# Rapport final d'évaluation - UniRR

**uiRAPPORT FINAL EVALUATION RAPIDE MULTISECTORIELLE EXPLO-ACTION DANS LES AIRES DE SANTE BAFWAMBAYA ET BAFWABANGO DANS LA ZONE DE SANTE DE NIANIA DU 30/08/2026 au 05/09/2026**
**Ehtools : 6348**

| | |
|---|---|
| **Période évaluée en semaines :** | 4 semaines |
| **Date de début de prise de données :** | Du 01/09 au 05 /09/2026 |

| Secteur | Informations | Sévérité |
|---|---|---|
| Santé | ✓ TMB = 7,31 décès pour 10 000 personnes par jour ;<br>Décès liés aux maladies : 100 % soit 18 décès : du 1er au 31 Aout 2026<br>✓ TMIJ = 1,59 décès pour 10 000 personnes par jour.<br>Pour les enfants, le décès lié à la maladie : 100% soit 1 décès : du 1er au 31 Aout 2026<br>✓ Taux d'utilisation des services curatifs global : 7,24 % ; (CS Bafwabango : 9,9%, CS Bafwambaya : 2,9 %,).<br>✓ Taux de Morbidité globale dans les AS : Palu 10,50 %, IRA 11,73 %, diarrhées 8,64 % et autres 69,14 %.<br>✓ Taux de vaccination RR en échantillon 65 %, en structure : 0,00 % ; (CS Bafwabango : 0,00 %, CS Bafwambaya : 0,00%,).<br>✓ Taux d'utilisation de service de la CPN1 globale : 6,44% ; (CS Bafwabango : 6,93 %, CS Bafwambaya : 5,64%,). ; CPN4 globale : 3,58 % ; (CS Bafwabango : 4,62 %, CS Bafwambaya : 1,88%,).<br>✓ Taux d'accouchement global : 3,95 % ; (CS Bawabango : 4,96 %, CS Bafwambaya : 2,94 %,).<br>✓ Les deux structures ne sont pas appuyées en SSP, mais appuyées dans la prise en charge de la malnutrition (MAS et MAM) par SCD (Social Developpement Center). | |
| Nutrition | ✓ Total enfants avec MAS = 4 cas sur 126 enfants screenés soit une proportion de 3,17 %. (Du 1er au 31 Aout 2026) ;<br>✓ Total enfants avec MAM = 6 cas sur 126 enfants screenés soit une proportion de 4,76 % | |
| Sécal | ✓ 37,6 % des ménages enquêtés consomment 1 repas par jour | |
| AME/Abris | ✓ 43 % des ménages ne possèdent pas des NFI en quantité suffisante ;<br>✓ 25 % des ménages enquêtés n'ont pas d'abris adéquats. | |
| Hygiène, accès à l'eau | Accès à l'eau limité : 83,80 % des ménages accèdent à l'eau en quantité insuffisante ;<br>✓ 11,51% des ménages accèdent à l'eau des sources ;<br>✓ 21,58 % des ménages accèdent à l'eau de pompe ;<br>✓ 42,45 % des ménages accèdent au réseau public ;<br>✓ 24,46 % utilisent l'eau surfacique.<br>Un besoin criant en approvisionnement en eau potable est observé dans la zone. Certains répondants utilisent l'eau surfacique par manque des sources aménagées dans les villages enquêtés et manque de moyens pour acheter de l'eau de forage des privés dont 1 bidon coûte 500Fc. L'Aire de Santé de Bafwambaya possède une seule source d'eau aménagée ; tandis que celle de Bafwabango en a 3 en état de délabrement. La carence en Eau potable est une problématique très préoccupante<br><br>**Accès aux infrastructures d'hygiène et d'assainissement** : L'accès aux infrastructures d'hygiène et d'assainissement dans les aires de santé de Bafwabango et Bafwambaya reste très limité. L'évaluation réalisée indique que 68,3 % des ménages utilisent des latrines non hygiéniques, 18,3 % ne disposent d'aucun accès aux latrines, tandis que seulement 13,4 % des ménages bénéficient d'installations sanitaires adéquates. Par ailleurs, de nombreuses latrines ont été détruites en raison de rumeurs faisant état de contaminations liées au virus Ebola, ce qui a poussé les habitants à privilégier des pratiques alternatives, comme défèquer dans des pots et jeter les déchets dans les rivières, trous des latrines détruites ou dans la brousse. Ces comportements augmentent le risque de contamination au sein de la population de ces villages. En examinant les parcelles, il est constaté que sur 10 d'entre elles, 3 à 4 ne possèdent qu'une seule latrine non hygiénique, dépourvue de trou à ordures. Les conditions d'hygiène et d'assainissement observées dans les villages étudiés sont donc | |

| | | |
|---|---|---|
| | préoccupantes. | |
| Protection | L'absence de Kits de Post-Exposition (PEP) dans les structures sanitaires empêche une prise en charge adéquate des victimes de violences sexuelles. De plus, la tragédie de l'épidémie actuelle engendre une forte méfiance au sein de la population, qui utilise très peu les services de soin en raison des perceptions négatives associées au risque de contamination par le virus Ebola. En conséquence, de nombreux habitants recourent à l'automédication et les traitements traditionnels, ce qui expose à de sérieux risques d'intoxication ou d'effets néfastes, contribuant ainsi à la résistance aux maladies et à la mort.<br>Nous observons également la présence de plusieurs maisons de tolérance dans les deux aires de santé. Certaines jeunes filles y sont engagées, notamment dans des hôtels, pour gagner leur vie en attirant des hommes vers la prostitution. Il convient de signaler que ces jeunes filles consomment également des substances psychoactives, les mettant ainsi en danger. Les maisons de tolérance représentent un risque d'exploitation par des proxénètes et renforcent un cycle de vulnérabilité. Cette situation est exacerbée par la pauvreté des ménages, l'absence de soutien parental (surtout pour les orphelines), l'instabilité au sein des familles et l'influence de facteurs environnementaux négatifs.<br>Par ailleurs, l'attrait pour le creusage artisanal de l'or entraîne un taux élevé d'abandons scolaires parmi les jeunes. Enfin, il est préoccupant de constater l'absence quasi-totale d'enregistrements des enfants à l'état civil, ce qui complique davantage leur accès aux droits. | |
| Education | Dans les deux aires de santé évaluées, Bafwambaya et Bafwabango, environ 40,94 % des enfants âgés de 6 à 17 ans, soit 5 154 enfants sur un total de 12 589 en âge scolaire, ne sont pas scolarisés ou soit ont interrompu leur scolarité au cours de l'année 2025-2026.<br>À l'heure actuelle, la majorité des enfants n'a pas encore repris le chemin de l'école. Certains parents expriment leur inquiétude face au risque de contamination, tandis que d'autres signalent qu'ils ne disposent pas des ressources financières nécessaires pour acheter les fournitures scolaires de leurs enfants.<br>L'aire de santé de Bafwambaya comprend six écoles primaires, tandis que celle de Bafwabango en compte douze. Selon les directeurs de ces établissements, l'année scolaire a été officiellement déclarée ouverte. Cependant, les écoles manquent d'équipements essentiels pour mettre en œuvre les mesures barrières contre la maladie à virus Ebola (MVE), comme des dispositifs de lavage des mains, du savon, de l'eau de qualité et en quantité suffisante ainsi que des thermomètres.<br>De plus, d'autres besoins cruciaux ont été identifiés, notamment des manuels scolaires, du matériel didactique, des latrines hygiéniques séparées pour les filles et les garçons, ainsi que des points d'eau potable situés à proximité des établissements scolaires. | |

## I. Objectifs de l'évaluation :

**Général :**

Décrire la situation sanitaire et d'accès aux besoins fondamentaux afin de confirmer les besoins par rapport aux prérogatives du programme UniRR afin d'envisager la mise en œuvre rapide d'une réponse/assistance et d'informer la communauté humanitaire sur le caractère d'urgence de la situation.

**Spécifiques :**

- Faire une revue et analyse des principaux paramètres d'urgence sanitaire et des besoins fondamentaux ;
- Compléter les éléments de contexte liés à la situation de crise ;
- Prendre contact avec les autorités locales, milieux associatifs et représentations des déplacés ;
- Transmettre toutes les informations nécessaires à la préparation de l'intervention (notamment les aspects logistiques) ;
- Procéder à la localisation des zones de concentration des déplacés dans les entités en vue de constituer une base de données capable de faciliter toute intervention d'assistance en faveur de ceux-ci ;
- Partager les informations préliminaires aux sections Unicef afin d'envisager des réponses complémentaires en Santé.

1. Présentation des civilités auprès des autorités locales ;
2. Contact avec les autres acteurs présents dans la zone et réunion communautaire avec les différentes couches de la population ;
3. Sélection des prestataires et briefing sur les enquêtes ménages suivant l'échantillon préalablement obtenu, réalisation du screening des enfants de 6-59 mois et organisation des focus groups ;
4. Collecte de données santé et nutrition au niveau des structures sanitaires et visites des infrastructures (écoles, sources d'eau et marchés),
5. Compilation et traitement des données, rapport intermédiaire évaluation, restitution des résultats obtenus, rapport final évaluation.

**Zone circonscrite :** Les activités de l'ERM se sont déroulées dans les aires de Bafwambaya et, Bafwabango de la ZS de Niania.

**Echantillonnage** : Utilisation du Survey monkey portant l'équation : nh = (84,5) (1 − r) /(r) (p) avec le niveau de confiance de 95% et d'une marge d'erreur de 8% sur une population de 12111 ménages soit 72665 personnes hôtes.

**II. Méthode :**

1. Présentation des civilités auprès des autorités locales ;
2. Contact avec les autres acteurs présents dans la zone et réunion communautaire avec les différentes couches de la population ;
3. Sélection des prestataires et briefing sur les enquêtes ménages suivant l'échantillon préalablement obtenu, réalisation du screening des enfants de 6-59 mois et organisation des focus groups ;
4. Collecte de données santé et nutrition au niveau des structures sanitaires (du 1er au 31 Aout 2026) et visites des infrastructures (écoles, sources d'eau et marchés),
5. Enquêtes ménages dans les villages des aires de santé Bafwambaya et Bafwabango, du 02 au 4 Septembre 2026.
6. Compilation et traitement des données, rapport intermédiaire évaluation, restitution des résultats obtenus, rapport final évaluation.

**III. Le contexte de la zone :**

1. **Accès physique et sécuritaire**

L'équipe a emprunté l'axe Bunia – Mambasa – Niania. Des villages fantômes sont observés le long du tronçon Mambasa–Niania. Toutefois, certains ménages commencent à regagner timidement cette zone.
Quelques points de lavage des mains et de contrôle de la température sont installés le long de l'axe Bunia–Niania. Deux postes de péage sont signalés : le premier à Bunia, au tarif de 12 USD par véhicule, et le second à Lolwa, au tarif de 7 USD.
La zone demeure relativement calme et est sécurisée par les FARDC, l'UPDF, la PNC, la MONUSCO et l'ANR. Toutefois, des opérations militaires sont actuellement menées contre les ADF par les FARDC, en coalition avec l'UPDF, dans le territoire de Mambasa.
Afin de faciliter l'accès aux villages ciblés pour la réalisation des enquêtes auprès des ménages, les chefs des différents villages ont été sensibilisés par les chefs des groupements de Bafwambaya (PK47) et de Ngayu (PK51) à assurer la protection des agents du PPSSP et des relais communautaires qui les accompagnent. Cette mesure se justifie par la psychose qui persiste au sein de la communauté à la suite de l'épidémie de MVE.
Les principales radios écoutées par la population sont les radios Maendeleo, Mwangaza, Candip de Bunia et Okapi. Deux réseaux de téléphonie mobile sont disponibles dans la zone : Vodacom et Airtel.

2. **Déplacements récents de population**

La présence de personnes déplacées internes (PDI) est signalée. Ces déplacements se sont effectués en deux principales vagues.

- ✓ La première vague, survenue au début du mois d'avril, fait suite aux attaques attribuées aux ADF dans les villages de Babesua, Muchacha et Bafwakowa (PK40).
- ✓ La deuxième vague, toujours en cours, a commencé en Aout et en août. Les personnes déplacées proviennent notamment de Wamba, Betongwe, Sesele, Makinga, Sondo et Mungbere, en raison des mêmes menaces liées aux attaques des ADF.

Un total de 452 ménages déplacés à Bafwambaya et 865 ménages déplacés à Bafwabango ont été estimés, d'après les informations partagées lors de différentes réunions communautaires. Ces personnes résident principalement chez des familles d'accueil. Par ailleurs, il existe également quelques familles pygmées dans les villages de Kengbe et Mudyaboyi, dont le nombre est estimé à 35 ménages.

# Rapport final d'évaluation - UniRR

**Les besoins prioritaires exprimés** par les participants aux réunions communautaires et aux groupes de discussion sont les suivants : **santé, eau, hygiène et assainissement (EHA/WASH) et sécurité alimentaire**.

.

3. **Conditions de vie et accès aux services de base** :

a) **Protection :**

L'accès aux soins de santé est devenu difficile en raison de la réticence des communautés à fréquenter les structures sanitaires. Le contexte lié à l'épidémie de MVE a renforcé la méfiance de la population à l'égard des structures et du personnel de santé. Les survivantes de violences sexuelles ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge dans les 72 heures suivant l'incident du fait que cette prise en charge est compromise par la rupture des kits de prophylaxie post-exposition (PEP), confirmée par le médecin chef de zone (MCZ) dans les aires de santé évaluées. Par conséquent, la population recoure à l'automédication. La présence des jeunes filles et femmes dans les réseaux de prostitution, notamment dans les maisons de tolérance et hôtels, est signalée par les participants pendant la réunion communautaire et les focus groups. Dans le village d'Abasina, deux cas de viol visant deux femmes qui se rendaient aux champs ont été signalés au mois d'Aout 2026. Selon les participants, bien que les cas de violences sexuelles soient nombreux dans la zone, d'autres formes de violences basées sur le genre (VBG) sont également observées, notamment les mariages précoces, la privation de ressources et les violences psychologiques.
Cette situation s'explique principalement par la pauvreté des ménages, l'absence de soutien parental, notamment pour les orphelines, les instabilités familiales et l'influence de pairs ou de réseaux négatifs.
L'attrait pour l'exploitation artisanale de l'or contribue à une augmentation importante des abandons scolaires chez les jeunes. Une consommation accrue de substances psychoactives est également observée chez les filles et les garçons.
Par ailleurs, l'enregistrement des enfants auprès des services de l'état civil demeure quasi inexistant dans l'ensemble des ménages des localités évaluées. Des changements de comportement au sein des ménages ont également été constatés.

.

**b) Situation sanitaire et nutritionnelle :**

Les résultats de l'enquête révèlent une situation sanitaire préoccupante dans les deux aires de santé évaluées. Le taux brut de mortalité (TBM) issu de l'échantillon est estimé à **7,31 décès pour 10 000 personnes par jour**, tandis que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMJ5) atteint **1,59 décès pour 10 000 enfants par jour**.
Selon la collecte de décès communautaires, **15 décès** ont été enregistrés dans les villages au cours du mois d'Aout 2026, dont **10 liés à des maladies** et **5 à des actes de violence**. Bien qu'aucun décès maternel n'ait été signalé, **trois accouchements à domicile** ont été recensés durant la même période, témoignant des difficultés d'accès aux services de santé pour une partie de la population. Les résultats des indicateurs ci-dessus dépassent largement les seuils d'urgence habituellement utilisés dans les contextes humanitaires et témoignent d'une situation sanitaire critique nécessitant une réponse urgente.
Outre cela, les données relatives aux activités vaccinales indiquent une couverture contre la rougeole de 65 % selon les enquêtes, alors que la couverture des structures est à 0 %. Cette situation s'explique par l'interruption du Programme élargi de vaccination (PEV) et par les craintes de la population concernant la mauvaise perception de la MVE, qui soupçonne le personnel soignant d'être à l'origine de cette épidémie. En conséquence, un nombre croissant d'enfants reste non vacciné, ce qui augmente considérablement le risque d'épidémies de rougeole.

Sur le plan nutritionnel, le partenaire **SDC** assure la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) et de malnutrition aiguë modérée (MAM) dans les deux aires de santé. Cette intervention pourrait expliquer la faible proportion d'enfants malnutris observée lors des enquêtes ménages. Cependant, dans un contexte de crise, Les taux observés (MAS : 3,17 % ; MAM : 4,76 %.), demeurent modérés, mais nécessitent une surveillance renforcée compte tenu de la dégradation des conditions alimentaires. La présence du PAM dans la zone, à travers son partenaire AIDES, est salutaire pour cette population.

