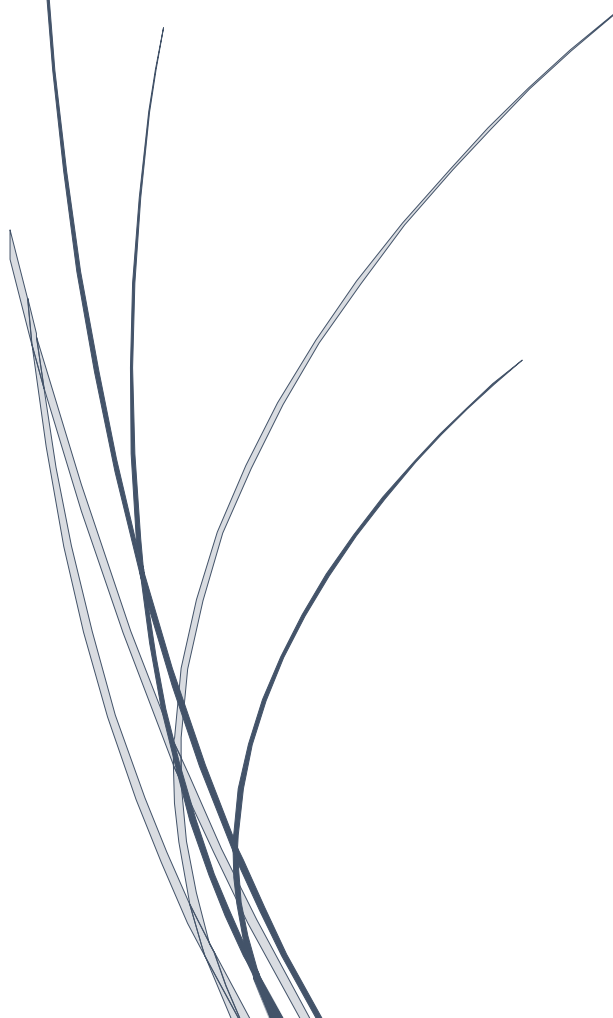




DIASPORA MEDICALE PLUS-RDC

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS



Exercice 2022

ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE ENREGISTREE SOUS F.92/34317



SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AC	: Animateur Communautaire
AME	: Articles Ménagers Essentiels
ANR	: Agence Nationale des Renseignements
AO	: Appel d'Offre
CA	: Conseil d'Administration
CAC	: Cellule d'Animation Communautaire
CCCM	: Camp Coordination and Camp management
CECA20	: 20 ^{ème} Communauté Emmanuel au centre de l'Afrique
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019
CREC	: Communication des risques et Engagement Communautaire
DE	: Directeur Exécutif
DIH	: Droit International Humanitaire
DIVAH	: Division des Affaires Humanitaires
DIVAS	: Division des Affaires Sociales
DMP-RDC	: Diaspora Médicale Plus-RDC
DMU	: Dispositifs Minimums d'Urgences
DH	: Droits Humains
ECZ	: Equipe Cadre de la Zone
ERM	: Evaluation Rapide Multisectorielle
FHRDC	: Fonds Humanitaire de la République Démocratique du Congo
FMP	: Flow Monitoring Population
GBV	: Gender Based Violence
HIMO	: Haute Intensité de la Main d'œuvre
IDP	: Internal Displacement Population
IST	: Infection Sexuellement Transmissibles
IT	: Infirmier Titulaire
MAPI	: Manifestation Adverse Post-Immunisation
MCZS	: Médecin Chef de Zone de santé
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
OIM	: Organisation Internationale pour les Migrations
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONGI	: Organisation Non Gouvernementale Internationale
PCI	: Prévention et Contrôle de l'Infection
PDI	: Personnes Déplacées Internes
PF	: Point Focal
PMM	: Population Movement Mapping
PNUAH	: Programme National des Urgences et Actions Humanitaires
PoC	: Point de Contrôle
PoE	: Point d'Entrée
PNSR	: Programme National pour la Santé de la Reproduction
PRESICODESA	: Président du Comité de Santé
PTA	: Plan de Travail Annuel
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
RDC	: République Démocratique du Congo
RVA	: Régie des Voies Aériennes
SA	: Société d'Action
Secal	: Sécurité Alimentaire
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SOP	: Standard Operating procedure
SSP	: Soins de Santé Primaire
SSR	: Santé Sexuelle et Reproduction
UNFPA	: United Nations Population Fund
UNHCR	: United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	: United Nations International Children's Fund
VBG	: Violences basées sur le Genre
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

L'année 2022 a été très agitée, notamment par les crises sécuritaires et humanitaires récurrentes en République Démocratique du Congo, mais également par la crise sanitaire à portée internationale qu'est la pandémie de la Covid-19 ; cependant, DMP-RDC a pu atteindre la majorité des objectifs inscrits dans son Plan de Travail Annuel.

En effet, l'ONG DMP-RDC a été très active dans la matérialisation de sa vision à travers des actions concrètes sous ou sans subvention des partenaires. Parmi les subventions reçues, dans l'ordre de priorité, ce rapport retrace celles de l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) et de l'ONGI DKT-RDC. Les actions menées avec fonds propres sont liées à tous les secteurs d'intervention assignés par DMP-RDC dont les principales ressources sont notamment les cotisations spéciales de ses membres ainsi que les coûts institutionnels reçus des projets antérieurs.

Outre les actions sur les terrains, DMP-RDC a été visible, active et compétitive dans les clusters et groupes de travail, notamment dans les Clusters Santé, Protection et Abris ainsi que dans les sous-groupes SSR (Santé sexuelle et reproductive), Riposte Covid-19, Santé mentale et VBG pour sa participation à la définition stratégique d'actions humanitaires. Signalons que DMP-RDC a matérialisé son partenariat au Cluster Santé national.

Hormis le bureau de coordination situé à Goma, 10 autres bureaux secondaires étaient fonctionnels dans les provinces du Nord Kivu, du Sud Kivu et de l'Ituri, à savoir les bureaux de Masisi, Beni, Kasindi, Minova, Kalehe, Bukavu, Uvira Bunia, Komanda et Tchomia pour servir des bras opérationnels à l'ONG au niveau local. Les points focaux, tous des médecins de formation et de carrière ont mené diverses activités sur le terrain, de façon coordonnée, appuyés par un Coordonnateur des Programmes sous la houlette d'un Directeur Exécutif, tous basés à Goma. L'organisation a notamment pris part à certains événements organisés par des pairs et des institutions publiques dans le cadre de la promotion de l'action humanitaire. Elle a été distinguée lors de l'un de ces événements, notamment lors de l'atelier de validation du Plan d'Urgence organisé par PNUAH avec l'appui de IMA où elle a fait le secrétariat.

Du côté de suivi, plusieurs tournées ont été conduites sous le leadership du Coordonnateur des Programmes à l'endroit des Points Focaux zonaux et autorités sanitaires et communales dans différents axes d'intervention. Ces descentes sur le terrain, assorties de rencontres avec les autorités, de conférences virtuelles et en présentiel et de présentations sur la mission, la vision et les projets de l'ONG dans lesdites régions ont donné une grande visibilité à l'organisation.

Au niveau de la coordination, des démarches ont également été orientées sur la recherche d'autres partenariats dont le plus caractéristique est le processus d'éligibilité au FHRDC qui va bon train. Ce faisant, DMP a engagé un auditeur indépendant, EXPERTISE PLUS SA, pour diagnostiquer et sanctionner son système organisationnel et gestionnaire en prévision aux visites des partenaires potentiels, ce qui permettra à DMP-RDC de faire peau neuve à l'échelle nationale en perspectives d'autres partenariats.

MOT DU DIRECTEUR EXECUTIF

Les difficultés nous rendent forts, dit-on, cette période difficile est l'occasion pour nous de réaffirmer nos valeurs et notre engagement ainsi que la solidarité et l'entraide envers ceux qui en ont le plus besoin. Plus que jamais, notre travail est fondamental pour apporter une aide vitale à nos populations qui font déjà face aux injustices sociales et économiques notamment les femmes et les filles, aux impacts du changement climatique, pour ne citer que ceux-là.

Ainsi, dès le début de l'année, nous avons procédé à la préparation de l'Assemblée Générale de l'exercice 2021 écoulé, à la préparation du Plan d'Action Annuel 2022 et la redynamisation des bureaux secondaires. De grands défis liés au contexte interchangeant de nos zones d'intervention au regard des aspects sécuritaires et humanitaires, mais également la pandémie de la COVID-19 avec toutes les restrictions, confinements et tout, sans oublier les capacités d'intervention de notre organisation qui n'a encore pas d'appui institutionnel stable, ni de donateurs fidélisés ; nous devons reconnaître sous ce plume la bravoure et la détermination de nos équipes au niveau du CA, de la coordination et de l'opérationnalisation de l'action qui ne ménagent aucun effort pour apporter le soutien nécessaire aux familles en souffrance, et c'est malgré les maigres moyens en disposition.

Ces efforts conjugués ont permis à DMP-RDC d'atteindre d'importants objectifs et de pouvoir s'affirmer dans le monde humanitaire en se positionnant co-acteur de l'action humanitaire dans le pays, la république Démocratique du Congo.

L'ONG s'est également démarquée d'autres organisations par l'obtention du projet avec un agence du Système des Nations-Unies, OIM, après un long processus d'évaluation de ses capacités et de sa proposition des projets.

Ces grandes réalisations sont rendues possibles grâce à l'engagement indéfectible de notre Conseil d'Administration, de l'équipe de la coordination et de tous les acteurs locaux, cela d'une part, et d'autre part les leads des forums humanitaires auxquels DMP-RDC prend part ont joué un rôle crucial dans les orientations pertinentes et les formations qui sont organisées en guise de renforcement des capacités des partenaires locaux. Il est important de souligner, à ce titre, le Cluster Santé qui n'a pas hésité un seul instant à recommander DMP-RDC pour évaluation par le FHRDC.

A vous chers partenaires publics et privés, chères personnes ressources, nous tenons particulièrement à vous remercier pour votre accompagnement indéfectible.

A toutes les communautés de nos zones d'action, vous êtes la raison d'être de DMP-RDC ; vous acceptez volontiers le peu que DMP-RDC vous apporte au même titre que d'autres partenaires aux moyens colossaux. Nous vous réitérons nos sincères remerciements et notre accompagnement dans l'atteinte de notre vision humanitaire.

Le DE.

I. INTRODUCTION

L'élaboration d'un rapport annuel est un exercice de routine incontournable qui permet de consigner tout évènement de façon exhaustive, ayant trait à la vie d'une organisation pendant un exercice annuel donné. Fondée sur les principes humanitaires, la stratégie de DMP-RDC prône la redevabilité ; c'est ainsi que ce rapport va constituer un outil crucial devant aider DMP-RDC à s'acquitter de ses obligations de communication, en faisant d'elle une organisation pleinement accessible et inclusive.

