

# Evaluation Rapide Multisectorielle (ERM)

Rapport ERM (ERM EH 6164)

NORD-KIVU, TERRITOIRE DE RUTSHURU, ZS DE KIBIRIZI, AS CEPROMI, KILAMBO ET BULINDI (ERM N° 6164) DU 21 AU 25 NOVEMBRE 2025



## Contexte

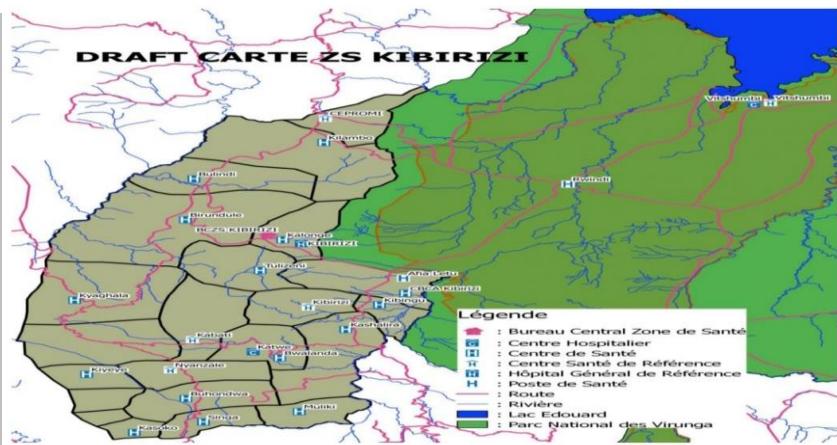
### Description de la crise

Le territoire de Rutshuru connaît depuis plusieurs mois une crise persistante, marquée par des affrontements entre groupes armés (AFC/M23 et différentes factions de Wazalendu), des déplacements massifs et répétés de populations, la destruction des biens civils ainsi que la paralysie du système socio-sanitaire. Le regroupement de Kanyabayonga, notamment les aires de santé de Bulindi, Kilambo et Cepromi, constitue aujourd'hui un point de convergence pour les populations déplacées, les personnes retournées et les familles hôtes, toutes fortement affectées par la situation.

L'intensification des combats sur les axes Buleusa, Kateku, Buhimba, Kalembé, Rusamambo, Bukumbirwa et Kanune dans le territoire de Walikale, ainsi que sur les axes Kibirizi, Kishishe, Bwalanda, Mirangi et Kyaghala dans le territoire de Rutshuru, et le conflit entre éleveurs et agriculteurs (les éleveurs venus du Rwanda), continue de provoquer:

- Des déplacements soudains et massifs;
- Une dépendance accrue vis-à-vis des familles hôtes;
- Un retour de populations vers des villages détruits ou sous contrôle incertain;
- Une pression extrême sur les structures de santé, aggravée par le pillage des équipements et intrants médicaux;
- Une recrudescence des maladies transmissibles et de la malnutrition.

Cette évaluation rapide s'inscrit dans une approche d'urgence. Elle vise à documenter la situation dans les secteurs santé, nutritions, sécurité alimentaire AME, abris, protection; EHA, éducation, AAP, CCCM des trois groupes de population (déplacés, retournés et familles hôtes) et à identifier les besoins prioritaires.



### Source des résultats :<sup>1</sup>

EM

IC

RDS/GDC

### Code de l'alerte

6164

6164

### Autres codes d'alerte

--	--	--

### Date de début de crise

01/11/2025

11/11/2025

### Date de fin de crise

01/11/2025

En cours

### Estimations nb total de ménages dans la zone enquêtée

10285

2043

### Taille moyenne ménages

9,2

-

### Accès physique

### Source : équipe d'évaluation

Accès sécuritaire  
Présence de la MONUSCO  
Incidents au cours des 2 dernières semaines

Moto	
Non	
RAS	

### 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

Dans les aires de santé CEPROMI, KILAMBO et BULINDI, les populations continuent de faire face à des contraintes humanitaires majeures. L'accès aux services essentiels notamment l'eau potable, les soins de santé, la nourriture et les mécanismes de protection demeure limité en raison de l'insécurité persistante, de la dégradation des infrastructures et de la réduction des capacités locales.

Les ménages sont contraints de déployer des efforts considérables pour répondre à leurs besoins fondamentaux, ce qui les expose à des risques accrus, y compris lors des déplacements vers les points de distribution ou les structures de santé. Malgré ces défis, les communautés adoptent diverses stratégies d'adaptation, souvent au détriment de leur bien-être physique et psychosocial.

La détresse, l'épuisement et les mécanismes d'adaptation négatifs ne sont jamais intentionnels, mais résultent de l'absence de solutions durables et de la faiblesse des dispositifs de protection. Dans certains contextes, le manque de coordination, de ressources ou de redevabilité peut amplifier les impacts de la crise, laissant les populations assumer seules les conséquences humanitaires. Une réponse multisectorielle renforcée, coordonnée et fondée sur les besoins réels des populations demeure essentielle pour réduire les vulnérabilités et restaurer progressivement l'accès aux services de base.

### Composition des ménages évalués dans la zone, par sexe et âge (EM)

Âge	Femmes	Hommes
64+ ans	3%	3%
18-64 ans	17%	14%
6-17 ans	18%	19%
7 mois-5 ans	9%	11%
0-6 mois	3%	4%
Total	50%	50%

### Types d'assistance humanitaire reçue depuis la crise (EM)<sup>2</sup>

	(% de ménages)
Pas d'aide reçue	73%
Nutrition	1%
Abris	3%
Articles ménagers essentiels (AME)	4%
Eau, hygiène et assainissement (EHA)	9%
Santé	2%
Education	0%
Nourriture	1%
Moyens de subsistance	2%
Protection	1%
Cohésion sociale et consolidation de la paix	0%
Communication	1%
Cash (inconditionnel)	10%
Autre	4%

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

Secteur	Critère	Sévérité				
		1	2	3	4	5
Contexte	Nombre de ménages déplacés			5262		
Sécurité alimentaire	Disponibilité de ressources alimentaires	1%	14%	33%	-	51%
	Score de consommation alimentaire (SCA / FCS)	1%	-	12%	-	88%
	Indice des stratégies de survie simplifié (ISSs / rCSI)	3%	32%	-	-	64%
	Disponibilité d'un marché fonctionnel à moins de 2h à pied (IC)	60%	-	-	-	40%
Nutrition	MAG enfants < 5 ans	83%	-	16%	-	1%
	MAG femmes enceintes et allaitantes	56%	-	40%	-	4%
Abris	Type d'abri (EM) ET Situation d'occupation de l'abri (EM)	0%	45%	50%	2%	0%
	Promiscuité dans les abris				71%	
Articles ménagers essentiels	Score card AME	0%	2%	18%	63%	17%
Eau, hygiène et assainissement	Type de source d'eau disponible ET Quantité d'eau disponible ET Temps nécessaire pour la collecte	16%	2%	19%	15%	32%
	Disponibilité d'un système de lavage des mains	3%	-	24%	-	74%
	Disponibilité ET Partage des installations sanitaires	0%	0%	36%	20%	37%
Santé	Taux de diarrhées des enfants < 5 ans			59%		
	Epidémies: cas confirmés (par des professionnels de santé)				Paludisme	
Protection	Ménages ayant accueilli un ou des enfants de façon spontanée	52%	-	-	-	48%
	Proportion des ménages avec au moins un membre en situation de handicap	75%	-	-	-	25%
	Ménages affectés par un incident lié aux Restes Explosifs de Guerre (REG) (IC)	11%	-	-	-	74%
Éducation	Disponibilité d'une école primaire fonctionnelle	77%	-	22%	-	1%
	Aucun enfant à l'école au cours des 14 derniers jours		33%			

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) (IC)" 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.

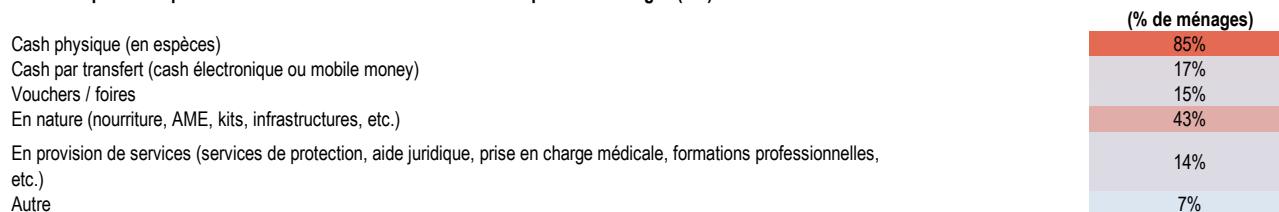
## Perspective d'évolution de la crise

L'évolution du conflit dans les territoires de Rutshuru et Walikale laisse entrevoir une aggravation progressive de la situation humanitaire. La poursuite des affrontements entre groupes armés, l'insécurité persistante sur les axes routiers et les tensions entre communautés risquent de provoquer de nouveaux déplacements soudains, souvent dans des conditions extrêmement précaires. Les zones d'accueil comme Kanyabayonga, déjà fortement sollicitées, pourraient rapidement atteindre un niveau de saturation critique, limitant la capacité des familles hôtes et des services locaux à absorber l'afflux continu de ménages déplacés et retournés. Dans ce contexte, les populations contraintes de retourner dans des villages détruits ou sous contrôle incertain resteront exposées à des risques élevés en matière de protection, de moyens de subsistance et d'accès aux services essentiels.

