

République Démocratique du
Congo

Evaluation multisectorielle des besoins (MSNA)

Province du Tanganyika

2021

Evaluation conduite au sein du cadre institutionnel du :



Groupe de Travail Gestion de l'Information



OCHA

Financée par :



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Cofinancé par
l'Union européenne

Avec le soutien de :

CONCERN
worldwide



caritas



ACTED

REACH Informing
more effective
humanitarian action

© REACH, juin 2021, Kasubui 2, territoire de Kalemie, province du Tanganyika, RDC.

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). Pour plus d'informations, veuillez consulter notre site internet : www.reach-initiative.org. Vous pouvez nous contacter directement à : geneva@reach-initiative.org et nous suivre sur Twitter : @REACH_info.

N.B. : Le masculin est utilisé dans l'ensemble du document au sens générique ; il désigne autant les femmes que les hommes.

RESUME

D'après l'aperçu des besoins humanitaires (HNO)¹, 19,6 millions de personnes seraient en besoin d'assistance humanitaire en République Démocratique du Congo (RDC) au premier semestre 2021.² Près d'un million d'entre elles (978 800) seraient dans la province du Tanganyika, dont 141 100 avec des besoins catastrophiques et 556 700 avec des besoins critiques.³ En plus de problèmes plus structurels de développement,⁴ la persistance de conflits, notamment dans le nord, entraîne d'importantes violations des droits humains : la province compte 12% des victimes de violations enregistrées dans le pays entre janvier et juin 2021.⁵ Ces problématiques de protection provoquent de nombreux déplacements, avec un total de 331 500 personnes déplacées internes (PDI) et 197 000 retournés recensés en septembre 2021.⁶ De plus, d'après le 19^e cycle d'analyse du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), 39% de la population analysée de la province serait en situation d'insécurité alimentaire aiguë élevée (phase 3 ou plus de l'IPC).⁷

Des lacunes d'informations entravent néanmoins l'identification des besoins et la mise en œuvre de la réponse humanitaire, comme souligné dans le HNO.⁸ Afin d'informer le cycle de programmation humanitaire 2022 et pour soutenir les prises de décision des acteurs humanitaires, **REACH, en coopération avec OCHA et les clusters, a mené une évaluation multisectorielle des besoins (MSNA) pilote en 2021. Cette évaluation visait à fournir des données actualisées sur les besoins et les priorités des populations affectées par la crise au Tanganyika.**⁹

La MSNA a couvert l'ensemble des 11 zones de santé de la province (réparties en 6 territoires)¹⁰ ainsi que trois groupes de populations : les ménages non déplacés, les ménages PDI et les ménages retournés. Au total, **3 136 ménages ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire structuré entre le 10 juin et le 27 juillet 2021.** Ces ménages ont été sélectionnés de manière aléatoire à travers un échantillonnage en grappes à deux degrés (« two-stages cluster sampling ») permettant d'obtenir des résultats représentatifs avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 10% au niveau de la zone de santé (tous groupes de population confondus) et du territoire (pour chaque groupe de population ciblé). De plus, **332 entretiens structurés avec des informateurs clés (IC) sélectionnés de manière non aléatoire en fonction de leurs connaissances sur 202 localités (41 difficilement accessibles et 161 accessibles) ont été conduits.**¹¹ Ces résultats sont uniquement indicatifs.

Le présent rapport vise à présenter les résultats clés issus de l'analyse de sévérité intersectorielle. Elle se fonde sur l'attribution pour chaque ménage d'un score de sévérité exprimé sur une échelle de 1 à 4+ par secteur, permettant de déterminer si le ménage a un manque en termes de niveau de vie (*Living*

¹ Dans l'ensemble du rapport, certains acronymes sont utilisés sous leur forme anglaise lorsque celle-ci est plus couramment utilisée.

² Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA), [Aperçu des Besoins Humanitaires](#), décembre 2020.

³ Ibid.

⁴ Gouvernement Provincial du Tanganyika, Plan de développement provincial du Tanganyika 2018-2022, décembre 2017.

⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), [République Démocratique du Congo - Tableau de bord du Monitoring de Protection – janvier à juin 2021](#), juin 2021.

⁶ OCHA, [Factsheet : Personnes déplacées internes et retournées](#), septembre 2021.

⁷ IPC, [Analyse de l'insécurité alimentaire aiguë – février-décembre 2021](#), mars 2021.

⁸ Ibid.

⁹ Les organisations suivantes ont également apporté un soutien logistique : ACTED, Caritas, Médecin du Monde et Concern.

¹⁰ Néanmoins, 66 aires de santé ont été jugées inaccessibles pour des raisons logistiques ou sécuritaires et ont été exclues de l'échantillonnage pour les enquêtes ménages ; des localités dans 22 d'entre elles ont été couvertes à l'aide d'entretiens à distance avec des informateurs clés (IC) au niveau des localités.

¹¹ La méthodologie employée se base sur celle dite de « zones de connaissance » développée par REACH et est la même que celle du projet de suivi de la situation humanitaire mis en place dans trois provinces de la RDC (Tanganyika, Sud-Kivu, Nord-Kivu). Pour plus d'informations sur cette méthodologie, veuillez consulter les termes de référence du projet ([ici](#)).

Standard Gap - LSG) dans ce secteur.¹² L'agrégation des scores LSG permet la détermination d'un indice des besoins multisectoriels (MSNI) par ménage selon la même échelle de sévérité. Les ménages ayant un score de sévérité MSNI de 3 ou plus sont ainsi considérés comme ayant des besoins multisectoriels. L'analyse s'intéresse finalement à l'influence des vulnérabilités préexistantes des ménages sur la sévérité de leurs besoins multisectoriels.

Résultats clés

Dans un contexte à la fois touché par des problèmes structurels de développement et des crises humanitaires liées à la persistance des conflits et d'importants déplacements de population, **la quasi-totalité des ménages de la province du Tanganyika (99,8%) ont été trouvés comme ayant des besoins multisectoriels**,¹³ et ce pour les trois groupes de population évalués ainsi que l'ensemble des zones de santé.¹⁴ Ces résultats sont en accord avec ceux du HNO 2022, d'après lesquels toutes les zones de santé de la province présentent des besoins sévères ou plus.¹⁵

Plus des trois-quart (81%) des ménages avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes, dont un tiers (33%) avec des besoins très extrêmes, à risque d'indiquer une situation catastrophique.¹⁶ **Les pourcentages variaient considérablement entre zones de santé, allant de 99% à Kiyambi, 96% à Ankobo et 93% à Mbulula, à 58% à Moba, seule zone de santé où ce pourcentage était inférieur à 70%.** Le HNO quant à lui, met en avant les zones de santé de Nyemba, de Nyunzu et de Kongolo comme ayant des besoins catastrophiques, suivies de Mbulula et de Kalemie avec des besoins critiques.¹⁷ Ces différences peuvent être en partie dues au fait que les parties de la province les plus en proie à l'insécurité, comme le nord de Nyemba et de Nyunzu, n'ont pas été couvertes par les enquêtes ménages de la MSNA par manque d'accès.

Une très forte cooccurrence des besoins a été observée, les besoins multisectoriels étant généralement causés par des besoins dans différents secteurs. En effet, **93% des ménages avaient des besoins dans au moins trois secteurs à la fois** et 18% avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes dans au moins trois secteurs à la fois. De manière notable, le profil principal des ménages avec des besoins multisectoriels étaient des besoins dans cinq secteurs (abri, éducation, eau, hygiène et assainissement (EHA), santé et sécurité alimentaire pour 24% des ménages), illustrant le caractère intersectoriel des besoins dans la province.

Par secteur, **le principal déterminant des besoins multisectoriels était des besoins en EHA, concernant 98% des ménages.** Ces besoins étaient principalement causés par l'utilisation de sources d'eau et/ou de latrines non améliorées. Les principaux déterminants suivants étaient les abris (88%), la

¹² Un ménage est considéré comme ayant un LSG dans un secteur lorsqu'il obtient un score de sévérité de 3 ou plus dans ce secteur. La détermination d'un manque en termes de niveau de vie par secteur équivaut à considérer le ménage comme ayant un besoin dans ledit secteur en se basant uniquement sur les données MSNA et les limites que cela comporte.

¹³ Besoins multisectoriels : se réfère à la proportion de ménages avec un score de sévérité de l'indice des besoins multisectoriels (MSNI) d'au moins 3, en fonction de la sévérité des manques en termes de niveau de vie (LSG) identifiés pour chaque ménage.

¹⁴ L'estimation du nombre de personnes dans le besoin était en dehors du périmètre de la MSNA et de ce qui a été décidé avec les parties prenantes.

¹⁵ OCHA, [RDC - pôle sud-est. Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba](#), septembre 2021.

¹⁶ Alors que l'échelle de sévérité du Cadre d'analyse intersectorielle conjointe (JIAF) comprend 5 classifications allant de 1 (aucun / minimal) à 5 (catastrophique), seule une échelle de 1 (aucun / minimal) à 4+ (extrême+) est utilisée pour les besoins de la MSNA. Un score de "4+" est utilisé lorsque les données indiquent que la situation pourrait être catastrophique. Cela s'explique par le fait que les données nécessaires pour l'attribution d'un score de 5 (catastrophique) sont principalement obtenues au niveau de la zone (par exemple, les taux de mortalité, la prévalence de la malnutrition, etc.), ce qui est difficile à prendre en compte dans une analyse au niveau des ménages. En outre, étant donné que les recommandations globales sur les définitions exactes de chaque classe doivent encore être finalisées, et les implications en matière de réponse de la classification d'un ménage ou d'une zone en classe 5 (catastrophique), REACH n'est pas en mesure de vérifier de manière indépendante si une situation catastrophique (classe 5) est en train de se produire.

¹⁷ OCHA, [RDC - pôle sud-est. Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba](#), septembre 2021.

sécurité alimentaire (85%) et la santé (81%). Ces déterminants étaient les mêmes entre groupes de population et zones de santé, bien qu'avec des différences de magnitude.

Les besoins multisectoriels étaient aggravés par des vulnérabilités préexistantes pour près de la moitié des ménages (45%). Il est intéressant de noter que **les zones de santé où la plus grande magnitude des besoins était observée ne correspondent pas à celles où les ménages étaient le plus vulnérables.** La zone de santé de Kiyambi par exemple, première en termes de proportion de ménages avec des besoins extrêmes ou très extrêmes, se retrouve en dernière position si l'on considère la proportion de ménages dans le besoin et vulnérables (34%). A l'inverse, les proportions les plus élevées de ménages dans le besoin et vulnérables se situent dans les zones de santé de Nyunzu (53%) et de Nyemba (51%), deux zones de santé catégorisées avec des besoins catastrophiques par le HNO¹⁸ et qui sont particulièrement affectées par les problèmes sécuritaires. **Cela souligne l'importance de prendre en compte les vulnérabilités des ménages lors de la priorisation de la réponse humanitaire.**

Les résultats sur les besoins multisectoriels des ménages à l'échelle de la province cachent d'importantes disparités entre zones géographiques et groupes de populations. En plus du cas de Kiyambi susmentionné, deux autres poches de populations ressortent en particulier car elles présentent des caractéristiques différentes des tendances générales. Tout d'abord, **les ménages retournés dans les territoires de Kongolo et de Nyunzu, et dans une moindre mesure ceux de Manono, semblaient plus susceptibles d'avoir des besoins extrêmes ou très extrêmes que les ménages non déplacés et PDI** dans ces deux territoires. Ces différences de sévérité des besoins semblent s'expliquer par des proportions plus importantes de ménages retournés ayant des besoins extrêmes ou très extrêmes dans plusieurs secteurs. Cela peut être dû à la situation instable dans ces deux territoires, les ménages retournant dans leur localité en ayant perdu leurs moyens de subsistance¹⁹ et retrouvant parfois leur abri occupé ou endommagé, voire détruit.²⁰ Les retournés étaient les premières victimes des incidents de protection dans la province du Tanganyika,²¹ ce qui peut également restreindre leur accès aux services de base.

Ensuite, **les ménages PDI dans le territoire de Nyunzu avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes dans une moindre proportion que les deux autres groupes de population,** à hauteur de 73% contre 78% de ménages non déplacés et 90% de ménages retournés. De manière générale, une proportion plus faible de ménages PDI avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes dans au moins trois secteurs, ce qui pourrait être dû au fait que les ménages PDI se déplacent vers des localités où davantage de services de base sont disponibles. **Ils étaient néanmoins une proportion plus importante à être vulnérables (69%) comparés aux ménages retournés (48%) et non déplacés (45%).**

Les entretiens auprès des IC ont permis d'obtenir **une aperçu indicatif de la situation dans les zones difficilement accessibles,** non couvertes par les enquêtes ménages ; ils ont notamment mis en avant d'importantes problématiques de protection (restrictions de mouvement et préoccupations sécuritaires pour les différents membres des ménages en particulier), faisant écho aux contraintes sécuritaires identifiées lors de la conception de la recherche. L'accès aux services de base (notamment les services éducatifs, de santé, d'EHA, ainsi que les marchés) y était également limité, bien que dans des proportions relativement proches à celles observées dans les localités accessibles évaluées. Une couverture plus

¹⁸ L'exception étant la zone de santé de Kongolo, arrivant en 9^e position avec 40% de ménages vulnérables et dans le besoin d'après les données de la MSNA, mais catégorisées avec des besoins catastrophiques d'après les données du HNO révisées en août 2021. Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour mieux cerner les raisons de cette différence. OCHA, [RDC - pôle sud-est, Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba](#), septembre 2021

¹⁹ Cluster Protection, [Hub sud-est, Tanganyika, Note sur la recrudescence des cas d'enlèvements](#), avril 2021.

²⁰ OCHA, [RDC - pôle sud-est, Note d'informations humanitaires pour les provinces du Haut-Katanga, du Haut-Lomami, du Lualaba et du Tanganyika](#), 15 mars 2021.

²¹ HCR & INTERSOS, Rapport mensuel de monitoring de protection, province du Tanganyika, août 2021.

poussée de ces zones seraient nécessaire pour mieux cerner la situation et les besoins spécifiques des populations y vivant.

Malgré ces besoins importants, **seule une minorité de ménages (9%) ont rapporté avoir reçu de l'assistance au cours des trois mois précédant la collecte de données**, sans différence notable entre groupes de population. **Un manque d'informations important ressortait des résultats.** En effet, 81% des ménages ont rapporté ne pas savoir comment accéder à de l'aide humanitaire et ce manque d'informations constituait la troisième barrière d'accès à l'assistance la plus importante rapportée.²² De plus, près des deux-tiers des ménages ayant reçu de l'assistance ont indiqué ne pas connaître les mécanismes de retours et de plaintes.²³ **Pour combler ce manque d'informations, il est important d'utiliser les moyens de communication privilégiés des ménages et dans leur langue préférée.** Les moyens de communication privilégiés pour obtenir de l'information au sujet de l'assistance étaient en personne, pour 44% des ménages, la radio (24%) et les appels téléphoniques (14%), tandis que la langue préférée pour obtenir des informations orales étaient le swahili pour 58% des ménages et le tshiluba pour 32%, avec d'importantes variations géographiques.

Il est important de rappeler que **cette MSNA était un exercice pilote, mis en place pour la première fois en RDC et couvrant une seule province.** Elle visait à répondre au manque de données quantitatives actualisées nécessaires à la planification humanitaire. La mise en place d'évaluations régulières joue en effet un rôle clé dans la compréhension des besoins des populations, facilitant ainsi une réponse adaptée. La MSNA a notamment permis de mettre en avant le caractère intersectoriel des besoins dans la province, mêlant problématiques de développement et humanitaire, ainsi que certaines disparités géographiques et entre groupes de population. **Un exercice de leçons apprises sera conduit, afin de permettre la réplique des bonnes pratiques et la prise en compte des points d'amélioration pour de futures évaluations.** En particulier, l'accent devra être mis sur des secteurs et thématiques peu ou pas couverts par cette MSNA, tels que les stratégies d'adaptation ou « manques de capacité », la nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance. Une analyse plus poussée sera également nécessaire pour mieux comprendre les profils de vulnérabilité et leurs interactions avec les besoins des ménages.

