

Rapport d'Evaluation Rapide multisectorielle
UNIRR CTR
Axe : Mazyondo-Malala/As Mazyondo – Kanteba - Malala/ ZS Manono
Territoire de Manono
Date de l'alerte 06.04.2026 Eh Tools : 6406

Auteur : UniRR – CRT avec l'appui de l'Unicef

Date de l'évaluation : ***Date de Partage du 1er rapport (Résumé succinct)***	*Du 10 au 16 Juin 2026* *Le 15 Juin 2026*
Période évaluée en semaine : ***Date de prise des données :***	*30 jours soit 4 semaines* *Du 11 au 15 Juin 2026*

Section	Information	Niveau de sévérité d'Urgence
Santé	**Situation sanitaire dans la communauté :** L'analyse des données recueillies révèle une situation sanitaire particulièrement préoccupante caractérisée par des taux de mortalité élevés et une forte prévalence des maladies courantes. - ***Mortalité infantile et juvénile :*** Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMIJ) atteint 418,12 décès par mois pour 10 000 personnes, soit 13,94 décès par jour pour 10 000 personnes. Ce niveau dépasse largement les seuils d'urgence humanitaire. - ***Mortalité générale :*** Le taux de mortalité globale (TMG) est estimé à 292,84 décès par mois pour 10 000 personnes, équivalant à 9,76 décès par jour pour 10 000 personnes, traduisant une situation de crise sanitaire aiguë - ***Morbidité dominante :*** Les pathologies les plus fréquentes sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les diarrhées simples, témoignant d'une forte vulnérabilité environnementale et sanitaire. - ***Cas de rougeole*** : Durant l'enquête, 42 cas de rougeole ont été enregistrés chez des enfants de moins de cinq ans dans les 138 ménages visités. La majorité de ces enfants ont été soumis à des traitements traditionnels en raison du manque de médicaments dans les structures sanitaires. Il est à noter qu'un enfant déplacé interne (PDI) âgé de 4 ans, originaire de Kayumba, a perdu la vue à la suite d'une mauvaise prise en charge de cette pathologie, illustrant la gravité du déficit thérapeutique. - ***Rupture prolongée de médicaments essentiels*** : Les trois structures sanitaires évaluées présentent une rupture de stock de médicaments essentiels génériques depuis plus de 180 jours, due à l'absence de partenaires d'appui. Cette situation compromet gravement la capacité de réponse aux besoins de santé de la population. - ***Couverture vaccinale paradoxale :*** Malgré une couverture vaccinale en VAR supérieure à 100 %, plusieurs villages des trois aires de santé étudiées continuent d'enregistrer des cas de rougeole, suggérant des défaillances dans la chaîne de froid, la qualité des vaccins ou la fiabilité des données de couverture.	
Nutrition	Le manque de partenaires d'appui nutritionnel dans les trois aires de santé étudiées accentue la vulnérabilité des enfants âgés de 6 à 59 mois face à la malnutrition. Cette absence de soutien se traduit par des taux de prévalence alarmants, confirmés par l'enquête menée auprès de 135 enfants dépistés. **Résultats consolidés pour 3 aires de santé évaluées.**	

Aire de Santé	***Enfants dépistés***	***MAS***	***MAM***	***MAG calculé***
Mazyondo	32	3 cas (9,38 %)	6 cas (18,75 %)	28,13%
Malala	69	4 cas (5,79 %)	14 cas (20,29 %)	26,08%
Kanteba	34	4 cas (11,76 %)	8 cas (23,53 %)	35,29%

	Commentaires : - Les données montrent une situation nutritionnelle critique : la prévalence du MAG reste élevée dans toutes les aires de santé, avec un pic à 35,29 % à Kanteba, traduisant une crise aiguë. Mazyondo et Malala présentent également des taux supérieurs aux seuils d'urgence, confirmant une vulnérabilité généralisée des enfants.
AME	Parmi les ménages déplacés internes (PDIs) enquêtés, 93 % (129 sur 139) présentent une très faible capacité en articles non alimentaires (NFI). Cette situation se traduit par de grandes difficultés de stockage de l'eau et de préparation des aliments dans des conditions de sécurité et de quiétude, accentuant leur vulnérabilité quotidienne.

