

2019

PLAN OPÉRATIONNEL D'URGENCE

JAN - JUIN 2019

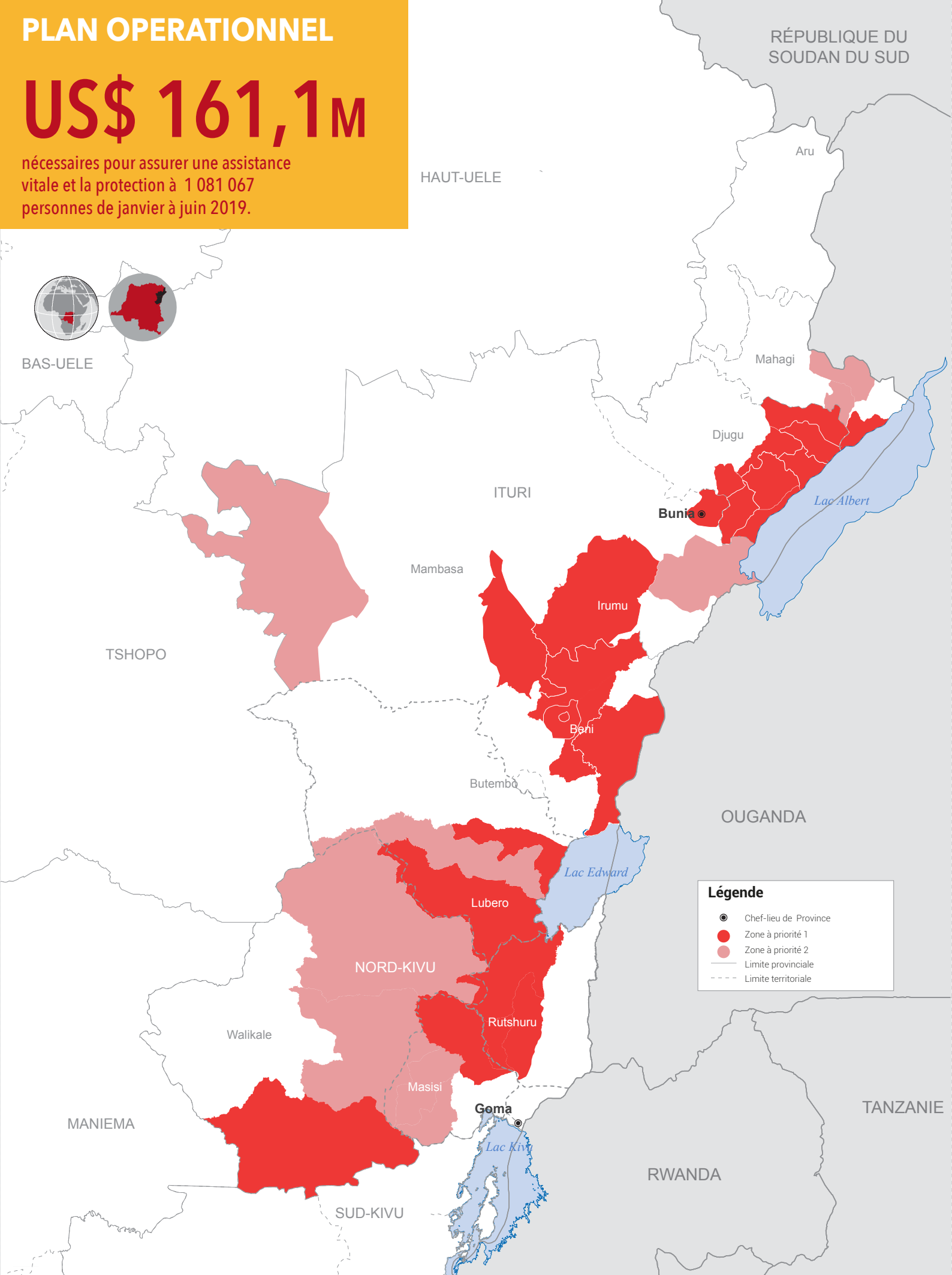


**PROVINCES
DU NORD-KIVU
ET DE L'ITURI
(RD CONGO)**

PLAN OPERATIONNEL

US\$ 161,1M

nécessaires pour assurer une assistance vitale et la protection à 1 081 067 personnes de janvier à juin 2019.



INTRODUCTION

Le présent document est un Plan opérationnel dont le but est d'orienter la stratégie de réponse humanitaire à la crise dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri pour les six prochains mois (janvier-juin 2019).

La stratégie vise à répondre aux trois problématiques humanitaires principales : i) la vulnérabilité aigüe des populations causée par la perte d'accès aux biens service et moyens de subsistance de base ; ii) les violations du droit à la vie, à la dignité et à l'intégrité de la personne et ; iii) la surmortalité ou la surmorbidity liée aux épidémies et à la malnutrition aigüe.

Cette stratégie, ainsi que les modalités de réponse et le ciblage des bénéficiaires ont été développées en conformité avec le cadre logique du Plan de réponse humanitaire 2017-2019 pour la RD-Congo, et ses trois premiers objectifs stratégiques (OS1, OS2, OS3). Il s'agit d'une mise à jour du précédent plan opérationnel pour le Nord-Kivu et l'Ituri qui couvrait la période d'avril à septembre 2018.

Les besoins prioritaires ont été définis sur base de l'analyse des conditions de vie de la population affectée et de la tendance d'évolution dans les prochains mois, en lien avec les activités d'assistance humanitaire déjà en cours.

• Zones en priorité 1 (Nord-Kivu) :

- ✓ Territoire de Beni (zones de santé (ZS) de Beni et d'Oicha) ;
- ✓ Territoire de Lubero (ZS de Lubero et de Kayna) ;
- ✓ Territoire de Masisi (ZS de Mweso) ;
- ✓ Territoire de Rutshuru (ZS de Kibirizi, Birambizo et de Bambo) ;
- ✓ Territoire de Walikale (ZS d'Itebero).

• Zones en priorité 1 (Ituri) :

- ✓ Territoire de Djugu (ZS de Fataki, de Drodoro, de Nizi, de Linga, de Rethy, de Tchomia, de Lita et Jiba) ;
- ✓ Territoire d'Irumu (ZS de Bunia et de Komanda) ;
- ✓ Territoire de Mahagi (ZS de Angumu) ;
- ✓ Territoire de Mambasa (ZS de Mandima).

• Zones en priorité 2 (Nord-Kivu) :

- ✓ Territoire de Beni (ZS de Kalunguta et de Mutwanga) ;
- ✓ Territoire de Lubero (ZS d'Alimbongo) ;
- ✓ Territoire de Masisi (ZS de Masisi et de Katoyi) ;
- ✓ Territoire de Walikale (ZS de Kibua et de Pinga).

• Zones en priorité 2 (Ituri) :

- ✓ Territoire d'Irumu (ZS de Gety) ;
- ✓ Territoire de Mahagi (ZS de Logo et Mahagi) ;
- ✓ Territoire de Mambasa (ZS de Nia-Nia).

L'approche multisectorielle a été retenue comme la mieux adaptée pour assurer une réponse adéquate aux besoins holistiques des populations affectées, en évitant le saupoudrage et en renforçant l'impact des interventions.

Un accent particulier a été mis sur la centralité de la protection à travers l'intégration transversale d'activités de sensibilisation en faveur d'une meilleure compréhension du mandat et des principes humanitaires et du renforcement du mécanisme de suivi et référencement des victimes.

Ce plan vise à apporter une réponse humanitaire immédiate à 1 081 067 personnes en s'appuyant sur une approche axée sur les droits qui remonte à la Déclaration universelle des droits de l'homme, et en particulier au droit de vivre dans la dignité. Il s'agit d'actions contribuant, dans un court délai, à minimiser ou éviter la perte de vies humaines, les blessures corporelles et psychologiques ou les menaces directes à la population ainsi qu'à protéger leur dignité.

Pour financer la mise en oeuvre de ce Plan opérationnel, 161,1 millions USD sont nécessaires, faute desquels 1,08 millions de personnes resteront sans assistance dans une situation humanitaire critique. Ce financement est 'autant plus urgent, étant donné le manque de ressources pré-positionnées pour une réponse rapide.

La coordination stratégique et opérationnelle de sa mise en oeuvre sera assurée à travers le pôle régional de Goma qui couvre toute la région nord-est de la RD-Congo, en lien avec le pôle local de Beni (qui couvre les territoires de Beni et Lubero dans le Nord-Kivu) et celui de Bunia (qui couvre les provinces de l'Ituri, du Haut-Uélé, de la Tshopo et du Bas-Uélé).

Méthodologie

Le Plan opérationnel vise à orienter la stratégie de réponse humanitaire dans les six prochains mois pour la période de janvier à juin 2019. Ce document a été développée par les acteurs humanitaires sur la base d'une évaluation conjointe menée en décembre 2018 concernant le niveau de sévérité des

besoins et des risques de violation des droits fondamentaux des personnes affectées par la crise dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri. De plus, les aspects liés aux tendances du contexte et de la situation humanitaire ainsi que les conditions d'accès et la présence opérationnelle ont aussi été pris en compte dans l'analyse de priorisation. Ce document met l'accent sur les besoins immédiats demandant une mobilisation rapide et efficace des ressources nécessaires en vue de contribuer à la protection des droits fondamentaux des personnes affectées dans les zones évaluées comme étant « à risque élevé ». En cohérence avec l'approche multisectorielle et la définition de vulnérabilité développées dans le cadre du Plan de réponse humanitaire (PRH) 2017-2019 pour la RDC, une priorisation a été faite par unité géographique (zones de santé), selon le niveau de sévérité des besoins.

Les critères appliqués pour la priorisation se résument comme suit :

- i) **Profil humanitaire en lien avec les chiffres de planification du PRH 2019 ;**
- ii) **conditions de vie des populations affectées par la crise ;**
- iii) **capacités de réponse ;**
- iv) **accès humanitaire.**

A travers les mécanismes de coordination existants, OCHA assurera le suivi de la situation humanitaire afin de détecter d'éventuels changements du niveau de sévérité des besoins, et de mener des actions de plaidoyer et de mobilisation de ressources.



APERÇU GENERAL DE L'EVOLUTION DU CONTEXTE ET DE LA SITUATION HUMANITAIRE

Plusieurs problèmes chroniques caractérisent le contexte humanitaire actuel dans la région nord-est de la RD-Congo, exacerbé par une série de nouvelles urgences, dont certaines n'ont fait l'objet d'aucune assistance pendant des années. Plusieurs facteurs sont à la base de ce problème, parmi lesquels :

- la fréquence élevée et l'ampleur des chocs dans la région ;
- le manque de ressources pour faire face à leurs conséquences humanitaires ;
- la volatilité de l'environnement et les problèmes d'accès humanitaire ;
- les difficultés à adresser stratégiquement à long terme l'impact humanitaire de ces chocs en raison des facteurs mentionnés précédemment ;
- la complexité et fluidité des crises, du fait de la présence dans la même zone de personnes déplacées de longue durée, retournées ou nouvellement déplacées.

PERSONNES DANS LE BESOIN



1,28M

PERSONNES CIBLÉES



1,08M

BUDGET REQUIS US\$



161,1M

05



APERÇU DE L'ÉVOLUTION DU CONTEXTE ET DE LA

SITUATION HUMANITAIRE

Facteurs déclencheurs des crises : La présence et les exactions des groupes armés, ainsi que les dynamiques de conflits intercommunautaires et fonciers continuent d'être les éléments principaux qui influencent l'évolution de la situation humanitaire.

En décembre 2018, l'analyse conjointe menée par les acteurs humanitaires a permis de regrouper les territoires en quatre catégories principales selon l'évolution des conditions de sécurité :

- *Zones « à risque » marquées par un nouveau cycle de violence et une nouvelle dégradation des conditions humanitaires :* le Territoire de Beni (Nord-Kivu).

En 2018, avec l'intensification du conflit lié aux opérations militaires menées par les forces armées congolaises contre les groupes armés actifs dans la zone et les attaques indiscriminées contre la population, le niveau de violence dans la ville de Beni et ses alentours a atteint un point culminant. Depuis septembre 2018, les incursions des groupes armés ont touché les quartiers périphériques de la commune de Ruwenzori (Bel-Air, Boikene, Kasabinyole, Paida et Rwangoma), situés au nord-est de la ville de Beni. Les tueries, les tortures, les pillages, les enlèvements et les viols – principalement dans les communes de Beu et de Ruwenzori à l'est de la ville – ont poussé plusieurs milliers de personnes à fuir leurs habitations pour se diriger vers la partie ouest de la ville : environ 69 000 personnes se sont déplacées entre août 2016 et la mi-octobre 2018. Plus de 58% des nouveaux déplacés sur le Territoire de Beni en 2018 se trouvent dans la ville de Beni. La Zone de santé d'Oicha est également caractérisée par une situation humanitaire préoccupante car, depuis novembre 2018, les épisodes de violences contre les civils se sont accrus en raison de l'intensification des opérations militaires contre les groupes armés actifs dans les localités situées le long des axes Oicha-Eringeti et Mbau-Kamango, à l'extrême nord-est du Territoire de Beni. La population déplacée se retrouve dans une situation de précarité soudaine, privée de ses biens et moyens de subsistance. Ces personnes vivent aussi dans une incertitude permanente, car les familles qui les accueillent sont déjà en proie à la vulnérabilité structurelle, et la présence des ménages

déplacés pèse lourdement sur leurs faibles ressources. Au-delà des violences, la zone connaît une crise de santé publique depuis le 1^{er} août 2018, date où l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) y a été déclarée – dont une description spécifique est donnée en annexe.

- *Zones « mixtes » dont la situation sécuritaire est encore volatile, affectées par des déplacements réguliers, des mouvements de retour, et l'accueil de personnes déplacées fuyant le conflit :* les territoires de Masisi, Walikale dans le Nord-Kivu et les territoires de Djugu et d'Irumu en Ituri.

Le Territoire de Masisi (Nord-Kivu) peut être considéré comme une zone mixte par excellence. Depuis plusieurs années, les affrontements entre groupes armés, les opérations militaires et les conflits fonciers entre agriculteurs et éleveurs entraînent des déplacements récurrents de population. Selon la commission mouvements de population provinciale, environ 270 341 personnes déplacées se trouvent en famille d'accueil dans le Territoire de Masisi à la fin de 2018. A cela il faut aussi ajouter les 53 000 personnes déplacées qui se trouvent dans 12 sites des déplacés. Malgré les efforts, les conditions de vie des déplacés restent alarmantes. En plus de l'instabilité, la criminalité a désormais un impact considérable sur l'accès humanitaire, car des gangs criminels s'attaquent aux convois humanitaires. Récemment, le 17 décembre 2018, un membre d'une équipe humanitaire a été tué lors d'une embuscade tendue dans la région de Loashi par des hommes armés contre un véhicule humanitaire, alors qu'il se rendait vers Nyabiondo pour réaliser une distribution pour 13 000 personnes déplacées.

