



Evaluation des besoins multisectoriels

Dans les aires de santé de Kisongati, Chebumba, Kavumu, Lumbishi, Chambombo, Numbi et Shanje (Code de l'alerte : 5866)

Du 27 octobre au 14 Novembre 2025

Table des matières

0.	Contexte et justification	1
1.	Objectifs de l'évaluation	1
2.	Questions de recherche	2
3.	Méthodologie	3
3.1.	Approche d'échantillonnage	3
3.2.	Confidentialité et sécurité des données.....	5
4.	Résultats de l'évaluation.....	5
4.1.	Informations générales sur les ménages enquêtés	5
4.1.1.	Age et sexe des chefs de ménage	6
4.1.2.	Profil social des chefs de ménage	6
4.1.3.	Composition des ménages	6
4.1.4.	Statut de résidence	7
4.2.	Sécurité alimentaire.....	7
4.2.1.	Moyens de subsistance des ménages	7
4.2.2.	Sources de nourriture et stocks alimentaires	9
4.2.3.	Accès aux marchés	9
4.2.4.	Consommation alimentaire des ménages	10
4.3.	Soins de santé primaires.....	13
4.3.1.	Santé des enfants de moins de cinq ans	13
4.3.2.	La santé des adultes.....	15
4.3.3.	La santé des femmes enceintes	16
4.3.4.	Situation des structures de santé évaluées	17
4.4.	Eau, hygiène et assainissement.....	19
4.4.1.	Accès à l'eau potable	19
4.4.2.	Hygiène et assainissement.....	22
4.5.	Education	23
4.6.	Abris et Articles Ménagers Essentiels	25
4.7.	Protection.....	26
4.7.1.	Protection de l'enfant	26
4.7.2.	Violences basées sur le genre	27
4.8.	Besoins prioritaires	32
5.	Conclusion	33
6.	Annexes	38
6.1.	Cartographie des acteurs dans les aires de santé évaluées	38
6.2.	Synthèse des critères d'entrée	39
6.3.	Quelques indicateurs clés, synthèse pour les trois derniers mois (Juillet, aout, septembre 2025) :	40

0. Contexte et justification

L'International Rescue Committee travaille en RDC depuis près de 30 ans, fournissant des services essentiels aux communautés touchées par les conflits et les catastrophes. L'IRC a été opérationnel dans les provinces de Nord Kivu, Sud Kivu, Tanganyika, Haut Lomami, Haut Katanga, Lualaba, Equateur, Kassai central et Kinshasa en mettant en œuvre des interventions dans les secteurs de santé, nutrition, WASH, éducation, gouvernance, protection et autonomisation de la femme, protection de l'enfance, protection communautaire, bien être économique et moyens de subsistance en touchant plus de 1 million de bénéficiaires. Actuellement IRC met en œuvre ses activités dans quatre provinces, dont Nord Kivu, Sud Kivu, Ituri et Tanganyika.

Les provinces de Nord et Sud Kivu, en RD Congo, sont le théâtre des conflits armés entraînant des déplacements massifs des populations et continus depuis de nombreuses années. Les sept aires de santé cibles pour la présente évaluation des besoins (Lumbishi, Shanje, Chambombo, Chebumba, Kavumu, Kisongati et Numbi) sont situées dans la Zone de Santé de Minova, territoire de Kalehe dans la province du Sud-Kivu, une région marquée par une dynamique sécuritaire fragile et une forte pression humanitaire. Les zones des hauts plateaux, notamment Numbi, Shanje et Lumbishi, connaissent des tensions récurrentes dues à l'activisme de groupes armés locaux et étrangers (Maï-Maï/VDP, FDLR, M23) et à des conflits intercommunautaires liés à l'accès à la terre et aux ressources naturelles et continuent à exposer les femmes et les enfants à des risques de protection. Dans les aires de santé littorales comme Kavumu et Kisongati, la situation est relativement plus calme, bien que des incidents persistants (vols de bétail, arrestations arbitraires, violences sexuelles et risques liés aux mines non explosées) continuent d'affecter la population. Malgré la reprise progressive des activités essentielles (écoles, marchés, églises, etc), le manque de circulation monétaire freine la relance économique locale. Ces conditions combinées soulignent la vulnérabilité multisectorielle des communautés et la nécessité urgente d'une évaluation approfondie des besoins pour orienter les interventions humanitaires et renforcer la résilience communautaire.

L'évaluation multisectorielle des besoins menée par IRC dans les aires de santé de Numbi et Shanje en juin 2024, avait permis de mettre en œuvre le projet de santé, protection et moyens de subsistance en cours dans les deux aires de santé. Pour la présente évaluation, IRC a donc jugé mieux de réaliser une nouvelle collecte des données pour mettre à jour les besoins des communautés dans les deux aires de santé ci haut citées et identifier les nouveaux besoins dans cinq autres nouvelles aires de santé afin d'alimenter la rédaction de la proposition du projet en vue d'un financement d'ECHO.

1. Objectifs de l'évaluation

De façon générale, la présente évaluation vise à mettre à disposition de l'IRC des données permettant la compréhension holistique de la sévérité des besoins et les priorités des populations affectées par la crise dans les 7 aires de santé de la zone de santé de Minova (Chebumba, Chambombo, Kavumu, Kisongati, Lumbishi, Numbi et Shanje) afin d'alimenter notre proposition de réponse humanitaire pour le HIP 2026 de ECHO. Vu la nécessité de comprendre les dynamiques de crise dans les aires de santé cibles ainsi que les besoins des populations affectées en matière de santé, protection, moyens de subsistance, etc ; les résultats de la présente évaluation guideront la mise en place des stratégies de réponse pertinente et de plaidoyer.

L'évaluation poursuit spécifiquement les objectifs ci-après :

- Collecter et analyser les données (quantitatives et qualitatives) sur le contexte et les besoins humanitaires urgents et multisectoriels des populations, et en particulier dans les secteurs de la protection, la santé (y compris nutrition) de la femme et de l'enfant, et les moyens d'existence ;
- Cartographier les zones de vulnérabilité et les dynamiques de déplacement de populations
- Mettre à la disposition d'IRC des informations afin de comprendre les variations et les différences en termes de sévérité des besoins existantes entre les différents groupes de populations suivants : Population hôte, population déplacée en communautés hôte, population retournée ;
- Comprendre les relations entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons dans les communautés cibles et répertorier des éventuels pratiques coutumières ou culturelles qui peuvent contribuer aux barrières d'accès avec une attention particulière à la sensibilité aux conflits ;
- Comprendre aux normes sociales qui prévalent dans les zones en lien avec les femmes et filles.
- Cartographier les acteurs humanitaires ainsi que les partenaires et/ou structures locaux par secteur dans les aires de santé ciblées mettant en œuvre des interventions ou capable de soutenir une réponse dans le cadre de la localisation ;
- Déterminer comment IRC peut apporter une valeur ajoutée à la réponse humanitaire dans les zones d'étude, en d'autres termes produire des recommandations pour la planification des interventions humanitaires ;
- Evaluation de l'accessibilité logistique (disponibilités des intrants, fournisseurs, services ponts ; moyens de communication, logement...)
- Faire un état des lieux sécuritaire (prise d'informations sécuritaires de la zone d'origine, de la zone d'accueil)

2. Questions de recherche

Le présent exercice d'évaluation des besoins se focalise sur certaines questions clefs et devra permettre de répondre à tous les besoins prioritaires en termes des données pour alimenter la proposition de projet à développer. Les principales questions auxquelles l'évaluation permettra de répondre étant les suivantes :

- Quels sont les besoins humanitaires prioritaires et urgents actuels des personnes déplacées, retournées et des communautés hôtes dans les aires de santé ciblées ?
- Quels sont les acteurs travaillant dans le secteur de la santé, protection et moyen de subsistance dans votre communauté et quels types de services offrent ils ?
- Quels obstacles empêchent la population d'accéder aux biens et services de nos secteurs prioritaires (santé, protection et moyens d'existence) ;
- Quelles sont les lacunes en matière d'accès aux services ainsi que les facteurs contribuant à la sévérité des besoins dans ces aires de santé qu'IRC pourra être en mesure de combler ?
- Quelle sont les groupes les plus affectés et les groupes les plus vulnérables parmi la population cible, en matière de santé, protection et moyens de subsistance dans les aires de santé ciblées ?
- Quelles sont les normes qui dégradent les femmes et filles ?
- Quels sont les problèmes et les risques auxquels font face les populations et notamment les femmes, les filles et les enfants ?

- Quelles sont les mesures d'atténuation de ces risques tant au niveau individuel que communautaire ?
- Quels sont les piliers prioritaires de chaque volet pour une intervention adéquate ?
- Quels sont les partenaires ou collaborateurs disponibles et qui peuvent contribuer à l'intervention ?
- Quels sont les problèmes que les enfants rencontrent dans la vie de tous les jours ?
- Quelles seront les modalités les plus appropriées pour qu'IRC fournisse une assistance pertinente à la population cible ?
- Quels sont les défis et les opportunités pour l'accès à la population en termes de sécurité dans les aires de santé ciblées ?

3. Méthodologie

Pour atteindre les objectifs assignés à cette étude, une approche des méthodes mixtes a été adoptée. La présente évaluation a utilisé ainsi à la fois les méthodes et techniques quantitatives et qualitatives correspondant aux besoins spécifiques d'information tout en tenant compte des ressources disponibles. Des propositions des méthodes de collecte des données ont été proposées ci-dessous.

- Une enquête auprès des ménages avec le chef de ménage ou un adulte du ménage pour comprendre les besoins au niveau du ménage et le classement des besoins prioritaires ;
- Des discussions de groupe avec les hommes, femmes, garçons et filles dans les villages retenus pour la collecte ;
- Des entretiens avec quelques informateurs clés dans les villages ciblés.

3.1. Approche d'échantillonnage

Les enquêtes ménages ont été réalisées sur un échantillon des ménages dans les aires de santé ciblées. La méthodologie d'échantillonnage utilisée pour l'enquête a procédé d'un sondage par grappe à deux degrés. Deux niveaux de sélection ont été pris en compte lors de la collecte des données. Le premier niveau a été celui de la sélection des villages dans les aires de santé retenues, considérées comme des grappes, et ensuite le deuxième niveau celui de la sélection des ménages à enquêter dans les villages sélectionnés de manière aléatoire.

L'échantillonnage a été basé sur la population totale vivant actuellement dans l'ensemble de ces aires de santé retenues pour l'évaluation. Le calcul de la taille minimale requise s'est fait en utilisant la formule ci-dessous :

$$n = \frac{Z_p^2 * p(1 - p) * N * D_{eff}}{Z_p^2 * p(1 - p) + (N - 1) * e^2}$$

Avec :

- n : la taille de l'échantillon à déterminer
- N : la taille de la population cible
- p : la prévalence attendue des résultats à se produire ; la valeur p est supposée être à 0.5 dans le cas de la présente étude,
- Z : est l'erreur standard de la moyenne correspondant à un intervalle de confiance donné. Pour un intervalle de confiance à 95 %, la valeur correspondante de Z est de 1,96

- e : est la marge d'erreur
- Deff : l'effet du plan de sondage

Avec un degré de confiance de 95%, une marge d'erreur de 5%, un effet du plan de sondage de 2 et une population estimée à 166 524, soient 27 752 ménages en considérant une taille ménage moyenne de 6 personnes par ménage, la taille d'échantillon requise minimale est de 757 ménages au moins. En prenant en compte un taux de non-réponse de 5%, la taille d'échantillon à atteindre a été de 796 ménages à enquêter. Nous avons procédé ensuite au choix du premier degré, qui était celui de sélectionner aléatoirement un certain nombre des villages dans les aires de santé retenues. Ainsi pour garantir un nombre suffisant des ménages à enquêter dans chaque grappe, nous avons fixé au moins 30 ménages qui devront être enquêtés dans chaque grappe ou village. Après collecte et nettoyage des données, le nombre total de ménages atteints a été de **835 ménages**, dont la répartition par aire de santé est la suivante :

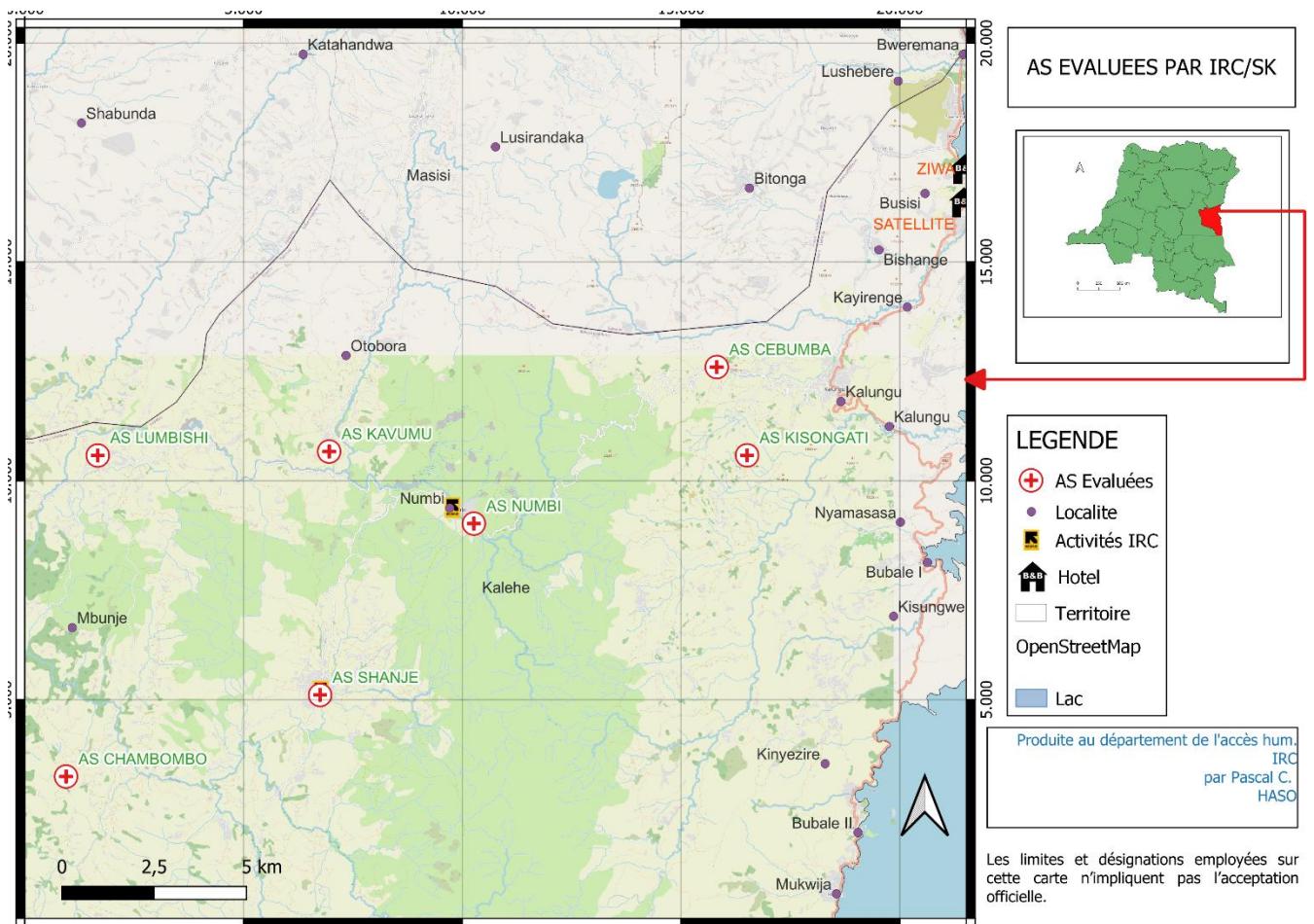
Tableau 1. Répartition des zones géographiques et échantillonnage

Aires de santé	Population	Dont IDPs	Dont retournes	Ménages	Echantillon prévu	Echantillon atteint
Chambombo	15 628	9187	2766	2 605	75	81
Chebumba	12 657	5602	8040	2 110	60	59
Kavumu	19 195	4398	0	3 199	92	97
Kisongati	15 108	5005	1216	2 518	72	77
Lumbishi	31 548	7511	1502	5 258	151	162
Numbi	31 791	6422	0	5 299	152	153
Shanje	40 597	0	0	6 766	194	206
Total	166 524	38125	13524	27 754	796	835

La collecte des données qualitatives a été aussi faite dans chaque village/grappe sélectionné. Des focus group et interviews ont été organisés dans les différents villages y compris la collecte des données secondaires sur la cartographie des acteurs dans la zone. Au total, 14 focus group ont été conduits dans les différents villages sélectionnés, dont 3 avec les femmes, 4 avec les filles, 4 avec les hommes et 3 avec les garçons. Dans chaque focus group nous avons regroupé 10 personnes dont spécifiquement les hommes, les femmes, les garçons et les filles. 16 entretiens ont été aussi conduits, dont 7 avec les professionnels de santé, 5 avec les leaders communautaires, 3 avec les autorités politiques et 1 avec les professionnels de l'éducation pour compléter et enrichir les interprétations des données quantitatives collectées.

Les différentes données ont été collectées du 24 octobre au 12 novembre 2025 par l'équipe MEAL de IRC et les partenaires de mise en œuvre, dont LSC et TPO. Ensuite l'équipe MEAL a procédé aux analyses de l'ensemble des données sous le logiciel Excel avec l'appui des équipes programmes IRC et partenaires de mise en œuvre pour la revue et interprétation des résultats et recommandations.

Carte géographique des aires de santé évaluées



3.2. Confidentialité et sécurité des données

Pendant la formation, les enquêteurs ont été briefés sur la confidentialité telle que les données collectées sont exclusivement utilisées par IRC et ne peuvent en aucun cas être divulguées en dehors des services de IRC. Avant tout entretien, le consentement éclairé était demandé aux enquêtés et la confidentialité leur a été assurée. En plus, pendant la collecte aucune identité personnelle n'a été prise et les données ont été analysées en toute confidentialité.