Par ailleurs, la revue documentaire réalisée dans les structures sanitaires met en évidence une forte diminution de l'utilisation des services de santé depuis l'apparition des premiers cas positifs de maladie à virus Ebola (MVE) dans la zone.

- ✓ Au **CS de Bafwabango**, les consultations curatives sont passées de **401 en mai 2026 à 130** au cours des quatre dernières semaines. Les accouchements ont diminué de **18 à 7**, les consultations prénatales de première visite (CPN1) de **31 à 6**, et les consultations prénatales de quatrième visite (CPN4) de **9 à 4**.
- ✓ Au **CS de Bafwambaya**, les consultations curatives sont passées de **95 en mai à 30 en Aout 2026**. Le nombre d'accouchements est resté stable à **4 cas**, tandis que neuf consultations prénatales de première visite (CPN1) ont été enregistrées en mai. Les données relatives aux CPN4 n'étaient pas disponibles. Globalement, les données traduisent une baisse d'environ **deux tiers de la fréquentation des services de santé** depuis l'apparition de l'épidémie de MVE.

**Observations et contraintes identifiées**
Les enquêtes ménages montrent que la majorité des répondants envisageraient de fréquenter les centres de santé de **Bafwambaya** et **Bafwabango** dès la mise en œuvre de la gratuité des soins. Toutefois, plusieurs obstacles continuent de limiter

le recours aux structures sanitaires.
La population privilégie actuellement l'automédication et les traitements traditionnels, en partie en raison de la peur associée à la maladie à virus Ebola. Cette situation est aggravée par les faibles capacités financières des ménages, qui réduisent davantage leur accès aux soins.
L'évaluation a également mis en évidence plusieurs difficultés affectant le fonctionnement des structures sanitaires :

- Insuffisance de médicaments essentiels ;
- Manque d'équipements médicaux et de matériel de fonctionnement ;
- Difficultés de transfert des cas compliqués, particulièrement la nuit ;
- Orientation fréquente des patients vers des structures privées à la suite de l'incendie du Centre de Santé de Référence (CSR) de Juhudi ;
- Existence de pharmacies et de structures sanitaires privées administrant illégalement des soins, notamment des injections et des perfusions.

Une autre contrainte majeure concerne le **Centre de Santé de Bafwambaya**, où un Centre de Traitement Ebola (CTE) est installé dans l'enceinte de la structure. La proximité immédiate entre le CTE, la maternité et les services de consultation suscite des inquiétudes au sein de la communauté et pourrait décourager davantage le recours aux soins.

**Observations et recommandations des autorités sanitaires**

Dans le cadre de l'intervention de gratuité des soins, le Bureau Central de la Zone (BCZ) a retenu les centres de santé de **Bafwambaya** et de **Bafwabango** comme structures bénéficiaires. Cependant, les autorités sanitaires soulignent que l'absence d'une structure de référence fonctionnelle pour la prise en charge des cas compliqués constitue un défi majeur depuis l'incendie du CSR de Juhudi en juin 2026.
Pour répondre à cette contrainte, le Médecin Chef de Zone recommande que le CS de Bafwambaya assure provisoirement le rôle de structure de référence pour les deux aires de santé concernées. À cet effet :

- Un médecin sera affecté au CS de Bafwambaya pour renforcer les capacités de prise en charge ;
- Certains infirmiers anciennement affectés au CSR de Juhudi pourraient y être redéployés ;
- Des tentes devront être installées afin d'augmenter la capacité d'accueil des patients référés ;
- Un kit logistique complet comprenant des lits, matelas et literies devra être mis à disposition pour rendre opérationnelle cette structure de second niveau.

Les leaders des groupements de Bafwambaya et Bafwabango se sont également engagés à soutenir les initiatives de mobilisation et de sensibilisation au sein de la communauté, dans le but de restaurer la confiance de la population envers les services de santé et d'encourager l'accès aux soins gratuits proposés dans le cadre de l'intervention UniRR. Dans cette optique, PPSSP/UNIRR a mis en place un paquet de services de santé afin d'assurer la gratuité des soins pour tous dans les deux établissements de santé pendant une période de deux mois, en attendant qu'un nouvel acteur prenne le relais.

**c) Sécurité alimentaire :**

Les ménages, en particulier les personnes déplacées internes (PDI), ne consomment en moyenne que deux repas par jour. Ces repas sont monotones et en majorité sans huile (foufou de manioc + pondu) ; ce qui traduit une situation préoccupante d'insécurité alimentaire et de vulnérabilité accrue.
En raison de l'insécurité persistante dans leurs villages de provenance, les PDI ne peuvent pas accéder à leurs champs. Ils ont ainsi perdu leurs principales sources de nourriture et de revenus agricoles. Par ailleurs, la hausse significative des prix des denrées alimentaires sur les marchés locaux réduit considérablement leur pouvoir d'achat et limite leur capacité à couvrir leurs besoins alimentaires essentiels.
Pour faire face à cette situation, les ménages déplacés recourent à des stratégies de survie, notamment la réalisation de travaux journaliers faiblement rémunérés, tels que le puisage d'eau, le transport de sable dans les carrières minières ou encore le lavage de vêtements auprès de familles plus aisées. Toutefois, ces activités occasionnelles et précaires génèrent des revenus très limités, insuffisants pour répondre aux besoins fondamentaux des ménages, notamment en matière d'alimentation, de santé et d'éducation.
Au regard de ces difficultés, une intervention humanitaire urgente est nécessaire afin de prévenir une dégradation supplémentaire de la situation. Il est recommandé de mettre en place une assistance alimentaire ciblée, sous forme de distributions de vivres, afin de garantir un accès minimal à la nourriture. En complément, une assistance en espèces (cash) permettrait aux ménages de répondre de manière flexible à leurs besoins prioritaires, tout en soutenant les marchés locaux, lorsque ceux-ci restent fonctionnels et accessibles.
Une combinaison d'assistance en vivres et en transferts monétaires, accompagnée d'un suivi régulier de la situation des marchés et des prix, contribuerait à réduire les stratégies d'adaptation négatives et à renforcer la capacité des ménages à faire face à la crise.
.

**d) Eau, hygiène, assainissement et prévention et contrôle des infections (PCI)**

La situation en matière d'**eau, d'hygiène et d'assainissement (WASH)** demeure préoccupante dans la zone évaluée, avec un accès limité à une eau potable en quantité suffisante et des infrastructures sanitaires insuffisantes ou dégradées. Cette vulnérabilité est particulièrement préoccupante dans le contexte actuel de **maladie à virus Ebola (MVE)**, où la disponibilité de l'eau, les conditions d'hygiène, l'assainissement et l'application effective des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) constituent des éléments essentiels pour réduire les risques de transmission.
Dans la zone, il n'existe généralement pas de sources d'eau aménagées en bon état. Deux anciennes sources construites par PPSSP ont d'ailleurs été détruites. L'eau provenant de ces sources est insalubre et expose les habitants à des maladies d'origine hydrique. En conséquence, de nombreux ménages doivent s'approvisionner en eau de surface, en raison du manque de points d'eau aménagés et d'accès à l'eau de forage. S'agissant de ceux qui ont la possibilité de payer l'eau chez les particuliers, le prix d'un bidon d'eau de forage, s'élève à 500 FC. Cette situation limite encore plus l'accès à une eau potable. Par ailleurs, la peur de la contamination par le virus Ebola a poussé certains ménages à abandonner l'utilisation de latrines, choisissant plutôt de déféquer dans des pots avant de jeter les déchets dans les rivières ou en pleine nature. Ainsi, sur 10 ménages, seuls 3 ou 4 disposent d'une latrine, souvent mal entretenue. Avec la croissance démographique dans les zones concernées, l'accès à l'eau potable devient une préoccupation de plus en plus pressante. Il est donc urgent de garantir un approvisionnement en eau potable et de sensibiliser sur la construction et l'utilisation de latrines hygiéniques.

Vu ce qui précède, le besoin urgent d'approvisionnement en eau potable dans cette zone est très prononcé. A cela s'ajoute le renforcement de la sensibilisation sur la construction et l'utilisation des latrines hygiéniques. Dans la zone, plusieurs sources potentielles pouvant être aménagées sont disponibles. Les matériaux de construction pour les latrines traditionnelles sont disponibles localement (arbres, feuilles de brousses, …), cependant, la majorité de ménages manquent les outils de creusage.
En ce qui concerne le contexte de la MVE, une minorité de ménages ayant la conscience de l'existence de cette épidémie respecte les mesures barrières ; tandis que les autres ne respectent pas. Cette attitude leur expose à la contamination.

**e) AME/Abris :**

Les enquêtes menées auprès des ménages affectés mettent en évidence une dégradation importante des conditions de vie des populations déplacées et des familles d'accueil, caractérisée notamment par l'insuffisance des articles ménagers essentiels et la précarité des conditions d'hébergement.
Sur le plan des articles ménagers essentiels (AME/NFI), les données recueillies lors des enquêtes ménages indiquent que 43 % des ménages ne disposent pas d'une quantité suffisante d'articles non alimentaires essentiels. Cette situation s'explique principalement par les conditions de déplacement, plusieurs ménages rapportant avoir abandonné ou perdu leurs biens lors de leur fuite. Les familles déplacées se retrouvent ainsi sans équipements de base nécessaires à la préparation et à la conservation des aliments, au stockage de l'eau, ainsi qu'aux besoins quotidiens du ménage. En conséquence, elles dépendent largement de la solidarité des familles d'accueil, lesquelles partagent leurs propres biens malgré des ressources limitées. Cette situation contribue à accroître la vulnérabilité des ménages hôtes et déplacés et justifie une intervention en AME/NFI afin de restaurer un niveau minimal de dignité et d'autonomie des ménages affectés.
Concernant les abris, les enquêtes révèlent que 25 % des ménages ne disposent pas d'un abri adéquat. Plusieurs ménages déplacés sont contraints de dormir dans les espaces communs, notamment dans les salons des familles d'accueil, entraînant une forte promiscuité et une insuffisance d'espace pour assurer des conditions minimales d'intimité et de protection. Par ailleurs, une proportion importante des abris existants est constituée de bâches de mauvaise qualité ou de matériaux locaux tels que la paille et les feuilles de brousse. Ces abris offrent une protection limitée contre la pluie, le vent et les autres intempéries, exposant particulièrement les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes vulnérables. Ces éléments constituent des indices justifiant la mise à disposition de kits d'abris d'urgence, notamment des bâches et des équipements permettant aux ménages de renforcer ou d'améliorer leurs abris.
Enfin, le taux de morbidité global des IRA (infections respiratoires aigües) enregistré dans les aires de santé (10,50%), constitue un élément supplémentaire de préoccupation. Bien que la morbidité ne puisse être attribuée exclusivement aux mauvaises conditions d'abri, ce niveau de morbidité, associé aux déficits observés dans les ménages, souligne la nécessité de renforcer les mesures préventives visant à réduire l'exposition des populations aux risques environnementaux (intempéries).

Au regard de l'ensemble de ces éléments, notamment l'insuffisance des AME/NFI (43 % des ménages), l'absence d'abri adéquat pour 25 % des ménages, la précarité des matériaux de couverture, la promiscuité dans les familles d'accueil, ainsi que le taux de morbidité global de 11,72 %, une intervention multisectorielle apparaît nécessaire. Il est ainsi recommandé de mettre en œuvre une réponse comprenant la distribution d'articles ménagers essentiels (AME/NFI), de kits WASH d'urgence, de kits d'abris d'urgence et d'outils aratoires, accompagnée de séances de sensibilisation sur l'utilisation appropriée des articles distribués.

f) **Education :**

Dans le secteur de l'éducation, la zone évaluée compte 21 écoles primaires, dont 7 dans le groupement de Bafwambaya (PK 47) et 14 dans le groupement de Ngayu (PK 51).
Selon les résultats de l'évaluation, un grand nombre d'enfants ne sont pas encore en mesure de reprendre le chemin de l'école pour l'année scolaire 2026-2027. Certains ménages craignent une éventuelle contamination, tandis que d'autres sont confrontés à des difficultés financières qui les empêchent de se procurer les fournitures scolaires nécessaires. Cet abandon s'est accentué pendant la déclaration de la MVE dans la zone. À titre indicatif, au cours de l'année scolaire 2025-2026, les sept écoles primaires du groupement de Bafwambaya comptaient un total de 2 859 élèves inscrits en début d'année. À la fin de l'année scolaire, 508 élèves avaient abandonné leur scolarité, soit un taux d'abandon de 17,78 %. La situation se présentait comme suit : EP Faila : 620 élèves inscrits, dont 482 ont achevé l'année scolaire ; EP 2 Bafwambaya : 571 élèves inscrits, dont 483 ont achevé l'année scolaire ; EP Sinyama : 178 élèves inscrits, dont 22 abandons ; EP Bugumba : 460 élèves inscrits, dont 64 abandons ; EP Bafwambaya : 851 élèves inscrits, dont 95 abandons ; EP Masange : 271 élèves inscrits, dont 55 abandons ; EP Sebaido : 350 élèves inscrits, dont 100 abandons. Une situation similaire est observée dans les écoles primaires du groupement Ngayu, au PK 51. Les établissements recensés sont les suivants : EP Maman Fayla, EP Bafwambaya, EP Bugumba, EP Masange, EP Sinyama, EP Sebaido, EP 2 Bafwambaya, EP Mungaki, EP Tambanakumange, EP Banasungwa, Complexe scolaire Mon Beau Village, EP Ndaka, EP CECA 20, EP Waule, EP Salama, EP CBCA, EP Punyunyu, EP Uwezo, CS Kasongo, CS Mes Œuvres et CS Bafwabango.
Par ailleurs, ces établissements souffrent d'un manque d'équipements essentiels, notamment de dispositifs fonctionnels de lavage des mains, de thermomètres, ainsi que de la carence avérée de manuels scolaires et de matériel didactique. Aucun point d'eau fonctionnel n'est disponible à proximité des écoles, ce qui compromet davantage le respect des mesures d'hygiène.

Afin d'améliorer la sécurité, la dignité et le bien-être des élèves, il est indispensable d'aménager des latrines séparées pour les filles et les garçons, ainsi que des points d'eau à proximité des établissements scolaires. En outre, certains responsables d'écoles sont actuellement en déplacement dans le cadre de la réponse à la maladie à virus Ebola, ce qui rend difficile la collecte d'informations détaillées et actualisées sur la situation scolaire.
Face à ces défis, une action coordonnée et urgente est nécessaire pour garantir la continuité de l'éducation, renforcer les mesures d'hygiène et de protection dans les écoles, améliorer l'accès à l'eau potable et soutenir les enfants ainsi que leurs familles.

**g) Présence des acteurs humanitaires et complémentarité des interventions dans la zone**

La zone évaluée bénéficie de la présence de quelques acteurs humanitaires et partenaires intervenant dans les secteurs de la santé, la nutrition, la sécurité alimentaire et la lutte contre les épidémies**.** Cette diversité d'interventions constitue une opportunité pour renforcer la complémentarité des réponses et éviter les chevauchements dans l'assistance aux populations affectées.

Dans le domaine de la nutrition**,** l'ONG **S**DC assure la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) et de malnutrition aiguë modérée (MAM) dans les aires de santé évaluées. Cette intervention constitue un point d'ancrage important pour l'identification et la référence des enfants vulnérables dans le cadre d'une réponse intégrée Santé-Nutrition.
Sur le volet infrastructures sanitaires et WASH**,** STAREST intervient dans la construction d'une maternité au Centre de Santé de Bafwambaya, ainsi que dans la réalisation d'un bloc comprenant trois douches, trois latrines, un incinérateur et une fosse à placenta. Ces réalisations contribuent au renforcement des capacités d'accueil et d'hygiène de la structure sanitaire.

Dans le domaine de la santé**,** APEC, dans le cadre du Fonds mondial, assure l'approvisionnement des structures sanitaires en intrants destinés notamment au PNLP, au PNLT et au PNLS. Cette contribution permet de maintenir la disponibilité de certains intrants essentiels au niveau des formations sanitaires ciblées.

