Rapport final de l'Evaluation Rapide Multisectorielle - UniRR effectuée dans les aires de santé de Budodo, Cisaza et Mudirhi
Zone de Santé de Kaniola, en territoire de Walungu

Province	Sud-Kivu	**Territoire**	Walungu
Chefferie	Ngweshe	**Groupement**	Kaniola
Zone de santé	Kaniola	**Aire de Santé / Villages**	- **Budodo** : villages de Birehe, Bula, Cega, Cibinda 1,2, Cibanda, Cigezi, Cimbulungu, Irunga, Itara, Kalongo, Karhuliza 1,2, Lwengero et Kahya. - **Cisaza** : villages de Cisaza1, 2, 3, 4, Cunamo et Kamana. - **Mudirhi** : villages de Bisihe, Bucinda, Bwenera, Bolole, Cagundwe, Kabugizo, Kadji, Karhikagondo, Lukandage, Lukundu, Lubondo, Mudirhi, Madubo et Nabirangaya.
Référence et date de l'alerte	Alerte Ehtools 5475 du 01 septembre 2024	**Date de l'évaluation**	Du 05 au 12 novembre 2024
Evaluation réalisée par	Actions et Interventions pour le Développement et l'Encadrement Social (AIDES)		

Section	Information	Niveau de sévérité
AME/Abris	100% des ménages enquêtés ont des abris (Enquête-ménage). 94% des ménages enquêtés n'ont pas des capacités en AME/NFI (Enquête-ménage).	
Santé	Taux de Mortalité Global (TMG) de 4,20 décès/jr/10,000 habitants et Taux de Mortalité Infanto-Juvénile (TMIJ) de 7,26 décès/jr/10 000 habitants (Enquête-ménage). Faible taux d'utilisation des services curatifs durant les 4 dernières semaines : 30,5% au CS Budodo, 54,2% au CS Cisaza, 48,6% au CS Mudirhi et 10,14% à l'HGR Kaniola.	
Nutrition	Le taux de prévalence Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) de 5,63% et de Malnutrition Aiguë Modérée (MAM) de 11,67% (Enquête-ménage).	
Sécurité alimentaire	97% de ménages enquêtés n'accèdent qu'à 1 seul repas/jour (Enquête-ménage).	
Eau, Hygiène, assainissement	100% des enquêtés ont accès à l'eau, mais en quantité insuffisante, 64% ont accès à des latrines non-hygiéniques, et 36% n'ont pas des latrines (enquête-ménage).	
Education	29% des ménages enquêtés ont des enfants qui ne fréquentent pas l'école (Enquête-ménage).	
Protection	1 cas de VBG rapporté dans les FOSA.	

Objectif général de l'évaluation :

Décrire la situation sanitaire et d'accès aux besoins fondamentaux afin de confirmer les besoins par rapport aux prérogatives du programme UNICEF Réponse Rapide (UniRR) afin d'envisager la mise en œuvre rapide d'une réponse/assistance, d'informer la communauté humanitaire sur le caractère d'urgence et se prononcer sur la nécessité d'une réponse rapide UniRR en cas de besoin.

Objectifs spécifiques :

- Faire une revue et une analyse des principaux paramètres d'urgence sanitaire et des besoins fondamentaux ;
- Procéder à la localisation des zones de concentration des déplacés dans les entités évaluées en vue de constituer une base de donnée capable de faciliter toute intervention ;
- Compléter les éléments de contexte liés à la situation de la crise ;
- Prendre contact avec les autorités locales, les milieux associatifs et la représentation des déplacés en vue d'obtenir leur participation active à l'évaluation et à d'éventuelles activités pouvant suivre l'évaluation ;

- Transmettre toutes les informations nécessaires à la préparation de l'intervention (notamment les aspects logistiques, les acteurs clés à impliquer, le contexte sécuritaire et la situation géographique) ;
- Partager les informations préliminaires aux sections UNICEF afin d'envisager des réponses complémentaires ;
- Partager les informations nécessaires avec les autres acteurs humanitaires de différents secteurs afin d'envisager des réponses aux besoins et gaps identifiés.

Méthodologie :

- Rencontres et échanges avec les autorités et représentants des déplacés ;
- Organisation des groupes de discussion, femmes et hommes (familles d'accueil et déplacés), afin de récolter des informations sur le mode de vie, les contraintes, les difficultés et les risques ;
- Effectuer l'échantillonnage sur les familles déplacées et les familles d'accueil pour une enquête-ménage ;
- Identification des enquêteurs et organisation de la réunion préparatoire sur les enquêtes-ménages suivant l'échantillon préalablement obtenu ;
- Réalisation du screening nutritionnel auprès des enfants de 6 à 59 mois de l'échantillon ;
- Collecte des données dans un échantillon de 330 ménages dont 165 ménages déplacés et 165 familles d'accueil en utilisant un pas de sondage aléatoire ;
- Récoltes des données dans les Centres de Santé (CS) de Budodo, Cisaza, Mudirhi, Hôpital Général de Référence (HGR) Kaniola et la réalisation des observations directes ;
- Compilation, traitement et analyses statistiques des résultats et synthèse des échanges dans les différents focus groups ;
- Production d'un rapport intermédiaire de l'évaluation dans les 48 heures après l'évaluation ;
- Production d'un rapport final de l'évaluation dans les 6 jours.

Explication sur la situation générale observée durant l'évaluation :

Les affrontements entre les groupes Mai-Mai Raia Mutomboki du seigneur de guerre Mubangu et celui du seigneur de guerre Blaise sont toujours signalés dans les différents villages du groupement de Luhago en chefferie de Nindja, territoire de Kabare suite à un conflit de pouvoir coutumier entre deux frères héritiers d'une même famille qui se disputent l'accession au trône, occupé par l'un et dont sa déchéance est réclamée par l'autre. Ces conflits et affrontements en répétition dans cette zone sont à la base des déplacements massifs de la population vers les villages voisins des aires de santé de Budodo, Cisaza et Mudirhi en groupement Kaniola, chefferie de Ngweshe, territoire de Walungu. Une alerte a été lancée par OCHA dans le système Ehtools sous le numéro 5475 en date du 01 septembre 2024 affirmant la présence des déplacés dans la zone de santé de Kaniola, aires de santé de Budodo, Cisaza et Mudirhi avec comme but principal de mobiliser les acteurs humanitaires à se positionner dans la zone. C'est dans ce contexte qu'une mission d'évaluation rapide multisectorielle a été organisée par l'équipe ERM/UniRR – AIDES durant la période du 05 au 12 novembre 2024 pour évaluation des besoins humanitaires mais aussi confirmer la présence des déplacés dans la zone. Les informations reçues pendant la réunion avec le Comité Humanitaire de Base, le président des déplacés, et les chefs de village évalués confirment la présence d'environ 1941 ménages déplacés dans les aires de santé de Budodo, Cisaza et Mudirhi vivant tous dans les familles d'accueils. Depuis leur arrivée dans la zone d'accueil, 4 cas de décès des déplacés (2 enfants de moins de 5 ans et 2 adultes) sont enregistrés dans la communauté par manque de la non accès gratuit aux soins de santé primaire. Les vivres et les non vivres, l'accès gratuit aux soins médicaux, à l'eau potable, aux latrines, aux abris, à l'éducation, l'assistance en cash ainsi que la protection de l'enfant sont les principaux besoins humanitaires exprimés par les déplacés et ils n'ont jamais bénéficié d'aucune assistance humanitaire depuis leur arrivée dans la zone d'accueil. Après notre évaluation sur terrain, l'équipe ERM confirme la présence des personnes déplacées dans les trente villages évalués par l'équipe ERM/UniRR.
Selon les données collectées lors de cette évaluation, merci de trouver dans le tableau ci-dessous les statistiques des personnes déplacées dans l'aire de santé évaluée par UniRR.

