

RAPPORT DE L'EVALUATION RAPIDE MULTISECTORIELLE (ERM)

DANS LES ZONES DE SANTE AFFECTEES PAR LA CRISE SECURITAIRE DANS LES TERRITOIRES DE DJUGU, MAHAGI ET ARU



FOCUS GROUPE AVEC LES ENFANTS A BIRINGI (Séances d'analyse des besoins des enfants)

Province de l'Ituri

Territoires de Djugu, Mahagi & Aru

Zones santé de Bambu, Mongbwalu, Augba, Biringi & Aru

Réaliser par l'Equipe MEAL & Programme SCI Ituri

Juin 2020

LISTE DES ACRONYMES

3W OCHA Outil	Who, What, Where? (Qui fait quoi et où? en français) de l'Office des Nations unies pour la coordination des affaires humanitaires
ADES	Association pour le Développement Economique et social
ADESSE	Association pour le Développement socila et la sauvegarde de l'environnement
AME	Article ménager essentiel
CPI	Comité Permanent Inter-organisation
CRIO	Comité régional inter-organisation
DC	Discussion communautaire
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
EM	Enquête auprès de ménages
ERM	Evaluation rapide multisectorielle des besoins
FARDC	Forces Armées de la République démocratique du Congo
FHRDC	Fonds humanitaire pour la République démocratique du Congo
GDC	Groupe de discussion communautaire
HNO	Humanitarian Needs Overview (Aperçu des besoins humanitaires)
HRP	Humanitarian Response Plan (Plan de réponse humanitaire)
IC	Informateur clé / enquête auprès d'informateurs clés)
ICN	Inter-cluster national
ICR	Inter-cluster régional
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MSNA	Multi Sector Needs Assessment (Evaluation multi-sectorielle)
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Office pour la coordination des affaires humanitaires)
OL	Observation libre
PDI	Personnes déplacées interne
PRH	Plan de réponse humanitaire
RDC	République démocratique du Congo
RDs	Revue de données secondaires
REG	Restes explosif de guerre
SCI	Save the Children Internationale
VSBG	Violence sexuelle basée sur le genre

INTRODUCTION

A l'issue de l'alerte lancée par OCHA sur les multiples mouvements des populations dans la Province de l'Ituri, une mission d'évaluation multisectorielle des besoins a été diligentée par Save the Children Internationale au travers le projet Afia Bora financé par les Fonds Humanitaires de la République Démocratique du Congo avec pour objectif d'identifier les priorités des populations affectées par la crise dans les territoires de Djugu (zones de santé de Bambu, Kilo, Mongbwalo, Fataki ...) sur les secteurs de la santé, la protection, l'EHA, la sécurité alimentaire et moyens d'existence, la Nutrition, l' Education, abris, NFI et l' accès sécuritaire.

La mission a visité : les communes de ARU Centre, les zones de santé de Biringi, Aru et Ariwara dans le Territoire d'Aru ; et la zone de santé de Bambu dans le Territoire de Djugu pour les zones sécuritairement accessibles et la collecte des données à distance au moyen des appels téléphoniques dans la zone de santé d'Aungba dans le Territoire de Mahagi et les zones de santé de Kambala, Mongbwalo, Fataki, ... dans le Territoire de Djugu vu leurs inaccessibilité sécuritaire et physique.

La mission s'est entretenue premièrement avec les informateurs clés (autorités politico-administratives, professionnels de santé, responsables des structures et organisations non gouvernementales, ...) et secondairement avec les populations à travers les focus groupes, composés des hommes, femmes, filles et garçons de toutes les composantes socioprofessionnelles dont les agriculteurs, les éleveurs, les commerçants et artisans.

En vue d'appréhender le vécu des populations au sein des ménages, un échantillon aléatoire de ces derniers a été enquêté sans distinction de status des personnes. Cependant, à Biringi la mission a rencontré les populations des communautés hôtes, les déplacés et les réfugiés Sud Soudanais tandis que dans d'autres zones accessibles, la présence des deux groupes des populations ont été la cible des évaluations à savoir, les communautés d'accueil et les déplacés internes.

Il ressort de cette évaluation que les ménages déplacés n'ont reçu aucune assistance humanitaire et les besoins en nourriture, santé, nutrition, EHA, abris et la sécurité alimentaire sont pressants.

Cette mission a permis d'avoir une aperçue nette sur le paysage humanitaire actuel permettant aux acteurs humanitaires de projeter le plan de réponse mieux adapter au contexte dans le court et moyen terme.

Evaluation Rapide Multisectorielle (ERM)