Dans le cadre de la riposte à la maladie à virus Ebola (MVE), plusieurs acteurs sont mobilisés : Médecins Sans Frontières (MSF) a contribué à la mise en place du Centre de Traitement Épidémique (CTE) de Bafwambaya, tandis que l'OMS et Africa CDC apportent un appui à la riposte. L'Institut National de Santé (INS**)** assure la coordination technique, et le PAM contribue notamment au volet nutritionnel au sein du dispositif de prise en charge. Cette mobilisation multisectorielle constitue une opportunité pour renforcer les synergies entre la réponse épidémique, la nutrition, la PCI et les autres interventions communautaires.
Par ailleurs, AIDES, partenaire du PAM, est engagé dans l'identification et l'enregistrement des bénéficiaires, notamment les ménages déplacés internes (IDP) et les familles d'accueil, en vue d'une éventuelle assistance alimentaire. Cette dynamique constitue une opportunité concrète de complémentarité entre les interventions UniRR et l'assistance alimentaire du PAM**.**

Dans cette perspective, PPSSP/UniRR s'engage à assurer une complémentarité opérationnelle avec les interventions du PAM et des autres partenaires présents dans la zone**,** notamment en matière de ciblage, de partage d'informations utiles, de

planification et de couverture des besoins non pris en charge. En cas de distribution **d'**articles ménagers essentiels (NFI/AME) par UniRR**,** spécifiquement les ménages déplacés qui seront identifiés bénéficieront de l'assistance alimentaire du PAM pourront être pris en compte dans une logique de réponse complémentaire, sans duplication des bénéficiaires ni des interventions.
Cette complémentarité pourra également être recherchée dans les autres secteurs.
Les besoins identifiés en WASH, abris, santé, nutrition et protection seront orientés ou coordonnés avec les acteurs disposant d'une capacité d'intervention dans ces domaines. De même, les informations issues des évaluations UniRR pourront contribuer à renforcer la planification des interventions des partenaires, tout en respectant les mécanismes de coordination humanitaire et les critères de ciblage convenus.
Ainsi, la présence simultanée de plusieurs partenaires offre une base favorable à une réponse intégrée, coordonnée et multisectorielle**,** dans laquelle UniRR vient prioritairement répondre aux besoins urgents non couverts, tout en recherchant systématiquement la complémentarité avec les interventions existantes. Cette approche vise à optimiser la couverture des besoins des ménages affectés, à réduire les risques de duplication et à favoriser une utilisation efficiente des ressources disponibles.

**h) Acceptation communautaire et collaboration avec les acteurs locaux**

Au cours de l'évaluation, l'équipe a constaté une certaine réticence de la part de certains parents à autoriser les enquêtes et le dépistage au sein de leurs ménages, sans toutefois relever de menaces directes à l'encontre des équipes. Cette réticence semble s'inscrire dans un contexte marqué par la circulation persistante de rumeurs, de fausses informations et de perceptions erronées autour de la maladie à virus Ebola (MVE), de la surveillance et des activités de riposte.
Dans ce contexte, les leaders communautaires rencontrés ont manifesté leur disponibilité à accompagner les équipes et ont proposé plusieurs pistes visant à faciliter l'acceptation communautaire et à renforcer la collaboration lors des prochaines interventions. Il a notamment été recommandé de :

1. Maintenir un contact régulier et réactif avec les leaders locaux, afin de les informer rapidement de toute difficulté ou incident rencontré au cours des activités ;
2. Impliquer les leaders communautaires en amont des missions, notamment pour préparer et informer la population avant l'arrivée des équipes sur le terrain ;
3. Expliquer clairement aux parents et aux responsables des ménages l'objectif du dépistage et du screening des enfants**,** en mettant l'accent sur sa finalité préventive et sanitaire ;
4. Respecter le refus ou la réticence des ménages et éviter toute forme d'insistance, conformément aux principes de respect, de dignité et de consentement ;
5. Privilégier la collaboration avec les relais communautaires (RECO) connus et acceptés dans leurs villages respectifs**, afin** de faciliter l'introduction des équipes, la communication avec les ménages et la diffusion d'informations fiables.

Il convient également de signaler que, selon les informations communiquées à l'équipe par les acteurs de la surveillance engagés dans la riposte, six cas confirmés de MVE auraient été notifiés dans la zone, ainsi que trois décès parmi les cas probables. Ces informations, rapportées dans le cadre de la surveillance épidémiologique, renforcent l'importance d'une approche combinant engagement communautaire, communication sur les risques, surveillance et respect des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI).
Dans cette perspective, la collaboration étroite avec les leaders locaux, les RECO et les autres relais communautaires constitue un levier important pour réduire les rumeurs, renforcer la confiance, améliorer l'acceptation des activités de surveillance et faciliter l'accès des équipes aux ménages, tout en veillant au respect des droits et de la dignité des populations.

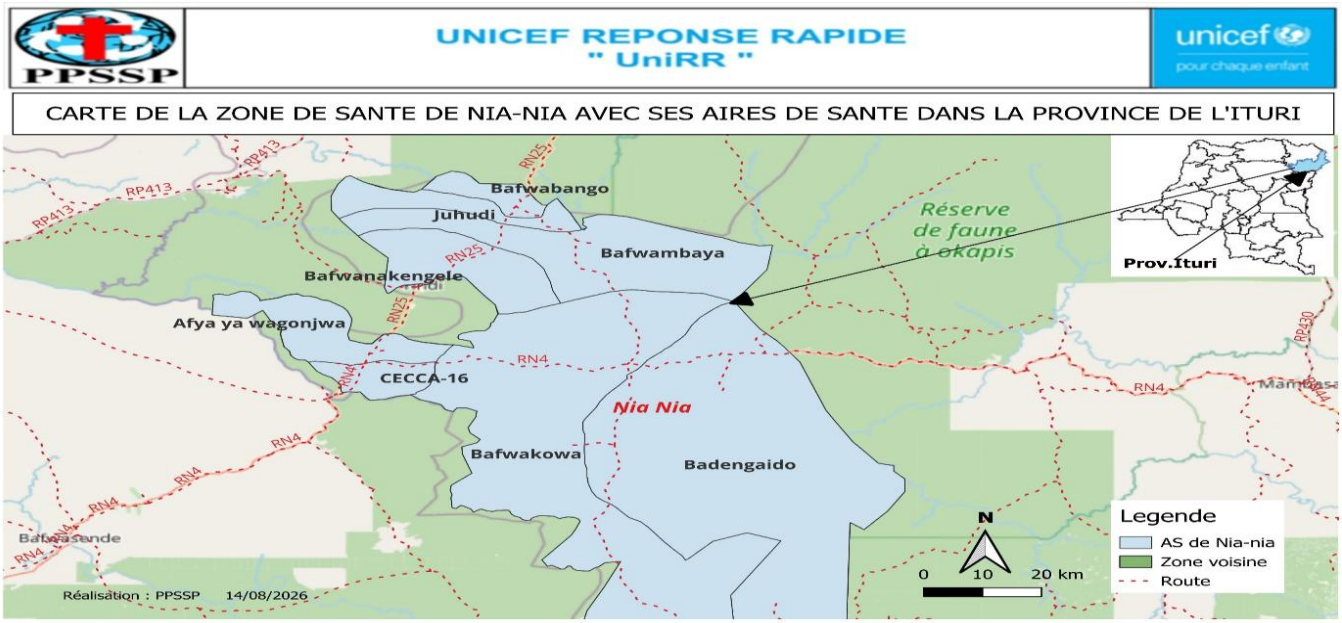
| | |
|---|---|
| **Incident sécuritaire durant l'évaluation :** | • NON |

**Commentaire sur accès et situation sécuritaire, décrire le cas échéant**

Au cours de la période d'évaluation, la situation sécuritaire dans la Zone de Santé de Niania, notamment dans les aires de santé Bafwambaya et Bafwabango, est demeurée relativement calme, malgré un contexte sanitaire marqué par la persistance de la maladie à virus Ebola (MVE) et la notification continue de cas dans la communauté. Cette situation demeure préoccupante en raison de son impact sur les communautés, notamment à travers la peur, les déplacements préventifs, la réticence à fréquenter certaines structures sanitaires et les difficultés d'acceptation de certaines activités de surveillance et de riposte.
Des résistances communautaires ponctuelles continuent également d'être observées dans certaines localités. Cette situation impose aux acteurs humanitaires de maintenir une approche prudente et de renforcer le dialogue avec les autorités locales, les leaders communautaires, les relais communautaires (RECO) et les autres acteurs influents, afin de faciliter l'acceptation des interventions et de préserver l'accès aux populations affectées.

Sur le plan de **l'**accès physique, les conditions de déplacement demeurent particulièrement difficiles en cette période de saison des pluies**.** Les axes routiers menant vers les aires de santé évaluées sont fortement dégradés et présentent plusieurs bourbiers, nids-de-poule, trous et portions de routes difficilement praticables. Ces contraintes ralentissent considérablement les déplacements des équipes et compliquent l'acheminement des intrants et autres interventions humanitaires.
L'état des routes présente également un risque accru d'accidents de circulation, notamment pour les véhicules de gros tonnage et les camions utilisés pour le transport des marchandises. Des difficultés de franchissement de certains passages, associées à l'enlisement des véhicules, peuvent occasionner des retards importants, des immobilisations et des dommages matériels, affectant ainsi la régularité des opérations et le respect des calendriers d'intervention.
Dans ce contexte, une adaptation des moyens de transport aux conditions du terrain et une marge suffisante dans la programmation des activités seraient nécessaires. Le recours à des véhicules adaptés aux conditions difficiles, ainsi que l'identification des points critiques sur les différents axes, sont nécessaires pour réduire les risques opérationnels.
Par ailleurs, compte tenu du contexte MVE et des résistances communautaires encore observées, les mouvements des équipes doivent être précédés d'une coordination étroite avec les autorités administratives, sanitaires, les responsables locaux, les leaders communautaires et les acteurs impliqués dans la sécurité. Cette coordination permettra d'anticiper les éventuelles contraintes d'accès, de renforcer l'acceptation des activités et de garantir, dans la mesure du possible, des conditions de déplacement sûres pour les équipes.
Ainsi, malgré une situation sécuritaire globalement calme dans les zones évaluées, la combinaison des risques liés au contexte MVE, des résistances communautaires et de la dégradation importante des infrastructures routières pendant la saison des pluies constitue une contrainte majeure pour l'accès humanitaire**.** Une vigilance permanente, une adaptation des moyens logistiques et une coordination régulière avec les parties prenantes restent indispensables pour assurer la continuité et la sécurité des interventions auprès des populations affectées.

**CARTE DE LA ZONE EVALUEE**




| **Données récoltées et résultats** | | |
|---|---|---|
| Effectifs déplacés : | • **Selon l'alerte :** Autochtones : 12111 ménages soit 72665 Personnes | • **Selon l'évaluation : 458** ménages PDI dans l'AS Bafwambaya et **865** ménages dans l'AS Bafwabango. |

# Rapport final d'évaluation - UniRR

**Tableau : Répartition de l'effectif par AS :**

| AIRES DE SANTE | COORDONNEES GPS | EFFECTIF DES MENAGES DEPLACES | |
|---|---|---|---|
| | | MENAGES | PERSONNES |
| BAFWAMBAYA | ND | 452 | 2712 |
| BAFWABANGO | ND | 865 | 5190 |

**Répartitions par tranche d'âge estimation effectif alerte :**

| Tranches d'Ages | % | Effectif | Effectif cumulé |
|---|---|---|---|
| 0 - 59 mois | 17 | 2059 | 2059 |
| 5 ans - 14 ans | 28 | 3391 | 5450 |
| 15 ans - 29 ans | 27,5 | 3331 | 8781 |
| 30 ans - 44 ans | 15,4 | 1865 | 10646 |
| 45 ans - 59 ans | 8,5 | 1029 | 11675 |
| 60 ans - 74 ans | 3,6 | 436 | 12111 |
| Estimation femmes enceintes | 4% | 484 | |

**Répartitions par tranche d'âge selon données échantillon :**

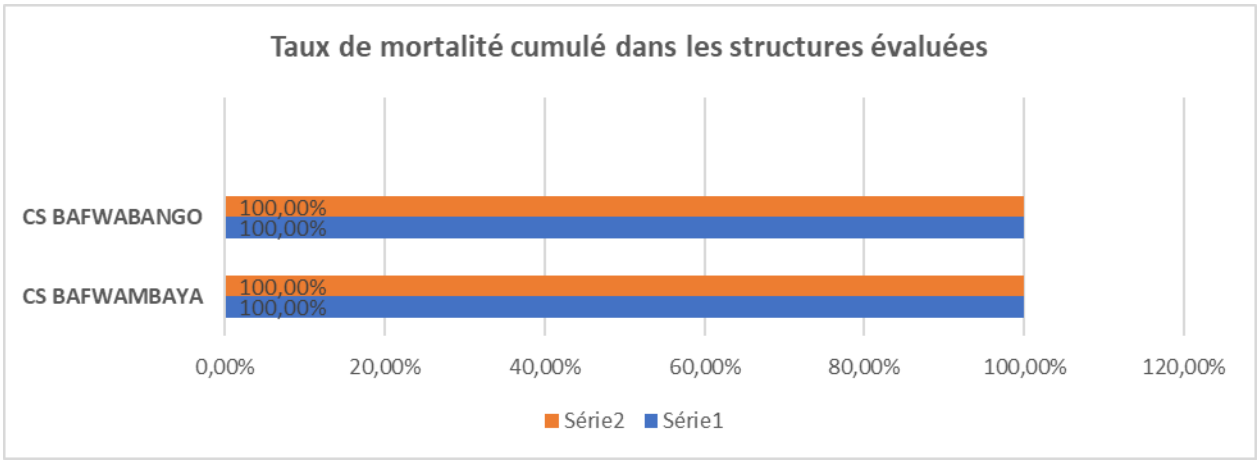
| Tranches d'Ages | % | Effectif | Effectif cumulé |
|---|---|---|---|
| 0 - 59 mois | **25,46%** | **209** | 209 |
| 5 -17ans | **33,62%** | **276** | 485 |
| 18 et plus | **41,05%** | **337** | 822 |
| Femmes enceintes | 4% | **33** | |

**Ratio H/F :** 33/109= 0,3

| | |
|---|---|
| **Taux de mortalité globale échantillon :** | (18 décès/821 * 10 000 habitants/30jrs = 7,31 décès pour 10 000 personnes par jour |
| **Taux de mortalité infantile échantillon :** | (1 décès/209) * 10 000 personnes/30jrs = 1,59 décès pour 10 000 personnes par jour. |
| **Taux de mortalité par structure évaluée (nombre de personnes hospitalisés ou en observation/nombre total de** | 0 décès/131 malades observés) * 100= 0,00 % (0 décès/21 malades observés) * 100= 0,00% |

| | |
|---|---|
| **décès/période évaluée) :** | |

**Histogramme des mortalités (cumulées structures évaluées)** :




**Commentaire sur la mortalité :**
Les données recueillies au niveau des structures sanitaires mettent en évidence une situation de mortalité particulièrement préoccupante dans les aires de santé de Bafwabango et de Bafwambaya. Au CS Bafwabango, les 7 patients observés sur la période considérée (mois d'Aout 2026) sont tous décédés, soit une létalité de 100 % parmi les patients pris en charge, tous étant des cas suspects de maladie à virus Ebola (MVE). Au CS Bafwambaya, sur les 13 patients observés, tous sont également décédés. Parmi ces décès, 10 concernaient des cas suspects de MVE, tandis que 3 patients étaient séropositifs et présentaient une co-infection à la tuberculose.
Ces données, bien qu'elles portent sur des effectifs relativement limités et ne permettent pas, à elles seules, d'établir un taux de mortalité représentatif de l'ensemble de la population, traduisent néanmoins une forte létalité parmi les patients présentant des pathologies graves ou suspectes de MVE. Cette situation constitue un signal d'alerte majeur dans le contexte épidémiologique actuel et souligne l'importance d'un diagnostic précoce, d'une orientation rapide des cas suspects, d'une prise en charge adaptée et du renforcement des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI).
La forte mortalité enregistrée semble également avoir eu un impact négatif sur le recours aux structures sanitaires. En effet, depuis le mois d'Aout, aucun nouveau patient n'aurait été maintenu en observation dans les structures concernées jusqu'à la période de l'évaluation. Cette absence de patients en observation pourrait notamment traduire une réticence accrue des communautés à fréquenter les formations sanitaires, dans un contexte marqué par la mauvaise perception d'un risque élevé de décès aux structures sanitaires et par les craintes associées à la MVE. Elle constitue ainsi un élément à considérer actuellement dans l'analyse de la demande de soins et de l'accès effectif aux services de santé.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête auprès de l'échantillon de ménages mettent également en évidence des niveaux de mortalité préoccupants, avec un taux brut de mortalité (TBM) estimé à 7,31 décès pour 10 000 personnes par jour et un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMJ < 5 ans) de 1,59 décès pour 10 000 personnes par jour. Ces indicateurs renforcent le constat d'une situation sanitaire préoccupante et nécessitent une surveillance renforcée de la mortalité, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et parmi les personnes présentant des symptômes compatibles avec la MVE ou d'autres affections graves.
Dans ce contexte, il apparaît prioritaire de renforcer la surveillance épidémiologique et communautaire, la détection et le référencement précoces des cas, la capacité de prise en charge des structures sanitaires, la PCI ainsi que la communication sur les risques et l'engagement communautaire (CREC), afin de réduire les décès évitables et de restaurer progressivement la confiance des populations dans les services de santé.
**Point d'attention méthodologique :** le TBM de 7,31/10 000/jour et le TMJ5 de 1,59/10 000/jour sont des indicateurs de mortalité populationnelle, tandis que les 100 % de décès observés dans les deux CS correspondent à une létalité parmi les patients observés. Il est important de ne pas les confondre dans ce rapport.

| | |
|---|---|
| Cas suspect maladie épidémique en structure sur période évaluée : | 0 cas |
| Cas suspect maladie épidémique dans l'échantillon sur la période évaluée : | 22 cas suspect MVE |

# Rapport final d'évaluation - UniRR

**Distribution des cas suspects maladies épidémiques sur la période évaluée :**

| Maladies | CS BAFWAMBAYA | CS BAFWABANGO |
|---|---|---|
| Rougeole | 0 | 0 |
| Choléra | 0 | 0 |
| MVE | 9 | 7 |
| M-pox | 0 | 0 |
| Fièvre jaune | 0 | 0 |
| PFA | 0 | 0 |

**Commentaire :**

En Aout 2026, aucun cas suspect de maladie à potentiel épidémique n'a été enregistré dans les CS de Bafwambaya et de Bafwabango. Toutefois, la zone évaluée demeure sous surveillance épidémiologique renforcée, particulièrement en ce qui concerne la maladie à virus Ebola (MVE), du fait que cet axe reste considéré comme un foyer important de l'épidémie de MVE dans la zone de santé de Niania.

