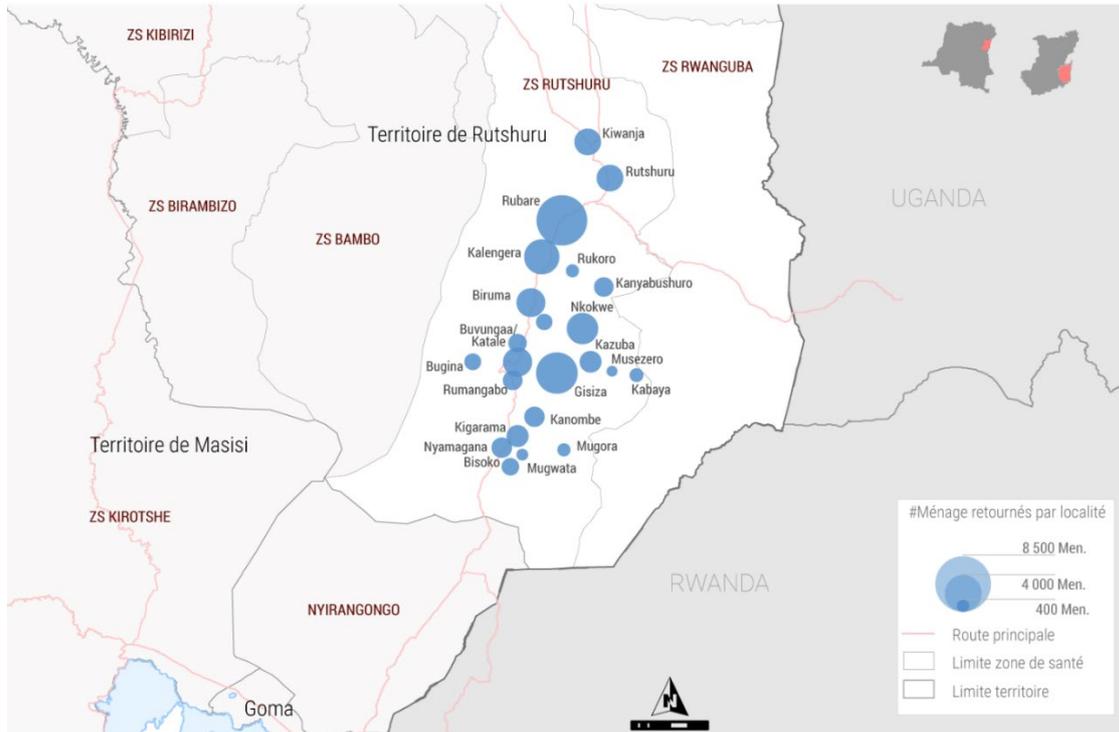


Evaluation Rapide Multisectorielle (ERM) de la CHOP Nord-Kivu dans les ZS de Rwanguba-Rutshuru

Du 29 janvier au 17 février 2025 : EH 5689, 5690, 5691, 5704, 5705



I. CONTEXTE DE LA MISSION

Description de la crise

A partir du 29 janvier 2025, le territoire de Rutshuru en particulier la chefferie de Bwisha accueille des milliers des retournés en provenance des sites des sites des déplacés de Kanyaruchinya et Bushagara situés au tour de la ville de Goma et dans le territoire de Nyiragongo où ils vivaient en déplacement depuis octobre 2022, poussés par des affrontements entre les M23 et les FARDC dans le territoire de Rutshuru.

Dans le but d'avoir une vue d'ensemble de l'impact de cette crise dans les zones potentiellement de retour dans la territoire de Rutshuru, la coordination opérationnelle humanitaire provinciale Nord-Kivu (COHP) a mené une évaluation rapide multisectorielle du 12 au 18 février 2027 dans les localités accessibles de la chefferie de Bwisha (groupements Gisigari, Rugari, Bukoma/Rutshuru et dans les Cité de Kalengera, et Kiwanja) qui vise à récolter les données chiffrées de personnes en besoin de l'aide humanitaire d'urgence, renforcer les interventions humanitaires dans ces zones, en mobilisant les acteurs clés des clusters Santé, WASH, Protection, Abris/ AMEs, Nutrition et Sécurité alimentaire pour garantir une approche intégrée.

Objectifs de l'évaluation :

La mission de la COHP vise à évaluer les besoins humanitaires prioritaires dans les zones accessibles de la chefferie de Bwisha (groupements Gisigari, Rugari, Bukoma, Cité de Kalengera et dans la cité de Kiwanja afin de guider la planification et la mise en œuvre des interventions multisectorielles.

Equipes d'évaluation :

OCHA, DCA, HCR, SOFEPADI, Umoja in Action, SYOPADI, NRC, ALIMA, GRAM, Caritas, ADPF, UniRR, AFEDEM, CBCA, FAO, World Vision, OXFAM, SI, UNICEF, BIFERD, AIDES, FEMISA, APROFEEC

II. METHODOLOGIE

Au cours de la mission les équipes se sont servis de l'outil ERM en recourant principalement à 5 approches méthodologiques, à savoir :

1. Les enquêtes-ménages : Celles-ci ont permis d'entrer en contact direct avec la cible de la mission. Les équipes ont ciblé les déplacés et les ménages d'accueil. 129 enquêtes ont été réalisées au total à l'aide de Kobo collect. Par la même occasion, un screening nutritionnel rapide a été réalisé à l'aide du MUAC.

2. Groupes de discussions : 8 groupes désagrégés par statut et sexe ont été constitués. Il s'agit particulièrement des groupes des femmes, des filles, des retournés, déplacés, les autorités et familles hôtes. Cette approche a permis de collecter l'opinion de chaque catégorie et de relativiser certaines allégations moins proches de la réalité.

3. Echanges avec les informateurs clés : 21 entretiens avec les informateurs clés ont été menés dans la zone, constitués principalement des leaders communautaires, des autorités, des professionnels de santé, des professionnels de l'éducation et d'associations locales.

4. Observation directe : Cette approche a permis aux équipes de comparer ce qui est rapporté avec ce qui est vu. Les équipes ont ainsi eu l'opportunité de jeter des coups d'œil sur la situation des abris, des AME, les centres de santé, les écoles, la situation de l'eau, l'hygiène et l'assainissement et provisions alimentaires dans les maisons d'accueil.

5. Des entretiens non structurés : Ceux-ci ont permis de collecter des informations sur l'accès ainsi que d'approfondir les questions sectorielles.

Tableau d'informations sur les enquêtes :

Localité enquêtée	# ménages localité	# ménages enquêtés	# IC enquêtés	# GDC
Gisiza	5217	16	1	3
Bisoko	800	5	3	0
Nyamagana	1412	6	4	0
Kalengera	4182	13	3	3
Buvunga	3060	10	5	0
Rubare	8134	28	3	3
Kiwanja	1451	12	3	3
Kako	1262	4	0	0
Rutshuru centre	2984	20	3	3
Kabaya	1247	4	1	3
Kingarame	1100	7	2	3
Biruma	2821	4	1	3
Total	33670	129	29	8