En l'espace d'une année, deux explosions de violence ont secoué le Territoire de Djugu (Ituri). Aux violences intercommunautaires éclatées entre la fin de 2017 et mars 2018 s'est ajoutée, depuis fin août 2018, l'apparition d'hommes armés, qui ont pris d'assaut les positions de

l'armée et de la police congolaises. Pendant les violences communautaires qui ont éclaté à la mi-décembre 2017, près de 11 000 maisons ont été incendiées, 150 écoles ont été saccagées ou incendiées, ainsi que plusieurs structures sanitaires. Face aux violences intercommunautaires, la population locale s'est déplacée à l'intérieur du Territoire de Djugu et dans les territoires voisins où 32 sites spontanés accueillant 14 170 ménages, soit 53 952 personnes, ont été enregistrés dans le Territoire de Djugu et dans la ville de Bunia, chef-lieu de la province, selon un rapport du groupe de travail coordination et de gestion des sites daté du 11 décembre 2018. D'autres déplacés ont fui vers l'Ouganda. Au total, 28 000 réfugiés sont arrivés en Ouganda entre décembre 2017 et juin 2018. Entre avril et juillet 2018, l'accalmie relative dans la zone a permis un élan de retour de population vers certains villages. Cependant, cette dynamique de retour a été limitée par l'éclatement de la deuxième crise, juste au moment où les organisations humanitaires étaient en train de se mobiliser pour l'aide au retour. Avec cette deuxième crise en cours de nombreux pillages, incendies de maisons et de centres de santé sont aussi à déplorer.

Dans le **Territoire d'Irumu** (Ituri), les incursions de miliciens, continuent d'aggraver la vulnérabilité des populations civiles, notamment les pillages de petit bétail, d'articles ménagers essentiels et de vivres dans différentes localités des zones de santé de Gety, Nyakunde et Komanda. Des incendies de maisons et des pertes en vies humaines ont aussi été enregistrés. Au mois d'août 2018, environ 5 300 personnes ont fui les exactions perpétrées par les miliciens dans les groupements de Loy Banigaga et Chini ya Kilima pour s'abriter à Nyakunde. Plus de 1 000 personnes se trouvent ainsi dans trois sites spontanés à Nyakunde Centre tandis que d'autres se sont dirigés vers la zone de santé de Komanda. Un autre mouvement de population a aussi été signalé en provenance du nord du Territoire de Beni (Nord-Kivu), suite aux attaques des groupes armés et aux opérations militaires des Forces Armées de la République démocratique du Congo (FARDC). Environ 14 000 personnes eux se trouvent dans 15 sites spontanés situés dans la zone de santé de Komanda, tandis que d'autres sont dans des familles d'accueil dans les zones de santé de Komanda et Boga, au sud du territoire.

- *Zones de « retour » en situation d'accalmie relative, marquées par des mouvements de retour des personnes déplacées dans leurs zones d'origine* : territoires de Lubero et de Rutshuru dans le Nord-Kivu.

Dans l'ouest du **Territoire de Rutshuru** (Nord-Kivu), la Chefferie de Bwito a longtemps été affectée par une insécurité grandissante liée aux exactions des groupes armés et aux tensions intercommunautaires. Ces deux facteurs ont été à la base de plusieurs vagues de mouvements de populations, dont le plus important fut celui de juillet 2015, qui avait provoqué le déplacement de plus ou moins 150 000 personnes sur environ 500 000 enregistrées entre 2015 et 2018. Depuis mars 2018, grâce à l'amélioration de la cohabitation entre les communautés – fruit des activités de sensibilisation menées par des acteurs de protection – ainsi qu'à la volonté de la part de la population locale de profiter de la saison culturelle et de la scolarisation des enfants, plusieurs personnes déplacées ont commencé à regagner volontairement leurs villages d'origine. Les résultats d'une récente mission d'évaluation rapide multisectorielle (ERM), effectuée en octobre 2018 sur certains axes des zones de santé de Bambo, Birambizo et Kibirizi ont révélé le retour d'environ 250 000 personnes. Cependant, la présence de différents groupes armés et les séquelles du conflit intercommunautaire dans la zone pourraient constituer des risques contextuels à la mise en œuvre d'un accompagnement au retour.

A la frontière avec le **Territoire de Rutshuru**, le **Territoire de Lubero** (Nord-Kivu) reste caractérisé – surtout dans la région méridionale – par la présence des groupes armés, dont les exactions constituent une menace permanente à la protection des civils. Si les opérations militaires lancées en 2018 contre les groupes armés ont provoqué d'importants déplacements des populations civiles vers les localités estimées plus ou moins stables dans les zones de santé d'Alimbongo et de Kayna, elles ont surtout permis aux forces étatiques de récupérer le contrôle de plusieurs localités situées dans les zones de santé de Biena, Mangurudjipa et Musienene (partie nord-ouest du territoire). Par conséquent, plusieurs mouvements de retour ont été enregistrés dans les villages situés dans ces trois zones de santé à partir du début de décembre 2018. Ce mouvement de retour a été confirmé par les résultats de la mission conduite par OCHA dans la région, du 3 au 15 décembre 2018. Les conditions de vie difficiles dans les zones d'accueil et l'accalmie relative observée après la reprise de la région par les militaires congolais sont parmi les facteurs de motivation de ce retour. Ces zones de retour hébergent également des ménages déplacés sans assistance.

- *Zones « stables » affectées principalement par l'impact de l'accueil des déplacés sur le moyen terme* : les territoires de Mahagi et de Mambasa (Ituri).

Le Territoire de Mahagi (Ituri), particulièrement la chefferie de Mokambo, est affecté par les conséquences de la situation sécuritaire dans le Territoire de Djugu. Après une première vague de déplacés arrivée à la suite des violences intercommunautaire entre mi-décembre 2017 et mars 2018, une deuxième vague a été enregistrée en septembre 2018, puis une troisième en novembre 2018. Plusieurs localités dont Muganga, Musekere, Mugongoro et Gobu, ainsi que d'autres localités environnantes, telles que Pigwa, Akese, Peipka, Seju, et Galima ont été attaquées par des hommes armés non identifiés. Par ailleurs, le Territoire de Mambasa est récemment devenu une zone d'accueil de personnes déplacées

originaires des territoires de Beni et Lubero (Nord-Kivu), suite aux attaques des groupes armés et les opérations militaires contre ces groupes par les FARDC. Depuis juillet 2018 – et depuis le mois d'octobre pour la zone de Ndiapanda-Bella – la Zone de santé de Mandima accueille des déplacés en provenance de Oïcha, Beni, Mayi Moya, Eringeti, Lubero et d'autres localités. Environ 2 400 personnes se sont dirigées principalement vers les zones d'accueil de Biakato, Ndiapanda-Bela, Makeke et Makumo dans la Zone de santé de Mandima.

Le Territoire de Mambasa (Ituri) est aussi affecté par des exactions de groupes armés et des opérations militaires sporadiques des FARDC contre ces groupes, ce qui entraîne des déplacements de population en direction de la zone de Cantine, dans le Territoire de Beni.



PRINCIPAUX BESOINS

HUMANITAIRES

VIOLATIONS DU DROIT À LA VIE, À LA DIGNITÉ ET À L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE

La situation de protection dans la région nord-est (Nord-Kivu et Ituri) a connu d'incessants changements dus principalement à la dégradation du contexte sécuritaire. Les crises humanitaires restent dynamiques et entraînent des déplacements internes qui touchent tous les territoires et toutes les catégories de population parmi lesquelles les femmes, les enfants, les minorités ethniques, les personnes âgées et celles vivant avec un handicap. Dans la plupart des cas, les principales causes des déplacements sont liées aux activités croissantes des groupes armés, aux conflits entre communautés et à la poursuite des opérations militaires des FARDC. De janvier à décembre 2018, les données du monitoring de protection indiquent un total de 15 543 incidents commis au Nord-Kivu, surtout dans les territoires de Masisi, de Walikale, de Rutshuru, de Lubero et de Beni, et 19 495 cas dans les provinces de l'Ituri et du Haut-Uélé, où les territoires les plus affectés sont ceux d'Irumu, de Dungu, de Mambasa, de Djugu et d'Aru. Parmi les incidents les plus récurrents, l'on trouve les violations du droit à la propriété, à la liberté et à l'intégrité physique, ainsi que les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG). Avec le lancement des opérations militaires, la zone a subi une forte militarisation, avec des violations des droits de l'homme et du droit international humanitaire, telles que des meurtres, viols, enlèvements, incendies et pillages d'habitations, les recrutements et l'utilisation des enfants dans les groupes armés, les attaques contre les écoles et les centres de santé. La nouvelle dynamique de déplacement à Beni suite aux attaques à répétition des groupes armés a eu un impact négatif sur la protection des populations civiles. La faible capacité financière

des acteurs humanitaires impliqués dans la protection des populations vulnérables a influencé leur délai d'intervention face aux besoins identifiés. Depuis le mois d'octobre 2018, des attaques d'hommes armés sur les populations civiles et les positions des FARDC sont enregistrées dans le Territoire de Djugu (Ituri), en particulier dans les zones de santé de Tchomia, de Rethy, de Jiba, de Linga et d'Angumu, situées le long du littoral du Lac Albert. Le nombre exact des personnes affectées par ces nouvelles violences reste inconnu. Jusqu'à présent, les risques de protection, en particulier ceux liés à la sécurité et à l'intégrité physique des civils, restent élevés dans la zone. L'année 2018 a connu une prolifération rapide des restes explosifs de guerre (REG) au Nord-Kivu et en Ituri : 125 alertes ont été signalées au Nord-Kivu par le sous-cluster Lutte Anti-Mines et 20 en Ituri dans les territoires d'Irumu, de Djugu et d'Aru. Certaines de ces alertes n'ont fait l'objet d'aucune réponse en raison de l'insécurité et des ressources limitées.

En ce qui concerne les VSBG, entre janvier et décembre 2018, 13 369 cas ont été documentés dans le Nord-Kivu et 4 394 en Ituri par le sous-cluster dédié. Comparé à la même période en 2017, où 8 269 cas avaient été enregistrés dans le Nord-Kivu et 2 932 en Ituri, cela représente une augmentation de 61 % pour le Nord-Kivu et de 50% pour l'Ituri. Pour ce qui est de la protection de l'enfant, la principale préoccupation demeure les risques de recrutement et d'utilisation des enfants par les groupes armés, particulièrement dans le Territoire de Beni, ainsi que les risques d'abus et d'exploitation à leur endroit dans les zones affectées par les déplacements.

09

VULNÉRABILITÉ AIGÜE EN RAISON DE LA PERTE DE L'ACCÈS AUX BIENS, AUX SERVICES ET AUX MOYENS DE SUBSISTANCE DE BASE

Tout au long de l'année 2018, des vulnérabilités sévères et critiques ont été observées pour la population affectée par les conflits armés du Nord-Kivu. Dans le contexte des violences, les articles ménagers essentiels ou abris que les familles possédaient dans leurs zones d'origine leurs sont souvent pillés, détruits ou incendiés. Beaucoup se retrouvent démunis, sans moyens de subsistance pour leur survie et leur dignité. Cette situation affecte non seulement les familles récemment déplacées mais aussi celles qui décident de retourner à leur milieu d'origine. Les déplacés et retournés exercent une forte pression démographique sur la communauté locale, car la majorité d'entre eux se trouvent en familles d'accueil. Les conditions d'hébergement ne garantissent pas la protection des ménages en raison du manque d'abris ou de leur mauvais état, ainsi que de la promiscuité causée par le nombre élevé d'occupants ou les modalités d'accès au logement. La même

problématique se pose dans la Province de l'Ituri où, selon les évaluations rapides multisectorielles réalisées au dernier trimestre 2018, 80% des personnes déplacées internes ont un accès limité aux biens ménagers essentiels. En famille d'accueil tout comme dans les sites, les déplacés vivent dans une promiscuité importante et manquent d'articles ménagers essentiels notamment de vêtements et de literie pour se protéger contre les intempéries.

A la vulnérabilité aigüe, due à la perte de l'accès aux biens, s'ajoute celle liée à la perte des moyens de subsistance. Les déplacés ont dû abandonner leurs champs et leurs activités génératrices de revenus. La présence des personnes déplacées exerce une pression sur les ressources des familles d'accueil et des communautés hôtes. De plus la perte des récoltes (plus de 30%) occasionnant une augmentation des prix (plus de

25%) sur les marchés qui fonctionnent difficilement. Malgré l'insécurité grandissante dans les deux provinces, certaines zones continuent d'enregistrer des mouvements de retour des personnes déplacées internes depuis plusieurs mois, notamment la Chefferie de Bwito (Territoire de Rutshuru), une partie du Territoire de Walikale, du sud du Territoire de Lubero et d'une partie du Territoire de Djugu. Cependant, dans un contexte de faible niveau de cohabitation entre communautés dans ces zones, l'accès des populations retournées à leurs champs et à leurs biens reste aussi entravé par des tensions et une insécurité grandissante.

Par conséquent, la majorité des déplacés, retournés ou familles d'accueil vivent avec un seul repas par jour, et dépensent plus de 75% de leurs revenus pour la nourriture, car le score de consommation alimentaire – qui reflète la quantité et la qualité de l'alimentation de la population – est pauvre (≤ 28), surtout dans les territoires de Aru, Djugu, de Irumu, de Mahagi, de Mambasa et dans la ville de Bunia (Ituri). Dans l'ensemble de la Province de l'Ituri, environ 715 000 personnes sont classées

en phase 4 (urgence) et 2 171 000 sont en phase 3 (crise), selon les résultats du 16e cycle du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC). Dans le Nord-Kivu, la situation est légèrement meilleure, où 506 486 personnes sont classées en phase 4 et 1 113 572 sont en phase 3 selon cette même analyse. Environ 1 620 000 personnes dans le besoin (déplacés, retournés ou population locale) ont un score de consommation alimentaire pauvre (≤ 28). Cette réalité est présente dans les territoires de Masisi, de Lubero, de Rutshuru, de Walikale et dans la ville de Beni et ses alentours où, en raison de l'insécurité, la partie orientale de la ville a un accès limité aux champs, alors que la population est majoritairement agricultrice. Par conséquent, l'accès aux moyens de subsistance et à la nourriture de base est devenu faible, faisant en sorte que les stocks alimentaires soient vite épuisés et que les activités des différents marchés de la ville soient aussi paralysées. Les ménages recourent souvent donc aux travaux champêtres et autres petits métiers pour survivre.