4. Résultats de l'évaluation

4.1. Informations générales sur les ménages enquêtés

Les résultats présentés dans le présent rapport sont issus des analyses des données collectées dans les sept aires de santé ciblées par l'évaluation, avec comme source principale des données l'enquête ménage, et complétés par des données qualitatives issues des interviews ciblés auprès des certains informateurs clés et focus group dans les différents villages. Le questionnaire était adressé aux personnes adultes rencontrées au sein des ménages ; il est à noter que trois quarts des personnes enquêtées au sein desdits ménages (75%) étaient des chefs de ménage. Les autres personnes enquêtées étant des conjointes des chefs de ménage (86%) présentes à la maison le jour de la collecte des données.

4.1.1. Age et sexe des chefs de ménage

L'âge moyen des chefs de ménage enquêtés est de 37 ans et dont la majorité parmi eux sont des hommes, soient 51%. Les autres chefs de ménage étant des femmes, soient 49%, ces résultats montrent qu'il y a une proportion non négligeable des femmes chefs de ménages dans les villages enquêtés.

4.1.2. Profil social des chefs de ménage

Le tableau ci-dessous montre que les chefs de ménages sont majoritairement mariés avec le niveau d'instruction « Primaire », la majorité n'ayant aucun niveau d'étude. Ceux ayant un niveau d'étude secondaire représentent près de 20% des chefs des ménages enquêtés. Les confessions religieuses les plus fréquentées restent : les adventistes et les protestants.

Tableau 2. Profil social du chef de ménage

Variables	Modalités	Chambombo	Chebumba	Kavumu	Kisongati	Lumbishi	Numbi	Shanje	Ensemble
Etat civil	Marié	91%	86%	89%	94%	85%	83%	84%	86%
	Célibataire	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
	Veuf/ve	7%	12%	5%	5%	9%	8%	12%	9%
	Séparé/divorcé	0%	2%	6%	1%	6%	8%	3%	4%
Niveau d'instruction le plus élevé atteint par le chef de ménage	Aucun	42%	34%	33%	55%	59%	35%	51%	46%
	Primaire	36%	32%	41%	21%	22%	29%	32%	30%
	Secondaire	17%	22%	19%	13%	18%	22%	16%	18%
	Diplôme d'Etat	5%	12%	5%	8%	1%	8%	1%	5%
Confession religieuse	Supérieur	0%	0%	1%	3%	1%	2%	0%	1%
	Alphabétisé	0%	0%	1%	1%	0%	4%	1%	1%
	Adventiste	30%	24%	46%	14%	29%	31%	31%	30%
	Catholique	2%	3%	2%	12%	4%	4%	3%	4%
	Protestante	14%	24%	10%	45%	25%	24%	25%	24%
	Musulman	1%	2%	1%	0%	0%	1%	0%	1%
	Tempérant	32%	15%	20%	4%	24%	22%	26%	22%
	Eglise de réveil	10%	8%	7%	13%	16%	9%	7%	10%
	Autres religion	11%	24%	13%	12%	2%	9%	8%	10%

4.1.3. Composition des ménages

Dans l'ensemble des zones de santé enquêtées, nous pouvons observer que la taille ménage moyenne est de 7 personnes par ménage. Sur les 5807 personnes trouvées dans les ménages enquêtés, 2876 sont de sexe féminin (soit un taux de féminité de 50%).

Signalons aussi que plus de la moitié de la population des ménages enquêtés (60%) est comprise dans la tranche d'âge allant de 6 à 17 ans. Les femmes enceintes et allaitantes, représentent 8% de la taille de ménage.

Tableau 3. Caractéristiques des chefs de ménages

Aires de santé	Composition du ménage					% filles/ femmes au sein des ménages	% FEFA	Taille ménage moyen
	Moins de 6 mois	6 mois – 5 ans	6ans – 17ans	18 ans - 65 ans	Plus de 65 ans			

Chambombo	5%	23%	35%	29%	8%	47%	6%	6.9
Chebumba	5%	24%	39%	26%	6%	51%	8%	7.5
Kavumu	3%	26%	36%	28%	8%	51%	6%	7.3
Kisongati	6%	24%	36%	29%	6%	51%	10%	7.3
Lumbishi	6%	25%	37%	28%	5%	49%	9%	6.5
Numbi	7%	26%	33%	29%	5%	49%	9%	6.9
Shanje	5%	23%	38%	28%	5%	50%	7%	6.9
Ensemble	5%	24%	36%	28%	6%	50%	8%	7.0

4.1.4. Statut de résidence

Dans l'ensemble, les déplacés représentent seulement 37% des enquêtés et seraient plus nombreux dans les aires de santé de Lumbishi, Numbi et Chambombo.

Tableau 4. Statut des ménages enquêtés

Aires de santé	Communauté hôte accueillant des déplacés	Communauté hôte	Déplacé interne	Retourné
Chambombo	4%	48%	38%	10%
Chebumba	5%	44%	27%	24%
Kavumu	0%	56%	26%	12%
Kisongati	8%	56%	29%	8%
Lumbishi	2%	35%	54%	7%
Numbi	2%	45%	42%	9%
Shanje	2%	60%	29%	7%
Ensemble	3%	49%	37%	10%

4.2. Sécurité alimentaire

Parmi les caractéristiques principales de la vulnérabilité des ménages, la présente analyse a compté aussi sur l'évaluation des moyens de subsistance des ménages enquêtés ainsi que leur consommation alimentaire dans les 7 aires de santé. Les moyens de subsistance influencent le bien-être et évidemment la sécurité alimentaire des ménages. Dans le cadre de cette évaluation, il sera question d'analyser les sources de revenu et des aliments consommés au sein des ménages, l'accès aux marchés ainsi que la consommation alimentaire au sein des ménages enquêtés à travers les indicateurs pseudo dont le score de consommation alimentaire et l'indice de stratégie de survie.

4.2.1. Moyens de subsistance des ménages

Au cours de la présente évaluation, il a été demandé aux chefs de ménage de mentionner leur principale activité réalisée dans les deux dernières semaines pour avoir de l'argent au sein du ménage. L'analyse indique que de manière globale les activités les plus citées par les ménages enquêtés restent le Travail journalier et l'agriculture de subsistance. Pour ce qui est du travail journalier, les membres des ménages vont travailler dans les champs ou jardins des propriétaires des terres pour avoir un revenu en cash ou en nature par jour ; tandis que, l'agriculture de subsistance est une activité agricole où la production est principalement destinée à une autoconsommation au sein du ménage. Elle vise à satisfaire les besoins de base de la famille, souvent avec des techniques rudimentaires et une main-d'œuvre manuelle. Nous pouvons ainsi observer que les ménages enquêtés dans l'ensemble des aires de santé concernées pratiquent significativement les mêmes activités pour survivre. Hormis les deux activités, ci haut citées,

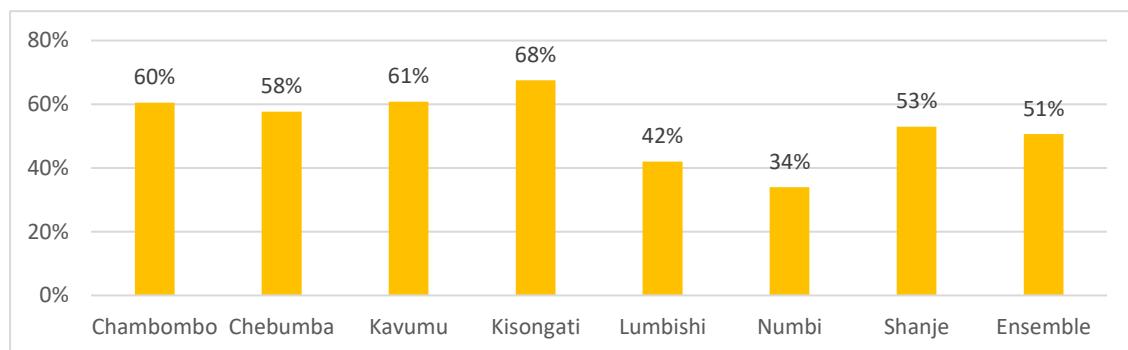
notons que le petit commerce reste aussi l'activité de secours pour les autres ménages n'ayant pas accès aux activités agricoles. Signalons aussi que dans l'aire de santé de Numbi, l'exploitation minière est de plus en plus exploitée surtout par les jeunes.

Tableau 5. Principale source de revenu

Sources	Chambombo	Chebumba	Kavumu	Kisongati	Lumbishi	Numbi	Shanje	Ensemble
Aucune	0%	0%	1%	0%	0%	1%	1%	0%
Agriculture de rente	2%	2%	6%	14%	2%	1%	4%	4%
Agriculture de subsistance	33%	32%	46%	45%	27%	16%	29%	30%
Artisanat	1%	2%	2%	0%	1%	0%	2%	1%
Elevage	0%	2%	1%	1%	1%	3%	1%	1%
Envois de fonds	1%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	1%
Exploitation minière artisanale	1%	0%	4%	0%	2%	8%	3%	3%
Gagne un salaire d'un emploi permanent	1%	0%	3%	1%	0%	4%	1%	2%
Petit commerce	6%	8%	10%	5%	14%	7%	10%	9%
Travail journalier	52%	49%	25%	32%	51%	50%	42%	44%
Autres sources	1%	5%	1%	0%	2%	11%	4%	4%

Parlant de l'accès à la terre, il est à noter que dans l'ensemble des aires de santé enquêtées, la moitié des enquêtés (51%) déclarent avoir accès à la terre. Cependant, dans les aires de santé de Numbi et Lumbishi, nous retrouvons des proportions de moins de 50% des ménages qui ont accès à la terre ; ce qui dénoterait des difficultés élevées pour accéder à la terre pour les ménages dans ces deux aires de santé. En général, nous observons cependant que dans toutes les aires de santé au moins un ménage sur deux enquêtés ne possède pas de terre sans nécessairement pour cultiver.

Graphique 1. Ménages ayant accès à la terre

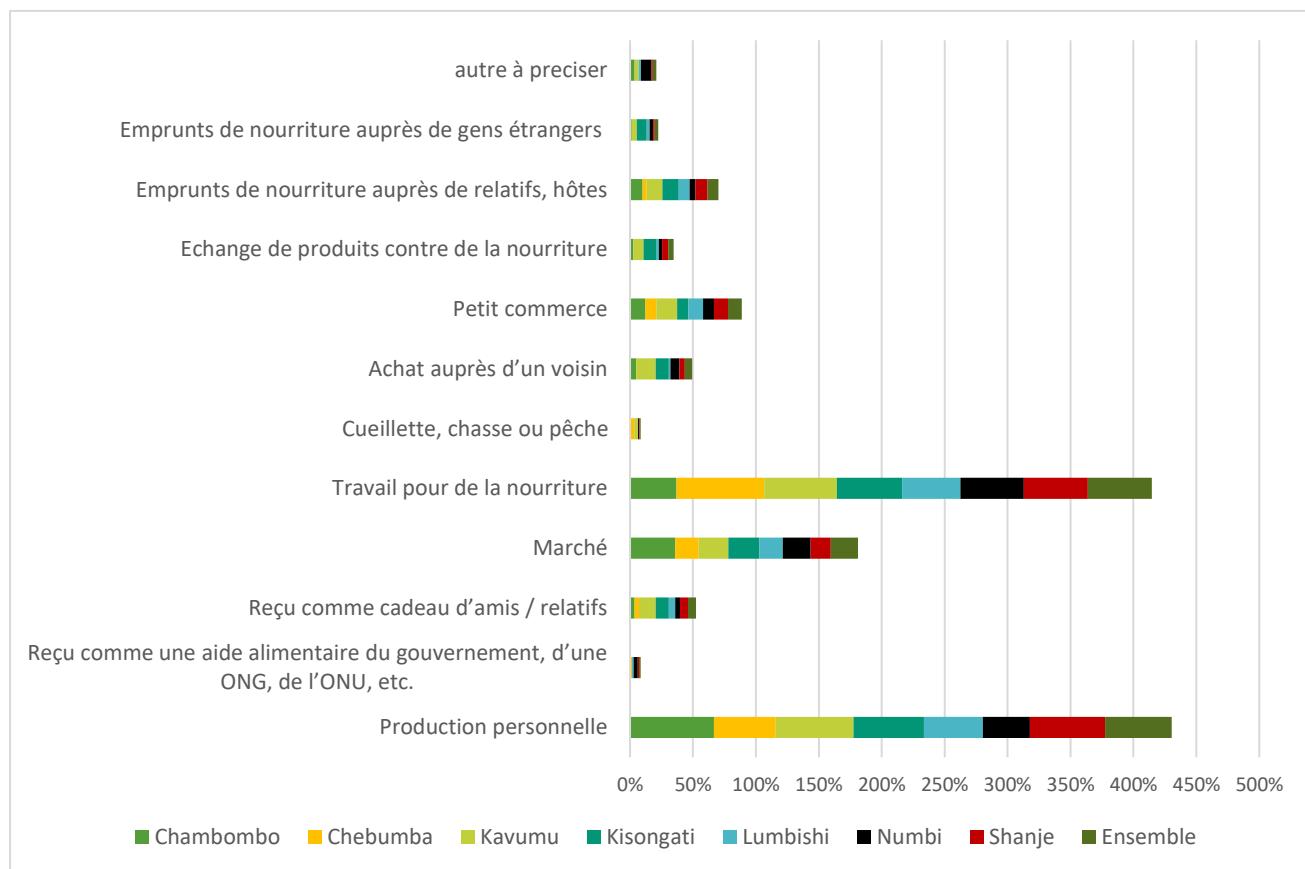


Signalons enfin que l'analyse des moyens de subsistance montre que dans la quasi-totalité des ménages enquêtés la capacité à pouvoir générer plus des revenus a fortement diminué suite à la guerre et cela à travers des diminutions d'accès aux sources de revenu et à la terre mais aussi des diminutions de la production agricole de façon généralisée dans les différentes aires de santé. Ces diminutions pouvant ainsi s'expliquer par des calendriers retardés pour les activités agricoles suite à la guerre, des faibles possibilités d'emploi disponibles actuellement dans les différents villages mais aussi par des vols ou pertes d'actifs générateurs de revenus comme des outils agricoles, des bétails, etc.

4.2.2. Sources de nourriture et stocks alimentaires

Les principales sources de la nourriture consommée au sein des ménages enquêtés restent la production agricole personnelle et le travail contre la nourriture. Dans les différentes aires de santé, on observe ainsi les deux sources de nourriture comme étant les plus utilisées par les ménages pour se procurer de la nourriture. Hormis ces deux sources ci haut citées, nous pouvons citer aussi les aliments achetés directement aux marchés par les ménages et aussi ceux procurés grâce au petit commerce pratiqué par certains ménages. Parlant de la durée des stocks alimentaires au sein des ménages, il est à noter que dans la majorité de ménages enquêtés, les stocks alimentaires ne dépassent pas une semaine comme durée en moyenne. Entre les différentes aires de santé enquêtées, on remarque qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la durée moyenne des stocks alimentaires dans les ménages.

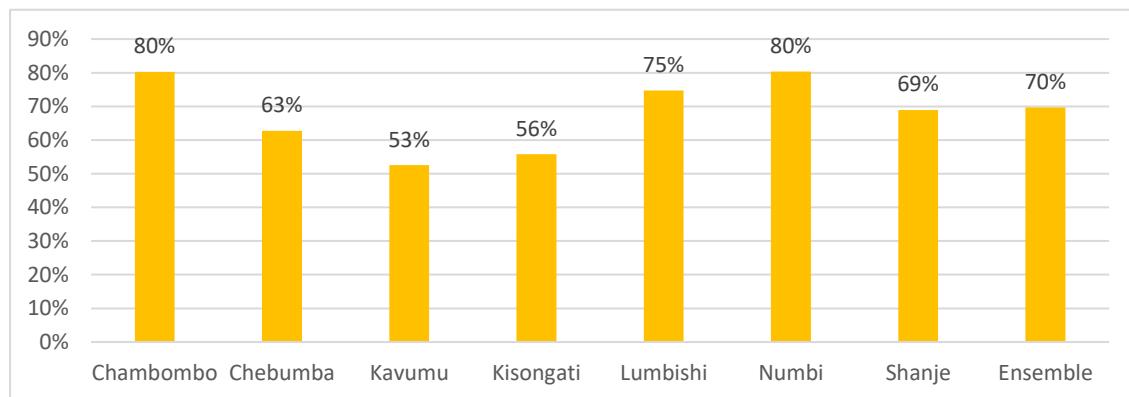
Graphique 2. Sources de nourriture dans les ménages



4.2.3. Accès aux marchés

Nous observons que de manière globale, la majorité des ménages ont eu accès aux marchés fonctionnels et à distance de marche acceptable dans les 7 derniers jours ayant précédés l'enquête dans les différentes aires de santé enquêtées. Là où une proportion non négligeable des ménages semble ne pas avoir eu accès aux marchés c'est dans les aires de santé de Kavumu et Kisongati comme nous pouvons le remarquer sur le graphique ci-dessous. Les raisons soulevées de ce faible accès des ménages aux marchés étant la grande distance à parcourir pour accéder aux marchés par rapport aux domiciles de la plupart de ménages. Les autres raisons étant les prix trop élevés des produits et aliments dans ces marchés ainsi que la non-fonctionnalité habituelle desdits marchés dans la plupart des villages.