III. PRENCIPAUX COSNTATS / BESOINS PRIORITAIRES PAR SECTEURS /RECOMMNDATIONS
SECTORIELLES

Secteurs	Principaux constats	Recommandations
Mouvement de la population	<p>Les résultats de l'ERM de la COHP ont révélé le retour d'environ 14.543 ménages déplacés du 29 janvier au 17 février 2025.</p> <p>En plus de ces retournés récents, ces entités précitées hébergent également d'autres milliers de retournés de la vague de mai à décembre 2024 estimés à 33.426 ménages et environ 2221 ménages déplacés arrivés dans la zone au cours de trois derniers mois (novembre à décembre 2025), qui aussi attendent l'aide humanitaire).</p> <p>Le total de personnes dans les besoins d'une assistance humanitaire dans la zone est doc de 50.190 ménages 47.969 ménages retournés et 2221 ménages déplacés.</p>	<p>Assistance multisectorielle avec comme priorités, la sécurité alimentaire, la santé, Abris-AME, Education et le cash inconditionnel</p>
Protection	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence de plusieurs personnes à besoins spécifiques nécessitant un appui lié à leurs situations. ▪ Faible accès aux services de prise en charge des survivant-e-s de VBG (payement PEC médical, faible information). ▪ Présence de plusieurs engins et effets militaires qui exposent les populations et entravent l'accès aux champs et autres services sociaux. 4 victimes identifiées. ▪ Conflits fonciers liés à l'occupation secondaire de propriété. ▪ Présence des enfants non accompagné, séparé et leur non prise en charge. ▪ Exploitation des retournés par les concessionnaires (redevances élevées) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer le mécanisme d'identification des PBS et orientation vers les services. ▪ Renforcer le mécanisme d'assistance médical, psychosocial et réinsertion. ▪ Lancer rapidement l'identification et le marquage des zones à risques de REG : ▪ Identification et renforcement des mécanismes communautaires d'identification et résolution des conflits.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Achat des médicaments essentiels et autres produits de santé par les FOSAs. ▪ Faible taux de fréquentation de la CPN1 consécutives à l'ignorance lié à la faible sensibilisation de la communauté et le frais d'achats de la fiche de CPN et médicaments préventive des complications de la grossesse (Fer folate, SP). ▪ Faible surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique et pourtant il y a présence des cas suspect de Mpox dans les AS de Kalengera et Katala en provenance de Goma dans le mouvement des retournées ▪ Faible utilisation de service de la maternité suite à tarification de l'accouchement, ce qui entraine aux gestantes d'aller accoucher 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subventionner le SSP ; ▪ Renforcer la surveillance épidémiologique des maladies à potentiels épidémiques, ▪ Rendre disponible les médicaments & autres produits de santé et des commodités SSR aux formations sanitaires. ▪ Renforcer la Sensibilisation la population sur les risques de consultation tardive, et montrer l'importance de la CPN 1 au cours du premier trimestre, ▪ Organiser des formations dans les différents thématiques de SSP; de santé de la reproduction entre autres en SONU, PEC IST, PF, PEC VIH, DMU, PCI en milieu obstétricale et en PEC Médicale & Psychosociale de cas de VBG, ▪ Assurer la gratuité effective des Maternités

	<p>dans FOSA appuyé de hors ZS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance importante des équipements et petits matériels, des Kits PCI et EPI dans les maternités. ▪ Insuffisance et/ou absence des commodités de santé de la reproduction (P.F, médicaments pour PEC des IST/VIH-SIDA) ▪ Faible taux de consultation des cas des VBG suite à la peur de représailles des auteurs. ▪ Pré rupture des Kits PEP adulte et rupture des Kits PEP pédiatrique et des Test VIH dans toutes les formations sanitaires évaluées. ▪ Présence des banques de sang aux CSR KABAYA et RUBARE difficilement alimenté en sang suite au cout élevé des poches de sang (25\$ pour 1 poche, plus 5\$ de transport) que les patients sont incapables de supporter. ▪ Les modes de référencement des parturientes et des complications obstétricales se font par taxi-moto. ▪ Faible sensibilisation de la communauté et par des messages inappropriés, du fait qu'il y a moins des RECOs actif et ne sont pas formés en thématiques SSR. ▪ Insuffisance importante des prestataires de soins formés en SONU, PEC IST, PF, PEC VIH, DMU, PCI en milieu obstétricale et en PEC Médicale & Psychosociale de cas de VBG. ▪ Absence d'activité d'encadrement des adolescents et jeunes. ▪ Redynamisation de paquet Santé Mental et restructuration de circuit de PEC des cas VBG ; ▪ Beaucoup de cas de traumatisme psychologique trouvés dans la communauté ▪ Le moyen de référencement faible 	<p>dans les structures et les équiper en matériel de base;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subventionner le SSP ; ▪ Renforcer la surveillance épidémiologique des maladies à potentiels épidémiques, ▪ Rendre disponible les médicaments & autres produits de santé et des commodités SSR aux formations sanitaires. ▪ Renforcer la Sensibilisation la population sur les risques de consultation tardive, et montrer l'importance de la CPN 1 au cours du premier trimestre, ▪ Organiser des formations dans les différents thématiques de SSP; de santé de la reproduction entre autres en SONU, PEC IST, PF, PEC VIH, DMU, PCI en milieu obstétricale et en PEC Médicale & Psychosociale de cas de VBG, ▪ Assurer la gratuité effective des Maternités dans les structures et les équiper en matériel de base ; ▪ Sensibiliser la population sur les risques en cours et les auteurs sur leurs mauvaises pratiques, encourager le SVS à fréquenter les structures endéans 72 heures ; ▪ Rendre disponible les Kits de Dépistage au VIH, Kit PEPs etc. ▪ Rendre disponible les outils de gestion, KITs PCI et EPI. ▪ Appuyer la CTS de Rutshuru, la banque du sang du CSR de Rubare et Kabaya. ▪ Appuyer les référencement des malades et parturientes vers les structures ayant le paquet complémentaire. ▪ Mettre en place les espaces sûrs pour les femmes et filles vulnérables ▪ Mettre en place les espaces conviviaux des jeunes pour des activités sur les thématiques SSR. ▪ Organiser les Cliniques de PEC santé mentale dans la population retournée et déplacées ; ▪ Détacher la PEC des VBG du circuit normal pour raison de confidentialité.
<p>Sécurité alimentaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insécurité alimentaire : L'accès à la nourriture est critique, avec des familles qui peinent à se nourrir quotidiennement ; ▪ Perte d'Actifs de Production : Ils ont perdu leurs outils, semences et autres actifs nécessaires à la production agricole ; ▪ Conflits Fonciers : Dans certaines zones, leurs champs sont occupés par des résidents, entraînant des conflits de limites et des difficultés d'accès à la terre ; ▪ Exploitation par les Concessionnaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistance Alimentaire Urgente ; ▪ Assistance en Cash Inconditionnel pour la protection des actifs de production ; ▪ Récupération des Actifs de Production (intrants, outil et bétail) ; ▪ Médiation et Résolution des Conflits Fonciers ; ▪ Accès à la Terre et Lutte Contre l'Exploitation des locateurs des terres ; ▪ Programmes de Renforcement des Capacités et suivi &évaluation

	<p>Terriens : Ils sont contraints de travailler pour des concessionnaires qui exigent des redevances élevées pour l'accès à de petites parcelles de terre, rendant ainsi l'accès à la terre difficile et coûteux ; Survie Précaire : Les retournés se retrouvent dans une situation de survie extrême, mangeant rarement et dépendant parfois de l'aide des voisins et des travaux journaliers agricoles.</p>	
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque des nutritionnistes qualifiés dans la majorité des structures de santé des zones de RWANGUBA et RUTSHURU. ▪ Hausse des cas de MAS et MAM en raison du retour de la population et de la rupture des intrants dans plusieurs formations sanitaires, à l'exception de celles soutenues par MSF uniquement dans la zone de santé de RUTSHURU (MAPENDO, MURAMBI, KALENGERA et RUBARE). ▪ Insuffisance des données de dépistage nutritionnel ▪ Effectif insuffisant d'agents formés en PCIMA dans les structures de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déployer des nutritionnistes qualifiés dans les FOSA des zones de santé de Rutshuru et Rwanguba afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. ▪ Au cluster nutrition et le ministère de la santé de renforcer leur plaidoyer auprès des partenaires afin d'assurer un appui durable en intrants et équipements pour les FOSA des zones de santé de RWANGUBA et RUTSHURU, en ciblant particulièrement les enfants et les femmes enceintes et allaitantes (FEFA) souffrant de MAS et/ou MAM. ▪ Plaider pour une évaluation approfondie incluant le screening actif des enfants dans les deux zones de santé ▪ Au cluster nutrition et le ministère de la santé d'engager un plaidoyer pour la mise en place de formations continues destinées aux prestataires de soins, axées sur les protocoles actualisés de prise en charge de la malnutrition en République Démocratique du Congo.
WASH	<p>Recrudescence de cas de des maladies liées au manque d'eau hygiène et assainissement dans les zones évaluées dont les femmes enceintes et les enfants en sont tellement victime. Les récurrentes maladies sont les Diarrhées, la Fièvre Typhoïde, les Infections Respiratoires Aigües, le Paludisme, les infections urinaires pour les femmes, les verminoses et la gale. Les causes de ces maladies seraient liées aux aspects ci-dessous :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eau : Problème de fonctionnement de certains ouvrages hydrauliques existant dont la maintenance n'est pas bien assurée (pannes sur les bornes fontaines, vandalisme des conduites principales pour les adductions, carence des outils et les accessoires de maintenance pour les membres des comités d'eau, 2. Promotion de l'hygiène : La pratique de lavage des mains n'est pas d'usage même après la toilette. Les dispositifs de stockage de l'eau de boisson et tout autre usage domestique ne sont pas disponibles 	<p>Recommandation pour l'Accès à l'eau, et promotion de l'hygiène dans le groupement de Rugari, Kisigari, Cité de Kalengera et Kiwanja Centre.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réhabiliter les ouvrages d'eau existant et en panne afin d'améliorer la quantité et la qualité de l'eau pour les ménages retournés, familles déplacés et hôtes ; 2. Construire / aménager les nouveaux ouvrages d'eau, ce qui permettrait d'éviter la queue aux points d'eau existant ; 3. 3. Doter les ménages en kits NFI Wash et mettre en place les comités d'hygiène par village pour les sessions des sensibilisations sur les aspects de la santé publique ; 4. Redynamiser et doter les comités d'eau en Kit de maintenance des adductions. <p>Recommandation pour l'assainissement dans la communauté des groupements de Rugari, Kisigari, Cite de Kalengera et Kiwanja Centre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appuyer les communautés pour la

