

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE
DU CONGO**

**Evaluations conjointes EHA
et abris dans les provinces
du Kasai Central, Sud Kivu,
Maniema, Tanganyika, Haut
Lomami, Haut Katanga,
Nord Kivu et Ituri**

Décembre 2018

Picture: South Kivu, Minova, camp for internally displaced persons. Drinking water tap installed by the ICRC in an internally Displaced persons camp. ©ICRC/DIDIER REVOL 2012.

A propos de REACH

REACH est une initiative conjointe de deux organisations non-gouvernementales internationales, ACTED et IMPACT Initiatives, et du Programme Opérationnel des Nations Unies pour les Applications Satellitaires (UNOSAT). REACH a été créée en 2010 afin de développer des outils et des produits d'information qui contribuent à renforcer les capacités des acteurs et de faciliter la prise de décisions dans des contextes d'urgence, de relèvement et de développement. L'ensemble des activités de REACH est mené en appui et au sein des mécanismes inter-agences de coordination établis au niveau local, régional et global. Pour plus d'informations visitez notre site web : www.reach-initiative.org

Vous pouvez nous contacter directement à l'adresse : geneva@reach-initiative.org et nous suivre sur Twitter @REACH_info.

RESUME

La République Démocratique du Congo (RDC) fait face à une crise complexe et prolongée, exacerbée récemment par une résurgence du conflit qui a mené à une détérioration de la situation et conduit l'Organisation des Nations Unies (ONU) à déclarer une urgence humanitaire de niveau 3 (L3) dans la région du Kasai, les provinces du Sud Kivu et du Tanganyika le 20 octobre 2017.¹ En janvier 2018, le Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA) dénombrait près de 2,2 millions de personnes déplacées internes (PDI) et 1,8 millions de retournés dans les zones L3, avec une situation très volatile en termes de déplacements.² Bien que le niveau d'urgence maximal ait été désactivé le 20 avril 2018³, les besoins restent importants, avec plus de 13,1 millions de personnes prévues comme nécessitant de l'aide humanitaire au cours de l'année 2018.⁴ Cependant, la réponse humanitaire est contrainte par des lacunes en termes d'informations sur les besoins des populations affectées par la crise. En effet, une grande partie des localités dans les zones affectées reste difficilement accessible aux acteurs humanitaires en raison de l'insécurité et des difficultés logistiques. Aussi, un réel besoin d'informations subsiste, et afin de combler ce manque, les clusters globaux Eau, Hygiène, Assainissement (EHA) et Abris avec le soutien de REACH ont mis en œuvre des évaluations conjointes EHA/Abris grâce au financement de la Protection Civile et Operations d'Aide Humanitaire Européennes (ECHO), du Bureau d'assistance aux catastrophes à l'étranger des Etats-Unis (OFDA) et du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Le triple objectif était de 1) rassembler et analyser des données disponibles sur les besoins humanitaires ; 2) renforcer les capacités d'évaluation des partenaires EHA et Abris ; et 3) promouvoir une approche commune pour maximiser les ressources disponibles et favoriser une analyse intersectorielle. Suite à une évaluation pilote dans la province du Kasai Central (KC) (cycle 1 – janvier 2018), l'évaluation conjointe a été répliquée dans les provinces du Sud Kivu (SK) et du Maniema (MN) (cycle 2 – juin 2018), du Tanganyika (TK), du Haut Lomami (HL) et du Haut Katanga (HK) (cycle 3 – septembre 2018), du Nord Kivu (NK) et de l'Ituri (IT) (cycle 4 – novembre 2018).

Les données ont été collectées à travers des entretiens avec des informateurs clés (IC) au niveau des aires de santé (AS) au moyen de deux questionnaires structurés (un général et un santé). Dans chaque AS, trois IC étaient pré-identifiés et sélectionnés sur la base de leurs connaissances générales sur les conditions de vie des populations vivant dans l'AS (autorité administrative, chef religieux, leaders traditionnels). Le quatrième devait avoir avec des connaissances spécifiques liées à la santé et les problèmes de santé rencontrés dans l'AS en question. A partir des cycles 3 et 4, une deuxième unité de mesure a été introduite pour collecter des données au niveau des localités⁵ considérées comme prioritaires par les deux clusters et les partenaires. Les données ont été collectées au moyen de deux questionnaires structurés général et santé auprès de deux IC. Une composante qualitative a également été ajoutée pour ces deux cycles à travers l'organisation de 288 groupes de discussion afin de venir approfondir certaines thématiques et de trianguler les réponses des IC. Au total, 2 562 entretiens se sont tenus au niveau AS pour un taux de couverture⁶ de 80% au cycle 1, 16% au cycle 2, 28% au cycle 3 et 23% au cycle 4. Compte tenu de la nature non-aléatoire et de la taille relativement petite de l'échantillonnage, les résultats doivent être considérés comme indicatifs bien qu'ils permettent de dégager certaines tendances. Tous les produits (Fiches d'information, Présentations des résultats) et les outils d'évaluation (Termes de références et Plans d'analyse des données) sont disponibles dans les annexes à la fin de ce rapport.

Les évaluations conjointes EHA et Abris avaient pour objectif de fournir un aperçu global des besoins des populations déplacées internes, retournées, réfugiées et non-déplacées dans huit provinces du centre et de l'est de la RDC pour mieux informer la réponse humanitaire. De manière plus spécifique, les évaluations visaient à répondre aux questions de recherche (QR) suivantes :

¹ OCHA, Urgence humanitaire de niveau 3 en R.D. Congo, Janvier 2018:

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ocha_sitrep_l3_28022018.pdf

² OCHA, Urgence humanitaire de niveau 3 en R.D. Congo, Janvier 2018:

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ocha_sitrep_l3_28022018.pdf

³ A propos d'OCHA RDC (OCHA site web visité le 12.10.2018) : <https://www.unocha.org/democratic-republic-congo-drc/about-ocha-drc>

⁴ Plan de Réponse Humanitaire 2017-2019, Mise à jour pour 2018:

https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/maj_drc_hrp_2017_0.pdf

⁵ Niveau administratif le plus bas, les localités suivent la typologie suivante : village en zones rurales, cités en zones péri-urbaines et quartiers en zones urbaines)

⁶ Nombre d'AS évaluées sur le nombre total d'AS dans les provinces.

QR1 : Quelle est la présence de PDI/retournés/réfugiés et quelles sont les dynamiques de déplacement dans les AS des provinces évaluées ?

- Dans plus de 50% des AS enquêtées de toutes les provinces couvertes, la présence de ménage PDI et de ménages retournés a été signalée par les IC. Il est probable que la persistance de l'insécurité dans certaines zones du KC, du TK, du SK, du NK et de l'IT réduise les perspectives et les possibilités de retour pour les ménages PDI et se couple à une tendance au retour dans des zones plus stables.
- Dans un contexte qui reste volatile, l'insécurité est le principal facteur de déplacements secondaires évoqué par les IC qui ont rapporté la présence de ménages PDI (mentionnée dans 69% des AS enquêtées des provinces couvertes au cours des cycles 2, 3 et 4).⁷ Les problèmes d'accès à la nourriture (34%) et la perte des moyens de subsistance (34%) sont deux autres facteurs principaux cités par les IC, qui entraînent des déplacements secondaires
- L'impact négatif du déplacement de longue durée sur la situation socio-économique des ménages peut engendrer d'autres mouvements de type pendulaires/saisonniers. Ainsi, dans les AS où les IC ont mentionné ce type de mouvements, les ménages PDI se déplacent principalement sur le court-terme pour vérifier la situation sécuritaire (mentionné dans 31% des AS au cours des cycles 2, 3 et 4), vérifier l'état de leurs biens (24%), participer à la saison de récolte (19%) ou de semence (14%) dans leur AS d'origine.

QR2 : Quels sont les besoins et vulnérabilités multisectorielles (en particulier en termes d'abris, de EHA et de santé) des populations vivant dans les AS des provinces où sont présents des ménages retournés, réfugiés et/ou déplacés ?

- Dans l'ensemble des provinces couvertes par les cycles d'évaluations, les IC ont rapporté que le conflit avait engendré un nombre conséquent d'abris détruits ou endommagés. Cependant, les ménages déplacés et retournés font face à des obstacles pour la construction ou la réhabilitation de leurs abris dans la majorité des AS évaluées selon les IC, notamment du fait d'un manque de moyens. Un manque d'accès à des abris adéquats peut augmenter la vulnérabilité des ménages, que ce soit en termes de surendettement (pour les ménages qui résident dans des maisons louées) ou de dépendance (pour ceux qui sont hébergés par des familles d'accueil), ou encore en termes de santé et de protection (pour les ménages vivant dans des abris de fortune/temporaires construits avec des matériaux moins durables, ou dans des abris endommagés).
- Dans toutes les provinces couvertes, les IC de la majorité des AS évaluées ont déclaré que le partage d'une maison sans frais était le principal type d'habitation des ménages PDI, avant d'être locataires ou de partager une maison contre loyer ou travail. De manière générale, les évaluations menées révèlent que la majorité des ménages retournés dans la majorité des AS de toutes les provinces sont propriétaires, excepté dans le HL, où les IC ont mentionné que dans 34% des AS, la majorité des ménages retournés partageaient une maison gratuitement. Cependant, pour la forte proportion d'IC rapportant l'hébergement dans une maison sans frais, il faut nuancer la compréhension de cette terminologie. En effet, la condition de gratuité de l'hébergement reste une notion vague et n'est probablement pas une solution durable pour les familles hôtes au vu des pressions posées par la prise en charge de ménages avec des ressources limitées et sans aucune forme de compensation. Egalement, il faudrait probablement nuancer la compréhension des notions de services rendus qui parfois ne sont pas considérés comme une compensation. De fait, il ressort que dans sept des huit provinces couvertes⁸, les IC ont rapporté des cas d'évictions dans une proportion considérable d'AS touchant soit des ménages PDI, soit des ménages retournés, soit les deux. Les provinces du NK, du HK et du SK ont la plus forte proportion d'AS dans lesquelles les IC ont rapporté des cas d'éviction (respectivement 61%, 48% et 38%).
- Les évaluations révèlent une accessibilité limitée à des sources d'eau en quantité suffisante et de bonne qualité, ce qui suggère une grande exposition des populations à des maladies hydriques (et cause de malnutrition chez les enfants). Ainsi, selon les IC interrogés dans 39% des AS évaluées, seule une minorité de personnes a accès à de l'eau potable. Sur les 72 zones de santé (ZS) couvertes au cours des quatre cycles d'évaluation, les IC ont indiqué que dans toutes les AS évaluées de 18 ZS (soit 25%), l'eau de surface était la source d'eau de boisson principale pour la majorité de la population.

⁷ Les indicateurs relatifs aux mouvements secondaires et pendulaires ont été ajoutés à partir du cycle 2 et ne comprennent de fait aucune donnée pour le KC.

⁸ Au cours de l'évaluation au KC, cet indicateur ne faisait pas partie des questionnaires. Il a été rajouté pour les cycles 2, 3 et 4.

- Les IC de 53% et de 48% des AS évaluées ont signalé qu'une minorité de personnes avait accès au savon et à des latrines familiales fonctionnelles, respectivement. Ces résultats témoignent d'un faible accès à l'hygiène et à l'assainissement dans les localités couvertes qui expose de larges couches de la population à des risques sécuritaires (risques encourus lorsque les membres des ménages, notamment les femmes et les enfants doivent s'éloigner pour pratiquer la défécation à l'air libre en raison du manque de latrines) et de maladies diarrhéiques (mauvaise pratique d'hygiène, contamination des sources d'eau).
- La prévalence des cas de diarrhée et de malnutrition aiguë sévère rapportés dans les structures de santé est potentiellement liée aux problèmes de qualité de l'eau qui suggère une grande exposition des populations à des maladies hydriques et une cause de malnutrition chez les enfants.
- L'accès aux services de santé est également problématique dans certaines provinces, notamment de la région du Sud Est, où les IC ont rapporté que seuls 45% des villages dans les AS évaluées des trois provinces couvertes avaient accès à une structure de santé fonctionnelle située à moins de 2 heures de marche aller-retour.

QR3 : Quel est le niveau d'accès aux marchés et les disponibilité des biens non-alimentaires (BNA) abris et EHA sur les marchés, dans les AS des provinces où sont présents des ménages retournés, réfugiés et/ou déplacés?

- Dans sept des huit provinces évaluées, moins de 50% des villages ont accès à un marché fonctionnel selon les IC, contrairement au KC où l'évaluation montre que les populations de 70% des villages peuvent accéder à un marché fonctionnel⁹.
- Les principaux obstacles rapportés à l'accès aux marchés sont le manque de transport, les routes peu sûres et l'absence de marché fonctionnel. De fait, selon un rapport de la Banque Mondiale, l'état de délabrement des infrastructures est une contrainte majeure à la mobilité et à l'accessibilité, aussi bien en zones rurales qu'urbaines.¹⁰ Du fait de la définition spécifique donnée au marché fonctionnel, l'absence rapportée de marché fonctionnel ne signifie pas l'absence de marchés plus informels. Les populations doivent parfois faire des trajets aller-retour beaucoup plus longs ou peuvent accéder à certains produits à travers des marchés plus petits (achat local) ou par la collecte gratuite.
- La plupart des BNA EHA et abris sont couramment disponibles. Néanmoins, certains (comme les briques de ciments ou les produits de traitement/purification de l'eau) sont généralement non disponibles, ce qui vient renforcer l'idée que les populations font face à des défis pour accéder à des matériaux de construction durables pour leurs abris et à une eau de bonne qualité.
- Les évaluations montrent des variances entre provinces et ZS pour l'accès aux marchés et aux BNA abris et EHA. Une des hypothèses formulées au cours des échanges avec les partenaires au SK et MN est que dans certaines ZS, les échanges de biens et de matériaux entre provinces limitrophes sont plus fréquents car le réseau routier facilite le transport de marchandise. Ceci explique la proportion élevée d'AS dans lesquelles on peut trouver des marchés alimentés avec la plupart des BNA EHA et des matériaux de construction.

QR4 : Quel est le niveau d'accès aux services financiers, y compris la couverture du réseau téléphonique, dans les AS où sont présents des ménages retournés, réfugiés et/ou déplacés?

- Les évaluations ont montré que 67% des villages des AS évaluées des huit provinces ont accès au réseau de téléphonie mobile, bien que l'on constate des variations entre provinces – de 31% des villages des AS évaluées au HK à 78% des villages des AS couvertes au KC. Le manque de fiabilité du réseau peut varier en fonction des zones couvertes dans chacune de ces provinces notamment du fait du niveau d'urbanisation et des obstacles géographiques.
- Les enquêtes révèlent une faible pénétration des services financiers dans les provinces couvertes. Selon les IC de 52% des AS évaluées, les populations utilisent principalement le transfert par téléphonie mobile pour envoyer et recevoir de l'argent et dans 30% des AS, les IC ont signalé qu'il n'existait aucun moyen de transfert d'argent.

⁹ Néanmoins, la définition du marché fonctionnel a été reprécisée au cours des cycles 2, 3 et 4. Lors des formations, la terminologie du marché fonctionnel prenait en compte les critères suivants : un marché sur lequel la plupart des produits alimentaires et non-alimentaires sont accessibles aux populations, qui ont lieu deux fois par semaines au moins et situés à moins de deux heures de marche aller-retour.

¹⁰ République démocratique du Congo - Diagnostic systématique pays (Français) – Banque mondiale. Publié le 21 juin 2018. P. 55-56

Les quatre cycles d'évaluation se sont déroulés sur l'espace de 12 mois dans six provinces anciennement L3 et deux non L3 mais présentant également des indicateurs de crise humanitaire significatifs. Du fait de l'évolution de la situation dans le temps et des spécificités contextuelles de chaque province, les comparaisons établies dans ce rapport sont indicatives, bien qu'elles permettent de révéler des tendances. De manière générale, la situation globale qui ressort des résultats apparaît comme critique pour toutes les provinces, bien que certaines différences émergent au niveau de certains indicateurs.

- La comparaison des données entre provinces semble indiquer que le KC, malgré la grave crise de 2017, présente des indicateurs moins inquiétants en termes de mouvements de population (tendance au retour grâce aux conditions sécuritaires généralement favorables) et d'accès à certains services de base (plus grande proportion d'AS avec accès aux marchés, à la téléphonie mobile, aux structures de santé) que les autres provinces de l'Est du pays.
- Une explication plausible à cette différence est que la région du KC jusqu'à 2017, étant moins sujette à des crises cycliques, présentait des indicateurs de vulnérabilité moins importants, contrairement aux autres provinces et n'avait donc jamais reçu la même attention de la part de la communauté humanitaire.
- De plus, l'accès humanitaire paraît plus contraint dans certaines zones des provinces du TK, SK, NK et de l'IT, à cause des mauvaises infrastructures¹¹ et des incidents sécuritaires¹² visant les acteurs humanitaires. Enfin, ces deux dernières provinces, bien que celles-ci n'aient pas été déclarées L3, font face à une situation aussi mauvaise si ce n'est pire que les provinces anciennement L3 à cause de la forte présence de PDI et de l'importance des déplacements secondaires ainsi que du nombre importants d'incidents sécuritaires visant les populations¹³. Du fait qu'au cours de la crise L3, l'aide humanitaire s'est rétrécie au NK et en IT au profit des autres provinces, il peut être considéré que cela a contribué à accroître la vulnérabilité des populations.

Les quatre cycles d'évaluation ont constitué une opportunité sans précédent pour développer une approche multisectorielle à l'évaluation humanitaire dans un pays caractérisé par une crise prolongée et de fortes contraintes sécuritaires et logistiques.