EPIDÉMIES ET MALNUTRITION AIGÜE

10

Les causes fondamentales liées aux mauvais indicateurs de santé des populations du Nord-Kivu sont un écosystème propice à la diffusion de certaines maladies infectieuses, une faible qualité des services de bases en matière de santé et d'eau, hygiène et assainissement, ainsi qu'une alimentation insuffisante et inadéquate. Cela est dû, dans certaines localités, au mauvais état ou à l'inexistence de voies de transports, mais principalement aux déplacements multiples et à la vulnérabilité engendrés par l'insécurité. Sur les 34 zones de santé qui composent le Nord-Kivu, 16 ont été retenues comme prioritaires pour les interventions humanitaires. Cependant, seulement 7 sont facilement accessibles et les autres ne le sont pas pour des raisons à la fois d'accès physique et sécuritaire. Dans les territoires de Masisi, Rutshuru et de Walikale, l'insécurité générée par les groupes armés se traduit par des enlèvements, des barrages routiers et des intimidations, auxquelles il faut souvent ajouter le mauvais état des pistes, impraticables dans la saison des pluies. La zone de santé de Pinga, par exemple, reste inaccessible par voie terrestre : environ 164 000 vulnérables ne peuvent donc recevoir de l'aide humanitaire que par hélicoptère. La Division Provinciale de Santé (DPS) est souvent en proie à des difficultés managériales, qui ont un impact négatif sur les travailleurs en santé et sur les services qu'ils délivrent. En 2018, une grève des prestataires des centres de santé a paralysé le système d'information sanitaire entre la 19e et la 32e semaine épidémiologique. Les taux de complétude et de promptitude des rapports parvenus au niveau du bureau de surveillance épidémiologique et de gestion des crises durant cette période sont descendus dans les niveaux très bas de 20%. Cette situation a été à l'origine des

retards observés dans la notification tardive des premiers cas et donc dans la gestion des épidémies. Au-delà de la maladie à virus Ebola (MVE) – dont une description spécifique est donnée en annexe – le Nord-Kivu est affligé par d'autres maladies graves, comme le choléra, la rougeole et la rage. En ce qui concerne le choléra, peu de cas ont été déclarés pour plus de décès en 2018 qu'en 2017, car 2 992 cas de choléra avec 32 décès attribuables ont été notifiés principalement dans les zones de santé de Goma, Itebero, Kibua, Kirotshu, Masisi, Mweso et Walikale, contre les 4 376 cas avec 14 décès de 2017. Pour l'épidémie de Rougeole, elle est surtout concentrée dans le Territoire de Walikale puisque, sur les 621 cas de rougeole notifiés, 443 cas – dont 3 décès – ont été enregistrés dans la Zone de santé de Walikale. Cependant l'épidémie continue. Pour ce qui est de la rage canine, 73 cas de morsures de chiens et 3 décès de personnes mordues sont survenus en 2018. Ces cas ont été notifiés dans 6 des 34 zones de santé du Nord-Kivu (Kibua, Masisi, Mweso, Walikale, Pinga et Rutshuru). La morbidité chez les enfants de moins de 5 ans est également dominée par le paludisme, les infections respiratoires aigües (IRA) et la malnutrition. Le taux de mortalité le plus élevée est par contre causé par l'anémie, les infections néonatales, le paludisme grave, la pneumonie et la malnutrition. Le cumul des cas de paludisme notifiés à la fin de 2018 était de 997 798 cas et 272 décès. Les zones de santé les plus affectés sont Walikale, Oïcha, Mweso, Masisi, Kibua et Kibirizi. Au-delà des épidémies, la vie et le bien-être des enfants sont aussi menacés par la malnutrition aigüe sévère (MAS). Des actions urgentes en termes de nutrition sont nécessaires, d'autant plus que la situation ne s'est guère améliorée au fur et au mesure

des années. En 2016, alors que le Programme national de nutrition (PRONANUT) avait mené des enquêtes territoriales dans toute la Province du Nord-Kivu, 6 zones de santé dans le Territoire de Rutshuru (Rusthuru, Rwanguba, Binza, Bambo, Birambizo et Kibirizi) avaient un taux de MAS égal à 2,5% tandis que 4 zones de santé du Territoire de Walikale (Walikale, d'Itebero, de Kibua et de Pinga) avaient un taux de MAS de 2,7%. Malgré les réponses mises en place pour cibler les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes ainsi que leurs familles, la situation en termes de nutrition ne s'est pas améliorée en 2017, année pendant laquelle les enquêtes nutritionnelles SMART conduites dans les zones de santé de Mweso, Birambizo, Kayna et Itembero ont révélé des taux de MAS de 4,6% à Mweso, 2,2% à Birambizo, 2,8% à Kayna et 1,5% à Itembero. Quelques appuis ponctuels de courte durée (≤ 6 mois) ont été menés dans ces zones de santé. Cependant, en 2018, les enquêtes SMART rapide qui ont été réalisées dans les zones de santé de Lubero, Bambo, Birambizo, Mweso, Pinga, Katoyi et Kibua ont présenté des taux de MAS encore plus inquiétants, surtout dans les zones de santé de Mweso (3,3%), Birambizo (1,7%), Bambo (5,7%), Lubero (1,7%), Kibua (3,4%) et Katoyi (5,5%). En ce qui concerne les zones de santé de Beni et d'Oicha, aucun appui nutritionnel leur a été longtemps livré. En effet, les moyens sont insuffisants par rapport aux besoins dans la province et donc les activités en nutrition restent ponctuelles. Par exemple, tous les efforts confondus permettent de couvrir en moyenne entre 15 et 20% des cas de MAS attendus, soit 20 092 cas sur 100 459 en 2018. Bien que la malnutrition chronique ne soit pas souvent mentionnée, elle demeure aussi une urgence silencieuse. Par rapport au reste du pays, le Nord-Kivu est parmi les provinces les plus touchées, avec un taux de malnutrition chronique situé à 52% au-delà de l'urgence. Cela veut dire que, dans cette province, un enfant sur deux de moins de 5 ans souffre de malnutrition chronique.

Dans la Province de l'Ituri, l'impact de la crise humanitaire sur la santé des populations est également avéré, puisque la persistance de l'insécurité et des violences interethniques survenues depuis décembre 2017 dans le Territoire de Djugu n'ont cessé de limiter l'accès des populations aux paquets minimum et complémentaires de soins de santé essentiels et aux services sociaux de base, à une alimentation suffisante

et de qualité, ainsi qu'en termes d'eau potable, hygiène et assainissement. Sur 29 zones de santé que compte la province, 17 sont prioritaires pour les interventions humanitaires multisectorielles. Dans le Territoire de Djugu, 8 zones de santé sur les 13 présentes étaient dans le besoin d'une assistance sanitaire au mois de juillet 2018 – avec 35 structures de santé non fonctionnelles du fait de pillages, destruction, occupation ou abandon sur 107 existantes. La mortalité journalière dans certains sites de déplacés de ces zones était supérieure au seuil d'urgence. Les principaux indicateurs de la santé des enfants et des femmes demeurent préoccupants. La mortalité infanto-juvénile est de 112 pour 1 000 naissances vivantes et environ 15 femmes décèdent par mois de suites de problèmes liés à la grossesse. D'ailleurs, ce sont les enfants de moins de 5 ans qui continuent de payer un lourd tribut pour les principales maladies mortelles, tels que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les diarrhées. Pour ce qui est de la malaria, environ 20 000 cas suspects ont été notifiés chaque semaine avec des flambées sans atteindre le seuil épidémique dans certaines aires de santé des zones d'Aru, Ariwawa, Logo, Mahagi et Rethy. Comme en 2017, les principales épidémies – le Choléra et la Rougeole – ont persisté, malgré les efforts de la communauté humanitaire pour les éradiquer. Ainsi à la fin de l'année 2018, 1 067 cas de Choléra pour 32 décès attribuables ont été enregistrés en majorité dans les zones de santé de Gety, Angumu, Nizi et Tchomia. Pour la Rougeole, 3 276 cas d'enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés avec 45 décès principalement dans les localités de Nia-Nia et Nyarambe. L'impact de la crise est aussi évident d'un point de vue nutritionnel, car la situation des enfants s'est rapidement détériorée. Parmi les priorités, l'on trouve la Zone de santé de Komanda, une région en IPC 3 avec un indice de sévérité à 5 et dont les résultats des enquêtes nutritionnelles SMART réalisées en janvier 2018 ne reflétaient plus une situation qui est désormais catastrophique par rapport aux résultats obtenus (MAS : 0,3 ; MAG : 3,9). D'autres zones, telles que Fataki, Jiba, Linga, Tchomia, Rethy et Bunia viennent en seconde position de sévérité des besoins (indice de sévérité des besoins rapportées à 3) mais, si Fataki, Jiba, Linga, Tchomia et Rethy ont un taux de MAS à 2,3 – et IPC à 4 aux seuils recommandés pour des interventions urgentes – Bunia était à 2 de MAS plus proche de la sévérité.

L'exercice de mise à jour du Plan opérationnel a permis à l'Inter cluster régional (ICR) et au Comité régional inter organisations (CRIO) de travailler également sur l'identification des priorités liées à l'objectif stratégique 4 du Plan de Réponse Humanitaire pour la RDC 2017-2019 en la matière de Centralité de la Protection, Redevabilité, Genre et Age, Solutions Durables et Accès Humanitaire. Ces priorités intégreront le plan de travail des deux organes clé du mécanisme de coordination au niveau régional ainsi que le processus décisionnaire. Les priorités clé identifiées par thématique se résument comme suit :

i) Centralité de la Protection et Redevabilité :

- a) Renforcer la compréhension de la centralité de la protection au sein des différents clusters et groupes de travail;
- b) Assurer le rapportage et le monitoring des cas de protection auprès de l'ICR, CRIO et du Comité local inter organisations (CLIO), ainsi que des autres structures de coordination, de manière régulière à chaque rencontre;
- c) Faciliter le partage des informations et des évaluations en matière d'analyse des risques et des mesures de mitigations;
- d) Appuyer les clusters dans l'adaptation des checklists.

De plus, les besoins en termes de redevabilité constatés :

- a) Assurer une compréhension collective et approfondie du concept de redevabilité et des outils/mécanismes de mise en œuvre;
- b) Améliorer la visibilité sur les mécanismes de plaintes existantes au niveau régional et formuler des recommandations opérationnelles selon le secteur.

ii) Genre et Age :

- a) Améliorer la connaissance sur les concepts clé liés au genre et à l'âge et définir les engagements clé pour tous les secteurs pour une prise en compte concrète de ces concepts dans le cadre de l'évaluation et de l'analyse de contexte, ainsi que de la mise en œuvre et du suivi de la réponse, y compris en ce qui concerne les personnes en besoin spécifique;
- b) S'assurer que les outils d'évaluation et de rapportage de tous les acteurs soient adaptés à la collecte de données désagrégées, y compris aux personnes à besoin spécifique, et vulgariser ces outils à travers la formation et la diffusion de ceux-ci au sein des clusters.

iii) Solutions durables :

- a) Procéder au profilage d'intentions en matière de

solutions durables dans les zones de déplacements (sites et communautés d'accueil) ;

- b) Définir les critères minimums pour le retour, l'intégration et la relocalisation sur la base des critères du cluster Camp Coordination and Camp Management (CCCM) ;
- c) Etablir un plan multisectoriel d'accompagnement minimum au retour ;
- d) Développer un mécanisme de coordination avec les acteurs de stabilisation et de développement ;
- e) Organiser des missions d'évaluations multisectorielles dans les zones de retour ;
- f) Organiser des missions de monitoring de protection dans les zones de retour ;
- g) Travailler avec les autorités et les services étatiques dans les zones de retour ou attirer leur attention sur l'importance du retour ;
- h) Mobiliser les clusters pour intervenir dans les zones de retour ;
- i) Mettre en place des mécanismes d'identification précoce des foyers de tensions et de résolutions des conflits coexistence pacifique;
- j) Faciliter l'accès aux infrastructures de base dans les zones de retour ;
- k) Evaluer et identifier les mécanismes de survie mis en place par les déplacés dans les zones d'accueil ;
- l) Renforcer les capacités des autorités locales en matière de planification, première urgence, alertes, aiguillages vers les services appropriés, connaissances des droits des déplacés et plaider à l'attention des autorités provinciales ;
- m) Etablir des comités locaux des déplacés et des communautés locales ;
- n) Etablir un « one stop centre » pour information et aiguillage vers les services appropriés ;
- o) Travailler avec les autorités et les communautés d'accueil sur l'identification des problèmes fonciers et trouver des pistes de solution. ;
- p) Organiser des rencontres entre les équipes du Plan de Stabilisation et de Reconstruction (STAREC) lancé par le gouvernement de la RD-Congo, les acteurs de stabilisation et les organismes d'aide humanitaire pour développer un mécanisme de communication ;
- q) Développer et tester un outil de monitoring dans les

zones de retour sur la base des critères minimaux définis ;

- r) Définir des objectifs de monitoring, y compris pour informer sur les raisons qui causent des déplacements répétitif et pendulaires ;
- s) Entreprendre les actions de plaidoyer pour le financement de projets liés aux solutions durables, dans les zones de retour, dans les communautés d'accueil et dans des zones de relocalisation.

Également, afin de renforcer le dialogue avec le Cadre provincial de concertation humanitaire (CPCH), ils ont décidé de :

- a) Accompagner la mise en œuvre de la feuille de route du Forum pour les Solutions Durables (FOSOD) ;
- b) Etablir un cadre de dialogue avec les acteurs de développement au sein du CPCH ;
- c) Etablir un mécanisme de gestion et partage de l'information entre acteurs du CPCH ;
- d) Etablir un mécanisme de communication et de participation entre CPCH, déplacés, communautés

et autorités locales, à travers un atelier de rencontre à organiser deux fois par an.

iv) Accès Humanitaire :

- a) Accès humanitaire administratif : Rendre opérationnel le CPCH, le groupe de travail sur l'accès et redynamiser les comités de liaison territoriaux – y compris le plaidoyer de proximité;
- b) Accès humanitaire physique : Reconduire le fond flexible pour la réhabilitation des routes, pistes d'aviation et encourager les partenaires à utiliser les compagnies aériennes humanitaires, telles que ECHO flight et UNHAS;
- c) Accès humanitaire sécuritaire : Vulgariser les principes humanitaires, les principes directeurs et le droit international humanitaires auprès des différents acteurs (autorités étatiques, forces de sécurité, leaders communautaires, société civile et groupes armés), notamment à travers des mises à jour régulières par les acteurs humanitaires.



ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS

D'ACCÈS OPÉRATIONNEL

Les contraintes d'accès sécuritaire et physique restent une barrière majeure à la fourniture d'assistance humanitaire, dans la quasi-totalité des zones de santé ciblées. Lors de l'analyse conjointe, une attention particulière a donc été accordée à ces aspects qui ont été détaillés par zone de santé ciblée dans les tableaux en annexe. L'exercice a également mis un accent sur la définition des mesures nécessaires afin de mitiger l'impact de ces contraintes sur la rapidité et l'efficacité de la réponse.

