

L'OIM a une politique de tolérance zéro à l'égard de l'exploitation et les abus sexuels. Signalez la fraude ou la mauvaise conduite (exploitation et les abus sexuels) de manière confidentielle : 49 55 55 ou à travers le site <https://weareallin.iom.int>

 **1 076 230**  
Individus déplacés  
résidant en famille d'accueil

 **829 664**  
Individus retournés

 **16%**  
de la population sont des  
personnes déplacées

 **35 007**  
Individus déplacés internes  
résidant dans des sites spontanés

 **91%**  
de la province évaluée

 **64%**  
des PDI sont des  
femmes et des enfants

 **13 557**  
Informateurs clés

 **4 365**  
Villages évalués

Perceptions des besoins prioritaires:

 **1**  
Accès à l'eau potable

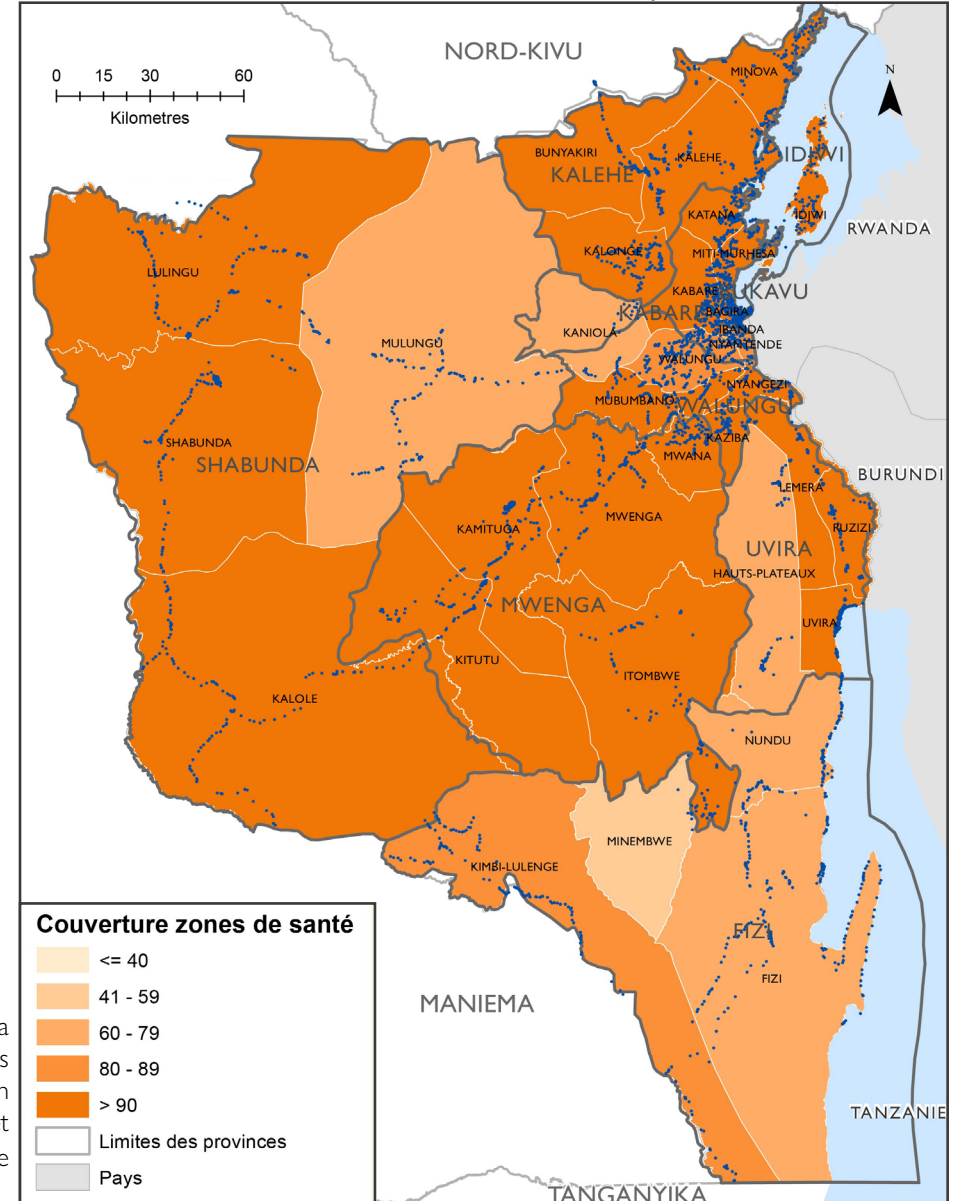
 **2**  
Accès à la santé

 **3**  
Accès aux vivres

## INTRODUCTION

Ce tableau de bord présente les principaux résultats de suivi des mouvements de la population dans la province du Sud-Kivu à l'issue du sixième cycle d'évaluation conduit par l'unité DTM de l'OIM. Ces évaluations ont été réalisées à travers un exercice de collecte de données conduit du 17 mars au 9 avril 2021, 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 sixième cycle, un total de 4 365 villages, couvrant 34 zones de santé, ont été évalués par le biais de 13 557 informateurs clés.

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



# DÉPLACEMENT

Au cours de ce sixième cycle d'évaluation conduit au mois d'avril 2021, les évaluations DTM ont permis de comptabiliser un total de 1 111 237 personnes déplacées dans la province du Sud-Kivu, dont : 1 076 230 PDI résidant dans la communauté d'accueil depuis les 36 derniers mois (comparé aux 805 749 PDI arrivées au cours des 24 derniers mois), et 35 007 personnes résidant dans 34 sites spontanés repérés dans le cadre de cet exercice.

Pour les sites spontanés ne faisant pas partie du mécanisme de gestion des sites, les chiffres sur le nombre de personnes déplacées restent des estimations. A ce jour, aucun site de déplacement n'est sous la coordination de l'OIM ou de l'HCR au Sud-Kivu. Les sites spontanés se trouvent dans les zones de santé (ZS) de Kalehe (7 sites), Minova (5), Haut-Plateau (5), Uvira (5), Itombe (3), Kimbi Lulenge (3), Fizi (3), Minembwe (2) et Walungu (1).