	Abris	L'enquête révèle que 100 % des ménages PDIs ne disposent pas d'un abri propre, les uns sont dans les FAMACs (73 % des PDIs) et les autres sont contraints de prendre le logement locatif dont le montant varie entre 10 000 FC et 30 000 FC (27%). Le surpeuplement entraîne une promiscuité accrue, favorisant la circulation du virus de la rougeole, pathologie endémique dans les trois aires de santé évaluées. La rougeole touche 16,2 % des enfants de 6 à 59 mois (42 cas sur 259 enfants dépistés). Cette situation met en évidence l'urgence d'une réponse intégrée combinant la fourniture d'abris et le renforcement de la sécurité dans les zones de provenance, afin de permettre le retour des PDIs et de consolider le système de protection sociale.	
	Sécurité alimentaire	Dans les aires de santé de Kanteba et Mazyondo, l'essor des carrières minières paralyse l'activité agricole et contraint les PDIs à assurer leur survie par des travaux pénibles : le transport de sacs de sable vers les sites miniers pour tamisage, rémunérés à 100 FC par sac. Or, il leur faudrait 150 sacs par jour pour couvrir la ration familiale, objectif pratiquement impossible à atteindre. Dans l'aire de santé de Malala, les PDIs sont orientés vers les travaux champêtres, mais l'accès à un espace de 10 m² coûte 2 000 FC, un revenu insuffisant pour garantir une ration journalière. Ces modes de subsistance précaires, combinés à un pouvoir d'achat très faible, paralysent l'équilibre socio-économique. L'enquête révèle que 84,8 % des ménages PDIs (117/139) n'accèdent qu'à un seul repas par jour, contre 12,3 % qui en ont deux et seulement 2,9 % qui parviennent à en avoir trois.	
	Hygiène accès à l'eau	De manière générale, la population des trois aires de santé enquêtées n'a pas accès à une eau de qualité. Environ 82 % des ménages (114/139) recourent à l'eau des sources non aménagées et de surface, également utilisée par les sites miniers pour le nettoyage des minerais, exposant ainsi la population de Manono à un risque élevé d'éclosions de maladies hydriques si la REGIDESO ne met pas en place un système d'approvisionnement en eau potable. Par ailleurs, les pratiques d'assainissement sont très limitées : 39 % des ménages PDIs défèquent à ciel ouvert, tandis que 61 % utilisent des latrines non hygiéniques, en nombre insuffisant autour des FAMACs. Cette situation accroît les risques sanitaires et fragilise davantage les conditions de vie des populations déplacées.	
	Protection	Depuis plus de 12 mois, les trois structures sanitaires évaluées ne bénéficient d'aucun partenaire d'appui en protection, ce qui entraîne une prise en charge insuffisante des cas de VBG et la disparition de nombreux incidents graves dans les statistiques officielles. Le phénomène des corps sans vie retrouvés avec mutilation des organes génitaux est signalé dans plusieurs localités, accentuant le sentiment d'insécurité et privant les PDIs de toute garantie en matière de protection. Parmi les victimes déjà recensées figure un enfant déplacé interne de 18 mois, laissé sous la garde de ses frères et sœurs pendant que sa mère cherchait de la nourriture, illustrant la gravité et la vulnérabilité extrême des familles déplacées.	
	Education	Sur les 342 enfants en âge scolaire recensés, 135 (39 %) ne fréquentent pas l'école. Cette proportion traduit une situation éducative préoccupante dans les aires enquêtées. Les filles sont les plus affectées, car elles sont souvent utilisées comme gardiennes du ménage. Cette responsabilité domestique les prive de leur droit à l'éducation et accentue les inégalités de genre. La situation appelle une réponse urgente en matière d'accès scolaire et de protection des enfants déplacés.	

Objectifs de l'évaluation

- **Général :**

  Mener une évaluation rapide multisectorielle et la mise à jour de la situation humanitaire dans les aires de santé de Mazyondo, Malala, Kanteba/ zone de santé de Manono/ territoire de Manono.
- **Spécifiques :**
- Mener les enquêtes ménages porte à porte en tenant compte de la taille d'échantillonnage ressortie sur l'ensemble des ménages touchés,
- Evaluer et décrire la situation contextuelle et sanitaire ainsi que les besoins des populations déplacées (AEM, abris, santé SSP et Nut, vivres…).
- Déterminer le niveau de l'urgence et prioriser les réponses.

- Collecter et analyser les données pré-crise afin d'avoir les données en lien avec la démographie, le profil de la crise, les principales menaces, les vulnérabilités existantes.
- Collecter et analyser les données post-crise (populations affectées, profil humanitaire des populations, les contraintes à l'accès humanitaire, les besoins de base…) afin de déterminer la vulnérabilité.
- Identifier la nature de la crise ainsi que les personnes impliquées.
- Circonscrire la zone affectée par la crise et identifier les conditions d'accessibilité (logistique et sécuritaire).
- Organiser les échanges communautaires (groupes des discussions).
- Former les enquêteurs (Reco, personnes influentes…).
- Etablir les besoins prioritaires des ménages déplacés affectés.

Résultats attendus

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

Méthodes :

- Présentation des civilités auprès des autorités civiles ;
- Contacts avec les autres acteurs et réunion communautaire avec les différentes couches de la population ;
- Sélection des relais communautaires, des certains membres de la Croix rouge et briefing sur les enquêtes-ménages suivant un échantillon de 139 ménages.
- Screening des enfants de 6 - 59 mois dans les 139 ménages sélectionnés.
- Organisation des focus-group et divers entretiens avec les personnes clés.
- Organisation des élections et installation des membres du comité de gestion des plaintes avec un Procès-Verbal dûment signé par toutes les parties prenantes.
- Visite des infrastructures sanitaires et collecte des données santé Nut et SSP auprès de ces dernières.
- Visite des établissements scolaires primaires et secondaires de la place et collecte de données.
- Compilation et traitement des données.
- Rapportage et restitution des résultats obtenus

A. Situation humanitaire dans les aires de santé de Kanteba, Malala et Mazyondo.

- Les trois aires de santé accueillent un mélange de populations déplacées internes (PDIs) : certains fuyant la crise du M23 après la chute d'Uvira et ses environs, d'autres ayant quitté les menaces du seigneur de guerre Kisimba dans les aires de santé de Kayumba et Kazingu, et enfin ceux qui ont fui les affrontements entre le groupe armé MDCK dirigé par ***Gédéon Mutanga*** et les FARDC.
- Selon les informations recueillies auprès du chef de chefferie Luba, l'enquête initialement prévue dans l'aire de santé de Kanteba a été élargie à deux villages de l'aire de santé de Luba, qui hébergent également des PDIs dans les FAMACs.
- L'ERM confirme la présence massive de déplacés internes dans les aires de santé de Malala, Mazyondo et Kanteba : environ 73 % vivent dans les FAMACs, tandis que 27 % sont contraints de payer un loyer variant entre 10 000 et 30 000 FC.
- Les besoins humanitaires y sont immenses et nécessitent une assistance multisectorielle d'urgence, couvrant notamment la protection, l'abri, l'eau, la santé et la sécurité alimentaire.
- L'aire de santé de Kanteba, en raison de sa configuration géoculturelle (centre commercial) et de sa population estimée à 30 492 habitants, n'est pas favorable à une intervention directe compte tenu des capacités limitées et du risque de débordement.