- **Contraintes sécuritaires** : Tout au long de 2018, l'accès humanitaire dans la région nord-est de la RD-Congo a été limité par les affrontements et les cas de criminalité. La Province du Nord-Kivu a été la plus lourdement affectée, avec un total de 116 incidents, dont la majorité s'est déroulée dans les territoires de Nyiragongo, Masisi et Beni. Dans la Province de l'Ituri, le nombre d'incidents s'est élevé à 34 cas, principalement dans les territoires d'Irumu, de Mambasa et de Djugu. Compte tenu de l'évolution rapide des conditions sécuritaires, le constat actuel pourrait encore changer dans les semaines et mois à venir. La mise en place de mesures de mitigation s'avère donc toujours nécessaire, notamment à travers des activités de renforcement de la coordination civilo-militaire (UN-CMCoord) et de sensibilisation sur le mandat et les principes clé de l'action humanitaire. Pour réduire les risques liés au principe de « Ne Pas Nuire » et

faciliter l'accès de l'action humanitaire, il est nécessaire de veiller à une implication active des communautés bénéficiaires, des leaders communautaires et des notables locaux aux activités de ciblage, de fourniture de l'aide, et de réhabilitation des axes routiers.

- **Contraintes physiques** : Le mauvais état des axes routiers représente une barrière majeure à l'accès des zones ciblées. La situation devient encore plus préoccupante pendant la saison des pluies. En termes de mesures de mitigation, l'analyse a mis l'accent sur le renforcement des capacités des acteurs membres du cluster logistique en matière de recherche de solutions mieux adaptées aux contraintes, la mise en place de plateformes de mutualisation visant à faciliter l'approvisionnement ; le stockage et le transport des intrants ; la réhabilitation légère des points « chauds » et des axes prioritaires pour l'acheminement de l'aide à travers la mobilisation d'équipes mobiles et l'implication des communautés locales. Pour ce faire, une meilleure coordination et collaboration s'avère nécessaire avec les acteurs du développement, de stabilisation et les services étatiques au niveau régional et ainsi mutualiser les ressources déjà disponibles. La mise à jour régulière de la cartographie des besoins reste un outil clé pour la prise de décision et la recherche des solutions.



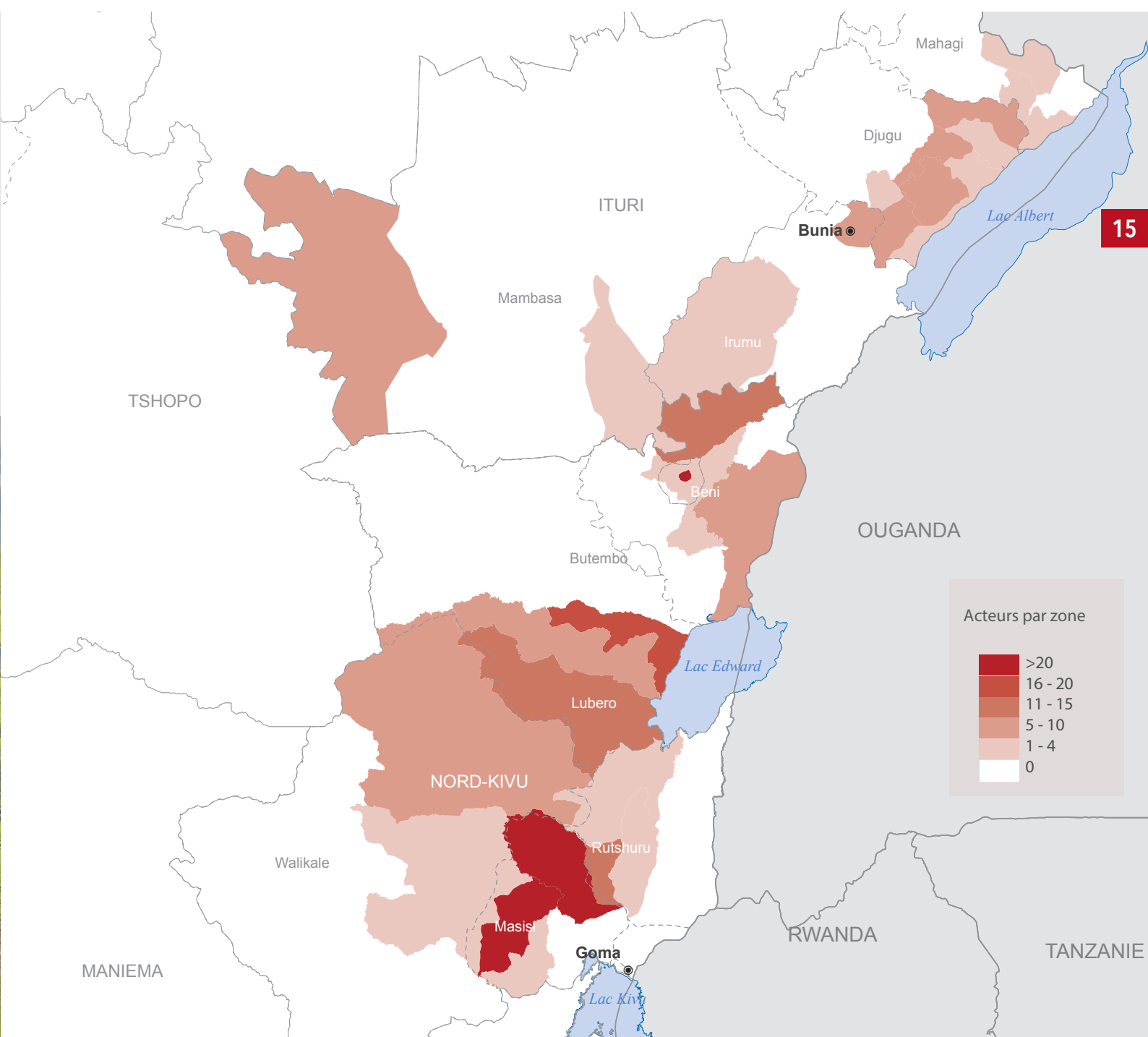
APERÇU DE L'ÉVOLUTION DE LA PRÉSENCE

OPÉRATIONNELLE

Au 31 décembre 2018, le nombre total d'acteurs opérationnels est estimé à 93 pour la Province du Nord-Kivu, 46 pour la Province de l'Ituri, et 4 pour celles du Bas-Uélé et Haut-Uélé. Les efforts de plaidoyer menés depuis le deuxième semestre 2017 ont favorisé le positionnement de nouveaux acteurs. Cependant, les ressources mobilisées restent insuffisantes face à l'ampleur des besoins.

TERRITOIRES	NOMBRE
ARU	10
DJUGU	27
IRUMU	13
MAHAGI	7
MAMBASA	13
FARADJE	1
BONDO	3

TERRITOIRES	NOMBRE
BENI	41
LUBERO	35
MASISI	48
NYIRAGONGO	11
RUTSHURU	35
WALIKALE	21



COORDINATION DE L'ACTION

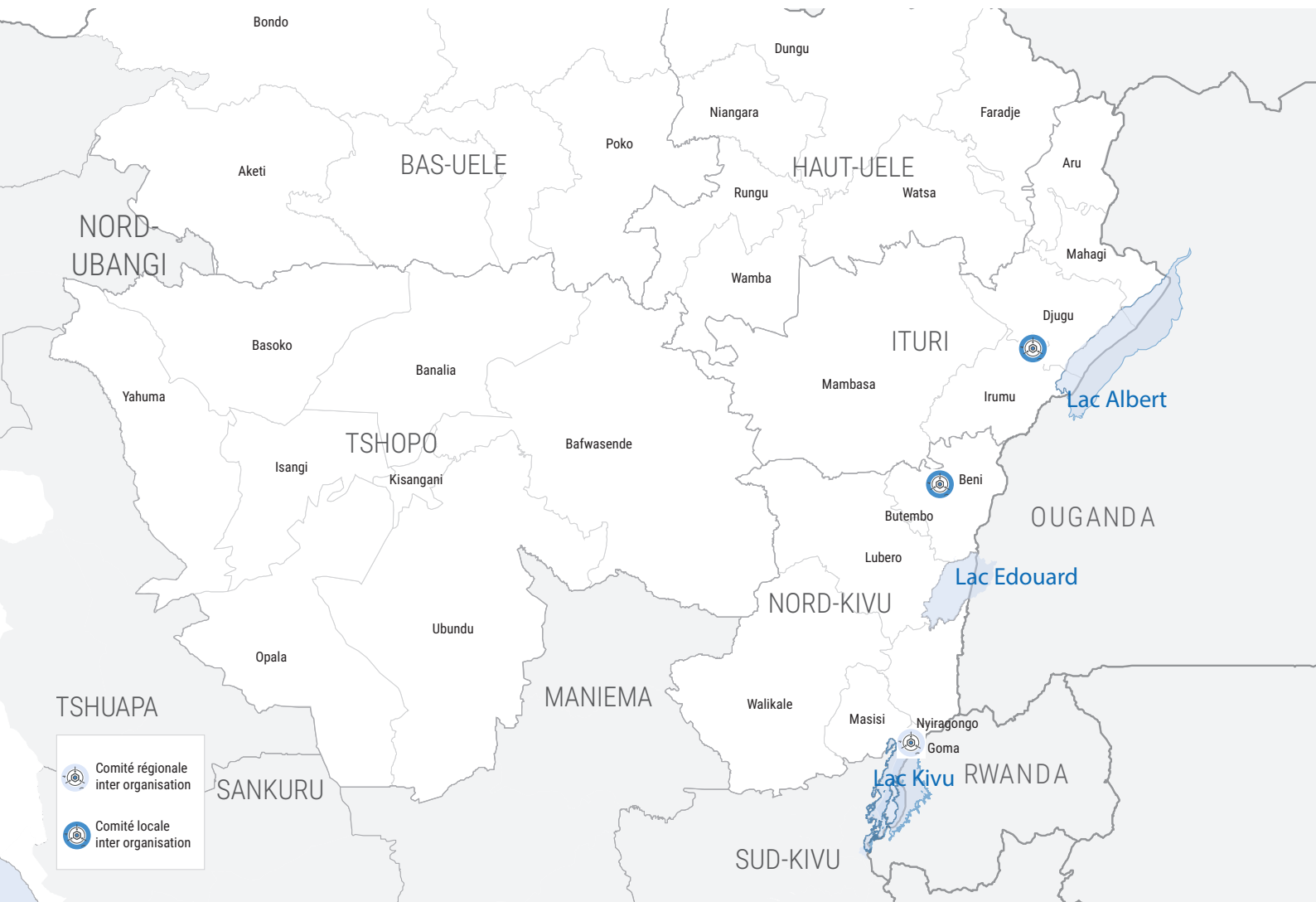
HUMANITAIRE

A la suite de la révision de l'architecture humanitaire, Goma a été identifié comme le pôle régional (Comité régional inter organisations - CRIO) de référence pour la coordination stratégique et opérationnelle de la réponse humanitaire de toute la région nord-est de la RD-Congo. De plus, Beni et Bunia accueillent deux Comités Locaux inter organisations (CLIO), qui assurent, en lien avec le CRIO, le lien avec la crise dans les territoires de Beni et Lubero (dans le Nord-Kivu) et avec les provinces de l'Ituri, du Haut-Uélé, de la Tshopo et du Bas-Uélé. Ces nouveaux mécanismes de coordination mis en place depuis avril 2018 fonctionnent normalement grâce aux efforts conjoints du niveau provincial, régional et national. Cependant, le bon fonctionnement et l'efficacité de la nouvelle structure de coordination restent encore limités par

l'insuffisance de communication et de coordination sectorielle entre le pôle de Goma et l'antenne de Bunia. Dans le cadre de l'extension du rayon de responsabilité géographique du mécanisme de coordination à Goma, il est fondamental que celui-ci puisse bénéficier d'une ligne de communication directe et bien établie qui le réunisse aux structures de la coordination basées à Bunia. Sans un effort conjoint dans ce sens, l'action humanitaire dans les provinces de l'Ituri, du Haut-Uélé, de la Tshopo et du Bas-Uélé risque d'être ralentie et sa qualité affectée par le manque d'une coordination rapide et efficace dans un contexte de crise en continue évolution.

POLE DE COORDINATION NORD-EST

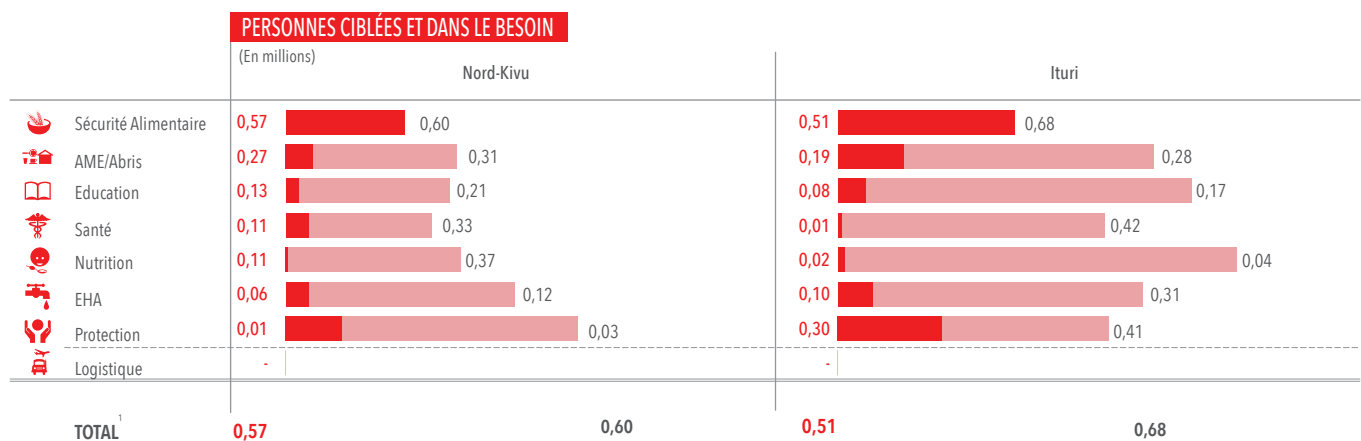
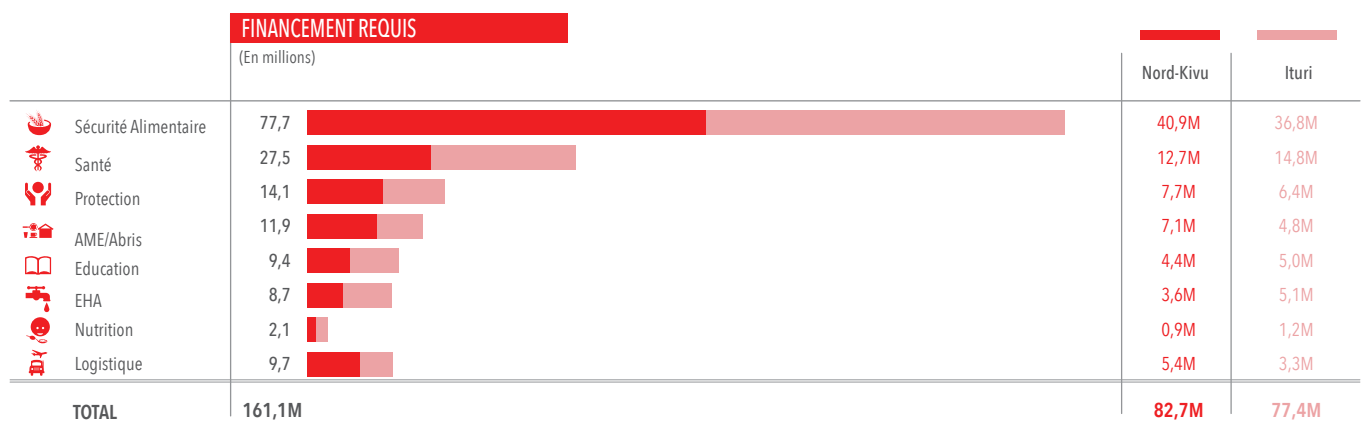
16



FINANCEMENT

REQUIS

Le financement requis a été calculé sur base de la planification (nombre de personnes dans le besoin, ciblées et budgets) adoptée et validée par zone de santé ciblée par les clusters, dans le cadre de la mise à jour 2019 du Plan de Réponse Humanitaire pour la RDC.



