

# Aperçu de la situation des besoins en Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) de la population à Oicha, Kamango et Mutwanga

Février 2024 | République Démocratique du Congo

## MESSAGES CLÉS

- Les déplacements forcés causés par le conflit dans le Nord-Kivu et l'Ituri ont accru la pression sur des ressources en eau provenant de sources d'eau améliorées et les infrastructures sanitaires déjà limitées, impactant l'accès aux ressources EHA pour les populations affectées.
- Selon la majorité des IC, une grande partie des ménages n'avaient pas suffisamment d'eau pour boire, cuisiner, l'hygiène personnelle et l'entretien ménager.
- L'irrégularité de la disponibilité d'eau provenant de sources améliorées a contraint une partie de la population à utiliser des sources d'eau non améliorées, notamment de l'eau de surface, augmentant les risques de contamination par des maladies hydriques pour les consommateurs.
- Le conflit a eu un impact sur l'activité économique des populations, notamment en restreignant l'accès aux champs. En conséquence, les ménages les plus vulnérables n'avaient pas les moyens d'obtenir les articles d'hygiène nécessaires, mais pas non plus d'acheter l'accès à une source d'eau améliorée ou de construire des infrastructures sanitaires de qualité.
- Le niveau d'insalubrité des infrastructures sanitaires était particulièrement important, causé notamment par un nombre inadéquat de latrines par rapport à la population
- Les difficiles conditions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement couplés à la promiscuité causée par les déplacements forcés ont augmenté les risques d'épidémie, même si les données sanitaires transmises lors de la collection des données ne montraient pas d'augmentation soudaine des cas de fièvres typhoïdes, choléra ou diarrhée sanglante.
- Les infrastructures sanitaires avaient des lacunes importantes en termes d'accès à l'eau l'hygiène et l'assainissement. Quatre établissements sur 14 n'avaient pas d'accès à l'eau.

