

Rapport de la mission conjointe d'évaluation multisectorielle et réponse d'urgence

EH Tools 4611

Zone de santé de Kamango

Territoire de Beni

28 janvier au 05 février 2023

Pour plus d'information,

Contactez : Ingrid Bokosset, E - mail : bokosset@un.org

Table des Matières

1	Contexte Et Justification.....	3
2	Objectifs de la mission	4
3	Méthodologie de travail.....	4
4	Zones ciblées	4
5	Composition des équipes	4
6	Situation humanitaire et d'accès	4
6.1	ACCES	4
6.1.1	L'enclavement	4
6.1.2	Délabrement des routes en zone de santé Kamango	5
6.2	Mouvement des populations	5
6.3	Principaux problèmes sectoriels	7
6.3.1	EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT.....	7
6.3.2	PROTECTION.....	8
6.3.3	SECURITE ALIMENTAIRE	10
6.3.4	EDUCATION	13
6.3.5	SANTE-NUTRITION.....	15
6.3.6	AME-ABRIS	17
6.4	Capacité Opérationnelle.....	19
7	Conclusion et recommandations de la mission	19

1 Contexte et Justification

La zone de santé de Kamango, située au nord-est du Territoire de Beni, figure parmi les zones prioritaires au regard des urgences humanitaires qui la caractérise depuis 2018 à nos jours. Ces urgences découlent largement des déplacements à répétition de la population civile la suite des attaques armées et opérations militaires contre les groupes armés qui s’y déroulent.

Entre 2018 et 2020, environ trois importantes vagues des déplacement et retour ont été documentées en fonction de l’évolution du contexte sécuritaire.

En date du 31 octobre 2021, des troupes ougandaises sont entrées dans cette zone en passant par la frontière de Kamango pour y mener des opérations militaires conjointes avec les FARDC contre les ADF, conformément aux accords signés entre les gouvernements Ougandais et Congolais.

Dès lors, plusieurs bastions des ADF ont été attaqués par la force de coalition au point de contraindre leurs éléments à s’éloigner des milieux de concentration humaine vers les zones inhabitées dans le parc national de Virunga.

Bien sûr que, malgré cette intervention bien coordonnée de la force de coalition, les ADF continue de conserver leur capacité de nuisance, ce qui leur permet de mener des attaques surprises dans certains villages en se déplaçant en petits groupes très mobiles. C’est ainsi qu’en février 2022, une attaque était lancée contre la population dans le village de Nobili, considéré comme la plus grande entité d’accueil des déplacés de la chefferie des Watalinga. Cette attaque, couplée à d’autres qui venaient d’avoir lieu dans plusieurs villages de ladite chefferie avant et après l’arrivée des troupes ougandaises, a été à la base du déplacement massif des populations vers l’Ouganda.

Fort de cette réalité, OCHA s’était rendu à Nobili en mars 2022 avant de coordonner une mission inter agences d’évaluations humanitaires en mai de la même année à Nobili et à Kamango. Cette mission avait constaté la présence de près de 150000 personnes déplacées dans cette zone.

A mesure que les conditions sécuritaires s’amélioraient, des mouvements importants de retour ont été annoncés à partir du mois de juin 2022 pour s’intensifier le dernier trimestre au point un chiffre d’environ 24000 ménages retournés, à côté de 3400 ménages déplacés dont certains vivent encore à Nobili et d’autres en transit dans plusieurs villages retour en attendant le rétablissement de la sécurité chez eux.

Il sied noter que la plupart d’acteurs qui travaillaient dans cette zone en 2022 ont fermé leurs bases pour n’avoir pas obtenu des fonds supplémentaires pouvant leur permettre de continuer les activités en 2023. Sur le total de 5 ONG internationales, seules deux (Save the Children International et WHH) sont restées pour intervenir dans les secteurs de Wash, Nutrition, Sécurité alimentaire avec des moyens limités par rapport au volume des besoins à couvrir. A côté de ces deux acteurs, il existe deux ONG nationales qui travaillent dans le secteur de protection en partenariat avec l’Unicef.

C’est pour ces différentes raisons, que la communauté humanitaire a jugé important de mobiliser les partenaires pour une mission dans cette zone afin de mieux visualiser les différents problèmes (humanitaires, de protection et d’accès) auxquels la communauté locale, les déplacés et retournés font face.

2 Objectifs de la mission

- ❖ Faire la mise à jour de la situation humanitaire (état de lieu sur le mouvement des populations, besoins humanitaires, réponses en cours, gaps...) et le niveau de réponse humanitaire afin de mobiliser les partenaires à apporter la réponse aux besoins identifiés
- ❖ Etablir un mécanisme de liaison avec les nouveaux commandants UPDF, FARDC et OCHA,
- ❖ Mieux comprendre les conséquences de la fermeture de la base MONUSCO sur la protection des civils et accès humanitaire
- ❖ Collecter les informations relatives aux problèmes d'accès humanitaire dans la zone
- ❖ Sensibiliser les autorités, les FARDC, UPDF et membres de la société civile locale et les humanitaires sur le PSEA.

3 Méthodologie de travail

La mission portera sur l'évaluation multisectorielle des besoins humanitaires. Le recueil d'informations se fera sur la base d'observations directes et indirectes, entretiens libres avec les autorités locales, les retournés, déplacés, associations locales et leaders locaux.

4 Zones ciblées

Selon la disponibilité des ressources, les villages de Bugando, Kikura, Luanoli, Kikingi, Nobili et Kamango.

5 Composition des équipes

- **Agences du système des Nations Unies** : Unicef, PAM/Cluster sécurité alimentaire, OCHA.
- **ONG internationales**: Save the Children, Welthungerhilfe.
- **ONG nationales** : AIDES, AHADI, HPA, MESAS, ACOPE, SAFDF.

6 Situation humanitaire et d'accès

6.1 ACCES

L'accès humanitaire dans la zone de sante de Kamango a des problèmes qui sont graduellement classés :

6.1.1 L'enclavement

La zone de santé de KAMANGO reste coupée du reste du territoire national congolais. A cause de l'insécurité grandissante dans la région, tous les axes qui permettraient l'accès facile des humanitaires dans la zone de santé de Kamango sont déclarés rouges pour les agences des Nations Unies par UNDSS. Il s'agit des MBAU-KAMANGO, BENI-KASINDI et GOMA-BUNAGANA.

En outre, la voie aérienne qui serait une solution idoine pour l'accès des humanitaires dans la zone de santé de Kamango présente une difficulté du fait de la faible présence des humanitaires qui ne motive pas UNHAS d'organiser des vols réguliers dans la zone.

La seule voie sans restriction sécuritaire qui permet l'accès humanitaire dans la zone reste la route BENI-GOMA-RWANDA-UGANDA pour atteindre NOBILI. Celle-ci impose cependant un coût élevé aux humanitaires intervenant dans la zone.

Au vu de la réduction sensible des incidents sur les axes Beni-Mbau-Kamango et Beni-Kasindi depuis juin 2022 jusqu'à nos jours, l'équipe a estimé important de réévaluer ces axes pour des éventuelles reclassifications car la majorité d'ONG nationales les pratiquent déjà depuis plus de 6 mois sans incident.

Il sied de rappeler que depuis l'arrivée des militaires ougandais pour travailler aux côtés des FARDC dans le cadre des opérations SHUJAA contre les ADF, la sécurité s'est améliorée sur une grande partie de la chefferie des Watalinga, mises à part les parties qui regorgent les villages situés proche du Parc National de Virunga où se déroulent les opérations militaires. C'est le cas des villages Bundiguya, Bugogo, Kikingi situé à l'est de Kamango.

6.1.2 Délabrement des routes en zone de santé Kamango

Le manque des routes de desserte agricole limite les interventions humanitaires dans certains villages au détriment des plusieurs autres villages regorgeant une masse populaire intense avec une vulnérabilité en crue.

En guise de réponse à ce problème, WHH est en train de réhabiliter l'axe routier NOBILI-KIKINGI, long de 27 km qui relie cinq aires de santé dont KAHONDO, KIKURA, LUANOLI, NDAMA et KIKINGI.

Néanmoins, plusieurs axes routiers stratégiques restent en souffrance et qui peuvent limiter l'accès humanitaire. Ces axes sont notamment :

- BUISEGHA- MAALE- BOVATA avec une distance de 39 km et relie trois aires de santé KAMANGO, MAALE et KITIMBA.
- KABOLUE- NDIVA- LUSUI- KIZANZABA avec une distance de 16 km et relie deux aires de santé KITIMBA et MULOPIA.
- NOBILI- KAMANZARA- KAZAROHU avec une distance de 10 km reliant deux aires de santé KAHONDO et KAMANZARA.

