

**Rapport d'évaluation multisectorielle des besoins
humanitaires dans la Zone de Santé de Bunyakiri, en territoire
de Kalehe, Province du Sud-Kivu, DR Congo
(Ehtools 6142, 6116, 6103 & 6081)**

Novembre 2025



Photo PADEBU : Evaluation multisectorielle des besoins humanitaires Tshigoma/Bunyakiri,
novembre 2025

Auteurs :

CARE, AVUDS, PADEBU

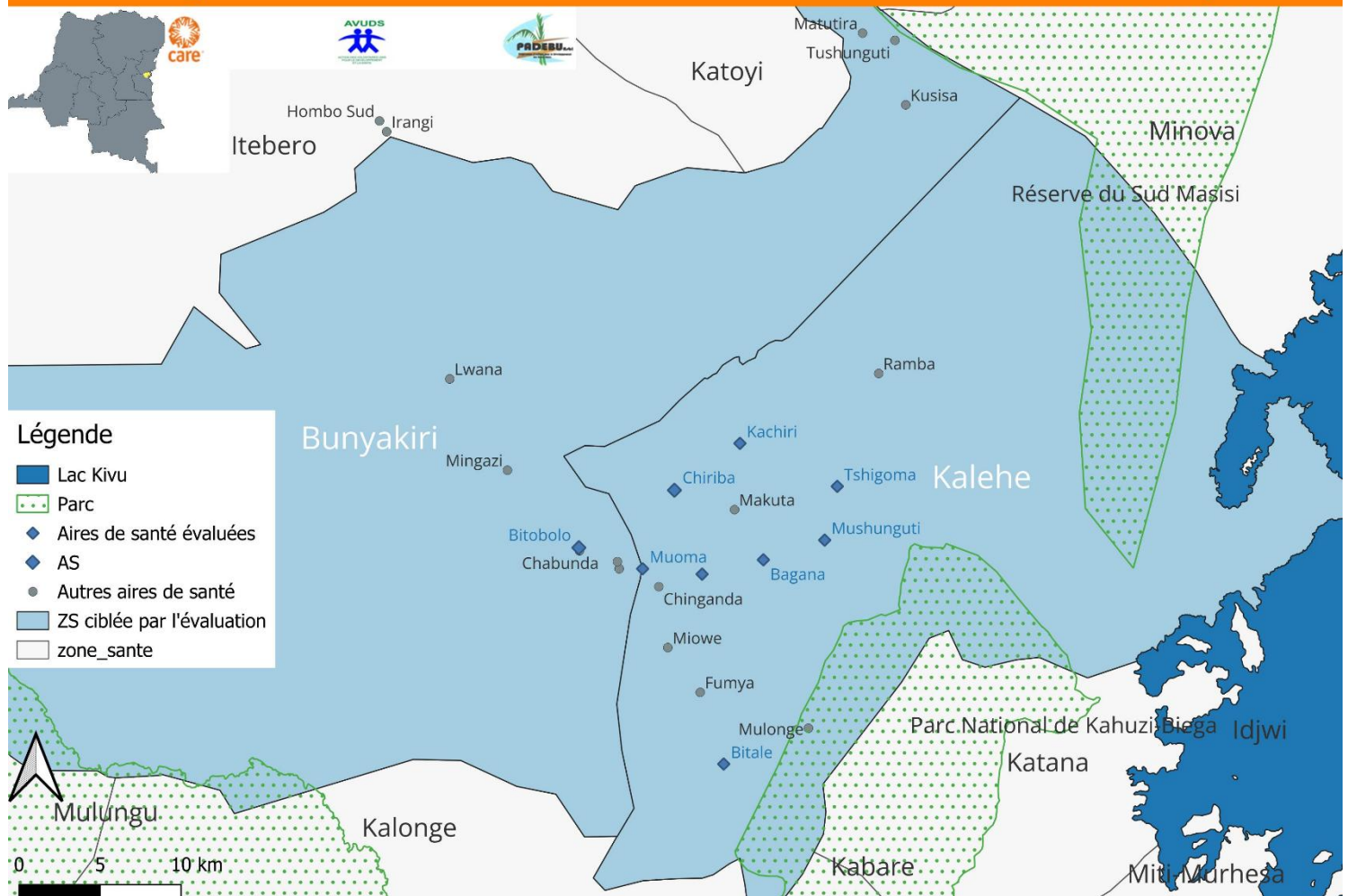
Table de matières

Table de matières	2
Abréviations et sigles.....	3
I. Résumé exécutif de l'évaluation multisectorielle	5
II. Introduction.....	7
II.1. Contexte de la crise et justification de l'évaluation	7
II.2. Objectifs de l'évaluation.....	9
II.3. Méthodologie	9
II.2. Limites de l'évaluation	12
III. Présentation des résultat clés de l'évaluation.....	13
III.1 Caractéristiques socio-démographiques des répondants	13
III.2 Secteur de la Santé/Nutrition	14
III.3 Secteur de la protection	20
III.4 Secteur WASH et Abris.....	26
III.4.1 Principale source d'approvisionnement en eau pour les ménages	26
III.4.2 Proportion des ménages disposant des latrines hygiéniques	27
III.4.3 Priorités en WASH /Abris	27
III.5 Secteur de l'éducation.....	29
III.6. Secteur de la Sécurité alimentaire et moyen d'existence	33
III.7 Analyse du marché.....	37
5.8 Analyse environnementale	40
IV. Priorisation des secteurs par les communautés	41
1. Sécurité alimentaire – Priorité absolue pour les ménages	41
V. Conclusion et recommandations de l'évaluation	44
6.1 Mini-grille de sévérité	45
1.2 Recommandations.....	45
VI. Annexe	47

Abréviations et sigles

AVUDS	Action des Volontaires Unis pour le Développement et la Santé
AAP	Redevabilité envers les populations affectées
AFC/M23	Alliance Fleuve Congo / Mouvement du 23 Mars
APDC	Association Pour le Développement Communautaire/Sud Kivu
BCZ	Bureau Central de la Zone de Santé
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CHB	Comité Humanitaire de Base
CHS	Core Humanitarian Standard, ou la Norme Humanitaire Fondamentale
CICR	Comité International de la Croix Rouge
DHI	Droit International Humanitaire
DHIS2	District Health Information System 2 – Système de gestion des informations sanitaires)
EHA/WASH	Eau, Hygiène et Assainissement
EP	Ecole primaire
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FARDC	Forces Armées de la République Démocratique du Congo
FC	Franco Congolais
FEC	Fédération des entreprises du Congo
FGD	Focus Group Discussions
HGR	Hôpital Général de Référence
IPC	Integrated Food Security Phase Classification, ou Classification Intégrée des Phases de la Sécurité Alimentaire
MDA	Médecins d'Afriques
MSF	Médecins sans frontières
MAM	Malnutrition aigüe modérée
MAS	Malnutrition aigüe sévère
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PADEBU	Programme d'actions pour le Développement des bases unies
PCIME	Prise en charge intégrée des Maladies des Enfants
PEP	Post Exposition prophylaxies
PRONANUT	Programme Nationale de Nutrition
RAD	Reserve Armée de la Défense de la RDC
RECO	Relais communautaires
RN	Route Nationale
rSCI	Indice réduit de stratégie de Survie
SSR	Santé Sexuelle et de Reproduction
SVS	Survivants de Violences Sexuelles
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSLC	Violences sexuelles liées au conflit

RD Congo - Province du Sud-Kivu - Territoire de Kalehe - ZS de Bunyakiri



I. Résumé exécutif de l'évaluation multisectorielle

En novembre 2025, CARE, en partenariat avec PADEBU et AVUDS, a conduit une évaluation multisectorielle dans la zone de santé de Bunyakiri, territoire de Kalehe, province du Sud-Kivu. Cette zone est fortement affectée par une crise sécuritaire complexe, marquée par les affrontements entre le groupe armé AFC/M23 et les FARDC, alliés aux Wazalendo et d'autres acteurs armés. Les conséquences incluent des déplacements massifs et répétés des populations, la destruction d'infrastructures essentielles et un accès limité aux services sociaux de base.

L'évaluation a couvert neuf aires de santé plus affectées (Bagana, Bitale, Bitobolo, Tshigoma, Chiriba, Kachiri, Maibano, Muoma et Mushunguti), représentant une population de 145,712 personnes¹, dont 32 434 personnes déplacées internes (PDI) et 10 982 retournées². Plus de la moitié des ménages enquêtés sont déplacés, récemment arrivés (3 à 6 mois)

Les résultats révèlent des besoins humanitaires critiques dans les secteurs de la protection, de la santé, de la sécurité alimentaire, du WASH, de l'éducation. La population fait face à des risques élevés de violences basées sur le genre (VBG), violences sexuelles liées au conflit (VSLC). Les mécanismes communautaires de protection sont faibles, et l'accès des survivantes de VBG/VSLC à des services spécialisés limité, entraînant une sous-déclaration massive.

I.1. Besoins identifiés

Santé et nutrition : 58 % des ménages n'accèdent pas aux structures de santé, principalement pour des raisons financières, avec des morbidités élevées (paludisme, infections respiratoires, diarrhées) et une malnutrition touchant près d'un tiers des enfants (24 000 cas recensés depuis janvier jusqu'en octobre 2024³). Les services de santé manquent d'intrants et connaissent des ruptures fréquentes.

Protection : Moins de 25 % des survivantes reçoivent un soutien psychosocial ou médical. Les interventions prioritaires incluent l'accès à des services multidisciplinaires sécurisés, la prévention des risques, la protection de l'enfance et la réhabilitation des mécanismes communautaires de protection.

WASH et abris : L'accès à l'eau potable est limité, les latrines et l'hygiène insuffisantes, exposant la population aux maladies hydriques et aux risques VBG. Les abris des PDI sont précaires, aggravant les risques sanitaires et de protection.

Éducation : Plus de 70 % des ménages ont au moins un enfant non scolarisé, particulièrement les filles. Les infrastructures scolaires sont dégradées et les enseignants insuffisants, avec des risques accrus liés aux trajets scolaires et au déficit WASH.

Sécurité alimentaire et moyens d'existence : 57 % des ménages présentent un score consommation alimentaire pauvre avec une moyenne de 1,3 repas/jour. Les ménages dirigés par des femmes sont particulièrement touchés, recourant à des stratégies d'adaptation négatives. L'accès à la terre est limité et les marchés fragiles avec une forte inflation (+140 % pour certains produits).

Environnement et pratiques communautaires : L'adoption des pratiques durables (reforestation, agroforesterie, tri des déchets, foyers améliorés) est faible, freinée par un manque de ressources et de formation.

I.2. Gaps identifiés et risques de rupture de services

La zone fait face à une couverture humanitaire insuffisante et inégalement répartie, laissant plusieurs aires de santé sans appui adéquat. Les populations sont confrontées à d'importantes barrières financières, notamment liées au recouvrement des coûts des soins de santé et aux frais scolaires. Les capacités locales demeurent fortement affaiblies en raison du manque de

¹ Les données ont été estimées en appliquant le taux de croissance de 2024 à la population totale de 2023 provenant de la pyramide sanitaire des zones de santé¹

² Comité Humanitaire de Base de Bunyakiri, novembre 2025

³ Données collectées dans les structures de santé ciblées par cette évaluation

ressources humaines, d'intrants médicaux et nutritionnels, ainsi que d'infrastructures adaptées. Par ailleurs, l'arrivée à échéance des financements humanitaires expose la zone à un risque imminent de rupture brutale des services essentiels, notamment en santé, nutrition, protection, WASH et éducation.

I.3. Conséquences humanitaires en cas d'absence d'intervention complémentaire

En l'absence d'une intervention additionnelle rapide et coordonnée, la situation pourrait se détériorer gravement, entraînant une augmentation évitable de la morbi-mortalité, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans ainsi que les femmes enceintes et allaitantes. Cette dégradation se traduirait également par une aggravation de la malnutrition aiguë et des maladies évitables, une recrudescence des violences sexuelles, de l'exploitation et des abus dans un contexte d'impunité accrue, ainsi qu'une déscolarisation durable compromettant le capital humain à long terme. Par ailleurs, l'érosion des moyens d'existence s'accroîtrait, renforçant la dépendance à l'aide humanitaire et le recours à des stratégies d'adaptation négatives présentant des risques élevés en matière de protection.

I.4 Valeur ajoutée potentielle d'un potentiel financement

Un financement potentiel offrirait une valeur ajoutée stratégique et vitale en comblant les gaps critiques actuels et en prévenant toute rupture des services essentiels. Il permettrait de soutenir une réponse intégrée, multisectorielle, flexible et sensible au genre, alignée sur le HIP de la DG ECHO, tout en renforçant les synergies entre la santé, la nutrition, la protection, le WASH et la sécurité alimentaire, indispensables dans ce contexte. Ce financement garantirait également la continuité de l'assistance humanitaire dans une zone à accès contraint et à besoins croissants, tout en améliorant la redevabilité, la protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA) et la participation communautaire.

I.5. Priorités d'intervention recommandées

Les priorités suivantes sont recommandées pour une réponse humanitaire efficace :

1. Santé/Nutrition

- Lever les barrières financières et géographiques à l'accès aux soins (SSP gratuits/subventionnés, cliniques mobiles).
- Renforcer la prévention et la prise en charge du paludisme et des maladies prioritaires.
- Assurer la continuité et l'extension des services nutritionnels (dépistage communautaire, intrants).

2. Protection

- Déployer des services holistiques pour les survivants(es) de VBG/ VSLC.
- Renforcer la protection de l'enfance et les mécanismes communautaires de protection.
- Intégrer systématiquement la protection, le genre, l'AAP et la PSEA dans tous les secteurs.

3. WASH et Abris

- Améliorer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement sûr.
- Réduire les risques de protection liés à la collecte de l'eau et à l'hygiène.
- Améliorer les conditions d'abris des PDI.

4. Sécurité alimentaire et moyens d'existence

- Répondre aux besoins alimentaires immédiats par des approches mixtes (in-kind + CASH).
- Cibler prioritairement les ménages dirigés par des femmes et les PDI sans accès à la terre.
- Soutenir la reprise progressive des moyens d'existence agricoles.

5. Éducation en situations d'urgence

- Réhabiliter les infrastructures scolaires et améliorer le WASH en milieu scolaire.
- Réduire les barrières économiques à la scolarisation.
- Intégrer des mécanismes de protection et de prévention des violences en milieu scolaire.

II. Introduction

II.1. Contexte de la crise et justification de l'évaluation

Depuis le début de l'année 2025, et avec une intensification marquée entre juillet et octobre 2025, la zone de santé de Bunyakiri connaît une détérioration rapide et multidimensionnelle de la situation humanitaire et de protection, principalement liée à la recrudescence des affrontements armés opposant l'AFC/M23 aux FARDC et à leurs alliés, ainsi qu'à plusieurs groupes armés locaux (VDP/Wazalendo).

Cette dynamique de conflit a entraîné des déplacements forcés massifs et répétés à travers les chefferies de Buhavu, Buzi, Ziralo, Mubuku et Buloho, totalisant plus de 52 000⁴ personnes déplacées internes sur la période considérée. L'évaluation multisectorielle conduite par CARE, en partenariat avec AVUDS et PADEBU en novembre 2025, estime la population totale de la zone de santé de Bunyakiri à 304 880 personnes, dont 52 214 déplacés internes et 14 065⁵ retournés, répartis dans 335 villages, 26 aires de santé enclavées et difficilement accessibles, couvrant une superficie d'environ 4 229 km².

Les violences armées observées se caractérisent par des violations graves et répétées des droits humains et du droit international humanitaire (DIH), incluant des meurtres ciblés, enlèvements, enrôlements forcés - y compris d'enfants, violences sexuelles contre les femmes et adolescentes, pillages, extorsions et destructions d'infrastructures civiles. Le bombardement du centre de santé de Ramba en juillet 2025 illustre l'impact direct du conflit sur les services sociaux de base et la protection des civils, en particulier dans les zones des hauts plateaux du territoire de Kalehe, notoirement difficiles d'accès.

L'avancée progressive du M23 depuis la ville de Goma (Nord-Kivu) et depuis Minova - agglomération stratégique du territoire de Kalehe à la frontière avec le Nord-Kivu - a transformé Bunyakiri, auparavant perçue comme relativement plus sûre, en zone de refuge sous pression, provoquant de nouvelles vagues de déplacements. Les enquêtes ménages (novembre 2025) indiquent que 61 % des personnes déplacées vivent au sein de familles d'accueil, tandis que le reste s'installe dans des sites spontanés, souvent dépourvus de services de base.

Les conditions de vie des personnes déplacées et des communautés hôtes sont extrêmement précaires : abris de fortune, manque critique d'articles ménagers essentiels (NFI), accès à l'eau largement dépendant des rivières non protégées, quasi-absence de latrines, et exposition accrue aux maladies hydriques. Cette situation est aggravée par une crise de choléra récurrente. Les inondations d'août 2025 ont encore exacerbé les vulnérabilités, causant 11 décès, endommageant des habitations et coupant l'axe routier stratégique Miti-Hombo, renforçant l'isolement physique et logistique de la zone.

Sur le plan sanitaire, la zone de santé de Bunyakiri fait face à une épidémie prolongée de rougeole depuis avril 2025, à une forte prévalence du paludisme, à des infections respiratoires aiguës, à des maladies diarrhéiques, ainsi qu'à des niveaux préoccupants de malnutrition aiguë sévère, touchant particulièrement les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes. Le recouvrement des coûts constituant la principale source de financement de la majorité des structures de santé, l'accès aux soins reste extrêmement limité pour les populations affectées, notamment pour les survivantes de violences sexuelles, dans un contexte de faible couverture humanitaire.

⁴ <https://ehtools.org/movement-register-deplace/>, consulté en décembre 2025

⁵ Statistiques de la zone de santé de Bunyakiri (DHIS2) combinée à ceux du Comité humanitaire de base de Bunyakiri, novembre 2025

Quelques acteurs humanitaires - notamment MSF-Espagne, Médecins d'Afrique, Médecins du Monde, TPO et le CICR - apportent une assistance partielle et insuffisante dans certaines aires de santé. Les interventions actuelles ciblent principalement les enfants de moins de 14 ans, la prise en charge de la malnutrition, certains services liés aux violences basées sur le genre, et une réponse limitée en protection, incluant le dialogue humanitaire mené par le CICR conformément à son mandat. Toutefois, ces réponses demeurent largement en deçà de l'ampleur et de la complexité des besoins identifiés.

