



940 602

Individus déplacés
estimés en famille d'accueil



784 902

Individus retournés
dont 57% lors de derniers 18 mois



11 288

Informateurs clés



3 532

Villages évalués



84%

de la province couverte



66% PDI

femmes et enfants

Perceptions des besoins prioritaires:



1

Accès à
l'eau potable



2

Accès à la
santé



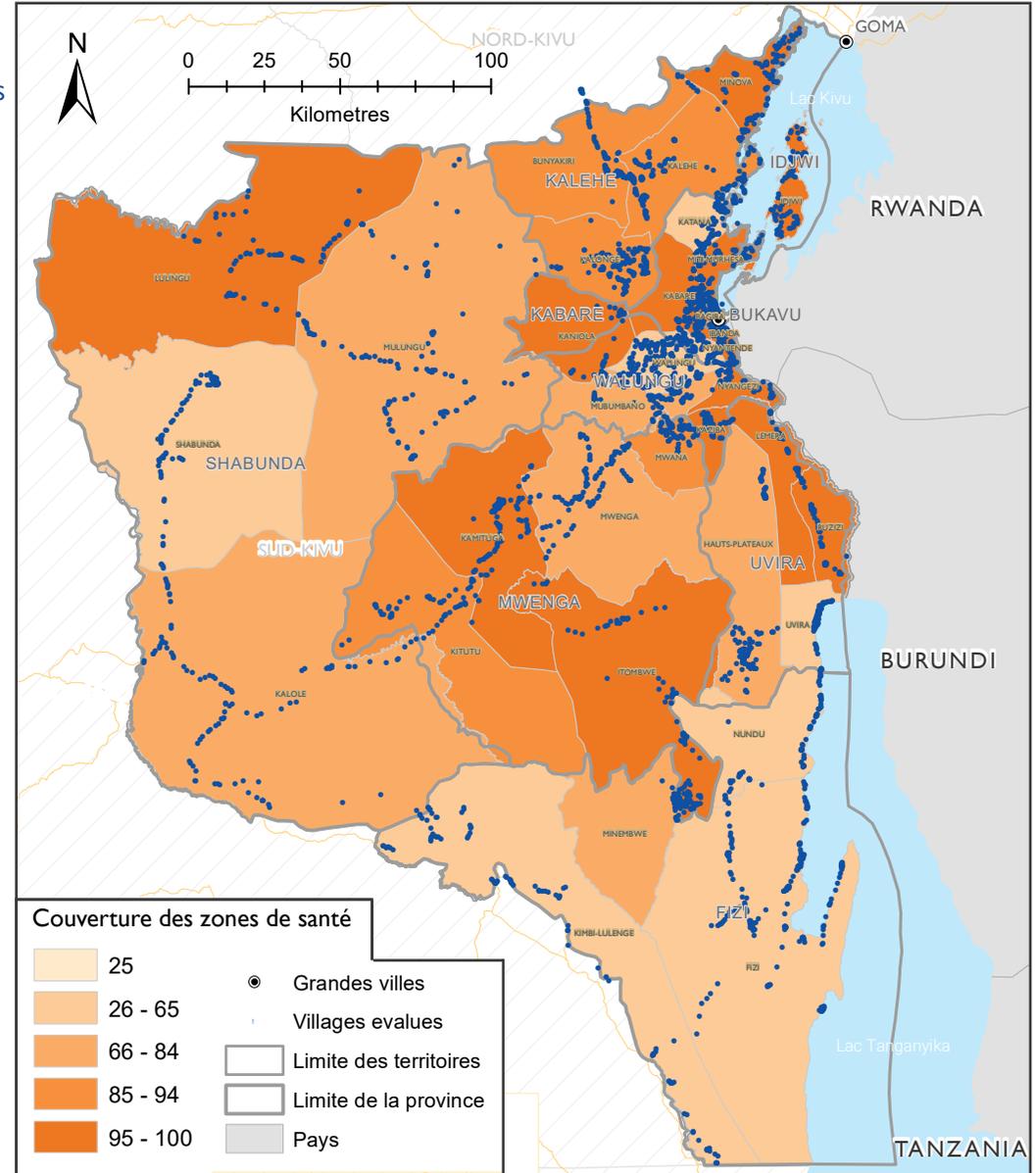
3

Accès aux
vivres

INTRODUCTION

Ce Dashboard présente les principaux résultats de suivi de mouvement de la population dans la province du Sud-Kivu à l'issue du cinquième cycle d'évaluation conduit par la DTM. Ces évaluations ont été réalisées à travers un exercice de collecte de données conduit du 12 septembre au 7 octobre 2020, en collaboration avec l'ONG locale Réseau d'Action pour le Développement et le Progrès Intégré (RADPI) et la Division Provinciale des Affaires Humanitaires (DIVAH Sud Kivu). Lors du 5^e cycle, un total de 3 532 villages, couvrant 34 zones de santé, a été évalué grâce à 11 288 informateurs clés.

Carte 1: Couverture DTM du Sud-Kivu, par Zone de Santé (ZS)



DÉPLACEMENT

Au cours de ce 5e cycle d'évaluation couvrant la période septembre-octobre, les évaluations DTM ont permis de relever 940 602 personnes déplacées en famille d'accueil dans la province du Sud-Kivu, soit environ 13% de la population totale de la province du Sud-Kivu, d'après la base des données de la DPS. Selon les données récoltées, la majorité des Personnes Déplacées Internes (PDI) au Sud-Kivu se concentrent dans les territoires de Kalehe (26% du total), Fizi (26%), Shabunda (16%), Uvira (14%) et Mwenga (10%) (F-1b). Comme pour la répartition de la population générale, on constate que la moitié (50%) de la population déplacée est généralement concentrée dans une minorité (10%) des villages. En moyenne sur toute la province du Sud-Kivu, nous estimons que 58% des PDI sont du genre féminin et 42% du genre masculin, dont 18% sont des enfants de moins de cinq ans. Au cours de cette évaluation qui couvre les 36 derniers mois, au moins 1,5 million de personnes se seraient déplacées (dont la différence d'au moins 520 mille individus étant déjà retournée) (voir 'Modélisation', p. 9).

Au cours des neuf premiers mois de l'année 2020, les principales zones de provenance des PDI ont été la ZS de Minembwe dans le territoire de Fizi (20 180 personnes, soit 23% de la population), Itombwe (15.667 personnes, soit 16%) et Bunyakiri (14.153 personnes, soit 6%) dans le territoire de Kalehe (F-2 et F-3). Nous estimons que plus de la moitié (53%) de la population originaire de la ZS de Minembwe est actuellement déplacée, suivie par la ZS de Bunyakiri (47%) et la ZS de Mulungu (45%). Les ZS ayant le plus de pression (calculée sur base de la ZS) en termes de PDI par rapport à la population autochtones sont Bunyakiri (40%), Nundu (39%), Mulungu (37%), Kalehe (33%) et Minembwe (31%) (F-2).

Dans l'ensemble du Sud-Kivu, ces déplacements sont majoritairement liés aux attaques de groupes armés (79%), mais aussi attribués aux violences intercommunautaires (15%), aux catastrophes naturelles (3%) et à l'insécurité alimentaire (2%) (F-5). La quasi-totalité (97%) des personnes déplacées vivent dans des familles d'accueil, et plus de la moitié (61%) ont été déplacées au sein même de leur zone de santé d'origine.

(a) Villages

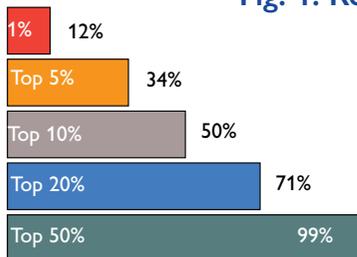
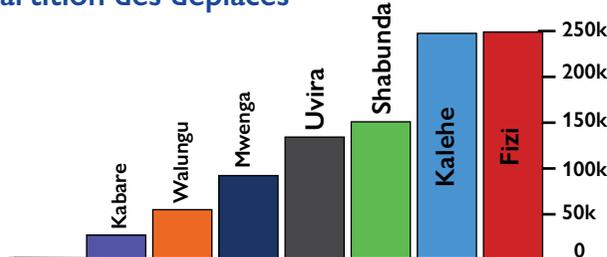