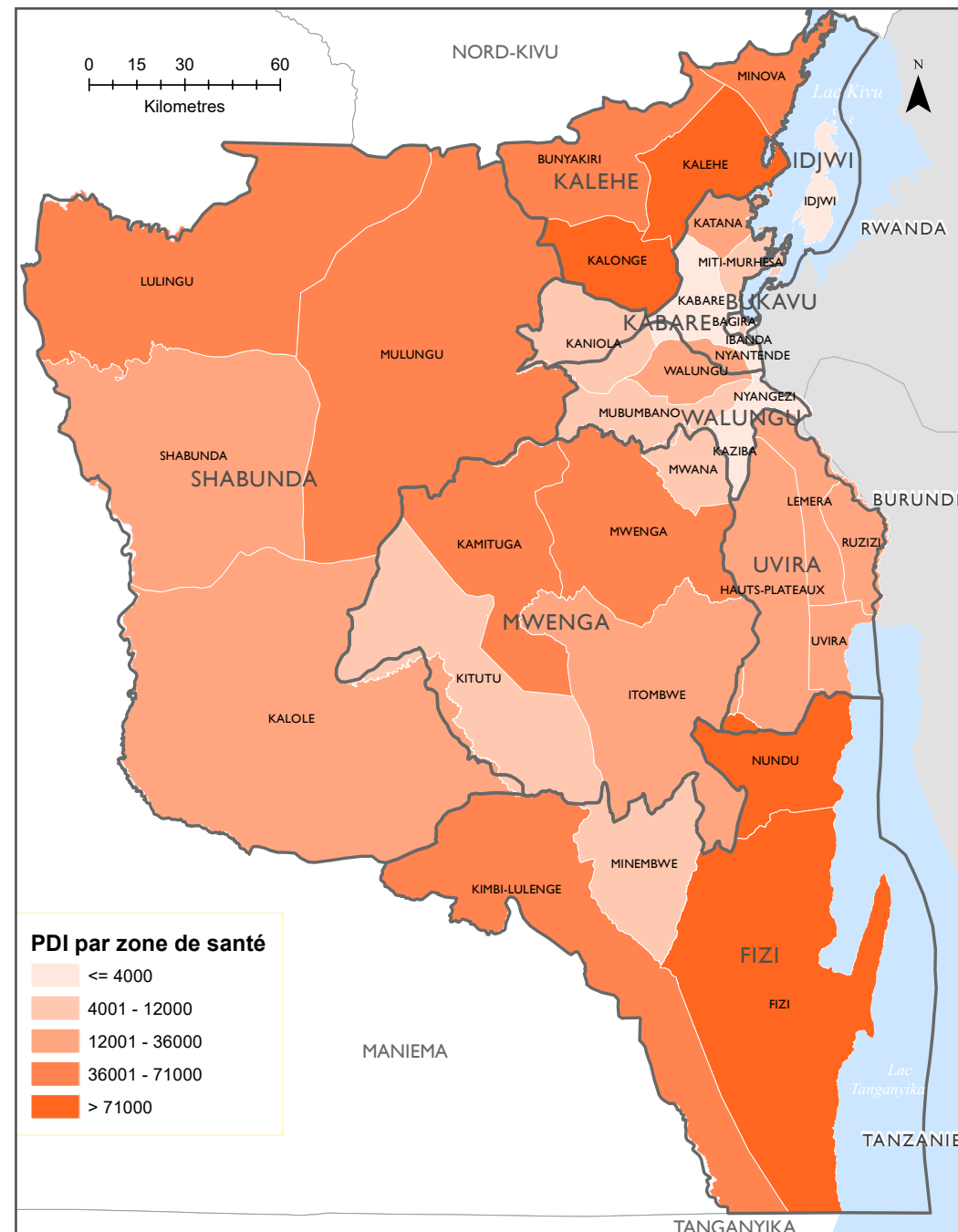
Selon les données récoltées, la majorité des Personnes Déplacées Internes (PDI) résidant dans les communautés d'accueil et dans les sites spontanés dans la province du Sud-Kivu sont situés dans les territoires de Kalehe (33% du total) et de Fizi (23%) (C2 & C3). Comme pour la répartition de la population générale, on constate que la moitié de la population déplacée en famille d'accueil se concentre dans une minorité (10%) des villages. En moyenne sur toute la province du Sud-Kivu nous estimons que 56 pour cent des PDI sont des femmes et 44 pour cent des hommes, dont 15 pour cent sont des enfants de moins de cinq ans (F5).

Dans l'ensemble du Sud-Kivu, les déplacements sont majoritairement liés aux attaques de groupes armés (78%), aux violences intercommunautaires (16%), aux catastrophes naturelles (4%) et aux crises alimentaires (2%) (F4). L'enquête rapporte que la quasi-totalité (96%) des PDI vivent dans des familles d'accueil et environ huit pour cent des PDI dans la province du Sud-Kivu sont originaires d'autres provinces telles que le Nord-Kivu (43 mille individus), Maniema (36 mille) et Tanganyika (4 mille) (F2).

Les principales zones de provenance des PDI actuelles sont les ZS de Bunyakiri (100 mille individus), Kalehe (96 mille), Itombwe (85 mille, partiellement secondaire en provenance primaire de Haut-Plateau), Lulingu (66 mille), Mulungu (59 mille), Fizi (56 mille) et Minembwe (55 mille) (F8). Les analyses approfondies permettent de relever qu'un grand nombre d'individus déplacés en provenance de la région des Hauts-Plateaux (les trois ZS de Haut-Plateau, Itombwe et Minembwe) se sont déplacés vers les ZS de Fizi, Nundu et Kimbi Lulenge (F8).