Aires de Santé	Villages	Pop. Autochtones	# ménages déplacés	# personnes déplacées internes	Pression démographique
Budodo	Birehe	971	61	366	**38%**
	Bula	1319	86	516	
	Cega	769	56	336	
	Cibinda 1 et 2	1072	133	798	
	Cibanda	698	65	390	
	Cigezi	909	59	354	
	Cimbulungu	1035	98	588	
	Irunga	801	21	126	
	Itara	1029	73	438	
	Kalongo	1649	93	558	

	Karhuliza 1 et 2	1162	123	738	
	Lwengero	1083	60	360	
	Kahya	3209	67	402	
	Sous Total	**15,706**	**995**	**5,970**	
Cisaza	Cisaza 1	1139	72	432	
	Cisaza 2	405	28	168	
	Cisaza 3/Mulangana	2007	39	234	
	Cisaza 4	1167	41	246	
	Cirwaluciga	500	0	0	**22.9%**
	Cidubuli/Cunamo	321	32	192	
	Kasihe	340	0	0	
	Kamana/Mase	982	50	300	
	Sous Total	**6861**	**262**	**1,572**	
Mudirhi	Bisihe	387	30	180	
	Bucinda	485	28	168	
	Bwenera	481	30	180	
	Bolole	1335	75	450	
	Cagundwe	912	53	318	
	Kabugizo	435	20	120	
	Kadji	1564	65	390	
	Karhikagondo	757	48	288	**39.3%**
	Lukandage	236	39	234	
	Lukundu	500	53	318	
	Lubondo	250	32	192	
	Mudirhi	1200	89	534	
	Madubo	1001	70	420	
	Nabirangaya	912	52	312	
	Sous Total	**10,455**	**684**	**4,104**	
Total Général		**33,022**	**1941**	**11,646**	**35.3%**

1,941 ménages soit **11646** personnes est le nombre total des déplacés vivant dans les familles d'accueil. Ces déplacés seraient arrivés dans les villages des aires de santé de Budodo, Cisaza et Mudirhi en deux vagues : le 17 août, le 9 au 18 octobre 2024. Les villages de provenance sont Cibimba, Irega, Kachuba, Lulaba, Lukoma et Mase dans le territoire de Kabare.

Incident sécuritaire durant l'évaluation	Aucun incident sécuritaire

Commentaire sur l'accès et la situation sécuritaire :

Les aires de santé de Budodo, Cisaza et Mudirhi sont accessibles à travers la route Bukavu - Walungu centre- Kaniola, groupement Kaniola en chefferie de Ngweshe. La distance entre Bukavu et Kaniola centre est estimée à environ 57 kilomètres et de Kaniola jusqu'à Budodo, la distance est estimé à environ 9 kilomètres. Cette partie de la route est accessible par véhicule et les 30 villages de ces 3 aires de santé ayant fait objet de notre évaluation, sont accessibles par véhicule et par motos pour les uns et par pieds pour les autres.

De Bukavu à Budodo, l'équipe a dénombré une seule barrières qui fait payer des petits montants aux usagers de cette route, elle est érigée par les Forces Armées de la République Démocratique du Congo (FARDC) et la Police Nationale Congolaise (PNC) à Mushweshwe (territoire de Kabare, chefferie de Kabare) à environ 15 km de Bukavu où l'on fait payer 1000 francs congolais (FC) par véhicule et 500 FC par moto.

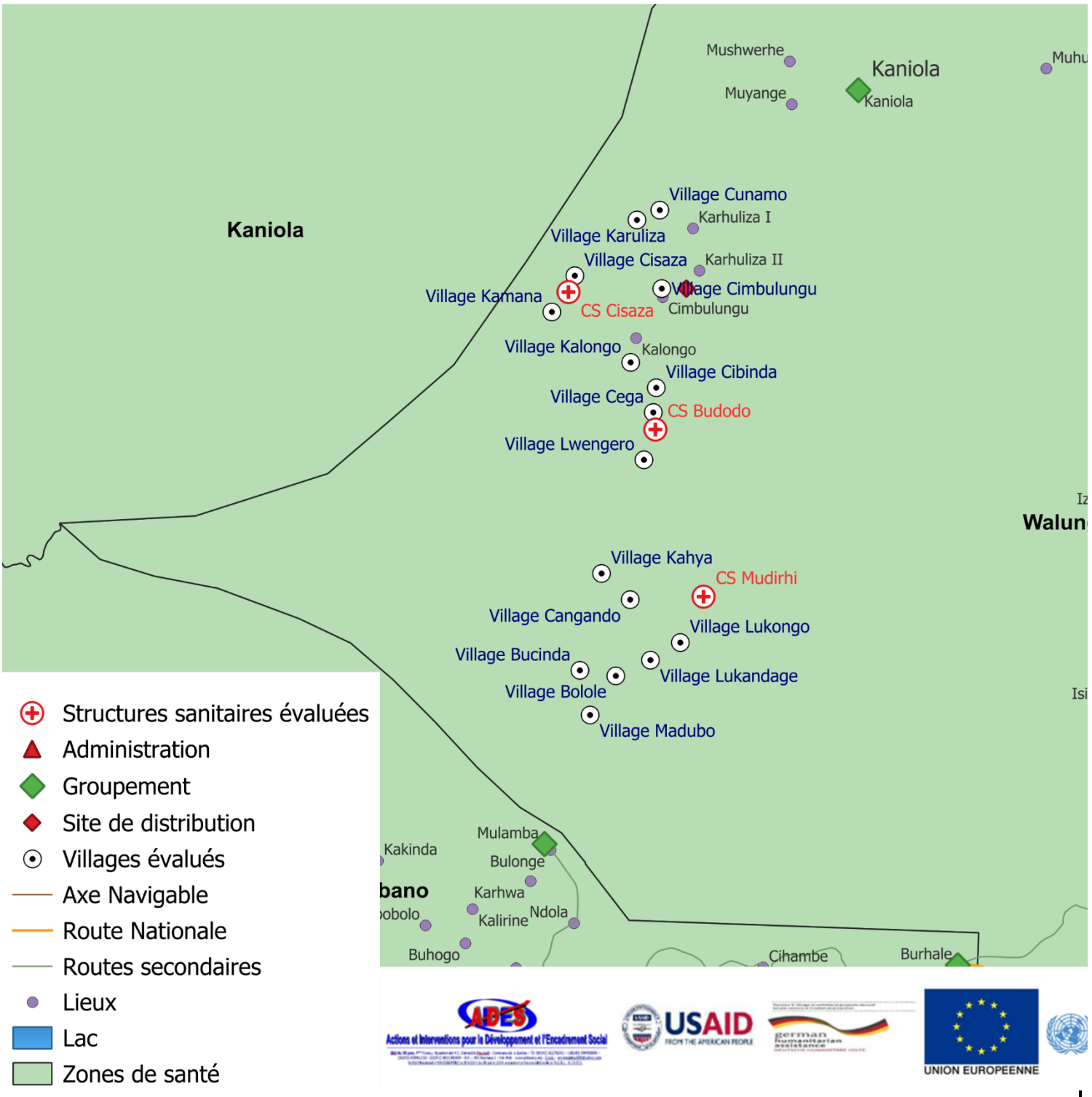
Sur le plan sécuritaire, la zone d'accueil des déplacés reste calme. Selon les informations collectées dans la zone, les 3 derniers mois, aucun incident de sécurité n'a été rapporté.