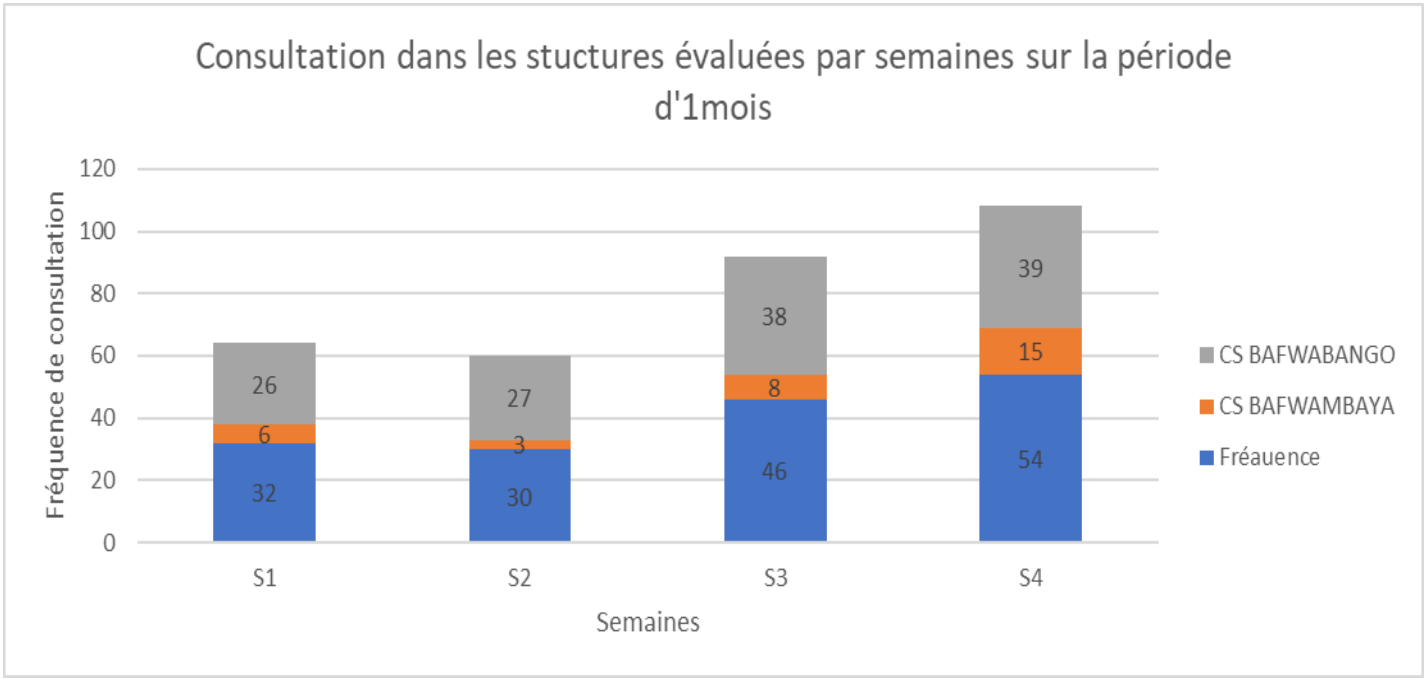



**Figure : Evolution des consultations dans les structures sanitaires de Bafwambaya et Bafwabango du 1er au 31 Aout 2026.**

L'analyse des données de fréquentation des Établissements de Soins de Santé (ESS) évalués montre une tendance à la hausse des consultations au cours du mois d'Aout 2026. Toutefois, malgré cette évolution, l'utilisation des services curatifs demeure globalement faible au regard des besoins sanitaires de la population desservie.

La moyenne des taux d'utilisation des services curatifs est estimée à 7,24% dans les deux structures évaluées. Ce taux se répartit comme suit : 2,9 % au CS Bafwambaya et 9,9% au CS Bafwabango. Cette faible utilisation des services curatifs pourrait être liée à plusieurs facteurs, notamment l'absence d'appui des partenaires aux activités de Soins de Santé Primaires (SSP), la présence de plusieurs structures sanitaires privées dans les aires de santé, ainsi que les contraintes d'accès et le contexte épidémiologique de la MVE qui prévaut dans la zone à la suite de la mauvaise perception des populations et des fausses rumeurs qui circulent dans la communauté.

Les deux structures évaluées sont des formations sanitaires étatiques et assurent le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Elles disposent également de chaînes de froid fonctionnelles permettant d'assurer la conservation adéquate des vaccins. Néanmoins, leurs capacités opérationnelles restent limitées en raison d'importantes insuffisances en équipements, infrastructures, intrants et appui aux soins essentiels.

Les deux structures évaluées sont des formations sanitaires étatiques et assurent le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Elles disposent également de chaînes de froid fonctionnelles permettant d'assurer la conservation adéquate des vaccins. Néanmoins, leurs capacités opérationnelles restent limitées en raison d'importantes insuffisances en équipements, infrastructures, intrants et appui aux soins essentiels. Cette situation est aggravée par le contexte de la MVE qui sévit la zone.

**Appui des acteurs présents dans la zone**

Les principaux acteurs intervenant dans les structures évaluées sont : SDC, qui appuie les structures dans la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) et de malnutrition aiguë modérée (MAM) ; APEC, dans le cadre du Fonds mondial, qui assure la disponibilité des intrants des programmes PNLP, PNLT et PNLS dans les aires de santé évaluées. Toutefois, aucun appui spécifique n'est actuellement rapporté pour le renforcement global des Soins de Santé Primaires, notamment en matière de gratuité des soins, ce qui constitue une contrainte importante pour l'accès aux services, particulièrement pour les ménages vulnérables et les personnes déplacées. C'est dans ce contexte que le PPSSP, à travers le projet de Réponse rapide de l'UNICEF financé par cette institution, s'est engagé à apporter un appui au secteur de la santé dans les deux aires de santé évaluées, notamment en garantissant la gratuité des soins pour tous.

**Situation du CS Bafwambaya**

L'aire de santé de Bafwambaya dessert une population estimée à 15970 (13 258 personnes autochtones et 2712 personnes déplacés). Le centre de santé dispose de 14 lits, sans matelas, et fonctionne avec une équipe de 7 membres du personnel, composée de 2 infirmiers qualifiés, 1 sage-femme, 1 matrone, 1 agent chargé de la pharmacie, 1 comptable et 1 hygiéniste. La structure bénéficie également de l'appui de 10 relais communautaires actifs.
Au cours du mois d'aout 2026, le CS Bafwambaya a enregistré un taux d'utilisation des services curatifs de 2,9 %, avec 39 consultations réalisées sur 1331 attendues mensuelles. Ce niveau particulièrement faible traduit une utilisation limitée des services curatifs et constitue un signal nécessitant une analyse approfondie des barrières d'accès et de recours aux soins.
La présence de plusieurs structures sanitaires privées dans l'aire de santé peut également contribuer à la dispersion de la demande de soins entre les différents prestataires.
Les principaux besoins exprimés par le CS Bafwambaya concernent :

- ✓ Le renforcement des équipements de la maternité, notamment un lit et des kits d'accouchement, la disponibilité de matelas pour la salle de travail et la salle de post-partum ;
- ✓ La dotation d'un autoclave ou marmite à pression pour assurer une stérilisation adéquate du matériel ;
- ✓ Le renforcement des kits de Prévention et Contrôle des Infections (PCI) ;
- ✓ L'appui à la gratuité des soins ;
- ✓ L'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux latrines hygiéniques ;
- ✓ Le renforcement des équipements logistiques, notamment les étagères, lits et meubles.

Bien que le contexte de la MVE soit l'une des causes de sous-utilisation des services de santé, les insuffisances précitées affectent également la capacité de la structure à être fréquentée et à fournir des soins dans des conditions adéquates de qualité, de sécurité et de prévention des infections.

**Situation du CS Bafwabango**

Le CS Bafwabango dessert une population estimée à 25956 personnes (20 766 personnes autochtones et 5190 personnes déplacées), et dispose d'une capacité d'accueil de 14 lits. Le personnel est composé de 3 infirmiers qualifiés et 6 auxiliaires, sans médecin, avec l'appui de 10 relais communautaires actifs.
Au cours du mois d'aout 2026, cette structure a enregistré un taux d'utilisation des services curatifs de 9,9%, avec 214 consultations réalisées sur 2163 consultations attendues mensuelles. Outre la présence de plusieurs structures sanitaires privées dans l'aire de santé, le CS Bafwabango demeure également moins fréquenté à cause de plusieurs contraintes majeures susceptibles d'affecter la qualité et la continuité des soins, notamment :

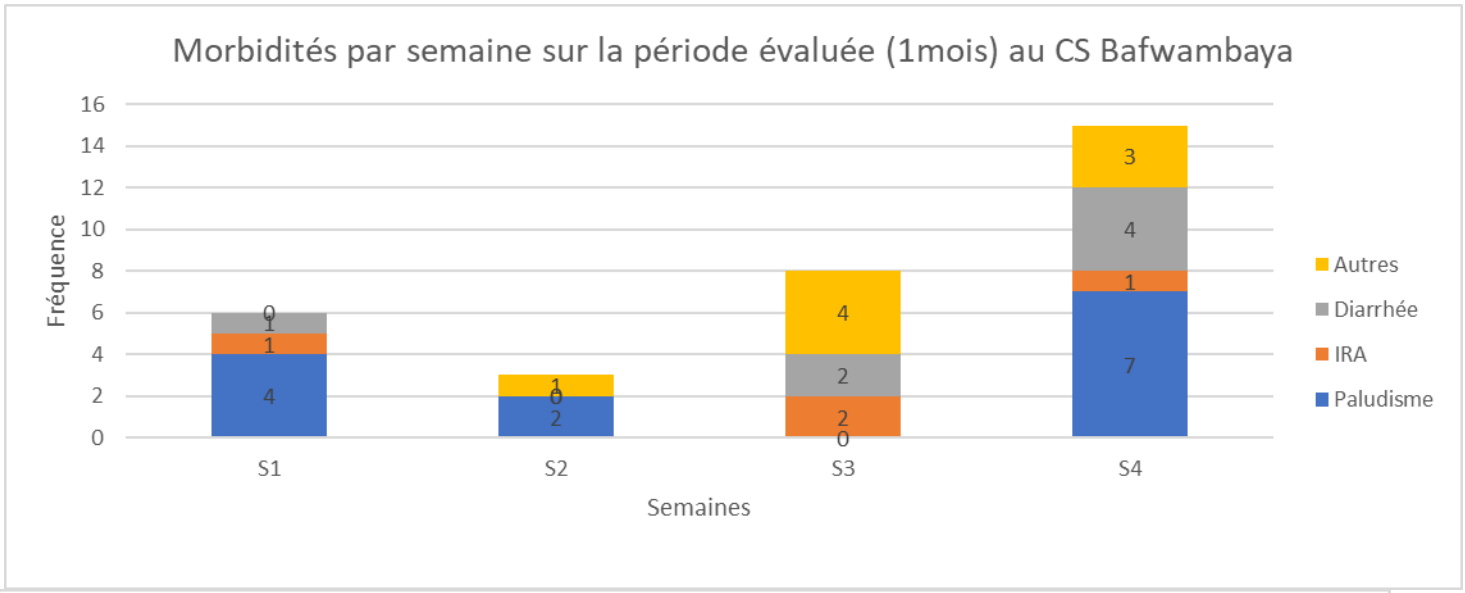
- ✓ L'absence d'appui des partenaires dans le cadre de la gratuité des soins ;
- ✓ L'insuffisance d'équipements de la maternité, notamment les tables, kits d'accouchement,
- ✓ L'absence de matériel approprié pour la stérilisation, notamment d'un autoclave ou marmite à pression. Actuellement, le matériel d'accouchement est stérilisé dans une casserole, ce qui constitue une faiblesse importante en matière de PCIA.
- ✓ L'état de délabrement avancé des bâtiments, avec un risque accru de détérioration, voire d'effondrement, particulièrement pendant la saison des pluies ;
- ✓ L'absence d'une zone appropriée pour la gestion des déchets biomédicaux et l'absence de latrines et de douches répondant aux normes, tant pour les patients que pour le personnel ;
- ✓ L'absence d'une source d'eau fonctionnelle permettant de couvrir les besoins en eau du centre ;
- ✓ L'insuffisance d'Équipements de Protection Individuelle (EPI) dans la maternité et les autres services, situation particulièrement préoccupante dans le contexte de surveillance de la MVE ;

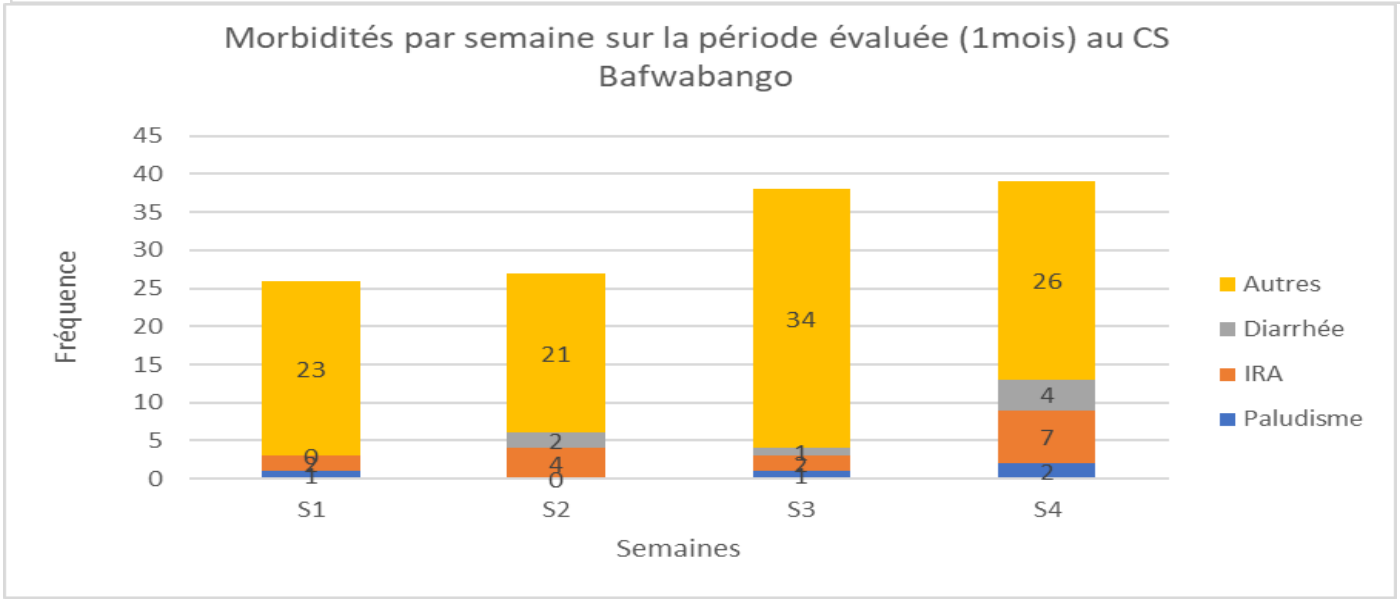
- ✓ L'absence d'une structure de référence fonctionnelle depuis la destruction du CSR Juhudi, ce qui perturbe fortement le circuit de référencement des patients présentant des complications nécessitant une prise en charge spécialisée.