Dans le même sens, l'axe routier NOBILI- BUGANDO- KICHANGA –MULOPIA –KAMANGO, une route de desserte agricole de 40 km reliant les trois groupements de la chefferie des Watalinga dont BAWISA-BAHUMU et BATALINGA et plusieurs aires de santé dont NJIAPANDE, BUGANDO, MULOPIA et KAMANGO, est dans un état de délabrement très avancé avec risque d'impacter négativement sur l'accès humanitaire dans le groupement de BAHUMU, surtout pendant la saison pluvieuse.

Il serait important de mobiliser les acteurs du cluster logistique pour étudier les possibilités de réhabiliter les axes ci-haut cités pour faciliter l'accès humanitaire et permettre non seulement à la population d'effectuer d'échange socio-économiques mais aussi aux services de sécurité de se mouvoir librement.

6.2 Mouvement des populations

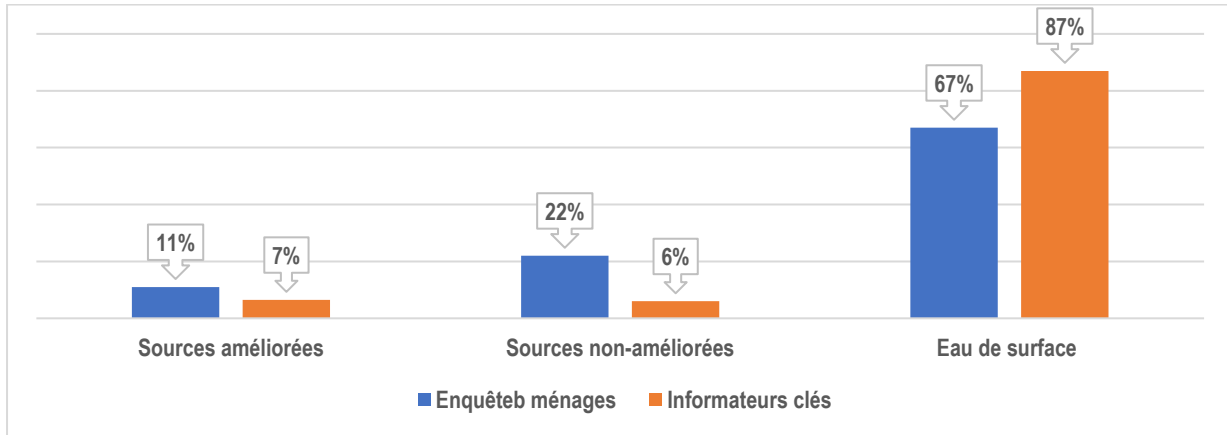
Le tableau ci-dessous donne le résumé de la situation de mouvements des populations jusqu'en fin janvier 2023. Ces informations qui proviennent de la cellule de crise de la chefferie des Watalinga, renseignent que la majorité des populations est en ce moment constituée des retournés. Quelques familles déplacées vivent encore dans les zones d'accueil et en transit dans certains villages de retour en attendant le rétablissement d'une sécurité dans leurs villages d'origine.

Groupement	Villages	Retournés		Déplacés	
		Ménages	Personnes	Ménages	Personnes
BATALINGA/CHEFFERIE DES WATALINGA	KAMPANGO	4031	24186	284	1704
	KIBELE	788	4728	62	372
	BOVATA	496	2976	0	0
	KITIMBA	1007	6042	21	126
	BANDIGUYA	242	1452	0	0
	NDAMA	368	2208	8	48
	MPOKU	201	1206	0	0
	BUKONGO	339	2034	0	0
	BWISEGHA	166	996	0	0
	SOUS-TOTAL	7638	45828	375	2250
BAHUMU/CHEFFERIE DES WATALINGA	MULOPIYA	444	2664	57	342
	MAMPOPIA	893	5358	0	0
	KICHANGA	536	3216	11	66
	TINGBA	317	1902	0	0
	BUGANDO	1398	8388	398	2388
	NDIVA	241	1446	0	0
	KIZANZABA	227	1362	0	0
	AGONE	399	2494	17	102
	GAWA	722	4332	6	36
	SOUS-TOTAL	5177	31162	489	2934
BAWISA/CHEFFERIE DES WATALINGA	KISEGETA	132	792	0	0
	LUANOLI	635	3810	22	132
	KOMBO	151	906	0	0
	MATOLU	105	630	0	0
	KAHONDO	2008	12048	207	1242
	NSUNGU	2443	14658	734	4404
	NOBILI	2962	17772	1401	8406
	SOUS-TOTAL	8436	50616	2364	14184
BANIANGALA/SECTEUR DE RWENZORI	KASANGALI	1428	8568	173	1038
	KAGHANDO	654	3924	28	168
	KAMANZARA	276	1656	149	894
	KISUHI	337	2022	0	0
	SOUS-TOTAL	2695	16170	350	2100
BOLEMA/SECTEUR DE RWENZORI	KIKINGI	823	4938	71	426
	SOUS-TOTAL	823	4938	71	426
	TOTAL GENERAL	24769	148714	3649	21894

6.3 Principaux problèmes sectoriels

6.3.1 EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

Les résultats des évaluations ont montré la situation ci-après par rapport aux principales sources d'approvisionnement en eau potable :



Par rapport au traitement de l'eau, seulement 2% des ménages interrogés utilisent de technique pour traiter l'eau potable contre 98% qui consomment l'eau non traitée. La technique utilisée est celle qui consiste à bouillir l'eau ou à utiliser le chlore et les Aquatabs.

S'agissant de la disponibilité de l'eau pour répondre aux besoins du ménage (EM), 98% des ménages affirment qu'ils ont difficile à accéder à l'eau potable pour répondre aux besoins du ménage. L'accès à l'eau est une problématique dans la zone de santé de Kamango.

Les principaux problèmes qui entravent l'accès à l'eau dans la zone de santé de Kamango EM (% des ménage) demeurent l'insuffisance des points d'eau (44% des personnes enquêtées), l'insuffisance des récipients pour la collecte (25%) et le stockage de l'eau ainsi que le temps d'attente aux points d'eau (21%).

22% des enquêtés ont aussi évoqué le risque de sécurité dû à l'éloignement des points d'eau, le prix élevé de l'eau par les vendeurs.

La pénurie d'eau potable reste un problème réel dans la zone de santé de Kamango au point que la plus grande partie de la population utilise les eaux stagnantes, les eaux de ruissellement, les eaux des marécages et celles des rivières comme l'eau de boisson et pour la préparation des aliments avec un risque élevé de contracter les maladies hydriques.

Les zones d'accueil constitués des aires de santé NJIAPANDA, KAHONDO, KIKURA, KAMANZARA et BUGANDO n'ont pas une bonne couverture en eau potable alors qu'il y a un surpeuplement à cause des populations en transit retournées de l'Ouganda et en même temps zone de retour pour ses habitants qui s'étaient réfugiés à l'intérieur de la RDC. Les femmes et les enfants font plusieurs heures sur la ligne d'attente au niveau de quelques points d'eau aménagées. Face à cette situation, une grande partie de la population fait recours aux eaux des rivières comme Lamia et autre.

La situation est similaire pour les zones de retour au niveau des aires de santé de LUANOLI, NDAMA, KIKINGI, MAALE, KAMANGO, MUSALI où les ouvrages d'approvisionnement en eau potable sont dans un état de délabrement avancé et fonctionnent difficilement. La situation est plus complexe dans les aires de santé de KITIMBA, MULUPIA avec des grandes agglomérations comme KICHANGA et MAMPOIYO où il n'y a même

pas de point d'émergence à capter pour desservir la zone en eau potable. Pour survivre, la population ne recourt qu'aux eaux de rivières et des eaux stagnantes et marécageuses.

Dans la zone d'accueil comme dans la zone de retour, les ménages n'ont pas suffisamment des récipients pour le stockage de l'eau. Le défi est que la zone de santé de KAMANGO s'étend sur deux entité administratives différentes notamment la chefferie de WATALINGA et le secteur de RUWENZORI. Pour construire une adduction d'eau dans la chefferie il faut capter l'eau dans le secteur alors qu'il existe une sensibilité tribale entre les communautés de ces deux entités. Au cas où un intervenant veut desservir la chefferie en eau potable, il doit tenir compte de cet aspect dans le cadre du Do no harm.

S'agissant de l'assainissement, les zones d'accueil dont NOBILI, KIKURA, KAMANZARA et BUGANDO n'ont pas suffisamment des latrines. Environ 55% des ménages ont des latrines confortables. La situation est pire encore dans les zones de retour où environ 30% seulement de ménage ont des latrines. C'est notamment, LUANOLI, NDAMA, KIKINGI, MAALE, KAMANGO, MUSALI, KITIMBA, MULUPIA et BUKOHWA. Dans toutes ces aires de santé il s'observe des cas de défécation à l'aire libre.