1. le nombre total de personnes dans le besoin (en noir) et ciblées (en rouge) est estimé conformément à la méthodologie d'agrégation ascendante recommandée par le groupe de travail sur la Gestion de l'information de l'IASC, afin d'éviter le chevauchement sectoriel. Ainsi le total n'est pas la somme de la colonne, mais la valeur maximale

GUIDE DU DONATEUR

En vue de l'action humanitaire conformément au Plan de réponse humanitaire de la RDC

CONTRIBUER AU PLAN DE RÉPONSE HUMANITAIRE DE LA RDC



Pour lire le plan de réponse préliminaire du pays et faire une contribution directement au plan du pays, consultez les pages spécifiques au pays sur le site internet humanitarianresponse.info. Chaque plan de pays contient des liens vers des informations en ligne sur les organisations participantes et les personnes à contacter.

www.rdc.humanitarianresponse.info/

CONTRIBUER AU FONDS HUMANITAIRE POUR LA RDC



Le Fonds commun de la RDC est un instrument de financement humanitaire géré depuis la RDC. Il s'agit d'un fonds lancé par le Coordonnateur des secours d'urgence (Mark Lowcock) et financé par divers gouvernements. Le Coordonnateur humanitaire a autorité sur l'utilisation du fonds et délègue sa gestion quotidienne à une unité conjointe composée des entités d'OCHA et du PNUD. Pour plus d'informations sur les fonds communs de pays, visitez: www.unocha.org/what-we-do/humanitarian-financing/country-based-pooled-funds

Si vous souhaitez contribuer au Fonds humanitaire pour la RDC, veuillez contacter le Chef de l'Unité de financement humanitaire:

ingaji@un.org

CONTRIBUER AU FONDS CENTRAL DE REPONSE AUX URGENCES (CERF)



Le CERF fournit rapidement un financement initial pour des activités vitales dès les premières phases d'une situation d'urgence et pour des opérations humanitaires essentielles peu financées répondant à des crises prolongées. Le CERF, géré par OCHA, reçoit des contributions de divers donateurs - principalement des gouvernements, mais aussi d'entreprises privées, de fondations, d'organismes de bienfaisance et de particuliers - qui sont regroupés en un seul fonds. Les fonds CERF sont utilisés pour répondre à des crises dans le monde entier. Pour en savoir plus sur le CERF et la manière d'y contribuer, consultez le site web du CERF: www.unocha.org/cerf/ourdondon/how-donate

CONTRIBUTIONS EN NATURE



Les Nations Unies demandent aux bailleurs de fonds de faire des dons en espèces plutôt qu'en nature pour garantir rapidité et flexibilité et l'adéquation entre besoins et aide fournie. Si vous ne pouvez faire que des contributions en nature en réponse à une catastrophe et situation d'urgence, veuillez contacter: logik@un.org.



ENREGISTREMENT ET IDENTIFICATION DE VOS CONTRIBUTIONS

OCHA gère le Service de suivi financier (FTS), qui enregistre toutes les contributions humanitaires déclarées (argent, en nature, multilatéral et bilatéral) aux situations d'urgence. Son objectif est de donner crédit et visibilité aux donateurs pour leur générosité. Veuillez signaler vos contributions à FTS, soit par courrier électronique à fts@un.org, soit par le biais du formulaire de déclaration de contributions en ligne à

<http://fts.unocha.org>

ANNEXES 1






















DETAILS DES ZONES ET DES BESOINS PRIORITAIRES





TABLEAU DE SYNTHÈSE : PROVINCE DU NORD-KIVU






Priorisation par zone (1)

































Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire de Beni, Zone de Santé	Axe : Beni ville	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés	 Contraintes : Problème d'acceptation des humanitaires (ex. résistance riposte Ebola)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistance monétaire ✓ Foires ✓ Distribution directe 	Programme de développement du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prévention de l'exploitation et des abus sexuels ✓ Monitoring des incidents de protection
Territoire de Lubero, Zone de santé de Lubero	<p>Axe : Kitsombero-Kaleveryo - Lubango</p> <p>Axe : Kitondi-Kipese-Kirikiri-Mutondi-Byenge</p> <p>Axe : Katondi-Kipese-kirikiri-kasisi-Kariva-Kabariri-Kiriva</p> <p>Axe : Kipese-kankisi-kasisi-Bukununu</p> <p>Axe : Kasugho-Kaheri</p>	<p>Paquet d'activités multisectoriels: </p> <p>Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés</p>	 Présence des barrières illégales sans impact sur le passage des humanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Appui fixe en santé pour les zones d'accès facile et cliniques mobiles dans les zones d'accès difficile ✓ Activité de prévention à la MVE 	Projet SWIFT OXFAM en EHA en partenariat avec HYFRO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place d'un mécanisme de référencement des cas de protection
Territoire de Lubero, Zone Santé Kayna	<p>Axe : Kayna-Luofu</p> <p>Axe : Kanyabayonga - Miriki</p> <p>Axe : Kayna-Kamandi Lac</p>	<p>Paquet d'activités multisectoriels: </p> <p>Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.</p>	 Présence des barrières illégales sans impact sur le passage des humanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistance monétaire ✓ Foires ✓ Distribution directe 		
Territoire de Masisi, Zone de Santé de Mweso	<p>Axe : Mweso - Mpati</p> <p>Axe : Mweso -Katsiru</p>	<p>Paquet d'activités multisectoriels: </p> <p>Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.</p>	 Accès sécuritaire difficile, affrontements entre groupes armés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistance monétaire ✓ Foires ✓ Distribution directe 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre ✓ Dans les cas précis, distribution préventive des kits choléra aux familles à très fort risque de contamination

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire d'Oicha, Zone de Santé d'Oicha	Axe : Beni-Oicha- Kokola- Eringeti-kainama	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés	 Sécurité volatile,  Accès physique sur Kainama possible via Bunia, faire une analyse sécuritaire avant toute intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Cash inconditionnel monétaire <input checked="" type="checkbox"/> Foires <input checked="" type="checkbox"/> Distribution directe / Ciblée		<input checked="" type="checkbox"/> Prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PEAS) <input checked="" type="checkbox"/> Monitoring des incidents de protection
Territoire de Rutshuru, Zone de Santé de Bambo	Axe: Tongo - Bambo centre- Kishishe	Paquet d'activités multisectoriels  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Présence de groupes armés; faible présence de FARDC; présence de COB de la MONUSCO consultation active des groupes armés et leaders communautaires pour l'accès humanitaire  Route avec bourbiers carrossables	<input checked="" type="checkbox"/> Cash inconditionnel <input checked="" type="checkbox"/> Foires <input checked="" type="checkbox"/> Distribution directe		<input checked="" type="checkbox"/> Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre <input checked="" type="checkbox"/> Renforcer la cohésion sociale et le dialogue communautaire, résolution des conflits. <input checked="" type="checkbox"/> Renforcement de capacité de protection communautaire
Territoire de Rutshuru, Zone de Santé de Birambizo	Axe: Bishusha - Bukombo -Katsiru	Paquet d'activités multisectoriels  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Présence de groupes armés et des FARDC. Risque d'extension des affrontements entre groupes armés  Accès routier difficile pour les camions lourds.	<input checked="" type="checkbox"/> Cash <input checked="" type="checkbox"/> Distribution directe		<input checked="" type="checkbox"/> Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre
Territoire de Rutshuru, Zone de Santé de Kibirizi	Axe : Kihondo-Nyanzale-Kikuku-Kanyabayonga Axe: Kikuku-Bwalanda-Kashalira-Kirima-Kibirizi.	Paquet d'activités multisectoriels  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	Contraintes sécuritaires : Risques d'enlèvement; Consultation active des groupes armés et des leaders communautaires; présence FARDC; présence COB Monusco à Nyanzale et Rwaindi.  Contraintes physiques :Bourbier à Katsiru et Nyanzale	<input checked="" type="checkbox"/> Cash <input checked="" type="checkbox"/> Foires <input checked="" type="checkbox"/> Distribution directe <input checked="" type="checkbox"/> Activités de prévention MVE		<input checked="" type="checkbox"/> Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire de Walikale, Zones de Santé de Itebero.	Axe : Itebero-Hombo Axe : Hombo - Biriko	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	N/A 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistance monétaire ✓ Foires ✓ Distribution directe 		<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre Dans les cas précis, distribution préventive des kits choléra aux familles à très fort risque de contamination

Priorisation par zone (2)

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire de Lubero, Zone de Santé d'Alimbongo	Axe: Katondi Alimbongo-Vutsorov	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Présence des barrières illégales sans impact sur le passage des humanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistance monétaire ✓ Foires ✓ Distribution directe 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcement de la cohésion sociale et le dialogue communautaire, résolution des conflits ✓ Renforcement de capacité de protection communautaire
	Axe: Alimbongo- Bingi Axe: Matembe-Bukununu					
Territoire de Masisi, Zone de Santé de Katoyi	Axe: Kinigi-Luke Axe: Miano-Katuunda	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Accès physique très difficile, bourbiers Taxes illégales Restriction de mouvement de la population Mesures de mitigation : sollicitation du cluster logistique,  sensibilisation des groupes armés, y compris sur les principes directeurs et DHI Présence des groupes armés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cash for work (Log) ✓ Cash ✓ Distribution directe 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre ✓ Dans les cas précis, distribution préventive des kits choléra aux familles à très fort risque de contamination

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire de Masisi, Zone de Santé de Masisi.	Axe: Nyabiondo - Lukweti Axe: Loashi - Miandja Axe: Burora - Shoa Axe: Luke-Mahya Axe: Lushebere-Mpanam	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Contraintes sécuritaires : Présence de groupes armés; Taxes illégales; restriction de mouvements de la population; sensibilisation des groupes armés, y compris sur les principes directeurs et DHI.  Accès Physique : bourbiers.	 Transfert monétaire  Foires  Distribution directe  Assistance communautaire et individuelle		 Sensibilisation et éducation aux risques de mines  Intervention techniques distrestes et REG
Territoire d'Oicha, Zone de Santé de Kalunguta	Axe: Beni - Kalunguta - Maboya - Butembo	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Pas de problème d'accès physique; pas de problèmes administratifs  Sécurité volatile Mesure de mitigation : développer les mesures d'acceptation communautaire, faire une analyse sécuritaire avant toute intervention	 Cash inconditionnel  Foires  Cash, approche communautaire		 PEAS, monitoring des incidents de protection  Intervention technique directe et destruction des REG, sensibilisation risques mines
Territoire d'Oicha, Zone de Santé de Mutwanga		Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	N/A	 Cash inconditionnel  Foires  Distribution directe		 PEAS, monitoring des incidents de protection  Intervention technique directe et destruction des REG, sensibilisation risques mines  Approche des cliniques mobiles est
Territoire de Walikale, Zone de Santé de Kibua	Axe: Kasheber - Buhimba Axe: Buhimba - Ntoto Axe: Ntoto - Kimua	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Accès Sécuritaire : présence de groupes armés, barrières et taxes illégales Mesures de mitigation : ouvrir les axes (Log), sensibilisation des groupes armés, y compris sur les principes directeurs et DHI  Routes impraticables, bourbiers et ponts coupés	 Méthode HIMO, cash for work (Log)  Cash  Distribution directe		 Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre  Dans les cas précis, distribution préventive des kits choléra aux familles à très fort risque de contamination





























































Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire de Walikale, Zone de Santé de Pinga	Axe: Pinga - Mutongo Axe: Oninga et alentours Groupement de Ikobo		 Ponts cassées; accès difficile par voie terrestre; routes inexistantes (Oninga et alentours); Accès via territoire de Lubero  Accès sécuritaire : présence de groupes armés ; taxes et barrières illégales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HIMO, cash for work (Log) ✓ Cash ✓ Distribution directe 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ PEAS et Prise en compte Age et Genre ✓ Dans les cas précis, distribution préventive des kits choléra aux familles à très fort risque de contamination

TABLEAU DE SYNTHÈSE : PROVINCE DE L'ITURI

Priorisation par zone (1)

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire d'Irumu, Zone de Santé de Komanda	Irumu centre-Komanda - Luna	Paquet d'activités multisectoriels  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés	 Contraintes sécuritaires : Sécurité volatile Mesure de mitigation : développer des mesures d'acceptation communautaire, mener une analyse sécuritaire avant toute intervention	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cash ✓ Foire ✓ Distribution directe ✓ Appui fixe et mobile selon accessibilité 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre ✓ Vérification et profilage des déplacés ✓ Action de sensibilisation et éducation aux risques de mines / REG
Territoire d'Irumu, Zone de santé de Bunia	Bunia ville	Paquet d'activités multisectoriels:  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Sécurité volatile; Mesure de mitigation : développer des mesures d'acceptation communautaire, mener une analyse sécuritaire avant toute intervention	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Distribution ciblée ✓ Cash ✓ Appui fixe - Zones accessibles ✓ Appui mobile - zones innaccessibles 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre ✓ Vérification et profilage des