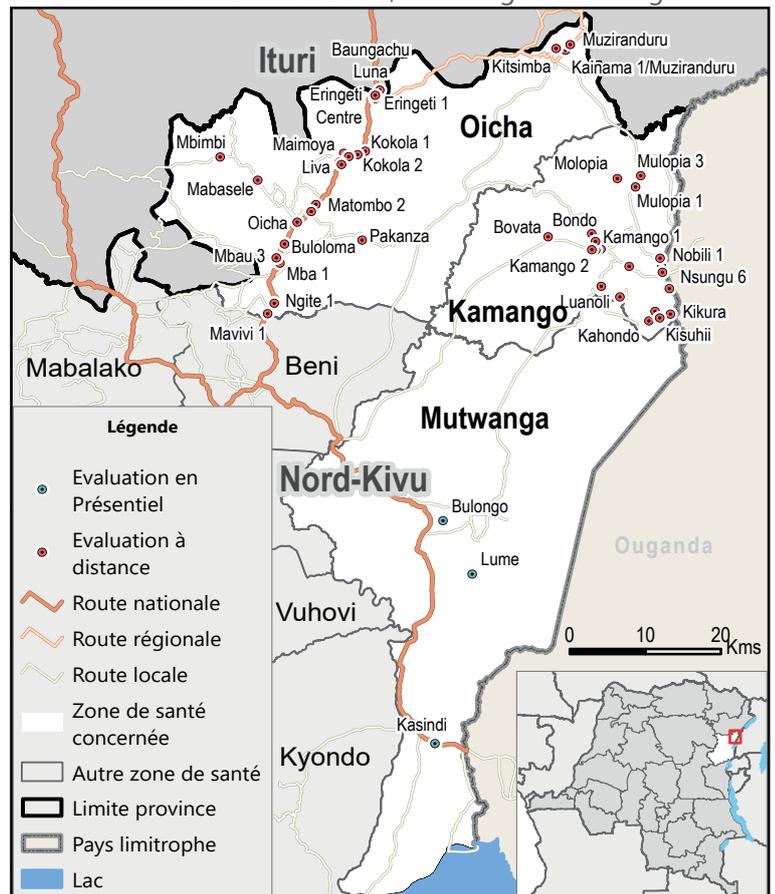
## CONTEXTE & JUSTIFICATION

Le conflit dans le Nord-Kivu et l'Ituri a forcé le déplacement d'environ 500 000 personnes selon les dernières estimations d'OCHA depuis son déclenchement. Ce conflit, qui dure depuis 2014, s'est intensifié depuis fin 2019 suite au lancement d'opérations militaires de grande envergure par une coalition contre un groupe rebelle.

Dans ce contexte, REACH, en partenariat avec le cluster EHA a mené une évaluation des besoins en EHA et des mécanismes de survie des populations affectées dans les zones de santé d'Oicha, Mutwanga et Kamango dans le territoire de Beni, au Nord-Kivu. Ces zones ont été sélectionnées en raison de la présence limitée des ONG et de l'insuffisance des ressources financières investies dans la région résultant en une faible documentation sur la situation actuelle et les besoins en matière d'EHA des populations affectées par le conflit.

Selon les dernières informations de la matrice de suivi des déplacements du Displacement Tracking Matrix (DTM) de l'Organisation Internationale de la Migration (OIM) en octobre 2023, ces trois zones de santé ont accueilli près de 175 000 personnes déplacées lors des 24 derniers mois<sup>1</sup>.

Carte 1: Zones de santé d'Oicha, Mutwanga et Kamango



## APERÇU MÉTHODOLOGIQUE

Les informations contenues dans ce document sont principalement basées sur une collecte de données primaires par REACH dans les zones de santé d'Oicha, Kamango et Mutwanga dans le territoire de Béni, au Nord Kivu. Cette collecte de données s'est déroulée en deux phases : 13 jours de collecte de données sur le terrain du 24/10/2023 au 31/10/2023 et 3 jours de collecte de données à distance du 21/11/2023 au 23/11/2023. En tout, 111 entretiens quantitatifs avec des informateurs clés (96 hommes, 15 femmes), et 15 groupes de discussions qualitatifs (8 avec des hommes, 7 avec des femmes) ont été réalisés.

L'évaluation des besoins s'est effectuée à travers trois différents questionnaires, approuvés par le cluster EHA:

- Un questionnaire avec 97 informateurs clés (IC)
- Un questionnaire IC avec 14 IC travaillant dans des établissements de santé
- Un questionnaire pour 15 groupe de discussion (FGD)

Une revue des données secondaires a aussi été effectuée pour compléter et trianguler les résultats de l'enquête.

## EAU

Selon les données recueillies, **l'accès à l'eau était précaire dans les zones de santé d'Oicha, Mutwanga et Kamango**. Plus d'un tiers, soit 36% (35 répondants sur 97), des informateurs clés ont souligné l'irrégularité de la disponibilité de l'eau au quotidien. **De plus, seulement 3% des répondants (3 sur 97) estimaient que tous les ménages de leur communauté avaient suffisamment d'eau pour boire, cuisiner, assurer l'hygiène personnelle et l'entretien ménager**, tandis que 23% (22 sur 97) pensaient que la plupart des ménages de leur communauté disposaient d'une quantité suffisante d'eau pour ces usages. De même, 26% (25 sur 97) des informateurs clés estimaient que la plupart des ménages de leur communauté rencontraient des difficultés pour accéder à l'eau potable, et 51% (49 sur 97) pensaient que la moitié des ménages de leur communauté rencontraient des problèmes d'accès à l'eau potable.