²² Rapporté par 19% des 13% de ménages ayant rapporté avoir fait face à des barrières d'accès à l'assistance humanitaire dans les 12 mois précédant la collecte de données. La première barrière rapportée était le manque d'assistance disponible (45%), suivie de l'exclusion des listes de distributions pour des motifs perçus comme non valables. Ces données portent sur un sous-ensemble de la population et doivent donc être considérées comme étant indicatives uniquement.

²³ Ces données portent sur un sous-ensemble de la population (les 9% de ménages ayant rapporté avoir reçu de l'assistance humanitaire au cours des trois mois précédant la collecte de données) et doivent donc être considérées comme étant indicatives uniquement.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	1
TABLE DES MATIÈRES	5
Liste des acronymes	6
Classifications géographiques	7
Liste des graphiques, tableaux et cartes	7
INTRODUCTION	8
MÉTHODOLOGIE	10
Objectifs spécifiques et questions de recherche	10
Périmètre de l'évaluation	10
Stratégie d'échantillonnage	12
Collecte de données	12
Analyse	13
Données secondaires	15
Considérations éthiques	15
Difficultés et limites	16
RÉSULTATS	18
Aperçu des besoins multisectoriels	18
Déterminants des besoins	19
Zoom sur la redevabilité envers les populations affectées	23
Vulnérabilités préexistantes	24
Poches de populations d'intérêt particulier	25
Ménages retournés dans les territoires de Kongolo, de Nyunzu et de Manono	26
Ménages PDI dans le territoire de Nyunzu	27
Zone de santé de Kiyambi	28
Zoom sur les zones difficilement accessibles	29
CONCLUSION	31
ANNEXES	33
Annexe 1 : Documentation technique disponible	33
Annexe 2 : Identification des LSG et CG	34
Annexe 3 : Estimation de la sévérité globale des besoins	36

Liste des acronymes²⁴

CCCM	Coordination et gestion des camps (<i>Camp Coordination and Camp Management</i>)
DPS	Division Provinciale de la Santé
DTM	Matrice de suivi des déplacements (<i>Displacement Tracking Matrix</i>)
EFSA	Evaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence (<i>Emergency Food Security Assessment</i>)
EHA	Eau, hygiène et assainissement
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HNO	Aperçu des besoins humanitaires (<i>Humanitarian Needs Overview</i>)
HPC	Cycle de programmation humanitaire (<i>Humanitarian Program Cycle</i>)
IC	Informateur clé
ICN	Inter-Cluster National
ICR	Inter-Cluster Régional
IMWG	Groupe de travail de gestion de l'information (<i>Information Management Working Group</i>)
IPC	Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire
IPM	Indice de pauvreté multidimensionnelle
JIAF	Cadre d'analyse intersectorielle conjointe (<i>Joint Intersectoral Analyse Framework</i>)
JMP	Joint Monitoring Programme
LSG	Manque en termes de niveau de vie (<i>Living Standard Gap</i>)
MONUSCO	Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en RD Congo
MSNA	Evaluation multisectorielle des besoins (<i>Multi-Sectoral Needs Assessment</i>)
MSNI	Indice des besoins multisectoriels (<i>Multi-Sectoral Needs Index</i>)
MUAC	Périmètre brachial à mi-hauteur (<i>Mid-Upper Arm Circumference</i>)
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (<i>Office for the Coordination of Humanitarian Affairs</i>)
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OSM	Open Street Map
PDI	Personne déplacée interne
PDP	Plan de développement provincial
RDC	République Démocratique du Congo
SMART	Enquête normalisée de suivi et d'évaluation des secours et de la transition (<i>Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions</i>)
SOP	Procédures opératoires standards (<i>Standard Operating Procedures</i>)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (<i>United Nations Children's Fund</i>)
UPE	Unité primaire d'échantillonnage

²⁴ Dans l'ensemble du rapport, certains acronymes sont utilisés sous leur forme anglaise lorsque celle-ci est plus couramment utilisée. La traduction anglaise est mentionnée entre parenthèses.

Classifications géographiques

Province	Plus haute forme de gouvernance, juste en dessous du niveau national. La RDC compte 26 provinces.
Territoire	Chaque province est découpée en territoires. La province du Tanganyika compte 6 territoires.
Zone de santé	Chaque territoire compte une ou plusieurs zones de santé. Une zone de santé est « une entité géographique bien délimitée (diamètre maximal 150 km) [...] comprenant une population d'au moins 100 000 habitants ». ²⁵ Chaque zone de santé a un hôpital général de référence. La province du Tanganyika compte 11 zones de santé.
Aire de santé	Chaque zone de santé est subdivisée en aires de santé. C'est « une entité géographique délimitée, composée d'un ensemble de villages en milieu rural et/ou de rues en milieu urbain [...] dont la taille de la population desservie est de 10 000 habitants. Chaque aire de santé est couverte par un centre de santé. » ²⁶ La province du Tanganyika compte 263 aires de santé.

Liste des graphiques, tableaux et cartes

Carte 1 : couverture géographique de l'évaluation	11
Carte 2 : proportion de ménages avec des besoins multisectoriels extrêmes ou très extrêmes par zone de santé	19
Carte 3 : proportions de ménages par langue principale.....	23
Figure 1 : justification de l'échelle de sévérité	14
Figure 2 : Proportion de ménages par phase de sévérité (score MSNI).....	18
Figure 3 : Proportion de ménages par groupe de population et phase de sévérité (score MSNI)	19
Figure 4 : Pourcentage de ménages par groupe de population et par nombre de besoins sectoriels ...	20
Figure 5 : Profils des besoins les plus courants parmi les ménages dans le besoin, par groupe de population	20
Figure 6 : Pourcentages de ménages ayant des besoins multisectoriels par type de besoin sectoriel ..	21
Figure 7 : proportion de ménages vulnérables et dans le besoin, par zone de santé	24
Figure 8 : proportion de ménages avec des besoins multisectoriels extrêmes ou très extrêmes, par profil de vulnérabilité.....	25
Figure 9 : proportion de ménages dans les territoires de Kongolo, de Manono et de Nyunzu avec des besoins extrêmes ou très extrêmes en abri, EHA et santé, par groupe de population	26
Figure 10 : proportion de ménages dans le territoire de Nyunzu par type de sources d'eau utilisées pour l'eau de boisson, par groupe de population.....	27
Figure 11 : proportions de ménages dans la zone de santé de Kiyambi et au niveau de la province du Tanganyika qui ont des besoins par secteur et phase de sévérité (score LSG)	29
Figure 12 : identification des LSG par secteur – exemple.....	35
Figure 13 : exemples de scores MSNI par ménage basés sur les résultats de l'analyse sectorielle.....	36

²⁵ Ministère de la santé, [Recueil des normes de la zone de santé](#), août 2006, p.10.

²⁶ Ibid.

INTRODUCTION

D’après l’aperçu des besoins humanitaires (HNO)²⁷, 19,6 millions de personnes seraient en besoin d’assistance humanitaire en République Démocratique du Congo (RDC) au premier semestre de 2021.²⁸ Plus des deux-tiers d’entre elles (13,9 millions) vivaient dans des zones touchées par au moins trois des cinq impacts humanitaires majeurs – les déplacements de population, l’insécurité alimentaire aiguë, la malnutrition aiguë, les épidémies et les problématiques de protection – identifiés comme affectant les conditions de vie et le bien-être physique et mental des populations, notamment dans l’est du pays.²⁹ La persistance des conflits et l’activité des groupes armés, ainsi que les aléas naturels et leur impact sur la population, sont autant de facteurs qui contribuent à exacerber les besoins humanitaires dans cette partie de la RDC.

La province du Tanganyika, bien que relativement plus stable que d’autres provinces de l’Est comme l’Ituri, le Nord-Kivu et le Sud-Kivu, reste particulièrement affectée. Malgré l’amorce en 2020 du processus de retrait de la Mission de l’Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation en RDC (MONUSCO) du Tanganyika prévu pour le 30 juin 2022, l’insécurité persiste dans certaines parties de la province en raison de la présence de groupes armés et de tensions communautaires, notamment dans le nord.³⁰ Le Tanganyika compte ainsi 12% des victimes de violations des droits humains enregistrées dans le pays entre janvier et juin 2021.³¹ Ces problématiques de protection entraînent de nombreux déplacements, et la province fait partie des cinq provinces du pays qui enregistrent le plus grand nombre de personnes déplacées internes (PDI) et retournées avec un total de 331 500 PDI et 197 000 retournés recensés en septembre 2021.³² Les autorités provinciales ont néanmoins annoncé dès 2018 leur intention de procéder à la fermeture des sites accueillant des PDI dans le territoire de Kalémie.³³

A cette situation sécuritaire qui reste préoccupante s’ajoutent des problèmes structurels de développement, tels qu’un délabrement avancé des infrastructures sociales (écoles, hôpitaux, etc.) et routières, une offre d’eau insuffisante, et un très faible taux de couverture et d’accès à l’électricité (3%).³⁴ L’insécurité alimentaire y est également inquiétante, avec 39% de la population analysée par le 19^e cycle d’analyse du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) catégorisée en insécurité alimentaire aiguë élevée (phase 3 ou plus de l’IPC).³⁵ Par conséquent, près d’un million de personnes (978 800) étaient ainsi estimées dans le besoin au Tanganyika au premier semestre 2021, dont 141 100 avec des besoins catastrophiques, regroupées dans la zone de santé de Nyemba, et 556 700 avec des besoins critiques, plus dispersées dans la province.³⁶

L’identification des besoins et la mise en œuvre de la réponse humanitaire sont cependant entravées par des lacunes d’informations liées à des contraintes d’accès à la fois logistiques et sécuritaires, aux capacités opérationnelles parfois limitées pour réaliser des évaluations ainsi qu’à la fluidité des mouvements de population, comme souligné dans le HNO.³⁷ Or, des informations actualisées sur les

²⁷ Dans l’ensemble du rapport, certains acronymes sont utilisés sous leur forme anglaise lorsque celle-ci est plus couramment utilisée.

²⁸ Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA), [Aperçu des Besoins Humanitaires](#), décembre 2020.

²⁹ Ibid. L’analyse intersectorielle du HNO s’articule autour de ces cinq impacts humanitaires. Ils sont définis comme « les effets premiers de la crise humanitaire et des chocs sur les personnes, sur les services et systèmes, et sur l’accès humanitaire ».

³⁰ MONUSCO, [Jean-Pierre Lacroix : « La MONUSCO maintiendra une présence dans le nord du Tanganyika »](#), 24 octobre 2021.

³¹ Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), [République Démocratique du Congo - Tableau de bord du Monitoring de Protection – janvier à juin 2021](#), juin 2021.

³² OCHA, [Factsheet : Personnes déplacées internes et retournées](#), septembre 2021.

³³ Groupe de travail coordination et gestion des camps (CCCM), [Stratégie d’accompagnement au retour/relocalisation des PDI des sites de Kalemie](#), septembre 2021.

³⁴ Gouvernement Provincial du Tanganyika, [Plan de développement provincial du Tanganyika 2018-2022](#), décembre 2017.

³⁵ IPC, [Analyse de l’insécurité alimentaire aiguë – février-décembre 2021](#), mars 2021.

³⁶ OCHA, [Aperçu des Besoins Humanitaires](#), décembre 2020.

³⁷ Ibid.

besoins des populations affectées sont essentielles pour informer le cycle de programmation humanitaire (HPC) 2022 et pour soutenir les prises de décision des acteurs humanitaires. Ainsi, **REACH, en coopération avec OCHA et les clusters au niveau national et provincial, a mené une évaluation multisectorielle des besoins (MSNA) pilote en 2021 afin de fournir des données actualisées sur les besoins et les priorités des populations affectées par la crise au Tanganyika.**

Ce rapport inclut les résultats principaux concernant l'étendue et l'ampleur des besoins multisectoriels des populations (non déplacées, PDI et retournées) dans la province du Tanganyika ainsi que des déterminants de ces besoins. Il est structuré comme suit : le premier chapitre porte sur la méthodologie et inclut les objectifs et le périmètre de l'évaluation, la collecte et l'analyse des données, ainsi que les limites de l'évaluation. Il est suivi d'un chapitre présentant les résultats, construit sur quatre sections : un aperçu global sur l'ampleur et la sévérité des besoins multisectoriels, les principaux déterminants sectoriels de ces besoins, une analyse sur les vulnérabilités préexistantes et enfin un approfondissement sur trois poches de la population présentant un intérêt particulier. Ce chapitre contient également des encadrés ciblés sur la redevabilité envers les populations affectées et la situation dans les zones difficilement accessibles. Enfin, la conclusion résume les points clés de l'évaluation et les prochaines étapes.

METHODOLOGIE

Objectifs spécifiques et questions de recherche

L'évaluation multisectorielle des besoins (MSNA) a été menée pour éclairer les processus décisionnels du cycle de programmation humanitaire de l'année 2022 et ainsi permettre aux acteurs humanitaires de planifier leurs interventions grâce à la mise à disposition de données actualisées concernant les besoins multisectoriels et les priorités des populations affectées dans la province du Tanganyika.

Afin de mener à bien cet objectif, la MSNA vise à répondre aux **questions de recherche** suivantes :

- Quel est le niveau d'accès aux services de bases, de besoins, et de vulnérabilité indépendamment du groupe démographique pour chaque zone de santé et pour chaque secteur ?
- Quel est le niveau d'accès, de besoin, et de vulnérabilité pour chaque groupe de population par territoire et par secteur ?
- Quels sont les facteurs sous-jacents pouvant contribuer à expliquer la sévérité des besoins par zone et groupe de population ?
- Quelles sont les différences observées entre les différents groupes de population et les différentes zones ?
- Quelle forme d'assistance les populations affectées souhaitent-elles recevoir ? Dans quelle mesure les populations affectées par les crises ont-elles accès à une assistance adaptée à leurs besoins ?