Notons que dans tous les villages des aires de santé de Budodo, Cisaza et Mudirhi, il y a aucun élément des forces de sécurité loyales (FARDC, PNC) ni des forces négatives. Airtel et Vodacom sont les réseaux de communication opérationnelle dans certains villages de ces aires de santé.

Aucune station de radio locale n'est opérationnelle, les radios captées sur place dans la plupart de villages sont celles qui émettent à partir de Bukavu ou de Walungu centre.

Carte explicative : zone ciblée par l'évaluation

CARTE / SUD-KIVU / KANIOLA – BUDODO CISAZA MUDIRHI /



Données récoltées et résultats				
Effectif des personnes déplacées	Données Alerte :	2286 ménages, soit 13716 personnes	Données Evaluation :	1941 ménages, soit 11646 personnes
Répartition de l'effectif par aire de santé :				

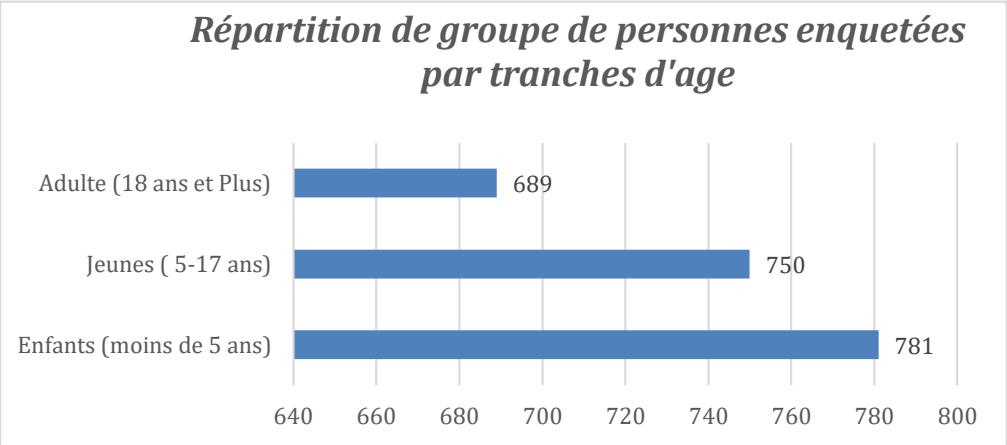
Zone de Santé	Aires de Santé	Coordonnées GPS	Nombre de ménages déplacés	Nombre de ménage hôtes
Kaniola	Budodo	S 02°38.377'; E 028°35.223'; Altitude 1702 m	995	2618
	Cisaza	S 02°37.259'; E 0028°34.516'; Altitude: 1728 m	262	1144
	Mudirhi	S 02°39.736'; E 028°35.615'; Altitude 1430 m	684	1743
Total			**1941**	**5505**

Répartition par tranche d'âge estimation effectif alerte : 1286 ménages, soit 13716 personnes

Tranches d'âges	%	Effectif	Effectif cumulé
0 – 59 mois	17% (17,09%)	2332	2332
5 ans – 14 ans	28 % (28,14%)	3840	6172
15 ans – 29 ans	27,5% (27,14%)	3772	9944
30 ans – 44 ans	15,4% (15,48%)	2112	12056
45 ans – 59 ans	8,5% (8,54%)	1166	13222
60 ans – 74 ans	3,6% (3,61%)	494	**13716**
Estimation femmes enceintes	4%	549	

Répartition par tranche d'âge selon données de l'échantillon de l'enquête-ménages : **330 ménages, soit 2,220 personnes.**

Tranches d'âges	%	Effectif	Effectif cumulé
0 – 59 mois	35,18 %	781	781
5 ans – 17 ans	33,78%	750	1531
18 ans et plus	31,04%	689	**2220**
Estimation Femmes enceintes	4%	89	



Ratio H/F : 303/27= 1 homme pour 11.2 femmes

Taux de mortalité globale (TMG) échantillon :	TMG = (28 décès/2220) * (10 000 / 30 jours) = 4,20 décès/jour/10 000 habitants
Taux de mortalité infantile échantillon (TMIJ) :	TMIJ = (17 décès/781) *(10 000/30 jours) = 7,26 décès/jour pour 10 000 enfants.
Taux de mortalité par structure évaluée (nombre total de personnes décédées durant une période/le nombre des personnes hospitalisés ou en observation dans tous les services/période évaluée) du 07 octobre au 03 novembre 2024 :	• TMG : -CS Budodo : (0 décès/22 malades en observation)*100= 0,00%, -CS Cisaza : (0 décès/60 malades en observation)*100= 0,00% -CS Mudirhi : (0 décès/12 malades en observation)*100= 0,00% -HGR Kaniola : (2 décès/186 malades en hospitalisation)*100 = 1%.

	• TMIJ : -CS Budodo : (0 décès/3 enfants malades en observation)*100= 0,00 %, -CS Cisaza : (0 décès/25 enfants malades en observation)*100= 0,00%, -CS Mudirhi : (0 décès/4 enfants malades en observation)*100= 0,00%, -HGR Kaniola : (2 décès/67 enfants malades en pédiatrie)*100=2.9%.