	<p>(seulement 1 bidon par ménage)</p> <p>3. Assainissement dans la communauté : Faible couverture en infrastructure d'assainissement (latrines et douches familiales et zones à déchets quasi inexistante ; Il s'observe la défécation à l'aire libre avec comme conséquence la contamination à travers les mouches et animaux rongeurs</p> <p>4. Assainissement dans les Ecoles et Structures sanitaires : Les prestataires des soins et patients sont exposés aux risques de contamination et d'infection nosocomiales suite au problème d'accès aux infrastructures WASH adéquates et sans application des normes PCI/WASH dans les structures sanitaires. Les élèves sont exposés au risque de contamination et aux maladies des mains sales.</p>	<p>construction des ouvrages d'assainissement (douches et latrines familiales hygiéniques) chacun avec son moyen avec les matériaux locaux.</p> <p>2. Organiser le cash for latrines et douches pour les ménages retournés et hôtes ;</p> <p>3. Appuyer l'auto-construction des latrines et douches familiales pour les vulnérables à travers une contribution (fosse et super structure) et l'ONG donne la porte et la dalle de surface ;</p> <p>4. Sensibiliser et appuyer les ménages sur le creusage et la bonne utilisation des zones des déchets ménagers ;</p> <p>5. Construire les latrines adaptées aux personnes vivant avec handicap et aux vieillards sans assistance.</p> <p>Recommandation pour l'assainissement dans les Ecoles et Structures sanitaires</p> <p>Dans les écoles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doter les écoles des ouvrages d'assainissement répondant aux normes standards (latrines, impluvium, dispositif de lavage des mains, ect...) • Redynamiser et doter les brigades scolaires des matériels IEC et Kits d'hygiène environnementale. <p>Structures de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doter les Structures sanitaires des ouvrages d'assainissement répondant aux normes standards (latrines, impluvium, zones de déchets, dispositif de lavage des mains ; • Redynamiser les comités de l'hygiène et doter des kits PCI Wash aux structures sanitaires
AME	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-accès aux Kits AME dans les ménages retournés à la suite des déplacement rapide et involontaire. ▪ Manque de la literie dans les ménages (nattes, couvertures, moustiquaire) ▪ Insuffisance des récipients de stockages d'eau dans les ménages, bidons, seau, bassins, lave mains, (et kit Wash). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation des partenaires ayant les paques AMEs/NFI pour l'intervention d'urgence en faveur des déplacés et retournés se trouvant dans la zone évaluée.
Abris	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certaines maisons ont été détruite pendant la crise (par des bombes, cartouches, par des tierces personnes dans l'objectif de voler) ▪ Certains ménages retournés sont dans des familles d'accueil car leurs abris avaient été détruit pendant la crise et cela crée la proximité dans les ménages ▪ Certains ménages ont loué des maisons à leur arrivée, car ils ont trouvé leurs maisons 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construire des abris transitionnels avec des matériaux locaux (bois, tôle, clous) pour les retournés. ▪ Augmentation de la capacité d'accueil des ménages qui hébergent les IDPs en agrandissant leurs abris.

	<p>détruites. Cependant, ils rencontrent des difficultés pour payer les frais de location</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certains ménages des retournés vivent dans leurs propres abris en étant de délabrement y compris les abris d'urgence ▪ Non-respect de l'intimité à la suite de la présence des plusieurs personne dans un même abri. ▪ 200 ménages vivent dans un centre collectif à Kalengera (Eglise 8é CEPAC) ces déplacés proviennent de Tongo, Kabizo, Kiseguru, Mweso, depuis le mois de novembre 2024. 	
<p>Education</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des écoles fonctionnent mais en détente de 3 jours ; possible reprise des cours le lundi 17 février ; ▪ La plupart des enfants déplacés de Bwito et Kanyabayonga et des retournés des sites de Goma ont accès dans les écoles ; et même quelques enfants venant de l'Ouganda ▪ Wash dans les écoles : des portes de latrine hors usage ; points de collecte d'eaux pluvieuses endommagées dans quelques écoles et inexistantes ailleurs ▪ Hard : quelques salles avaient été atteintes par des projectiles (plus à Rugari) et n'ont jamais été réhabilitées ; quelques murs de classes écroulés par vétusté ; ▪ Perte de kits scolaires : matériels didactiques, kits wash ; ▪ Présence des enfants retournés : à Rugari : approximativement 2347 enfants scolarisables qui s'apprêtent à aller à l'école ce lundi 17 ; Kisigari : 6647 enfants scolarisables retournés/ Tous ces enfants retournés sont sans kits scolaires et sans uniforme ▪ Faibles capacités d'accueil : peu d'écoles ; peu de classes ; les classes qui fonctionnent sont pléthoriques <p>Des enseignants peu motivés à reprendre les cours lundi 17 février parce que certains n'ont pas encore reçu leurs salaires de janvier et d'autres qui sont des nouvelles unités perdent espoir d'être budgétisés ; tous commencent à revoir la prime revenir</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas de quelques enseignants retournés. ▪ Les enseignants gèrent des classes pléthoriques avec des enfants à divers problèmes ▪ Un défi majeur : désespoir de finir en toute 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le suivi sur la reprise effective des cours le lundi 17 février ; suivi avec les agents de la sous Division ▪ Envisager des possibilités urgentes de construction des portes de latrines et points de collecte d'eau ▪ Construction et réhabilitation avec équipement des salles de classe ▪ Envisager des possibilités urgentes d'achat et distribution des kits scolaires ▪ Envisager en collaboration étroite avec les Sous Divisions les possibilités d'organiser des classes à double vacation ; mettre en place des cantines scolaires ; ▪ Envisager des cours de remédiation ; distribution des kits scolaires (kits pour élèves, kits récréatifs) ; évaluer les possibilités de mettre en œuvre un projet des moyens de subsistance dans les écoles en termes des AGR pour appuyer les parents des enfants ▪ Les utiliser dans les classes à double vacation ▪ Envisager des sessions de renforcement des capacités sur des modules pertinents ▪ Faire des plaidoyers au sein du Cluster pour une régularisation des salaires des enseignants