6.3.2 PROTECTION

6.3.2.1 Protection en générale

Selon les informations reçues auprès de différentes sources, les déplacés et retournés ont été victimes d'exactions commises par les agents de services de sécurité (FARDC, PNC, ANR) d'une part et d'autre part par les éléments du groupe armé ADF.

Plus de 60 % d'enquêtés ont signalé que les femmes et les enfants filles adolescentes étaient plus exposées aux risques de VBG pendant les déplacements à cause de la vulnérabilité accrue et au faible revenu dans les ménages.

Lors des évaluations, 22 informateurs clés interviewés et 20 focus group animés ont remonté 124 incidents dans les villages d'origine et 109 dans ceux d'accueil, la période allant de février à juillet 2022 catégorisées comme suit :

Incidents	Informateur clés		Focus group	
	Zone d'origine	Zone d'accueil	Zone d'origine	Zone d'accueil
Mariage forcé des filles	9	5	6	10
Exploitation sexuelle	8	7	6	6
Violence physique	7	8	11	9
Agression sexuelle	7	9	3	3
Violation du droit à la liberté de mouvements ou expression	6	4	6	6
Enlèvement	6	5	1	0
Taxes illégales	5	4	7	7
Attaques contre les lieux publics (écoles, centres de santé, églises)	4	0	2	0
Extorsion des biens	4	3	5	3
Incendie/destruction de maisons	4	1	1	0
Vols/braquages	3	3	8	6
Travaux forcés	2	3	2	5
Recrutement d'enfants	0	2	1	0

Il sied de relever le fait que le seul projet d'INTEROS qui assurait le monitoring de protection dans les zones évaluées a pris fin en décembre 2022. L'absence de cet acteur crée un vide dans la remontée des incidents à

la coordination du cluster protection, quand bien même pareille activité présente un intérêt dans cette zone qui a accueilli une armée étrangère.

6.3.2.2 Violences basées sur le genre

D'une manière générale, la situation des VBG a pris une allure inquiétante dans les localités évaluées. Pour les risques de VBG, 86 % d'informateurs clé ont évoqué les violences sexuelles et physiques à 63 %, les violences psychologiques et /ou mentales (Harcèlement, discrimination, etc.) à 59 %. En revanche, les groupes de discussions ont signalé les violences psychologiques et émotionnelles à 65 %, les violences physiques à 55 %, la perte de propriété privée et les violences sexuelles à 50%.

Le service de la DIVAS de la chefferie des Watalinga a noté avoir enregistré d'octobre à décembre 2022, 85 cas de viol, 103 cas d'agression sexuelle, 82 cas d'agression physique, 78 cas de mariage forcé et/ou précoce, 51 cas de dénis de ressources, d'opportunités ou de services et 57 cas de violence psychologique et émotionnelle. La plupart des victimes sont des femmes et des filles.

Pendant les évaluations, il a été signalé l'absence et la rupture des kits PEP dans certaines aires de santé telles que LUANOLI, NDAMA, MAALE, MUSALI, MULOPIA et KIKINGI, ce qui constitue un déficit majeur dans la prise en charge des cas de VBG.

Dans la prévention et réponse contre les VBG, INTERSOS, ACOPE, DRC, SOFEPADI et SAFDF ont eu des interventions dans la zone de santé de KAMANGO avec malheureusement des paquets d'activités très limités et ne couvrant pas tous les villages. La majorité de partenaires ne sont plus dans la zone car leurs projets ont pris fin en décembre 2022.

6.3.2.3 Protection contre les abus et exploitation sexuels

La crise ayant rendu les populations vulnérables et avec la présence des acteurs humanitaires dans la zone pour différentes interventions, il y a nécessité de renforcer les mécanismes communautaires de prévention contre les EAS. Toutefois, il y existe des mécanismes de prévention et réponse contre les EAS déjà mis en place par ACOPE, SOFEPADI et PPSSP qui interviennent dans la PEAS. Des CBCM ont été mis en place dans la ZS de Kamango par PPSSP et MESAS RDC avec les fonds de UNFPA et USAID. Dans le cadre de la prévention, 6 comités locaux de gestion des plaintes sont opérationnels, des boîtes à suggestions sont déjà placées dans différentes localités, la diffusion des spots à des radios, des numéros vert disponibles et les sensibilisations communautaires se poursuivent. Cependant les membres des CBCM ne sont pas encore formés, les points focaux des ONGS et les managers – RH non plus. Une analyse des risques PSEA est aussi importante comme activité de départ.

6.3.2.4 Risques de mines et autres engins explosifs

54 % d'informateurs clés et 55 % pour les focus group pensent qu'il y a moins de risques liés aux mines et autres engins explosifs dans les zones évaluées. Néanmoins, avec la militarisation et les opérations militaires qui s'y poursuivent, il est impérieux de mettre des mécanismes de prévention contre les engins explosifs improvisés (EEI) et les restes explosifs de guerre (REG).

6.3.2.5 Protection de l'enfant

Les enfants sont privés de leur droit à l'identité car n'ayant pas d'acte de naissance. Il y a nécessité des jugements supplétifs pour 38 779 enfants non enregistrés et ayant déjà dépassé 3 mois dont nombreux d'entre eux sont nés dans les camps de réfugiés et sites de déplacés.

Selon les autorités locales et personnes enquêtées, plus de 50 % d'enfants adolescent(e)s affectés par la crise caractérisée par les mouvements de déplacement et retour des populations nécessitent un accompagnement dans le cadre d'appui à la réinsertion scolaire et socio-économique. Ces enfants sont en majorité composés de ceux qui sont retournés au début de l'année 2023.

Le projet de ACOPE ayant commencé le 26 août 2022 prend fin le 26 février 2023 et a pris en charge 136 EAFGA (Enfants Associés aux Forces et Groupes Armés) sur 90 ciblés, 68 AEV (Autres Enfants Vulnérables) sur 20 ciblés et 144 ENA (Enfant Non Accompagnés) sur 100 ciblés dans le cadre d'appui à la réinsertion scolaire, économique, professionnelle, la prise en charge psychosociale, le tracing, la médiation et réunification familiale des enfants.

Le paquet d'activités étant limité tous les besoins en rapport avec la protection de l'enfance dans la zone de santé de KAMANGO n'ont pas été couverts dans tous les villages.

6.3.3 SECURITE ALIMENTAIRE

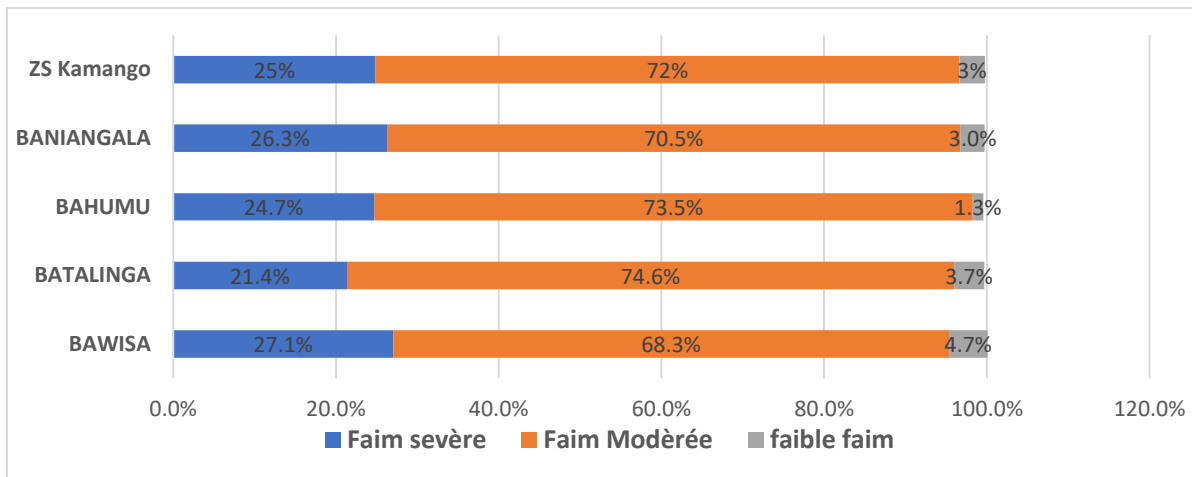
Selon les résultats IPC 21 cycles qui ont couvert la période de juillet 2021 à juillet 2022, la ZS de Kamango a été classée en phase 4 d'insécurité alimentaire. Ceci signifie que plus de 20% de la population dans cette zone ont d'importants déficits de consommation alimentaire reflétés par une malnutrition aiguë très élevée et une surmortalité, ou encore elles sont en mesure de réduire l'importance des déficits alimentaires mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence et en liquidant leurs avoir. Le renforcement de sécurité dans la majeure partie de la zone de santé de Kamango a motivé le retour d'environ plus de 90% des populations qui s'étaient déplacées dans les centres urbains de Nobili et de l'Uganda. Actuellement la zone compte environ 148 714 personnes soit à peu près plus de 90% des populations sont retournés dans les 14 Aires de santé.