- Un des succès des évaluations conjointes a été de montrer que même dans un environnement difficile, des données vitales peuvent être collectées en adoptant une approche flexible et adaptée au contexte. Cela a contribué à susciter une volonté aux niveaux national et local de systématiser les activités d'évaluation afin d'obtenir des données fiables sur lesquelles la communauté humanitaire peut s'appuyer pour la planification et la coordination de sa réponse envers les populations dans le besoin en RDC.
- L'approche intersectorielle utilisée pourrait fournir la base de futures évaluations, étendue à d'autres clusters. De plus, certaines thématiques couvertes en 2018 pourraient faire l'objet d'approfondissement au travers d'évaluation plus ciblées avec une méthodologie adaptée. Compte tenu des défis inhérents aux activités de collecte de données en RDC, des efforts supplémentaires doivent être déployés pour nouer le dialogue avec d'autres secteurs et opérer le passage à une approche véritablement multisectorielle.

Plus généralement, les évaluations révèlent qu'une assistance à apporter aux populations déplacées internes est nécessaire, bien que celle-ci ne devrait pas faire oublier le contexte dans lequel elle s'inscrit. La très forte pression démographique, les crises nutritionnelles et alimentaires récurrentes, l'accès restreint aux services de base comporte des risques de clivage entre les déplacés, les retournés et une population hôte, elle-même vulnérable.

- Toutes les communautés, y compris retournées et non-déplacées, sont affectées par la forte pression démographique et un accès restreint aux services de base dans un contexte de déplacement massif de populations. Les critères de sélection devraient prendre en compte le statut mais aussi le niveau des besoins. Les mécanismes de réponses déployés par les acteurs humanitaires pour faire face aux déplacements de populations doivent se faire de concert avec les acteurs de développement pour améliorer la résilience des populations afin de répondre aux besoins d'urgence et structurels.

¹¹ Blog Entry of Logistics Cluster Humanitarians working hand-in-hand in the Democratic Republic of Congo (visité 21.12.2018) :

<https://logcluster.org/blog/humanitarians-working-hand-in-hand-in-drc>

¹² Plan de réponse d'urgence des provinces du Nord Kivu et de l'Ituri – OCHA (Avril-Septembre 2018) P. 10:

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/rd_congo_-_provinces_nord-kivu_et_ituri_-_plan_de_reponse_durgence_avril-septembre_2018_0.pdf

¹³ Idem

Table des matières

RÉSUMÉ	1
Liste des Acronymes.....	7
Classifications géographiques	7
Liste des Graphiques, Cartes et Tableaux.....	7
INTRODUCTION.....	9
METHODOLOGIE.....	11
Objectifs des évaluations conjointes.....	11
Population cible et couverture.....	11
Informateurs clés	12
Collecte de données	14
Analyse des données.....	15
Limites	16
RÉSULTATS CLES	17
Chapitre 1 : Mouvements de population	17
Présence de groupes de population.....	17
Durée et facteurs de déplacement	18
Chapitre 2 : Accès aux abris	21
Etat de destruction et de dommages aux abris	21
Principaux types d'abris	21
Obstacles à la construction d'abris des déplacés internes	23
Obstacles à la reconstruction/réhabilitation des ménages retournés	23
Cas d'évictions	24
Chapitre 3 : Accès à l'EHA.....	24
Accès à l'eau potable	24
Accès au savon.....	26
Accès aux latrines familiales	26
Ecoles et EHA	27

Chapitre 4 : Accès aux marchés, à la téléphonie mobile, aux services financiers et aux modalités d'assistance humanitaire	28
Accès aux marchés et aux biens non-alimentaires EHA et Abris.....	28
Accès au réseau de téléphonie mobile et aux services financiers	29
Modalités d'assistance humanitaire	30
Chapitre 5 : Accès aux services de santé	31
Accès aux structures de santé	31
CONCLUSION	33
LECONS APPRISES	34
ANNEXES	35
Annexe 1 : Fiches d'information.....	35
Annexe 2 : Présentations.....	35
Annexe 3 : Termes de références et questionnaires	35

Liste des Acronymes

AME	Articles ménagers essentiels
AS	Aire de santé
BNA	Bien non alimentaire
DTM	Displacement Tracking Matrix (Matrice de suivi des déplacements)
ECHO	European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (Protection Civile et Operations d'Aide Humanitaire Européennes)
EHA	Eau, hygiène et assainissement
FC	Français Congolais
GTA	Groupe de Travail Abris
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HK	Haut Katanga
HL	Haut Lomami
HNO	Humanitarian Needs Overview (Aperçu des besoins humanitaires)
IC	Informateur clé
IT	Ituri
KC	Kasaï Central
MN	Maniema
NK	Nord Kivu
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires)
OFDA	Office of U.S. Foreign Disaster Assistance (Bureau d'assistance aux catastrophes à l'étranger des Etats-Unis)
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDI	Personne déplacée interne
PRH	Plan de réponse humanitaire
QR	Question de recherche
SK	Sud Kivu
TK	Tanganyika
VBG	Violence basée sur le genre
ZS	Zone de santé

Classifications géographiques

Provinces	Unité géographique la plus élevée après le niveau national
Zones de santé	Unité administrative sous la province
Aires de santé	Unité administrative sous la Zone de santé
Localité	Plus petite unité administrative (peut correspondre à un village, une cité, un quartier)

Liste des Graphiques, Cartes et Tableaux

Carte 1 : Carte des anciennes provinces L3 et des provinces couvertes par les cycles d'évaluation	12
Carte 2 : Taux de couverture et partenaires participants au Kasaï Central	14
Carte 3 : Taux de couverture et partenaires participants au Sud Kivu et Maniema.....	14
Carte 4 : Taux de couverture et partenaires participants au Tanganyika, Haut Lomami et Haut Katanga	15
Carte 5 : Taux de couverture et partenaires participants au Nord Kivu et Ituri	15

Tableau 1 : Récapitulatif des AS et localités couvertes et du nombre d'IC interrogés par unité de mesure.....	12
---	----

Bookmark not defined.3

Tableau 2 : Estimation des IC du nombre de fois où la majorité des ménages PDI ont effectué un déplacement secondaire, en % d'AS, par province.....	19
---	----

Tableau 3 : Nombre d'abris endommagés et détruits par province	21
--	----

Tableau 4 : Proportion de villages ayant accès à un marché fonctionnel situé à moins de 2 heures de marche aller-retour, par pôle régional	288
--	-----

Tableau 5 : Proportion d'AS dans lesquelles les BNA Abris sont accessibles sur les marchés fonctionnels, selon les IC, par pôle régional.....	288
Tableau 6 : Proportion d'AS dans lesquelles les BNA EHA sont accessibles sur les marchés fonctionnels, selon les IC, par pôle régional	299
Tableau 7 : Proportion de villages ayant accès au réseau de téléphonie mobile, par pôle régional	299
Tableau 8 : Proportion de villages dans les AS évaluées dans lesquels les populations ont accès à une structure de santé fonctionnelle située à moins de 2 heures de marche aller-retour, selon les IC, par pôle régional	31
Graphique 1 : Proportion d'AS évaluées dans lesquelles les IC ont signalé la présence de ménages PDI, retournés et réfugiés, par province	17
Graphique 2 : Durée moyenne passé par la majorité des ménages PDI dans leurs AS actuelles en % d'AS avec des PDI, par province	19
Graphique 3 : Raisons principales, selon les IC, pour les déplacements secondaires des ménages PDI	20
Graphique 4 : Durée moyenne depuis que la majorité des ménages retournés (ancien PDI) sont revenus dans leurs lieux d'origine, en % d'AS, par province	20
Graphique 5 : Estimation des IC du montant moyen du loyer, en % d'AS, par province (en francs congolais).....	22
Graphique 6 : Obstacles à la construction des abris des ménages PDI.....	23
Graphique 7 : Obstacles à la reconstruction/réhabilitation des abris des ménages retournés	244
Graphique 8 : Proportion d'AS par fourchette estimée de la population ayant accès à l'eau potable, dans toutes les provinces couvertes.....	25
Graphique 9 : Problèmes qui entravent l'accès à l'eau potable en % d'AS, dans toutes les provinces couvertes	25
Graphique 10 : Stratégies adoptées par les populations pour pallier au manque d'eau potable.....	26
Graphique 11 : Proportion d'AS par fourchette estimée de la population ayant accès au savon, dans toutes les provinces couvertes.....	26
Graphique 12 : Proportion d'AS par fourchette estimée de la population ayant accès aux latrines familiales fonctionnelles, dans toutes les provinces couvertes.....	27
Graphique 13 : Principales facons pour les populations d'envoyer et de recevoir de l'argent, en % d'AS évaluées dans toutes les provinces couvertes	299
Graphique 14 : Proportion de localités dans lesquelles les IC ont rapporté qu'une assistance a été reçue versus la proportion de localités dans lesquelles les IC ont mentionné l'assistance souhaitée par les populations, au pôle Nord Est.....	30
Graphique 15 : Proportion de localités dans lesquelles les IC ont rapporté qu'une assistance a été reçue versus la proportion de localités dans lesquelles les IC ont mentionné l'assistance souhaitée par les populations, au pôle Sud Est.....	30
Graphique 15 : Problèmes de santé indiqués par les IC de santé durant le mois précédant l'évaluation	32
Graphique 16 : Proportion de structures de santé ayant accès à un point d'eau aménagé et des latrines aménagées, par pôle régional.....	32

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo (RDC) est affectée par des crises complexes et récurrentes depuis plus de deux décennies. Avec le report des élections de 2016 qui a généré une flambée de violence dans le grand Kasai, la province du Sud Kivu et du Tanganyika, le pays a fait face à une détérioration de la situation humanitaire. Le 20 octobre 2017, l'Organisation des Nations Unies (ONU) déclarait une urgence humanitaire de niveau 3 (L3).¹⁴ En janvier 2018, le Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA) dénombrait près de 2,2 millions de personnes déplacées internes (PDI) en plus suite à la crise et 1,8 millions de retournés dans les zones L3, avec une situation très volatile en termes de déplacements.¹⁵ Bien que le niveau d'urgence maximal ait été désactivé le 20 avril 2018¹⁶, selon le plan de réponse humanitaire (PRH) 2017-2019, révisé en 2018¹⁷, 13,1 millions de personnes seraient dans le besoin. Aujourd'hui, la RDC compte 6,8 millions de personnes déplacées internes, soit le nombre le plus élevé de tous les pays du continent africain.¹⁸

Selon l'état des lieux mis en avant dans le PRH 2017-2019, les besoins humanitaires dans le pays sont profonds et multiples : les secteurs les plus touchés sont la protection, avec de nombreux cas d'incidents régulièrement reportés, mais également la sécurité alimentaire et la santé, avec des taux de morbidité élevés liés aux épidémies Ebola (Nord Kivu), mais également choléra et rougeole dans les autres provinces. Concernant le secteur articles ménagers essentiels (AME), le déplacement soudain et la destruction partielle ou totale des villages affectés par le conflit dans les provinces du Sud Kivu et du Maniema ont créé une situation d'urgence.¹⁹ Celle-ci est aggravée par le caractère cyclique, multiple et prolongé des déplacements et la promiscuité dans les lieux et les abris d'accueil. En termes d'accès aux services de base, la situation reste critique. Les centres de santé et les écoles ont été gravement affectés dans les lieux des affrontements, avec des dommages majeurs sur les infrastructures et les équipements²⁰. À cela il faut ajouter le mauvais état du réseau routier dans l'ensemble du territoire²¹ qui contraint la capacité des humanitaires à mener des évaluations et à obtenir des informations sur les besoins des populations affectées par la crise. La réponse humanitaire se voit donc affectée par des lacunes en termes d'informations et les limites d'accès. Ainsi, un réel besoin d'informations subsiste, et afin de combler ce manque, les clusters globaux Eau, Hygiène, Assainissement (EHA) et Abris avec le soutien de REACH ont mis en œuvre des évaluations conjointes EHA/Abris grâce au financement de la Protection Civile et Operations d'Aide Humanitaire Européennes (ECHO), du Bureau d'assistance aux catastrophes à l'étranger des Etats-Unis (OFDA) et du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a conduit des évaluations conjointes EHA/abris. Le triple objectif était de 1) rassembler et analyser des données sur les besoins humanitaires ; 2) renforcer les capacités d'évaluation des partenaires EHA et abris ; et 3) promouvoir une approche commune pour maximiser les ressources disponibles et favoriser une analyse intersectorielle.

Suite à une évaluation pilote dans la Province du Kasai Central (cycle 1 – janvier), et pour informer davantage la réponse humanitaire, l'évaluation conjointe a été répliquée dans les provinces du Sud Kivu et du Maniema (cycle 2 – juin), du Tanganyika, du Haut Lomami et du Haut Katanga (cycle 3 – septembre), du Nord Kivu et de l'Ituri (cycle 4 – novembre). Les évaluations conjointes s'inscrivaient dans un processus itératif : à chaque nouveau cycle d'évaluation, REACH en étroite consultation avec les partenaires, le Groupe de Travail Abris (GTA) et le cluster EHA cherchaient à capitaliser sur les enseignements et leçons apprises afin d'améliorer les outils et de mieux répondre aux attentes des différents acteurs. Ainsi, pour le cycle 2, 3 et 4 des questions ont été ajoutées aux questionnaires sur les dynamiques de déplacement, les vulnérabilités qui touchent les populations en termes

¹⁴ OCHA, Urgence humanitaire de niveau 3 en R.D. Congo, Janvier 2018:

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ocha_sitrep_l3_28022018.pdf

¹⁵ Idem

¹⁶ A propos d'OCHA RDC (OCHA site web visité le 12.10.2018) : <https://www.unocha.org/democratic-republic-congo-drc/about-ocha-drc>

¹⁷ Plan de Réponse Humanitaire 2017-2019, Mise à jour pour 2018:

https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/maj_drc_hrp_2017_0.pdf

¹⁸ Idem

¹⁹ Plan Opérationnel d'urgence du Sud Kivu et Maniema – OCHA (Juin-Novembre 2018) :

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/po_sk_man_2409182018.pdf

²⁰ Plan opérationnel d'urgence pour le Tanganyika, Haut Lomami et Haut Katanga – OCHA (Juin-Novembre 2018) :

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/juin_2018_plan_operationnel_tanganyika_fr.pdf.pdf

²¹ République Démocratique du Congo, Concept des Opérations, Mai 2018 (Cluster Logistique) :

<https://logcluster.org/document/rdc-concept-des-operations-mai-2018>

d'abris (évacuations) ainsi que sur les modalités d'assistance humanitaire reçues et souhaitées. Il est aussi ressorti après le cycle 2 que les partenaires souhaitaient obtenir des données à un niveau administratif inférieur (village/localités péri- et urbaines), niveau auquel ils interviennent et dans le cadre duquel ils organisent leur planification opérationnelle de réponse aux besoins des populations affectées par la crise. Dans ce contexte, un processus de révision de la méthodologie a été engagé pour inclure une deuxième unité de mesure, en plus du niveau Aire de santé (AS) adopté par les deux évaluations précédentes afin d'informer la réponse au niveau stratégique/nationale. Les deux volets de la nouvelle méthodologie sont donc venus répondre à deux objectifs distincts mais complémentaires, à savoir :

1. Informer la réponse à un niveau stratégique en collectant des données harmonisées au cours des quatre cycles d'évaluation afin de renseigner la planification humanitaire au niveau national (PRH / Aperçu des besoins Humanitaires - HNO).
2. Informer la réponse afin qu'au niveau opérationnel, les acteurs humanitaires puissent peaufiner le type d'interventions et mieux cibler les zones prioritaires parmi une liste de localités préalablement identifiées comme vulnérables par les clusters dans ces provinces.

Après une explication détaillée de la méthodologie utilisée, ce rapport présente les résultats clés de ces quatre cycles d'évaluation, articulés autour de cinq chapitres. Le premier chapitre se focalisera sur la présence de populations déplacées et retournées et sur les dynamiques de déplacement. Le second présentera les résultats sur la situation des abris dans les provinces évaluées. Le troisième chapitre sera dédié à la situation en termes d'accès à l'EHA. Le quatrième chapitre présentera les résultats liés à l'accès au marché, à la téléphonie mobile, aux services financiers et aux modalités d'assistance humanitaire. Enfin, le cinquième chapitre s'intéressera aux résultats quant à l'accès aux services de santé.

METHODOLOGIE

Objectifs des évaluations conjointes

Les évaluations intersectorielles ont le double objectif d'informer la planification de la réponse au niveau stratégique et opérationnel du GTA et du cluster EHA en identifiant les vulnérabilités et les besoins des populations déplacées internes, réfugiées²², retournées, non-déplacées vivant dans les huit provinces du Kasai Central, Sud Kivu, Maniema, Tanganyika, Haut Lomami, Haut Katanga, Nord Kivu et de l'Ituri. Afin de répondre à ce double objectif, deux unités de mesure ont été utilisées pour les cycles 3 et 4 : pour la planification opérationnelle – la localité (villages/cité/quartier) ; pour la planification stratégique – l'AS²³. Plus spécifiquement, les évaluations se sont efforcées d'identifier pour chaque village/cité/quartier et AS couvertes les informations suivantes :

- Présence de populations déplacées internes, réfugiées et retournées
- Besoins et vulnérabilités multisectorielles, en particulier en termes d'abris, d'EHA et de santé
- Accès aux marchés et disponibilités des biens non-alimentaires, accès à la téléphonie mobile et aux services financiers

En accord avec l'objectif de la recherche, la collecte et l'analyse des données ont visé à répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quelle est la présence de déplacés/retournés/réfugiés et quelles sont les dynamiques de déplacement ?
- Quels sont les besoins et les vulnérabilités multisectorielles (en particulier en termes d'abris, d'EHA et de santé) des populations vivant dans les localités / AS des provinces où sont présents des ménages retournés, réfugiés et/ou déplacés?
- Quel est le niveau d'accès aux marchés et les disponibilité des biens non-alimentaires abris et EHA sur les marchés, dans les localités / AS des provinces où sont présents des ménages retournés, réfugiés et/ou déplacés?
- Quel est le niveau d'accès aux services financiers, y compris la couverture du réseau téléphonique, dans les localités / AS où sont présents des ménages retournés, réfugiés et/ou déplacés?