Fig. 1: Répartition des déplacés

(b) Territoires



Carte 2: Nombre estimé des PDI au Sud-Kivu, par Zone de Santé

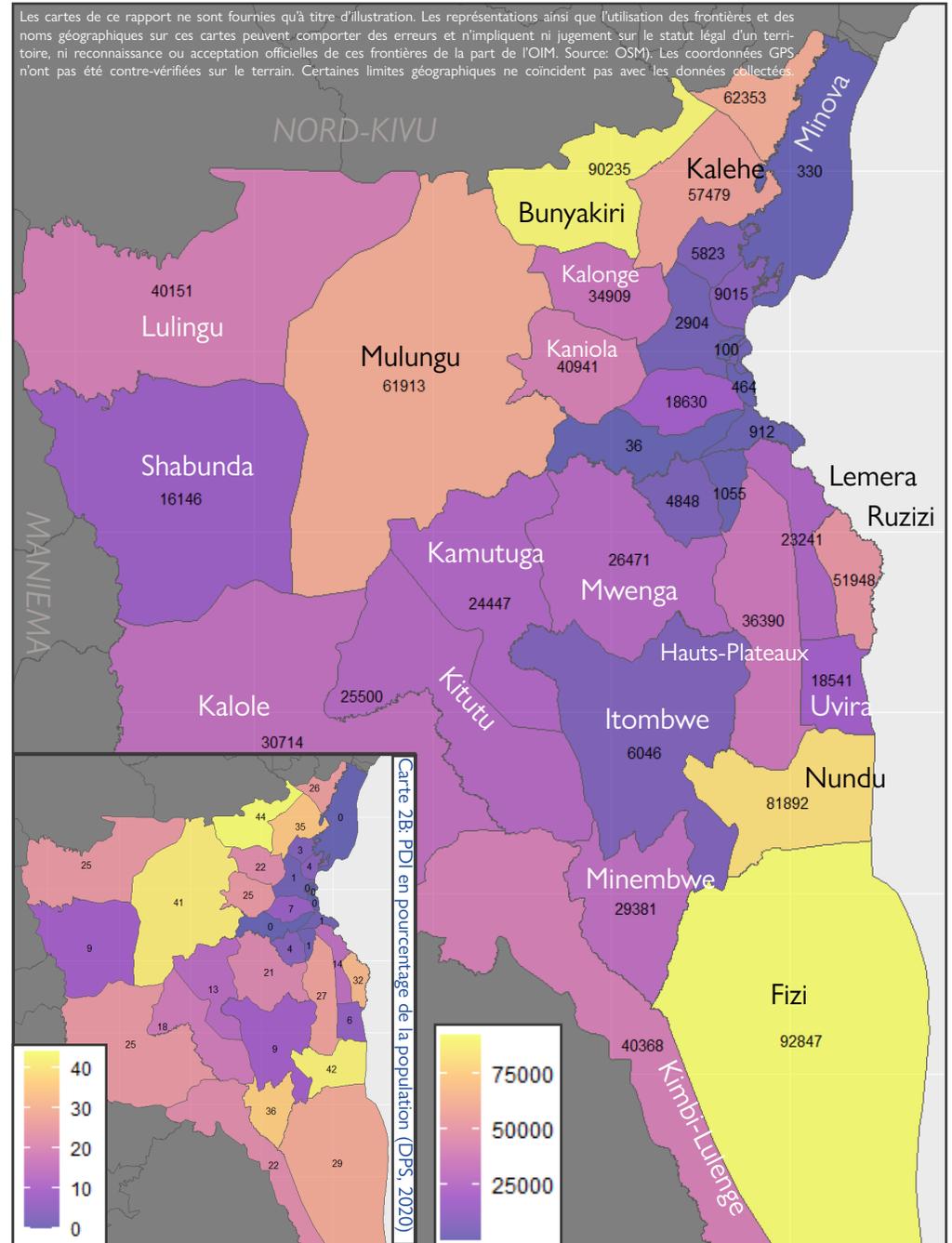
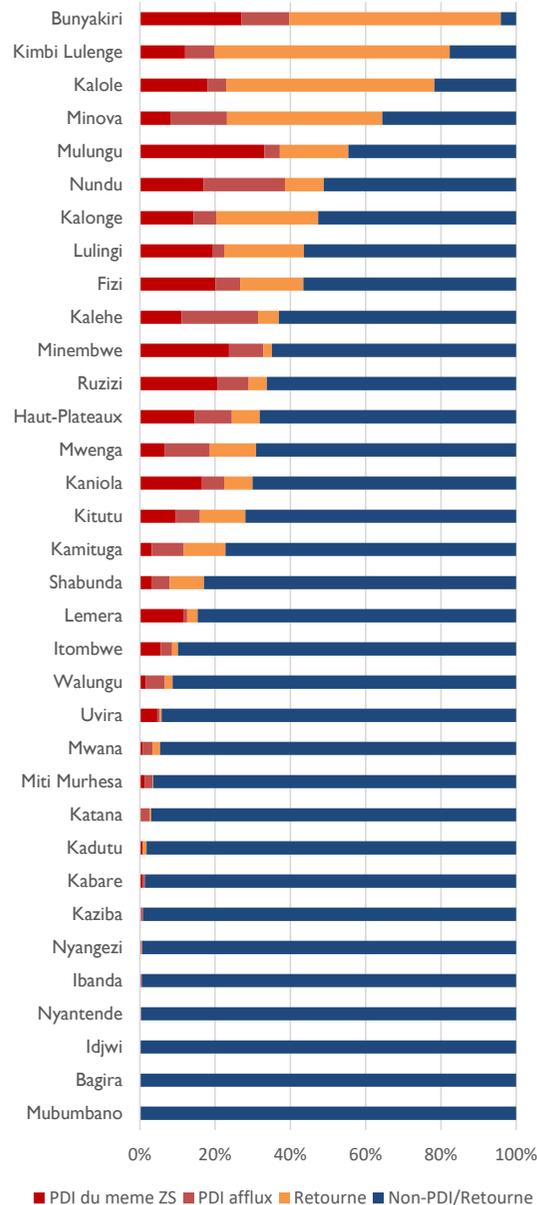


Fig. 2: Indice de pression

Réprésentation des mouvements de population en termes de pourcentage de la population de la zone de santé (sur base des estimations de la DPS pour 2020, sans ajustement pour les mouvements transfrontaliers). "Afflux" dénote les PDIs en provenance d'une zone de santé différente que celle d'accueil.



DÉPLACEMENT (SUITE...)

Néanmoins, de nombreuses personnes déplacées proviendraient aussi de différentes zones de santé du même territoire (17%), de différents territoires du Sud-Kivu (15%) ou d'autres provinces (7%, dont 44.541 personnes estimées du Nord-Kivu et 17.484 du Maniema) (F-6). Certains territoires ont connu d'importants afflux nets de personnes déplacées au cours des 36 derniers mois, avec environ 40% des personnes déplacées actuellement hébergées à Kalehe, 30% à Fizi et 28% à Mwenga provenant d'autres territoires (F-2).

Dans la partie Nord de la province, un grand nombre de PDIs provenant de la ZS de Bunyakiri ont trouvé refuge dans des zones voisines (16.888 sorties nettes sur 36 mois). Parmi les zones accueillant les plus grands flux de personnes déplacées, on trouve Minova (35.132) et Kalehe (33.117). Même si beaucoup sont originaires de Bunyakiri, la majorité de ces afflux provenaient du Nord-Kivu, principalement des zones de Masisi (27.467), Itebero (6.589) et Kirotshé (6.507) (F-3). Dans le sud-est de la province, la plupart des personnes originaires de Minembwe et d'Itombwe se sont déplacées vers d'autres zones de santé, telles que Nundu (43.874 afflux net sur 36 mois), Kamituga (16.244), et Ruzizi (15.088) qui accueillent, selon ces estimations, un nombre relativement important de PDIs provenant d'autres zones (F-3 et F-9).

Selon notre modélisation, qui s'applique sur une durée de 36 mois et prend en compte les mouvements de retour, nous estimons que le nombre absolu de déplacés dans la province du Sud Kivu a augmenté d'environ 27% depuis 3 ans, l'équivalent d'environ 5.600 personnes déplacées additionnels net par mois. Si on inclut les personnes déplacées datant de plus de 36 mois (qu'on doit estimer de manière partiellement indirecte, ce qui augmente l'imprécision) nous estimons une augmentation de 500 à 800 mille individus déplacés à long-terme (avant octobre 2017) ou intégrés ailleurs au Sud-Kivu. Ces estimations tirées de modèles sont présentées à titre indicatif et sont susceptibles d'être révisées avec l'inclusion de nouvelles données et/ou l'application des méthodes d'analyse approfondies (voir 'Modélisation', p. 9).