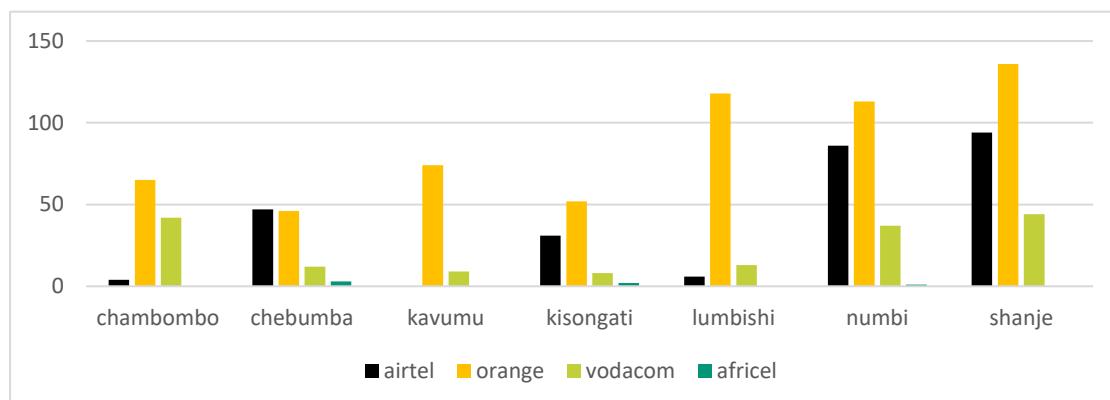
Graphique 3. Ménages ayant accès aux marchés



Dans l'ensemble, près de trois ménages sur quatre pensent qu'ils peuvent s'approvisionner en aliments et NFI auprès des marchés présents dans leur communauté pour leur consommation quotidienne. Il y aurait suffisamment des biens et services dont les ménages auraient besoin dans lesdits marchés dans la majorité des aires de santé enquêtées hormis les aires de santé de Kisongati et Kavumu où les résultats montrent que c'est seulement près de la moitié des enquêtés qui déclarent la suffisance des aliments et NFI dans leurs marchés. Signalons que l'accès aux marchés par les femmes et les hommes restent sensiblement le même. Selon les déclarations des ménages enquêtés, les femmes et les hommes auraient tous les mêmes niveaux de risque pour accéder aux marchés. Les femmes étant plus exposées au risque de violence sexuelle tandis que les hommes au risque d'enlèvement et/ou enrôlement dans des groupes armés.

Dans les différentes aires de santé enquêtées, le service de paiement mobile n'est pas totalement disponible. Dans l'ensemble, seulement près de deux ménages sur cinq enquêtés (40%) déclareraient avoir accès au service de paiement mobile. Le réseau de télécommunication le plus utilisé étant « Orange » dans l'ensemble des aires de santé, suivi de « Airtel » qui reste aussi plus utilisé dans certaines aires de santé comme l'indique le graphique ci-dessous.

Graphique 4. Réseaux de télécommunication les plus utilisés



4.2.4. Consommation alimentaire des ménages

Dans cette étude, l'analyse de la consommation alimentaire est basée principalement sur trois indicateurs de sécurité alimentaire, dont le nombre de repas consommé par jour au sein des ménages, le score de consommation alimentaire et l'indice simplifié de stratégie de survie.

➤ Nombre de repas par jour

En général, nous observons que dans les 7 derniers jours ayant précédés l'enquête, le nombre moyen de repas consommés journalièrement au sein des ménages ne dépasse pas deux repas

tant pour les adultes que pour les enfants. Nous observons de plus que les enfants semblent avoir plus de repas par jour que les adultes dans certaines aires de santé, mais la différence des moyennes n'est pas assez significative statistiquement.

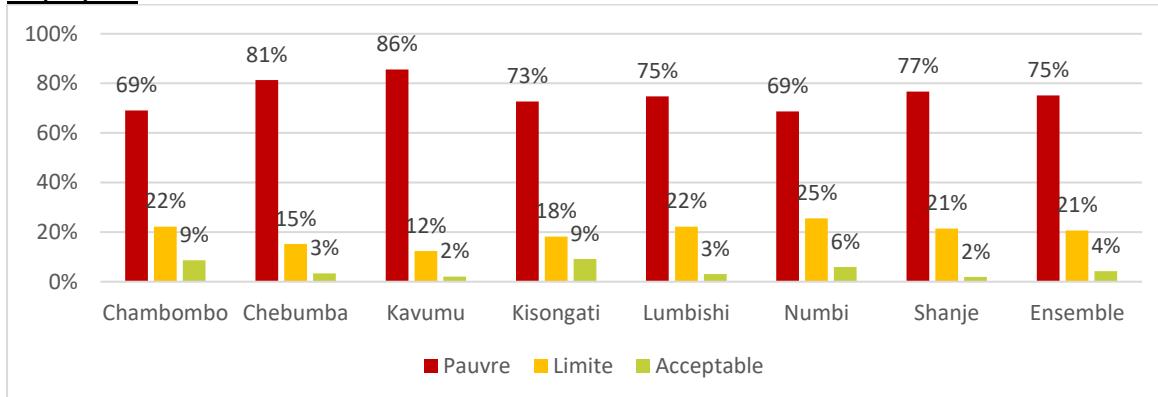
Tableau 6. Nombres moyens de repas par jour

Aires de santé	Femmes	Hommes	Filles	Garçons
Chambombo	1.5	1.4	1.6	1.6
Chebumba	1.9	1.8	2.2	2.2
Kavumu	2.6	2.5	2.8	2.8
Kisongati	1.7	1.6	1.8	1.8
Lumbishi	1.4	1.3	1.5	1.4
Numbi	2.1	1.9	2.3	2.3
Shanje	2.3	2.1	2.4	2.3
Ensemble	2.0	1.8	2.1	2.1

➤ Score de consommation alimentaire

Le score de consommation alimentaire est un indicateur proxy de la sécurité alimentaire qui mesure aussi la diversité alimentaire sur une période de rappel de 7 jours précédent l'enquête. Pour le calcul du SCA, 8 groupes d'aliments sont à considérer ayant chacun une pondération basée sur la densité des nutriments contenus dans les aliments du groupe. Trois classes aident ainsi à apprécier la catégorie dans laquelle le ménage se trouve en termes de sécurité alimentaire : de 0 à 28 consommation alimentaire pauvre ; de 28,5 à 42 consommation alimentaire limite et plus de 42 consommation alimentaire acceptable.

Graphique 5. Score de consommation alimentaire



Les résultats de la présente étude montrent que dans l'ensemble, moins d'un ménage sur dix enquêtés a un score de consommation alimentaire acceptable. La majorité des ménages enquêtés sont dans la catégorie « pauvre » du score de consommation alimentaire, ce qui dénote une consommation alimentaire inadéquate en qualité et en quantité au sein des ménages ; avec des pics observés dans les aires de santé de Chebumba, Kisongati et Lumbishi, où la quasi-totalité des ménages (plus de 75%) seraient dans la catégorie de score de consommation alimentaire « pauvre ».

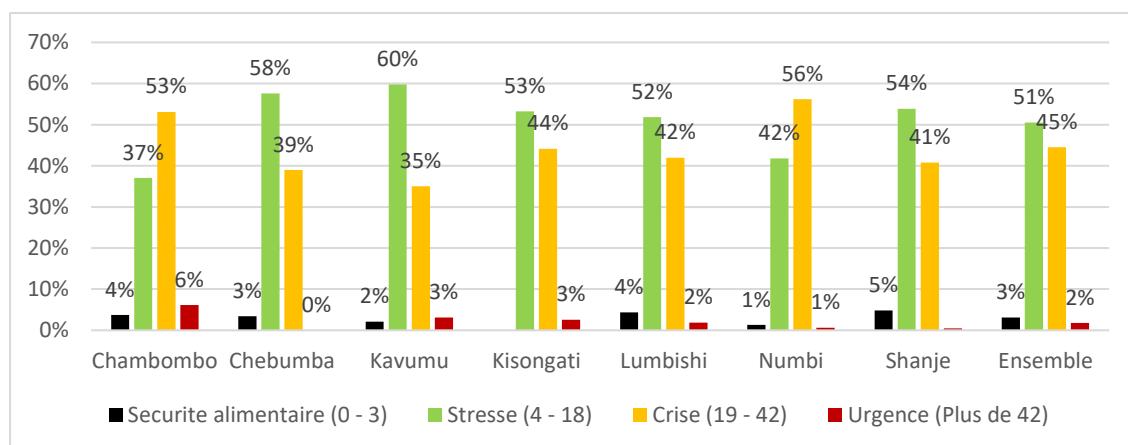
La variation des scores de consommation alimentaire étant due à la fréquence et types d'aliment consommés, on observe que la consommation alimentaire dans les différentes aires de santé reste dominée par la consommation des tubercules et céréales (en moyenne pendant 4 jours sur 7) ainsi que des légumes, légumineuses et l'huile (en moyenne pendant 2 jours sur 7).

➤ Stratégies de survie

Les stratégies de survie sont des comportements adoptés par les individus ou les ménages pour compenser ou dépasser l'adversité, les difficultés ou l'incapacité d'accéder aux aliments sans pouvoir en corriger ou éliminer les conditions sous-jacentes. L'indice simplifié des stratégies de survie (ISS) est un indicateur de substitution de l'accès aux aliments. L'ISS révèle la sévérité des stratégies auxquelles les ménages ont recours pour faire face à des déficits dans leur consommation alimentaire. Dans la présente étude, nous avons utilisé l'ISS simplifié qui est calculé sur la base des 5 stratégies de survie alimentaire et des poids de sévérité standards.

Globalement, l'indice moyen de stratégie de survie est de 18. Entre les différentes aires de santé enquêtées, cet indice moyen varie entre 15 et 21 avec des valeurs les plus élevées dans les aires de santé de Kisongati (21) et Numbi (20). La répartition des ménages selon les catégories de l'indice de stratégie de survie montre que la quasi-totalité des ménages enquêtés sont dans les catégories de « stress » et « crise ». Ces résultats dénotent que près de la totalité des ménages font recours à des stratégies de survie plus négatives, ce qui rend les ménages en situation de vulnérabilité du point de vue sécurité alimentaire.

Graphique 6. Indice simplifié de stratégies de survie



En analysant les deux indicateurs, SCA et ISS, nous pouvons ainsi voir que toutes les aires de santé enquêtées seraient en situation de vulnérabilité d'autant plus que la consommation des ménages reste pauvre mais aussi le recours à des stratégies de survie négatives restent monnaie courante au sein des ménages. Des besoins se font ainsi sentir dans ce domaine de sécurité alimentaire en vue d'améliorer les conditions de vie des ménages, à travers des assistances visant à améliorer l'accès en vivres surtout pour les ménages les plus vulnérables.

Les résultats des différents focus group conduits aussi que de façon générale, dans toutes les aires de santé concernées par l'étude, l'accès à la nourriture demeure critique rendant ainsi critique le besoin alimentaire des ménages. Dans l'aire de santé de Shanje, les déplacés dépendent de la mendicité, du travail occasionnel ou du prélevement illicite de récoltes. L'insécurité limite la capacité des populations à cultiver leurs champs, en particulier pour les femmes et jeunes filles soumises à la menace de violences. L'accès à la nourriture reste ainsi compromis par la perte des moyens d'existence, l'insécurité dans les champs agricoles et le travail forcé imposé par les hommes armés. Dans l'aire de santé de Numbi, les champs ont été pillés ou inaccessibles à cause de barrières installées sur les routes et de zones dangereuses, rendant la production agricole quasi inexistante. L'accès aux moyens de subsistance reste fortement compromis tandis que l'inflation a rendu la nourriture coûteuse. Malgré le retour de près de 95 % des déplacés, les défis persistent, notamment en matière d'accès à la terre, souvent contrôlée par de grands fermiers aux conditions de métayage onéreuses. Cela contribue à une insécurité alimentaire croissante, avec des cas de

malnutrition sévère chez les enfants, notamment le kwashiorkor, lié à une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité. L'insécurité dans les champs limite également l'accès aux terres agricoles, en raison de risques de violences sexuelles, de pillages et de vols par des groupes armés. A Kisongati, l'accès à la nourriture reste aussi limité, en partie à cause de la destruction des cultures et du manque de terres disponibles. Le peu de vivres disponibles est souvent partagé, au détriment des adultes qui privilégient la nutrition des enfants. La communauté fait ainsi face à une insécurité alimentaire aiguë due à la difficulté d'accès aux champs agricoles, souvent rendue périlleuse par le risque de violences sexuelles. La faible production agricole, combinée au manque d'argent et à la distance des marchés, aggrave la précarité alimentaire. De plus, l'absence de soutien régulier d'ONG, sauf quelques interventions ponctuelles comme celles de AIDES et People in Need, laisse la population largement dépourvue. Les habitants survivent grâce au transport de bagages ou en cultivant pour autrui. L'accès aux marchés est difficile en raison de longues distances, de mauvaises routes, de l'insécurité et de taxes excessives. A Chebumba, les moyens d'existence sont aussi limités, poussant certains, notamment des jeunes, à devenir porteurs ou à travailler dans les champs pour survivre. L'insécurité entrave l'accès aux terres agricoles, générant des conflits fonciers. Le marché local est insuffisant, ne satisfaisant pas les besoins essentiels des ménages. Dans l'aire de santé de Lumbishi, l'accès à la nourriture reste compromis par l'interdiction d'accès aux champs et aux marchés, comme à Ziralo, tandis que le manque d'argent agrave l'insécurité alimentaire. De nombreuses familles passent la nuit sans manger. A Kavumu, beaucoup de ménages survivent en transportant des fardeaux ou en travaillant pour autrui, tandis que la famine a augmenté, poussant certaines femmes et filles à la prostitution. La plupart ne mangent qu'un seul repas par jour, voire rien du tout. L'accès aux champs est problématique en raison des violences, bien que l'arrivée de nouvelles autorités ait permis une amélioration limitée. Le marché le plus proche se trouve à plusieurs kilomètres, aggravant l'insécurité alimentaire. Enfin dans l'aire de santé de Chambombo, le manque de terres cultivables, certaines étant situées en zones reculées ou militarisées, aggrave la crise de subsistance en poussant certains ménages à mendier.

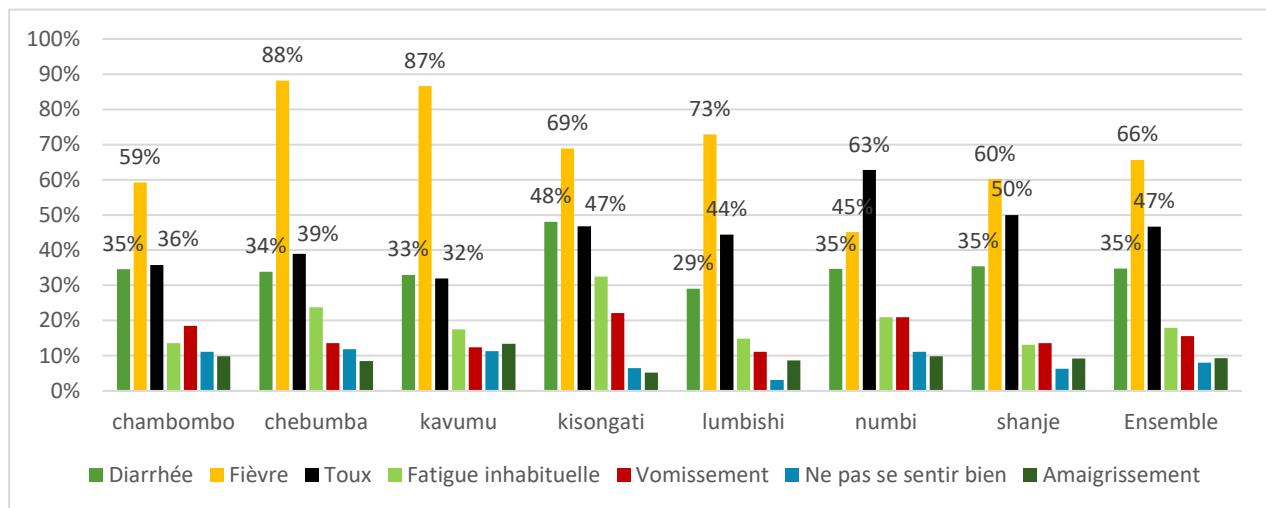
4.3. Soins de santé primaires

La présente évaluation s'est intéressée à l'analyse de l'accès aux soins de santé par les ménages dans les différentes aires de santé à travers l'analyse des données sur l'état de santé et l'alimentation des enfants de moins de cinq ans, ensuite

4.3.1. Santé des enfants de moins de cinq ans

Les résultats de la présente étude montrent qu'au cours des 14 derniers jours ayant précédé l'enquête, dans la majorité des ménages enquêtés (84%) il y a eu au moins un enfant de moins de cinq ans qui a été malade. En comparant les résultats entre les différentes aires de santé, nous pouvons ainsi observer que dans les aires de santé de Chambombo, Chebumba et Kavumu les taux des ménages ayant eu des enfants malades au cours de deux dernières semaines restent les plus élevés (plus de 90% des ménages enquêtés). Cette situation montre que les enfants de moins de cinq ans restent plus exposés aux différents symptômes dans l'ensemble des aires de santé enquêtées.

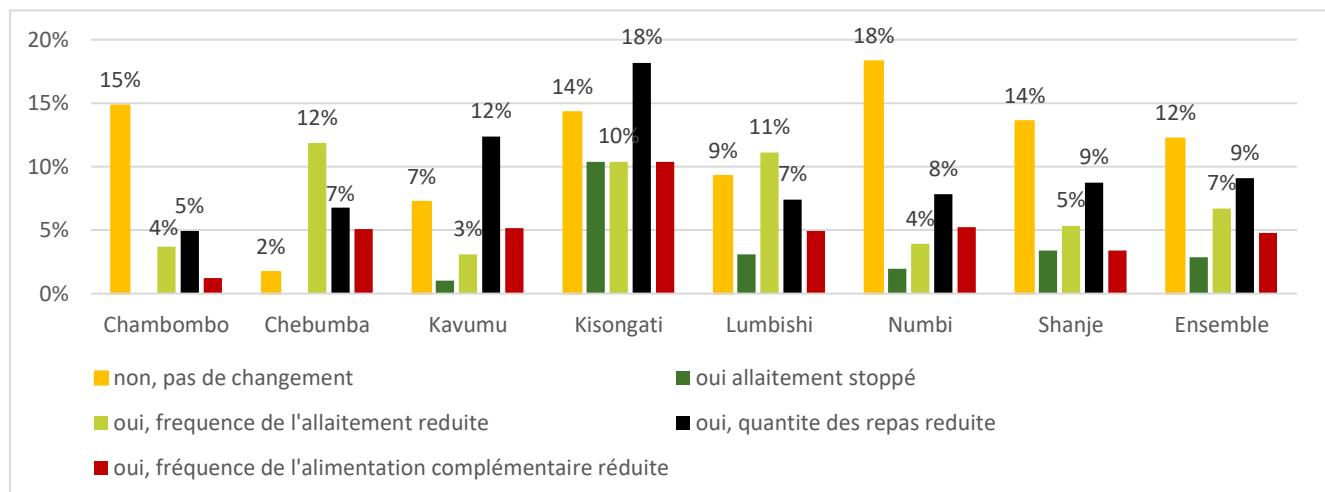
Graphique 7. Symptômes des enfants malades dans les 14 derniers jours



Dans l'ensemble, on observe que les symptômes les plus cités sont la fièvre, la toux et la diarrhée. Dans toutes les aires de santé concernées par l'étude, on note une tendance similaire, les trois symptômes ci haut cités restent toujours les plus contractés par les enfants dans les ménages. Cependant, nous pouvons noter juste quelques cas des enfants qui ne se sont pas bien sentis et de fatigue inhabituelle chez les enfants de moins de cinq ans dans les ménages enquêtés.