Les quatre collectes de données se sont déroulées selon le calendrier suivant :

- Cycle 1 : Kasai Central – 1 au 31 janvier 2018
- Cycle 2 : Sud Kivu et Maniema – 11 au 24 juin 2018
- Cycle 3 : Tanganyika, Haut Lomami, Haut Katanga – 3 au 28 septembre 2018
- Cycle 4 : Nord Kivu, Ituri – 1 au 16 novembre 2018

Population cible et couverture

Les zones de couverture concernaient les provinces déclarées prioritaires suite aux nombreux mouvements de populations durant la crise L3 et identifiées comme vulnérables par la coordination humanitaire (OCHA, les clusters et les partenaires). La population visée correspond à celle vivant dans les AS (limites administratives inférieures aux provinces et aux zones de santé), sélectionnées sur la base de la priorisation des besoins, de leur accessibilité, de la présence et des capacités des partenaires, dans chacune des provinces à enquêter. Pour les cycles d'évaluation 3 et 4, la collecte de données a, en plus des AS, couvert une sélection de localités considérées prioritaires par les clusters. Le cluster EHA et le GTA ont fait un pré-travail de ciblage à travers une grille d'analyse pour sélectionner les localités à évaluer. La grille prenait en considération les facteurs suivants : poids des populations déplacées par rapport aux non-déplacées, niveau de priorités des Plans de Réponse d'Urgence des pôles sud-est et nord-est²⁴, niveau de destruction des abris, présence des partenaires et niveau d'alerte. En plus des localités identifiées comme prioritaires dans chaque aire de santé, les partenaires devaient également couvrir

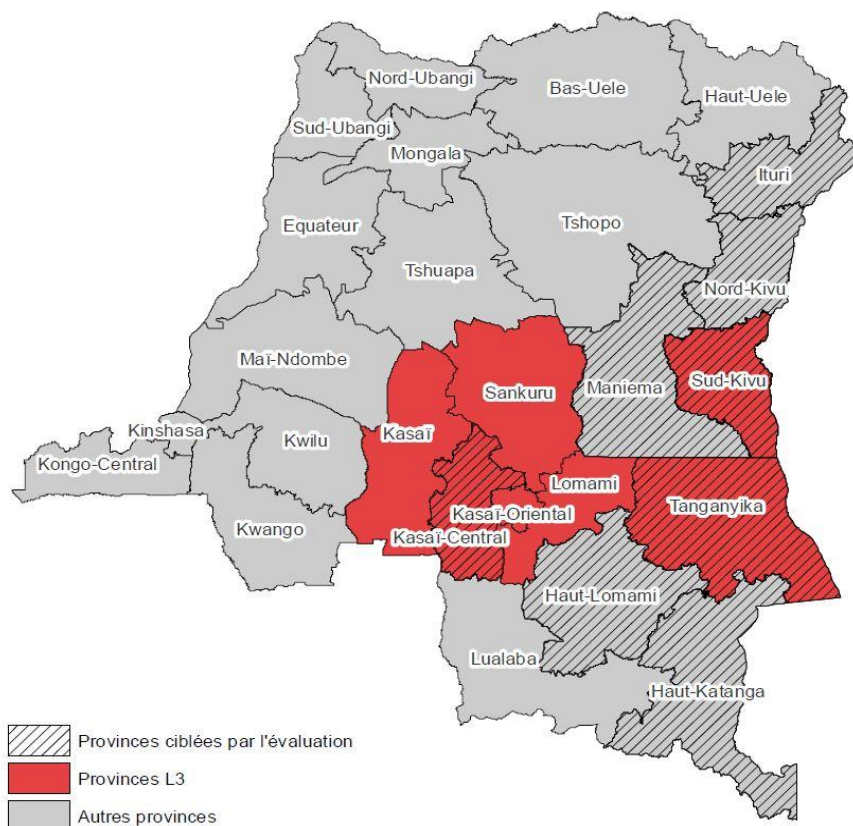
²² Pour ce groupe de population, très peu de résultats significatifs sont ressortis des évaluations donc ils ne sont que peu ou pas discutés dans ce rapport.

²³ Une aire de santé est un espace géographique bien défini, incluse dans les limites territoriales d'une commune ou d'un territoire. Elle comprend un réseau de centres de santé qui dispensent des soins auprès des populations.

²⁴ En vue d'améliorer la coordination humanitaire, une nouvelle architecture a été mise en place en mars 2018. Ce nouvel aménagement des acteurs humanitaires en pôles régionaux (Région des Kasai, Région Nord-Est, Région Sud-Est, Région Centre Est) a pour but d'assurer une réponse davantage cohérente et raisonnée aux situations d'urgence.

le village ou la ville principale pour administrer les questionnaires au « niveau AS ». Toutes les AS où étaient situées les localités prioritaires ont été couvertes par l'évaluation.

Carte 1 : Carte des anciennes provinces L3 et des provinces couvertes par les cycles d'évaluation



Un accent particulier a été mis sur les populations déplacées internes (déplacés provenant d'autres localités/AS) ; retournées (qui ont quitté leur localité/AS d'origine puis sont revenus) ; non-déplacées (n'ont jamais quitté leur localité/AS) ; réfugiées (en provenance d'un autre pays et qui se sont installés dans la localité/AS). Les besoins et vulnérabilités spécifiques à ces populations étaient enquêtés au travers de certaines questions, ce qui fait que quelques indicateurs sont désagrégés par groupe de population. Cependant, cette désagrégation n'est pas systématique à l'ensemble des indicateurs (voir le cadre d'analyse pour plus de détails disponible en annexe).

Informateurs clés

Afin de répondre aux deux objectifs sus-mentionnés, les évaluations ont collecté des données sur la situation en termes d'abris et d'EHA des populations déplacées, réfugiées, retournées, et non-déplacées à deux unités de mesure distinctes. Le niveau aire de santé pour les quatre cycles d'évaluation et le niveau localité pour les cycles d'évaluation 3 et 4 :

Niveau « Aire de santé » pour les cycles 1, 2, 3 et 4

Pour l'ensemble des quatre cycles d'évaluation, les données étaient recoltées au niveau de la localité principale de l'AS et concernaient l'ensemble de l'AS. Les données ont été recoltées par les enquêteurs grâce à deux questionnaires structurés (1 général et 1 santé) administrés face à face auprès de :

- 3 informateurs clé²⁵ (IC) avec des connaissances généralistes pour le questionnaire général (sauf pour le cycle 1, lors duquel juste 1 IC a été interrogé)
- 1 IC travaillant dans une structure de santé pour le questionnaire santé

²⁵ Un informateur clé est une personne résidant ou travaillant dans une communauté et qui est reconnue pour avoir des connaissances approfondies des populations de la communauté en question.

Dans chaque aire de santé, trois IC étaient pré-identifiés et sélectionnés sur la base de leurs connaissances générales sur les conditions de vie des populations vivant dans l'aire de santé (autorité administrative, chef religieux, leaders traditionnels). Le quatrième devait avoir des connaissances spécifiques liées à la santé et les problèmes de santé rencontrés dans l'aire de santé en question. Concernant ce dernier, les enquêteurs avaient pour consigne d'interroger une personne travaillant dans la structure de santé présente dans chaque aire de santé afin de collecter les informations les plus pertinentes possibles.

Niveau « localité » pour les cycles 3 et 4

Les données primaires ont été recoltées par les enquêteurs grâce à deux questionnaires structurés (1 général et 1 santé) administrés face à face auprès de :

- 1 IC avec des connaissances généralistes pour le questionnaire général
- 1 IC travaillant dans une structure de santé pour le questionnaire santé (si présence d'une structure de santé)

Ces questionnaires comportaient également des parties à renseigner par l'observation directe de la part des enquêteurs. Les enquêteurs devaient préalablement établir une liste d'informateurs clés à contacter pour le questionnaire général, sélectionnés sur la base de leurs connaissances générales sur les conditions de vie des populations vivant dans l'aire de santé (autorité administrative, chef religieux, leaders traditionnels). Une fois parvenus dans la localité à évaluer, les enquêteurs, après s'être introduits auprès des autorités locales pour rappeler leur mandat et les objectifs de l'évaluation, procédaient avec les entretiens auprès des IC. Pour les questionnaires santé, une liste préalable ne pouvait être établie car les entretiens avaient lieu de manière ad hoc (après que les enquêteurs aient déterminé la présence d'une structure de santé). Si l'entretien devait avoir lieu, l'IC devait posséder des connaissances spécifiques liées à la santé et les problèmes de santé rencontrés dans la localité et la structure de santé en question.

Tableau 1 : Récapitulatif des AS et localités couvertes et du nombre d'IC interrogés par unité de mesure

Cycle d'évaluation	# Zones de santé	# Aires de santé	# Localités	# d'entretiens IC au niveau AS	# d'entretiens IC au niveau localités ²⁶
Cycle 1	25	305	N/A	305	N/A
Cycle 2	8	142	N/A	568	N/A
Cycle 3	18	225	257	909	436
Cycle 4	21	206	341	780	521
Total	72	878	598	2 562	957

En parallèle des enquêtes avec les informateurs clés, une deuxième collecte de données à travers des groupes de discussion (GD) a été menée lors des cycles d'évaluation 3 et 4. Le GTA, le cluster EHA et REACH ont tenu à approfondir et à contextualiser certaines thématiques liées aux besoins en abris, EHA et marchés pour venir compléter l'analyse des données recoltées auprès des IC. L'échantillonnage sélectif des localités a été fait à partir des critères suivants : la couverture géographique (2 par AS), la typologie de la localité (s'assurer que les enquêteurs conduisent des groupes de discussion dans les trois types de localités i.e. rurale, péri-urbaines et urbaines), la présence de toutes catégories de population (s'assurer de la représentation de PDI, retournés et communautés non-déplacés dans chaque groupe, si celles-ci sont présentes dans la localité). Chaque groupe de discussion prenait en compte le genre, afin de créer des groupes de discussion homogènes, dans lesquels les participant(e)s pouvaient s'exprimer librement sur les besoins propres à leur genre. Ces groupes de discussion ont donc été menés toutes catégories de population confondues dans chaque site sélectionné : femmes (>18 ans), hommes (>18 ans). Au Nord Kivu et en Ituri, les enquêteurs ont organisé des GD dans 91 AS (soit 182 GD). Au Tanganyika, Haut Lomami et Haut Katanga, les GD ont été menés dans 53 AS (106 GD au total). Il y avait en moyenne 6 à 9 participants par groupes.

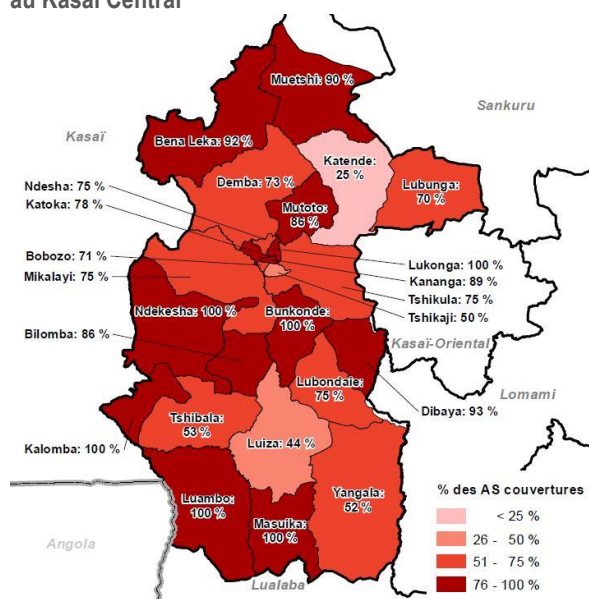
²⁶ Niveau administratif le plus bas, les localités suivent la typologie suivante : village en zones rurales, cités en zones péri-urbaines et quartiers en zones urbaines)

Collecte de données

Avant chaque phase de collecte de données, une session de formation à l'attention des partenaires EHA et abris était organisée dont l'objectif était le renforcement des capacités à mener des évaluations. Plus spécifiquement, chaque formation visait à familiariser les partenaires avec la méthodologie et les outils, les introduire à l'application Kobo au travers d'exercices en groupes et, pour les cycles 3 et 4, offrir un aperçu théorique et pratique de l'organisation de groupes de discussion.

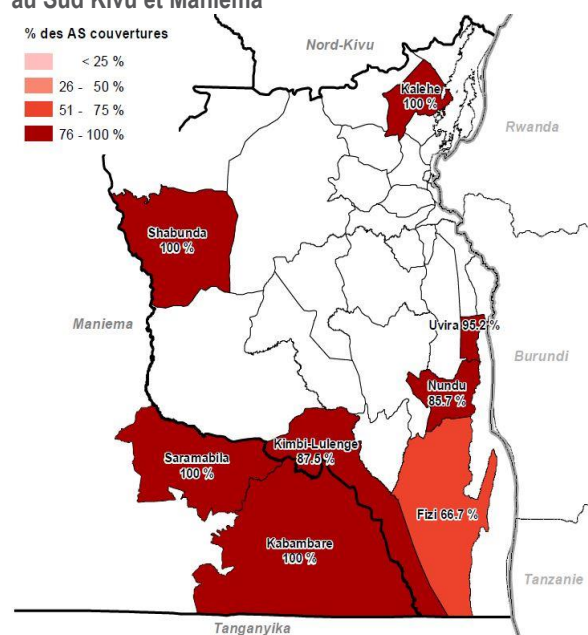
L'engagement et la participation des partenaires constituaient la clé de voute pour la bonne réalisation des évaluations conjointes. Leurs connaissances des zones à évaluer ainsi que leur capacité d'intervention dans des zones reculées et relativement dangereuses se sont avérées essentielles. Il était d'autant plus important pour REACH d'assurer le suivi et la coordination de la collecte de données de manière quotidienne afin d'apporter un soutien logistique et d'assurer le bon déroulement des opérations.

Carte 2 : Taux de couverture et partenaires participants au Kasai Central



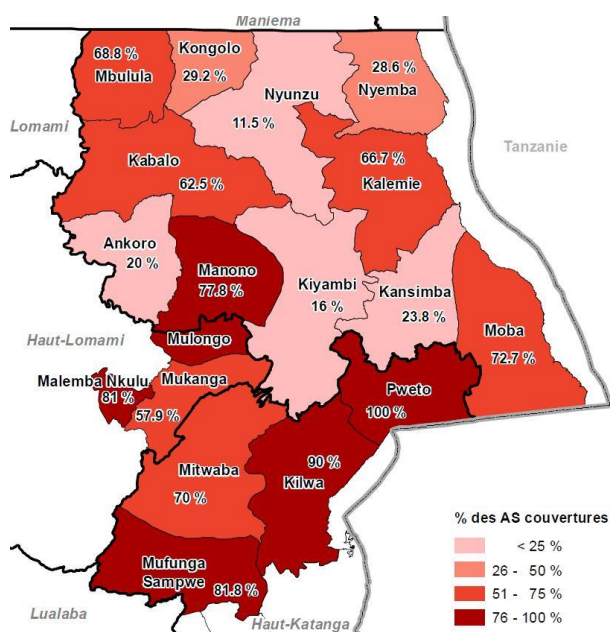
ACD, ACF, ADSSE, AIDS, ALDI, ASOV, Caritas, Campa, ONGD International Belgique, CISP, CODIBAKAV, FMD, ForS-Pax, Help Age, NRC, PAP-RDC, Reveil

Carte 3 : Taux de couverture et partenaires participants au Sud Kivu et Maniema

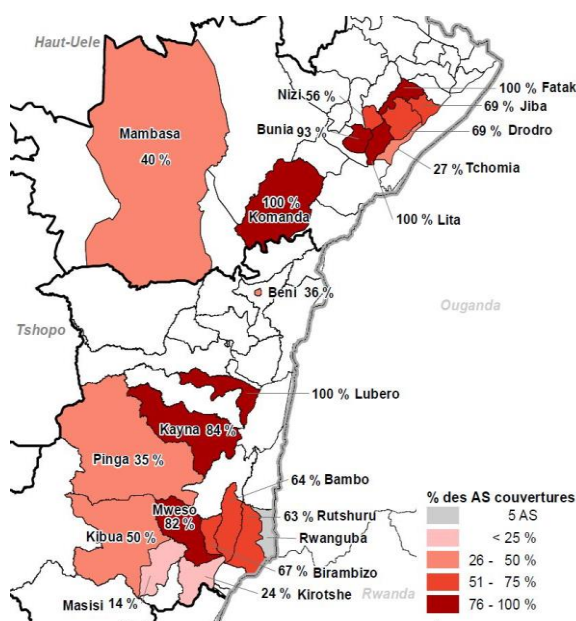


ACTED, ADRA, AVUDS, Caritas Bukavu, Caritas Kasongo, Caritas Uvira, Christian Aid, NCA

Carte 3 : Taux de couverture et partenaires participants au Tanganyika, Haut Lomami et Haut Katanga



Carte 4 : Taux de couverture et partenaires participants au Nord Kivu et Ituri



Analyse des données

Lors de la phase de collecte des données, un débriefing de chaque enquêteur était effectué par REACH avec le chef d'équipe de terrain de chaque partenaire à la fin de chacune des journées. Les données récoltées sur le terrain étaient transmises quotidiennement sur le serveur Kobo du HCR (compte IMPACT). Suite à la phase de collecte, les données ont été nettoyées : les réponses controversées ont été interprétées et corrigées avec l'aide des enquêteurs et de leur chef d'équipe, et les réponses incohérentes ont été supprimées. Les données ont finalement été analysées et croisées avec les données secondaires disponibles.