	<p>quiétude l'année scolaire 2024-2025 à la suite des difficultés de non-paiement des salaires et des frais de fonctionnement dues à la crise de janvier en ville de Goma</p>	
Logistique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'accès physiques est acceptable pour un bon véhicule terrain 	<p>Faire une évaluation logique approfondie qui va ressortir les ponts et axes de désertes agricoles à réhabiliter</p>
CCCM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mouvement de population des ménages retournés de la nouvelle vague de fin janvier 2025 - début février 2025 dans les groupements de Kisigari, Rugari et Bukoma cela suite à la prise de Goma par le M23, Environs 47969 ménages sont retournés dont 14543 ménages retournés suite à la prise de Goma par M23 crise (29 janvier au 17 Février 2025) et 33426 ménages anciens retournés dans la zone au 31/12/2024. Il est signalé la présence de quelques 2221 ménages IDPs enregistrés au 31 décembre 2024, chiffres partagés par les autorités locales ainsi que les membres des commissions de mouvement de population (Veille humanitaire). ▪ Présence d'un centre collectif dans le village de Kalengera dans le groupement de Kisigari où 200 ménages sont hébergés à partir du mois de Novembre 2024 en provenance des villages : Tongo, Kabizo, Mweso et Binza suite aux accrochages multiples souvent signalés dans les villages de provenance entres les éléments du M23 et les éléments Wazalendo. Les besoins humanitaires ci-après sont identifiés dans ce centre collectif : Besoins en Wash, Abri, AMES, VIVRES et en protection. ▪ Les conditions de vie de la nouvelle vague des retournés restent déplorables car aucune assistance reçue depuis que le mouvement retour est signalé dans la Zone et que le retour était non planifié car les ménages sont retournés sans kits d'accompagnement au retour ni cash à usage multiple pour leur réintégration dans la zone de retour, inclut les besoins multi sectoriels aux déplacés en familles d'accueil qui restent aussi non couverts. ▪ Option de recherche des solutions durables non respecté car le retour des ménages était non planifié et involontaire, ▪ Non identification systématique des personnes retournés et certaines autorités font payer l'enregistrement des retournés en guise de contribution pour l'achat des matériels de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire une gestion hors camps afin de bien suivre la situation humanitaire des PDIs en familles d'accueil et faire un suivi sur la réintégration locale des ménages retournés. ▪ Mobilisation des acteurs humanitaires pour l'intervention multisectorielle dans les Zones de retour afin de soulager tant soit peu aux souffrances des ménages retournés et ménages déplacés internes en familles d'accueil et en centre collectif. ▪ Envisager une intervention urgente en Wash, AMES, Vivres et Santé en faveurs des IDPs dans le centre collectif de Kalengera. ▪ Initier les programmes d'appui à la réintégration pour les retournés ▪ Plaidoyer auprès du secteur abri pour une réponse de désengorgement des familles d'accueil surpeuplées afin de mitiger les risques de protection. ▪ Assurer la participation effective des représentants des PDIs et retournés dans la prise des décisions les concernant, Mettre en place les comités (structures de gouvernance) des PDIs en familles d'accueil ainsi que les comités des personnes retournées et leurs renforcer les capacités. ▪ Mettre en place une coordination des interventions avec un accent sur les mécanismes de gestion des plaintes. ▪ Accompagner le processus d'identification des retournés afin de disponibiliser une base des données fiable

IV. ANALYSE SECTORIELLE

IV.I Mouvement de la population

Les résultats de l'ERM de la COHP ont révélé le retour de plus de 14.543 ménages déplacés du 29 janvier au 17 février 2025 en majorités en provenance des sites Bushagara et Kibati en territoire de Nyiragongo et de la ville de Goma.

En plus de ces retournés récents, ces entités précitées hébergent également d'autres milliers de retournés de la vague de mai à décembre 2024 estimés à 33426 ménages et environ 2221 ménages déplacés arrivés dans la zone au cours de trois derniers mois (novembre à décembre 2025), qui aussi attendent l'aide humanitaire). **Le total de personnes dans les besoins d'une assistance humanitaire dans la zone est doc de 50.190 ménages 47.969 ménages retournés et 2221 ménages déplacés.** Un tableau des effectifs par localités est en annexe de ce rapport.

Résumé chiffres mouvement de population validés par la mission et qui seront confirmés lors des ciblage :

Groupement	Autochtones au 02 Février 2025	Retournés du 29 janvier au 17 Février 2025	Retournés de Mai au 31/12/2024	Total retournés	Déplace de décembre 2024 à février 2025	Total ménage dans le besoins
Rugari (EH 5689)	1050	2608	2500	50108	0	5108
Kisigari (EH5690),	8239	7386	17708	25094	522	25616
Cité Kelengera-Rubare (EH 5690),	11908	1674	11253	12927	263	13190
Bukoma/Rutshuru (EH5704	17349	2419	0	2419	873	3292
Cité de Kiwanja (EH 5705	102342	456	1965	2421	563	2984
Total	140888	14563	33426	47969	2221	50190

IV.II Protection

Dans les zones évaluées, la situation de protection évolue avec la localisation des retournées et des PDIs. Dans les localités urbaines ou situées sur les axes principaux, il s'observe une réduction des problèmes de protection. Les populations circulent sans entraves, les risques d'enlèvement, meurtres, extorsions, pillages, etc. sont réduits. Cette situation devient différente à l'intérieur et dans les axes encore insécures comme Bukoma-Binza ainsi que les zones riveraines du parc de Virunga où l'accès par les populations est interdit. Ceci a restreint le périmètre sécuritaire de la quasi-totalité des villages.

Ensuite, l'on note des cas de violence basée sur le genre dans la zone de retour, avec **27 cas renseignés** dans les structures évaluées en mi-février 2025. De manière générale, plusieurs cas de mariage précoce ont été signalés et des jeunes femmes et filles retournées sont obligées de recourir au sexe comme moyen de survie. Le risque reste élevé dans le groupement de KISIGARI et RUGARI où des éleveurs des vaches commettent des abus. Dans toutes les aires de santé évaluées, l'on remarque l'absence des partenaires appuyant la prise en charge des cas VBG et la Prévention, des structures de santé sans espaces appropriés pour le counseling des survivants des VBG, des agents offrant le soutien psychosocial non formés, pas de kits de dignité disponibles dans la zone et des

cas de rupture des kits PEP. Aussi, les survivant-e-s éprouvent des difficultés d'accéder aux services par manque d'informations, car les soins médicaux sont payants, mais aussi suite l'absence des mécanismes de protection (crainte de représailles en cas de dénonciation).

En ce qui concerne la protection de l'enfance, les communautés rapportent la présence des enfants retournés non accompagnés et séparés. **57 cas d'ENA** non encore documentés ont été déclarés à Rubare et Gisiza. Aussi, dans toute la zone évaluée, le système d'enregistrement des naissances et délivrance d'acte de naissance reste défaillant dans une zone à forte mouvement des populations.

Par ailleurs, il a été rapporté la présence des restes et explosifs de guerre dans plusieurs localités, en l'occurrence de Buvunga, Kabaya et Rugari. **4 victimes** de ces objets militaires ont été documentées lors de la mission. Il y avait une zone confirmée et marquée mais par manque de dépollutions de ladite zone, le marquage dans cette zone est détruit et le danger reste permanent dans la communauté (cfr cité de KIWANJA, cellule Rugabo 2 AV. BUKOMA). Aussi à l'EP BIRUMA, deux classes ont été abandonnées par les enseignants et élèves à cause d'une présence signalée d'engins et effets militaires.

Aussi plusieurs ménages craignent d'accéder à leurs champs à cause de ces engins, ce qui contribue à la dégradation de leurs situations économiques. Il faut toutefois signaler la difficulté, pour les acteurs de ce secteur, de réaliser leurs activités étant donné qu'ils sont confondus aux militaires.

Enfin, les retournés se buttent au **problème d'exploitation et occupation secondaire de certaines de leurs propriétés**, rendant difficile l'accès à la terre agricole, aux parcelles et créant ainsi des conflits fonciers (limite, exploitation illégale des terres, Conflit entre les éleveurs et des agriculteurs au tour des pâturages et espaces cultivés). D'autres retournés affirment avoir perdu leurs documents lors du déplacement, ce qui entrave le processus de recouvrement de leurs propriétés.

Toutefois, il sied de signaler l'existence des mécanismes communautaires de règlement des conflits, en l'occurrence les NPD (noyaux de paix et de développement) qui accompagnent certaines personnes dans le règlement des conflits. Ces structures présentent des besoins d'encadrement et de renforcement des capacités.

IV.III Santé

Dans cette section, nous allons interpréter les résultats de l'évaluation multisectorielle rapide réalisée dans le groupement de KISIGARI, de Rugari, de Bukoma et dans les cités de KIWANJA. Cette évaluation vise à fournir des informations clés sur plusieurs aspects liés à l'accès aux soins de santé dans les structures sanitaires. Les points principaux abordés incluent

- Les lieux de soins de santé fréquentés par les hommes et les femmes ;
- Le temps de trajet nécessaire pour atteindre les structures de santé ;
- Les conditions rencontrées par les femmes lors de l'accouchement ;
- Les problèmes et difficultés d'accès aux soins de santé ;
- Les symptômes observés chez les enfants de moins de 5 ans au cours des deux semaines précédant l'ERM ;
- Le nombre de cas de pathologies rapportées.