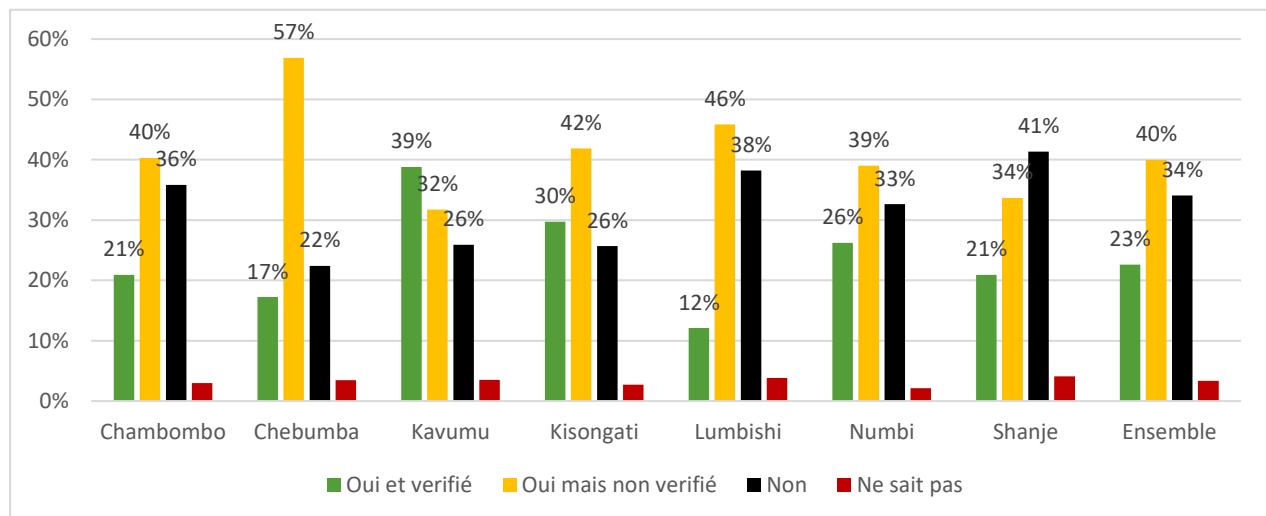
Dans les différents ménages enquêtés, on note que près d'un sur dix enquêtés (12%) déclarent avoir connus des changements dans l'alimentation des enfants ou des bébés en leur sein. Les résultats n'étant pas différents significativement entre les différentes aires de santé enquêtées. Nous pouvons cependant noter quelques petits cas de changement dans l'alimentation des enfants et bébés dans certains ménages dont : la réduction de l'allaitement pour les bébés et la réduction de la quantité des repas pour les enfants qui seraient beaucoup plus fréquents dans les aires de santé de Chebumba, Kisongati et Kavumu.

Graphique 8. Changements rencontrés dans l'alimentation dans l'alimentation du bébé



Parlant de la vaccination des enfants contre la rougeole, les résultats montrent que la majorité des ménages ont déjà fait vaccinés leurs enfants contre la rougeole mais beaucoup n'ont pas présenté leurs passeports sanitaires lors de l'enquête. Dans l'ensemble, près de deux ménages sur cinq ayant des enfants n'ont pas encore fait vaccinés leurs enfants contre la rougeole.

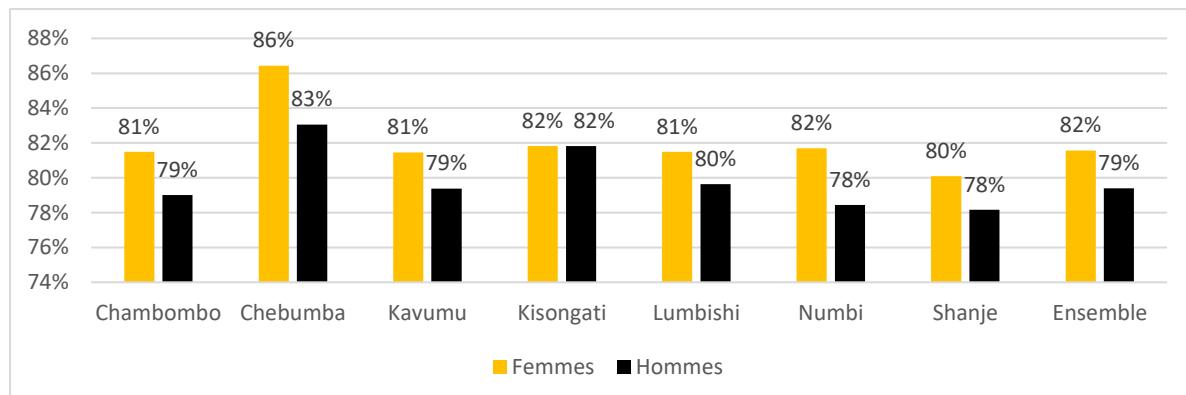
Graphique 9. Vaccination des enfants contre la rougeole



4.3.2. La santé des adultes

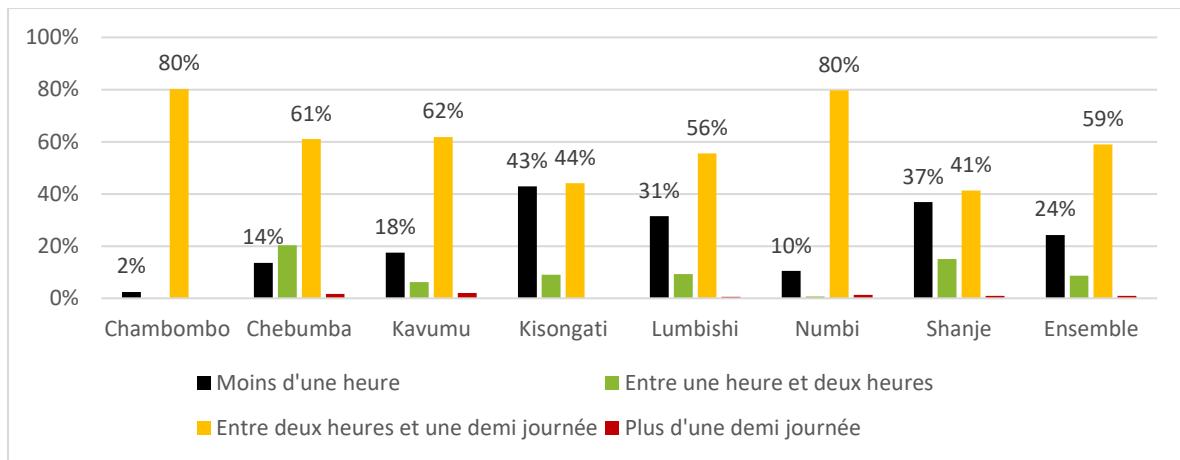
Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation montrent que la majorité des femmes et des hommes au sein des ménages enquêtés vont dans des structures sanitaires pour des soins de santé lorsqu'ils sont malades. Dans l'ensemble des aires de santé enquêtées, nous observons plus ou moins huit sur dix personnes, les femmes comme les hommes, qui recourent aux soins de santé dans les structures de santé en place dans la zone. Seulement une minorité de plus ou moins 20% des personnes au sein de ménages continuent à recourir aux guérisseurs traditionnels ou religieux (10%) tandis que d'autres restent du coup à la maison en faisant de l'automédication lorsqu'un membre de leurs ménages est malade. Les raisons évoquées de ce choix étant beaucoup plus lié au manque de moyens financiers pour accéder aux hôpitaux ou aux centres de santé.

Graphique 10. Les personnes qui vont aux structures sanitaires en cas de maladie



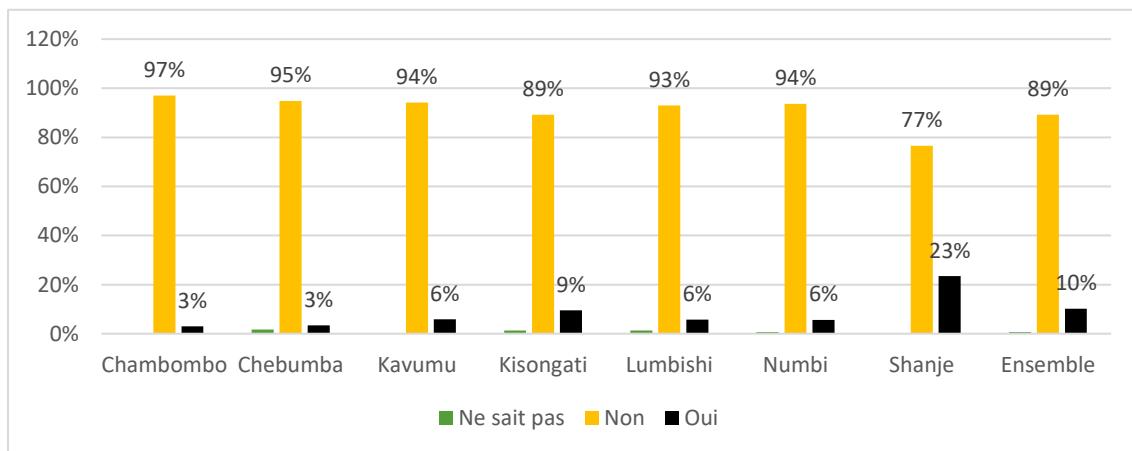
Dans toutes les aires de santé enquêtées, il est à noter que la majorité des personnes font entre deux heures et une demi-journée de marche à pied pour atteindre la structure sanitaire. Ces résultats montrent ainsi que l'accès physique aux structures de santé reste un souci majeur pour la majorité des ménages enquêtés. Selon toujours les résultats dans le graphique ci-dessous, on note que près de la totalité des ménages dans les aires de santé de Chambombo et Numbi semblent parcourir au moins deux heures de marche pour atteindre la structure de santé.

Graphique 11. Temps de trajet à pied vers la structure sanitaire



Dans l'ensemble des aires de santé enquêtées, nous observons une absence totale des moustiquaires imprégnées dans les ménages. Selon les déclarations des personnes enquêtées, dans l'ensemble c'est seulement dans 10% des ménages que les moustiquaires imprégnées seraient utilisées. Signalons aussi que dans l'ensemble des aires de santé enquêtées, c'est seulement à Shanje qu'on note un pourcentage élevé des ménages possédant des moustiquaires imprégnées.

Graphique 12. Possession de moustiquaire dans le ménage



4.3.3. La santé des femmes enceintes

La présente évaluation des besoins s'est aussi intéressée à la santé des femmes enceintes au sein des ménages enquêtés. Ici, il est à noter que l'accès aux soins de santé pour les femmes enceintes ne poserait pas de problème dans les différentes aires de santé enquêtées. Selon les déclarations des enquêtés, dans près de quatre ménages sur cinq enquêtés (77%) et possédant au moins une femme enceinte, l'accès aux soins de santé a été assuré. Signalons aussi que lesdits soins de santé ainsi les accouchements (près de 90%) se font dans la majorité des cas dans les structures de santé en place dans les différentes aires de santé.

Dans le secteur de la santé, les données de focus group donnent aussi les résultats suivants :

- Dans l'aire de santé de Shanje, les services de santé, bien que gratuits pour les femmes enceintes, sont entravés par la pénurie de médicaments, les longues files d'attente et d'un accès difficile pour les populations des villages éloignés. Les enfants sont particulièrement vulnérables, souffrant de maladies comme la rougeole, les dermatoses et la malnutrition, liée à la rareté des aliments nutritifs.

- Dans l'aire de santé de Numbi, l'accès aux soins de santé reste limité par le manque d'argent pour les adultes, bien que les enfants et les femmes enceintes bénéficient des soins gratuits, l'ignorance et la préférence pour les médecines traditionnelles. Des épidémies, telles que le choléra, la rougeole et les diarrhées, touchent régulièrement la population, exacerbées par les mauvaises conditions d'hygiène.
- Dans l'aire de santé de Kisongati, le secteur de la santé souffre d'un manque criant d'équipements : le centre de santé de l'aire de santé de Kisongati manque d'équipements essentiels : lits, accès à l'eau potable, toilettes de qualité, ou encore dispositifs d'hygiène. Les femmes enceintes doivent souvent parcourir de longues distances pour puiser de l'eau, et courrent des risques d'agression sur les chemins. Des maladies comme la kwashiorkor affectent les enfants, tandis que les épidémies de variole, rougeole et choléra persistent. Signalons aussi que le centre de santé le plus proche est trop éloigné, ce qui complique l'accès aux soins, particulièrement en cas d'urgence nocturne.
- Dans l'aire de santé de Chebumba, le système de santé est sous-dimensionné : absence de spécialistes, recours fréquent au référencement, et forte prévalence de maladies telles que la diarrhée, la grippe, la fièvre jaune et le « *chichikara* ». La malnutrition touche de nombreux enfants en raison du manque de ressources pour subvenir aux besoins des ménages.
- Dans l'aire de santé de Lumbishi, les soins sont inaccessibles, particulièrement pour les accouchements qui nécessitent un transfert difficile vers Numbi. Le manque de moyens financiers empêche l'achat de médicaments, et la malnutrition est fréquente. Bien que les services de santé soient théoriquement accessibles, des femmes meurent par manque d'information ou de ressources. On note aussi une faible qualité des services disponibles.
- Dans l'aire de santé de Kavumu, les services de santé sont présents, mais ne sont pas suffisants ni adaptés : les cas graves doivent être transférés, et des épidémies telles que le choléra, la rougeole et la fièvre jaune ont touché la communauté, tout comme la malnutrition, notamment la kwashiorkor chez les enfants.
- Dans l'aire de santé de Chambombo, nous notons que le centre de santé de Chambombo souffre d'un manque chronique de médicaments, obligeant ainsi la population à recourir à des pharmacies commerciales ou à des tradipraticiens, notamment les plus vulnérables.

4.3.4. Situation des structures de santé évaluées

➤ Centre de Santé de Chambombo

Le centre de santé fonctionne dans un bâtiment propre au CS mais vétuste ; il n'y a pas de locaux pour le triage, le screening et l'isolation.

Photo 1. Lit de la salle d'observation au CS Chambombo



Disponibilité d'une source d'eau à moins de 500 mètres, accessible pour que les prestataires de services lavent les mains après chaque consultation. Il n'y a pas d'affichages pour la procédure de lavage des mains. Les équipements de protection individuelle (masques, gants etc...) sont disponibles. Il y a aussi disponibilité d'un service d'ambulance avec deux motos dotées par MDM pour les référencements. Pas de hangar pour les activités préventives mais l'espace pour sa construction est disponible. Aucune source d'énergie disponible. Pas de disponibilité de fosse à placenta, incinérateur ni trous à ordures. La capacite

d'accueil est de 16 lits en mauvais état dont six à la maternité, quatre en observation hommes et six en observation femmes mélangé aux enfants.

➤ **Centre de santé de Chebumba**

Le centre de santé fonctionne dans un bâtiment propre au CS avec différents services, dont : la maternité, la consultation et l'observation sont en bon état. Pas des locaux pour le triage, screening et isolation. Disponibilité d'une source d'eau à moins de 500 mètres accessible pour que les prestataires de services lavent les mains après chaque consultation. Pas d'affichages pour la procédure de lavage des mains. Pas d'équipements de protection individuelle (masques, gants etc...). Pas de service d'ambulancier pour les référencements. Pas de hangar pour les activités préventives mais l'espace pour sa construction est disponible. Système solaire disponible comme source d'énergie mais en mauvais état. Disponibilité de fosse a placenta, incinérateur, trous à ordures mais nécessitant tous des réhabilitations. La capacité d'accueil est de huit lits en mauvais état dont deux à la maternité, trois en observation hommes et trois en observation femmes mélangé aux enfants.

➤ **Centre de santé de Kavumu**

Le centre de santé fonctionne dans un bâtiment propre au CS avec différents services, maternité, consultation et observation en mauvais état. Pas des locaux pour le triage, screening et isolation mais en pleine construction. Disponibilité d'une source d'eau à plus ou moins un km accessible pour que les prestataires de services lavent les mains après chaque consultation. Disponibilité d'affichages pour la procédure de lavage des mains et d'équipements de protection individuelle (masques, gants etc...). Disponibilité d'un service d'ambulancier avec deux motos dotées par MDM pour les référencements. Pas de hangar pour les activités préventives mais l'espace pour sa construction est disponible. Système électrique est disponible comme source d'énergie mais insuffisant car éclairant seulement la nuit, présence des panneaux solaires destinés seulement à la chaîne de froid pour la conservation des vaccins. Pas de fosse a placenta, incinérateur, ni trous à ordures. La capacité d'accueil est de cinq lits en mauvais état confondus en observation hommes et observation femmes et enfants.