Les données du questionnaire général collectées au niveau des aires de santé ont été triangulées : les données numériques après triangulation représentent une moyenne des réponses reçues des IC, dans le cas où il n'y avait pas de marge de 15-20% entre les différentes réponses. Pour les réponses par catégories, les réponses les plus communes ont été retenues. Dans le cas où les trois réponses différaient, il était appliqué une pondération en fonction du rôle de l'IC et de l'indicateur – la réponse de l'IC le plus apte à donner une réponse juste était conservée. Dans certains cas, pour le cycle 2, il s'est avéré impossible de départager entre les 3 IC ce qui a mené à un certain pourcentage de données déclarées comme « pas de consensus ». Dans le cas de questions où les IC avaient des réponses à choix multiples, toutes les options de réponses étaient acceptées. Toutes les données, collectées au niveau aires de santé et localité, sont agrégées au niveau des provinces pour les besoins de ce rapport. Une pondération a été appliquée pour l'analyse des données – effectivement, les données récoltées étaient difficilement comparables entre provinces car le taux de couverture était inégal d'où la nécessité d'une pondération.

Les données collectées lors des GD ont été communiquées à REACH par des formulaires de débriefings. L'analyse a été menée groupe de discussion par groupe de discussion et site par site jusqu'à ce que les données ne fournissent plus d'informations utiles (saturation des données).

Limites

En raison des caractéristiques de l'évaluation, et notamment de la méthodologie utilisée, les limites suivantes doivent être considérées lors de la lecture des résultats :

- La nature de la méthodologie, notamment le fait que les résultats soient basés sur les estimations des IC interrogés, signifie que les résultats sont indicatifs, et non statistiquement représentatifs de la situation dans les localités et les AS évaluées. Bien que les IC aient été sélectionnés sur la base de leur statut au sein de leur communauté et pour leur niveau de connaissance de cette dernière, ces connaissances peuvent être limitées, non spécifiques et estimatives et cela notamment au vu du choix d'unité de mesure (i.e. les AS) pour les IC qui étaient interrogés sur cette limite administrative (échantillon non aléatoire et petit au vu des contraintes de temps et d'accès physiques/sécuritaire). Ce choix méthodologique a été adopté pour faire face aux contraintes logistiques, de temps et pour couvrir le plus de zones possibles au vue de l'étendue géographique. Cependant, les résultats fournissent des informations utiles quant aux principaux besoins des populations et des dynamiques de déplacements, bien qu'il ne soit pas possible de les généraliser à l'ensemble de la population.
- Les données collectées reposant sur les réponses des IC, l'existence d'un potentiel biais dans les réponses, notamment dans l'optique de recevoir davantage d'assistance, ne peut être écartée.
- Les femmes sont sous représentées parmi les IC (variant entre 7% à 18% des IC interrogés par cycle d'évaluation). Leurs besoins spécifiques peuvent être moins reflétés dans les résultats, limite à laquelle les groupes de discussion sont venus répondre, dans une certaine mesure.
- Au vu du nombre très important de GD menés, il n'a pas été possible de tous les analyser. De plus, pour la plupart des partenaires, il s'agissait d'un exercice entièrement nouveau et les résultats retranscrits n'étaient pas toujours de très bonne qualité. Cependant, l'analyse d'une grande partie des meilleures transcriptions a permis de faire ressortir des éléments très intéressants, reproduits à certains passages de ce rapport.
- Les quatre cycles d'évaluation se sont déroulés en l'espace de 12 mois. Ainsi, les données permettent d'obtenir un aperçu de la situation à un moment donné. Cependant en fonction des déplacements et de l'évolution de la situation (très volatiles), les résultats peuvent ne plus être représentatifs, notamment pour les provinces évaluées au cours des cycles 1 et 2. Ceci peut contribuer à expliquer les différences observées entre les différentes provinces lors des comparaisons établies dans ce rapport.

RESULTATS CLES

Cette partie présente les résultats clés pour les quatre cycles d'évaluations conjointes, articulés autour de cinq chapitres :

- Chapitre 1 : Mouvements de population
- Chapitre 2 : Accès aux abris
- Chapitre 3 : Accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement
- Chapitre 4 : Accès aux marchés, à la téléphonie mobile, aux services financiers et modalités d'assistance
- Chapitre 5 : Accès aux services de santé

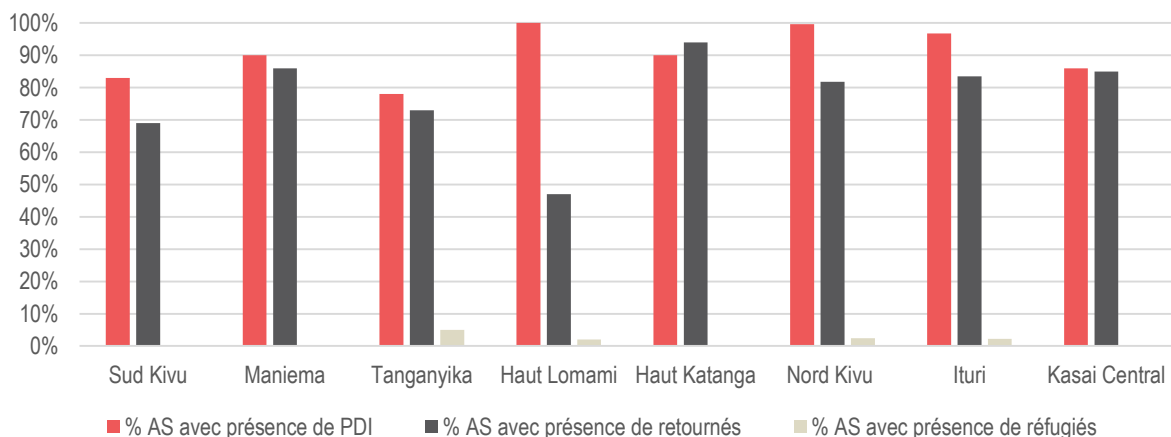
Pour tous ces chapitres, tous les résultats seront présentés pour les données primaires récoltées dans les aires de santé. La plupart de ces données seront donc à lire en tant que proportion d'AS évaluées dans les ZS couvertes et agrégées au niveau des provinces et/ou pôles régionaux. Dans certains de ces chapitres, en fonction de leur pertinence et afin d'approfondir l'analyse, une partie présentera les résultats pour certains indicateurs et données récoltées au niveau des localités prioritaires lors des cycles d'évaluation 3 et 4 ainsi que des éléments tirés des GD.

Chapitre 1 : Mouvements de population

Présence de différents groupes de population

De manière générale, les cycles d'évaluation révèlent que dans plus de 50% des AS enquêtées de toutes les provinces couvertes, la présence de ménages PDI et de ménages retournés a été signalée par les IC (exception faite du Haut Lomami où les IC de 47% des AS ont rapporté la présence de ménages retournés). Durant les cycles 3 et 4, les IC ont également été interrogés sur la présence de ménages réfugiés dans leurs AS – comme indiqué dans le graphique 1, les IC d'une faible proportion d'AS évaluées ont mentionné la présence de réfugiés au Tanganyika (TN), Haut Lomami (HL), Nord Kivu (NK) et l'Ituri (IT) (5%, 2%, 2% et 2% respectivement).

Graphique 1 : Proportion d'AS évaluées dans lesquelles les IC ont signalé la présence de ménages PDI, retournés et réfugiés, par province



Par exemple²⁷, les conditions sécuritaires ont favorisé le retour progressif des communautés déplacées dans des ZS du HK (Pweto, Kongolo, Manono et Kilwa) et sur le graphique 1, dans 94% des AS évaluées au HK, les IC ont indiqué la présence de ménages retournés. La ZS de Malemba Nkulu (province du HL) traversant aussi une période d'accalmie, ceci expliquerait que les IC de l'ensemble des AS évaluées aient rapporté la présence de ménages PDI.

²⁷ Plan opérationnel d'urgence pour le Tanganyika, Haut Lomami et Haut Katanga – OCHA (Juin-Novembre 2018) : https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/juin_2018_plan_operationnel_tanganyika_fr.pdf

Au Nord Kivu et en Ituri, de nombreux incidents sécuritaires liés aux affrontements entre groupes armés ou liés au conflit foncier constituent toujours des facteurs de déstabilisation.²⁸ A la volatilité de cette situation sécuritaire est venue se greffer l'apparition en août 2018 d'une épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE)²⁹. Ces phénomènes engendrent encore des déplacements multiples et fréquents dans ces deux provinces, ce que viennent confirmer les données présentées dans le graphique 1, où les IC de respectivement 100% et 97% des AS évaluées du NK et de l'IT ont mentionné la présence de ménages PDI.

Selon le plan Opérationnel d'urgence du Sud Kivu et du Maniema³⁰, la situation reste préoccupante dans la plupart des ZS de ces provinces où les violences demeurent le principal facteur de la crise humanitaire. Ce que mettent en exergue les résultats du graphique 1, avec 83% et 90% des IC des AS couvertes ayant rapporté la présence de ménages PDI et 69% et 86% des IC dans les AS évaluées ayant mentionné la présence de ménages retournés, au SK et MN respectivement. Toutefois, une tendance à l'accalmie est observable dans la ZS de Kalehe, car lors de l'évaluation, les IC de 42% des AS couvertes ont rapporté la présence de ménages retournés. Selon les enquêteurs, la plupart des retournés sont de longue durée, pour certains depuis plus de dix ans. Cependant certains axes de cette ZS constituent encore des zones de déplacement pour les populations qui fuient des hostilités, avec 75% des IC dans les AS évaluées ayant rapporté la présence de ménages PDI.

Dans la région des Kasai, depuis janvier 2018³¹, les conditions sécuritaires se sont progressivement améliorées. Cependant, des poches d'insécurité persistent au Kasai Central, où les milices sont encore actives et les opérations militaires sont en cours. Ceci pourrait expliquer le fait qu'au moment de l'évaluation, les IC de 86% des AS évaluées aient rapporté la présence de ménages PDI. Cependant, le rétablissement progressif des conditions sécuritaires dans certaines zones a encouragé la poursuite des mouvements de retour, comme le suggère le graphique 1 où les IC de 85% des AS couvertes ont mentionné la présence de ménages retournés.

De manière générale, l'ampleur de la crise et l'évolution constante du contexte continuent d'alimenter un flux régulier de déplacements (prolongés ou périodiques, voir sous-chapitre sur la durée et les facteurs de déplacement).

Durée et facteurs de déplacement

Déplacés internes

Au cours des cycles 2, 3 et 4, il était demandé aux IC de donner une estimation de la durée moyenne passée par la majorité des ménages PDI dans leurs AS d'accueil. Dans une certaine mesure, les résultats du graphique 2 suggèrent une relative stabilisation des mouvements de population dans la majorité des AS des provinces du TK, HL, HK, et NK dans les 6 mois à 2 ans précédant les évaluations. Par exemple, au HL, les IC de 62% des AS évaluées ont mentionné que la majorité des ménages déplacés internes se trouvaient dans les AS d'accueil depuis 1 à 2 ans. Les déplacements des ménages PDI continuaient néanmoins : ainsi, au Maniema, les IC de 69% des AS ont signalé que la majorité des ménages PDI étaient arrivés au cours des 6 mois précédant l'évaluation. De même, les IC de 49% des AS du NK ont indiqué l'arrivée de la majorité des ménages PDI au cours des 6 mois précédant les enquêtes. Dans 13% des AS enquêtées du SK et 11% des AS couvertes de l'IT, les IC ont indiqué que la majorité des ménages PDI s'était installée le mois précédent. Les données récoltées au niveau des localités ciblées lors du cycle 4 correspondent à ces résultats au niveau AS. Ainsi, dans les ZS de Jiba, Komanda, Tchomia (province de l'Ituri), et les ZS de Béni, Kayina, Kibua et Pinga (province du NK), les IC de la majorité des localités évaluées rapportent avoir vu l'arrivée de la majorité de ménages PDI entre 1 à 6 mois précédant l'enquête.

²⁸ Plan de réponse d'urgence des provinces du Nord Kivu et de l'Ituri – OCHA (Avril-Septembre 2018) :

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/rd_congo_-_provinces_nord-kivu_et_ituri_-_plan_de_reponse_durgence_avril-septembre_2018_0.pdf

²⁹ Reliefweb article (visité le 11.12.2018) : <https://reliefweb.int/disaster/ep-2018-000129-cod>

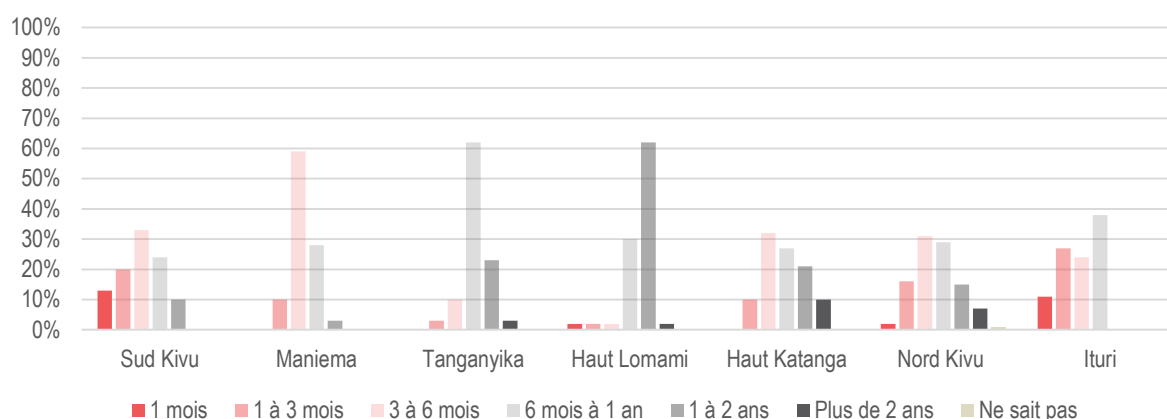
³⁰ Plan Opérationnel d'urgence du Sud Kivu et Maniema – OCHA (Juin-Novembre 2018) :

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/po_sk_man_2409182018.pdf

³¹ Plan opérationnel d'urgence pour la région du Kasai, Kwilu, Kwango et Lualaba -OCHA (Juin-Novembre 2018) :

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/po_region_Kasai_24092018.pdf

Graphique 2 : Durée moyenne passée par la majorité des ménages PDI dans leurs AS actuelles en % d'AS avec des PDI, par ZS



La majorité des AS des provinces du TK, HL, HK et de l'IT accueillait des ménages PDI aux multiples déplacements (tableau 2), c'est-à-dire qui avaient déjà été déplacées de leur AS d'origine avant leur arrivée dans leur AS actuelle. Dans 34% des AS du Maniema, les IC ont rapporté que la majorité des ménages PDI avaient effectué plus de 3 déplacements secondaires.

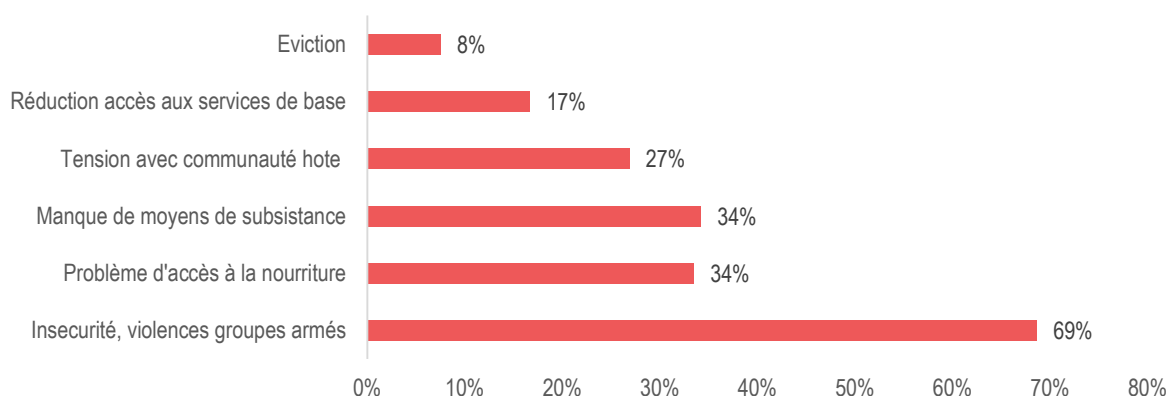
Tableau 2 : Estimation des IC du nombre de fois où la majorité des ménages PDI ont effectué un déplacement secondaire, en % d'AS, par province

Provinces	Non	1 à 2 fois	2 à 3 fois	Plus de 3 fois	Pas de consensus	Ne sait pas
Sud Kivu	11%	46%	33%	8%	3%	0%
Maniema	3%	24%	34%	34%	3%	0%
Tanganyika	21%	60%	15%	3%	0%	1%
Haut Lomami	36%	51%	6%	4%	0%	2%
Haut Katanga	2%	58%	35%	5%	0%	0%
Nord Kivu	25%	30%	31%	13%	0%	0%
Ituri	14%	51%	30%	5%	0%	2%

Les problèmes liés à la sécurité sont les premiers facteurs de déplacements secondaires évoqués (69% des AS évaluées de sept provinces couvertes³²), avant les problèmes d'accès à la nourriture (34%) et la perte des moyens de subsistance (34%), dans les AS où des déplacements multiples ont été rapportés. Ces données viennent confirmer les observations faites par la communauté humanitaire sur la persistance de l'insécurité dans les AS d'origine des PDI qui réduit les perspectives et les possibilités de retour et se couplent souvent à une tendance au retour dans des zones plus stables. Après la recherche de la sécurité, les dynamiques de mouvement doivent être vues sous le prisme de l'insécurité alimentaire et de la recherche des moyens de subsistance. Il faut noter que les déplacements multiples accroissent la vulnérabilité des personnes déplacées, celles-ci étant plus susceptibles de manquer de ressources, dû au fait qu'elles ne peuvent généralement se déplacer qu'avec une quantité limitée de biens et de matériels, et donc d'avoir un statut précaire au sein des communautés qui les accueillent. Aussi, ce manque de moyens, combinés à des périodes longues passées en zone d'accueil, peut créer des situations risquées en termes de cohabitation avec les populations locales qui se voient forcées de partager des ressources limitées. Ceci peut mener à des cas de tensions ou d'évictions (cf. graphique 3). De fait, le risque de futurs déplacements (liés à l'insécurité, les tensions, le manque de moyens de subsistance, etc) ne peut être écarté.