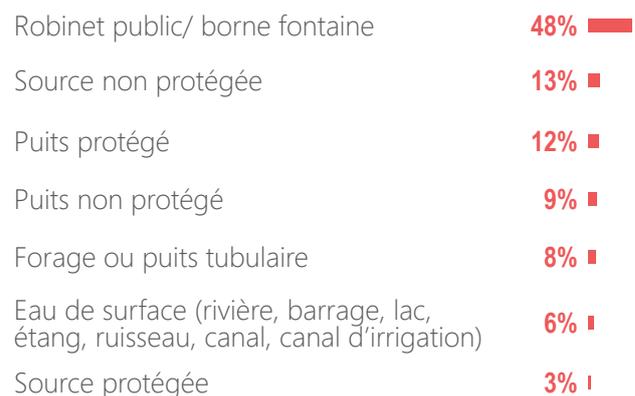
Les résultats indiquaient que le nombre insuffisant et l'irrégularité de la disponibilité des sources d'eau améliorées forçaient les communautés à se tourner vers des sources d'eau non améliorées lorsque la source d'eau améliorée n'était pas disponible. **La plupart - soit 71% (68 sur 96) des participants indiquaient des sources d'eau améliorées comme principales sources de boissons** (voir figure 1). Près de la moitié - soit 48% (46 sur 96) des informateurs clés mentionnaient que les ménages dans leurs communautés utilisaient les robinets publics/bornes fontaines comme principale source d'eau de boisson, 11% (11 sur 97) des puits protégés, et 9% des forages et puits tubulaires.

Malgré cela, **76% des informateurs clés (74 sur 97) indiquaient que les ménages dans leurs communautés utilisaient d'autres sources d'eau pour boire en plus de la source principale, incluant notamment des sources d'eau non améliorées**. En conséquence, 44% (36 sur 81) des informateurs clés indiquaient que les ménages dans leurs communautés utilisaient l'eau de surface comme source alternative de boissons, et 25% (20 sur 81) mentionnaient des sources d'eau non protégées (voir figure 2). Le rapport de la mission conjointe d'évaluation

multisectorielle et réponse d'urgence expliquait notamment qu'une grande partie de la population à Kamango utilisait "les eaux stagnantes, les eaux de ruissellement, les eaux de marécages et celles des rivières" comme eau de boisson.<sup>1</sup>

**Cela s'ajoutait aux conséquences du conflit qui contraignaient les populations à se déplacer vers les centres urbains, augmentant la pression sur des ressources déjà insuffisantes.** Le rapport d'évaluation rapide multisectorielle effectué en provinces de l'Ituri, Nord et Sud Kivu en mars 2023 mentionnait "des mouvements de déplacement massifs des populations vers les milieux jugés sécurisés" dans les zones de santé d'Oicha et Mutwanga<sup>2</sup>. À Kamango, le rapport de diagnostic préliminaire dans la zone de santé de Kamango réalisé en novembre 2019 par l'International Rescue Committee (IRC) expliquait que "les populations des aires de santé ayant servi d'accueil aux déplacés ont été essouffées dans tous les secteurs par la pression démographique des déplacés, actuellement retournés ou encore présents (moins de 10%) et connaissent les mêmes difficultés de survie et d'accès aux services sociaux de base."<sup>3</sup> Selon les données du DTM, les trois zones de santé ont accueilli près de 175 000 personnes déplacées au cours des 24 derniers mois.<sup>4</sup>

**Figure 1: Principale source d'eau de boisson utilisées par la communauté (n= 96)**



Collecte d'eau de pluie 1% ↓

**Figure 2: Autres sources d'eau de boissons utilisées par la communauté (n= 81)<sup>a</sup>**



La difficulté d'accéder à l'eau potable ressortait particulièrement dans les problèmes liés à l'accès à l'eau potable pour la communauté, tels que mentionnés par les informateurs clés. Lorsque demandé quels étaient les problèmes liés à l'accès à l'eau potable pour la communauté, 89% (86 sur 97) des IC mentionnaient le nombre insuffisant de points d'eau / le temps d'attente aux points d'eau, 28% (27 sur 97) l'éloignement des points d'eau, 27% (26 sur 97) le fait que les points d'eau ne fonctionnent pas ou sont fermés. Au-delà des problèmes liés à la disponibilité de l'eau, la mauvaise qualité / le goût de l'eau (41%) (40 sur 97) et le manque de récipients pour stocker l'eau (23%) (22 sur 97) ont également été mentionnés comme des problèmes liés à l'accès à l'eau potable.