➤ **Centre de santé de Kisongati**

Le centre de santé fonctionne dans un bâtiment propre au CS avec différents services, maternité, consultation et observation en mauvais état. Pas des locaux pour le triage, screening et isolation mais en pleine construction. Disponibilité d'une source d'eau à plus ou moins un km accessible pour que les prestataires de services lavent les mains après chaque consultation. Disponibilité d'affichages pour la procédure de lavage des mains. Pas d'équipements de protection individuelle (masques, gants etc...). Pas de service d'ambulancier pour les référencements. Pas de hangar pour les activités préventives mais l'espace pour sa construction est disponible. Pas de source d'énergie. Disponibilité de fosse a placenta, incinérateur, trous à ordures mais tous nécessitent des réhabilitations. La capacité d'accueil est de neuf lits en mauvais état dont trois à la maternité, deux en observation hommes, deux en observation femmes et deux en observation enfants

➤ **Centre de santé de Lumbishi**

Le centre de santé fonctionne dans un bâtiment propre au CS avec différents services, maternité, consultation et observation en mauvais état. Pas des locaux pour le triage, screening et isolation mais en pleine construction. Disponibilité d'une source d'eau à moins de 500 mètres accessible pour que les prestataires de services lavent les mains après chaque consultation. Disponibilité d'affichages pour la procédure de lavage des mains. Pas d'équipements de protection individuelle (masques, gants etc...). Pas de service d'ambulancier pour les référencements. Pas de hangar

pour les activités préventives mais l'espace pour sa construction est disponible. Disponibilité de source d'énergie mais en mauvais état. Pas de fosse a placenta, incinérateur, ni trous à ordures, tous nécessitent des réhabilitations. La capacite d'accueil est de huit lits en mauvais état dont deux à la maternité, deux en observation hommes, trois en observation femmes et enfants

➤ **Centre de santé de Numbi**

Le centre de santé fonctionne dans un bâtiment propre au CS avec différents services, maternité, consultation et observation en mauvais état. Les locaux pour le triage, screening et isolation sont en pleine construction et en 90% achevé. Disponibilité d'une source d'eau a moins de 500 mètre accessible pour que les prestataires de services lavent les mains après chaque consultation. Disponibilité d'affichages pour la procédure de lavage des mains et d'équipements de protection individuelle (masques, gants etc...). Disponibilité d'un service d'ambulancier avec deux motos dotées par MDM pour les référencements. Disponibilité de hangar pour les activités préventives. Disponibilité de source d'énergie mais insuffisant. Disponibilité de fosse a placenta, incinérateur, trous à ordures, en bon état. La capacite d'accueil est de 12 lits en mauvais état dont trois à la maternité, quatre en observation hommes (en bois), cinq en observation femmes et enfants.

➤ **Centre de santé de Shanje**

Le centre de santé fonctionne dans un bâtiment propre au CS avec différents services, maternité, consultation et observation en mauvais état. Les locaux pour le triage, screening et isolation sont en pleine construction et en 90% achevé. Disponibilité d'une source d'eau a moins de 500 m accessible pour que les prestataires de services lavent les mains après chaque consultation. Disponibilité d'affichages pour la procédure de lavage des mains et d'équipements de protection individuelle (masques, gants etc...). Disponibilité d'un service d'ambulancier avec deux motos dotées par MDM pour les référencements. Disponibilité de hangar pour les activités préventives. Disponibilité de source d'énergie mais insuffisant, éclairage seulement la nuit. Présence de panneau seulement pour la chaîne de froid. Disponibilité de fosse a placenta, incinérateur, trous à ordures, en bon état. La capacite d'accueil est de 14 lits dont 10 à la maternité, deux en observation hommes (en bois), deux en observation femmes et enfants.

4.4. Eau, hygiène et assainissement

L'accès à l'eau potable ainsi que l'application des bonnes pratiques d'hygiène et assainissement sont ainsi parmi les éléments basiques à remplir pour espérer avoir une meilleure situation sanitaire. Dans la présente évaluation notre attention a été focalisée sur l'accès à l'eau, en termes de qualité et quantité, ainsi qu'à la pratique de certaines normes d'hygiène et assainissement au sein des ménages et communautés.

4.4.1. Accès à l'eau potable

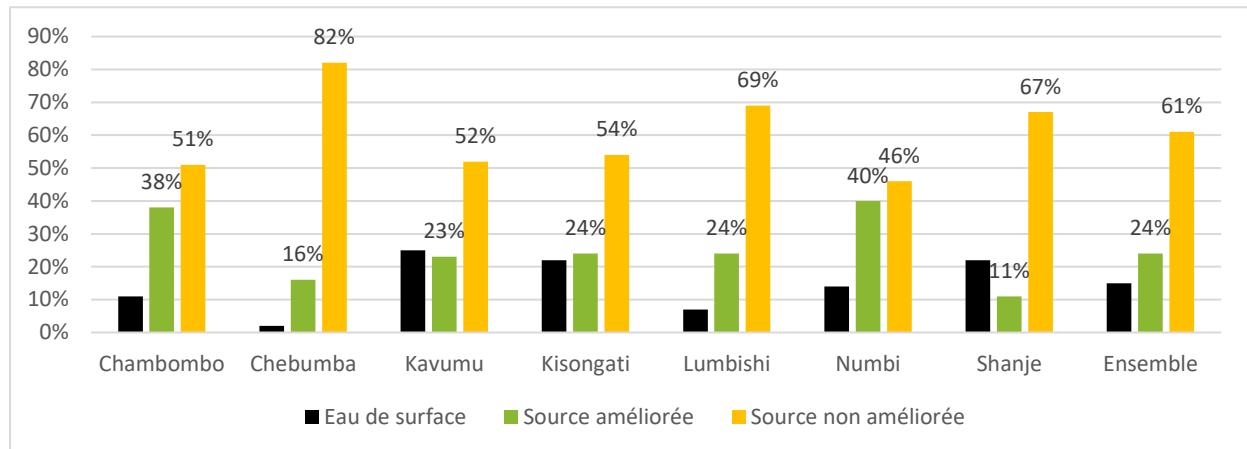
Globalement, les résultats de la présente évaluation montrent que la majorité des ménages enquêtés s'approvisionnent en eau via principalement trois sources : dont l'eau provenant des

- Sources non améliorées : c'est à dire non-protégée de l'extérieur, par exemple les puits creusés non-couvert/traditionnel, les sources naturelles non-aménagée, etc ;
- Sources améliorées : c'est-à-dire protégée de l'extérieur, par exemple l'eau courante/robinet, les puits creusés couverts, les puits à pompe/forage, l'eau des camion-citerne ou charrette avec citerne, Kiosque/échoppe/boutique à eau, l'eau en bouteille, l'eau en sachet, ... et eau de pluie ;

- L'eau de surface : l'eau de rivière, barrage, lac, mare, courant, canal, système d'irrigation, etc.

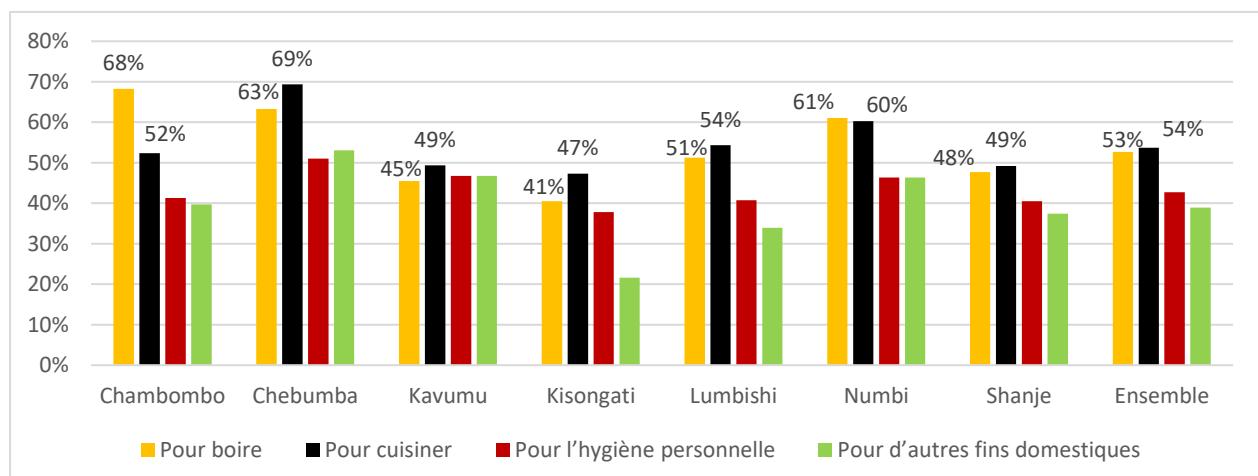
Dans les différentes aires de santé enquêtées, la répartition des ménages selon les sources d'eau utilisées montre qu'il n'y a pas beaucoup de variété des sources d'eau que les ménages utilisent pour se procurer de l'eau. L'eau provenant des sources non aménagées restent la principale eau utilisée dans les ménages. Le recours à l'eau des surfaces, dont les rivières principalement, étant plus prononcé dans les aires de santé de Kavumu, Kisongati et Shanje où on observe plus de 20% des ménages qui ont eu à recourir à cette eau non traitée pour les besoins des ménages.

Graphique 13. Principales sources d'eau



A travers ces différentes sources d'eau ci haut citées, dans l'ensemble on observe qu'en moyenne la moitié des ménages enquêtés déclarent avoir suffisamment d'eau pour satisfaire ses besoins quotidiens pour boire et cuisiner au sein des ménages. Les besoins en termes d'hygiène personnelle et d'autres fins domestiques étant satisfaits par un plus d'un tiers des ménages enquêtés. Dans l'ensemble des ménages enquêtés, notons que les femmes et les filles restent les plus exposés aux risques liés à la collecte d'eau.

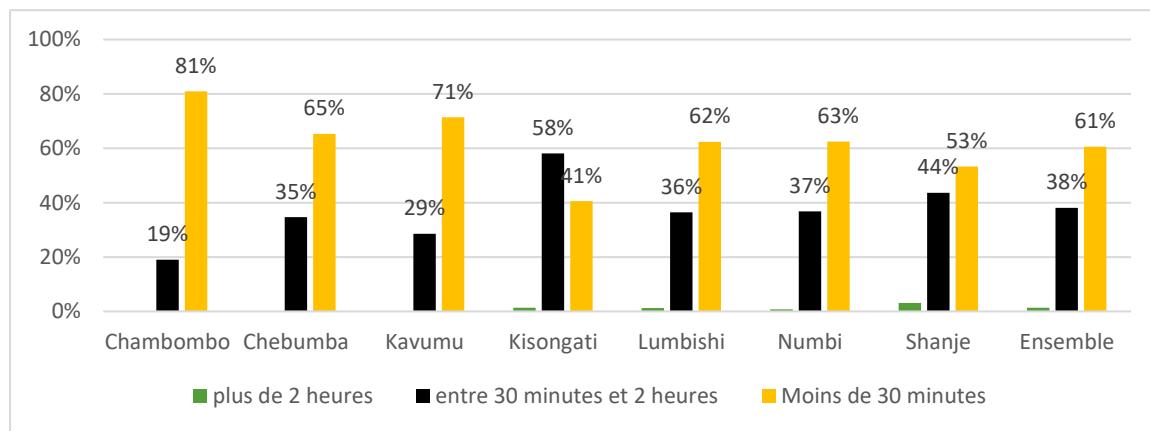
Graphique 14. Ménages pouvant satisfaire leurs besoins quotidiens d'eau



Parlant du temps nécessaire pour la recherche d'eau, les résultats révèlent que 61% des ménages font moins de 30 minutes pour se rendre à la source principale d'eau, récupérer de l'eau et revenir à leur domicile. Les restes de ménages étant ceux habitant un peu trop loin des sources disponibles dans les villages mais représentant une proportion non négligeable dans l'ensemble (38%). Signalons aussi que dans certaines aires de santé les sources d'eau restent éloignées par

rapport aux domiciles des ménages, c'est le cas des aires de santé de Kisongati, Shanje, Numbi, Lumbishi et Chebumba. Dans ces aires de santé beaucoup de ménages (entre 35% et 58% des ménages enquêtés) font entre 30 minutes et 2 heures pour se procurer de l'eau.

Graphique 15. Temps nécessaire pour l'approvisionnement en eau

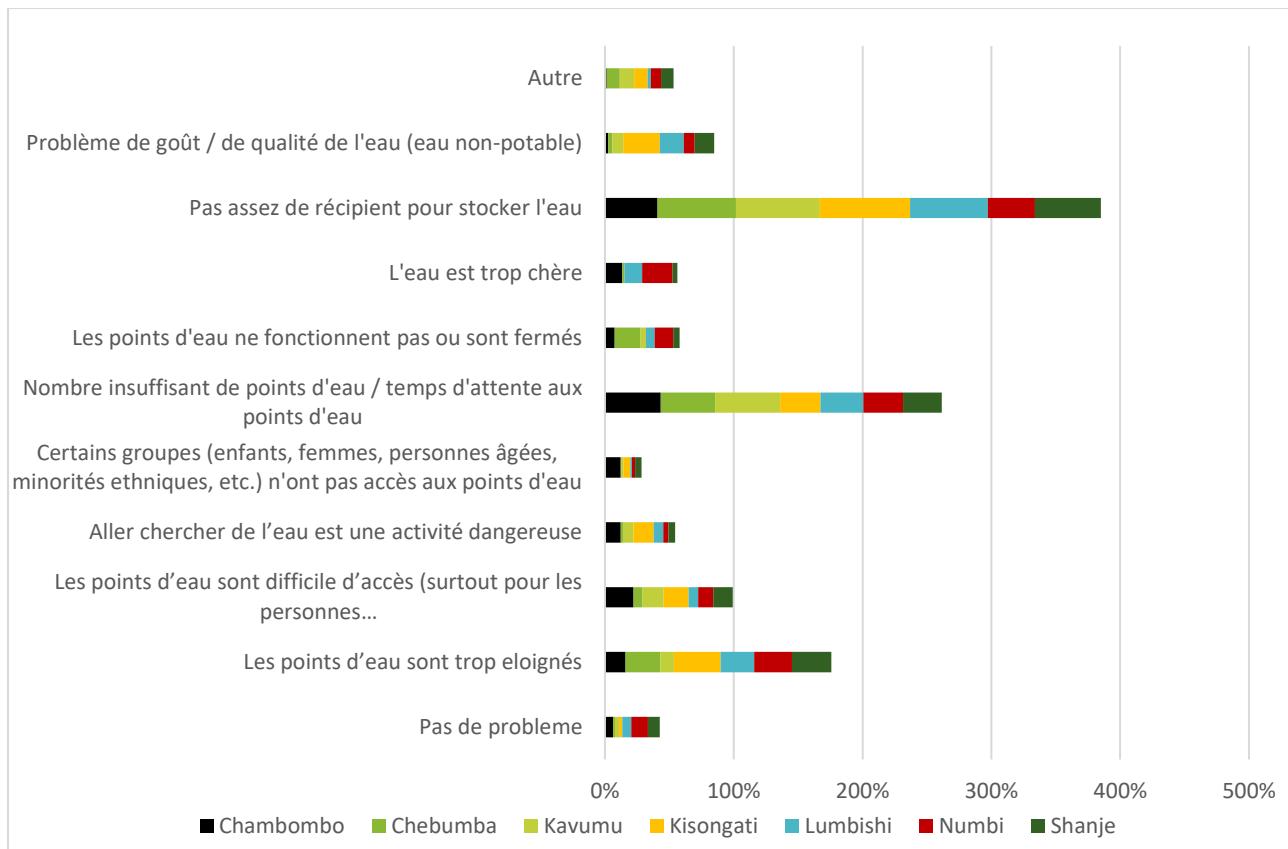


En faisant une analyse approfondie des barrières limitant l'accès à une eau potable dans les différentes aires de santé, nous remarquons que globalement trois restent les plus cités, dont :

- L'insuffisance de récipient pour le stockage d'eau dans les ménages
- L'insuffisance des points d'eau dans les différents villages, augmentant ainsi le temps d'attente lors de la collecte d'eau, et
- L'éloignement des points d'eau, qui augmente la durée de parcours lors de la recherche d'eau.

Au niveau de l'aire de santé de Shanje, il est remarqué que l'accès à l'eau est particulièrement problématique : la source principale est située à environ 3 kilomètres, non aménagée, et l'attente pour l'eau donne lieu à des conflits, des violences et des vols mais aussi des maladies hydriques. A Numbi, les déclarations des personnes ayant participé aux focus group montrent que l'eau potable est rare et difficile d'accès, mais aussi les prix d'eau ont augmenté entraînant ainsi des risques sanitaires comme le choléra et la fièvre typhoïde, avec des femmes et des filles particulièrement exposées à la violence lors de la recherche d'eau. A Kisongati, la situation d'eau reste aussi préoccupante : l'eau est disponible en quantité insuffisante, avec un robinet pour environ 150 ménages, ce qui provoque des conflits d'accès, bien qu'il n'y ait pas de discrimination avérée. Les sources existantes ne sont pas aménagées et sont à l'origine de plusieurs maladies hydriques. A Chebumba, l'eau potable est rare, obligeant ainsi des habitants à parcourir de longues distances et à faire face à des files d'attente qui dégénèrent parfois. A Lumbishi, les points d'eau sont insuffisants, détériorés, rares ou éloignés, souvent asséchés ou coûteux, ce qui entraîne une précarité sanitaire, avec un manque criant de latrines individuelles. Dans l'aire de santé de Kavumu, le manque d'eau potable est un problème critique : seulement deux robinets desservent toute la localité, entraînant des conflits et des accidents. Des tensions sociales émergent autour de la rareté des ressources, notamment l'eau, dont le manque provoque des conflits. A chambombo, l'eau reste aussi une problématique, les puits naturels étant salés et sources des maladies, tandis que l'eau de pluie, souvent insalubre, est consommée par nécessité.

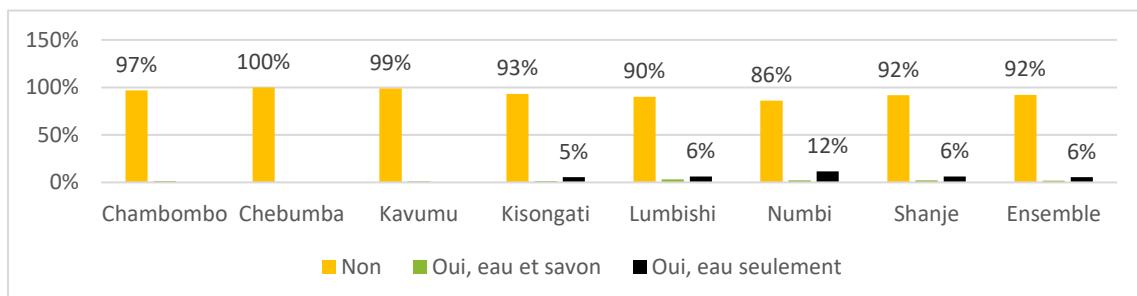
Graphique 16. Principaux problèmes limitant l'accès à l'eau



4.4.2. Hygiène et assainissement

Les conditions d'hygiène et assainissement restent aussi déplorables dans les différentes aires de santé enquêtées, surtout avec des familles vivant à ciel ouvert, dans des églises ou près des rivières, ce qui augmente leur vulnérabilité, en particulier pour les femmes et les filles qui risquent des violences en allant chercher de l'eau. Globalement la possession des dispositifs de lavage des mains n'est pas une pratique au sein des ménages enquêtés comme nous pouvons l'observer au graphique ci-dessous. L'observation directe dans les différents ménages enquêtés a confirmé aussi ces résultats. Les points d'eau avec dispositifs de lavage des mains sont visibles seulement au niveau des hôpitaux et centres de santé appuyés par certaines ONGs mais quasi invisible dans les ménages. Notons néanmoins que malgré la proportion trop faible, dans quelques ménages nous observons quelques ménages déclarant être en possession du dispositif de lavage des mains mais sans savon, c'est le cas de quelques ménages enquêtés à Numbi, Shanje, Lumbishi et Kisongati.