³² Toutes les questions relatives aux déplacements n'étaient pas incluses dans les questionnaires du cycle 1 d'évaluation.

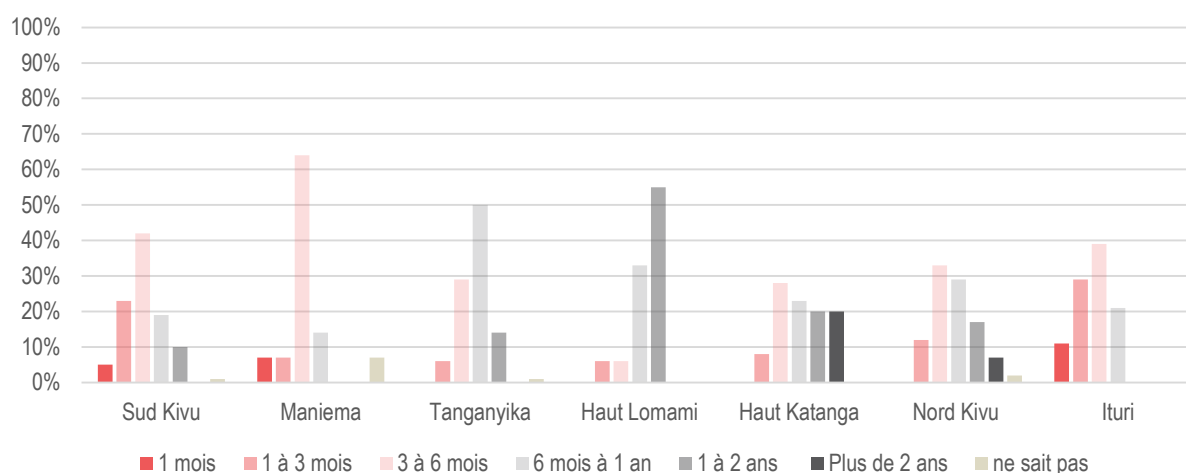
Graphique 3 : Raisons principales, selon les IC³³ ayant rapporté des déplacements secondaires, pour les déplacements secondaires des ménages PDI, en proportion d'AS



Retournés

Les résultats du graphique 4 suggèrent une tendance au retour de la majorité des ménages anciennement déplacés dans la majorité des AS des provinces du TK, HL, HK, et NK dans les 6 mois à 2 ans précédant les évaluations. Pour les provinces du SK, MN et IT, les IC de respectivement 70%, 78% et 79% des AS évaluées ont indiqué que la majorité des ménages retournés étaient revenus dans les 6 derniers mois précédant les enquêtes. Ces données semblent correspondre avec l'arrivée des PDI pour ces provinces à des périodes identiques et confirment que des conditions sécuritaires favorables ont permis le retour progressif de communautés déplacées.

Graphique 4 : Durée moyenne depuis que la majorité des ménages retournés (ancien PDI) sont revenus dans leurs lieux d'origine, en % d'AS, par province



Cependant, les évaluations ont également révélé l'existence de mouvements pendulaires de ménages PDI qui viennent, dans une certaine mesure, nuancer les dynamiques de retour. Ainsi, les IC ont rapporté des cas de ménages PDI qui retournent de temps à temps dans leur AS d'origine et reviennent dans leur lieu de déplacement sur le court-terme. (72% des AS en IT, 79% des AS au NK, 89% des AS au HK, 66% au SK et 84% au MN). Selon les IC, les ménages PDI cherchent principalement à vérifier la sécurité dans leur AS d'origine, avant de vérifier l'état de leurs biens ou de participer à la saison agricole. Ces dynamiques de mouvements de courte durée mettent également en exergue les vulnérabilités aiguës des populations PDI qui ont perdu l'accès aux biens et services de base. Les conséquences de la pression démographique liée à la présence de PDI et à la réintégration des retournés a des implications pour les communautés hôtes, notamment d'exacerber des tensions pour l'accès à des ressources déjà fragiles.

³³ Pour cette question, les IC avaient la possibilité de choix multiples dans leurs réponses. Toutes les options sélectionnées ont été admises.

Chapitre 2 : Accès aux abris

Etat de destruction et de dommages aux abris

Dans l'ensemble des provinces couvertes par les cycles d'évaluations, les IC ont rapporté que le conflit avait causé la destruction ou des dommages aux abris. Dans le tableau 3, les trois provinces ayant enregistré le plus grand nombre d'abris détruits et endommagés sont le Kasai Central, le Tanganyika et le Nord Kivu³⁴, selon les estimations des IC.

Tableau 3 : Nombre d'abris endommagés et détruits par province

Provinces	# abris endommagés	# abris détruits
Kasai Central	85 639	107 017
Tanganyika	38 069	35 698
Nord Kivu	31 489	26 956
Haut Katanga	30 891	25 152
Sud Kivu	29 144	12 516
Ituri	22 608	27 422
Haut Lomami	5 613	4 888
Maniema	3 605	4 812
Total	247 058	244 461

Au cours des cycles 3 et 4, les enquêteurs devaient renseigner les questionnaires par leur observation directe de l'état de destruction et de dommages des abris dans les localités évaluées. Pour le NK, les observations directes ont révélé un nombre total d'abris détruits de 51 836, chiffre plus élevé que celui rapporté par les IC interrogés au niveau des AS. Il faut noter aussi que la grande majorité de ces abris détruits ou endommagés étaient situés dans des villages et une faible minorité en zone urbaine. En cas de retour, les besoins en abris seront probablement importants pour les ménages ainsi que leur capacité de réhabiliter ou de reconstruire leurs abris. Pour les ménages PDI se pose la question de l'accès à des abris adéquats au sein des communautés d'accueil. Comme cela sera présenté dans le sous-chapitre sur les obstacles à la construction des abris pour les ménages déplacés et retournés, ces deux catégories de population sont exposées à des difficultés pour la construction ou la réhabilitation de leurs abris dans la majorité des AS évaluées selon les IC.

Principaux types d'abris

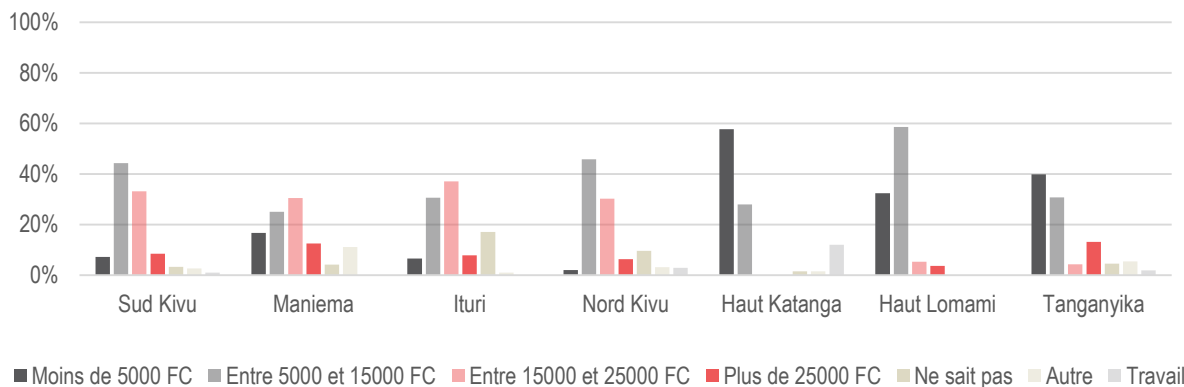
Déplacés internes

Au moment de l'évaluation au KC, les IC de 62% des AS évaluées dans la province ont indiqué que la majorité des ménages PDI partageait une maison sans frais. Dans les autres AS de cette province, les PDI étaient principalement soit locataires (10% des AS) soit propriétaires (9% des AS). Pour les provinces du Sud Kivu et du Maniema, les IC de 65% des AS couvertes ont déclaré que le partage d'une maison sans frais était le principal type d'habitation des ménages PDI. Dans 33% des AS de Kimbi Lulenge (province du Sud Kivu), la plupart des ménages PDI louent une maison et la majorité des ménages PDI sont propriétaires dans 15% des AS de Fizi et 10% des AS de Shabunda dans la province du SK. Au Tanganyika, Haut Lomami et Haut Katanga, les IC de 31% des AS évaluées ont rapporté que le partage d'une maison sans frais était le principal type d'habitation des ménages PDI et que dans 18% des AS évaluées les centres collectifs étaient le type d'habitation principal de la majorité des ménages PDI. Il convient de remarquer que pour la ZS de Malemba Nkulu (province du Haut Lomami), les IC de 53% des AS évaluées ont signalé que la majorité des ménages PDI louent une maison. Du fait de la durée assez longue passée par la majorité des ménages PDI dans cette ZS (voir chapitre 1), on peut supposer que les ménages ont dû trouver des solutions plus durables pour pouvoir rester dans les zones d'accueil. Dans 53% des AS enquêtées du Nord Kivu et de l'Ituri, le partage d'une maison sans frais est le principal type d'habitation de la majorité des ménages PDI, suivi d'une maison individuelle louée (12% des AS) et du partage d'une maison contre loyer ou travail (9%)

³⁴ Pour ces données, il faut nuancer la lecture de ces résultats en prenant en compte le fait que le taux de couverture varie par province.

Par la suite, il était demandé aux IC au cours des cycles 2, 3 et 4 de donner une fourchette estimative du montant d'un loyer mensuel dans leurs AS respectives. Le graphique 5 montre que pour toutes les provinces exceptée le Haut Katanga, les IC de la majorité des AS couvertes ont signalé que le loyer moyen allait de 5 000 à 25 000 francs congolais. Si l'on peut probablement supposer que la majorité des ménages PDI ont perdu leurs avoirs et sources de revenus, ces données viennent appuyer les résultats du paragraphe précédent qui indiquent que le type d'habitation principal des ménages PDI est le partage d'une maison sans frais dans les familles d'accueil ou dans des centres collectifs.

Graphique 5 : Estimation des IC du montant moyen du loyer, en % d'AS, par province (en francs congolais)



Il convient cependant de préciser que lorsque les IC étaient interrogés au sujet du principal type d'habitations des ménages PDI, aucune dimension temporelle n'était prise en compte. Ainsi, bien que ne connaissant pas la durée moyenne passée par les ménages PDI dans les familles d'accueil, nous pouvons supposer que la condition de gratuité de l'hébergement n'est pas une solution durable pour les familles hôtes au vu des pressions posées par la prise en charge de ménages PDI avec des ressources limitées et sans aucune forme de compensation. Egalement, pour la forte proportion d'IC rapportant l'hébergement dans une maison sans frais, il faudrait probablement nuancer la compréhension des notions de services rendus qui parfois ne sont pas considérés comme une compensation. L'analyse des groupes de discussion font émerger des préoccupations majeures en ce qui concerne la promiscuité et les risques de protection existants dans les familles hôtes où plusieurs personnes doivent partager des espaces restreints. Or, du fait que les participants dans la quasi-totalité des groupes de discussion ont fait part du manque de moyen des ménages PDI, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces derniers sont fondamentalement vulnérables et ne peuvent trouver de solutions alternatives car exposés à des obstacles pour la construction d'abris et des risques d'évictions.

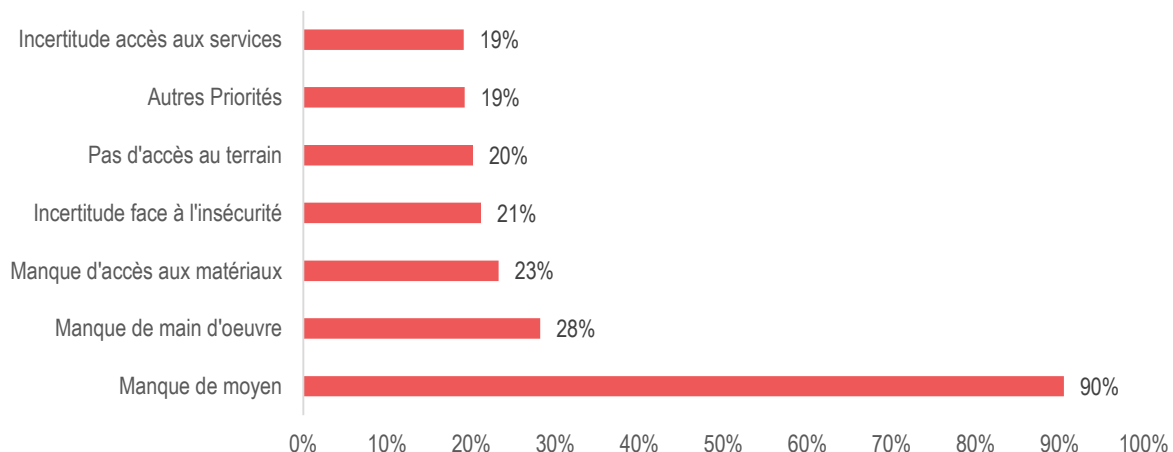
Retournés

De manière générale, les évaluations menées révèlent que la majorité des ménages retournés dans la majorité des AS de toutes les provinces excepté le Haut Lomami sont propriétaires (44% des AS couvertes au KC, 62% et 66% respectivement des AS évaluées au NK et en IT, 65% et 69% des AS au HK et au TN, 72% et 44% des AS au MN et au SK). Au Haut Lomami, l'analyse au niveau de la province révèle que dans 34% des AS évaluées, la majorité des ménages retournés partagent une maison sans frais. Si l'on approfondi l'analyse au niveau de chaque ZS, les IC de 100% des AS couvertes dans la ZS de Mulongo ont signalé que les ménages retournés partagent une maison contre loyer ou travail. Dans une forte proportion de localités (88%) des AS couvertes de Mulongo, les IC ont rapporté la présence de ménages PDI dont on pourrait inférer une réduction du nombre de logements disponibles. Dans 55% des AS de la ZS de Mukanga (province du Haut Lomami), les IC ont indiqué que les ménages retournés partageaient une maison gratuitement. Selon les résultats de l'évaluation, cette ZS présente un nombre conséquent d'abris détruits et endommagés (4 783 et 5 350 respectivement), raison probablement pour laquelle les ménages retournés ont du recourir au soutien de familles d'accueil avant de pouvoir reconstruire ou réhabiliter leurs maisons. Egalement, à l'instar de la ZS de Mulongo, une forte proportion de village (77%) des AS couvertes à Mukanga accueillent des ménages déplacés internes selon les IC, ce qui suggère une diminution du nombre d'abris disponibles.

Obstacles à la construction d'abris pour les déplacés internes

Au cours des quatre cycles d'évaluation, les IC étaient interrogés sur les obstacles que rencontrent les ménages PDI pour la construction d'un abri adéquat. Comme montré dans le graphique 6, l'obstacle principal évoqué par les IC dans la grande majorité des AS couvertes est le manque de moyen. Ainsi, au Kasai Central, les IC de 96% des AS évaluées ont fait part du manque de moyen des ménages PDI comme entrave majeure à la construction des abris.

Graphique 6 : Obstacles à la construction des abris des ménages PDI, selon les IC, en proportion d'AS



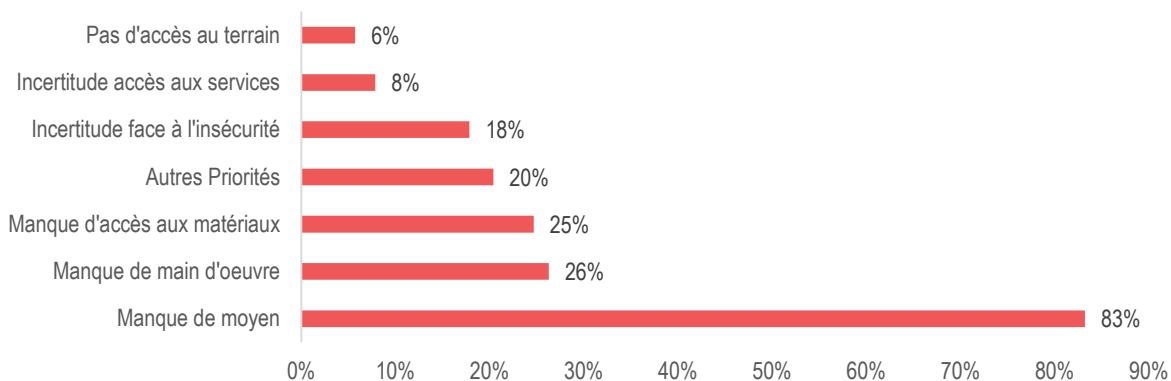
Des variations sont observables entre les provinces quant aux autres obstacles auxquels seraient confrontés les déplacés internes. Au Nord Kivu et en Ituri, dans respectivement 24% et 21% des AS couvertes, les IC ont indiqué que les PDI n'avaient pas accès au terrain pour construire leurs abris. Au Haut Katanga et au Maniema, les IC de respectivement 20% et 21% des AS évaluées ont fait part que les ménages PDI ne construisent pas en raison de leur incertitude quant à l'évolution de la sécurité. Au Nord Kivu et au Tanganyika, les IC d'une forte proportion d'AS dans un grand nombre de ZS ont indiqué que l'obstacle principal est l'incertitude des ménages PDI concernant l'accès aux services. Au cours de l'atelier de restitution avec les partenaires en juillet 2018, il a été indiqué que ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les populations sont plus actives dans l'exploitation des minerais dans cette ZS. Ainsi il y aurait une insuffisance de main d'œuvre avec les qualifications requises dans le domaine de la construction.

