

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

(EH Tools 5613-5633-5639-5640-5643)

Zone de santé de Lubero

Territoire de Lubero

12 au 17 janvier 2025

Carte de la zone

Pour plus d'information,

Contactez :

1. Claudine JOSEPH, E - mail : joseph27@un.org
2. FRANK ADUBANGO, E – mail: frank.adubango@un.org

I. Contexte, justification, objectifs globaux, sectoriels & résultats attendus

Contexte & justification de la mission

Les affrontements entre les FARDC, appuyées par les VDP, et le groupe armé M23 se sont intensifiés depuis le début de l'année 2024 au nord du territoire de Rutshuru et ont atteint le territoire de Lubero fin juin 2024. Une accalmie relative a été observée à l'initiative du gouvernement américain et du processus de Luanda avant que les affrontements ne reprennent vers le dernier trimestre 2024 avec une intensification des combats en décembre 2024.

Les confrontations armées ont ainsi entraîné la détérioration de la situation sécuritaire et de protection marquée par de déplacement des populations avec un afflux des déplacés principalement vers la commune de Lubero et la localité de Kipese en juin 2024. L'intensification des combats en décembre 2024 a créé une grande vague de déplacement vers la commune de Lubero et les localités de Kipese, Kagheri et Kasugho. Des combats sporadiques sur les lignes de front vers Alimbongo et Bingi et les attaques ADF vers la Chefferie des Baswagha au mois de janvier 2025 créent encore une 3e vague de déplacement vers les entités précitées. Un cumul de 221 686 personnes déplacées [39 625 ménages] ont été accueillies dans ces entités de la ZS de Lubero.

Plusieurs centres de santé, infrastructures WASH et abris communautaires sont saturés, mettant à rude épreuve les capacités des communautés hôtes. Des besoins critiques en santé, nutrition, WASH, abris et sécurité alimentaire persistent.

L'accès est limité aux zones touchées : Les axes routiers principaux, tels que la RN2 (tronçon Butembo-Kanyabayonga), restent paralysés en raison des affrontements. Certaines localités reculées, notamment à l'est et ouest des zones de santé d'Alimbongo et Lubero, sont difficiles à atteindre, exacerbées par la dégradation des infrastructures routières et enclavement.

Le combat en cours à la hauteur d'Alimbongo, empêche l'accès humanitaire direct, par crainte d'affrontements. Des mouvements de repli des groupes armés et la militarisation des zones clés augmentent les risques pour les acteurs humanitaires qui voudraient se rendre dans les localités proches des lignes de front.

Malgré les efforts de réponse, plusieurs localités dans les parties Nord et Sud du territoire restent non couvertes. Cette mission vise à combler les lacunes informationnelles pour adapter et renforcer les interventions humanitaires dans ces zones, en mobilisant les acteurs clés des clusters Santé, WASH, Protection, Abris et Sécurité alimentaire pour garantir une approche intégrée.

Objectifs

Mission dans la ZS de Mutwanga avec les tâches suivantes :

1. Identifier les besoins prioritaires en termes de protection, santé, nutrition, WASH, abris, sécurité alimentaire et éducation des populations affectées par les nouveaux chocs.
2. Documenter les mouvements de population et valider les données des communautés affectées.
3. Analyser les capacités de réponse locales existantes et identifier les besoins spécifiques sectoriels et les principaux gaps humanitaires dans des contextes où les données disponibles sont limitées ou inexistantes.
4. Évaluer les impacts des affrontements sur les populations déplacées et les communautés hôtes dans des zones actuellement inaccessibles ou insuffisamment couvertes.
5. Identifier les contraintes sécuritaires et logistiques afin de proposer des solutions pour une réponse humanitaire adaptée et efficace.

Résultats attendus

1. La situation humanitaire a été documentée et partagée avec les acteurs humanitaires ;
2. Le chiffre des déplacés a été mis à jour pour orienter la planification des réponses ;
3. La capacité des acteurs humanitaires a été mise à jour et les gaps de réponse ont été déterminés ;
4. Les opportunités et les défis d'accès humanitaires sont relevées et des rencontres avec les acteurs du contexte ont été réalisées.

II. Méthodologie de l'évaluation

La mission conjointe s'est déroulée dans la commune rurale de Lubero et dans les localités de Kipese, de Kagheri et de Kasugho pour évaluer les besoins d'environ 220,000 personnes déplacées et 10,000 personnes retournées affectées principalement par la crise M23 et dans une moindre mesure par la crise ADF.

Une équipe multisectorielle a collecté les données au moyen de formulaires électronique Kobo Collect complétés par les questionnaires spécifiques sectoriels et des groupes de discussion multisectoriels.

Les informations ont été collectées à travers des observations directes et indirectes, 97 échanges des entretiens avec des informateurs clés (autorités, infirmiers titulaires, responsables agricoles, Corporations des commerçants, Société Civile, Directeurs d'écoles, associations des femmes), 27 groupes de discussion séparés des femmes déplacées, retournées et familles d'accueil et des hommes déplacés, retournés et familles d'accueil et 134 enquêtes ménages.

D'autres informations et données secondaires sur le contexte humanitaire de la zone ont été collectées après des services étatiques par consultation des archives de ces services étatiques du Territoire ainsi que des entités évaluées.

Tableau 1 : Localisation des villages avec DÉPLACÉS et Retournés

Localité	Latitude	Longitude	Distance / Temps de course de Lubero
COMMUNE DE LUBERO	-0.1584161	29.2377327	
KIPESE	-0.2379953	29.2409201	15 km – 45 min de course
KAGHERI	-0.2363757	29.0844889	25 km – 1h de course
KASUGHO	-0.2430449	29.046629	45 km – 2h de course

III. Composition et durée de la mission

La mission a connu la participation de quatre agences UN (OCHA, UNHCR, UNICEF et PAM), cinq ONG internationales (ALIMA, OXFAM, MERCY CORPS, WHH et NRC), et 39 ONG nationales (AFEDDEM, AHADI-RD Congo, AIDES, AJEDEC, APANIVIP, APPDEA, APRESA, APROFEEC-RDC, ASDI-RDC, AVSD, CAUB, CDBB, CEAPRONUT, CHPSR, COOPADI/RDC, HEAL AFRICA, HYFRO, JURE, MESAS, MIDEFEHOPS, ODH, OHAV/RDC, PAEV/ PDAE, PDEH, REMED, Réseau la prospérité, SAFDF, SOCOAC-RDC, SOPEHD, SOPROMAD, UWAKI et Village d'Espoir).

IV. Résultats de l'évaluation & réponse d'urgence

1. Sévérité de la zone évaluée

Tableau de scores de sévérité ERM (EM, % des ménages)						
Secteur	Critère	Sévérité				
		1	2	3	4	5
Contexte	Nombre de ménages déplacés	13323				
Sécurité alimentaire	Disponibilité de ressources alimentaires	6%	3%	23%	-	69%
	Score de consommation alimentaire (SCA / FCS)	6%	-	16%	-	78%
	Indice des stratégies de survie simplifié (ISSs / rCSI)	5%	19%	-	-	54%
	Disponibilité d'un marché fonctionnel à moins de 2h à pied (IC)	74%	-	-	-	20%
Nutrition	MAG enfants < 5 ans	90%	-	9%	-	1%
	MAG femmes enceintes et allaitantes	93%	-	7%	-	0%
Abris	Type d'abris (EM) ET Situation d'occupation de l'abri (EM)	3%	24%	65%	1%	0%
	Promiscuité dans les abris				68%	
Articles ménagers essentiels	Score card AME	0%	5%	15%	42%	38%
Eau, hygiène et assainissement	Type de source d'eau disponible ET Quantité d'eau disponible ET Temps nécessaire pour la collecte	30%	2%	16%	18%	30%
	Disponibilité d'un système de lavage des mains	6%	-	14%	-	80%
	Disponibilité ET Partage des installations sanitaires	0%	0%	36%	40%	6%
Santé	Taux de diarrhées des enfants < 5 ans	40%				
	Epidémies: cas confirmés (par des professionnels de santé)	Paludisme				
Protection	Ménages ayant accueilli un ou des enfants de façon spontanée	57%	-	-	-	42%
	Proportion des ménages avec au moins un membre en situation de handicap	87%	-	-	-	13%
	Ménages affectés par un incident lié aux Restes Explosifs de Guerre (IC)	69%	-	-	-	19%
Éducation	Disponibilité d'une école primaire fonctionnelle	67%	-	31%	-	2%
	Aucun enfant à l'école au cours des 14 derniers jours	30%				

2. Situation géographique et de l'accès

- La mission conjointe a couvert la Commune de Lubero et les localités de Kipese, de Kagheri et de Kasugho de la zone de santé de Lubero du Territoire de Lubero en Province du Nord Kivu. D'après le Médecin Chef de Zone de Lubero, ces entités couvrent 12 aires de santé (Cfr Tableau XX) d'une population autochtone de **487,444 personnes et qui ont accueilli un total de 221,686 personnes déplacées, représentant une pression de 45%.**
- L'accès sécuritaire à la zone est possible en tout véhicule à partir de Beni en passant par Butembo pour 3 heures de course avec 4x4, soit une distance d'environ 100 km.

Voici le détail de la situation d'accès dans la zone évaluée :

Tableau 2 : Situation d'accès dans la zone évaluée

Problématiques d'accès observés	Situation observée dans la zone évaluée	Recommandations
Les violences contre le personnel ou les biens humanitaires	- Aucune attaque rapportée	- N/A
Restriction de mouvements du personnel ou des biens dans le pays	- Sur la route nationale N°2 reliant Beni à Lubero, on observe la présence la PNC et des FARDC - Les axes secondaires actuellement sont ceux reliant (1) Lubero à Kasugho en passant par Kagheri qui enregistre la présence des groupes armés locaux et des FARDC qui sont en opérations contre le M23 mais ne restreignent pas l'accès aux humanitaires. Trois barrières sont observables sur la route mais les humanitaires n'y paient rien à leur passage	-

	(2) Lubero à Kipese : aucune restriction sur la route.	
Environnement physique	- Route accessible partout mais l'axe Lubero – Kipese peut s'avérer difficilement praticable pendant la saison de pluie. L'alternative pourrait être de passer par Kitsombo – Lubango – Kipese mais qui reste proche des lignes des fronts FARDC – M23	-
Contraintes administratives ou bureaucratiques	- Barrière péage route à la sortie de Beni, à l'entrée de Butembo et à la sortie de Lubero	- Se conformer à la réglementation en vigueur en RDC pour la circulation routière
Mines IED – REG	- La zone étant opérationnelle, il y a possibilité de trouver de REG	-
Conflit armé en cours	- Les affrontements récurrents sont rapportés entre les groupes armés locaux principalement sur l'axe Lubero – Kagheri – Kasugho, perturbant par moment la circulation des humanitaires (Cfr cas du 13 janvier)	-
Restriction de l'accès aux populations civiles	- L'accès aux champs n'est pas garanti dans la quasi-totalité de la zone évaluée à la suite de présence des groupes armés qui taxent le passage vers le champ, surtout pour les déplacés qui ont une carence des revenus dans leurs ménages.	- Plaidoyer auprès du gouvernement pour assurer la protection des civils ; - Renforcer les activités de protection communautaire.

