



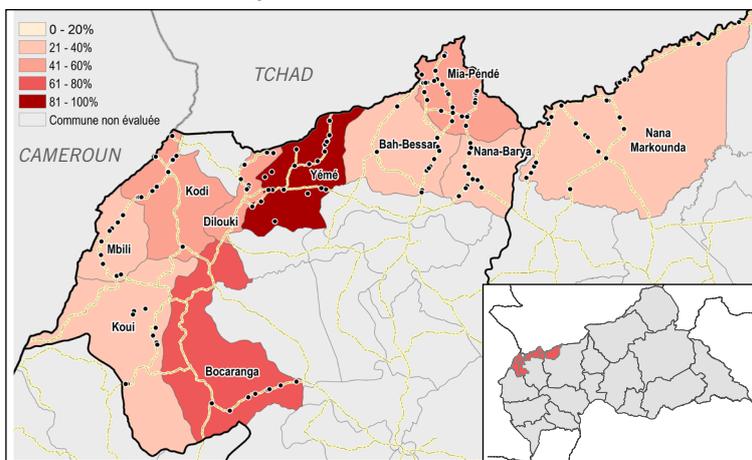
Contexte

Depuis mars 2020, la République centrafricaine est confrontée à la pandémie de COVID-19. Une augmentation marquée du nombre de cas positifs est observée depuis fin avril 2020, principalement importés par voie terrestre depuis le Cameroun le long des couloirs commerciaux¹. Il est nécessaire de renforcer la mise à disposition d'information pour appuyer la planification humanitaire, en particulier au niveau des zones frontalières avec le Cameroun et le Tchad, là où l'accès humanitaire est limité et où l'épidémie pourrait se diffuser.

Depuis le mois de novembre 2019, REACH, en coordination et collaboration avec le Groupe de travail sur l'évaluation et la gestion de l'information (AIMWG), a entrepris un projet de **suivi mensuel de la situation humanitaire dans les zones difficiles d'accès et où les besoins sont les plus élevés**². L'analyse présente les différents indicateurs pertinents à la réponse COVID-19, en s'appuyant sur les données collectées auprès d'informateurs clés (IC) en janvier 2020 dans les zones difficiles d'accès des préfectures de l'Ouham et de l'Ouham-Pendé, frontalières du Cameroun et du Tchad.

Couverture géographique

% de localités évaluées par commune⁵ :



Méthodologie

Les données sont collectées directement par les équipes REACH au travers d'entretiens, sur la base de questionnaires multisectoriels, auprès d'IC identifiés en fonction de leurs connaissances récentes (datant de moins d'un mois) et détaillées des localités évaluées³.

Lors de l'analyse des résultats, afin d'avoir une vue d'ensemble des besoins à l'échelle de la commune, REACH procède tout d'abord à l'agrégation des différentes données par localité, selon des critères de pondération préétablis⁴ puis à l'échelle de la commune par rapport au nombre total de localités évaluées dans la commune.

Pour la présente analyse, un total de 234 entretiens menés au cours du mois de janvier ont été retenus, apportant des informations sur 146 localités. **Les résultats présentés ci-dessous ne sont pas significatifs statistiquement, et doivent donc être considérés comme indicatifs de la situation humanitaire dans les localités évaluées.**

| Sous-préfecture | Commune évaluée | Couverture (totale ou partielle ⁶) | Localités évaluées / total localités ciblées (%) |
|-----------------|-----------------|--|--|
| Ngaoundaye | Dilouki | Localités frontalières du Tchad | 8 / 17 (47%) |
| | Kodi | Axe Mann - Boko - Assana et localités frontalières du Cameroun | 14 / 25 (56%) |
| | Mbili | Axe Assana - Kaita - Kouï | 9 / 26 (35%) |
| | Yémé | Totale | 21 / 25 (84%) |
| Bocaranga | Bocaranga | Axe Bohong - Tollé | 8 / 10 (80%) |
| Kouï | Kouï | Axe Kouï - Yéléwa | 11 / 46 (24%) |
| | Bah-Bessar | Totale | 11 / 53 (21%) |
| | Nana-Barya | Totale | 13 / 48 (27%) |
| Paoua | Mia-Pendé | Totale | 29 / 55 (53%) |
| | Nana-Markounda | Totale | 22 / 81 (27%) |
| Total | | | 146 / 386 (38%) |

Résultats clés

Au vu des données collectées entre novembre 2019 et janvier 2020, le nord-ouest du pays ne présente pas les besoins les plus élevés en santé et en eau, hygiène et assainissement (EHA)⁷. Toutefois, dans le contexte épidémique actuel, les populations y sont particulièrement vulnérables en raison des dynamiques locales de mouvements et de la faible disponibilité en médicaments et en articles ménagers essentiels (savon, seau, etc.).