Obstacles à la reconstruction/réhabilitation des ménages retournés

A l'instar des ménages PDI, les IC de toutes les provinces couvertes ont rapporté que les ménages retournés sont confrontés à des obstacles quand ils cherchent à reconstruire ou réhabiliter leurs abris. En comparant les obstacles rencontrés par chacune des deux catégories de population, il ressort que les deux obstacles principaux sont le manque de moyen (dans 83% des AS pour les ménages retournés et 90% d'AS évaluées pour les ménages PDI) et le manque de main d'œuvre (28% des AS couvertes pour les ménages retournés et 26% des AS pour les ménages PDI). Il existe cependant des différences entre les deux catégories : les IC d'un plus grand pourcentage d'AS ont rapporté que les PDI ont plus d'incertitude à accéder au terrain et aux services (20% et 19% respectivement contre 6% et 8% respectivement pour les ménages retournés).

Lors des GD, les participants ont quasi-unaniment rapporté que leur plus grand souci pour accéder ou reconstruire leurs abris était le manque de moyen. Pour les retournés qui ont vu leurs maisons incendiées, la construction ne fait pas partie des priorités ou est impossible du fait qu'ils n'ont pas les ressources financières. Pour les déplacés, un grand nombre (hommes et femmes confondus) a fait état de leur extrême pauvreté et des sentiments de suspicion à leur égard de la part des communautés hôtes. La promiscuité est un problème majeur : ainsi, les enquêteurs au cours de l'évaluation au NK et en IT ont relevé que dans 81% des localités enquêtées, la superficie des habitations ne dépasse pas en moyenne 35 mètres carrés. Une telle exigüité peut engendrer le plus généralement des évictions et parfois des cas de VBG (un cas soulevé au cours d'un groupe de discussion par une femme déplacée).

Graphique 7 : Obstacles à la reconstruction/réhabilitation des abris des ménages retournés, selon les IC, en proportion d'AS



Cas d'évictions

Au cours des cycles 2, 3 et 4, les IC ont été interrogés sur leurs connaissances de cas d'évictions frappant les ménages PDI et/ou retournés. Cette question a été ajoutée afin de mettre en exergue les cas de discriminations ou de problématiques de protection qui touchent les populations vulnérables dans l'accès aux abris. Il ressort des trois cycles d'évaluation que dans les sept provinces couvertes, la plupart des IC ont rapporté des cas d'évictions dans leurs AS touchant soit des ménages PDI, soit des ménages retournés, soit les deux. Les provinces du Nord Kivu, du Haut Katanga et du Sud Kivu comptent les plus fortes proportions d'AS dans lesquelles les IC ont rapporté des cas d'éviction (respectivement 61%, 48% et 38%). Lorsqu'interrogés sur les raisons principales pour ces évictions, les IC ont cité les raisons suivantes³⁵ (toutes provinces confondues) : 1) le non-paiement du loyer (54%) ; 2) mésentente avec le propriétaire (33%) ; 3) le propriétaire est revenu occupé son bien (29%) ; 4) tensions communautaires (4%).

Dans les ZS de Kabalo, Kansimba, Kiyambi, Moba et de Nyemba (province du Tanganyika), les IC de toutes les AS évaluées ont rapporté que le retour du propriétaire était la cause des cas d'évictions. Au cours des enquêtes au niveau localité du cycle 4, les IC de 67% des localités couvertes dans la ZS de Béni ont évoqué la mésentente avec le propriétaire comme raison pour les évictions. Dans la ZS de Kibua, les IC de 50% des localités évaluées ont signalé que les tensions communautaires étaient derrière les cas d'évictions de ménages.

Chapitre 3 : Accès à l'EHA

Accès à l'eau potable

Il ressort des quatre cycles d'évaluation que l'accès à une eau de qualité est un enjeu majeur pour les populations dans les huit provinces. Pour les 72 ZS couvertes au cours des quatre cycles d'évaluation, les IC ont indiqué que dans 18 d'entre elles, l'eau de surface était la source d'eau de boisson principale pour les populations. Dans 43 ZS, la source d'eau de boisson principale des populations est une source d'eau améliorée³⁶. Pour les 11 ZS restantes, les IC ont indiqué que la source d'eau de boisson principale est une source d'eau non-améliorée³⁷. Selon les IC interrogés dans la majorité des AS évaluées à travers les quatre cycles d'évaluation, une minorité de personnes a accès à de l'eau potable (39%). Au Kasai Central, l'évaluation révèle que seulement 21% des villages dans les AS couvertes de la province ont accès à un point d'eau aménagé fonctionnel. Au Haut Katanga, Haut Lomami et Tanganyika, respectivement 16%, 24% et 30% des villages dans les AS couvertes ont au moins un point d'eau aménagé fonctionnel, selon les IC. Il est intéressant de noter que pour ces trois provinces, lorsqu'interrogés si ces points d'eau aménagés avaient été endommagés au cours du conflit, les IC de 41%, 10% et 24% des villages du HK, HL et TN ont répondu par l'affirmative. Au Nord Kivu et Ituri, ou respectivement 46% et 36% des villages dans les AS évaluées ont au moins un point d'eau aménagé fonctionnel, les IC de 6% et 3% de

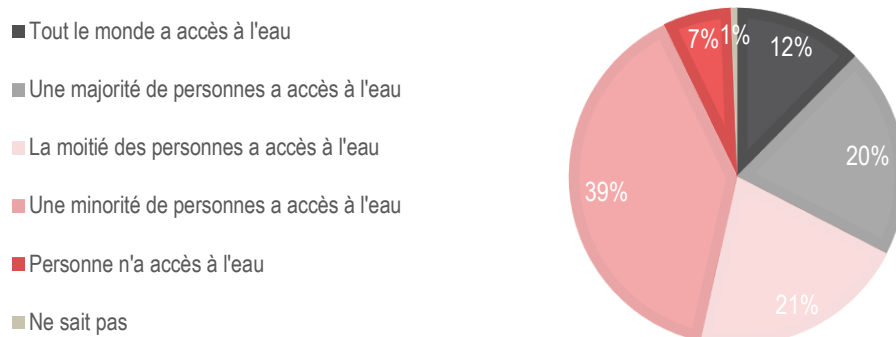
³⁵ Pour les raisons aux cas d'évictions, il était demandé aux IC de mentionner toutes les options possibles.

³⁶ Les sources améliorées sont les suivantes : puits creusé aménagé, source aménagée, robinet borne fontaine, robinet parcelle, robinet voisin, puits pompe forage, eau en sachet, camion-citerne, etc.

³⁷ Les sources non améliorées sont des puits non aménagés et des sources non aménagées.

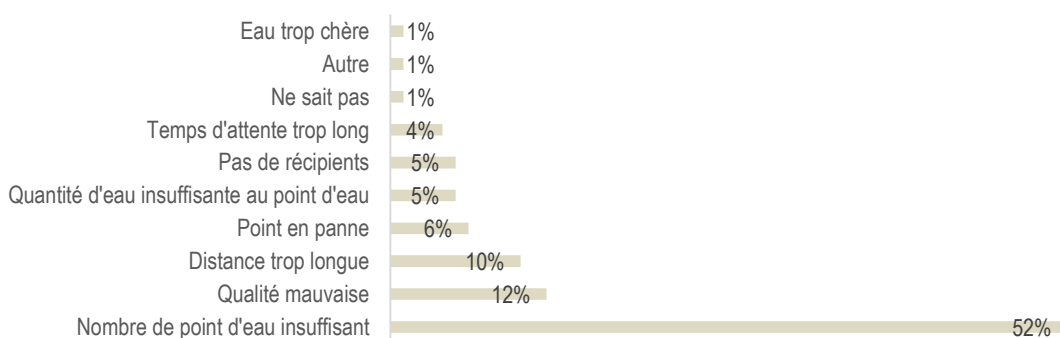
ces villages ont rapporté que les points d'eau avaient subi un dommage au cours du conflit. La situation est particulièrement inquiétante dans les ZS de Kabambare (province du Maniema) et de Shabunda (province du Sud Kivu), où seulement 8% et 5% des villages des AS évaluées ont un point d'eau aménagé fonctionnel, selon les IC.

Graphique 8 : Proportion d'AS par fourchette estimée de la population ayant accès à de l'eau potable, dans toutes les provinces couvertes



L'analyse des groupes de discussion vient confirmer que la situation des populations concernant la quantité et la qualité de l'eau est préoccupante. Le recours à des eaux de surface ou des points d'eau non améliorés restent en effet commun, exposant les populations à un risque de propagation des maladies hydriques, l'eau n'étant dans la plupart des cas pas traitée de manière adéquate. Ceci est renforcé par l'insuffisance du nombre de points d'eau aménagés, aux heures d'attente plus longues pour puiser de l'eau, au goût salé des eaux des point d'eau aménagées ainsi que leur faible rendement. Au cours des cycles 3 et 4, dans 20% des localités couvertes des trois provinces du TN, HK, HL et dans 21% des localités couvertes des provinces du NK et IT, le temps d'attente au point d'eau dure plus d'une heure, selon les observations directes des enquêteurs.

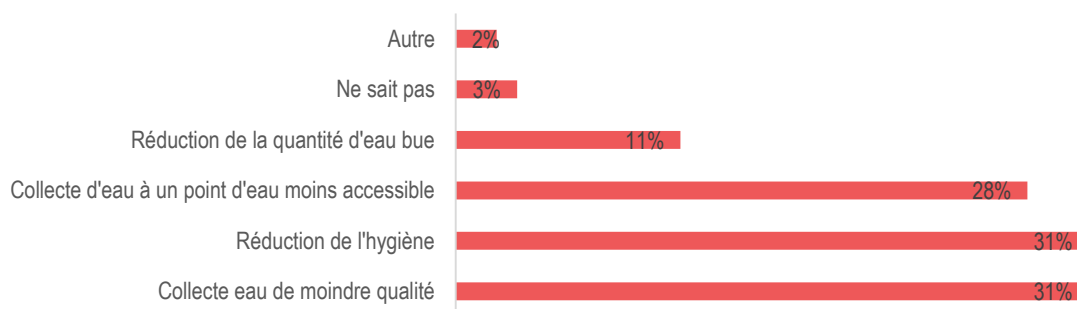
Graphique 9 : Problèmes qui entravent l'accès à l'eau potable en % d'AS, dans toutes les provinces couvertes



Dans toutes les provinces couvertes, les IC ont rapporté que les populations rencontraient des difficultés à accéder à l'eau potable. Selon les réponses des IC illustrées par le graphique 9 ci-dessus, les trois obstacles principaux sont (en % d'AS évaluées dans les ZS couvertes des 8 provinces) : 1) l'insuffisance de points d'eau (52%) ; 2) la mauvaise qualité de l'eau (12%) ; 3) une distance trop longue pour accéder aux points d'eau (10%).

Ces tendances se confirment si l'on observe les réponses données par les IC sur les mécanismes d'adaptation des populations. Les principales stratégies des populations pour pallier au manque d'eau potable sont : 1) la collecte d'une eau de moindre qualité (32% des AS de toutes les provinces) ; 2) la réduction de l'hygiène (27%) ; 3) la collecte à des points d'eau moins accessibles (24%). Dans les ZS de Nyemba (province du Tanganyika), de Saramabila (province du Maniema) et de Tchomia (province de l'Ituri), les IC de respectivement 50%, 56% et 67% des AS évaluées ont signalé que les populations réduisaient leur consommation d'eau bue, signalant une situation particulièrement inquiétante et dangereuse.

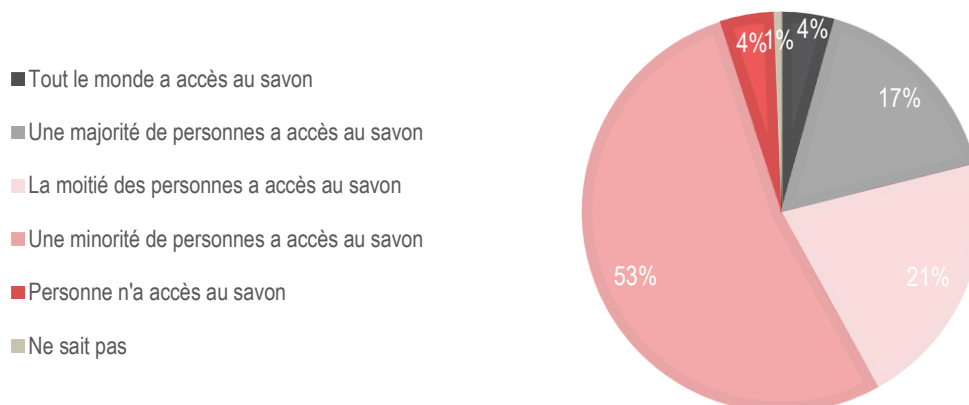
Graphique 10 : Stratégies adoptées par les populations pour pallier au manque d'eau potable, en % d'AS dans toutes les provinces couvertes



Accès au savon

Un autre souci majeur auquel sont confrontées les populations a trait aux pratiques d'hygiène. Des IC interrogés dans l'ensemble des provinces, il ressort que dans 53% des AS enquêtées, une minorité de personnes a accès au savon. Ceci ne signifie pas que le savon ne soit pas disponible (entrave évoquée par les IC dans 8% des AS évaluées) mais plutôt que le prix du savon est trop élevé (70% des AS couvertes) pour que les populations puissent se procurer ce produit. Selon les participants aux GD, le manque de moyen financier constitue une barrière pour se procurer du savon, ou est considéré comme un gaspillage d'argent étant donné le revenu très faible, voir inexistant, des ménages PDI et retournés. Bien que les résultats des enquêtes IC et des GD aient révélé que les populations, dans une certaine mesure (5% de toutes les AS évaluées), recourent à des produits alternatifs moins coûteux, telle que la cendre, de manière générale les données démontrent que les populations dans leur ensemble n'ont pas les pratiques d'hygiène recommandées, ce qui les expose à de plus grands risques de maladies et d'infection.

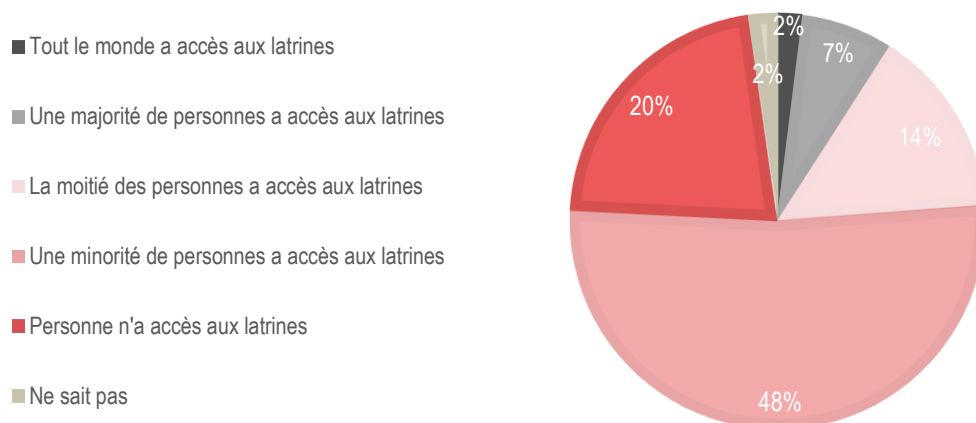
Graphique 11 : Proportion d'AS par fourchette estimée de la population ayant accès au savon, dans toutes les provinces couvertes



Accès aux latrines familiales

A l'instar de l'indicateur sur l'accès au savon, les données récoltées auprès des IC au cours des quatre cycles d'évaluation indiquent que pour les populations vivant dans ses provinces, l'accès à l'assainissement au travers de latrines améliorées familiales n'est pas courant. Une minorité de personnes dans 48% des AS évaluées de l'ensemble des provinces ont accès à une latrine familiale fonctionnelle, selon les IC. Dans 20% de ces AS, les IC ont signalé que personne n'avait accès à une latrine familiale fonctionnelle. Dans 37% des AS évaluées, le principal problème pour accéder aux latrines est que trop de monde les utilisent. Le fait que les déplacés et, dans une certaine mesure, les retournés vivent dans des familles d'accueil pourrait signifier qu'un plus grand nombre de personnes doivent partager l'unique latrine familiale sur la parcelle, lorsque celle-ci est disponible. Il ressort des GD que la construction des latrines est entravée par de multiples facteurs : coûts de construction trop élevés, terrain sablonneux ou rocaillieux, refus du propriétaire de construire une autre latrine sur sa parcelle.

Graphique 12 : Proportion d'AS par fourchette estimée de la population ayant accès à des latrines familiales fonctionnelles, dans toutes les provinces couvertes



Lors des cycles 3 et 4, les enquêteurs ont indiqué que dans 62% des localités enquêtées des provinces du NK et de l'IT et de 42% des localités du TN, HK, HL la présence de matière fécale dans les localités ou aux alentours. Si ces résultats montrent donc que la majorité de la population (quelle que soit la catégorie) n'a pas accès à des latrines familiales fonctionnelles ils ne prouvent pas pour autant que de telles infrastructures (latrines communautaires/publiques) n'existent pas. Des latrines publiques peuvent être présentes dans les localités enquêtées mais les enquêtes ne permettent pas de savoir si celles-ci sont utilisées par les populations. Néanmoins, le taux relativement élevé de localités évaluées où les enquêteurs ont noté la présence de matière fécale est préoccupant et peut augmenter les risques de contamination de l'eau et de propagation de maladies hydriques dans le cas de pénétration des matières fécales dans des sources d'eau.