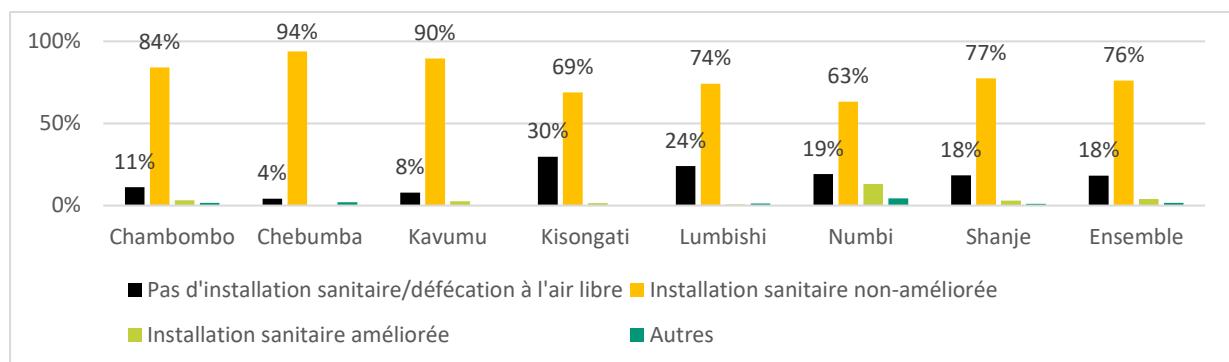
Graphique 17. Ménage disposant de dispositif de lavage des mains



Pour ce qui est des types d'installations sanitaires utilisées au sein des ménages, nous observons que près de trois ménages sur quatre enquêtés utilisent des toilettes non améliorées c'est-à-dire

celles qui n'empêchent pas le contact extérieur avec les excréments, comme les latrines à fosse ouverte/sans dalle ou latrines traditionnelles. Cependant, nous notons aussi que le taux des ménages ne possédant pas de latrines restent élevés dans l'ensemble, près d'un ménage sur cinq enquêtés. Les ménages ne possédant pas de toilettes utilisent ainsi soient les toilettes de leurs voisins ou font la défécation à l'air libre, 30% des ménages enquêtés utilisant des latrines partagées par plus de quatre ménages. Signalons aussi que la séparation des portes de toilettes par sexe n'est pas monnaie courante au sein des villages enquêtés ; les femmes et les hommes, filles et garçons, utilisent tous la même porte de latrine dans la quasi-totalité des ménages enquêtés (96%).

Graphique 18. Types d'installation sanitaire utilisée dans les ménages



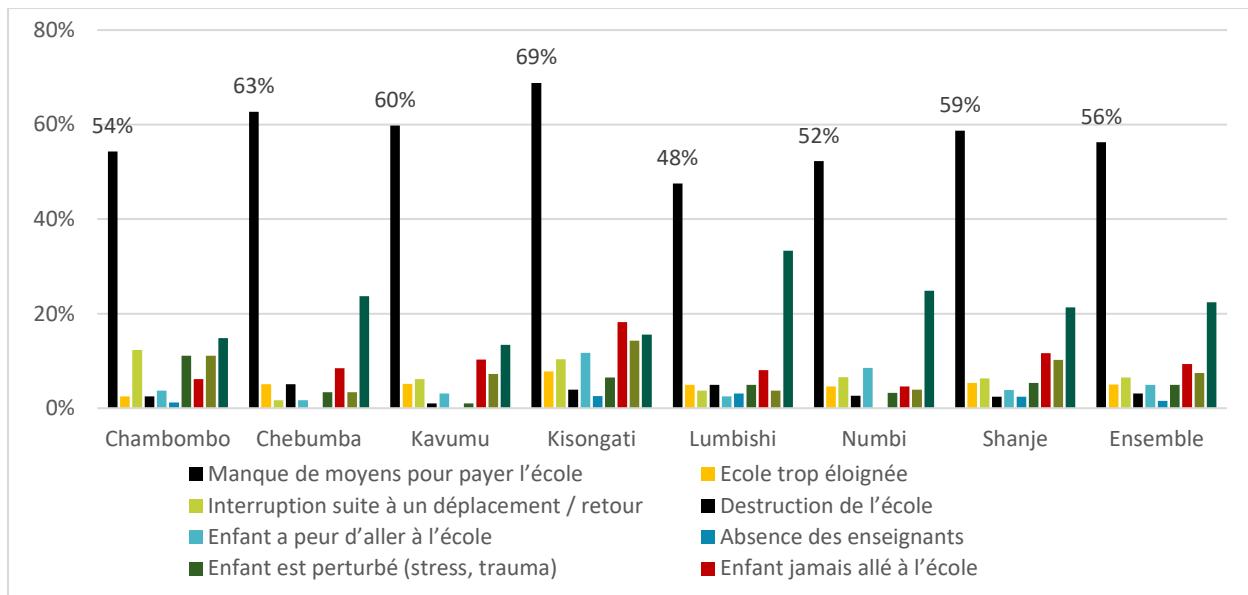
Au vu des résultats ci haut, nous notons que l'application des bonnes pratiques d'hygiène et assainissement dans les différentes aires de santé enquêtées posent encore de souci, accouplés aux problèmes d'accès en eau et en savon met en risque les membres des ménages à contracter des maladies hydriques. A Shanje, il a été observé une absence généralisée de toilettes décentes et une méconnaissance des bonnes pratiques d'hygiène, ce qui contribuent fortement à l'exposition aux maladies diarrhéiques, souvent fatales pour les enfants. Dans la majorité des aires de santé enquêtées, les conditions d'assainissement restant aussi déplorables, les infrastructures d'assainissement sont aussi insuffisantes, avec des ménages pratiquant la défécation à l'air libre. Les toilettes étant insuffisantes, sont aussi en mauvais état et souvent partagées entre plusieurs familles, avec une absence totale de dispositifs de lavage des mains qui aggrave les risques sanitaires.

4.5. Education

L'analyse des besoins en éducation a porté sur les causes de la non-scolarisation des enfants mais aussi sur les facteurs empêchant les enfants en âge scolaire d'accéder à l'école dans les aires de santé concernées.

Les résultats de la présente évaluation montrent que la plupart des écoles sont proches des domiciles des enfants. Trois quarts des ménages enquêtés déclarent que les enfants font moins d'une heure à pied pour arriver à l'école. Les écoles restent très éloignées des domiciles des ménages surtout dans les villages des aires de santé de Shanje, Kisongati et Lumbishi où près de trois ménages sur dix enquêtés déclarent que les enfants font plus d'une heure à pied pour arriver à l'école. Parlant des causes de non-scolarisation des enfants, il est à noter que le manque de moyens financiers restant la principale raison pour laquelle au moins un enfant en âge scolaire ne va pas à l'école actuellement au sein des ménages enquêtés.

Graphique 19. Raisons de non de non-scolarisation des enfants

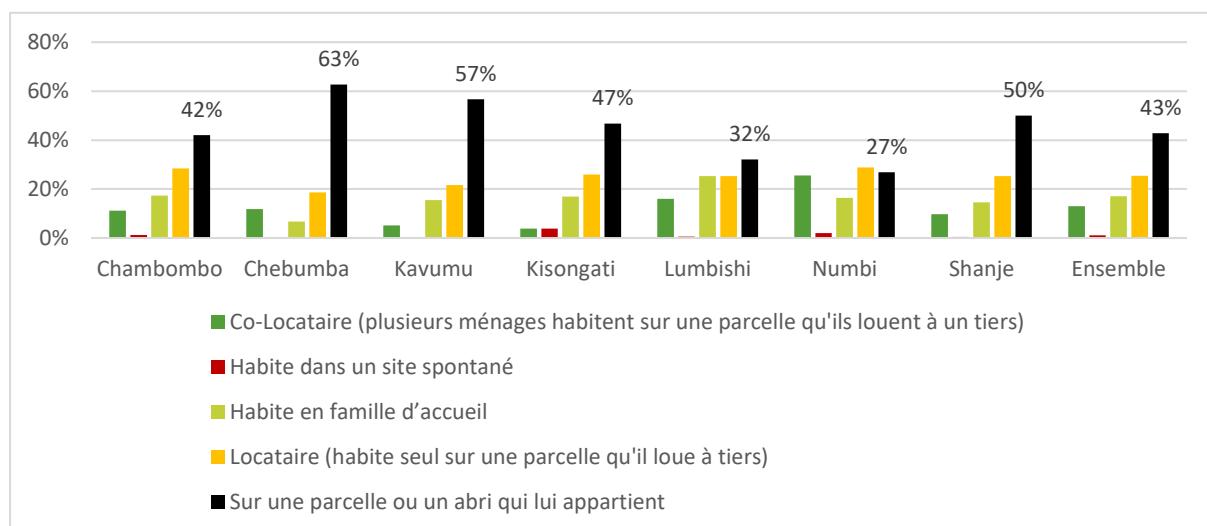


Dans l'aire de santé de Shanje, l'éducation est également compromise : les écoles manquent d'infrastructures minimales, les enfants n'ont pas d'uniformes ni de matériel scolaire, et nombreux sont ceux qui abandonnent pour travailler, mendier ou rejoindre des mines ou des groupes armés. La pauvreté des parents empêche aussi de nombreux enfants, surtout les filles, d'accéder à l'école. Signalons que certains cas des mariages précoces sont aussi signalés comme causes d'abandon de l'école pour les filles. A Numbi, le système éducatif reste fragile malgré une volonté d'accès inclusif, en raison de l'insuffisance des infrastructures, du matériel scolaire et de la formation des enseignants. Les écoles sont en mauvais état et peu nombreuses. L'éducation des enfants reste perturbée par la destruction d'écoles, souvent occupées par des déplacés ou bombardées, malgré une volonté communautaire d'assurer la scolarisation des enfants, y compris des filles. Dans l'aire de santé de Kisongati, l'éducation, bien que fonctionnelle, est compromise par le surpeuplement des classes et la destruction de mobilier scolaire par les déplacés en quête de matériaux pour se chauffer. Toutefois, l'accès à l'école est presque universel, sans discrimination entre filles et garçons. Les enfants rencontrent souvent des difficultés pour se rendre à l'école en raison d'éboulements et d'érosions. A Chebumba, l'éducation est gravement compromise. Les enfants, surtout les filles, sont en grande partie déscolarisés faute de moyens pour acheter des fournitures scolaires ou payer les frais. Les filles sont particulièrement défavorisées par rapport aux garçons. De plus, certains enseignants ne sont pas qualifiés, et les infrastructures scolaires nécessitent d'être reconstruites et équipées. A Lumbishi, l'éducation est également gravement touchée : de nombreux enfants ne sont pas scolarisés faute d'uniformes et de fournitures, les écoles manquent de bancs et d'enseignants, et certains enfants sont empêchés d'aller à l'école par les autorités locales. Des écoles ont été endommagées par des bombardements. L'éducation des enfants, surtout dans les zones à risque, est assurée irrégulièrement, souvent limitée à trois jours par semaine. A Kavumu, le secteur éducatif souffre d'un manque d'infrastructures : une seule école ne suffit pas à accueillir tous les enfants, et certaines constructions ont été détruites par les déplacés. Le taux de scolarisation est plus élevé chez les garçons, tandis que les filles abandonnent souvent l'école en raison des mariages précoces. Dans l'aire de santé de Chambombo, le secteur de l'éducation reste aussi fortement impacté par la destruction d'écoles, le manque de moyens pour payer les frais de scolarité, et une baisse significative de la fréquentation scolaire, tant chez les garçons que chez les filles.

4.6. Abris et Articles Ménagers Essentiels

L'enquête s'est intéressée aussi à évaluer les abris et articles ménages que les ménages possèdent et utilisent. Parlant ainsi du lieu d'habitation des ménages enquêtés, notons que dans l'ensemble, près de la moitié des ménages enquêtés vivent dans leur propre parcelle c'est seulement à Numbi où on observe un faible taux des ménages vivant dans leur propre parcelle ou abris (27%). Dans l'aire de santé de Numbi, sur le plan humanitaire, les populations souffrent d'un manque criant de logements décents, certaines habitations étant en ruine et s'effondrant en cas de pluie. A Lumbishi et Chambombo, le logement fait également défaut, notamment pour les enfants non accompagnés qui survivent au marché après avoir perdu leurs proches. Seulement un tiers des ménages enquêtés vit dans leur propre parcelle. Le logement constitue une autre urgence majeure, les personnes sans ressources ne pouvant pas payer de loyer. Dans les autres aires de santé, dont Shanje, Kavumu, Chebumba et Kisongati, le logement reste insuffisant mais la situation de logement n'est pas si criante du point de vue humanitaire. Il n'y a pas assez de ménages qui sont hébergés dans des lieux publics, comme les écoles ou les églises. La majorité des déplacés vivent en location ou dans des familles d'accueil.

Graphique 20. Lieu d'habitation des ménages



Les types de maisons où habitent près de quatre ménages sur cinq enquêtés dans les différentes aires de santé étant des maisons en construction non durables délabrées en planches. Tous les ménages vivent dans des abris mais les logements sont juste dégradés avec le manque d'installations d'assainissement, ce qui contribue à la propagation de maladies. Dans la majorité des ménages enquêtés (66%), tous les membres du ménage ne vivent pas dans une seule pièce, hormis quelques ménages vivant dans leur propre parcelle.

Tableau 7. Nombre moyen d'Articles ménagers essentiels possédés

Aires de santé	Bidons	Bassines	Couchage	Casseroles	Couvertures et draps
Chambombo	1	1	1	2	1
Chebumba	1	1	2	2	2
Kavumu	1	1	2	2	2
Kisongati	1	1	2	2	2
Lumbishi	1	1	1	2	1
Numbi	2	1	2	3	2

Shanje	1	1	2	3	2
Ensemble	1	1	2	2	2

Comme nous pouvons l'observer dans le tableau ci-contre, dans l'ensemble dans tous les ménages enquêtés il y a au moins un article ménager essentiel au sein des ménages. Cependant une analyse selon les aires de santé montre qu'il y a des villages où les ménages n'ont qu'un seul article pour tout un ménage, c'est le cas des bidons et bassins en bon état. Les articles ménagers essentiels possédant la plupart des ménages étant les articles de couchage (matelas, lit, etc.), les casseroles et couvertures, draps mais dont la quantité possédée reste en moyenne insuffisante.

Notons aussi que l'utilisation des kits d'hygiène menstruelle reste un problème pour les femmes et filles au sein des ménages. Selon les déclarations des personnes enquêtées, seulement 12% des enquêtés déclarent que les femmes et filles au sein des ménages ont accès aux kits d'hygiène menstruelle pendant leur période de menstruation.

4.7. Protection

La présente évaluation a porté aussi sur les questions de protection, dont celle des femmes et celle des enfants. Il a été question ici de faire une analyse sur les risques de protection ainsi que les préoccupations les plus importantes en matière de sûreté et sécurité auxquelles sont confrontées les enfants et les femmes.

4.7.1. Protection de l'enfant

➤ Enfants non accompagnés ou séparés

Parlant de la protection de l'enfant, les résultats montrent que des cas des enfants non accompagnés (ENA) ou séparés sont présents dans la communauté. Pres de la moitié des ménages enquêtés (49%) confirment la présence de ces cas dans l'ensemble des aires de santé enquêtées contre 31% qui pensent que ces cas n'existent pas dans leur communauté. Les principales causes de séparation de ces enfants d'avec leur famille étant le décès ou la disparition des parents et/ou tuteurs suite à la guerre ou de manière naturelle. D'autres causes signalées, mais les moins citées, étant la séparation des parents, la délinquance des enfants, etc.

Notons qu'au cours de 3 derniers mois ayant précédés l'enquête, la majorité des ménages enquêtés (61%) déclareraient qu'il n'y a pas eu de cas d'augmentation des enfants non accompagnés ou séparés. Néanmoins en cas de perte d'enfants, les autorités locales restent les premières personnes contactées dans les différentes aires de santé enquêtées. Ce qui dénote une faible connaissance des structures locales ou RECOPE existant dans les communautés. Actuellement dans les communautés enquêtées, les enfants sont gardés soit par les voisins, soit par les autres enfants ou encore soit par les autres membres de famille lorsque leurs soignants sont absents ou incapable de s'occuper d'eux. Signalons que la plupart des parents enquêtés déclarent qu'ils passent plus de temps avec leurs enfants à la maison mais les abus physiques (fessée, châtiment corporel, agression) restent infligés auxdits enfants en cas de faute et en cas de besoin d'aide ils font recours aux leaders communautaires ou aux familiers ou proches.

➤ Problèmes et risques de protection pour les enfants

Les problèmes de protection les plus courants auxquels font face les enfants dans la communauté sont : le travail des enfants, les abus physiques ainsi que le non-accompagnement ou séparation des enfants. A ces trois, qui sont les plus cités dans l'ensemble, nous pouvons ajouter aussi la négligence envers les enfants (soins ou surveillance inadéquats), les violences émotionnelles et

abus sexuels. En analysant ces problèmes selon les aires de santé nous pouvons ainsi observer quelques problèmes qui ont été les plus cités par plus de 30% des ménages, dont : des cas de travail des enfants seraient ainsi plus déclarés dans la quasi-totalité des aires de santé enquêtées ; tandis que des cas d'abus physique seraient plus cités dans les aires de santé de Chambombo et Numbi. D'autres problèmes de protection auxquels les enfants sont confrontés étant la sécurité dans les différentes aires de santé enquêtées.