Analyse humanitaire Dans l'ensemble, l'évaluation met en évidence une faible utilisation des services curatifs dans les deux structures, associée à des déficits importants en infrastructures, équipements, eau-hygiène-assainissement, PCI et mécanismes de référencement. Cette situation est particulièrement préoccupante dans le contexte épidémiologique actuel, marqué par la surveillance de la maladie à virus Ebola (MVE). Les insuffisances observées en matière d'EPI, de stérilisation, d'eau, d'assainissement, de gestion des déchets et de référencement peuvent compromettre la capacité des structures à assurer une détection précoce, une prise en charge sécurisée et une orientation rapide des cas suspects ou compliqués.

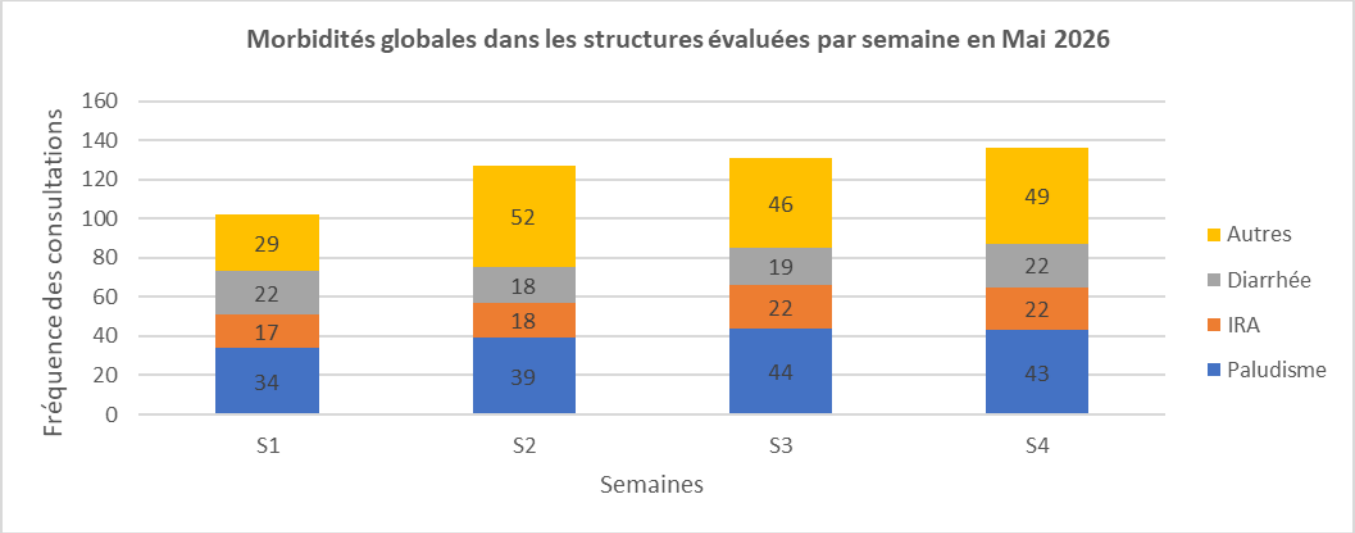
Par ailleurs, le faible recours aux services curatifs ne doit pas être interprété comme une absence de besoins sanitaires. Il peut également traduire l'existence de barrières financières, géographiques, socioculturelles ou liées à la perception du risque, notamment dans un contexte où les services de santé ne bénéficient pas d'un appui suffisant à la gratuité des soins.

Au regard de ces constats, les priorités devraient porter sur le renforcement des capacités des deux structures, notamment en matière de PCI, d'eau-hygiène-assainissement, d'équipements essentiels de maternité, de disponibilité des EPI et intrants, de gratuité des soins et de rétablissement d'un système fonctionnel de référencement et contre-référencement. Le renforcement de la surveillance communautaire à travers les relais communautaires constitue également un levier important pour améliorer l'identification précoce des cas et l'orientation vers les structures de santé.



# Rapport final d'évaluation - UniRR




**Commentaire :**
Il ressort de l'analyse de ces graphiques que les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les diarrhées. Ces affections ont connu de légères fluctuations au cours des quatre dernières semaines du mois d'août.
Les autres pathologies, qui représentent 69,14 % des cas enregistrés, comprennent notamment les maladies chroniques, les traumatismes, les parasitoses, les infections urinaires et sexuellement transmissibles, ainsi que les cas suspects de tuberculose et d'infection à VIH.
L'analyse du taux global de morbidité dans les deux établissements de santé révèle que les IRA représentent 11,73 % des cas enregistrés, suivies du paludisme avec 10,50 % et des diarrhées avec 8,64 %.
Selon les informations recueillies lors des enquêtes auprès des ménages, de nombreuses familles ne disposent pas de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA), la dernière distribution communautaire remontant à plus de cinq ans. Par ailleurs, l'augmentation des cas d'IRA semble être liée aux conditions de logement précaires, exposant surtout les enfants aux intempéries et au manque de vêtements adaptés pour protéger les enfants contre le froid.
Les cas de diarrhée sont principalement attribués à la consommation d'eau non potable et à l'absence quasi-totale de latrines dans la communauté, ce qui contraint les populations à pratiquer la défécation à l'air libre ou à jeter leurs matières fécales dans les cours d'eau se trouvant dans leurs villages. Cette situation est à la base de la pollution de l'environnement et à l'exposition aux maladies. Outre cela les difficultés d'accès aux points d'eau potable disponibles dans les deux aires de santé évaluées, en est l'une des causes.
Par ailleurs, la destruction de certaines latrines par la communauté depuis la survenue de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE), le non-respect des pratiques essentielles d'hygiène, notamment le lavage systématique des mains aux moments critiques, ainsi que l'accès limité à l'eau potable, contribuent considérablement à l'augmentation du risque de transmission des maladies hydriques.

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre de MAS identifiés dans l'échantillon (PB<115mm + Œdème) :** | ✓ Total enfants avec MAS = 4 cas sur 126 enfants screenés soit une proportion de 3,17 %.<br>✓ Total enfants avec MAM = 6 cas sur 126 enfants screenés soit une proportion de 4,76 %<br>**Proportion MAS : 3,17 % et MAM 4,76 %** | |
| Nombre de MAM identifiés dans l'échantillon (PB≥= 115 mm et < 125mm) : | 6 cas /126 enfants screenés.<br>Proportion cas MAM : 4,76 % | |
| **Répartition :** | Total PB : 3,17 % soit 4 cas sur 126 enfants screenés. | Total Œdème : 0,00 % sur 126 enfants screenés. |
| Proportion MAS calculée sur échantillon : Total enfants avec MAS/enfants screenés X 100. | 3,17 % soit 4 cas sur 126 enfants screenés. | |

# Rapport final d'évaluation - UniRR

| | |
|---|---|
| Proportion selon les données structures<br><br>% d'enfants de 6-59 mois avec Œdème<br>% d'enfants de 6-59 mois avec PB<115mm<br>% d'enfants de 6 – 59 mois PB>=115 et <125<br>Nombre total d'enfants screenés. | 2 cas MAS tous au CS Bafwambaya et 0 au CS Bafwabango.<br>**Proportion en structure : ND**<br>Les RECOS ne font pas le dépistage actif dans la communauté à la suite de la MVE. |
| **Couverture vaccinale rougeole/Rubéole échantillon (total) :** | Total de 65 % soit 104 enfants vaccinés sur 161 enfants de 6-59 mois. |
| **Couverture vaccinale rougeole sans carte :** | 75 % soit 78 sur 104 enfants vaccinés. |
| Couverture vaccinale rougeole/Rubéole selon les données structure : Période évaluée (Aout 2026) | ✓ **Vaccination de routine** :<br>La Couverture moyenne VRR pour les deux structures est de 0,00 %.<br>- AS Bafwambaya : 0,00 % de couverture en VRR.<br>- AS Bafwabango : 0,00 % de couverture en VRR. |

**Commentaire sur la situation MAS et vaccinale rougeole :**

Les résultats du dépistage nutritionnel indiquent que, sur 126 enfants dépistés pendant les enquêtes ménages, 4 cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) ont été identifiés, soit une proportion de 3,17 %. Par ailleurs, 6 enfants souffraient de malnutrition aiguë modérée (MAM), ce qui représente 4,76 % de l'ensemble des enfants dépistés. Ces résultats ne reflètent pas une situation nutritionnelle alarmante. En effet, l'ONG SDC, avec l'appui financier de l'UNICEF, intervient dans la zone pour assurer la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) et modérée (MAM) dans les aires de santé de la Zone de Santé (ZS) de Niania, y compris celles concernées par cette évaluation rapide multisectoriels.

Concernant la couverture vaccinale contre la rougeole et la rubéole, l'échantillon des enquêtes ménages comprenait 161 enfants âgés de 6 à 59 mois. Parmi eux, 104 avaient été vaccinés, soit une couverture globale de 65 %. En revanche, 78 enfants vaccinés ne disposaient pas de carte de vaccination, représentant 75 % des enfants vaccinés.

En structure sanitaire, pour la période évaluée, correspondant au mois d'août 2026, les données des structures sanitaires montrent une couverture de vaccination de routine contre la rougeole et la rubéole (VRR) nulle, aussi bien dans l'aire de santé de Bafwambaya que dans celle de Bafwabango. Il s'est avéré que les activités de la vaccination n'ont pas été organisées à cause de la situation de la MVE ; les mamans ont eu peur d'amener leurs enfants pour recevoir les antigènes.

| | |
|---|---|
| **Nombre d'enfants référés durant l'évaluation pour complication :** | 0 |

**Commentaire sur les références :** Les 6 cas MAM et 4 MAS identifiés dans la communauté lors de l'ERM ont été référé au partenaire SDC qui est dans la Zone.

**Cas de VBG enregistrés en structures et durant l'évaluation sur la période évaluée : 4 dernières semaines soit du 1er au 31 Aout 2026.**

| Nom des structures sanitaires | Cas enregistrés dans les structures | Cas enregistrés dans la communauté |
|---|---|---|
| AS BAFWAMBAYA | 1 | 0 |
| AS BAFWABANGO | 0 | 2 |

**Commentaire sur l'Accès aux soins de santé, les VBG et les vulnérabilités communautaires**

L'accès et le recours aux services de santé demeurent limités dans les aires de santé évaluées. Cette situation est notamment liée à une réticence persistante des communautés à fréquenter les structures sanitaires**,** dans un contexte marqué par l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE). La circulation de fausses informations, la peur de la contamination et la méfiance vis-à-vis des structures et du personnel de santé ont contribué à fragiliser la confiance des communautés envers le système de

santé, avec pour conséquence un recours tardif, voire un non-recours aux soins.

La prise en charge des survivantes de **violences sexuelles** dans les 72 heures suivant l'incident demeure également problématique. Selon les informations recueillies auprès des infirmiers titulaires et du **Médecin Chef de Zone (MCZ)**, cette prise en charge est compromise par des **ruptures de kits de prophylaxie post-exposition (PEP)** dans les aires de santé évaluées. Ces insuffisances peuvent entraîner des retards dans l'accès aux soins essentiels et accroître les risques sanitaires et psychosociaux associés aux violences sexuelles. En conséquence, certaines personnes affectées auraient recours à l'**automédication**, notamment en raison des difficultés d'accès aux services et à une prise en charge appropriée.
Les échanges communautaires et les **focus groups** ont par ailleurs fait ressortir la présence de jeunes filles et de femmes dans des **réseaux de prostitution**, notamment au sein de maisons de tolérance et de certains hôtels. Cette situation constitue un facteur de vulnérabilité supplémentaire, notamment en matière d'exposition aux violences sexuelles, aux infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées et à d'autres risques de protection.
Dans le **village d'Abasina**, deux cas de viol visant des femmes qui se rendaient aux champs ont été rapportés par les participantes aux focus groups. Au-delà des violences sexuelles, les communautés ont également signalé la présence d'autres formes de **violences basées sur le genre (VBG)**, notamment les mariages précoces, la privation des ressources et les violences psychologiques. Ces constats témoignent de la persistance de facteurs de vulnérabilité liés aux rapports de pouvoir, aux normes sociales et aux conditions socioéconomiques des ménages.
Selon les participantes, ces vulnérabilités seraient favorisées par plusieurs facteurs, notamment la pauvreté des ménages, l'insuffisance du soutien parental, particulièrement pour les orphelines, les instabilités familiales ainsi que l'influence négative de certains pairs et réseaux sociaux**.** Ces facteurs peuvent accroître l'exposition des adolescentes et des femmes aux mécanismes d'exploitation, de violence et de stratégies négatives d'adaptation.

**Protection de l'enfant, éducation et exposition aux risques :** L'**exploitation artisanale de l'or** apparaît également comme un facteur important de vulnérabilité pour les enfants et les jeunes. L'attractivité de cette activité génératrice de revenus contribue, selon les informations recueillies auprès des communautés, à une augmentation des abandons scolaires, particulièrement chez **les jeunes. Cette situation** com**promet** leur accès à l'éducation et accroître leur exposition aux risques de protection, notamment au travail des enfants, à l'exploitation et à diverses formes de violence.
Une consommation accrue de substances psychoactives est également rapportée chez les filles et les garçons. Cette tendance constitue une préoccupation en matière de protection, de santé mentale et de cohésion sociale, et nécessite un renforcement des actions de prévention, de sensibilisation et d'accompagnement communautaire adaptées aux adolescents et aux jeunes.

**État civil et protection de l'enfant :** l'enregistrement des naissances auprès des services de l'état civil demeure très faible, voire quasi inexistant, dans les ménages des localités évaluées. Cette situation expose les enfants à des risques importants en matière de protection et d'accès aux droits et services essentiels, notamment l'identification légale, l'accès à l'éducation, aux services sociaux et sanitaires ainsi qu'à d'autres mécanismes de protection.
L'évaluation met également en évidence des changements de comportements et de dynamiques au sein des ménages, qui pourraient être liés aux déplacements, aux difficultés économiques, à l'exposition prolongée aux situations de crise et aux mécanismes d'adaptation développés par les communautés. Ces évolutions nécessitent une attention particulière afin de prévenir l'aggravation des risques de protection et de renforcer les mécanismes communautaires de prévention et de référencement.

**Analyse humanitaire et priorités :**

Dans l'ensemble, les constats mettent en évidence une interconnexion entre les barrières d'accès aux soins, les risques de VBG, les vulnérabilités socioéconomiques, les risques de protection de l'enfant et les stratégies négatives d'adaptation**.** La persistance de ces facteurs peut accentuer l'exposition des femmes, des adolescentes et des enfants à différentes formes de violence, d'exploitation et de privation de services essentiels.
**Les priorités identifiées** concernent notamment **le** rétablissement de la disponibilité des kits PEP et des intrants essentiels à la prise en charge des survivantes de violences sexuelles, le renforcement des mécanismes communautaires de prévention, d'identification et de référencement des cas de VBG, ainsi que la sensibilisation sur les services disponibles et la réduction d'empêchement lié au recours aux soins.
Il apparaît également nécessaire de renforcer les interventions de protection de l'enfant, d'enregistrement des naissances, de prévention des mariages précoces et du travail des enfants, ainsi **q**ue les actions de prévention de la consommation de substances psychoactives. Une approche multisectorielle intégrant **Santé, VBG, Protection de l'enfant, Éducation, Eau-Hygiène-Assainissement et moyens de subsistance** permettrait de mieux répondre aux vulnérabilités identifiées et de renforcer les mécanismes de résilience des ménages et des communautés.