Ecoles et EHA

Dans l'ensemble des huit provinces évaluées, les IC interrogées ont rapporté un total de 1 472 écoles endommagées (19%) et 1 118 écoles détruites (14%). La province du KC est celle qui enregistre la plus grande proportion de dommages et de destruction des écoles, avec 547 écoles détruites et 465 écoles endommagées signalées sur un total de 2 835 écoles fonctionnelles. Ces destruction et dommages impactent les conditions et la qualité de l'enseignement pour les enfants en âge d'être scolarisés dans ces zones. Il est probable que pour la plupart de ces écoles concernées, les dommages ou destructions de l'infrastructure ont été accompagnés de perte de manuels et de matériaux. Une autre implication du manque d'infrastructure pourrait être que les élèves se retrouvent à étudier dans des endroits non-appropriés pour les études (locaux d'administration publique, église, sous l'arbre) donc soumis aux aléas météorologiques, et avec des effectifs excédentaires du fait du manque de place ou de déplacements de populations.

En termes d'accès à l'eau et à l'assainissement, la situation n'est guère plus favorable pour la majorité des écoles dans toutes les AS des huit provinces évaluées. Ainsi, dans 12 des 18 ZS couvertes au cours du cycle 3, moins de 20% des écoles ont accès à des latrines adéquates (écoles fonctionnelles ou non). Dans 16 de ces 18 ZS, moins de 20% des écoles ont accès à un point d'eau aménagé. Dans les ZS couvertes du Sud Kivu et du Maniema, moins de 10% des écoles fonctionnelles ou non (excepté pour la ZS de Kalehe) ont accès à un point d'eau aménagé et moins de 30% ont des latrines aménagées. Au Nord Kivu et en Ituri, les élèves de seulement 21% des écoles peuvent accéder à un point d'eau aménagé dans la parcelle de leurs écoles et 26% de ces écoles procurent des latrines aménagées adéquates. L'absence de point d'eau potable dans les écoles entraîne des problèmes d'hygiène et peut contraindre les équipes pédagogiques et les enfants à des corvées de puisage, de traitement et de stockage de l'eau. De même, le manque de latrines oblige les enfants à aller en extérieur ou dans les maisons alentour pour satisfaire leurs besoins. Les filles sont particulièrement plus affectées car l'absence de séparation et d'intimité peut provoquer des problèmes de gêne, allant jusqu'à l'abandon de la scolarité. Il faut souligner que la qualité de l'environnement scolaire dépend si les écoles sont équipées en sources d'eau et latrines – au vu des résultats de l'enquête, il est possible d'inférer que les conditions difficiles auront probablement une incidence sur la réussite scolaire des enfants dans ces zones.

Chapitre 4 : Accès aux marchés, à la téléphonie mobile, aux services financiers et aux modalités d'assistance humanitaire

Accès aux marchés et aux biens non-alimentaires EHA et Abris

Au Kasai et au Nord Est, les IC ont rapporté que la majorité des villages dans les AS évaluées avaient accès à un marché fonctionnel, alors que les populations d'une minorité de villages dans les AS enquêtées des deux autres pôles régionaux peuvent accéder à un marché fonctionnel³⁸, à moins de 2 heures de marche aller-retour.

Tableau 4 : Proportion de villages ayant accès à un marché fonctionnel situé à moins de 2 heures de marche aller-retour, par pôle régional

Région ³⁹	% de villages ayant accès à un marché fonctionnel
Kasai	70%
Nord Est	51%
Sud Est	30%
Centre Est	40%

Pour la majorité des AS évaluées dans l'ensemble des provinces (49%), les IC ont signalé que le manque de moyen de transport était l'obstacle principal qui entravait l'accès aux marchés pour les populations. Un second obstacle mentionné par les IC dans une large proportion (32%) d'AS couvertes est l'insécurité sur la route menant aux marchés. L'absence de marché fonctionnel est également un obstacle pour les populations dans 30% des AS évaluées au SK et MN, 43% des AS couvertes au TN, HK, HL et 37% des AS enquêtées au NK et en IT. Il faut néanmoins noter que la définition du marché fonctionnel est très spécifique. Lors de la formation des enquêteurs, la terminologie du marché fonctionnel prenait en compte les critères suivants : un marché sur lequel la plupart des produits alimentaires et non-alimentaires sont accessibles aux populations, qui ont lieu de manière régulière (deux fois par semaines au moins) et situés à moins de deux heures de marche aller-retour. L'absence d'accès à un marché fonctionnel comme défini ici ne signifie donc pas l'absence de marchés de manière générale. Les populations doivent parfois faire des trajets aller-retour beaucoup plus longs ou peuvent accéder à certains produits à travers des marchés plus petits (achat local) ou par la collecte gratuite.

Par la suite, il était demandé aux IC d'indiquer si des biens-non alimentaires (BNA) en abris et en EHA étaient généralement accessibles sur ces marchés fonctionnels. Les tableaux 5 et 6 représentent la proportion d'AS évaluées dans lesquelles les IC ayant mentionné la présence d'un marché fonctionnel ont rapporté que les différents BNA se trouvaient sur les marchés. D'autres types de matériaux utilisés pour la construction des abris, tels que la paille ou les roseaux, se trouvent aussi communément sur les marchés, selon les IC des cycles d'évaluation dans les régions du Sud Est et Nord Est. De plus, les IC interrogés au niveau des localités pour ces deux derniers cycles d'évaluation ont rapporté que la plupart de ces BNA abris étaient disponibles à l'achat local ou à travers la collecte gratuite.

Tableau 5 : Proportion d'AS dans lesquelles les BNA en abris sont accessibles sur les marchés fonctionnels, selon les IC, par pôle régional

Régions	Bambou	Blocs Ciment	Bois Perches Rondins	Briques Adobe	Briques Cuites	Clous	Corde Ficelle	Outils	Planche	Toile	Sticks
Kasai	74%	8%	41%	74%	58%	53%	61%	17%	66%	18%	66%
Nord Est	49%	21%	56%	21%	36%	77%	75%	50%	77%	66%	86%
Sud Est	41%	11%	21%	64%	39%	29%	40%	15%	42%	18%	51%
Centre Est	36%	23%	32%	57%	39%	50%	34%	26%	54%	41%	56%

³⁸ Il faut néanmoins noter que la définition du marché fonctionnel a été précisée au cours des cycles 2, 3 et 4.

³⁹ Ici, les données ont été agrégées pour toutes les provinces enquêtées dans chacun des pôles régionaux créés lors de la restructuration de l'architecture humanitaire en mars 2018. La région du Kasai comprend juste les données collectées dans la province du Kasai Central, la région du Nord-Est les données des provinces du Nord Kivu et de l'Ituri, la région du Sud Est les données des provinces du Tanganyika, du Haut Lomami et du Haut Katanga et la région Centre Est, les données des provinces du Sud Kivu et du Maniema.

Tableau 6 : Proportion d'AS dans lesquelles les BNA EHA sont accessibles sur les marchés fonctionnels, selon les IC, par pôle régional

Régions	Aucune	Bassines	Bidons d'eau	Jerricanes	Poudre Lessive	Produits Traitement de l'eau	Savon	Seaux
Kasai	2%	58%	47%	41%	71%	13%	95%	66%
Centre Est	2%	53%	47%	41%	39%	13%	59%	51%
Sud Est	8%	46%	43%	19%	38%	9%	59%	52%
Nord Est	2%	82%	80%	50%	79%	17%	96%	83%

Les évaluations montrent des variations entre provinces et ZS. Selon les partenaires du SK et du MN, certaines ZS bénéficient d'une fréquence élevée de transports de biens et de matériaux en provenance de ZS limitrophes qui assurent l'alimentation des marchés et expliquent la proportion élevée d'AS dans lesquelles on peut trouver la plupart des BNA en EHA et en matériaux de construction.

Accès au réseau de téléphonie mobile et aux services financiers

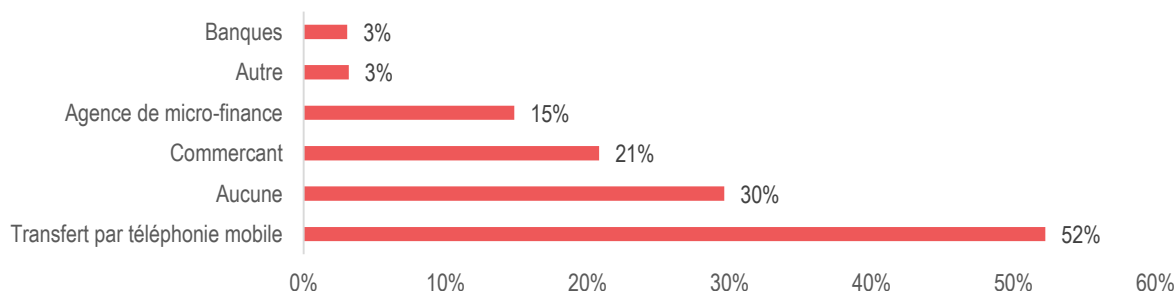
Dans les 4 pôles régionaux couverts par les évaluations REACH, la majorité des villages ont accès au réseau de téléphonie mobile, bien que l'on constate que cette proportion soit moindre pour les provinces du pôle Sud Est (52%) contre pratiquement 80% de villages au Kasai Central. Le manque de fiabilité du réseau varie en fonction des zones couvertes dans chacune de ces provinces et notamment du niveau d'urbanisation et des obstacles géographiques (chaines de montagne).

Tableau 7 : Proportion de villages ayant accès au réseau de téléphonie mobile, par pôle régional

Régions	% de villages ayant accès au réseau de téléphonie mobile
Kasai	78%
Nord Est	73%
Sud Est	52%
Centre Est	66%

Le graphique 13 semble montrer une faible pénétration des services financiers dans les provinces couvertes par les évaluations. En effet, selon les IC de 52% des AS évaluées, les populations utilisent le transfert par téléphonie mobile pour envoyer et recevoir de l'argent et dans 30% des AS, les IC ont signalé qu'il n'existait aucun moyen pour envoyer et recevoir de l'argent. Ceci semble être confirmé par le fait que la téléphonie mobile a un taux de pénétration supérieur aux autres services financiers malgré des difficultés liées à la fiabilité du réseau. Nous pouvons en conclure que les populations recourent principalement au transfert de téléphonie mobile car à part pour cette option et pour les agences de microfinance c'est le seul moyen disponible pour transférer et recevoir de l'argent. Cependant, la plupart des partenaires ont confirmé qu'il existe au niveau local des alternatives informelles (agences de micro-finance, argent liquide) du fait du très faible accès à des services financiers plus formels dont le développement est contraint par le manque d'infrastructure et une population très dispersée.

Graphique 13 : Principales façons pour les populations d'envoyer et de recevoir de l'argent, en % d'AS évaluées dans toutes les provinces couvertes



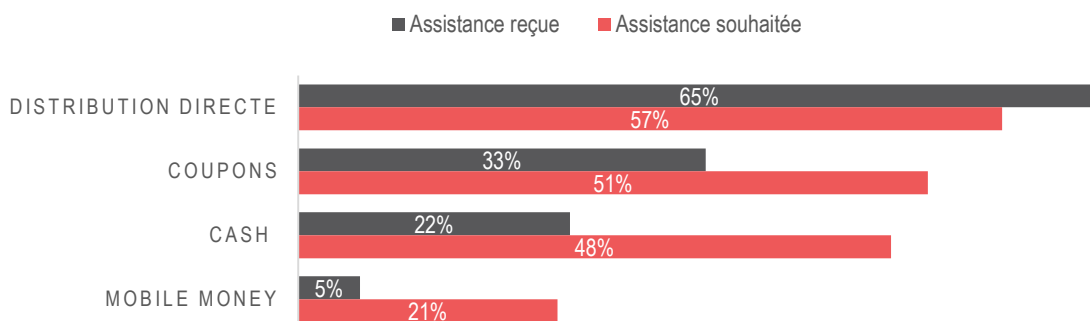
Modalités d'assistance humanitaire

Au cours des cycles d'évaluations 3 et 4, les questionnaires pour les IC au niveau localité se sont vus greffer une dimension liée aux modalités d'assistance humanitaire reçues et souhaitées par les populations. Les évaluations montrent que dans une minorité des localités couvertes des régions Nord Est et Sud Est, les IC ont rapporté que les populations avaient bénéficié d'une assistance humanitaire, qu'elle soit en nature/distribution directe ou en distribution d'espèces. Il ressort que pour une grande majorité de localités dans lesquelles une assistance a été reçue, il s'agissait de distribution directe. Les résultats détaillés vont être présentés pour chacune des deux régions Nord Est (provinces du NK et de l'IT) et Sud Est (provinces du TN, HK, HK). A la lumière des résultats présentés dans le chapitre précédent sur l'accès aux marchés et aux services financiers, et d'autres problèmes tels que les défis de transport, l'usage de transferts monétaires comme modalité d'assistance humanitaire devrait se faire de manière graduelle avec des mesures de renforcement du marché dans de nombreux endroits. Effectivement, si dans respectivement 78% des localités évaluées du Nord Est et 59% des localités couvertes du Sud Est, les IC ont signalé que les commerçants de la localité en question seraient intéressés de travailler avec les acteurs humanitaires sur des projets de coupons ou de transfert de cash, il serait nécessaire que d'autres aspects et facteurs pour déterminer la méthode exacte pour l'aide fassent l'objet d'évaluations additionnelles avant d'implémenter un type de modalité.

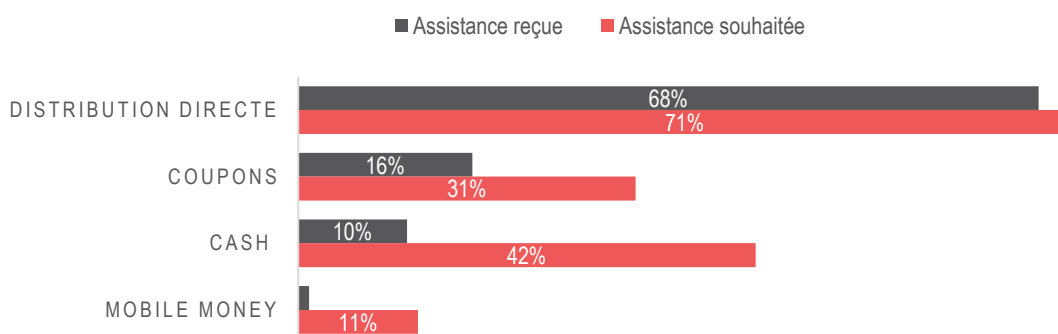
Assistance reçue vs. assistance souhaitée

Aux pôles Nord Est et Sud Est respectivement, les IC de 46% et de 44% des localités couvertes ont rapporté qu'une assistance humanitaire avait été reçue par les populations. Les groupes de discussion viennent également mettre en lumière cette proportion relativement faible d'assistance humanitaire, car selon les participants très peu d'entre eux ont bénéficié d'un quelconque type de modalité, toutes populations confondues. Selon les IC ayant répondu positivement, les modalités d'assistance reçues versus les modalités d'assistance souhaitées sont classifiées de manière décroissante en pourcentage de localités ayant reçu une assistance dans les graphiques 14 et 15.

Graphique 14 : Proportion de localités dans lesquelles les IC ont rapporté qu'une assistance a été reçue versus la proportion de localités dans lesquelles les IC ont mentionné l'assistance souhaitée par les populations, au pôle Nord Est



Graphique 15 : Proportion de localités dans lesquelles les IC ont rapporté qu'une assistance a été reçue versus la proportion de localités dans lesquelles les IC ont mentionné l'assistance souhaitée par les populations, au pôle Sud Est



Il semble au vu des résultats du graphique que les populations ont été largement tributaires de l'aide en nature. Et lorsqu'interrogés au sujet des modalités d'assistance souhaitées, la distribution directe reste la modalité préférée, selon les IC de 57% des localités enquêtées dans la région Nord Est (et dans 51% des localités, les IC ont exprimé des préférences pour les coupons) et de 71% des localités couvertes dans la région du Sud Est. En analysant les GD, il semblerait que de nombreux ménages pourraient être devenus dépendants des dons en nature, réticents à l'abandonner parce que d'autres options sont perçues comme moins fiables que la réception de biens essentiels, aussi probablement lié à l'absence de marchés dans certaines zones. Cependant, dans une large minorité des localités enquêtées dans les deux régions (48% au Nord Est et 42% au Sud Est), les IC ont signalé que la distribution d'espèces était une modalité d'assistance souhaitée par les populations. Lors des GD, un nombre important de participants a exprimé un souhait pour les transferts monétaires car cela leur fournit la liberté d'acheter des articles qui conviennent à leurs préférences, la liberté de répartir les dépenses entre différents types de besoins et la capacité d'économiser de l'argent pour l'avenir. Toutefois, des inquiétudes subsistent vis-à-vis de l'utilisation des espèces ou de mobile money.