Aide humanitaire en cours dans les 3 structures sanitaires (Mazyondo, Kanteba, Luba et Malala)

N°	*Acteurs*	*Domaine d'intervention*	*Date d'intervention*
	Pas de partenaire d'appui dans la zone évaluée		

B. Situation sécuritaire dans le territoire de Manono

La province du Tanganyika fait face à une recrudescence des violences perpétrées par des groupes armés dans le Nord-Est et le Sud du territoire de Manono, particulièrement dans les zones de santé de Manono et de Kiambi. Cette insécurité provoque d'importants mouvements de populations, en provenance des territoires voisins et des provinces limitrophes.

Trois vagues principales de déplacements sont à retenir :

- Janvier – mars 2026 : fuite de la crise du M23 après la chute d'Uvira et de ses environs.
- Octobre – novembre 2025 : exode lié aux menaces du seigneur de guerre Kisimba et de ses milices twa dans les aires de santé de Kayumba et Kazingu (zone de santé de Kiambi).
- Février – mai 2026 : déplacements massifs dus aux affrontements entre le groupe armé MDCK dirigé par *Gédéon Mutanga* et les FARDC dans le territoire de Mitwaba (Haut-Katanga), ainsi que des départs préventifs dans la zone de santé de Kiambi.

À ce jour, les trois aires de santé (Malala, Kanteba et Mazyondo), ainsi que deux villages de l'aire de santé de Luba, comptent environ 3 610 ménages PDIs. Ces populations vivent dans une grande précarité, marquée par une insécurité alimentaire sévère, une forte prévalence des maladies infectieuses, et un accès limité à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement.

Il est à noter que ces PDIs remettent en cause la sécurité dans leurs zones de provenance et déclarent ne pas être prêts à regagner leurs villages, ce qui accentue la nécessité d'une réponse intégrée et durable.

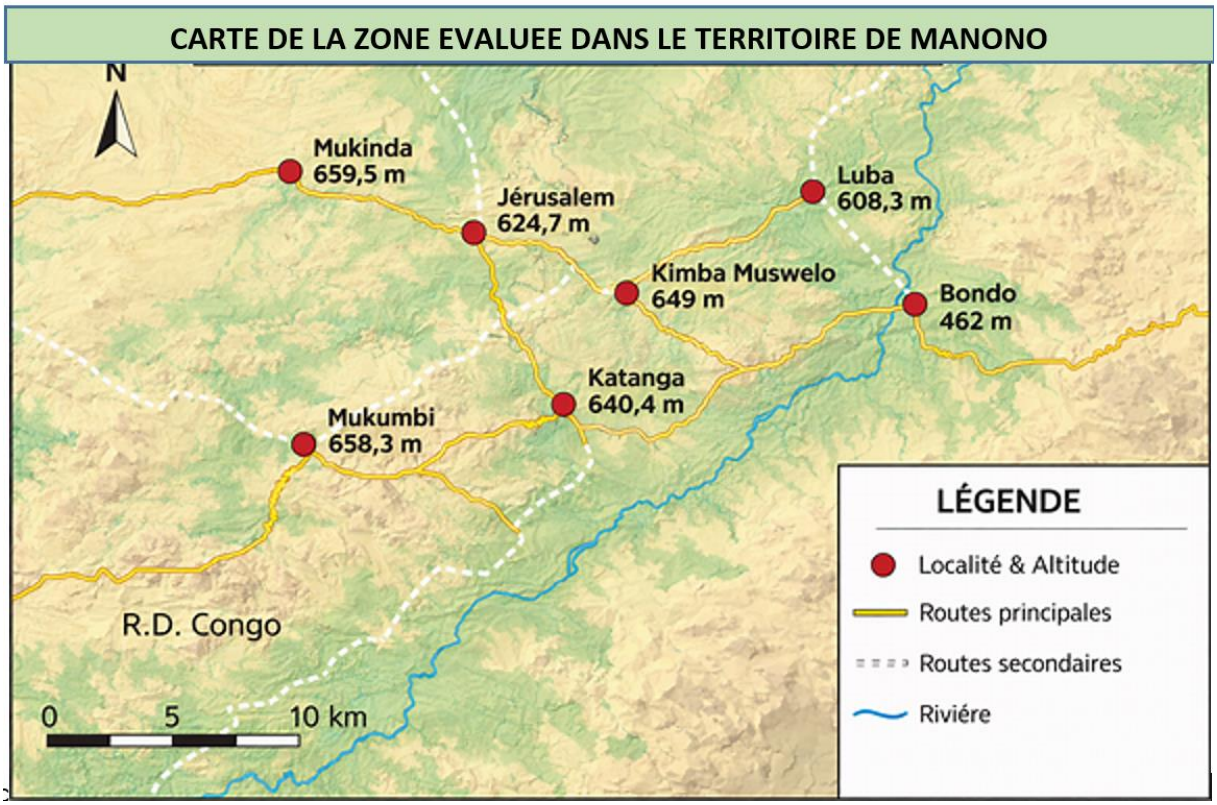
Incident sécuritaire durant l'évaluation :	Aucun cas d'incident de sécurité majeur signalé durant la période de l'évaluation

Point sur l'accès et situation sécuritaire

Dans la zone évaluée, aucune présence d'éléments armés ou de menaces directes n'a été signalée, ce qui ne restreint pas l'accès humanitaire. Les aires de santé de Malala, Mazyondo et Kanteba demeurent physiquement accessibles, facilitant à la fois les activités socio-économiques des populations hôtes et l'acheminement d'éventuelles assistances par les acteurs humanitaires.

Il convient de noter que les aires de santé de Mazyondo et Kanteba bénéficient d'une couverture en réseau de télécommunication, ce qui favorise la communication, la coordination des activités humanitaires et le partage d'informations entre les parties prenantes. En revanche, l'aire de santé de Malala reste dépourvue de couverture cellulaire, ce qui constitue une contrainte pour la coordination et la rapidité des interventions.