Rapport ERM

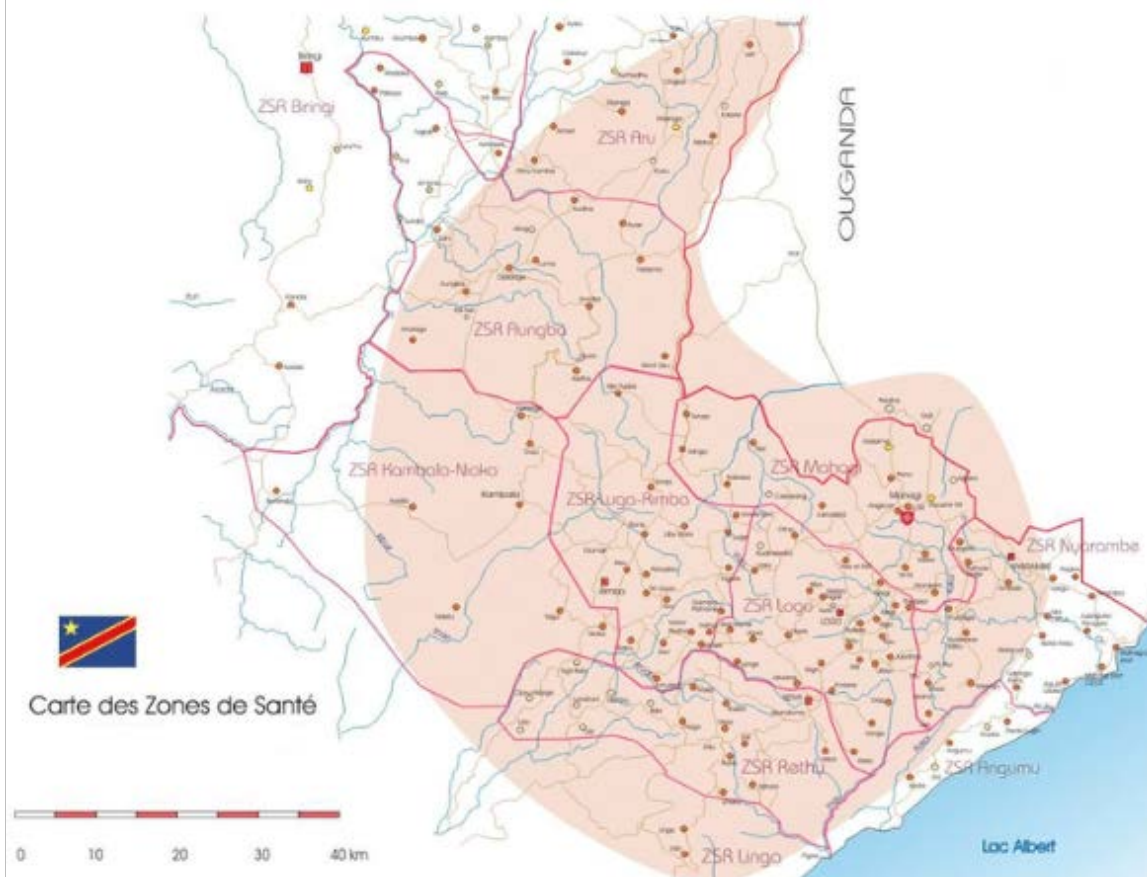
Contexte

Description de la crise

La Province de l'Ituri n'a pas vécu de longue période de stabilité sécuritaire depuis plus de deux décennies. Les conflits intercommunautaires requirants engendrant la prolifération des groupes armés dans la province ont eu comme conséquence l'instabilité socio-économique, les mouvements continus des populations suite aux affrontements entre les milices et les forces armées nationales, ... Alors qu'on observait la réduction de la milice du FRPI dans le territoire d'Irumu ; naquit une milice plus redoutable dans le territoire de Djugu, dit CODECO. L'activisme de cette milice, opérant à guérilla, a déstabilisé toute la Province et les territoires de Djugu, Mahagi et Irumu, voir même le territoire d'Aru sont les plus affectés par la crise. La publication d'OCHA de fin 2019 faisait état de plus 360,000 personnes déplacées (145,400 dans les sites spontanés et 214,600 dans les communautés d'accueil), la majorité trouvant refuge dans les familles d'accueil, écoles, églises et proches des structures de santé.

Le processus de paix lancé par les autorités de la Province a échoué et l'assassinat de Leader de la milice a fortement exacerbé la crise dans la région. La route nationale N°27 est complètement bloquée et l'économie de la région bouleversée et déstabilisée depuis la fin de l'année 2019.

La Province de l'Ituri demeure dans une précarité sécuritaire sans précédent malgré les efforts fournis par le gouvernement à travers le déploiement de moyens conséquents de la MONUSCO et de l'armée congolaise. En sus des tensions intercommunautaires s'ajoute la persistance des conflits fonciers qui restent un facteur d'instabilité affectant de manière transversale tous les territoires de la Province.



Conséquences humanitaires

Dans un contexte de pauvreté chronique et d'accès aux services et infrastructures de base limité en République Démocratique du Congo en générale ; la Province de l'Ituri en particulier est à plus confronté à l'instabilité sécuritaire exarcebant la situation humanitaire. L'évolution dynamique des causes et les impacts de la crise humanitaire n'ont pas connue des changements majeurs au cours des trois dernières années dû à la persistance des conflits violents et le manque de protection des populations, associés à des niveaux élevés de pauvreté, des déficiences structurelles persistantes et des défis liés à la gouvernance politique et économique de la Province.

Un nouveau pic de violence et l'intensification des attaques ont été observés en mars 2020 suite à la dégradation de la sécurité, en lien avec la montée des tensions entre communautés et les opérations des FARDC contre les éléments armés entraînant des nouveaux mouvements de population des zones à hautes tensions vers les zones estimées plus ou moins stables, mais aussi ont limité la présence des acteurs humanitaires et le déroulement des activités prévues.

En somme, les principales conséquences humanitaires rapportées suite aux multiples mouvements des populations sont : l'insécurité alimentaire, la malnutrition aigüe, la non accès à la santé, les épidémies persistantes, le manque d'abris, l'augmentation du nombre d'incidents de protection mais aussi les difficultés de cohabitation entre les différentes communautés et même avec les réfugiés Sud Soudanais sont des défis non résolus.

Date de début de crise :

15/03/2020

Date de fin de crise :

Crise en cours

Type de la crise : Conflit / Activisme d'acteurs armés & Conflit intercommunautaire

Territoire	Zones de provenances	Zones d'accueils	Localités d'accueils	Nbre pop. hôtes	Nbre PDI	Nbre Réfugiés
Aru	Kabamla, Ktanga, Aungba	Biringi	Biringi	7471	1262	7420
			Kandoy	14753	12300	-
			Ngeria	6462	9738	-
	Aungba	Aru	Commune d'Aru	14555	1368	-
Djugu	Kilo, Mongbwalu	Bambu	Bambu	10260	19382	-

Besoins couverts	EM	IC	RDS/GDC
Education	0%	0	0
Nourriture	0%	0	0
Moyens de subsistance	5%	1	0
Protection	0%	0	0
Cohésion sociale et consolidation de la paix	0%	0	0

Partenaires intervenant dans la zone de santé de Biringi : UNHCR et ses partenaires (ADES : santé et EHA ; ADSSE : SGBV, Protection, Education et Service communautaire ; AIRD : Logistique.

Méthodologie

Conduite par l'équipe MEAL et Programme de Save the children malgré la forte difficulté d'accès dans les zones de localisation des déplacées ciblées par OCHA.

Deux stratégies ont été mises en place pour mener cette évaluation, à savoir : les contacts téléphoniques des personnes clés pour des zones dont l'accessibilité sont précaires et les contacts physiques dans les zones dont la situation sécuritaire est acceptable.