Tableau N° 1,2 et 3 Répartition des répondants selon lieu fréquenté par les hommes et les femmes

Principal type de lieu utilisé par les hommes pour obtenir des soins (EM)	% des ménages
Structure de santé (centre, clinique, hôpital, etc.)	77%
Guérisseur traditionnel / religieux	8%
Reste à la maison / se soigne soi-même	15%
Autre	1%

Commentaires : Les résultats de l'évaluation rapide multisectorielle révèlent que, 77 % des hommes se rendent aux structures de santé (centre, clinique, hôpital, etc.) pour obtenir des soins, 8 % se rendent chez un guérisseur traditionnel/religieux, 15 % des hommes décident de rester à la maison et de se soigner eux-mêmes et 1% des hommes se font soigner en dehors des structures sanitaires par manque de l'argent.

Il sied de signaler que c'est manque de moyens financier que les hommes se rendent chez un guérisseur traditionnel/religieux ou décident de rester à la maison pour se soigner eux-mêmes.

Principal type de lieu utilisé par les femmes pour obtenir des soins (EM)	% des ménages
Structure de santé (centre, clinique, hôpital, etc.)	76%
Guérisseur traditionnel / religieux	9%
Reste à la maison / se soigne soi-même	15%
Autre	0%

Commentaires : Contrairement aux hommes, les résultats de ce tableau montrent, 76 % des femmes se rendent aux structures de santé (centre, clinique, hôpital, etc.) pour obtenir des soins, 9 % des femmes se rendent chez un guérisseur traditionnel/religieux, 15 % des hommes décident de rester à la maison et de se soigner eux-mêmes.

Il sied de signaler que c'est manque de moyens financier que les hommes et les femmes se rendent chez un guérisseur traditionnel/religieux ou décident de rester à la maison pour se soigner eux-mêmes.

Tableau N° 4 Conditions des femmes pour accoucher

Conditions de la majorité des femmes pour accoucher (IC)	Fréquence pondérée des réponses IC
A la maison avec famille	0
A la maison avec sage-femme	0
A la maison avec infirmier	0
Centre de sante / d'accueil	61
Autre	0
Ne sait pas	0

Commentaire : Les résultats de ce tableau montrent que 61 répondantes, déclarent que les accouchements se déroulent dans le Centre de santé / d'accueil. Cependant, les résultats des entretiens réalisés dans les aires de santé montrent le contraire, révélant que certaines femmes qui accouchent à domicile par manque de moyens financiers et de sensibilisation.

Il sied de signaler également que l'outil numérisé sur la plateforme Kobo Collect ne donnait pas la possibilité aux répondants de choisir des réponses, ce qui ne permet pas de déterminer le nombre de personnes déclarant les accouchements à domicile.

Tableau N° 4 Le temps de trajet nécessaire pour arriver aux structures de santé

Durée de marche pour atteindre la structure de santé la plus proche (EM)	% des ménages
Moins de 1 heure	98%
Entre 1 heure et 2 heures	2%
Entre 2 heures et une demi-journée	0%

Plus d'une demi-journée / pas de centre de santé disponible	0%
---	----

Commentaire: la grande majorité des personnes interrogées soit (98%) ont déclaré qu'ils peuvent atteindre à pied la structure de santé la plus proche en moins d'une heure de marche. Cela indique une bonne accessibilité géographique des services de santé pour la plupart des habitants contrairement à un petit pourcentage des répondant soit (2%) qui affirme qu'il réalise une durée de marché qui varie entre une et deux heures pour atteindre une structure de santé. Bien que ce soit un délai plus long, il reste raisonnable pour accéder à des soins de santé. Ces résultats montrent que les structures de santé sont largement accessibles pour la population locale, avec une très faible proportion de personnes ayant des difficultés d'accès dues à la distance. Cependant, il est important de prendre en compte d'autres facteurs tels que la qualité des soins, la disponibilité des médicaments et les conditions des infrastructures pour une évaluation complète de l'accessibilité aux soins de santé.

Tableau N° 5 présentant les difficultés d'accès aux soins de santé.

Problèmes d'accès aux soins de santé (IC)	Fréquence pondérée des réponses IC
Pas de problèmes	0
Infrastructures de santé partiellement ou totalement détruites	0
Manque de personnel médical qualifié dans les centres de santé	9
Manque de médicaments	25
Manque de moyens pour payer les soins de santé	61
Problèmes d'accès physique pour tout le monde (y compris la distance trop élevée)	8
Problèmes d'accès physique pour les personnes âgées	2
Problèmes d'accès physique pour les personnes handicapées	0
Problèmes d'accès sécuritaire pour tout le monde	0
Problèmes d'accès sécuritaire pour les femmes et les filles en particulier	0
Autre	1
Ne sais pas	0

Commentaire : Le tableau met en lumière les divers problèmes rencontrés par les répondants pour accéder aux soins de santé :

- 9% des répondants ont indiqué un manque de personnel médical qualifié, suggérant un besoin d'améliorer la formation et le recrutement du personnel qualifié dans les structures sanitaires.
- La majorité des répondants 61 interrogés soit 100% des répondants ont déclaré ne pas avoir les moyens pour payer les soins de santé, révélant un obstacle financier significatif à l'accès aux soins de santé
- Un quart des répondants (25%) signalent un manque de médicaments, cela constitue une préoccupation majeure affectant la qualité des soins de santé dans la zone évaluée.
- 8% des répondants ont mentionné des problèmes d'accès physique, tels que des distances trop élevées, affectant l'accessibilité générale.

Un petit pourcentage (2%) a signalé des problèmes d'accès spécifiques aux personnes âgées, nécessitant des solutions adaptées pour cette tranche de la population.

1% des répondants ont mentionné d'autres problèmes non spécifiés, suggérant qu'il pourrait y avoir des préoccupations uniques ou moins courantes

Ces résultats montrent une variété de problèmes affectant l'accès aux soins de santé, le plus significatif étant le manque de moyens financiers pour payer les soins (61%) et le manque de médicaments (25%). Il est important

aux acteurs humanitaires qui souhaiteraient intervenir de mettre en place des mesures pour améliorer la formation du personnel médical, l'approvisionnement en médicaments et assurer l'accès gratuit aux soins de santé. Des solutions spécifiques doivent également être envisagées pour les groupes vulnérables, comme les personnes âgées et les personnes handicap de la zone évaluée.

Tableau N°06 Augmentation du nombre journalier de patients nécessitant des soins depuis le début de la crise (IC, prof. de santé)

Augmentation du nombre journalier de patients nécessitant des soins depuis le début de la crise (IC, prof. de santé)	% des ménages
Oui, beaucoup	61%
Oui, un peu	39%
Non	0%

Commentaire : La grande partie les patients ont besoin de se faire soigner mais faute de moyen financier, ils préfèrent aller dans les chambres de prières et d'autres recours à l'usage des produits indigènes.

Tableau N°07 Disponibilité de médicaments en quantité suffisante (IC, prof. de santé)

Disponibilité de médicaments en quantité suffisante (IC, prof. de santé)	Fréquence pondérée des réponses IC
Oui	0
Non, manque modéré	19
Non, manque grave	4
Ne sait pas	0

Commentaire : Dans toutes les structures visitées la majorité des structures ont des ruptures en médicament, même les produits offerts par le ministère.

Tableau N°08 Symptômes chez les enfants de moins de 5 ans

Symptômes chez les enfants de moins de 5 ans souffrant de Diarrhée (EM)	% des enfants < 5 ans
Oui	50%
Non	49%
Ne sait pas	1%
Symptômes chez les enfants de moins de 5 ans souffrant de Fièvre (EM)	% des enfants < 5 ans
Oui	60%
Non	39%
Ne sait pas	1%
Symptômes chez les enfants de moins de 5 ans souffrant de Toux (EM)	% des enfants < 5 ans
Oui	39%
Non	41%
Ne sait pas	0%
Ménages dormant sous des moustiquaires (EM)	% des ménages
Oui	10%
Non	90%

Ne sait pas	0%
-------------	----

Commentaire : La grande partie de la population ne dort pas sous la moustiquaire, quand à ce qui concerne les pathologies dominantes chez les enfants de moins de 5 ans sont : Paludisme simple, IRA et la diarrhée.