Carte de la zone



Effectif des personnes déplacées : ***23 263***	*Données alerte :* ***6 398*** *Ménages soit* ***41 587*** *personnes.*	*Données de l'évaluation :* ***3 580*** *ménages déplacés dans les FAMACs et* ***11 125*** *ménages des autochtones.* *Total :* ***14 705*** *Ménages*

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

Aire de santé	*Quartier/village/sites des déplacés*	*Coordonnées GPS*	*Effectifs de ménages déplacés (chiffre de l'évaluation)*			
			Ménages autochtones	*Ménages déplacés*	*Ménages des retournés*	*TOTAL*
Kanteba	Kanteba		4192	360	0	4552
Sous Total			***4192***	***360***	***0***	***4552***
MAZYONDO	*Mukinda*	*S=07°27'4"" E=27°19'24" Altitude=659,5 m*	*24*	*27*	*0*	*51*
	Jérusalem	*S=07°24'3" E=27°20'58" Altitude=624,7 m*	*80*	*35*	*0*	*115*
	Kimba Muswelo	*S=07°23'21" E=27°20'44" Altitude=649 m*	*41*	*22*	*0*	*63*
	Katanga	*S=07°21'30" E=27°20'44" Altitude=640,4 m*	*35*	*39*	*0*	*74*
	Majengo		*150*	*43*	*0*	*193*
	Kihanga		*200*	*78*	*0*	*278*
	Luvumbi		*140*	*25*	*0*	*165*
	Kisudji I		*76*	*36*	*0*	*2*
	Kisudji II		*35*	*22*	*0*	*57*
Sous total			***781***	***327***	***0***	***1108***
MALALA	*Malala1*		*1438*	*582*	*0*	*2020*
	Malala2		*1136*	*438*	*0*	*1574*
	Malala3		*388*	*252*	*0*	*640*
	Malala4		*419*	*292*	*0*	*711*
	Somika		*274*	*112*	*0*	*386*
	Mukumbi	*S=07°29'50" E=27°17'13" Altitude=658,3 m*	*229*	*118*	*0*	*347*
	Ndeke		*295*	*160*	*0*	*455*
	Munene		*429*	*194*	*0*	*623*
	Masanka		*554*	*156*	*0*	*710*
Sous total			***5162***	***2304***	***0***	***7466***
Luba	*Luba*	*S=07°15'37" E=27°27'25" Altitude=608,3 m*	*455*	*255*	*0*	*710*
	Bondo	*S=07°15'27" E=27°27'43" Altitude=462, m*	*535*	*334*	*0*	*869*
Sous total			***990***	***589***	***0***	***1579***
Total général			***11.125***	***3580***		***14.705***

Commentaire :

- La zone couverte par l'ERM compte environ 11.125 ménages hôtes répartis dans 22 localités : 10 dans l'aire de santé de Mazyondo, 9 dans celle de Malala, 1 dans l'aire de santé de Kanteba et 2 dans l'aire de santé de Luba. Au total, 3 580 ménages PDIs sont recensés parmi 11 125 ménages hôtes, représentant un poids démographique global de 32,1 %.
- L'axe regroupant les aires de santé de Mazyondo et Malala est le plus affecté, avec un poids démographique évalué à 44,2 % (2 631 PDIs / 5 943 ménages hôtes), ce qui en fait une priorité pour une éventuelle intervention humanitaire.
- 41587 personnes déplacées pour 6398 ménages ont été rapportés par l'alerte contre 23.263 personnes déplacées pour 3580 ménages soit une différence de 18.324 personnes (2818 ménages) qui auraient quitter les zones d'accueil vers d'autres coins où ils ont trouvé mieux pour leur survie, suite aux multiples difficultés auxquelles ils seraient affrontées (AME, vivres, abris, soins médicaux) sans être assistés malgré plusieurs appels lancés aux acteurs humanitaires.

Il est à noter que lors de l'ERM, aucune donnée n'a été fournie concernant la répartition des PDIs selon leurs villages de provenance, ce qui limite l'analyse fine des dynamiques de déplacement.

Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge estimation effectif alerte : *41587* personnes confer Chiffres des aires de santé.

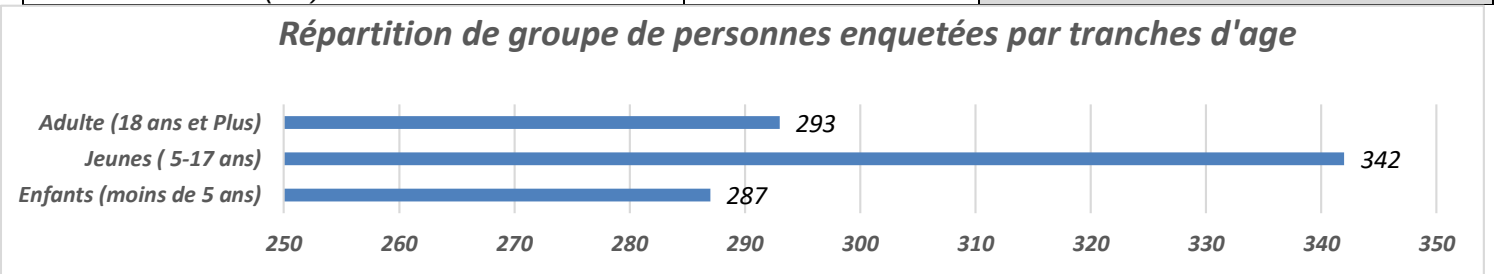
Tranches d'Ages	%	Effectif	Effectif cumulé
0 - 59 mois	17%	7070	7070
5 ans - 14 ans	28%	11.644	11644
15 ans - 29 ans	27,50%	11436	11436
30 ans - 44 ans	15,40%	6404	6404
45 ans - 59 ans	8 ,50%	3535	3535
60 ans - 74 ans	3,60%	1497	1497
Estimation femmes enceintes	4%	1663	**40 586. Total Cumulé**

Commentaire :

- Le tableau de la répartition démographique met en évidence que les enfants de 0 à 14 ans (18 714) et les jeunes de 15 à 29 ans (11 436) constituent la majorité de la population. Ces deux catégories, particulièrement exposées, représentent une couche hautement vulnérable, au même titre que les femmes enceintes.
- Leur situation se traduit par des besoins accrus en matière de soins de santé, de SECAL, de nutrition, d'articles ménagers essentiels (AME), Wash, d'éducation et de protection.