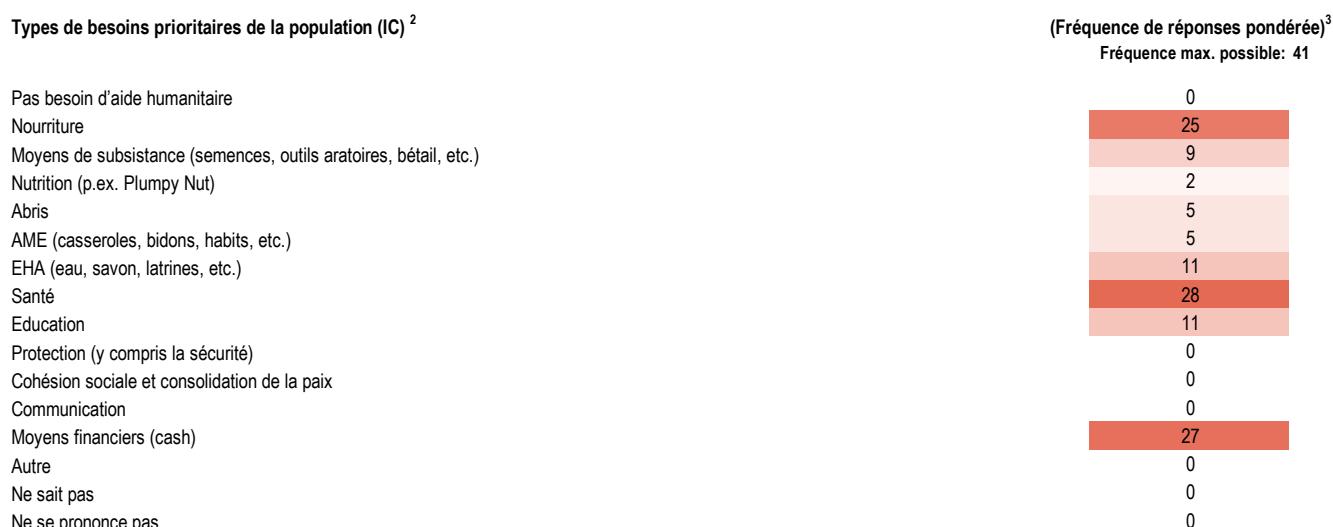
Parallèlement, la dégradation du système socio-sanitaire marquée par le pillage des structures de santé, la destruction des infrastructures civiles et l'insuffisance des intrants médicaux pourrait entraîner une recrudescence des maladies transmissibles, une hausse de la malnutrition et une mortalité évitable, en particulier parmi les enfants et les personnes vulnérables. Sans un renforcement rapide, coordonné et multisectoriel de la réponse humanitaire, incluant la santé, la nutrition, l'EHA, la protection, les abris, la sécurité alimentaire, l'éducation et le CCCM, les besoins risquent de dépasser largement les capacités actuelles des acteurs présents. L'accès humanitaire pourrait également se complexifier davantage, compromettant la continuité de l'assistance et laissant les communautés locales faire face seules à une crise en expansion constante.

## Besoins prioritaires

### Modalités préférées pour bénéficier d'une assistance humanitaire pour les ménages (EM)<sup>2</sup>



### Types de besoins prioritaires de la population (IC)<sup>2</sup>



## Informations sur l'enquête

## Méthodologie

L'évaluation a été conduite selon une approche multisectorielle et participative, mobilisant plusieurs outils de collecte afin de garantir une compréhension complète et nuancée de la situation humanitaire dans les zones ciblées.

## 1. Méthodes de collecte

L'équipe a eu recours à un échantillonnage combinant plusieurs techniques complémentaires :

- Observation directe des conditions de vie, de l'état des infrastructures essentielles et des dynamiques communautaires dans les sites visités.
  - Entretiens semi-structurés avec des ménages, des leaders communautaires et des acteurs institutionnels afin de recueillir des informations qualitatives approfondies.
  - Focus Group Discussions (FGD) organisés séparément avec différents groupes (femmes, hommes, jeunes, personnes vulnérables) pour identifier les perceptions, priorités et mécanismes d'adaptation.
  - Enquêtes ménages permettant de collecter des données quantitatives sur les besoins, les vulnérabilités et l'accès aux services essentiels.

## 2. Groupes cibles

L'évaluation a ciblé trois catégories de populations particulièrement affectées par la crise :

- Déplacés internes, souvent arrivés récemment et présentant des besoins humanitaires aigus.
  - Retournés récents, confrontés à des conditions de réinstallation précaires dans des zones partiellement détruites ou instables.
  - Ménages hôtes, dont les capacités d'accueil sont fortement sollicitées et qui subissent une pression croissante sur leurs ressources.
  - En complément, des informateurs clés ont été mobilisés pour enrichir l'analyse :
    - Comités locaux et leaders communautaires
    - Relais communautaires
    - Structures sanitaires et personnel de santé
    - Autorités locales
    - Chefs d'établissements scolaires
    - Responsables religieux

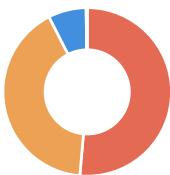
- Responsables religieux

Ces acteurs ont permis de contextualiser les données, d'identifier les tendances récentes et de valider les informations recueillies auprès des ménages.

	Outils ERM	Outils ERM utilisés	Echantillonnage	Stratification	Résultats représentatifs ou indicatifs?
Approche multisectorielle et outils de collecte afin de garantir précénee de la situation humanitaire	<b>RDS</b> <b>IC distance</b> <b>IC sur place</b> <b>GDC</b> <b>EM</b> <b>(OL)</b>	Non Non Oui Oui Oui Non	- - Aléatoire simple Raisonné (choisi) Aléatoire simple -	- - e déplacement (PDI, retour Sexe (homme, femme) Aucune -	Indicatifs Indicatifs Indicatifs Indicatifs Représentatifs Indicatifs
Enquête combinant plusieurs indicateurs de vie, de l'état des dynamiques communautaires dans les ménages, des leaders coutumiers afin de recueillir des données.			<b>EM</b>	<b>IC</b>	<b>RDS/GDC</b>
Organisés séparément avec hommes, jeunes, personnes vulnérables, besoins et mécanismes d'adaptation.	<b>Date de début de l'enquête</b>	10/03/2025	21/11/2025	22/11/2025	
pour collecter des données	<b>Date de fin de l'enquête</b>	24/11/2025	24/11/2025	25/11/2025	
érialités et l'accès aux services	<b>Organisation</b>				
de populations particulièrement préoccupées et présentant des conditions de réinstallation	<b>Mission inter-agence/inter-organisation?</b>	Oui	Oui	Oui	
ent détruites ou instables. Les d'accueil sont fortement					
ion croissante sur leurs					
clés ont été mobilisés pour					
autaires					
le santé					
iser les données, d'identifier les informations recueillies auprès					
Total	-	10285	353	15	7

## Mouvements de population

Voir tableau des mouvements de population à la fin du rapport



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

Déplacés	5262	733
Retournés	4206	750
Communauté hôte / autochtones	745	492
Réfugiés	22	65
Rapatriés / expulsés	0	3

### Nombre total estimé de ménages dans la zone enquêtée

10285      2043

### Taille moyenne des ménages (EM)

9,2

-

### Pression démographique (ratio déplacés + retournés / communauté hôte)

92%

315%

### Proportion de ménages se déclarant familles d'accueil

40%

(Réponse IC majoritaire)  
quelques-uns (moins de la r

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

4143

-

**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	5262
Retournés	4206
Communauté hôte / autochtones	745
Réfugiés	22
Rapatriés/Expulsés	0
<b>Total</b>	<b>10231</b>

### Analyse des mouvements de population

ce mouvement de population est issue des affrontements récentes du 29 septembre 2025 et du 28 octobre 2025 sur les axes Buleusa, Kateku, Buhimba, Kalembe, Rusamambo, Bukumbirwa et Kanune dans le territoire de Walikale, ainsi que sur les axes Kibirizi, Kishishe, Bwalanda, Mirangi et Kyaghala dans le territoire de Rutshuru dont 5262 PDIs, 4206 retournés, 745 communauté hôte, 22 réfugiés.