Depuis 2019, d'importants mouvements de retours ont été observés dans la zone, avec près de 86% des localités évaluées rapportant la présence de retournés et/ou de rapatriés. Bien que la zone ait connu des mouvements de retour tout au long de l'année 2019, **de nouveaux retours ont été rapportés dans le mois précédent l'enquête dans près d'une de ces localités sur deux**. Il est possible que des déplacements persistent actuellement en dépit des restrictions de mouvement imposées par le gouvernement centrafricain, y compris des déplacements transfrontaliers en raison de la porosité des frontières. Ces déplacements pourraient participer à la propagation du virus, alors que leur caractère informel pourrait limiter la capacité à capturer ces mouvements et les lieux de retour ainsi que l'identification de potentiels nouveaux foyers.

Par ailleurs, **les conditions d'hygiène minimales requises pour limiter la diffusion de l'épidémie**

ne sont pas garanties, et notamment le lavage des mains avec de l'eau et du savon. Dans plus d'un tiers des localités évaluées (37%), le savon n'était pas disponible pour la majorité de la population, au cours des 30 jours précédant la collecte de données, et il n'y avait pas de dispositifs de lavage des mains au niveau des lieux publics (marchés, écoles, centres de santé, etc.) dans plus de 80% des localités évaluées.

L'accès à l'eau a également été rapporté comme pas suffisant du tout ou insuffisant pour la majorité de la population dans 81% des localités évaluées, avec un temps d'attente trop élevé ou un nombre insuffisant de points d'eau comme principaux obstacles dans 55% de ces localités. Ces barrières sont aggravées par les faibles capacités de stockage de l'eau, qui impliquent des aller-retours fréquents aux points d'eau : les seaux étaient indisponibles pour la majorité de la population dans 52% des localités évaluées (en particulier pour Nana-Markounda), et les bidons dans 67% notamment dans la commune de Ngaoundaye et le long de l'axe Bohong-Tollé). **Cela traduit un risque fort de promiscuité autour des points d'eau et la nécessité de renforcer les gestes barrières.**

Ce risque de promiscuité se retrouve également dans les conditions précaires d'hébergement, qui limitent les capacités d'isolement à domicile. En effet, **dans plus de 25% des localités rapportant la présence de populations retournées/rapatriées, la majorité**

d'entre elles vivaient dans des abris d'urgence.

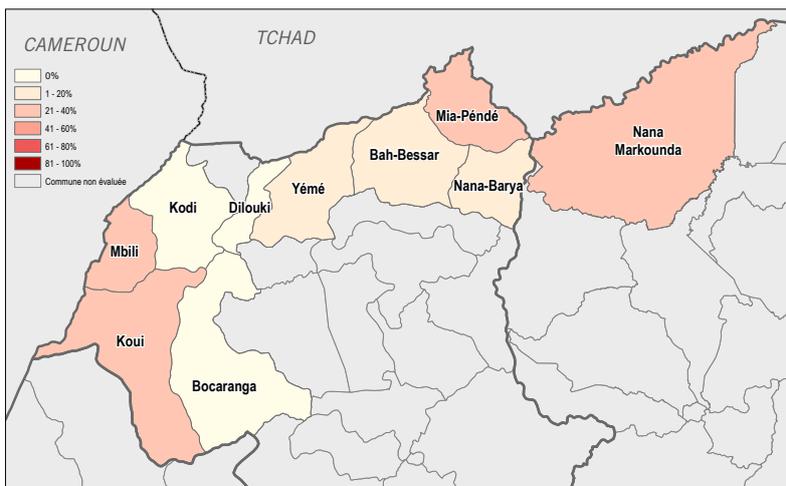
Cela est particulièrement vrai pour les communes de Ngaoundaye ainsi que le long de l'axe Bohong-Tollé.