Le sondage réalisée auprès de 100 ménages retournés et déplacés dans les aires de santé choisies par hasard ainsi que les entretiens et focus groupes respectivement avec les personnes ressources de la localités et les ménages a eu comme objectif d'Analyser la situation de sécurité alimentaire et nutritionnelle des 3 types de ménages; Identifier et analyser leurs moyens d'existence; Décrire les stratégies d'adaptation de ces différents groupes de population; Evaluer la capacité des marchés à répondre à une augmentation de la demande ; Identifier les autres besoins essentiels non-alimentaires de ces populations; et Formuler des recommandations de court, moyen terme et long terme.

6.3.3.1 Indices Domestique De La Faim (IDF/HHS)

L'indice domestique de la faim est une évaluation de l'intensité de la faim dans les ménages dans une zones d'insécurité alimentaire : il se concentre sur la dimension quantité de nourriture de l'accès aux aliments mais ne mesurent pas la qualité du régime alimentaire. Par rapport à cet indicateur, l'évaluation révèle que 95.4% des ménages retournés et déplacés sont en insécurité alimentaire globale, soit 27,1 % en insécurité alimentaire sévère.

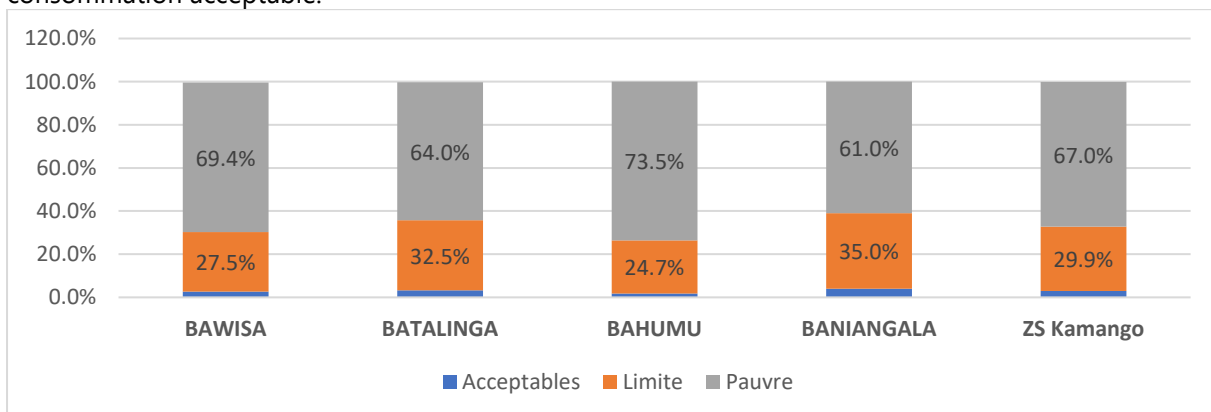
Le graphique suivant visualise la situation de la situation d'insécurité alimentaire des ménages dans globalement dans la zone de santé avec une ouverture sur les différents groupements composant la zone de santé.



6.3.3.2 Score de consommation alimentaire (SCA) des ménages

Le score de consommation alimentaire (SCA) est le résultat des mesures du nombre de différents groupes d'aliments consommés par des personnes et la fréquence à laquelle ces aliments sont consommés. Il permet de mesurer la diversité de l'apport alimentaire mais pas la quantité. Il a été démontré que le SCA est significativement corrélé avec la consommation de calories par personnes.

La vue d'ensemble des scores de consommation montre que 67,0% des ménages sondés ont une consommation alimentaire faible, 29,9% ont une consommation limite alors que seulement 2,6% ont une consommation acceptable.



- Les ménages retournés et déplacés du groupement de Bawisa qui enregistrent les taux d'insécurité alimentaire les plus élevés de 96,9% avec 29% des ménages concernés par la forme sévère.
- 73,5% des ménages retournés et déplacés isolés du groupement de Batalinga sont également en insécurité alimentaire sévère.
- Globalement, 96% des ménages Retournés et déplacés isolés ont une consommation alimentaire pauvre –limite et peu diversifiée ce qui traduit une urgence en termes d'assistance de la zone.
- Par rapport aux dépenses Alimentaire : 85.7% de part de dépense est consacré à l'alimentation dans les ménages retournés et 96% pour les déplacés.

6.3.3.3 L'indice des stratégies de survie simplifié (SSI)

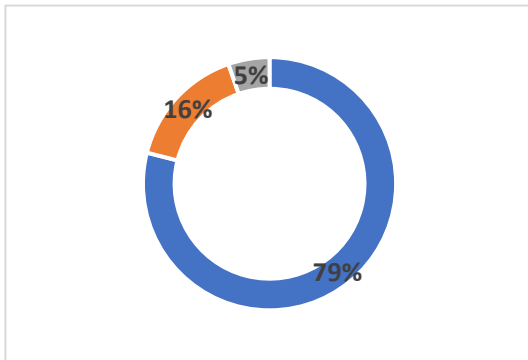
L'indice des stratégies d'adaptation ou alimentaires, compte la fréquence et la gravité des comportements dans lesquels les gens s'engagent quand ils n'ont pas assez de nourriture ou pas assez d'argent pour acheter

de la nourriture. Lorsque les ménages rencontrent des difficultés pour subvenir à leurs besoins alimentaires, ceux-ci recourent à ce qu'on appelle des stratégies d'adaptations alimentaires.

De manière globale, comme stratégie le % des ménages au regard de leurs recours aux stratégies de survie sont tel que : Consommer des aliments moins coûteux/moins préférés (lorsque les aliments habituellement consommés sont disponibles) : 92% ; Emprunter des aliments ou demander l'aide d'amis/voisins/parents/famille pour nourrir votre ménage 42% ; Réduire la taille des portions lors des repas 96% ; Réduire la consommation des adultes au profit des enfants 74% Réduire le nombre de repas journaliers 96%

- Par rapport à la stratégie de moyens d'existence par type de ménage : 22.9% de ménage hôte de retournés et déplacés ont développé de stratégie d'urgence avec 62.3% de ménages Retournés et déplacés pour la stratégie de crise.
- Par rapport à la stratégie alimentaire par type de ménage : Les ménages qui n'ont pas accueilli des Retournés et déplacés ont un CSI de 16,83 plus élevé que celui des autres ménages.

6.3.3.4 Disposition de ressources (stock de vivres, champs de produits viviers) pour assurer la nourriture du ménage :



Le Pourcentage % de ménages par nombre rapporté de semaines de couverture de nourriture avec les ressources sont tels que 96% Pas de ressources, 5 % 1 à 2 semaines, 1% Au moins 2 semaines, la situation est encore précaire au sein des ménages déplacés.

La proportion de ménages rapportant avoir accès à la terre est de 8% seulement tandis que 92% des retournés et 100% des déplacés accusent des sérieux limites d'accès sécuritaires et géographique à la terre.

6.3.3.5 Part des dépenses alimentaires

La part des dépenses alimentaires dans les dépenses totales d'un ménage donne une indication sur son niveau de vulnérabilité économique. Selon le standard du cluster sécurité alimentaire, si un ménage consacre plus de 65% de son revenu à l'achat de nourriture celui-ci est considéré dans une situation de vulnérabilité économique élevée et indique par conséquent des signes de forte insécurité alimentaire. Les résultats de l'évaluation démontrent qu'en moyenne, la majorité des ménages dans les quatre groupements de Bawisa, Batalinga, Bahumu et Baniangala vivent sans aucun revenu fixe, et le parmi les 8 % des ménages qui en ont, consacrent en moyenne 96,5% de leur revenu à l'achat de nourriture. Chose qui démontre que les populations affichent les niveaux de vulnérabilité économique très critique.

6.3.3.6 Principales causes de l'insécurité alimentaire

Il ressort des entretiens avec les informateurs clés, les focus groupes hommes et femmes ainsi que des résultats des sondages, que l'insécurité alimentaires dans les 4 groupements de la zone de santé, résultent essentiellement de :

- Une consommation alimentaire très peu diversifiée résultant d'un revenu faible dont les dépenses presque entièrement consacrées à l'alimentation ou quasiment inexistant par suite de la perturbation des conditions des vies par les attaques ADF.