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire de Djugu, Zone de Santé de Drodro	Axe: Blukwa- Ladedjo	Paquet d'activités multisectoriels:	 Présence de groupes armés et des milices.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transfert monétaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PEAR+ (Programme élargie aux retours): UNICEF ✓ Santé de la réprod: UNFPA ✓ FAO (projet STEP) : Axe Drodro - Maze 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la composante cohésion communautaire dans la mise en œuvre de tout projet ✓ Prise en compte de la MVE ✓ Renforcement des capacités et dialogue communautaire ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre
	Axe: Drodro-Maze		Problèmes d'identité communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foires ✓ Distribution directe 		
	Axe: Drodro- Logo- Takpa tche	Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	Mesure de mitigation: Analyses DNH, distribution équitable de l'aide humanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Clinique mobile 		
Territoire de Djugu, Zone de Santé de Fataki	Axe Fataki- Bule - Dhendro	Paquet d'activités multisectoriels:	 Présence d'hommes armés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transfert monétaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PEAR+ (Programme élargie aux retours): UNICEF ✓ Santé de la réprod: UNFPA ✓ FAO (projet STEP) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la composante cohésion communautaire dans la mise en œuvre de tout projet ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre
	Axe : Fataki- Sanduku-Sumbusu		Mesure de mitigation : analyse DNH, distribution équitable de l'aide	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foires ✓ Distribution directe ✓ Clinique mobile 		
Territoire de Djugu, Zone de Santé de Jiba	Axe Jiba-Laudjo	Paquet d'activités multisectoriels:	 Présence d'hommes armés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transfert monétaire ✓ Foires ✓ Distribution directe ✓ Assistance communautaire et individuelle 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la composante cohésion communautaire dans la mise en œuvre de tout projet ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre
Territoire de Djugu, Zone de Santé de Linga	Axe : Linga-Buba	Paquet d'activités multisectoriels	 Présence d'hommes armés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transfert monétaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PEAR+ (Programme élargie aux retours): UNICEF ✓ Santé de la réprod: UNFPA ✓ FAO (projet STEP) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre ✓ Vérification et profilage des déplacés interne
			Mesure de mitigation : analyse DNH, distribution équitable de l'aide	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foires ✓ Distribution directe ✓ Assistance communautaire et individuelle 		
		Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés				

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire de Djugu, Zone de Santé de Lita	Axe : Lita-Jili-Penyi Axe : Lita-Kparangaza	Paquet d'activités multisectoriels  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Problème d'accès dû à l'identité communautaire Mesure de mitigation : Distribution équitable de l'aide humanitaire  Accès physique difficile entre Jili et Penyi.	<ul style="list-style-type: none">  Intervention directe  Foires  Distribution directe  Cash Clinique mobile  Participation communautaire 	<ul style="list-style-type: none">  PEAR+ (Programme élargie aux retours): UNICEF  Santé de la réprod: UNFPA  FAO (projet STEP) 	<ul style="list-style-type: none">  Intégrer la composante cohésion communautaire dans la mise en œuvre de tout projet  Prise en compte de la MVE  Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre
Territoire de Djugu, Zone de Santé de Nizi	Axe : Iga Barrière-Lopa Axe : Iga Barrière-Nizi	Paquet d'activités multisectoriels  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	 Zones accessibles avec présence PDI, y compris dans des sites	<ul style="list-style-type: none">  Transfert monétaire  Foires  Distribution directe  Assistance communautaire et individuelle 	<ul style="list-style-type: none">  PEAR+ (Programme élargie aux retours): UNICEF  Santé de la réprod: UNFPA  FAO (projet STEP) 	<ul style="list-style-type: none">  Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre  Vérification et profilage des déplacés interne  Renforcement des capacités et dialogue communautaire
Territoire de Djugu, Zone de Santé de Rethy	Axe : Mola-Rethy centre Axe : Rethy-Rassia	Paquet d'activités multisectoriels  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	Zone accessible qui accueille des PDI des zones aux alentours	<ul style="list-style-type: none"> Foires Distribution directe  Cash  Clinique mobile  Assistance communautaire et individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> (Programme élargie aux retours): UNICEF Santé de la réprod: UNFPA FAO (projet STEP) 	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre  Vérification et profilage des déplacés interne  Renforcement des capacités et dialogue communautaire
Territoire de Djugu, Zone de Santé de Tchomia	Axe : Tchomia-Kasenyi Axe : Tchomia-Nyamamba	Paquet d'activités multisectoriels  Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	Zone accessible (Vers Kasenyi)  Pont MITA à mauvais état (axe)	<ul style="list-style-type: none">  Assistance Intervention directe  Foires  Distribution directe  Cash  Clinique mobile  Participation communautaire 	<ul style="list-style-type: none">  (Programme élargie aux retours): UNICEF  Santé de la réprod: UNFPA  FAO (projet STEP) 	<ul style="list-style-type: none">  Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre  Prise en compte Ebola  Renforcement des capacités et dialogue communautaire

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire de Mahagi, Zone de Santé de Angumu	Axe: Muguma-Mokambo	Paquet d'activités multisectoriels Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	Zone d'accueil des PDI Mesure accès physique : ouverture des voies pour accès humanitaire	Distribution directe Foire; Cash Cliniques mobiles Intervention directe Participation communautaire	✓ PEAR+ (Programme élargie aux retours): UNICEF ✓ Santé de la réprod: UNFPA ✓ FAO (projet STEP)	Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre Prise en compte Ebola Renforcement des capacités et dialogue communautaire
Territoire de Mambasa, Zone de Santé de Mandima		Paquet d'activités multisectoriels Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés.	Accès physique difficile Présence des groupes armés, mais accessible	✓ Cash ✓ Foires ✓ Distribution directe ✓ Appui mobile et fixe selon accessibilité		Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre Approche communautaire et individuelle

Priorisation par zone (2)

Territoire et ZS	Axes prioritaires/ Localités	Besoins prioritaires	Conditions d'accès	Modalités d'intervention	Projets/ financement	Recommandation opérationnelle
Territoire d'Irumu, Zone de Santé de Gety	Axe : Gety- Aveba	Paquet d'activités multisectoriels: Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés	Sécurité volatile Mesure de mitigation : développer des mesures d'acceptation communautaire, mener une analyse sécuritaire avant toute intervention	✓ Cash ✓ Approche communautaire et individuelle ✓ Distribution directe ✓ Appui mobile et fixe selon accessibilité		Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre ✓ Vérification et profilage des déplacés interne
Territoire de Mahagi Zone de Santé de Logo, Mahagi	Axe : Logo- et environs Axe : Logo- Ameer Mahagi et environs	Paquet d'activités multisectoriels: Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés	Zone d'accueil des PDI	✓ Dist directe Foire Cash ✓ Cliniques mobiles ✓ Intervention directe ✓ Participation communautaire	✓ PEAR+ (Programme élargie aux retours): UNICEF Santé de la réprod: UNFPA FAO (projet STEP)	✓ Intégrer la composante cohésion communautaire dans la mise en œuvre de tout projet Prise en compte de la MVE ✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre
Territoire de Mambasa Zone de Santé de Nia-Nia	Axe: Nia-Nia - bafwasende	Paquet d'activités multisectoriels: Bénéficiaires ciblés: Déplacés, familles d'accueil et retournés	✓ Sécurité volatile Analyse sécuritaire sur l'axe avant toute interventio	✓ Cash ✓ Distribution Directe ✓ Participation communautaire		✓ Intégrer la PEAS et Prise en compte Age et Genre

ANNEXES 2

LA MALADIE A VIRUS EBOLA

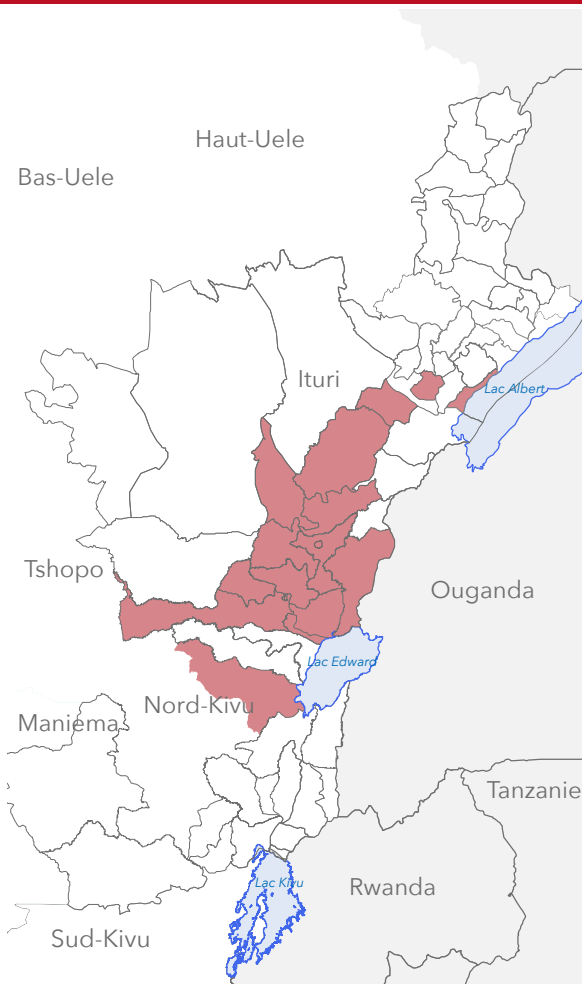
CONTEXTE

L'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) en cours au Nord-Kivu et en Ituri est la pire de l'histoire de la RDC et la deuxième plus grave dans le monde, après l'épidémie qui a ravagé l'Afrique de l'Ouest entre 2013 et 2016. L'épidémie a été officiellement déclarée le 1^{er} août 2018 par le Ministère de la santé de la RD-Congo, bien que des cas aient été soupçonnés dans la région de Mangina depuis juillet 2018. Au 1^{er} avril 2019, 1 092 cas ont été documentés (1 026 confirmés ; 66 probables), dont 683 décès, soit un taux de létalité de 63%. En tant que crise de santé publique dans un contexte de crise humanitaire complexe, la riposte a été directement coordonnée par le Ministère de la santé de la RDC avec le soutien de la coordonnatrice humanitaire, des agences des Nations Unies, notamment de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en tant que chef de file technique, et des ONG partenaires. Cette structure, comme celle en Afrique de l'Ouest, vise à permettre à un plus grand « commandement et contrôle » des opérations. Néanmoins, malgré un certain succès dans la limitation de la propagation géographique de l'épidémie, le virus continue de se diffuser, aussi dans des endroits où la maladie était censée être sous contrôle puisque de nouveaux cas sont toujours confirmés.

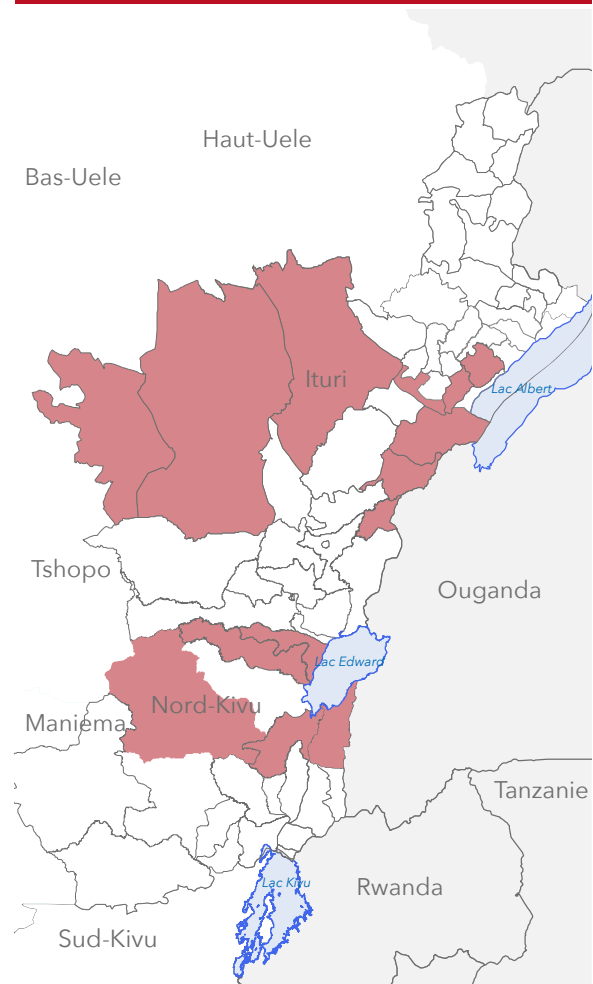
Les défis pour enfin vaincre cette maladie sont multiples. La réticence de la communauté est un des aspects qui se posent dans la lutte contre des nombreuses épidémies. La MVE est toutefois exceptionnel en ce sens, puisque des nombreuses normes sociales et communautaires peuvent être perturbées dans la tentative de mettre fin à une flambée épidémique. Parallèlement à ce défi, le contexte du Nord-Kivu et de l'Ituri présente un mélange complexe d'éléments supplémentaires, notamment la crise humanitaire et de protection complexe décrite ci-dessus dans ce plan opérationnel. Cela signifie donc que les communautés touchées ont longtemps souffert l'insécurité et le manque d'accès aux services et biens de base.

Les contraintes sécuritaires dans les zones affectées par l'épidémie d'Ebola sont aussi liées à des questions de perception des acteurs par les populations locales. Avec l'augmentation soudaine du nombre d'organisations humanitaires et d'acteurs de santé pour la riposte, la population locale a du mal à distinguer les rôles, activités et missions des acteurs présents dans la ville. De plus, en raison de facteurs socio-culturels, des malentendus peuvent donc se produire et déboucher sur des incidents.

Zones affectées MVE¹



Zones à risque MVE²



1. Zones affectées MVE : zones ayant reçues un cas confirmé de la maladie à virus Ebola

2. Zones à risque MVE : zones à proximité des zones affectées par la maladie à virus Ebola

Certaines activités de la riposte, tels que les enterrements dignes et sécurisés (EDS), font l'objet d'une résistance plus ou moins forte des communautés. L'impact des incidents reste limité en termes de sécurité mais il peut être majeur en ce qui concerne la gestion des activités, notamment en cas de suspension temporaire des activités des humanitaires par mesure de prudence. Les conflits en cours dans les zones affectées par Ebola, la présence de groupes armés et les opérations militaires en cours créent des enjeux et des risques pour l'accès humanitaires qui demandent un renforcement des activités de coordination civilo-militaire.

Puisque la riposte de la maladie à virus Ebola a des répercussions évidentes sur la réponse dédiée aux autres besoins humanitaires et vice-versa, le renforcement

de la coordination, une bonne communication avec les populations est aussi indispensable pour obtenir l'acceptation des communautés et minimiser l'impact potentiel sur l'accès des acteurs humanitaires pendant et après l'épidémie MVE. Une collaboration étroite avec la coordination de la riposte MVE s'avère donc nécessaire, car elle permettra de prévenir un impact négatif sur les activités de réponse à l'épidémie de MVE, d'élaborer des messages-clés clairs, et d'expliquer l'existence d'une réponse humanitaire parallèle à celle contre Ebola.