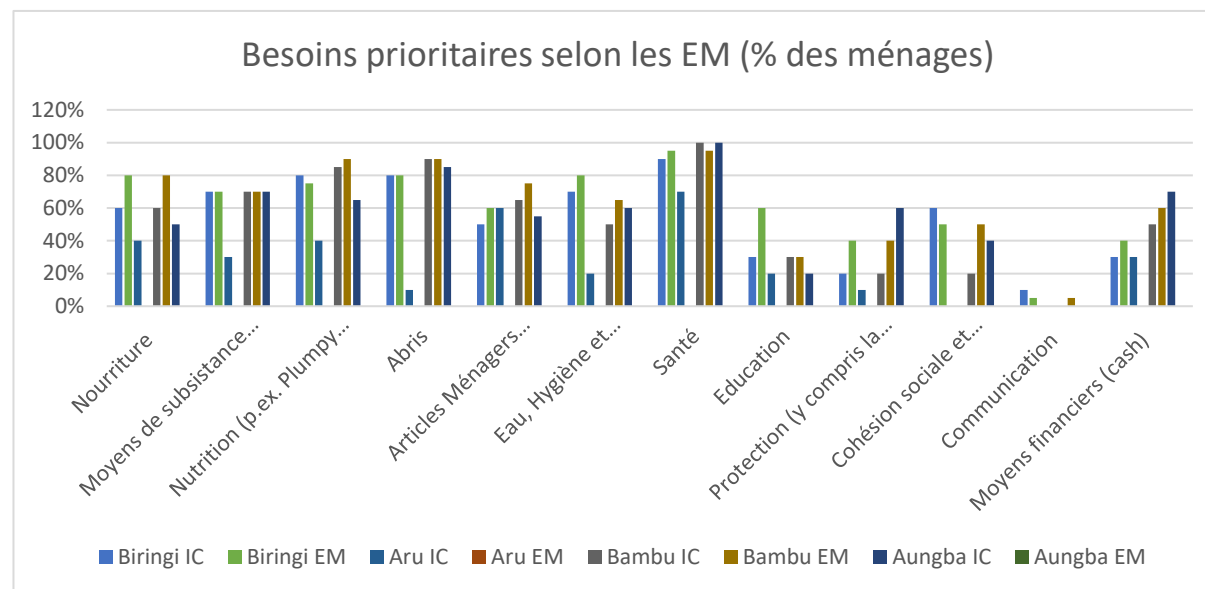
La démarche méthodologique retenue pour réaliser l'évaluation rapide multisectorielle consistait en une collecte des données secondaires et primaires auprès des acteurs clés dans les zones d'accueil comme celles de départ des PDI ; mais aussi un sondage tant quantitatif que qualitatif auprès des ménages affectés par la crise, combiné avec des discussions de groupe au niveau communautaire et ce la dans le respect strict des mesures de prévention et lutte contre le COVID-19 tel que edicté selon la politique du pays.

La participation fructueuse des enfants durant l'étude moyennant des outils de collecte adaptés à leurs âges et à leurs capacités, nous a permis d'avoir une aperçue sur le besoin exprimé pour cette categorie de la population selon leurs priorités urgentes.

Les outils ERM ont été utilisés comme formulaire d'évaluation pour collecter les informations.

Outils ERM	Outils ERM utilisés	Echantillonnage	Stratification	Résultats représentatifs ou indicatifs?
RDS		-	-	Indicatif
IC distance	Oui	Simple	Aucune	Indicatif
IC sur place				Indicatif
GDC	Oui		Statut de déplacement (PDI, retourné, etc.)	Indicatif
EM	Oui	Aléatoire simple	Aucune	Représentatif
(OL)		-	-	Indicatif
		EM	IC	RDS/GDC
Date de début de l'enquête		25/05/2020	25/05/2020	
Date de fin de l'enquête		03/06/2020	08/06/2020	
Organisation		SCI	SCI	
Mission inter-agence/inter-organisation?		Non	Non	
Localité enquêtée	n ménages localité	n ménages enquêtés	n IC enquêtés	n GDC mis en œuvre
Biringi	2564	49	9	4
Ngeria	3978	51	2	2
Kandoy	2492	97	3	2
Bambu	4359	90	5	4
Total	-	13393	287	19

Besoins prioritaires



A la lumière du graphique ci-haut, les priorités d'interventions seraient dans les secteurs :

1. La santé (avec l'approche intégré de la nutrition et EHA) : Il faut encourager la gratuité des soins dans les services de santé de proximité et à travers les cliniques mobiles, pour les couches les plus vulnérables comme les filles et garçons de 0 à 5 ans, femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées, les personnes vivantes avec handicaps et assurer la vaccination (rougeole) pour tous les enfants sur les sites et dans les familles d'accueil.
2. Effectuer le dépistage systématique à tous les enfants de 6 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes et prendre en charge les cas dépistés ;
3. Les conditions d'accès à l'eau, d'assainissement et d'hygiène étant très précaires sur tous les sites évalués, il est urgent que des kits WASH, des latrines, et des kits NFI soient distribués aux PDI et les familles hôtes en vue de prévenir les maladies d'origine hydrique et la prévalence des autres pathologies associées telles que le Paludisme, IRA, la fièvre typhoïde etc...
4. Sécurité alimentaire : Il est urgent de faire des distributions de vivres et de cash transfert inconditionnel pour répondre aux besoins alimentaires des PDI et familles hôtes, surtout qu'il y a risque que les familles hôtes et les PDI épuisent leurs stocks alimentaires, envisager les solutions durables en renforçant les moyens de subsistance des PDI et des familles d'accueil en assurant ainsi une assistance permanente aux couches les plus vulnérables comme les handicapés, les personnes âgées, les femmes enceintes et allaitantes, les enfants (filles et garçons...).
5. Protection & Abris : Il est urgent de résoudre les problèmes de protection des femmes, des hommes des filles et des garçons déplacés et familles d'accueil sur tous les sites, notamment à travers la protection physique des PDI et de leurs biens, leur prise en charge psychosociale, la distribution de kits de dignité,

l'accès à la documentation civile et le renforcement du monitoring des cas individuels de protection dans la région. Envisager un appui aux ménages déplacés pour un logement dans des abris décents en vue de garantir la dignité humaine.

Mouvements de population

Analyses des mouvements de population

Le mouvement de la population dans les zones évaluées demeure pendulaire ; aucune stabilité n'est en vue considérant la persistance de l'insécurité et des opérations militaires lancées par les FARDC sur plusieurs axes dans le territoire de Djugu.