- Déficit de production à cause de la perte de capital de production et rareté des terres cultivables dont occupent en grande partie les plantations de cacao. Cette baisse de production a joué sur les disponibilités dans les ménages de la zone ;
- Hausses de prix des denrées alimentaires locales réduisant ainsi l'accès à ces produits pour tous les ménages et Les ménages hôtes par solidarité ont puisé dans leurs stocks déjà faibles pour assister les Retournés et déplacés.

Plusieurs autres causes ont été citées par les personnes interviewées notamment : Problèmes de sécurité pour accéder aux Champs /pâturages/zones de pêche 68,6% ; Augmentation des prix sur les marchés locaux 62,8% ; Perte des stocks et des semences 53,5 % ; Manque d'accès aux vivres sur les marchés locaux 28 % ; Perte des outils / moyens de production 27 % ; Perte de revenus 17 % ; Perte de récoltes 14% ; Etat des routes 7% ; Problèmes de sécurité limitant l'accès aux Marchés 6% ; et autres.

6.3.3.7 Niveau de réponse humanitaire dans la zone

Actuellement, deux partenaires (WHH, HPA/FAO) sont opérationnels dans la zone avec un paquet sécurité alimentaire dans le domaine de résilience ; cependant, les capacités disponibles de ces deux partenaires n'arrivent qu'à couvrir que le 1/5 des besoins.

6.3.3.8 Conclusion

- L'évaluation sectorielle Sécurité alimentaire dans Kamango établit que la situation d'insécurité alimentaire dans toutes les localités s'avère très préoccupante. Cette situation pourrait s'aggraver d'avantage si les interventions nécessaires à améliorer la sécurité alimentaire et la situation socio-économique des populations vulnérables ainsi qu'à la création/restauration de leurs moyens de subsistance ne sont pas initiées rapidement. Cette situation pourrait par ailleurs aboutir des stratégies de subsistance néfaste imprévisible.
- Le manque d'opportunité économique dans la zone et les conflits fonciers qui peuvent être engendrés par l'afflux massif de populations dans une zone déjà vulnérable est source de conflit intercommunautaire.
- La situation est d'autant plus préoccupante, que l'aide alimentaire apportée par le PAM et WHH vers le mois d'Octobre dernier n'a plus de trace au sein des ménages. La fin de consommation de réserve pour ce qui sont retournés avec s'épuisera au plus tard 8Mars. Le Gouvernement et ses partenaires doivent trouver des réponses rapidement avant d'entrer dans une phase critique.

6.3.4 EDUCATION

Le secteur de l'éducation a été sévèrement touché par la crise qui a laissé des milliers d'enfants sans accès à l'éducation. A cause de l'insécurité et aux affrontements, les écoles ont fermé, les bâtiments ont été détruits et les enfants ainsi que les enseignants ont été contraints de fuir. Les possibilités de scolarisation ont été quasi inexistantes dans la zone de déplacement, ce qui a conduit les enfants à manquer une partie importante de l'année scolaire 2021-2022.

Toutefois, lors des évaluations, 39% des ménages ont déclaré que leurs enfants avaient poursuivi leur scolarité pendant le déplacement. Selon le Sous-secrétaire EPST (Ecole Primaire, Secondaire et Technique) de la ZS (Zone de Santé) de Kamango, les enfants qui ont pu bénéficier de quelques activités scolaires pendant le déplacement, manquaient de salles de classe, d'enseignants et des matériels adéquats.

La ZS de Kamango compte 121 écoles, dont 91 primaires, 6 maternelles et 24 secondaires. Sur un total de 594 enseignants (dont 64 femmes), seuls 382 sont mécanisés. Au moment de la collecte des données, 25 617 enfants étaient inscrits dans les écoles, dont 10 409 filles. Le fait qu'une grande partie de ces enseignants ne sont pas mécanisés, signifie qu'ils ne sont pas payés. Il est donc demandé aux parents de payer la prime pour les enseignants. Cela empêche une grande partie des familles d'envoyer leurs enfants à l'école, même au niveau de l'école primaire.

Selon le Sous-secrétaire de l'EPST de Kamango, le sous-effectif d'enseignants qualifiés génère une grosse difficulté. Il y a en moyenne entre 80 (pour l'axe Nobili-Kamango-Musali) et 135 (EP Kivumbo et EP Kombo) élèves par enseignant pour les écoles primaires ainsi que les écoles secondaires, et les quelques salles de classe sont surchargées. Cela indique un environnement d'apprentissage extrêmement pauvre pour les élèves. En outre, il n'y a presque pas d'installations WASH dans les écoles. Il n'y a pas de toilettes hygiéniques, pas de séparation entre les garçons et les filles, y compris le manque de savon.

L'on estime qu'entre 80% - 90% des écoles de la ZS Kamango ont interrompu leurs activités à la suite de la crise. Si la grande majorité des écoles ont aujourd'hui repris leurs activités, la plupart d'entre elles ont également été partiellement ou totalement détruites et pillées de leur matériel éducatif. Plus de 80 % des enfants retournés n'ont pas accès au matériel d'étude approprié.

Le principal obstacle à la scolarisation des enfants, selon les parents, les autorités et la communauté (comme mentionné lors des discussions de focus groupes), est le fait que les frais de scolarité sont trop élevés et que les parents n'ont pas les moyens d'envoyer leurs enfants à l'école (85% pour les enquêtes ménages et 95% des focus groups). Cette situation s'est encore aggravée à la suite de la crise, car de nombreuses familles ont tout perdu et n'ont plus accès à leurs champs pour cultiver et générer un revenu.

Les autres raisons pour lesquelles leurs enfants n'y ont pas accès sont le manque de capacités des écoles pour accueillir les enfants déplacés (37%), le manque de matériels didactiques (20%) et écoles détruites ou pillées (8%).

Les ménages ont cité les solutions suivantes comme possibles pour améliorer l'accès à la scolarité de leurs enfants : Augmenter la capacité des écoles pour accueillir les enfants déplacés (74%), subventionner les frais scolaires (60%), doter les écoles des matériels didactiques (50%) et améliorer la sécurité sur le chemin de l'école (20%). Cependant, dans les groupes de discussion, 100 % ont suggéré de subventionner les frais de scolarité, tandis que 95 % ont souhaité la distribution de matériel et 80 % ont suggéré d'augmenter la capacité des écoles.

Il n'y a aucun acteur du secteur de l'éducation dans la ZS Kamango et cette zone n'a reçu aucune assistance d'un acteur humanitaire, ni des autorités. La crise a clairement rendu encore plus fragile un système déjà vulnérable.

Les données recueillies au cours de cette évaluation indiquent toutes que le secteur de l'éducation est en crise. En outre, les ménages enquêtés lors des entretiens n'ont pas placé l'éducation de leurs enfants en tête de leurs priorités.

S'il est compréhensible que les ménages considèrent la nourriture et l'eau comme une question plus urgente pour leur survie, le fait que des générations soient privées d'opportunités scolaires est un problème grave à long terme. La crise du déplacement a également un impact négatif sur la santé des enfants, s'ils sont forcés de vivre dans des situations de déplacement pendant des périodes prolongées. Cette situation, ainsi que les environnements d'apprentissage médiocres et le manque de matériel d'apprentissage, vont également exacerber la crise.

6.3.5 SANTE-NUTRITION

6.3.5.1 Santé

La zone de santé de Kamango compte 14 aires de santé qui sont toutes opérationnelles. Mises à part les interventions réalisées en 2021 et 2022 par AOF et Croix Rouge RdC¹, clôturées respectivement en juin et septembre 2022, cette dernière est restée sans appui de la part des organisations humanitaires depuis octobre jusqu'à ce jour. Elles appliquent le système de recouvrement de coût sur une population vulnérable faute d'acteurs humanitaires opérationnels dans le secteur santé en zone de santé de Kamango.

Quand bien même la grande majorité n'accède pas facilement aux soins médicaux par manque d'argent pour payer la facture, le non-respect des tarifs des soins élaborés par la zone de santé conduit les formations sanitaires à imposer parfois des coûts qui dépassent les capacités financières des malades.

Lors des évaluations, la population a rapporté dans les focus groupes que 90% des résidents n'accèdent pas accès aux soins de santé à cause des recouvrements des factures.

Les pathologies les plus enregistrées chez les adultes, les enfants de 5 à 17 et enfants de moins de 5 ans sont le paludisme, les IRA (Infections Respiratoires Aigües), les diarrhées aigües et la typhoïde. En plus de ces pathologies, les informateurs clés composés en grande partie des membres du personnel médical ont parlé de la malnutrition aigüe globale qui affecte particulièrement les enfants de moins de 5ans. Ils ont déclaré qu'en ce moment la pressions sur les structures de santé semble diminuer sensiblement, contrairement à l'année 2022 lorsque certaines structures bénéficiaient de l'appui de l'ONG AOF (Actions Of the Future).