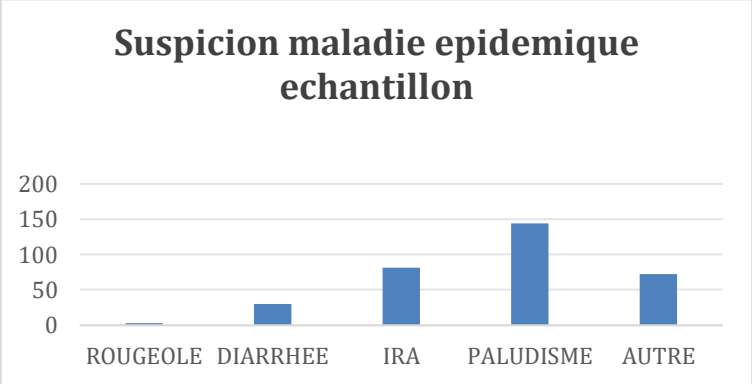
Histogramme des mortalités (cumulées structures évaluées) : N/A

Commentaires sur la mortalité :

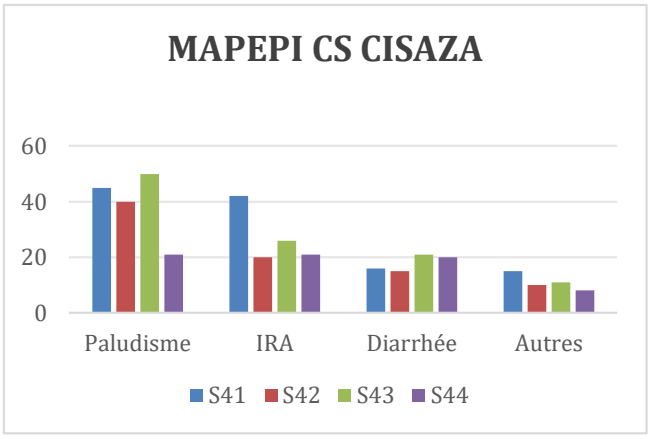
Bien que le taux de mortalité reste bas dans les structures sanitaires évaluées mais elle reste élevé dans la communauté (enquête-ménage) suite au non accès gratuit aux soins de santé primaire en faveur des déplacés en particulier et à la population hôte en générale. Le manque de moyen financier pour payer les soins médicaux dans les formations sanitaires de la zone d'accueil expliquerait les 28 décès dans la communauté enregistrés pendant les enquêtes-ménages.

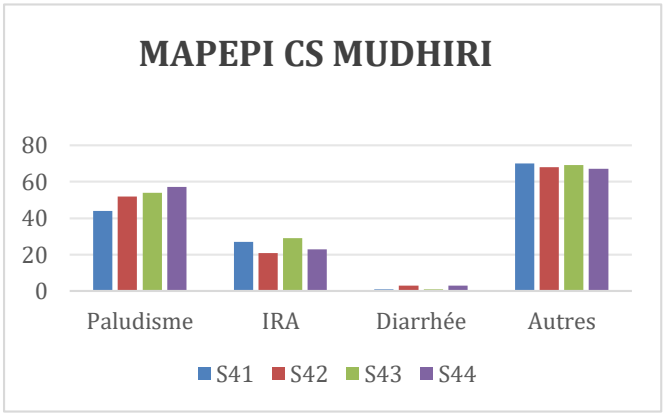
Les pneumonies avec détresse respiratoire aiguë sévère, le paludisme grave forme anémique et neuropaludisme, les gastro-entérites aigues fébriles et non fébriles, le sepsis à porte d'entrée ORL et pulmonaire, ainsi que le Monkeypox seraient les causes principales de ces décès dans les enquêtes-ménages et dans les formations sanitaires évaluées. La majorité de ces décès sont des déplacés qui ne fréquentent pas les structures sanitaires pour se faire soigner par manque des moyens financiers.

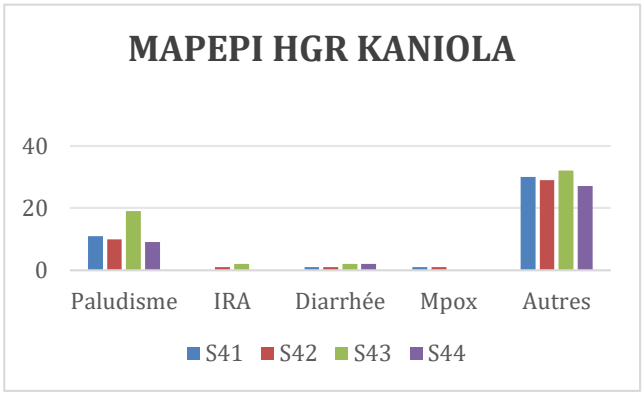
Cas suspects des maladies à potentiel épidémique (MAPEPI) en structure sur la période évaluée :	• 2 cas suspect de Mpox notifié à l'HGR Kaniola, • Aucun cas suspect de rougeole et choléra notifié aux CS Budodo, Cisaza, Mudirhi, et à l'HGR Kaniola, • Les autres pathologies rencontrées dans les 4 FOSA évaluées sont les paludismes, les infections respiratoires aiguës (IRA), et les diarrhées aiguës.
Cas suspects des maladies épidémiques dans l'échantillon sur la période évaluée :	• 3 cas suspect de rougeole remontés dans l'enquête-ménage réalisée par l'équipe ERM d'UniRR. • Les autres pathologies citées par les répondants sont les paludismes, les infections respiratoires aiguës (IRA), et les diarrhées aiguës.



Histogramme morbidité par structure sur la période évaluée :







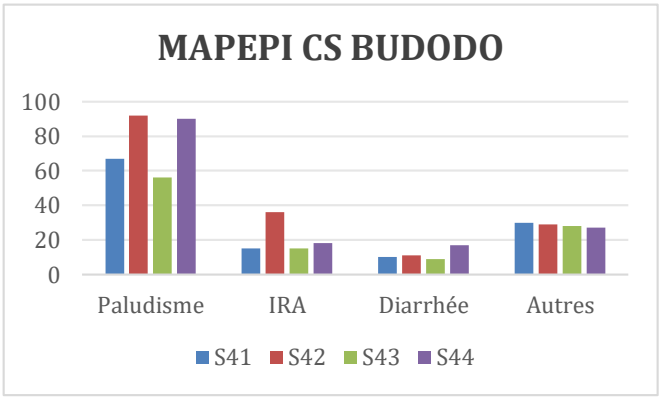


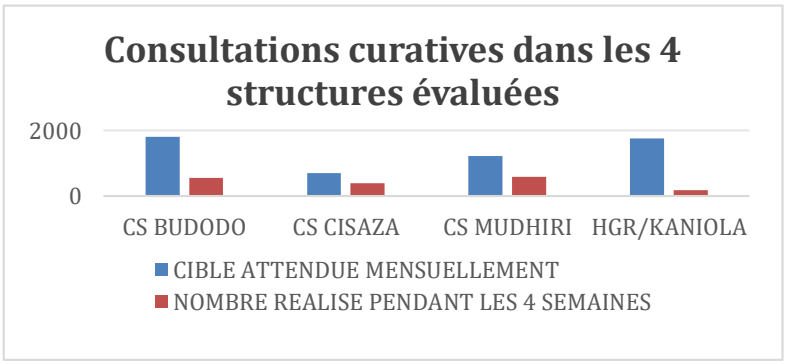
Figure 1 : Cas suspects des maladies à potentiel épidémique (MAPEPI) aux CS Budodo, Cisaza, et HGR Kaniola.

Commentaire sur la morbidité :

Les paludismes, les infections respiratoires aiguës (IRA), les diarrhées aiguës, la rougeole et Monkeypox sont les principales maladies rencontrées dans les enquêtes-ménages et les formations sanitaires évaluées. Le manque des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) surtout chez les déplacés et la non utilisation des MILD par les autochtones qui les utilisent comme corde de construction des abris, la présence des marais propuce à la multiplication rapide des moustiques, la consommation d'eau non potable des sources non aménagées, les mauvaises conditions d'hygiène dans les ménages, la promiscuité accrue et l'absence des latrines hygiéniques dans les ménages expliqueraient ces maladies dans la zone.