Il y a lieu de noter que certaines zones sont durement affectées par la présence massive des personnes déplacées internes mais aussi à cela s'ajoute la précarité socio-économique à laquelle fait face déjà les communautés hôtes depuis les mesures de confinement suite à la pandémie de la Covid 19 et à l'interruption de trafic routier sur la nationale N°27.

Le commerce, l'agriculture et l'élevage ont connu de ce fait un ralentissement opérationnel dans la région avec les conséquences avérées dans la vie des populations.

Les zones de départ sont de deux catégories principalement, d'une part celles directement affectées par les conflits armés dans les territoires de Djugu et Mahagi (Kilo, Kambala et Fataki) et d'autre part celles dont une partie de la population s'est orientée pour des raisons d'abris sécuritaires (Aungba et Biringi).

Les populations se déplacent vers les zones d'accès sécuritaire plus ou moins stables mais aussi selon les affinités tribales. Ainsi, à Djugu, la zone de santé de Bambu a accueilli un grand nombre de déplacés qui se sont concentrés à Bambu centre (poids démographique est de 189%) alors qu'à Mahagi, la zone de santé d'Aungba a accueilli les personnes provenant de la zone de santé de Kambala.

Dans le territoire d'Aru, la zone de santé de Biringi a accueilli plusieurs vagues des déplacés depuis 2018 (dans les aires de santé de Kandoy, Ngeria et Biringi) mais aussi il y a la présence des réfugiés sud soudanais localisés dans l'aire de santé de Biringi, cette dernière avec l'afflux des PDI a atteint un poids démographique de 116%.

Nombre estimé de ménages par statut (voir synthèse ci-dessous)

	Biringi	Kandoy	Bambu
Retournés	-	-	-
Communauté hôte / autochtones	1186	2170	1509
Réfugiés	1178	0	0
Déplacés internes	200	1809	2850
Nombre total estimé de ménages dans la zone enquêtée	2564	2564	5128
Taille moyenne des ménages	6,3	6,8	6,8
Pression démographique (ratio déplacés / communauté hôte)	1,7	8,3	18,9
Proportion de familles d'accueil	45 à 65%	35 à 55%	25% à 35%
Estimation du nombre de personnes dans la localité			
Avant la crise	14891	14753	10260
Après la crise	16153	27053	29642
Estimation du nombre de ménages dans la localité			
Avant la crise	2364	2170	1509
Après la crise	2564	3978	4359

Les PDI n'ont obtenus aucune assistance humanitaire depuis la crise et à Biringi, il y a risque de tension communautaire considérant que seuls les réfugiés sud soudanais sont assistés par l'UNHCR et ses organisations partenaires.

Nutrition

La mission a identifié plusieurs cas de MAS et MAM avec aucune prise en charge. L'activisme des conflits armés, le mouvement pendulaire de la population et la persistance aux croyances de traitements traditionnels néfastes auraient également contribué à l'augmentation de taux de prévalence de la malnutrition, d'où la nécessité l'intégration d'un programme nutritionnel pour les enfants de 06-59 mois et les femmes enceintes/allaitantes dans les sites et les différents centres de santé par les approvisionnements en intrants nutritionnels.

Pour ce qui est de la zone de santé de Bambu, le responsable de la zone affirme que la malnutrition aiguë globale (MAS + MAM) occupe actuellement la 2e place des admissions en pédiatrie dans la zone avec 282 admissions dont 12 décès au cours du mois de Mai 2020.

Le screening de 150 enfants âgés de 6 à 59 mois réalisé dans la zone de santé de Bambu pendant cette évaluation a relevé une prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG) de 36% avec une prévalence de la malnutrition Aiguë Sévère (MAS) supérieure au seuil d'urgence de 2% fixé.

Dans la zone de santé de Biringi, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) dépasse le seuil acceptable de 5% avec un taux de 6,5%, avec la prévalence plus élevée de la malnutrition aiguë sévère chez la population hôte que chez les réfugiés, soit un taux de 8,2% pour la population hôte et 4,7% chez les réfugiés, selon les résultats de l'enquête nutritionnelle dans la zone de santé de Biringi en Juillet 2019 réalisé par le PRONANUT, l'Unicef et l'UNHCR.

Les résultats montrent clairement le besoin imminent dans le secteur de sécurité alimentaire et nutritionnel dans ces zones.

La prévalence élevée de taux de malnutrition aiguë sévère nécessite un appui immédiat pour ce secteur en vue de prévenir et sauver la vie des enfants déjà vulnérables par les conditions d'incertitude dans lesquelles ils se trouvent, ce programme doit cibler aussi bien les enfants que les femmes enceintes et allaitantes.

Constats majeurs lors de l'évaluation :

- La prévalence de la malnutrition est de 2,7 (MAG), 1,0 (MAM) et 0,7 (MAS) Dans l'ensemble de la zone représentant la communauté hôte et les réfugiés dans la zone de santé Biringi, résultat de la dernière enquête SMART menée en Juillet 2019 par Pronanut et UNHCR.
 - Acteur intervention en PCIMA : ADES
- Comme Gap : Absence d'intrants nutritionnels dans les zones de santé de Biringi et d'Aru.
 - Pause nutritionnelle à l'UNTA.
 - Personnels de santé et agents de santé communautaire non formés sur la nouvelle approche de PCIMA et ANJE.
- Aucune activité sur les sensibilisations menées en rapport avec les mesures préventives contre la malnutrition en général et la prévalence de l'ANJE en particulier.

Recommandation :

1. Faire les plaidoyers aux acteurs humanitaires pour des interventions de programme de nutrition dans la zone de santé Biringi (Biringi et Kandoyi) ;
2. Faire la surveillance nutritionnelle dans la zone de santé de Biringi ;
3. Organiser des seances de sensibilisations aux familles sur les mesures de prevention contre la malnutrition et les pratiques familiales essentielles ;
4. Mener les activités de sécurité alimentaire (Cash transfert, AVEC, la distribution des vivres).
5. Construire et ou réhabiliter les infrastructures hydro sanitaires dans la zone de santé de Biringi (Kandoyi et Biringi) ;
8. Assurer l'accès à l'eau potable en quantité et qualité suffisantes aux communautés (mettre en place l'approche Centre de santé assaini).