Par rapport aux infrastructures, 25% sont soit partiellement ou totalement détruites par les hommes armés et par les intempéries à cause de la non-utilisation des bâtiments pendant la période du déplacement et/ou la mauvaise qualité des matériaux utilisés pour la construction.

25% des structures sont dépourvues des médicaments essentiels, ce qui explique le fait que les infirmiers remettent des ordonnances aux malades pour qu'ils cherchent eux-mêmes des médicaments aux officines soit à Kamango, soit à Nobili.

Toutes les structures disposent d'une pharmacie, à l'exception du Centre de Santé de Référence de LUANOLI dont le bâtiment était incendié lors de l'incursion des ADF en janvier 2022. Cependant, celles qui existent nécessitent un appui en termes d'outil de gestion et de réhabilitation.

Des cas de ruptures de stocks des médicaments ont également été rapportés ainsi que l'absence de la chaîne de froid pour la conservation des vaccins, mis à part le Bureau central et les Centre de Santé de Kahondo et de Kamango.

La majorité des FOSA (Formations Sanitaires) disposent des portes latrines de fortune, ne respectant pas les normes sanitaires. Elles sont pour la plupart avec pavement et murs difficilement lavables et parfois sans

¹ La Croix Rouge a appuyé 4 structures pendant 6 semaines entre août-septembre 2022 :

- 1 CH LAMIA dans l'aire de santé de NZIAPANDA
- 1 CS KAMANGO dans l'AS KAMANGO.
- 1 CS KAHONDO dans l'AS KAHONDO
- 1 CH LAMIA dans l'aire de santé de NZIAPANDA
- 1 CS KAMANGO dans l'AS KAMANGO.
- 1 CS KAHONDO dans l'AS KAHONDO

toiture. Les dispositifs de lave-main ne sont pas disponibles, ou si disponible, ils ne sont pas opérationnels par manque de l'eau et du savon.

En ce qui concerne la santé de reproduction, les femmes et filles en âges de procréation, n'ont pas accès à la gratuité des soins de la santé reproductive car c'est le mari (homme) qui décide de l'utilisation de la planification familiale ou pas.

Du point de vue de l'hygiène menstruelle, les femmes et les filles en âges de procréer, n'ont pas les moyens nécessaires de se procurer les bandes hygiéniques ou réutilisable pour leur bonne santé. Toutes, elles font recours aux morceaux de tissus.

Pour la CPN (Consultation Prénatale), il faut payer 6000 FC pour avoir la fiche de consultation de la CPN, 45 000 FC pour l'accouchement sans complication. En cas de césarienne, il faut payer 250.000Fc à l'HGR (Hôpital Général de Référence) de Kamango. La proportion des accouchements à domicile est réduite dans la communauté. Cependant, les femmes pour éviter les risques qui peuvent subvenir lors de l'accouchement non assisté par un personnel qualifié, préfèrent aller à HGR de Kamango, qui après accouchement peuvent être retenues par manque de paiement de sa facture de maternité.

L'hôpital général de Kamango manque de bâtiment approprié pour la Néonatalogie ainsi que d'autres équipements tels que la table chauffante, couveuse, le réfrigérateur pour les vaccins, etc. La moyenne mensuelle des naissances à Kamango est estimée entre 400 et 600 depuis la destruction du CSR de Luanoli.

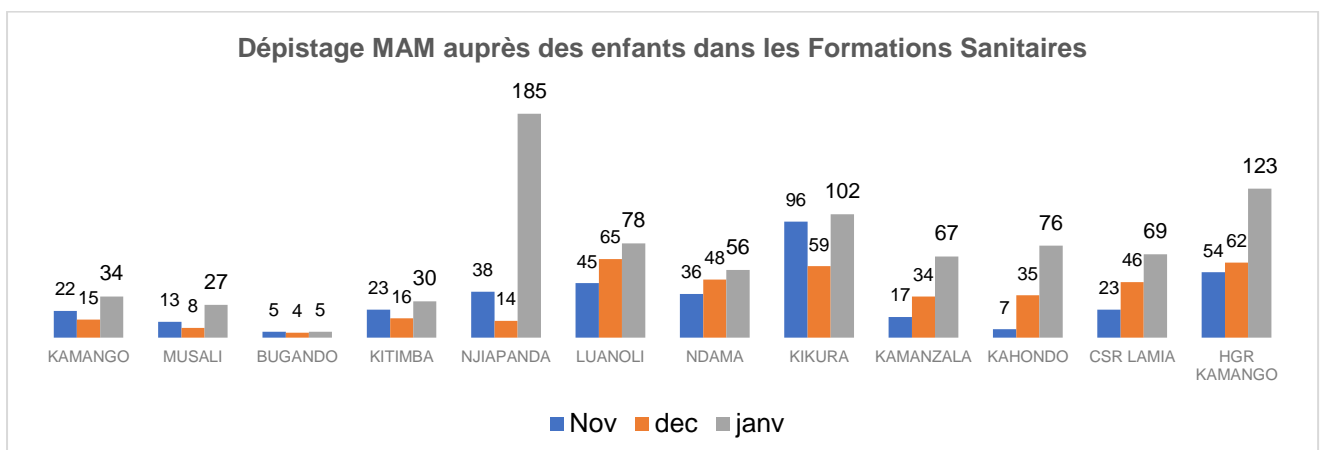
6.3.5.2 Nutrition

L'état de lieu de la situation nutritionnelle de trois derniers mois (Du 01 novembre 2022 au 31 janvier 2023) dans les Centres de Santé de Kamango, Musale, Bugando, Kitimba, Njiapanda, Luanoli, Ndama, Kikura, Kamanzara, Kahondo, CSR Lamia et HGR Kamango a révélé ce qui suit :

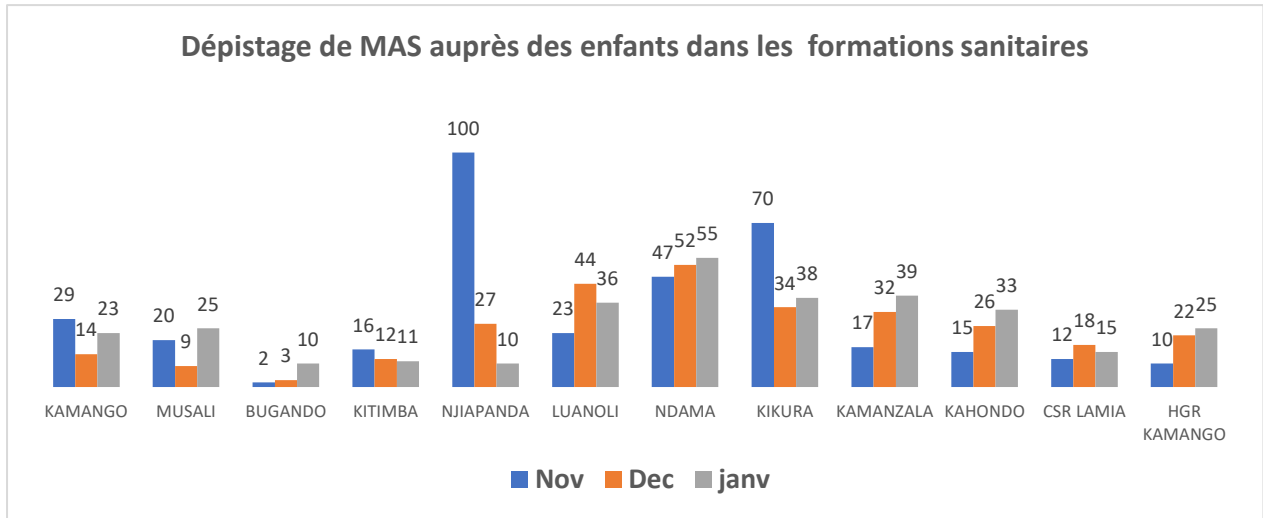
1637 enfants avec malnutrition aigüe modéré- MAM (*< 125 et >= 115 mm*),
974 enfants avec malnutrition aigüe sévère- MAS (*< 115 mm ou œdèmes*).