## 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	0%
	115-125 mm	3	5%	5	21%	8	15%
	>125 mm	13	95%	14	79%	27	85%
	MAG	3	5%	5	21%	8	15%
Filles de moins de 5 ans	<115 mm	1	5%	0	0%	1	2%
	115-125 mm	4	16%	4	19%	8	18%
	>125 mm	12	79%	17	81%	29	80%
	MAG	5	21%	4	19%	9	20%
Enfants de moins de 5 ans	<115 mm	1	2%	0	0%	1	1%
	115-125 mm	7	11%	9	20%	16	16%
	>125 mm	25	87%	31	77%	56	83%
	MAG	8	13%	9	20%	17	17%
Femmes enceintes et allaitantes	<185 mm	3	4%				
	185-230 mm	19	40%				
	>230 mm	25	56%				
	MAG	22	44%				

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	4	1	5		
	115-125 mm	38	33	71		
	MAG	41	35	76		
Filles de moins de 5 ans	<115 mm	7	3	10		
	115-125 mm	43	20	63		
	MAG	50	23	73		
Enfants de moins de 5 ans	<115 mm	11	4	0		
	115-125 mm	80	53	134		
	MAG	91	58	149		
Femmes enceintes et allaitantes	<185 mm	6				
	185-230 mm	42				
	MAG	48				

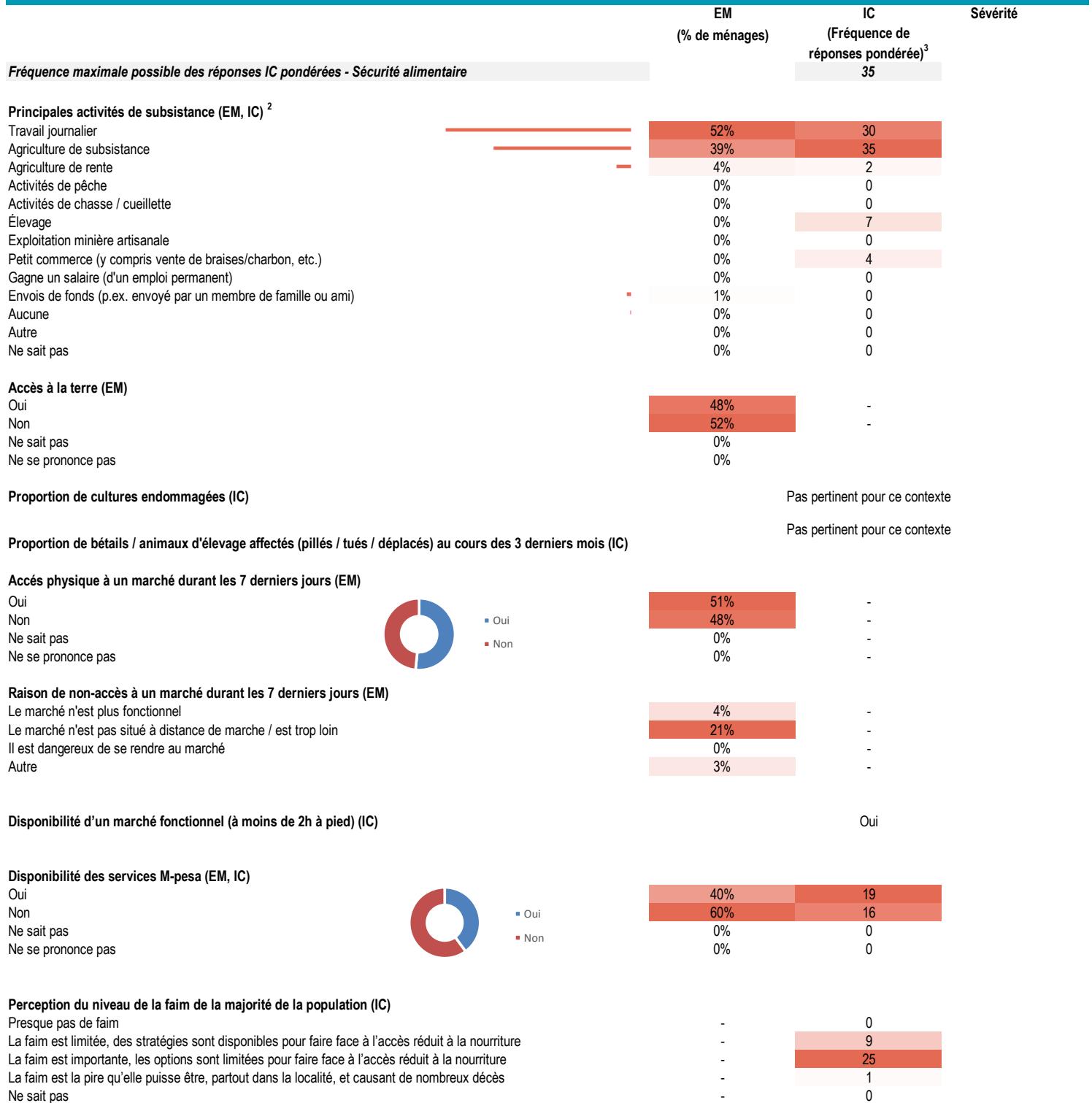
## Analyse Nutrition

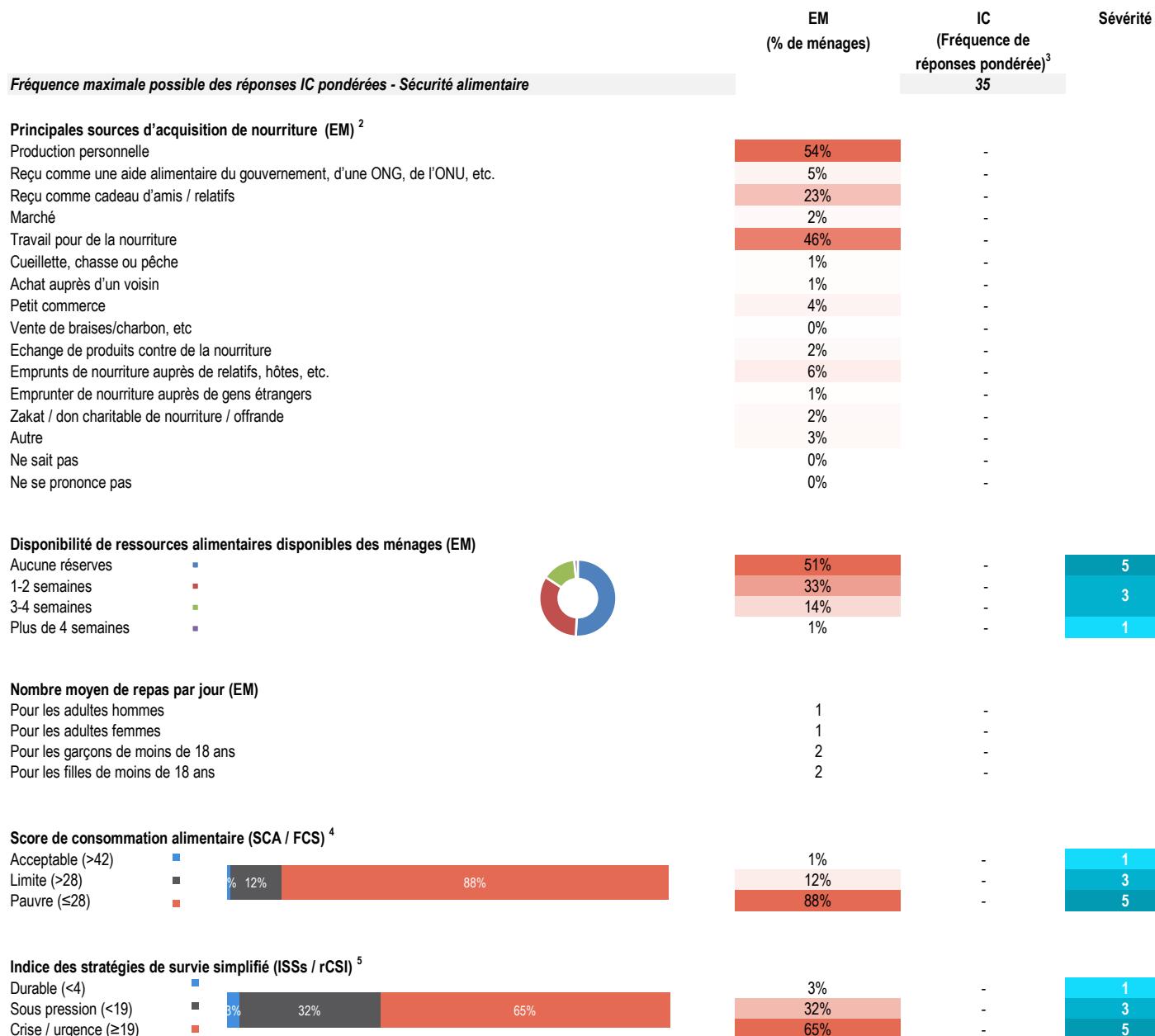
Les résultats du dépistage nutritionnel montrent une situation préoccupante dans les aires de santé de CEPROMI, BULINDI et KILAMBO, avec une prévalence notable de la malnutrition aigüe sévère (MAS) et modérée (MAM) chez les enfants de 6 à 59 mois. Les données indiquent que les enfants de moins de deux ans sont les plus touchés, en particulier à CEPROMI où la MAS atteint des niveaux élevés, et à BULINDI où la MAM est particulièrement répandue. Les chiffres consolidés montrent que sur 560 enfants dépistés, 5,4 % présentent une MAS et 23,2 % une MAM, révélant une détérioration nutritionnelle significative. Cette situation est aggravée par les déplacements répétés, la réduction du nombre de repas et l'absence d'assistance alimentaire depuis plus de trois mois, facteurs qui compromettent gravement l'accès des ménages à une alimentation adéquate.