Périmètre de l'évaluation

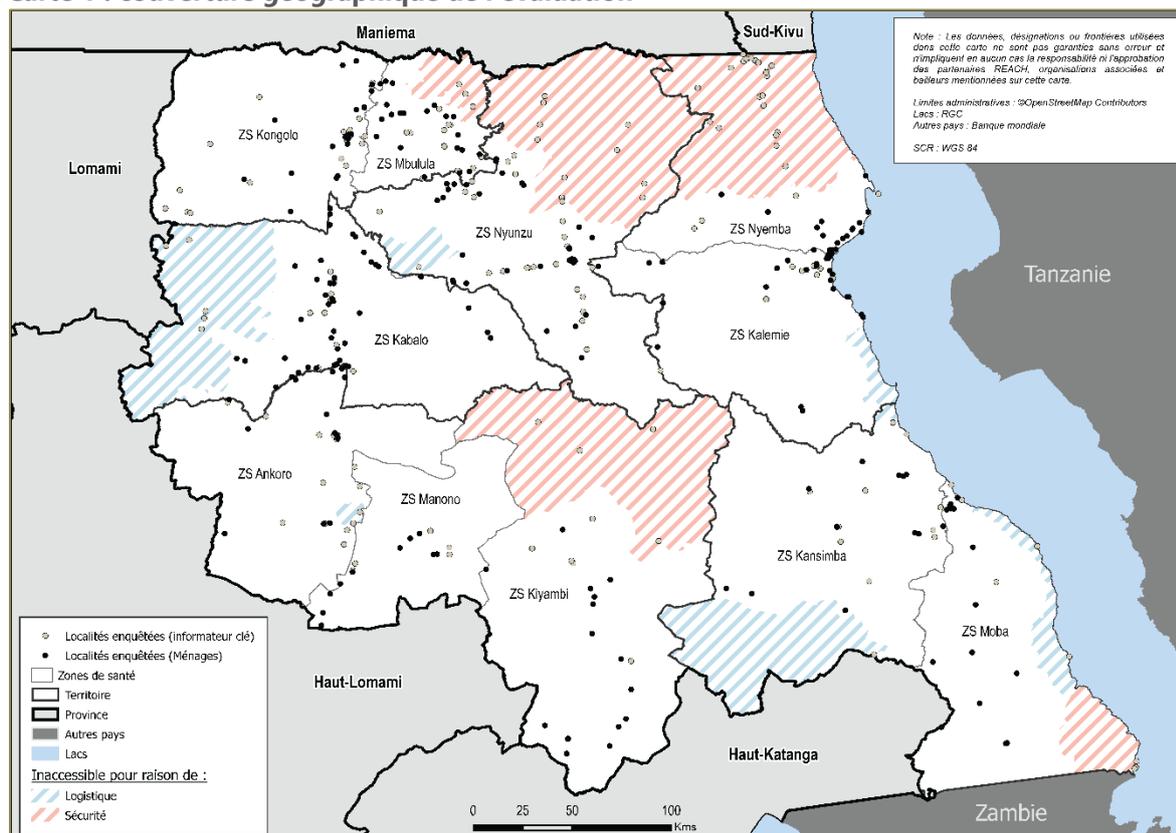
L'année 2021 était la première année où une MSNA était conduite par REACH et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) en République Démocratique du Congo (RDC). Etant donné la taille du pays et les défis logistiques et sécuritaires associés, il a été convenu que **cette première MSNA s'effectuerait sous forme de pilote dans la province du Tanganyika**, située à l'est de la RDC. L'objectif de ce pilote était également d'évaluer i) la faisabilité opérationnelle, ii) la valeur ajoutée et iii) les enseignements tirés pour une possible expansion de la couverture de la MSNA pour les années suivantes (via notamment un atelier de leçons apprises qui sera organisé à la fin du cycle de programmation humanitaire (HPC) 2022). La sélection de la province du Tanganyika pour le pilote s'est basée sur la gravité des besoins qui y ont été identifiés lors du 19^{ème} cycle d'analyse de l'IPC³⁸ ainsi que sur les taux de mortalité très élevés mis en évidence dans les enquêtes normalisées de suivi et d'évaluation des secours et de la transition (SMART) de début 2019³⁹, en plus de la faisabilité logistique et sécuritaire.

L'ensemble des 11 zones de santé de la province (réparties en 6 territoires) ont été couvertes par l'évaluation. Néanmoins, 66 aires de santé ont été jugées inaccessibles pour des raisons logistiques ou sécuritaires et ont été exclues de l'échantillonnage pour les enquêtes ménages ; 22 d'entre elles ont été couvertes à l'aide d'entrevues à distance avec des informateurs clés (IC) au niveau des localités (voir Carte 1 ci-dessous). Plus d'informations sur l'échantillonnage et les méthodes de collecte de données sont fournies dans les sections suivantes.

³⁸ IPC, [Analyse de l'insécurité alimentaire aiguë – février-décembre 2021](#), mars 2021.

³⁹ Gouvernement de la RDC et Cooperazione Internazionale (COOPI), [Enquête SMART, Zone de santé de Nyunzu, Province Tanganyika](#), avril 2019.

Carte 1 : couverture géographique de l'évaluation



Afin d'obtenir des désagrégations pertinentes à la planification humanitaire, la MSNA s'est intéressée à trois groupes de populations : les ménages non déplacés, les ménages PDI et les ménages retournés. L'attention portée sur ces groupes de population se justifie par le contexte de la RDC, largement touchée par les déplacements de population : environ 5,2 millions de PDI présentes dans 14 des 26 provinces de la RDC.⁴⁰ Le Tanganyika, spécifiquement, fait partie des cinq provinces du pays qui enregistrent le plus grand nombre de PDI (469 000, soit 9% du total) et de personnes retournées (283 000, soit 19% du total).⁴¹ Bien que la RDC accueille plus d'un demi million de personnes réfugiées, très peu d'entre elles sont au Tanganyika (536 sur un total de 531 286 réfugiés et demandeurs d'asile recensés par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) au 30 septembre 2021).⁴² Ce groupe de population n'a donc pas été couvert par l'évaluation.

Les groupes de population ciblés lors de cette évaluation sont définis comme suit :

- **Population non déplacée** : toutes les personnes qui, le temps de l'enquête, ne sont pas dans une situation de déplacement (incluant le retour) en raison de la crise.
- **Population déplacée interne** : toutes les personnes qui ont été forcées de se déplacer en raison de la crise et qui résident au moment de la collecte de données dans une localité autre que celle d'origine.
- **Population retournée** : toutes les personnes qui sont retournées dans leur zone d'origine après une période de déplacement, incluant à la fois les retournés internes et les rapatriés.

LA MSNA a couvert l'ensemble des secteurs humanitaires, à savoir abri, bien non alimentaire, santé, éducation, nutrition, sécurité alimentaire, eau, hygiène et assainissement (EHA) et protection. En plus des composantes sectorielles, des thèmes transversaux ont également été abordés pour mieux

⁴⁰ OCHA, [Aperçu des Besoins Humanitaires](#), décembre 2020.

⁴¹ Ibid.

⁴² HCR, [DRC Operational Update](#), septembre 2021.

comprendre les conditions de vie des populations ciblées, y compris la redevabilité envers les populations affectées, les vulnérabilités et la démographie.

La mise en œuvre de la MSNA s'est faite en étroite collaboration avec OCHA, l'Inter-Cluster National (ICN), l'Inter-Cluster Régional (ICR) et l'ensemble des clusters nationaux et régionaux. Les organisations suivantes ont également contribué à la planification logistique de la mission : ACTED, Caritas, Médecin du Monde et Concern.

Stratégie d'échantillonnage

Deux stratégies d'échantillonnage distinctes ont été utilisées lors de la MSNA suivant la méthode de collecte de données (enquêtes ménages ou entretiens avec des IC). **En ce qui concerne la sélection des ménages à interroger, un échantillonnage en grappes à deux degrés (« two-stages cluster sampling ») a été utilisé.** Ce type d'échantillonnage comporte deux étapes : (1) une unité primaire d'échantillonnage (UPE) - ici les localités - est sélectionnée au hasard avec remise, la sélection étant basée sur une probabilité proportionnelle à la taille de la population des localités ; (2) les unités d'échantillonnage secondaires - ici les ménages - sont ensuite sélectionnées dans les UPE tirées aléatoirement. Un minimum de 10 ménages étaient sélectionnés par localité. **L'échantillon a été établi de manière à obtenir des résultats représentatifs avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 10% au niveau de la zone de santé (tous groupes de population confondus) et du territoire (pour chaque groupe de population ciblé)**, en prenant en compte l'effet de conception (« design effect ») et comprenant un tampon de 15%.

Cette méthode d'échantillonnage a été choisie afin de garantir la faisabilité de l'étude au vu des difficultés logistiques et sécuritaires dans le pays car elle permet de visiter un nombre prédéfini de localités dans des zones prédéfinies comme accessibles. Elle a de plus l'avantage d'être relativement flexible et a pu être adaptée aux évolutions de la situation. Une deuxième liste de localités a notamment été construite afin d'avoir des localités de remplacement au cas où certaines localités se retrouvaient inaccessibles sur le terrain (pour raison d'insécurité soudaine, de logistique ou sanitaire), permettant ainsi de garder le niveau de représentativité ciblé (95/10).

Les données suivantes ont été utilisées pour développer le plan d'échantillonnage : la taille de la population non-déplacée par localité s'est basée, selon le territoire considéré et les données disponibles, sur les données Open Street Map (OSM) ou celles de la Division Provinciale de la Santé (DPS). Ces dernières dataient, en fonction du territoire considéré, de 2019 ou de 2020. Celles des populations déplacées internes et retournées provenaient de la matrice de suivi des déplacements (DTM) de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) récoltées au cours du dernier trimestre (octobre – décembre) 2020.

En plus des enquêtes ménages, **des IC ont été sélectionnés de manière non aléatoire en fonction de leurs connaissances dans le but d'obtenir des informations indicatives sur : (1) des localités jugées inaccessibles pour l'enquête ménage ; (2) des localités dans les zones couvertes par l'enquête ménage afin de trianguler les données récoltées auprès des ménages.** La méthodologie employée se base sur celle dite de « zones de connaissance » développée par REACH et est la même que celle du projet de suivi de la situation humanitaire mis en place dans trois provinces de la RDC (Tanganyika, Sud-Kivu, Nord-Kivu). Pour plus d'informations sur cette méthodologie, veuillez consulter les termes de référence du projet ([ici](#)).

Collecte de données

L'outil de collecte de données utilisé aussi bien pour les enquêtes ménages que pour les entretiens avec les IC était un questionnaire structuré, divisé en sections thématiques, incluant des questions à

choix simple ou multiple (avec une ou plusieurs réponses possibles) ou des questions à réponse ouverte avec des filtres (i.e. variables numériques avec un maximum ou minimum fixé). Les deux questionnaires étaient similaires, avec pour changement principal l'unité de collecte de données (ménages versus localités) et traduits en swahili, la langue la plus commune dans la province du Tanganyika. **Les indicateurs ont été définis dans le cadre du groupe de travail de gestion de l'information (IMWG), et en collaboration étroite avec les clusters** dans le but de conserver une cohérence avec les indicateurs contextuels et sectoriels essentiels pour les clusters et/ou pour le cycle de programmation humanitaire, ainsi qu'avec la base d'indicateurs utilisée au niveau global par REACH, commune pour toutes les MSNA menées en 2021. La soumission des questionnaires s'est déroulée au travers de l'application *Kobo Collect*, utilisée pour la collecte d'informations en milieu humanitaire.

La préparation de la collecte de données a inclus la formation de six chargés de terrain à Kalemie sur des aspects techniques (par exemple, sélection des ménages, définitions des concepts clés, maîtrise de l'outil de collecte de données, traduction du questionnaire) et éthiques (bon comportement des enquêteurs lors des missions sur le terrain, protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA), etc.). Les chargés de terrain ont été préparés à former leur équipe d'enquêteurs (10 enquêteurs par équipe), ces équipes étant recrutées localement sur les différentes bases des partenaires ayant soutenu la collecte de données. De plus, au vu des circonstances liées à la COVID-19, une sensibilisation consacrée aux mesures de protection et de prévention de la propagation de l'épidémie a été incluse dans la formation. Les procédures opératoires standards (SOP) mis en place par IMPACT Initiatives au niveau global ont été appliquées lors de l'implémentation des activités, que ce soit pour la [collecte de données durant la pandémie de la COVID-19](#) ou [la gestion des données d'identification personnelle](#). Les outils et la méthode d'échantillonnage ont également été testés avant le début de la collecte de données.

Au total, 3 136 enquêtes ménages et 332 entretiens avec des IC (portant sur 202 localités, 41 difficilement accessibles et 161 accessibles) ont été réalisés entre le 10 juin et le 27 juillet 2021. Comme susmentionné, les résultats des enquêtes ménages sont représentatifs avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 10% au niveau des territoires pour chaque groupe de population et des zones de santé pour tous les groupes de population confondus, tandis que les résultats provenant des IC doivent être considérés comme indicatifs seulement. Les données collectées ont fait l'objet d'un suivi, effectué quotidiennement, notamment concernant le nombre d'enquêtes réalisées pour chaque groupe de population et la qualité des données. Les données anonymisées, nettoyées et validées par le siège d'IMPACT sont disponibles [ici](#). Pour plus d'informations sur la collecte de données primaires (stratégie d'échantillonnage, traitement des données et protocole de nettoyage des données, etc.) veuillez vous référer aux termes de référence ([ici](#)).

Analyse

L'analyse présentée dans ce rapport est fondée sur une méthodologie développée par REACH au niveau global dans le but **d'analyser l'ampleur et la sévérité des besoins des ménages et de capter la dimension intersectorielle de ces besoins**. Cette analyse vise à identifier les ménages ayant des besoins non satisfaits par secteur et/ou des vulnérabilités préexistantes. Elle permet ensuite de calculer la proportion de ménages considérés comme ayant des besoins multisectoriels par zone et par groupe.

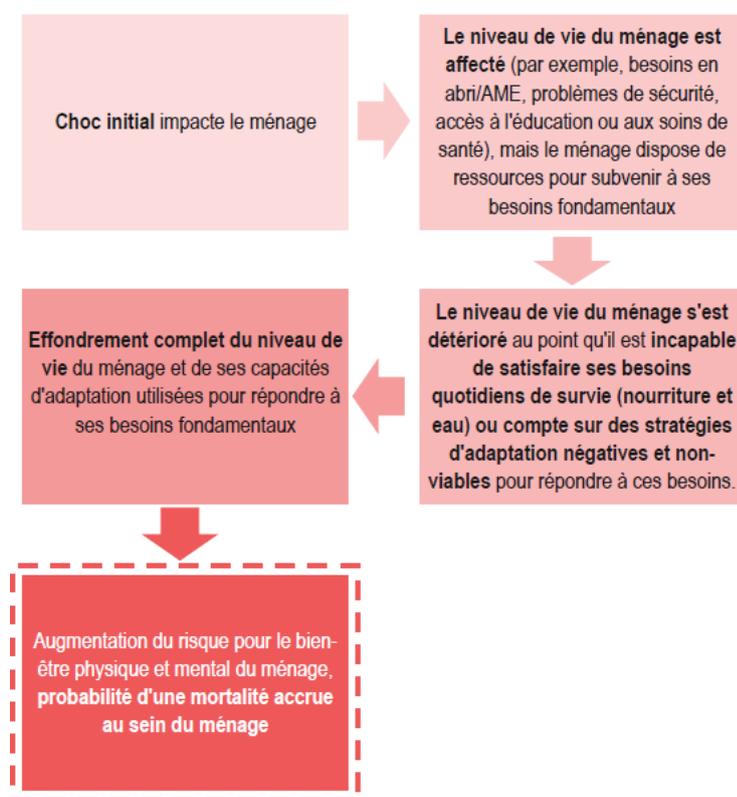
Définitions des termes clés :

- **Manque en termes de niveau de vie (*Living Standard Gap* - LSG)** : signifie un besoin non satisfait dans un secteur donné, où le score de sévérité LSG est de 3 ou plus ;
- **Vulnérabilités préexistantes** : les conditions ou les processus sous-jacents qui influencent le degré du choc et qui influent sur l'exposition, la vulnérabilité ou la capacité des ménages, ce qui pourrait par la suite exacerber l'impact d'une crise sur les personnes touchées par les vulnérabilités ;

- **Sévérité** : signifie « l'intensité » des besoins, sur une échelle allant de 1 (aucune/minimale) à 4+ (extrême+);
- **Ampleur** : correspond au nombre global ou au pourcentage de ménages qui ont des besoins.⁴³

L'échelle de sévérité s'inspire du projet de Cadre d'analyse intersectorielle conjointe (JIAF), un cadre analytique en cours d'élaboration au niveau global visant à mieux comprendre les besoins des populations affectées. Il mesure une détérioration progressive de la situation d'un ménage, vers le pire résultat humanitaire possible (Figure 1). Alors que l'échelle de sévérité du JIAF comprend 5 classifications allant de 1 (aucun / minimal) à 5 (catastrophique), une échelle de 1 (aucun / minimal) à 4+ (extrême+) est utilisée pour les besoins de la MSNA. Un score de "4+" est utilisé lorsque les données indiquent que la situation pourrait être catastrophique. Cela s'explique par le fait que les données nécessaires pour l'attribution d'un score de 5 (catastrophique) sont principalement obtenues au niveau de la zone (par exemple, les taux de mortalité, la prévalence de la malnutrition, etc.), ce qui est difficile à prendre en compte dans une analyse au niveau des ménages (préparation technique, ressources supplémentaires, etc.), notamment pour un pilote.⁴⁴

Figure 1 : justification de l'échelle de sévérité



Les LSG pour un secteur donné sont calculés en agrégeant les indicateurs de besoins non satisfaits par secteur. Pour la MSNA en 2021, une méthodologie d'agrégation simple a été développée, en s'appuyant sur l'approche d'agrégation de l'Indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM). En utilisant cette méthode, chaque unité (un ménage par exemple) se voit attribuer un score de « privation » en fonction de ses privations dans les indicateurs qui le composent. Le score de privation de chaque ménage est obtenu en calculant le pourcentage des privations subies, de sorte que le score de privation de chaque

⁴³ Tout au long du rapport, l'expression « avoir un besoin » est utilisée pour décrire un score de sévérité de 3 ou plus, et sous-entend donc « faire face à un besoin » soit intersectoriel soit dans un secteur donné.