Dans seulement 14% des localités évaluées, les populations n'avaient pas accès à un service de santé fonctionnel à distance de marche, selon les IC. Toutefois, pour 41% des localités où l'accès était rapporté, le service de santé se trouvait à plus d'une heure de marche (en particulier pour la commune de Yémé, et le long de l'axe Kouï - Yéléwa) et **pour près de 8 localités évaluées sur 10, l'accès au service de santé était jugé inadéquat par les IC** (79% des localités évaluées). La principale raison rapportée était l'insuffisance de médicaments (50% de ces localités). La distance, combinée à l'absence de médicaments, pourrait entraîner un certain nombre de personnes malades à ne pas se rendre dans les centres de santé, et donc favoriser une diffusion locale.

Face à ces problématiques, il est important de renforcer la connaissance et l'application large des gestes barrières. Dans ce cadre-ci, il est important de noter que pour dans seulement 1 localité évaluée sur 2, les IC ont rapporté un accès à des émissions radiophoniques. Cela suggère la nécessité de mettre en place des alternatives pour le partage des messages clés de sensibilisation, comme le recours à des crieurs publics par exemple.

Santé

% de localités évaluées sans accès à des services de santé fonctionnels à distance de marche, au cours des 30 jours précédant la collecte de données :



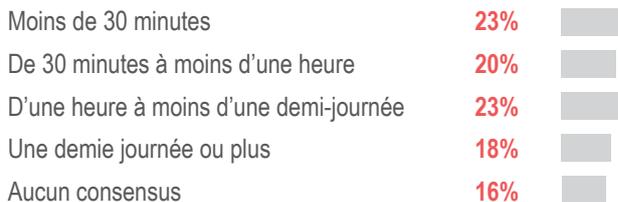
79% des localités évaluées ont rapporté que le niveau⁸ d'accès aux services de santé pour la majorité de la population n'est pas suffisant du tout (21%) ou insuffisant (59%).

3 principales communes où un accès au service de santé « pas suffisant du tout » ou « insuffisant » a été rapporté (% de localités évaluées) : 116 localités concernées.



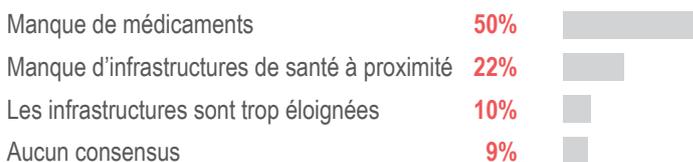
% de localités évaluées par rapport au temps nécessaire à la majorité de la population pour rejoindre à pied les services de santé, au cours des 30 jours précédant la collecte de données* :

120 localités concernées.



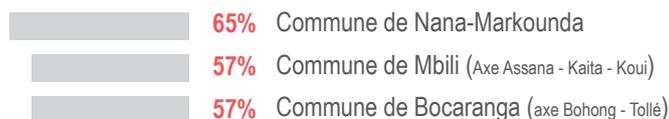
% de localités évaluées par rapport au principal obstacle à l'accès suffisant à un service de santé pour la majorité de la population, au cours des 30 jours précédant la collecte de données* :

116 localités concernées. Les 4 réponses les plus fréquentes.



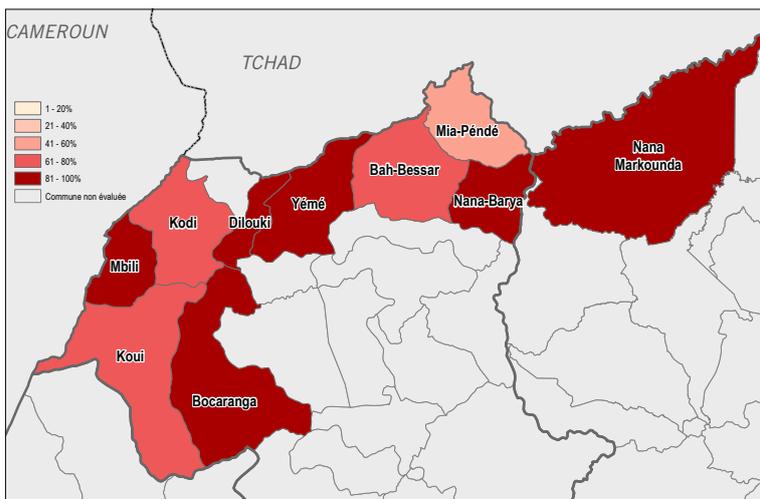
3 principales communes où un manque de médicaments a été rapporté comme principale barrière à l'accès aux services de santé (% de localités évaluées)* :

58 localités concernées.