Tableau 3 : Répartition des déplacés par tranche d'âge selon les données de l'échantillon

Synthèse	Effectifs	%
Enfants (moins de 5 ans)	287	31,13 %
Jeunes (5-17 ans)	342	37,09 %
Adulte (18 ans et Plus)	293	31,78 %
TOT	922	100 %
Femmes enceintes (4%)	*37*	



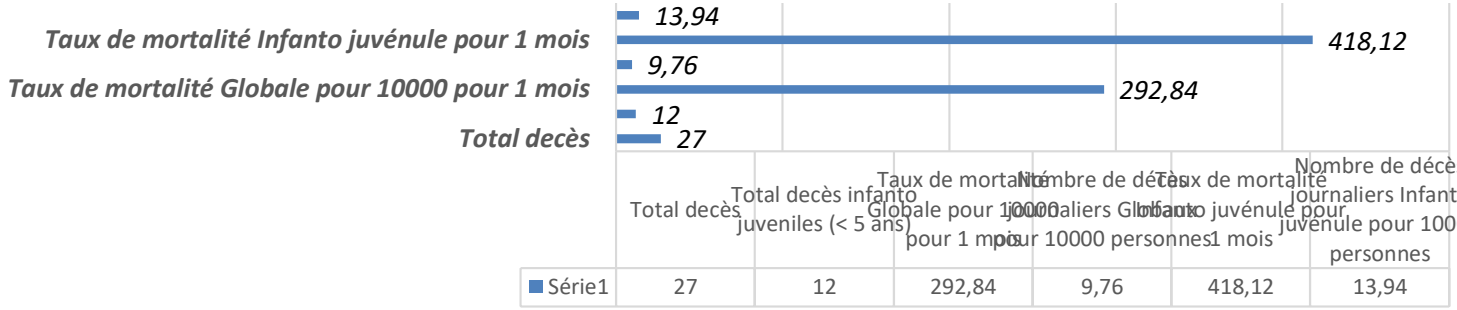
Commentaire :

L'enquête a recensé 922 individus, parmi lesquels les jeunes de 5 à 17 ans et les enfants de moins de 5 ans sont majoritaires. Ces catégories d'âge, particulièrement vulnérables, nécessitent une réponse multisectorielle adaptée aux besoins spécifiques de chaque groupe.
Cette situation met en évidence l'importance d'interventions en éducation, protection, activités psychosociales, nutrition, vaccination et soins de santé primaires. Un accent particulier doit être mis sur la santé de la reproduction, la santé maternelle et infantile, ainsi que l'accès aux services gynéco-obstétricaux d'urgence.

Taux de mortalité globale échantillon : Nombre décès bruts= 27 décès dont 12 de moins de 5 ans, 6 décès de 5 – 18 ans et 10 décès de 18 ans et plus pour les 4 dernières semaines.	TMG= (27 décès / 922) × 10 000 / 30 jours = 292,84 décès pour 10.000 pour 30 jr et 9,76 décès/10 000/jour
Taux de mortalité infanto-juvénile échantillon (0-59 mois) = 12 décès de moins de 5ans pour les 4 dernières semaines	TMIJ= (12 décès/ 287) × 10.000= 418,11décès pour 10.000 personnes/30 jours observés soit 13,94 décès pour 10.000 personnes/jr.
Taux de mortalité dans la structure évaluée (nombre total de décès/nombre de personnes/CS pour la période évaluée (30 jours) soit du 01 mai 2026 au 31 mai 2026	Nombre décès : 0 décès de moins de 5 ans pour toutes les 3 structures.

Histogramme des mortalités (cumulées des structures évaluées)

Suivi mortalilité communautaire sur l'echantillon enqueté pour une période d'un mois



Commentaire sur la mortalité :
Les taux de mortalité, tant générale (TMG) que infantile et juvénile (TMIJ), observés dans les deux structures sanitaires évaluées, sont très élevés. Cette situation traduit une sous-utilisation des services de santé, principalement liée à la rupture prolongée des médicaments essentiels génériques et à un problème d'accessibilité financière. Ces facteurs constituent des obstacles majeurs au recours aux soins, aggravant la vulnérabilité sanitaire de la population.

Cas suspect maladie épidémique en structure sur période évaluée :	- 0 cas de rougeole
Cas suspect maladie épidémique dans l'échantillon sur la période évaluée :	- 42 cas de rougeole

Tableau 4 : Distribution des cas suspects maladies épidémiques sur période évaluée : du 01 mai 2026 au 31 mai 2026

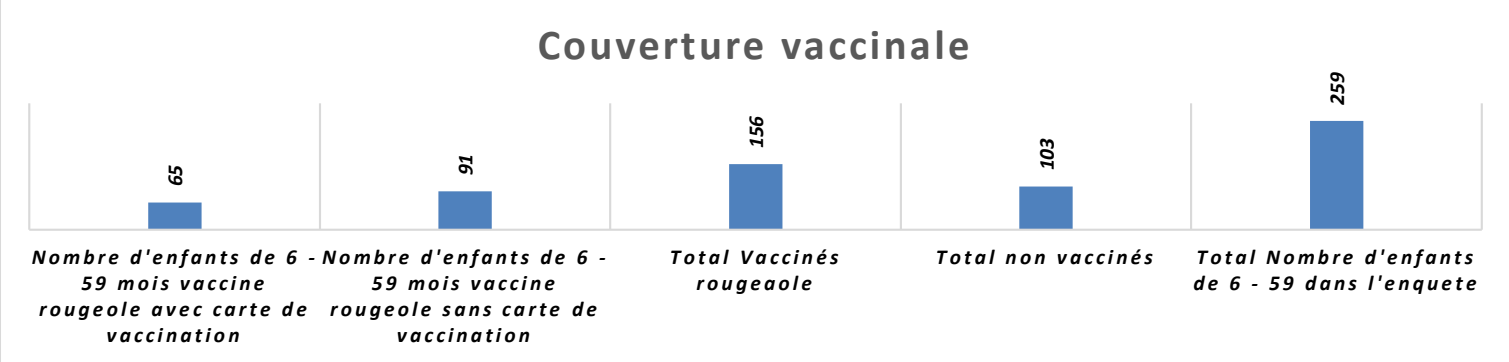
Maladie	*CS Mazyondo*	*CS Malala*	*CS Kanteba*	*Communautaire (4 dernières semaines)*	*Total*
Rougeole	6	0	5	42	53
Choléra	0	0	0	0	0
MVE	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	42	42
Aucune	0	0	0	63	63
Autres Précisez	0	0	0	42	42