3. Analyse multisectorielle & recommandations sectorielles

3.2. 2.1. MOUVEMENT DES POPULATIONS

Tableau 3 : Mouvements de population¹

Axe évalué	Zone de santé	Aire de santé	Village/Quartier	HH IDPs	Pop IDPs	HH Retour	Pop Retour	HH Host	Pop Host	HH IDP+Host+R et	Pop IDP+Host+R et
Lubero - Kipese	Lubero	BARAKA	BARAKA	3,427	17,135	-		4,209	21,044	7,636	38,179
		KIPESE	KIPESE	3,251	16,255	-		4,931	24,654	8,182	40,909
		KASIMA	KASIMA	3,169	19,017	-		4,317	21,583	7,486	40,600
		KAVISEGHE	KAVISEGHE	3,239	19,437	-		5,113	25,567	8,352	45,004
		VUNYAKONDOMI	VUNYAKONDOMI	1,602	9,614	-		3,733	18,665	5,335	28,279
Lubero Centre	Lubero	KAVETYA	LUBERO	5,350	29,235	-		17,123	85,615	22,473	114,850
		LUBERO CITÉ	30 JUIN	5,195	30,396	-		22,049	110,245	27,244	140,641
		KASALALA	VUKANO	2,177	13,540	-		7,882	39,410	10,059	52,950
		MULO	MULO	1,118	4,821	-		1,781	8,905	2,899	13,726
Lubero - Kagheri	Lubero	KAGHERI	KAGHERI	6,751	40,506	2,130	10,650	18,245	91,225	27,126	142,381
Lubero - Kasugho	Lubero	KASUGHO	KASUGHO	1,763	8,815	-		3,438	17,188	5,201	26,003
		VULAMBO	KASUGHO	2,583	12,915			4,669	23,343	7,252	36,258
TOTAL GENERAL				39,625	221,686	2,130	10,650	97,489	487,444	139,244	719,780

¹ Sources : (1) Données Autorités Locales (2) Données Comité des Déplacés de 5 agglomérations évaluées (3) Données Forum Humanitaire de Mutwanga

Tableau 4 : Pondération de population par âge et sexe dans les entités évaluées

Composition des ménages évalués dans la zone, par sexe et âge (EM)	Age	Femmes	Hommes
	64+ Ans	3%	2%
	18-64 Ans	21%	17%
	6-17 Ans	18%	17%
	7 mois-5 Ans	9%	8%
	0-6 mois	2%	2%
	Total	54%	46%

Tableau 5 : Répartition des déplacés par vague d'arrivée

Axe	Période	Vague	Nombre de HH	Nombre IDPs	Lieu de provenance
LUBERO-CENTRE	<i>Juin 2024</i>	1ere	682	2 951	Kanyabayonga et Kirumba
	<i>Novembre à décembre 2024</i>	2e	5610	26 206	MATEMBE, ALIMBONGO, KASEGHE ET KAYNA
	<i>Janvier 2025</i>	3e	7823	48 835	NDOLUMA ET MATEMBE
KIPESI	<i>Juin 2024</i>	1ere	4250	16 541	MATEMBE, ALIMBONGO, KASEGHE ET KAYNA
	<i>Novembre à décembre 2024</i>	2e	3165	13 679	KASEGHE, MATEMBE, ALIMBONGO, KANYABAYONGA ET KAYNA
	<i>Janvier 2025</i>	3e	7415	41 624	VUTSOROVYA, BYANZE, KYULO, LUBANGU, KALONGE, KANDONDI ET TUKENGEYA
KAGHERI	<i>Octobre à décembre 2024</i>	----	6751	40,506	MATEMBE, ALIMBONGO ET KASEGHE ET KANYABAYONGA
KASUGHO	<i>Octobre à décembre 2024</i>	----	4346	21730	KASEGHE, MATEMBE, ALIMBONGO, KANYABAYONGA ET KAYNA

3.3. Protection

I. Objectifs spécifiques de protection et démarche méthodologique de l'évaluation

La mission conjointe interagence conduite par OCHA , a eu pour objectifs de Protection :

- Collecter les données sur les mouvements de populations
- Évaluer le cadre de réponse aux VBG dans les zones ciblées
- Identifier les risques d'exposition aux VBG (violences sexuelles, sexe de survie, etc.) et la possibilité de mitigation de ceux-ci, y compris dans les autres secteurs de la réponse humanitaire ;
- Collecter les données sur les incidents de VBG dans les zones de santé ciblées ;
- Identifier et collecter les données sur les ENA et ES ;
- Inclure analyse liée à la cohésion sociale (acceptance des Déplacés, disponibilité/ accès aux ressources à la fois pour les DÉPLACÉS et la communauté hôte) ;
- Evaluer les capacités existantes de résilience/ autoprotection communautaire (mécanismes communautaires...) ;
- Identifier les structures étatiques de protection existantes dans la zone.

II. Problématique de protection par secteur

Principales préoccupations de protection, par groupe de population (IC) ²	Principales préoccupations par groupe (Fréquence de réponses pondérée) ³			
	H +18 Ans	F +18 Ans	H -18 Ans	F -18 Ans
Rien à signaler / Pas de problème	26	31	25	24
Meurtre	33	10	30	6
Mutilations / coups et blessures	34	19	20	26
Violences intercommunautaires	21	21	22	20
Violences sexuelles	42	101	23	94
Enlèvements ou tentatives d'enlèvement	20	21	37	20
Blessés / morts dus aux mines	10	2	2	0
Mariage forcé / précoce	25	47	33	46
Violences conjugales	24	43	4	13
Séparation des familles	28	26	39	45
Pillage / vol / cambriolage	25	12	17	7
Pillage du bétail	18	7	14	4
Arrestations arbitraires	27	14	18	4
Harcèlement ou divulgation de renseignements	1	11	0	14
Recrutements / enrôlements forcés	31	4	51	13
Démobilisation d'acteurs armés	5	2	3	1
Travaux forcés	8	2	10	6
Autre	12	5	5	6

3.1 Monitoring de protection :

Les incidents de protection les plus marquants, soulevés par les déplacés lors des focus group, auprès des informateurs (leaders communautaires locales) sont notamment :

Perception de la communauté hôte sur la présence de déplacés et / ou des retournés (IC)	
Tensions avec la communauté d'accueil	18
Communauté hôte prête à assister pour le temps nécessaire	94
Communauté hôte prête à assister pour un temps limité	60
Ils sont responsables des problèmes de protection et d'insécurité	3

- La présence des hommes en armes et des accrochages réguliers de ces forces en présence, causant de dégâts matériels (destructions des maisons), humains (morts par balles perdues...), la psychose et le déplacement définitif ou temporaire des ménages craignant pour leur vie ;
- Les extorsions des biens des personnes déplacées par intimidation sur le chemin au moment du déplacement des déplacés dont seraient auteurs les hommes porteurs d'armes ;
- Le pillage des bétails et destruction des maisons des déplacés dans leur milieu d'origine dont les auteurs seraient des acteurs armés ;
- Les atteintes à la vie humaine et à l'intégrité physique de quelques déplacés dans les milieux d'origine, au moment de leur déplacement (4 cas de meurtre de déplacés dans l'aire de santé de Baraka, 3 cas de meurtre de déplacés dans l'aire de santé de KASIMA à KIPESSE) ;
- Identification des cas d'arrestations arbitraires des IDPs par suspicions de collaborer avec la partie adverse, par quelques membres des services de sécurité ainsi que des membres des groupes armés ;
- Occupation de quelques maisons de civils par des hommes en arme, dans les milieux de retour (cas de VUTSOROVYA et NDOLUMA dans l'aire de santé de KASIMA à KIPESSE) ;
- Occupation des écoles et destruction de matériels scolaires (pupitres...) par des hommes en armes (Institut KASIMA) et les déplacés internes (Ecoles primaires KAYESE et KALONGE) dans l'aire de santé de KASIMA à KIPESSE ;

- Violation du caractère civil et humanitaire du centre collectif dont le centre collectif « Magasin » construit à Lubero centre par AIDES, où on a enregistré 3 incursions d'hommes en arme, suivies de vols de quelques biens de déplacés ;
- Présence des barrières illégales des taxations (KAGHERI) sur les axes routiers menant vers les champs et vers les marchés (paiement mensuel est de 1000FC par personne/mois, moyennant de jeton preuve de paiement) ;
- Pas de prise en charge juridique et judiciaire pour les déplacés victimes de violations de leur droits fondamentaux, malgré la présence de cours et tribunaux dans le milieu (A Lubero) ;
- Accès limité aux champs par les autochtones et les déplacés en famille d'accueil, à la suite de la présence des hommes en armes et de risque d'enlèvement par les membres des groupes armés (Cas des déplacés de la zone de KAGHERI et KASUGHO).

3.2. Protection de l'enfant

- Séparations de famille : on signale par exemple 40 cas d'ENA, 10 enfants séparés de leurs familles et 1 EAFGA parmi les déplacés regroupés dans 2 centres collectifs de Lubero dans l'aire santé de Lubero-cité ;
- A KIPESE 17 cas d'ENA dans l'aire de santé KASIMA et 27 cas dans l'aire de santé de Baraka ; 12 cas d'enfants séparés dans l'aire de santé de BARAKA ;
- Présence des enfants sortis des forces et groupe armés ; identification de 56 cas d'EAFGA par la société civile de KIPESE en collaboration avec le comité de déplacés de l'aire de santé de BARAKA ; et 19 cas d'EAFGA regroupés dans un centre collectif par la structure dénommée CAR (Commission d'Accueil et de Réinsertion) ;
- Absence du service des affaires sociales à KIPESE et faible implication des services communautaires tels que le RECOPE, les FAT dans la prise en charge des EAFGA, ENA/ES ;
- L'identification dans le village KAGHERI de 42 ENA, 322 enfants séparés, 14 enfants impliqués dans les travaux difficile comme serveurs dans les débits de boissons alcoolisées et transporteurs des bidons à des longues distances, 121 EAGFA qui font de tour entre les familles et les Groupes Armés. Le défi majeur est l'absence des acteurs de protection dans la zone pour les activités IDTR et de démobilisation pour décourager le mouvement des enfants entre les familles et les groupes armés ;
- La situation de protection de l'enfant à KASUGHO fait état de 68 ENA, 115 enfants séparés, 32 EAFGA et 15 enfants utilisés dans les carrées miniers comme creuseurs et transporteurs de minerais ;
- Risque élevé d'enrôlement et de recrutement d'enfants dans les forces et groupes armés dans la zone de Lubero, du fait de la présence remarquable et de l'activisme d'acteurs armés ;
- Manque de prise en charge de cas souffrant de psycho-trauma dans les ménages déplacés, surtout les enfants victimes ou témoins d'atrocités avant et pendant les déplacements ;
- Manque d'encadrement des jeunes _ enfants déplacés par insuffisance d'Espace Ami d'enfant et de la non-intégration dans les systèmes scolaires par manque de fournitures scolaires, de la pléthore dans les écoles publiques malgré la gratuité de l'enseignement primaire et de cantine scolaire pour pallier la carence alimentaire.

3.3. Violences sexuelles et sexistes

Cas de violence sexuelle et / ou sexiste au sein de la communauté (EM) ²

Pas de cas dans la communauté	<div></div>	37%
Ne sait pas / ne se prononce pas	<div></div>	19%
Viol	<div></div>	14%
Agression sexuelle	<div></div>	23%
Violence physique ou harcèlement	<div></div>	13%
Mariage forcé	<div></div>	22%
Déni d'accès à des services	<div></div>	5%
Abus psychologique / émotionnel	<div></div>	8%

✓ Lubero Centre :

- Depuis la nouvelle vague de déplacés de décembre 2024, il s'est observé une montée significative des cas VBG : HGR LUBERO (32 cas), CS LUBERO CITÉ (45 cas), CS KAVETYA (6 cas).

- Les filles et femmes vivant dans le site des déplacés de Lubero ont déclaré être exposées aux risques de VBG à la suite de la surmilitarisation de la zone de Lubero, par les hommes en uniforme.
 - Identification en famille d'accueil de 6 cas VBG non assistés, dont le référencement a été fait vers le HGR de Lubero ;
- ✓ **Aire de santé Kaviseghe :**
- Augmentation des cas VBG dans l'AS de KAVISEGHE, où 64 cas VBG (viols et mariages précoces) identifiés dans par HEAL Africa sous l'appui de UNFPA du Fond CERF ;
 - Risque de VBG dans l'aire de santé de KAVISEGHE dû à la présence de nombreux hommes en uniforme dans la localité de KAVISEGHE ;
 - Risque de VBG dans cette Aire de santé dû à l'éloignement des quelques sources d'eau où dénombre 1107 ménages dont 587 hôtes et 520 déplacés.
 - Risque de VBG pour 502 déplacés dormant à la belle étoile ou dans des églises (catholique, mission évangélique sauvetage et la CBCA).
- ✓ **Aire de santé Kipese et Baraka :**
- Les informateurs clés ont déclaré qu'il y a des cas VBG identifiés dans les deux AS de Kipese et de Baraka (viols, agression physique, mariage force/précoce et déni des ressources);
 - Risque de VBG dans l'aire de santé de Kipese et de Baraka dû à la présence de nombreux hommes en uniforme dans la localité de Kipese et de Baraka ;
 - Risque de VBG dans les points d'approvisionnement en eau sont éloignés, non éclairés et utilisés par les hommes en uniforme et les civils.
- ✓ **Aires de santé Kagheri – Kasugho – Vulambo :**
- A KASUGHO (AS VULAMBO et KASUGHO), les jeunes filles et adolescentes de la vague de décembre ne vont pas à l'école. La plupart se rendent dans des débits des boissons alcoolisées pour servir comme vendeuse et d'autres dans des maisons de tolérance (pour le sexe de survie) ;
 - Identification et prise en charge de 11 cas VBG dont 6 DÉPLACÉS, dont 1 seul assisté dans les 72h ;
 - Risque de VBG dû à l'insuffisance des et l'éloignement des points d'adduction d'eau dans la localité. Les femmes et filles s'y rendent quelques fois trop tard la nuit.
 - Risque de VBG dû à la promiscuité dans des ménages d'accueil des IDPs. Une famille héberge facilement 20 à 30 personnes de 2 sexes utilisant les mêmes toilettes et douches ;
 - Identification des grossesses précoces sur les jeunes filles dans les AS de KASUGHO et de VULAMBO;
 - Risque de VBG pour les femmes et filles autochtones lors de fréquentation des champs ou à la recherche des bois de chauffage ou signale la présence des hommes en arme.