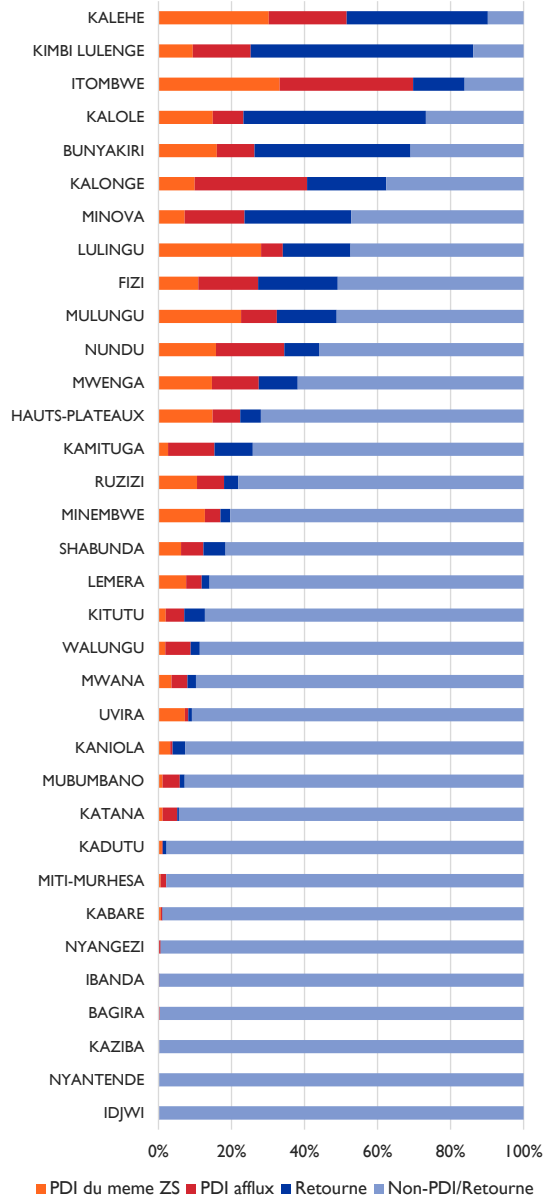
Certaines zones de santé s'avèrent parmi les sources nettes de déplacement (plus de PDI proviennent de ces zones qu'y sont accueillies) alors que d'autres zones figurent parmi les accueils nets des PDI. Les plus grandes sources nettes de déplacement sont

Carte 2: Nb. de PDI en famille d'accueil par zone de santé



**Fig. 1: 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 PDI en provenance d'une zone de santé différente que celle d'accueil.

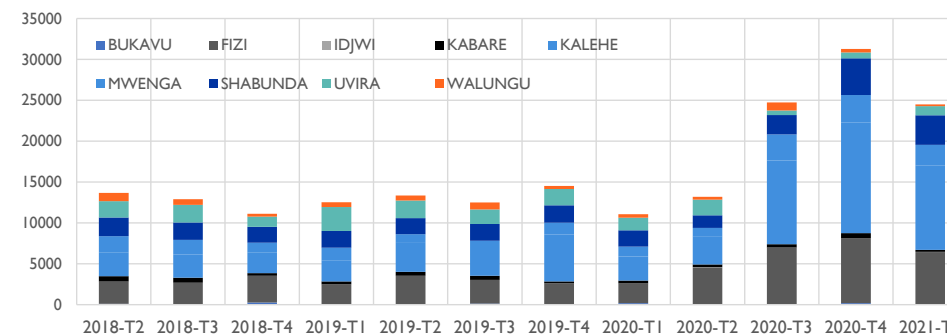


## DÉPLACEMENT (SUITE...)

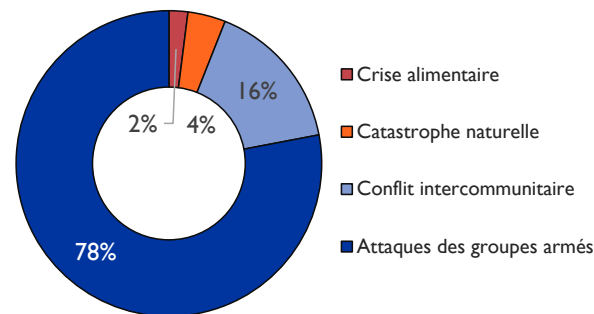
les ZS d'Itombwe (de laquelle plus de 60 mille personnes se sont déplacées vers d'autres zones), Bunyakiri (53 mille), Kabare (49 mille) et Minembwe (49 mille) (F2 & F8). Les ZS qui accueillent le plus de PDI sont les ZS de Kalonge (qui accueille 66 mille PDI en provenance d'autres zones), Minova (49 mille), Fizi (49 mille), Kalehe (48 mille), Nundu (35 mille) et Kimbi-Lulenge (29 mille) (F2 & F8).

La pression qu'exerce les populations déplacées sur la population autochtone varie considérablement d'une zone à une autre. Ainsi, il est estimé que 70 pour cent de la population actuelle de la zone d'Itombwe est déplacée, une figure qui est exacerbé par le déplacement des autochtones d'Itombwe vers Nundu et Fizi en même temps qu'Itombwe reçoit des PDI en provenance de Haut-Plateau et Minembwe (F1 & F8).

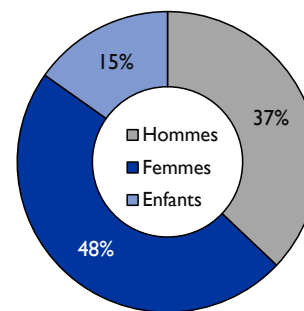
**F-3: Trimestre d'arrivée des PDI actuelles, par territoire d'accueil (ménages)**