Commentaire :
Lors de l'enquête, 200 cas suspects de maladies épidémiques ont été notifiés, dont 53 cas de rougeole et 147 cas assimilés à diverses pathologies à potentiel épidémique, notamment la diarrhée, les IRA, le paludisme et la dysenterie.

Un grand nombre de ces cas n'ont bénéficié que de traitements traditionnels en raison du manque de moyens financiers et de la rupture prolongée des médicaments essentiels génériques dans les structures sanitaires. Cette situation illustre la fragilité du système de santé local et l'urgence d'un renforcement de l'approvisionnement en médicaments pour assurer une prise en charge adéquate des maladies à potentiel épidémique.

Nombre de MAS identifiés dans l'échantillon (PB<115mm + Œdème)	- MAS= 11 cas soit 8,14 % - MAM= 28 cas soit 20, 74 % - MAG= 39 cas soit 28,88 %	
Répartition : Une proportion MAS de 8,14 % soit 11 enfants MAS parmi les 135 enfants screenés et 20,74 % soit 28 enfants sur 135 enfants screenés quant à la proportion MAM.	Total PB<115mm : 7,40 % soit 10 cas/135 enfants screenés pendant l'évaluation	Total Œdème : 0,74 % soit 1 cas/135 enfants screenés durant l'évaluation
	Total PB>=115 et < 125 : 20,74 % soit 28 cas/135 enfants screenés ; Total PB>125 : 71,12 % soit 96 cas/135 enfants screenés.	
Proportion MAS et MAM selon les données structures : % d'enfants de 6-59 mois avec MAS % d'enfants de 6 – 59 mois avec MAM % d'enfants de 6 – 59 mois Sains	***CS MAZYONDO*** - Cas MAS : 9,38 % soit (33/206) - MAM : 18,75 % soit (63/206) - Enfants sains : 71,89 % soit (110/206) - Total enfants screenés : 206 ***CS MALALA*** - Cas MAS : 5,79 % (10/141)	

Nombre total d'enfant screenés dans l'échantillon.	- Cas MAM : 20,29 % (10/141) - Enfants sains : 73,92 % (121/141) - Total enfants screenés : 141 ***CS KANTEBA*** - Cas MAS : 3,04 % (23/756) vaccin - Cas MAM : 23,53 % (61/756) - Enfants sains : 64,11 % (672/756) - Total enfants screenés : 756
Couverture vaccinale rougeole échantillon (total) :	Total proportion couverture vaccinale théorique avec ou sans carte est de 60,23 % soit 156 enfants vaccinés VAR/259 enfants de moins de 5 ans.
Couverture vaccinale rougeole sans carte (échantillon) :	35,13 % soit 91/259 enfants vacciné



Couverture vaccinale rougeole selon les données structures : Période d'évaluation mois de mars, avril et mai 2026 (3 derniers mois).	**Vaccination de routine :** ***CS MAZYONDO*** 96,7 % soit 90 enfants vaccinés VAR sur 93 enfants attendus durant les 3 derniers mois. ***CS MALALA*** 116,2 % soit 129 enfants vaccinés VAR sur 111 enfants attendus durant les 3 derniers mois justifié par la récupération des enfants en conflit avec le calendrier vaccinal (IPVs) en collaboration avec les relais communautaires. ***CS KANTEBA*** 99,6 % soit 269 enfants vaccinés VAR sur 270 enfants attendus durant les 3 derniers mois justifié par la récupération des enfants en conflit avec le calendrier vaccinal (IPVs) en collaboration avec les relais communautaires.

Commentaire sur situation MAS et Vaccinale Rougeole :

L'enquête révèle un taux élevé de malnutrition aiguë sévère (MAS) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, parallèlement à une couverture vaccinale en VAR très élevée. Cette contradiction souligne une vulnérabilité majeure : la malnutrition affaiblit le système immunitaire, ouvrant un véritable boulevard à la rougeole.
La présence de cas de rougeole dans plusieurs villages des trois aires de santé, malgré la couverture vaccinale, laisse craindre une recrudescence épidémique, surtout si la qualité du vaccin est compromise (non-respect de la chaîne de froid, absence de prise en compte de la phase du PCV, etc.).

Il est donc indispensable d'impliquer tous les acteurs de santé dans le respect strict des normes vaccinales, et de renforcer la sensibilisation communautaire sur l'importance d'une alimentation équilibrée et de la vaccination systématique des enfants de 0 à 11 mois avant leur premier anniversaire.

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

Commentaire sur les références :

Un système de référencement pour les cas compliqués ou les urgences vitales est d'application dans les 3 structures sanitaires vers l'HGR de Manono (28 Km du CS Malala et 7 Km du CS Mazyondo et CS Kanteba par route). Mais ce système souffre sur sa faisabilité :

- La sous-utilisation des services sanitaires suite au manque d'appui en SSP.
- Le mode de transfert non adapté aux enfants malnutris (référence faite par moto, les malnutris exposés au courant d'air).
- Plusieurs villages très distants leur structure respective (cas des villages Mukumbi pour l'AS Malala, Mukinda et Jérusalem pour l'AS Mazyondo).