Nous avons reçu un financement de l'Organisation Internationale pour les Migrations durant le quatrième trimestre, projet qui a porté sur la génération de la demande des vaccins contre la COVID-19 dans les camps des déplacés, les familles d'accueil, les points d'entrée et les communautés environnantes dans 15 sites des déplacés et 13 points d'entrée en provinces du Nord Kivu, du Sud Kivu et de l'Ituri.

En plus, l'exercice rapporté a été aussi caractérisé une activité qui a connu un appui en intrants, notamment un appui de DKT-RDC en produits de prévention des grossesses indésirables, des IST/VIH-Sida et des hémorragies post-partum/abortum dans 10 structures de santé des aires ayant accueillis des rescapées du Volcan Nyiragongo dans les zones de santé de Nyiragongo, Karisimbi, Goma, Kirotshe et Minova.

Outre l'appui de ces deux partenaires, DMP-RDC a été active dans d'autres actions menées grâce au fonds propres, notamment une réponse en sécurité alimentaire menée dans les territoires de Beni au Nord Kivu et d'Irumu en Ituri ; également nous avons eu une activité cadrant avec le secteur d'eau, hygiène et assainissement dans l'aire de santé de Mudja en zone de santé de Nyiragongo ; également nous avons mené des activités de monitoring de protection dans les aires de santé de Masisi et de Rusayo en zone de santé de Masisi et de Nyiragongo.

Il convient de signaler qu'au cours de cette année, nous avons renforcé notre collaboration avec les partenaires humanitaires et étatiques, plus précisément, en s'alignant que le processus de l'éligibilité du Fonds Humanitaire de la République Démocratique du Congo, (FHRDC), une expérience qui nous a poussés à mettre à jour notre système, notamment avec des outils de gestion et des politiques divers, mais également plusieurs sessions des formations de notre personnel sur divers thèmes, ont été organisées, sans oublier la mise en examen de notre système par un auditeur externe.

Ainsi, ce rapport, outre la présente introduction et la conclusion, s'articule autour des points qui se rapportent à la présentation de DMP-RDC, rappel du contexte sécuritaire et humanitaire, des activités menées sous subvention, des activités menées avec fonds propres, du partenariat, de la coordination, des difficultés rencontrées et de la performance financière.

Nous souhaitons donc meilleure exploitation à tous nos lecteurs et les invitons à ne pas hésiter de nous faire parvenir tout commentaire, lequel sera traité en sa juste valeur pour l'amélioration de ce présent outil et d'autres rapports ultérieurs.

II. BREVE PRESENTATION DE L'ONG DMP-RDC



@dmp-rdc

Diaspora Médicale Plus-RDC, en sigle, DMP-RDC est une organisation sans but lucratif créée en 2016 par des médecins congolais de la diaspora et ceux vivant en RDC afin d'améliorer la qualité d'aide d'urgence et de développement ainsi que son accessibilité par les personnes en besoins. Ce faisant, DMP se fixe comme objectif de mettre en place un cadre d'étude, de réponse et de développement basé sur l'expérience évidente à travers des évaluations des existants et des gaps ; l'octroi des soins préventifs, curatifs et promotionnels ; la promotion d'un environnement protecteur et du cadre de

vie ; la résilience alimentaire et en articles non alimentaires dans les zones humanitaires et celles à ressources limitées.

L'ong DMP-RDC développe 6 secteurs d'intervention, à savoir : SANTE; PROTECTION; EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT; ABRI-AME; SECURITE ALIMENTAIRE et RECHERCHE.

1. PROGRAMME DE SANTE

- Recherche, information, formation, communication et orientation ;
- Appui aux Soins préventifs et promotionnels dans les situations humanitaires ;
- Dépistage précoce et mise au point des schémas thérapeutiques.

Description du programme Santé :

- Etude, Prévention et Réponse en SSP, SSR, Santé mentale, VIH/Sida, MTN, Crise sanitaire et nutritionnelle ;
- Formation des professionnels de santé de première ligne et autres acteurs locaux ;
- Intégration des Standards de Dépistage et Thérapeutique adaptés aux réalités des zones difficiles d'accès et celles à ressources limitées.

2. PROGRAMME DE PROTECTION

- Récolter et remonter les actes des violations des droits humains ;
- Informer et former sur les notions des droits, notamment les DH et DIH ;
- Aider les vulnérables à se relever et à contribuer au développement communautaire.

Description du programme Protection :

- SGBV : sensibilisation, référencement, prise en charge psychosociale et réinsertion;
- Protection de l'enfance : Vulgarisation, Encadrement dans les espaces pour enfants
- Monitoring de protection et plaidoyer pour la prévention et la protection des personnes.

3. PROGRAMME ABRIS-AME

- Construction et/ou réhabilitation et/ou distribution du cash abris pour la sécurité et la dignité des plus nécessiteux (familles déplacées et hôtes) ;
- Appui aux personnes les plus vulnérables en Articles ménagers essentiels.

4. PROGRAMME DE SECURITE ALIMENTAIRE

- Promouvoir la capacité de production agropastorale, pêche, piscicole et apiculture afin de contribuer à l'autosuffisance alimentaire des personnes les plus vulnérables ;
- Créer les sources des revenus en faveur des populations locales pour leur auto-prise en charge et l'amélioration des conditions de vie des paysans ;



- Faciliter l'évacuation des produits agricoles vers les grands consommateurs.

Description du programme :

- Agriculture ;
- Elevage, pisciculture et apiculture ;
- Education à la nutrition des enfants et de la mère ;
- Réhabilitation des routes des dessertes agricoles ;
- Transformation, stockage et Commercialisation ;
- Structuration : L'organisation des ménages en coopératives agricoles communautaires.

5. PROGRAMME DE L'EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

- Contribuer à l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à des latrines saines ;
- Lutter contre la propagation des maladies des mains sales ;
- Accompagner les communautés locales dans l'amélioration de l'habitat.

Description du programme :

- Adduction et traitement d'eau
- Construction et/ou réhabilitation des latrines
- Sensibilisation pour la prévention et le contrôle de l'infection en cas d'épidémie ;
- Sensibilisation pour la promotion l'Hygiène et l'assainissement du cadre de vie.

6. PROGRAMME DE RECHERCHE

- Contribuer au renforcement des capacités dans la collecte et la gestion des catastrophes et dans la définition des plans de contingence sectoriels ;
- Fournir les informations en lien avec la recherche pour de réponse appropriée.

Description du programme :

- La mise en place des outils de recherche selon le domaine ;
- Etude anthropologique pour dégager les facteurs déterminant d'un phénomène donné
- L'évaluation des besoins humanitaires dans les zones d'accueil et de retour ;
- L'analyse et la publication des résultats de recherche ;
- La professionnalisation en matière de collecte et de gestion des urgences.

APROCHES ET PRINCIPES D'INTERVENTION DE DMP-RDC

- Réseautage (travail en synergie avec d'autres membres de DMP-RDC vivant dans la diaspora) ;
- Localisation de l'action ;
- Centralité de la protection, ...
- Inclusion du genre et de handicap ;
- Recherches-actions participatives ;
- Approche HIMO (Haute intensité de la main d'œuvre).

III. ANALYSE DU CONTEXTE

La République démocratique du Congo (RDC), d'une superficie équivalente à celle de l'Europe occidentale, est le plus grand pays d'Afrique subsaharienne. Elle possède des ressources naturelles exceptionnelles, notamment des gisements de minerais (cobalt, cuivre, etc.), un grand potentiel hydroélectrique, de vastes terres arables, une formidable biodiversité et la deuxième plus grande forêt tropicale du monde. Pourtant, la plupart des habitants de RDC ne profite de ces richesses. Une longue succession de conflits, d'instabilité, de troubles politiques et de régimes autoritaires a conduit à une crise humanitaire aussi sévère que persistante, à laquelle s'ajoutent des déplacements forcés de populations. Et la situation ne s'est guère améliorée depuis plus de deux décennies.

La RDC est l'une des cinq nations les plus pauvres du monde. En 2022, environ 62 % de la population du pays, soit 60 millions de personnes, vivait avec moins de 2,15 dollars par jour. Ainsi, près d'une personne sur six en situation d'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne vit en RDC.

De part sa situation politique, en 62 ans d'indépendance, la RDC n'a connu sa première transition pacifique du pouvoir qu'en janvier 2019. Cependant, malgré les efforts de prévention des conflits et de stabilisation, des poches d'insécurité persistent dans le pays, particulièrement dans sa région orientale : la situation sécuritaire s'est gravement détériorée dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, où des milliers de personnes ont dû fuir les affrontements entre l'armée congolaise et des groupes armés. D'autres foyers d'insécurité ont également émergé dans le pays, notamment en raison de conflits intercommunautaires.

Sur le plan économique, le secteur minier reste le principal moteur de la croissance. Compte tenu du coût élevé des importations et de la dépréciation de la monnaie, l'inflation augmente plus rapidement. Malgré une politique budgétaire prudente, la poursuite des dépenses exceptionnelles pour la sécurité et les élections entraîne un creusement du déficit budgétaire (-1,3 % du PIB), dans un contexte de baisse des recettes. Compte tenu des conflits persistants à l'Est, le défi immédiat de la RDC est de renforcer la sécurité et de maintenir la stabilité politique et macroéconomique, tout en accélérant les réformes en cours pour assurer une croissance durable.

Sur le plan social, la RDC se classe au 164^e rang sur 174 pays selon l'**indice de capital humain** 2020, conséquence de décennies de conflits, de fragilité et de développement compromis. L'indice du capital humain de la RDC s'établit à 0,37, au-dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (0,40). Cela signifie qu'un enfant congolais né aujourd'hui ne peut espérer réaliser que 37 % de son potentiel, par rapport à ce qui aurait été possible s'il avait bénéficié d'une scolarité complète et de qualité, et de conditions de santé optimales. Les principaux facteurs à l'origine de ce score sont le faible taux de survie des enfants de moins de cinq ans, le fort taux de retard de croissance des enfants et la piètre qualité de l'éducation.

Le taux de retard de croissance en RDC (42 % des enfants de moins de cinq ans) est l'un des plus élevés d'Afrique subsaharienne et la malnutrition est la cause sous-jacente de près de la moitié des décès dans cette classe d'âge. Et contrairement à d'autres pays africains, la prévalence du retard de croissance en RDC n'a pas diminué au cours des vingt dernières années. En raison d'un taux de fécondité très élevé, le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance a augmenté de 1,5 million.