# Rapport final d'évaluation - UniRR

**Tableau 6 : Santé Maternelle :**

| Santé Maternelle | Donnée de structures | Femmes enceintes dans le ménage |
|---|---|---|
| Nombre de femmes enceintes | 11 | 18 |
| Nombre de ménages avec femmes ayant suivi au moins 1 CPN | 9 | 8 |
| Présence d'une femme ayant accouché | 11 | 18 |
| Nombre de femmes ayant accouché dans une structure de santé | 11 | 18 |
| Pourcentage des accouchées ayant un statut vital vivant | 100% | 100 % |
| Statut vaccinal post-accouchement du nouveau-né (max 4 semaines après la naissance) | 100% | 100 % |

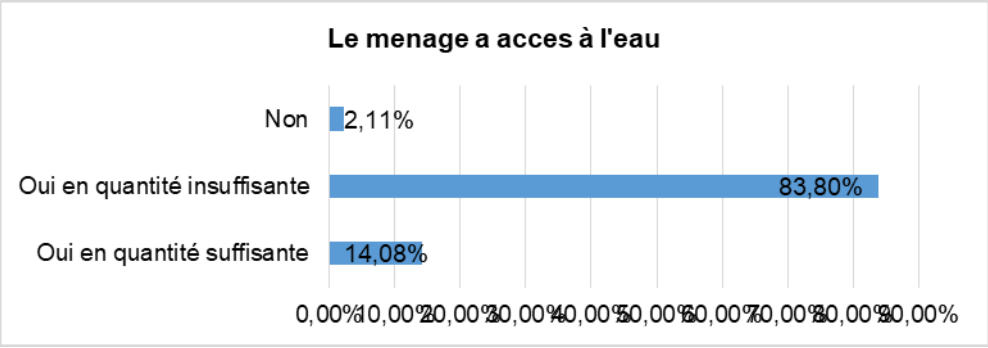
**Commentaires :**
Le centre de santé (CS) Bafwabango a reçu 6 femmes enceintes sur le 87 attendues, ce qui correspond à un taux de réalisation de 6,9 %.
En revanche, le CS Bafwambaya a accueilli 3 femmes enceintes sur le 53 attendues, soit un taux de 4,41 % ; Cela porte le taux moyen de la fréquentation à la CPN1 pour ces deux structures 3,26 %.

**Pour les quatrièmes consultations prénatales (CPN4) réalisées en Aout :**
Le CS Bafwabango a pris en charge 4 femmes enceintes sur les 87 attendues, équivalant à un taux de réalisation de 4,5%, le CS Bafwambaya reçu 1 femmes enceintes sur les 53 prévues, soit un taux de 1,9 %
La moyenne pour ces deux structures atteint ainsi 2,7%.

**Pour les accouchements enregistrés en Aout :** Taux d'accouchement global : 7,87% ; (CS Bawabango : 8,09%, CS Bafwambaya : 7,51%,).
Le CS Bafwabango a effectué 7 accouchements sur les **87 prévus**, soit un taux de réalisation de **8,09%**, tandis que le CS Bafwambaya en a **réalisé 4** sur les **53 attendus** soit un taux de 7,51%. Au total, cela donne un taux moyen d'accouchements de **7,8%** pour les trois structures.

| **Les populations déplacées ont elles accès à l'eau :** | OUI |
|---|---|

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




**<u>Accès à l'eau limité</u> :** 83,80 % des ménages accèdent à l'eau en quantité insuffisante ;
- ✓ 11,51% des ménages accèdent à l'eau des sources ;
- ✓ 21,58 % des ménages accèdent à l'eau de pompe
- ✓ 42,45 % des ménages accèdent au réseau public ;
- ✓ 24,46 % utilisent l'eau surfacique.

1. <u>Accès à l'eau et infrastructures disponibles</u>

Les résultats de l'évaluation montrent que 83,80 % des ménages déclarent accéder à l'eau en quantité insuffisante. Les principales sources d'approvisionnement sont réparties comme suit :

- 42,45 % des ménages utilisent le réseau public ;
- 21,58 % s'approvisionnent auprès de pompes ;
- 11,51 % utilisent des sources aménagées ;
- 24,46 % recourent à l'eau de surface.

L'inventaire des infrastructures disponibles révèle une faible couverture en points d'eau aménagés. L'Aire de Santé de Bafwambaya ne dispose que d'une seule source aménagée, tandis que celle de Bafwabango en compte trois, toutes dans un état de délabrement avancé. Deux anciennes sources aménagées avec l'appui du PPSSP ont également été détruites, réduisant davantage les capacités locales d'approvisionnement.
En raison de l'insuffisance des infrastructures fonctionnelles, certains ménages ont recours aux rivières, ruisseaux et autres sources de surface, tandis que ceux disposant de moyens financiers peuvent acheter de l'eau auprès de fournisseurs privés à environ 500 FC le bidon de 20 litres. Ce coût constitue une contrainte importante pour les ménages déplacés et vulnérables dont les revenus sont faibles et irréguliers.

2. Hygiène et assainissement

L'accès aux infrastructures d'assainissement demeure insuffisant dans la zone évaluée. Les résultats de l'évaluation indiquent que : 68,3 % des ménages utilisent des latrines non hygiéniques ; 18,3 % des ménages ne disposent d'aucune latrine ; seulement 13,4 % disposent d'une installation sanitaire considérée comme adéquate.
Les latrines existantes sont généralement rudimentaires, peu entretenues et souvent dépourvues de dispositifs fonctionnels pour le lavage des mains. Cette insuffisance est davantage accentuée par l'arrivée de ménages déplacés, qui exerce une pression supplémentaire sur des infrastructures déjà limitées. Toutefois, la disponibilité de matériaux locaux constitue une opportunité pour la mise en place de solutions d'assainissement à faible coût. Les communautés disposent notamment de bois, de feuilles et d'autres matériaux pouvant être utilisés pour la construction des superstructures des latrines. Cependant, la majorité des ménages ne possède pas les outils nécessaires au creusage.

Au regard de cette situation, les besoins en approvisionnement en eau potable sont particulièrement importants et urgents dans la zone. Il est également essentiel de renforcer les activités de sensibilisation sur la construction, l'utilisation et l'entretien des latrines hygiéniques, ainsi que sur les bonnes pratiques d'hygiène. Plusieurs sources d'eau potentielles pouvant être aménagées sont disponibles dans la zone, ce qui représente une possibilité d'améliorer l'accès à l'eau potable pour les communautés.
Concernant le contexte lié à la maladie à virus Ebola (MVE), seule une minorité de ménages ayant connaissance de l'épidémie applique les mesures barrières recommandées. La majorité des ménages ne les respecte pas, ce qui les expose davantage au risque de contamination. Des actions renforcées d'information, de sensibilisation et de mobilisation communautaire sont donc nécessaires afin de promouvoir l'adoption durable des comportements préventifs.

3. Défis prioritaires

Plusieurs facteurs limitent actuellement l'accès à un environnement WASH sûr :

- Faible nombre de points d'eau aménagés et fonctionnels ;
- Dégradation ou destruction de certaines infrastructures existantes ;
- Recours important aux eaux de surface ;
- Insuffisance quantitative de l'eau disponible au niveau des ménages ;
- Coût élevé de l'eau fournie par certains opérateurs privés ;
- Faible couverture en latrines hygiéniques ;
- Absence de latrines pour une proportion importante des ménages ;
- Insuffisance des dispositifs de lavage des mains ;
- Manque d'outils pour le creusage des fosses ;
- Pression accrue sur les infrastructures liées à l'accueil des populations déplacées ;
- Circulation de rumeurs et d'informations erronées liées à la MVE, affectant l'utilisation de certaines infrastructures sanitaires et l'adhésion aux mesures de prévention.

Dans le contexte de la MVE, ces déficits constituent des facteurs de vulnérabilité supplémentaires. Certaines communautés, influencées par les rumeurs et la peur de la contamination, auraient notamment réduit ou abandonné l'utilisation de certaines latrines et adopté des pratiques d'évacuation des excréta dans la brousse ou les cours d'eau. Ces pratiques augmentent les risques de contamination de l'environnement et compromettent les efforts de prévention et de contrôle des infections.

4. Situation de la PCI dans les établissements de santé et les lieux publics

Dans les formations sanitaires de la zone, l'accès régulier à l'eau, aux dispositifs de lavage des mains, aux équipements d'hygiène et aux moyens appropriés de gestion des déchets constitue un enjeu important pour l'application effective des mesures PCI. L'insuffisance ou l'irrégularité de l'approvisionnement en eau peut notamment compromettre le lavage des mains des prestataires, des patients et des accompagnants, ainsi que le nettoyage et la désinfection régulière des locaux et des équipements.
Dans le contexte de la riposte à la MVE, il est donc nécessaire de renforcer les mesures de prévention dans les établissements de santé, notamment à travers la disponibilité permanente de points de lavage des mains aux entrées et aux endroits stratégiques, l'approvisionnement en eau et en produits d'hygiène, le respect des circuits propres et sales, la gestion sécurisée des déchets biomédicaux et le renforcement de la sensibilisation du personnel, des patients et des accompagnants.
Une attention particulière doit également être accordée aux lieux publics à forte fréquentation, notamment les marchés, écoles, églises, points d'eau, espaces de rassemblement et autres lieux communautaires. L'installation ou la remise en état de dispositifs de lavage des mains, accompagnée d'un approvisionnement régulier en eau et en consommables, représente une mesure préventive importante dans le contexte actuel.
La persistance de rumeurs relatives à la MVE constitue par ailleurs un défi transversal. Le renforcement de la communication sur les risques et l'engagement communautaire sont nécessaires pour améliorer l'adhésion aux mesures PCI, restaurer la confiance envers les structures sanitaires et favoriser l'adoption de comportements protecteurs.

5. Opportunités existantes

Malgré ces contraintes, plusieurs opportunités peuvent être mobilisées pour améliorer rapidement la situation :

- Présence de quelques sources pouvant faire l'objet de réhabilitation ;
- Existence de ressources et matériaux locaux permettant la réalisation de latrines à moindre coût ;
- Disponibilité de communautés pouvant être mobilisées pour les travaux communautaires et l'entretien des infrastructures ;
- Présence des établissements de santé pouvant servir des points d'ancrage pour le renforcement de la PCI ;
- Possibilité d'intégrer les activités WASH aux interventions de prévention et de réponse à la MVE ;
- Possibilité de renforcer la communication communautaire à travers les relais communautaires, leaders locaux, responsables religieux, écoles et autres acteurs influents ;
- Potentiel de réhabilitation ou de développement de points d'eau stratégiques afin d'améliorer durablement l'accès à l'eau potable.

6. Conclusion et priorités d'intervention

Au regard des résultats de l'évaluation, la réponse prioritaire devrait s'articuler autour de la réhabilitation des infrastructures hydrauliques existantes, l'amélioration de l'accès à l'eau potable, le renforcement de l'assainissement et des dispositifs d'hygiène, ainsi que le renforcement de la PCI dans les établissements de santé et les lieux publics.
Les interventions prioritaires comprennent notamment la réhabilitation des sources de Bafwabango et des autres points d'eau fonctionnels, l'identification et l'aménagement de nouvelles sources, la mise à disposition de matériels de traitement et de stockage de l'eau, la construction ou réhabilitation de latrines, la fourniture d'outils de creusage, ainsi que l'installation et l'entretien de dispositifs de lavage des mains.
Dans le contexte de la MVE, ces actions devraient être complétées par un renforcement ciblé des mesures PCI dans les établissements de santé et les lieux publics, incluant l'accès permanent à l'eau, l'hygiène des mains, le nettoyage et la désinfection, la gestion des déchets et la communication sur les mesures de prévention. L'ensemble de ces interventions devrait être accompagné d'un mécanisme de sensibilisation et d'engagement communautaire afin de lutter contre les rumeurs, renforcer la confiance et favoriser l'adoption durable des comportements protecteurs.

| | |
|---|---|
| Apports caloriques moyens / jour : ND | |
| **Nombre moyen de repas par jour et par ménage :** | 37,6 % |

# Rapport final d'évaluation - UniRR

**Commentaire Sécurité alimentaire et moyens d'existence** :

Les résultats de l'évaluation mettent en évidence une **situation préoccupante en matière de sécurité alimentaire et de moyens d'existence** dans les aires de santé évaluées. En effet, **37,6 % des ménages déclarent ne consommer qu'un seul repas par jour**, ce qui constitue un indicateur préoccupant de l'insuffisance d'accès à une alimentation adéquate, tant en quantité qu'en diversité. Cette situation traduit une dégradation significative des capacités des ménages à couvrir leurs besoins alimentaires essentiels dans un contexte de crise prolongée.

Cette vulnérabilité alimentaire est particulièrement marquée depuis la survenue de l'épidémie de **maladie à virus Ebola (MVE) en mai 2026**, qui a affecté les activités économiques et les moyens d'existence des populations. Les mesures de prévention et de contrôle de l'épidémie, la perturbation des mouvements des personnes et des biens, ainsi que la réduction des opportunités économiques ont contribué à fragiliser davantage les sources habituelles de revenus des ménages. Les personnes déplacées, en particulier celles récemment arrivées dans les zones d'accueil, disposent de ressources limitées pour répondre à leurs besoins alimentaires, tandis que les **familles d'accueil** supportent une charge supplémentaire liée à l'accueil et à la prise en charge des personnes déplacées.

Les ménages affectés font ainsi face à une **réduction de leur pouvoir d'achat et de leur capacité d'accès aux denrées alimentaires**, dans un contexte où les possibilités de revenus demeurent limitées. Cette situation expose particulièrement les ménages dirigés par des femmes, les personnes déplacées, les ménages avec un nombre élevé de personnes à charge et les autres groupes présentant des vulnérabilités particulières.

**Stratégies d'adaptation et moyens d'existence**

Face à la dégradation de leur situation alimentaire, les ménages développent différentes **stratégies d'adaptation**, dont certaines présentent un caractère préoccupant. De nombreux ménages déplacés ont recours à des **travaux journaliers occasionnels**, notamment dans les carrières minières ou pour des activités de puisage et de transport d'eau au profit d'autres ménages, afin de générer des revenus permettant de satisfaire leurs besoins alimentaires immédiats.

Le recours à ces activités de survie témoigne d'une **rouille des moyens d'existence et des capacités d'autosuffisance des ménages**. La dépendance à l'égard de travaux journaliers, irréguliers et faiblement rémunérés ne garantit pas un accès stable à la nourriture et peut exposer les populations à différents risques, notamment l'exploitation économique, les conditions de travail dangereuses et, pour les enfants et les adolescents, le risque d'abandon scolaire ou d'implication dans des activités économiques inappropriées à leur âge.

Dans le contexte des activités minières artisanales, une attention particulière doit également être accordée aux risques liés à la **protection de l'enfant**, à l'exposition aux accidents, aux violences, à l'exploitation et aux autres formes de travail dangereux.

**Analyse des besoins dans le contexte d'urgence**

La situation observée nécessite une attention particulière dans le cadre de la réponse humanitaire d'urgence. La proportion importante de ménages ne consommant qu'un seul repas par jour constitue un **signal de vulnérabilité alimentaire élevé** et justifie le renforcement de l'analyse de la consommation alimentaire, de l'accès aux marchés, du pouvoir d'achat des ménages et de l'évolution de leurs moyens d'existence.

Les besoins identifiés ne concernent donc pas uniquement la disponibilité des aliments, mais également la **capacité économique des ménages à y accéder**. Une réponse exclusivement centrée sur l'offre alimentaire pourrait être insuffisante si les ménages ne disposent pas de ressources financières leur permettant d'accéder durablement aux denrées essentielles.

Dans une logique de réponse rapide, il apparaît ainsi pertinent d'envisager, selon les résultats d'une analyse complémentaire du marché et des vulnérabilités, des interventions combinant **assistance alimentaire d'urgence et appui aux moyens d'existence**, notamment à travers **des transferts monétaires** lorsque les conditions du marché et d'accès le permettent. Ces interventions devraient prioriser les ménages déplacés et les familles d'accueil les plus vulnérables, en tenant compte de leur capacité réelle à couvrir leurs besoins alimentaires essentiels.

Parallèlement, le suivi de la situation nutritionnelle demeure important, notamment chez les **enfants de moins de cinq ans (**une proportion MAS de 3,17 % du 1er au 31 Aout 2026**), les femmes enceintes et allaitantes**, compte tenu du lien étroit entre insuffisance alimentaire, diversité alimentaire limitée et risque de malnutrition. Le référencement des cas de malnutrition vers les services appropriés devrait être renforcé à travers les relais communautaires et les structures sanitaires.

Ainsi, la situation observée traduit une **dégradation des capacités des ménages à assurer leur sécurité alimentaire dans un contexte d'urgence sanitaire et humanitaire**. La réponse devrait combiner une assistance immédiate visant à couvrir les besoins alimentaires essentiels avec des mesures permettant de préserver ou de restaurer les moyens d'existence, afin de limiter le recours prolongé à des stratégies d'adaptation négatives et de renforcer progressivement la résilience des ménages affectés.