**Figure 3: Problèmes liés à l'accès à l'eau potable (n=97)<sup>a</sup>**



Le nombre insuffisant de points d'eau était également mentionnés dans le rapport de la mission conjointe d'évaluation multisectorielle et réponse d'urgence<sup>1</sup>

a - Les IC pouvaient choisir plusieurs réponses. En conséquence, les pourcentages peuvent excéder 100%.

à Kamango, dans le rapport d'évaluation rapide multisectorielle effectué en province de l'Ituri, Nord et du Sud Kivu<sup>2</sup>, ainsi que dans le suivi de la situation de la situation humanitaire d'octobre 2023<sup>3</sup>. Les FGD réalisés à Mutwanga indiquaient aussi le manque de source d'eau et la faible capacité des sources d'eau existantes.

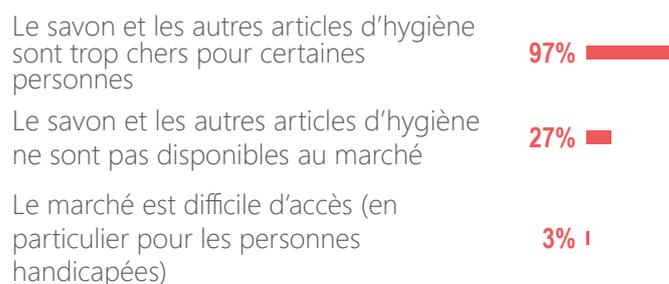
Lorsque demandé de choisir le principal problème en termes d'eau pour les ménages de leur communauté, le nombre insuffisant de points d'eau / temps d'attente aux points d'eau ont été mentionnés par 68% (66 sur 97) des répondants, suivis par la mauvaise qualité de l'eau (14%) (14 sur 97).

## HYGIÈNE

Selon les données recueillies, il est apparu que les communautés des zones de santé d'Oïcha, Mutwanga et Kamango rencontraient des difficultés économiques, entravant leur capacité à assumer le coût des articles d'hygiène.

Le manque de moyens des communautés pour se procurer des articles d'hygiène s'est manifesté particulièrement dans les problèmes relevés par les informateurs clés. Ainsi, 97% (94 sur 97) des informateurs clés ont expliqué que le savon et les autres articles d'hygiène étaient trop chers pour certaines personnes. L'indisponibilité de certains produits d'hygiène a également été mentionnée par 27% des répondants (26 sur 97).

**Figure 5: Proportion rapportée de ménage dans la communauté des IC ayant des problèmes liés à l'accès à l'hygiène (n= 97)<sup>a</sup>**

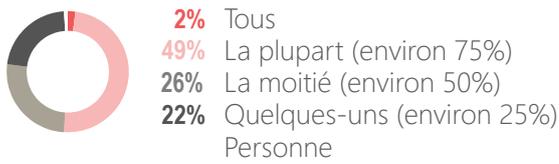


Le conflit a probablement impacté la capacité des communautés à exercer des activités économiques. Selon l'enquête nutritionnelle SMART à Kamango en 2022, les incursions régulières des protagonistes ont perturbé l'activité économique<sup>4</sup>. Les FGD réalisés à Mutwanga ont confirmé ces résultats, où il y est mentionné que le conflit entravait l'accès aux champs, affectant le pouvoir d'achat des communautés, et donc, en conséquence, cela limitait la capacité des ménages de se procurer des articles d'hygiène.