La RDC abrite diverses populations autochtones dont l'existence est marquée par un grand nombre de difficultés : expulsion de leurs terres ancestrales, discriminations ou encore manque d'accès à des services de base comme les soins de santé et l'éducation. Ces populations continuent malgré tout de jouer un rôle important dans la préservation de la diversité culturelle du pays et la promotion de pratiques de gestion durable des ressources. Et si des efforts existent pour reconnaître et protéger les droits des populations autochtones, il reste encore beaucoup à faire pour assurer leur pleine participation à la société et la protection de leurs modes de vie traditionnels.

Les femmes se heurtent à des obstacles importants en matière de perspectives économiques et d'autonomisation et elles sont notamment confrontées à un niveau élevé de violences et de discriminations. Seulement 16,8 % des filles terminent l'école secondaire, soit environ deux fois moins que les garçons. Les mariages précoces et les taux de fécondité élevés posent problème, le niveau de fécondité des femmes et adolescentes sans aucune éducation étant deux fois supérieur au taux observé chez celles qui ont achevé leurs études secondaires (7,4 enfants contre 2,9, DHS 2014). La moitié des femmes déclarent avoir subi des violences physiques et près d'un tiers ont subi des violences sexuelles, le plus souvent au sein du couple (DHS 2013).

Le taux d'activité des femmes en RDC est estimé à près de 62 %, la plupart d'entre elles travaillant dans l'agriculture. Bien que ce taux soit relativement élevé, les femmes gagnent beaucoup moins que les hommes et possèdent moins d'actifs. Un rapport réalisé en 2021 recense trois grands facteurs à l'origine des écarts persistants et significatifs entre les sexes dans le pays : le contrôle des terres, la capacité d'expression et d'action, et le risque et l'incertitude, en particulier la vulnérabilité aux chocs et aux violences de genre.

Les systèmes de **santé** de la RDC ont été durement touchés par le conflit prolongé qui sévit dans le pays et par des crises humanitaires complexes qui perdurent de longue date dans le monde. Cette situation a en outre été considérablement aggravée par la pandémie de COVID-19 et, avant elle, par les épidémies récurrentes de choléra, de rougeole ou d'Ebola. La demande de vaccins anti-COVID a été relativement limitée en raison de fortes réticences dans la population. Il apparaît par ailleurs que la pandémie a eu un impact négatif sur le degré d'utilisation des services de santé depuis mars 2020 : baisse des consultations hospitalières et prénatales, accès réduit au planning familial et à la contraception, augmentation de l'insécurité alimentaire et hausse des cas de violences sexuelles et sexistes. En raison de la pandémie, près de 23 millions d'enfants n'ont pas été vaccinés comme ils l'auraient dû en 2020, soit le nombre le plus élevé depuis plus d'une décennie selon des données récentes de l'OMS et de l'UNICEF. Tous ces éléments mettent en lumière l'impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé, laissant à craindre que l'interruption temporaire des services de santé de base entraîne, faute d'action, une crise sanitaire secondaire.



II. BILAN DES ACTIVITES REALISEES EN 2022

Les activités réalisées en 2022 au sein de DMP-RDC, l'ont été, d'une part, avec l'appui des partenaires, et d'autre part avec les fonds propres. L'appui reçu des partenaires était de deux types : subvention par OIM et appui en intrants par DKT-RDC. Il revient de noter que nos subsides pour l'an 2022, ont été principalement trouvées des trois sources : L'appui par OIM, les cotisations spéciales des membres et les coûts institutionnels reçus des projets exécutés par le passé. Les deux dernières sources ont constitué l'enveloppe des fonds propres utilisés cette année dans le fonctionnement ainsi que d'autres activités prévues dans le PTA 2022.

Tableau n° 1. Activités clés réalisées selon les secteurs

Secteur	Volets	Projets/Activités clés	Partenaire	Zone d'intervention
Santé	Vaccination contre Covid-19	Génération de la demande des vaccins aux points d'entrée et camps des PDI	OIM	Masisi, Nyiragongo, Goma, Katoyi, Karisimbi, Mutwanga, Kyondo, Minova, Kalehe, Ibanda, Uvira, Komanda, Nizi, Tchomia, Bunia
	Santé sexuelle et reproductive	Prévention des IST/VIH-Sida, grossesses indésirables et hémorragies post-partum en faveur des PDI de la crise des groupes armés et dans les structures de santé	DKT-RDC et DMP-RDC	Nyiragongo, Goma, Karisimbi, Kirotshé, Minova, Kalehe, Ibanda, Uvira
Recherche	FMP	Suivi du mouvement de la population en vue de la surveillance épidémiologique et de la couverture vaccinale sur la Covid-19	OIM	Goma, Karisimbi, Ibanda, Bunia, Rwampara
	PMM	Etude de la cartographie des mouvements de la population dans les provinces de l'Ituri et du Tanganyika	OIM	Bunia
	Enquête	Recherche opérationnelle de perception de vaccin contre la Covid-19 par les personnes migrantes et les déplacés internes	OIM	Ibanda, Kirotshé, Goma, Karisimbi
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement	Sensibilisation, Point de lavage des mains, points de chloration d'eau, désinfection de site de contamination	DMP-RDC	Nyiragongo
Protection	GBV, protection de l'enfance, Protection communautaire	Projet de monitoring sur les DH et de Prévention contre les Violences sexuelles et sexistes dans les sites des IDPs	DMP-RDC	Masisi, Nyiragongo.
SECAL	Agriculture	Installation des champs communautaires dans les zones de retour en territoires de Beni et d'Irumu au Nord Kivu et en Ituri	DMP-RDC	Beni, Komanda



IV.1. ACTIVITES DES SUBVENTIONS RECUES DES PARTENAIRES

IV.1.1. Subvention reçue de OIM

Tableau n° 2. Analyse des performances techniques

Indicateur	Prévu	Réalisé	%	Contraintes/Hypothèses	Observations/Moyens de mitigation
Produit 1: Les réunions de coordination des activités de vaccination dans les camps des déplacés avec les partenaires CCCM, l'administration des camps, ANR, DIVAH, protection civile, les autorités sanitaires locales sont tenues					
<i>Indicateur 1.1.</i> nombre des camps PDI soutenus par le projet	12	12	100	Activation des sites par le partenaire	Nous avons 5 sites au Sud Kivu, 4 au Nord Kivu et 3 en Ituri
<i>Indicateur 1.2.</i> nombre des réunions de coordination organisées	72	72	100	Retard dans l'activation de certains sites	Nous avons multiplié les contacts avec les MCZS dans les zones difficiles d'accès
<i>Indicateur 1.2:</i> nombre des kits d'outils informatiques dotés pour la coordination de vaccination	12	12	100	Les sites PDI n'ont pas d'électricité, besoin du système solaire	Les kits informatiques sont déjà achetés et acheminés dans les sites
Produit 2 : Les réunions de plaidoyer avec l'OIM, MCZ, IT, PRESICODESA et CAC sont organisées et leur participation aux activités de vaccination contre COVID-19 par Zone de santé renforcé.					
<i>Indicateur 2.1:</i> nombre de réunions de plaidoyer organisées	10	10	100	Sécurité assurée, facilitateurs motivés	Toutes les réunions ont été organisées avec l'appui des MCZS, PEV, CREC
<i>Indicateur 2.2:</i> nombre des personnes touchées	400	400	100	Implication des leaders aux activités	Le dynamisme des leaders a été observé et les indicateurs de couverture vaccinale améliorés
Produit 3: Les réunions de sensibilisation avec les personnes d'influence locales (leaders religieux, leaders politiques, jeunes leaders, femmes leaders, société civile) parmi les personnes déplacées et les membres de la communauté d'accueil sont organisées et leur engagement dans les activités de vaccination contre COVID-19 renforcé.					
<i>Indicateur 3.1.</i> Nombre de réunions de sensibilisation formative tenues	10	10	100	Sécurité assurée, participation active	Toutes les réunions de sensibilisation prévues ont été réalisées
<i>Indicateur 3.2.</i> nombre des leaders ayant participé aux réunions de sensibilisation	300	300	100	Leaders motivés	A chaque réunion nous réunissons 30 leaders pour les 10 organisées
<i>Indicateur 3.3.</i> nombre des réunions de dialogue Communautaire tenues	120	137	114,1	Résistances de certains groupes de pression dans la ZS Masisi	Plusieurs réunions dans la communauté pour persuader les gens et les résultats sont plus satisfaisants
<i>Indicateur 3.4.</i> nombre des leaders participants au dialogue communautaire	1200	1152	96	Dynamisme des leaders	Beaucoup des leaders acceptent le vaccin
<i>Indicateur 3.5.</i> nombre des séances de causeries éducatives organisées	2520	2394	95	Ponctualité des acteurs locaux	Plusieurs rencontres à domiciles pour persuader dont nombreux se font vacciner après notre sensibilisation
<i>Indicateur 3.6.</i> nombre des personnes sensibilisées pendant les causeries éducatives	100800	113476	112,57	Dénombrement des personnes sensibilisées	Les résultats de ces sensibilisations ciblées sont satisfaisants
<i>Indicateur 3.7.</i> nombre des calicots produits	30	30	100	Stabilité microéconomique	Calicots imprimés en Swahili
<i>Indicateur 3.8.</i> nombre des gilets réflecteurs produits	60	60	100	Stabilité microéconomique	Tous les acteurs locaux et de coordination ont de visibilité
<i>Indicateur 3.9.</i> nombre des communicateurs identifiés et formés	27	27	100	Soumission des candidats à l'AO	Tous les sites et POE déjà identifiés sont bien couverts par un personnel
<i>Indicateurs 3.10.</i> nombre des points focaux identifiés et formés	10	10	100	Manifestation d'intérêt des candidats potentiels	Les points focaux sont installés dans les zones de santé cibles
Produit 4: La collecte des données sur les perceptions de la vaccination contre COVID-19 auprès des personnes déplacées vivant dans les camps et les communautés d'accueil est réalisée en collaboration avec les équipes DTM et CCCM dans 10 zones de santé.					