# Rapport final d'évaluation - UniRR

| | |
|---|---|
| **Proportion des ménages sans abris, selon échantillonnage :** | **25%** |

**Commentaire :** La situation en matière **d'**abris et d'articles ménagers essentiels (AME) demeure préoccupante dans les localités évaluées, à la suite des attaques répétées attribuées aux éléments armés **ADF** dans les zones de provenance des populations déplacées. Ces incidents ont occasionné des pertes en vies humaines, l'incendie et le pillage de nombreuses habitations, ainsi que des déplacements massifs de populations. La destruction ou l'abandon forcé des habitations et la perte des biens essentiels ont fortement réduit la capacité des ménages affectés à assurer par leurs propres moyens des conditions minimales de sécurité et de dignité.
Les résultats de l'évaluation indiquent que 25 % des ménages ne disposent pas d'un abri adéquat**,** ce qui constitue un niveau important de vulnérabilité dans un contexte d'urgence. Parmi les ménages déplacés, certains sont accueillis temporairement par des familles hôtes et sont contraints de partager les espaces communs des habitations, notamment les salons, faute de solutions d'hébergement appropriées. Cette situation entraîne une forte promiscuité et limite les conditions minimales d'intimité, de dignité, de sécurité et de protection**,** particulièrement pour les femmes, les adolescentes, les enfants, les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap.
Par ailleurs, plusieurs ménages disposent d'abris construits ou réparés à partir de matériaux de fortune ou de faible qualité, notamment des bâches usagées ou inadéquates, de la paille, des feuilles de brousse et d'autres matériaux locaux. Ces abris offrent une protection limitée contre les intempéries et ne garantissent pas toujours des conditions minimales d'habitabilité. À l'approche ou pendant la saison des pluies, leur vulnérabilité est particulièrement accentuée par les infiltrations d'eau, le vent et l'humidité, avec des conséquences potentielles sur la santé (taux de morbidité des infections respiratoires aigües de 11,73 %), la sécurité et la préservation des biens des ménages.
Cette situation est particulièrement préoccupante **pour les** enfants et les personnes présentant des vulnérabilités particulières**,** qui sont davantage exposés aux risques liés à l'insuffisance de protection physique, à l'humidité, au froid et à la promiscuité. Le partage prolongé des espaces de vie peut également accroître les risques de protection, notamment les tensions au sein des ménages hôtes, les violences basées sur le genre, l'exploitation et les atteintes à la vie privée.

En définitive, la situation observée traduit une **forte vulnérabilité des ménages affectés par les déplacements forcés**, caractérisée par la perte des logements, l'insuffisance d'abris adéquats et la promiscuité dans les familles d'accueil dans un contexte de la MVE. Une intervention rapide en Abris, combinée à des mesures de protection et à une coordination multisectorielle, apparaît nécessaire pour rétablir des conditions minimales de **sécurité, dignité, sanitaire et protection** en faveur des populations affectées**.**

| | |
|---|---|
| **Proportion des ménages avec - de 50% du kit NFI selon échantillonnage :** | **43 %** |

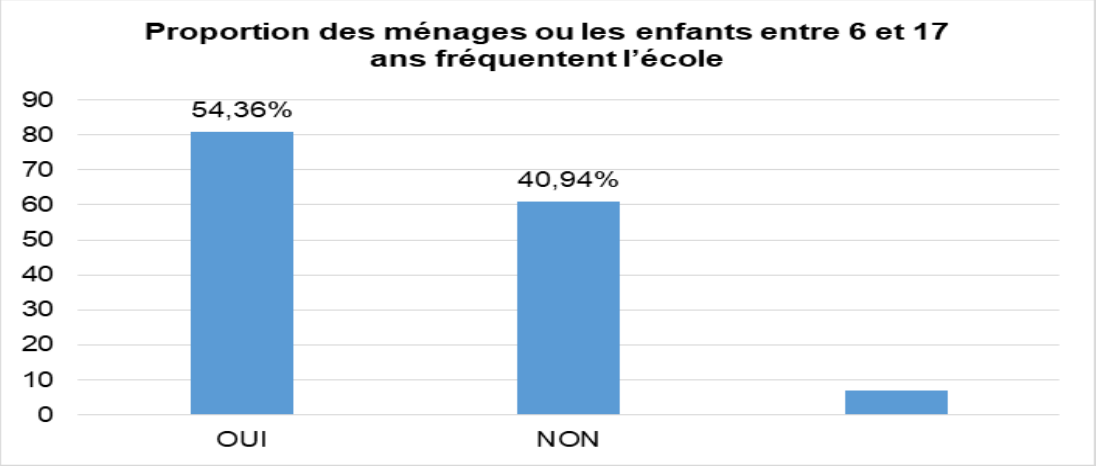
**Besoins en articles ménagers essentiels**

L'évaluation met également en évidence la nécessité de considérer les besoins en **AME** conjointement avec ceux liés à l'abri. Les déplacements forcés, les incendies, le pillage et l'abandon précipité des habitations ont entraîné la perte ou l'insuffisance d'articles essentiels à la vie quotidienne des ménages.
Les ménages nouvellement déplacés et ceux ayant perdu leurs biens essentiels rencontrent des difficultés à disposer d'articles indispensables tels que les bâches, couvertures, nattes, ustensiles de cuisine, seaux, jerrycans et autres articles domestiques de première nécessité**.** L'absence de ces biens affecte directement les conditions de vie, l'hygiène, la préparation et la conservation des aliments ainsi que la capacité des ménages à maintenir un environnement domestique minimalement sécurisé et digne.
Dans ce contexte, l'assistance en kits Abris/AME devrait être priorisée en fonction du niveau de vulnérabilité, de l'ampleur des pertes subies et de la capacité des ménages à couvrir eux-mêmes leurs besoins essentiels.

**Analyse sectorielle et implications pour la réponse d'urgence**

Les besoins identifiés relèvent d'une urgence en matière d'abris et de biens essentiels, nécessitant une réponse rapide afin de réduire l'exposition des ménages aux risques physiques et environnementaux. La priorité devrait être accordée aux ménages déplacés récemment, aux ménages dont les habitations ont été détruites ou incendiées, aux familles sans abri adéquat ainsi qu'aux ménages hébergeant des personnes déplacées dans des conditions de forte promiscuité.
Dans une approche de réponse rapide, l'intervention devrait privilégier la fourniture de kits d'abris d'urgence et d'AME**.** Les transferts monétaires inconditionnels pourraient également être envisagés comme modalité complémentaire, notamment pour permettre aux ménages de couvrir certains besoins spécifiques et de renforcer ou réparer leurs abris avec des matériaux disponibles localement.
En définitive, la situation observée traduit une **forte vulnérabilité des ménages affectés par les déplacements forcés**, marquée par la perte ou l'insuffisance d'**articles ménagers essentiels (AME**, dans un contexte épidémiologique marqué par la **maladie à virus Ebola (MVE)**. La perte des biens essentiels limite également la capacité des ménages à assurer convenablement la préparation des aliments, le stockage de l'eau, l'hygiène domestique et corporel ainsi que les autres activités quotidiennes indispensables.

**Fréquentation de l'école pendant la période de l'évaluation**




**Commentaire :**
L'année scolaire 2025-2026 a été fortement marquée par un taux de déperdition scolaire élevé chez les enfants de 6 à 17 ans (40,94 %), une situation qui a été exacerbée par l'épidémie de la maladie à virus Ebola déclarée le mois de juillet 2026 dans la cette zone.
Il convient de noter qu'avant cette crise sanitaire ; des nombreuses écoles de la place faisaient déjà face un système éducatif fragile avec des multiples contraintes (bâtiments, enseignants moins qualifiés et les cas d'abandon récurrent, manque de manuels scolaires et matériels didactiques etc.). La résurgence de l'épidémie a bouleversé le fonctionnement normal de ces institutions scolaires. Cette situation a occasionné une vague de déplacement des populations qui craignaient la propagation du virus en milieu scolaire. Ces personnes auraient pris la direction de la province du Haut-Uélé, Tshopo et Nord-Kivu pour protéger leurs enfants el la plupart d'entre eux ont du mal à regagner le milieu de provenance à cause de la flambée de ladite épidémie. Cela a impacté négativement la rentrée scolaire actuelle, où l'on observe une faible affluence des enfants en âge scolaires dans les établissements pour l'inscription et d'autres parents qui ont évoqué l'absence des kits scolaires.

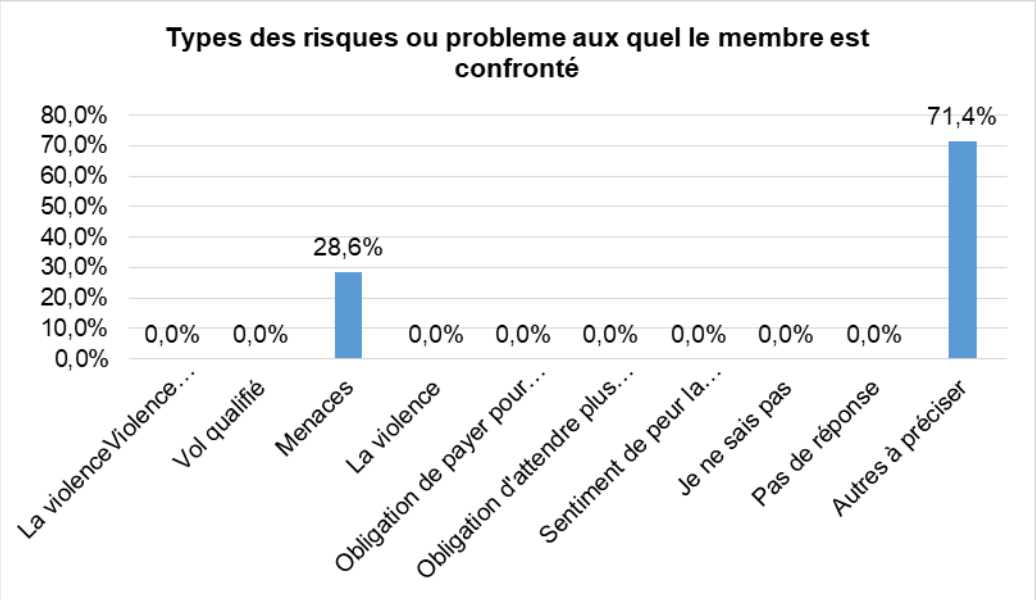
Ces établissements souffrent d'un manque d'équipements essentiels, notamment de dispositifs fonctionnels de lavage des mains, de thermomètres, ainsi que de la carence avérée de manuels scolaires et de matériel didactique. Aucun point d'eau fonctionnel n'est disponible à proximité des écoles, ce qui compromet davantage le respect des mesures d'hygiène.

Afin d'améliorer la sécurité, la dignité et le bien-être des élèves, il est indispensable d'aménager des latrines séparées pour les filles et les garçons, ainsi que des points d'eau à proximité des établissements scolaires. Face à ces défis, une action coordonnée et urgente est nécessaire pour garantir la continuité de l'éducation, renforcer les mesures d'hygiène et de protection dans les écoles, améliorer l'accès à l'eau potable et soutenir les enfants ainsi que leurs familles.

| N° | Nom de l'école | GPS écoles | Effectif Elèves 2025-2026 | Nombre d'écoliers IDPS | Nombre de salles de classes | Besoins prioritaires | Contacts du point focal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AIRE DE SANTE BAFWAMBAYA** | | | | | | | |
| 1 | EP MAMAN FAYLA | N : 01° 43'30.378'<br>E : 027°49'.382' | 476 | 28 | 6 | Augmentation des salles de classe, source d'eau potable. Augmentation de latrines et distribution des dispositifs de lavage des mains et des kits PCI. | 0814503123 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | EP BAFWAMBAYA | N : 01° 42'.970'<br>E : 027°48'.854' | 736 | 11 | 15 | Augmentation des salles de classe, source d'eau potable. Augmentation des latrines et distribution des dispositifs de lavage des mains et des kits PCI. | 0827331809 |
| 3 | EP BUGUMBA | ND | 396 | 12 | 6 | Mobiliers, Latrines, pupitres, lave-main, Matériels didactiques, manuels scolaires. | 0814506396 |
| 4 | EP MASANGE | ND | 216 | 6 | 6 | Bâtiment scolaire, Kit PCI, Source d'eau potable, lave main, Latrines, Fournitures de bureau. | 0818361180 |
| 5 | EP SINYYAMA | ND | 178 | 22 | 6 | Mobiliers, Manuels scolaires, construction des blocs de latrines, lave main, Source d'eau, Matériels didactiques. | 0860058994 |
| 6 | EP SEBAIDO | N : 01° 43'.356'<br>E : 027°48'.854' | 250 | 8 | 8 | Latrines, Matériels didactiques, Fournitures de bureau, lave main. | 0826827417 |
| 7 | EP2 BAFWAMBAYA | N : 01° 42'.970'<br>E : 027°48'.854' | 571 | 27 | 15 | Pas de bâtiments propres et vacation après-midi faute de bâtiment distribution des dispositifs de lavage des mains et des Kits PCI. | 0814764736 |
| | | | | | | | |
| **AIRE DE SANTE BAFWABANGO** | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 1 | EP MUNGAKI | N : 01° 45'.602'<br>E : 027°50'.075' | 800 | ND | 10 | Manuels scolaires, kits récréatifs, enclos et problème d'eau | 0818087711 |
| 2 | EP TAMBANAKUMANGE | N : 01° 45'.753'<br>E : 027°49'.876' | 235 | 28 | 6 | Dispositif de lavage des mains, augmentation des bancs, manuels scolaires, latrines et point d'eau | 0821013458 |
| 3 | EP BANASUNGWA | N : 01° 44'.979'<br>E : 027°49'.713' | 1300 | ND | 32 | Dispositif de lavage des mains, | 0816442629 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | augmentation des bancs, manuels scolaires, latrines et point d'eau | |
| 4 | CS MON BEAU VILLAGE | N : 01° 45'.507' E : 027°50'.026' | 550 | 15 | 7 | Besoin en kits PCI et bâtiment, point d'eau | 0971418567 |
| **LES AUTRES ECOLES DONT LES DONNEES ETAIENT NON DISPONIBLES : (EP. NDAKA, E.P. CECA 20, E.P. WAULE, E.P. SALAMA, E.P. CBCA, E.P. PUNYUNYU, E.P. UWEZO, C.S. KASONGO, C.S. MES OEUVRES, C.S. BAFWABANGO.** | | | | | | | |
| | | ' | | | | | |




**Commentaire :** Les résultats de l'évaluation mettent en évidence la persistance de risques de protection dans les communautés affectées**,** dans un contexte humanitaire marqué par les conséquences des conflits armés, des déplacements forcés de populations et de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE)**.** Parmi les répondants, 71,4 % identifient les autres risques de protection comme leur principale préoccupation**,** tandis que 28,6 % citent les menaces. Ces résultats traduisent un environnement de protection nécessitant une vigilance accrue et le renforcement des mécanismes communautaires de prévention, d'alerte et de référencement.

Principaux risques de protection

Les **autres risques de protection**, cités par 71,4 % des répondants, constituent la principale catégorie de préoccupations rapportées par les communautés. Dans un contexte de conflit armé et de déplacements, cette catégorie peut recouvrir différentes situations de vulnérabilité affectant la sécurité, l'intégrité physique, la dignité et l'accès aux droits et services essentiels. Une attention particulière doit être accordée aux personnes exposées à des risques spécifiques, notamment les enfants, les femmes et les adolescentes, les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap et les ménages particulièrement vulnérables**.**

Les **menaces**, citées par 28,6 % des personnes interrogées, représentent également un risque important dans le contexte de crise. Dans les zones affectées par les conflits armés, les menaces réelles ou perçues peuvent contribuer à la dégradation du sentiment de sécurité, limiter les déplacements des populations et affecter leur accès aux services essentiels, aux marchés, aux champs et aux moyens d'existence. Elles peuvent également favoriser de nouveaux déplacements ou le recours à des stratégies d'adaptation susceptibles d'accroître l'exposition des ménages à d'autres risques.
S'agissant des risques spécifiquement liés à **l'insécurité**, aucun répondant n'a cité le **vol qualifié ou les extorsions** comme principal problème affectant son ménage. De même, aucune personne interrogée n'a identifié les **restrictions de mouvement** ou le **sentiment d'insécurité nocturne** comme préoccupations principales. Toutefois, ces résultats ne permettent pas de

conclure à l'absence de ces risques dans la zone.

Risques liés aux conflits armés et aux déplacements

Les déplacements forcés constituent un facteur majeur de vulnérabilité. La perte du logement, des biens et des moyens d'existence, la séparation familiale, la rupture des réseaux sociaux et l'exposition à des conditions d'hébergement précaires peuvent accroître les risques de protection.
Les femmes et adolescentes, ainsi que les personnes ayant des besoins spécifiques nécessitent une attention particulière en matière d'identification, de protection et de référencement.
Les déplacements, la pauvreté, la perte des moyens d'existence et l'affaiblissement des mécanismes de protection ont amplifié l'exposition aux violences sexuelles, aux mariages précoces, à l'exploitation et à d'autres formes de violence ou d'exploitation.