Eau, hygiène et assainissement

% de localités évaluées rapportant l'absence de dispositifs de lavage des mains dans la majorité des centres/postes de santé, écoles, latrines communautaires et marchés, au cours des 30 jours précédant la collecte de données :



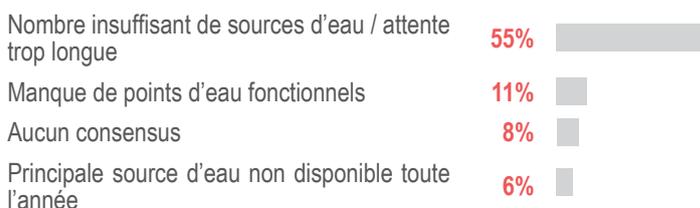
82% des localités évaluées ont rapporté que le niveau⁸ d'accès à l'eau pour couvrir les besoins essentiels n'est pas suffisant du tout (24%) ou insuffisant (58%).

3 principales communes où un accès à l'eau pour couvrir les besoins essentiels « pas suffisant du tout » ou « insuffisant » a été rapporté (% de localités évaluées) : 119 localités concernées.



% de localités évaluées par rapport au principal obstacle à l'accès à l'eau pour la majorité de la population, au cours des 30 jours précédant la collecte de données* :

119 localités concernées. Les 4 réponses les plus fréquentes.



3 principales communes où a été rapporté « un nombre insuffisant de sources d'eau / attente trop longue » comme principale barrière à l'accès à l'eau (% de localités évaluées)* :



Dynamiques des mouvements de population

% de localités évaluées ayant rapporté la présence de personnes retournées et/ou rapatriées, au cours des 30 jours précédant la collecte de données :



86% Oui
11% Non
3% Aucun consensus (A/C)

% de localités évaluées par rapport à la date du dernier mouvement de retour de la population retournée et rapatriée* :

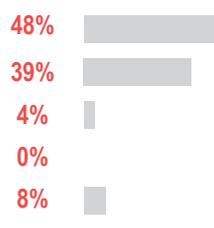
Retournés

(87 localités concernées)



Rapatriés

(114 localités concernées)



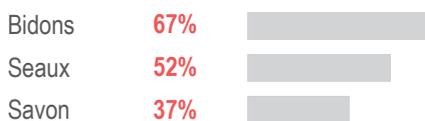
Abris et articles ménagers essentiels (AME)

% de localités évaluées par type d'abris et groupe de population (hôte et retournée/rapatriée), au cours des 30 jours précédant la collecte de données :

Les 3 réponses les plus fréquentes

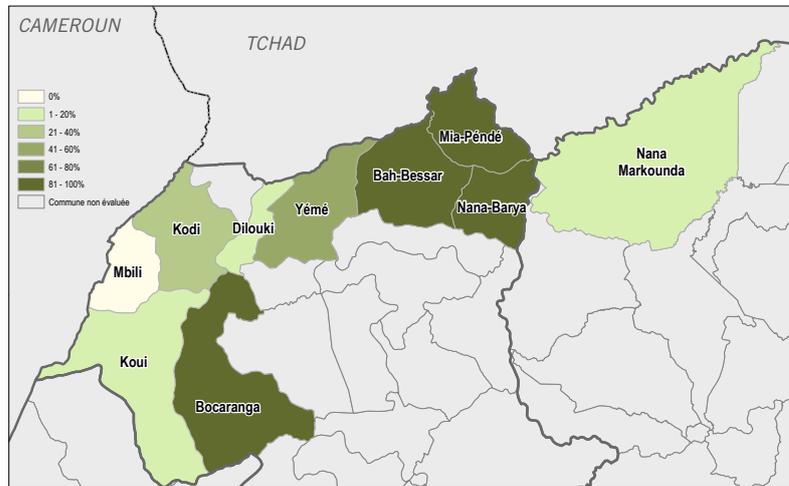
| | Personnes hôtes (146 localités répondent) | Personnes retournées / rapatriées (125 localités répondent) |
|--------------------------------|--|---|
| Habitat à long terme en paille | 79% | 50% |
| Abri d'urgence / de transition | 15% | 27% |
| Aucun consensus / Ne sait pas | 5% | 10% |