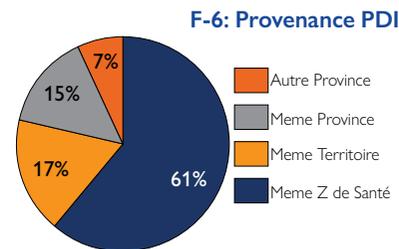
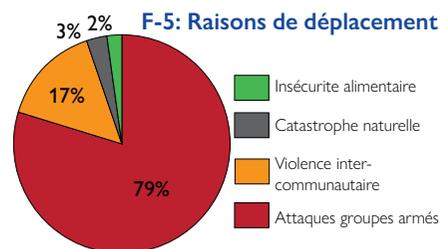
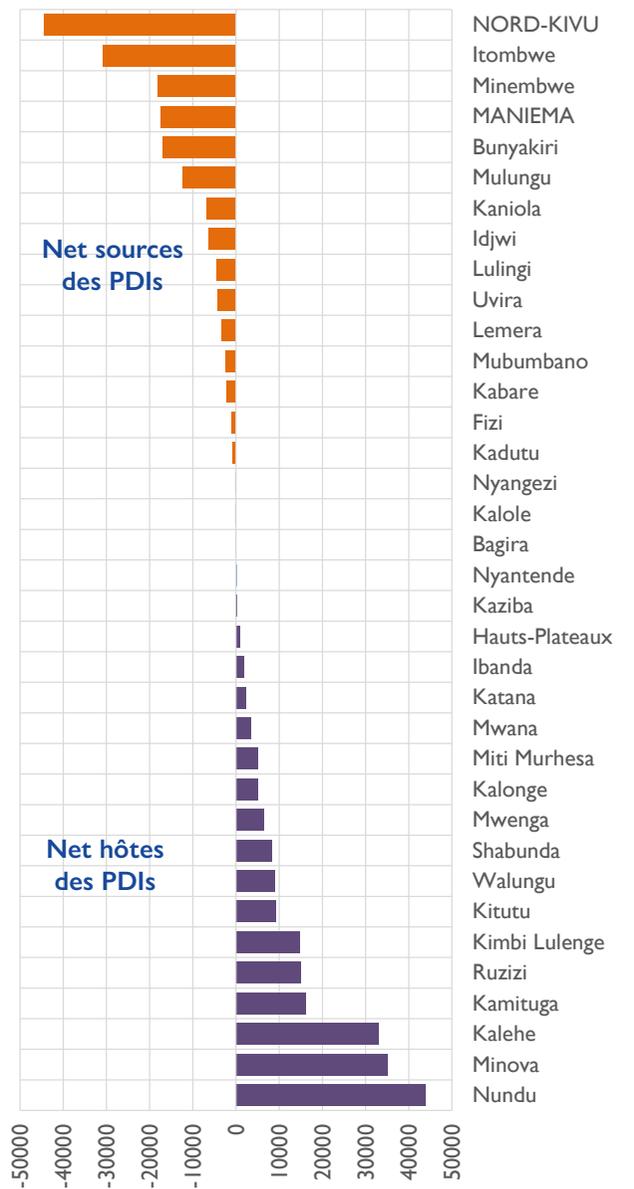
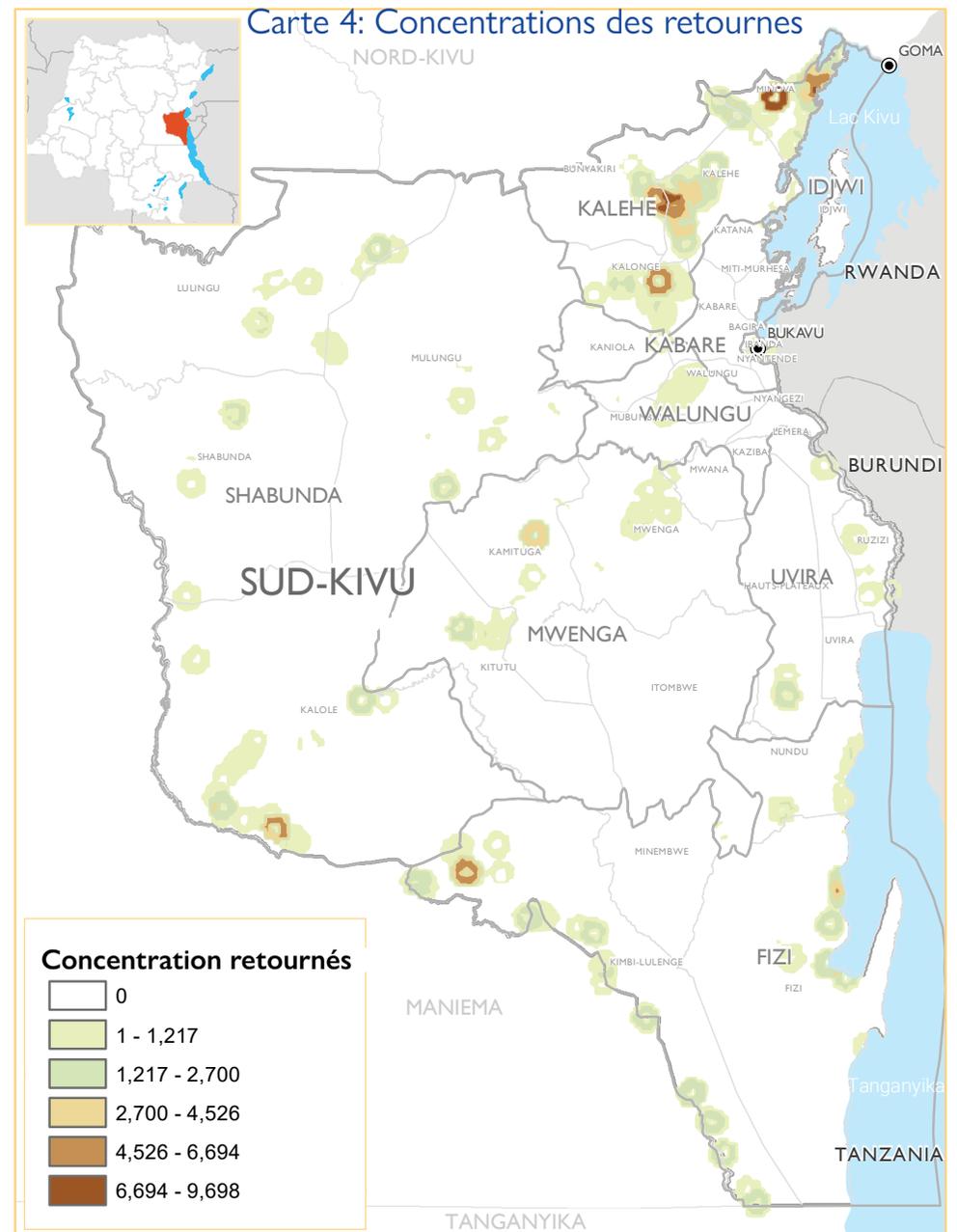
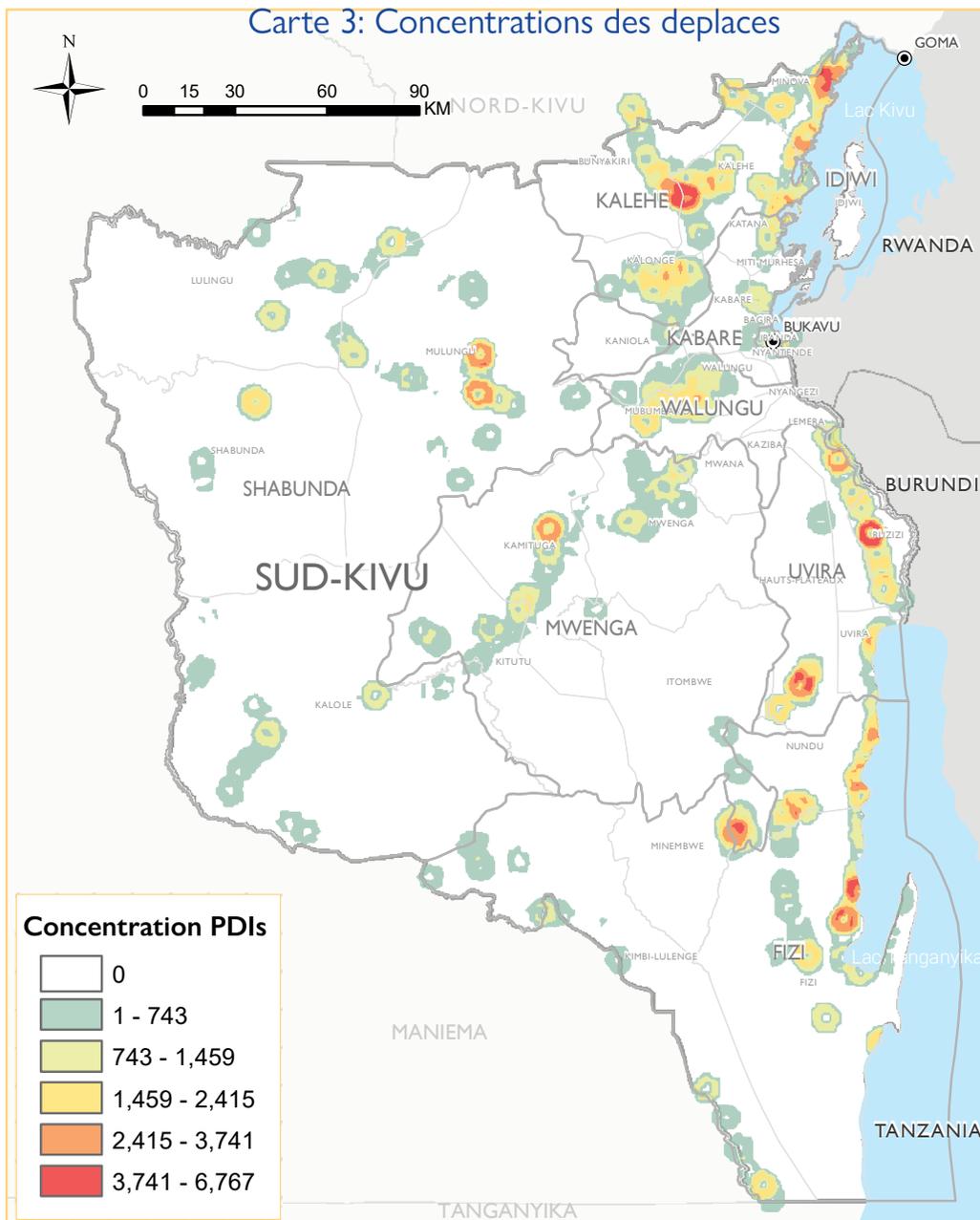


Fig. 3: Analyse des flux (individus déplacés)

Réprésentation des PDIs net (entrants dans la zone d'une autre zone moins sortants de la zone vers une autre). "Net source" (orange) indique qu'en general les PDIs quittent cette zone pour trouver leur accueil ailleurs. "Net hôte" (violet) indique qu'en generale, cette ZS attire et accueille des PDIs en provenance d'autres zones. Noter que ces calculs sont relativement sensibles à l'influence des disparités de couverture.





Les cartes de ce rapport ne sont fournies qu'à titre d'illustration. Les représentations ainsi que l'utilisation des frontières et des noms géographiques sur ces cartes peuvent comporter des erreurs et n'impliquent ni jugement sur le statut légal d'un territoire, ni reconnaissance ou acceptation officielles de ces frontières de la part de l'OIM. Sources: OSM). Les coordonnées GPS n'ont pas été contre-vérifiées sur le terrain. Certaines limites géographiques ne coïncident pas avec les données collectées.



Fig. 7: Flux des déplacements, provenance (gauche), accueil (droite)
Échelle = 1,0 : 1,0