Indicateur 4.1. nombre d'enquêtes sur les perceptions de la vaccination réalisés	1	1	100	Rumeurs et infodémies multiples sur la Covid19	Pour cette phase, nous avons travaillé dans la seule province du Nord Kivu selon les orientations du partenaire
Indicateur 4.2 nombre des villages visités pour la collecte des données	240	240	100	Insécurité grandissante dans les ZS rurales par cause la présence des M23 et autres groupes armés	La collecte a intéressé les sites IDPs et PoE autour de Goma et la ZS Kirotshe selon les orientations du partenaire
Indicateur 4.3. nombre des personnes clés interviewées	960	1432	149,1	Manque des tablettes, usage des fiches	Il y a eu dépassement car l'approche a été revue. Les enquêteurs ont travaillé sur des fiches de collecte des données
Produit 5: La conception, la collecte, l'analyse et le rapportage des données de recherche opérationnelle afin d'améliorer la qualité des services de vaccination contre COVID-19 sont facilités grâce à la collaboration avec les écoles de santé publique de Kinshasa et de Goma pour un soutien technique.					
Indicateur 5.1. nombre d'exercices de recherche réalisés	1	1	100	Insécurité dans les zones périphériques	L'activité a été réalisée dans 3 points d'entrée de Goma et 2 points d'entrée de Bukavu
Indicateur 5.2. nombre de rapport sur la recherche opérationnelle produit	1	1	100	Pas possibilité d'analyse des données car gérées par le partenaire	Rapport produit basé sur les données quantitatives
Produit 6: Les formations intégrées pour les travailleurs de première ligne sur la vaccination contre la COVID-19 et les SOPs pour la vaccination par le COVID-19, y compris la gestion des MAPI sont facilitées					
Indicateur 6.1. nombre de session de formation organisée	10	10	100	Insécurité	Le personnel de 1 ^{ère} ligne a été formé comme prévu
Indicateur 6.2. nombre des participants aux formations	200	200	100	Distance des sites IDP des BCZS où se tenaient les formations	A chaque session, nous réunissions 20 personnes
Produit 7: Le suivi opérationnel de la gestion des effets indésirables suivant la vaccination (MAPI) est facilité conformément aux normes du ministère de la Santé.					
Indicateur 7.1 % des visites réalisées dans le cadre de suivi des MAPI	95	100	100	Bonne collaboration	Tous les vaccinés sont enregistrés et suivis régulièrement par les AS
Indicateur 7.2 nombre de kits (registres et téléphone) distribués pour le suivi de MAPI	27	27	100	Stabilité macroéconomique	Tous les AS ont les outils pour le suivi des MAPI
Indicateur 7.3 pourcentage des vaccinés ayant bénéficié d'un counseling	95	100	100	Vaccinés joignables sur réseau mobile	Tous les vaccinés ont été suivis soit au téléphone soit au cours d'une visite
Produit 8: L'élimination sûre des déchets médicaux et généraux produits sur le site de vaccination COVID-19 est assurée					
Indicateur 8.1 nombre de formation tenue dans le cadre de gestion de déchets	1	1	100	Briefing dans les sites même	Les hygiénistes ont été formés directement dans leurs sites
Indicateur 8.2 % des sites de vaccination suivi, respectant les normes hygiéniques	95	83,3	83,3	Activation des sites par le partenaire	2 sites de vaccination, notamment Katoyi et Muheto ont ouvert tardivement les activités
Produit 9: Les exercices de cartographie de la mobilité de la population sont réalisés dans les zones prioritaires, en collaboration avec OIM					
Indicateur 9.1 nombre de formation tenue sur la cartographie de la mobilité de la population	1	1	100	Connaissance de la cartographie des zones cibles par les participants	Pour cette phase, nous avons organisé dans la province de l'Ituri en ZS Bunia et Tshomia
Indicateur 9.2 nombre d'exercices PMM organisés	1	1	100	Sécurité assurée, maîtrise de la cartographie	Nous nous sommes dans les ZS plus au moins sécurisées
Produit 10: 5 points de surveillance du débit de la population sont mis en place en collaboration avec OIM					
Indicateur 10.1 nombre des POE/POC ayant des activités FMP	5	6	120	Sécurité assurée	Les PoE retenus à la 1 ^{ère} phase dont Lengabo, Muzipela, Dele, Grande barrière, Ruzizi1 et Ruzizi2
Indicateur 10.3 nombre de rapport FMP produit	1	1	100	Serveur non disponible aux partenaires	Rapport donnant un aperçu de la mise en œuvre mais sans données qualitatives car nous n'avons pas accès au serveur.

A. Déroulement des activités du projet

Notre projet s'est étalé sur 10 principaux axes d'activités qui sont :

1. L'organisation des réunions de coordination de la vaccination dans les sites PDIs,
2. L'organisation des réunions de plaidoyer auprès des autorités zonales,
3. L'organisation des réunions de sensibilisation avec les personnes d'influence locale,
4. La collecte sur la perception des PDI et communautés hôtes sur la vaccination contre la COVID-19,
5. La recherche opérationnelle,
6. La facilitation des formations des communicateurs et prestataires de première ligne,
7. Le suivi des effets indésirables des vaccins contre la Covid-19,
8. Le suivi de l'élimination sûre des déchets produits dans les sites de vaccination,
9. La facilitation de la cartographie de mobilité de la population ainsi que
10. Le suivi des flux de la population.

B.1. L'organisation des réunions de coordination de la vaccination dans les sites PDIs



Nous avons organisé ces réunions dans 12 sites des PDIs, notamment : à Muheto en ZS de Masisi, à Katala en ZS de Masisi, à Kibabi en ZS de Katoyi, à Katoyi en ZS de Katoyi, à Minova en ZS de Minova, à Kalungu en ZS de Minova, à Kiniezire en ZS de Minova, à Nyabibwe en ZS Kalehe, à Bushaku en ZS Kalehe, à CECA20 en ZS de Nizi, à Lingi en ZS de Nizi, à Lopa en ZS de Nizi, à Mangiva en ZS de Komanda

Les membres participants à ces réunions étaient essentiellement constitués par l'administration du site, la DIVAH, l'ANR, les partenaires CCCM (OIM et HCR souvent représentés par leurs partenaires respectivement DMP et AIDES), les IT, la protection civile, etc. A chaque site nous avons distribué un kit informatique contenant un ordinateur, une imprimante et des accessoires et consommables informatiques pour faciliter la tenue des réunions. Les comptes-rendus des réunions étaient chaque fois rédigés et archivés localement.

B.2. L'organisation des réunions de plaidoyer auprès des autorités zonales

Nous avons organisé une réunion de plaidoyer dans chacune des 10 ZS cibles du projet, notamment à Uvira, à Ibanda/Bukavu, à Kalehe, à Minova, à Masisi, à Katoyi, à Goma, à Mutwanga/Kasindi, à Komanda-Tshomia et à Nizi. Chaque réunion connaissait la participation des 40 personnes Comprenant le MCZS, les PRESIDODESA, les représentants des IT, les membres des cellules d'animation communautaire, le représentant de la police, le représentant de l'armée, 3-4 représentants des bénéficiaires par site. L'objectif était de présenter le projet aux autorités sanitaires de la zone de santé concernée par le projet, aux partenaires de la mise en œuvre du projet ainsi qu'aux responsables des sites désignés ; en vue d'acquiescer leur adhésion, soutien et participation active au projet.

La facilitation était celle de l'AC/ZS et du MCZS avec la modération du point focal de DMP dans la zone.



Photos illustratives des réunions de plaidoyer à Komanda/Ituri (gauche) et Karisimbi/N.Kivu (droite)

B.3. L'organisation des réunions de sensibilisation des personnes d'influence locale

Au regard de beaucoup d'infodémies et hésitations qui ont caractérisé le programme de vaccination contre la Covid-19, notre projet s'est étendu sur plusieurs couches décisionnelles dans les communautés cibles. C'est ainsi que dans cet axe d'activité, nous avons organisé formellement 10 réunions de sensibilisation des personnes d'influence locale, notamment les leaders religieux, les leaders des jeunes, les leaders des femmes, leaders politiques, société civile ainsi que les chefs des blocs pour les sites IDPs. Comme pour les réunions de plaidoyer, DMP faisait la modération et la facilitation revenait au MCZS et à l'AC/ZS.



Photos d'illustration des réunions de sensibilisation des personnes d'influence locale : ZS Katoyi et Uvira

Les sensibilisations n'ont pas ciblé seulement les personnes d'influence locale dans les salles de réunion, mais comme le projet a pris en charge des dizaines d'agents pour mettre en place des activités de sensibilisation dans les communautés cibles, on pouvait les voir quotidiennement dans les visites d'échanges avec les populations aussi bien aux points d'entrée comme dans les sites des IDPs sans oublier les communautés d'accueil et environnantes.

Les approches de sensibilisation mises en place étaient souvent les visites à domicile pour des **causeries éducatives** avec les familles et personnes, des **sensibilisations des masses** aux marchés, dans les églises, dans les sites des IDPs, mais également des séances des **dialogues communautaires** avec des groupes spécifiques, des groupes de pression comme les jeunes, les mamans, les motards, les transporteurs, les différents comités sectorielles dans les sites, les chefs d'avenues, les pêcheurs, etc.

Ces échanges étaient très pertinents pour le projet car ils ont permis d'atteindre plusieurs couches de la population avec les messages de sensibilisation montrant l'importance du vaccin contre la Covid-19, mais également et surtout de récolter les feedbacks communautaires et d'en biser plusieurs rumeurs, activités qui a été à la base d'engouement aux différents sites de vaccination installés par le partenaire OIM témoignant l'adhésion massive des personnes qui jadis manifestaient des hésitations au programme de vaccination contre la Covid-19.



Causeries éducatives aux sites de Kibabi/ZS Katoyi au Nord Kivu et de Nyamusasi/ZS Tchomia en Ituri



Avec des jeunes manutentionnaires aux PoE l'aéroport de Goma au Nord Kivu et port de Kasenyi en Ituri.

B.4. La collecte des données sur la perception de la vaccination contre la COVID-19 par les IDPs

La collecte des données sur les perceptions s'est passée dans les zones de santé suivantes :

1. Zone de santé de Nyiragongo en territoire de Nyiragongo : nous avons visité les sites des IDPs de Kanyaruchinya, Don Bosco, et de Kibati ainsi que dans les familles d'accueil
2. Zone de sante de Goma dans la ville de Goma, nous avons enquêté au niveau de la petite barrière et de la grande barrière et les communautés environnantes
3. Zone de santé de Karisimbi dans la ville de Goma, nous avons enquêté au niveau de l'aéroport de Goma et les communautés environnantes
4. Zone de santé de Kirotshé dans le territoire de Masisi, nous avons enquêté les déplacés vivants dans les familles d'accueil dans les villages de Mubambiro, Saki et Shasha.

La collecte proprement dite a été précédé d'une formation des enquêteurs pendant un jour à Bungwe Hôtel de Goma. La formation avait une partie théorique permettant d'entrée en connaissance de l'outil et d'une partie pratique afin d'adapter l'outil à la langue usuelle dans la zone et permettre des bons échanges avec les enquêtés.



Photos après la formation à Bungwe Hôtel et pendant la collecte au site des IDPs Don Bosco de Goma

B.5. La recherche opérationnelle sur le programme de vaccination contre la Covid-19.

L'étude sur la couverture vaccinale contre la Covid-19 pour cette phase a intéressé les voyageurs et migrants aux points d'entrée, respectivement du côté Goma pour le Nord Kivu : la grande barrière, la petite barrière et l'aéroport de Goma et du côté Bukavu pour le Sud Kivu : Ruzizi1 et Ruzizi2. Un nombre de 35 enquêteurs avec deux superviseurs a été recruté et formé à Goma et affecté dans ces zones pour mener la recherche. La facilitation de la formation a été celle de l'équipe MHD de OIM, expérimentée dans cet exercice dans le contexte des épidémies.