Tableau N°09 Types de maladies détectées parmi les adultes (IC, prof. de santé)

Types de maladies détectées parmi les adultes (IC, prof. de santé)	Nbre trouvé lors de l'enquête
Paludisme	23
Infection respiratoire aigue	23
Diarrhées aigues	17
Typhoïde	13
Malnutrition aigüe globale	16
Autre	6

Commentaire : le Paludisme et l'IRA sont les pathologies le plus notifiés suivi de la DA et MA.

Conclusions générales

Ce rapport présente une analyse détaillée de l'évaluation multisectorielle rapide dans le secteur de santé. L'objectif est de présenter les principaux constats des entretiens effectués et les résultats de l'analyse Kobo collect afin de fournir des recommandations aux acteurs humanitaires qui souhaiteraient se positionner dans la zone évaluée pour apporter l'assistance en santé aux ménages ayant les difficultés d'accéder aux soins de santé. Les recommandations suivantes ont été formulées sur base des entretiens organisés et les résultats de l'analyse Kobo collect :

- Offrir le soin de santé gratuit à la population couvrant les zones ;
- Renforcer la capacité des RECO et des prestataires de santé sur les thématiques de la SSR ;
- Former les prestataires de soins en SONU, VBG, PCI en milieu obstétrical, PF, PEC IST/VIH-SISA et en DMU ;
- Fournir une formation spécialisée aux sage-femmes et autres professionnels de santé sur les meilleures pratiques en matière d'accouchement ;
- Organiser des ateliers et des séminaires pour éduquer la population sur l'importance des soins prénatals et postnatals, ainsi que sur la prévention des maladies courantes ;
- Intensifier la sensibilisation de la communauté sur l'importance des soins de santé ;
- Encadrer les adolescents et jeunes à travers les espaces conviviaux des jeunes à mettre en place ;
- Subventionner les services de la SSR pour rendre les soins plus accessibles ;
- Approvisionner en médicaments et autres produits de santé ;
- Doter les structures de santé en équipements et petits matériels, kits PCI et EPI ;
- Construire la maternité de CS Kabaya ;
- Rendre disponibles les matériels et médicaments VIH/SIDA ;
- Approvisionner régulièrement les structures de santé en médicaments essentiels ;
- Encadrer les PVV (Personnes Vivant avec le VIH) ;
- Fournir un encadrement et un soutien aux adolescents et jeunes à travers des programmes spécifiques.

Autre activité

ALIMA a organisé les cliniques mobiles dans 3 Aires de santés dont voici le tableau RECAP :

DONNÉES DE LA CONSULTATION CURATIVE

Structures	Paludisme	IRA	IST	Infection Urinaire	Autre	Nbr de cas Consultés
CSR KINYANDONYI	68	76	49	20	112	210
CS KAKOMERO	21	66	30	25	88	109
CS KALENGERA	44	53	20	45	79	183
TOTAL	133	195	99	90	279	502

Il est important de signaler que lors de la mission nous avons détecté deux cas suspects Mpox en provenance de Goma dans le mouvement retour de la population. Les mesures nécessaires ont été prises, un traitement médical a été donné et nous avons de Feedback d'une bonne évolution, une recherche, surveillance à base communautaire et une investigation s'avère nécessaire mais la zone de santé n'a pas des kits de prélèvement, les prestataires de soins et les relais communautaires n'ont pas une connaissance en matière de Mpox.

IV.IV Sécurité alimentaire

Les principales activités de subsistance des ménages enquêtés sont le travail journalier (47%) et l'agriculture de subsistance (33%). Plus de la moitié des ménages (53%) n'ont pas accès à la terre.

Les résultats de la mission laissent apparaître que les ménages sont en train de vivre une situation alimentaire difficile. En effet, 92% des ménages ont un score de consommation alimentaire pauvre (63%) ou limite (29%), traduisant ainsi une consommation alimentaire inadéquate, au cours des sept jours précédant l'enquête. Pour tous les ménages enquêtés, les hommes et les femmes, quel que soit leur âge, ne prennent qu'un repas par jour. Il s'y ajoute que la plupart des ménages développent des stratégies de survie de crise ou d'urgence pour faire face à l'accès à la nourriture. Les stocks alimentaires disponibles ne couvrent pas plus de quatre semaines de consommation pour plus de 86% des ménages.

Cette situation serait imputable à l'augmentation des prix des denrées alimentaires : plus de 17% des ménages enquêtés ne sont pas allés au marché, lors des sept derniers jours précédant l'enquête, à cause de l'inflation et du manque de ressources financières. L'absence d'autres sources de revenu rendant ainsi l'accès à la nourriture encore plus difficile, des dépenses alimentaires extrêmement réduites souvent inférieures à 2\$/jour.

Il convient de souligner que les conflits armés et les déplacements ont entraîné une perte significative d'actifs. En effet, près de 80% et 86% des ménages ont affirmé avoir subi des dommages au niveau des cultures et des pertes d'animaux, respectivement. Ces différents pertes et dommages limitent considérablement la capacité des ménages à faire face aux défis d'accès à l'alimentation.

L'accès à la terre est un autre obstacle et est parmi les facteurs majeur pouvant contribuer à l'insécurité alimentaire des ménages. En effets, certains retournés rencontrent des difficultés pour retrouver leurs terres ou accéder à des nouvelles parcelles cultivables. Cependant, quelques ménages résidents permanent sont capables de mener des activités de production agricole. Les conflits pour la terre ont été cités à certains endroits occasionnant des tensions latentes au sein de la communauté. Les déplacés, quant, eux se trouvent souvent dans des zones où l'accès à la terre est limité ce qui les empêchent de cultiver et de subvenir à leurs besoins.

La survie des retournés et des déplacés, forcés à regagner leurs zones est précaire avec des conditions de vie souvent déplorables. Beaucoup vivent dans des familles d'accueil ce qui augmente la pression sur les ressources familiales. La stratégie de survie adoptée par ces populations inclue la réduction de repas par jour, souvent aux bénéfices des enfants, et le recours à des pratiques alimentaires moins nutritive.

IV.V Nutrition

L'évaluation nutritionnelle menée dans les zones de santé de Rutshuru et Rwanguba révèle une situation préoccupante, marquée par une forte prévalence de la malnutrition et des lacunes dans la prise en charge. L'appui aux structures de santé est limité : MSF soutient quatre centres pour la gestion de la malnutrition aiguë sévère (MAS), tandis que l'AFEDDEM, bien que présente pour la malnutrition aiguë modérée (MAM), n'a pas encore fourni d'intrants aux formations sanitaires. Santé Plus a cessé son appui depuis le 31 décembre 2024, laissant un vide important dans la prise en charge des enfants malnutris.

L'absence de données statistiques complètes limite l'évaluation précise de la situation, mais les constats de terrain sont alarmants. Les formations sanitaires font face à une rupture généralisée des intrants nutritionnels essentiels (F75, F100, PPN, PPS, CSB et huile végétale), compromettant la prise en charge des cas de malnutrition. En conséquence, seules des activités de dépistage sont réalisées, accompagnées de conseils nutritionnels insuffisants face à l'ampleur des besoins.

Les relais communautaires assurent un dépistage régulier, et quelques groupes de soutien ANJE existent, bien qu'ils manquent d'animation et de suivi. Les sensibilisations sur la nutrition sont menées dans les communautés et au sein des centres de santé, mais leur impact reste limité en raison du manque de ressources et d'un encadrement insuffisant.

Malgré ces défis, quelques points positifs sont à relever : les centres de santé disposent encore de matériel anthropométrique fonctionnel, et les rapports d'activités sont bien archivés. De plus, les dépôts d'intrants sont propres et organisés, bien qu'actuellement vides, sauf les 4 structures appuyés par MSF (CSR MAPENDO, CS MURAMBI, CS KALENGERA et CSR RUBARE).

Les principales lacunes identifiées concernent la rupture prolongée des intrants nutritionnels, l'augmentation des cas de malnutrition due aux déplacements de populations et à l'insécurité alimentaire, ainsi que l'absence de distribution de vivres pour les ménages vulnérables. L'accès limité aux champs et la monotonie alimentaire aggravent la situation, de nombreuses familles ne consommant qu'un seul repas par jour à base de tubercules et de légumes.