Tableau 5 : Cas VBG enregistrés dans la structure pendant l'évaluation du 01 mai au 31 mai 2026

Nom des structures sanitaires	*Cas enregistrés dans la structure*	*Cas enregistrés dans la communauté*
CS MAZYONDO	0	0
CS MALALA	0	0

CS KANTEBA	0	0

Commentaire sur situation VBG (5 Lignes max) :
Durant les enquêtes, aucun cas de violence sexuelle enregistré dans les trois structures sanitaires et dans la communauté. Les gens se sont limités aux déclarations sans pour autant nous présenter les cas spécifiques à l'exception d'un seul enfant PDIs de 18 mois qui a été victime de mutilation du sexe. Mais plusieurs cas seraient passés inaperçus sans être orientés aux CS par manque d'une prise en charge holistique justifiée par le manque des kits PEP dans ces structures des soins.

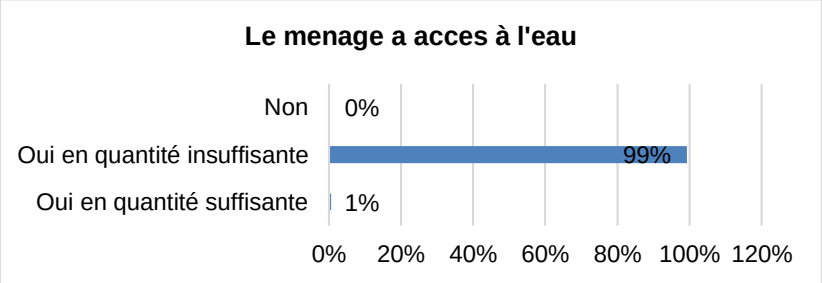
Tableau 6 : Cas de santé infanto-maternelle dans l'échantillon depuis le déplacement

Santé de la reproduction	Données des 3 structures	Femmes enceintes dans les ménages
Nombre de femmes enceintes	178	37 femmes enceintes dans les 135 ménages.
Nombre de ménage avec femmes enceintes ayant suivi au moins 1 CPN	178	14 ménages sur les 37 avec femmes enceintes ayant suivi CPN1 soit 37,8 %.
Présence d'une femme enceinte ayant accouché	167	23 ménages avec femmes enceintes ayant accouché soit 100 %.
Pourcentage des accouchées ayant un statut vital vivant	100 %	100 %
Statut vaccinal post-accouchement du nouveau-né (max 4 semaines après la naissance)	462 enfants vaccinés au BCG	ND

Commentaires sur la santé maternelle :
14 femmes enceintes ayant suivies la CPN sur les 37 femmes enceintes enquêtées dans les ménages soit 37,8% de couverture. Ceci prouve la sous-utilisation de service CPN par cette communauté raison de tarification élevée de la CPN (5000 FC).Cette mauvaise pratique favorise considérablement les risques d'infections et de mortalité materno - néonatales.

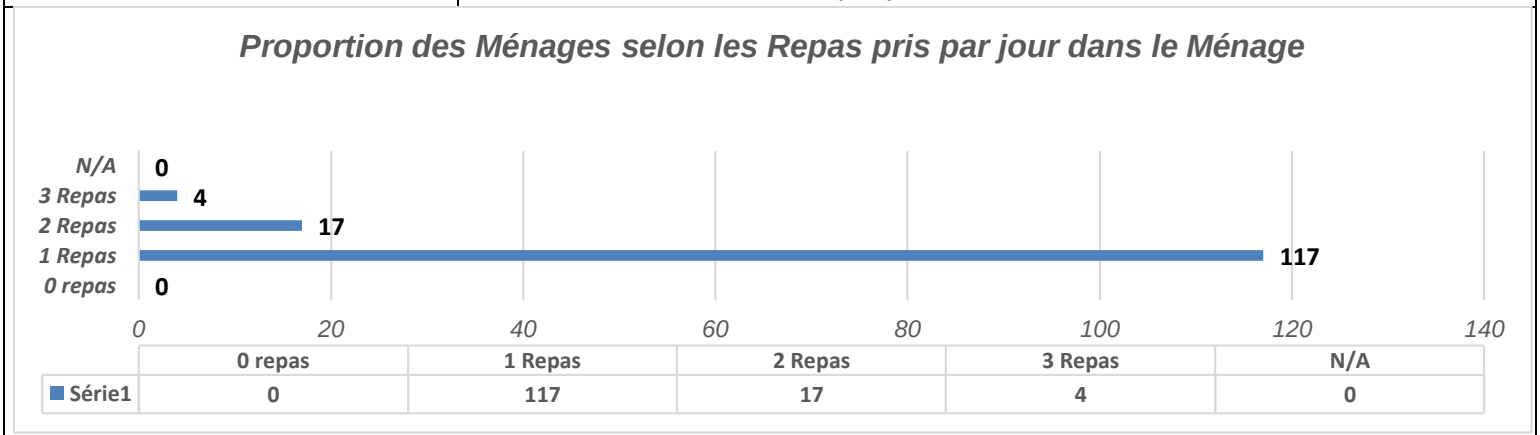
Les populations déplacées ont- elles accès à l'eau :

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



Commentaires :
99 % de cette population accède à une eau en quantité insuffisante et de mauvaise qualité. Cette situation illustre la crise hydrique très aiguë affectant la population avec toutes les conséquences qui peuvent en découlent sur le plan sanitaire.

Apports caloriques moyens / jour :	N/A
Nombre moyen de repas par jour et par ménage :	84,8 % des ménages enquêtés ont droit à 1 repas/jour, 12,3 % en ont 2 repas/jour et seulement 2,9 ont accès à 3 repas/jour.



Commentaire sur l'accès à la nourriture et qualité des repas (5 lignes max) :
Une crise alimentaire aiguë frappe les aires de santé de Mazyondo et Malala, où 84,8 % des ménages survivent avec un seul repas par jour, contre 12,3 % qui accèdent à deux repas et seulement 2,9 % à trois repas quotidiens.