3.4 Abus et Exploitations Sexuels (EAS)

- Les femmes et les jeunes, en particulier ceux déplacés dans des zones d'accueil ou des familles d'accueil, sont plus exposés à l'exploitation et aux abus sexuels en raison de leur situation précaire. L'absence d'infrastructures adéquates et l'insécurité exacerbent cette vulnérabilité.
- La pauvreté et le manque d'opportunités économiques dans les milieux de déplacements sont des facteurs majeurs d'augmentation des risques d'abus.
- Vulnérabilité accrue : pauvreté, déplacements, faible éducation des communautés, et dépendance envers l'aide humanitaire.
- Manque de sensibilisation : ignorance des droits par des déplacées et la méconnaissance des mécanismes de signalement constituent également les facteurs de risque de EAS.

III. Recommandations des réponses de protection

Secteur d'intervention	Risque de protection et besoins identifiés	Recommandations	Observation
Protection générale	Risque d'omission des IDPs lors de l'assistance et de fraude ; Extorsion des biens de personnes déplacées ; IncurSION des hommes arme dans les centres collectifs, risque de rupture de la cohésion sociale due aux poids économiques des IDPs sur les familles d'accueil; besoins de prise en charge post traumatique des déplacés Besoins d'assistance juridique pour les violations de droits de déplacés	Assurer l'identification et l'enregistrements des Déplacés; Garantir la protection et la sécurité des déplacés ; et assurer le caractère civil et humanitaire de centre collectif; renforcer l'assistance et l'autonomisation des déplacés , renforcer le monitoring de protection pour relever et répondre aux incidents de protection	Les partenaires de protection sont moins nombreux dans la zone comparativement aux autres secteurs d'intervention humanitaires tels que la santé et la sécurité alimentaire
Protection de l'enfant	Séparation d'enfant avec présences des ENA, et présence d'EAFGA sortis de ces FGA et risque d'enrôlement/recrutement dans les FGA, Risque de violences sexuelles _ viols_ avec grossesse précoce, absence d'encadrement de jeunes enfants , besoins de prise en charge psychosociale des cas de traumas; l'utilisation d'enfant comme mains d'œuvre de moins chers.	Mettre en place ; redynamiser, former et appuyer les structures communautaires de protection de l'enfant (RECOPE, FAT...), assurer de l'assistance multisectorielle(éducation, vêtement, appui psychosocial, espace ami d'enfant...), encadrement socio professionnel de jeunes ; plaider pour la cessation des recrutements des enfant par les acteurs armés	Les acteurs de protection de l'enfant sont dans la zone mais nombreux n'ont pas de projets financés avec les moyens logistique limités pour atteindre les enfants dans les zones les plus éloignées.
Violences sexuelles et basées sur le genre	Cas de viol identifiés sur les femmes et filles déplacées , la prise en charge médicale_ tardive des cas de VBG_ après 72h, risque de rupture de kits PEP dans quelques structures sanitaires, pas de prise en charge juridique et réinsertion socioéconomique assurée, besoins d'espace sur et sécurisé ; négligence de référencement de cas de VBG	Renforcer des kits PEP dans les structures de santé; sensibiliser les déplacés sur les GBV, assurer et renforcer la prise en charge juridique et socioéconomique des survivantes, renforcer les mécanismes communautaires de gestion de GBV et sensibilisation	Les cas de viol sont en hausse dans la zone du fait de sur militarisation de la zone et de la récurrence accrochages armés
PSEA	Faible connaissance des mécanismes de signalements de cas de PSEA par les déplacés, insuffisance des mécanismes de signalement(Boite à plainte, numéro vert...); risque d'Abus et exploitation sexuelle sur les déplacés par besoins d'enregistrement des IDPs	Mise en place de mécanismes de protection et de signalement pour prévenir les violences sexuelles et basées sur le genre / Renforcement de l'accès aux services de protection, d'assistance psychosociale et de réadaptation pour les victimes de violences / Sensibilisation des communautés sur les risques d'exploitation et d'abus sexuels Renforcer les sensibilisations et les mécanismes de feedback sur le PSEA, redynamiser les mécanismes communautaires sur le PSEA, vulgariser les informations sur la gratuité de l'assistance humanitaire	

3.4. ABRI

3.4.1. Situation générale d'abris

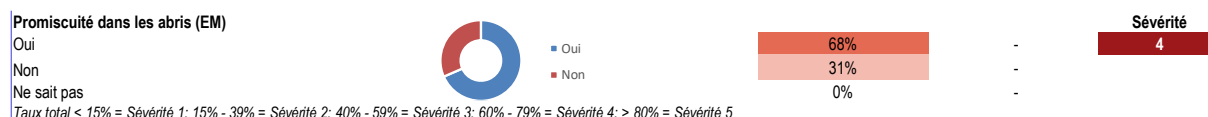
Environ 60% des déplacés vivent dans les familles hôtes dans des conditions très précaire en termes de logement (Souvent dans des abris provisoires / inachevés ou encore dans les abris en état de dégradation avancé. 3% dans les centres collectifs et 1% seulement vivent dans des maisons en location, souvent pour des familles pléthoriques ou en mutualisation entre plusieurs familles déplacées ;

, d'autres dans des familles d'accueil dont la capacité de logement sont devenu très réduites, un certain nombre de ménages déplacés vivent dans des maisons de chantier (inachevés) et à la belle Etoile sous le balcon dans la communauté et d'autre dans des centre collectif (salles de classe, église ...).

Ceux qui sont en location parfois n'ont pas les moyens de payer le loyer, ils sont exposés à des risques de déguerpissement et certaines maisons sont en mauvais état.

Type d'habitations / abris (EM) ET Situation d'occupation de l'habitation / abri (EM) ⁷			
Maison (construction durable) ET Sur une parcelle ou un abri qui lui appartient	3%		1
Maison (construction durable) ET Locataire (habite seul sur une parcelle qu'il loue)	1%		
Maison (construction non-durable délabrée) ET Sur une parcelle ou un abri qui lui appartient	14%		2
Maison (construction non-durable délabrée) ET Locataire (habite seul sur une parcelle qu'il loue)	5%		
Maison (construction durable) ET Co-locataire (plusieurs ménages habitent sur une parcelle qu'ils louent)	1%		3
Maison (construction durable) ET En famille d'accueil	5%		
Maison (construction non-durable délabrée) ET Co-locataire (plusieurs ménages habitent sur une parcelle qu'ils louent)	3%		4
Maison (construction non-durable délabrée) ET En famille d'accueil	51%		
Abri d'urgence ET Sur une parcelle ou un abri qui lui appartient	3%		5
Abri d'urgence ET Locataire (habite seul sur une parcelle qu'il loue)	1%		
Abri d'urgence ET Co-locataire (plusieurs ménages habitent sur une parcelle qu'ils louent)	1%		
Abri d'urgence ET En famille d'accueil	5%		
Abri d'urgence ET Dans un site spontané	2%		
Dans un centre/bâtiment collectif (bâtiment administratif, centre de santé, école, etc.)	1%		
Pas d'abri (dorment à la belle étoile)	0%		

Ceux qui sont dans les familles d'accueil vivent dans de condition de promiscuité à cause de surnombre dans les habitations et de capacité d'hébergement réduit affectant ainsi leur intimité pendant qu'ils manquent de tout, nattes, couverture, matelas, des moustiquaires et des kits cuisine.



Les ménages de Déplacés sont dispersés entre familles d'accueil et maison de location. Le cout du loyer varie entre 15 000 et 20 000 F le mois cependant les IDPs n'arrivent pas à payer cette charge. Ce qui représente une somme considérable pour les déplacés.

3.4.2. Recommandations

- Une réponse en abris doit impérativement être apportées dans les familles d'accueil à travers l'extension ou la réhabilitation des abris des familles d'accueil ;
- Besoin de construction de nouveaux abris transitionnels pour augmenter leur capacité d'accueil ;
- Des réponses doivent être également apportées dans les centres collectifs à travers la construction des hangars communautaires additionnels surtout pour abriter les déplacés se trouvant dans les écoles, les églises et chantiers inachevés

3.4.3. Situation des déplacés en centre collectifs

A. Note méthodologique:

Les données ont été collectées par :

- Entretien avec le leader du centre collectif
- Echange en termes de Focus avec les Déplacés vivant dans les centres collectifs
- Observation directe de l'état des hangars et des maisons des Déplacés dans les centres collectifs

B. Aperçu des centres collectifs

- Les déplacés n'ayant pas de famille d'accueil passent nuit à la belle étoile et d'autres vivent dans la promiscuité dans 23 centres collectifs spontanés dans la commune de Lubero et huit (08) centres collectifs (Cfr Annexe XX pour les détails des centres collectifs) ;
- En somme, un total de 934 ménages / 7 563 personnes sont présentes dans 31 centres collectifs depuis décembre 2024 dont les répartitions ci – dessus :
 - Quartier Lubero : 02 centres collectifs de 77 ménages / 410 personnes ;
 - Quartier du 30 Juin : 20 centres collectifs de 678 ménages / 6 032 personnes ;
 - Quartier Vukano : 01 centre collectif de 4 ménages / 23 personnes ;
 - Localité Kipese : 175 ménages / 1 098 personnes
- 11 de ces centres collectifs sont des écoles abritant 233 ménages déplacés qui doivent quitter avec leurs biens pendant que les classes sont organisées. Cette situation nécessite une intervention urgente pour permettre de libérer les espaces d'apprentissage pour les enfants et réduire la frustration des déplacés qui doivent quotidiennement sortir et rentrer dans les salles des classes ;
- Seule le centre collectif « Magasin » est construit par UNHCR - AIDES sur un terrain octroyé par l'Administrateur du Territoire sur la colline administrative de Lubero et compte de 15 hangars communautaires abritant 393 ménages de 3 974 personnes.

C. Situation générale de protection des déplacés dans les centres collectifs

- La protection générale des déplacés en centres collectifs dans les localités de LUBERO et KIPESE est volatile bien qu'ils vivent en bonne collaboration avec la population hôte. En effet les déplacés y sont exposés aux risques des maladies dues aux intempéries et aux risques de protection - GBV et d'atteinte à l'intégrité physique ;
- Les mouvements de population sont liés à 3 situations : aux affrontements entre les forces loyalistes et le M23, aux attaques des groupes armés nationaux actifs dans la zone entre eux et aux attaques ADF. Ces activités d'acteurs armés sont à l'origine de déplacement et de la dégradation de la situation de protection des personnes et leurs biens. Les populations déplacées ont plus besoin de la protection du fait qu'ils sont exposés aux risques plus élevés car ils ont été contraints de quitter leur milieu d'origine et d'abandonner tout. La plupart des déplacés rencontrés dans les centres collectifs pensent qu'une accalmie pourrait être observée dans leur zone de provenance à la suite des mouvements de relèves réguliers des militaires FARDC et une forte présence sécuritaire des différents villages stratégiques ; d'autres pensent que les conflits pourraient se redoubler malgré la récupération des certains villages par l'armée loyaliste ;
- Depuis le début de la crise, l'engouement des déplacés a été observé dans les centres collectifs à partir des affrontements de septembre et décembre 2024 ;
- 30 centres collectifs sur 31 sans latrines ni douches encore moins de trous à ordures ; ils se soulagent soit dans les eaux de ruisseaux, soit utilisent les latrines des voisins (population hôte), soit dans la brousse. Et se ressource en eau potable à des bornes fontaines dans la communauté hôte avec accès difficile aux Déplacés faute de la quantité insuffisante ;
- 85% des déplacés vivant dans les centres collectifs déclarent n'avoir jamais reçu d'assistance humanitaire ;
- 3% des Déplacés dans les centres collectifs sont à risque d'éviction par manque des frais de loyer ;
- Un seul centre collectif, Magasin, a des interventions humanitaires de AIDES en Abri (Construction des hangars communautaires) et MSF et PAEV en WASH (20 portes latrines d'urgence, 20 portes de douche, 2 bornes construites par MSF France) ;
- Quant aux PSEA et redevabilité, les notions sont à renforcer vu la présence d'acteurs humanitaires et la précarité de la situation socio – économique de la communauté ;
- Pas de mécanisme d'identification et l'enregistrement systématique des déplacés dans la zone.

D. Besoins prioritaires

- Assistance en cash
- Assistance en nature (Nourriture, AME, kits hygiénique, infrastructures etc.