Parallèlement, l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes apparaît également préoccupant, notamment à CEPROMI où un nombre important d'entre elles se situent dans les catégories critiques ou à risque selon le périmètre brachial. Cette vulnérabilité maternelle, combinée à la dégradation de la situation alimentaire des enfants, souligne un affaiblissement global de la sécurité nutritionnelle dans les zones évaluées. L'ensemble des résultats met en évidence la nécessité urgente de renforcer les interventions nutritionnelles, incluant la prise en charge de la malnutrition aigüe, la prévention communautaire, le soutien aux femmes enceintes et allaitantes, ainsi que la reprise rapide de l'assistance alimentaire pour prévenir une aggravation de la crise nutritionnelle.



## Sécurité alimentaire



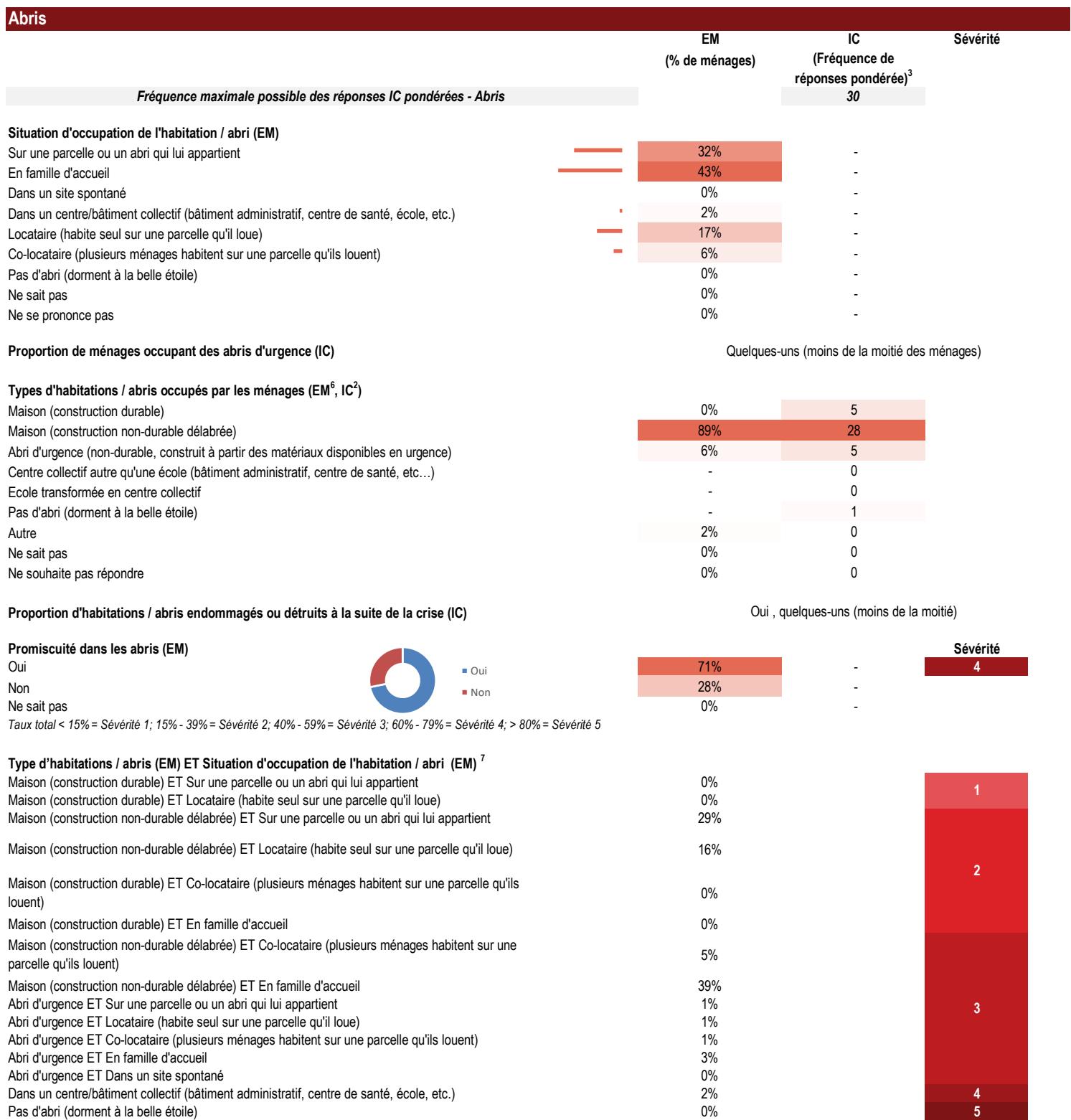


## Analyse Sécurité alimentaire

La situation de sécurité alimentaire dans les zones évaluées montre une dégradation rapide liée à l'effondrement de la disponibilité alimentaire et à l'accès limité aux moyens de subsistance. Les routes agricoles essentielles, fortement dégradées ou rendues impraticables par l'insécurité, entravent l'acheminement des produits vers les marchés, notamment sur les axes reliant Kanyabayonga à Bulindi, Kitibito, Miriki et Butolera. L'accès aux champs est largement compromis par la présence de groupes armés et les violences associées, y compris les violations graves à l'encontre des femmes et des filles. Dans ce contexte, seul le marché de CEPROMI reste fonctionnel, mais les prix y ont explosé, avec des hausses dépassant 75 % pour la moitié des produits de base. Les denrées essentielles comme le riz, l'huile, les haricots et la farine de soja deviennent inaccessibles pour la majorité des ménages, aggravant l'insécurité alimentaire et justifiant la nécessité d'une assistance alimentaire ou de transferts monétaires d'urgence.

Les données de consommation confirment cette détérioration : plus de 60 % des ménages ne consomment qu'un seul repas par jour, reposant principalement sur des aliments peu diversifiés tels que le manioc et les patates douces. Les scores qualitatifs montrent une situation alarmante, avec un FCS pauvre ou borderline pour 88 % des ménages et un rCSI très élevé (64 %), indiquant le recours massif à des stratégies d'adaptation négatives, notamment la réduction des portions pour les enfants et la vente d'outils agricoles. Ces indicateurs témoignent d'une crise alimentaire sévère, où les capacités de résilience des ménages sont largement dépassées. Une réponse