Cette situation a affecté l'accès à l'hygiène des communautés des trois zones de santé, 49% (48 sur 97) des IC ont estimé que la plupart des ménages de leur communauté avaient des problèmes liés à l'accès à l'hygiène et 26% (25 sur 97) estimaient que la moitié des ménages de leur communauté avaient des problèmes liés

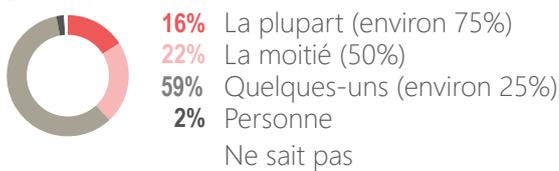
à l'accès à l'hygiène.

**Figure 4: Proportion des ménages de la communauté ayant des problèmes liés à l'accès à l'hygiène (n= 97)**

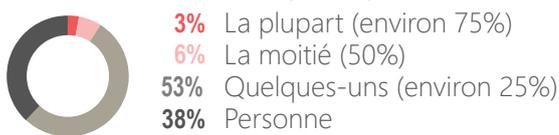


Les conséquences de ces problèmes pouvaient être un manque d'accès au savon et à un dispositif de lavage des mains fonctionnel. Ainsi, **seulement 16% (16 sur 97) des répondants estimaient que la plupart des membres de leurs communautés avaient accès à du savon** et 59% (57 sur 97) estimaient que seulement quelques-uns des membres de leurs communautés avaient accès à du savon. De même, 53% (51 sur 97) des répondants estimaient que quelques-uns des ménages de leur communauté avaient accès à un dispositif de lavage des mains fonctionnel, et 38% (37 sur 97) estimaient que personne n'avait de dispositif de lavage des mains fonctionnel dans leur communauté.

**Figure 6: Proportion des ménages de la communauté ayant accès à du savon (n= 97)**



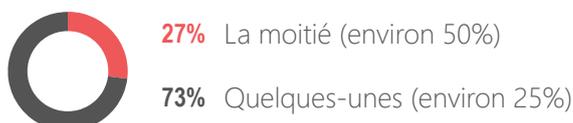
**Figure 7: Proportion des ménages de la communauté ayant accès à un dispositif de lavage des mains fonctionnel (n= 97)**



Le rapport d'évaluation rapide multisectorielle effectué dans les provinces de l'Ituri, Nord et du Sud-Kivu a aussi conclu que 95% des ménages qu'ils ont enquêtés ne disposaient pas de dispositif de lavage des mains<sup>1</sup>.

Selon les IC féminines, **l'accès à l'hygiène menstruelle était aussi problématique**. 73% (11 sur 15) des répondantes estimaient que seulement quelques unes des femmes de la communauté avaient accès à suffisamment de matériel d'hygiène menstruelle.

**Figure 8: Proportion des femmes de la communauté ayant accès à suffisamment de matériel d'hygiène menstruelle (n= 15)**



Le niveau de satisfaction des femmes concernant leur accès au matériel d'hygiène menstruelle était également faible, 60% (9 sur 15) des IC féminines estimant que les femmes de la communauté étaient insatisfaites de leurs accès.

## ASSAINISSEMENT

Selon les IC, le type de latrines qui prédominaient dans les zones de santé d'Oicha, Mutwanga et Kamango étaient les latrines à fosse sans dalle, souvent construites avec une plateforme en bois. Ce type de latrine était mentionné par 95% (92 sur 97) des informateurs clés. Les résultats des FGD étaient en accord avec ce constat.

Il est ressorti des résultats de l'enquête que les conditions d'assainissement dans les zones de santé d'Oicha, Mutwanga et Kamango étaient précaires. Ainsi, **88% (83 sur 94) des IC estimaient que les latrines dans leurs communautés étaient sales/insalubres, et 57% (54 sur 94) pensaient qu'il n'y avait pas assez de latrines et que trop de personnes utilisaient les mêmes latrines**. Aussi, 40% (38 sur 94) affirmaient que les installations sanitaires dans leur communauté étaient pleines ou ne fonctionnaient pas. Cela correspondait aux résultats du suivi de la situation humanitaire qui notait que dans 95% des localités évaluées, la majorité de la population utilisait des latrines non-hygiéniques pour faire leurs besoins<sup>2</sup>. Il était probable que l'afflux de déplacés augmentait la pression sur des infrastructures sanitaires déjà insuffisantes, accentuant les difficultés préalablement mentionnées.