E. Recommandations

- Systématisation de l'identification et enregistrement des Déplacés
- Assistance urgente en Wash, Abri et Vivres suivi de la santé, AME, protection
- Veiller au respect du caractère civil du centre collectif

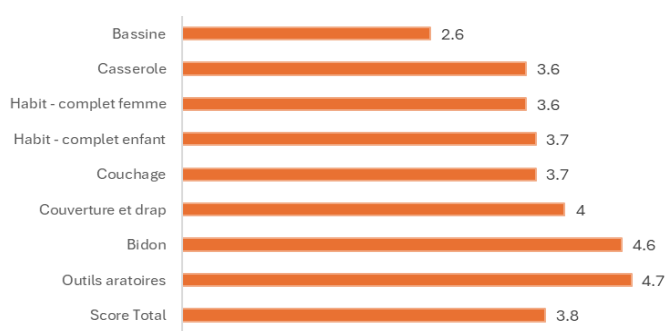
3.5. Articles ménagers essentiels (AME)

1. Score de Vulnérabilité AME

Le score de vulnérabilité en AME est représenté dans le tableau ici-bas traité avec l'outil d'analyse AME :



La vulnérabilité est plus grande en termes d'articles comme présentée dans le graphique suivant :



Les groupes de discussion et les enquêtes ménages révèlent une forte vulnérabilité des populations déplacées en AME pendant que le peu d'articles visibles dans certains ménages d'accueil ne suffisent pas à assurer les besoins des familles et sont très usés. A titre illustratif, des bidons de cinq litres servent à puiser l'eau, des morceaux des bâches utilisés pour le couchage, les casseroles utilisées pour la cuisson et le lavage (baie)). Les déplacés demandent les AME auprès de la population autochtone

De même, 81% des femmes et les filles en âges de procréation n'utilisent pas des kits hygiéniques menstruels.

Comme le montre le graphique, les outils aratoires, le bidon pour collecter l'eau et les couchages / literies sont les articles les plus absents dans les ménages.

2. Priorisation des besoins en AME

Les besoins en AME ressentis dans la communauté sont la **TROISIEME PRIORITE** après les vivres, les médicaments selon la communauté.

Les activités quotidiennes essentielles dont votre ménage a plus du mal à réaliser

Activités	Fréquence	% Ménages	Commentaires
Dormir	4	20	Les besoins en AME sont inter connectés et difficiles à séparer.
Cuisiner	4	20	
S'habiller	4	20	
Stocker l'eau et les aliments	5	21	
Se laver	2	18	
Autres		1	

3. Facteurs aggravants la vulnérabilité en AME dans le milieu

Ainsi, la situation se complique d'avantage étant donné que :

- Déplacement multiple et souvent sur une longue distance (25 à 75km) pendant lesquels beaucoup d'articles ont soit été jetés soit vendus à vil prix (pendant le déplacement ou à l'arrivée) pour subvenir aux besoins vitaux des ménages ;
- Les déplacés abandonnent derrière eux tous les biens de première nécessité et surtout qu'ils portent des enfants et d'autres forcés de marcher sur les longues distances ;
- Les déplacés sont pillés par les formés armées dans leurs villages, en cours de route même dans les milieux d'accueil ;
- Les déplacés vendent les peux des biens qu'ils ont pour la survie du ménage ;
- Les déplacés se concentrent à grand nombre dans les familles d'accueil qui aussi n'ont pas assez des biens et par conséquent vulnérable ;
- Les jeunes filles et les femmes laissent tous leurs biens d'hygiène intime lors du déplacement ;
- Les familles d'accueil aussi vulnérables à la suite de la crise persistante accueil d'autres vulnérables et se trouvent en rupture de capacité d'accueil ;
- Les familles d'accueil et les familles déplacés se partagent les biens non alimentaires même les plus intimes aux risques élevés de propagation des maladies.

4. Aperçu sur le marché et la capacité locale

- Les commerçants de LUBERO, KIPESE, KAGHERI et KASUGHO sont très attachés au grand marché de Butembo sur une route accessible (sauf en cas de pluie pour KIPESE, KAGHERI et KASUGHO). Selon la Fédération des Entreprises du Congo, environ 20 commerçants agréés avec dossiers complets à LUBERO, 22 à KIPESE, 6 à KASUGHO et 5 à KAGHERI à part les petits commerçants ;
- Aperçu des prix à LUBERO et KIPESE : Matelas pour 10 - 28 USD (les moins coûteux) et 50 - 70 USD (les plus coûteux) ; Bassin pour 1,5 - 2,5 USD ; casseroles de 5 l pour 5 USD, plats (douzaine) pour 6 USD, tasses (douzaine) pour 5 USD, cuillères (douzaine) pour 1,5 USD ; Draps (paire) pour 5 - 15 USD et couverture pour 10 - 22 USD.

5. Type d'assistance en AME et Stratégie d'intervention

Dans le secteur AME, les marchés locaux de LUBERO et KIPESE ont des bonnes capacités et peuvent appuyés facilement le marché local de KAGHERI et KASUGHO respectivement à 25 et 45 km de Lubero, soit 80 km de KIPESE et 100 km de BUTEMBO. Tous les commerçants des villages évalués s'approvisionnent sur le marché de Butembo.

Appreciation des enquêtes	Fréquence	% Ménages
Distribution des AME en nature	8	45
Organisation de la foire ou aller sur le marché selon le choix individuel	9	46
Assistance en Cash AME (milieu sur- militarisé avec la COODECO	2	9
TOTAL	19	100

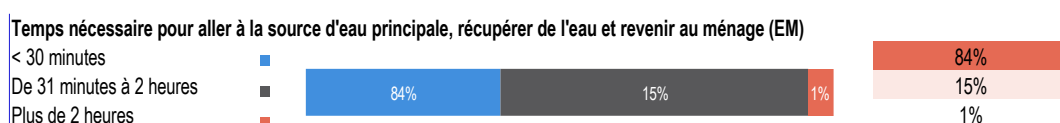
3.6. EAU – HYGIENE – ASSAINISSEMENT

1. Accès à l'eau potable

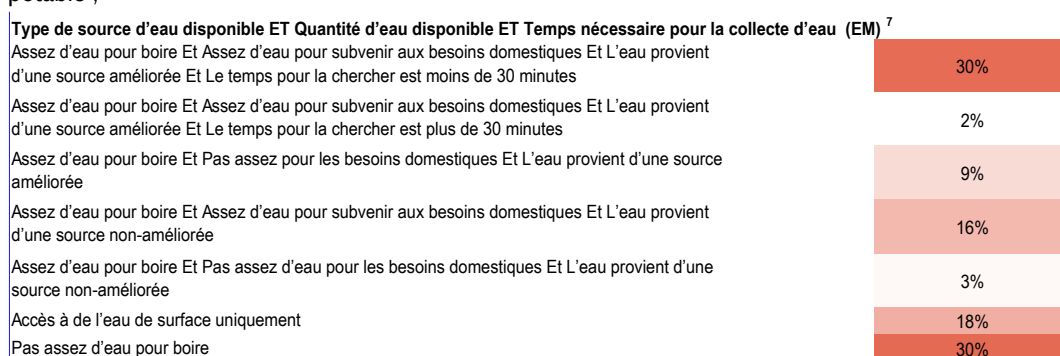
- La moyenne de l'eau par personne par jour est d'environ 4 litres ;



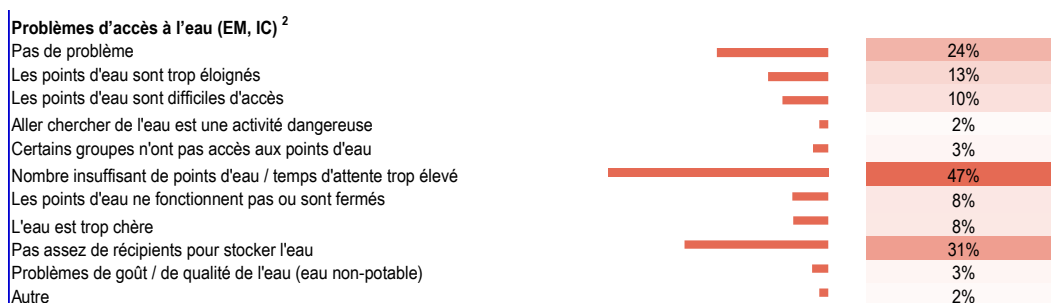
- Longues lignes d'attente qui aboutissent à des querelles ;



- Pour certains villages accèdent à l'eau avec de risque de viol car les puisages se font très tôt et trop tard ;
- Utilisation des eaux de surfaces et eau de pluie par certains villages à la suite de l'insuffisance de l'eau potable ;

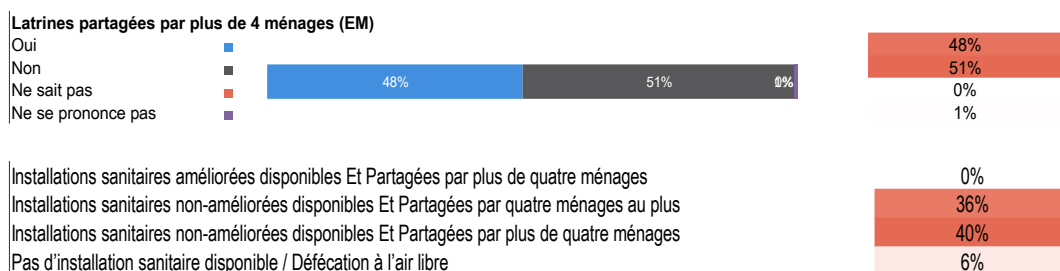


- Le taux de diarrhée est d'environ 40% pour les enfants de moins de 5 ans
- Les problèmes d'accès à l'eau suivants sont identifiés au cours de l'évaluation :



2. Assainissement

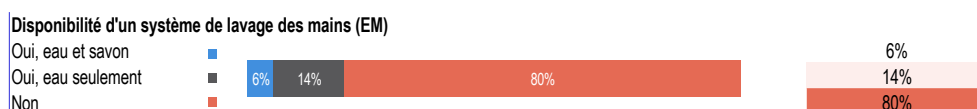
- Environ 30% des latrines et douches hygiéniques dans les Ménages et seulement 1/31 centre collectifs et des installations sanitaires



- Une carence d'infrastructures d'assainissement est aussi constatée dans les écoles et les FOSA
- Environ 4% des trous à ordures (Ménages, écoles, ...)
- Zone en déchets incomplètes dans les FOSA
- Faible pratique de la PCI dans les FOSA
- La présence de matières fécales, de l'eau stagnante et des déchets solides domestiques constituent les problèmes majeurs d'assainissement dans la zone évaluée ;
- Déficit de l'assainissement environnemental à la base des anophèles (surtout à KAGHERI et KASUGHO et aussi à la base du taux élevé du paludisme)

3. Promotion de l'hygiène

- 80% des ménages n'ont pas des dispositifs de lavage des mains



- Insuffisance de connaissance et attitudes sur les bonnes pratiques familiales essentielles
- Absence des kits Wash et d'hygiène intime
- Faible dynamisme des structures en base communautaires

4. Besoins

- Aménagement des sources naturelles plus 150 sources de vallées pour couvrir les besoins en eau de la population hôte et déplacés internes ;
- Réhabilitation de 8 adductions d'eau (LUBERO, MULO, KASIMA, KIPESE, KAGHERI et KASUGHO) ;
- Construction des 10 nouvelles adductions (KASIMA, LUBERO, KAVISEGHE, KIPESE, KAGHERI et KASUGHO) ;
- Construction des latrines publiques et douches dans 30 regroupements des déplacés et dans les familles d'accueil ;
- Sensibilisation et distribution des kits pour la construction des latrines dans la communauté ;
- Construction des impluviums, des latrines et douches dans les écoles et FOSA ;
- Construction des zones en déchets dans les FOSA ;
- Dotation des kits PCI dans les FOSA et des kits WASH dans les ménages et les écoles ;
- Sensibilisation et dotation des poubelles publiques ;
- Renforcement des capacités des relais communautaires (RECO), membres des cellules d'animation communautaire (CAC), COGEP, ASUREP, les hygiénistes, leaders communautaires, ... sur les pratiques familiales essentielles (PFE) ;
- Sensibilisation des groupes cibles sur les bonnes pratiques d'hygiène (par radio communautaire ;
- Dotation des kits KHI (kits d'hygiène intime) pour les femmes en âge de procréation.

3.7. SECURITE ALIMENTAIRE

Le sondage réalisée auprès de 200 ménages autochtones et déplacés dans les aires de santé choisies par hasard ainsi que les entretiens et focus groupes respectivement avec les informateurs clé des localités et les ménages a eu comme objectif d'Analyser la situation de sécurité alimentaire et nutritionnelle des 3 types de ménages; Identifier et analyser leurs moyens d'existence; Décrire les stratégies d'adaptation de ces différents groupes de population; Evaluer la capacité des marchés à répondre à une augmentation de la demande ; Identifier les autres besoins essentiels non-alimentaires de ces populations et formuler des recommandations de court, moyen terme et long terme

Les résultats suivants ont été relevés du point de vue sectoriel :

Principales sources d'acquisition de nourriture (EM) ²

Production personnelle	32%
Reçu comme une aide alimentaire du gouvernement, d'une ONG, de l'ONU, etc.	10%
Reçu comme cadeau d'amis / relatifs	22%
Marché	17%
Travail pour de la nourriture	39%
Cueillette, chasse ou pêche	0%
Achat auprès d'un voisin	7%
Petit commerce	8%
Vente de braises/charbon, etc	1%
Echange de produits contre de la nourriture	3%
Emprunts de nourriture auprès de relatifs, hôtes, etc.	11%
Emprunter de nourriture auprès de gens étrangers	3%
Zakat / don charitable de nourriture / offrande	3%
Autre	2%
Ne sait pas	0%
Ne se prononce pas	1%

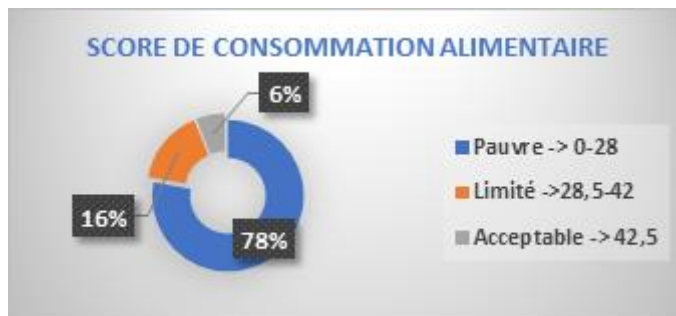
La population de la communauté évaluée vit difficilement dans le territoire de Lubero, 39% de population fait ne porte quel travail pour trouver juste quoi a mettre sous la dent. 32% de ménages autochtone vivent de leur production locale. 10% sont ceux-là qui ont bénéficié de l'aide du Gouvernement et de PAM.22% a reçu le cadeau de la part de leur ami.17% s'approvisionne au marché, 14% emprunte de la nourriture,6% reçois de don et emprunte auprès des étrangers,3% échange le produit contre la nourriture ,8% font les petits commerce,7% a acheté les vivres chez les voisins et une minorité de 1% vend de la braise.