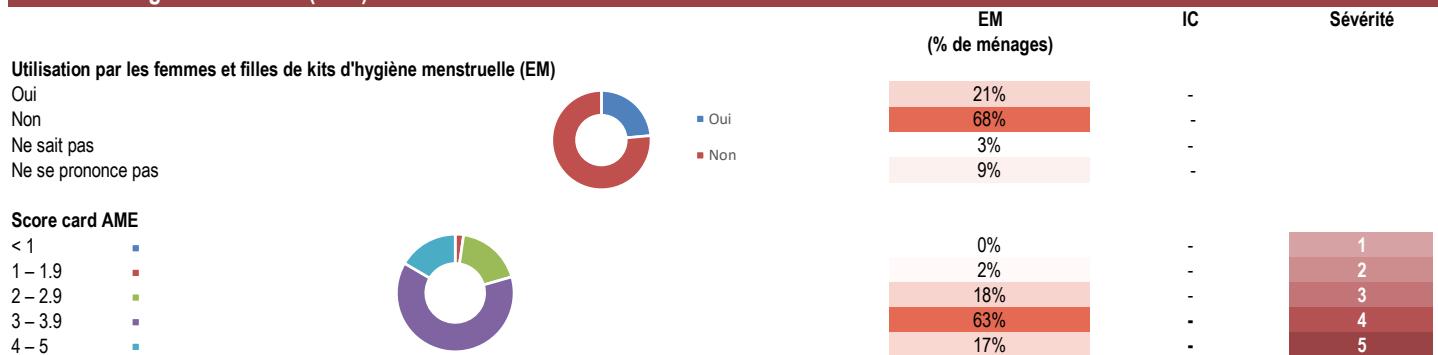
## Abris



## Analyse Abris

La situation des abris dans les zones évaluées révèle une précarité généralisée, avec 67 % des ménages déplacés vivant sous des structures inadéquates, souvent des bâches usées ne protégeant plus des intempéries, tandis que les familles hôtes font face à un surpeuplement important atteignant 8 à 13 personnes par ménage. Les habitations existantes sont majoritairement semi-durables et délabrées (90 à 95 %), et les destructions liées au conflit touchent jusqu'à 9 % des ménages, en particulier à KILAMBO. À BULINDI, 10 % des ménages vivent dans des abris temporaires, exposés à un risque immédiat. Globalement, 84 % des maisons ne protègent plus contre les intempéries, augmentant les risques de maladies respiratoires et de protection. L'accès limité au matériel de réparation accentue encore la vulnérabilité des ménages, soulignant la nécessité urgente d'une assistance en abris et AME, incluant des kits d'urgence et un appui aux réparations pour réduire les risques et améliorer les conditions de vie.

## Articles Ménagers Essentiels (AME)

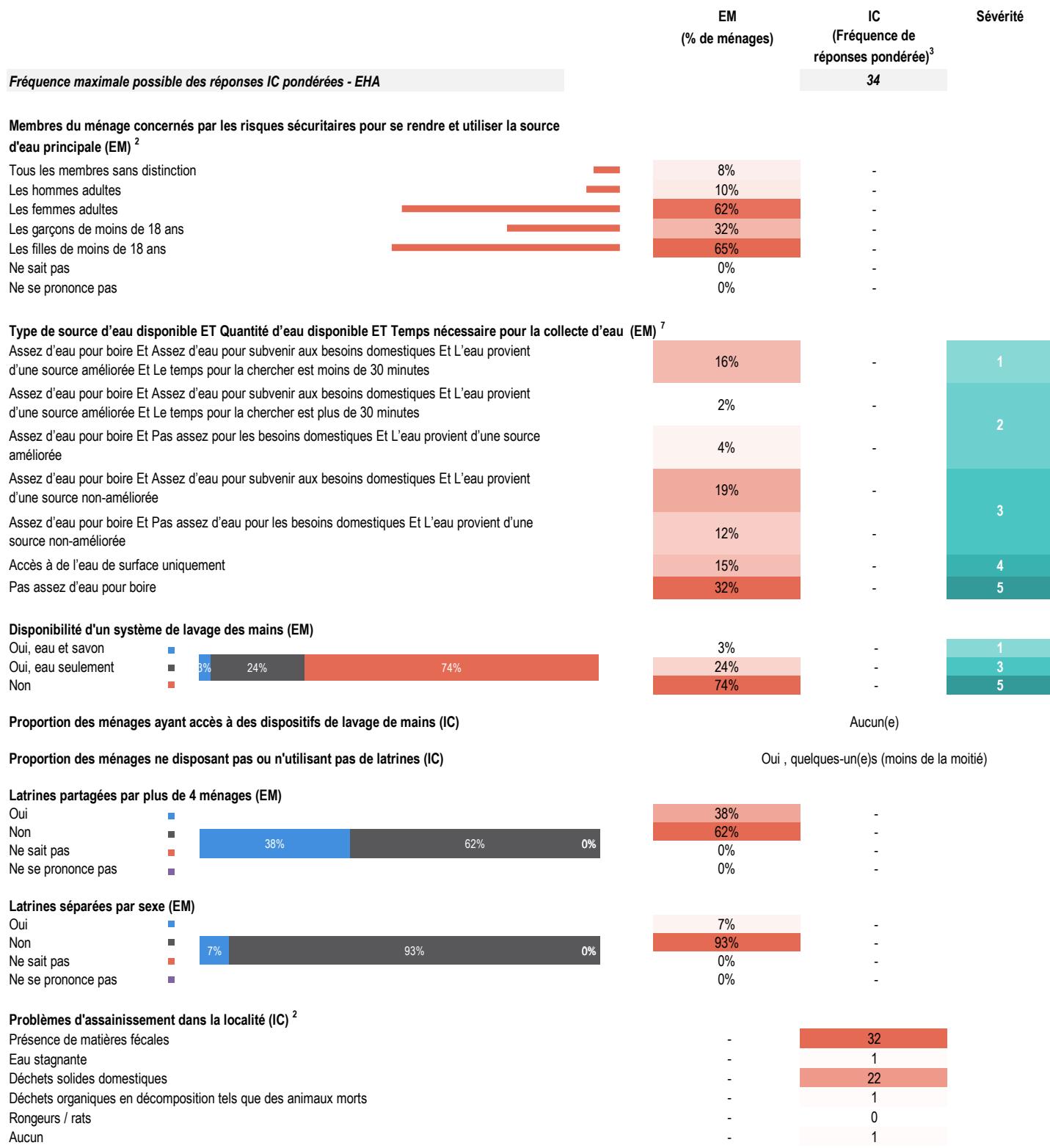


## Analyse AME

Les besoins en Articles Ménagers Essentiels (AME) demeurent critiques dans l'ensemble des aires de santé évaluées, où les conditions de vie restent extrêmement précaires en raison du manque d'objets de première nécessité. Les ménages déplacés comme hôtes ne disposent pas des éléments de base tels que couvertures, ustensiles de cuisine, nattes, jerricans ou kits d'hygiène, ce qui limite leur capacité à maintenir des conditions de vie minimales et accroît les risques sanitaires. L'absence d'AME agrave également la vulnérabilité des familles vivant dans des abris délabrés ou temporaires, renforçant la nécessité d'une assistance d'urgence combinant kits AME complets et solutions d'abris d'urgence pour répondre aux besoins immédiats et restaurer un minimum de dignité et de protection.

## Eau, Hygiène et Assainissement (EHA)

	EM (% de ménages)	IC (Fréquence de réponses pondérée) <sup>3</sup>	Sévérité
<b>Fréquence maximale possible des réponses IC pondérées - EHA</b>		34	
<b>Nombre moyen de sources d'eau fonctionnelles dans la localité, par type de source (IC)</b>			
Robinets privés	-	68	
Robinets public / bornes fontaines	-	73	
Puits à pompe / forage	-	68	
Puits creusé aménagé	-	68	
Source naturelle aménagée	-	69	
Source naturelle non-aménagée	-	102	
Eau de pluie (nombre de ménages collectant l'eau de pluie)	-	180	
Camion-citerne	-	134	
Charrette avec petite citerne	-	134	
Kiosque, échoppe, boutique de bouteilles / sachets d'eau (Nombre de points de vente)	-	135	
Eau de surface (rivière, barrage, lac, mare, courant, canal, système d'irrigation)	-	69	
<b>Type de source d'eau (EM)<sup>8</sup></b>			
Source améliorée	36%	36%	1
Source non-améliorée	48%	48%	3
Eau de surface	15%	15%	4
<b>Taux de diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone (EM)</b>			
<15% = Sévérité 1; 15%-39% = Sévérité 2; 40%-59% = Sévérité 3; 60%-79% = Sévérité 4; > 80% = Sévérité 5	59%	-	3
<b>Quantité d'eau insuffisante, par type d'usage (EM)</b>			
Pour boire	-	-	
Pour l'hygiène personnelle	-	-	
Pour cuisiner	-	-	
Pour d'autres fins domestiques	-	-	
<b>Proportion de ménages ne disposant pas d'une quantité suffisante d'eau pour boire (même non-potable) (IC)</b>			Oui , quelques-uns (moins de la moitié)
<b>Temps nécessaire pour aller à la source d'eau principale, récupérer de l'eau et revenir au ménage (EM)</b>			
< 30 minutes	80%	80%	-
De 31 minutes à 2 heures	19%	19%	-
Plus de 2 heures	1%	1%	-
<b>Problèmes d'accès à l'eau (EM, IC)<sup>2</sup></b>			
Pas de problème	32%	0	
Les points d'eau sont trop éloignés	20%	29	
Les points d'eau sont difficiles d'accès	10%	3	
Aller chercher de l'eau est une activité dangereuse	3%	1	
Certains groupes n'ont pas accès aux points d'eau	6%	0	
Nombre insuffisant de points d'eau / temps d'attente trop élevé	27%	22	
Les points d'eau ne fonctionnent pas ou sont fermés	6%	0	
L'eau est trop chère	8%	0	
Pas assez de récipients pour stocker l'eau	34%	9	
Problèmes de goût / de qualité de l'eau (eau non-potable)	3%	0	
Autre	0%	0	
Ne sait pas	0%	0	

