prise en charge. |
| | Sécurité alimentaire | En urgence : <ul style="list-style-type: none"> Une assistance en rations sèches (maïs, haricots, huile, farine de maïs) aux PDI et ménages hôtes vulnérables s'avère indispensable et urgente. Coupler les distributions avec des transferts monétaires pour éviter la vente des vivres. Relance agricole : <ul style="list-style-type: none"> Distribuer les semences résistantes (manioc courte durée, haricots tolérants à la sécheresse) + outillage léger (arrosoirs, etc.). Former la population (PDIs et FAMACs) sur les techniques de micro-maraîchage (sacs jardinières, goutte-à-goutte). Assurer la distribution des paquets de protection pour éviter la vente des semences. |



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid

Sweden



U.S. DEPARTMENT of STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office

german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future

unicef

ANNEXE



Focus group hétérogène à Mitetezi



Membres élus CGP à Mitetezi/site Umbwe



Les ENA du site des déplacés Umbwe



Focus group femmes à Kitoke



Entretien avec le chef Kisongo et ses notables



Les relais en pleine formation sur la prise du PB



CROIX-ROUGE



Co-funded by
European Union
Humanitarian Aid



Sweden



U.S. DEPARTMENT of STATE



Foreign, Commonwealth
& Development Office



german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



KOREA
Sharing Hope Sharing Future



Barquette transportant les déplacés venus d'Uvira accostent à Katala village de l'aire de santé Kitoke