De plus, **plusieurs problèmes évoqués par les IC augmentaient le risque de violence basée sur le genre (VBG)**. Il était par exemple indiqué par 39% (37 sur 94) des IC que les latrines n'étaient pas séparées entre les hommes et les femmes. Un autre problème qui ressortait pour 26% des IC (24 sur 94) était le fait que les installations sanitaires n'étaient pas privées, en raison d'un manque de serrures, portes, murs, et/ou éclairages. Certains mécanismes d'adaptation concernant l'accès aux infrastructures d'assainissement mentionnés par les IC augmentaient aussi les risques de VBG. Ainsi, selon 26% des IC (25 sur 95), les communautés allaient dans des installations sanitaires plus distantes ou encore, avaient recours à des installations sanitaires communautaires (24%) (23 sur 95) ou utilisaient les installations sanitaires la nuit (24%) (23 sur 95).

**Figure 9: Problèmes liés aux infrastructures d'assainissement dans la communauté (n = 94)<sup>b</sup>**

Les installations sanitaires (latrines / toilettes) sont sales / insalubres **88%**

Manque d'installations sanitaires /Trop de personnes utilisent les latrines **57%**

<sup>b</sup> Les IC pouvaient choisir plusieurs réponses. En conséquence, les pourcentages peuvent excéder 100%.

Les installations sanitaires ne fonctionnent pas ou les installations sanitaires sont pleines **40%**

Les installations sanitaires ne sont pas séparées entre les hommes et les femmes **39%**

Les installations sanitaires ne sont pas privées (non serrures / porte / murs / éclairage etc.) **26%**

Les installations sanitaires sont difficiles à atteindre (en particulier pour les personnes handicapées) **6%**

Les IC rapportaient l'insalubrité des latrines (57% - 55 sur 97) et la manque d'installations sanitaires (11% - 11 sur 97) comme le principal problème lié à l'assainissement.

Les problèmes mentionnés dans la figure 9 forçaient les populations à utiliser des mécanismes d'adaptation préjudiciables. **Selon les informateurs clés, les ménages de leur communauté s'adaptent aux problèmes liés aux infrastructures d'assainissement** en : ayant recours à des installations sanitaires de moindre qualité (58%) (55 sur 95), en pratiquant la défécation à l'air libre (39%) (37 sur 95), en allant dans des installations sanitaires plus distantes (26%) (25 sur 95) ou encore en ayant recours à des installations sanitaires communautaires (24%) (23 sur 95) ou en utilisant les installations sanitaires la nuit (24%) (23 sur 95). Tous ces mécanismes d'adaptation augmentaient les risques de contamination des communautés.

**Figure 10: Stratégies d'adaptation aux problèmes liés aux infrastructures sanitaires (n = 95)<sup>c</sup>**

Ont recours à des installations sanitaires (latrines/toilettes) de moindre qualité **58%**

Défèquent à l'air libre **26%**

Vont dans des installations sanitaires (latrines/toilettes) plus loin que l'endroit habituel **24%**

Ont recours à des installations sanitaires communautaires (latrines/toilettes) **24%**

Défèquent dans un sac en plastique **9%**

Vont dans des installations sanitaires (latrines/toilettes) dans un endroit dangereux **2%**

sources d'eau non améliorées comme principaux points d'approvisionnement en eau. **De plus, dans quatre établissements de santé sur 14, l'eau n'était pas disponible au moment de l'enquête.** Quant à l'assainissement, cinq sur 14 établissements de santé ne disposaient que de latrines sans dalle pour leurs patients et cinq sur 14 n'avaient pas au moins une latrine utilisable lors de l'enquête.