⁴⁴ En outre, étant donné que les recommandations globales sur les définitions exactes de chaque classe doivent encore être finalisées, et les implications en matière de réponse de la classification d'un ménage ou d'une zone en classe 5 (catastrophique), REACH n'est pas en mesure de vérifier de manière indépendante si une situation catastrophique (classe 5) est en train de se produire.

ménage se situe entre 0 et 100. La méthode repose sur la catégorisation de chaque indicateur sur une échelle binaire : a (« 1 ») / n'a pas (« 0 ») de manque. Le seuil utilisé pour déterminer si un ménage était considéré comme ayant un manque particulier ou non a été défini en avance pour chaque indicateur avec les différents clusters. En plus de ces indicateurs binaires, un sous-ensemble d'indicateurs « critiques » a également été identifié qui, à eux seuls, pouvaient indiquer un besoin grave ou très grave au sein du ménage. Le score final de sévérité du LSG a ensuite été déterminé en prenant le plus élevé des deux scores, c'est-à-dire le score agrégé du IPM ou le score de l'indicateur critique. Pour plus d'information sur l'identification des LSG, veuillez vous référer à l'annexe 2.

L'indice des besoins multisectoriels (MSNI) est une mesure de la sévérité globale des besoins humanitaires d'un ménage (exprimée sur une échelle de 1 à 4+) basée sur le score de sévérité LSG le plus haut identifié au sein de chaque ménage. Le MSNI appréhende les besoins multisectoriels dans une perspective globale. Un ménage est défini comme ayant des besoins multisectoriels s'il a un score de sévérité du MSNI de 3 ou plus. **Le score MSNI final est donc identique si le ménage a un LSG dans un seul secteur en particulier ou plusieurs LSG concomitants dans différents secteurs.** Si cette méthode est pertinente du point de vue de la planification de la réponse humanitaire au niveau global (si un ménage a des besoins extrêmes dans un secteur, ceci implique la mise en œuvre d'une intervention humanitaire quelle que soit la concomitance des besoins sectoriels), des analyses supplémentaires doivent être conduites pour comprendre les différences d'ampleur en matière de sévérité entre les différents ménages. Pour plus d'informations sur le calcul du MSNI, veuillez vous référer à l'annexe 3.

Le rapport est enrichi d'analyses supplémentaires sur les besoins multisectoriels, comme la proportion globale de ménages avec des besoins multisectoriels par type de besoins, la proportion de ménages avec des besoins multisectoriels en fonction du nombre de besoins sectoriels, les profils de besoins les plus communs, etc.

En ce qui concerne les entretiens avec les IC, **les données ont d'abord été agrégées au niveau des localités évaluées lorsque plusieurs IC avaient été interrogés sur les mêmes localités, avant d'être analysées.** L'analyse s'est faite séparément pour les localités accessibles (c'est-à-dire localisées dans des zones couvertes par les enquêtes ménages) et les localités pas ou peu accessibles (c'est-à-dire localisées dans des zones exclues de l'échantillonnage pour les enquêtes ménages). Les résultats portant sur les localités accessibles sont présentés dans le rapport pour trianguler et enrichir les résultats des enquêtes ménages) tandis que ceux sur les localités peu ou pas accessibles sont présentés à part, dans une encadré en p.30 dans le but d'apporter un aperçu de la situation dans ces zones.

Données secondaires

La MSNA s'est appuyée sur un certain nombre de sources de données secondaires, notamment au moment de la conception de la recherche et du développement de la méthodologie. Le développement de la stratégie d'échantillonnage s'est basé sur les sources susmentionnées (voir section correspondante) tandis que les questionnaires utilisés par d'autres missions REACH en 2020 pour la MSNA ont été consultés, en particulier celui de la République Centrafricaine et du Burkina Faso. D'autres sources, telles que le HNO et le plan de réponse humanitaire (HRP) 2021, les analyses IPC, les données collectées par les acteurs faisant un 'monitoring' de protection ont également permis une meilleure compréhension du contexte. Les données secondaires ont finalement été utilisées pour trianguler les résultats de l'analyse et sont citées dans ce rapport lorsque pertinent.

Considérations éthiques

La MSNA s'est déroulée dans le respect des considérations éthiques mises en place par IMPACT. Elle a été coordonnée avec les parties prenantes concernées afin d'éviter toute duplication inutile d'efforts de collecte de données. Les enquêteurs ont été recrutés localement, de manière à favoriser une bonne

compréhension des ménages (même langue et partage de pratiques culturelles). Ils ont été formés, ainsi que les chargés de terrain, aux principes de base du « *Do No Harm* » avec un module sur l'« éthique et bonnes pratiques ». Le module incluait la présentation de REACH et de la MSNA afin de s'assurer que les répondants saisissent l'importance de la collecte de données et comprennent que l'évaluation ne constituait pas une opération de ciblage et que leur participation volontaire ne garantissait aucunement une aide humanitaire.

L'évaluation a veillé à respecter les participants, leurs droits et leur dignité par demande d'un consentement éclairé avec possibilité de refuser ou d'interrompre l'entretien à tout moment. Elle a également pris soin de ne pas exposer les personnes chargées de la collecte de données ainsi que les participants et/ou leurs communautés à des risques résultant directement de leur participation à l'évaluation. La collecte d'informations sur des sujets spécifiques pouvant être stressants et/ou re-traumatisants (notamment dans le secteur de la protection), cet aspect a fait l'œuvre d'une attention particulière lors de la formation. Veillant à la protection des mineurs, la collecte de données n'a pas été effectuée auprès de personnes de moins de 18 ans. Les SOP d'IMPACT pour la gestion des informations d'identification personnelle ont également été suivies.

Difficultés et limites

Il est important de garder à l'esprit que cette MSNA était un projet pilote et qu'elle s'est déroulée dans une seule province de l'est du pays, le Tanganyika. De plus, certaines limites liées à des difficultés opérationnelles ou inhérentes à la méthodologie utilisée doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport :

- **Couverture partielle** : certaines parties de la province n'ont pas été couvertes par les enquêtes ménages en raison de contraintes logistiques et/ou sécuritaires. Les résultats ne sont donc pas représentatifs pour ces zones exclues de l'échantillonnage.
- **Reportage au travers d'intermédiaires** (*proxy reporting*) : les données au niveau individuel ayant été rapportées au travers d'un intermédiaire pour le ménage en entier plutôt que par les individus concernés, les résultats pourraient ne pas refléter les expériences de tous les membres du ménage.
- **Sous-ensembles** : les résultats faisant référence à un sous-ensemble de la population totale peuvent avoir une marge d'erreur plus grande, ce qui peut induire un niveau de précision plus faible. Ainsi, les résultats relatifs à des sous-ensembles de la population sont indiqués comme tels dans le rapport et doivent être interprétés avec précaution.
- **Biais de réponse** : certains indicateurs peuvent avoir été sous- ou sur-rapportés en fonction de la subjectivité et de la perception des personnes interrogées. Par exemple, certaines personnes peuvent avoir répondu en fonction de ce qu'elles pensent être la « bonne réponse » à certaines questions (biais de désirabilité sociale).
- **Limites des enquêtes ménages** :
 - o Alors que les enquêtes quantitatives au niveau des ménages ont pour but de fournir des données qui peuvent être généralisées et représenter la population d'intérêt, cette méthodologie ne permet pas d'obtenir des explications approfondies au sujet de certaines thématiques complexes. De ce fait, les questions sur « comment » et « pourquoi » sont plus adaptées pour des méthodes de recherche qualitatives.
 - o Comme le ménage est l'unité d'analyse, les dynamiques au sein des ménages (par exemple les relations de pouvoir au sein du ménage en fonction du genre, de l'âge ou du handicap) ne peuvent être appréhendées. D'autres sources de données peuvent être utilisées pour compléter les données collectées au niveau des ménages.
- **Limites des entretiens IC** : les résultats obtenus par des entretiens avec des IC sont indicatifs, et non représentatifs de la situation dans les localités évaluées.

- **Période de collecte de données** : les résultats sont tributaires de la période de collecte de données, qui a globalement coïncidé avec la saison sèche, et correspondent à la situation des ménages au moment de la collecte de données. Les besoins des ménages peuvent varier en fonction de la saison, et de l'occurrence d'aléas naturels comme les inondations, relativement fréquentes au Tanganyika. Certains résultats, notamment liés à l'accès aux services de base et aux dégâts des abris, peuvent donc être meilleurs que si la collecte avait eu lieu en saison des pluies, tandis que d'autres, comme l'accès à une quantité suffisante d'eau, peuvent être pires.
- **Contenu du questionnaire** : le questionnaire faisait face à certaines limites quant au choix des indicateurs, qui feront l'objet de leçons apprises en vue d'une prochaine MSNA, notamment :
 - o Absence d'indicateurs permettant l'analyse des manques de capacité (« capacity gap ») des ménages ;
 - o Nombre limité d'indicateurs portant sur la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance en raison de l'évaluation parallèle du Cluster sécurité alimentaire sur la sécurité alimentaire en situation d'urgence (EFSA) et la volonté de limiter les doublons.
 - o Pas de mesure du périmètre brachial à mi-hauteur (MUAC)⁴⁵ du fait des mesures de prévention de l'épidémie de la COVID-19 et de la difficulté de formation des enquêteurs à cette pratique pouvant être sensible.
 - o Problème technique dans le questionnaire Kobo où les questions portant sur la mortalité et la nutrition n'ont pas été posées pour chaque membre du ménage concerné. Par conséquent, ces données sont à considérer avec précaution et ne peuvent être présentés qu'au niveau de la province.

⁴⁵ La mesure du MUAC est une méthode rapide de dépistage permettant d'identifier les enfants à risque de malnutrition. La taille du milieu du bras est mesurée à l'aide d'une longue bande comportant plusieurs couleurs indiquant le statut nutritionnel de l'enfant. Pour plus d'informations, veuillez-vous référer à : Fonds des Nations Unies pour l'enfance (*United Nations Children's Fund* – UNICEF), [Technical Bulletin No.13 revision 2, Mid-Upper Arm Conference \(MUAC\) Measuring Tapes](#).

RESULTATS

Aperçu des besoins multisectoriels

La quasi-totalité des ménages de la province du Tanganyika (99,8%) ont été trouvés comme ayant des besoins multisectoriels (Figure 2),⁴⁶ et ce pour les trois groupes de population évalués ainsi que l'ensemble des zones de santé.⁴⁷ Ces résultats sont en accord avec ceux du HNO 2022, d'après lesquels toutes les zones de santé présentent des besoins sévères ou plus.⁴⁸

Figure 2 : Proportion de ménages par phase de sévérité (score MSNI)

Dans le besoin	4+ (Extrême+)	33%
	4 (Extrême)	48%
	3 (Sévère)	19%
	2 (Inquiétant)	<1%
	1 (Aucun/minimal)	0%

Plus des trois-quart (81%) des ménages avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes, dont un tiers (33%) avec des besoins très extrêmes, à risque d'indiquer une situation catastrophique.⁴⁹ Les pourcentages variaient considérablement entre zones de santé, allant de 99% à Kiyambi, 96% à Ankobo et 93% à Mbulula, à 58% à Moba, seule zone de santé où ce pourcentage était inférieur à 70% (voir Carte 2 ci-dessous). Le HNO quant à lui, met en avant les zones de santé de Nyemba, de Nyunzu et de Kongolo comme ayant des besoins catastrophiques, suivies de Mbulula et de Kalemie avec des besoins critiques.⁵⁰ Bien que des recherches plus poussées soient nécessaires pour mieux cerner les raisons de ces différences, celles-ci sont sûrement en partie dues au fait que les parties de la province les plus en proie à l'insécurité, comme le nord de Nyemba et de Nyunzu, n'ont pas été couvertes par les enquêtes ménages de la MSNA par manque d'accès (voir Carte 1 en p.12).

⁴⁶ Besoins multisectoriels : ménages avec un score de sévérité MSNI de 3 ou plus.

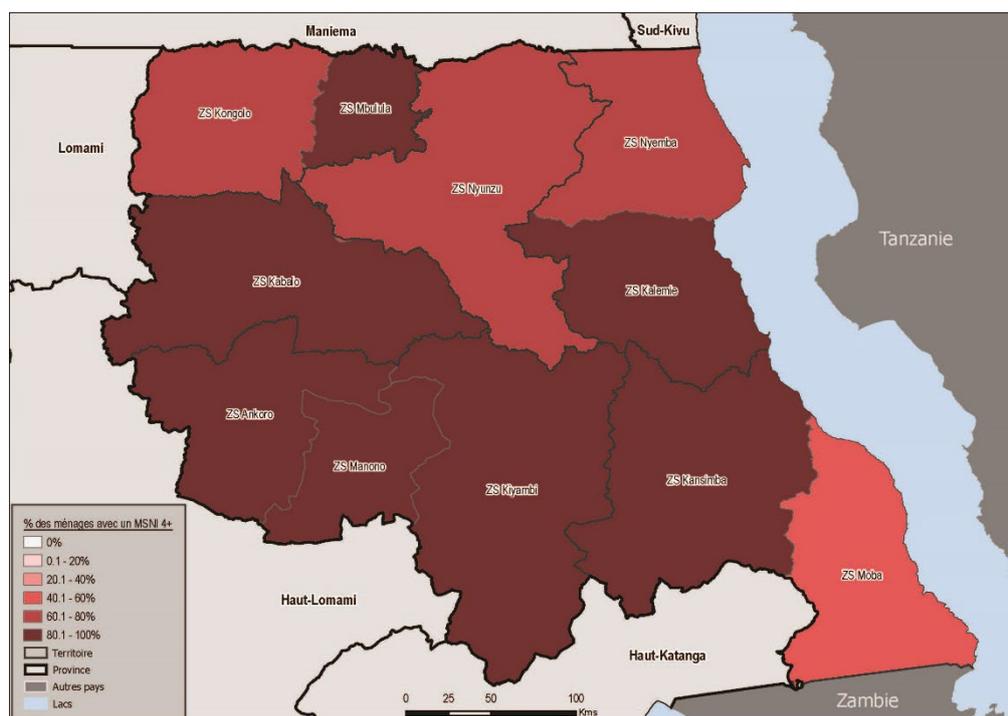
⁴⁷ L'estimation du nombre de personnes dans le besoin était en dehors du périmètre de la MSNA et de ce qui a été décidé avec les parties prenantes.

⁴⁸ OCHA, [RDC - pôle sud-est, Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba](#), septembre 2021.