Tableau 8. Problèmes et risques majeurs de protection auxquels les enfants font face

Problèmes de protection	Chambombo	Chebumba	Kavumu	Kisongati	Lumbishi	Numbi	Shanje	Ensemble
Abus physique	36%	27%	25%	16%	19%	32%	23%	25%
Abus sexuel	26%	7%	12%	8%	12%	24%	15%	15%
Violence émotionnelle	16%	17%	12%	29%	12%	18%	9%	15%
Enfants non accompagnés/séparés	19%	19%	9%	25%	22%	22%	22%	20%
Mariage précoce	22%	12%	16%	13%	4%	23%	13%	14%
Détresse psychosociale	14%	3%	12%	17%	3%	8%	7%	8%
Travail des enfants	40%	41%	39%	29%	31%	40%	32%	35%
Négligence envers les enfants (soins ou surveillance inadéquats)	17%	20%	6%	21%	23%	10%	15%	16%
Discrimination	15%	2%	8%	6%	3%	11%	4%	7%
Exploitation ou traite	21%	10%	9%	12%	6%	25%	13%	14%
Ne sait pas	19%	14%	22%	22%	27%	18%	21%	21%
Autres problèmes	23%	25%	24%	16%	11%	14%	14%	16%

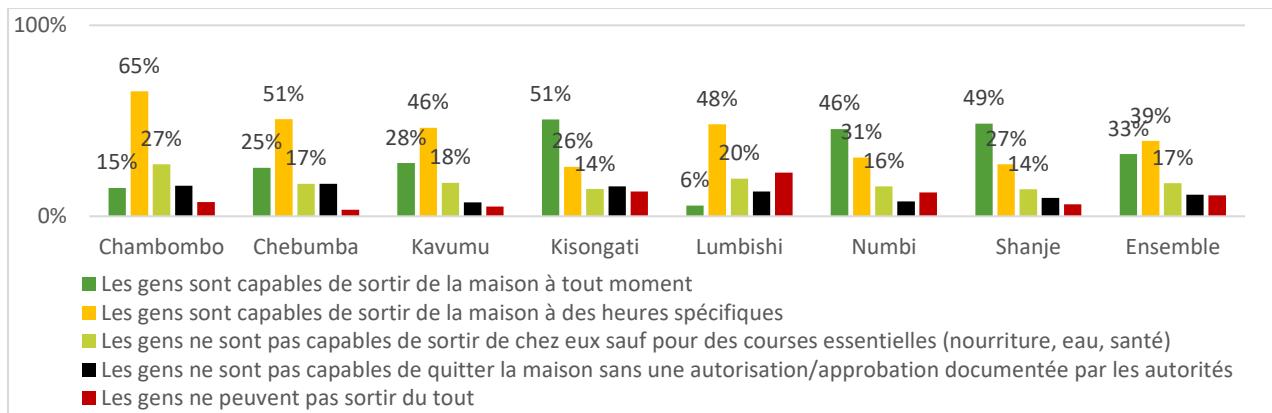
Au vu de tous ces problèmes de protection des enfants, les communautés dans les différentes aires de santé font des sensibilisations sur la protection des enfants dans les autres communautés dans le but de résoudre les différents problèmes auxquels les enfants sont exposés. Cependant, les différentes communautés estimaient que les sensibilisations à elles seules n'arrivent pas résoudre les problèmes de protection des enfants par manque de moyens financiers et de formations dans le domaine de protection des enfants. En plus de ça, les différents ménages enquêtés déclarent aussi qu'il n'y aurait pas suffisamment de structures locales et ONG œuvrant dans ce domaine de protection des enfants dans les différentes aires de santé. Les quelques ONG citées comme œuvrant dans ce domaine de protection des enfants dans les aires de Numbi, Shanje et Chebumba étant TPO, LSC, IRC et PIN.

4.7.2. Violences basées sur le genre

➤ Situation de la protection dans la communauté

Parlant de la situation de la protection dans les différentes aires de santé enquêtées, dans la majorité des ménages enquêtés les personnes pensent qu'ils peuvent sortir de la maison à des heures spécifiques suivis de ceux qui pensent qu'à tout moment ils sont capables de sortir de leur maison. Observe ainsi que dans les aires de santé de Kisongati, Numbi et Shanje la majorité des personnes enquêtées estiment qu'il n'y a pas de problèmes de sortie à tout moment dans la communauté. Néanmoins, les résultats montrent aussi que près de 20% des ménages enquêtés estimaient que les gens ne sont pas en mesure de sortir de leur maison facilement ; les sorties ne pouvant se faire que pour des courses essentielles (nourriture, eau, santé) ou soit par autorisation de l'autorité ou encore rester carrément à leur domicile du tout.

Graphique 21. Situation de la protection dans la communauté

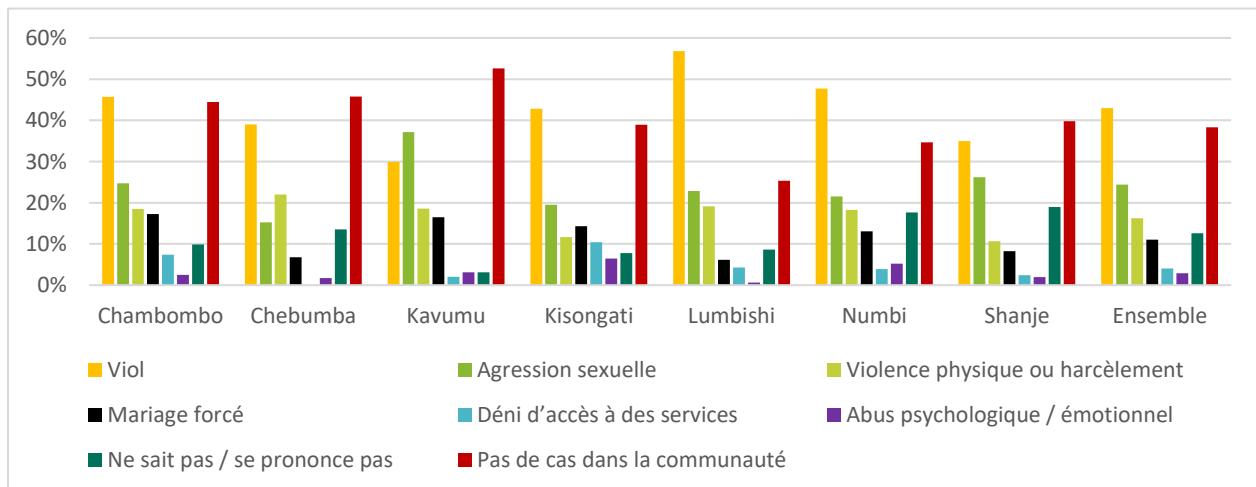


Parlant des violences basées sur le genre au sein des ménages et communautés, il est à noter que les femmes, les filles, les hommes et les garçons restent toujours à risque de subir des violences dans les différentes aires de santé enquêtées. Les principaux cas d'incidents les plus susceptibles de subir étant :

- Pour les femmes et les filles : les violences physiques, les mariages forcés et les travaux forcés ;
- Pour les hommes et les garçons : les travaux forcés, les violences physiques et le recrutement de force dans les groupes armés ;

Certains cas de VBG sur les femmes et filles restent cependant signalés dans la communauté. Selon les déclarations des ménages enquêtés, nous pouvons voir que de façon générale, le viol, l'agression sexuelle, la violence physique ou harcèlement et le mariage précoce sont les plus cités. Dans certaines aires de santé, dont Lumbishi, Numbi, Chambombo et Kisongati, on observe des taux élevés des ménages qui ont connaissance des cas de viol dans la communauté. Des cas d'agression sexuelle restant aussi plus signalés à Kavumu.

Graphique 22. Cas de VBG connus sur les femmes et filles dans la communauté



Lorsque les femmes ou filles subissent ces violences, elles se tournent le plus souvent vers un leader communautaire pour trouver de l'aide. A défaut du leader communautaire, elles font aussi recours aux membres de famille ou à la police. Au sein des communautés enquêtées, 86% des enquêtés déclarent que les femmes et filles n'ont pas d'abris ou endroits sûrs où elles peuvent se rendre si elles ne se sentent pas en sécurité pendant l'urgence. Notons que c'est seulement à Numbi où 32% des enquêtés déclarent avoir connaissance de l'existence des espaces sûrs dans leur communauté.

➤ Problèmes et risques de protection dans la communauté

La présente évaluation s'est aussi intéressée à savoir les différents problèmes et risques de protection auxquels font face les femmes et filles mais aussi les hommes et garçons dans les différentes aires de santé.

Les résultats montrent ainsi que les femmes et les filles font face aux principaux problèmes de protection, les plus importants, suivants : les problèmes de manque de ressources, suivi des viols et ensuite les problèmes d'insécurité et conflits armés dans la communauté. En plus de ces principaux problèmes, nous observons aussi les problèmes de mariage précoce ou forcé et les violences au sein de famille qui restent aussi non négligeables pour les femmes dans la communauté.

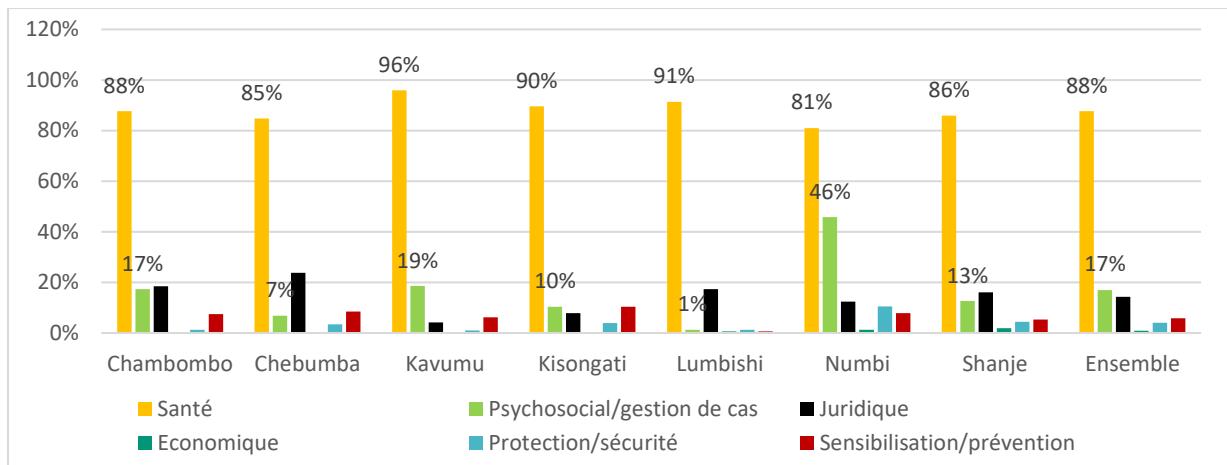
Pour les hommes et les garçons, nous avons les problèmes de travail forcé, le manque de ressources, les problèmes d'insécurité et conflits armés ainsi que le recrutement forcé dans des groupes armés. A ceux-ci s'ajoutent aussi la détention des jeunes, le travail des enfants et les risques environnementaux qui n sont pas aussi à prendre à la légère comme préoccupations.

De manière générale, nous observons ainsi que les problèmes d'insécurité et conflits armés ainsi que le manque de ressources touchent toutes les catégories des membres des communautés tandis que d'autres problèmes et risques restent spécifiques selon le sexe. Pour atténuer ces problèmes, la sensibilisation des autres membres de la communauté sur lesdits problèmes reste la seule mesure de mitigation appliquée tant au niveau individuel que communautaire dans les différentes aires de santé.

➤ Services de VBG disponibles

Les résultats de la présente évaluation montrent que le service VBG disponible, accessible et utilisée le plus cité par les enquêtés reste celui de la prise en charge sanitaire dans l'ensemble des aires de santé enquêtées. Cependant dans l'aire de Numbi, on constate aussi que le service de prise en charge psychosocial des cas de VBG est le service le plus connu après celui de la santé. Nous pouvons ainsi conclure que les ménages enquêtés dans l'aire de santé de Numbi sont les plus à connaître mais aussi à accéder et/ou utiliser le service de prise en charge psychosociale comparativement à d'autres aires de santé enquêtées. Les défis et lacunes en termes d'accès aux services de prise en charge de VBG actuellement dans les communautés étant le manque d'information et le manque de moyens financiers pour accéder aux services. Les acteurs actuellement connus par la communauté dans le secteur de VBG sont : TPO, LSC, IRC, PIN, MDM.

Graphique 23.Services de VBG disponibles



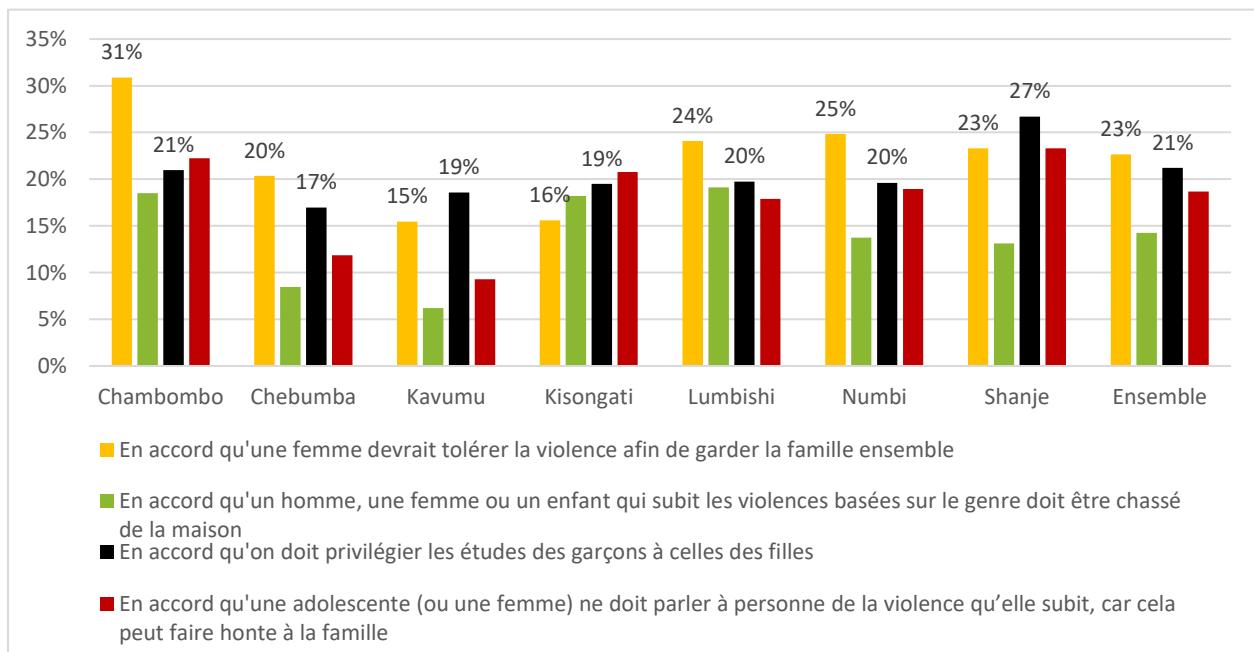
➤ Pratiques et cultures vis-à-vis des VBG

En matière de VBG, certaines pratiques et/ou cultures ont été aussi évaluées au niveau communautaire dans le but de s'imprégner de normes reconnus comme bonnes ou mauvaises par les enquêtés. A l'issue des analyses, on observe ainsi que dans l'ensemble près d'un enquêté sur quatre est d'accord avec les pratiques suivantes :

- Une femme devrait tolérer la violence afin de garder la famille ensemble
- Un homme, une femme ou un enfant qui subit les violences basées sur le genre doit être chassé de la maison
- On doit privilégier les études des garçons à celles des filles
- Une adolescente (ou une femme) ne doit parler à personne de la violence qu'elle subit, car cela peut faire honte à la famille

Ces résultats montrent que la majorité d'enquêtés n'est pas d'accord avec les différentes pratiques, ci haut citées, cependant la proportion de ceux qui seraient d'accord reste non négligeable (autour de 20% des enquêtés).

Graphique 24. Quelques pratiques et cultures communautaires dans le VBG



En résumé, la triangulation des résultats ci haut présentés avec ceux issus des données qualitatives collectées confirment plus ou moins les observations ci haut faites en ce qui concerne la protection de l'enfant et la protection VBG.

Dans l'aire de santé de Shanje, la population vit dans un climat de peur continue, marqué par des vols, des violences nocturnes et des viols perpétrés par des hommes armés. Certaines zones restent non sécurisées, et la méfiance intercommunautaire s'est accrue en raison de suspicitions d'affiliations tribales avec des groupes armés. Le cadre local de médiation communautaire, autrefois actif, est inactif depuis le début du conflit.

Dans l'aire de santé de Numbi, la protection des civils reste préoccupante avec des cas d'enlèvements, de violences sexuelles, d'arrestations arbitraires et de pillages. Toutefois, aucune implication d'acteurs humanitaires dans ces abus n'a été signalée, des organisations comme l'IRC, MSF, le CICR et d'autres interviennent pour alléger la souffrance. Des structures communautaires comme OCB, le Club des jeunes, RECOPE et les relais communautaires jouent un rôle clé dans la sensibilisation et la prévention des risques ; néanmoins, les risques de protection restent toujours élevés. Les mécanismes de médiation formels sont réduits à quelques autorités locales, et les populations vivent dans la crainte, notamment dans des zones isolées.

A Kisongati, le recrutement forcé d'enfants, les mariages forcés de jeunes filles par des militaires, et les grossesses précoces sont fréquents. La population s'appuie sur les chefs traditionnels et les églises pour la médiation, et souhaite davantage de soutien des autorités étatiques. Les violences basées sur le genre sont fréquentes, notamment les viols de femmes sur les trajets vers le marché ou les sources d'eau perpétrés par des membres des milices Wazalendo. Les femmes sont également marginalisées dans la gestion des ressources familiales, et aucun mécanisme communautaire de médiation n'existe localement, contraignant les habitants à recourir aux autorités militaires en cas de conflit. L'insécurité limite également l'accès à certaines zones.