Cette insécurité alimentaire découle d'une vulnérabilité à trois niveaux :

- Production agricole très faible, liée à la recrudescence de l'insécurité dans les zones de culture.
- Pillages systématiques des biens par les groupes armés.
- Précarité des PDIs, contraints à des travaux champêtres journaliers pénibles et insuffisants pour assurer leur subsistance.

Face à cette situation, une assistance urgente en vivres est indispensable pour soutenir une population affamée et incapable de se prendre en charge dans les conditions actuelles.

Proportion des ménages sans abris, selon l'échantillonnage :	100 % des ménages sont sans abris et tous logés dans les FAMACs. Une réponse urgente en abris temporaire est indispensable pour le salut de cette population.
Proportion des ménages avec moins de 50% du kit NFI selon l'échantillonnage :	La pénurie à grande échelle en articles de première nécessité frappe 93 % des ménages enquêtés, ce qui révèle une crise humanitaire aiguë aggravant la vulnérabilité des déplacés. D'où, l'ampleur de cette vulnérabilité exige une aide extrêmement urgente en Kits NFI.

Accès à une latrine hygiénique pour le ménage
39 % des ménages enquêtés n'ont pas de latrines et défèquent en brousse contre 61 % qui ont accès à une latrine non hygiénique et en nombre réduit.
Une intervention urgente en latrine d'urgence s'avère très indispensable couplée à la sensibilisation des déplacés sur l'hygiène vitale pour mettre cette population à l'abri des maladies des mains sales.

Fréquentation de l'école pendant la période d'évaluation
L'enquête révèle que 62 % des ménages interrogés, touchant principalement les enfants Twa et les PDIs, déclarent ne pas scolariser leurs enfants. Ce faible niveau de scolarisation est attribué au manque de moyens financiers, aux difficultés d'accès physique aux établissements scolaires, mais aussi aux conditions imposées par le ministère de l'Enseignement lors des inscriptions (paire de chaussures, sac, vareuse pour la gymnastique).

Cette situation met en évidence la nécessité d'une assistance d'urgence comprenant :

- La distribution de kits scolaires adaptés,
- La mise en place de centres de rattrapage scolaire,
- Un plaidoyer pour la gratuité de l'enseignement des enfants déplacés, notamment au niveau des humanités.

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

Vulnérabilité	*Garçon*	*Filles*	*Total*	*Besoin prioritaire*
Enfants non accompagnés (ENA) de moins de 15 ans	0	0	0	
Enfants séparés (ES)	0	0	0	
Enfants associés aux forces et groupes armés (EAFGA)	0	0	0	
Auto-démobilisés	0	0	0	
Cas de violence (inclus de VSBG)	0	0	0	
Enfants en situation d'handicap	0	0	0	

Commentaires *:*
Il est à signaler que les enfants (filles et garçons) mineurs passent tout leur temps dans les carrières des mines où les risques de VBG restent permanents pour ces derniers.

Orientations concernant les besoins identifiés	**Santé et Nutrition**	**En urgence et à moyen terme :** - *Envisager un appui global en SSP dans les trois structures (CS Mazyondo, Malala et Kanteba).* - *Impliquer les relais communautaires dans le suivi des cas MAS/MAM avec système d'orientation des cas vers les structures pour d'éventuelles complications médicales.*
	Abris/AME	**En urgence et moyen terme** - *Une assistance urgente en abris d'urgence et Kits AEM pour les PDIs serait salutaire pour sauver des vies humaines...* - *Mener un plaidoyer pour le programme cash-for-Shelter pour l'auto-construction d'abris semi-durables.*
	WASH	**En urgence et moyen terme :** - *Construire des latrines hygiéniques et les douches d'urgence pour les PDIs de ces trois*

		aires de santé. - *Organiser des séances de sensibilisation de toute la communauté (population hôte et PDIs) sur les bonnes pratiques et l'assainissement du milieu.* - *Mener un plaidoyer pour la construction des puits d'eau à pompe dans les vingt-deux localités de ces trois aires de santé.* - *Rendre disponible les Aquatabs et assurer leur distribution à tous les ménages qui utilisent l'eau de rivière/eau de surface et des sources non aménagées.* - *Doter les PDIs des dispositifs de lavage des mains et du savon.* - *Mettre en place les* ***comités d'hygiène communautaire****.*
	Education	**En urgence :** - *Mener un plaidoyer pour une assistance en kits scolaires aux enfants déplacés et la gratuité de l'enseignement des enfants déplacés au niveau des humanités.*
	Protection	**En urgence et moyen terme** - *Mener un plaidoyer pour la mise en œuvre des AGR dans les villages de ces aires de santé afin d'aider ces adolescentes et les femmes dans l'auto prise en charge.* - *Mener un plaidoyer pour construire les espaces surs et sécurisés aux enfants des IDPS*
	Sécurité alimentaire	**En urgence :** - *Une assistance en* rations sèches *(maïs, haricots, huile, farine de maïs) aux PDI s'avère indispensable et urgente.* - *Coupler les distributions avec des transferts monétaires pour éviter la vente des vivres.* **Relance agricole** : - *Distribuer les* semences résilientes *(manioc courte durée, haricots tolérants à la sécheresse)* + outillage léger *(arrosoirs, etc.).* - *Former la population (PDIs et FAMACs) sur les* techniques de micro-maraîchage *(sacs jardinières, goutte-à-goutte).* - *Assurer la distribution des paquets de protection pour éviter la vente des semences.*

ANNEXE



Entretien avec le chef de quartier Mazyondo



La collecte des données sanitaires et test pratique sur la prise de PB par les relais communautaires



Test pratique de la prise du PB lors de la formation Des relais communautaires



Enquêtes ménages dans un ménage de plus de 6 ménages PDIS



Visite des infrastructures d’assainissement de base



la cérémonie des élections du comité de GP