⁴⁹ Alors que l'échelle de sévérité du JIAF comprend 5 classifications allant de 1 (aucun / minimal) à 5 (catastrophique), seule une échelle de 1 (aucun / minimal) à 4+ (extrême+) est utilisée pour les besoins de la MSNA. Un score de "4+" est utilisé lorsque les données indiquent que la situation pourrait être catastrophique. Cela s'explique par le fait que les données nécessaires pour l'attribution d'un score de 5 (catastrophique) sont principalement obtenues au niveau de la zone (par exemple, les taux de mortalité, la prévalence de la malnutrition, etc.), ce qui est difficile à prendre en compte dans une analyse au niveau des ménages. En outre, étant donné que les recommandations globales sur les définitions exactes de chaque classe doivent encore être finalisées, et les implications en matière de réponse de la classification d'un ménage ou d'une zone en classe 5 (catastrophique), REACH n'est pas en mesure de vérifier de manière indépendante si une situation catastrophique (classe 5) est en train de se produire.

⁵⁰ OCHA, [RDC - pôle sud-est, Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba](#), septembre 2021.

Carte 2 : proportion de ménages avec des besoins multisectoriels extrêmes ou très extrêmes par zone de santé



Aucune différence notable n'a été observée entre groupes de population au niveau de la province (Figure 3).⁵¹ Néanmoins, dans les territoires de Kongolo et de Nyunzu, les ménages retournés semblaient plus susceptibles d'avoir des besoins extrêmes ou très extrêmes (respectivement 96% et 90%) que les ménages PDI (87% et 73%) et non déplacés (77% et 78%). Le cas particulier de ces ménages est détaillé en p.27 de ce rapport.

Figure 3 : Proportion de ménages par groupe de population et phase de sévérité (score MSNI)

	4+	4	3	2	1
Ménages non déplacés	33%	48%	19%	<1%	0%
Ménages PDI	30%	53%	17%	0%	0%
Ménages retournés	40%	41%	19%	0%	0%

Déterminants des besoins

Les besoins multisectoriels étaient très majoritairement causés par des besoins dans plusieurs secteurs à la fois. Seuls 2% des ménages avaient des besoins dans un seul secteur (score LSG de 3 ou plus), tandis que 93% des ménages avaient trois LSG ou plus, avec peu de différences entre groupes de population (Figure 4). De manière notable, 7% des ménages avaient des besoins dans l'ensemble des six secteurs couverts par la MSNA. Les résultats par zone de santé soulignent certaines disparités géographiques. A Nyunzu et à Kiyambi par exemple, la vaste majorité des ménages (91%) avaient des besoins sectoriels dans au moins quatre secteurs alors que ce pourcentage était légèrement supérieur à la moitié à Kongolo (54%).

⁵¹ A noter que seules les différences qui se trouvent en dehors de la marge d'erreur sont considérées comme « différence notable » et sont rapportées dans ce rapport.

Figure 4 : Pourcentage de ménages par groupe de population et par nombre de besoins sectoriels

	0		1		2		3		4		5		6	
	Sévère ou +	Extrême ou +												
Tous groupes	0%	19%	2%	33%	5%	30%	16%	15%	34%	3%	36%	0%	7%	0%
Ménages non déplacés	0%	19%	2%	34%	6%	29%	18%	14%	34%	3%	34%	0%	6%	0%
Ménages PDI	0%	17%	0%	35%	2%	32%	9%	12%	37%	4%	43%	0%	9%	0%
Ménages retournés	0%	19%	0%	29%	3%	30%	12%	19%	36%	3%	40%	0%	9%	0%

La cooccurrence des besoins était également forte concernant les besoins sectoriels extrêmes ou très extrêmes (score LSG de 4 ou 4+), avec seulement un tiers des ménages (33%) ayant des besoins extrêmes ou très extrêmes dans un seul secteur et 18% dans au moins trois secteurs. Là encore, des différences entre zones de santé étaient observées. Près de la moitié des ménages (46%) étaient dans ce cas dans la zone de santé de Kiyambi contre 5% à Moba.

La nature plurielle des besoins s'illustre également par les profils de besoins les plus communs (Figure 5). Ainsi, parmi les ménages ayant des besoins multisectoriels, ces besoins étaient dus pour un quart d'entre eux (25%) à des besoins à la fois en abri, en éducation, en EHA, en santé, et en sécurité alimentaire, c'est-à-dire dans cinq secteurs à la fois. Cette combinaison d'un ou de plusieurs LSG était également la plus commune pour les ménages PDI (29%) et les ménages retournés (28%). Le deuxième profil de besoin le plus commun, qui était également le profil principal des ménages non déplacés, était des besoins dans les quatre secteurs suivants : abri, EHA, santé et sécurité alimentaire (pour 24% des ménages). Ces résultats soulignent le caractère intersectoriel des besoins dans la province.

Figure 5 : Profils des besoins les plus courants parmi les ménages dans le besoin, par groupe de population⁵²

Groupes de population	Education	Sécurité alimentaire	Santé	Protection	Abris/BNA	EHA
1er profil le plus commun (25%)	■	■	■		■	■
2e profil le plus commun (24%)		■	■		■	■
3e profil le plus commun (9%)		■	■	■	■	■
Ménages non déplacés (24%)		■	■		■	■
Ménages PDI (29%)	■	■	■		■	■
Ménages retournés (28%)	■	■	■		■	■

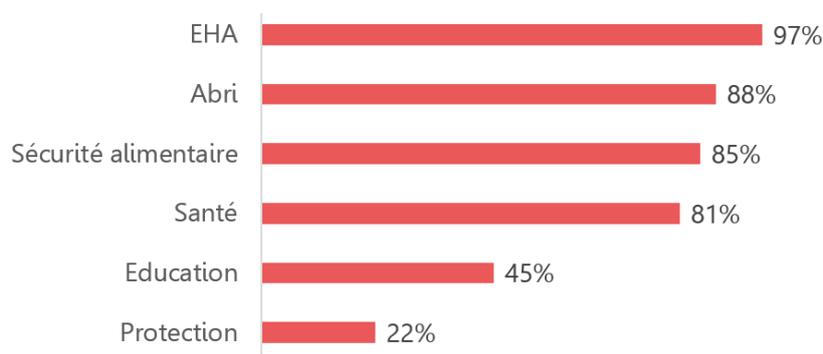
Par secteur, le principal déterminant des besoins multisectoriels était des besoins en EHA (Figure 6). En effet, 97% des ménages avec des besoins multisectoriels avaient un LSG en EHA, dont plus de la moitié (53%) avec des besoins extrêmes ou très extrêmes. Ceux-ci étaient majoritairement dues à l'utilisation de sources d'eau non améliorées⁵³ ou de l'eau de surface comme eau de boisson et/ou de

⁵² Ce graphique montre les profils de besoins les plus communs afin d'identifier les combinaisons les plus communes d'un ou plusieurs LSG parmi les ménages ayant des besoins multisectoriels. Chaque ménage a un seul profil de besoins et les pourcentages ne peuvent donc pas excéder 100%.

⁵³ Une source d'eau améliorée est une installation ou un point d'eau qui, de par sa conception et sa construction, peut fournir de l'eau salubre. Par opposition, une source d'eau non améliorée n'est pas protégée contre la contamination extérieure, en particulier des matières fécales. Joint Monitoring Programme (JMP), [drinking water ladder](#), consulté le 8 décembre 2021.

latrines non améliorées⁵⁴ ou la pratique de défécation à l'air libre, deux indicateurs considérés comme critiques étant donné les risques pour la santé que ces pratiques entraînent.⁵⁵ Le manque d'accès à de l'eau potable ainsi qu'à des installations sanitaires ont en effet un lien étroit avec la transmission du choléra,⁵⁶ dont la province du Tanganyika constitue l'un des foyers endémiques,⁵⁷ et où une nouvelle flambée de choléra a été déclarée à la mi-août.⁵⁸ Ces résultats sont confirmés par les données issues des entretiens avec des IC. En effet, la majorité de la population utilisait des sources d'eau non améliorées ou de l'eau de surface comme principale source d'eau de boisson dans respectivement 33% et 25% des localités accessibles évaluées.^{59, 60} De même, la totalité ou presque des ménages avaient accès à des latrines fonctionnelles dans seulement 69% des localités accessibles évaluées selon les IC, sans précision sur le type de latrines (améliorées vs. non améliorées), indiquant une pratique relativement commune de la défécation à l'air libre.

Figure 6 : Pourcentages de ménages ayant des besoins multisectoriels par type de besoin sectoriel^{61, 62}



Le deuxième besoin sectoriel le plus commun était en abri, pour 88% des ménages ayant des besoins multisectoriels. Un peu plus de la moitié des ménages (51%) avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes en abri, avec une proportion légèrement plus importante de ménages retournés (58%). **Ces besoins étaient principalement dus aux types d'abris occupés par les ménages, avec plus d'un tiers des ménages (34%) vivant dans des abris de fortune (42% pour les ménages retournés).** Les abris de fortune étaient également le type d'abri le plus communément rapporté dans les localités accessibles évaluées (35%), après les maisons en dur (39%). **Les abris étaient majoritairement endommagés** – seuls 8% des ménages ont rapporté que leur abri n'avait pas de dégâts ou de défauts – et parfois très sévèrement : par exemple, le toit des abris d'un quart des ménages était partiellement

⁵⁴ Les installations sanitaires non améliorées ne séparent pas de manière hygiénique les excréments du contact humain. JMP, [sanitation ladder](#), consulté le 22 décembre 2021.

⁵⁵ A l'échelle de la province, 26% des ménages ont rapporté utiliser principalement des sources d'eau non améliorées comme source d'eau de boisson et 25%, de l'eau de surface. De même, 83% des ménages ont rapporté utiliser principalement des latrines non améliorées et 10% pratiquer la défécation à l'air libre.

⁵⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS), [choléra](#), consulté le 22 décembre 2021.

⁵⁷ OCHA, [Tanganyika : quand l'eau potable devient un produit de luxe](#), décembre 2019.

⁵⁸ OMS, [Crise humanitaire complexe : RDC, Rapport hebdomadaire de situation semaine 38 \(20-26 septembre 2021\)](#), 11 octobre 2021.

⁵⁹ Les résultats issus des entretiens avec des IC présentés dans ce rapport et permettant de trianguler les résultats des enquêtes ménages proviennent d'entretiens avec 232 IC portant sur 161 localités situées dans les zones couvertes par les enquêtes ménages. Ils ne sont qu'indicatifs et doivent être considérés avec précaution, en particulier étant donné l'échantillon relativement petit considéré.

⁶⁰ La majorité des ménages de 32% des localités évaluées utilisaient principalement des sources d'eau améliorées comme sources d'eau de boisson, tandis que les IC interrogés n'étaient pas d'accord sur le principal type de sources d'eau utilisées dans 11% des localités évaluées.

⁶¹ Chaque ménage peut avoir des besoins dans plusieurs secteurs. Ainsi, les pourcentages peuvent excéder 100% dans le graphique.

⁶² La proportion relativement faible de ménages trouvés comme ayant un LSG en protection peut être dû au fait que les zones les moins sûres ont été exclues de l'échantillonnage, que les problématiques de protection sont plus difficilement rapportées par les ménages ainsi qu'en raison d'un nombre plus élevé d'indicateurs pris en compte dans le calcul du LSG.

effondré. C'était également l'un des trois principaux dégâts les plus courants rapportés par les IC dans les localités accessibles évaluées (31%). **Certains dégâts peuvent avoir été causés par des aléas naturels, relativement communs dans la province du Tanganyika,**⁶³ avec 18% des ménages indiquant que leur abri ou terrain a été touché par un aléa naturel au cours des 12 mois précédant la collecte de données. Les inondations étaient particulièrement courantes (rapportées par plus de la moitié de ces ménages – 56%, et dans 29% des localités accessibles évaluées). Entre janvier et mai 2021, elles ont en effet affecté plus de 280 000 personnes et endommagé plus de 26 000 abris dans la province.⁶⁴ Il est également important de souligner que l'accès aux articles ménages essentiels (AME), bien que pas considéré comme un indicateur critique dans le cadre de cette évaluation, était problématique. Parmi les 16 articles considérés comme essentiels⁶⁵, les nattes étaient le seul AME possédés par plus de la moitié des ménages (53%).

La sécurité alimentaire était le troisième déterminant des besoins multisectoriels le plus commun, avec 85% des ménages ayant des besoins en sécurité alimentaire dont 6% avec des besoins extrêmes ou très extrêmes. Ces chiffres sont plus élevés que ceux du 19^e cycle d'analyse de l'IPC qui indiquent que, comme susmentionné, 39% de la population analysée du Tanganyika était en phase 3 ou plus, avec l'ensemble des territoires classifiés en phase 3 à l'exception de Manono et de Moba en phase 4 pour la période de février à juillet 2021.⁶⁶ Le principal déterminant de ces besoins étaient un score de la faim modérée (80%) ou sévère (15%). Ces pourcentages étaient également supérieurs à ceux de l'évaluation approfondie de la sécurité alimentaire en situation d'urgence (EFSA) conduite dans le grand Katanga (incluant la province du Tanganyika) en août 2021, d'après laquelle 42% des ménages dans la province aurait un score de la faim modérée et 5% un score sévère.⁶⁷ Bien que des recherches plus approfondies soient nécessaires pour mieux cerner les raisons de ces différences,⁶⁸ certaines similarités sont néanmoins visibles. En particulier, plus de 8 ménages sur 10 étaient en situation d'insécurité alimentaire dans les territoires de Nyunzu, de Kalemie et de Moba d'après l'EFSA, ce qui était aussi le cas d'après la MSNA, qui ajoutait également à cette liste le territoire de Manono. Il est intéressant de noter que les résultats des enquêtes ménages concernant le score de la faim correspondent étroitement aux perceptions des IC. Selon eux, la faim était sévère pour la plupart des ménages dans 15% des localités accessibles évaluées, et modérée dans 84%. De plus, la majorité des ménages n'avaient pas pu accéder à suffisamment de nourriture au cours du mois précédant le collecte de données dans 82% des localités accessibles évaluées, et ce principalement en raison du manque de moyens de subsistance (61%) et de la destruction des cultures en raison de maladies et/ou d'insectes (19%).

Ces déterminants étaient les mêmes entre groupes de population et zones de santé, bien qu'avec des différences de magnitude. **Il est intéressant de noter que ces résultats ne correspondent que partiellement aux besoins prioritaires rapportés par les ménages.** En effet, la nourriture était le principal besoin prioritaire rapporté (par 45% des ménages), suivi du cash inconditionnel (12%), d'interventions en EHA (11%) et en abri (8%). Les premiers besoins prioritaires rapportés par les IC étaient similaires : la nourriture arrivait également en premier (rapportée par les IC dans 75% des localités accessibles évaluées), suivie d'interventions en EHA (16%) et du cash inconditionnel (2%).

⁶³ Près d'un quart (18/19 – 23%) des alertes enregistrées pour la province du Tanganyika sur le site [ehtools](#) depuis janvier 2020 étaient en raison de catastrophes naturelles.

⁶⁴ OCHA, [Inondations dans la province du Tanganyika](#), juillet 2021.

⁶⁵ Les 16 AME pris en compte dans cette évaluation étaient les bassines de lavage (22 litres), les bidons rigides (20 litres), les couvertures, les draps, les moustiquaires, les kits COVID-19, les nattes, les sacs, les savons de lessive, les torches, les ustensiles de cuisines et différents types de vêtements (pagne, chemisiers pour femmes, habits pour enfants, pantalons et t-shirt pour homme).

⁶⁶ IPC, [Analyse de l'insécurité alimentaire aiguë – février-décembre 2021](#), mars 2021.

⁶⁷ Cluster Sécurité Alimentaire, [EFSA dans le grand Katanga](#), novembre 2021.