Sécurité alimentaire

L'activité principale de la population est le travail journalier suivie de l'agriculture de subsistance. De manière générale, 84,6% des ménages ont pratiqué l'agriculture.

Le ménage agricole constitue l'unité économique de base des zones de santé. 62% de la population ont accès à la terre dans les différentes ZS et la production agricole actuelle est essentiellement assurée par les paysans selon l'exploitation traditionnelle.

Tableau N° : Activité de substance des ménages

Valeur	Fréquence	Pourcentage
Travail journalier	101	57,79
Agriculture de subsistance	79	40,51
Petit commerce	5	2,56
Élevage	3	1,54
Agriculture de rente	3	1,54
Ne se prononce pas	3	1,54
Autre(Préciser)	1	0,51

- L'agriculture de subsistance est pratiquée par la majorité des ménages en fonction des conditions éco climatiques, des habitudes alimentaires et des pratiques culturelles de la population, les principales cultures exploitées dans les zones de santé sont : le haricot, le maïs, le manioc, le riz, la banane plantain l'arachide, le sorgho et le millet.

La crise a eu un impact négatif sur la principale denrée alimentaire de base qui est le haricot.

- Le petit commerce, l'élevage de petit bétail et de la volaille viennent en second lieu. Le petit commerce est organisé autour des marchés hebdomadaires au niveau des villages où cours des quels les paysans vendent les produits agricoles et les commerçants, les produits manufacturés.
- En ce qui concerne le secteur de l'élevage, l'ensemble de cheptel de la zone de santé est conduit selon le système traditionnel (divagation de bêtes, races non améliorées, etc.). Le petit élevage est pratiqué par la minorité des ménages, il s'agit de l'élevage de type familial (à volaille et le petit bétail).

Les produits d'élevage sont essentiellement destinés à la vente pour faire face aux charges familiales : soins de santé, scolarisation des enfants (qui sont dans les écoles secondaires), etc. A cela, s'ajoute l'élevage de gros bétail (vaches, chèvres, porcs et sans oublier les animaux de la basse-cour.

Tableau N° : les problèmes liés à l'agriculture

Valeur	Fréquence	Pourcentage
Manque de semences	147	75.38
Manque de terre/petite...	98	50.26
Manque d'outils/machines	88	45.13
Manque de main d'œuvre	56	28.72
Champ ravagé par les b...	41	21.03
Maladies des cultures/...	24	12.31
Problème de fertilité ...	22	11.28
Insécurité/violence/co...	20	10.26
Insuffisance des pluies	9	4.62
Manque d'entrepôts pou...	6	3.08
Pillage de récoltes	5	2.56
Manque d'écoulement po...	3	1.54
Ne se prononce pas	2	1.03
Présence des chenilles	1	0.51

Ce secteur est caractérisé par une agriculture itinérante sur brûlis, de faibles superficies et de bas rendements, la carence en intrants (manque des semences) ainsi que le manque et l'usage des outils et techniques rudimentaires constituent les grands problèmes.

Plus de la moitié de la population pratique l'agriculture. Par conséquent, le nonaccès aux champs ainsi que les pillages systématiques des produits des récoltes et de l'élevage sont à la base de l'insécurité alimentaire la plus sévère dans la zone.

Ainsi :

-
- La crise récente a limité l'accès des ménages aux champs. Cette situation a favorisé la rareté des denrées alimentaires ainsi que la hausse de prix sur les marchés locaux. Une moyenne de 50% d'augmentation des prix des denrées alimentaires de base a été observée sur les marchés des zones enquêtées.
 - La plupart des ménages réduisent le nombre des repas de 3 avant la crise à 1 actuellement suite à la difficulté d'accès à la nourriture.
 - Les produits d'élevage ont généralement été abandonnés et pillés pendant le déplacement.

S'agissant de la situation des vivres dans les marchés, ces derniers sont fonctionnels dans les différentes zones de santé. Ces marchés ouvrent pour la plupart 2 fois par semaine.

Les habitants des villages environnants ainsi que d'ailleurs s'y rendent pour s'approvisionner en vivres et autres produits de première nécessité.

Pour faire face à la crise, les stratégies suivantes ont été développées par les communautés évaluées pour la survie de leurs ménages :

- Diminuer la quantité et le nombre de repas par jour (82%, de répondants)
- Consommer de plus en plus les aliments moins coûteux/moins préférés (73% de répondants),
- Réduction des dépenses non alimentaires essentielles telles que l'éducation, la santé (y compris les médicaments) (68% de répondants).
- Emprunter la nourriture auprès des voisins (59% de répondants),
- Vendre des actifs/ biens non-productifs du ménage (radio, meubles, petits bétails, etc.) (44% de répondants).

L'assistance alimentaire aux ménages sous forme de distribution générale à travers le cash ou la distribution directe de vivres pour soulager les difficultés d'accès des ménages à la nourriture doit être mise en œuvre. Le niveau élevé d'insécurité alimentaire et de malnutrition et les risques de dégradation rapide de la situation alimentaire et nutritionnelle milite en faveur de programmes d'urgence qui ciblent tous les déplacés mais également les ménages et les couches les plus vulnérables des populations hôtes qui manifestent également des signes inquiétants de vulnérabilité élevée.

Abris

Outre l'appui accordé par l'UNHCR aux réfugiés sud soudanais à Biringi pour la construction des abris, la situation est identique dans l'ensemble des localités évaluées (Bambu, Biringi, Kandoy et Ngeria).

Les populations déplacées et les familles hôtes vivent dans les abris précaires. Certaines PDI vivent dans les maisons en location dont les chambres sont surpeuplées, d'autres dans des familles d'accueil et un nombre considérable dans les habitations abandonnées ou inachevées. Ceux qui sont en location sont endettés et ils n'ont pas les moyens de payer le loyer. Ils sont donc exposés à des risques de déguerpissement. Certaines PDI logent dans des maisons en mauvais état, qui peuvent tomber à tout moment à cause des pluies donc ils sont à risque. Ceux qui sont dans les familles d'accueil, créent le surnombre dans les habitations et ils manquent de tout, nattes, couverture, matelas, des moustiquaires et des kits cuisine.