Les besoins humanitaires prioritaires identifiés par l'évaluation portent sur :

- La sécurité alimentaire et les moyens d'existence ;
- La santé, la nutrition et la santé sexuelle et reproductive ;
- L'Eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH) ;
- La protection, en particulier la prévention et la réponse aux VBG et VSLC ;
- Les abris et articles ménagers essentiels (NFI) ;
- L'éducation en situation d'urgence.

Les contraintes d'accès constituent un obstacle majeur à la réponse humanitaire. Elles sont liées à la dégradation avancée de la Route Nationale n°3 (RN3), à l'effondrement de ponts, à la présence de boubiers, à la coupure prolongée de l'axe Miti-Bitale, ainsi qu'à la multiplication des barrières armées (13 recensées le long de la RN3), rendant le recours aux motos indispensable. À cela s'ajoutent les barrières imposées par des groupes armés locaux opérant à proximité du Parc National de Kahuzi-Biega, augmentant significativement les risques sécuritaires pour les acteurs humanitaires.

Néanmoins, l'expérience opérationnelle éprouvée de CARE, combinée à l'ancrage communautaire et à la connaissance fine du contexte par ses partenaires nationaux PADEBU et AVUDS, constitue un levier majeur de faisabilité pour une intervention humanitaire efficace dans ce contexte complexe, notamment à travers le pré-positionnement des intrants avant la saison des pluies et l'utilisation de modalités adaptées aux zones difficiles d'accès.

Face au risque élevé d'extension du M23 vers le sud du territoire de Kalehe et à la probabilité de nouvelles vagues de déplacements, une approche flexible, intégrée et multisectorielle s'impose, articulant réponse d'urgence (assistance immédiate aux déplacés) et actions de résilience précoce en faveur des retournés et des communautés hôtes. Des actions structurantes complémentaires sont également nécessaires, incluant :

- La sensibilisation au DIH ;
- La prévention et la réponse aux VBG et VSLC ;
- Le renforcement des mécanismes communautaires de protection ;
- La réhabilitation légère d'axes routiers critiques et de sources d'eau ;
- L'intégration de la dimension environnementale afin de réduire les risques d'éboulements et de contamination des ressources hydriques.

Enfin, certaines aires de santé partiellement contrôlées par des groupes armés n'ont pu être couvertes de manière exhaustive lors de l'évaluation. En conséquence, les résultats présentés doivent être interprétés comme reflétant une situation probablement sous-estimée, en particulier en matière de protection, de violences basées sur le genre et de violences sexuelles liées aux conflits.

II.2. Objectifs de l'évaluation

II.2.1 Objectif global

Cette évaluation des besoins humanitaires à Bunyakiri a été conduite afin de fournir une analyse multisectorielle, intégrée et fondée sur des données probantes des vulnérabilités, des priorités humanitaires critiques et des dynamiques contextuelles dans la zone de santé de Bunyakiri. Elle vise à appuyer une prise de décision humanitaire éclairée et à orienter la conception d'une réponse humanitaire adaptée, cohérente et fondée sur les besoins, en ligne avec les priorités du HIP ECHO et ses principes transversaux. Les résultats de l'évaluation servent à soutenir la planification stratégique des interventions de réponse d'urgence et de relèvement précoce, en tenant compte des contraintes d'accès, des risques de protection, des capacités locales existantes et de la nécessité d'une approche intégrée, flexible et centrée sur les populations affectées.

II.2.2 Objectifs spécifiques

- Documenter de manière exhaustive, les besoins humanitaires des populations affectées par les conflits, les catastrophes naturelles et humaines, les épidémies/autres maladies, les effets de changement climatiques et la dégradation de l'environnement dans les zones de santé de Bunyakiri, territoire de Kalehe au Sud Kivu.
- Orienter la planification programmatique, opérationnelle et la priorisation des interventions humanitaires à court et moyen terme dans la zone de santé de Bunyakiri et plus globalement dans le territoire de Kalehe au Sud Kivu.
- Fournir des données quantitatives et qualitatives solides pour appuyer la soumission de la proposition de la DG ECHO 2025–2026 sur la zone de santé de Bunyakiri en territoire de Kalehe.
- Appuyer et renforcer mécanisme de coordination locale pour renforcer le suivi des alertes et la cohérence des réponses humanitaires dans la zone.

II.3. Méthodologie

II.3.1 Méthodes de collecte de données

La préparation et la mise en œuvre de cette évaluation des besoins à Bunyakiri se sont appuyées sur les Directives de DG ECHO relatives aux évaluations des besoins (2021), les standards SPHERE, le Core Humanitarian Standard (CHS), le IASC Gender Handbook (2018), les principes de redevabilité envers les populations affectées (AAP), ainsi que sur le cadre analytique de l'IPC de la FAO. L'évaluation a également pris en compte les plans de préparation aux urgences et les cadres stratégiques institutionnels de CARE, PADEBU et AVUDS.

Cet ancrage normatif a permis de garantir une approche neutre, impartiale, participative et fondée sur l'évidence, reposant sur la triangulation systématique des sources et l'intégration transversale des dimensions de genre, protection, analyse de marché, vulnérabilité et risques, assurant ainsi la qualité, la pertinence et l'inclusivité des résultats au service d'une réponse humanitaire coordonnée, équitable et adaptée au contexte de Bunyakiri.

L'évaluation a mobilisé une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives, permettant de produire une analyse complète, fiable et contextualisée de la situation humanitaire dans la zone de santé de Bunyakiri. La démarche méthodologique a été structurée en quatre étapes successives, chacune reposant sur des outils spécifiquement adaptés aux objectifs analytiques et à la nature des données recherchées.

Première étape – Revue documentaire et analyse secondaire

Une revue documentaire ciblée a été conduite, intégrant les évaluations récentes réalisées dans le territoire de Kalehe, les données sectorielles disponibles et les informations sanitaires issues du DHIS2 ainsi que des systèmes de surveillance épidémiologique de la zone de santé. Cette

analyse secondaire a permis de contextualiser l'évaluation, d'identifier les tendances existantes et d'orienter la conception des outils de collecte primaire.

Deuxième étape – Collecte de données quantitatives

La collecte quantitative a été réalisée dans neuf aires de santé identifiées comme présentant les niveaux de vulnérabilité les plus élevés : Bagana, Bitale, Bitobolo, Tshigoma, Chiriba, Kachiri, Maibano, Mushunguti et Muoma. Cette phase visait à constituer une base factuelle robuste et désagrégée, indispensable à l'analyse des besoins et à la priorisation des réponses. Les enquêteurs, recrutés au niveau local, ont bénéficié d'une formation préalable structurée, garantissant une compréhension homogène des outils, le respect des principes éthiques et la qualité de la collecte des données.

Troisième étape – Collecte de données qualitatives

La collecte qualitative a inclus l'organisation de **12 groupes de discussion (FGD)** réunissant en moyenne douze participants par groupe, issus de catégories distinctes : femmes, hommes, jeunes, enfants, personnes déplacées internes (vivant en familles d'accueil ou sur des sites spontanés) et personnes retournées. Ces échanges ont permis de documenter les perceptions communautaires relatives aux besoins prioritaires, aux risques de protection, aux stratégies d'adaptation et aux obstacles d'accès aux services essentiels, dans une approche sensible au genre, à la protection et au principe du « do no harm ».

Par ailleurs, des **entretiens avec 22 informateurs clés** ont été conduits auprès des autorités politico-administratives, des représentants de la société civile, des leaders communautaires et des femmes, du comité humanitaire de base, des cadres de la zone de santé, du sous-PROVED pour l'éducation, de la FEC et d'autres acteurs locaux pertinents. Ces consultations ont permis d'enrichir l'analyse contextuelle, d'identifier les lacunes de la réponse existante et d'affiner la priorisation géographique et sectorielle.

Quatrième étape – Traitement, analyse et validation des données.

CARE RDC a assuré la compilation en temps réel des données collectées à travers la plateforme KoBoToolbox, permettant un contrôle qualité continu et un traitement primaire efficace. Les analyses approfondies ont ensuite été réalisées à l'aide d'outils statistiques appropriés (Excel, SPSS et/ou STATA), combinant analyses descriptives et croisements pertinents. Les résultats ont fait l'objet d'une triangulation inter-méthodes et inter-sources, afin de renforcer la fiabilité des conclusions et leur utilité opérationnelle pour l'orientation de la réponse humanitaire.

II.2.2 Echantillonnage

La taille de l'échantillon pour la collecte des données quantitatives a été déterminée selon la méthode de Cochran, couramment utilisée dans les évaluations humanitaires pour garantir une précision statistique adéquate et une représentativité des résultats. La formule suivante a été appliquée :

$$n = (z^2 \times p \times (1 - p)) / m^2$$

où :

- **n** correspond à la taille minimale de l'échantillon requise ;
- **z** représente la valeur de la loi normale centrée réduite associée au niveau de confiance retenu ($z = 1,96$ pour un niveau de confiance de 95 %) ;
- **p** correspond à la proportion estimée de la population présentant la caractéristique étudiée. En l'absence de données de référence fiables, une valeur de $p = 0,5$ a été retenue,

correspondant à la variance maximale et permettant d'assurer une approche conservatrice ;

- **m** correspond à la marge d'erreur tolérée, fixée à $\pm 5\%$, conformément aux standards des évaluations rapides et multisectorielles en contexte humanitaire.

Ce choix méthodologique vise à garantir un équilibre optimal entre précision des estimations, faisabilité opérationnelle et contraintes d'accès, tout en assurant la robustesse des résultats produits.

Pour la collecte des données qualitatives et la sélection des unités d'observation, un plan d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés a été mis en œuvre, afin de capturer la diversité des contextes et des profils de vulnérabilité tout en limitant les biais de sélection. Ce dispositif s'est articulé autour de trois niveaux complémentaires :

1. **Stratification géographique** : inclusion systématique des **neuf aires de santé évaluées**, sélectionnées sur la base d'une analyse conjointe de la vulnérabilité humanitaire avec les acteurs locaux (autorités sanitaires, leaders communautaires, partenaires humanitaires), garantissant la couverture des zones les plus affectées et à haut risque.
2. **Sélection des villages** : choix des villages au sein de chaque aire de santé selon une approche proportionnelle à la taille de la population (nombre de ménages), afin d'assurer une pondération adéquate et une représentativité démographique.
3. **Sélection des ménages** : tirage aléatoire systématique des ménages à l'intérieur de chaque village sélectionné, permettant de réduire les biais géographiques et de sélection, tout en prenant en compte les disparités intra-communautaires et les différents statuts de population (communautés hôtes, personnes déplacées, retournés).

Cette approche d'échantillonnage a permis de produire des données statistiquement valides, comparables et désagrégées, tout en garantissant une compréhension fine des vulnérabilités locales et des dynamiques contextuelles, conformément aux exigences méthodologiques et analytiques de DG ECHO

II.2.3 Répartition des populations cibles selon les aires de santé évaluée

Zone de santé	Aire de santé	Populations Résidentes ⁶	Populations Déplacées ⁷	Populations retournées	Enquêtes réalisées
Bunyakiri	Bagana	7772	3241	2211	35
	Bitale	19704	4353	4253	70
	Bitobolo	15618	5259		49
	Tshigoma	8804	4145	1634	32
	Chiriba	8496	3344		26
	Kachiri	8809	2571		75
	Maibano	10516	3143	1242	42
	Muoma	24533	4668	1642	94
	Mushunguti	9026	1710		
Population Totale		113,278	32,434	7772	423
		145,712			

⁶ Les données ont été estimées en appliquant le taux de croissance de 2024 à la population totale de 2023 provenant de la pyramide sanitaire des zones de santé

⁷ Comité Humanitaire de Base de Bunyakiri, novembre 2025

II.2.4 Considérations éthiques, PSEA et protection des données

L'ensemble du processus d'évaluation a été conduit dans le strict respect des principes humanitaires fondamentaux (humanité, neutralité, impartialité, indépendance) et des standards éthiques applicables aux évaluations humanitaires. Une attention particulière a été accordée au principe du « do no harm », à la sécurité des participants et à la confidentialité des informations collectées, notamment dans un contexte marqué par des risques élevés de protection et de violences basées sur le genre.

Les enquêteurs ont été formés aux principes de prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PSEA), à l'approche centrée sur les survivant·e·s, ainsi qu'aux protocoles de référencement sécurisé vers les services spécialisés disponibles. La participation des personnes interrogées a reposé sur le consentement libre, éclairé et volontaire, avec la possibilité de se retirer à tout moment sans conséquence.

La gestion des données a respecté les politiques internes de CARE relatives à la protection des données et à la confidentialité, en conformité avec les exigences de DG ECHO. Les données ont été anonymisées, stockées sur des plateformes sécurisées à accès restreint, et utilisées exclusivement à des fins analytiques et opérationnelles, garantissant ainsi la protection des personnes et des communautés affectées.

II.2. Limites de l'évaluation

La conduite de l'évaluation s'est déroulée dans un contexte d'accès humanitaire fortement contraint, caractérisé par des défis majeurs d'ordre physique, sécuritaire et logistique dans la zone de santé de Bunyakiri. L'état de dégradation avancée du réseau routier, combiné à l'insécurité persistante le long de la RN3 et dans les zones frontalières du Parc National de Kahuzi-Biega, où sont présents les FARDC et divers groupes armés, a limité les possibilités de déplacement. Plusieurs axes sont uniquement accessibles à moto à partir de l'aire de santé de Bitale, tandis que de nombreux villages ne sont atteignables qu'après de longues marches en terrain montagneux, restreignant la durée et l'étendue de la collecte sur le terrain.

Par ailleurs, la quasi-absence de services financiers formels (institutions de microfinance, banques ou points de cash-out sécurisés) dans la zone de santé constitue une contrainte structurelle majeure. L'accès aux liquidités repose essentiellement sur des mécanismes informels de transfert virtuel, soumis à des frais élevés (supérieurs à 7 %) et à des taux de change défavorables, ce qui a limité la flexibilité opérationnelle de l'équipe d'évaluation et illustre les contraintes systémiques affectant tant l'évaluation que la mise en œuvre potentielle d'interventions basées sur le cash.

Sur le plan sécuritaire, certaines aires de santé partiellement contrôlées par des groupes armés n'ont pas pu être couvertes de manière exhaustive. En conséquence, les résultats de l'évaluation doivent être interprétés avec prudence, en particulier pour les indicateurs sensibles liés à la protection, aux violences basées sur le genre (VBG) et aux violences sexuelles liées aux conflits (VSLC), qui sont susceptibles d'être sous-déclarés dans les zones les plus difficiles d'accès et à plus haut risque.

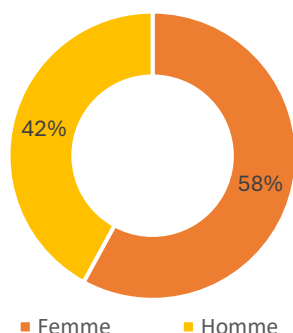
Enfin, en raison des contraintes combinées d'accessibilité géographique et de sécurité, l'évaluation n'a pu couvrir qu'environ la moitié des villages initialement ciblés. La collecte de données s'est principalement concentrée dans les centres des agglomérations et aires de santé accessibles, ce qui peut entraîner une sous-représentation des populations les plus isolées, souvent exposées à des vulnérabilités accrues et à des besoins humanitaires plus sévères.

Malgré ces limites, l'équipe d'évaluation a mobilisé l'ensemble des moyens opérationnels disponibles et appliqué des mesures de triangulation et de validation croisée afin de maximiser la fiabilité et l'utilité des données collectées. Les résultats fournissent ainsi une base analytique robuste et opérationnelle pour orienter la priorisation et la planification de la réponse humanitaire, tout en soulignant la nécessité d'un suivi continu et d'évaluations complémentaires dès que les conditions d'accès le permettront.

III. Présentation des résultats clés de l'évaluation

III.1 Caractéristiques socio-démographiques des répondants

3.1.1 Sexe des répondants



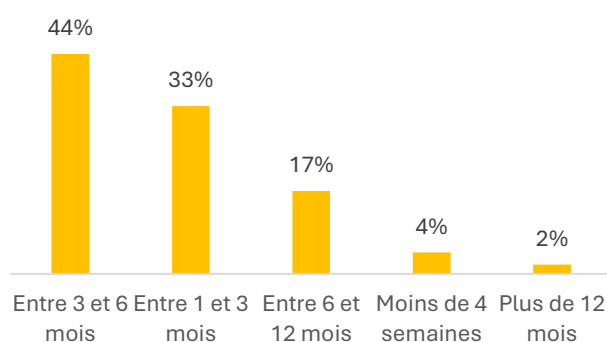
L'échantillon analysé comprend 423 ménages enquêtés, dont 58 % de femmes et 42 % d'hommes, reflétant une participation majoritaire des femmes à l'enquête, en cohérence avec leur rôle prédominant dans la gestion des ménages et l'expression des besoins humanitaires au niveau communautaire.

Les répondants sont majoritairement des adultes en âge actif, avec 77 % âgés de 26 à 59 ans, 14,7 % de jeunes adultes (18-25 ans) et 7,6 % de personnes âgées de 60 ans et plus. Les personnes de moins de 18 ans sont quasi absentes de l'échantillon, dans la mesure où l'enquête ciblait prioritairement les chefs ou responsables de ménages, et qu'aucun enfant n'a été interrogé directement en tant que répondant principal, conformément aux considérations éthiques et méthodologiques.

Par ailleurs, 8,3 % des répondants ont déclaré vivre avec un handicap, avec des proportions particulièrement élevées dans les villages de Bagana, Chiriba et Muoma, soulignant la présence de facteurs de vulnérabilité spécifiques à prendre en compte dans la conception des réponses humanitaires, notamment en matière d'accès aux services et de protection.

En termes de statut de population, 52,7 % des répondants sont des personnes déplacées internes (PDI), 24,2 % des retournés et 22,6 % des résidents, traduisant une instabilité structurelle marquée par des déplacements répétés liés aux conflits armés récurrents dans la zone de santé de Bunyakiri. Cette répartition varie sensiblement selon les localités : les villages de Tshigoma et Kachiri sont presque exclusivement composés de PDI, Bagana présente une concentration notable de personnes retournées, tandis que Bitobolo demeure majoritairement résidentiel. Ces disparités territoriales mettent en évidence la nécessité d'une approche différenciée et contextualisée dans la planification et la priorisation des interventions humanitaires.