Inquiétudes vis-à-vis des distribution de cash

Dans 49% des localités évaluées du Nord Est, les IC ont fait part de leurs inquiétudes spécifiques par rapport aux distributions d'espèces dans la zone. Les inquiétudes rapportées par les IC sont liées, en proportion de localités à : 1) une utilisation du cash par des membres des ménages pour des biens non essentiels (63%); 2) sentiment d'insécurité à posséder trop d'espèces (62%); 3) une pratique de prix excessifs par les commerçants (29%) et 4) l'insuffisance/mauvaise qualité des articles sur les marchés (22%). Au Sud Est, ces inquiétudes existent également même si dans une moindre mesure. Aisin, dans 37% des localités évaluées de ce pôle, les IC ont fait part de leurs inquiétudes liées à : 1) une utilisation du cash pour des biens non essentiels (51% des localités); 2) un sentiment d'insécurité à posséder trop d'espèces (51%); 3) une pratique de prix excessifs par les commerçants (32%) et 4) l'insuffisance/mauvaise qualité des articles sur les marchés (34%).

Les inquiétudes concernant l'utilisation abusive des espèces par les membres des ménages suggèrent qu'il serait important que les acteurs humanitaires gardent à l'esprit l'impact des transferts monétaires sur la dynamique des ménages (et les problèmes de protection associés) et prennent des mesures pour atténuer ce risque. Egalement, dans une majorité des localités, les IC ont dit qu'il était dangereux de stocker ou de transporter de l'argent. Les résultats présentés au cours du chapitre précédent sur les obstacles pour accéder aux marchés corroborent l'idée de niveaux élevés d'insécurité perçue. De même, les craintes de pratiques de prix excessifs suggèrent le besoin de mesures d'atténuation et de plus amples investigations. Il faudrait pour cela mener des évaluations approfondies pour étoffer un peu plus en détail les endroits où l'approche cash est oui ou non réalisable. Les évaluations devraient prendre en compte les préférences pour des modalités en fonction du type d'articles et de leur accessibilité.

Chapitre 5 : Accès aux services de santé

Accès aux structures de santé

Les évaluations menées par REACH révèlent une situation disparate en termes d'accessibilité aux structures sanitaires entre les différentes provinces (tableau 8). Ainsi, les données agrégées au niveau des provinces du pôle Sud Est indiquent qu'une faible proportion de villages (45%) ont une structure de santé fonctionnelle à moins de 2 heures de marche aller-retour contre 88% de villages au Kasai Central.

Tableau 8 : Proportion de villages dans les AS évaluées dans lesquels les populations ont accès à une structure de santé fonctionnelle située à moins de 2 heures de marche aller-retour, selon les IC, par province

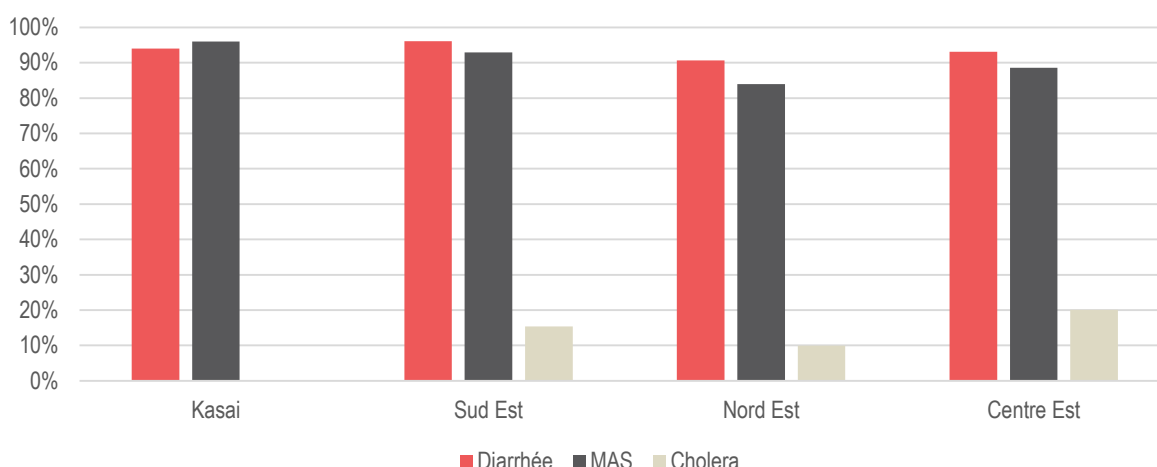
Province	% villages avec structure de santé fonctionnelle
Kasai	88%
Sud Est	45%
Nord Est	59%
Centre Est	61%

Comme montré dans le graphique 15, les problèmes de santé indiqués par les IC dans les AS enquêtées sont :

- 1) les cas de diarrhées (avec plus de 36 000 cas rapportés dans l'ensemble des structures de santé évaluées, toutes provinces confondues)
- 2) les cas de malnutrition aigues sévères (MAS - avec plus de 31 500 cas rapportés dans l'ensemble des structures de santé évaluées, toutes provinces confondues)
- 3) les cas de choléra (avec plus de 500 cas rapportés dans l'ensemble des structures de santé évaluées, toutes provinces confondues)

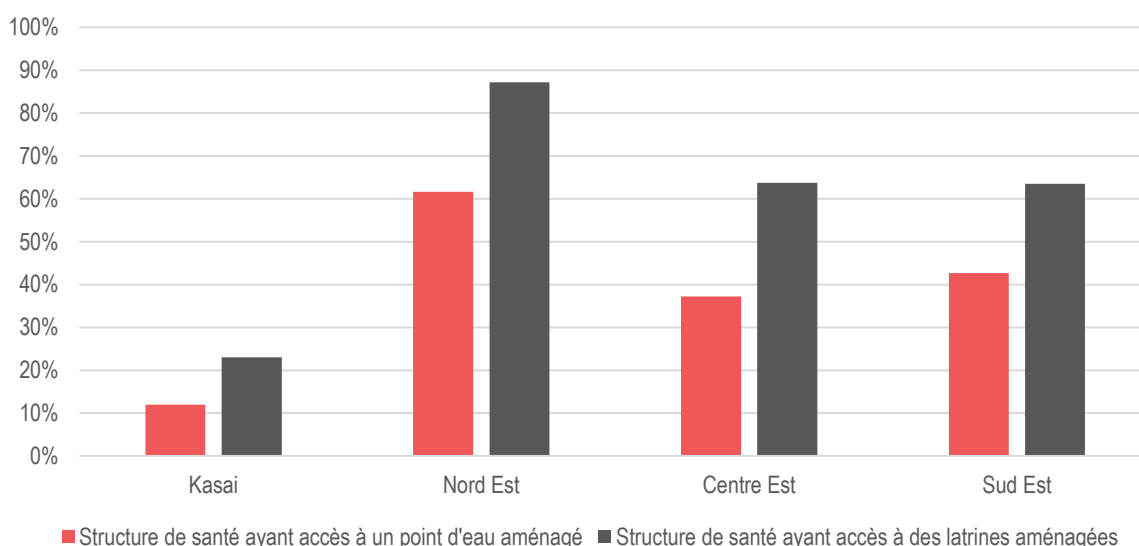
La prévalence des cas de diarrhée et de MAS est potentiellement liée aux problèmes de qualité de l'eau mentionnés précédemment qui suggère une plus grande exposition des populations à des maladies hydriques et une cause de malnutrition chez les enfants.

Graphique 15 : Problèmes de santé indiqués par les IC de santé durant le mois précédant l'évaluation



De tels risques sont exacerbés par le fait qu'une minorité de ces structures de santé ont accès à un point d'eau aménagé et des latrines aménagées, selon les IC et telles que les données du graphique 16 l'indiquent.

Graphique 16 : Proportion de structures de santé ayant accès à un point d'eau aménagé et des latrines aménagées



CONCLUSION

Les évaluations conjointes EHA et abris dans les huit provinces du centre et de l'est de la RDC avaient pour objectif d'identifier les dynamiques de mouvements de population et les besoins primaires des populations déplacées, retournées et hôtes en termes d'EHA, d'abris et d'accès aux marchés et à la santé.

De manière générale, l'ampleur de la crise et l'évolution constante du contexte continuent d'alimenter un flux régulier de déplacements et des besoins humanitaires urgents ont été signalés quant à l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement pour toutes les populations et aux abris pour les ménages PDI et retournés.

- Les cycles d'évaluation révèlent que dans plus de 50% des Aires de Santé (AS) enquêtées de toutes les provinces couvertes, la présence de ménage PDI et de ménages retournés a été signalée par les IC. Dans un contexte qui reste volatile, l'insécurité est le principal facteur de déplacements secondaires évoqué par les IC qui ont rapporté la présence de ménages PDI (mentionnée dans 68% des AS enquêtées des provinces couvertes au cours des cycles 2, 3 et 4), suivi de problèmes d'accès à la nourriture (34%) et la perte des moyens de subsistance (33%).
- Dans l'ensemble des provinces couvertes par les cycles d'évaluations, les IC ont rapporté que le conflit avait engendré un nombre conséquent d'abris détruits ou endommagés. Cependant, les ménages déplacés et retournés font face à des obstacles pour la construction ou la réhabilitation de leurs abris dans la majorité des AS évaluées selon les IC, notamment du fait d'un manque de moyens généralisés, indicatif d'autres sources de vulnérabilité. Dans toutes les provinces couvertes, les IC de la majorité des AS évaluées ont déclaré que le partage d'une maison sans frais était le principal type d'habitation des ménages PDI. De manière générale, les évaluations menées révèlent que la majorité des ménages retournés dans la majorité des AS évaluées sont propriétaires. Il ressort des trois cycles d'évaluation au cours desquels la question était posée que les IC ont rapporté des cas d'expulsions dans une proportion considérable AS touchant des ménages PDI et/ou des ménages retournés.
- En termes d'EHA, l'évaluation révèle une situation inquiétante en termes d'accessibilité à des sources d'eau en quantité suffisante et de bonne qualité : dans 46% des AS évaluées les IC ont signalé qu'une minorité de personnes avaient accès à l'eau potable. De même, les IC de 55% et 58% des AS évaluées ont signalé qu'une minorité de personnes avait accès au savon et aux latrines familiales fonctionnelles, respectivement. Ces résultats témoignent donc d'un faible accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement d'une grande partie des populations dans les localités couvertes, exposant certaines couches de population à des risques de maladies hydriques, cause de malnutrition chez les enfants et des risques sécuritaires.
- L'accès aux services de santé est également problématique dans certaines provinces, notamment de la région du Sud Est, où les IC ont rapporté que seuls 42% des villages dans les AS évaluées avaient accès à une structure de santé fonctionnelle située à moins de 2 heures de marche aller-retour.
- Dans sept provinces, une minorité de villages ont accès à un marché fonctionnel à moins de deux heures de marche aller-retour, contrairement au Kasai Central (70% des villages peuvent accéder à un marché fonctionnel). Les principaux obstacles à l'accès aux marchés selon les IC sont le manque de transport, les routes peu sûres et l'absence de marché fonctionnel. Les évaluations REACH ont montré que la majorité des villages des AS évaluées ont accès au réseau de téléphonie mobile, bien que l'on constate des variations entre provinces liées au niveau d'urbanisation et aux obstacles géographiques. Les enquêtes révèlent une faible pénétration des services financiers formels dans les provinces couvertes.

Les quatre cycles d'évaluation ont constitué une opportunité sans précédent pour favoriser l'approche et l'analyse multisectorielles dans un pays caractérisé par une crise prolongée et de fortes contraintes sécuritaires et logistiques.

- Un des succès des évaluations conjointes a été de montrer que même dans un environnement difficile, des données vitales peuvent être collectées en adoptant une approche flexible et adaptée au contexte.
- De plus, cela a contribué à susciter une volonté aux niveaux national et local de systématiser les activités d'évaluation afin d'obtenir des données fiables sur lesquelles la communauté humanitaire peut s'appuyer dans la planification et la coordination de sa réponse pour les populations vulnérables de la RDC.

- L'approche intersectorielle utilisée pourrait fournir la base pour de futures évaluations, étendue à d'autres clusters. De même, certaines thématiques couvertes en 2018 pourraient faire l'objet d'approfondissement au travers d'évaluation plus ciblées avec une méthodologie adaptée.

Plus généralement, les évaluations indiquent qu'une assistance à apporter aux populations déplacées internes est nécessaire, bien que celle-ci ne devrait pas faire oublier le contexte dans lequel elle s'inscrit.

- Toutes les communautés (retournées et non-déplacées) sont affectées par la forte pression démographique et un accès restreint aux services de base dans un contexte de déplacement massif de populations. Compte tenu des défis inhérents aux activités de collecte de données en RDC, des efforts supplémentaires doivent être déployés pour nouer le dialogue avec d'autres secteurs et opérer le passage à une approche véritablement multisectorielle.
- Egalement, les mécanismes de réponses déployés par les acteurs humanitaires pour faire face aux déplacements de populations doivent se faire de concert avec les acteurs de développement pour améliorer la résilience des populations.

LECONS APPRISES

Au terme de ces quatre cycles d'évaluation, des leçons apprises ont pu être générées sur la base d'informations remontées par des partenaires ou d'autres parties prenantes aux évaluations. Celles-ci sont formulées ci-dessous :

- 1) En règle générale, les partenaires ayant pris part à la collecte de données ont rapportés que l'utilisation de l'outil Kobo était suffisamment simple et direct, tous profils confondus.
- 2) Certains partenaires ont rencontré des difficultés pour partager les questionnaires quotidiennement et collecter des points GPS, dû au fait que certaines ZS ont une faible couverture réseau, voire aucune.
- 3) Certaines difficultés logistiques ont été rencontrées pour obtenir un nombre suffisant de tablettes ou pour les mettre à disposition des partenaires à temps. Cependant, des solutions ont pu être trouvées pour pallier ce manque (configuration de smartphones personnels) ou un retard dans la collecte (utilisation des questionnaires papier).
- 4) Généralement, les partenaires ont été très accessibles pour le suivi (email et téléphone). Il est important d'assurer la permanence de coordination du début jusqu'à la fin de la collecte de données afin d'orienter les partenaires, les encourager et faire le suivi pour le nettoyage des données.
- 5) Des difficultés d'accès physique et contraintes sécuritaires d'accès ont été mentionnées. Pour certaines difficultés liées à l'accès sécuritaire, il pourrait être utile de faire un plaidoyer pour faciliter l'accès aux zones pour les acteurs humanitaires.
- 6) Dans l'ensemble, il a été observé une forte participation et un bon engouement de la part des partenaires pour les formations suivies des collectes de données.
- 7) Les évaluations intersectorielles devraient aussi fournir l'occasion aux acteurs humanitaires de progressivement adopter une approche plus orientée vers la coordination et la planification. Ainsi, au cours du dernier cycle, certains partenaires se sont coordonnés pour leur plan de travail afin d'assurer la couverture de certaines zones tout en mettant en commun des ressources (humaines et logistiques).
- 8) L'implication des représentants des clusters au niveau national tout au long des cycles d'évaluations conjointes est essentielle afin d'assurer une bonne coordination et le soutien technique.
- 9) La participation des membres des clusters à la collecte de données se traduit en une situation mutuellement bénéfique car elle permet le renforcement des capacités des acteurs humanitaires comprenant bien les enjeux et le contexte de ces évaluations et la mise en commun de ressources.
- 10) Les partenaires ont consenti à engager des dépenses pour déployer leurs enquêteurs pour plusieurs jours de mission, des fois dans des conditions où l'insécurité contraignaient leur capacité d'intervention. Au vu des dépenses encourues et les attentes des partenaires en termes de contribution financière, le financement des partenaires a été un souci majeur et récurrent au cours des cycles d'évaluation. Pour des évaluations futures, la mise en place d'un mécanisme de pré-financement pourrait être envisagée qui prenne en compte les spécificités du contexte d'intervention de chaque partenaire pour plus d'équité.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiches d'information

Toutes les Fiches d'information au KC :

- Province: <http://bit.ly/2rkfe6x>
- par Zone de Santé: <http://bit.ly/2FGr3Jm>

Toutes les Fiches d'information par Zones de santé de l'évaluation au SK et MN :

- Fizi: <http://bit.ly/2J1OOz9>
- Kabambare: <http://bit.ly/2EBqkOm>
- Kalehe: <http://bit.ly/2pVqwhq>
- Kimbi Lulenge: <http://bit.ly/2CQaDBc>
- Nundu: <http://bit.ly/2Ox1piA>
- Saramabila: <http://bit.ly/2QUNlgE>
- Shabunda: <http://bit.ly/2PF3ve3>
- Uvira: <http://bit.ly/2RUCdSI>

Toutes les Fiches d'information par Zones de santé de l'évaluation au TN, HL, HK : <http://bit.ly/2EloBGf>

Toutes les Fiches d'information par Zones de santé de l'évaluation au NK et IT : <http://bit.ly/2V1q53r>

Analyse supplémentaire avec désaggrégation des données en milieu rural / milieu urbain

Dashboard du GTA au niveau du pôle sud-est :

<https://www.sheltercluster.org/democratic-republic-congo/documents/20181106rdc-gta-dashboardshelter-informationabishklt-2018>

Dashboard du GTA au niveau du pôle nord-est :

<https://www.sheltercluster.org/democratic-republic-congo/documents/information-sur-les-abris-au-nord-kivu-et-en-ituri-evaluations>

Annexe 2 : Présentations

Résultats préliminaires évaluation Sud Kivu et Maniema : <http://bit.ly/2MV098j>

Résultats préliminaires évaluation Tanganyika, Haut Lomami, Haut Katanga : <http://bit.ly/2GwLM8k>

Résultats préliminaires évaluation Nord Kivu et Ituri : <http://bit.ly/2rmqVRF>

Annexe 3 : Termes de références et questionnaires

Termes de référence Sud Kivu et Maniema : <http://bit.ly/2S9HLYM>

Termes de référence Tanganyika, Haut Lomami, Haut Katanga : <http://bit.ly/2CqoSeP>

Termes de référence Nord Kivu et Ituri : <http://bit.ly/2rLcjEy>