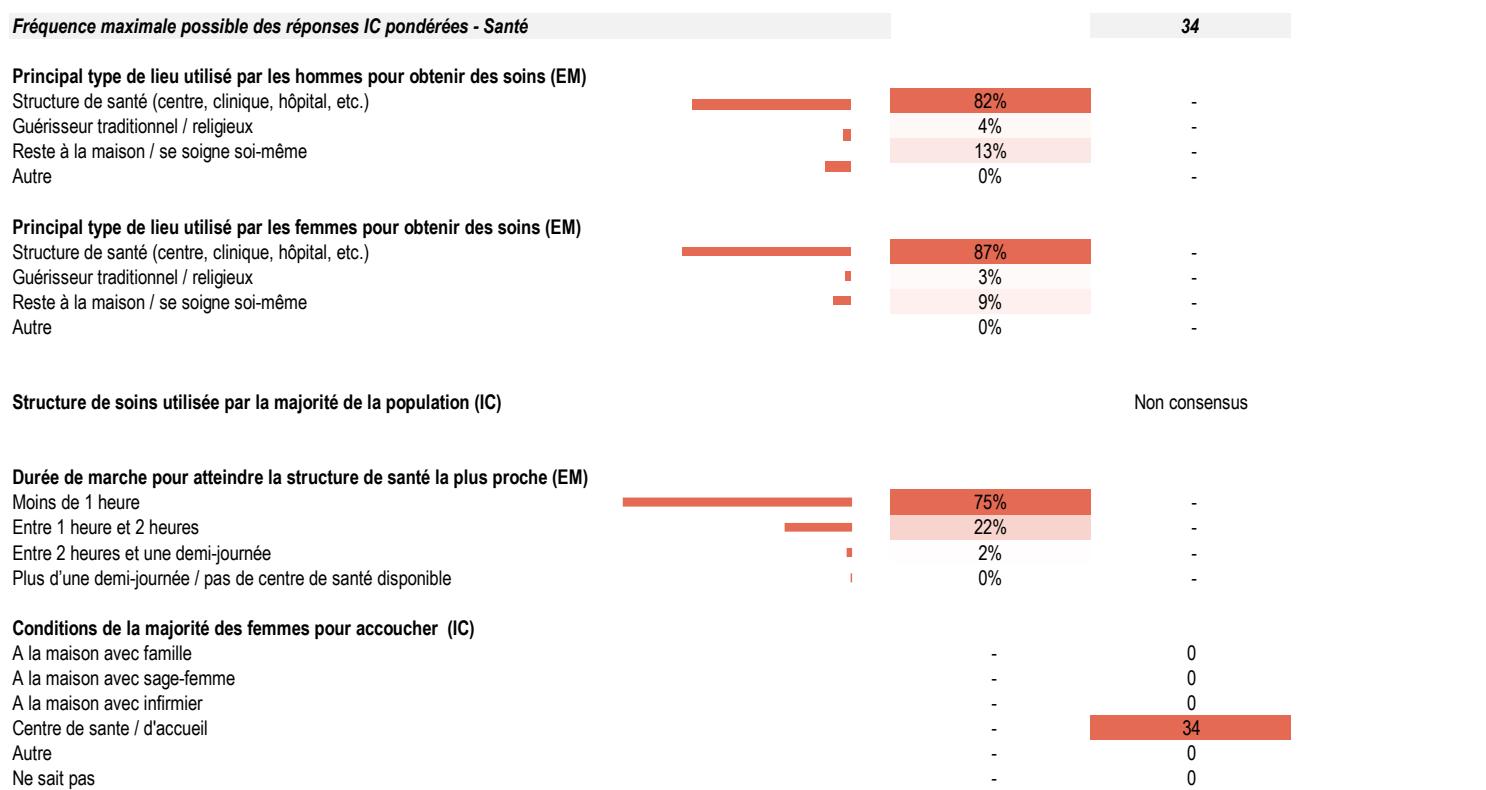




## Analyse EHA

La situation EHA dans les aires de santé de CEPROMI, KILAMBO et BULINDI révèle un accès insuffisant et risqué à l'eau potable, malgré la présence de sources améliorées fortement sollicitées et en nombre limité, entraînant une surcharge des points d'eau et un risque élevé de contamination. Par ailleurs, 63 % de la population dépend encore de sources non sécurisées, dont 48 % utilisent des sources non améliorées et 15 % de l'eau de surface, exposant les ménages à un risque sanitaire majeur. Les conditions d'hygiène et d'assainissement sont tout aussi préoccupantes : 74 % des ménages n'ont pas de savon, 37 % pratiquent la défécation à l'air libre, et 57 % utilisent des latrines non améliorées, souvent partagées par quatre ménages ou plus, ce qui augmente les risques d'épidémies et expose particulièrement les femmes et les filles à des risques de protection. Ces indicateurs soulignent l'urgence de renforcer l'accès à l'eau potable, d'améliorer les infrastructures d'assainissement et de promouvoir des pratiques d'hygiène essentielles pour réduire les risques sanitaires dans les communautés affectées

## Santé



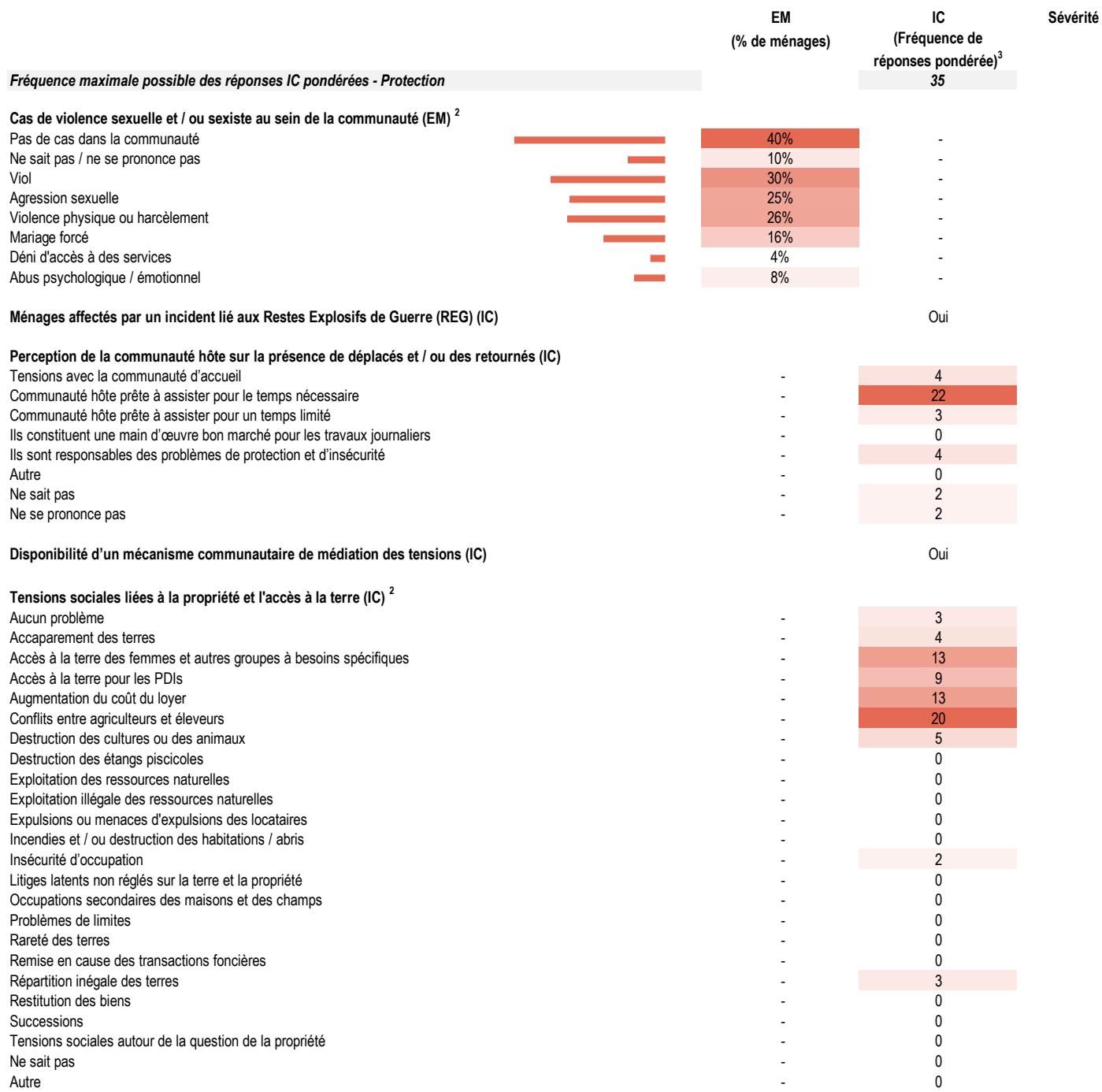
	EM (% de ménages)	IC (Fréquence de réponses pondérée) <sup>3</sup>	Sévérité
<b>Fréquence maximale possible des réponses IC pondérées - Santé</b>		34	
<b>Problèmes d'accès aux soins de santé (IC)<sup>2</sup></b>			
Pas de problèmes	-	0	
Infrastructures de santé partiellement ou totalement détruites	-	0	
Manque de personnel médical qualifié dans les centres de santé	-	5	
Manque de médicaments	-	5	
Manque de moyens pour payer les soins de santé	-	25	
Problèmes d'accès physique pour tout le monde (y compris la distance trop élevée)	-	2	
Problèmes d'accès physique pour les personnes âgées	-	8	
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	
<b>Symptômes chez les enfants de moins de 5 ans au cours des 2 dernières semaines (EM)</b>			
Diarrhée	59%	-	3
Fièvre	70%	-	
Toux	58%	-	
Taux total <15% = Sévérité 1; 15%-39% = Sévérité 2; 40%-59% = Sévérité 3; 60%-79% = Sévérité 4; > 80% = Sévérité 5			
<b>Ménages dormant sous des moustiquaires (EM)</b>			
Oui	58%	-	
Non	24%	-	
Ne sait pas	0%	-	
<b>Questions spécifiques aux IC professionnels de santé :</b>			
<b>Nombre moyen de cas de maladies rapportées (IC, prof. de santé)</b>			
Paludisme	616	463	
Infection Respiratoire Aigue	458	458	
Diarrhées aigues	239	239	
Typhoïde	0	0	
Malnutrition aigue globale	58	58	
Rougeole	0	0	
Choléra	0	0	
Fièvre jaune	0	0	
Fièvre hémorragique	0	0	
Autre	0	0	
<b>Disponibilité de médicaments en quantité suffisante (IC, prof. de santé)</b>		Oui	
<b>Disponibilité d'équipements médicaux en quantité suffisante (IC, prof. de santé)</b>		Oui	
<b>Augmentation du nombre journalier de patients nécessitant des soins depuis le début de la crise (IC, prof. de santé)</b>		Oui, beaucoup	