Utilisation des services curatifs

Ce graphique montre l'utilisation des services curatifs dans les 4 structures de santé qui ont été évaluées (CS Budodo, Cisaza, Mudirhi et HGR Kaniola) durant les 4 dernières semaines couvertes par ce rapport.



Commentaire sur l'utilisation des services curatifs :

Malgré la présence de l'Agence d'Achat de Performance (AAP) avec l'appui financier de la Banque Mondiale dans la zone, le taux d'utilisation des services curatifs reste faible dans les structures sanitaires évaluées, soit 30.5% (550/1806)*100 au CS

Budodo, 54.2% (381/703)*100, 48.6% (589/1213)*100 et 10.14% (178/1754)*100 durant les 4 dernières semaines épidémiologiques (41, 42, 43 et 44). Le non accès gratuit aux soins de santé primaire par les déplacés en particulier et la population autochtone en générale expliquerait ce faible taux de consultation curative dans les formations sanitaires et les décès enregistrés dans la communauté.	
Nombre de cas MAS identifiés dans l'échantillon (PB<115 mm + Œdème) :	41 cas
Répartition :	Total PB<115 mm : 39 cas Total Œdèmes : 2 cas
Prévalence MAS calculée sur échantillon : (41/728)*100	5,63%
Prévalence de cas de MAM identifiés dans l'échantillon (PB≥ et <125) : (85/728)*100	11,8%
Prévalence selon les données des structures de santé (CS Budodo, Cisaza, Mudirhi et HGR Kaniola) :	Taux de prévalence de la malnutrition dans les aires de santé évaluées durant les 4 dernières semaines épidémiologiques (du 07 octobre au 03 novembre 2024) sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Annexe 1 : Durant les 12 derniers mois, les 4 FOSA ont été appuyées par les organisations humanitaires suivantes

Distribution des cas de MAS et MAM dans les structures sanitaires évaluées :

Aire de Santé	Nombre d'enfants screenés	MAS			MAM	
		Total PB<115mm	Total Œdèmes	Prévalence MAS	PB >115mm <125mm	Prévalence MAM
Budodo	1009	14	0	1.4%	95	9.4%%
Cisaza	782	48	10	7.4%	72	9.2%
Mudirhi	762	9	0	1.2%	17	2.2%
HGR Kaniola	67	10	7	25.4%	0	0.00%
Total	**2620**	**81**	**17**	**3.7%**	**184**	**7%**

Commentaire :
Malgré la présence des partenaires intervenant dans les activités de prévention et prise en charge de la malnutrition dans la zone, la prévalence de la malnutrition reste légèrement élevée dans les enquêtes-ménages et dans les structures sanitaires évaluées. L'improductivité/l'infertilité de la terre, les mauvaises conditions socio-économiques de la population, et la pauvreté expliquerait ces prévalences de la malnutrition dans la zone.
Dans l'enquête-ménage, 97% des enquêtés accèdent difficilement à un repas par jour avec des aliments en quantité insuffisante et de mauvaise qualité.

Couverture vaccination rougeole échantillon (total) :	87,5% de couverture vaccinale théorique (637 enfants vaccinés/728)
Couverture vaccination rougeole avec carte.	21,8% (159/728)
Couverture vaccination rougeole sans carte :	65,7% (478/728)
Non vaccinés	12,5% (91/728)
Couverture vaccinale rougeole dans les aires de santé de Budodo, Cisaza, Mudirhi (CS Budodo, Cisaza et Mudirhi).	Vaccination de routine des enfants de 0-11 mois, en stratégie fixe et avancée : 127,5% au CS Budodo ; 68,3% à Cisaza, et 108,8% au CS Mudirhi.

Partenaires	Bailleurs de fonds	Type et durée de projet	AS appuyées	Observations

Commentaire sur la couverture vaccinale contre la rougeole :

Le tableau ci-dessous résume les données sur la couverture vaccinale (CV) en vaccin anti rougeoleux (VAR) dans les aires de santé évaluées.

Aires de santé (CS) évaluées	Vaccination de routine des enfants de 0-11 mois d'août à octobre 2024.			
	Cible mensuelle	Cible trimestrielle (août-septembre-octobre)	Total vacciné (août-septembre-octobre)	CV août-septembre-octobre
Budodo	46	138	176	127.5%
Cisaza	20	60	41	68.3%
Mudirhi	30	90	98	108.8%

L'absence de la chaine de froid au CS Cisaza, le non-respect de calendrier vaccinal par la population et la faible sensibilisation de la population par les Recos expliquerait le faible taux de couverture vaccinale au CS Cisaza. La présence des enfants déplacés dans la zone, la non-rupture des antigènes le 3 derniers mois, la bonne dynamique des CAC et Recos ainsi que l'implication de la population dans les activités de vaccination expliquerait le taux élevé de couverture vaccinal aux CS Budodo et Mudirhi. Dans les enquêtes-ménages : la présence des enfants dont leurs âges varient entre 6 à 8 mois qui ne sont pas encore vaccinés du vaccin anti-rougeoleux parce qu'ils n'ont pas encore atteint 9 mois pour recevoir la première dose du vaccin contre la rougeole expliquant ainsi plusieurs enfants non vaccinés dans l'enquête-ménage ; La perte des fiches de vaccination par les chefs de ménage expliquerait 65,7% des enfants vaccinés, mais sans carte de vaccination pour attester de leur statut vaccinal. Les réfrigérateurs des CS Budodo et Cisaza sont en panne il y environ une année perturbant ainsi les activités de vaccination de routine.

Santé maternelle	**Enquête-ménage :** - 13% (43/330) des ménages enquêtés comptent des femmes enceintes dans les ménages, - 79% (34/43) des femmes enceintes ont suivi les CPN et 21% (9/43) n'ont pas suivies les CPN, - 17% (55/330) des ménages enquêtés comptent des femmes qui ont accouchées, - 89% (49/55) des femmes enceintes ont accouchées dans une structure médicale, publique/privée et 11% (6/55) ont accouchées à domicile. - 100% (55/55) des femmes ayant accouchées sont vivantes, 98% (54/55) des nouveau-nés vivants et 2% (1/55) de nouveau-né décédé après accouchement. **Structures sanitaires évaluées :** - 82,7% des femmes enceintes (43/52) au CS Budodo ; 95,7% (22/23) au CS Cisaza et 105,7% (37/35) au CS Mudirhi suivies à la CPN1 au cours des 4 dernières semaines, - 78,8% (41/52) accouchements au cours des 4 dernières semaines au CS Budodo, 95,7% (22/23) au CS Cisaza, 97,1% (34/35) au CS Mudirhi, et 115,8%% (139/120) à l'HGR Kaniola.