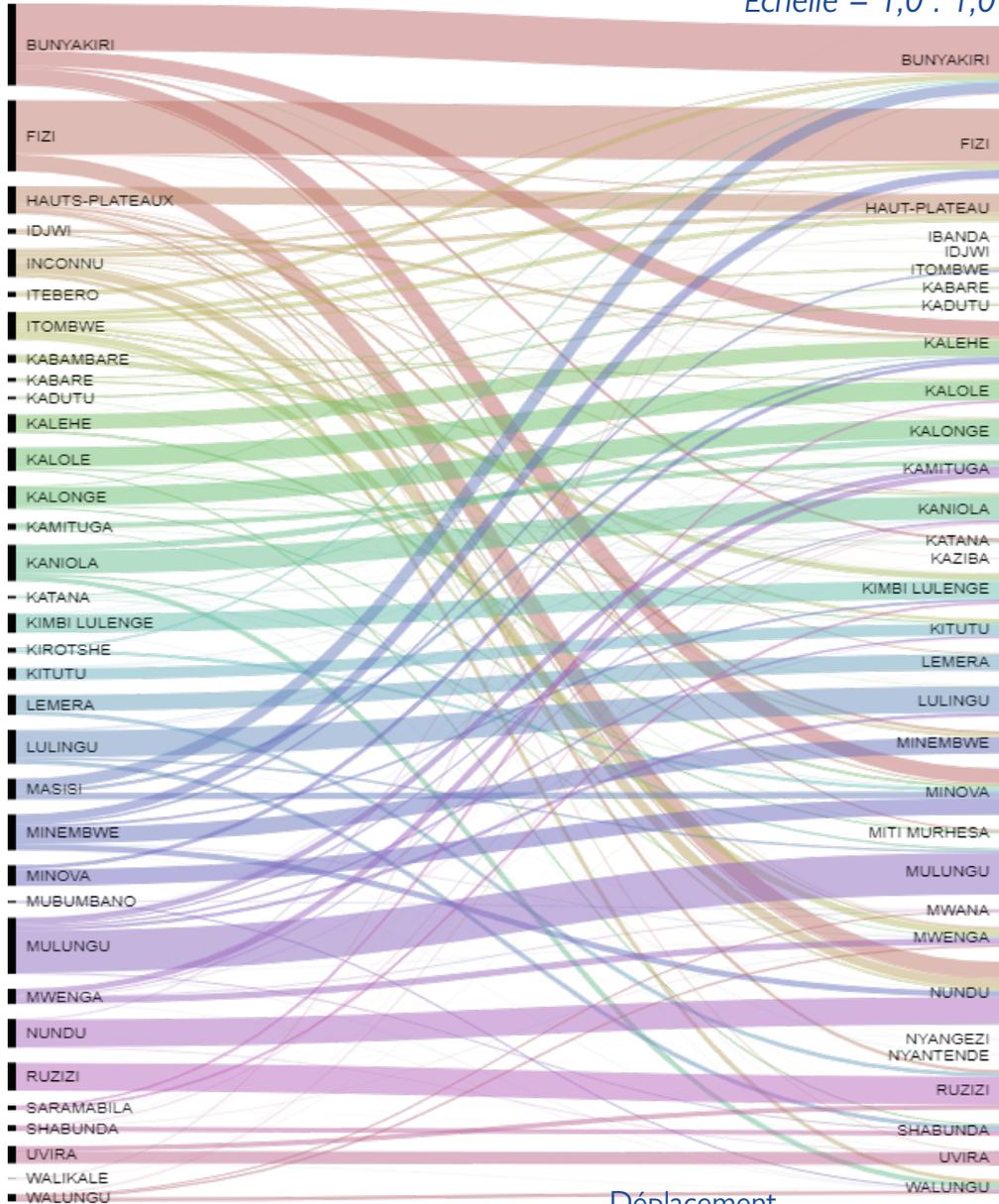
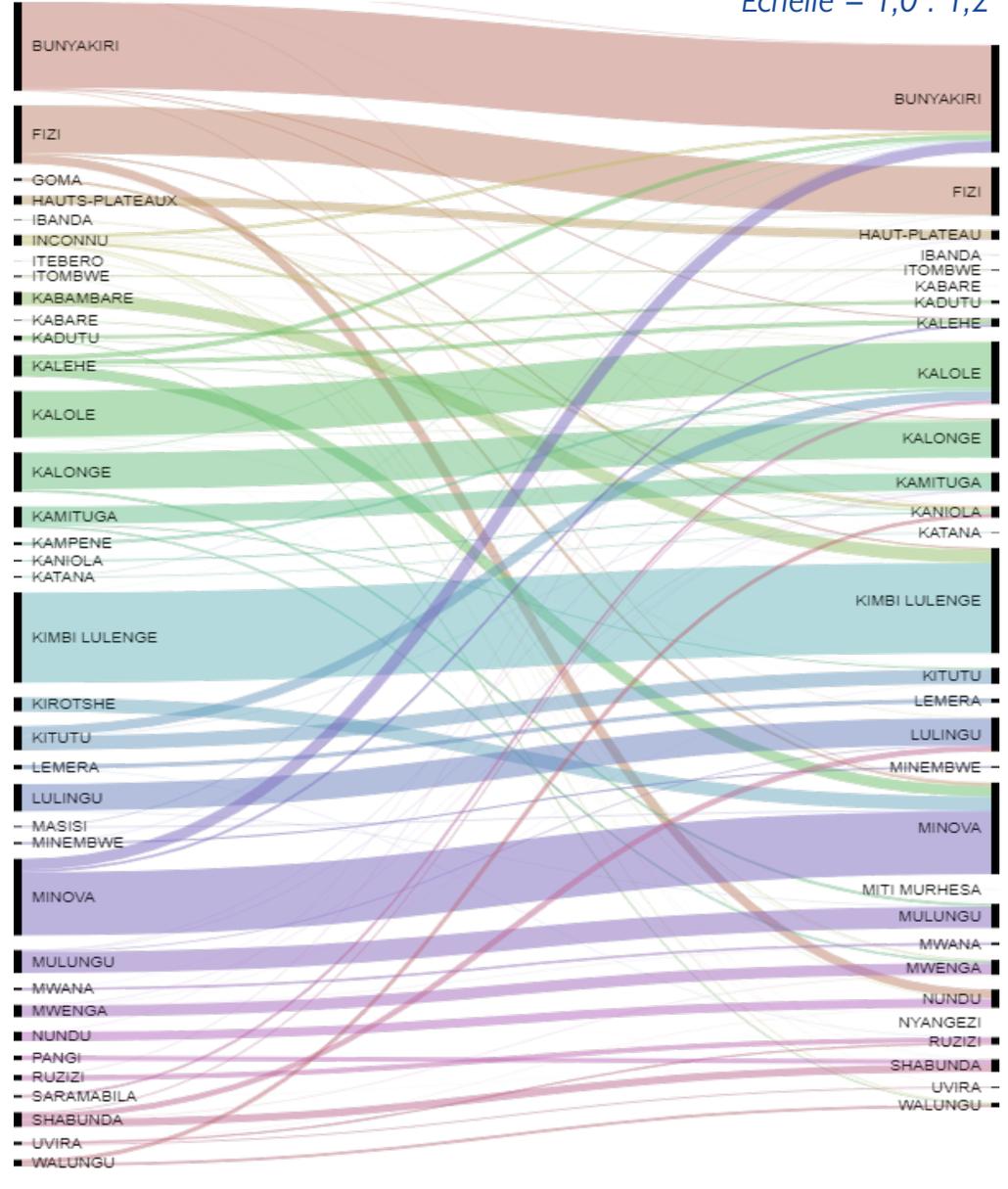


Fig. 8: Flux des retours, accueil (gauche), provenance (droite)
Échelle = 1,0 : 1,2



MOUVEMENTS DE RETOUR

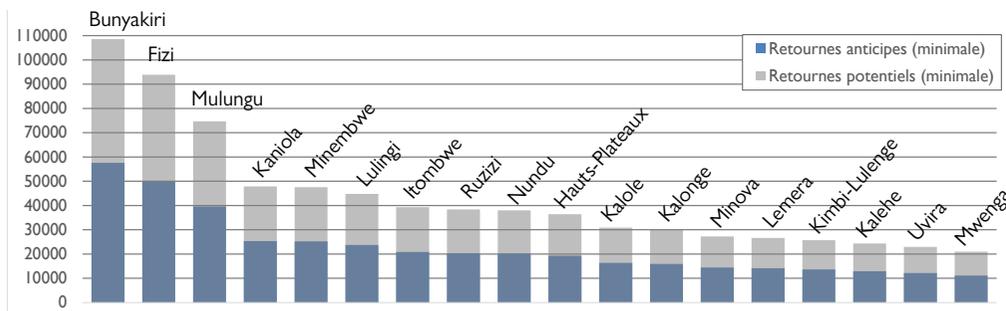
Selon les données recueillies à travers cette évaluation, 785.457 personnes déplacées ont regagné leurs villages d'origine au Sud Kivu. Nous estimons qu'environ deux tiers (67%) de ces retournés ont été déplacés au cours des derniers 36 mois, les autres (33%) ayant été déplacés avant le début de l'évaluation (voir 'Modélisation', p. 9). Parmi les mouvements de retour qui ont eu lieu au cours des trois dernières années, les déplacements se sont à moitié (56%) concentrés dans les quatre zones de santé de Bunyakiri (17%), Kimbi-Lulenge (16%), Minova (14%) et Kalole (9%) (C-5). Les retournés (dont le retour date de plus de trois ans) représentent une proportion importante de la population totale de certaines zones de santé ce qui pourrait augmenter la pression sur les populations n'ayant jamais quitté les villages. Les zones comptabilisant les plus forts taux de retournés sont : Kimbi-Lulenge (62%), Bunyakiri (56%), Kalole (55%), Minova (41%) et Kalonge (27%) (F-2 et F-8).

Au cours de cette évaluation les sources de motivations des retournés sont restées relativement constantes. En effet, plus de la moitié (55%) des mouvements de retour étaient motivés par l'amélioration des conditions sécuritaires dans la zone de retour, suivi par l'amélioration de la situation alimentaire (24%), le regroupement familial (8%), la présence d'opportunité économique (7%) et l'amélioration de la situation sanitaire (5%) (F-10).

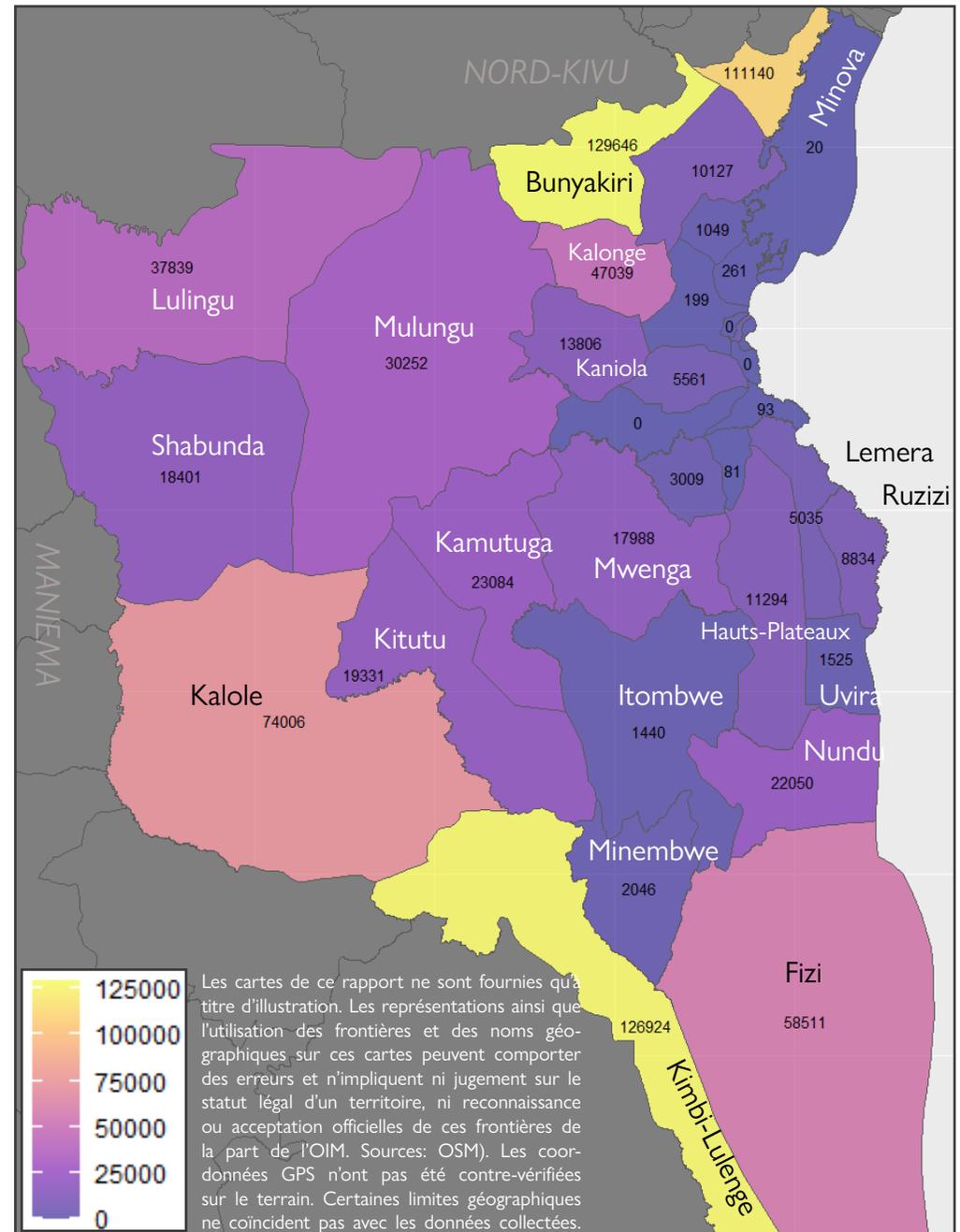
Selon notre modélisation sur les tendances passées, nous estimons un taux de retour d'environ 1,5% de déplacés par mois ; soit un retour d'environ 17% des déplacés chaque année. Cependant, notre modélisation indique que 58% de déplacés seront retournés chez eux dans les trois ans qui suivent leur déplacement ('Modélisation'). Ces estimations et projections sont indicatives et susceptibles d'être révisées avec l'inclusion de plus de données, la prise en compte de nouveaux paramètres et l'application des méthodes d'analyse approfondies, les projections ne prennent pas en compte les variations des tendances entre différentes zones de santé.