Les enquêtes ménagent conduites pour un total de 8 968 enfants dépistés par les acteurs humanitaires pour évaluer la situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes ont révélé l'existence de :

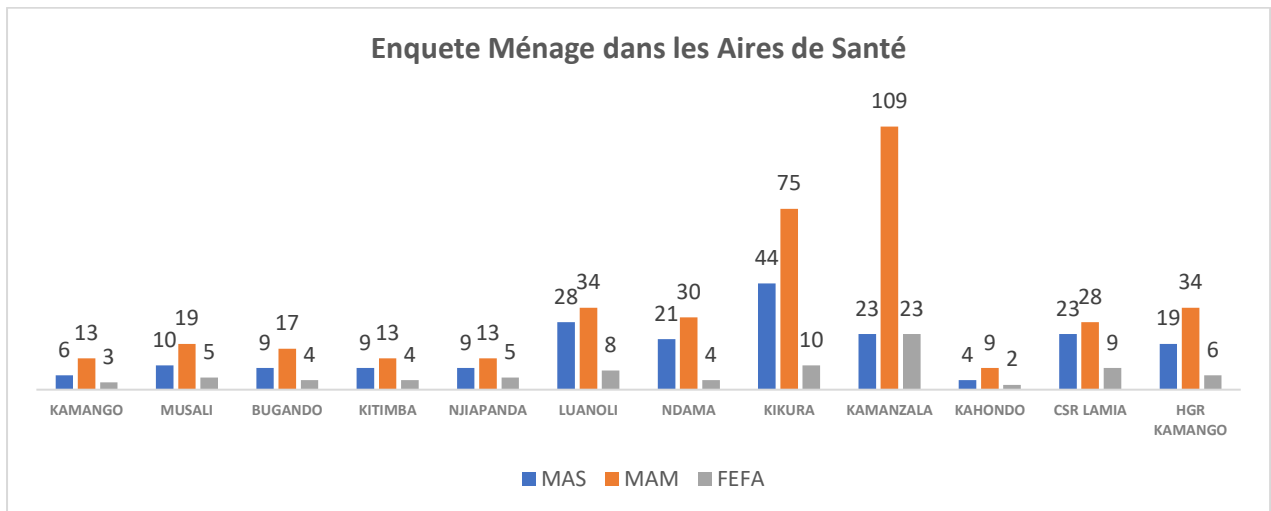
- **205** enfants MAS dépistés avec un PB *< 115 mm ou œdèmes*, soit 2,3% du taux de MAS.
- **394** enfants MAM dépistés avec un PB *< 125 et >= 115 mm*, soit 4,4% du taux de MAM.
- **83** Femmes enceintes et allaitantes avec un PB *< 230 mm*



Commentaire : les aires de santé de Kikura, Njiapanda, Luanoli, Ndama, Kahondo, Kamanzara ont enregistré beaucoup d'enfants avec MAM, sans être pris en charge. Ces enfants évoluent vers la MAS.



Les AS Ndama, Kikura, Njiapanda, Luanoli sont en tête avec des cas sévère de MAS, bien que prise en charge, il y a 6 AS sans appui avec une prise en charge.



Les cas de malnutrition modéré et sévère sont visibles et patents qu'il faille un appui multisectoriel durable dans cette Zone.

6.3.6 AME-ABRIS

L'observation faite dans les 4 groupements visités de la zone de santé a montré que 85% des abris transitionnels avec matériaux locaux sont couverts en tôles BG 34 avec sticks, chevrons, cordes, roseaux, fenêtres et portes en bois avec badigeonnage en terre argileuse. 10% d'abris sont construits en bâches, 22% d'abris couverts en paille mais la majorité est couverte en tôle, murs en pisé (stick mur avec roseaux et badigeonné au mortier d'argile), fenêtres fabriquées en bois local et la population préfère aérer l'abri avec une fenêtre par chambre.

Les abris présentent les dimensions de 7m de longueur X 4,4 m de largeur X 2,5m de hauteur avec la moyenne de 25 à 30 tôles.

Sur un échantillon de 120 ménages enquêtés, 60 % des ménages (soit 72 ménages) se trouve dans une situation de vulnérabilité par rapport à leurs abris et sont dans le besoin d'une assistance.

S'agissant des résultats des enquêtes, 75 % de ménages enquêtés, c'est-à-dire 90 ménages retournés, ont déclaré qu'ils vivent dans les abris non adéquats par manque des moyens pour s'acheter des matériaux de construction. De plus, la promiscuité au sein des ménages demeure un problème et ce, dans tous les villages de retour de la zone de santé de Kamango.

D'après l'évaluation, 70% de ménages enquêtés (84 ménages retournés) vivent dans une situation de promiscuité avec plus de 3 à 5 personnes par chambres. En conséquence, les parents sont dans certains cas contraints de partager les chambres avec des grands enfants (garçons ou filles) avec tous les risques que cela représente face aux VBG.

Quant aux ménages déplacés, 25% pourcent vivent dans les sites spontanés, 65% vivent dans les familles d'accueil et 10% se trouvent dans les maisons de location.

Sur un échantillon de 120 ménages tirés et soumis au score card abris les résultats se présentent comme suit :

- 60% des abris dans le village de retour sont visiblement détruits et ont de mur en mauvais état, ces murs sont pour la plupart en sticks d'arbre et roseaux,
- Dans le 70% des abris, il existe une situation de promiscuité entre les filles et garçons de plus de 12 ans dormant soit ensemble, soit avec leurs parents.
- 65% des ménages de la zone de santé de Kamango ne disposent pas des latrines familiales, 22 % disposent des latrines en mauvais état, 13% disposent des latrines en bon état.

D'après le résultat de l'évaluation, le besoin en abri dans la zone de santé de Kamango demeure très élevé à cause d'une capacité de réponse trop faible des acteurs humanitaires et de la persistance de la crise qui entraîne le mouvement de la population qui aggrave les vulnérabilités de ménages.

Par rapport à la disponibilité des matériaux de construction, dans la zone, le centre de Nobili est un centre commercial où se trouve un grand nombre de commerçants qui disposent de tous les matériaux de construction des abris d'urgence, transitionnels et durables.

Par rapport à la compétence disponible en main d'œuvre, plus de 80 charpentiers dont nombreux ont été mis à niveau par AIDES. Des maçons qualifiés réunis en association de 45 par groupe, sont également disponibles dans le milieu.

Quant aux AME (Articles ménagers essentiels), le déplacement étant brusque, la population n'a pas pu récupérer les articles ménagers, préférant sauver sa vie qui était en danger lors des attaques. Ainsi, dans les milieux d'accueils, les déplacés empruntent les articles ménagers essentiels, tels que les ustensiles de cuisine, auprès des membres de la communauté locale.

Les ménages retournés ont affirmé que leurs biens ont été emportés par des assaillants pendant qu'ils étaient dans les zones de déplacement.

Lors des évaluations, rares sont les déplacés et retournés qui disposent des matelas. Quelques-uns utilisent les nattes, tandis que d'autres recourent aux feuilles de bananiers comme lit. Les ustensiles de cuisine aussi restent difficiles à trouver, surtout les bidons de 20 litres, les casseroles et les cuvettes.

En faisant les visites dans les ménages de la population affectée, nous avons constaté que tous les ménages utilisent 3 casseroles, 2 bidons, 1 bassin et 1 matelas. Les femmes et filles en âge de procréation éprouvent de sérieuses difficultés pour les kits d'hygiène intime.

6.4 Capacité Opérationnelle

Sur le total de 9 organisations internationales et nationales opérationnelles en zone de santé de Kamango en 2022, il ne reste que deux ONG internationales (Welt Hunger Hilfe) et Save The Children qui travaillent dans les secteurs de Sécurité alimentaire, Wash, réhabilitation des routes, nutrition et trois ONG nationales (SOFEPADI, ACOPE et HPA) dans le domaine de protection et sécurité alimentaire. D'autres sont fin projet depuis décembre 2022 parmi lesquelles l'on y trouve celles qui ont quitté la zone et celles qui y maintiennent encore leur présence sans activité dans l'espoir de trouver de nouveaux projets.

Le tableau ci-dessous en donne une illustration :

Organisation	Secteur	Type d'activité	Bénéficiaire
WHH	SECAL	Relance agricole	11000 ménages dont 8000 USAID, 3000 Union Européenne
WHH	WASH	Construction des latrines + réhabilitation et construction	410 latrines AS de Kitimba et Luanoli.
WHH	Logistique	Réhabilitation des route et écoles	Réhabilitation de 27kms Nobili-Kikingi Construction de l'institut Kamango (de 10 salles 4 salles bureau et 2 blocs latrines de 3portes).
SCI	Nutrition	Prise en charge e la MAS et MAM dans 10 formations sanitaires (8 AS)	Enfants mal nourris
SCI	Wash	Réhabilitation du système d'approvisionnement eau dans AS Construction et Installation avec pompes à mains dans 4 FOSA Installation d'impluviums (5m3) dans 5 FOSA Construction et réhabilitation des latrines dans 4 FOSA (2 par FOSA) Et de douches idem pour le nombre	Population locale Membres des FOSA
HPA/FAO	SECAL	Relance agricole +accompagnement technique	1160 ménages
ACOPE/ UNICEF	PROTECTION	PROTECTION DE L'ENFANCE	90 EAFGA, 100 ENA, 20 AEV (Autres enfants vulnérables)
SOFEPADI/ UNICEF	PROTECTION	VBG	Toute la population de la ZS de Kamango

7 Conclusion et recommandations de la mission

A l'issue de la mission, En résumé, les résultats de l'évaluation ont mis en évidence que les besoins prioritaires des populations retournées et déplacés concernent principalement l'accès aux vivres et aux moyens de subsistance, la santé et la nutrition, la Wash ainsi que la protection.