## Analyse Santé

La fonctionnalité des structures sanitaires de CEPROMI, BULINDI et KILAMBO révèle des disparités importantes et une fragilité généralisée du système de santé local. Alors que CEPROMI et BULINDI bénéficient d'un appui partiel de partenaires tels que le CICR, MEDAIR et la BCZ, KILAMBO fonctionne en grande partie sans soutien externe, entraînant une auto-prise en charge des malades et une absence d'intrants essentiels. Dans les trois zones, les besoins prioritaires sont similaires : réhabilitation des infrastructures, rupture récurrente des intrants critiques (réactifs de dépistage, ARV, préservatifs), faible sensibilisation communautaire, manque de formation du personnel et insuffisance de la prise en charge des victimes de VBG. Les services essentiels : accouchements assistés, urgences obstétricales et pédiatriques, approvisionnement en médicaments ne sont assurés que là où un partenaire est présent, laissant KILAMBO particulièrement vulnérable. Cette situation met en évidence la nécessité urgente d'un renforcement coordonné du système de santé, incluant l'appui en intrants, la formation du personnel, la réhabilitation des infrastructures et l'amélioration de la prise en charge des populations les plus exposées.

## Protection

	EM (% de ménages)	IC (Fréquence de réponses pondérée) <sup>3</sup>	Sévérité	
<b>Fréquence maximale possible des réponses IC pondérées - Protection</b>		35		
<b>Présence et nombre d'enfants non-accompagnés (ENA)</b>				
Ménages ayant accueilli au moins 1 ENA (EM)	48%	-	5	
Présence d'ENA (IC)	-	Oui		
Nombre moyen d'ENA (IC)	-	25,66666667		
<b>Présence et nombre de personnes en situation de handicap (PSH) (EM)</b>				
Présence de PSH	25%	-	5	
Nombre total d'enfants en situation de handicap	65	-		
Nombre total d'adultes en situation de handicap	55	-		
Nombre total de personnes agées	32	-		
<b>Principales préoccupations de protection, par groupe de population (IC) <sup>2</sup></b>	<b>Principales préoccupations par groupe (Fréquence de réponses pondérée)<sup>3</sup></b>			
Rien à signaler / Pas de problème	H +18 ans	F +18 ans	H -18 ans	F -18 ans
Meurtre	0	6	4	7
Mutilations / coups et blessures	5	2	14	4
Violences intercommunautaires	3	0	3	0
Violences sexuelles	2	0	0	0
Enlèvements ou tentatives d'enlèvement	12	27	3	27
Blessés / morts dus aux mines	8	0	16	0
Mariage forcé / précoce	0	0	0	0
Violences conjugales	8	4	3	8
Séparation des familles	6	3	0	0
Pillage / vol / cambriolage	6	3	2	1
Pillage du bétail	0	0	0	0
Arrestations arbitraires	2	0	5	0
Harcèlement ou divulgation de renseignements	0	0	0	0
Recrutements / enrôlements forcés	2	0	1	0
Démobilisation d'acteurs armés	3	1	0	0
Travaux forcés	3	0	2	0
Autre	0	1	1	1
Ne sait pas	0	0	0	0
Ne se prononce pas	0	0	0	0
<b>Types d'incidents encourus et / ou subis récemment par les membres masculins des ménages (EM) <sup>2</sup></b>				
Violence physique ou harcèlement		16%	-	
Déni d'accès à des services		4%	-	
Recrutement de force dans des groupes armés ou forces armées		2%	-	
Mariage forcé		12%	-	
Travail forcé		27%	-	
Pas de cas dans le ménage		62%	-	
Ne sait pas / ne se prononce pas		2%	-	
<b>Types d'incidents encourus et / ou subis récemment par les membres féminins des ménages (EM) <sup>2</sup></b>				
Violence physique ou harcèlement		20%	-	
Déni d'accès à des services		3%	-	
Recrutement de force dans des groupes armés ou forces armées		1%	-	
Mariage forcé		18%	-	
Travail forcé		12%	-	
Pas de cas dans le ménage		66%	-	
Ne sait pas / ne se prononce pas		3%	-	
<b>Disponibilité d'un service de prise en charge des cas de VBG (IC)</b>		Oui		



## Analyse Protection

La situation de protection dans les trois aires de santé nécessite un renforcement urgent des mécanismes de prévention et de réponse, en particulier pour les enfants, les femmes et les personnes exposées aux risques de violence. Les priorités identifiées incluent l'installation d'espaces amis d'enfants pour offrir un environnement sûr et protecteur, ainsi que le renforcement de la gestion des cas de VBG, incluant le référencement médical, psychosocial et légal. La mise en place de groupes de femmes est essentielle pour la prévention communautaire et le soutien mutuel, tandis que la formation des acteurs locaux sur le PSEA et les normes de protection humanitaire demeure indispensable pour réduire les risques d'abus et d'exploitation. Par ailleurs, l'appui aux structures locales pour la prise en charge psychosociale (PSS) de base et la cartographie systématique des risques, vulnérabilités et incidents sont nécessaires pour améliorer la coordination, orienter les interventions et garantir une réponse adaptée aux besoins des populations les plus vulnérables.