Face à cette crise nutritionnelle, il est impératif de renforcer la réponse en plaidant pour une mobilisation des partenaires capables d'approvisionner les formations sanitaires en intrants. Il est également essentiel d'appuyer les activités communautaires et de prévention, notamment par la distribution de Plumpy'Doz aux enfants exposés à la malnutrition, surtout en cette période de soudure qui accentue l'insécurité alimentaire.

IV.VI WASH

L'évaluation Wash menée dans les zones de santé de Rutshuru et Rwanguba démontre une situation alarmante pour ce secteur marquée par la recrudescence de cas des maladies liées à l'eau hygiène et assainissement (Diarrhées, Verminoses, Fièvres typhoïdes, Infections Respiratoires Aigües, Paludisme ect...) pour les enfants et femmes enceintes. Il se dégage les faits ci-dessous

Au niveau communautaire :

1. Problème de fonctionnement de certains ouvrages hydrauliques existant dont la maintenance n'est pas bien assurée (pannes sur les bornes fontaines, vandalisme des conduites principales pour les adductions, carence des outils et les accessoires de maintenance pour les membres des comités d'eau,
2. Faible taux de couverture en ouvrages d'assainissement (douches, latrines, zones a déchets) et pratique d'hygiène non usuelle dans les zones de retour et d'accueil
3. Problème de récipients de collecte et de stockage de l'eau dans les ménages. La décision du retour étant brisée, les ménages n'ont rien pris avec eux comme récipient de collecte d'eau et de ce fait, ils éprouvent une difficulté d'avoir une eau en quantité pour tous les besoins ménagers

Au niveau des structures sanitaires

Les prestataires des soins et patients sont exposés aux risques de contamination et d'infection nosocomiales suite au problème d'accès limité aux infrastructures Wash adéquat et sans application des normes PCI/ Wash dans les structures sanitaires

Au niveau des Etablissements scolaires :

- Le manque des ouvrages Wash et un coin de laverie intime pour les filles et enseignantes dans les établissements scolaires les exposent aux risques des éventuelles infections
- La faible sensibilisation et pratique d'hygiène dans les écoles exposent les élèves et enseignants aux risques des éventuelles contamination

IV.VII Education

1. Aperçu des activités Education dans en Territoire de Rutshuru :

Les données ont été collectées en Territoire de Rutshuru, selon les E-Tools ci-dessous :

- Aires de santé Kabaya- Kisigari : EH 5690
- Aire de santé Bukoma : EH 5704
- Aire de santé Kiwanja : EH 5705

Ces données ci-dessous concernent des deux zones de santé de Rwanguba et Rutshuru ; ces zones de santé ont chacune une Sous Division Educationnelle : Rwanguba : Rutshuru 4 et Rutshuru : Sous Division Rutshuru 1

Présence opérationnelle des acteurs institutionnels et humanitaires :

- Présence de bureau de Sous Division dans chacune de zones de santé
- NRC à Kiwanja et Rutshuru Centre (7 écoles) : Soft et Hard
- BIFERD à Kinyandoni (7 écoles) : Soft
- CONCERN avec Wash en Education à Kalengera (2 écoles)

2. Les opportunités

- Présence des partenaires stratégiques : Les Bureaux de Sous Division et Inspecteurs dans chaque Sous Division
- Fonctionnement du Sous Cluster Education
- Fonctionnement des écoles
- Fonctionnement des marchés locaux devant faciliter les achats des items scolaires

3. Vue globale sur le taux d'inscription et de fréquentation

	Avant la crise, en 2021-2022	Actuellement, Année scolaire 2024-
Taux d'inscription primaire	60%	85%
Enfants inscrits fréquentant régulièrement	80%	94%
Ratio élèves/enseignants	50/1	60/1

4. Constats clés

- La plupart des écoles primaires et secondaires fonctionnent en ces jours
- Aucune intervention n'a encore été enregistrée aussi bien au primaire qu'au secondaire depuis le retour des ménages ;
- La plupart des enfants déplacés de Bwito et Kanyabayonga et des retournés des sites de Goma ont accès dans les écoles ; et même quelques enfants venant de l'Ouganda
- Des cas de signes post traumatiques, des cas de malnutrition sont observés chez quelques enfants inscrits dans les écoles
- Quelques écoles ont été atteintes par des projectiles (cas des écoles de Jomba et Busanza) et par des calamités naturelles (cas des écoles de Kiwanja)
Plus d'enfants inscrits au degré élémentaire suite à une année scolaire blanche : 2021-2023 (Jomba) et 2022-2023 (Sous Divisions Rutshuru 1 & 3)
- Moins d'enfants au degré terminal
- **Un défi majeur : désespoir de finir en toute quiétude l'année scolaire 2024-2025 à la suite des difficultés de non-paiement des salaires et des frais de fonctionnement dues à la crise de janvier en ville de Goma**

5. Situation Générale:

Du 13 au 17 janvier 2025, une mission interagence ERM conduite par OCHA dans en Territoire de Rusthuru, axes Kisigari-Katale ; Rugari ; Kalengera-Kako ; Kiwanja-Bukoma, a collecté des données sur les principaux besoins dans le secteur de l'éducation. Le tableau ci-dessous donne les détails

Les données ont été analysées sur la base des indicateurs suivants : disponibilité d'une école fonctionnelle, fréquentation scolaire et causes de la non-scolarisation et de la rétention

Disponibilité d'une école fonctionnelle

En ce qui concerne la disponibilité des structures éducatives, 90% des informateurs clés pensent que les élèves parcourent moins de 5 km pour accéder à une école primaire fonctionnelle. Cette tendance a été corroborée par 80% des informateurs clés que sont les autorités éducatives et affirment que les écoles primaires se trouvent à moins d'une heure de marche. En revanche, quelques informateurs clés indiquent que les écoles se trouvent à plus d'une heure de marche.

66 203 enfants (32060 F & 34143 G) inscrits dans les écoles de la Sous Division Rutshuru 1, année scolaire 2024-2025

La fréquentation scolaire

Près de 90 % des responsables de l'éducation pensent que plus de la moitié des enfants de 6 à 11 ans vont à l'école.

Causes de la scolarisation

- Mesures de la gratuité dans les écoles primaires
- Appui de quelques Partenaires Humanitaires dans les écoles cas de UNICEF, NRC, BIFERD
- Existence des écoles fonctionnelles mécanisées et payées : 121 écoles mécanisées et appuyées sur 159 en Sous Division Rutshuru 1

Causes de la non-scolarisation des enfants

1/3 d'enfants ne vont pas à l'école localisés plus en groupement de Jomba, Busanza, Bukoma et peu à Kiwanja

Cité

Causes :

- Insécurité persistante dans les groupements de Jomba, Busanza, Bukoma
- Faibles revenus des parents
- Faibles capacités d'accueil

6. Suggestion d'activités prioritaires

- Construction et réhabilitation avec équipement des écoles particulièrement à Bukoma, Kiringa, Rutshuru Centre, Kiwanja Cité
 - Mise en place des points d'eau dans les écoles
 - Renforcement des capacités des enseignants sur des thèmes pertinents : Psychosocial, PAP (Pédagogie Active et Participative)
 - Cantine scolaire dans les écoles
 - Construction et vidange des latrines dans les écoles
 - Distribution des kits scolaires
 - Mise en place des points focaux protection et redevabilité
 - Evaluer les possibilités de mettre en place des Centres d'alphabétisation et apprentissage des métiers pour des enfants ayant largement dépassé l'âge d'admission scolaire
- Situation globale

7. Perspectives

Perspectives proches : en cas d'arrêt des activités scolaires à la suite de non-paiement des salaires

Les informateurs clés proposent :

- Plaidoyer au sein du Cluster sur le paiement des salaires des enseignants
- Envisager comment encadrer les enseignants de degré terminal pour préparer les élèves finalistes aux évaluations certificatives ; ENAFEP au primaire et Exetat au secondaire
- Evaluer les possibilités d'organiser des sessions d'apprentissages par les jeux au sein des écoles pendant des heures fixes et convenues
- Evaluer les possibilités budgétaires d'assurer une prime de motivation aux enseignants pour finir l'année scolaire 2024-2025
- Envisager, en coordination humanitaire, les possibilités d'assurer aux enseignants le format « Cash for Food » pour finir une année scolaire

IV.VIII Abris-AME :

La situation des AME dans les localités évaluées (Gisigari, Rugari, Rubare, Kako, Kalengera, Biruma, Kiwanja et Rutshuru centre) est déplorable. Les retournés ont été obligés de fuir les affrontements pour sauver leurs vies en premier lieu. La majorité est arrivée les mains vides, laissant tous les biens qu'ils utilisaient dans les sites de déplacés, biens qui ont été volés lors de la démolition des sites. Ils bénéficient de la générosité des familles hôtes avec qui ils partagent les ustensiles pour la préparation des repas et les récipients pour puiser de l'eau. Ils se partagent également les vêtements pour se vêtir. Cependant, en raison de la situation financière précaire dans ces milieux, cette insuffisance de biens de ménages risque de créer des querelles entre les familles hôtes et les retournés, car certaines familles hôtes sont aussi des retournés des vagues précédentes et se retrouvent dans des conditions de vie similaires à celles des nouveaux retournés.