Indices Domestique De La Faim (IDF/HHS)



L'indice domestique de la faim est une évaluation de l'intensité de la faim dans les ménages dans une zones d'insécurité alimentaire : il se concentre sur la dimension quantité de nourriture de l'accès aux aliments mais ne mesurent pas la qualité du régime alimentaire. Par rapport à cet indicateur, l'évaluation révèle que 92 % des ménages déplacés et familles autochtones sont en insécurité alimentaire globale contre 8 % qui sont encore dans la situation acceptable.

Score de consommation alimentaire (SCA) des ménages



Le score de consommation alimentaire (SCA) est le résultat des mesures du nombre de différents groupes d'aliments consommés par des personnes et la fréquence à laquelle ces aliments sont consommés. Il permet de mesurer la diversité de l'apport alimentaire mais pas la quantité. Il a été démontré que le SCA est significativement corrélé avec la consommation de calories par personnes. La vue d'ensemble des scores de consommation montre que 78% des ménages sondés ont une consommation alimentaire pauvre, 16% avec une consommation limitée alors que seulement 6% avec une consommation acceptable. Les ménages anciens et nouveaux déplacés enregistrent un taux d'insécurité alimentaire avec 94 % des ménages concernés par la forme sévère. Ont une consommation alimentaire pauvre –limitée et peu diversifiée ce qui traduit la note se trouvant dans le graphique

De manière globale, le 95 % des ménages au regard de leurs recours aux stratégies de survie sont tel que : Consommer des aliments moins coûteux/moins préférés (lorsque les aliments habituellement consommés sont disponibles) : 100% de ménages emprunte des aliments ou demande de l'aide aux amis/voisins/parents/famille ; 62 % réduit la taille des portions lors des repas ; 33% réduire la consommation des repas des adultes au profit des enfants ; 33% réduit le nombre de repas journaliers.

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



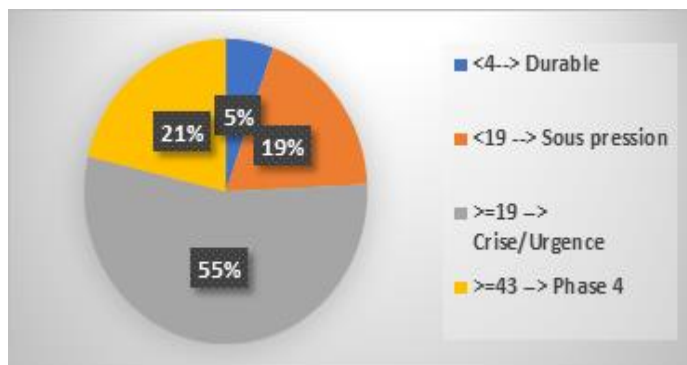
Les ménages par nombre rapporté de semaines de couverture de nourriture avec les ressources sont tels que 69% ne dispose pas de reverse, 22 % pour 1 à 2 semaines, 6% plus de 3-4 semaines, 3% plus de 4 semaines. Les déplacées n'ont pas des ressources, ils vivent de solidarités des autochtones. Les vivres reçus de PAM sont épuisés 2 semaines après l'arrivée des nouveaux déplacés. Le peu de stock qu'ils gardaient a été partagé avec les nouveaux déplacés. Les ménages déplacés n'ont pas eu le temps d'apporter les vivres durant le déplacement.

Part des dépenses alimentaires :

La part des dépenses alimentaires totales d'un ménage donne une indication sur son niveau de vulnérabilité économique. Selon le standard du cluster sécurité alimentaire, si un ménage consacre plus de 90% de son revenu à l'achat de nourriture celui-ci est considéré dans une situation de vulnérabilité économique élevée et indique par conséquent des signes de forte insécurité alimentaire. Les résultats de l'évaluation démontrent qu'en moyenne, la majorité des ménages dans les quatre agglomérations de Lubero, Kipese, Kagheri et Kasugho vivent sans aucun revenu fixe et 5% des ménages qui en ont, consacrent en moyenne 95% de leur revenu à l'achat de nourriture. Chose qui démontre que les populations affichent les niveaux de vulnérabilité économique très critique. Cette insécurité alimentaire est marquée par une réduction drastique (en quantité et en qualité) du nombre de repas par

jour (un repas monotone par jour) s'endetter avec peu d'espoir de rembourser. La situation s'aggrave au niveau des ménages déplacés.

Indice de stratégie de survie simplifié(rCSI)



Plus de la moitié de population dans la zone évaluée se trouve dans la phase 4 équivalent à la crise selon la classification de la crise.

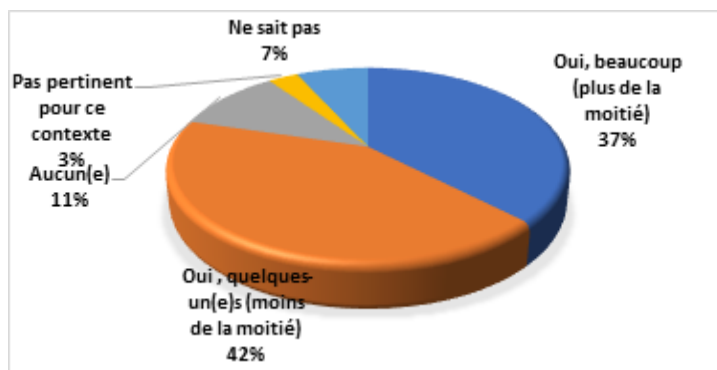
Les ménages disposent d'important déficit en consommation alimentaire par une malnutrition aiguë modérée et surmortalité. Les options pour améliorer l'accès à une alimentation saine et nutritive sont nettement limitées. Les ménages sont contraints de liquider leur avoir pour la survie, d'autre recours à la mendicité. Les ménages consomment 1 fois le repas par jour et le repas est constitué uniquement de pomme de terre et chou.

Accès à la terre



La majorité soit 72% de la population enquêtée n'a pas accès à la terre, 27% qui cultivent dans les parcelles de 25x25 m² et d'autre loue la même dimension à 20000 FC par saison culturale. Le peu de ménages qui ont accès à la terre éprouvent d'énormes défis sécuritaires pour y aller, car leur champ se trouve au-delà de 40 km. Problèmes de sécurité pour accéder aux Champs /pâturages/zones de pêche. Les pluies étant abondantes, elles entravent sur la croissance des certaines cultures particulièrement les haricots dans certains champs au saison B.

Proportion de culture endommagée



La zone de Lubero dispose de 2 saisons culturales : la saison A : Janvier - juin et la saison B - juillet à décembre. Les pluies étant abondantes ont entravé sur la croissance des certaines cultures dans le champ, 42% des enquêtes ont confirmé que moins de la moitié de leur culture a été endommagée et 37 % a perdu plus de la moitié de sa production. Les ménages déplacés ont perdu et d'autres ont vendu leurs bétails durant le déplacement. On rapporte également maladie des cultures et de cheptel dans la Zone

Marché

L'évaluation a porté sur 4 marchés dans toute la zone évaluée 1 à Lubero, 1 à Kavugho, 2 à Kipese et 1 à Kagheri.

Les principales denrées alimentaires de la zone notamment le riz, le chou, le haricot, la banane plantain, le manioc et le fufufu sont disponibles aux marchés, mais le niveau de revenus des ménages reste faible pour y accéder. Les marchés sont accessibles à tout le monde à pied et à moins de 2 heures. Les marchés sont généralement bien approvisionnés en céréales, légumineuses, huile de palme mais en nombre insuffisant. Certaines zones d'approvisionnement en produit agricole tels que KAYNA, KIRUMBA, KASUO, KIPESE, KAGHERI, KITSHOMBIRO, ALIMBONGO, ... sont affecté par les conflits armée. On note la faible disponibilité des produits agricole avec hausse des prix de certains denrées alimentaire. Il existe deux institutions financières dans la Zone : CADECO et Coopec SODEL. Les réseaux mobile Airtel, Orange, Vodacom fonctionnent plus au moins bien avec possibilité d'utiliser le Mobile Money.

Le lieu d'approvisionnement en NFI demeure Butembo et d'autres vont jusqu'à Ouganda Kampala.

Capacité de réponse : les sources d'approvisionnement resteraient inchangées en cas de demande excédentaire jusqu'à 25% pour lequel les commerçants sont capable de répondre, la fréquence est acceptable (- 2 semaines), et le temps de réapprovisionnement acceptable (- 2 jours).

En termes de projection, les commerçants et population interrogés estiment que les prix vont continuer à augmenter en raison de la persistance de conflits armés, les stocks reçus du PAM sont épuisés.

Réponses SECAL dans la zone

- WHH et RACON : interviennent en relance agricole jusqu'à Fin Aout 2025.
- PAM : assistance en Food aux anciens déplacés (11 556 ménages).
- NRC : Assistance en cash inconditionnel a 14 000 ménages nouveaux déplacés en one short en début février 2025
- Positionnement FICR dans l'axe KAGHERI - KASUGHO en vivres après UNIRR.

Principales causes de l'insécurité alimentaire :

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

- Une consommation alimentaire très peu diversifiée résultant d'un revenu faible dont les dépenses presque entièrement consacrées à l'alimentation ou quasiment inexistant par suite de la perturbation des conditions de vie par les conflits armes ;
- Déficit de production en raison de la perte de capital de production et la rareté des terres arables par prolifération des plantations d'eucalyptus et de pâturages ainsi que la saison culturale actuelle et la surpopulation. Cette baisse de production a joué sur les disponibilités dans les ménages de la zone ;
- Hausse de prix de certaines denrées alimentaires locales réduisant ainsi l'accès à ces produits pour tous les ménages et l'épuisement des stocks des ménages hôtes déjà faibles par solidarité pour assister les déplacés.

Recommandations

Recommandations	Responsabilité	Populations Ciblées	Échéance
<ul style="list-style-type: none">• Promouvoir les activités de renforcement de la résilience (maraîchage, pêche, AGR) au profit de tous en vue de combler le gap en sécurité alimentaire des ménages appuyés par WHH, ASDI-RDC, UWAKI, AFEDEM, COOPADI, LIFEN	Cluster SECAL	Déplacés, hôtes	Février 2025

<ul style="list-style-type: none"> Pouvoir à la pénurie des vivres au sein des ménages déplacés et hôtes dans la zone et organiser une assistance alimentaire d'urgence aux populations en insécurité alimentaire (modérée et sévère), tout en veillant sur l'habitude alimentaire de la zone, la zone de Lubero étant classée en phase 3 dans l'IPC 	PAM, acteurs de réponse rapides en secal	Déplacés, hôtes	Janvier 2025
<ul style="list-style-type: none"> Organiser une étude de marché cash et la pertinence de l'utilisation de l'approche cash dans la zone en vue de renforcer les moyens d'existence 	Acteurs SECAL	Marchés des grandes agglomérations	Février 2025

3.8. SANTE

1. Situation de santé dans la zone évaluée

- L'ERM dans la Zone de Santé de Lubero a couvert 12 aires de santé (Cfr Tableau 3)
- La plupart des patients hommes et femmes utilisent les structures de santé pour se faire soigner. Toutefois autour de 1 malade sur 4 n'accède pas aux soins. Bien que la gratuité des soins soit assurée pour la Commune de LUNBERO et KIPSE par les acteurs de réponse santé comme MSF-F, CICR, Alima et Médair. Le manque d'accès au soin est plus accentué dans les localités de KAGHERI et KASUGHO. L'afflux de déplacés accélère la consommation des médicaments et le manque de revenu auprès des déplacés qui viennent se faire soigner sans payer dans les structures non appuyées, pénalise la dynamique financière des structures de soins en le mettant dans l'impossibilité d'assurer la continuité de prise en charge des patients (impossibilité de se réapprovisionner et de payer le personnel) ;
- Les informateurs clés ont affirmé que la plupart des femmes dans les centres de santé / d'accueil. Le gouvernement garantit l'accouchement gratuit pour les femmes. Les échanges avec le Médecin Directeur de l'hôpital général de référence de Lubero ont montré une insuffisance à termes d'équipements et de prise en charge de service de néonatalogie.