## Éducation

	EM (% de ménages)	IC (Fréquence de réponses pondérée) <sup>3</sup>	Sévérité
<b>Fréquence maximale possible des réponses IC pondérées - Education</b>		36	
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	77%	-	1
Plus de 1 heure	22%	-	3
Pas d'école primaire fonctionnelle	1%	-	5
Ecole primaire fonctionnelle occupée ou partiellement utilisé par des personnes armées (EM)			
Oui	11%	-	
Non	88%	-	
Ne sait pas	0%	-	
Proportion d'enfants de 6 à 11 ans non-inscrits ou ne fréquentant pas régulièrement l'école primaire (IC)		Oui, quelques-uns (moins de la moitié d'entre eux)	
Type de lieu utilisé pour les classes d'école primaire (IC)			
Ecoles existantes	-	33	
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)	21%	-	
Filles (Primaire)	21%	-	
Garçons (Secondaire)	43%	-	
Filles (Secondaire)	48%	-	
Total	33%	-	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	82%	-	
Ecole trop éloignée	1%	-	
Interruption suite à un déplacement / retour	9%	-	
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	0%	-	
Absence des enseignants	0%	-	
Enfant est perturbé (stress, trauma)	2%	-	
Enfant jamais allé à l'école	2%	-	
Autre	1%	-	
Ne se prononce pas	2%	-	

(Fréquence de réponses pondérée)<sup>3</sup>

#### 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

Filles 6-11 ans	Garçons 6-11 ans
10	5
20	20
3	4
0	0
3	4
0	0
0	-
0	-
0	3
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)	-	64%
Avant la crise	-	89%

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

Taux actuel (au moment de l'enquête)	-	75%
Avant la crise	-	79%

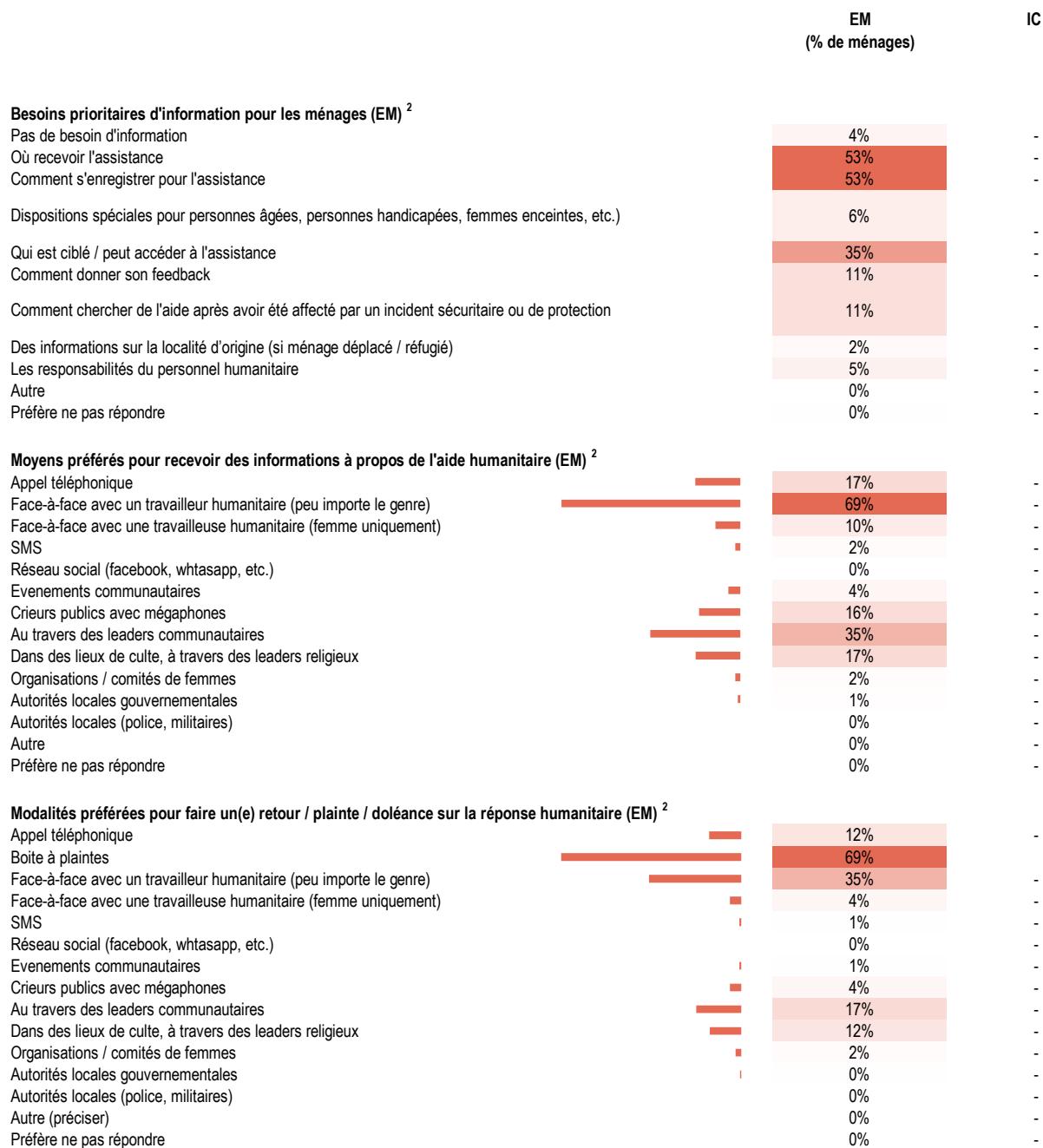
##### Ratio moyen d'élèves pour 1 enseignant (IC, prof. de l'éducation)

Nombre actuel d'élèves pour 1 enseignant	61,5
Nombre d'élèves pour 1 enseignant avant la crise	62

## Analyse Éducation

La situation de l'éducation dans les aires de santé de CEPROMI, KILAMBO et BULINDI est fortement dégradée, avec de nombreuses écoles non construites ou partiellement fonctionnelles, des salles de classe incomplètes, des latrines non séparées par sexe et dépourvues de points d'eau, ainsi qu'un manque généralisé d'équipements et de manuels scolaires. La majorité des infrastructures ont été endommagées par le conflit, toitures arrachées, murs écroulés, documents brûlés, pupitres détruits tandis que plusieurs enseignants ne sont pas mécanisés, limitant la continuité pédagogique. L'abandon scolaire progresse, touchant 33 % des enfants déplacés, et les données montrent une non-scolarisation équivalente entre filles et garçons au primaire (21 %), mais nettement plus élevée chez les filles au secondaire (48 %). Les principales barrières identifiées sont le manque de moyens (82 %), les déplacements et le stress lié au conflit, exposant les enfants à des risques accrus de recrutement armé, de travail précoce et de mariages forcés. Les besoins prioritaires incluent la réhabilitation des écoles, la mise en place d'espaces temporaires d'apprentissage (ETAP) et la distribution de kits scolaires pour favoriser la reprise éducative et protéger les enfants les plus vulnérables.





## Analyse AAP

La redevabilité envers les populations affectées présente d'importantes lacunes dans les zones évaluées, où 73 % des ménages déclarent n'avoir reçu aucune assistance et 85 % expriment une préférence pour une aide en cash inconditionnel, en raison du fonctionnement des marchés malgré des prix élevés. Plus de la moitié des ménages souhaitent être informés sur les lieux de distribution et comprendre les procédures d'enregistrement, révélant un déficit majeur de communication humanitaire. L'absence totale de mécanismes de plaintes combinée à une méconnaissance des dispositifs existants par 85 % des ménages expose les communautés à des risques accrus d'exploitation et d'abus (PEAS). Les modalités préférées confirment la forte demande pour le cash physique (85 %), suivie de l'assistance en nature (43 %). Les conclusions soulignent la nécessité urgente d'instaurer des mécanismes de feedback sûrs et accessibles (boîtes à plaintes, numéros verts, comités représentatifs), ainsi que de renforcer la diffusion d'informations via les radios communautaires et les panneaux d'affichage, afin d'améliorer la transparence, la participation et la confiance des communautés dans la réponse humanitaire.

## Conclusions générales et commentaires

L'ERM réalisée dans les aires de santé de CEPROMI, KILAMBO et BULINDDI dans la zone de santé de KIBIRIZI met en évidence une crise humanitaire sévère, marquée par l'afflux continu de déplacés, la faible capacité d'absorption des communautés hôtes et la dégradation des services sociaux essentiels. Une réponse multisectorielle urgente est indispensable pour stabiliser la situation, réduire les risques. Elle appelle à renforcer simultanément la protection, l'accès aux services essentiels, la sécurité alimentaire, l'éducation, la santé, l'EHA et les mécanismes de redevabilité, tout en soutenant les moyens de subsistance et la résilience communautaire. La mise en œuvre rapide et concertée de ces actions est indispensable pour stabiliser les conditions de vie, réduire les risques et garantir une assistance efficace, inclusive et conforme aux principes humanitaires dans un contexte marqué par des déplacements continus et une vulnérabilité accrue.

## 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 présenté 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 de 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 en 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, puis tubulaires, puis creusés protégés, sources naturelles protégées, l'eau de pluie et l'eau conditionnée (en bouteilles/sachets). Sources non-améliorées: puis 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 l'espace ouvert (champs, forêts, buissons, plans d'eau ouverts, etc. ou avec les déchets solides)