3.1.2 Classification des déplacés suivant leur période d'arrivée

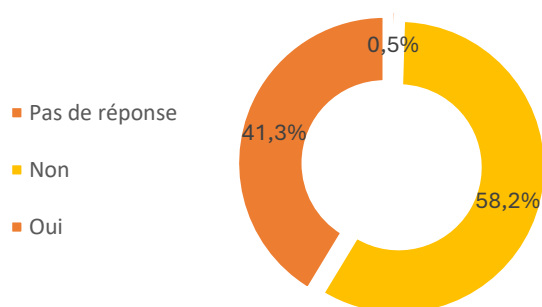


Les déplacements observés sont majoritairement récents, traduisant une dynamique de crise encore active. En effet, 43,9 % des ménages déplacés sont arrivés dans leur lieu actuel au cours des 3 à 6 derniers mois, 33,4 % au cours des 1 à 3 derniers mois, et 4,3 % depuis moins d'un mois, indiquant une pression continue sur les capacités d'accueil locales et une vulnérabilité accrue des ménages nouvellement déplacés.

La solidarité communautaire constitue un mécanisme central d'adaptation, puisque 56,35 % des ménages déclarent accueillir au moins un ménage déplacé. Toutefois, cette hospitalité s'exerce dans un contexte de ressources limitées et engendre une pression significative sur les ménages hôtes, caractérisée par la surpopulation des logements, le partage contraint des moyens de subsistance, une charge économique accrue, ainsi qu'une augmentation des risques de tensions sociales, d'exploitation et de propagation de maladies. Ces éléments soulignent la nécessité d'une approche inclusive ciblant à la fois les ménages déplacés et les communautés hôtes dans la conception de la réponse humanitaire.

III.2 Secteur de la Santé/Nutrition

III.2.1 Accès aux structures de santé



L'analyse montre un accès globalement très limité aux structures de santé, 58 % des ménages déclarant ne pas pouvoir y accéder. Ce niveau demeure nettement inférieur au seuil minimal de couverture de 80 % recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en contexte de crise, révélant un déficit critique d'accès aux soins de santé essentiels dans la zone évaluée.

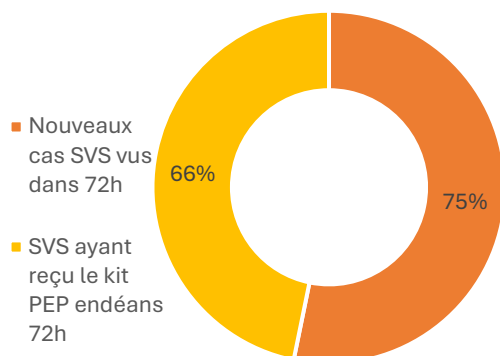
Les barrières à l'accès sont principalement d'ordre financier. Dans l'ensemble des villages, entre 93 % et 100 % des répondants identifient le manque de ressources financières comme la principale raison du non-recours aux services de santé formels. À l'inverse, les facteurs liés à l'insécurité sur les axes de déplacement ou à l'indisponibilité du personnel de santé sont mentionnés de manière marginale (environ 3 %), confirmant que la contrainte économique constitue le principal déterminant de l'exclusion sanitaire.

Les villages de Maibano (95,12 %) et Tshigoma (93,55 %) apparaissent comme les plus sévèrement affectés, les structures de santé y étant pratiquement hors de portée pour la majorité des ménages. Cette situation contraint une proportion importante de la population à recourir à des stratégies d'auto-médication, souvent inadaptées, exposant les patients à un risque accru de complications médicales et de retard dans la prise en charge des pathologies.

Par ailleurs, près de 40 % des ménages déclarent devoir parcourir plus de deux heures pour atteindre un centre de santé, accentuant les barrières géographiques et temporelles à l'accès aux soins, en particulier pour les femmes enceintes, les enfants, les personnes âgées et les

personnes vivant avec un handicap. Ces constats soulignent la nécessité d'interventions ciblées visant la levée des barrières financières et géographiques, afin de rétablir un accès équitable aux services de santé essentiels.

III.2.2 Pourcentage de survivants de violence sexuelle ayant reçu une prophylaxie post-exposition dans un délai de 72 heures après un incident ou une exposition



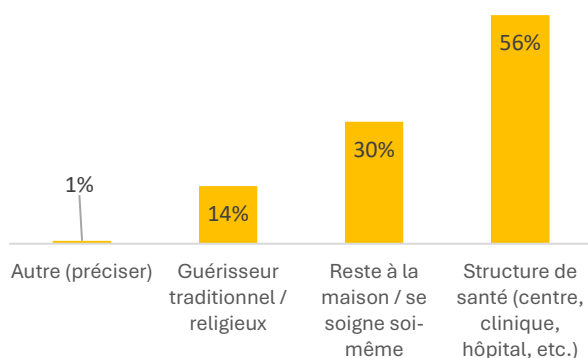
Les données issues du DHIS2 pour les neuf aires de santé évaluées font état de 122 nouveaux cas de violences sexuelles (SVS), parmi lesquels 91 survivant(es), (75 %) a accédé à une consultation médicale dans les 72 heures suivant l'incident, délai critique pour une prise en charge médicale adéquate conformément aux standards internationaux. Certaines aires de santé, notamment Bitobolo, Muoma et Tshigoma, affichent des performances élevées avec plus de 90 % des cas reçus dans les délais, tandis que d'autres, telles que Maibano, présentent des

niveaux d'accès significativement plus faibles (31 %), révélant des disparités marquées d'accès rapide aux services de santé pour les survivant·e-s.

S'agissant de la prise en charge médicale post-exposition, 80 survivant·e-s, soit 66 % des personnes reçues dans les délais, ont bénéficié de l'administration du kit PEP, essentiel pour la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH. Ce taux demeure inférieur à la norme recommandée de 100 % pour les survivants·e-s pris en charge dans la fenêtre temporelle adéquate. Des variations importantes sont observées entre les aires de santé : Bitobolo atteint une couverture de 100 %, Kachiri 80 %, tandis que Tshigoma et Bitale enregistrent des niveaux de couverture plus modérés, suggérant des contraintes variables en matière de disponibilité des intrants, de capacités des structures et de continuité des services.

Ces écarts soulignent la nécessité d'un renforcement ciblé et différencié de la réponse SVS, incluant : **i)** l'amélioration de la disponibilité continue des kits PEP et des intrants essentiels, **ii)** le renforcement des capacités du personnel de santé en matière de prise en charge clinique et centrée sur les survivant·e-s, **iii)** le rapprochement des services de santé et de protection au niveau communautaire, et **iv)** l'intensification de la sensibilisation communautaire afin de favoriser un recours rapide, sûr et confidentiel aux services disponibles. Ces mesures sont essentielles pour garantir une réponse équitable, de qualité et conforme aux standards humanitaires dans l'ensemble des aires de santé évaluées.

III.2.3 Utilisation des structures de santé



La non-utilisation des moustiquaires imprégnées est quasi généralisée dans l'ensemble des villages évalués : 92,4 % des ménages déclarent ne pas dormir sous moustiquaire, atteignant 100 % à Tshigoma et Chiriba, et dépassant 93 % dans la majorité des localités. Cette faible couverture constitue un facteur de risque majeur favorisant la transmission du paludisme, identifié comme l'une des principales causes de morbidité, en particulier chez les enfants.

79,6 % des répondants rapportent qu'au moins un membre du ménage a souffert du paludisme au cours des deux semaines précédant l'enquête, avec une prévalence particulièrement élevée à Tshigoma, Bagana et Maibano. Les infections respiratoires aiguës apparaissent également hautement prévalentes, touchant 97 % des ménages à Tshigoma, 88 % à Kachiri et 83 % à Maibano, tandis que les maladies diarrhéiques affectent 60,6 % des ménages, traduisant des conditions sanitaires et environnementales dégradées ainsi que des déficits persistants en matière de prévention et d'accès aux soins.

Les données issues du DHIS2 pour les neuf aires de santé, couvrant la période août 2024 - septembre 2025, mettent en évidence une augmentation marquée des cas au cours du dernier trimestre 2025. Cette tendance est corrélée à l'intensification des affrontements armés, ayant entraîné une hausse des déplacements de population et une perturbation significative de l'accès aux services de santé. Les pathologies les plus fréquemment rapportées sur la période sont le paludisme (7 909 cas), les infections respiratoires (5 149 cas) et les maladies diarrhéiques (1 946⁸ cas), confirmant une charge de morbidité élevée et persistante.

En matière de santé maternelle, l'enquête indique une moyenne de 0,87 femme enceinte ou allaitante par ménage, avec des concentrations particulièrement élevées dans les villages de Maibano, Kachiri, Bitobolo et Chiriba. Ces localités requièrent une attention prioritaire, notamment Maibano et Kachiri, qui cumulent une forte proportion de femmes, des déplacements récents et une pression accrue liée à l'accueil de ménages déplacés, exacerbant ainsi leur vulnérabilité sanitaire et sociale.

S'agissant de la situation nutritionnelle, les données DHIS2 pour la période août 2024 - septembre 2025 font état de 17 668 enfants identifiés avec une malnutrition aiguë modérée (MAM) et de 6 910 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) dans les aires de santé évaluées.⁹ Ces chiffres traduisent une situation nutritionnelle préoccupante, nécessitant des interventions intégrées et urgentes combinant prévention, dépistage actif, prise en charge nutritionnelle et amélioration de l'accès aux services de santé et d'alimentation adaptés.

III.2.4 Situation sanitaire et défis

Les informations collectées auprès de l'équipe cadre du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZ) indiquent que la zone de santé de Bunyakiri couvre 26 aires de santé, organisées le long de cinq axes géographiques (Sud, Nord, Centre, Est et Ziralo). L'ensemble de ces aires de santé est fonctionnel, avec un réseau composé de 11 structures de référence secondaires et primaires intégrées, constituant l'ossature de l'offre de soins de santé primaire dans la zone.

Toutefois, ces infrastructures sanitaires subissent une dégradation progressive de leur capacité de fonctionnement, principalement liée à l'afflux massif de personnes déplacées internes résultant des conflits armés persistants, notamment les affrontements impliquant le M23/AFC et des violences intercommunautaires observées depuis le début de la crise (janvier-février 2025). Cette pression accrue sur le système de santé se traduit par des difficultés d'accès aux soins, une augmentation des accouchements en dehors des structures de santé, ainsi qu'une recrudescence de la malnutrition et d'épidémies récurrentes, notamment le choléra, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la rougeole et les infections respiratoires aiguës (pneumonie).

⁸ Données issues de DHIS2, exploité en novembre 2025

⁹ Données issues de DHIS2 d'août 2024-Septembre 2025, exploité en novembre 2025

Les mouvements continus de population et l'occupation des aires de santé de Ramba et Mushunguti par l'AFC/M23 limitent considérablement la supervision sanitaire, la continuité des services et l'accès effectif aux soins pour les populations concernées. Bien que les services de santé primaire soient théoriquement disponibles dans l'ensemble des structures, leur accessibilité réelle demeure faible, en raison du coût des services de santé et du manque généralisé de ressources financières au niveau des ménages. Le système de financement reposant majoritairement sur le recouvrement des coûts constitue ainsi un obstacle structurel majeur à l'accès équitable aux soins essentiels.¹⁰

Plusieurs acteurs humanitaires interviennent actuellement dans la zone de santé de Bunyakiri, mais avec une couverture géographique et sectorielle limitée. Médecins Sans Frontières (MSF) assure un appui aux soins d'urgence, à la maternité et à la prise en charge des enfants de 0 à 14 ans dans cinq centres de santé ainsi qu'à l'Hôpital Général de Référence (HGR). MDA met en œuvre des interventions multisectorielles en nutrition et WASH, tandis que Caritas Congo fournit un appui en violences basées sur le genre (VBG) et un soutien ponctuel en médicaments dans six aires de santé. Médecins du Monde (MdM), APDC et PRONANUT interviennent principalement dans les secteurs de la nutrition, du WASH et du suivi communautaire.

Néanmoins, ces interventions ne couvrent pas l'ensemble des aires de santé, laissant plusieurs localités sans assistance humanitaire adéquate. En outre, la majorité des financements soutenant ces actions arrivera à échéance d'ici la fin du mois de décembre, exposant la zone à un risque élevé de rupture des services de santé et de nutrition essentiels, à un moment où les besoins humanitaires demeurent élevés et en augmentation. Cette situation souligne la nécessité urgente d'un appui humanitaire complémentaire, coordonné et durable, afin de renforcer la continuité des services et l'accès équitable aux soins pour les populations les plus vulnérables de la zone de santé de Bunyakiri.

III.2.5 Santé des enfants, santé maternelle et accès aux soins

Les discussions de groupes (Focus Group Discussions - FGD) menées avec les femmes mettent en évidence que les enfants sont principalement affectés par le paludisme, les maladies diarrhéiques, l'anémie et la malnutrition aiguë sévère, corroborant étroitement les résultats de l'enquête auprès des ménages. Les femmes rapportent la présence de signes cliniques préoccupants chez les enfants dans plusieurs localités évaluées, traduisant une dégradation significative de l'état de santé et de l'état nutritionnel.

Les symptômes les plus fréquemment signalés incluent une fatigue inhabituelle, particulièrement élevée à Bagana (74 %) et Tshigoma (68 %), des vomissements fréquents à Bagana (69 %) et Kachiri (71 %), un malaise général marqué à Chiriba (46 %) et Kachiri (60 %), ainsi qu'une perte de poids significative à Maibano (46 %) et Kachiri (12 %). Ces constats sont cohérents avec la prévalence élevée du paludisme et de la malnutrition aiguë observée dans les données sanitaires de routine et renforcent l'hypothèse d'une sous-détection et d'une prise en charge tardive des cas au niveau communautaire.

Parallèlement, les FGD révèlent des stratégies d'adaptation négatives affectant l'alimentation des enfants, notamment des réductions de la fréquence et de la diversité des repas, ainsi qu'un arrêt ou une diminution précoce de l'allaitement, en lien avec l'insécurité alimentaire, la fatigue maternelle et le stress lié aux déplacements. Ces pratiques contribuent à une augmentation significative de la malnutrition, touchant au moins trois enfants sur dix, et exposent

¹⁰ Entretien avec l'équipe Cadre de la zone de santé de Bunyakiri, novembre 2025

particulièrement les enfants de moins de cinq ans à des risques accrus de morbidité et de mortalité.

Bien que les femmes enceintes parviennent dans une certaine mesure à accéder aux structures de santé grâce à la mobilisation des relais communautaires (RECO), l'accès aux soins demeure fortement limité pour les personnes vivant avec un handicap, les familles déplacées et les ménages en situation d'extrême pauvreté. Ces contraintes sont principalement liées à la distance des structures sanitaires, à l'insuffisance des moyens financiers, au faible niveau d'appui des partenaires humanitaires et à l'absence ou l'insuffisance de produits nutritionnels adaptés pour la prise en charge des enfants malnutris. La disponibilité limitée de services spécialisés (nutrition, santé maternelle et infantile) aggrave ainsi les risques sanitaires et nutritionnels pesant sur les femmes et les jeunes enfants, en particulier dans les zones les plus isolées.

III.2.6 Priorités identifiées en santé

III.2.6.1 Besoins humanitaires critiques identifiés

L'évaluation met en évidence une charge de morbidité élevée et persistante, dominée par le paludisme, les maladies diarrhéiques, l'anémie et la malnutrition aiguë sévère (MAS), particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans. Les données quantitatives et qualitatives convergent vers la présence de signes cliniques alarmants chez les enfants (fatigue inhabituelle, vomissements fréquents, perte de poids), traduisant une prise en charge tardive ou inadéquate.

L'accès aux services de santé demeure particulièrement difficile pour les personnes vivant avec un handicap, les ménages déplacés et les ménages en situation d'extrême pauvreté, en raison de barrières financières, géographiques et de capacités limitées des structures. Cette situation est aggravée par un manque critique de produits nutritionnels adaptés pour la prise en charge des enfants malnutris.

III.2.6.2 Réponse humanitaire existante et couverture actuelle

Plusieurs acteurs humanitaires interviennent dans la zone, mais avec une couverture sectorielle et géographique partielle. Caritas Congo apporte un appui en VBG et un soutien limité en médicaments. Médecins du Monde (MdM), APDC et PRONANUT concentrent leurs interventions principalement sur la nutrition, le WASH et le suivi communautaire. Bien que ces actions contribuent à atténuer certains besoins, elles restent insuffisantes au regard de l'ampleur et de la sévérité de la crise sanitaire et nutritionnelle.

III.2.6.3 Gaps identifiés et risques de rupture de services

La réponse actuelle ne couvre pas l'ensemble des aires de santé, laissant plusieurs localités sans assistance adéquate. En outre, la majorité des financements soutenant les interventions en cours arrive à échéance d'ici la fin du mois de décembre, exposant la zone à un risque élevé de rupture brutale des services essentiels, notamment en santé primaire, nutrition et protection (y compris protection des femmes et des enfants).

III.2.6.3 Conséquences humanitaires en cas d'absence d'intervention complémentaire

En l'absence d'un appui additionnel et coordonné, la situation risque d'évoluer vers une augmentation évitable de la morbidité et de la mortalité, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes. Les risques incluent une aggravation de la malnutrition aiguë (modérée et sévère), des complications maternelles et néonatales, une surmortalité infantile, ainsi qu'un creusement des inégalités d'accès aux soins pour les groupes les plus vulnérables (PDI, personnes handicapées, ménages très pauvres).

III.2.6.4 Valeur ajoutée potentielle d'un financement DG ECHO

Un appui de DG ECHO permettrait de déployer un paquet intégré et multisectoriel, combinant :

- L'amélioration des services de soins médicaux.
- Le renforcement des soins de santé primaires et de la prise en charge des urgences,
- L'approvisionnement régulier en médicaments essentiels et intrants nutritionnels en qualité couvrant les besoins de l'intervention (avec une attention particulière aux gaps identifiés des projets et programmes actifs sur le terrain des acteurs tels que les MSF, MdM),
- La réponse intégrée et décentralisées pour atteindre les zones difficiles d'accès pour assurer la flexibilité et la réactivité aux besoins urgents,
- La continuité des services de nutrition et WASH,
- Une articulation renforcée avec la protection, notamment la prise en charge holistique des survivant-e-s de VBG, VS et VSLC (distribution de kits PEP, référencement sécurisé, prise en charge intégrée),
- Les activités préventives à travers la sensibilisation et l'engagement à case communautaire,
- La contribution à la coordination (sur le terrain à Bunyakiri) et en Clusters au Sud-Kivu ainsi qu'aux task-forces opérationnelles et aux initiatives de mutualisation,
- Les contributions sur le pilier DIH et le rapportage des attaques sur les structures et les agents de santé,
- Le monitoring (feedback communautaire) et l'adaptation à travers la documentation, l'analyse intégrée et le plaidoyer.