Les déplacés de Bambu (Territoire de Djugu) et de Kandoy (Territoire d'Aru/zone de santé de Biringi) habitent dans des chambres surpeuplées et en mauvais état, construites en pisés et dans l'état de dégradation avancé, ces maisons risquent de s'effondrer pendant la saison de pluie.

En général, nous constatons le manque d'intimité des PDI dans les centres collectifs et dans les familles hôtes, l'insuffisance de chambres à coucher et des ustensiles de cuisine, l'insuffisance d'habits (pagnes pour les femmes et les filles), ... Le coût du loyer varie entre 5 000 et 15 000 Francs congolais, cependant les IDPs n'arrivent pas à payer cette charge.

Afin d'améliorer les conditions de vie des PDI, il serait préférable de leur trouver des concessions plus sécurisées dont le loyer sera pris en charge par les partenaires à travers le cash transfert. L'idée d'un site regroupant tous les PDI avait été évoquée, mais les autorités locales et plusieurs partenaires ont proposé d'écarter cette idée pour ne pas augmenter la vulnérabilité des PDI au point de vue sécurité, d'intégration et de cohésion sociale avec les communautés hôtes.

Constats majeurs lors de l'évaluation :

- Les réfugiés sont les seuls à bénéficier de l'appui en abri par UNHCR ;
- Les IDPs sont dans les écoles, les églises, les familles d'accueil et ou dans les maisons abandonnées ;
- Promiscuité inquiétante dans les ménages d'accueil (risque élevé durant cette période de COVID 19) ;
- Risque de conflit communautaire suite au déséquilibre d'appui en santé ;

Recommandation :

1. Mener les plaidoyers pour l'intervention d'urgence dans l'appui en abris pour les IDPs à Biringi, Kandoyi et Ngeria dans la zone de santé de Biringi et à Bambu dans la zone de santé de Bambu ;
2. Mener les sensibilisations sur la cohabitation pacifique dans les communautés ;
3. Organiser les activités de cohésion sociale entre les communautés hôtes, les réfugiés et les déplacés (NB : dans le passé, il y a eu mort d'homme lors de la tension communautaire à Biringi).

Eau, hygiène et assainissement (EHA)

Dans les localités évaluées (Bambu, Biringi, Kandoy et Ngeria), la majorité de la population a recours aux eaux de pluie, des rivières et ruisseaux pour la boisson et les travaux ménagers. La faible couverture en eau potable et le niveau d'hygiène et d'assainissement de l'environnement sont à l'origine de la prévalence élevée des maladies d'origine hydrique. Les principales sources d'eau utilisées au site de Biringi pour la boisson et les autres besoins domestiques, sont les sources d'eau aménagées ainsi que trois forages avec pompe à motricité humaine mise en place par ADES. Ces différents points d'eau permettent de desservir tant soit peu les populations. Cependant, seulement un tiers des ménages conservent bien leur eau en la stockant dans des conteneurs couverts ou goulot étroit ; et il s'agit spécifiquement des ménages réfugiés qui reçoivent les appuis en AME de l'UNHCR. Les résultats des enquêtes ménages renseignent que 2 ménages sur dix (22, 2%) utilisent au moins 20 litres d'eau par personne par jour alors qu'un ménage sur dix (11,4%) utilise une quantité d'eau comprise entre 15 et 20 litres par jour et environ 7 ménages (66,5%) utilisent moins de 15 litres par personne par jour.

Les résultats de la même enquête montrent par ailleurs que la quantité moyenne d'eau utilisée est d'environ 10 litres par personne par jour sur l'ensemble des localités évaluées.

Dans l'ensemble des ménages enquêtés dans Bambu, Biringi, Kandoy et Ngeria, seulement un tiers des ménages (34%) ont déclaré être satisfaits de l'approvisionnement en eau. Les ménages qui ont déclaré être satisfaits de l'approvisionnement en eau et parcourir moins de 30 minutes pour aller puiser l'eau et

revenir de la source principale représentent environ 59%. Les efforts en termes d'assainissement ont essentiellement porté sur l'appui à la réalisation de latrines familiales améliorées afin de s'assurer d'une bonne pratique de défécation. A cet effet, 24% des ménages enquêtés ont une latrine améliorée.

A Biringi, seulement 19% des ménages ont accès à une latrine améliorée, avec comme conséquence une majorité de PDI et de réfugiés utilisent des latrines familiales traditionnelles des ménages de la communauté hôte ou déféquant à l'air libre.

La promotion à l'hygiène y est conduite uniquement dans l'aire de santé de Biringi par l'ONG ADES, afin d'améliorer les pratiques d'assainissement et l'utilisation des points d'eau potable pour la boisson mais aussi prévenir contre la Covid 19, la maladie à virus Ebola et les autres maladies d'origines hydriques.

Constats majeurs lors de l'évaluation :

- Absence de partenaire pour appui en Wash dans les zones évaluées ;
- Nombre insuffisant de points d'eau dans la zone de santé de Biringi et particulièrement les aires de santé de Kandoyi et Ngerie mais aussi à bambu ;
- Les points d'eau visités non entretenus au risque de contamination de tous côtés et sans système de drainage appropriés ;
- Latrines insuffisantes au niveau des formations sanitaires par rapport aux normes acceptables ;
- Latrines insuffisantes et non hygiéniques dans les communautés ;
- Mauvaise gestion des déchets biomédicaux dans les établissements de santé (Kandoyi et Ngeria);
- Dispositifs de lavages des mains moins perceptibles dans les communautés et absence de savon ou des cendres dans les structures de santé (Kandoyi, Ngeria et Bambu) et ménages des communautés visités ;

Recommandation :

1. Mener les plaidoyers pour le soutien WASH dans les aires saines d'accueils (Bambu, Biringi, Kandoy et Ngeria) dans le contexte de COVID 19 vu le risque élevé de contamination suite aux trafics élevés dus à la situation géographique se trouvant ces zones frontalières avec l'Ouganda et le sud Soudan dans le territoire d'Aru.
2. Promouvoir des séances de sensibilisation sur les pratiques d'hygiène clés au niveau des structures de santé et des communautés vivant dans les trois zones de santé ;
3. Organiser une formation sur la gestion des déchets hospitaliers et ménagers dans les trois zones de santé ;
4. Plaider auprès des trois zones de santé mentionnées ci-dessus pour rendre différents comités WASH opérationnels ;
4. Instaurer l'approche PCI dans les structures avec l'adaptation du contexte Ebola et Covid 19.