**F-4: Raisons de déplacement**

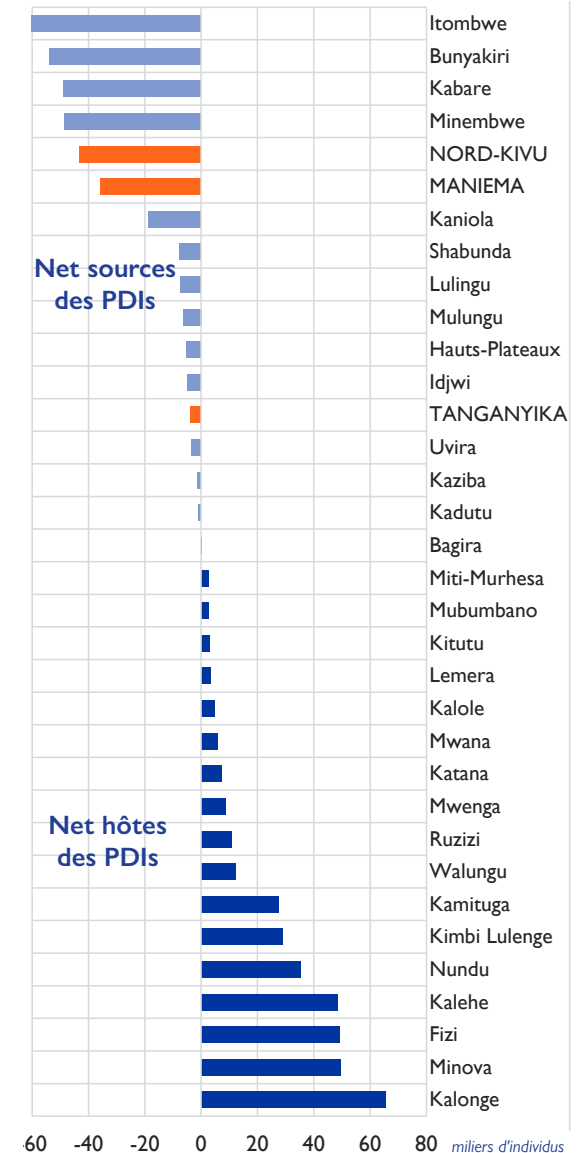


**F-5: Démographie de déplacés**

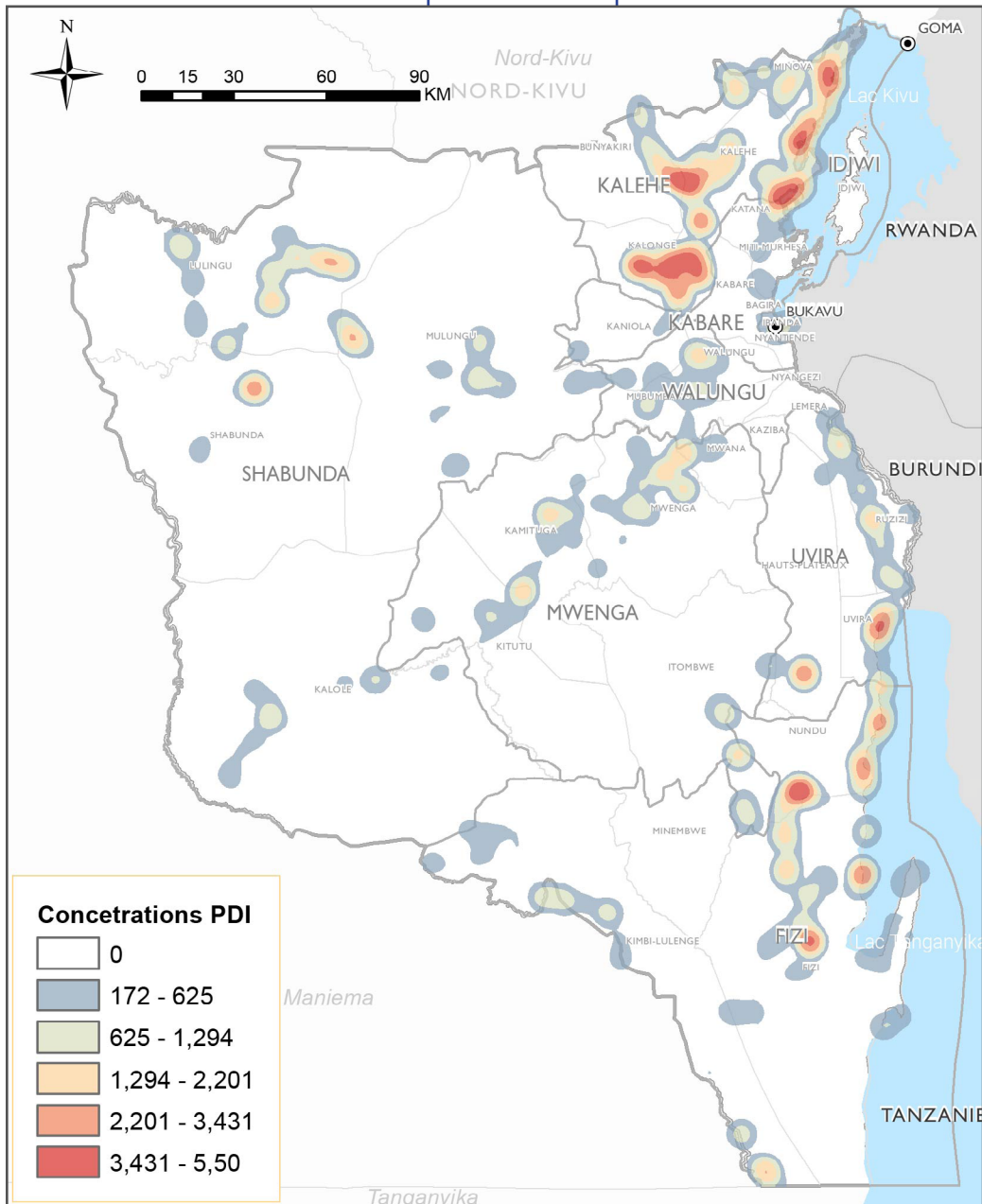


**Fig. 2: Analyse des flux des PDI**

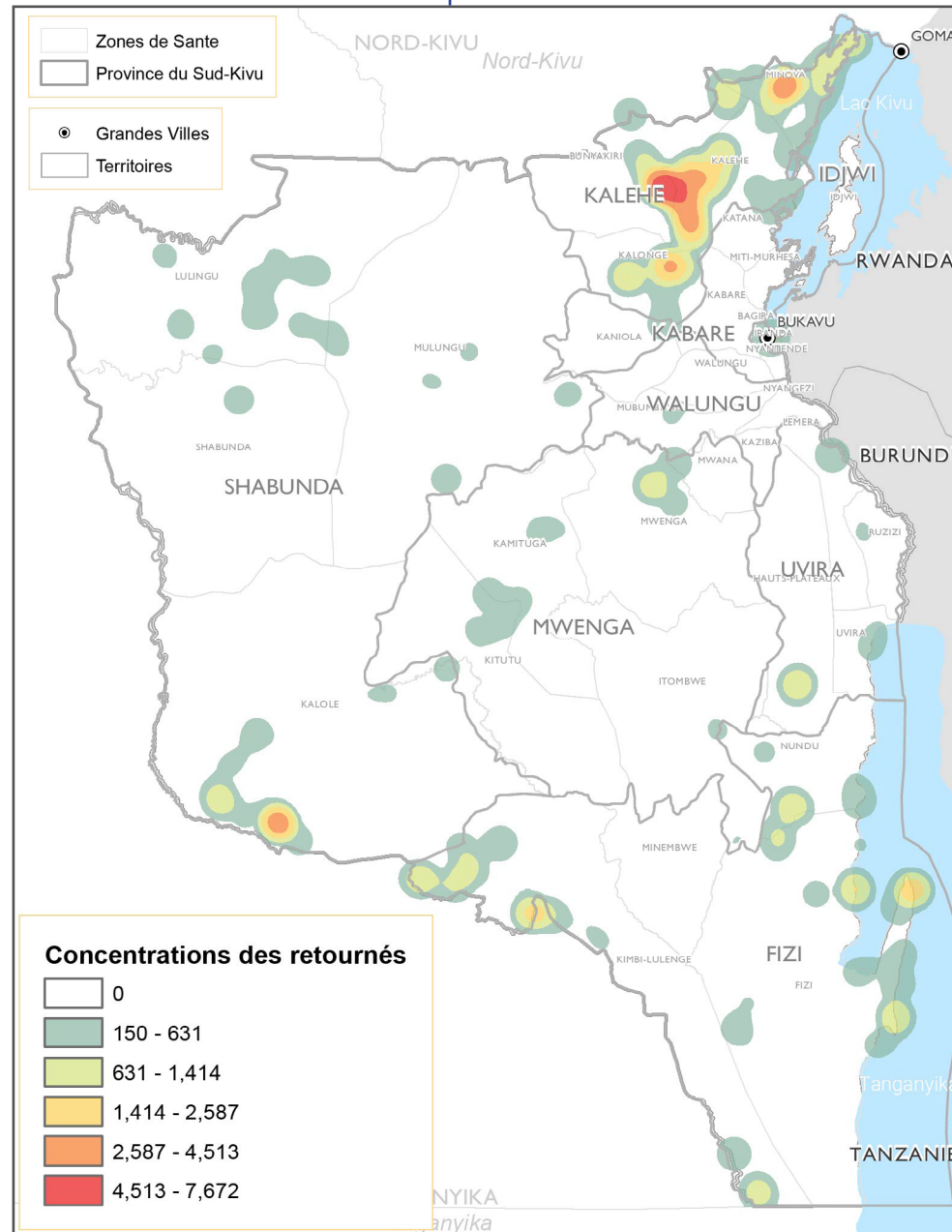
Réprésentation des PDI nets (entrants dans la zone d'une autre zone moins sortants de la zone vers une autre). "Net source" indique qu'en general les PDI quittent cette zone pour trouver leur refuge ailleurs. "Net hôte" indique qu'en generale, cette ZS attire et accueil des PDI en provenance d'autres ZS. Noter que ces calculs sont relativement sensibles à l'influence des disparités de couverture. Sur base de 36 mois.