En termes d'abris, certaines maisons ont été détruites pendant la crise (par des bombes, des cartouches, des tierces personnes ayant l'intention de voler, et à cause de l'inoccupation prolongée des maisons par les propriétaires qui ont fui la guerre). Cette situation a fait que certains ménages hôtes accueillent des familles retournées dans leurs maisons, ce qui a entraîné une promiscuité dans les ménages. Il a été constaté que certains ménages vivent dans des maisons de location avec des difficultés à payer les frais de location, tandis que d'autres

vivent dans leurs propres abris en état de délabrement, y compris les abris d'urgence. La notion d'intimité est faiblement observée en raison de la présence de plusieurs personnes dans un même abri.

IV.IX CCCM

Dans les zones évaluées, le mouvement de population est continu pour les retournés et PDIs, une augmentation des chiffres des ménages retournés est possible car certains ménages déplacés internes restent toujours dans les lieux de déplacement dans les centres collectifs (écoles et églises) dans les quartiers dans la ville de Goma est d'autres sont en familles d'accueil toujours à Goma avec soit possibilité de pouvoir rentrer dans leurs zones de retour avec le temps aussitôt apprendre que les identifications des ménages bénéficiaires des certaines assistances sont amorcées dans les Zones de retour d'une part et suite aux conditions de vie de précarité menée dans les lieux de déplacement.

Un défi majeur identifié au sujet des ménages retournés est celui de la réintégration dans leurs Zones de retour faute de manque des kits d'accompagnement et le cash à usage multiple qui devait leur être donné du moins si le retour était planifié et volontaire d'où il est d'une importance capitale d'initier les programmes d'appui à la réintégration pour les retournés.

Un suivi systématique des chiffres des retournés et PDIs est à mettre en place dans les Zones évaluées à travers une gestion hors camps afin de bien suivre le dynamique de déplacement, les mises à jour des chiffres ainsi que constituer une base de données des ménages retournés et PDIs qui servira les acteurs humanitaires dans leurs interventions.

Environ 40 % des ménages retournés vivent en familles d'accueil dans les différentes zones évalués, 30% des retournés vivent dans leurs propres abris bien que délabrés et 33% des ménages sont dans des maisons en location. Tandis que les déplacés internes vivent principalement dans les familles d'accueil où ils partagent les mêmes abris avec les autochtones en partageant les pièces de la maison ainsi que des annexes dans la parcelle. Ce qui est à la base d'une promiscuité dans les ménages, une surcharge aux autochtones ainsi que le non-respect de l'intimité car plus de 2 ménages partagent un abri. Les Conflits fonciers liés à l'occupation des terres secondaire propriété. Notons qu'il ya les options de recherche des solutions durables non respecté car le retour des ménages était non planifié et involontaire, le contexte de retour n'a pas permis aux ménages de passer au 3 options de choix des solutions durable lors de la fermeture d'un site (Retour volontaire dans la zone de provenance, Intégration locale dans le Zone de déplacement ainsi que la relocalisation de ménage vers un autre endroit de son choix). Les problèmes de protection identifiés notamment VBG car les IDPs et retournés entrent dans le parc national de Virunga à la recherche des bois de chauffe et certaines femmes et filles sont victimes des cas VBG voire les violences physiques aux hommes, Kidnapping par les auteurs porteurs d'armes non autrement identifiés. Notons enfin qu'il est important d'assurer un accompagnement des autorités de base dans la gestion des mouvements de population en incluant les options de recherche des solutions durables.

Modalités préférées pour bénéficier d'une assistance humanitaire pour les ménages (EM)

- 81% Cash physique (en espèces)
- 55% Cash par transfert (cash électronique ou mobile money)
- 21% Vouchers / foires
- 63% En nature (nourriture, AME, kits, infrastructures, etc.)
- 37% Provision de services (protection juridique, prise en charge médicale, formations pro., etc.)

- 3% Autre

Moyens préférés pour recevoir des informations à propos de l'aide humanitaire (EM) 2

- 15% Appel téléphonique
- 71% Face-à-face avec un travailleur humanitaire (peu importe le genre)
- 20% Face-à-face avec une travailleuse humanitaire (femme uniquement)
- 6% SMS

Modalités préférées pour faire un(e) retour / plainte / doléance sur la réponse humanitaire (EM) 2

- 15% Appel téléphonique
- 55% Boîte à plaintes
- 54% Face-à-face avec un travailleur humanitaire (peu importe le genre)
- 16% Face-à-face avec une travailleuse humanitaire (femme uniquement)
- 8% SMS
- 18% Au travers des leaders communautaires
-
- 11% Autorités locales gouvernementales

Type d'assistance humanitaire reçue depuis le début de la crise (EM, IC) 2

- 62% Pas d'aide reçue
- 19% Nutrition
- 8% Abris
- 17% AME
- 16% EHA
- 15 Santé
- 4% Education
- 13% Nourriture
- 4% Protection (y compris la sécurité)
- 8% Cash

Types de besoins prioritaires de la population (IC) 2

- 50% Nourriture
- 30% Moyens de subsistance (semences, outils aratoires, bétail, etc.)
- 7% Nutrition (p.ex. Plumpy Nut)
- 8% Abris
- 21% AME
- 21% EHA
- 31% Santé
- 19% Education
- 3% Protection (y compris la sécurité)
- 29% Cash

VI. CONCLUSIONS GÉNÉRALES ET COMMENTAIRES DE LA MISSION

De manière générale, la situation des retournés, des déplacés et des résidents dans les zones évaluées est alarmante. L'évaluation a mis en lumière des besoins humanitaires dans tous les secteurs.

Cependant, il est essentiel d'aborder les problèmes de protection de manière précise en faisant plus mention des questions relatives à séparation des enfants, conflits fonciers, besoin des PBS, assistance médicale et psychosociale des survivant-e-s de VBG, etc. Quant au monitoring de protection, il est important au groupe de travail de redéfinir l'approche pour sa mise en œuvre.

Recommandations :

1. **Coordination du cluster protection** : Organiser un atelier-plaidoyer avec les nouvelles autorités pour expliquer les types et natures d'activités protection du point de vue humanitaire et les distinguer avec la défense des violations des droits humains.
2. **Acteurs du cluster protection** : Organiser des activités de sensibilisation sur les principes directeurs relatifs aux personnes déplacées à l'intérieure de leur propre Pays dans le contexte de retour en faveur des autorités
3. **Acteurs LTP** : Renforcer les capacités des acteurs locaux en matière de prévention et résolution des conflits avec un focus sur le conflit foncier
4. **Acteurs SECAL** : Organiser l'assistance alimentaire, la récupération des actifs de protection ainsi qu'un soutien financier le temps que les retournés commencent à produire
5. **Tous les acteurs** : Assurer une collaboration étroite avec les acteurs locaux et les communautés pour assurer la réussite des interventions
6. **FHRDC et bailleurs** : Compte tenu de l'insuffisance des capacités de réponse disponibles pour couvrir l'ensemble des besoins identifiés dans tous les secteurs, il est crucial de prévoir une allocation ou un financement spécial dédié à cette crise afin de répondre de manière adéquate aux besoins humanitaires prioritaires