Les maladies les plus récurrentes par ordre croissant dans les localités visitées au cours de l'évaluation sont le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, le VIH, ... Au cours des enquêtes, il s'est avéré que dans les différentes localités d'accueil, plusieurs femmes enceintes ont affirmé n'avoir pas accès au centre de santé par manque de moyens financiers et la distance qui les sépare de centre de santé.

Les localités évaluées disposent des centres de santé (CS Bambu, CS Biringi, CS Kandoy et CS Ngeria) répondant au standard minimum des établissements sanitaires, malheureusement leurs capacités ne leur permettent pas de prendre en charge les autochtones et la population déplacée qui vient de s'y ajouter mais aussi les réfugiés, le cas de l'aire de santé de Biringi.

Les CS visités fonctionnent avec les infirmiers qualifiés et aides soignants (infirmiers non qualifiés) mais cependant ces derniers n'ont pas bénéficié des formations spécifiques (PECIME, PECIMA, SONUB, ANJE, ...) durant les 6 derniers mois ; mais aussi, on note l'absence de certains équipements dans les salles d'accouchements notamment la boîte d'aspiration manuelle intra-Utérine (AMIU).

On a noté également, l'insuffisance des consommables et antipaludéens, les tests rapides du palu, pèse-bébé et pèse-adulte, les termoflèches et les tensiomètres. Ainsi, un besoin de renforcement des capacités du personnel pour les centres de santé dans les localités évaluées est nécessaire au vu de l'accroissement de la population bénéficiaire.

Les structures sanitaires n'ont qu'un seul bâtiment où sont confinés les services de consultations, de soins et le bureau du Responsable. Dans toutes les structures les comités de gestion (COGES) sont fonctionnels alors que les comités de développement et de santé (CODESA) sont peu fonctionnels.

Au cours de l'évaluation, aucune maladie à caractère épidémique n'a été retrouvée à Bambu mais la rougeole est présente dans la zone de santé de Biringi.

Les populations des localités visitées (hôtes et PDI) fréquentent les différentes structures de soins mais semblent limitées par les moyens financiers. Certains font recours aux tradipraticiens et d'autres utilisent les racines et feuilles des plantes comme traitement.

L'analyse des consultations des enfants conduit lors de l'évaluation a montré que les principales pathologies par ordre croissant sont : le paludisme, les IRA, la diarrhée et la parasitose intestinale. Ce résultat est renforcé par la constatation des enquêtes ménages, car il a été demandé si l'enfant enquêté a été malade les deux semaines précédant l'enquête. S'il a été malade de donner le type de maladie dont il a souffert.

La proportion d'enfants ayant été malades dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, ainsi que le type de maladies dont les enfants ont souffert.

Sur 422 enfants âgés de 6-59 mois enquêtés, 231 ont été malades dans les deux semaines précédant l'enquête, soit 54,7%. On note que plus de la moitié des enfants déclarés malades avaient souffert de la fièvre (55,0%) dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, qu'un enfant sur cinq a souffert des IRA (22,1%), tandis que la diarrhée simple a été observée chez 13,4% d'enfants et 9,5% ont souffert d'autres pathologies.

Constats majeurs lors de l'évaluation :

- ADES soutient les activités de soins de santé primaires uniquement dans le CS Biringi et pour les réfugiés exclusivement, la communauté hôte bénéficie à 20% (seul les personnes de 3e âges) ;
- D'où, l'absence de partenaires pour appuyer les activités de soins de santé primaires dans la région et pour les IDPs ;
- Risque de conflit communautaire (Déplacés) suite au déséquilibre d'appui en santé ;
- La morbidité liée aux différentes pathologies, à l'ordre de priorité : Malaria, IRA, Diarrhée, Typhoïde, Rougeole, ...
- Rupture des médicaments essentiels ;
- Pré rupture des médicaments dans la structure appuyée par UNHCR au travers ADES
- Personnels de santé non suffisamment formés aux différents thématiques de santé ;
- Pratique de l'automédication par les communautés et ces derniers ne s'occupent pas de soins des enfants en matière de la santé.

Recommandation :

1. Assurer un appui à la gratuite des soins de santé primaire pendant toute la période de crise ;
2. Sensibiliser la population sur les mesures d'hygiène, le non recours à l'auto-médication ;
3. Mettre à disposition de la population des moustiquaires pour la prévention du paludisme et des médicaments pour la prise en charge des maladies courantes dans les communautés ;
4. Redynamiser les relais communautaires afin que ces derniers soient à mesure de sensibiliser sur la santé infantile ;

Protection

Plusieurs incidents de protection identifiés lors de l'évaluation rapide multisectorielles ont été apportés. Il s'agit principalement par ordre d'importance à l'issu des résultats de l'EM, pillages (36,9%), pillage du bétail (35,9%), meurtre (16.41), mutilations/coups et blessures (12.31), séparation des familles (11.28), vol, braquage, cambriolage (10.77), enlèvements ou tentative d'enlèvement (10.77), travaux forcés (9.23), arrestations arbitraires (8.72), violences intercommunautaires (8.21) ... Les violences sexuelles, les mariages précoces, confiscations des biens, le harcèlement ont été présentés comme un problème de protection majeur de même que la violence conjugale et les menaces.