Cet appui contribuerait directement à la continuité des services vitaux, à la réduction de la morbi-mortalité évitable et au renforcement de la réponse humanitaire équitable dans un contexte d'accès contraint.

III.2.6.5 Priorités d'intervention recommandées

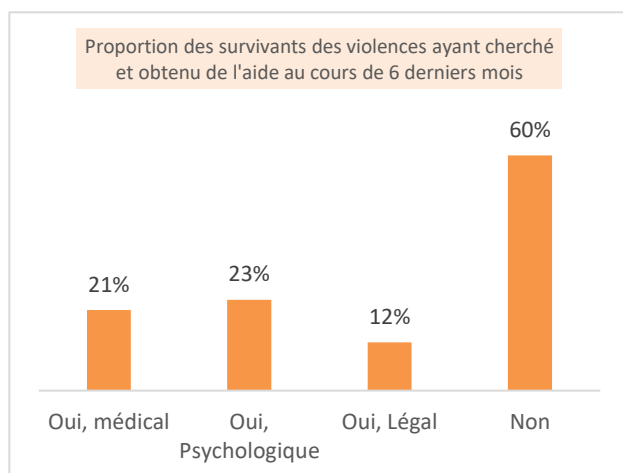
Les priorités opérationnelles identifiées incluent :

- L'amélioration des services de médicaux sur le terrain à Bunyakiri ;
- Le renforcement de l'accès aux soins de santé primaires et de la couverture des urgences ;
- La sécurisation de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et intrants nutritionnels en qualité couvrant les besoins de l'intervention (avec une attention particulière aux gaps identifiés des projets et programmes actifs sur le terrain des acteurs tels que les MSF, MdM) ;
- Assurer la flexibilité et la réactivité aux besoins urgents à travers l'amélioration de la logistique et de la mobilité (véhicules, motos) pour atteindre les zones isolées ;
- Assurer le maintien et l'extension des interventions en nutrition et WASH ;

- Développer des formations continues du personnel de santé, notamment en soins d'urgence et prise en charge intégrée ;
- Renforcer la protection (y compris la protection des femmes et des enfants) à travers la prise en charge holistique des cas de VBG, VS et VSLC, ainsi que la prévention et la réponse aux violences et le soutien ciblé aux populations les plus vulnérables.
- Réaliser des sensibilisations et stimuler l'engagement à base communautaire ;
- Contribuer de manière active et pro-active à la coordination (sur le terrain à Bunyakiri) et en Clusters au Sud-Kivu ainsi qu'aux task-forces opérationnelles et aux initiatives de mutualisation ;
- Contribuer au pilier DIH et au rapportage des attaques sur les structures et les agents de santé ;
- Contribuer au monitoring (feedback communautaire) et à l'adaptation à travers la documentation, l'analyse intégrée et le plaidoyer à Bunyakiri.

III.3 Secteur de la protection

L'analyse des données issues de l'enquête auprès des ménages met en évidence une situation



de protection extrêmement préoccupante dans l'ensemble des villages évalués. L'accès aux services essentiels demeure très limité, tandis que l'insécurité persistante, la pauvreté chronique et les déplacements massifs de population exacerbent les vulnérabilités, en particulier pour les femmes, les filles et les personnes déplacées internes (PDI). Les mécanismes communautaires et institutionnels de protection apparaissent largement insuffisants au regard de l'ampleur et de la gravité des risques identifiés. À ce stade, aucun service juridique fonctionnel n'est opérationnel dans la zone de santé de

Bunyakiri, renforçant l'impunité et le sentiment d'insécurité au sein des communautés.

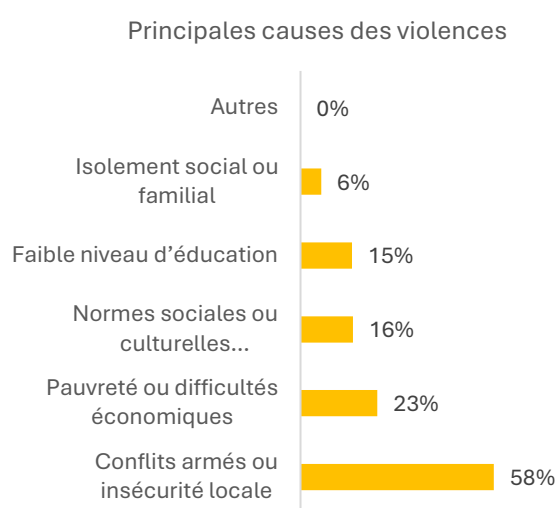
L'accès au soutien pour les survivantes de violences basées sur le genre (VBG) et d'autres formes de violence est extrêmement limité. Près de 60 % des femmes ayant déclaré avoir subi une violence au cours des six derniers mois n'ont sollicité aucun service d'assistance, principalement en raison de la peur de représailles, de la stigmatisation sociale, du manque de confiance dans les mécanismes existants et de l'absence de services disponibles à proximité. Parmi celles ayant cherché de l'aide, les niveaux de prise en charge demeurent très faibles : 23 % ont bénéficié d'un soutien psychosocial, 21 % d'une assistance médicale, et seulement 12 % d'un appui juridique, illustrant la fragmentation et l'insuffisance de l'offre de services spécialisés.

Ces résultats confirment la faible présence, voire l'absence totale, de structures de prise en charge fonctionnelles et accessibles dans les aires de santé couvertes par l'évaluation. Ils soulignent l'urgence de renforcer et de déployer des services multidisciplinaires, intégrant soutien psychosocial, soins médicaux, référencement sécurisé et accompagnement juridique, dans des modalités accessibles, confidentielles et adaptées au contexte, afin de garantir une réponse holistique, centrée sur les survivantes et conforme aux standards humanitaires et de protection.

Par ailleurs, les données quantitatives et qualitatives indiquent une augmentation des violences sexuelles, y compris les viols, depuis février 2025, bien que celles-ci demeurent largement sous-

déclarées en raison de la stigmatisation, de la peur des représailles et de l'absence d'un système judiciaire fonctionnel. Les témoignages recueillis lors des groupes de discussion font également état de pratiques de sexe de survie, notamment des concubinages contraints entre femmes et filles et des membres de groupes armés en échange de ressources financières ou matérielles. En outre, une hausse des risques liés à la protection de l'enfance a été rapportée, incluant l'enrôlement d'enfants par des groupes armés, parfois facilité par des acteurs communautaires locaux, ainsi qu'une augmentation des mariages précoces et forcés, entraînant des abandons scolaires, des grossesses précoces et une exposition accrue à des risques sanitaires et psychosociaux.

III.3.1 Principales causes des violences



L'analyse met en évidence une combinaison de causes structurelles interdépendantes à l'origine des violences sexuelles et basées sur le genre. L'insécurité généralisée est identifiée comme le principal facteur contributif (58 %), suivie par la pauvreté extrême (23 %), les normes sociales discriminatoires et néfastes (16 %) et le faible niveau d'éducation (15 %). Ces facteurs se renforcent mutuellement et créent un environnement propice à la perpétuation et à la banalisation des violences, en particulier dans les contextes de déplacement prolongé et d'effondrement des mécanismes de protection formels.

Les activités quotidiennes essentielles exposent fortement les femmes et les filles à des risques de violence. La collecte de l'eau et du bois est perçue comme une activité à haut risque par 82 % des répondantes, suivie des déplacements vers les marchés (64 %) et des mouvements internes au sein des villages (58 %). Ces données mettent en évidence l'absence de zones sûres dans la vie quotidienne, tant pour les communautés résidentes que, de manière plus marquée, pour les personnes déplacées internes et les retourné(s), dont les stratégies de survie augmentent l'exposition aux violences.

Malgré des prévalences élevées, près de 50 % des répondants déclarent ne connaître aucun cas de VBG dans leur communauté, ce qui constitue un indicateur fort de sous-déclaration. Celle-ci est étroitement liée à la stigmatisation sociale, à la peur de représailles, à la normalisation des violences et à la faiblesse des mécanismes de signalement et de prise en charge. Parmi les cas effectivement rapportés, les formes de violence les plus fréquentes sont les agressions sexuelles (60 %), les mariages forcés (57 %), les viols (56 %) et les violences psychologiques (37 %).

Les villages de Tshigoma, Kachiri et Maibano ressortent comme les zones les plus sévèrement affectées, cumulant niveaux élevés d'insécurité, déplacements récents et accès limité aux services. Ils sont ainsi identifiés comme des aires prioritaires nécessitant une intervention de protection urgente, ciblée et intégrée, conformément aux standards humanitaires et aux priorités du HIP ECHO.

III.3.2 Analyse des risques de protection et de la cohésion communautaire

L'analyse des données issues de l'enquête ménage, des discussions de groupes et des consultations communautaires démontre un environnement de protection hautement dégradé dans l'ensemble des aires de santé évaluées (Bagana, Bitale, Bitobolo, Tshigoma, Chiriba, Kachiri, Maibano et Muoma). L'insécurité généralisée, combinée aux déplacements répétés de population et à l'effritement des mécanismes de protection formels et informels, affecte profondément la sécurité individuelle, la cohésion communautaire et la capacité des ménages à accéder aux services et aux moyens de subsistance.

La circulation permanente d'armes, la crainte constante de nouvelles hostilités liées au conflit armé, ainsi que les violences et agressions le long des axes routiers et dans des espaces non contrôlés perçus comme dangereux créent un climat de peur durable. Cette situation perturbe fortement les activités quotidiennes essentielles, notamment les travaux agricoles, les déplacements vers les marchés et les services de base, et les interactions sociales, contribuant à l'isolement des ménages et à l'érosion des mécanismes traditionnels de solidarité.

III.3.3 Menaces de protection

Les menaces de protection identifiées affectent l'ensemble des groupes de population, mais présentent une sévérité accrue pour les femmes, les filles, les enfants, les personnes vivant avec un handicap, les personnes âgées et les personnes déplacées internes, en raison de vulnérabilités structurelles et de capacités d'adaptation limitées. Les femmes et les filles apparaissent particulièrement exposées et expriment un sentiment d'insécurité élevé, notamment lors des déplacements vers les champs, la collecte de l'eau ou du bois, et dans les zones isolées ou mal contrôlées, où le risque de violences sexuelles, d'agressions physiques et d'exploitation est perçu comme élevé.

Les enfants et les adolescents sont également exposés à des risques accrus, incluant la violence physique, l'exploitation, l'enrôlement par des groupes armés et les mariages précoces et forcés, compromettant leur sécurité, leur développement et leur accès à l'éducation. Les personnes déplacées internes et les ménages récemment retournés, souvent privés de réseaux de soutien solides et de moyens de subsistance stables, font face à des risques supplémentaires de stigmatisation, d'exclusion sociale et de tensions communautaires, affectant la cohésion sociale dans les villages d'accueil.

Dans ce contexte, l'absence ou la faiblesse des mécanismes de prévention, de signalement et de réponse aux incidents de protection limite la capacité des communautés à atténuer les risques et renforce un cycle de sous-déclaration et d'impunité. Ces constats soulignent la nécessité d'une intervention de protection intégrée, combinant prévention, services spécialisés, renforcement communautaire et articulation avec les autres secteurs humanitaires, afin de réduire les risques, renforcer la cohésion communautaire et restaurer un environnement plus sûr pour les populations affectées.

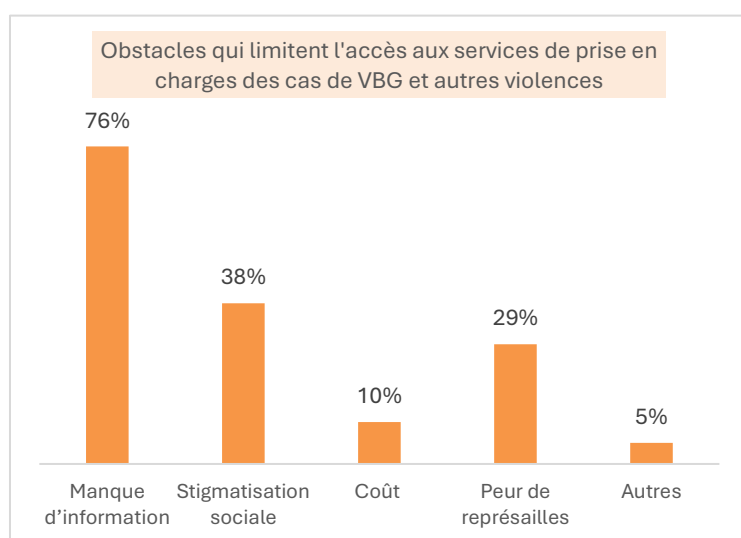
III.3.4 Mécanismes communautaires de protection

Les mécanismes communautaires de protection apparaissent largement insuffisants et faiblement structurés dans l'ensemble des localités évaluées. Aucun comité formel de protection n'est opérationnel, et seules quelques structures communautaires informelles subsistent, animées par des relais locaux disposant de ressources très limitées et d'une capacité d'action restreinte pour la prévention, le signalement et la réponse aux incidents de protection.

En cas d'incident grave, les communautés ont tendance à se tourner en première intention vers le chef de village, qui constitue le principal point d'entrée du système coutumier de gestion des conflits. Le recours aux forces de police ou aux services judiciaires intervient de manière secondaire, bien que ces services soient difficilement accessibles, peu présents sur le terrain et souvent perçus comme inefficaces ou incapables d'assurer une réponse rapide et adaptée.

Si la majorité des habitants déclarent connaître les interlocuteurs théoriques vers lesquels se tourner en cas d'incident, le niveau de confiance envers les autorités et les acteurs de protection demeure faible. Cette défiance s'explique par la persistance de l'insécurité, l'insuffisance des réponses apportées, l'absence de suivi des cas et un sentiment généralisé d'abandon ressenti par les communautés. Ces constats mettent en évidence la nécessité de renforcer les mécanismes communautaires de protection, d'améliorer les chaînes de référencement fonctionnelles et de restaurer la confiance entre les populations affectées et les acteurs de protection, conformément aux principes de redevabilité et de centralité des personnes affectées.

III.3.5 Violences basées sur le genre (VBG), Violences sexuelles (VS) et Violences sexuelles liées aux conflits (VSLC)



Les entretiens qualitatifs menés auprès des femmes et des filles indiquent une augmentation marquée des violences basées sur le genre (VBG), se manifestant sous des formes multiples et interdépendantes, notamment les violences conjugales, le harcèlement, les mariages précoces et forcés, les violences sexuelles et liées aux conflits (VS et VSLC), ainsi que des pratiques de discrimination structurelle, telles que la rétention de personnes malades incapables de s'acquitter

des frais de soins et l'exclusion systématique des femmes des espaces de prise de décision communautaire. Ces violences s'inscrivent dans un contexte caractérisé par la pauvreté chronique, l'insécurité persistante, les dynamiques de conflit armé, la présence d'hommes armés et l'affaiblissement des mécanismes traditionnels de protection, qui contribuent à normaliser et à perpétuer les abus.

Les violences sexuelles liées aux conflits (VSLC), en particulier les viols perpétrés par des membres de groupes armés, mais également les violences sexuelles (VS) perpétrés par des civils, constituent un motif de préoccupation majeur. Dans les sites et zones d'accueil des personnes déplacées, l'absence ou l'insuffisance d'infrastructures WASH adaptées (latrines sécurisées, douches séparées, accès sûr à l'eau) accroît considérablement les risques d'agressions sexuelles et expose davantage les femmes et les filles aux infections sexuellement transmissibles, aggravant leur vulnérabilité sanitaire et psychosociale.

La honte, la stigmatisation sociale, la peur de représailles et la faible confiance dans les mécanismes existants constituent des barrières majeures au signalement des violences et au recours aux services. Les services spécialisés demeurent rares, insuffisants ou géographiquement éloignés, limitant l'accès à une prise en charge adéquate. Cette situation met en évidence la nécessité urgente de déployer des structures de prise en charge holistique qui sont fonctionnelles et sécurisées, dotées de personnel formé et sensible au genre, de renforcer

l'accompagnement psychosocial des survivantes, et de conduire des campagnes de sensibilisation ciblées impliquant les hommes, les leaders communautaires et l'ensemble des communautés, afin de prévenir les violences et de favoriser un changement des normes sociales néfastes.

Parallèlement, les recrutements forcés, y compris d'enfants et d'adolescents, ainsi que les menaces constantes d'attaques liées au M23, accentuent la vulnérabilité des populations, restreignent fortement la mobilité et réduisent l'accès aux services essentiels, notamment la santé, l'éducation et les moyens de subsistance. Les relations entre personnes déplacées et communautés hôtes se sont fragilisées, marquées par des dynamiques de stigmatisation et des accusations récurrentes de vols, perçues par certaines personnes déplacées comme des stratégies de survie (tel que rapporté lors des FGD avec les femmes de Kachiri). Ces tensions s'inscrivent dans un contexte où les communautés hôtes elles-mêmes vivent dans un climat de peur permanent face à la présence continue de groupes armés, contribuant à une érosion de la cohésion sociale et à un sentiment d'insécurité généralisé au sein de l'ensemble des communautés affectées.

5.3.6 Priorités identifiées par les participants aux Focus Groupes

5.3.6.1 Besoins humanitaires critiques identifiés

L'analyse met en évidence une insécurité généralisée caractérisée par la circulation d'armes, les agressions le long des axes de déplacement et la présence de lieux non contrôlés perçus comme dangereux, perturbant fortement la vie quotidienne et les moyens de subsistance. Cette situation entraîne une exposition accrue des femmes, des filles et des personnes déplacées internes, notamment à travers des violences basées sur le genre (VBG), violences sexuelles (VS) et violences sexuelles liées aux conflits (VSLC) et des risques élevés lors de la recherche de ressources essentielles (eau, nourriture, bois). L'absence de zones sûres et la faiblesse des mécanismes de protection accentuent la vulnérabilité et la peur au sein des communautés.