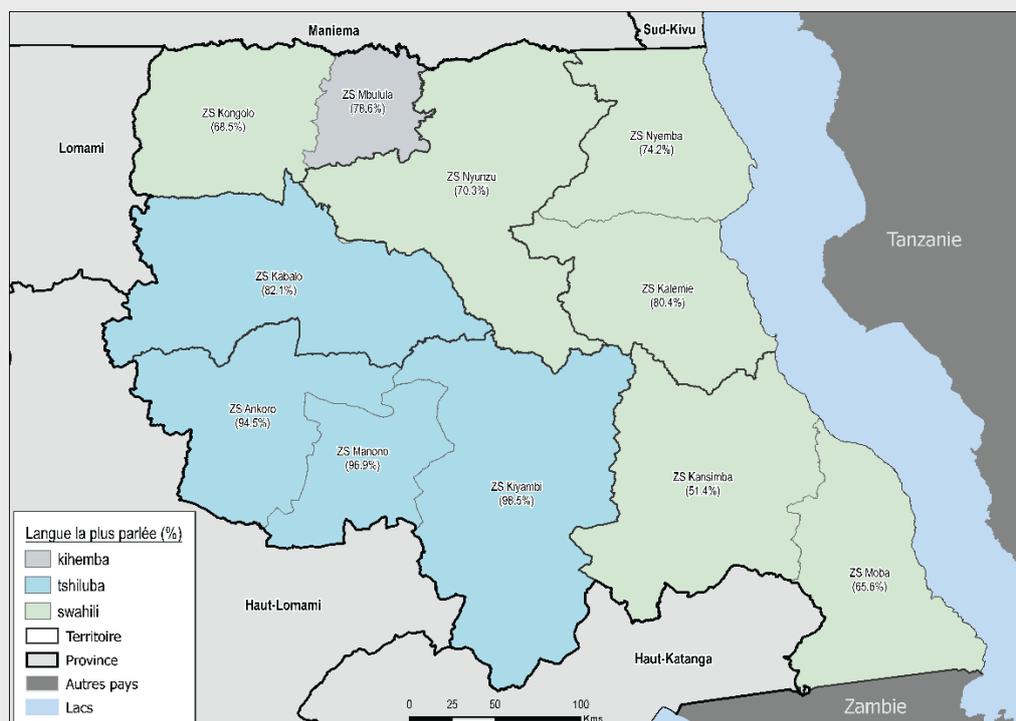
⁶⁸ Il est également important de souligner que seul un nombre très limité d'indicateurs de sécurité alimentaire ont été inclus dans la MSNA dans le but d'éviter une duplication d'efforts avec l'EFSA, conduite à une période très rapprochée, dans une approche « ne pas nuire ». Il est donc particulièrement nécessaire de trianguler ces résultats.

Zoom sur la redevabilité envers les populations affectées

Seule une minorité de ménages (9%) a rapporté avoir reçu de l'assistance au cours des trois mois précédant la collecte de données, sans différence notable entre groupes de population. Ce pourcentage était plus élevé dans les zones de santé de Nyunzu et de Kalemie (19%), où les nombres d'acteurs humanitaires et de personnes ciblées étaient les plus élevés de la province.⁶⁹ Le principal type d'assistance reçu par ces ménages était de la nourriture, en accord avec le principal besoin prioritaire rapporté.

Un manque d'informations important ressortait des résultats. En effet, 81% des ménages ont rapporté ne pas savoir comment accéder à de l'aide humanitaire et ce manque d'informations constituait la troisième barrière d'accès à l'assistance la plus importante rapportée.⁷⁰ De plus, près des deux-tiers des ménages ayant reçu de l'assistance ont indiqué ne pas connaître les mécanismes de retours et de plaintes.⁷¹ **Pour combler ce manque d'informations, il est important d'utiliser les moyens de communication privilégiés des ménages et dans leur langue préférée.** Les moyens de communication privilégiés pour obtenir de l'information au sujet de l'assistance étaient en personne, pour 44% des ménages, la radio (24%) et les appels téléphoniques (14%), tandis que la langue préférée pour obtenir des informations orales étaient le swahili pour 58% des ménages et le tshiluba pour 32%, avec d'importantes variations géographiques (voir Carte 3 ci-dessous). Ces résultats sont similaires à ceux issus des entretiens IC dans les localités accessibles, avec la radio, le face-à-face et le téléphone rapportés comme étant les sources d'information favorisées par la majorité des ménages dans respectivement 43%, 32% et 20% des localités accessibles évaluées. Le swahili (67%) et le tshiluba (21%) étaient également les langues préférées pour les informations orales.

Carte 3 : proportions de ménages par langue principale



⁶⁹ OCHA, [RDC - pôle sud-est, Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba](#), septembre 2021.

⁷⁰ Rapporté par 19% des 13% de ménages ayant rapporté avoir fait face à des barrières d'accès à l'assistance humanitaire dans les 12 mois précédant la collecte de données. La première barrière rapportée était le manque d'assistance disponible (45%), suivie de l'exclusion des listes de distributions pour des motifs perçus comme non valables. Ces données portent sur un sous-ensemble de la population et doivent donc être considérées comme étant indicatives uniquement.

⁷¹ Ces données portent sur un sous-ensemble de la population (les 9% de ménages ayant rapporté avoir reçu de l'assistance humanitaire au cours des trois mois précédant la collecte de données) et doivent donc être considérées comme étant indicatives uniquement.

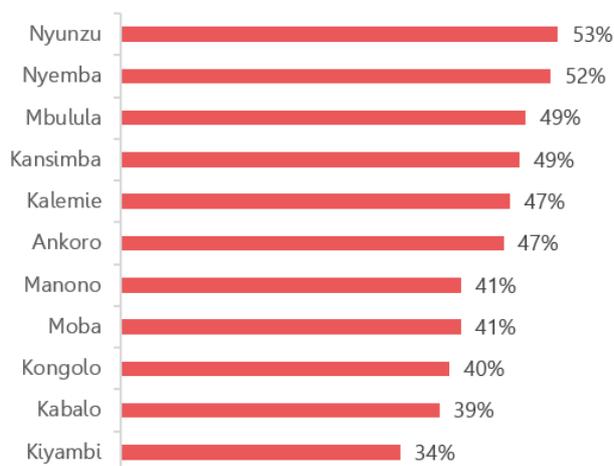
Bien que ces résultats soient indicatifs, certaines problématiques liées à l'aide sont ressorties lors de l'évaluation et méritent une attention plus poussée. Plus d'un quart des ménages ayant reçu de l'assistance ont rapporté ne pas être satisfaits du comportement des travailleurs humanitaires (29%) ou que l'assistance avait eu des conséquences négatives (27%).⁷² De plus, 2% des ménages ont également indiqué avoir dû payer ou échanger des faveurs pour être inscrits sur une liste de distribution ou pour accéder à de l'aide humanitaire.⁷³

Vulnérabilités préexistantes

Les besoins multisectoriels étaient aggravés par des vulnérabilités préexistantes pour près de la moitié des ménages. En effet, 45% des ménages ont été trouvés comme étant vulnérables et ayant des besoins multisectoriels. Les ménages PDI étaient plus susceptibles d'être dans le besoin et vulnérables que les ménages non déplacés (57% contre 42%).

Certaines disparités entre zones de santé peuvent être observées, allant de 53% à Nyunzu et 52% à Nyemba, à 39% à Kabalo et à 34% Kiyambi (Figure 7). Il est intéressant de souligner que **les zones de santé avec les plus grandes proportions de ménages vulnérables et dans le besoin (Nyunzu et Nyemba) correspondent aux zones de santé catégorisées avec des besoins catastrophiques par le HNO⁷⁴** et qui sont particulièrement affectées par les problèmes sécuritaires.⁷⁵ Il est également intéressant de noter que dans les deux territoires auxquels appartiennent ces zones de santé (Nyunzu et Kalemie), de plus grandes proportions de ménages PDI étaient vulnérables et dans le besoin (respectivement 69% et 66%), que de ménages retournés (48% et 57%) et non déplacés (45% et 44%). A l'inverse, Kiyambi, la zone de santé avec la plus grande proportion de ménages avec des besoins multisectoriels extrêmes ou très extrêmes, a le plus faible pourcentage de ménages vulnérables et dans le besoin. Le cas particulier de cette zone de santé sera regardé plus en détails en p.29 de ce rapport.

Figure 7 : proportion de ménages vulnérables et dans le besoin, par zone de santé



⁷² Ces données portent sur un sous-ensemble de la population (les 9% de ménages ayant rapporté avoir reçu de l'assistance humanitaire au cours des trois mois précédant la collecte de données) et doivent donc être considérées comme étant indicatives uniquement.

⁷³ Pour plus de résultats sur la redevabilité envers les personnes affectées, veuillez-vous référer à la section correspondante de la présentation (pages 22-30) disponible [ici](#).

⁷⁴ L'exception étant la zone de santé de Kongolo, arrivant en 9^e position avec 40% de ménages vulnérables et dans le besoin d'après les données de la MSNA, mais catégorisées avec des besoins catastrophiques d'après les données du HNO révisées en août 2021. Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour mieux cerner les raisons de cette différence. OCHA, [RDC - pôle sud-est, Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba](#), septembre 2021

⁷⁵ OCHA, [RDC – note d'information humanitaire pour les provinces du Haut-Katanga, du Haut-Lomami, du Lualaba et du Tanganyika](#), 6 octobre 2021.

Les proportions de ménages avec des besoins extrêmes ou très extrêmes variaient relativement peu suivant les profils de vulnérabilité, comme le montre la Figure 8 ci-dessous. Il est néanmoins possible que cela soit dû à l'exclusion de certains ménages particulièrement vulnérables de l'échantillonnage (par exemple, les ménages dirigés par des mineurs⁷⁶), une sous-estimation de la proportion de ménages ayant des membres faisant face à des incapacités,⁷⁷ ou encore à la très grande prévalence des besoins extrêmes ou très extrêmes trouvée dans le cadre de cette évaluation pouvant cacher certaines variations. Ces résultats sont donc à interpréter avec précaution et devraient être triangulés avec d'autres sources de données. A noter que la proportion de ménages avec au moins un membre faisant face à des incapacités est faible et le pourcentage ci-dessous doit donc être interprété avec précaution.

Figure 8 : proportion de ménages avec des besoins multisectoriels extrêmes ou très extrêmes, par profil de vulnérabilité⁷⁸

<i>% de ménages ...</i>	score MSNI de 4 ou 4+
Genre du chef de ménage	
... avec une femme cheffe de ménage	82%
... avec un homme chef de ménage	80%
Age du chef de ménage	
... avec un chef de ménages âgé entre 18 et 59 ans	81%
... avec un chef de ménages âgé de 60 ans ou plus	79%
Présence de membres faisant face à des incapacités	
... sans membre faisant face à des incapacités	81%
... avec au moins un membre faisant face à des incapacités	93%
Statut du ménage	
... déplacés internes	83%
... retournés	81%
... non déplacés	81%
Ratio de dépendance	
... avec un ratio de dépendance inférieur ou égal à 1	81%
... avec un ratio de dépendance supérieur à 1	81%

Poches de populations d'intérêt particulier

Les résultats sur les besoins multisectoriels des ménages à l'échelle de la province cachent d'importantes disparités entre zones géographiques et groupes de populations. **Trois poches de populations ressortent en particulier car elles présentent des caractéristiques différentes des tendances générales.** Tout d'abord, les ménages retournés dans les territoires de Kongolo et de Nyunzu, et dans une moindre mesure ceux de Manono, semblaient plus susceptibles d'avoir des besoins extrêmes ou très extrêmes que les ménages non déplacés et PDI dans ces deux territoires. Ensuite, les ménages PDI dans le territoire de Nyunzu avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes dans une moindre proportion que les deux autres groupes de population, bien qu'ils étaient vulnérables dans une proportion plus importante. Enfin, la zone de santé de Kiyambi, première zone de santé en matière de proportion de ménages avec des besoins extrêmes ou très extrêmes, avait la plus faible de proportion de ménages avec des besoins et étant vulnérables.

⁷⁶ Seules des personnes adultes pouvaient être interrogées dans le cadre de cette évaluation pour des questions de protection de l'enfance, les enquêteurs n'ayant pas été formés à la collecte de données avec des personnes mineures.

⁷⁷ Ce pourcentage a été calculé en utilisant la version courte de questions développée par le [Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités](#). Néanmoins, le pourcentage obtenu était relativement faible : 11% des ménages avaient au moins un membre rencontrant des difficultés du Groupe de Washington, et 2% avec beaucoup de difficultés ou plus.

⁷⁸ Le ratio de dépendance est le « rapport du nombre d'individus supposés 'dépendre' des autres pour leur vie quotidienne – jeunes et personnes âgées – et le nombre d'individus capables d'assumer cette charge ». Un ratio de dépendance supérieur à 1 indique que chaque individu en âge de travailler dans le ménage doit pouvoir aux besoins d'au moins un autre membre. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), [GE2. Ratio de dépendance démographique](#), 2007.

Ménages retournés dans les territoires de Kongolo, de Nyunzu et de Manono

Alors qu'aucune différence n'a été observée selon le statut des ménages au niveau de la province, **les ménages retournés étaient plus susceptibles d'avoir des besoins extrêmes ou très extrêmes dans les territoires de Kongolo et de Nyunzu** (respectivement 96% et 90%) que les ménages PDI (87% et 73%) et non déplacés (77% et 78%). **C'était également le cas, bien que dans une moindre mesure, pour les ménages retournés à Manono** (98% contre 95% et 92%, respectivement).

Ces différences de sévérité des besoins semblent s'expliquer par **des proportions plus importantes de ménages retournés ayant des besoins extrêmes ou très extrêmes (score LSG de 4 ou plus) dans plusieurs secteurs**. Ainsi, plus de la moitié des ménages (51%) à Manono et environ un tiers des ménages à Nyunzu (37%) et Kongolo (29%) avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes dans au moins trois secteurs (Figure 9). En particulier, les ménages retournés étaient plus susceptibles d'avoir des besoins extrêmes ou très extrêmes en abri et en EHA, ainsi qu'en santé pour Manono et Nyunzu. Cela correspond aux besoins prioritaires identifiés lors d'évaluations portant sur les zones de retour telles que dans une note d'informations d'OCHA du 9 août 2021 qui indiquent que les ménages retournés dans le sud de Nyunzu « présentent des besoins en abris, articles ménagers essentiels, vivres, accès aux soins médicaux et eau potable ». ⁷⁹ Un des défis majeurs relevés est la situation en matière d'abri. En effet, les ménages retournés retrouvent parfois leur abri occupé ou endommagé, voire détruit, ⁸⁰ ce qui peut entraîner des conflits liés à la terre et à la propriété. A titre illustratif, sur 1 200 ménages sur l'axe Muhuya – Mokimbo – Katemwe dans le sud de Nyunzu en mars 2021, près des trois-quarts (74%) occupaient les abris de ménages toujours déplacés sans le consentement de ceux-ci. ⁸¹ La perte de leurs moyens de subsistance constitue un autre défi auquel font face les ménages retournés, qui peuvent être exposés à des problématiques de protection telles que des enlèvements, notamment lorsqu'ils pratiquent l'agriculture. ⁸² Cela restreint également leur accès aux services de base, et notamment aux soins.

Figure 9 : proportion de ménages dans les territoires de Kongolo, de Manono et de Nyunzu avec des besoins extrêmes ou très extrêmes en abri, EHA et santé, par groupe de population

		Abri	EHA	Santé	3 ou plus LSG
Kongolo	Ménages non déplacés	39%	50%	21%	13%
	Ménages PDI	47%	58%	22%	19%
	Ménages retournés	70%	81%	29%	29%
Manono	Ménages non déplacés	63%	62%	35%	26%
	Ménages PDI	67%	78%	34%	23%
	Ménages retournés	80%	85%	55%	51%
Nyunzu	Ménages non déplacés	44%	49%	41%	26%
	Ménages PDI	38%	27%	22%	12%
	Ménages retournés	64%	69%	47%	37%

Il est également intéressant de souligner que **dans le territoire de Kongolo, les besoins en protection étaient plus prononcés chez les ménages retournés**. Ils étaient en effet 32% à avoir des besoins en protection (score LSG de 3 ou plus), contre 18% des ménages non déplacés et 17% des ménages PDI. Les rapports mensuels de monitoring de protection du HCR et d'INTEROS soulignent en effet que dans

⁷⁹ OCHA, RDC - pôle sud-est, Note d'informations humanitaires pour les provinces du Haut-Katanga, du Haut-Lomami, du Lualaba et du Tanganyika, 9 août 2021.