De plus, selon les IC, un nombre limité d'établissements de santé avaient des latrines qui prévoient des dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, ou qui avaient des latrines accessibles aux personnes à mobilité réduite.

La provision de dispositifs de lavage des mains était aussi problématique dans les infrastructures de santé. Ainsi, au moment de l'enquête, **seulement trois établissements de santé sur 14 avaient des dispositifs de lavage des mains fonctionnels avec de l'eau et du savon.**

La gestion des déchets variait selon les établissements de santé. Neuf établissements de santé sur 14 triaient et répartissaient leurs déchets dans au moins trois poubelles étiquetées dans la zone de consultation. Si la majorité des établissements de santé avaient des protocoles de nettoyage, seule la moitié des établissements de santé avaient l'ensemble des membres du personnel responsables du nettoyage formés. La fréquence du nettoyage des établissements de santé variaient, si 10 sur 14 le faisaient quotidiennement, trois sur 14 le faisaient 1 à 3 fois par semaine seulement un seul sur 14 le faisait plusieurs fois par jour.

**Données épidémiologiques**

Selon les données épidémiologiques transmises par la Direction de surveillance épidémiologique du Ministère de la santé publique, **il n'y avait pas de hausse significative des maladies hydriques** de janvier à octobre 2023. Néanmoins, les conditions EHA des trois zones de santé demandaient un suivi de la situation.

Figure 14: Nombre de cas de diarrhées sanglantes rapportés par semaine en 2023 à Oicha, Mutwanga et Kamango<sup>1</sup>

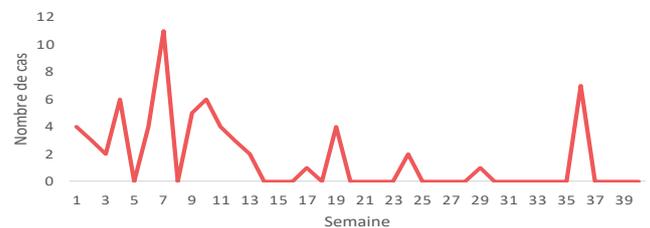
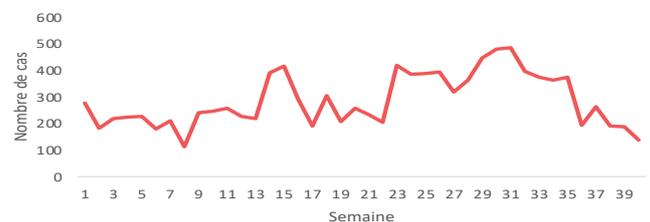


Figure 15: Nombre de cas de fièvres typhoïde rapportés par semaine en 2023 à Oicha, Mutwanga et Kamango<sup>1</sup>



**INFRASTRUCTURES SANITAIRES**

Selon les résultats des entretiens avec les IC travaillant dans les établissements de santé, les infrastructures sanitaires des zones de santé d'Oicha, Kamango et Mutwanga avaient des lacunes importantes concernant l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Il était noté par exemple que trois établissements de santé sur 14 utilisaient des

<sup>c</sup> Les IC pouvaient choisir plusieurs réponses. En conséquence, les pourcentages peuvent excéder 100%.



## A PROPOS DE REACH

REACH facilite l'élaboration d'outils et de produits d'information visant à renforcer les capacités des acteurs humanitaires à prendre des décisions informées lors de situations d'urgence, de redressement et de développement. Pour ce faire, les méthodes utilisées par REACH incluent la collecte de données primaires, suivie d'une analyse approfondie de celles-ci. Toutes les activités sont menées dans le cadre des mécanismes de coordination inter-agences. REACH est une initiative conjointe d'IMPACT Initiatives, d'ACTED et de l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche– Programme opérationnel pour les applications satellitaires (UNITAR-UNOSAR).