5.3.6.2 Réponse humanitaire existante et couverture actuelle

La réponse en matière de protection demeure limitée et partielle. Caritas Congo apporte un appui ciblé aux survivant-e-s de VBG à travers des services spécialisés, mais cette intervention reste géographiquement et fonctionnellement insuffisante au regard de l'ampleur des besoins identifiés. La couverture globale de la réponse Protection ne permet pas de répondre de manière adéquate aux risques multiples et persistants affectant l'ensemble des aires évaluées.

5.3.6.3 Gaps identifiés et risques de rupture de services

Les mécanismes de protection communautaires et institutionnels sont insuffisants ou inexistants dans plusieurs aires de santé, limitant la prévention, le signalement et la prise en charge des incidents. Par ailleurs, la dépendance à des financements de court terme, dont une partie arrive à échéance fin décembre, expose la zone à un risque très élevé de réduction ou d'arrêt des services de protection, à un moment où les risques sécuritaires et les besoins restent extrêmement élevés.

5.3.6.4 Conséquences humanitaires en cas d'absence d'intervention complémentaire

En l'absence d'un appui additionnel, la situation pourrait évoluer vers une augmentation des violences basées sur le genre (VBG), des abus et de l'exploitation, y compris des violences sexuelles (VS) et les violences sexuelles liées aux conflits (VSLC), ainsi qu'un accroissement des risques de recrutement et d'exploitation des enfants. Ces dynamiques entraîneraient des atteintes graves au respect des droits fondamentaux et à la protection des droits humains (DH), des droits des femmes et des enfants, ainsi qu'une détérioration accrue de la cohésion sociale entre personnes déplacées et communautés hôtes, et un renforcement du sentiment d'insécurité et d'impunité généralisé.

5.3.6.5 Valeur ajoutée potentielle d'un financement de DG ECHO (Secteur Protection)

Un financement de DG ECHO permettrait de renforcer une réponse Protection à la fois sectorielle et transversale, incluant :

- Le mainstreaming des principes clés de protection, de genre et âge et personnes en situation d'handicap (de la conception à l'implémentation de l'action sur le terrain à Bunyakiri).
- Priorisation de la prévention et réponse aux violences basées sur le genre (VBG), aux violences sexuelles (VS) et aux violences sexuelles liées aux conflits (VSLC), avec un focus sur la prévention et la réponse intégrée et le soutien à la chaîne d'approvisionnement en kits PEP.
- La gestion de cas et le référencement sécurisé des survivant·e·s de VBG, de VS et de VSLC ;
- La prise en charge holistique des survivant·e·s de VBG, VS et VSLC selon la stratégie holistique de DG ECHO de lutte contre les VBG lancée en 2024, couvrant tous les 4 piliers de la réponse : 1) prise en charge médicale (porte d'entrée/72H et obligatoire ; 2) santé mentale et support psycho-social ; 3) assistance légale ; 4) moyens d'existence et relèvement socio-économique avec démonstration d'impact.
- La prévention des risques de recrutement et d'exploitation des enfants ;
- L'intégration renforcée de l'AAP et de la PSEA ;
- Le monitoring continu des risques de protection et leur intégration dans l'ensemble des secteurs humanitaires.

Cet appui contribuerait à une réduction mesurable des risques, à une amélioration de l'accès aux services spécialisés et au renforcement de la résilience communautaire, conformément aux priorités du HIP ECHO.

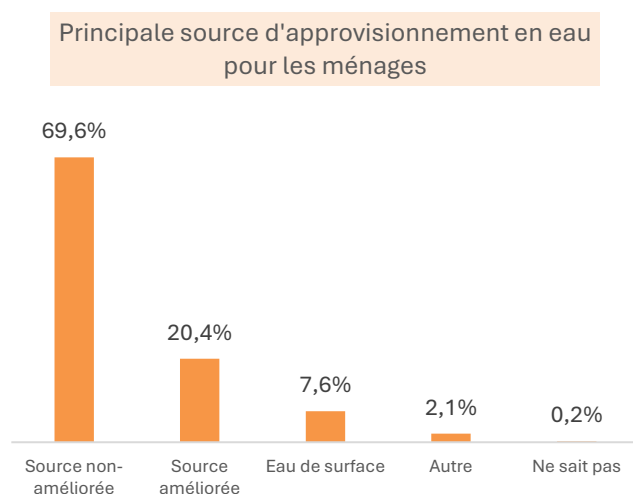
5.3.6.6 Priorités d'intervention recommandées

Les priorités opérationnelles identifiées sont :

- Renforcer l'accès aux services multidisciplinaires (médicaux, psychosociaux, juridiques) pour les survivant(es) de VBG, de VS et VSLC.
- Améliorer la sécurité et la réduction des risques, en particulier pour les femmes et les filles dans les espaces et activités à haut risque ;
- Renforcer les mécanismes communautaires de protection, y compris les systèmes d'alerte et de référencement ;
- Améliorer l'accès à la justice et aux mécanismes de recours pour les survivant(es) de VBG, de VS et de VSLC et les personnes déplacées ;
- Mettre en œuvre des programmes de prévention des VBG, VS, VSLC et de protection des femmes et de l'enfance, intégrant la mobilisation communautaire et le changement des normes sociales néfastes.

III.4 Secteur WASH et Abris

III.4.1 Principale source d'approvisionnement en eau pour les ménages



L'analyse met en évidence un déficit critique en eau, hygiène et assainissement (WASH) dans l'ensemble des neuf aires de santé évaluées. Plusieurs villages présentent une sévérité élevée, caractérisée par le recours généralisé à des sources d'eau non protégées, en particulier à Chiriba, Bagana, Bitobolo, Maibano, Kachiri et Tshigoma. Cette situation constitue un facteur majeur de risque sanitaire, contribuant directement à la prévalence élevée des maladies hydriques, comme le confirme

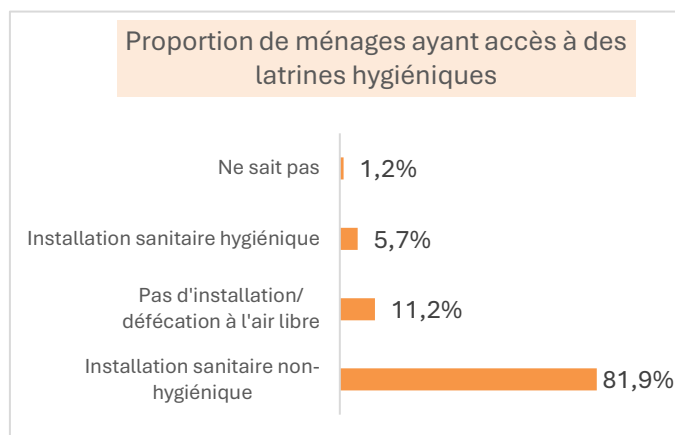
l'enquête ménage, selon laquelle 60,6 % des ménages déclarent qu'au moins un membre a souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines.

Les barrières à l'accès à l'eau potable sont multiples et structurelles. Les principales contraintes rapportées incluent le manque de récipients appropriés pour le puisage et le stockage de l'eau (36,1 %), le nombre insuffisant de points d'eau fonctionnels (22,1 %), ainsi que l'insécurité persistante autour des sources et les distances excessives à parcourir, particulièrement signalées dans les aires de santé de Bitale, Kachiri et Chiriba. Ces contraintes limitent la quantité d'eau disponible par ménage et compromettent le respect des standards minimaux d'hygiène, notamment pour le lavage des mains et l'hygiène domestique.

Au-delà des impacts sanitaires, ces déficits WASH génèrent des risques de protection significatifs, en particulier pour les femmes et les filles, qui assument majoritairement la collecte de l'eau. Les déplacements répétés vers des points d'eau éloignés et non sécurisés les exposent à des risques accrus de violences basées sur le genre, tout en entraînant une fatigue physique importante, une surcharge domestique et une réduction du temps consacré aux activités productives et éducatives. Ces dynamiques contribuent également à une réduction de la consommation d'eau, aggravant les risques sanitaires et nutritionnels dans un contexte déjà marqué par une forte morbidité.

Ces constats soulignent la nécessité urgente d'interventions WASH intégrées, visant à améliorer l'accès à des sources d'eau sûres et protégées, à renforcer les capacités de stockage et de traitement de l'eau au niveau des ménages, et à réduire les risques de protection associés à la collecte de l'eau, conformément aux standards SPHERE et aux priorités sectorielles de DG ECHO.

III.4.2 Proportion des ménages disposant des latrines hygiéniques



La situation WASH apparaît particulièrement critique dans les localités de Tshigoma, Chiriba, Bitobolo, Muoma et Bagana, caractérisée par une faible utilisation du savon, l'absence généralisée de dispositifs fonctionnels de lavage des mains, et des besoins élevés en kits d'hygiène menstruelle. Les besoins sont particulièrement marqués à Tshigoma, Chiriba et Bitobolo, où une demande massive de matériaux absorbants réutilisables (tissus) a été signalée,

traduisant un déficit sévère d'accès à des produits d'hygiène essentiels pour les femmes et les filles.

Les conditions d'assainissement présentent également des lacunes majeures. La défécation à l'air libre atteint des niveaux alarmants à Tshigoma (90 %) et demeure préoccupante à Bagana (9 %) et Muoma (11 %), augmentant significativement les risques de contamination fécale et de propagation des maladies hydriques. Par ailleurs, une proportion élevée de latrines est jugée non sécurisée, notamment en raison de l'insécurité nocturne, affectant Chiriba (50 %), Tshigoma (39 %), Kachiri (72 %) et Muoma (30 %). Cette insécurité constitue un facteur aggravant de risques de protection, en particulier pour les femmes, les filles et les personnes vivant avec un handicap, limitant l'utilisation des installations disponibles.

Les localités cumulant absence ou insuffisance de latrines, insécurité persistante et forte promiscuité se distinguent ainsi comme les zones à risque WASH et protection les plus élevées, nécessitant une priorisation immédiate dans la planification de la réponse humanitaire. Ces constats soulignent la nécessité d'interventions intégrées, combinant assainissement sûr, promotion de l'hygiène, distribution de kits d'hygiène adaptés (y compris menstruels) et mesures de réduction des risques de protection, conformément aux standards SPHERE et aux priorités de DG ECHO.

III.4.3 Priorités en WASH /Abris

III.4.3.1 Besoins humanitaires critiques identifiés

L'évaluation met en évidence des déficits sévères en matière d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène dans l'ensemble des localités évaluées. L'accès à l'eau demeure non sécurisé et insuffisant, marqué par le recours généralisé à des sources non améliorées et à l'eau de surface, exposant les ménages à un risque élevé de maladies hydriques. Les besoins en assainissement et en hygiène sont également critiques, caractérisés par une prévalence élevée de la défécation à l'air libre, l'insuffisance d'infrastructures sanitaires sûres et une faible disponibilité de kits d'hygiène, aggravant la dégradation des conditions sanitaires au niveau communautaire.

III.4.3.2 Réponse humanitaire existante et couverture actuelle

Plusieurs acteurs humanitaires interviennent actuellement dans le secteur WASH, notamment Médecins du Monde (MdM), APDC et PRONANUT, à travers des activités d'appui WASH et de suivi communautaire. Toutefois, ces interventions demeurent géographiquement limitées et ne

couvrent pas l'ensemble des aires de santé affectées, laissant plusieurs localités sans assistance adéquate.

III.4.3.3 Gaps identifiés et risques de rupture de services

La réponse actuelle présente des lacunes importantes en termes de couverture et de continuité. Les interventions WASH ne couvrent pas l'ensemble de la zone de santé, et la dépendance à des financements à court terme, dont une partie arrive à échéance fin décembre, expose les communautés à un risque élevé de rupture des services essentiels, dans un contexte où les besoins restent élevés et en augmentation.

III.4.3.4 Conséquences humanitaires en cas d'absence d'intervention complémentaire

En l'absence d'un appui additionnel, la situation pourrait entraîner une recrudescence des maladies hydriques, une détérioration rapide de l'environnement sanitaire, ainsi qu'une augmentation des risques de protection, en particulier pour les femmes et les filles, lors de la collecte de l'eau dans des zones éloignées et non sécurisées. Ces dynamiques risquent également d'exacerber les vulnérabilités nutritionnelles et sanitaires existantes.

III.4.3.5 Valeur ajoutée potentielle d'un financement DG ECHO

Un financement de DG ECHO permettrait de déployer une réponse WASH vitale ("life-saving"), combinant :

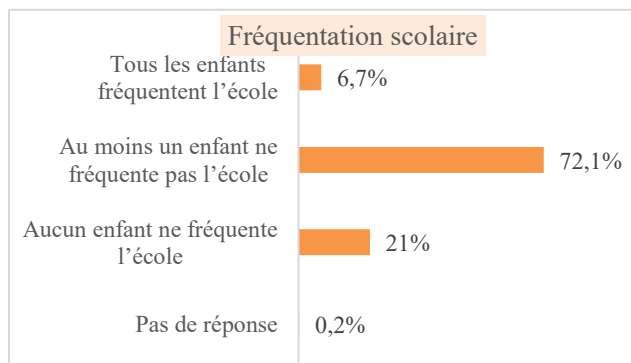
- L'amélioration de l'accès à une eau sûre et de qualité ;
- Le renforcement de l'assainissement et la réduction de la défécation à l'air libre ;
- La promotion de l'hygiène et l'accès équitable à des kits d'hygiène adaptés, y compris pour l'hygiène menstruelle ;
- Une approche WASH sensible à la protection (y compris la protection des femmes et des enfants), visant à réduire l'exposition aux risques lors de la collecte de l'eau ;
- Et une intégration étroite avec les secteurs Santé et Nutrition pour maximiser l'impact humanitaire.

III.4.3.6 Priorités d'intervention recommandées

Les priorités opérationnelles identifiées sont :

- Renforcer l'accès à l'eau potable à travers la réhabilitation et l'amélioration des infrastructures de distribution ;
- Améliorer l'assainissement et réduire la défécation à l'air libre par la mise en disposition de latrines sûres et adaptées ;
- Renforcer la promotion de l'hygiène et l'accès aux kits d'hygiène, y compris l'hygiène menstruelle pour les femmes et les filles ;
- Réduire la distance et les risques associés à la collecte de l'eau, en rapprochant les points d'eau des zones d'habitation pour assurer une meilleure protection des femmes et des filles
- Appuyer l'amélioration d'abris pour les ménages déplacés, afin de réduire la promiscuité et les risques sanitaires et de protection.

III.5 Secteur de l'éducation



L'analyse des données issues de l'enquête ménage démontre une déscolarisation massive des enfants dans la zone évaluée. Pour 72 % des ménages, au moins un enfant n'est pas scolarisé, tandis que 21 % des ménages déclarent que plus aucun enfant du ménage ne fréquente l'école. Cette situation est principalement attribuée à la détérioration significative de la capacité économique des ménages depuis le début

de la crise sécuritaire en février 2025. En effet, 93 % des répondants indiquent ne pas avoir été en mesure de payer les frais de scolarité au cours des six derniers mois, illustrant l'ampleur des barrières financières structurelles à l'accès à l'éducation.

Malgré ces contraintes, 58 % des ménages déclarent ne pas opérer de distinction entre filles et garçons dans la priorisation de la scolarisation. Toutefois, des choix différenciés persistent au sein d'une partie des ménages confrontés à des ressources limitées : 15 % privilégient la scolarisation des garçons lorsqu'ils ne peuvent envoyer tous les enfants à l'école, contre seulement 3 % qui privilégient celle des filles, traduisant des dynamiques de genre persistantes en contexte de crise.

Les principales causes de non-scolarisation identifiées sont le manque de moyens financiers, cité par 87,3 % des ménages concernés, et les contraintes liées au travail domestique, qui affectent de manière disproportionnée les filles (11,1 %). Parallèlement, certains garçons sont retirés de l'école pour effectuer des travaux rémunérés afin de contribuer aux revenus du ménage, une pratique particulièrement observée parmi les ménages déplacés (14,3 %). Ces stratégies d'adaptation négatives exposent les enfants à des risques accrus de protection, notamment le travail des enfants, les abandons scolaires prolongés, et, pour les filles, une vulnérabilité accrue aux mariages précoces et forcés.

Ces constats soulignent la nécessité d'interventions intégrées et sensibles au genre, visant à réduire les barrières économiques à l'éducation, à prévenir les risques de protection de l'enfance et à soutenir le maintien ou le retour des enfants à l'école, en cohérence avec les priorités transversales de protection et d'éducation en situation d'urgence.

III.5.1 Fonctionnement général des écoles

L'analyse du fonctionnement des établissements scolaires illustre de fortes disparités d'accès et de qualité. Certaines écoles ont bénéficié d'un appui ponctuel, notamment de la part de l'UNICEF et de partenaires locaux tels qu'AVUDS, tandis que la majorité des établissements opèrent dans des conditions précaires, caractérisées par l'absence ou la dégradation avancée des infrastructures, le manque quasi total de matériel pédagogique et des bâtiments fortement détériorés.

Malgré un contexte sécuritaire instable, les écoles demeurent formellement ouvertes ; toutefois, la continuité et la régularité des cours sont fortement perturbées, limitant l'accès effectif à l'apprentissage.

Les établissements comptent en moyenne six à sept enseignants, composés de fonctionnaires et d'enseignants vacataires, souvent insuffisamment formés et bénéficiant de peu ou pas de supervision pédagogique. Les absences prolongées concernent principalement les élèves, en raison de l'insécurité persistante, de la pauvreté des ménages et de pratiques d'exploitation

économique des enfants. Cette dernière est particulièrement observée dans les zones affectées par la coupure des axes routiers, notamment sur l'axe Bitale-Bulambika, où des enfants sont impliqués dans le transport de marchandises pour soutenir les revenus familiaux.

Les principaux obstacles au fonctionnement des écoles incluent l'insécurité, le manque d'infrastructures adéquates, l'absence de toitures fonctionnelles, la pénurie quasi totale de matériel scolaire (manuels, cahiers, tableaux, bancs), ainsi que la surcharge des classes liée aux mouvements de population et à l'accueil d'enfants déplacés. Ces contraintes compromettent non seulement la qualité de l'enseignement, mais exposent également les enfants à des risques accrus de protection, notamment le décrochage scolaire prolongé et l'exploitation.