Nous estimons pour les trois prochaines années à venir, le retour possible d'1,3 million de personnes, soit une augmentation de 65% par rapport aux trois années passées. Une bonne

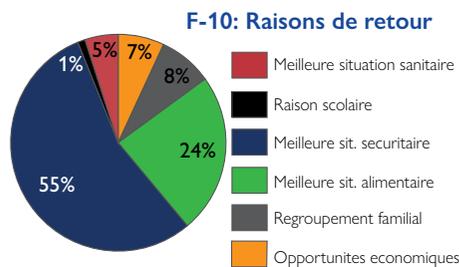
Fig. 9: Estimation de retours anticipés au cours des prochains 3 ans



Carte 5: Nb estimé de retournes au Sud-Kivu, par ZS



MOUVEMENT DE RETOUR (CONT...)



partie de ce taux comprend les déplacements anticipés à venir. Les estimations conservatrices pour le nombre de retours minimaux par ZS ne prennent pas en compte les retours éventuels des déplacements probables à venir (F-9).

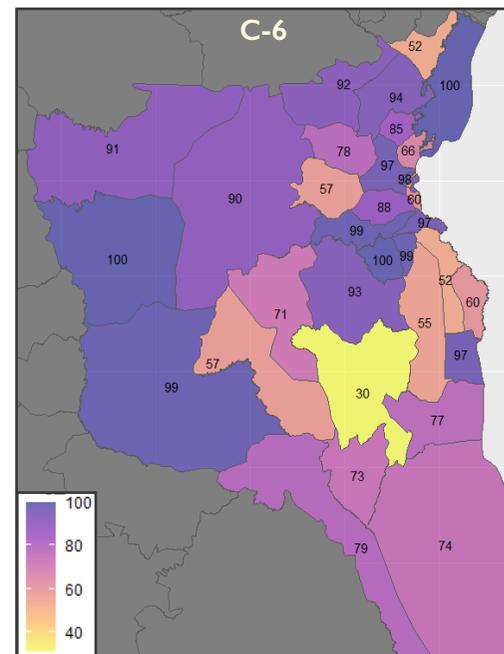
SÉCURITÉ

Dans l'ensemble des villages évalués au Sud-Kivu en octobre 2020, 81% des villages qui n'ont pas été détruits ou vidés de leur population ont été jugés sécurisés par les habitants. En revanche, 30% des villages évalués dans la zone de santé d'Itombwe ont été déclarés non sécurisés par les interlocuteurs (informateurs clés) de nos équipes, le constat se retrouve pour les zones de santé de Lemera (52%), de Minova (52%), des Hauts-Plateaux (55%), de Kaniola (57%) et de Kitutu (57%) (C-6). Sur l'ensemble des villages évalués au Sud-Kivu, on estime que 18% auraient été directement touchés le conflit ou les catastrophes naturelles (et subséquemment détruits ou vidés complètement ou d'une partie de leur population) au cours des 36 derniers mois, et près de 5% depuis janvier 2020. Les zones de santé où le plus grand nombre de villages ont été directement touchés au cours des 9 derniers mois sont Uvira et Nundu (29% et 28% respectivement, en grande partie à cause des inondations). Au cours des 36 derniers mois, plus de la moitié (55%) des villages du territoire de Fizi auraient été touchés, ainsi que plus d'un tiers des territoires d'Uvira (34%) (dont 83% dans la zone sanitaire des Hauts-Plateaux), et environ un quart des villages de Shabunda (27%, principalement dans les ZS de Mulungu et Kalole).

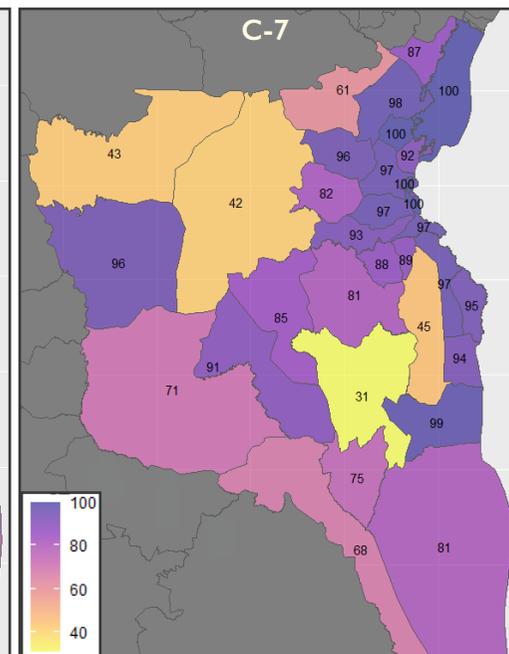
ACCÈS AUX SERVICES

Dans l'ensemble des villages évalués au Sud-Kivu, 61% ont déclaré avoir accès à une école, 47% aux soins de santé, et 84% à un réseau mobile. En revanche, la grande majorité des villages évalués dans les Zones de Santé des Hauts-Plateaux (91%), Minembwe (92%), Mubumbano (79%), Kalole (71%), Shabunda (77%), Bunyakiri (69%), et Kimbi Lulenge (65%) ont signalé ne pas avoir accès à des écoles fonctionnelles (C-8). Les ZS des Hauts-Plateaux (0%) et Minembwe (4%) ont aussi signalé avoir un accès quasiment nul aux services de santé (C-9). Une forte proportion des villages évalués dans ces deux zones de santé ont signalé avoir été touchés par la violence au cours des trois dernières années. (C-6). Selon les informateurs clés, les réseaux mobiles les plus accessibles sont Vodacom (74% de villages), Airtel (57%), Orange (52%), et Tigo (13%). Pour la majorité des villages dans les zones d'Itombwe (69%), Mulungu (58%), Lulingu (57%) et Hauts-Plateaux (55%) il a été déclaré que l'accès à un réseau téléphonique mobile n'était pas possible (C-7).