Commentaire sur la santé maternelle :

Seuls les CS Budodo, Mudirhi et l'HGR Kaniola qui sont dans le programme de la gratuité de la maternité promue par le gouvernement au mois d'octobre 2023 expliquant ainsi le taux de CPN et d'accouchement plus ou moins élevé dans l'enquête-ménage et structures sanitaires évaluées. Le transfert des grossesses à haut risque à l'HGR Kaniola expliquerait une légère diminution de nombre d'accouchement dans les structures sanitaires évaluées. Le non-respect de calendrier de CPN par les femmes enceintes expliquerait une légère diminution du taux de consultation CPN. L'âge de la grossesse inférieur à 4 mois pour commencer la CPN, expliquerait le 21% des femmes enceintes qui n'ont pas encore suivies la CPN dans l'enquête-ménage. Malgré les cas d'accouchement à domicile dans l'aire de santé de Cisaza, aucun décès maternel enregistré les 4 dernières semaines épidémiologiques (41, 42, 43 et 44).

Cas des troubles mentaux (4 dernières semaines)	• Aucun cas de trouble mental enregistrés dans les groupes de discussion avec les hommes et les femmes, • 26 cas de trouble mental dont 10 cas des dépressions, 10 cas de traumatisme liés aux facteurs de stress et 6 cas de psychose aigue prises en charge au CS Budodo, Mudirhi et à l'HGR Kaniola du 7 octobre au 3 novembre 2024.

Commentaire sur les troubles mentaux :

La consommation abusive des boissons fortement alcoolisées et les mauvaises conditions socio-économiques suite à la vie difficile expliqueraient les cas des troubles mentales dans la zone ce que confirment les infirmiers titulaires des structures sanitaires évaluées.

Nombre d'enfants référés durant l'évaluation pour complication :	• 89 cas de référence vers l'HGR Kaniola ont été réalisés durant la période d'évaluation dont 40 enfants et 49 adultes.

Commentaire sur les références :

Quarante (40) enfants dont 15 garçons et 25 filles ont été référés durant les 4 dernières semaines épidémiologiques pour pneumonie avec détresse respiratoire aiguë sévère, paludisme grave forme anémique, le neuropaludisme, les gastro-entérites aiguës fébriles et non fébriles avec déshydratation aiguë sévère, malnutrition aiguë sévère avec complications médicales. Les 49 adultes ont été transférés pour les pathologies chirurgicales et non chirurgicales, les grossesses à haut risque. Ces malades ont été référés à l'HGR Kaniola pour une prise en charge appropriée.

Incidents de protection rapportés dans la zone durant l'évaluation sur la période évaluée :

Types	Lieu	Nombre des cas	Capacité de PEC (Oui/Non)	Nombre de cas enregistré durant évaluation
VBG	4 FOSA évaluées	1	Oui	0
	30 villages	0	Non	
Enfants Non Accompagnés (ENA)	30 villages	27	Non	0
Enfants Exploités dans les mines	30 villages	32	Non	0
Enfants séparés (ES)	30 villages	29	Non	0
Enfants Orphelins (EO)	30 villages	19	Non	0

Commentaire sur situation des Violences Basées sur le Genre (VBG)/protection :

Dans la zone évaluée, 1 seul cas de VBG a été rapporté dans la structure de santé, CS Mudirhi et prise en charge dans les 72 heures. Signalons que tous ces CS (Budodo, Cisaza et Mudirhi) ne disposent pas de capacité de prise en charge (Kit PEP) pour les moments, ils sont en rupture depuis le mois d'Août dernier bien que ces deux derniers CS n'ont pas enregistré des cas VBG ces 4 dernières semaines. En ce qui concerne la protection de l'enfant, 32 enfants exploités dans les carrés miniers (26 garçons et 6 filles), 27 enfants non accompagnés, ENA (16 garçons et 11 filles), 29 enfants séparés, ES (13 garçons et 16 filles) et 19 enfants orphelins (12 garçons et 7 filles) ont été rapportés par le comité humanitaire de base (CHB) et le comité des déplacés.

Les populations déplacées ont elles accès à l'eau ?	• 100% (301/301) des ménages enquêtés ont accès à l'eau mais en quantité insuffisante.

Commentaire sur l'accès à l'eau et l'assainissement :

La situation en EHA dans les 30 villages des aires de santé évaluées reste précaire et demande une attention particulière avec une réponse en Wash d'urgence.

a) **Accès à l'eau :**

- Aire de santé de Budodo : l'organisation Programme des Initiatives d'Appui au Développement (PIAD) avait aménagé en 2013 deux sources d'eau dans le village de Lwengero et en 2023, l'organisation Actions des Volontaires Unis pour le Développement et la Santé (AVUDS) avec l'appui financier de l'Unicef avait fait le captage plus adduction de la source Kangwere en plaçant quelques robinets dans les villages de Bula, Cega, Kalongo et au centre de santé Budodo.
- Aire de santé de Mudirhi : la source Kamasheke a été captée par AVUDS/Unicef en 2023 en plaçant quelques robinets dans les villages de Lukundu, Kadji, Mudirhi, Lukandage et au centre de santé de Mudirhi.
- Aire de santé de Cisaza : la rivière nyakarwanza a été aménagée et captée en 2023 par l'organisation AVUDS/Unicef en mettant quelques robinets dans les villages de Cisaza 1, 3, 4 et au centre de santé de Cisaza. Seuls les robinets se trouvant au CS Cisaza et dans le village de Cisaza 4 qui sont fonctionnels. Le reste des robinets dans les différents villages de 3 aires de santé ne sont plus fonctionnels suite à une mauvaise installation des tuyaux lors du captage des sources et rivières poussant

ainsi la population et aux structures sanitaires à s'approvisionner dans les sources et rivières non aménagées en parcourant une distance d'environ 500m à 1km estimé à 30 minutes à 1heure de marche.

b) **Hygiene et assainissement :**

Les failles Wash observés lors des enquêtes-ménages et évaluation des structures sanitaires sont les suivants :

- Nombre insuffisant des latrines qui se dégradent davantage à cause de la surutilisation par les déplacés et les familles d'accueil, une absence des latrines hygiéniques dans les ménages, les defecations à l'air libre surtout visibles dans les familles d'accueil où les latrines sont inexistants;
- L'absence des poubelles, des fosses à ordures, des dispositifs de lavage des mains, des savons, des produits de potabilisation d'eau dans les ménages des déplacés ainsi que des kits d'hygiène intimes (KHI) pour les femmes et les filles en âge de procréation ; La population ne maîtrise pas non plus les moments clés de lavage des mains ;
- Absence des zones des déchets (blocs des latrines hygiéniques, douches, incinérateurs, trous à placenta et à aiguilles) et des bacs à lessive au CS Cisaza.

Les données collectées lors de l'enquête-ménage font état de ce qui suit :

- 100% (330/330) des menages enquêtés ont accès a l'eau, mais en quantité insuffisante à la suite de l'insuffisance des recipients de puisage et de stockage de l'eau dans les ménages des déplacés et des familles d'accueil ce qui concorde avec les besoins importants en articles ménagers essentiels.
- En effet, 211 ménages (soit 64% des répondants) utilisent l'eau des sources, 104 ménage (32%) utilisent l'eau des rivières/surface, 15 ménages (soit 5%) ont déclaré qu'ils utilisent les eaux du réseau public;
- 64% (210/330) des ménages enquêtés ont accès à des latrines non-hygiéniques et 36% (120/330) n'ont pas des latrines, ce qui explique les défécations à l'air libre et les maladies d'origine hydrique observées dans la zone.