III.5.2 Protection, genre et inclusion dans les écoles

Les discussions de groupes et les entretiens avec des informateurs clés indiquent que les élèves sont exposés à de multiples risques de protection tout au long de leur parcours scolaire. Ces risques incluent l'insécurité sur les axes de déplacement vers et depuis l'école, les agressions physiques, le harcèlement, les violences liées au conflit, les châtiments corporels, ainsi que des pratiques de stigmatisation et de discrimination ciblant particulièrement les filles, les enfants déplacés et les enfants vivant avec un handicap.

Les mécanismes de protection en milieu scolaire sont quasi inexistant. Aucun comité de protection ou de gestion des risques n'est fonctionnel, les interventions humanitaires dédiées à la protection scolaire sont très limitées, et le nombre d'enseignants référents formés à la protection de l'enfance est insuffisant, voire nul. Les structures communautaires existantes restent informelles, faiblement outillées et incapables d'assurer une prévention ou une réponse systématique aux incidents de protection.

Aucune activité spécifique n'est actuellement mise en œuvre pour soutenir la scolarisation et la rétention des filles. Celles-ci font face à des obstacles majeurs, notamment les mariages et grossesses précoces, l'insécurité persistante, l'absence de dispositifs d'hygiène menstruelle, ainsi qu'une surcharge des tâches domestiques, entraînant des absences répétées et un décrochage scolaire accru.

Par ailleurs, les enseignants ne bénéficient pas de formations en matière de protection, de prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PSEA/PSHEA), limitant leur capacité à identifier, prévenir et référer les cas de violence ou d'abus. Les enfants vivant avec un handicap ne disposent d'aucun aménagement adapté, tant sur le plan des infrastructures que des pratiques pédagogiques, ce qui renforce leur exclusion du système éducatif et leur exposition à des risques supplémentaires.

III.5.3 Infrastructures, conditions d'apprentissage et WASH

Les observations directes de l'équipe d'évaluation menées dans plusieurs établissements scolaires de la zone (EP Chiriba, EP1 Iramba, EP Tebero, EP Bihari, EP Bubamba, EP Kisanga, CS Mwanuka, Institut Nyatushaki, Institut Mukapa, EP Chakuba, EP Kabale, EDAP Isage, EP Bunyakiri 1, EP Karali, EP Kichanga, entre autres), combinées aux entretiens avec le Sous-PROVED, indiquent que plus de 70 % des infrastructures scolaires sont sévèrement dégradées. Les principaux déficits observés incluent des salles de classe sans toiture, un manque critique de mobilier scolaire (bancs, tables) et de matériel pédagogique, ainsi que des bâtiments non électrifiés. Ces conditions compromettent directement la qualité de l'apprentissage, entraînent une baisse de la fréquentation scolaire et exposent les élèves à des risques sanitaires et de protection accrus, notamment lors des intempéries.

Par ailleurs, les conditions de WASH en milieu scolaire demeurent largement insuffisantes dans plus de 70 % des écoles visitées. Les constats incluent une faible disponibilité de points d'eau fonctionnels, des latrines non séparées par sexe, l'absence d'accès à l'eau potable et le recours aux cendres comme substitut au savon pour l'hygiène. Les points d'eau existants sont souvent éloignés des salles de classe, mal aménagés et insuffisamment sécurisés, tandis que les comités d'eau opèrent de manière irrégulière et disposent de capacités limitées pour assurer l'entretien et la gestion durable des infrastructures.

Bien que des messages de sensibilisation à l'hygiène soient dispensés au sein des écoles, l'insuffisance des infrastructures WASH empêche une mise en pratique effective des comportements d'hygiène recommandés, en particulier pour le lavage des mains et l'hygiène menstruelle, affectant de manière disproportionnée les filles et contribuant à l'absentéisme scolaire.

III.5.4 Accès et fréquentation scolaire

Les effectifs scolaires observés varient entre 186 et 408 élèves par établissement, avec, dans certaines écoles, une représentation majoritaire de filles¹¹. La fréquentation scolaire présente toutefois de fortes disparités géographiques et contextuelles : elle diminue significativement dans les zones fortement exposées à l'insécurité, tandis qu'elle tend à augmenter dans les établissements accueillant des populations déplacées, des communautés autochtones (pygmées) et des personnes retournées, en raison de la concentration de ces groupes autour des infrastructures scolaires encore fonctionnelles.

Les facteurs de non-fréquentation diffèrent sensiblement selon le genre, reflétant des dynamiques de vulnérabilité spécifiques.

- Pour les garçons, les principales causes identifiées incluent le vagabondage, l'exploitation économique et le travail des enfants, la pauvreté, l'incapacité à couvrir les coûts scolaires (notamment l'achat de l'uniforme), l'insécurité persistante et les risques d'enrôlement par des groupes armés locaux.
- Pour les filles, les obstacles majeurs sont les mariages précoces et forcés, la surcharge des tâches domestiques, le coût de la scolarité, l'insécurité sur les trajets vers l'école et le manque de dispositifs d'hygiène menstruelle, entraînant des absences répétées et un décrochage scolaire accru.

La fréquentation des enfants déplacés internes demeure particulièrement faible, représentant moins de 17 % des élèves par école. Ces enfants font face à des barrières multiples, notamment la stigmatisation et la discrimination, les écarts de niveau scolaire liés aux interruptions prolongées de la scolarité, ainsi que le manque de ressources pédagogiques et d'appui adapté pour faciliter leur intégration. Ces constats mettent en évidence la nécessité d'interventions ciblées et inclusives, visant à réduire les barrières à l'accès à l'éducation, à prévenir les risques de protection et à soutenir la rétention scolaire des enfants les plus vulnérables.

¹¹ Entretien avec le Sous-PROVED de Kalehe 2, novembre 2025

III.5.5 Priorités dans le secteur éducation

III.5.5.1 Besoins humanitaires critiques identifiés

L'évaluation met en évidence une déscolarisation massive et persistante des enfants. 72 % des ménages déclarent qu'au moins un enfant n'est pas scolarisé, tandis que 93 % n'ont pas été en mesure de payer les frais de scolarité au cours des six derniers mois, révélant des barrières économiques structurelles à l'accès à l'éducation. Les principales causes de non-scolarisation incluent le manque de ressources financières (87,3 %), les contraintes liées aux tâches domestiques affectant de manière disproportionnée les filles (11,1 %), ainsi que le travail rémunéré des enfants, en particulier chez les ménages déplacés (14,3 %). Ces dynamiques exposent les enfants à des risques accrus de protection et compromettent durablement leur accès à l'éducation.

III.5.5.2 Réponse humanitaire existante et couverture actuelle

Des appuis ponctuels ont été fournis à certaines écoles, notamment par l'UNICEF et des partenaires locaux tels qu'AVUDS. Toutefois, ces interventions demeurent limitées en portée et en couverture, et la majorité des établissements scolaires continue de fonctionner sans infrastructures adéquates, sans matériel pédagogique de base et dans des conditions peu propices à l'apprentissage.

III.5.5.3 Gaps identifiés et insuffisances de la réponse

Les lacunes structurelles sont importantes et concernent la dégradation avancée des bâtiments scolaires, le manque quasi total de matériel pédagogique, la surcharge des classes liée aux mouvements de population, ainsi que l'absence quasi totale de mécanismes de protection en milieu scolaire (comités non fonctionnels, peu ou pas d'interventions humanitaires dédiées, absence d'activités spécifiques en faveur des filles). Ces gaps limitent la capacité des écoles à offrir un environnement d'apprentissage sûr, inclusif et protecteur.

III.5.5.4 Conséquences humanitaires en cas d'absence d'intervention complémentaire

Sans appui additionnel, la situation risque d'entraîner une augmentation des abandons scolaires, du travail des enfants, des mariages et grossesses précoces, ainsi qu'une exposition accrue des enfants aux violences, au harcèlement et à l'exploitation, tant sur les trajets scolaires qu'au sein des établissements.

III.5.5.5 Valeur ajoutée potentielle d'un financement DG ECHO

Un financement de DG ECHO permettrait de déployer une réponse Éducation en situations d'urgence (EiE) axée sur la création de "safe learning environments", incluant :

- Des réhabilitations légères des infrastructures scolaires ;
- La fourniture de kits scolaires et de matériel pédagogique essentiel ;
- Le renforcement du WASH scolaire, y compris l'hygiène menstruelle (MHM) ;
- L'intégration de mesures de protection visant la sécurisation des trajets scolaires, la prévention des violences et l'inclusion des filles et des enfants vivant avec un handicap.

Cette approche contribuerait à améliorer l'accès, la rétention et la sécurité des enfants dans le système éducatif, en cohérence avec les priorités transversales de protection de DG ECHO.

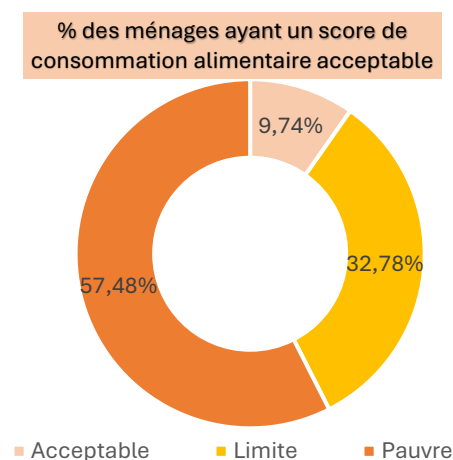
III.5.5.6 Priorités d'intervention recommandées

Les priorités opérationnelles identifiées sont :

- Améliorer les infrastructures scolaires et les conditions d'apprentissage ;
- Renforcer les services WASH en milieu scolaire (eau, assainissement, hygiène), y compris l'hygiène menstruelle ;
- Mettre en place des programmes de soutien et d'intégration ciblant les enfants déplacés et autres groupes vulnérables, afin de favoriser leur rétention scolaire et réduire les risques de protection.

III.6. Secteur de la Sécurité alimentaire et moyen d'existence

L'analyse de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence démontre une situation alarmante dans l'ensemble des aires de santé évaluées, caractérisée par une consommation alimentaire



extrêmement insuffisante. Les adultes et les enfants consomment en moyenne 1,3 à 1,4 repas par jour, avec des niveaux critiques observés à Bagana et Maibano, où les moyennes chutent entre 0,7 et 0,9 repas par jour, indiquant une déprivation alimentaire sévère et un risque élevé de détérioration nutritionnelle.

L'indice de consommation alimentaire (Food Consumption Score – FCS) confirme cette insécurité alimentaire généralisée. Une proportion significative des ménages présente une consommation pauvre ou limite, tandis que seuls 9,74 % des ménages atteignent un niveau de consommation acceptable,

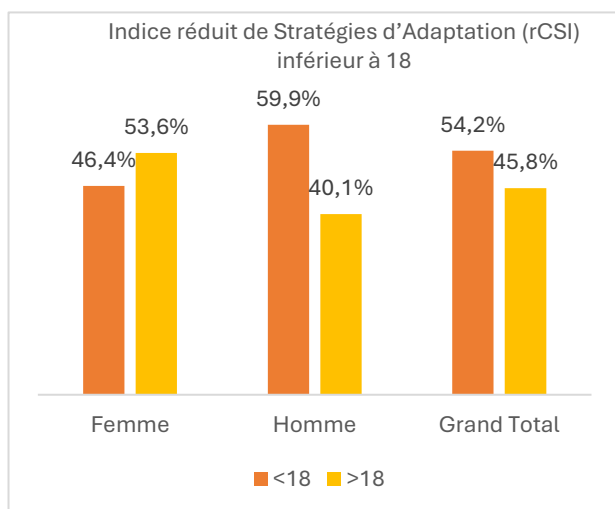
un taux nettement inférieur aux seuils de référence communément admis en contexte humanitaire. Les ménages dirigés par des femmes apparaissent légèrement plus affectés, avec 61,45 % d'entre eux classés en consommation pauvre, traduisant des vulnérabilités structurelles accrues liées au genre.

Les sources de revenus sont peu diversifiées et hautement précaires, reposant principalement sur le travail journalier (47,98 %) et l'agriculture de subsistance (41,09 %), deux moyens d'existence fortement sensibles aux chocs sécuritaires, climatiques et saisonniers. Par ailleurs, 52,97 % des ménages déclarent ne pas avoir accès à la terre cultivable, limitant significativement leur capacité de production alimentaire et leur résilience à moyen terme.

L'analyse des dépenses des ménages révèle une pression financière élevée, avec une part substantielle des ressources consacrée aux dépenses alimentaires (moyenne de 48 224 FC), à la santé (35 374 FC) et à l'éducation (25 673 FC). Ces charges, systématiquement plus élevées dans les ménages dirigés par des hommes, reflètent des stratégies d'adaptation sous contrainte, susceptibles d'entraîner des arbitrages négatifs au détriment de la qualité et de la quantité de l'alimentation, ainsi que de l'accès aux services essentiels.

Ces constats traduisent une insécurité alimentaire sévère couplée à des moyens de subsistance fragiles, justifiant des interventions humanitaires urgentes et intégrées, combinant assistance alimentaire et/ou transferts monétaires, soutien aux moyens d'existence et mesures de protection sociale, conformément aux priorités sectorielles de DG ECHO.

III.6.1 % de la population cible avec un Indice réduit de Stratégies d'adaptation (rCSI) inférieur à 18



La situation observée correspond à une vulnérabilité aiguë et généralisée, caractérisée par une faible consommation alimentaire, des revenus instables, un accès limité à la terre et une difficulté croissante à couvrir les dépenses essentielles. Ces facteurs combinés réduisent significativement la capacité des ménages à maintenir des conditions de vie minimales et à absorber les chocs successifs.

L'analyse du Reduced Coping Strategy Index (rCSI) met en évidence des disparités marquées selon le sexe du chef de ménage dans l'ensemble des aires de santé évaluées.

En effet, 53,6 % des ménages dirigés par des femmes présentent un rCSI supérieur à 18, indiquant un recours fréquent et intensifié à des stratégies d'adaptation négatives face à l'insécurité alimentaire. À titre de comparaison, 40,1 % des ménages dirigés par des hommes dépassent ce seuil. L'écart de 13,5 points observé entre les deux groupes souligne une vulnérabilité structurellement plus élevée des ménages dirigés par des femmes, qui sont davantage contraints de réduire le nombre de repas, de diminuer les portions ou de consommer des aliments moins préférés et moins nutritifs.

À l'inverse, les ménages dirigés par des hommes apparaissent relativement mieux à même de faire face à l'insécurité alimentaire, probablement en raison d'un meilleur accès aux opportunités économiques, à la terre ou aux réseaux de soutien. Ces résultats confirment la nécessité d'une approche sensible au genre dans la conception des interventions en sécurité alimentaire et moyens d'existence, afin de cibler prioritairement les ménages dirigés par des femmes et de réduire les inégalités structurelles mises en évidence.

III.6.2 % de ménages n'ayant pas recours à des stratégies d'adaptation des moyens d'existence de crise ou d'urgence (LCS).

L'analyse des stratégies d'adaptation met en évidence une situation de sévérité élevée, avec 45,8 % des ménages recourant à des stratégies d'adaptation de crise ou d'urgence, indicatrices d'une insécurité alimentaire aiguë et d'une érosion avancée des capacités de résilience.

Des disparités géographiques marquées sont observées entre les aires de santé évaluées. Les proportions de ménages adoptant des stratégies de crise ou d'urgence atteignent des niveaux extrêmement élevés à Bitobolo (84 %) et Bitale (71 %), suivies de Kachiri (56 %) et Maibano (51 %). Ces localités se distinguent comme des zones de sévérité prioritaire, où les ménages sont contraints de recourir à des mécanismes susceptibles d'aggraver durablement leur vulnérabilité et de compromettre leurs moyens d'existence.

Ces résultats soulignent la nécessité d'une intervention humanitaire immédiate et ciblée, combinant assistance alimentaire et/ou transferts monétaires, protection des moyens d'existence et mesures de réduction des stratégies d'adaptation négatives, conformément aux priorités sectorielles et aux critères de sévérité de DG ECHO.

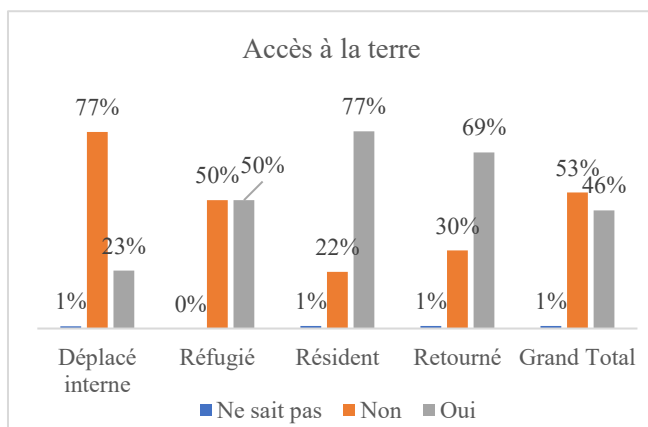
5.6.3 Cultures principales et évolution des rendements agricoles

Les systèmes de production agricole dans la zone évaluée reposent principalement sur les cultures vivrières suivantes : manioc, haricot, arachide, maïs et patate douce, complétées par des cultures maraîchères telles que l'aubergine, la tomate, le chou, l'amarante et l'oignon. Selon les services agricoles de la zone, l'introduction antérieure de variétés améliorées avait permis, avant la crise, une augmentation notable des rendements : le manioc est passé de 12 à 16 tonnes/hectare, le haricot de 600 à 800 kg/hectare, et la patate douce de 175 à 200 kg par are, tandis que l'arachide et le maïs affichaient des rendements variables compris entre 1,8 et 3 tonnes/hectare. Ces performances témoignaient d'un potentiel productif avéré et d'une dynamique de relance agricole progressive avant la détérioration du contexte sécuritaire.

Depuis février 2025, une baisse généralisée de la production agricole est observée, principalement en raison de l'insécurité persistante liée à la présence de groupes armés et aux affrontements entre les FARDC et leurs alliés contre le M23, qui restreignent fortement l'accès à la terre, en particulier pour les populations déplacées internes. Cette contrainte sécuritaire est aggravée par un manque chronique d'intrants agricoles essentiels (semences de qualité, engrais, outils), la prévalence de maladies affectant les cultures et le bétail, ainsi que la dégradation des infrastructures rurales et l'absence de technologies de transformation et de conservation.

L'ensemble de ces facteurs exerce une pression significative sur la productivité agricole, réduit les surplus commercialisables et limite l'accès aux marchés, contribuant ainsi à la fragilisation des moyens d'existence agricoles et à l'aggravation de l'insécurité alimentaire. Ces constats soulignent la nécessité d'un appui humanitaire ciblé aux moyens de subsistance agricoles, combinant sécurisation de l'accès à la terre lorsque possible, fourniture d'intrants adaptés, soutien à la production et à la transformation et renforcement des liens avec les marchés, conformément aux priorités sectorielles de DG ECHO.