## APERÇU DE LA METHODOLOGIE

L'évaluation a couvert les zones de santé d'Oicha, Kamango et Mutwanga. Lors d'une première phase de collecte de données, REACH, en partenariat avec le cluster EHA, a commencé une collecte de données en présentiel dans les zones de santé sélectionnées. Néanmoins, en raison de l'insécurité, la collecte des données a dû être abandonnée. Cette première collecte a néanmoins permis d'effectuer sept entretiens quantitatifs avec des informateurs clés (IC) à Béni ville ayant une connaissance d'Oicha. L'équipe de collecte a aussi réussi à effectuer 15 groupes de discussions qualitatifs (FGD) et 12 entretiens quantitatifs avec des IC à Mutwanga. Cette première phase de collecte s'est déroulée du 24/10/2023 au 31/10/2023. Les IC sélectionnés étaient des individus ayant une connaissance approfondie des conditions en EHA de leur communauté (staff ONG, gouvernement local, etc.).

Afin de compléter l'évaluation, la suite de la collecte de données s'est effectuée à distance, du 21/11/2023 au

23/11/2023, par appel téléphonique via des questionnaires quantitatifs avec des informateurs clés à Oicha et Kamango sélectionnés selon les listes de contact du suivi humanitaire (HSM) .

En tout, 111 entretiens quantitatifs avec des informateurs clés (96 hommes, 15 femmes), et 15 groupes de discussions qualitatifs (8 avec des hommes, 7 avec des femmes) ont été réalisés.

L'évaluation des besoins s'est effectuée à travers trois différents questionnaires, approuvés par le cluster EHA:

- Un questionnaire IC
- Un questionnaire IC dans les établissements de santé
- Un questionnaire FGD

**Une limitation de la recherche est le manque de données venant des FGD à Oicha et Kamango car il n'a pas été possible d'en effectuer en raison de l'insécurité.**

## Notes de fin

PAGE 1

<sup>1</sup> IOM - DTM, [Baseline Assessment - Nord Kivu - Round 45 \(Cycle 10\)](#), October 2023

PAGE 2

<sup>1</sup> OCHA, Rapport de la mission conjointe d'évaluation multisectorielle et réponse d'urgence, Février 2023

<sup>2</sup> African Initiatives For Relief and Development, Rapport d'évaluation rapide multisectorielle effectué en provinces de l'Ituri, Nord et du Sud-Kivu, Mars 2023

<sup>3</sup> International Rescue Committee, Rapport de diagnostic préliminaire, Novembre 2019

<sup>4</sup> IOM - DTM, [Baseline Assessment - Nord Kivu - Round 45 \(Cycle 10\)](#), Octobre 2023

PAGE 3

<sup>1</sup> OCHA, Rapport de la mission conjointe d'évaluation multisectorielle et réponse d'urgence, Février 2023

<sup>2</sup> African Initiatives For Relief and Development, Rapport d'évaluation rapide multisectorielle effectué en provinces de l'Ituri, Nord et du Sud-Kivu, Mars 2023

<sup>3</sup> REACH, [Suivi de la situation humanitaire](#), Octobre 2023

<sup>4</sup> Ministère de la santé publique hygiène et prévention, Enquête nutritionnelle SMART, Octobre 2022

Page 4

<sup>1</sup> African Initiatives For Relief and Development, Rapport d'évaluation rapide multisectorielle effectué en provinces de l'Ituri, Nord et du Sud-Kivu, Mars 2023

<sup>2</sup> REACH, [Suivi de la situation humanitaire](#), Octobre 2023

PAGE 5

<sup>1</sup> Ministère de la santé publique, Données épidémiologique, Nord-Kivu, Novembre 2023

<sup>2</sup> Ministère de la santé publique, Données épidémiologique, Nord-Kivu, Novembre 2023