⁸⁰ OCHA, [RDC - pôle sud-est, Note d'informations humanitaires pour les provinces du Haut-Katanga, du Haut-Lomami, du Lualaba et du Tanganyika](#), 15 mars 2021.

⁸¹ Ibid.

⁸² Cluster Protection, [Hub sud-est, Tanganyika. Note sur la recrudescence des cas d'enlèvements](#), avril 2021.

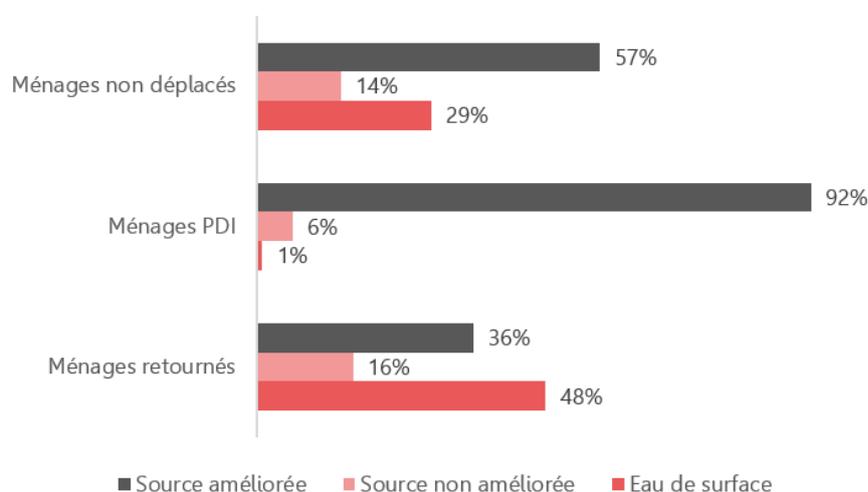
la province du Tanganyika de manière générale, les retournés sont les premières victimes des incidents de protection, les zones de retour étant plus affectées par l'insécurité en raison d'une couverture généralement plus faible des forces de sécurité. En août 2021, les retournés représentaient ainsi 95% des victimes d'incidents de protection recensés dans la province.⁸³

Ménages PDI dans le territoire de Nyunzu

Le territoire de Nyunzu est le seul territoire où les ménages PDI étaient moins susceptibles d'avoir des besoins multisectoriels extrêmes ou très extrêmes que les autres groupes de populations, à hauteur de 73%, contre 78% de ménages non déplacés et 90% de ménages retournés, comme susmentionné. Bien que la différence entre les ménages PDI et les ménages non déplacés tombe dans la marge d'erreur, des différences notables sont observées pour certains secteurs. Par exemple, légèrement plus d'un quart des ménages PDI (27%) avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes en EHA, contre près de la moitié des ménages non déplacés (49%) et plus des deux-tiers des ménages retournés (69%). En santé également, 22% des ménages PDI avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes, contre 41% des ménages non déplacés et 47% des ménages retournés. De manière générale, une proportion plus faible de ménages PDI avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes dans au moins trois secteurs (Figure 9).

Ces résultats pourraient être en partie dus à la forte présence humanitaire dans le territoire, dont les PDI en sont les premiers bénéficiaires.⁸⁴ Néanmoins, les résultats de la MSNA indiquent qu'il n'y avait pas de différence entre groupes de population dans la proportion de ménages ayant bénéficié d'une assistance humanitaire dans les trois mois précédant la collecte de données (environ un ménage sur cinq).⁸⁵ Une autre piste d'explication réside dans le fait que les PDI se déplacent vers des localités où davantage de services de base sont disponibles. En effet, moins d'un tiers des ménages PDI (29%) ont rapporté être à plus d'une heure d'un centre de santé fonctionnel alors que ce pourcentage s'élevait à 47% pour les ménages non déplacés et 53% pour les ménages retournés. De manière similaire, les ménages PDI étaient bien moins susceptibles d'utiliser de l'eau de surface (1%) ou de l'eau provenant de sources non améliorées (6%) comme eau de boisson comparés aux autres groupes de population (Figure 10).

Figure 10 : proportion de ménages dans le territoire de Nyunzu par type de sources d'eau utilisées pour l'eau de boisson, par groupe de population



L'exception était le secteur de l'éducation, où les ménages PDI avaient plus communément des besoins extrêmes ou très extrêmes (19%) que les ménages retournés (7%) et non déplacés (3%). Ces besoins

⁸³ HCR & INTERSOS, Rapport mensuel de monitoring de protection, province du Tanganyika, août 2021.

⁸⁴ OCHA, [RDC - pôle sud-est. Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba](#), septembre 2021

⁸⁵ Il est possible néanmoins que la période de rappel de cette question (3 mois) puisse cacher certaines disparités dans l'accès à l'aide sur une période plus longue.

étaient principalement dus à des barrières graves à l'éducation rapportées comme des attaques sur les établissements scolaires, ainsi que des abandons scolaires au cours de l'année scolaire précédente en raison de conflit. Il est également important de garder à l'esprit que les zones les plus en proie à l'insécurité, et notamment la partie nord du territoire de Nyunzu, ont été exclues de l'échantillonnage. Il est très probable que les besoins multisectoriels y soient plus aigües.⁸⁶

Malgré cette moindre magnitude de besoins, **les ménages PDI étaient plus susceptibles d'être vulnérables et d'avoir des besoins multisectoriels** (69%) que les ménages retournés (48%) et non déplacés (45%). C'était également le cas pour l'ensemble des secteurs évalués pris individuellement. Cette différence semble s'expliquer principalement par une plus grande proportion de ménages PDI avec une femme cheffe de ménage.

Zone de santé de Kiyambi

La quasi-totalité des ménages (99%) dans la zone de santé Kiyambi avait des besoins multisectoriels extrêmes ou très extrêmes, une proportion plus élevée qu'au niveau de la province (81%). La cooccurrence des besoins y était également bien plus prononcée, avec près de la moitié des ménages (46%) ayant des besoins extrêmes ou très extrêmes dans au moins trois secteurs (18% pour la province). De même, **63% des ménages avaient des besoins au moins sévères** (score LSG de 3 ou plus) **dans cinq voir six secteurs** (contre 43% au niveau de la province). Les différences étaient marquées pour les besoins sectoriels en abri, protection et sécurité alimentaire et pour les besoins extrêmes et très extrêmes en abri, EHA et santé (Figure 11).

Ces besoins sectoriels plus répandus étaient notamment dus à un manque de services de base. En effet, de plus grandes proportions de ménages de la zone de santé de Kiyambi ont rapporté utiliser de l'eau de surface comme principale eau de boisson, ne pas utiliser d'installation sanitaire ou encore un manque de services dédiés aux femmes,⁸⁷ qu'au niveau de l'ensemble de la province.⁸⁸ Ils étaient également plus susceptibles de rapporter des temps importants pour accéder aux services de base, comme l'eau et les soins de santé.⁸⁹ **Certaines différences pointaient davantage vers des problématiques sécuritaires.** Ainsi, il était plus courant pour les ménages dans la zone de santé de Kiyambi d'indiquer que les femmes et les filles évitent certains lieux parce qu'elles ne s'y sentent pas en sécurité (33% contre 17% au niveau de la province) ou de rapporter des barrières d'accès aux soins de santé d'ordre sécuritaire.⁹⁰ Une plus grande proportion de ménages semblaient également être à risque d'expulsion car ne possédant pas de document officiel prouvant les conditions d'occupation de leur logement. Cela peut être lié au fait que la vaste majorité des ménages ont rapporté vivre dans des abris de fortune.⁹¹ Peu d'informations sont actuellement disponibles sur la zone de santé de Kiyambi et il serait donc nécessaire de conduire davantage de recherches pour trianguler les résultats susmentionnés et mieux comprendre les causes et la sévérité des besoins dans la zone de santé.

⁸⁶ HCR & INTERSOS, Rapport mensuel de monitoring de protection, province du Tanganyika, août 2021.

⁸⁷ Les services dédiés aux femmes pris en compte lors de cette évaluation étaient les suivants : soutien psychosocial pour les femmes et les filles, activités récréatives organisées pour les femmes et les filles, services de santé génériques pour les femmes et les filles, services offerts aux femmes et aux filles qui subissent une forme de violence.

⁸⁸ 52% des ménages de la zone de santé de Kiyambi ont rapporté utiliser de l'eau de surface comme eau principale de boisson, contre 25% au niveau de la province ; 19% ont rapporté ne pas utiliser d'installations sanitaires contre 10% au niveau de la province ; 88% ont rapporté qu'il n'y avait aucun services dédiés aux femmes (contre 72%).

⁸⁹ 58% des ménages de la zone de santé de Kiyambi ont rapporté mettre plus de 30 min pour aller à la source d'eau principale, collecter de l'eau (y compris faire la queue) et revenir et 66% ont rapporté mettre plus d'une heure pour se rendre au centre de santé fonctionnel le plus proche, contre respectivement 46% et 32% au niveau de la province.

⁹⁰ Dans la zone de santé de Kiyambi, 6% des ménages ont rapporté un manque de sécurité lors des déplacements vers l'établissement de santé comme l'une des barrières principales à l'accès aux soins de santé, contre 1% au niveau de la province.

⁹¹ 95% des ménages de la zone de santé de Kiyambi ont indiqué ne pas posséder de document officiel prouvant les conditions d'occupation de leur abri, contre 81% au niveau de la province. De plus, 90% des ménages de Kiyambi ont rapporté vivre dans des abris de fortune, contre 34% au niveau de la province.

Figure 11 : proportions de ménages dans la zone de santé de Kiyambi et au niveau de la province du Tanganyika qui ont des besoins par secteur et phase de sévérité (score LSG)

	Score LSG de 3 et plus		Score LSG de 4 et plus	
	Zone de santé de Kiyambi	Province du Tanganyika	Zone de santé de Kiyambi	Province du Tanganyika
Abri	98%	88%	94%	51%
Education	55%	45%	7%	7%
EHA	99%	97%	78%	53%
Protection	34%	22%	6%	10%
Santé	86%	81%	49%	24%
Sécurité alimentaire	96%	85%	3%	6%

En contraste avec cette forte magnitude et sévérité des besoins, **la zone de santé de Kiyambi comptait une proportion comparativement faible de ménages vulnérables et avec des besoins multisectoriels** (34% contre 45% au niveau de la province). C'était d'ailleurs la zone de santé avec la proportion la plus faible de ménages vulnérables et dans le besoin. Ce résultat correspond davantage à ceux du HNO 2022 qui catégorise la zone de santé de Kiyambi en niveau 3 de sévérité des besoins, le plus bas niveau enregistré dans la province du Tanganyika.⁹² **Cela souligne l'importance de prendre en compte les vulnérabilités des ménages lors de la priorisation de la réponse humanitaire.**

Zoom sur les zones difficilement accessibles

Il est généralement admis que les ménages vivant dans les zones les plus en proie à l'insécurité et les plus reculées (et donc plus difficilement accessibles) sont plus susceptibles d'être dans le besoin et avec des besoins plus sévères que les ménages vivant dans des zones accessibles. Ces problèmes d'accès, à la fois logistiques et sécuritaires, ont conduit à l'exclusion de ces zones géographiques de la couverture des enquêtes ménages, comme susmentionné (Carte 1). Pour palier à cela, des IC vivant dans ces zones ont été interrogés à distance sur la situation de leur localité, permettant ainsi d'avoir **un aperçu indicatif sur 41 localités difficilement accessibles réparties à travers la province**. Le même questionnaire ayant été administré à des IC vivant dans des localités accessibles (161), il est possible de procéder à certaines **comparaisons indicatives entre les deux types de localités**. Ces comparaisons sont à interpréter avec précaution, étant donné la méthodologie utilisée (échantillonnage non aléatoire) et le nombre limité de localités évaluées.

Des problèmes importants de protection ont été observés dans les localités difficilement accessibles évaluées, faisant écho aux contraintes sécuritaires ayant conduit à leur exclusion de l'échantillonnage pour les enquêtes ménages. Ces problèmes semblaient également plus courants dans les localités difficilement accessibles que dans les localités accessibles évaluées. Les restrictions de mouvements étaient relativement répandues, avec les IC de seulement un peu plus de la moitié des localités difficilement accessibles évaluées (59%, 24/41) rapportant qu'aucun ménage de leur localité n'avait été confronté à des restrictions en matière de sûreté ou de sécurité ayant impacté leur capacité à se déplacer librement dans la zone au cours des trois mois précédant la collecte de données. Ce pourcentage s'élevait à 80% (128/161) pour les localités accessibles évaluées. Les IC étaient également moins susceptibles de rapporter qu'il n'y avait aucun problème de protection pour les

⁹² Les zones de santé d'Ankoro, de Kabalo, de Manono, de Moba et de Kansimba sont également en niveau 3, les zones de santé de Kalemie et de Kongolo sont en niveau 4, tandis que les zones de santé de Mbulula, de Nyemba et de Nyunzu sont en niveau 5. OCHA, [HNO 2022](#), décembre 2021.

femmes, les filles et en particulier pour les garçons dans les localités difficilement accessibles évaluées.⁹³ La principale problématique de protection rapportée pour les garçons était les enlèvements (29%, 12/41 contre 6%, 9/161, dans les localités accessibles évaluées), suivis des vols (27%, 11/41, contre 8%, 13/161). Les femmes et les filles étaient également plus susceptibles d'éviter certains endroits ou de ne pas s'y sentir en sécurité selon les IC dans les localités difficilement accessibles (22%, 9/41) que dans les localités accessibles évaluées (17%, 28/161), bien que la différence soit plus faible. Les principaux lieux concernés dans les deux cas étaient le chemin pour aller récolter du bois de chauffage et les points d'eau.⁹⁴

Au-delà des problématiques de protection, **l'accès aux services de base apparaît également limité dans les localités difficilement accessibles évaluées.** Ainsi, les IC de 29% de ces localités ont rapporté qu'il n'y avait pas d'infrastructure de santé fonctionnelle disponible pour la majorité des ménages au sein de leur localité, tandis que la totalité ou presque des ménages devaient marcher plus d'une heure pour accéder au marché ou à l'épicerie le plus proche dans presque la moitié de ces localités (46%, 19/41). De plus, de nombreux enfants n'étaient pas inscrits à l'école durant l'année scolaire 2020-2021 selon les IC, avec la totalité ou presque des filles et des garçons âgés entre 6 et 12 ans inscrits dans seulement 5% (2/41) et 7% (3/41) des localités difficilement accessibles évaluées. Les taux de fréquentation scolaire estimés par les IC lorsque les écoles étaient ouvertes durant cette année scolaire étaient encore plus bas. L'accès à des infrastructures EHA étaient également difficile. La principale source d'eau de boisson était une source d'eau améliorée dans seulement 10% (4/41) des localités difficilement accessibles évaluées,⁹⁵ et la totalité ou presque des ménages avaient accès à des latrines (sans précision sur le type de latrines) et à du savon dans respectivement 54% (22/41) et 37% (15/41) des localités difficilement accessibles évaluées. **Les différences avec les localités accessibles évaluées étaient relativement faibles, bien que la situation dans ces dernières semblait généralement légèrement meilleure.**

L'accès à l'assistance humanitaire était très limité, avec seulement une localité (2%) où la plupart des ménages ont reçu de l'assistance au cours des trois mois précédant la collecte de données selon les IC. Les sources d'informations préférées des ménages étaient similaires à celles dans les localités accessibles susmentionnées, bien que dans un ordre légèrement différent. Le face-à-face arrivait en première position, rapporté dans 37% (15/41) des localités difficilement accessibles évaluées, suivi de la radio (32%, 13/41) et des appels téléphoniques (10%, 4/41).