III.2.4 Proportion des ménages déclarant avoir accès à la terre



Les cultures maraîchères demeurent particulièrement affectées par la faible maîtrise de techniques agricoles adaptées et par un accès fortement restreint aux terres cultivables. Cette contrainte est corroborée par les données de l'enquête ménage, qui indiquent que 53 % des ménages ne disposent d'aucun accès à la terre, une proportion nettement plus élevée parmi les personnes déplacées internes (77 %), comparativement aux ménages résidents (22 %) et aux ménages retournés (30 %). Cette

inégalité d'accès limite fortement la capacité des ménages à diversifier leur production alimentaire, en particulier pour des cultures à cycle court essentielles à la sécurité alimentaire et aux revenus.

Par ailleurs, l'analyse des entretiens avec des informateurs clés met en évidence des pertes productives récentes d'une ampleur critique. Environ 80 % du cheptel aurait été décimé en raison de l'insécurité persistante, des vols et de la prévalence de maladies animales, tandis que de nombreuses récoltes ont été perdues du fait des pillages et de l'abandon des champs par les personnes déplacées internes contraintes de fuir les zones de production.

Ces chocs cumulés affectant à la fois la production végétale et animale compromettent gravement la sécurité alimentaire des ménages, réduisent leur capacité à générer des revenus agricoles et érodent davantage des moyens d'existence déjà fragilisés, accentuant une vulnérabilité structurelle élevée dans l'ensemble de la zone évaluée. Ces constats renforcent la nécessité d'un appui humanitaire intégré aux moyens d'existence, combinant assistance immédiate, relance rapide de la production et mesures de protection des actifs, conformément aux priorités de DG ECHO.

5.6.5 Priorité en sécurité alimentaire

Besoins humanitaires critiques identifiés

L'évaluation met en évidence une insécurité alimentaire aiguë et généralisée, caractérisée par une consommation alimentaire extrêmement faible, avec une moyenne de 1,3 à 1,4 repas par jour, atteignant des niveaux critiques de 0,7 à 0,9 repas par jour dans certaines localités. Le Food Consumption Score (FCS) est sévèrement dégradé, confirmant une qualité et une diversité alimentaires insuffisantes. Les revenus des ménages sont fragiles et peu diversifiés, tandis que l'accès à la terre est fortement limité (53 % des ménages sans accès, proportion atteignant 77 % parmi les personnes déplacées internes). À cela s'ajoutent des pertes massives de cheptel et de récoltes liées à l'insécurité persistante, aux pillages et à l'abandon des champs.

5.6.5.1 Réponse humanitaire existante et couverture actuelle

La réponse actuellement décrite apparaît insuffisante et irrégulière au regard de l'ampleur des besoins. Aucune couverture continue et adéquate n'est identifiée, et les recommandations issues de l'analyse soulignent la nécessité de distributions alimentaires combinées à des transferts monétaires inconditionnels et des vouchers/coupons, afin de répondre aux besoins immédiats des ménages les plus vulnérables.

5.6.5.2 Gaps identifiés et contraintes opérationnelles

Les besoins humanitaires dépassent largement la réponse existante. Les contraintes d'accès sécuritaire, combinées aux dysfonctionnements des marchés locaux et aux difficultés d'accès aux services financiers (fermeture ou absence d'institutions de microfinance et de banques), limitent la faisabilité et la portée des interventions, en particulier celles basées exclusivement sur des transferts monétaires CASH.

5.6.5.3 Conséquences humanitaires en cas d'absence d'intervention complémentaire

En l'absence d'un appui additionnel, les ménages risquent de recourir de manière accrue à des stratégies d'adaptation négatives, telles que la vente d'actifs productifs, la réduction drastique de la consommation alimentaire, le sexe de survie et le travail des enfants, entraînant une aggravation rapide de la malnutrition et une détérioration des conditions de protection, en particulier pour les femmes, les filles et les enfants.

5.6.5.4 Valeur ajoutée potentielle d'un financement de DG ECHO

Un financement de DG ECHO permettrait de mettre en œuvre une approche flexible et contextuelle, combinant assistance alimentaire et distributions de vouchers/coupons à travers des fournisseurs locaux identifiés, sur la base de l'analyse de marché actualisée de CARE, PADEBU et AVUDS. L'intervention pourrait cibler prioritairement les ménages les plus

vulnérables, notamment les ménages dirigés par des femmes, les personnes déplacées internes sans accès à la terre et les ménages affectés par des pertes d'actifs. L'intégration de mesures de protection contribuerait à réduire les risques d'exploitation et d'abus associés aux stratégies d'adaptation négatives. La mise en place de mécanismes de référencement systématiques et du suivi de ces référencements sera garanti lors de l'action intégrée pour assurer le lien entre l'assistance alimentaire et la protection (y compris la protection des femmes et des enfants).

5.6.5.5 Priorités d'intervention recommandées

Les priorités opérationnelles identifiées sont :

- Organiser des distributions alimentaires combinées à des transferts monétaires – transferts de vouchers/coupons à travers des fournisseurs locaux identifiés, afin de répondre aux besoins alimentaires immédiats des populations vulnérables ;
- Renforcer la nutrition et l'accès à des produits alimentaires essentiels, en lien avec les services de santé et de nutrition ;
- Améliorer l'accès aux marchés locaux et à la transformation des produits agricoles, lorsque les conditions sécuritaires et économiques le permettent, afin de soutenir la reprise progressive des moyens d'existence.
- Assurer l'intégration de mesures de protection (y compris la protection des femmes et des enfants) pour réduire les risques d'exploitation et d'abus associés aux stratégies d'adaptation négatives.
- Assurer la mise en place de mécanismes de référencements systématiques et du suivi de ces référencements pour assurer le lien entre l'assistance alimentaire et la protection (y compris la protection des femmes et des enfants).

III.7 Analyse du marché

III.7.1 Analyse socio-économique et impact de la crise

La crise sécuritaire persistante, exacerbée par les affrontements opposant les groupes armés du M23 aux FARDC et à leurs alliés, a profondément fragilisé le tissu socio-économique des localités de Bunyakiri, ainsi que de l'ensemble des provinces du Sud-Kivu et du Nord-Kivu. La fermeture des institutions de microfinance et/ou des banques, combinée aux contraintes logistiques, à l'insécurité des axes commerciaux et à une pauvreté généralisée, accentue l'insécurité alimentaire et économique des ménages, en limitant l'accès aux liquidités, aux marchés et aux mécanismes de résilience financière.

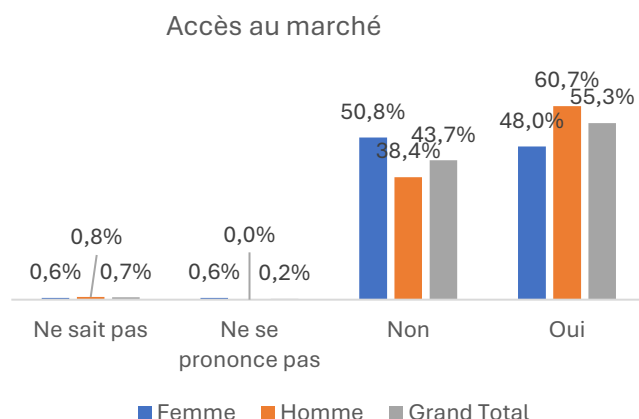
Les moyens de subsistance sont particulièrement affectés par les pillages récurrents des récoltes et du cheptel perpétrés par des hommes armés, entraînant des pertes significatives d'actifs productifs et une érosion accélérée de la capacité d'autosuffisance des ménages. Ces dynamiques contribuent à une vulnérabilité chronique, renforcée par l'impossibilité de reconstituer les actifs dans un contexte d'accès restreint au crédit et aux services financiers formels.

Les résultats de l'enquête ménage indiquent une augmentation notable de l'endettement au sein de nombreux foyers, un recours accru aux associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) comme mécanisme de survie, ainsi qu'une réduction significative du nombre de repas quotidiens. Afin de compenser la diminution de la quantité d'aliments consommés, les ménages adoptent des stratégies d'adaptation alimentaires consistant à privilégier les légumineuses, moins coûteuses et plus accessibles. Toutefois, cette stratégie se traduit par une diversité

alimentaire limitée et expose les ménages, en particulier les enfants et les femmes, à des risques accrus de carences nutritionnelles.

Ces constats soulignent l'urgence de réponses humanitaires intégrées, combinant assistance alimentaire et/ou transferts monétaires, soutien aux moyens d'existence, et mesures de protection sociale, afin de stabiliser la consommation alimentaire, réduire l'endettement négatif et prévenir l'aggravation de la malnutrition, conformément aux priorités sectorielles de DG ECHO.

III.7.2 Accès au marché



Il ressort que 55 % des ménages déclarent avoir eu accès à un marché fonctionnel situé à une distance de marche acceptable au cours des sept derniers jours, avec un écart significatif selon le genre du répondant : l'accès est plus élevé chez les hommes (61 %) que chez les femmes (48 %), traduisant des contraintes structurelles spécifiques pesant sur les femmes en matière de mobilité, de sécurité et de pouvoir économique.

Parmi les ménages n'ayant pas accédé à un marché, la contrainte financière constitue de loin le principal facteur limitant (49 %), suivie par la non-fonctionnalité des marchés (22 %), sans différence notable entre les genres pour ces deux facteurs. Lorsque d'autres raisons sont évoquées, celles-ci sont très majoritairement liées au manque de ressources financières (81 %), une contrainte davantage rapportée par les hommes (93 %) que par les femmes (72 %), ce qui peut refléter des différences de rôles économiques déclarés et de perception de la responsabilité financière au sein des ménages.

En ce qui concerne les sources d'accès à la nourriture, les résultats mettent en évidence une forte dépendance à des stratégies de survie. Le travail contre nourriture constitue la principale modalité (55 %), suivi de la production propre (50 %), cette dernière étant significativement plus élevée chez les hommes (57 %) que chez les femmes (42 %), ce qui suggère un accès inégal des femmes aux moyens de production et aux actifs productifs. Les dons de proches ou d'amis (26 %) et les achats auprès de voisins (12 %) complètent ces stratégies informelles, tandis que le recours direct au marché demeure marginal (10 %).

Les autres mécanismes d'adaptation – emprunts, petit commerce, cueillette ou assistance humanitaire – restent faiblement mobilisés, confirmant une érosion progressive des capacités d'adaptation et une dépendance accrue à des stratégies de subsistance précaires, avec un impact disproportionné sur les femmes, qui font face à des barrières cumulatives d'accès aux marchés, aux revenus et aux ressources productives.

III.7.3 Disponibilité des produits

Les entretiens avec les acteurs du marché indiquent que Bulambika constitue l'un des principaux pôles commerciaux de la zone de santé de Bunyakiri, regroupant environ 800 vendeurs et jouant un rôle économique central pour les communautés locales. Les ménages fréquentent également plusieurs autres marchés secondaires - Kambali, Kambegati, Hombo, Maibano, Bitale, Karasi, Katasomwa et Ramba - selon un calendrier hebdomadaire structuré.

Toutefois, la dégradation marquée du contexte sécuritaire et l'état extrêmement détérioré des infrastructures routières perturbent gravement le fonctionnement des marchés. L'ensemble des marchandises est acheminé par motos et vélos, ce qui engendre des ruptures fréquentes d'approvisionnement, des délais de livraison prolongés pouvant dépasser un mois, ainsi qu'une inflation soutenue directement liée à la hausse des coûts de transport. Ces contraintes affectent de manière disproportionnée les ménages les plus vulnérables, en particulier les ménages dirigés par des femmes et les ménages retournés, dont l'accès aux marchés formels est davantage restreint, les contraignant à recourir à des marchés secondaires informels, généralement plus chers et moins fournis.

Par ailleurs, la faible circulation de liquidités (cash) dans la zone limite fortement la capacité des commerçants à reconstituer leurs stocks et à absorber une éventuelle augmentation de la demande, ce qui constitue un facteur de risque majeur pour la faisabilité et l'impact d'une assistance monétaire non accompagnée.

En matière de WASH, seuls quelques produits d'hygiène essentiels - notamment le savon, les jerricans, les seaux et les serviettes hygiéniques - sont disponibles sur les marchés, en quantités très limitées et à des prix largement inabordables pour les ménages pauvres. Les contraintes sécuritaires sur les axes routiers et les difficultés d'accès physique constituent les principales barrières à l'approvisionnement régulier. De manière convergente, l'ensemble des informateurs clés recommande en priorité la réhabilitation des borbiers et des tronçons critiques de la RN3 et des routes de desserte agricole.

Concernant la sécurité alimentaire, les marchés offrent une diversité relative de produits - notamment manioc, huile de palme, haricots, viande, poisson, légumes, farine et riz - mais leur accessibilité financière demeure extrêmement limitée pour la majorité des ménages. Il est observé une hausse significative et généralisée des prix, avec des taux d'augmentation particulièrement élevés, traduisant une pression inflationniste structurelle liée aux contraintes sécuritaires, logistiques et économiques du contexte.

III.6.4 Tableau des variations de prix des produits essentiels¹²

Produit	Prix avant Fevrier 2025	Prix Novembre 2025	Variation absolue	Taux d'augmentation
Manioc (50 kg)	17 000 FC	25 000 FC	+8 000 FC	+47%
Huile de palme (20L)	40 000 FC	52 000 FC	+12 000 FC	+30%
Haricots (1,5 kg)	2 500 FC	6 000 FC	+3 500 FC	+140%

¹² FG avec les commerçants des produits alimentaires de la ZS de Bunyakiri, novembre 2025

Ces augmentations de prix affectent directement le pouvoir d'achat déjà fortement contraint des ménages, réduisant significativement leur capacité à couvrir leurs besoins alimentaires essentiels. Les ménages ne disposent ni de mécanismes de crédit formels ou informels, ni de systèmes alternatifs d'échange, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux chocs de prix et aux fluctuations du marché. La période de janvier à avril 2025, correspondant à la période de soudure, est identifiée comme la phase la plus critique, situation aggravée par l'impossibilité d'accéder aux champs en raison de l'insécurité persistante, limitant à la fois la production propre et les opportunités de revenus agricoles.

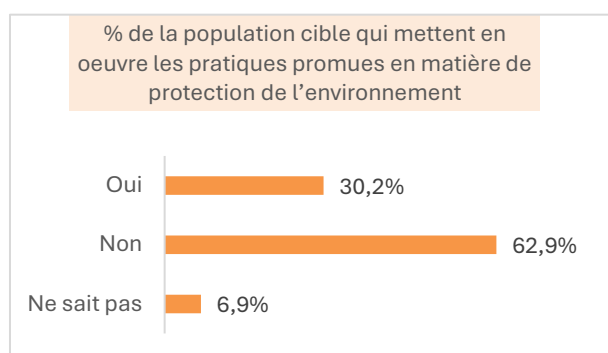
Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une assistance humanitaire en transferts monétaires et/ou en vivres apparaît indispensable afin de prévenir une détérioration rapide de la sécurité alimentaire, tout en tenant compte des contraintes de fonctionnement des marchés et des risques de protection associés.

Parallèlement, des enjeux majeurs de protection ont été identifiés. Les femmes, les enfants, les personnes vivant avec un handicap et les personnes déplacées sont exposés à des risques accrus lors des déplacements vers et depuis les marchés, en lien avec l'insécurité sur les axes routiers. Bien que la majorité des marchés demeure formellement accessible, des incidents graves ont été documentés, notamment un viol collectif signalé à Ramba/Katasomwa entre septembre et octobre 2025, renforçant les perceptions d'insécurité, en particulier chez les femmes et les adolescentes, et contribuant à une réduction volontaire de la mobilité.

La régulation des marchés est assurée par la Fédération des Entreprises du Congo (FEC) et la Division provinciale de l'Économie ; toutefois, aucune structure communautaire ou humanitaire dédiée à la protection n'est actuellement opérationnelle au niveau des marchés, créant un vide critique en matière de prévention, de référencement et de réponse aux risques de protection, notamment aux violences basées sur le genre.

Malgré ces contraintes structurelles, des opportunités économiques locales existent, en particulier dans la transformation de produits agricoles, la friperie, le petit commerce et la préparation d'aliments, secteurs présentant un fort potentiel de génération de revenus et d'autonomisation économique des femmes et des jeunes. Toutefois, la viabilité de ces activités est conditionnée à la mise en place d'appuis ciblés et intégrés, incluant des formations techniques et entrepreneuriales, un accès aux intrants et au capital de départ, ainsi qu'un accompagnement technique continu, afin de garantir leur durabilité et leur contribution effective à la résilience des ménages.

5.8 Analyse environnementale



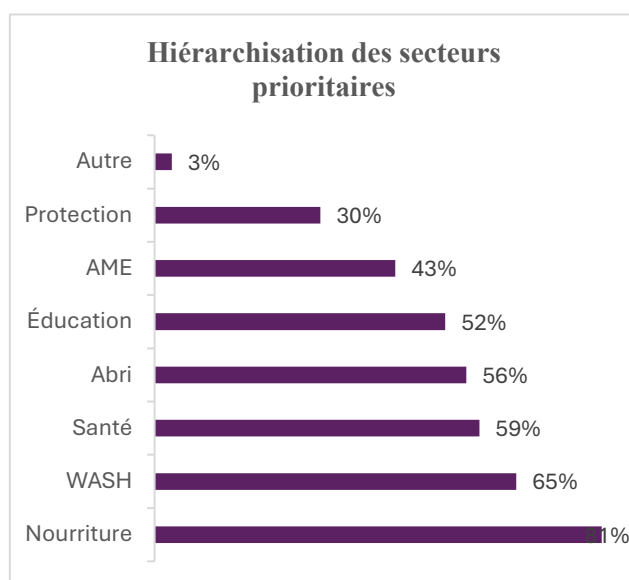
Les entretiens communautaires et les enquêtes ménages mettent en évidence une maîtrise encore limitée des pratiques environnementales promues au sein des communautés. Les pratiques les plus fréquemment citées sont la reforestation (37 %), l'agroforesterie (30 %), le tri des déchets (20 %) et la réduction de la consommation d'eau (19 %). L'analyse de genre révèle des différences marquées dans la nature des

pratiques mentionnées : les hommes citent davantage les pratiques liées aux activités agricoles et forestières, tandis que les femmes font plus souvent référence aux pratiques relevant de la gestion domestique quotidienne, notamment la gestion de l'eau et des déchets. En revanche,

l'utilisation de foyers améliorés demeure très faiblement perçue et rapportée (9 %), traduisant une diffusion encore marginale des solutions énergétiques propres et une dépendance persistante aux modes de cuisson traditionnels.