Principal type de lieu utilisé par les hommes pour obtenir des soins (EM)

Structure de santé (centre, clinique, hôpital, etc.)	76%
Guérisseur traditionnel / religieux	0%
Reste à la maison / se soigne soi-même	23%
Autre	1%

Principal type de lieu utilisé par les femmes pour obtenir des soins (EM)

Structure de santé (centre, clinique, hôpital, etc.)	77%
Guérisseur traditionnel / religieux	1%
Reste à la maison / se soigne soi-même	21%
Autre	1%

- Généralement les structures des soins sont à une distance de moins d'une heure de course / marche pour les patients.

Durée de marche pour atteindre la structure de santé la plus proche (EM)

Moins de 1 heure	85%
Entre 1 heure et 2 heures	13%
Entre 2 heures et une demi-journée	1%
Plus d'une demi-journée / pas de centre de santé disponible	0%

- Les échanges à travers les groupes de discussions et avec les informateurs clés montrent que le manque d'accès au soin est justifié par (1) le manque de revenu pour payer les soins (2) le manque des médicaments dans les

structures des soins (3) le manque du personnel qualifié dans les centres de santé et dans une moindre mesure (4) la distance trop élevée à parcourir pour environ 15% des patients.

Problèmes d'accès aux soins de santé (IC) ²	
Pas de problèmes	2
Infrastructures de santé partiellement ou totalement détruites	7
Manque de personnel médical qualifié dans les centres de santé	37
Manque de médicaments	103
Manque de moyens pour payer les soins de santé	172
Problèmes d'accès physique pour tout le monde (y compris la distance trop élevée)	15
Problèmes d'accès physique pour les personnes âgées	3
Problèmes d'accès physique pour les personnes handicapées	3
Problèmes d'accès sécuritaire pour tout le monde	6
Autre	4

- Les pathologies les plus observées dans la zone sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et la malnutrition bien que d'autres pathologies soient aussi largement rapportées. Durant les deux dernières semaines qui ont précédé l'évaluation, il a été observé la diarrhée auprès de 40% et la toux auprès de 60% d'enfants, la zone étant trop froide.

Nombre moyen de cas de maladies rapportées (IC, prof. de santé)	Cas suspects	Cas confirmés
Paludisme	124	105
Infection Respiratoire Aigue	132	87
Diarrhées aiguës	113	141
Typhoïde	0	55
Malnutrition aigue globale	88	46
Rougeole	35	45
Choléra	36	39
Fièvre jaune	39	53
Fièvre hémorragique	0	0
Autre	0	302

2. Défis sanitaires à relever pendant la cette période de crise

NO	DOSSIERS	ETABLISSEMENT DE SOIN	CARATERISTIQUE	OBSERVATION
1	Gratuité des soins	Quelques établissements de soins ont la gratuité des soins sous la couverture de quelques partenaires.	HGR Lubero avec CICR : soins aux blessés de guerre, CS KIPSE : MFS pour les enfants de 0 à 14 ans pour les hospitalisations et tous les patients qui viennent à OPD. MSF est aussi à Lubero cité pour les patients OPD. MSF intervient pour la prise en charge des urgences à l'HGR de Lubero, ainsi que la transfusion sanguine et vaccination. CS KAVETYA et BARAKA : MEDAIR CS KAVISEGHE, VUNYAKONDOMI et MULO : Alima avec paquet complet en soins de santé primaire	Premièrement les 100% des établissements de soin ont la gratuité de la maternité sous le financement du gouvernement congolais dans le cadre de la couverture santé universelle. Deuxièmement Les 100% des structures ont accès au projet CG7, sous le patronage de PPSP, qui est un projet de lutte contre le paludisme, le VIH, la Tuberculose. Les personnes cibles : les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes. Le début du projet était le 01 octobre 2024 et la fin du projet ira au 30 décembre 2026.
		Recommandation : Que les partenaires en santé puissent s'étendre sur toutes l'étendue des 21 aires de santé pour que la gratuité des soins soit une réalité dans toute la ZS de Lubero		
2	Formation des prestataires	Environ 90% des prestataires de soin doivent être formés en Dispositif Minimum d'urgence en Santé Sexuelle de la Reproduction, en PCI. Selon nos enquêtes, il y a besoin urgent de formation		

		des prestataires de soins à tous les niveaux et selon tous les thématiques de son de santé primaire.
3	Approvisionnement en médicaments essentiels	La crise actuelle a un impact négatif sur l'approvisionnement des établissements de soins en médicaments essentiels et les consommables médicaux. Les mouvements des populations vers les centres plus sécurisés entraînent une consommation très aigue des médicaments dans les établissements sanitaires. Signalons que selon le MCZ de Lubero, la pharmacie de l'HGR de Lubero a encaissé une très grande dette en médicaments essentiels (environ 30 milles dollars) pour couvrir les besoins des patients qui sont pour la plupart de déplacés internes. Il en est de même pour les Centres de Santé LUBERO CITE, KAGHERI, KASUGHO, KASIMA, KIPese, MULO, KASALALA et VULAMBO
4	Distribution ou dotation en intrants PCI	La PCI est devenue quelque chose d'oublié dans tous les 100% des établissements de soins ainsi que dans les familles d'accueil, ce qui expose la communauté locale aux phénomènes de masse surtout lié aux maladies des mains sales, surtout le cholera ou diarrhée sanguinolente. Nous n'avons trouvé aucun dispositif de lavage de main aux portes d'entrée de tous les établissements sanitaires ni de gel hydro alcoolique sur les tables de bureaux des tous les agents de santé des établissements visités
5	Mise à la disposition des Kit PEP	Heal Africa appuie en Kit PEP les structures suivantes : HGR de LUBERO, CSR LUBERO CITE, CS KAVETYA et CS KAVISEGHE. Les autres établissements de soins à travers la zone de santé n'ont pas d'approvisionnement en Kit PEP. Par conséquent pour le moment, les patients sont vraiment exposés aux pathologies à transmission rapide telles que le VIH Sida
6	Réhabilitation et construction des infrastructures	Pas de centre de santé avec toilettes en standard acceptables : le nombre de toilette par population est insuffisant, la séparation de toilette homme et femme n'est pas respectée. Les maternités sont à réhabiliter et équiper avec surtout les lits d'accouchement, les matériels de l'accouchement assisté (forceps et ventouse), l'approvisionnement en eau potable est une urgence, la construction des zones à déchet est une obligation. À la suite de la surpopulation des établissements des soins, le besoin d'approvisionnement en équipement de soin est une urgence. Ici nous citons : lits et matelas, petits matériels de soins, kit de dignité, kit d'accouchement individuel, Préservatif masculin comme féminin, et surtout les produits pour le planning familial, les kits pour l'accès à la transfusion sanguine, kit pour la césarienne sécurisée.
7	Prise en charge des urgences obstétricales, néonatales et pédiatriques	Environ 95% des staffs dans les établissements de soin ne sont pas formés en SONU B et SONU C, nous avons noté une insuffisance en nombre de prestataires de soin, et dotation des équipements de base pour SONU et soins essentiels aux nouveau-nés avec kit de réanimation du nouveau-né et des pédiatriques.
8	Prise en charge des accouchements assistés	98% des établissements de soin manquent de connaissance en utilisation du matériel de l'accouchement assisté, absence des connaissances sur l'utilisation du partogramme, et la gestion active du troisième stade de l'accouchement (GATPA)
9	Prise en charge médicales et psychologique des victimes des violences sexuelles	98% des prestataires de soin manquent des connaissances sur la définition et contenu de VBG. Ces prestataires de soin doivent être formés en VBG, administration du Kit PEP, contraception d'urgence, les antibiotiques de prévention des infections.
10	Appui aux CPN et CPS	95% des prestataires de soin ignorent complètement les notions de CPN recentrée. Le besoin en formation en CPN recentrée est urgent. Les enfants sous vaccinés ainsi que les enfants zéro dose sont dans les ménages. Le besoin d'intervention est vraiment une obligation.
11	Soutien à la vaccination Renforcement du mécanisme de surveillance épidémiologique	90% des prestataires de soin ont une ignorance sur le nouveau calendrier vaccinal. Sur ce, il nous faut une vulgarisation du nouveau calendrier de vaccination : vaccin anti-paludisme, introduction de la deuxième dose de vaccin anti-rougeole, antigène combiné diphtérie et tétanos. Cette sensibilisation doit aller jusqu'au niveau de la communauté locale.
12	Redynamisation, formation et équipements des CODESA	Sensibilisation de la communauté de base à appartenir au CODESA, CAC, RECO. Ils doivent être formés sur la sensibilisation aux bonnes pratiques utiles à résoudre la crise qui se vit actuellement dans la zone d'intervention. Ils doivent être formés et équipés pour atteindre leurs objectifs d'appui à la gestion de la crise actuelle qui se vit dans la communauté locale

13	Sensibilisation de Masse dans la Communauté sur les pratiques Familiales Essentielles et EHA	90% de la population affiche une ignorance sur les pratiques familiales essentielles et la gestion de l'eau, hygiène et assainissement. Sur ce, nous devons organiser la sensibilisation de masse dans les thématiques relatives à ce thème
14	Santé de la Reproduction	Nous avons trouvé un taux de décès maternel élevé dans la zone de santé de Lubero, avec l'enregistrement des décès maternels communautaires liés aux conflits armés en cours. Nous avons constaté un retard considérable dans la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales. Un cas que nous avons vu aux urgences de l'HGR de Lubero a attiré notre curiosité. Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans G5P4 @7 semaines d'aménorrhée, avec histoire d'un utérus 4 fois cicatriciel, a été reçue aux urgences par le médecin de garde à 06:00 avec comme diagnostic avortement incomplet, saignant activement, avec agitation, douleurs abdominale, soif, vertiges, diagnostic confirmé à l'échographie, est venue bénéficier de l'aspiration à 17:00. A la question de savoir pourquoi ce retard dans la prise en charge d'un cas comme celui-là, le médecin directeur nous répond que tout le monde était occupé. Il y a un taux élevé des grossesses indésirables, et le nonaccès au service de planification familiale. Les femmes en âge de reproduction n'ont pas accès au service de l'avortement médical sécurisé. Nous avons recommandé : Formation des prestataires en méthode de planification familiale, Demander aux confessions religieuses qui gèrent les établissements de soin au nom de l'Etat Congolais de ne pas proscrire l'usage de planning familial aux femmes qui en ont besoin. Sensibiliser les prestataires de soin de ne pas priver aux femmes les méthodes de planification familiale à cause des croyances religieuses personnelles. Doter les structures en intrants PF, et former les femmes à accepter leur droit d'accès à l'avortement sécurisé
15	Lutte contre le VIH - TBC	Nous avons noté une rupture de stock temporaire des médicaments antituberculeux dans les établissements de soin avec des cas notifiés non soumis au traitement, Promotion de la vulgarisation des protocoles de prévention de VIH et TBC

3.9. NUTRITION

1. Méthodologie de l'évaluation

La méthodologie a reposé sur la collecte de données qualitatives et quantitatives, comprenant des groupes de discussion (focus groups), des entretiens avec des informateurs clés, ainsi que des enquêtes menées auprès des ménages déplacés et autochtones des axes LUBERO CENTRE, KIPSE, KAGHERI et KASUGHO. Il est important de noter que les enquêtes auprès des ménages et les groupes de discussion (focus groups) ont été associées à un dépistage nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois et des femmes enceintes et allaitantes (FEFA) présentes au moment de l'enquête.

2. Collecte des informations auprès des informateurs clés (IC), professionnel de sante/nutrition

A. Données collecte auprès des Informateurs clés sur les enfants de moins de 5 ans admis dans les programmes de prise en charge

Les données recueillies auprès des infirmiers titulaires et des nutritionnistes des aires de santé évaluées révèlent une situation de malnutrition aiguë préoccupante chez les enfants de moins de 5 ans, avec des disparités notables selon le sexe et le statut de déplacement.

Sur l'ensemble des **684 enfants** admis dans les programmes de prise en charge comme énuméré par les informateurs clés identifiés, **417 présentent une malnutrition aiguë sévère** (<115 mm de circonférence du bras supérieur) et **267 souffrent de malnutrition aiguë modérée** (115-125 mm). En ce qui concerne la répartition par âge, les enfants de moins de 2 ans sont particulièrement touchés, avec **148 souffrants de malnutrition aiguë sévère**, contre **270 chez les**

enfants de 2 ans et plus. Cela montre que les enfants les plus jeunes sont plus vulnérables aux formes graves de malnutrition.