La recherche opérationnelle auprès des voyageurs (Aéroport de Goma et POE Ruzizi2)

B.6. La facilitation des formations des prestataires et communicateurs de première ligne

Cette activité a eu lieu dans les dix axes géographiques du projet, notamment dans les zones de santé de Masisi, Minova, Katoyi, Kalehe, Ibanda, Uvira, Goma, Mutwanga-Kyondo, Komanda, Tshomia-Nizi. Chaque session prenait deux jours et réunissait 20 participants constitués des communicateurs et prestataires de soins commis dans les sites de vaccination.

L'activité consistait à renforcer la capacité technique des prestataires et communicateurs de première ligne, y compris :

- ✚ Techniques de communication
- ✚ Les caractéristiques des différents types de vaccin contre COVID-19 en RDC (Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson, AstraZeneca, Sinopharm), leurs indications et contre-indication et effets indésirables.
- ✚ Organisation de la logistique des vaccins contre la COVID-19 et la chaîne de froid.
- ✚ Technique de l'administration des différents types de vaccin COVID-19
- ✚ Gestion des MAPI.
- ✚ Renforcer la capacité des communicateurs et prestataires sur la communication des risques et engagement des voyageurs et utilisateurs des frontières sur la vaccination contre le COVID-19.
- ✚ Capaciter les communicateurs et prestataires pour sensibiliser les populations des sites de déplacés et la population avoisinante sur l'acceptation de la vaccination contre COVID-19
- ✚ Mettre à leur disposition des supports d'information pour promouvoir l'acceptation de la vaccination et les mesures préventives ainsi que leur diffusion, afin d'éviter la propagation de la COVID 19 aux lieux de travail (PoE) et dans leur communauté

La facilitation dans chaque site de formation était assurée par le MCZS et l'Infirmier superviseur chargé des questions PEV alors que la modération revenait à DMP-RDC



Formation des prestataires de 1ère ligne à Kalehe/Sud Kivu et à Kibabi/Nord Kivu

B.7. Le suivi des effets indésirables des vaccins contre la COVID-19



Echanges sur les possibles effets indésirables aux personnes vaccinées et à qui et comment trouver une solution

permettait une bonne orientation clinique des cas des MAPI ; heureusement il n'y en a pas eu des graves tout au long de la phase rapportée.

En outre les animateurs sociaux étaient dotés en unités d'appel, en moyen de transport pour les éventuelles courses de suivi des MAPI, mais également ils étaient en possession des fournitures permettant de consigner en termes d'archivage tout cas de MAPI.

La mise en œuvre de cette activité s'est passée dans tous les sites de vaccination où nous avons des activités, aux points d'entrée tout comme dans les sites des IDPs. Nos animateurs sociaux recrutés sur base de leurs formations scientifiques, notamment des infirmiers et diplômés en santé publique avaient également été briefés pour mener cette activité dans leurs zones sans oublier le fait que les points focaux DMP qui sont tous des médecins, ce qui

B.8. Le suivi de l'élimination sûre des déchets produits dans les sites de vaccination.



Lors de la formation des hygiénistes ZS Kalehe par le MCZS

Le suivi des normes PCI aux sites avait été précédé par une formation des hygiénistes commis dans les sites de vaccination avec leurs IT au nombre de 5 personnes par zone de santé, une activité qui se passait dans le site même de vaccination. A chaque descente de supervision du PF, il avait cette problématique dans son agenda pour veiller non pas seulement si les déchets sont traités selon les normes PCI mais également sur la disponibilité des intrants pour la bonne gestion des déchets.

B.9. La facilitation de la cartographie de la mobilité de la population

Pour cette phase l'activité PMM s'est passée dans la province de l'Ituri où les exercices se sont déroulés dans les zones de santé de Rwampara, Bunia et Tshomia. DMP-RDC s'est chargée de la facilitation logistique, notamment la restauration des participants, la location salle des réunions et supports de formation y afférents, le transport des participants ainsi que la visibilité.

L'activité s'est déroulée durant 3 jours et a connu la participation de 25 leaders et informateurs clés pour les exercices de la cartographie des mouvements de la population.



Pendant et après les échanges formatifs sur la cartographie des mouvements de la population à Bunia

B.10. Le suivi des flux de la population aux points d'entrée

Pour cette phase, les encodages des données ont intéressé les PoE et PoC suivants :

1. PoC de Muzipela dans la ZS Bunia sur l'axe Djugu en Ituri
2. PoC de Dele dans la zone de santé de Rwampara sur l'axe Tshomia en Ituri
3. PoC de Iengabo dans la ZS de Rwampara sur l'axe Komanda en Ituri
4. PoE Grande barrière dans la ZS de Goma au Nord Kivu à l'entrée Gisenyi au Rwanda
5. PoE Ruzizi1 et Ruzizi2 dans la ZS d'Ibanda au Sud Kivu sur l'entrée Cyangugu

Nous avons utilisé l'outil Kobo-collect et chaque équipe a réalisé 15 jours sur le terrain. Une équipe dans un site était composée de 2 à 5 personnes sur base de l'importance du flux de la population, et avait en sa tête un team lead et les points focaux pour la supervision des équipes. A chaque fin de la journée, l'équipe se réunissait pour éditer et partager les données dans le serveur.

Il sied de signaler que les activités d'encodage étaient précédées par une formation de deux jours dont un jour consacré à la théorie et un autre à la pratique.



Lors de la formation sur FMP à Goma (gauche) et à Bunia (droite)



IV.1.2. Subvention reçue de DKT-RDC

A. Résumé du rapport

Nous présentons sous ces lignes, la collaboration entre DKT-RDC et DMP-RDC ainsi que les structures de santé ayant été appuyées en produits de santé sexuelle et reproductive dans le cadre de cette collaboration. En effet, la donation de DKT-RDC consistait à l'octroi des produits sans fonds ; et qu'il revenait à DMP-RDC comme organe bénéficiaire de mettre ses propres moyens en contribution pour l'acheminement des produits vers les structures de santé en besoins.

Pour déterminer les structures de santé en besoins des produits SR, nous nous sommes servis de notre rapport d'ERM mené dans les zones d'accueil des PDIs ainsi que de notre collaboration avec le sous-Cluster SSR auquel nous sommes membre, sans oublier le rôle crucial qu'a joué la coordination provinciale du Programme National de Santé de la Reproduction, PNSR dans cet exercice. L'appui de DKT-RDC à DMP-RDC visait à renforcer les dispositifs minimums d'urgence en faveur des femmes et filles déplacées internes, à la suite des crises armées dans les provinces du Nord Kivu et du Sud Kivu.

En somme, 4 zones de santé ont été servis durant cette première phase de distribution, notamment :

- ✚ La ZS de Kirotsh, notamment le centre hospitalier de Ngungu
- ✚ La ZS de Kalehe à Kalehe
- ✚ La zone de santé d'Uvira
- ✚ La zone de santé d'Ibanda à Bukavu

B. Couverture et Cible

Grâce à cette assistance de DMP-RDC avec l'appui de DKT, les Etablissements de santé appuyés ont pu prévenir et répondre, durant cette période de crise, aux problèmes suivants :

- L'hémorragie de la délivrance ;
- Les avortements compliqués ;
- Les maladies sexuellement transmissibles/VIH-Sida ;
- Les infections iatrogènes ;
- Les grossesses non désirées.

La cible était constituée d'un total de 15036 bénéficiaires.

Tableau n° 3. Items distribués dans les Etablissements des soins et stock restant

N°	Description du produit	Unité	Quantités Reçues de DKT	Quantités distribuées				Stock restant	Obs
				ZS Kirotsh	ZS Kaleh	ZS Ibanda	ZS Uvira		
1	ELEZE EC	pièce	5120	640	640	640	640	2560	
2	OK CONDOMS	pièce	8640	936	936	936	936	4896	
3	DIU SAFE LOAD	pièce	100	25	25	25	25	0	
5	DEPOPROVERA (DMPA)	pièce	100	100	0	0	0	0	
6	LEVOPLANT	pièce	50	20	10	10	10	0	
7	MIFEPACK	pièce	50	20	10	10	10	0	
8	ALEZE COC	pièce	432	72	72	72	72	144	
9	ALEZE PLUS	pièce	294	24	24	24	24	198	
10	JADELLE	pièce	50	50	0	0	0	0	
11	SAYANA	pièce	200	30	30	30	30	80	

Commentaire : Nous avons réceptionné 10 types des produits de PF et prévention des infections

Les images illustratives



DEBALAGE DES PRODUITS DANS
LA PHARMACIE ZONALE D'UVIRA



REMISE DES INTRANTS AVEC LE
PHARMACIEN ZONAL D'UVIRA



REMISE DES PRODUITS SSR AVEC LE
MDH DU CSR NGUNGU/ZS KILOTSHE



REMISE DES PRODUITS AVEC LE
PHARMACIEN ZONAL DE KALEHE



REMISE DES PRODUITS SSR AVEC L'AGIS DE
LA ZS D'IBANDA/BUKAVU

IV.2. ACTIVITES REALISEES AVEC FONDS PROPRE

IV.2.1. Activités en lien avec la Sécurité alimentaire

Dans son programme de sécurité alimentaire, DMP-RDC a soutenu 2706 ménages les plus vulnérables parmi les déplacés et familles d'accueil dont 1700 ménages dans la zone de santé de Oïcha en territoire de Beni et 1006 dans la zone de santé de Komanda en territoire d'Irumu. Cette partie du rapport donne un aperçu technique général sur les activités réalisées visant à soutenir la sécurité alimentaire et la protection des moyens de subsistance des personnes déplacées et des familles d'accueil vulnérables à travers la fourniture d'intrants agricoles et un support technique.

DMP-RDC a apporté son appui dans la production maraîchère et vivrière, le regroupement des ménages bénéficiaires en association de producteur, la négociation de terre agricole, la mise en place des jardins et champs communautaires, la sensibilisation sur la cohabitation pacifique, la gestion des récoltes, l'hygiène alimentaire et les démonstrations culinaires à base des légumes.

Selon le plan de travail, DMP-RDC devrait réaliser les activités clés suivantes :

- Procéder à l'identification des ménages vulnérables bénéficiaires du projet ;
- Encourager les bénéficiaires à se regrouper en association de producteur par 20-25 selon leurs intérêts agricoles ;
- Evaluer leurs besoins en terre et identifier les principaux propriétaires terriens de la zone ;
- Négocier la terre avec les propriétaires terriens et, en collaboration avec ITAPEL procéder au lotissement des parcelles à cultiver ;
- Distribuer les intrants vivriers et maraîchers ;
- Mener une évaluation post distribution ;
- Assurer l'encadrement rapproché des ménages bénéficiaires ;
- Organiser des sessions de sensibilisation et animation sur la prévention des conflits, la gestion de récoltes, l'hygiène alimentaire, la démonstration culinaire à base des légumes.