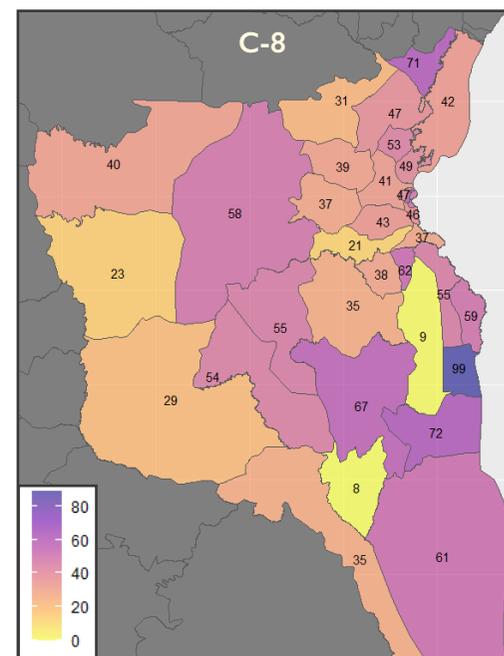
SENTIMENT D'ÊTRE EN SÉCURITÉ



ACCÈS À UN RÉSEAU MOBILE



ACCÈS À UN ÉCOLE



ACCÈS À UN CENTRE DE SANTÉ

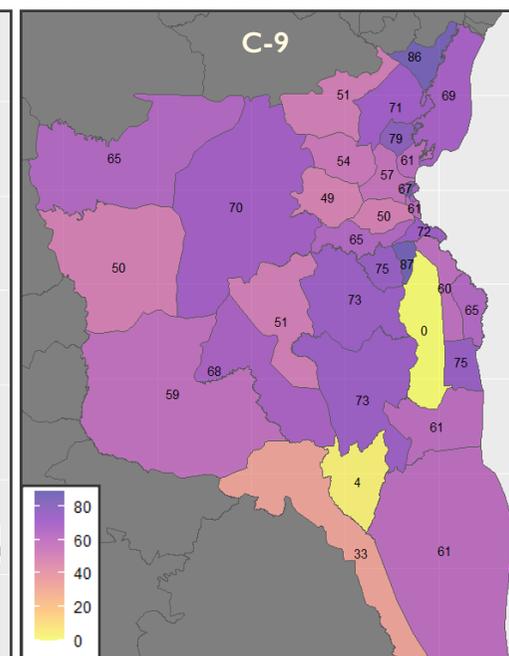


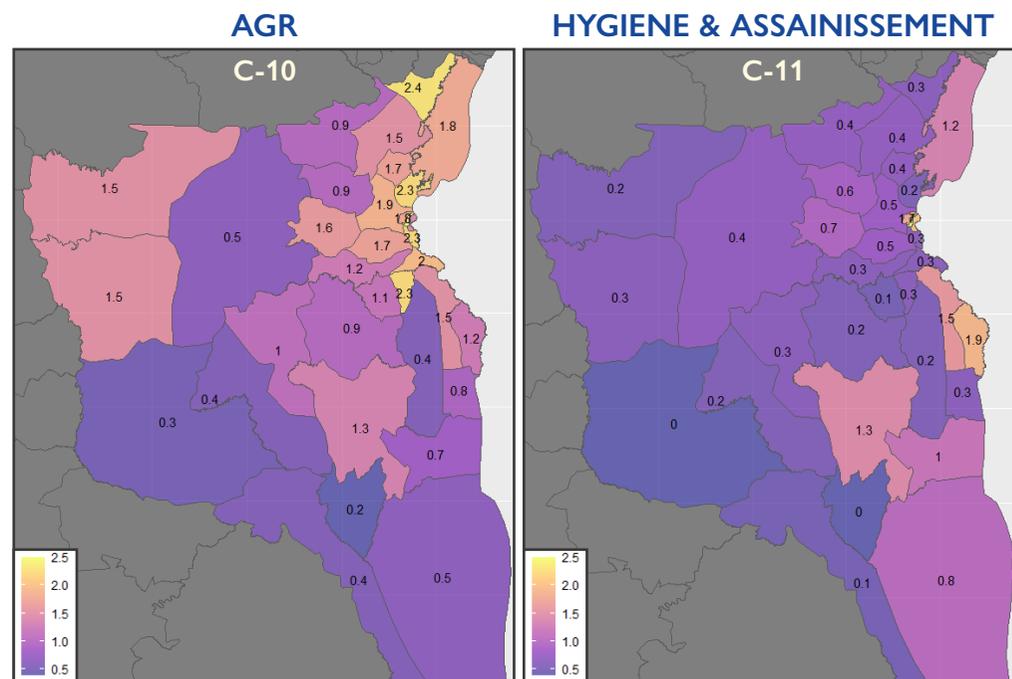
Tableau 1: Perceptions des besoins par Zone de Santé (modele Borda)

| Territoire | Zone de Santé | EAU POTABLE | SANTE | VIVRES-SECAL | EDUCATION | ABRIS | AGR | ROUTES | APPUJ AGRIC. | AME | HYG+ASSAIN. | PROTECTION |
|-------------|----------------|-------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|
| BUKAVU | Bagira | 2.5 | 2 | 1 | 1.8 | 0.7 | 1.8 | 1.8 | 0.6 | 0.3 | 1.7 | 0.8 |
| BUKAVU | Ibanda | 2.9 | 2.3 | 0.4 | 2.4 | 0.5 | 1.4 | 1.4 | 0.3 | 0.1 | 2.1 | 1.1 |
| BUKAVU | Kadutu | 1.8 | 1.3 | 1.5 | 1.1 | 0.2 | 2.6 | 2.6 | 0.1 | 0.1 | 2.6 | 1.2 |
| FIZI | Fizi | 2.5 | 1.9 | 2.6 | 1 | 2.4 | 0.5 | 0.5 | 1 | 1.5 | 0.8 | 0.4 |
| FIZI | Kimbi Lulenge | 2.7 | 2.3 | 1.8 | 1.6 | 3.3 | 0.4 | 0.4 | 0.8 | 1.4 | 0.1 | 0.1 |
| FIZI | Minembwe | 1.3 | 1.3 | 3.4 | 1.9 | 3 | 0.2 | 0.2 | 1.3 | 2.1 | 0 | 0.4 |
| FIZI | Nundu | 2.4 | 2 | 2.7 | 1 | 1.6 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 1.7 | 1 | 0.5 |
| IDJWI | Idjwi | 1.1 | 2.7 | 2.7 | 1 | 0.1 | 1.8 | 1.8 | 1.8 | 0.8 | 1.2 | 0 |
| KABARE | Kabare | 2 | 2.3 | 1.3 | 1.4 | 0.8 | 1.9 | 1.9 | 1.7 | 0.5 | 0.5 | 0.4 |
| KABARE | Kaniola | 1.9 | 1.6 | 2.6 | 1.3 | 1.9 | 1.6 | 1.6 | 0.9 | 0.6 | 0.7 | 0.5 |
| KABARE | Katana | 2.5 | 1.9 | 2.7 | 1.6 | 0.4 | 1.7 | 1.7 | 1.1 | 0.2 | 0.4 | 0.9 |
| KABARE | Miti-Murhesa | 2.7 | 1.5 | 2.1 | 0.9 | 0.6 | 2.3 | 2.3 | 1.8 | 0.2 | 0.2 | 0.5 |
| KABARE | Nyantende | 2.4 | 1.8 | 1.7 | 1.8 | 0.2 | 2.3 | 2.3 | 1.6 | 0 | 0.3 | 0.7 |
| KALEHE | Bunyakiri | 3.9 | 2.3 | 1.5 | 1.8 | 0.8 | 0.9 | 0.9 | 0.7 | 0.6 | 0.4 | 1.2 |
| KALEHE | Kalehe | 2.4 | 2.4 | 2.6 | 1 | 1.4 | 1.5 | 1.5 | 0.8 | 0.6 | 0.4 | 0.4 |
| KALEHE | Kalonge | 1.2 | 2.8 | 2.8 | 1 | 1.2 | 0.9 | 0.9 | 1.5 | 1.9 | 0.6 | 0.1 |
| KALEHE | Minova | 1.8 | 1.7 | 1.5 | 1.7 | 0.7 | 2.4 | 2.4 | 1 | 0.2 | 0.3 | 1.3 |
| MWENGA | Itombwe | 0.2 | 4.4 | 1.8 | 0.7 | 0.3 | 1.3 | 1.3 | 0.8 | 2.3 | 1.3 | 0.7 |
| MWENGA | Kamituga | 2.7 | 2.6 | 2.4 | 1.8 | 1 | 1 | 1 | 1.2 | 0.8 | 0.3 | 0.2 |
| MWENGA | Kitutu | 2.6 | 2.7 | 2.5 | 1.6 | 2 | 0.4 | 0.4 | 1.2 | 1.1 | 0.2 | 0.2 |
| MWENGA | Mwana | 2.7 | 2.7 | 1.8 | 2.3 | 1.2 | 1.1 | 1.1 | 1.5 | 0.3 | 0.1 | 0.1 |
| MWENGA | Mwenga | 1.8 | 2.2 | 3.1 | 1.4 | 1.7 | 0.9 | 0.9 | 1.8 | 0.9 | 0.2 | 0.1 |
| SHABUNDA | Kalole | 3.9 | 2.7 | 2.3 | 1.4 | 1.4 | 0.3 | 0.3 | 0.9 | 1.7 | 0 | 0 |
| SHABUNDA | Lulingu | 2.4 | 2.8 | 1.9 | 1.1 | 1.7 | 1.5 | 1.5 | 0.6 | 1.1 | 0.2 | 0.2 |
| SHABUNDA | Mulungu | 2.7 | 3.3 | 1.6 | 2.5 | 1.5 | 0.5 | 0.5 | 0.8 | 0.9 | 0.4 | 0.2 |
| SHABUNDA | Shabunda | 3 | 2 | 0.8 | 1.1 | 1.8 | 1.5 | 1.5 | 1.9 | 1 | 0.3 | 0.2 |
| UVIRA | Hauts-Plateaux | 1.4 | 1.4 | 3 | 1.2 | 3 | 0.4 | 0.4 | 1.6 | 1.6 | 0.2 | 0.6 |
| UVIRA | Lemera | 1.2 | 3.1 | 2.8 | 0.4 | 0.6 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 0.9 | 1.5 | 0.1 |
| UVIRA | Ruzizi | 1.4 | 2.9 | 2.2 | 0.6 | 0.6 | 1.2 | 1.2 | 1.5 | 1 | 1.9 | 0.6 |
| UVIRA | Uvira | 1.7 | 1.8 | 2.5 | 1.6 | 3.1 | 0.8 | 0.8 | 0.4 | 1.8 | 0.3 | 0.1 |
| WALUNGU | Kaziba | 2.6 | 1.6 | 1.7 | 1.2 | 1 | 2.3 | 2.3 | 1.4 | 0.4 | 0.3 | 0 |
| WALUNGU | Mubumbano | 3.5 | 2.3 | 1.5 | 2.3 | 0.7 | 1.2 | 1.2 | 1.5 | 0.3 | 0.3 | 0.2 |
| WALUNGU | Nyangezi | 3.1 | 2 | 1.6 | 1.3 | 0.5 | 2 | 2 | 1.7 | 0.2 | 0.3 | 0.3 |
| WALUNGU | Walungu | 2.3 | 1.7 | 2.4 | 1 | 1.3 | 1.7 | 1.7 | 1.3 | 0.6 | 0.5 | 0.5 |
| TOUT | MOYENNE | 2.3 | 2.2 | 2.1 | 1.4 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.2 | 0.9 | 0.6 | 0.4 |

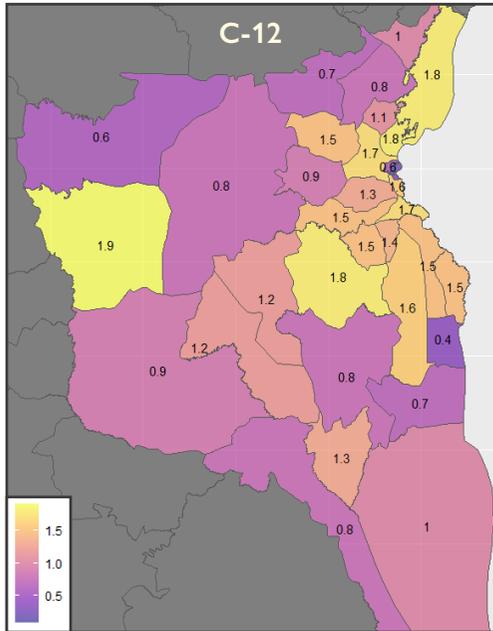
Pour plus d'informations sur la construction des indicateurs selon le modèle "Borda", prière de consulter la section sur la méthodologie à la fin de ce dashboard.