Si aucune réponse humanitaire n'est apportée en faveur de ces déplacés et retournés, nombreux parmi eux ne parviendront plus à subvenir à leurs besoins vitaux et leur survie sera menacée. Leurs conditions de vie continueront de se détériorer, accentuant ainsi leur vulnérabilité.

En conséquence, les recommandations ci-après ont été adoptées par les participants à la mission :

Recommandations	Responsable du suivi	Deadline
Recommandations générales		
Plaidoyer à la COHP pour des interventions humanitaires multisectorielles au profit des déplacés, retournés et populations vulnérables.	OCHA Beni.	Le 15 février 2023.
Plaidoyer au PDS (Pool De Soutien) pour la mobilisation des ressources financières supplémentaires, au besoin une allocation du Fonds Humanitaire pour la zone de santé de Kamango.	OCHA Goma et COHP.	Avant la prochaine réunion du PDS.
Recommandations sectorielles		
Protection		
Le renforcement du monitoring de protection afin de collecter toutes les informations sur les incidents de protection dans la zone de santé de KAMANGO.	Cluster protection.	Trimestre 1 et Trimestre 2 2023.
Déployer le paquet complet de la prise en charge holistique des VBG dans la zone de santé de KAMANGO.	GT-GBV.	Trimestre 1 2023.
Renforcer la prise en charge des ENA, EAFGA, AEV et l'enregistrement des naissances dans la zone de santé de KAMANGO.	GTPE.	Trimestre 1 2023.
Mettre en place des mécanismes de prévention contre les EEI et les REG et sensibiliser la communauté sur la problématique des mines.	UNMAS.	Trimestre 1, Trimestre 2 et T3 2023.
Renforcement des capacités des agents de services sécurité sur les DIH et DH en zone de santé de KAMANGO.	CICR, OCHA.	Trimestre 1 et 2 2023.
Plaidoyer pour la mobilisation des partenaires humanitaires pour les activités de monitoring protection dans toute la Zone de Santé de Kamango au vu de la présence d'une armée étrangère dans cette partie du Territoire.	Cluster protection.	Trimestre 1 2023.
Education		
Plaidoyer pour la réhabilitation de 280 salles de classes en ZS de Kamango et les équiper.	Cluster Education	Trimestre 1 2023.
Plaidoyer auprès du cluster Wash pour construire ou réhabiliter 300 latrines (en respectant les standards WASH) dans les écoles de la ZS de Kamango.	Coordonnateurs du cluster Wash et cluster Education.	Trimestre 1 2023.
Plaidoyer auprès de l'Unicef et/ou autres acteurs pour la distribution des kits scolaires aux 25 000 enfants vulnérables ainsi que celle des matériaux didactiques dans 120 écoles détruites ou pillées de la ZS de Kamango.	Cluster Education.	Trimestre 1 2023.
Plaidoyer pour la distribution des kits enseignants au profit de 600 enseignants de la ZS de Kamango.	Cluster Education.	Trimestre 1 2023.

Plaidoyer auprès du gouvernement pour la mécanisation et paiement des salaires de 400 enseignants.	Cluster Education.	Trimestre 1, 2 2023.
Nutrition		
Renforcer la sensibilisation de la population sur les différentes interventions en cours en nutrition dans la Zone de Santé.	Zone de santé à travers les Relais communautaires.	Dès la publication du rapport de la mission.
Plaidoyer pour la mobilisation des partenaires afin d'appuyer la réponse en nutrition dans les 6 aires de santé non prises en compte par le projet de SCI.	Cluster Nutrition	Trimestre 1 2023.
Encourager une synergie des acteurs de nutrition, sécurité alimentaire et Wash afin de contribuer à la lutte contre la malnutrition en ZS de Kamango.	Cluster Nutrition, Sécurité alimentaire Wash.	Trimestre 1 2023.
Abris-AME		
Mener un plaidoyer auprès du cluster abri afin de mobiliser les ressources supplémentaires pour couvrir les besoins en abris transitionnels aux personnes retournées et abris d'urgence aux personnes déplacées.	Cluster Abris.	Trimestre 1 2023.
Plaidoyer pour la mobilisation des partenaires capables d'apporter une assistance en AME en y incluant les kits d'hygiène intime aux ménages retournés et déplacés.	GT AME et Cluster Wash.	Trimestre 1 2023.
Santé		
Privilégier une réponse multisectorielle d'urgence (Nutrition – Santé - Sécurité alimentaire – EHA) aux besoins prioritaires dans un programme durable.	Acteurs humanitaires opérationnels en ZS de Kamango	Trimestre 1 et suivants 2023.
Plaidoyer pour la mobilisation des partenaires capables de reconstruire et/ou réhabiliter le Centre de Santé de Référence de Lwanoli et sa maternité incendiées lors d'une incursion armée en janvier 2022.	Cluster santé.	Trimestre 2 et suivants 2023.
Doter l'HGR Kamango des couveuses et équipements de prise en charge des malades tels que tables d'accouchement, radio etc.	Partenaires du cluster santé.	Trimestre 1 et suivants 2023.
Appliquer la gratuité des soins de santé primaire et de reproduction gratuits au profit des déplacés et retournés de la ZS de Kamango au regard de leur vulnérabilité.	Partenaires du cluster santé	Trimestre 1 et suivants 2023.
Assurer un approvisionnement en médicaments essentiels dans les FOSA durant toute la période de la crise humanitaire dans cette ZS de Kamango.	Partenaires du cluster santé	Trimestre 1 et suivants 2023.
Sécurité alimentaire		
Promouvoir les activités de renforcement de la résilience (maraichage, pêche, AGR) au profit de tous en vue de pour Combler le gap en sécurité alimentaire des ménages appuyés par WHH, HPA.	Cluster SECAL, acteurs SECAL.	Mars 2023
Renforcer les activités de campagne agricole dans la zone pour promouvoir également, les cultures vivrières conjointement avec la culture de rente de	IPA Acteurs SECAL.	Mars 2023

CACAO qui occupe pratiquement des vastes étendues (Populations locales).		
Promouvoir à la pénurie des vivres au sein des ménages déplacés et retournés dans la zone et organiser une assistance alimentaire d'urgence aux populations en insécurité alimentaire (modérée et sévère), tout en veillant sur l'habitude alimentaire de la zone. Kamango étant classé en phase 4 IPC (Retournés, déplacés, hôtes).	PAM, acteurs de réponse rapides en SECAL.	Permanent
Aider les ménages hôtes, autochtones et retournés à préparer la campagne agricole à venir à l'aide d'outils, de semences, d'intrants et d'accompagnement technique. (Retournés, déplacés, hôtes).	Acteurs	Mars 2023
Renforcer la coordination multisectorielle de la zone en redynamisant la participation des structures locales de la zone (Organisation locale).	OCHA	Permanent
Organiser une étude de marchés cash et la pertinence de l'utilisation de l'approche cash dans la zone en vue de renforcer les moyens d'existence. (Marchés des grandes agglomérations).	Acteurs SECAL.	Le plus tôt possible.
Assurer le suivi de tracasserie et taxes au niveau des points d'entrée secondaires lors des mouvements retour dans les zones d'origine (Points d'entrée secondaires et frontière de la zone).	Cluster Protection.	Mars 2023
Promouvoir aux problèmes de LTP dans la zone (Retournés, déplacés, hôtes).	LTP groupe.	Mars-avril 2023
Eau, Hygiène et Assainissement		
Sensibiliser la population sur la promotion d'hygiène et assainissement.	Acteurs Wash, Zone de santé.	Dès la publication du rapport.
Construire ou réhabiliter des ouvrages d'approvisionnement d'eau potable dans les zones de déplacement comme dans les zones de retour.	Acteurs Wash opérationnels dans la zone.	Trimestre 1 2023.
Construire des latrines familiales couplées aux douches et lave main.	Acteurs Wash	En continue
Logistique		
Faire un plaidoyer auprès de UNDSS à travers l'ASMT pour la réévaluation des axes Beni-Kasindi, Beni-Mbau au vu de la réduction sensible des incidents sur ces axes afin d'obtenir leur reclassification.	Agences UN	Trimestre 1, 2 2023.
Mobiliser les acteurs du cluster logistique pour les travaux de réhabilitation des axes routiers en ZS de Kamango afin de faciliter l'accès aux organisations humanitaires.	Cluster logistique	Trimestre 1, 2 2023.