**Carte 3: Concentrations des personnes déplacées**

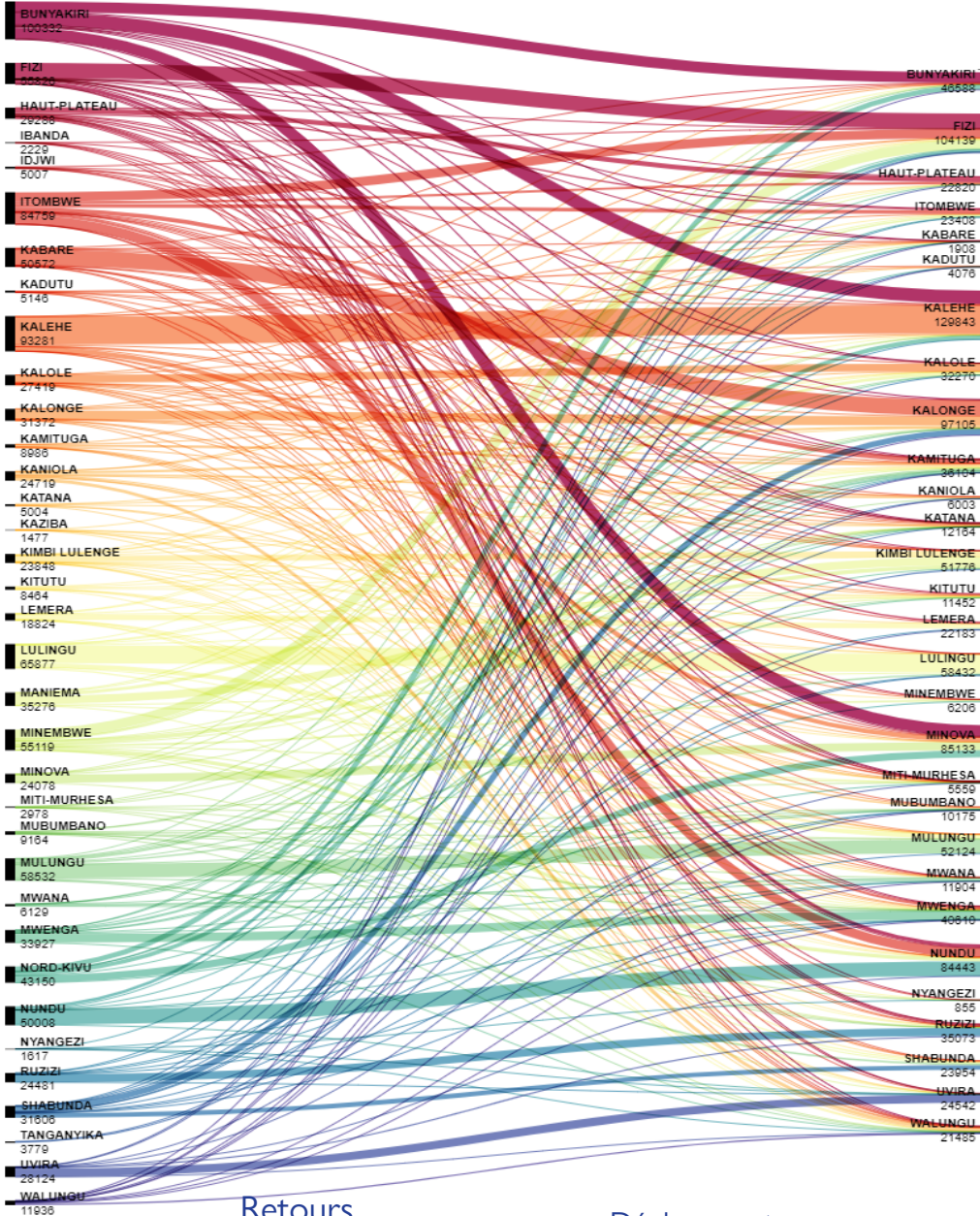


**Carte 4: Concentrations des personnes retournées**

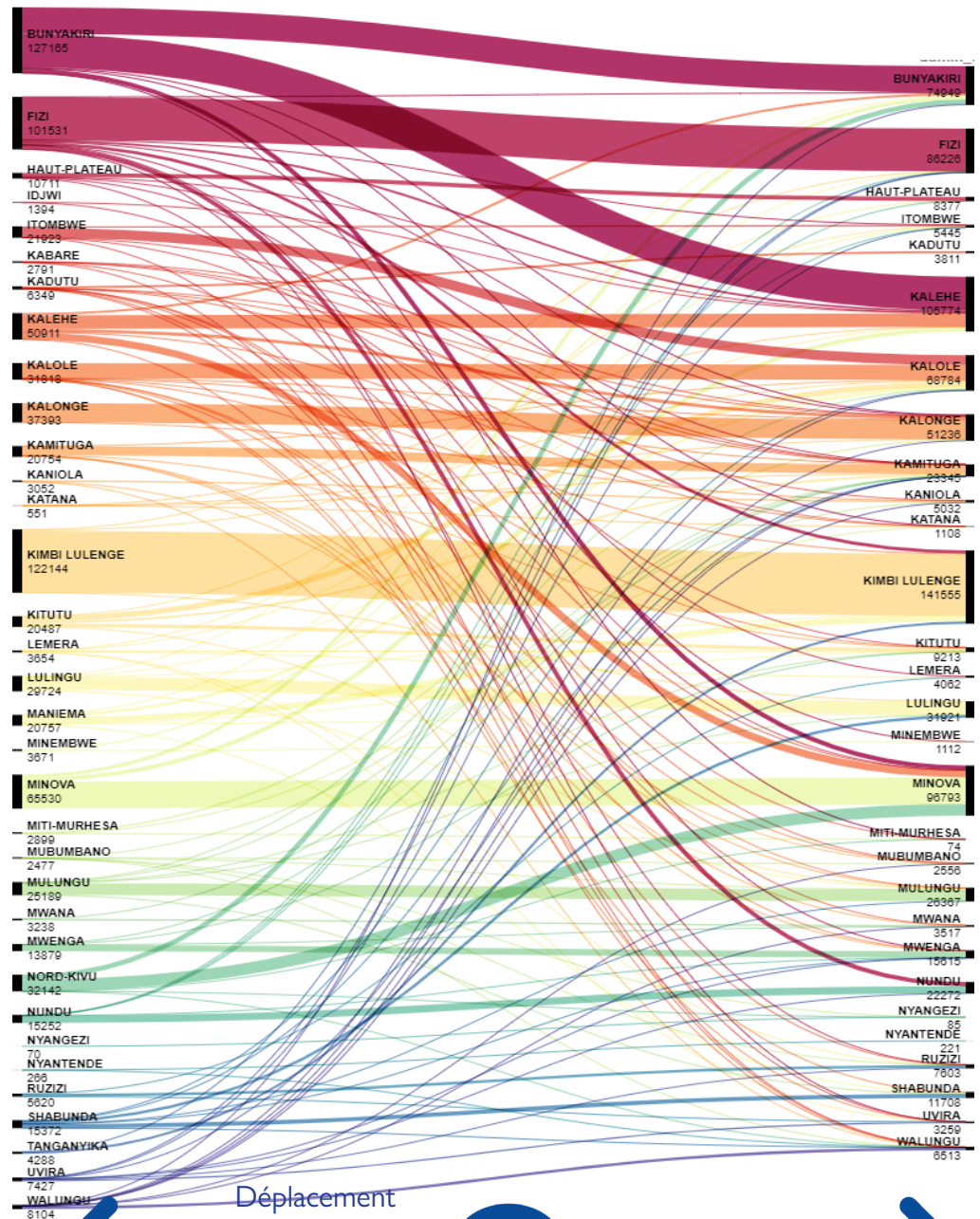


Les cartes de ce rapport ne sont fournies qu'à titre d'illustration. Les représentations ainsi que l'utilisation des frontières et des noms géographiques sur ces cartes peuvent comporter des erreurs et n'impliquent ni jugement sur le statut légal d'un territoire, ni reconnaissance ou acceptation officielles 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. 8:** Flux des déplacements, provenance (gauche), accueil (droite)



**Fig. 9:** Flux des retours, provenance (gauche), accueil (droite)



## MOUVEMENTS DE RETOUR

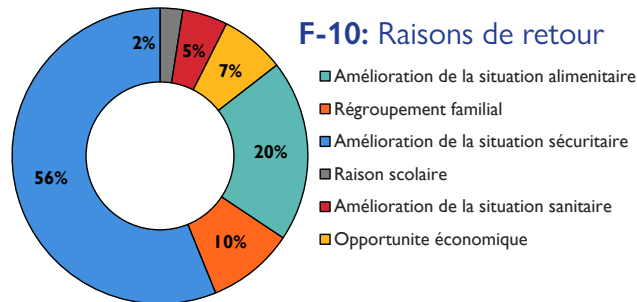
Selon les données recueillies à travers cette évaluation, 829 664 personnes déplacées ont regagné leur village d'origine, en province du Sud-Kivu, au cours des trois dernières années. Ce qui correspond à 785 mille pour la [dernière évaluation](#) réalisée en septembre-octobre 2020, une augmentation légère de six pourcent, particulièrement en tenant compte de l'augmentation en parallèle du nombre de villages évalués (de 3 532 à 4 418 villages).