PLANIFICATION

En tant que crise de santé publique, la réponse à la MVE n'est pas incluse dans le plan d'intervention humanitaire (PRH) de 2019, mais elle se base plutôt sur un plan d'intervention stratégique (SRP). A ce jour, il y a eu trois SRP successifs : SRP1 d'août à octobre 2018 pour \$44,2 millions ; SRP2 de novembre 2018 à janvier 2019 pour \$60,1 millions (révisé comme SRP 2.1 pour un \$23,5 millions supplémentaires) ; et SRP3, prévu pour la période février-juillet 2019 pour \$147 millions et qui pourrait augmenter avec les révisions. Ces SRP ont tous en commun un objectif général unique : briser la chaîne de transmission du virus Ebola et prévenir sa propagation ailleurs. Cela a abouti au développement de onze piliers d'activités :

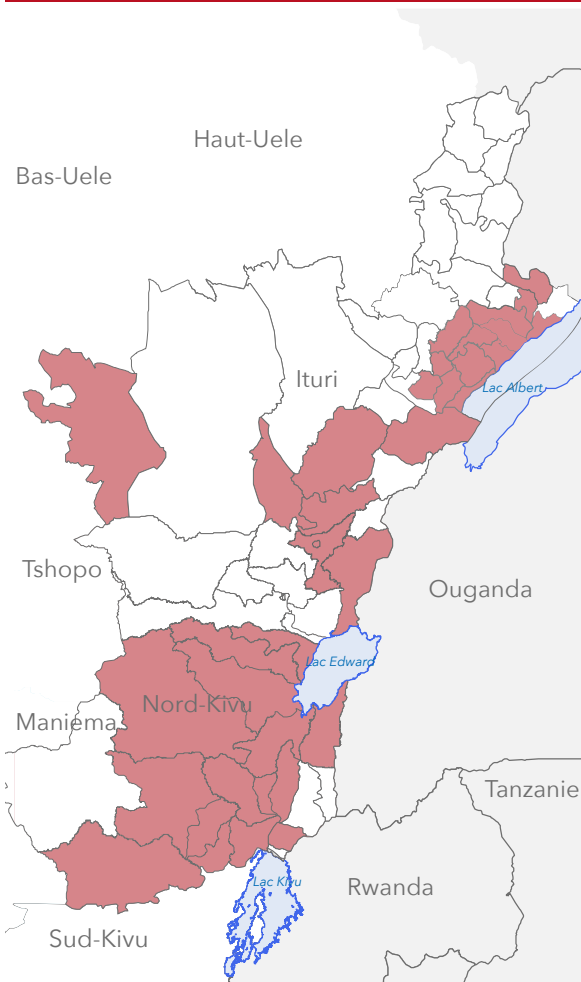
- *coordination,*
- *surveillance,*
- *laboratoire et recherche,*
- *prise en charge médicale,*
- *prévention (prévention et contrôle des infections et enterrements dignes et sécurisés),*
- *communication et engagement communautaire,*

- *prise en charge psychosocial,*
- *vaccination,*
- *logistique,*
- *et sécurité.*

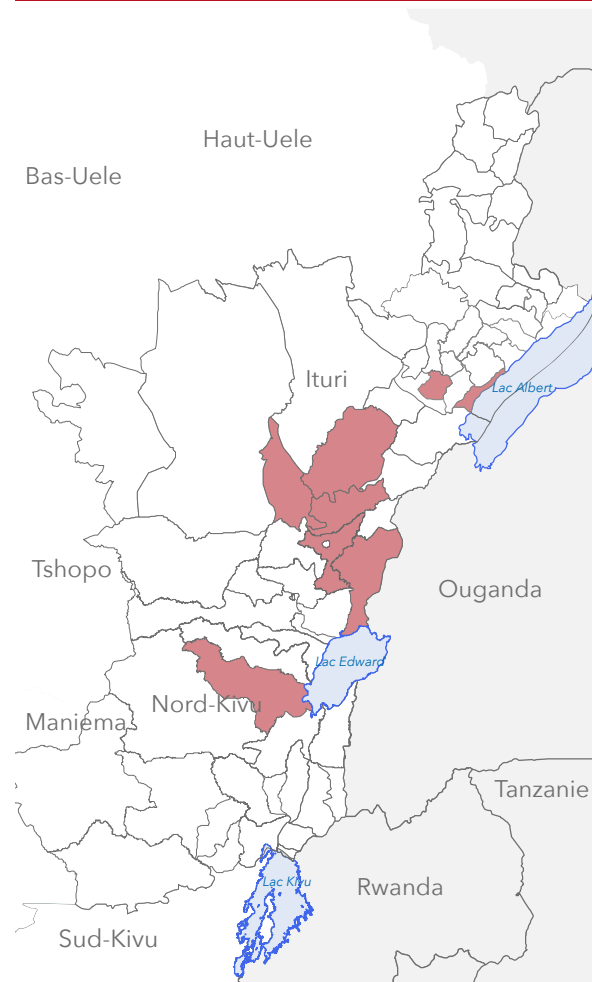
Ce paquet d'activités ne traite pas des besoins épidémiques non-MVE. Dans les zones de santé touchées par la maladie à virus Ebola, l'aperçu des besoins humanitaires (HNO) pour 2019 estimations 1 252 731 personnes dans le besoin et cibles 885 163 pour l'aide humanitaire. Pour atteindre cette population, le HRP pour 2019 appels à \$93,3 millions.

Tout en répondant directement aux besoins des populations vulnérables dans ces localités et directement redevables envers ces communautés, ces activités humanitaires devraient avoir un effet corollaire de l'activation des opérations d'intervention de la MVE. Un tel investissement assurera également la continuité des opérations humanitaires après le passage du mécanisme d'urgence de la réponse actuelle et une phase post-Ebola.

Zones prioritaires PO³



Zones mixtes⁴



3. zones prioritaires PO : zones humanitaires prioritaires dans le cadre du plan opérationnel d'urgence

4. Zones Mixtes : zones prioritaires du plan opérationnel et affectées par la maladie à virus Ebola

CONSEQUENCES HUMANITAIRES DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

Cluster	Conséquence humanitaire sectorielle de la MVE	Activité suggérées pour répondre à la problématique	Details paquets d'activités
Santé	Surmorbidity	Assurer la gratuité des soins de qualité a toutes les populations des ZS affectées (100% de la population dans les ZS affectées)	1. Paquet d'activités minimum(PMA), 2. Paquet d'activités maximum, 3. DMU
	Surmortalité « explosive »	Assurer la gratuité des soins de qualité a toutes les populations des ZS affectées (100% de la population dans les ZS affectées)	Idem
	Réduction de l'accès aux soins de santé (Négligence/oubli des autres activités sanitaires et humanitaires de routine 2 exemples)	Assurer la gratuité des soins de qualité a toutes les populations des ZS affectées (100% de la population dans les ZS affectées)	Idem
	ONUSIDA n'a pas pu faire les activités de prévention de masse de VIH dans les quartiers sensibles de Goma parce qu' il y a une restriction de la mise en œuvre des activités de santé de masse. lorsqu'on les implémente dans le contexte de MVE, il faut mettre plus de moyens (application stricte des mesures de précaution universelles).		
	OMS/UNICEF, n'ont pas fait la campagne de riposte polio en 2018 dans les zones de santé qui étaient affectées par Ebola, ce ci met à risque de poliomyélite les enfants vivant dans ces zones.		
	Baisse de l'utilisation des services de santé (les populations ont perd d'aller dans les structure de soin, et préfère aller chez les tradi-praticiens)	Gratuité des soins , sensibilisation , amélioration de la PCI dans les structures de soins	
	Augmentation des attaques du système de santé.	1. Plaider auprès des parties prenantes dans les conflits en faveur du respect du principe d'inviolabilité du système de santé	
	En 2018, il y a eu 15 SSA dans le NK donc 12 étaient liés à la MVE. Les attaques entraînent une limitation de l'accès au soins	2. Renforcer l'engagement communautaire, notamment le couplage de la surveillance à base communautaire (SBC) a la communication des risques	
		3. Communiquer efficacement pour le changement de comportement avec les communautés affectées ou non par la MVE par rapport à l'inviolabilité du système de santé	
	Détournement des ressources humaines et financières ce qui réduit la présence des humanitaires sur les questions humanitaires au profit des questions de santé et de challenges liées à Ebola.	Accroître les ressources financières du SRP3- Ebola	
Certaines ONG on eu a utiliser les ressources du HRP humanitaire au profit du SRP Ebola. par ailleurs les ressources qui auraient pu aider à faire les interventions humanitaires ont été déversées dans Ebola, privant ainsi certaines couches sociales de l'assistance humanitaire			
Au sein du Ministère de la santé publique, on note une diminution des RH. Le personnel sanitaire fait défaut dans certaines aires de santé OICHA, Beni, Butembo , Mabalako (affaiblissement physique par la MVE (41 infirmiers), décès par Ebola (21), abandon de son travail pour aller prester dans le programme de riposte de MVE, Abandon de son poste de travail par peur. Ce Gap en RH dans certaines zones de santé est jusqu'ici couvert par les RH additionnelles venues d'ailleurs. Il se fera à coup sur ressentir lorsque l'épidémie sera finie.			

Cluster	Conséquence humanitaire sectorielle de la MVE	Activité suggérées pour répondre à la problématique	Details paquets d'activités
Protection	Difficulté générale d'accès des acteurs de protection aux bénéficiaires suite à la résistance de la communauté à l'équipe de riposte MVE.	Faire l'analyse de protection communautaire et lié à la riposte à la MVE dans la zone de riposte.	Etant donné qu'il ya résistance de la communauté à la riposte suite à plusieurs rumeurs, tout acteur humanitaire est confondu à l'équipe de Riposte, ce qui ne facilite pas l'accès à l'aide humanitaire.
	La situation de stigmatisation des personnes guéries de l'Ebola	Adapter l'approche de réponse humanitaire et de riposte MVE sur base de cette analyse. Impliquer les leaders communautaires et la jeunesse dans la sensibilisation. Expliquer à la communauté le projet humanitaire et le programme de riposter MVE. Dans un contexte de déplacement interne, un suivi régulier de la réintégration des personnes guéries de l'Ebola devrait être fait	Sur cette question, l'action humanitaire devrait accompagner cette de la riposte Ebola
	VBG	VBG	VBG
	(i) Vulnérabilité accrue des femmes et des filles aux VBG (elle sont touchées à 65% par la MVE)	(i) Sensibilisation sur les voies de transmission et les conséquences.	la MVE touchent plus les femmes et renforce leur vulnérabilité sur tous les plans y compris aux VBG
	Plus exposées à toutes sortes de VBG	AGR pour l'autonomisation des femmes et ménages touchés par Ebola pour réduire les risques de VBG.	Le taux de VBG étant aussi élevé dans cette zone, les femmes sont plus exposées. Il faudrait mener des activités de prévention et aussi de réponse le virus se trouvant dans les fluides corporels, les femmes (exposées et guéries) doivent être dotées de kit de dignité pour prévenir la transmission de la maladie
	MVE transmissible par voie sexuelle (femmes et filles plus exposées)	Organiser la prise en charge psychosociale des personnes affectées	la MVE peut survivre dans le sperme pendant très longtemps même après la guérison de l'hôte d'où la nécessité de renforcer la prévention à travers la vaccination de toutes les survivantes de viol
	(ii) L'assistance conditionnée par des faveurs sexuelles de la part des femmes et des filles, d'où la nécessité d'intégrer la Prévention de l'exploitation et abus sexuel dans la riposte Ebola (PEAS)	Engager la communauté dans la prévention et la réponses	
		Prise en charge holistique de tout survivant de VBG doivent être accompagnés car potentiellement à risque d'avoir la MVE	
		Inclure la vaccination à la MVE pour tout survivant de VBG dans toutes les zones affectées	
		kit de dignité pour les contacts et toutes les femmes survivantes	
		(ii) formation des équipes de riposte Ebola sur la protection transversale (PEAS, AAP, Approche genre, Ne pas Nuire et gestion des plaintes)	
	PROTECTION DE L'ENFANT	PROTECTION DE L'ENFANT	PROTECTION DE L'ENFANT
	(i) Accroissement des traumatismes psychologiques aux femmes et aux jeunes suite aux conséquences sociales combinées avec l'insécurité/épidémie. Présence de plusieurs milliers d'enfants traumatisés suite aux multiples événements malheureux vécus dont la tueries et présence de la MVE.	(i) Prendre en compte les besoins spécifiques des filles et femmes et adapter l'assistance psychosociale selon ces besoins ; ceci est valable pour les autres volets de la réponse (communication/sensibilisation	La réponse protection de l'enfance est déjà intégrée dans la riposte Ebola, notamment à travers les interventions de la Commission psychosociale avec le :
	(ii) Séparation familiale du fait de l'hospitalisation d'un des membres de la famille dans le CTE	Prise en charge médicale/vaccination PCI/wash etc)	Soutien psychologique dans les CTE (cas confirmés, suspects, déchargés, guéris) et notamment des enfants affectes par la maladie (suspects/confirmés)
(iii) Enfants orphelins du fait de la maladie MVE	Mettre en place les mécanismes de redevabilité et de gestion des plaintes pour les bénéficiaires de la réponse.	Soutien psychosocial et/ou assistance matérielle aux familles affectées (dont un membre est dans/passé par le CTE) afin d'aider les familles dans la prise en charge de leurs enfants	

Cluster	Conséquence humanitaire sectorielle de la MVE	Activité suggérées pour répondre à la problématique	Details paquets d'activités
	(iv) Vulnérabilité accrue des enfants dans les familles et communautés affectées par la MVE Réduction des activités récréatives et psycho sociales dans les espaces amis d'enfant suite au risque élevé de contamination des enfants dans ces espaces (fermeture des espaces amis d'enfant depuis la déclaration de l'épidémie Ebola par le ministère de la santé)	Elargir la protection de l'enfants aux enfants victimes de violences liés aux conflits (certains acteurs travaillent déjà sur les enfants associés aux groupes armés mais les projets doivent être élargis pour répondre aux vulnérabilités des communautés affectées par les violences armes)	Soutien psychosocial aux personnes / enfants contacts
	(v) Participation de certains enfants aux actes de vandalisme contre les Structures de Santé où transitent les malades ou suspects à virus Ebola, y compris ceux qui sont suspects de la Maladie à virus Ebola. Parfois ces derniers touchent les matériels médicaux rencontrés. Ils détruisent ou pillent tout ce qui attire leur curiosité/intérêt et même ce qui peut les contaminer ; ce qui accroît leur risque de contamination ;	Impliquer les enfants dans les activités de prévention de la maladie à virus Ebola(participation)	Identification, prise en charge et recherche de solutions durables pour les enfants orphelins / séparés du fait de la maladie Ebola
	(vi) Stigmatisation des enfants orphelins de la MVE en milieu scolaire et dans la communauté suite à la considération particulière leur réservée par la Coordination de la riposte contre la MVE en discriminant plusieurs autres centaines d'orphelins des massacres et autres vulnérables, ce qui tend à pérenniser l'appellation « Orphelin EBOLA »;	Prise en charge des autres enfants orphelins des tueries;	Intégration du volet psychosocial dans les autres composantes de la riposte à travers le déploiement de psychologues et agents psychosociaux dans les autres commissions (surveillance, prévention, vaccination) avec un soutien actif pour le listage des contacts, l'acceptation de la vaccination, le travail sur les
	(vii) Déscolarisation des enfants affectés par la crise de la MVE	Renforcer les activités de protection communautaire, en impliquant notamment les structures de protection communautaire de l'enfant; Conception et diffusion des messages de prévention de la MVE avec des outils adaptés aux enfants	Même si une réponse protection de l'enfance existe au sein de la riposte, mais il y a encore des gaps à couvrir. Les gaps suivants ont été identifiés : Il s'agit notamment d'Intégrer le programme spécifique impliquant la participation des enfants dans les activités de prévention de MVE et de prise en charge des autres orphelins de massacre et autres orphelins vulnérables.
	LUTTE ANTI MINES (LAM)	LUTTE ANTI MINES (LAM)	LUTTE ANTI MINES (LAM)
	Exposition de la communauté aux risques liés aux restes et explosifs de guerre car la Zone est inaccessible du fait d'épidémie à MVE.	Intégrer dans la sensibilisation sur les REG les points sur la prévention de MVE et attitude à prendre.	Dans la zone où la MVE est en expansion, limite l'accès de l'équipe LAM pour sensibiliser la communauté sur les Reg et pour la dépollution de la zone
	Difficulté d'accéder à la zone à MVE pour dépollution et sensibilisation.	Former l'équipe de LAM sur comment pour faciliter leurs accès dans les zones à MVE pour la sensibilisation communautaire et pour la dépollution des REG identifiés.	
	LOGEMENT,TERRE ET PROPRIÉTÉ (LTP)	LOGEMENT,TERRE ET PROPRIÉTÉ (LTP)	LOGEMENT,TERRE ET PROPRIÉTÉ (LTP)