% de localités évaluées ayant rapporté les AME suivants, pertinents pour la réponse COVID-19, comme indisponibles pour la majorité des ménages au cours des 30 jours précédant la collecte de données :



Redevabilité et communication

% de localités évaluées ayant rapporté avoir accès à des programmes d'émissions de radio, au cours des 30 jours précédant la collecte de données :



% de localités évaluées par rapport à la source d'information à laquelle la majorité de la population accorde la plus grande confiance, dans les 30 jours précédant la collecte des données :

Les 3 réponses les plus fréquentes.



% de localités évaluées par rapport aux 3 besoins principaux (par secteur) pour la majorité de la population, dans les 30 jours précédant la collecte des données :

Les 3 réponses les plus fréquentes sur la base du besoin n.1

| | besoin n.1 | besoin n.2 | besoin n.3 |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| Eau, hygiène et assainissement | 29% | 16% | 15% |
| Santé | 27% | 25% | 16% |
| Education | 21% | 24% | 23% |

¹ Gaël Grilhot, «Coronavirus : la Centrafrique veut freiner les importations de cas depuis le Cameroun», publié le 02/05/2020. ² OCHA, [Aperçu des besoins humanitaires](#), publié le 11 octobre 2019. ³ Les IC ont été identifiés parmi les résidents de la localité, si joignables par téléphone; les personnes déplacées originaires de la localité; les commerçants/voyageurs/conducteurs ayant l'habitude de se rendre régulièrement dans la localité; les résidents de la localité se trouvant temporairement dans une localité accessible/joignable par téléphone; les travailleurs des organisations non-gouvernementales (ONG) ou des privés travaillant pour des ONG. ⁴ Critères basés sur la fréquence des réponses; le type d'IC; la priorisation des informations/réponses considérées comme particulièrement pertinentes, bien que moins fréquentes. Dans les cas où ces critères ne suffisent pas pour l'agrégation, la réponse est rapportée comme "aucun consensus" ou "A/C". ⁵ Pour chaque commune le pourcentage est calculé sur la base du nombre de localités évaluées par rapport au nombre total de localités ciblées dans la commune (selon la base de données OCHA, disponible sur [Humanitarian Data Exchange \(HDX\)](#)). ⁶ De manière partielle car les zones d'intérêt identifiées dans ces communes correspondent uniquement aux localités situées sur des axes pré-identifiés selon leur difficulté d'accès et la sévérité des besoins. ⁷ REACH, [Aperçu de la situation, Suivi de la situation humanitaire dans les zones difficiles d'accès Novembre 2019 - Janvier 2020](#), publié le 08/05/2020. ⁸ Niveau dérivant d'un jugement subjectif des informateurs clés, concernant l'accès aux services de santé de manière générale, pour la majorité de la population des localités évaluées.

* % calculés sur un sous-ensemble des localités évaluées, selon les réponses fournies par les IC lors des questions précédentes.

À propos de REACH :

REACH facilite le développement d'outils et de produits d'information qui renforcent la capacité des acteurs de l'aide à prendre des décisions fondées sur des données quantitatives et qualitatives dans des contextes d'urgence, de relèvement et de développement. REACH utilise des méthodologies basées sur la collecte et l'analyse approfondie des données, et toutes ses activités sont menées au travers des mécanismes inter-agences de coordination humanitaire. REACH est une initiative conjointe de IMPACT Initiatives, d'ACTED et de l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche - Programme d'applications satellitaires opérationnelles (UNITAR-UNOSAT).

À propos de la réponse REACH au COVID-19 :

En tant qu'initiative déployée dans de nombreux pays vulnérables et touchés par des crises, REACH est profondément préoccupé par les effets dévastateurs que la pandémie de COVID-19 pourrait avoir sur les millions de personnes affectées que nous cherchons à aider. Ainsi, REACH est actuellement en train d'étendre son champ d'action programmatique pour répondre à cette pandémie en identifiant des pistes concrètes permettant d'informer les interventions humanitaires dans les pays où nous sommes actifs. Un fil d'information dédié sur notre site internet reprend toutes les informations relatives à la réponse de REACH au COVID-19. Veuillez contacter geneva@impact-initiatives.org pour de plus amples informations.