ANALYSE DES PERCEPTIONS DES BESOINS

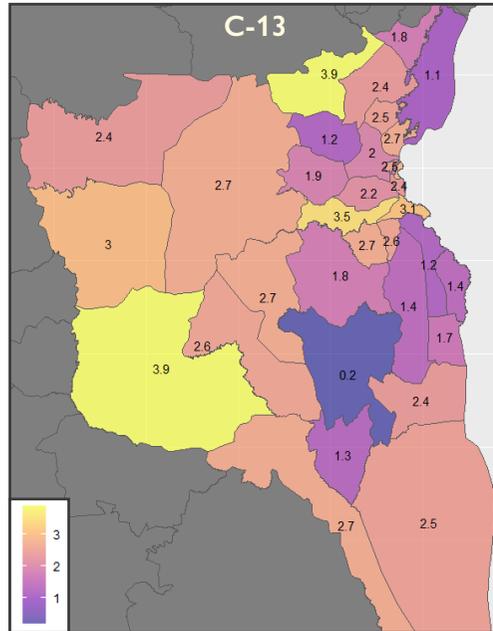
Selon les réponses fournies par les informateurs clés, l'eau potable (1), les soins de santé (2) et les vivres (3) ont été classés comme les trois besoins les plus prioritaires. Néanmoins, d'après les réponses des informateurs clés, les besoins prioritaires varient considérablement d'une zone de santé évaluée à une autre. Ainsi, dans les ZS de Kalole, Bunyakiri et Mubumbano les besoins en eau potable sont prioritaires (C-13) alors que dans les zones de l'tombwe, Mulungu et Lemera la santé est particulièrement priorisée (C-9 et C-17). Quant aux vivres (assistance alimentaire), elles sont particulièrement priorisées dans les ZS de Minembwe, les Hauts-Plateaux ainsi que dans d'autres zones des communautés d'accueil (C-14). On note que Kimbi, Fizi, Minimbwe, Nundu, Uvira, Hauts Plateaux et Lemera sont classés en IPC Phase 3 pour la période d'octobre 2020 à janvier 2021 ([link](#)). L'éducation est fortement priorisée en ZS de Mulungu, Mubumbana et Mwana. Labri est priorisé en Kimbi-Lulenge, Minembwe, Hauts-Plateaux, Uvira et dans d'autres zones dans les communautés d'accueil des PDIs (C-18). Les activités génératrices de revenu (AGR) sont grandement priorisées en ZS de Minova, Kaziba et Miti-Murhesa (C-10). Les articles ménagers essentiels (AMEs) sont priorisés en ZS d'Itombwe et Minembwe et dans d'autres zones dans les communautés d'accueil des PDIs (C-16). L'hygiène et l'assainissement sont particulièrement priorisés en ZS de Ruzizi et Bukavu (C-11). Finalement, la protection est principalement priorisée dans les ZS de Bunyakiri et Minova (C-19).