Les zones de santé majoritairement affectées par les mouvements de retour sont les ZS de Kimbi Lulenge (142 mille individus), Kalehe (111 mille), Minova (93 mille), Fizi (87 mille), Bunyakiri (76 mille) et Kalole (69 mille) (**C5 & F9**). Les principales raisons attribuées aux retours sont l'amélioration de la situation sécuritaire (56%), l'amélioration de la situation alimentaire (20%), le regroupement familial (10%), la présence d'opportunités économique (7%), l'amélioration de la situation sanitaire (5%) et les raisons scolaires (2%) (**F10**).

Les retournés (dont le retour date de moins de trois ans) représentent une proportion importante de la population totale de certaines zones, ce qui pourrait augmenter la pression sur les populations restantes. Les zones comptabilisant les plus forts taux de retournés sont : Kimbi Lulenge (61%), Kalole (50%), Kalehe (48%), Bunyakiri (43%), Minova (29%), Fizi (22%) et Kalonge (22%) (**F1 & F9**).

Selon les données recueillies à travers cette évaluation, 480 631 personnes se sont déplacées au cours des 18 derniers mois. En moyenne, environ 25 mille individus par mois sont retournés dans la province du Sud-Kivu au cours des 18 derniers mois. Ce taux de retour est similaire à celui de la dernière évaluation, et représentent le retour d'environ deux pour cent du stock total des PDIs par mois. Les ZS de Bunyakiri (100 mille individus), Kalehe (96 mille), Itombwe (85 mille), Lulingu (66 mille), Mulungu (59 mille), Fizi (56 mille), Minembwe (55 mille), Kabare (51 mille) et Nundu (50 mille) sont les ZS avec le plus fort taux de retours potentiels sur base des provenances des PDIs actuelles (**F9**).

Neanmoins, la distribution des retours futurs sera fortement influencée sur des facteurs contextuels, notamment l'évolution des conditions sécuritaires dans les zones de provenance. Cette évaluation a permis d'enregistrer la destruction et/ou la vide de population d'environ 138 villages dans les Hauts-Plateaux (ZS de Haut-Plateau, Minembwe et Itombwe). Il s'agit du plus grand nombre de villages détruits au cours du quatrième trimestre de 2020, phénomène impactant considérablement le potentiel pour un retour ponctuel des PDIs en provenance de ces zones.



Carte 5: Nb. de retournés, par zone de santé



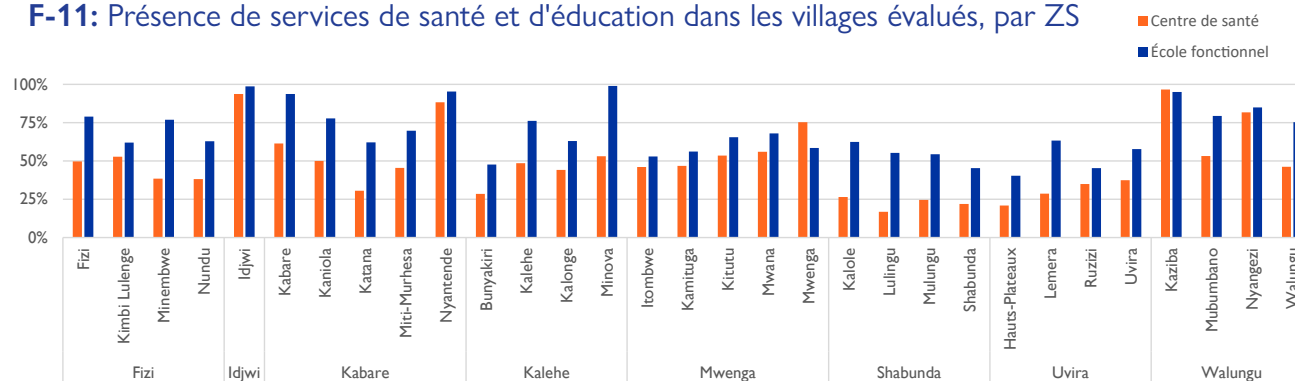
Tableau 1: Perceptions des besoins par zone de santé