Tableau N° : les différents incidents de protection : EM

Valeur	Fréquence	Pourcentage
Pillages	72	36.92
Pillage du bétail	70	35.9
Meurtre	32	16.41
Mutilations/coups et blessures	24	12.31
Séparation des familles	22	11.28

Vol, braquage, cambriolage	21	10.77
Enlèvements ou tentative d'enlèvement	21	10.77
Travaux forcés	18	9.23
Arrestations arbitraires	17	8.72
Violences intercommunautaires	16	8.21
Ne sait pas	15	7.69
Mariage précoce/forcé	9	4.62
Violences sexuelles	8	4.1
Violence conjugale	7	3.59
Ne se prononce pas	7	3.59
Harcèlement ou divulgation de renseignements	5	2.56
Autre incident; préciser	3	1.54
Recrutements/enrôlements forcés d'adultes par des acteurs armés	1	0.51
Recrutements/enrôlements forcés d'enfants par des acteurs armés	1	0.51

Nombre et type d'incidents de protection	IC - principales préoccupations par groupe			
	H +18 ans	F +18 ans	F -18 ans	H -18 ans
Meurtre	5	1	0	0
Mutilations/coups et blessures	3	3	0	4
Violences intercommunautaires	4	0	0	0
Violences sexuelles	0	4	8	1
Enlèvements ou tentative d'enlèvement	7	0	1	0
Blessés/morts dus aux mines	5	0	0	0
Mariage précoce/forcé	1	0	4	2
Violence conjugale	1	5	0	1
Séparation des familles	1	2	1	1

Pillages	3	1	0	0
Vol, braquage, cambriolage	N/A	N/A	N/A	N/A
Pillage du bétail	4	0	0	0
Arrestations arbitraires	6	0	0	0
Harcèlement ou divulgation de renseignements	3	1	0	0
Recrutements/enrôlements forcés d'adultes par des acteurs armés	2	2	0	0
Recrutements/enrôlements forcés d'enfants par des acteurs armés	N/A	N/A	N/A	N/A
Membre adulte du ménage démobilisé d'un groupe armé	4	0	0	0
Membre enfant du ménage démobilisé d'un groupe armé	N/A	N/A	N/A	N/A
Travaux forcés	3	0	0	2
Autre	0	0	0	0

Les notions de protection de l'enfant et de respect de ses droits restent peu connues par les populations locales. 40% des enquêtés qui se sont exprimés sur les violations des droits des enfants ont particulièrement dénoncé la violence physique et des actes de violence sexuelle. La déscolarisation des enfants surtout les filles a été évoquée dans 50% des réponses. Les enquêtés évoquent également la problématique des enfants séparés ou non accompagnés (30%).

Dans les ZS enquêtées, existe une structure qui gère les incidents rapportés : tous les problèmes sociaux sont apportés aux chefs de village, chefs de groupement pour arrangement à l'amiable.

Toutes les communautés vivent en harmonie, Aucune tension n'est perceptible, même si par endroit, des petites querelles entre femmes et les enfants (déplacées et autochtones) sont notées au tour des points d'eau.

Notons, qu'aucune présence d'engins explosifs n'a été signalée dans la zone et ses périphéries.

En somme, 75% des déplacés internes interrogés indiquent avoir été bien reçus par leurs hôtes sur les sites d'accueil. Ils saluent l'hospitalité et le sens de solidarité des familles d'accueil en dépit des ressources très limitées et sollicitent le concours des organisations humanitaires pour alléger la charge occasionnée par leur présence au sein de ces ménages.

ÉDUCATION

Il est évident que l'évaluation est intervenue durant cette période de confinement, où les écoles ne sont pas fonctionnelles suite aux mesures prises par le Chef de l'Etat comme mécanismes barrières à la Covid 19 ; néanmoins, les questions ont tenu compte de la période de la viabilité des écoles (avant confinement) et à la projection avenir (au cas de la reprise des activités scolaires).

Ainsi, dans les différentes zones enquêtées, nous avons constaté un faible taux de fréquentation scolaire (avant la période de confinement). Ceci s'explique par les mouvements pendulaires permanents, insuffisance des structures scolaires dans les zones de déplacement, manque et la perte des fournitures scolaires lors du déplacement. Selon les résultats de l'EM, 75% des enfants déplacés ne fréquentent pas les institutions scolaires.

L'éducation offre une protection physique, psychosociale et cognitive immédiate en cas de crise. Les enfants non scolarisés sont plus vulnérables et exposés à des risques de protection, par exemple à la violence basée sur le genre, aux mariages précoces, aux grossesses précoces, au travail des enfants (dans les carrières minières) et au recrutement forcé. Elle contribue également de manière importante à la résilience des individus, des communautés et de la société. L'accès à une éducation sûre et de qualité, associé à des compétences susceptibles de sauver des vies, à un apprentissage social et affectif et à un soutien psychosocial, peut aider les enfants et les adolescents à faire face aux crises et à s'en remettre.

Dans les zones de départ, comme de déplacement, les infrastructures scolaires sont restées intactes à 70%. Néanmoins, il s'est observé :

- Des écoles non construites, salles de classes sans pupitres, tableaux noirs, matériels didactiques, fournitures des bureaux et sans latrines
- Des enfants scolarisés sans matériels scolaires : pas des cahiers, stylos, uniformes, souliers...
- Les enseignants ne sont pas payés, démotivés...

Conclusion générale et commentaires

Vu la gravité de la crise et les besoins en assistance humanitaire dans les localités évaluées ainsi que l'absence des acteurs intervenant dans les zones évaluées (outre l'assistance par le HCR et ses partenaires aux réfugiés Sud Soudanais à Biringi) ; les zones ont besoin d'une réponse à grande échelle dans les secteurs de la santé, nutrition, sécurités alimentaires, protection et abris dans une intervention bien coordonnée.

Une assistance rapide est requise en vue de soulager tant soit peu la souffrance, sauver des vies et protéger la dignité humaine de la population vulnérable, le contraire va aggraver la situation à travers les épidémies, l'augmentation de la morbidité et de la mortalité infantiles et juvéniles et ce non seulement pour les déplacés internes mais aussi pour la communauté d'accueil.

Le principal défi revient au gouvernement d'explorer les voies et moyens pour la stabilité dans la région à travers une intervention armée pour anéantir les groupes armés mais aussi, la sensibilisation et les activités pour accélérer la cohabitation pacifique et le vivre ensemble entre les communautés.

LISTE DES PARTICIPANTS A L'EVALUATION

N	Noms & Post noms	Fonctions	Contacts
1	Dr. Macky Nanseka	Roving Humanitarian Health and Nut. Program Manager	+ 243 82 830 0859
2	Dr. Junior Kazadi	Program Manager	+ 243 82 830 0970
3	Dr. Clovis Akonkwa	Medical Officer Health and Nutrition	+ 243 82 830 0944

4	Bienvenue Tambola	Consultante data entry assistante	+ 243 81 766 2297
5	Alain Kalombo	Senior MEAL Officer	+ 243 82 830 0902
6	NYONA UFOYURU	AC ZS BIRINGI	0816635404
7	ALIZI NGEDI Richard	IS ZS BIRINGI	0811434071