Apports caloriques moyens / jour :	Non disponible
Nombre moyen de repas par jour et par ménage :	• 97% (319/330) des ménages enquêtés n'accèdent qu'à 1 seul repas par jour.

Commentaire sur l'accès à la nourriture et la qualité des repas :

Un taux de 97% (soit 319 ménages sur 330) enquêtés dans les différentes familles d'accueil et parmi les personnes déplacées internes des aires de santé évaluées (Budodo, Cisaza et Mudirhi) declarent avoir du mal à assurer un repas par jour. La zone d'accueil a un faible taux de productivité agricole dû à l'infertilité du sol. Les cultures prédominantes, telles que le manioc et les patates douces, y poussent faiblement. De plus, l'élevage est moins pratiqué dans cette zone en raison des pillages répétés des produits d'élevage par des éléments de groupes armés. Malgré l'infertilité des terres, les déplacés ont tout de même accès à ces terres ainsi qu'aux outils aratoires.

Moyens de subsistance : Les déplacés s'occupent du labour dans les champs des autochtones pour 2000 FC, de 8h à 14h. Ils transportent des sacs de braise de Budodo vers le marché de Kankinda, situé à trois heures de marche, pour une rémunération variant entre 1500 et 3000 FC. Ce marché se tient uniquement tous les mardis de la semaine. Il est approvisionné par la ville de Bukavu en produits vivriers pour compenser les carences. En plus de ces travaux, certains déplacés essayent de diversifier leurs activités en offrant des petits services contre rémunération.

Fluctuation des prix depuis leur arrivée :

Un pot de haricots est passé de 1000 FC à 2000 FC.
Une quantité de haricots qui coûtait 4500 FC est passée à 6000 FC.
La quantité d'huile de palme qui coûtait 1500 FC est passée à 2000 FC.
Un pot de farine de manioc est passé de 100FC à 2500FC.
Cette hausse des prix aggrave encore la situation alimentaire déjà précaire des déplacés, rendant l'accès aux denrées de base encore plus difficile.

Proportion des ménages sans abris, selon l'échantillonnage :	• 0% (0/330) sont privés des abris.

Commentaire sur la situation abris :

Tous les déplacés sont logés dans les familles d'accueil, soit 100% (330/330) des ménages enquêtés ont au moins un abri. Les abris des familles d'accueil sont construits avec la paille et les sticks, mais aussi quelques-uns sont construits avec les tôles. La dimension moyenne pour un abri dans les familles d'accueil est de 5mx5m subdivisé en 3 pièces de 2mX2m où sont accueils 1 à 3 ménages déplacés de 7 à 10 personnes. Une pièce en annexe d'une dimension de 2mx2m est utilisée comme cuisine pour les 2 familles (famille d'accueil et la famille déplacée). Les déplacés qui sont logés dans les familles d'accueil vivent dans des très mauvaises conditions à cause de la forte promiscuité qui règne dans les familles d'accueil, entrainant ainsi la propagation des maladies transmissibles (rougeole, IRA, gales) mais aussi l'augmentation des risques des violences sexuelles chez les

femmes et jeunes filles. Le besoin en bâches et corde reste urgent pour couvrir les abris et de protéger les déplacés contre les intempéries surtout en cette période des pluies. Les plaidoyers sont en cours auprès des concessionnaires pour trouver les espaces pour la construction des sites spontanés.	
Proportion des ménages avec moins de 50% du kit NFI selon échantillonnage :	• 94% (311/330) ont affirmé ne pas disposer des capacités en kits NFI ou Articles Ménagers Essentiels (AME).

Commentaire sur les capacités NFI des ménages :

Selon les résultats de l'enquête ménage, seuls 6% soit (19/330) des ménages des familles d'accueils enquêtés ont manifesté les capacités en articles ménagers essentiels (AME/Wash) en quantité suffisante contre 94% (311/330) des ménages enquêtés ont affirmé ne pas avoir des capacités en NFI/AME. Une vulnérabilité très accentuée en AME/Wash est observée dans les 2 familles (famille déplacée et famille d'accueil). Pour les familles déplacées vivant dans les familles d'accueil, ceci peut se justifier par le fait que, en fuyant les atrocités, les déplacés avaient tout abandonné dans leurs maisons. Aussi pour les familles d'accueil en utilisant ensemble les mêmes AME/Wash avec les familles déplacées qui sont en quantité insuffisante au départ pour satisfaire le besoin de deux familles. Pendant nos enquêtes ménages et dans nos groupes de discussions les besoins prioritaires exprimés dans les ménages sont: Les besoins en ustensiles de cuisine, bidons, seaux, nattes, couvertures, etc.

Proportion des ménages enquêtés qui ont des enfants qui ne fréquentent pas l'école	• 29% des ménages enquêtés ont des enfants qui ne fréquentent pas les écoles.

Commentaire sur l'éducation :

Les données collectées lors de l'enquête-ménage ont montré que 29% (soit 95/330) des enquêtés ont des enfants en âge scolaire qui ne fréquentent pas l'école, un taux moins élevé qui s'explique par le fait que plusieurs enfants déplacés ont réussi à intégrer les écoles de la place et les chefs des établissements n'ont soumis aucune condition pour leur inscription.
Selon le comité humanitaire de base, le comité des déplacés et les chefs des établissements sur place, on compte près de 2602 enfants en âge scolaire (6 ans – 17 ans). Parmi ces enfants, 1832 (824 garçons et 1008 filles) ont réussi à intégrer les écoles de la place et 770 (323 garçons et 447) n'ont pas réussi intégrer les écoles de la place.
Les principales causes de la non-intégration de ces enfants déplacés dans ces écoles sont le manque des moyens financiers pour les enfants qui devraient être intégrer à l'école secondaire qui est jusque-là payante d'une part et le manque des fournitures scolaires, des chaussures, des uniformes pour des enfants qui devraient être intégrer à l'école primaire d'autre part. Enfin, dans toute cette zone évaluée, 31 écoles ont été identifiées dont 19 écoles primaires et 12 écoles secondaires. Aucune de ces écoles n'a été utilisée ou occupée par les déplacés à leur arrivée.

Synthèse des groupes de discussion avec les femmes et les hommes :

" Fuyant les affrontements armés qui opposent deux frères prétendant au trône de la chefferie de Ninja, nous avons trouvé refuge dans la chefferie de Ngweshe. Ce déplacement forcé nous a privés de nos terres et de nos moyens de subsistance. Dans nos nouveaux lieux d'accueil, nous sommes confrontés à une grave insécurité alimentaire, à un manque d'accès aux soins de santé et à des difficultés pour scolariser nos enfants. Nos revenus précaires, ne dépassant pas 2000 FC par jour, ne nous permettent pas de subvenir à nos besoins de base. Les prix des denrées alimentaires ayant fortement augmenté, notre situation est encore plus précaire. Les enfants qui trouvent des places dans les écoles manquent souvent de fournitures scolaires, des chaussures. Malgré ces difficultés, les familles d'accueil nous apportent un soutien précieux, bien que leurs ressources soient limitées. L'insécurité persistante dans notre région d'origine nous empêche d'envisager un retour à court terme."