Territoire	Zone de Santé	EAU POTABLE	SANTE	VIVRES	AGR	ROUTES	EDUCATION	ABRIS	APPUI AGRICOLE	AMES	HYG. & ASSAINISSEMENT	PROTECTION
Bukavu	Bagira	2.5	1.2	2.1	3.2	3.2	1.2	0.2	1.0	0.0	1.9	0.3
Bukavu	Ibanda	2.0	2.7	0.6	1.7	1.7	2.4	0.3	0.0	0.1	2.2	0.4
Bukavu	Kadutu	3.0	2.5	0.3	1.5	1.5	2.6	0.1	0.2	0.0	1.0	0.1
Fizi	Fizi	1.5	2.3	3.4	0.7	0.7	1.4	2.6	0.6	1.7	0.4	0.2
Fizi	Kimbi Lulenge	2.6	2.6	1.5	0.2	0.2	1.4	3.3	0.6	1.5	0.1	0.0
Fizi	Minembwe	1.5	2.1	1.5	1.2	1.2	1.7	1.9	0.7	0.4	1.0	0.6
Fizi	Nundu	1.9	2.5	4.3	0.8	0.8	1.1	1.9	0.2	1.8	0.1	0.4
Idjwi	Idjwi	3.1	2.8	0.6	2.1	2.1	2.2	0.0	0.1	0.0	1.9	0.0
Kabare	Kabare	2.7	2.4	1.8	2.5	2.5	1.7	0.1	1.5	0.0	0.0	0.0
Kabare	Kaniola	1.7	2.3	1.7	1.4	1.4	2.0	1.4	0.5	0.4	0.6	0.2
Kabare	Katana	2.6	1.1	1.9	2.6	2.6	0.8	0.8	2.0	0.3	1.0	0.6
Kabare	Miti-Murhesa	2.7	1.2	1.9	2.8	2.8	1.0	0.7	2.4	0.1	0.3	0.3
Kabare	Nyantende	2.0	2.6	0.9	0.8	0.8	2.7	0.6	0.7	0.3	1.3	0.3
Kalehe	Bunyakiri	1.4	1.5	2.6	1.4	1.4	1.1	0.5	1.8	2.4	0.6	0.8
Kalehe	Kalehe	1.9	1.8	2.9	1.5	1.5	1.5	1.7	0.6	1.1	0.5	0.2
Kalehe	Kalonge	2.6	3.3	3.6	1.5	1.5	1.1	1.1	0.8	0.6	0.3	0.0
Kalehe	Minova	2.1	1.9	1.5	1.9	1.9	1.9	1.5	0.5	0.9	0.6	0.6
Mwenga	Itombwe	0.3	2.6	1.9	1.3	1.3	1.9	2.2	1.0	0.8	0.2	0.4
Mwenga	Kamituga	2.3	2.6	2.1	1.3	1.3	1.2	0.8	1.3	1.1	0.3	0.2
Mwenga	Kitutu	1.8	2.6	1.6	0.8	0.8	1.6	1.7	1.0	0.8	0.1	0.2
Mwenga	Mwana	2.9	2.2	0.8	1.7	1.7	2.0	0.9	1.1	0.4	0.1	0.1
Mwenga	Mwenga	2.4	2.2	1.0	1.4	1.4	2.1	1.0	1.2	0.8	0.3	0.1
Shabunda	Kalole	3.0	2.7	1.3	1.6	1.6	1.4	2.1	1.2	0.9	0.2	0.0
Shabunda	Lulingu	2.3	2.6	1.8	2.4	2.4	1.6	1.6	1.0	1.0	0.1	0.1
Shabunda	Mulungu	2.2	3.0	2.2	0.7	0.7	1.8	1.8	0.5	1.0	0.1	0.2
Shabunda	Shabunda	2.3	2.5	2.0	1.4	1.4	1.1	1.6	1.4	1.5	0.3	0.1
Uvira	Haut-Plateau	0.8	0.9	1.0	0.4	0.4	0.9	1.0	0.7	0.6	0.2	0.1
Uvira	Lemera	1.7	2.2	2.4	1.8	1.8	0.9	2.0	1.2	1.3	0.5	0.5
Uvira	Ruzizi	1.9	1.3	1.6	2.1	2.1	1.3	1.6	1.1	1.4	1.0	0.7
Uvira	Uvira	1.5	1.5	1.4	2.3	2.3	1.5	2.1	0.5	1.3	1.2	0.6
Walungu	Kaziba	3.0	0.5	1.0	3.5	3.5	0.5	0.6	2.5	0.0	0.4	0.0
Walungu	Mubumbano	2.2	1.6	2.2	2.4	2.4	1.3	1.4	1.0	0.5	0.7	0.2
Walungu	Nyangezi	3.9	0.1	1.0	3.5	3.5	0.2	0.3	2.3	0.1	1.0	0.0
Walungu	Walungu	2.4	1.4	1.6	2.6	2.6	1.3	1.0	1.7	0.5	0.6	0.2
Moyenne		2.2	2.1	1.9	1.7	1.7	1.5	1.3	1.0	0.8	0.6	0.2

## 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 étant 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 Nyangezi, Kalole, Idjwi, Kadutu, Mwana et Kabare les besoins en eau potable sont prioritaires alors que dans les zones Ibanda, Mulungu, Lulingu, Kitutu, Kamituga, Itombwe, Nyantende et Kaniola la santé est identifiée comme prioritaire (Tableau-1). Quant aux vivres (assistance alimentaire), elles sont particulièrement priorisées dans les zones avec une forte présence de PDI, notamment dans les zones de Nundu, Fizi, Kalongé, Kalehe et Bunyakiri. L'éducation est classée en priorité dans la ZS de Nyantende, Kadutu et Ibanda. Les articles ménagers essentiels (AMES) sont priorisés dans les ZS de Bunyakiri, Nundu, Kimbi Lulenge et Fizi. L'abri est priorisé à Kimbi Lulenge, Fizi, Itombwe, Kalole, Lemera et Uvira. Les activités génératrices de revenus (AGR) sont priorisées en ZS de Bagira et en territoire de Walungu (T1). L'assistance en hygiène et assainissement est relativement priorisée dans la ville de Bukavu (T1). En général, les informateurs clés ont constaté que les zones d'accueil des PDI sont dans le besoin urgent d'une assistance en vivres, AME, et abris alors que les zones relativement non-affectées par les mouvements de population perçoivent le besoin d'une assistance en développement (routes, les AGR, éducation, appui agricole). L'assistance en eau potable et en santé est autant priorisée dans les zones d'accueils des PDI que dans les zones non-affectées par les mouvements de population.

F-11: Présence de services de santé et d'éducation dans les villages évalués, par ZS



## ACCÈS AUX SERVICES

Dans l'ensemble des villages évalués dans la province du Sud-Kivu, 68% ont déclaré avoir accès à une école et 48% à un centre ou poste de santé. En revanche, la majorité des villages évalués dans les ZS de Haut-Plateau (60%), Ruzizi (55%), Shabunda (55%) et Bunyakiri (52%) a signalé ne pas avoir accès à des écoles fonctionnelles. Une minorité des villages évaluées dans les zones de santé de Lulingu (17%), Haut-Plateau (21%), Shabunda (22%), Mulungu (25%), Kalole (26%), et Lemera (29%) ont aussi signalé avoir un accès quasiment nul aux services de santé (F11). Selon les informateurs clés, 81 pour cent des villages ont rapporté avoir accès à au moins un réseau téléphonique. Les réseaux mobiles les plus accessibles sont Vodacom (71% de villages), Airtel (59%), Orange (52%) et autres (1%, services transfrontaliers). La majorité des villages dans les zones d'Itombwe (68%), Lulingu (62%), Mulungu (58%) et Kaniola (53%) a déclaré que l'accès à un réseau téléphonique mobile n'était pas possible.

## 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 des 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 mis 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 substituerons 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 résidait auparavant a été déplacée 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 poursuivie 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 de 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 permet 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 tous biais structurels de sélection.

**PUBLICATION: 19 AOÛT 2021**

**POUR PLUS D'INFORMATIONS, CLIQUEZ:**



**SITE INTERNET**



**BASE DE DONNÉES**



**E-MAIL**

**NOS ACTIVITES AU SUD-KIVU SONT SOUTENUES PAR**



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN



**Suède**  
**Sverige**