Au-delà du niveau de connaissance, la mise en œuvre effective de ces pratiques reste limitée : seuls 30 % des ménages déclarent les avoir appliquées au cours des 12 derniers mois. Cette faible adoption s'explique principalement par le manque de moyens financiers, l'insuffisance d'accès aux intrants adaptés et le déficit de formation technique, plutôt que par un rejet des pratiques elles-mêmes. Il est à noter que les femmes apparaissent légèrement plus engagées dans l'adoption de ces pratiques (35 % contre 27 % chez les hommes), malgré un accès plus restreint aux ressources productives, ce qui souligne à la fois leur rôle clé comme agentes de changement environnemental et les inégalités structurelles limitant l'impact de leur engagement.

IV. Priorisation des secteurs par les communautés



L'analyse croisée des données issues de l'enquête ménage et des Focus Groups (FG) a permis d'identifier et de hiérarchiser les besoins prioritaires des communautés, tout en mettant en évidence des différences de perception entre réponses individuelles et discussions collectives, reflétant à la fois l'urgence des besoins de survie et les déterminants structurels de la vulnérabilité.

1. Sécurité alimentaire – Priorité absolue pour les ménages

La sécurité alimentaire ressort comme le besoin le plus urgent pour 81 % des ménages, qui classent l'accès à la nourriture en tête de leurs priorités. En

revanche, les FG abordent moins directement l'aide alimentaire immédiate et mettent davantage l'accent sur des solutions structurelles, notamment la réhabilitation des routes de desserte agricole et la sécurisation de l'accès aux champs, identifiées comme des préconditions essentielles pour rétablir durablement la production agricole, l'approvisionnement des marchés et l'accès à la nourriture.

2. WASH – Priorité convergente entre ménages et FG

Le secteur WASH est classé comme priorité numéro deux par les deux sources. Soixante-cinq pour cent (65 %) des ménages l'identifient parmi leurs trois premiers besoins, tandis que les FG soulignent des déficits majeurs dans les écoles, les structures de santé et au niveau des ménages. Les résultats convergent vers la nécessité d'interventions WASH intégrées, couvrant à la fois les infrastructures communautaires, scolaires et sanitaires, ainsi que les pratiques d'hygiène.

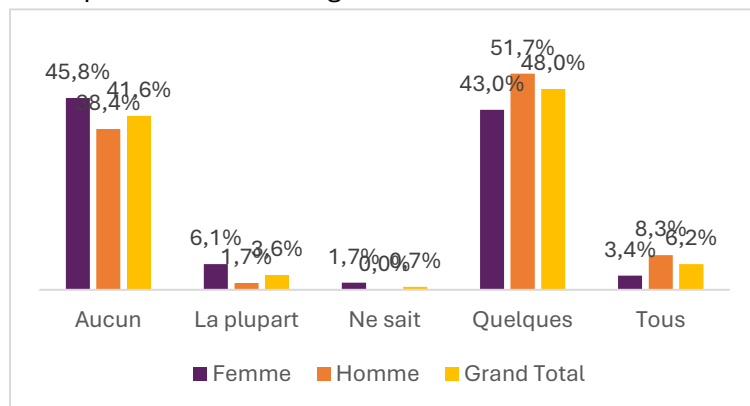
3. Santé – Besoin immédiat et structurel

La santé constitue une priorité élevée pour les ménages, et les FG approfondissent ce besoin en mettant en lumière les impacts psychosociaux du conflit sur les communautés. Les discussions insistent sur la nécessité d'améliorer l'accès géographique et financier aux soins, tout en

renforçant les capacités de prise en charge médicale et psychosociale, notamment pour les populations affectées par les violences et les déplacements.

4. Abri – Besoin critique pour les déplacés

Bien que 56 % des ménages identifient l’abri comme un besoin prioritaire, ce thème est moins



fréquemment abordé dans les FG avec les communautés résidentes, mais apparaît de manière beaucoup plus marquée dans les FG avec les personnes déplacées. Cette divergence souligne que la problématique de l’abri est particulièrement critique pour les déplacés, confrontés à un manque aigu de logements adéquats, confirmant la pertinence d’interventions ciblées

dans un contexte de déplacements répétés et massifs.

5. Éducation – Priorité modérée chez les ménages, centrale dans les Focus Groupes

Si 52 % des ménages citent l’éducation parmi leurs besoins prioritaires, les FG en font un axe majeur de discussion. Les participants soulignent la dégradation des infrastructures scolaires, le manque de matériel pédagogique, les besoins en formation des enseignants et la nécessité de sécuriser les espaces éducatifs. Le secteur éducatif apparaît ainsi comme un levier essentiel de relèvement communautaire et de protection à moyen terme.

6. Protection – Sous-déclarée dans les enquêtes, fortement mise en évidence dans les Focus Groupes

La protection est citée par seulement 30 % des ménages, mais devient un thème central dans les FG. Cet écart s’explique notamment par la normalisation de la violence, la peur ou la honte d’aborder certaines problématiques sensibles, en particulier les VBG, VS, VSLC, ainsi que par la tendance des enquêtes individuelles à prioriser les besoins de survie immédiate. Les FG révèlent ainsi des vulnérabilités plus profondes, étroitement liées à l’insécurité persistante et aux risques de protection, en particulier pour les femmes, les filles et les personnes déplacées.

7. Nécessité d’une réponse multisectorielle intégrée

Les deux sources convergent clairement vers le constat que les besoins sont fortement interconnectés et qu’aucune réponse sectorielle isolée ne permettra d’y répondre de manière adéquate. La réponse humanitaire devra donc combiner:

- Une assistance immédiate (sécurité alimentaire, WASH, santé, abri),
- Des interventions structurelles (réhabilitation des infrastructures scolaires, renforcement des mécanismes de protection, prise en charge psychosociale),
- Et des actions multisectorielles durables visant à renforcer la résilience communautaire, stabiliser les moyens de subsistance et réduire les vulnérabilités structurelles.

5.7.6 % de ménages qui déclarent être en mesure de répondre à leurs besoins fondamentaux tels qu'ils les définissent et les priorisent

Les résultats de l'enquête ménage illustrent clairement une vulnérabilité accrue des ménages dirigés par des femmes dans la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. En effet, 45,8 % des ménages à chefferie féminine déclarent ne pas être en mesure de satisfaire aucun des besoins prioritaires identifiés, tandis que seuls 3,4 % parviennent à les couvrir dans leur ensemble. Par ailleurs, 43 % de ces ménages ne réussissent à satisfaire qu'une partie des besoins, ce qui traduit une capacité très limitée à assurer un niveau de bien-être minimal depuis le début de la crise.

En comparaison, parmi les ménages dirigés par des hommes, 38,4 % déclarent ne pouvoir satisfaire aucun des besoins prioritaires, tandis qu'une proportion près de trois fois supérieure à celle des ménages dirigés par des femmes (8,3 %) parvient à couvrir l'ensemble de leurs besoins. La majorité de ces ménages (51,7 %) ne parvient toutefois à satisfaire qu'une partie des besoins prioritaires, indiquant que la vulnérabilité reste élevée, bien que moins marquée que chez les ménages à chefferie féminine. Tous types de ménages confondus, près de la moitié (48 %) ne parviennent à couvrir que quelques besoins, confirmant une détérioration généralisée des conditions de vie, avec un impact différencié selon le genre.

Cette précarité structurelle, fortement aggravée par la crise en cours, conduit les femmes chefs de ménage à recourir à des stratégies d'adaptation négatives afin de subvenir aux besoins essentiels de leurs foyers, notamment le sexe de survie, l'endettement et la vente d'actifs productifs ou domestiques, les exposant à des risques accrus de protection, en particulier aux violences basées sur le genre, à l'exploitation et à l'appauvrissement durable.

L'analyse spatiale met également en évidence des disparités significatives entre les aires de santé. Certaines présentent des proportions particulièrement élevées de ménages incapables de satisfaire leurs besoins fondamentaux, notamment Tshigoma (80,7 %), Muoma (60,6 %), Kachiri (53,3 %) et Bagana (37,1 %). À l'inverse, dans d'autres aires, la majorité des ménages parvient à couvrir seulement une partie des besoins, ce qui traduit une vulnérabilité persistante mais plus diffuse, notamment à Bitobolo (98 %), Maibano (78 %), Chiriba (67 %) et Bitale (52 %).

Ces résultats soulignent la nécessité d'interventions ciblées et sensibles au genre, combinant assistance immédiate, mesures de protection, et soutien aux moyens d'existence, avec une priorisation géographique des zones où les ménages à chefferie féminine sont les plus exposés à des vulnérabilités extrêmes.

V. Conclusion et recommandations de l'évaluation

Ce rapport d'évaluation met en évidence l'ampleur et la gravité des besoins humanitaires dans la zone de Bunyakiri, résultant d'une crise sécuritaire persistante et de déplacements massifs de population. Les communautés sont confrontées à un accès extrêmement limité aux services de santé, à une insécurité alimentaire sévère, à un environnement WASH dégradé et à des infrastructures éducatives insuffisantes, compromettant durablement les conditions de vie et les perspectives de relèvement. Les femmes, les filles et les personnes déplacées internes sont disproportionnellement affectées, en particulier du fait des violences basées sur le genre, des risques de protection et des dangers encourus lors de la recherche de ressources essentielles telles que l'eau et la nourriture. La pression exercée sur les ménages hôtes, eux-mêmes déjà vulnérables, accentue davantage la précarité généralisée.

Les besoins prioritaires identifiés concernent en premier lieu la sécurité alimentaire, suivie de l'accès à l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène, de la santé et de la protection, avec une attention particulière requise pour les groupes les plus vulnérables. Dans le secteur de l'éducation, la dégradation des infrastructures, le manque de matériel pédagogique et l'insécurité persistante entravent fortement l'apprentissage, affectant de manière disproportionnée les filles, plus exposées aux mariages précoces, à la charge domestique accrue et aux risques sécuritaires. Sur le plan économique, l'érosion des moyens d'existence contraint les ménages à recourir à des stratégies d'adaptation négatives, telles que la réduction drastique de la consommation alimentaire, la vente d'actifs productifs ou domestiques, l'endettement, voire le recours au sexe de survie, renforçant les risques de protection et d'appauvrissement chronique.

Face à cette situation, une réponse humanitaire multisectorielle, intégrée et sensible au genre s'impose afin de répondre simultanément aux besoins immédiats de survie et de renforcer la résilience communautaire. Les priorités d'intervention incluent une assistance alimentaire urgente, l'amélioration des infrastructures WASH, sanitaires et scolaires, ainsi qu'un renforcement des mécanismes de protection, en particulier pour les femmes, les enfants et les personnes déplacées. Les acteurs humanitaires actuellement présents — notamment MSF, Médecins du Monde et Caritas Congo — jouent un rôle essentiel, mais leurs interventions demeurent géographiquement limitées et leurs financements arrivent à échéance, créant un risque élevé de rupture de services essentiels.

La réussite de toute réponse dépendra donc d'un appui financier accru et rapide, d'une coordination inter-agences renforcée, ainsi que d'un accès humanitaire sécurisé et durable aux zones d'intervention. En définitive, la crise à Bunyakiri souligne l'urgence d'une action concertée, cohérente et durable, mobilisant des efforts coordonnés dans les secteurs de la sécurité alimentaire, du WASH, de la santé, de la protection et de l'éducation, tout en intégrant des investissements ciblés visant à soutenir le relèvement précoce et la résilience des communautés affectées.

6.1 Mini-grille de sévérité

Secteur	Aire de santé	Sévérité	Justification (indicateurs / constats du rapport)
WASH	Tshigoma	Très sévère	Défécation à l'air libre 90% + sources non protégées ; risque VBG/insécurité autour latrines.
WASH	Kachiri	Très sévère	Sources non protégées ; latrines jugées non sécurisées (72%).
WASH	Chiriba Bitale	Sévère	Distance/insécurité autour des sources signalées ; exposition femmes/filles.
Santé	Tshigoma	Sévère	Morbidité très élevée (IRA 97% citée), paludisme élevé ; accès global faible.
Santé	Maibano Kachiri	Sévère	Forte concentration de FEA (grossesse/allaitement) + vulnérabilités ; morbidité élevé
Protection	Tshigoma Kachiri Maibano	Très sévère	Violences et risques élevés + sous-déclaration ; 60% des survivantes ne sollicitent aucun service ; accès légal ~12% seulement.
Sécurité alimentaire	Bagana Maibano	Très sévère	Moyenne repas 0,7–0,9/jour ; FCS très dégradé (ménages femmes plus touchés).
Sécurité alimentaire	Tshigoma Muoma Kachiri	Sévère	Forte proportion de ménages incapables de satisfaire besoins fondamentaux (Tshigoma 80,7% ; Muoma 60,6% ; Kachiri 53,3%).
Éducation	Toutes AS évaluées	Sévère	72% des ménages : ≥1 enfant non scolarisé ; infrastructures et WASH scolaires sévèrement dégradés (>70% écoles).

1.2 Recommandations

1. Renforcer le système de santé dans les zones difficiles d'accès

Si l'accès aux soins de santé primaires est renforcé dans les aires les plus reculées et affectées par la crise, notamment à travers la mise en place de structures de santé mobiles ou décentralisées afin de surmonter les contraintes liées à la distance et à l'insécurité ; si le personnel de santé est formé à la prise en charge clinique des patients, des survivant(es) de VBG/VSLC ainsi qu'aux soins de santé mentale et au soutien psychosocial ; et si un approvisionnement régulier et sécurisé en médicaments essentiels et en intrants nutritionnels est assuré ; alors le système de santé local sera renforcé et plus résilient, contribuant à réduire la morbidité et la mortalité évitables, en cohérence avec les priorités du Gouvernement et des partenaires humanitaires, notamment ECHO, en matière de santé et de protection des populations affectées par les conflits dans les zones difficiles d'accès.

2. Améliorer la protection des populations vulnérables, en particulier les femmes et les jeunes

Si les actions de sensibilisation, de formation et d'engagement communautaire, y compris auprès des leaders locaux et communautaires, sur la prévention des VBG, VS, VSLC sont renforcées ;

si les mécanismes locaux de protection (comités de protection, systèmes d'alerte et de référencement) et les services d'accompagnement des survivantes sont soutenus ; et si l'accès à une prise en charge intégrée et holistique pour les survivant(es) de VBG, VS, VSLC est accru ; alors les risques de protection (y compris protection des femmes et des enfants) seront réduits, la sécurité et la dignité des femmes, des filles, des jeunes et des enfants seront renforcées, et leur exposition à des stratégies de survie négatives diminuera.

2. Améliorer l'accès à l'eau potable et les conditions d'hygiène et d'assainissement (WASH)

Si les points d'eau sont protégés, réhabilités et rapprochés des zones d'habitation, afin de réduire les risques sécuritaires et sanitaires ;

Si les communautés sont sensibilisées aux risques de la défécation à l'air libre, à l'utilisation de latrines sûres et hygiéniques, et aux bonnes pratiques d'hygiène ;

Si des latrines communautaires et familiales sont construites, en priorité pour les personnes déplacées et les ménages les plus vulnérables et ;

Si des kits d'hygiène adaptés sont distribués et accompagnés de campagnes de promotion de l'hygiène ;

Alors l'accès à l'eau potable et les conditions sanitaires seront améliorés, contribuant à la prévention des maladies hydriques et à la protection des femmes et des enfants.

4. Renforcer la sécurité alimentaire, les moyens de subsistance et la résilience économique

Si une assistance alimentaire régulière est mise en œuvre au profit des ménages les plus vulnérables, en combinant de manière appropriée distributions alimentaires et transferts monétaires – de vouchers/coupons à travers des fournisseurs locaux identifiés – selon la faisabilité des marchés ;

Si des intrants agricoles adaptés (semences, outils) sont fournis aux ménages, y compris aux personnes déplacées ayant un accès limité ou nul à la terre ; et si des activités génératrices de revenus, notamment la transformation des produits agricoles locaux, sont soutenues ;

Alors les besoins alimentaires immédiats seront couverts, les rendements agricoles améliorés, et la résilience économique et l'autosuffisance alimentaire des ménages renforcées.

4. Renforcer les mécanismes de protection de l'enfance

Si les leaders communautaires, autorités locales et autres acteurs clés sont sensibilisés à la prévention du recrutement et de l'utilisation des enfants par les groupes armés ;

Si l'accès des enfants à des services éducatifs et psychosociaux sûrs est facilité ; et si les parents et communautés sont sensibilisés aux risques des mariages précoces et autres formes de violences contre les enfants ;

Alors la protection de l'enfance sera renforcée et les enfants évolueront dans un environnement plus sûr et protecteur.

5. Renforcer l'accès à une éducation sûre, inclusive et protectrice

Si les écoles endommagées sont réhabilitées et de nouvelles infrastructures éducatives construites dans les zones affectées par les déplacements ; si les enseignants et personnels éducatifs sont formés à leurs rôles en matière de protection de l'enfance et de prévention des violences en milieu scolaire ;

Si les parents et comités scolaires sont impliqués dans la prévention des abandons scolaires et **Si** des programmes ciblés sont mis en place pour promouvoir l'accès des filles à l'éducation, lutter contre les mariages précoces, les violences à l'école et garantir une gestion de l'hygiène menstruelle adéquate ;

Alors un environnement d'apprentissage sûr, inclusif et de qualité sera assuré, contribuant au relèvement communautaire à moyen et long terme.

6. Renforcer la coordination et les partenariats humanitaires

Si la coordination inter-acteurs humanitaires actifs dans la zone de santé de Bunyakiri (MSF, MdM, CIRC, Fondation Panzi, Caritas Congo, etc.) est renforcée ; et

Si un plaidoyer conjoint est mené en faveur d'un financement accru dans les secteurs clés (santé, protection, WASH, sécurité alimentaire, éducation) ;

Alors la réponse humanitaire gagnera en cohérence, complémentarité et efficacité, permettant une couverture plus équitable et intégrée des besoins des populations affectées.

VI. Annexe