Risques spécifiques liés au contexte de la MVE

Le contexte de **maladie à virus Ebola**, la peur de la maladie, les rumeurs et la stigmatisation ont affecté les relations entre les communautés et les services de santé et entraîner des comportements d'évitement ou de méfiance à l'égard des structures et du personnel sanitaire.
Les mesures de prévention et de contrôle de l'épidémie peuvent également avoir des répercussions sur la vie familiale et communautaire. Les personnes suspectées ou affectées par la maladie, leurs contacts, les survivants et leurs familles peuvent être exposés à la **stigmatisation,** au rejet social, à la discrimination ou à des atteintes à leur dignité**.**
Dans ce contexte, les interventions de santé doivent être mises en œuvre dans le respect des principes de **dignité, confidentialité, consentement, non-discrimination et participation communautaire**. La communication des risques et l'engagement communautaire contribueraient à réduire les rumeurs et la stigmatisation et à renforcer la confiance entre les communautés et les acteurs de la réponse.

Risques transversaux et approche multisectorielle

Les risques de protection identifiés doivent être analysés en lien avec les autres secteurs de la réponse humanitaire. L'insuffisance d'abris et la promiscuité peuvent accroître les risques de VBG et d'exploitation ; les difficultés d'accès à l'eau peuvent exposer les femmes et les enfants à des risques lors des déplacements vers les points d'eau ; les difficultés d'accès aux soins peuvent aggraver les conséquences des violences et retarder la prise en charge des survivantes.

Dans le contexte de la MVE, les insuffisances en **Eau, Hygiène et Assainissement (WASH)**, en prévention et contrôle des infections (PCI) et en équipements de protection peuvent également accroître les risques sanitaires et la perception d'insécurité au sein des communautés.

**Synthèse du focus groupe femmes**

| Vulnérabilité | Garçons | Filles | Homme | Femme | Total | Besoins prioritaires |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Viols | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Continuer avec la sensibilisation de la communauté sur le référencement à temps pour tout cas de violence sexuelle et la dénonciation des auteurs. |
| EAGA | 0 | | | | | ND. |
| Existence des enfants non enregistrés à l'état civil | Les enfants ne sont pas enregistrés à l'état civil | | | | | Aux leaders communautaires et sanitaires de sensibiliser et d'organiser cette activité couramment en montrant sa pertinence aux parents et à la chefferie d'assouplir les mesures pour les parents n'ayant pas respectés le délai. |
| Autres VBG | L'évaluation a mis en évidence la présence de **plusieurs maisons de tolérance** réparties dans la zone, constituant un facteur de vulnérabilité susceptible d'accroître l'exposition des femmes et des adolescentes aux risques d'exploitation sexuelle, de violences sexuelles et de violences basées sur le | | | | | • Renforcer les activités de sensibilisation communautaire sur les violences basées sur le genre (VBG), leurs différentes formes, les mécanismes de référencement et les services disponibles pour les survivantes.<br>• Installer et/ou renforcer les Associations de |

| | | |
|---|---|---|
| | genre (VBG). Cette situation appelle au renforcement des actions de prévention, de sensibilisation et de référencement, particulièrement en faveur des groupes les plus exposés.<br>Les échanges avec les communautés ont également révélé un **niveau insuffisant de connaissance des VBG chez les femmes**, notamment en ce qui concerne les différentes formes de violences, les services disponibles et les **mécanismes ainsi que le circuit de référencement des survivantes**. Cette faible connaissance peut constituer une barrière au signalement des incidents et à l'accès rapide aux services médicaux, psychosociaux, de protection et, lorsque disponibles, juridiques.<br>Plusieurs formes de VBG ont été rapportées au sein des communautés, notamment les **agressions physiques, les violences sexuelles, les violences psychologiques, le déni de ressources et les mariages précoces**. Ces différentes manifestations témoignent de la persistance de facteurs de vulnérabilité au sein des ménages et nécessitent une réponse intégrée prenant en compte à la fois la prévention, la protection et l'accès aux services essentiels.<br>Par ailleurs, la zone évaluée ne dispose pas suffisamment d'**espaces sûrs et adaptés** permettant aux femmes, aux adolescentes et aux autres personnes vulnérables de se réunir, d'échanger, de recevoir des informations ou d'accéder à des activités de soutien dans un environnement sécurisé. L'absence de tels espaces limite les possibilités de sensibilisation, d'écoute, d'orientation et de renforcement des mécanismes communautaires de protection.<br>L'évaluation a également relevé une **consommation importante de substances psychoactives** chez certains jeunes et certaines femmes. Cette situation constitue un facteur supplémentaire de vulnérabilité pouvant être associé à des comportements à risque, à l'exposition aux violences, à la déscolarisation, à l'exploitation et à la détérioration des relations sociales et familiales. Par ailleurs, plusieurs cas de **souffrance et de détresse psychosociales** ont été rapportés chez les hommes comme chez les femmes, dans un contexte marqué par les violences, les déplacements et les multiples facteurs de stress liés à la crise.<br>Sensibilisation et mécanismes de protection<br>Dans le cadre de la mission, des séances de sensibilisation communautaire ont été organisées sur les **violences basées sur le genre (VBG), la prévention et la lutte contre la fraude, les principes fondamentaux de la Protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PEAS/PSEA)** ainsi que sur les mécanismes disponibles pour signaler les incidents et préoccupations.<br>Au total, **54 personnes**, dont **29 hommes et 25 femmes**, ont participé à ces séances. Ces activités ont permis de renforcer les connaissances des | Promotion de la Santé (APS) et mettre en place des espaces sûrs pour les femmes et les adolescentes, afin de favoriser leur accès à l'information, à l'écoute, au soutien psychosocial et aux services de référencement.<br>• Mettre en place des espaces amis des enfants (EAE) afin d'offrir aux enfants un environnement sécurisé pour leur protection, leur accompagnement psychosocial, leurs activités récréatives et leur référencement vers les services appropriés.<br>• Assurer un approvisionnement régulier et suffisant des structures sanitaires en kits de prophylaxie post-exposition (PEP) et autres intrants essentiels, afin de garantir une prise en charge médicale rapide, confidentielle et adéquate des survivantes de violences sexuelles.<br>• Renforcer les mesures de prévention et de protection en faveur des femmes et des adolescentes, notamment dans les zones et lieux identifiés comme présentant des risques accrus de violences, d'exploitation ou d'abus.<br>• Renforcer les activités de prévention et de sensibilisation sur les risques liés à la consommation de substances psychoactives**,** en ciblant particulièrement les adolescents et les jeunes.<br>• Mettre en place et/ou renforcer les services de soutien psychosocial et de santé mentale**,** notamment pour les personnes présentant des signes de détresse ou des traumatismes liés aux violences, aux déplacements forcés et au contexte général de crise.<br>• Poursuivre et étendre les séances de sensibilisation sur la Protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PEAS/PSEA), la prévention de la fraude et les mécanismes de plaintes et de signalement,<br>• Renforcer les mécanismes communautaires d'alerte précoce, de signalement et de référencement**,** en collaboration avec les relais communautaires, les leaders locaux et les services compétents, afin d'améliorer l'identification précoce des risques et la réponse aux incidents de protection.<br>• Assurer une coordination multisectorielle renforcée entre les acteurs de la Protection, VBG, Santé, Protection de l'enfant et autres secteurs pertinents, afin de garantir une prise en charge intégrée, rapide et centrée sur les besoins des personnes affectées. |

| | | |
|---|---|---|
| | participants sur les risques de protection, les comportements attendus des acteurs humanitaires, les mécanismes de signalement et l'importance de recourir aux services appropriés en cas d'incident. | |
| Autres vulnérabilités | Les participantes ont indiqué que **l'insécurité persistante rend les champs situés dans leurs zones d'origine difficilement accessibles**, compromettant ainsi leurs activités agricoles et, par conséquent, leurs moyens de subsistance et leur capacité à couvrir les besoins essentiels de leurs ménages.<br>Elles ont également signalé des **difficultés importantes d'accès à l'eau potable**. Plusieurs forages disponibles dans la zone sont construits et gérés par des particuliers, ce qui limite l'accès des ménages vulnérables à une eau abordable. Le coût de l'eau est jugé particulièrement élevé ; à titre d'exemple, **trois bidons sont vendus à 1 000 FC**, ce qui représente une charge importante pour les ménages disposant de ressources limitées.<br>Par ailleurs, les **structures sanitaires locales ne disposent pas d'équipements adéquats pour les accouchements**, notamment de lits d'accouchement appropriés, ce qui complique la prise en charge des femmes enceintes et peut affecter la qualité et la sécurité des soins obstétricaux.<br>Les participantes ont également souligné que, **dans le contexte de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE), la fermeture de la frontière entre Niania et le Haut-Uélé a fortement perturbé les circuits d'approvisionnement en biens et produits de première nécessité**. Cette situation a contribué à réduire la disponibilité de certains produits essentiels et à accroître les difficultés d'approvisionnement des ménages, rendant les conditions de vie particulièrement difficiles pour les communautés affectées.<br>En matière d'**abris**, plusieurs ménages rencontrent des difficultés à accéder à un logement adéquat en raison de leur **faible capacité à payer les frais de location**. Certains ménages sont ainsi contraints de vivre dans des conditions d'hébergement précaires et parfois inadaptées, ce qui accroît leur vulnérabilité, notamment pour les femmes, les enfants et les autres personnes ayant des besoins spécifiques.<br>Enfin, les participantes ont indiqué que **les soins de santé, y compris les services d'accouchement, restent payants**. Le coût des prestations constitue ainsi une **barrière financière majeure à l'accès aux soins**, particulièrement pour les ménages les plus pauvres et les personnes déplacées. Cette situation peut favoriser le recours tardif aux services de santé, l'automédication ou le renoncement aux soins, avec des conséquences potentiellement importantes sur la santé maternelle et néonatale. | • Renforcer l'accès aux soins de santé en soutenant les structures sanitaires et en mettant en place des mécanismes de gratuité ou de subvention des soins, notamment pour les femmes enceintes, les accouchements et les ménages les plus vulnérables.<br>• Plaidoyer pour aménagement des points d'eau communautaires afin de répondre au besoin de ménages.<br>• Renforcer les activités de sensibilisation communautaire sur les services de santé disponibles et promouvoir le recours précoce aux structures sanitaires.<br>• Plaider auprès des autorités sanitaires et des partenaires humanitaires pour une réponse multisectorielle intégrant les secteurs de la sécurité alimentaire, WASH, Abris, et Santé afin de répondre aux besoins prioritaires des populations affectées. |

**Promotion Santé :**

L'équipe de l'ERM a réalisé des activités de sensibilisation au sein des communautés de la zone analysée. Les messages ont été transmis aux leaders communautaires lors des réunions, aux femmes lors de discussions en groupe, ainsi qu'aux ménages durant les enquêtes, les séances de dépistage nutritionnel et les assemblées villageoises. L'objectif de ces interventions était d'améliorer la compréhension de l'importance de la santé publique, avec un accent particulier sur la prévention de la maladie à virus Ebola (MVE). Les équipes ont également insisté sur la nécessité d'appliquer les mesures de prévention recommandées par les autorités sanitaires.

Cependant, ces activités se sont déroulées dans un contexte de forte méfiance envers les interventions de santé publique. Certaines personnes demeurent sceptiques quant à l'existence même de la maladie à virus Ebola et éprouvent des difficultés à suivre les recommandations de prévention. Malgré ces obstacles, les échanges avec les leaders communautaires et les responsables d'organisations de base ont permis d'instaurer un dialogue constructif, facilitant une meilleure compréhension des risques sanitaires et des comportements à adopter.

Au total, 108 personnes ont participé à ces activités, dont 25 hommes, 47 femmes, 15 garçons et 21 filles. Des séances de sensibilisation ont été organisées pour les leaders communautaires et les femmes, abordant des thèmes tels que la notification rapide des décès et des maladies inhabituelles aux structures de santé et aux autorités compétentes, les cinq moments clés pour le lavage des mains, et l'importance de recourir aux services de santé en temps voulu.

**Mise en place des mécanismes de gestion des plaintes**

Les anciens comités de gestion des plaintes (CGP) ont été revitalisés dans les deux aires de santé évaluées pour renforcer les mécanismes communautaires de redevabilité. À cette occasion, l'équipe ERM a fourni à chaque comité un cahier et six stylos pour enregistrer et suivre les plaintes des membres de la communauté. En conséquence, il n'a pas été possible d'effectuer une analyse représentative du contenu des boîtes à plaintes avant la fin de la mission. Pour les prochaines interventions dans cette zone, il est recommandé de renforcer les rôles des comités dès les premières phases de la mission, afin de garantir un délai suffisant pour la collecte des plaintes. De plus, les membres des comités ont participé à une séance de sensibilisation sur les mesures de prévention et de contrôle de la Maladie à Virus Ebola (MVE), visant à renforcer leurs connaissances et leur rôle dans la diffusion des messages de prévention au sein des communautés.

**Recommandations**

**<u>À l'attention de tous les acteurs</u> :** (i) Se conformer aux orientations fixées par les leaders communautaires avant d'effectuer tout déplacement dans les villages ; (ii) Respecter les orientations des leaders communautaires concernant la perception de la population sur la MVE dans la zone évaluée.

**<u>GT Abris et NFI</u> :** (i) Apporter une assistance d'urgence aux ménages déplacés ainsi aux autochtones vulnérables, à travers la distribution de kits NFI et d'abris d'urgence ; **<u>Cluster WASH</u> :** (ii) Distribuer des kits WASH aux personnes déplacées ; (iii) Réhabiliter les points d'eau existants datant de plus d'années et aménager de nouveaux points d'eau dans les villages jamais desservis, disposant de sources potentielles ; (iv) Renforcer les mesures barrières WASH pour lutter contre les maladies liées au manque d'hygiène et la MVE.

**<u>Clusters Santé et Nutrition et BCZ</u> :** (i) Mobiliser les partenaires susceptibles d'assurer la gratuité des soins de santé primaires au profit des populations de toutes les aires de santé évaluées, après les deux mois qui seront couverts par le projet UniRR ; (ii) Renforcer les deux structures de santé évaluées en équipements de protection individuelle (EPI) adaptés à la prévention et à la prise en charge de la maladie à virus Ebola (MVE) ; (iii) Intensifier les mesures de prévention et de contrôle de la MVE, notamment par : la formation des prestataires médicaux et paramédicaux sur les notions fondamentales relatives à la maladie ; la mise à disposition de supports de sensibilisation et de matériels de protection ; le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la vigilance dans la zone évaluée ; (iv) Assurer le suivi de la prolifération des structures sanitaires privées ainsi que la sensibilisation sur la reprise des activités vaccinales dans les zones évaluées ; (v) Doter le centre de santé de Bafwambaya de tentes supplémentaires afin d'accroître sa capacité d'accueil, de répondre aux normes minimales d'une structure de santé secondaire et d'améliorer la prise en charge des patients.

**<u>Au BCZ et aux relais communautaires (RECO)</u> :** (i) Intensifier les campagnes de sensibilisation sur la MVE et les activités vaccinales afin de restaurer la confiance entre les communautés et les prestataires de soins ; (ii) Affecter un médecin ainsi que des infirmiers supplémentaires au centre de santé de Bafwambaya afin d'améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge des patients au niveau de la structure de référence.

# Rapport final d'évaluation - UniRR

**Cluster Éducation et EPST :** (i) Distribuer des dispositifs de lavage des mains ainsi que les Thermo flashs dans les écoles pour prévenir contre l'Ebola. (ii) Fournir des kits scolaires et du matériel pédagogique aux élèves vulnérables ainsi qu'aux écoles évaluées ; (iii) Doter aux écoles des fournitures essentielles, afin de limiter les abandons scolaires liés aux difficultés financières des parents ;

**En Sécurité Alimentaire :** Renforcer les interventions de sécurité alimentaire et de relance des moyens d'existence, notamment à travers l'assistance alimentaire d'urgence, l'appui à la production agricole, la distribution d'intrants agricoles pour ceux qui ont l'accès aux terres arables et le soutien aux activités génératrices de revenus en faveur des ménages déplacés, des familles d'accueil et des communautés autochtones les plus vulnérables.

**En Protection :** (i) Apporter de réponse aux VBG dans les trois aires de santé évaluées, compte tenu des nombreux signaux de risques de protection observés ; (ii) Appuyer la chefferie par la mise à disposition des registres et la sensibilisation de la population à l'enregistrement des enfants à l'état civil, ainsi qu'organiser des jugements supplétifs pour les enfants ayant dépassé le délai légal d'enregistrement ;

## ANNEXE : QUELQUES PHOTOS ILLUSTRATIVES



**Fosse à placenta du CS Bafwambaya**



**La salle du post-partum au CS BAFWABANGO**



**Briefing des prestataires du CS Bafwambaya**



**Type d'abris cédé à une famille déplacée à Bafwambaya**



**Type d'abris d'un déplacé de Bafwabango**



**Type de latrine utilisée par les IDPS de Bafwabango**