Les activités étaient réalisées dans 21 villages répartis dans 5 localités. Il s'agit des localités de Sikwahila, commune rurale, Bakila tenambo et Bakila bakaïko dans la zone de santé d'Oïcha et la localité de Makayanga dans la zone de Komanda.

Tableau 4. Les villages bénéficiaires du projet sont repris dans le tableau ci-dessous :

ZS	Localités	Villages bénéficiaires
Oïcha	Sikwaïla	Makumbo, Sikwaïla II, Matapi, Mangboko,
	Commune rurale	Manzali, Kabandoke
	Bakila Tenambo	Nzanza, Mateule, Tenambo 1, Mambanike1, Mambanike2
	Bakila Bakaïku	Mababeka, Kalebia et Mbuimbandere
Komanda	Makayanga	Makayanga, Mangiva, Maitatu, Maibaridi, Masome, Kopenare, Zwa idée



Déroulement des activités de sécurité alimentaire et moyens de subsistance en 2022

1. Identification des ménages bénéficiaires

Tableau 5. Répartition des ménages identifiés par village, localité et zone de santé

Zone santé	Localité	Villages	Nombre des ménages identifiés	Total	
			Homme	Femme	
OICHA	Sikwaïla	Makumbo	12	34	46
		Sikwaïla II	29	68	97
		Matapi	28	41	69
		Mangboko	86	216	302
	Commune rurale	Manzali	27	88	115
		Kabandoke	18	21	39
	Bakila tenambo	Nzanza	42	129	171
		Mateule	43	148	191
		Tenambo 1	61	221	282
		Mambanike1	15	64	79
		Mambanike2	50	162	212
	Bakila Bakaïku	Mababeka	03	15	18
		Kalebia	24	28	52
Mbuimbandere		06	21	27	
Sous total ZS Oïcha			444	1.256	1.700
KOMANDA	Makayanga	Maimatu	32	89	121
		Maibaridi	27	84	111
		Masome	56	165	221
		Makayanga	59	173	232
		Kopenare	29	92	121
		Mangiva	39	112	151
		Zwa idée	12	37	49
Sous total ZS Kamango			254	752	1.006
Total ZS Oïcha et Kamango			698	2.008	2.706

Commentaire : Il ressort de ce tableau que les bénéficiaires dans la ZS d'Oïcha représentent 62,82% contre 37,12% pour la ZS de Komanda. Sur l'ensemble des personnes identifiées dans les ménages, les femmes représentent 74,20% et les hommes représentent 25,80%.

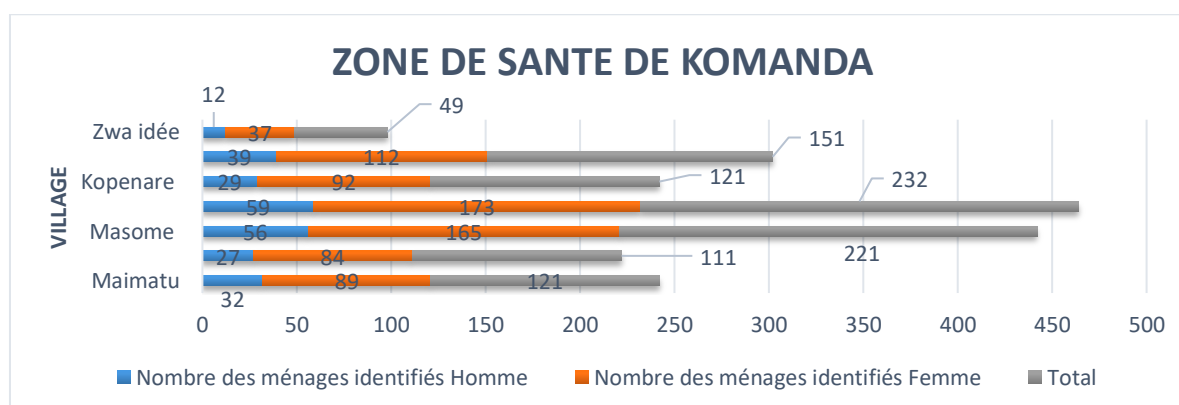
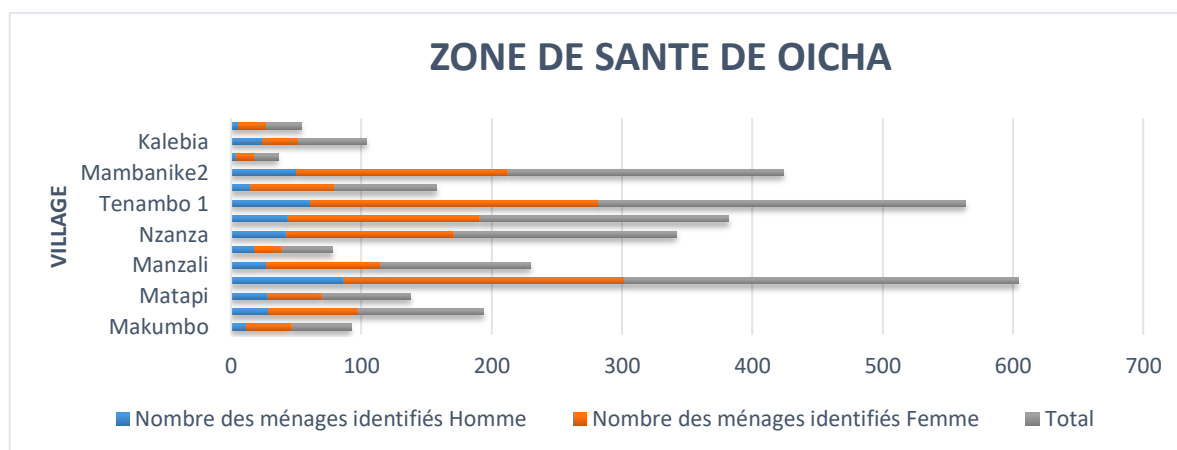
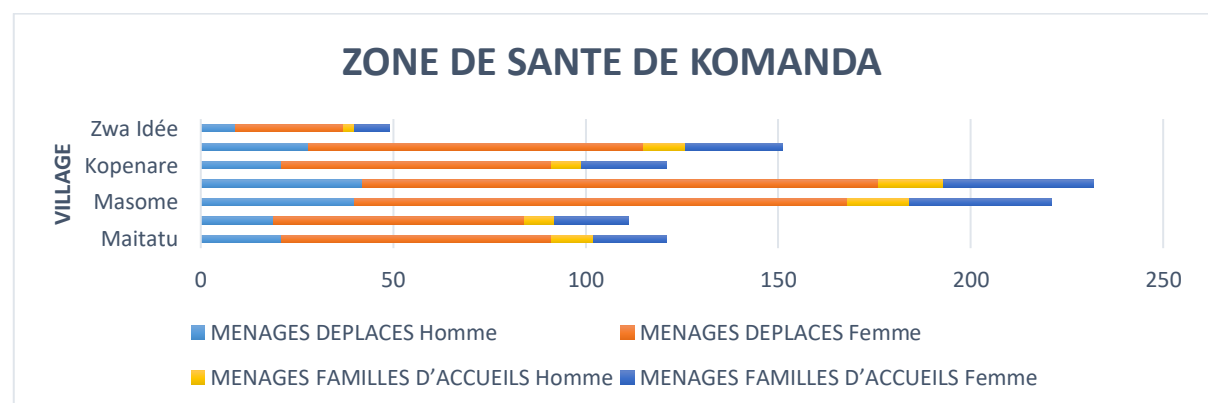
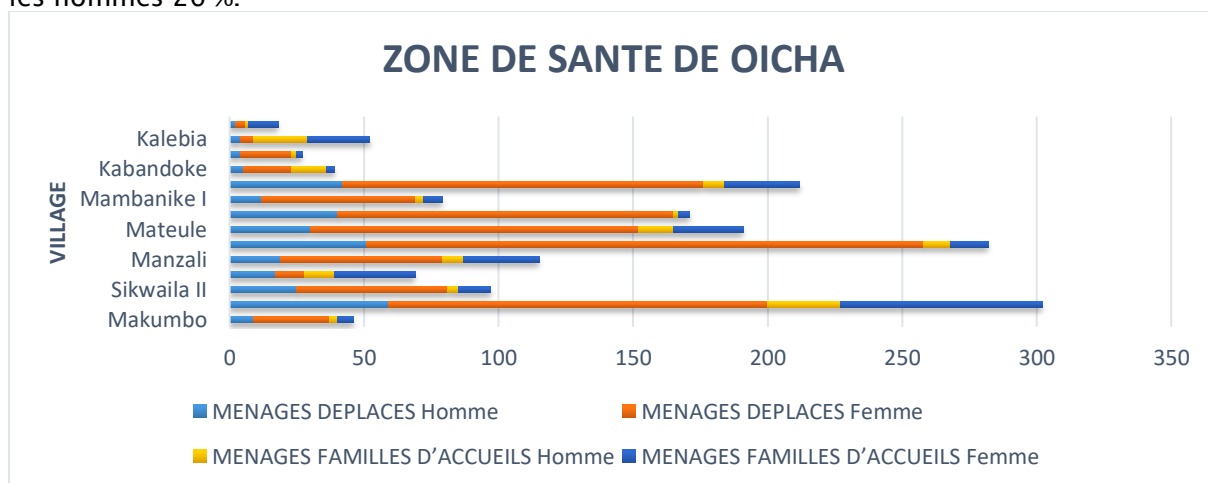




Tableau 6. Répartition des ménages par catégorie et désagré par sexe

N°	VILLAGES	MENAGES DEPLACES			MENAGES FAMILLES D'ACCUEILS			
		Homme	Femme	s/t 1	Homme	Femme	s/t 2	Total
01	Makumbo	09	28	37	03	06	09	46
02	Mangboko	59	141	200	27	75	102	302
03	Sikwaila II	25	56	81	04	12	16	97
04	Matapi	17	11	28	11	30	41	69
05	Manzali	19	60	79	08	28	36	115
06	Tenambo	51	207	258	10	14	24	282
07	Mateule	30	122	152	13	26	39	191
08	Nzanza	40	125	165	02	04	06	171
09	Mambanike I	12	57	69	03	07	10	79
10	Mambanike II	42	134	176	08	28	36	212
11	Kabandoke	05	18	23	13	03	16	39
12	Mbuimbandere	04	19	23	02	02	04	27
13	Kalebia	04	05	09	20	23	43	52
14	Mababeka	02	04	06	01	11	12	18
Sous total OICHA		319	987	1306	125	269	394	1700
15	Maitatu	21	70	91	11	19	30	121
16	Maibaridi	19	65	84	8	19	27	111
17	Masome	40	128	168	16	37	53	221
18	Makayanga	42	134	176	17	39	56	232
19	Kopenare	21	70	91	8	22	30	121
20	Mangiva	28	87	115	11	25	36	151
21	Zwa Idée	9	28	37	3	9	12	49
Sous total Komanda		180	582	762	74	170	244	1006
TOTAL GENERAL		499	1569	2068	199	439	638	2706

Commentaire : Dans la ZS d'Oïcha, 1700 ménages ont été identifiés dont 444 hommes et 1.256 femmes tandis que dans la ZS de Komanda, 1.006 ménages identifiés dont 254 hommes et 752 femmes. Les déplacés représentent 76% et les familles d'accueil représentent 24 %. Signalons que sur le total de 2.706 ménages sélectionnés, les femmes représentent 74 % et les hommes 26 %.