Cluster	Conséquence humanitaire sectorielle de la MVE	Activité suggérées pour répondre à la problématique	Détails paquets d'activités
	Abandon de logement, champs et propriétés suite à la MVE.	Sensibilisation sur les droits LTP	Les thèmes sur la prévention de cas de conflits fonciers ne sont pas développés dans la zone à MVE ;
	Destruction des maisons, pillages, vol de biens abandonnés ;	Plaidoyers pour accès au logement terre et propriété aux populations provenant des zones à forte concentration de la MVE et dans la zone de retour des survivants.	
	Disparition des traces des limites initiales des champs, parcelles suite de l'absence prolongé des propriétaires avec comme conséquence source des conflits fonciers de limites et occupation irrégulières de logement, maison et bien abandonnés ;	Fournir des conseils sur les services sociaux de bases	La population ne reçoit pas de l'information sur la situation actuelle de biens qu'elle avait abandonnée par crainte d'être contaminée par la MVE
	Occupations secondaires des maisons abandonnées ;	Vulgarisation des droits de la	
	Occupation clandestine / irrégulière des maisons, champs ;	femme et de la jeune fille au LTP et à l'héritage	Absence des mécanismes de restitution de biens aux survivants de MVE, à la population qui avait fui à cause de MVE et l'insécurité. µ
	Destruction méchante des maisons par les personnes de mauvaises foi qui profite de l'absence des propriétaires ;	Promouvoir les droits de la femme aux LTP dans la zone.	Restriction d'accès aux droits LTP à la femme et fille
	Conflits des limites des champs /Successions / Rupture abusive des contrats d'amodiation ;	Besoin de renforcer les capacités techniques et logistiques des structures locales de prévention et résolution des conflits fonciers dans la zone à MVE	
	Restriction d'accès aux droits LTP à la femme et fille ainsi que refus à la femme survivantes aux droits à l'héritage après la mort de son conjoint		
	Pour tous les secteurs ci-haut cités, une analyse des risques de protection devrait accompagner les activités de la riposte Ebola		
Sécurité Alimentaire	Faible accès aux moyens de subsistance par les ménages atteints par la MVE	Assistance en vivre ou en kit AGR aux ménages où le chef est décédé de suite de la MVE.	la sensibilisation devra être insérer dans le paquet pour toutes les activités sécurité alimentaire dans zone affectée par la MVE.
	Faible accès aux vivres aux vivres par les personnes affectées par la MVE	Assistance en vivres aux CTE.	
	Risque de contamination des bénéficiaires lors des distributions directes des vivres, pendant les foire, le cash ou le coupon.	Priorisation du cash transferts pour l'assistances en vivre.	e cluster santé et sécurité devront mettre en place une format de sensibilisation adapté à la sécurité alimentaire.
	Risque de contamination dans les marchés des produits agricoles	Approvisionnement les sites de distributions (distribution directe des vivres, cash, foire) en points de chloration d'eau.	
	Paralyse d'activités agricole	Sensibilisation sur la préparation des aliment.	
	Faible accès aux protéines d'origine animal suite à l'interdiction de la consommation de la viande de bousse.	Initier des projets d'élevages dans les zones où la viande de brousse était la seule source de protéine animale.	
	fuite de la main d'oeuvre agricole.	Renforcer les capacités des agents vétérinaires pour éviter les fausses alertes pour les animaux. Insertion de la sensibilisation dans le paquet minimum sécurité alimentaire.	

Cluster	Conséquence humanitaire sectoriel de la MVE	Activité suggère pour répondre a la problématique	Details paquets d'activités
Education	Baisse du taux de scolarisation des enfants/élèves	Désinformation et rumeurs non fondées sur la MVE au sein de la population	Elaboration de la cartographie des écoles se trouvant dans l'épicentre de l'épidémie et les zones voisines
	Augmentation du taux de mortalité des enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire	Méfiance et attaques des agents humanitaires sur terrain par les populations victimes de la MVE	Sensibilisation des parents et des chefs locaux (COPA, chefs des quartiers, chefs coutumiers...) sur la MVE
	Augmentation de la vulnérabilité des enfants orphelins dont les parents sont décédés de la MVE	Contamination des enfants et enseignants dans les écoles et dans les familles	Formation des enseignants et directeurs des écoles sur la MVE
	Stress et traumatismes des enfants/ élèves et des enseignants	Propagation rapide de la MVE dans les zones touchées et contamination générale des populations	Sensibilisation des élèves par les enseignants dans les salles de classe et intégration de la MVE dans les cours de Compétences de vie courante et de l'hygiène
	Crise humanitaire aigue de grande ampleur au-delà des provinces touchées (nationale).	Mort de plusieurs élèves à la suite de la contamination à l'école ou en famille	Formation des enseignants sur l'accompagnement psychosocial pour renforcer leurs capacités dans l'encadrement des élèves et leurs collègues victimes.
		Discrimination des enfants victimes (guéris de la MVE et des parents morts de la MVE)	Construction des salles des classes pour désengorger les salles de classe pléthoriques et pour l'isolement provisoire des cas suspects détectés à l'école.
		Promiscuité et pléthore dans les salles de classe favorable à la propagation de la MVE	Distribution des kits Wash pour lavage des mains dans toutes les écoles
		Augmentation des besoins en eau, hygiène et assainissement ainsi des thermo flash dans les écoles	Suivi permanent et actif des cas d'enfants de 6 à 17 ans confirmés, suspects et décédés dans les écoles et rapportage journalier.
Articles Menagers Essentiels (AME)	Accès aux biens essentiels de base limité par manque des moyens ou ressources car, les communautés n'arrivent pas à accéder aux ressources surtout que la sécurité reste instable	AME: Accorder une assistance à travers les modalités foires ou cash selon le contexte se basant sur les besoins eAME	Une meilleure analyse de faisabilité devra être bien assurée afin de bien définir la modalité et aussi comprendre les dynamiques et effets qui pourraient survenir
	Probabilité de naissance de tension entre les communautés surtout entre celles qui se déplacent de la zone contaminée par la MVE vers les zones stables. Frustration pendant l'accueil causant parfois le non partage des biens	Abris: appui en la construction des abris surtout pour les familles ayant eu le courage d'accueillir les familles ayant fait un déplacement.	Bien que cette réponse repose sur des individus, il faut en plus une certaine complémentarité avec les autres secteurs comme le wash pendant la réponse et s'assurant sur le fonctionnement du système d'hygiène bien mis en place.

Cluster	Conséquence humanitaire sectoriel de la MVE	Activité suggère pour répondre a la problématique	Details paquets d'activités
WASH	Difficulté dans le partage des abris entre les personnes en déplacement et celles qui accueillent.		
	Dissémination des points de dispositifs de lavages des mains dans les lieux publics et points d'entrée avec un coup élevé (Water trucking) et ressources limitées et parfois non utilisée à bon escient faute au chlore (cas de résistance au lavage des mains)	Intervenir le plus tôt possible pour briser rapidement la chaîne de transmission de la MVE.	
	Au départ dans les zones humanitaires, l'accès aux infrastructures Wash est limité. La MVE accentue plus cette vulnérabilité avec une forte probabilité de cas des maladies nosocomiales dans les structures sanitaires et lieux publics	Mise en place rapide des activités pour qu'elles soient fonctionnelles quel que soit les conditions climatiques.	
	Forte possibilité de la contamination dans les lieux publics (Ecoles, centres de santé) avec des ouvrages ne répondant pas aux normes standard	Implication et participation effective des communautés à tous les niveaux de décision pour leur appropriation et compréhension des activités mises en place.	
	Sur utilisation des services Wash déjà rudimentaires dans la zone	Assurer le respect des standards EHA dans les structures de santé :	
	Exposition à la contamination des usagers des services wash dans la communauté (beaucoup plus les enfants et les femmes)	Promotion d'un système d'assurance qualité avec check liste sur la fonctionnalité d'un paquet minimum d'accès en eau potable, promotion à l'hygiène et systèmes de lavage des mains, assainissement sain et traitement des déchets, isolement des cas et présence de personnel dédié formé.	
	Faiblesse des services de santé, d'eau, hygiène et assainissement de qualité accentue les prévalences des cas de diarrhée et aggrave les conditions de santé des enfants qui souffrent de malnutrition aiguë.	Prise en compte systématique dans les plans d'investissements nationaux et décentralisés des coûts de fourniture, de maintenance et de gestion des équipements et des infrastructures.	
	Nombreuses lacunes au niveau de la coordination, de la surveillance aux points d'entrée, de la prévention et du contrôle de l'infection.	Formalisation de passerelles de coordination technique intersectorielle entre les ministères concernés, entre les acteurs de l'humanitaire et du développement, du niveau national aux niveaux décentralisés.	
	Des conditions d'assainissement déplorables, en particulier en milieu rural et au niveau des frontières.	Améliorer les infrastructures d'eau hygiène et assainissement	
Mauvaises pratiques d'hygiène, la précarité et les constructions anarchiques qui manquent souvent de systèmes de drainage et de réseaux d'assainissement.	Disponibiliser les kits EHA aux malades déchargés du CTE en collaboration avec les secteurs sécurité alimentaire, Santé,...		

Cluster	Conséquence humanitaire sectoriel de la MVE	Activité suggère pour répondre a la problématique	Details paquets d'activités
WASH	L'accès à l'eau et à l'assainissement reste aussi très difficile pour les plus démunis (coût élevé des services).	Améliorer la considération des spécificités communautaires dans la gestion des programmes WASH :	
	Pendant la période des pluies, les bassins versants contribuent à la pollution de la nappe phréatique.	Recensement et intégration des groupes de références et pratiques communautaires dans le design et le pilotage des programmes d'urgence et de développement.	
	La défaillance des services WASH dans les structures de santé dont le manque de lavemains fonctionnels dans les zones affectées, limitant l'application des protocoles en matière de gestes d'hygiène nécessaires à la protection des patients et du personnel de santé, témoignant de conditions sanitaires plus souvent déplorables.	Intégration des schémas de représentation des communautés dans les programmes de promotion à l'hygiène, de mobilisation sociale, d'approche communautaire et d'éducation à l'hygiène dans les écoles, pour soutenir l'appropriation de pratiques adaptées dans les ménages.	
	Réticence des populations bénéficiaires.	Collaboration des systèmes de santé avec les praticiens traditionnels et prise en compte des dynamiques transfrontalières de mouvements de populations.	
	La non-adhésion des populations affectées vis-à-vis de l'intervention humanitaire dont la réticence aux campagnes et messages de prévention des infections, au changement des pratiques à risques pour des enterrements dignes et sécurisées, au suivi des contacts et au mode opératoire des acteurs n'ayant intégré que trop tardivement les schémas de représentation des communautés.	Améliorer la redevabilité des systèmes envers les populations les plus vulnérables aux maladies liées à l'eau et à l'assainissement :	
	Le décalage entre les niveaux institutionnels et opérationnels tel entre les guidances officielles académiques et les contraintes d'exécution des protocoles sur le terrain, concernant les modes de lavage des mains et le risque de contamination par les excréta sur fond d'incertitudes scientifiques, concernant le nombre et type de nouvelles infrastructures de prise en charge, aggravant le clivage politique entre les agences, réduisant d'autant le consensus dans le choix et la priorisation des activités.	Priorisation de ciblage des zones géographiques et communautés à haut risque épidémique dans les planifications et feuilles de routes nationales, incluant surveillance communautaire, alerte et réponse précoce, transport sécurisé des malades, infrastructure et équipement approprié et durable	
	Difficulté d'accès aux zones affectées.	Création d'instances de concertation du niveau national au niveau local, regroupant les services étatiques, les opérateurs, les collectivités, les usagers, avec droit de contrôle sur le fonctionnement des installations.	
WASH	L'épidémie s'étend dans des zones non prévues et prend des proportions qui ne permettent plus d'intervenir.	Implication des usagers, comités villageois ou de quartiers, comités de santé, associations de parents d'élèves et d'enseignants dans les processus d'évaluation et de prise de décision des interventions WASH.	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forte demande en ouvrage d'assainissement dans les lieux publics (écoles, formations sanitaires.) 2. Faible mobilisation des ressources financière pour les besoins 3. Besoin d'une main d'œuvre spécialisé dans le domaine de la MVE en lien avec la Wash. 4. Différents mécanismes de coordination. Différents outils d'évaluation 		

Cluster	Conséquence humanitaire sectoriel de la MVE	Activité suggère pour répondre a la problématique	Details paquets d'activités
Nutrition	Perturbation du programme regulier,	Recrutement des staff additionnels pour appuyer la riposte Ebola.	Les lignes directrices sont mises a la disposition des prestataires pour orienter la mise en oeuvre des soins nutritionnels .
	- accroissement de besoin en RH, - Besoin specifiques des enfants de moins de 6 mois separees de leurs meres dans les CTE,	- Commande en offshore des commodites appropriees, - Selectionner quelques structures mieux equipes pour integrer les CTE,	
	Difficultes de trouver sur le marche local les commodites appropriees pour les soins nutritionnels des enfants dans les CTE.	renforcer la capacite des prestataires pour eviter la contamination pendant l'adminisration des soins nutritionnels,	
	Difficultes de prise des certaines mesures pour apprecier l'etat nutritionnel des enfants (par peur de contact) dans les strctures et dans la communaute,	renforcer la capacite de communaute ou gardiennes d'enfants orphelins sur l' alimentation de ces enfants.	
	Augmentation de la malnutrition dans la communaute		

Ce document est élaboré au nom de l'Equipe Humanitaire Pays et de ses partenaires.

Il présente la vision de la crise et la stratégie de réponse humanitaire conjointes de l'Equipe Humanitaire Pays.

Les appellations employées dans le document et la présentation des différents supports n'impliquent pas d'opinion quelconque de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies concernant le statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni de la délimitation de ses frontières ou limites géographiques.



www.unocha.org/drc



<https://rdc.humanitarianresponse.info/fr>



@UNOCHA_DRC