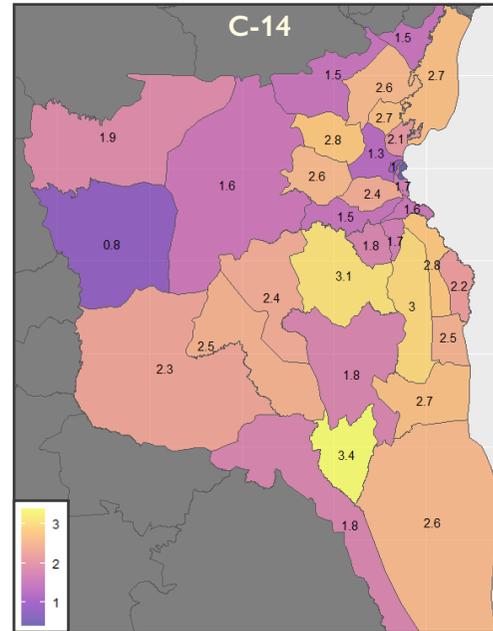
APPUI AGRICOLE



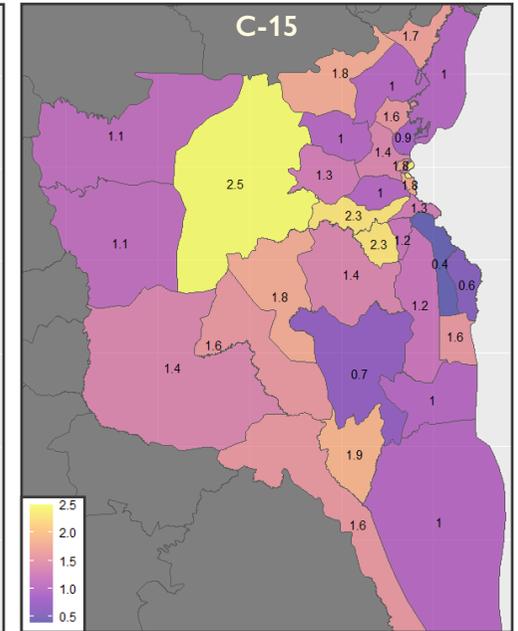
EAU POTABLE



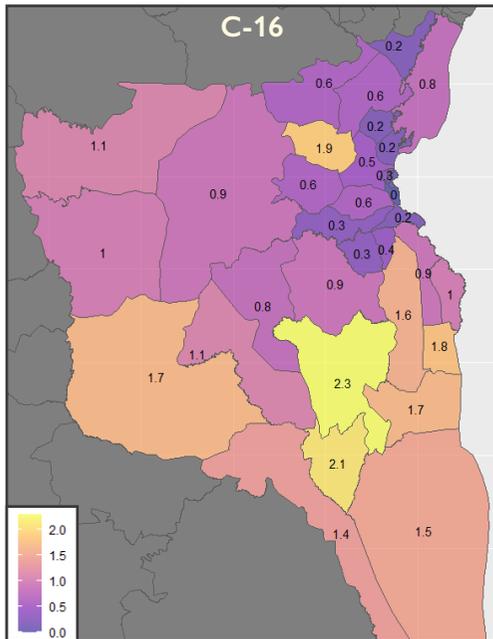
VIVRES



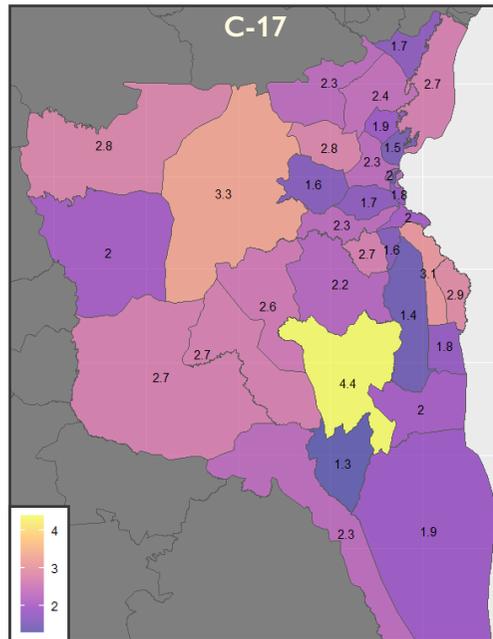
EDUCATION



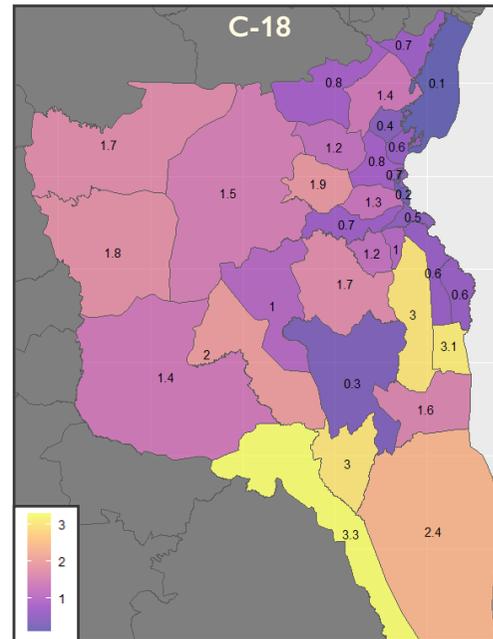
AMEs



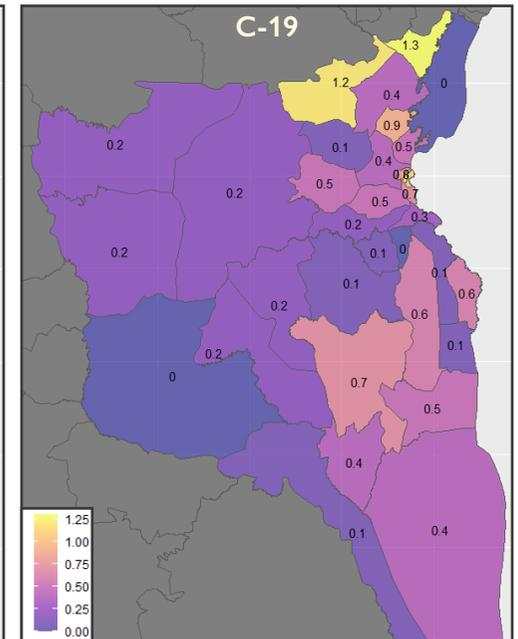
SANTE



ABRIS

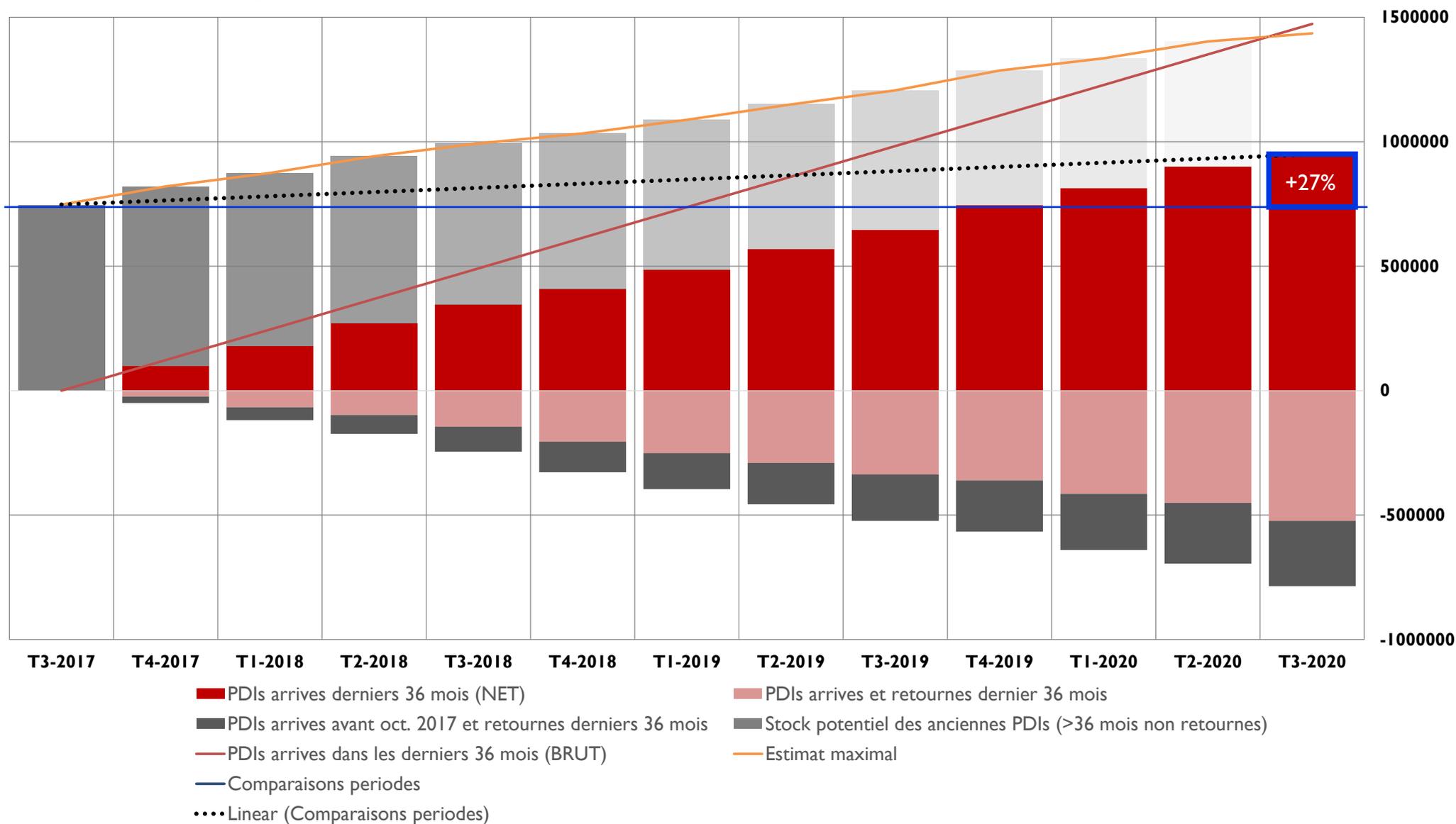


PROTECTION



MODELISATION DES MOUVEMENTS

Le graphique en bas présente une modélisation des mouvements de population en province du Sud-Kivu depuis le 3ème trimestre 2020. La période d'évaluation actuelle débute à partir du 4ème trimestre 2017. Le cumul des PDIs « net » arrivées lors des derniers 36 mois (**carré rouge**) équivaut au total « brut » des PDIs arrivées (**ligne rouge**) moins ceux qui sont retournées lors de la même période (**carré rose**). Nous estimons que certains retournés ont été déplacés avant le 4ème trimestre 2017, ce qui réduit au fur et mesure le « stock » modélisé des personnes déplacées avant le 4ème trimestre 2017. Nous estimons qu'une proportion importante de cette population « non retournée » s'est intégrée ailleurs, et nous avons augmenté la transparence de cette population le temps qui s'est passé pour refléter une intégration graduelle présumée. La **ligne pointillée** compare le dernier total des PDIs au Sud-Kivu du 3ème trimestre 2017 avec le total actuel, sur base du même cadrage de 36 mois, ce qui montre une augmentation estimée de 27% depuis 3 ans.



METHODOLOGIE

Le suivi de la mobilité vise à quantifier les mouvements de population, les raisons du déplacement, la durée du déplacement et les besoins avec une fréquence qui saisit la dynamique de la mobilité. Cette composante est bien adaptée à la quantification de groupes de personnes, qu'il s'agisse de personnes déplacées ou retournées à l'intérieur d'un pays. Son approche est hautement adaptable : elle peut être légère ou approfondie selon la phase et les besoins de la réponse, et augmente souvent en profondeur et en détail au fil des cycles successifs.

Le suivi de la mobilité peut être établi rapidement et convient pour couvrir de vastes zones, y compris à l'échelle nationale. Il est mieux adapté aux populations ayant un certain niveau de base de stabilité et de prévisibilité du lieu, plutôt que pour les populations très mobiles. Cependant, les mouvements d'entrées et de sorties sont régulièrement captés, et le suivi des urgences mises en place en RDC peut compléter et atténuer cette limite. Le suivi de la mobilité vise à évaluer tous les villages de la zone géographique ciblée (et en milieu urbain, les "avenues" ou "quartiers"). Des listes indicatives de villages sont établies à partir des enquêtes précédentes, lorsqu'elles sont disponibles, ainsi que des villages de la pyramide sanitaire de la DPS. Sur base de ces listes, les enquêteurs mènent des évaluations dans chacun des villages ciblés et y rajoutent tout autre nouveau village découvert sur le terrain, mais ne figurant pas sur la liste initiale. Ces listes de villages ciblés sont donc amenées à évoluer dans le temps. Les évaluations des villages sont menées par le biais d'observations directes et d'entretiens avec des informateurs clés (ICs). A noter, que tout entretien nécessite un minimum de trois ICs. Si la plupart des entretiens ont lieu dans le village évalué, les villages peu sûrs ou inaccessibles peuvent être évalués à distance, par l'intermédiaire d'ICs connaissant bien le village. Certains villages peuvent être considérés comme désormais « non existants », ayant été détruits, abandonnés ou vidés de leur population, et le moment de cet événement est une donnée importante à prendre en compte. On veille à éviter tout « double comptage », ainsi, dans le cas où un groupe d'ICs répond au nom de la localité, tandis qu'un autre groupe répond au nom d'un village de cette même localité, l'évaluation s'assurera de ne pas comptabiliser le deuxième cas.

Couverture: la DTM cible une couverture d'au moins 80% des villages. Dans les cas où la DTM ne couvre pas tous les villages de la liste, nous avons, par le passé, ajouté à la DTM les informations disponibles les plus récentes pour les villages non couverts. Cependant, à moins que nous sachions que la couverture a été fortement affectée par des problèmes opérationnels dans une zone donnée, nous ne substitueront pas les données des cycles précédents pour les villages qui n'ont pas pu être couverts sans évaluation et explication détaillée. Cette pratique est principalement mise en place pour éviter un double comptage dans les cas où ces villages ont été rendus inaccessibles en raison de l'insécurité, nous pouvons généralement supposer qu'une grande partie des populations déplacées ou retournées qui y résidaient auparavant ont été déplacées à nouveau vers d'autres villages que nous avons pu couvrir.

L'évaluation des mouvements a débuté il y a trois ans et s'est poursuivi pendant 12 trimestres (soit 36 mois). La présence des personnes déplacées et retournées arrivées avant la date d'évaluation ne fait pas l'objet d'une évaluation systématique lors des exercices de collecte. Néanmoins, les données des évaluations précédentes et les corrélats (par exemple, la modélisation des ces « non retournés » via les taux de retours récents qui ont été déplacés pendant plus de 3 ans) peuvent être utilisés pour estimer leur nombre. Les mouvements de population sont ventilés par trimestre d'arrivée. Cela permettra aux partenaires d'utiliser la base de données publique pour évaluer les mouvements sur une période précise (e.g. les derniers 12 mois en particulier). Nous prenons soin de relier l'arrivée des personnes déplacées ou retournées dans un village à un village de provenance, et presque toutes les arrivées sont liées à une zone de santé de provenance définie. Le lien élargi des sources de mouvements de population est à la base de la matrice de suivi des déplacements, destinée à la fois à analyser les flux pour mieux comprendre les facteurs de déplacement, la pression démographique et le potentiel pour les mouvements à venir.

Le DTM continue de renforcer et d'améliorer ses procédures de contrôle de la qualité afin d'assurer la plus grande fiabilité des chiffres, notamment en ce qui concerne le nombre de PDI. Nous mettons en œuvre une triangulation systématique des populations déplacées signalées en utilisant un système d'échantillonnage aléatoire. Plus le nombre de personnes déplacées dans un village est élevé, plus il est probable que les chiffres rapportés seront directement triangulés par le personnel du DTM. Comme pour la répartition de la population générale, les populations déplacées sont généralement concentrées dans 10 à 20% des villages, la plupart des villages ne signalent que peu ou pas de personnes déplacées du tout. En pratique, cela signifie qu'en concentrant nos triangulations directes sur 2 à 5% des villages (selon l'ampleur de l'exercice), nous pouvons trianguler directement une proportion importante des PDI signalées à l'origine. Nous cherchons à optimiser notre efficacité et notre rapidité en concentrant notre attention là où elle aura le plus d'impact sur la crédibilité de nos chiffres. Dans les villages où le nombre de PDI signalées est important et où nous ne sommes pas en mesure de procéder à une triangulation directe, nous pouvons utiliser les résultats de nos triangulations directes pour informer les triangulations indirectes des autres rapports. De plus, nous pouvons utiliser l'imputation avec la moyenne par rapport au nombre d'hommes, de femmes et d'enfants dans un village donné s'il y a eu une erreur dans la collecte ou si les ICs ont signalé ne pas savoir les répartitions démographiques.

Perceptions des besoins: Il s'agit ici des besoins les plus pressants pour la communauté dans les villages évalués, tels que signalés par les informateurs clés. Le calcul se fait de la manière suivante: les ICs sont sollicités à donner leur avis sur les cinq besoins les plus pressants, par ordre de priorité. Les besoins reçoivent des points à l'inverse de leur ordre de priorité, et les points de chaque catégorie de besoin sont désormais agrégés (i.e. « Borda Count »). Un score de 5 (maximum) indique que tous les informateurs clés dans la ZS ont classé le besoin en 1ère priorité. Un score de 0 (minimum) indique qu'aucun informateur clé n'a classé le besoin parmi les cinq les plus prioritaires. La moyenne est pondérée en fonction du nombre de villages évalués dans la zone de santé. Lors de la collecte sur tablette, les choix apparaissent en nouvel ordre aléatoire pour chaque enquête afin de minimiser tout biais structurel de sélection.

PUBLICATION: 14 DECEMBRE 2020

POUR PLUS D'INFORMATIONS, CLIQUEZ:



NOS ACTIVITES AU SUD-KIVU SONT SOUTENUES PAR



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Suède
Sverige