2. Regroupement des bénéficiaires en association des producteurs

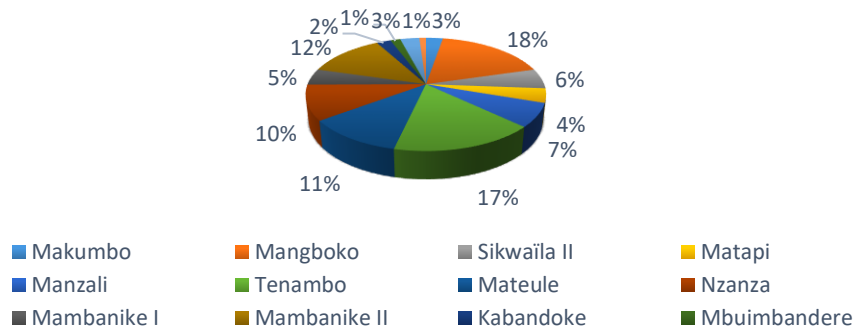
Après identification des bénéficiaires, ces derniers ont été organisés dans des associations de producteurs entre 20 et 25 ménages par association, selon leur proximité géographique et affinité, pour un meilleur suivi et encadrement. Au total, 108 associations ont été mises en place dont 68 associations dans la zone de santé d'Oïcha et 40 dans la zone de Komanda.

Tableau 7. Répartition de nombres des associations de producteur par village

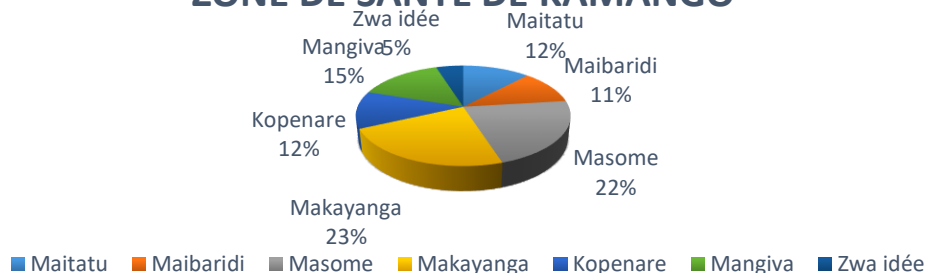
Zone de santé	Villages	Nombre de bénéficiaire	Nombre d'association
OÏCHA	Makumbo	46	2
	Mangboko	302	12
	Sikwaïla II	97	4
	Matapi	69	3
	Manzali	115	4
	Tenambo	282	11
	Mateule	191	8
	Nzanza	171	7
	Mambanike I	79	3
	Mambanike II	212	8
	Kabandoke	39	2
	Mbuimbandere	27	1
	Kalebïa	52	2
	Mababeka	18	1
Sous total ZS Oïcha		1.700	68
KAMANGO	Maitatu	121	5
	Maïbaridi	111	4
	Masome	221	9
	Makayanga	232	9
	Kopenare	121	5
	Mangiva	151	6
	Zwa idée	49	2
Sous total ZS Kamango		1.006	40
TOTAL		2.706	108

Commentaire : 68 regroupements agricoles ont été formés dans la ZS d'Oïcha et 40 regroupements dans la ZS de Komanda

ZONE DE SANTE DE OÏCHA



ZONE DE SANTE DE KAMANGO





3. Identification et négociation de terre agricole

Au courant de cette période, nous avons identifié au total 16 ha des terres potentielles à l'exploitation agricole et sommes entrés en contacts avec des propriétaires terriens dans le cadre de la négociation pour une cession gratuite de terres agricoles. Ces terres seront utilisées pour l'installation des champs communautaires en faveur des associations de producteurs. Nous avons identifié 9 concessionnaires qui après négociation ont cédé leurs terrains gratuitement au projet et qu'on a utilisés pour les cultures maraîchères et vivrières. Les ménages bénéficiaires ont été assistés dans les lotissements des superficies obtenues pour la mise en place des champs maraîchers. Des contrats de cession gratuite de terrain ont été signé avec les propriétaires terriens pour une seule saison agricole (Saison B 2022).

4. Réception et distribution d'intrants vivriers et maraîchers

Nous avons acheté au total 168 Kg de semences maraîchères dont 28 Kg de tomate, 27 Kg carotte, 40 Kg choux, 13 Kg ciboule, 50 Kg d'aubergine locale et 10 Kg d'amarante locale. Avec ces spéculations, nous avons mis en place des pépinières. Au total, 265 pépinières ont été installées en raison de 2 ou 3 pépinières par association.

Et aussi, nous avons identifié des outils aratoires aux mains des bénéficiaires issus des familles d'accueil, des outils reçus des projets antérieurs avec FAO, dont 6.720 houes, 3.400 arrosoirs, 3400 râteaux, 3400 binettes, 3400 tridents, 3400 pelles et 167 pulvérisateurs, lesquels outils ont été mis en contribution pour notre projet.

Tableau 8. : Distributions des outils par village

Zone de Santé	Villages	Nombre ménage	Outils aratoires disponibles					
			Houes	Trident	Râteaux	Pelles	Arrosoirs	Binettes
OICHA	Makumbo	46	92	46	46	46	46	46
	Sikwahila II	97	194	97	97	97	97	97
	Matapi	69	138	69	69	69	69	69
	Mangboko	302	604	302	302	302	302	302
	Manzali	115	230	115	115	115	115	115
	Mababeka	27	54	27	27	27	27	27
	Kabandoke	39	78	39	39	39	39	39
	Nzanza	171	342	171	171	171	171	171
	Mateule	191	382	191	191	191	191	191
	Tenambo 1	282	564	282	282	282	282	282
	Mambanike 1	79	158	79	79	79	79	79
	Mambanike 2	212	424	212	212	212	212	212
	Mbuimbanere	18	36	18	18	18	18	18
	Kalebia	52	102	52	52	52	52	52
Sous total ZS Oicha		1700	3400	1700	1700	1700	1700	1700
KOMANDA	Maitatu	121	242	121	121	121	121	121
	Maibaridi	111	222	111	111	111	111	111
	Masome	221	442	221	221	221	221	221
	Makayanga	232	464	232	232	232	232	232
	Kopenare	121	242	121	121	121	121	121
	Mangiva	151	302	151	151	151	151	151
	Zwa idée	49	98	49	49	49	49	49
Sous total ZS Komanda		1.006	1.914	1.006	1.006	1.006	1.006	1.006
TOTAL		2.706	5.314	2.706	2.706	2.706	2.706	2.706

Commentaire : Au total, 18.844 pièces d'outils au total ont été mis en contribution dont 5.314 houes, 2.706 tridents, 2.706 râteaux, 2.706 pelles, 2.706 arrosoirs et 2.706 binettes.



Bénéficiaires avec outils aratoires à Tenambo ; Champ de l'association Ushirika de Nzanza



Culture vivrière de haricot au village Masome et de Maïs au village Zwa idée

Ci-dessous quelques données collectées pour la production d'amarante :

Tableau 9 : Fiche de récolte des amarantes dans quelques associations à OICHA

VILLAGES	Associations	DATE DE RECOLTE	Production obtenue en Semis en Ligne (Kg)	Production obtenue en Semis à la volée (Kg)	TOTAL (en Kg)
MANGBOKO	MKONO MKONONI	24/02/2022	134	28	162
	MAPENDO 1	03/03/2022	54	10,8	64,8
MAMBANIKE 2	MAPENDO 2	28/02/2022	45	25	70
TENAMBO	MKONO MKONONI	04/03/2022	127	54	181
NZANZA	UMOJA	03/03/2022	151	19	170
	GLOIRE	22/02/2022	60	20	80
		01/03/2022	80	0	80
		08/03/2022	50	20	70
	USHIRIKA	08/03/2022	120	30	150
	USHINDI	08/03/2022	22	10	32
	DIEMERCI	08/03/2022	60	0	60
	NJYOYA	08/03/2022	6	0	6
Total production amarante			909	216,8	1.125,8



Récolte d'amarante dans l'association Mapendo au village Mangboko à haut et au sein de l'association Umoja au village Matapi ci-bas

Au total, 1.125,8 Kg d'amarante ont été récoltés sur environ 375 mètres carrés dans 5 villages à travers 10 associations citées dans le tableau ci-dessus. Un essai de comparaison a été fait dans le cadre d'une formation technique continue aux champs sur les bonnes pratiques agricoles. Une démonstration des pépinières semées en ligne et celles à la volée. Le résultat est repris dans le tableau ci-dessus et démontre la différence de production en semis en ligne et celle en semis à la volée.

Il a été remarqué, après une comparaison faite dans trois villages, une augmentation du rendement moyen d'amarante en mètre carré (m2) grâce à l'application des bonnes pratiques agricoles. Pour les 3 villages, l'augmentation du rendement moyen en mètre carré est de 22%.

Tableau 10. Rendement enregistré et % d'augmentation

Villages	Associations	Amarante		
		Rdt avant-projet (m2)	Rdt avec projet (m2)	% augmentation
Matapi	Umoja	3 Kg	3,8 Kg	27
Mangboko	Mapendo 1	3,5 Kg	4,2 Kg	20
Nzanza	Ushirika	4,3	5,1 Kg	19
Rendement moyen obtenu		3,6	4,4	22

5. L'évaluation rapide post distribution

Après la distribution des spéculations maraichères et vivrières, une évaluation rapide post distribution a été organisée dans les localités bénéficiaires afin d'apprécier l'assistance apportée aux ménages bénéficiaires. D'une manière générale, tous les bénéficiaires identifiés réunis dans leurs associations ont reçu les semences ; Ceux-là qui ont reçu les semences maraichères ont installés des pépinières communautaires alors que ceux qui ont reçu les

semences vivrières ont commencé à emblaver les champs et cela sous l'encadrement des agronomes DMP-RDC et la supervision des agents de l'ITAPEL.