Lorsque l'on examine les données par sexe, il est évident que les **filles** sont plus touchées par la malnutrition aiguë sévère, avec un pourcentage plus élevé de cas dans cette catégorie par rapport aux garçons. Ce constat suggère des facteurs de vulnérabilité spécifiques pour les filles, potentiellement liés à des différences dans l'accès aux soins de santé, à la nutrition et à d'autres ressources essentielles.

En outre, selon le statut de déplacement, les **enfants déplacés** représentent une proportion plus importante des cas de malnutrition aiguë sévère et modérée. Les enfants déplacés, souvent confrontés à des conditions de vie précaires, à un accès limité à des services de santé et à une alimentation insuffisante, sont particulièrement vulnérables. Ces résultats soulignent la nécessité d'interventions humanitaires ciblées pour cette population, en particulier dans les zones d'accueil des déplacés, où les enfants subissent les effets combinés du stress, du manque d'infrastructures et de ressources alimentaires limitées.

En conclusion, ces données indiquent que les filles et les enfants déplacés sont les groupes les plus touchés par la malnutrition aiguë. Une attention particulière doit être accordée à ces populations vulnérables dans le cadre des interventions nutritionnelles et humanitaires pour éviter des conséquences graves sur leur santé et leur développement.

B. Données collectées auprès des Informateurs clés sur les femmes enceintes et allaitantes admis dans les programmes de prise en charge:

Les données relatives à l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes (FEFA) mettent en évidence une situation particulièrement alarmante, en particulier parmi les femmes déplacées. Sur les **109 cas identifiés** de malnutrition aiguë globale, 53 souffrent de **malnutrition aiguë sévère** (circonférence du bras supérieur < 185 mm), tandis que 56 présentent une **malnutrition aiguë modérée** (circonférence du bras supérieur entre 185 mm et 230 mm). Ces chiffres témoignent d'une grave détérioration de la santé nutritionnelle, exacerbée par les déplacements forcés.

Les femmes enceintes et allaitantes déplacées, souvent confrontées à un accès limité à une alimentation suffisante et à des conditions de vie précaires, sont les plus vulnérables à la malnutrition aiguë. Ces déplacements entraînent un stress supplémentaire, perturbent l'accès aux services de santé et compliquent la disponibilité d'une alimentation diversifiée, aggravant ainsi leur état nutritionnel. Les résultats soulignent donc l'urgence d'interventions spécifiques et adaptées à cette population vulnérable, en particulier pour les FEFA déplacées, afin de prévenir des conséquences sanitaires graves tant pour les mères que pour leurs nourrissons.

I. Dépistage réalisé par l'équipe d'évaluation dans les aires de santé

En plus des données recueillies au niveau des aires de santé, nous avons eu à dépister systématiquement tous les enfants de moins de 5 ans ainsi que les femmes enceintes et allaitantes.

Situation des enfants des moins de 5 ans dépistés lors des enquêtes ménages

Enfants de moins de 5 ans	Enquêtes ménages						
	Enfants < 5	< 2 ans		≥ 2 ans		Total	
		N	%	N	%	N	%
Malnutrition Aiguë Sévère	<115 mm	0	0%	1	2%	1	1%
Malnutrition Aiguë Modérée	115-125 mm	6	7%	5	9%	11	9%
Pas de malnutrition	>125 mm	22	93%	50	89%	72	90%
Malnutrition Aiguë Globale		6	7%	6	11%	12	10%

Situation des femmes enceintes et allaitantes dépistés lors des enquêtes ménages

Femmes enceintes et allaitantes	FEFA	N	%
Malnutrition Aiguë Sévère	<185 mm	0	0%
Malnutrition Aiguë Modérée	185-230 mm	3	7%
Pas de malnutrition	>230 mm	41	93%
Malnutrition Aiguë Globale		3	7%

Situation des enfants des moins de 5 ans dépistés lors des groupes de discussions

Enfants de moins de 5 ans	Enquêtes ménages		
	Enfants < 5	Total	
		N	%
Malnutrition Aigüe Sévère	<115 mm	19	16,3%
Malnutrition Aigüe Modérée	115-125 mm	8	6,9%
Pas de malnutrition	>125 mm	89	76,7%
Malnutrition Aigüe Globale		27	23,2%

Situation des femmes enceintes et allaitantes dépistés lors des groupes de discussions communautaires

Femmes enceintes et allaitantes	FEA	N	%
Malnutrition Aigüe Sévère	<185 mm	0	0%
Malnutrition Aigüe Modérée	185-230 mm	2	7,7%
Pas de malnutrition	>230 mm	24	92,3%
Malnutrition Aigüe Globale		2	7,7%

Commentaires : Les données concernant la situation nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes (FEA) dépistées lors des groupes de discussion communautaires révèlent une situation globalement favorable, mais il convient de noter que ces résultats concernent uniquement les femmes déplacées vivant sur le site d'accueil. Toutefois, **7,7 %** des femmes souffrent de **malnutrition aiguë modérée (MAM)** et **92,3 %** n'ont aucun signe de malnutrition.

Cependant, il est crucial de souligner que ces chiffres ne concernent que les femmes vivant dans les sites d'accueil. Si l'on inclut les femmes déplacées vivant dans les familles d'accueil, la situation nutritionnelle pourrait être bien plus complexe. En effet, ces femmes sont souvent confrontées à des conditions de vie encore plus précaires, avec un accès limité aux ressources et aux services de santé, ce qui augmente leur vulnérabilité à la malnutrition.

Bien que le pourcentage de la MAM soit faible, il ne doit pas être négligé, car il reflète des signes de vulnérabilité nutritionnelle chez un groupe particulièrement sensible.

Il est donc important de poursuivre les efforts de surveillance et d'interventions nutritionnelles, notamment pour les femmes déplacées, en tenant compte des réalités spécifiques des sites d'accueil et des familles d'accueil. De plus, des stratégies ciblées doivent être mises en place pour garantir que toutes les femmes, qu'elles soient sur des sites d'accueil ou dans des familles d'accueil, aient un accès suffisant à une alimentation adéquate et à des services de santé, afin de prévenir toute dégradation de leur état nutritionnel, surtout en période de crise.

II. Observations supplémentaires:

1) Impact des déplacements massifs sur la malnutrition aiguë des enfants et des femmes enceintes/allaitantes :

Le tableau des mouvements de population révèle l'ampleur du déplacement des populations dans le territoire de Lubero, avec un nombre considérable de personnes déplacées internes (IDPs) dans des zones déjà fragilisées. Cette situation de crise affecte gravement la nutrition des groupes vulnérables, notamment les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes. Ces populations, souvent déracinées et vivant dans des conditions précaires, sont particulièrement vulnérables aux formes graves de malnutrition aiguë. L'ampleur du phénomène appelle à une réponse humanitaire urgente et ciblée pour prévenir une détérioration plus importante de la santé nutritionnelle.

2) Inégalités entre les filles et les garçons dans la malnutrition aiguë :

Les données sur les enfants de moins de 5 ans révèlent une disparité significative entre les sexes en ce qui concerne la malnutrition aiguë sévère. **Les filles sont plus touchées que les garçons**, ce qui suggère que des facteurs spécifiques peuvent affecter leur accès à la nutrition, aux soins de santé, ou à d'autres ressources essentielles. Cette disparité nécessite une attention particulière dans les interventions humanitaires, avec des stratégies adaptées pour répondre aux besoins spécifiques des filles et assurer un accès équitable aux services.

3) Les enfants déplacés, groupe prioritaire pour l'intervention humanitaire :

Les **enfants déplacés** représentent une proportion plus importante des cas de malnutrition aiguë sévère et modérée. Les conditions de vie précaires des déplacés, caractérisées par un accès limité à des services de santé, une alimentation insuffisante et des infrastructures fragiles, exacerbent leur vulnérabilité à la malnutrition. Les acteurs humanitaires doivent prioriser ces enfants dans leurs actions, notamment en renforçant les services de santé et la sécurité alimentaire dans les zones d'accueil des déplacés. Cela inclut la distribution de nourriture nutritive, le suivi des états nutritionnels et la mise en place de programmes de santé préventifs.

4) Vulnérabilité des femmes enceintes et allaitantes déplacées :

Les données sur les femmes enceintes et allaitantes soulignent une situation nutritionnelle préoccupante, particulièrement parmi celles qui sont déplacées. **Environ 11 %** des femmes souffrent de **malnutrition aiguë modérée**, nécessitant une prise en charge nutritionnelle essentielle pour leur santé et celle de leurs nourrissons. Les acteurs humanitaires doivent donc garantir un accès immédiat à des soins de santé et à une alimentation suffisante pour cette population à risque, en particulier dans les zones d'accueil des déplacés.

5) Nécessité d'une approche différenciée selon le statut de déplacement et le lieu de vie :

Les données montrent que la malnutrition aiguë ne concerne pas uniquement les femmes enceintes et allaitantes vivant dans les camps de déplacés, mais également celles résidant chez les familles d'accueil. Ces dernières sont souvent confrontées à des conditions encore plus difficiles, avec un accès limité aux services de santé et une sécurité alimentaire restreinte. Les acteurs humanitaires doivent élargir leur intervention pour inclure toutes les femmes déplacées, qu'elles vivent dans des sites d'accueil ou chez des familles d'accueil, afin de ne pas laisser de côté les plus vulnérables.

6) Urgence d'une réponse multisectorielle et intégrée

Les données collectées auprès des infirmiers titulaires et des nutritionnistes mettent en évidence les lacunes dans les services de santé, en particulier dans les zones d'accueil des déplacés. Il est essentiel que les acteurs humanitaires adoptent une approche intégrée, combinant interventions nutritionnelles, sanitaires et en matière de sécurité alimentaire. Une réponse multisectorielle garantira une couverture complète des besoins des déplacés, en particulier des enfants et des femmes enceintes/allaitantes.

III. Besoins et activités prioritaires des autres secteurs pouvant impacter l'état nutritionnel de la zone

1) Nutrition

- **Malnutrition aiguë chez les enfants** : L'évaluation révèle un taux alarmant de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans, notamment les plus jeunes (moins de 2 ans), qui sont particulièrement vulnérables. La malnutrition aiguë sévère touche un grand nombre des enfants, avec une situation plus critique parmi les enfants déplacés, souvent dans des conditions précaires et avec un accès limité à la nourriture et aux soins de santé. Les filles sont particulièrement affectées, avec un taux plus élevé de malnutrition sévère que les garçons.
- **Femmes enceintes et allaitantes (FEFA)** : La situation nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes est également préoccupante, avec près de 49% souffrant de malnutrition aiguë sévère. Les femmes déplacées, en particulier celles vivant dans des zones d'accueil ou des familles d'accueil, sont encore plus vulnérables. Leur état nutritionnel affecte directement leur santé et celle de leurs nourrissons.

Actions prioritaires :

1. Renforcement de l'accès à une alimentation diversifiée et suffisante.
2. Mise en place de programmes de suppléments nutritionnels pour les enfants et les femmes enceintes/allaitantes.

- Augmentation de la couverture des services de santé, y compris pour le dépistage et le traitement de la malnutrition.

2) Santé

- Accès limité aux soins de santé :**

Les infrastructures de santé locales sont surchargées, en raison de l'afflux massif de déplacés et de la dégradation des routes. L'accès aux soins de santé est particulièrement difficile dans les zones touchées par la violence et les affrontements militaires. Les enfants et les femmes enceintes/allaitantes sont les plus vulnérables aux maladies, en raison de la malnutrition et des conditions de vie précaires.

Actions prioritaires:

- Renforcer les soins de santé maternelle et infantile.
- Fournir un accès rapide à des soins médicaux, y compris pour les soins prénatals et postnatals.
- Augmenter la capacité des centres de santé locaux, y compris en matière de traitements pour les maladies évitables.

3) Sécurité alimentaire

- Insuffisance alimentaire :** La crise a aggravé la sécurité alimentaire dans la région, avec des perturbations dans les chaînes d'approvisionnement alimentaire et l'accès limité aux produits alimentaires essentiels. Les déplacés et leurs familles d'accueil souffrent particulièrement de la pénurie de nourriture.

Actions prioritaires :

- Distribution d'aliments d'urgence, notamment pour les enfants et les femmes enceintes/allaitantes.
- Renforcement des initiatives de sécurité alimentaire dans les zones d'accueil des déplacés, notamment par le biais de programmes de distribution alimentaire et de soutiens à l'agriculture locale.

Bref : La situation dans le territoire de Lubero nécessite une intervention humanitaire urgente et multisectorielle, avec un accent particulier sur la nutrition des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et allaitantes, la sécurité alimentaire et la protection contre l'exploitation et les abus sexuels. La situation des déplacés internes, en particulier dans les zones d'accueil, requiert une réponse ciblée et différenciée pour réduire la vulnérabilité des populations les plus affectées.