A Chebumba, les violations, en particulier les violences sexuelles, ne sont pas signalées ni traitées. Les conflits communautaires ne sont pas résolus pacifiquement, et les autorités locales, comme celle de « Kinanguvu », ne parviennent pas à assurer une justice efficace. Les populations déplacées et les jeunes filles n'ont pas accès aux canaux de communication leur permettant de faire entendre leurs besoins auprès des organisations humanitaires.

A Lumbishi, les séparations des familles, les problèmes des enfants perdus ou abandonnés, les personnes handicapées négligées, et la forte vulnérabilité aux violences et harcèlements sont les problèmes et risques de protection cités. L'accès aux champs agricoles reste bloqué, limitant ainsi la production alimentaire. Par ailleurs, les femmes et les filles sont particulièrement vulnérables, exposées à des violences dans des zones qualifiées de « rouges », et certaines zones leur sont interdites pour des raisons de sécurité. La séparation familiale touche des enfants, bien que certains soient pris en charge par des organisations.

Dans l'aire de santé de Kavumu, les violences domestiques, le harcèlement et les violences sexuelles sont fréquents. Bien que des mécanismes de médiation communautaire existent, les enfants non accompagnés restent particulièrement vulnérables avec des violences physiques, des comportements antisociaux chez les enfants, et une marginalisation des personnes vivant avec un handicap. Les mécanismes traditionnels de médiation sont utilisés, mais les victimes de conflits ont du mal à trouver une résolution efficace.

Enfin à Chambombo, les enfants sont particulièrement exposés, notamment ceux ayant perdu leurs parents en raison du conflit. Certaines zones restent inaccessibles en raison de l'insécurité, limitant les interventions humanitaires.

4.8. Besoins prioritaires

A l'issue des analyses, il ressort que les principaux besoins exprimés par les enquêtés sont les besoins en argent, suivi des besoins en nourriture puis les besoins en articles ménager essentiels, dont les matelas de couchage, les matériels de cuisine, les récipients d'eau, etc. En plus de ces trois principaux besoins, notons que les besoins en santé, abris temporaire et vêtements restent aussi criant dans les différentes aires de santé.

Tableau 9. Besoins déclarés par les enquêtés

Besoins	Chambombo	Chebumba	Kavumu	Kisongati	Lumbishi	Numbi	Shanje	Ensemble
Santé	35%	29%	20%	22%	15%	17%	32%	23%
Protection des enfants	4%	2%	2%	4%	6%	5%	2%	4%
Protection des femmes	6%	0%	2%	3%	3%	1%	4%	3%
Abri temporaire	20%	19%	20%	12%	15%	12%	12%	15%
Nourriture	64%	53%	72%	70%	65%	71%	67%	67%
Eau	10%	17%	10%	8%	14%	9%	16%	12%
Un travail	2%	3%	5%	8%	6%	4%	7%	5%
L'éducation des enfants	7%	15%	9%	10%	9%	8%	16%	11%
Argent	89%	76%	76%	77%	74%	78%	73%	77%
Vêtements	15%	12%	16%	22%	25%	29%	16%	20%
Latrines et douches	7%	2%	3%	5%	4%	6%	5%	5%
Articles ménagers	53%	68%	53%	62%	54%	64%	49%	56%
Articles d'hygiène	1%	0%	3%	0%	4%	1%	1%	2%

Dans les différents focus group, une analyse a été aussi faite sur les besoins prioritaires exprimés par la communauté selon les aires de santé, dont les résultats se présentent comme suit :

Dans l'aire de Shanje, les besoins prioritaires exprimés par la communauté sont l'accès à l'eau, la construction d'un hôpital ou centre hospitalier et la lutte contre la famine, ainsi que la réhabilitation du système éducatif. Bien que certaines aides humanitaires aient été fournies, notamment dans le secteur médical, elles restent insuffisantes et parfois distribuées de manière inéquitable, en raison de favoritisme local lors des processus d'identification des bénéficiaires. La population demande une meilleure transparence, une information accessible en swahili ou en kinyarwanda, et des canaux formels de retour vers les acteurs humanitaires.

Dans l'aire de santé de Numbi, les besoins prioritaires identifiés par la communauté incluent l'accès à l'eau, la sécurité alimentaire, le logement, les soins de santé, l'éducation et la réintégration socio-économique des familles d'accueil. La population exprime le besoin d'être mieux informée par les organisations humanitaires, notamment en langues locales comme le swahili ou le kinyarwanda, en utilisant des canaux tels que les boîtes à suggestions et les numéros verts, déjà mis en place par l'International Rescue Committee (IRC). Des organisations comme MSF, IMC, IRC et le CICR interviennent, mais les attentes restent élevées en matière de soutien durable et de restauration de la paix.

Dans l'aire de santé de Kisongati, les besoins prioritaires identifiés incluent l'accès à l'eau potable, la construction d'écoles (primaires et secondaires), un relèvement économique, une assistance alimentaire, la création d'un poste de santé et la construction de toilettes. Les acteurs humanitaires

comme *GiveDirectly*, *MEDAIR* et *People in Need* sont déjà intervenus, mais la population réclame davantage d'information claire, en langues locales telles que le *swahili* et le *kinyarwanda*, ainsi que des canaux sécurisés pour signaler les fraudes. Les attentes sont fortes envers une assistance durable, transparente et adaptée aux réalités locales. Malgré les traumatismes subis, la communauté témoigne d'une volonté de reconstruction, conditionnée par le retour de la paix et d'une assistance humanitaire durable et bien coordonnée.

Dans l'aire de santé de Chebumba, les besoins prioritaires exprimés incluent la sécurité alimentaire, l'accès à l'eau, le logement, le relèvement économique, la construction d'abris et de latrines, ainsi que la réhabilitation du système éducatif. Les filles participant à l'entretien insistent sur leur préférence pour l'utilisation du *kiswahili* et du *kinyarwanda* dans les interventions. Toutefois, elles expriment un profond sentiment d'isolement, faute de savoir comment transmettre leurs attentes aux ONG. Aucune assistance humanitaire concrète n'a jusqu'à présent été enregistrée, laissant la communauté dans une détresse profonde et sans voix. Elle déplore l'absence d'informations sur les mécanismes des plaintes, malgré le passage d'ONG, et appelle à un soutien plus efficace et mieux communiqué des acteurs humanitaires. La population attend davantage de soutien concret, de transparence et de mécanismes accessibles pour s'exprimer.

Dans l'aire de santé de Kavumu, les besoins prioritaires exprimés par la communauté incluent la construction d'écoles, l'accès à l'eau, l'aménagement d'un marché local, le relèvement économique et le renforcement des infrastructures sanitaires avec un appui en médicaments. Les populations n'ont jamais été informées sur les mécanismes de plainte, bien qu'elles utilisent les boîtes à suggestions et préfèrent recevoir des retours via le *kihutu*, leur langue locale. Bien que certains acteurs humanitaires soient présents, leur communication est perçue comme insuffisante, avec un manque total de mécanismes de retour d'information ou de traitement des plaintes.

Dans l'aire de santé de Chambombo, la communauté exprime des attentes claires : la réinsertion socioéconomique, la construction d'écoles et d'abris durables, la mise à disposition d'eau potable, l'équipement du centre de santé en médicaments, la présence accrue d'ONG, ainsi que la mise en place d'un mécanisme de retour d'information efficace pour toutes les interventions humanitaires dans la zone.

5. Conclusion

Cette étude avait pour finalité de mener une analyse multisectorielle et plus approfondie sur les principaux besoins des ménages dans les 7 aires de santé sélectionnées dans la zone de santé Minova, en province de Sud Kivu. Les résultats découlant de la présente évaluation devront ainsi permettre à IRC d'évaluer la façon dont les interventions devraient être conçues et mises en œuvre dans les zones ciblées en fonction du contexte réel sur terrain.

A l'issue des analyses faites sur base des déclarations des personnes enquêtées, des interviews ciblées avec les informateurs clés et aussi des focus group organisées dans les zones évaluées, il est ainsi ressorti que les principaux besoins sont :

Nous avons les besoins en **sécurité alimentaire**, en **cash** et **relèvement économique** ; ce besoin est exprimé par les résultats obtenus par certains indicateurs de consommation alimentaire et ceux de moyens de subsistance mais aussi des retours reçus dans l'expression des besoins prioritaires par les enquêtés. En parcourant les besoins prioritaires exprimés par les participants dans les focus group, il est à noter que dans toutes les aires de santé ces besoins sont exprimés dans la majorité des focus group conduits. En effet, les sources de revenu des ménages ne sont plus

durables et ne génèrent plus de revenus pouvant permettre aux ménages de se procurer suffisamment de la nourriture ni de couvrir des besoins primaires (santé, éducation, ...). Le score de consommation alimentaire et stratégies de survie montrent que la majorité des ménages sont dans une insécurité alimentaire, ce qui les rend plus vulnérables et exposés à des risques de protection dans la communauté en empruntant des voies à haut risque pour avoir l'argent.

Nous avons aussi les besoins en **eau, hygiène et assainissement** et la **santé**. Il a été observé dans les différentes aires de santé des grands défis à pouvoir couvrir les besoins en eau et d'hygiène dans les ménages enquêtés. La défécation à l'air libre est toujours d'actualité dans certaines aires de santé créant ainsi des maladies hydriques tant aux enfants qu'aux adultes. Nous avons observé par exemple, des ménages qui n'arrivent pas à se payer de l'eau par manque de moyens financiers mais aussi étant malades, les membres du ménage n'arrivent pas à accéder aux centres de santé pour des soins appropriés suite à plusieurs barrières.

Ensuite, nous avons des expressions des besoins diversifiées selon les aires de santé mais néanmoins, les besoins en **abris ou logement**, les besoins en **articles ménagers essentiels**, les besoins en **protection (pour les femmes et les enfants surtout)** ainsi que les besoins en **éducation** restent transversaux et les plus criants dans l'ensemble des aires de santé. Beaucoup de ménage n'ont pas de logement ni d'articles ménagers essentiels (bidons, casseroles, couchage, etc.). Beaucoup de ménages sont obligés de s'exposer aux risques de protection (viol, recrutement dans les groupes armés, travail forcé, etc.) à la recherche de l'argent d'autant plus que leurs sources principales de revenu.

Enfin, d'autres besoins ressortent aussi des résultats, dont la recherche des solutions durables pour la restauration de la paix dans les zones d'intervention concernées mais aussi le partage de toute information, provenant des humanitaires, en langues locales dont le Swahili et le Kinyarwanda.

6. Annexes

6.1. Cartographie des acteurs dans les aires de santé évaluées

AIRE DE SANTE	INTERVENANTS	PAQUET APPUYE	DUREE
CHAMBOMBO	MDM	Gratuité des soins	31 mars 2026
	PIM	Nutrition : Prise en charge MAS et MAM	31 mars 2026
	AAP	Achat de performance	31 mars 2026
CHEBUMBA	AAP	Achat de performance	31 déc. 2025
	MDM	Gratuité des soins	31 mars 2026
	PIM	Nutrition : Prise en charge MAS et MAM	31 mars 2026
	RACOJ	Prise en charge clinique VBG	30 juin 2026
KAVUMU	AAP	Achat de performance	31 déc. 2025
	MDM/TPO	Gratuite totale de soins et Prise en charge MAS, MAM	31 mars 2026
KISONGATI	AAP	Achat de performance	31 déc. 2025
	MDM	Gratuité des soins	31 mars 2026
	PIN	Nutrition : Prise en charge MAS et MAM	31 mai 2026 30 novembre 2025
	RACOJ	Prise en charge clinique VBG	30 juin 2026
LUMBISHI	MDM/TPO	Gratuite totale de soins et Prise en charge MAS, MAM	31 Mars 2026
NUMBI	AAP	Achat de performance	31 déc. 2025
	IRC	SR-PCI/	31 déc. 2025
	CICR	Gratuite de soins enfants de moins de 15ans	31 déc. 2025
	PIN	PEC MAS, MAM	
	MDA	Nutrition a assise communautaire	Avril 2026
SHANJE	AAP	Achat de performance	31 déc. 2025
	IRC	SR-PCI/	31 déc. 2025
	MDM/TPO	Gratuite totale de soins et Prise en charge MAS, MAM	31 déc. 2025

6.2. Synthèse des critères d'entrée

Critères entrée	Chambombo	Chebumba	Kavumu	Kisongati	Lumbishi	Numbi	Shanje
Nombre de personnes récemment déplacées ou retournées (<3mois) : au moins 200 ménages	Deplacés : 9187 Retournes : 2766	Deplacés : 5602 Retournes : 8040	Deplacés : 4398 Retournes : 0	Deplacés : 5005 Retournes : 1216	Deplacés : 7511 Retournes : 1502	Deplacés : 6422 Retournes : 0	Deplacés : 0 Retournes : 0
Taux d'utilisation du curatif:< 0,5	1.13 > 0,5	0.70 > 0,5	0.96 > 0,5	0.80 > 0,5	0.66 >0,5	0.68 >0,5	0.98 >0,5
Couverture en VAR <80%	187% >80%	148% > 80%	114% > 80%	125% > 80%	139% > 80%	107% > 80%	142% > 80%
Taux d'accouchements assistés < 30% (utilisation de la maternité)	172% > 30%	145% > 30%	92% > 30%	111% > 30%	120% > 30%	92% > 30%	130% > 30%
Rupture de stock des médicaments traceurs >10%	16% >10%	44% >10%	38%>10%	28%>10%	15%>10%	9% <10%	30%<10%
Rupture de stock d'ATPE pendant 2 semaines ou plus, ou plus de 2 fois par mois	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
La zone de santé est classée en haute priorité ou en alerte sur la base de l'état nutritionnel du trimestre précédent et données de surveillance et d'alerte précoce	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Manque de pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) en place, y compris des pratiques appropriées et fonctionnelles installations WaSH nationales - Score Card <50 %	42% <50 %	46% <50 %	22% <50 %	44% <50 %	48% <50 %	74% >50 %	68 >50 %
Nombre de cas de VBG y compris les cas de viol enregistrés au cours des trois derniers mois dans la zone de santé- Au moins un	6	20	9	24	8	18	39
Absence ou capacité limitée des autres acteurs de la santé, de la nutrition et de la protection dans la zone ou la structure ;	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Pression des personnes déplacées sur les ressources de la communauté locale, basée sur l'évaluation des besoins ;	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Indisponibilité des fournitures médicales (Kit PEP)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Nombre d'incidents de protection de l'enfance enregistrés au cours des trois derniers mois dans l'aire de santé- Au moins un	2	2	3	2	3	2	2
Nombre d'OCB existantes pour une revitalisation efficace des activités génératrices de revenus	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Organisations à base communautaire (OBC)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nombre de travailleurs psychosociaux communautaires formés à la VBG qui fournissent un soutien psychosocial dans l'aire de santé	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nombre des critères au rouge	8/13	8/13	9/13	9/13	10/13	7/13	6/13

6.3. Quelques indicateurs clés, synthèse pour les trois derniers mois (Juillet, aout, septembre 2025) :

Nº	DESIGNATION	Chambombo	Chebumba	Kavumu	Kisongati	Lumbishi	Numbi	Shanje
1	Taux d'utilisation des services curatifs	113%	70%	96%	80%	66%	68%	98%
2	Taux d'utilisation des services chez les moins de 5 ans.	350%	157%	231%	171%	175%	150%	293%
3	Taux de morbidité lié au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	6%	24%	0.43%	19%	2%	3%	0.28%
4	Taux de morbidité lié aux infections respiratoires aigües chez les enfants < 5 ans	48%	52%	22%	10%	2%	12%	30%
5	Taux de morbidité lié à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	8%	37%	19%	8%	35%	15%	26%
6	Couverture VAR	187%	148%	114%	125%	139%	107%	142%
7	Couverture DTChepHib3	206%	234%	106%	115%	78%	111%	130%
8	Couverture BCG	171%	236%	105%	89%	112%	99%	88%
9	Couverture CPN 2	94%	136%	92%	135%	130%	116%	128%
10	Couverture CPN 4	80%	118%	79%	119%	113%	78%	108%
11	Taux accouchements assistés	172%	145%	92%	111%	120%	92%	130%
12	SVS (Nombre des cas de survivants des violences sexuelles)	6	20	9	24	8	18	39
13	Taux de rupture de stock des 10 médicaments traceurs	16%	44%	38%	28%	15%	9%	30%
14	Taux de rupture de stock des ATPE et ASPE	34%	17%	48%	42%	47%	73%	46%
15	Score PCI	42%	46%	22%	44%	48%	74%	68%
Autres cas de morbidité durant les trois derniers mois								
1	Pneumonie grave/Asthme	139	15	54	53	7	62	301
2	Choléra	0	0	0	0	0	0	0
3	Rougeole	19	0	46	7	66	216	15
4	Anémie	15	0	0	0	6	1	0
5	HTA	2	0	4	0	6	16	5
6	Diabète	4	0	0	0	1	0	2
7	Décès	0	0	5	0	0	0	0
8	Observation des malades	156	113	161	146		312	217
9	Nb de cas MAS pris en charge	59	74	81	68	213	120	80
10	Nb de cas MAS référés	15	9	13	1	59	27	29
11	Nb de cas MAS guéris	41	76	32	23	192	10	64
12	Nb de cas MAS abandons	0	0	0	0	0	0	0
13	Nb de cas MAS décédés	0	0	0	0	0	0	0
Stock de médicaments traceurs disponibles le jour de l'évaluation								
1	ACT 1-5 ans	0	0	0	0	0	23	0
2	Amoxicilline 250 mg	2900	2000	1000	0	0	2800	0

Nº	DESIGNATION	Chambombo	Chebumba	Kavumu	Kisongati	Lumbishi	Numbi	Shanje
3	Zinc sulfate 20 mg	10	400	0	4000	0	1000	0
4	Cotrimoxazole 480 mg	0	0	0	0	0	0	0
5	Paracétamol 500 mg	2840	1500	2000	800	3500	200	9000
6	SRO	557	0	63	4000	150	84	0
7	Diazépam injectable 10 mg	0	0	0	0	0	60	50
8	Mebendazole	500	1000	1000	1000	2000	0	1000
9	Fer + Acide folique	3890	99000	12000	3750	1000	22043	101000
10	SP	900	500	450	0	0	1060	0
11	Kit PEP	10	1	9	1	15	14	4
12	ATPE	711	2250	1200	1145	300	1711	0
13	ASPE	0	450	2400	150	0	120	3000