⁹³ 'Aucun' comme réponse à la question « Selon vous, quels sont les principaux problèmes de sûreté et de sécurité pour les filles/garçons/femmes dans cette localité ? » a été rapporté dans 44% (18/41) des localités difficilement accessibles évaluées pour les garçons, 76% (31/41) pour les filles et 76% (31/41) pour les femmes, contre respectivement 82% (132/161), 83% (133/161) et 84% (136/161) dans les localités accessibles évaluées.

⁹⁴ Reflétant ce résultat, 'aller chercher de l'eau est une activité dangereuse' a été rapporté comme principal obstacle à l'accès à l'eau dans 15% (6/41) des localités difficilement accessibles évaluées et 7% (12/161) des localités accessibles évaluées.

⁹⁵ La principale source d'eau de boisson utilisée était une source d'eau non améliorée dans 34% (14/41) des localités difficilement accessibles évaluées, de l'eau de surface dans 22% (9/41) et il n'y avait pas de consensus entre les IC dans 34% (14/41).

CONCLUSION

Ce rapport a présenté les principaux résultats issus de la **MSNA pilote conduite dans la province du Tanganyika par REACH en collaboration avec OCHA et les clusters dans le but d’informer les processus décisionnels du cycle de programmation humanitaire de l’année 2022** et ainsi de permettre aux acteurs humanitaires de planifier leurs interventions grâce à la mise à disposition de données actualisées concernant les besoins multisectoriels et les priorités des populations affectées dans la province.

Il a permis de mettre en lumière **l’importante magnitude et sévérité des besoins dans la province** – la quasi-totalité des ménages ont été trouvés comme ayant des besoins multisectoriels et plus des trois-quarts des besoins extrêmes ou très extrêmes – dans un contexte à la fois marqué par des problèmes structurels de développement et des crises humanitaires liées à la persistance des conflits et d’importants déplacements de population. Ce contexte complexe peut expliquer la **très forte cooccurrence des besoins observée**, avec 93% des ménages ayant des besoins dans au moins trois secteurs à la fois, soulignant **la nécessité d’une réponse multisectorielle**. L’EHA est apparu comme le principal déterminant des besoins, suivis des abris, de la sécurité alimentaire et de la santé.

Ces résultats généraux cachent d’**importantes variations géographiques** ; les proportions de ménages avec des besoins extrêmes ou très extrêmes allaient de 99% à Kiyambi à 58% à Moba. De même, bien que **peu de différences aient été remarquées entre les trois groupes de population évalués** (PDI, retournés et non déplacés) à l’échelle de la province, leur situation n’était pas homogène dans tous les territoires. Ainsi, les ménages retournés dans les territoires de Kongolo et de Nyunzu, et dans une moindre mesure ceux de Manono, semblaient plus susceptibles d’avoir des besoins extrêmes ou très extrêmes que les ménages non déplacés et PDI, alors que dans le territoire de Nyunzu, les ménages PDI avaient des besoins extrêmes ou très extrêmes dans une moindre proportion que les deux autres groupes de population, bien qu’ils étaient une proportion plus importante à être vulnérables.

La prise en compte de la vulnérabilité des ménages au-delà des besoins multisectoriels a entraîné des changements conséquents dans les résultats, notamment concernant le classement des zones de santé. La zone de santé de Kiyambi par exemple, première en termes de proportion de ménages avec des besoins extrêmes ou très extrêmes, se retrouve en dernière position si l’on considère la proportion de ménages dans le besoin et vulnérables (34%). A l’inverse, les proportions les plus élevées de ménages dans le besoin et vulnérables se situent dans les zones de santé de Nyunzu (53%) et de Nyemba (51%), deux zones de santé catégorisées avec des besoins catastrophiques par le HNO⁹⁶ et qui sont particulièrement affectées par les problèmes sécuritaires. Tout au long du rapport, des comparaisons ont été faites avec les données secondaires disponibles et en particulier avec les résultats du HNO 2022. Certaines différences ont été observées, pour la plupart explicables par des raisons méthodologiques telles que l’exclusion des zones les plus touchées par l’insécurité de la couverture de l’évaluation. Ces différences se réduisent néanmoins lorsque les vulnérabilités sont prises en compte en plus des besoins multisectoriels.

Les entretiens auprès des IC ont permis d’obtenir **une aperçu de la situation dans les zones difficilement accessibles**, non couvertes par les enquêtes ménages ; ils ont notamment mis en avant d’importantes problématiques de protection, faisant écho aux contraintes sécuritaires identifiées lors de la conception de la recherche. L’accès aux services de base y était également limité, bien que dans des proportions relativement proches à celles observées dans les localités accessibles évaluées. Une

⁹⁶ L’exception étant la zone de santé de Kongolo, arrivant en 9^e position avec 40% de ménages vulnérables et dans le besoin d’après les données de la MSNA, mais catégorisées avec des besoins catastrophiques d’après les données du HNO révisées en août 2021. Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour mieux cerner les raisons de cette différence. OCHA, [RDC - pôle sud-est. Profil humanitaire : Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Luabala](#), septembre 2021

couverture plus poussée de ces zones seraient nécessaires pour mieux cerner la situation et les besoins spécifiques des populations y vivant.

Pour conclure, il est important de rappeler que **cette MSNA était un exercice pilote, mis en place pour la première fois en RDC et couvrant une seule province**. Elle visait à répondre au manque de données quantitatives actualisées nécessaires à la planification humanitaire. La mise en place d'évaluations régulières joue en effet un rôle clé dans la compréhension des besoins des populations, facilitant ainsi une réponse adaptée. **Un exercice de leçons apprises sera conduit, afin de permettre la réplique des bonnes pratiques et la prise en compte des points d'amélioration pour de futures évaluations**. En particulier, l'accent devra être mis sur des secteurs et thématiques peu ou pas couverts par cette MSNA, tels que les stratégies d'adaptation ou « manques de capacité », la nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance. Une analyse plus poussée sera également nécessaire pour mieux comprendre les profils de vulnérabilité et leurs interactions avec les besoins des ménages.

ANNEXES

Annexe 1 : Documentation technique disponible et autres produits

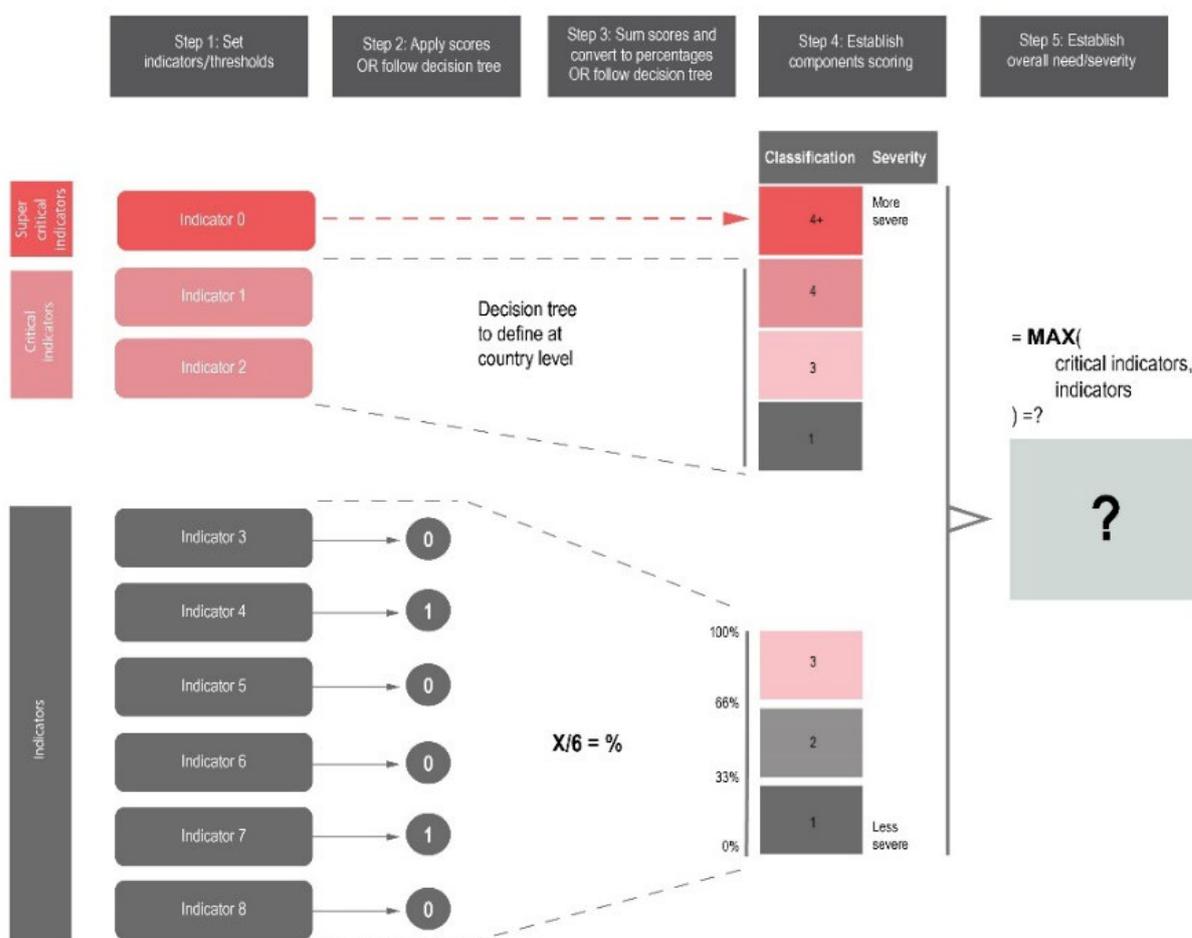
1. [Termes de Référence](#)
2. [Base de données](#)
3. [Tableau d'analyse](#)
4. [Guides internes sur la méthodologie de nettoyage des données](#)
5. [Formartion des enquêteurs](#)
6. [Bulletin](#)
7. [Présentation des résultats intersectoriels clés](#)

Annexe 2 : Identification des LSG et CG

Les LSG pour un secteur donné sont calculés en agréant les indicateurs de besoins non satisfaits par secteur. Pour la MSNA en 2020, une méthodologie d'agrégation simple a été développée, en s'appuyant sur l'approche d'agrégation de l'IPM. En utilisant cette méthode, chaque unité (un ménage par exemple) se voit attribuer un score de "privation" en fonction de ses privations dans les indicateurs qui le composent. Le score de privation de chaque ménage est obtenu en calculant le pourcentage des privations subies, de sorte que le score de privation de chaque ménage se situe entre 0 et 100. La méthode repose sur la catégorisation de chaque indicateur sur une échelle binaire : a ("1") / n'a pas ("0") de manque. Le seuil à partir duquel un ménage est considéré comme ayant un manque particulier est déterminé à l'avance pour chaque indicateur. La méthodologie d'agrégation de la MSNA de 2020, décrite ci-dessous, peut être décrite comme "similaire à l'IPM", et utilise les étapes de l'approche IPM pour déterminer un score de sévérité des besoins, avec l'ajout "d'indicateurs critiques" qui déterminent les scores de sévérité les plus élevés. La section ci-dessous fournit des indications sur la manière de procéder à l'agrégation en utilisant des données au niveau des ménages.

- 1) Identifier les indicateurs qui mesurent les besoins ('manque') pour chaque secteur, en capturant les dimensions clés suivantes : l'accessibilité, la disponibilité, la qualité, l'utilisation et la connaissance. Fixer des seuils binaires : a ("1") / n'a pas ("0") de manque ;
- 2) Identifier les indicateurs critiques qui, à eux seuls, indiquent un manque dans le secteur de manière générale ;
- 3) Une fois les données collectées, identifier les scores individuels des indicateurs (0 ou 1) pour chaque ménage ;
- 4) Calculer le score de sévérité de chaque ménage, sur la base de l'arbre décisionnel suivant (adapté à chaque secteur) ;
 - a) Indicateur(s) "super" critique(s) : peuvent conduire à un 4+ si une situation extrême est constatée pour le ménage ;
 - b) Indicateurs critiques : en utilisant une approche par arbre décisionnel, une classe de sévérité est identifiée sur une échelle discontinue de 1 à 4 (1, 3, 4) en fonction des scores de chacun des indicateurs critiques ;
 - c) Indicateurs non critiques : les scores de tous les indicateurs non critiques sont additionnés et convertis en pourcentage du total possible (par exemple, 3 sur 4 = 75%) pour identifier une classe de sévérité ;
 - d) Le score final de sévérité est obtenu en retenant le score le plus élevé généré par les indicateurs super critiques, critiques ou non critiques, comme indiqué dans la Figure 12 ci-dessous ;

Figure 12 : identification des LSG par secteur – exemple



- Calculer la proportion de la population ayant un score de gravité final de 3 et plus, par secteur. Avoir un score de gravité de 3 et plus dans un secteur est considéré comme ayant un LSG dans ce secteur ;
- Identifier les ménages qui n'ont pas de LSG mais qui ont un CG ;
 - Identifié les scores des indicateurs individuels (0 ou 1) pour tous les indicateurs CG, parmi les ménages ayant un score de sévérité de 1 ou 2 ;
 - Si un indicateur CG a un score de 1, le ménage est catégorisé comme ayant un CG ;
- Projection des résultats en pourcentage sur les données de la population qui ont été utilisées pour construire l'échantillon, avec une pondération précise pour assurer la meilleure représentativité possible.

Annexe 3 : estimation de la sévérité globale des besoins

L'indice des besoins multisectoriels (MSNI) est une mesure de la sévérité globale des besoins humanitaires d'un ménage (exprimée sur une échelle de 1 à 4+) et basée sur les scores de sévérité LSG sectoriels les plus hauts de chaque ménage. Le MSNI est déterminé au travers des étapes suivantes :

- 1) Tout d'abord, la sévérité de chacun des LSG sectoriels est calculée par ménage, comme illustré dans l'annexe 2.
- 2) Ensuite, un score de sévérité final (MSNI) est déterminé pour chaque ménage en fonction du score de sévérité LSG sectoriel le plus haut identifié pour chaque ménage.

Comme présenté dans la Figure 13 ci-dessous, le ménage 1 (HH 1) a un MSNI final de 4 parce que c'est le score de sévérité le plus haut, parmi tous les LSG au sein de ce ménage.

Figure 13 : exemples de scores MSNI par ménage basés sur les résultats de l'analyse sectorielle

	Sectoral LSG Severity Score						Final MSNI
	Food Sec	Health	WASH	Protection	Education	Etc.	
HH 1	4	4	4	4	3	3	4
HH 2	2	2	4	2	1	1	4
HH 3	3	3	3	4+	2	1	4+
Etc.	2	3	1	1	2	1	3

Limites principales : le score final MSNI sera le même (4) que le ménage ait un LSG très sévère dans un seul secteur en particulier (par exemple en EHA pour le HH 2 ci-dessus) OU plusieurs LSG simultanés dans différents secteurs (par exemple en sécurité alimentaire, santé, EHA et protection pour le HH 1 ci-dessus). Si cette méthode est pertinente du point de vue de la planification de la réponse humanitaire au niveau global (si un ménage a des besoins extrêmes dans un secteur, ceci implique la mise en œuvre d'une intervention humanitaire quelle que soit la concomitance des besoins sectoriels), des analyses supplémentaires se doivent d'être conduites pour comprendre les différences d'ampleur en matière de sévérité entre les différents ménages.