Orientations concernant les besoins identifiés	**AME et Abri**	*En urgence, à UniRR et au Groupe de Travail Articles Ménagers Essentiels (GT AME) :* - Distribuer les kits d'Articles Ménagers Essentiels (AME)/NFI à tous les ménages déplacés vivant dans les familles d'accueil des villages de la zone évaluée (UniRR) ; - Distribuer aux ménages déplacés vivant dans les familles d'accueils, les bâches et cordes pour leur permettre de se construire des abris d'urgence en attendant les solutions plus durables des autorités et des membres du cluster Abris (UniRR) ; - Construire en urgence les abris transitionnels en faveur des ménages déplacés vivant dans les différents villages (cluster abri) tout en réalisant une évaluation approfondie en abri dans tous les villages de la zone évaluée (Cluster Abri).

	Santé et Nutrition	En urgence, *aux clusters Santé et Nutrition :* - Déclencher en urgence les activités santé-nutrition en faveur des personnes déplacées internes (PDI) et autochtones vivant dans la zone évaluée afin d'assurer leur prise en charge médicale et nutritionnelle gratuite et réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme, aux infections respiratoires aiguës, et aux diarrhées ; - Distribuer les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) aux ménages déplacés vivant dans les familles d'accueil de la zone évaluée et sensibiliser les bénéficiaires sur l'importance de l'utilisation des MILD afin de réduire la morbidité et la mortalité lié au paludisme ; - Doter et équiper le centre de santé de Cisaza un bâtiment moderne de la maternité et autres bâtiments pour le bon déroulement des activités des soins de santé primaire ; - Doter les centres de santé de Budodo et Cisaza avec les réfrigérateurs pour éviter les ruptures et mauvaise gestion des antigènes mais aussi assurer le bon déroulement des activités de vaccination de routine.
	WASH	*A UniRR et au cluster WASH :* - Distribuer les kits Wash aux ménages déplacés pour renforcer leur capacité de stockage de l'eau dans les ménages ; - Aménager toutes les sources d'eau non aménagées de tous les villages évalués tout en sensibilisant la population sur les bonnes pratiques d'hygiène, en mettant l'accent sur la propreté des latrines et la prévention des maladies d'origine hydrique pour prévenir leur propagation dans la zone d'accueil ; - Réhabiliter les ouvrages d'eau existant en état de délabrement avancé pour permettre à la population de s'approvisionner en eau potable au travers quelques robinets présentent dans certains villages et formations sanitaires ; - Construire en urgence une zone des déchets (blocs de latrine hygiéniques et douches, incinérateur, trous à placent et à aiguille) et un bac à lessive au CS Cisaza; - Distribuer les kits d'hygiène intime (KHI) aux femmes et filles en âge de procréer ainsi que les produits de potabilisation de l'eau pour traiter l'eau et les outils d'assainissement.
	Sécurité Alimentaire	*Au Cluster Sécurité alimentaire :* - Organiser en urgence, les cycles de distribution des vivres en faveur des déplacés vivant dans la zone évaluée ; - Organiser une assistance en cash inconditionnel en faveur des personnes déplacées afin de leur permettre de créer les activités génératrices de revenus (AGR) qui vont assurer leur autonomisation dans la zone d'accueil.
	Protection	*Au cluster Protection :* - Continuer à sensibiliser et former les leaders communautaires et la population sur la prévention et la dénonciation des cas de violences basées sur le genre (VBG), l'importance de se faire soigner dans les 72 heures (pour le cas de viol) et les encourager à jouer un rôle actif dans la lutte contre les VBG, à promouvoir un environnement de soutien et à briser le silence qui entoure ces violences - Mettre en place un mécanisme pouvant faciliter la sortie et l'encadrement des enfants exploités dans les carrés miniers.
	Education	*Au cluster éducation* - Assister en urgence les enfants déplacés en âge scolaire avec des kits scolaires, ainsi que des chaussures et des uniformes pour leur permettre de bien étudier dans les écoles de la zone d'accueil où certains étudient et les autres non par manque des kits scolaires,

		chaussures et uniformes mais aussi éviter les absences, les abandons et le complexe d'infériorité face aux élèves autochtones dans les classes ; - Assister les écoles ayant accueilli les enfants déplacés avec des kits récréatifs et des kits enseignants ou didactiques.

Commentaire sur l'évaluation et la situation en générale :

Les personnes déplacées internes dans la chefferie de Ngweshe sont confrontées à une crise humanitaire complexe, caractérisée par une grave insécurité alimentaire, un manque criant d'articles ménagers essentiels et un accès limité aux soins de santé. Cette situation précaire met en péril leur survie et leur bien-être. Pour répondre à ces besoins urgents, le projet UniRR/AIDES intervient en fournissant des articles ménagers essentiels, des médicaments et des produits nutritionnels, contribuant ainsi à améliorer de manière significative les conditions de vie des populations affectées.

Agence d'Achat de Performance (AAP)	Banque Mondiale	Achat de performances, prise en charge gratuite des indigents, réduction de moitié du tarif forfaitaire de consultation. Durée : janvier-décembre 2024.	CS Budodo, Mudirhi et l'HGR Kaniola	Pour la prise en charge médicale gratuite des indigents et la réduction du tarif forfaitaire aux non indigents.
AEO/CNA (Assistance des Enfants Orphelins/Centre Nutritionnel Alimentaire)	Unicef	Projet de prise en charge de la MAS des enfants de 6 à 59 mois dans la ZS de Kaniola. Durée : septembre-novembre 2024.	CS Budodo, Cisaza, Mudirhi et HGR Kaniola	Approvisionnement en intrants nutritionnels et médicaments essentiels pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec et sans complications médicales des enfants de 6-59 mois (UNTA et UNTI). Ils ne sont pas en rupture d'intrants nutritionnels mais d'ici fin novembre, ils seront en rupture.
CONOPRO (Congo Nouveau Prospère)	Unicef-PAM-FAO/DDC	Projet de prévention de la malnutrition chez les enfants de 6 à 23 mois et prise en charge de MAM des enfants de 6 à 59 mois et FEFA. Durée : juin à décembre 2024	CS Budodo, Cisaza et Mudirhi	Approvisionnement de l'UNTA du centre de santé avec plumpynut et de l'UNTI du CH avec les laits thérapeutiques (F75 et F100). Ils ne sont pas en rupture d'intrants nutritionnels mais d'ici fin novembre, ils seront en rupture.
Projet Santé Intégrée (PROSANI)	USAID	Approvisionnement en antipaludéens (pas pour la prise en charge gratuite du paludisme) et les intrants de planification familiale. Durée : avril-décembre 2024	CS Budodo et Mudirhi	Ils sont en rupture d'antipaludéens depuis août 2024.

Annexe 2 : Quelques images de la mission d'évaluation :

EP BUDODO ET LES ELEVES PDI

UNIQUE BATIMENT CS KISAZA