3. Projets de nutrition en cours

Les structures qui ont des projets en cours dans certaines des AS visité se présentent comme suit :

Aire de Santé	Partenaire	Type d'intervention	Date de début projet	Date de fin projet
KAVISEGHE VUNYAKONDOMI MULO	ALIMA	- Prise en charge des cas MAS ; - Prévention (sensibilisation)	Le 02 janvier 2025	Le 31 avril 2025
BARAKA KABETYA	MEDAIR	- Prise en charge des cas MAS ; - Prévention	Décembre 2025	Mars 2025
LUBERO CITE KIPSE	MSF-France	- Prise en charge des cas MAS ;	Janvier 2025	Janvier 2025

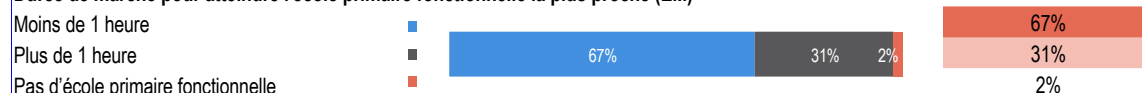
Commentaires : Cependant, plusieurs AS, dont KASIMA, KASALALA, MULO, KAGHERI et KASUGHO, ne bénéficient actuellement d'aucune prise en charge nutritionnelle, de programmes de sensibilisation ou de gestion de la malnutrition. Cette absence d'interventions nutritionnelles dans ces zones nécessite une réponse urgente. Il est crucial d'introduire des projets adaptés pour traiter la malnutrition aiguë, distribuer des produits thérapeutiques et renforcer les capacités locales en matière de nutrition pour pallier cette lacune et soutenir les populations vulnérables.

3.10. EDUCATION

1. Situation éducationnelle

- Bien qu'il y ait présence des écoles dans le milieu de déplacement ; **13001 enfants déplacés n'ont pas de place dans ces classes ainsi que 11694 enfants autochtones**. Tous ces enfants victimes des conflits du grand nord Kivu ont besoin d'être encadrés dans des espaces sûrs et dans des salles de classes avec des enseignants formés. **En dehors des ceux-ci, dans la communauté se trouve plus ou moins 164 enfants filles survivantes de violences sexuelles, 54 ENA, 50 démobilisés, 39 EAFGA : 37 orphelins de guerre qui sont en attente de réinsertion scolaire.**

Durée de marche pour atteindre l'école primaire fonctionnelle la plus proche (EM)



- Depuis le début de la crise aucune ONG n'est intervenue dans le secteur éducation où 1% est la réponse humanitaire. Ce 1% représente les activités de protection parascolaire en VBG-PSEA de MESAS qui a distribué des dépliants aux directeurs et parents et l'appui des inspecteurs de l'EPST et UNICEF ;
- 72 % d'enfants déplacés Filles et 67% d'enfants garçons déplacés ne vont pas à l'école puisque déplacés récents ainsi que 30 % des enfants de la communauté hôte n'ont pas accès à l'éducation pour diverses raisons. La crise continuelle et déplacements multiples en ont pour grand-chose. Plus de 5431 écoliers ayant interrompu leur scolarité sont admis en milieu d'accueil dans 54 écoles que nous avons visité mais sans accès à une éducation de qualité à la suite de la capacité d'accueil insuffisante. Certaines écoles organisent des enseignements dans les espaces temporaires comme les églises ou sous l'arbre.

Ménages dont aucun enfant, par groupe, n'est allé à l'école au cours des 14 derniers jours (EM)

Garçons (Primaire)	28%
Filles (Primaire)	26%
Garçons (Secondaire)	37%
Filles (Secondaire)	29%
Total	30%

- Si en moyenne, 53% d'enfants de la zone ont été inscrits à l'école, seulement 56% de ces enfants inscrits fréquentent normalement les classes :

Taux d'inscription des enfants en école primaire (IC, prof. de l'éducation)

Taux actuel (au moment de l'enquête)	-	53%
Avant la crise	-	60%

Taux de fréquentation des enfants inscrits en école primaire (IC, prof. de l'éducation)

Taux actuel (au moment de l'enquête)	-	56%
Avant la crise	-	58%

Ratio moyen d'élèves pour 1 enseignant (IC, prof. de l'éducation)

Nombre actuel d'élèves pour 1 enseignant	52.14634146
Nombre d'élèves pour 1 enseignant avant la crise	46

Parmi les raisons de déscolarisation, la famine pour les enfants déplacés et autochtones ainsi que retournés, les mariages précoces, les grossesses précoces ; les mariages forcés et l'exploitation et les VBG. Ensuite, le manque d'encadrement, les conditions de la qualité d'enseignement avec des enseignants non formés sur l'appui psychosociale, la PSEA, le GBV et la Santé mentale. Signalons que sur l'axe KAGHERIE – KASEGHE certains enfants ont abandonné les cours pour se faire enrôler et sur l'axe KIPSE –KITAKI, les filles abandonnent l'école pour se prostituer et les travaux dans les carrés miniers. Dans les écoles maternelles pas de matériels et dans les centres d'apprentissage professionnel pas d'équipements. Dans la zone nous avons rencontré 8 écoles sans latrines dont EP UFAHAMU et 1 CRS LUBERO CENTRE et une école délocalisée à KAGHERI ;

- Les raisons principales d'abandon scolaire sont (1) le manque de revenu auprès des parents et (2) le déplacement multiple qui perturbe le cycle normal de scolarisation des enfants

Raison principale de la non-scolarisation d'au moins un enfant par ménage (EM)	
Manque de moyens pour payer l'école	30%
Ecole trop éloignée	0%
Interruption suite à un déplacement / retour	44%
Destruction de l'école	1%
Occupation de l'école	0%
Ecole de la localité d'accueil n'accepte pas enfants déplacés	1%
Enfant a peur d'aller à l'école	2%
Absence des enseignants	0%
Enfant est perturbé (stress, trauma)	6%
Enfant jamais allé à l'école	0%
Autre	6%
Ne se prononce pas	11%

Cette situation s'explique par le manque de motivation des enfants qui abandonnent à cause de la famine dont 17% selon le résultat des enquêtes ménages, manque des jeux récréatifs, enseignants non formés et absence de repas léger pour maintenir les enfants dans les classes. A ceci s'ajoutent différents motifs de protection et environnement scolaire.

Les réponses des parents dans les enquêtes ménages expliquent le non-scolarité et non fréquentation des enfants autochtones et IDPS par manque de matériels scolaires dont les kits et uniformes et chaussures. Ce qui exigerait en urgence une inclusion du voucher école dans les urgences AME et les Cash transfert. Pour les enfants ayant fui dans des milieux où il n'y a que des écoles non mécanisées ils se heurtent au problème des frais scolaires puisque les enseignants non payés ; ce qui explique le fait de 55% de garçons de 6 à 11 ans et 52% de filles de 6 à 11 ans. Cela dit, 54% de parents IDPS, autochtones et retournés consultés lors des enquêtes ménages ont classé l'éducation parmi les réponses prioritaires. Le ratio par enseignant est de 130 à 150 élèves par enseignants au degré élémentaire, de 80 à 120 enfants par enseignant au degré moyen et de 46 à 52 élèves par enseignant au degré terminal. Ces évidences et tant d'autres sont vérifiables dans les écoles que nous avons visitées.

- 451 enseignants non formés au cours des 6 derniers mois et dont 32 % sont non payés encadrent chacun 130 à 150 enfants dans les classes du degré élémentaire et 80 à 120 au degré moyen.
- Dans la plupart d'écoles, les conditions d'apprentissage sont non confortables : les bâtiments détruits avec des latrines détruites et non hygiéniques et /ou pleines. Des visites et observations directes des écoles qui hébergent les quelques déplacés présentent : **zéro dispositifs lave-main ; zéro kits récréatifs ; zéro kits Wash ; zéro kits enseignants ; zéro kits didactiques ; zéro kits informatiques, zéro point d'eau.** Plus de 19 567 Filles déplacés et adolescentes autochtones ont besoin de kits d'hygiène intime. 36 719 enfants autochtones et 18 401 enfants IDPS ont besoin de kits Scolaires. Au moins 165 portes de latrines sont à construire et 1 849 pupitres doivent être disponibles pour 93 salles de classes à réhabiliter et 117 salles de classes à construire pour augmenter la capacité d'accueil des écoles hôtes. Il n'y a presque pas d'installations WASH dans les écoles. Il n'y a pas de toilettes hygiéniques, pas de séparation entre les garçons et les filles, y compris le manque de savon.
- Le manque de capacités des écoles pour accueillir les enfants déplacés constituent un facteur aggravant la précarité des indicateurs de l'éducation. Les équipements scolaires sont en manque du fait que des pupitres de certaines écoles ont été utilisés comme bois de chauffe, d'autres cassés ; certaines salles de classes ou écoles entières occupées par les ménages déplacés. Citons par exemple EP KASIMA, SAUVETAGE, INSTITUT KASIMA, EP SHALOM/MAISON SHALOM, EP KALONGE, EP KASINGA, EPKAYIESE DEKASIMA, EP KIRIKIRI sur axe Kipese – Kaseghe, EP MASALISALI occupé jusqu'à présent.
- La situation de protection en milieu scolaire montre l'existence des cas des VBG en milieu scolaire comme l'exploitation et harcèlement sexuelles, les grossesses précoces et mariages précoces. Les quelques latrines en milieu scolaire sont non séparées pour les filles et les garçons augmentant ainsi risque de VBG. Le secteur « éducation » dans la zone évaluée nécessite l'intégration de l'éducation en situation d'urgence y compris le GBV, PSEA, WASH SCOLAIRE, SANTE MENTALE (2 écolières déplacées sont déjà tombées dans la schizophrénie à KASUGHO et 1 écolière est devenue femme d'un homme en arme à KAGHERI). De même les enfants ayant interrompu leur cours accusent un retard dans le programme scolaire.

2. Recommandations pour le secteur éducation :

- L'organisation de récupération, des rattrapages scolaires ;
- Appuyer les centres professionnels pour les jeunes, distribuer les kits scolaires, les kits récréatifs, kits Wash, kits didactiques, kits enseignants,
- Augmenter le nombre des salles de classe (besoin de plus ou moins 150 salles de classe additionnelles → L'église catholique se dit prête à rendre disponible des espaces pour construire des nouveaux espaces d'apprentissage) et réhabiliter les salles de classes existantes ;
- Appuyer le WASH en milieu scolaire par la construction ou réhabilitation des latrines, des lavabos et points d'eau et / ou impluvium dans les écoles,
- Former les enseignants sur les thèmes nouveaux,
- Plaider pour la mécanisation des enseignants NU,
- Appuyer les moyens d'existence des familles pour permettre de faciliter la scolarisation des enfants
- Mettre des cantines scolaires et donner des repas légers ;
- Mettre des points d'écoutes et espaces pour enfants, centres d'apprentissages de métiers, engager des APS Scolaires,
- Sensibiliser les parents sur l'importance de l'éducation et protection scolaire.

3.11. AAP (Redevabilité envers les personnes affectées)

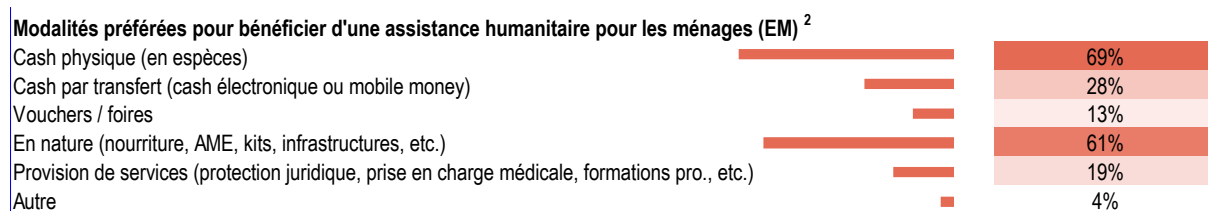
Le taux de couverture de réponse est réparti comme suit dans la zone évaluée :

Type d'assistance humanitaire reçue depuis le début de la crise (EM, IC) ²			
Pas d'aide reçue		75%	-
Nutrition		7%	11
Abris		2%	115
AME		6%	16
EHA		2%	10
Santé		7%	43
Education		1%	3
Nourriture		12%	115
Moyens de subsistance		0%	16
Protection (y compris la sécurité)		3%	8
Cohésion sociale et consolidation de la paix		1%	3
Communication		0%	3
Cash		1%	5
Autre		0%	6

Les besoins prioritaires de la population dans la zone évaluée sont :

Nourriture	-	172
Moyens de subsistance (semences, outils aratoires, bétail, etc.)	-	56
Nutrition (p.ex. Plumpy Nut)	-	20
Abris	-	33
AME	-	57
EHA	-	86
Santé	-	113
Education	-	54
Protection (y compris la sécurité)	-	38
Cohésion sociale et consolidation de la paix	-	3
Communication	-	0
Cash	-	32
Autre	-	5

A termes de modalités de réponse, la préférence de la population se présente comme suit :



V. Réponses humanitaires à la crise

Prière consulter le lien ci – dessous de capacité opérationnelle des acteurs présents dans le Territoire de Lubero :

[Capacités Opérationnelles - Lubero - Janv 2025.xlsx - Google Sheets](#)