6. Sensibilisation communautaire

Dans les 2 zones de santé, 195 sessions de sensibilisation ont été réalisées sur les actions nutritionnelles préventives, la gestion des récoltes et l'hygiène alimentaire. Et aussi sur la prévention de conflit et cohabitation pacifique au sein des associations de producteurs. Aussi, au total 78 sessions de démonstration culinaire à base des légumes avec dégustation ont été organisées dans les localités cibles.



Les agronomes ont sensibilisé sur les bienfaits cachés de chaque espèce des légumes, leurs propriétés ainsi que leur valeur alimentaire. Ils ont expliqué combien les légumes améliorent la qualité de la nutrition, diversifie et équilibre l'alimentation. La production des légumes améliore également le revenu des ménages en particulier les femmes, en commercialisant les produits maraîchers. Ils ont appris les éléments importants contenus dans les légumes : de l'énergie, de l'eau, des protéines, des vitamines. Les agronomes ont recommandé aux bénéficiaires de toujours installer le jardin dans le ménage et de consommer des légumes tous les jours, sous la forme d'une portion à chaque repas, et sous des formes les plus variées possible pour une diversification alimentaire à des fins nutritionnelles destinées aux enfants, personnes âgées, convalescents, femmes enceintes et allaitantes.

Ainsi, ils leur ont signifié que l'augmentation de la consommation des légumes est la meilleure façon d'améliorer la qualité du régime alimentaire des membres de leurs familles.

IV.2.2. Les activités en lien avec le domaine de Protection

En cette année 2022, un total de 294 cas ont été monitorés selon les mécanismes de monitoring mises en place par DMP-RDC dans les aires de santé de Masisi dans la zone de santé et territoire du même nom ainsi que dans l'aire de santé de Rusayo dans la zone de santé de Nyiragongo, territoire de Nyiragongo.

Tableau n° 11. Analyse des incidents de protection dans les 2 aires de santé cibles

Aire de santé de Masisi						Aire de santé de Rusayo					
Statuts	Fem	Fill	Hom	Garç	Total	Statuts	Fem	Fill	Hom	Garç	Total
Nombre	81	74	8	3	166	Nombre	63	50	6	9	128
Pourcentage	48,8	44,6	4,8	1,8	100	Pourcentage	49,3	39	4,7	7	100

Commentaire : Sur le total de 294 cas monitorés, ceux répertoriés dans l'AS Masisi représentent 56,46% et dans l'AS Rusayo 43,54% du total des cas a été répertoriés. Dans l'ensemble 144 incidents étaient commis sur les femmes (48,97%), 124 incidents ont été commis sur les filles (42,17%), 14 incidents sur les hommes (4,77%) et 12 incidents sur les garçons (4,1%)

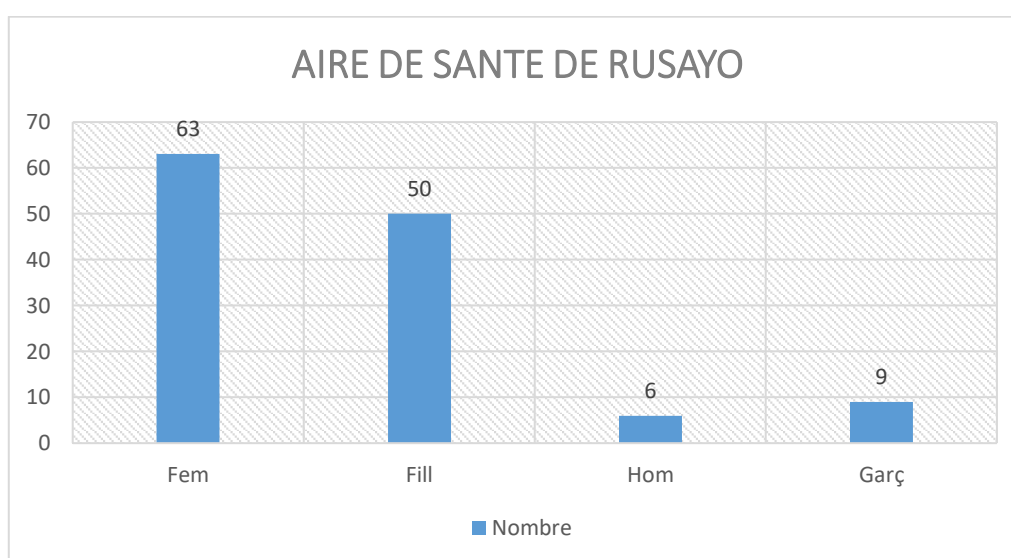
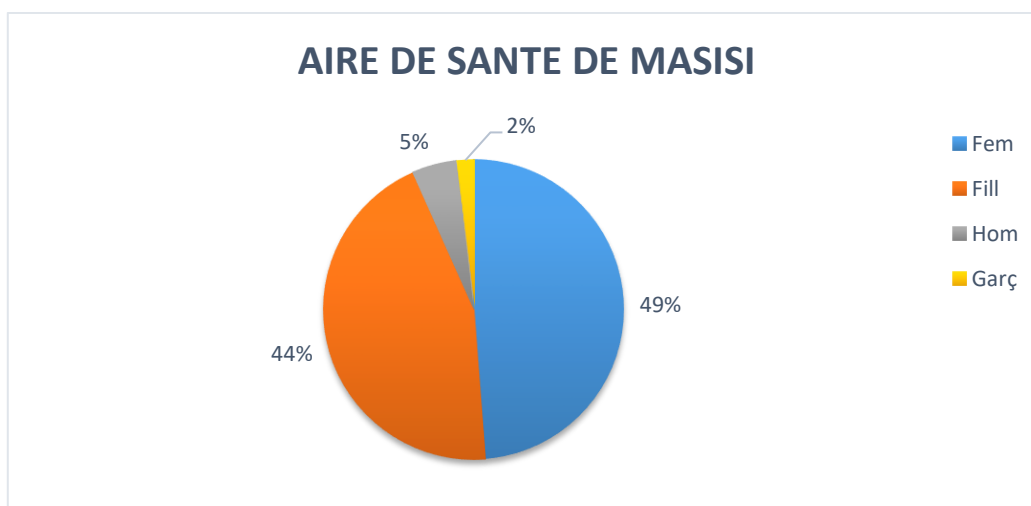


Tableau n° 12. Incidents de protection classés selon les statuts des victimes dans les 2AS

Statut	PDI					Retournés					Familles d'accueil				
	Fe	Ho	Fil	Gar	TOT	Fe	Ho	Fil	Gar	TOT	Fe	Ho	Fil	Gar	TOT
Nombre	63	6	45	3	117	35	3	36	4	78	46	5	43	5	99
Pourcent	21,4	2	15,4	1	39,8	11,9	1	12,2	1,4	26,5	15,6	1,7	14,7	1,7	33,7

Commentaire : Sur l'ensemble de 294 incidents monitorés, les PDI ont été le plus touchées avec 39,8% suivi des membres des familles d'accueil (33,7%) et enfin des retournés (26,5%)

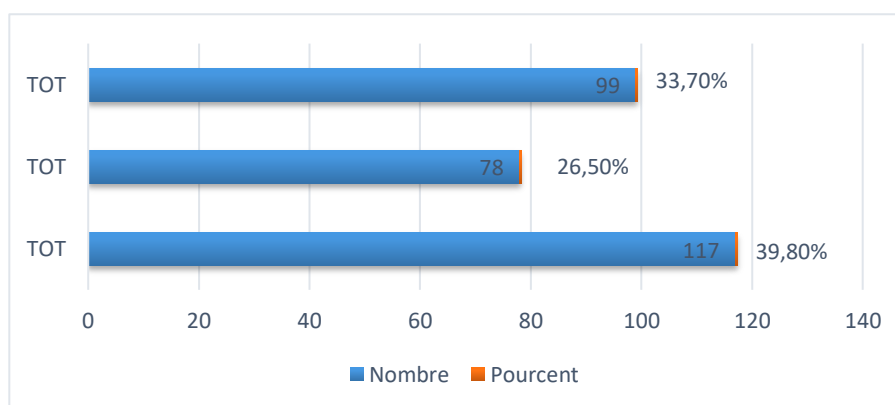
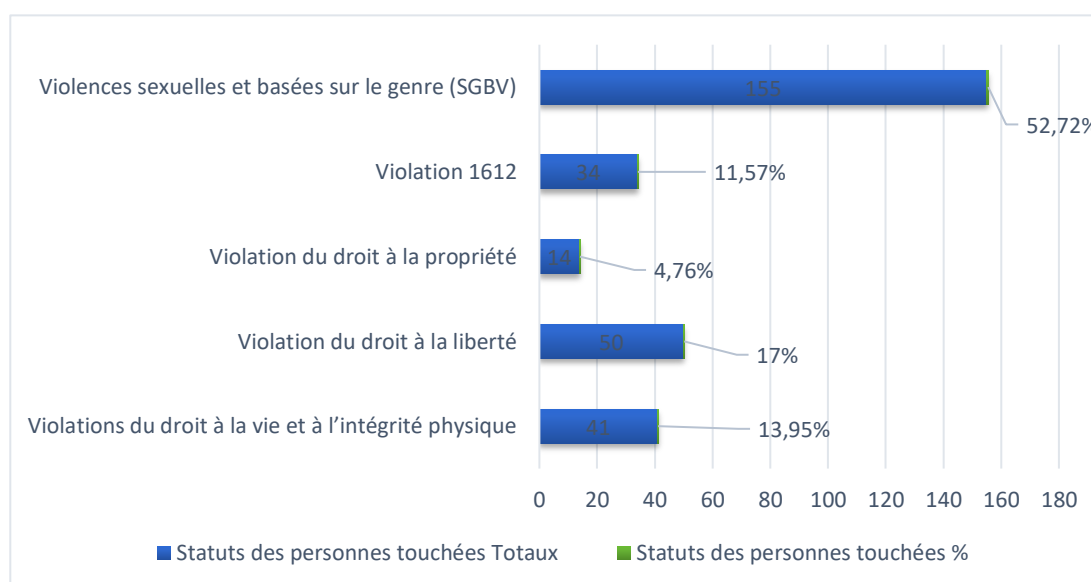


Tableau n° 13. Nombre d'incidents collectés selon leur typologie

N°	Types d'incidents	Statuts des personnes touchées					
		Femme	Homme	Fille	Garçon	Totaux	%
1	Violations du droit à la vie et à l'intégrité physique	16	7	17	1	41	13,95
2	Violation du droit à la liberté	39	2	9	0	50	17
3	Violation du droit à la propriété	7	4	3	0	14	4,76
4	Violation 1612	0	0	25	9	34	11,57
5	Violences sexuelles et basées sur le genre (SGBV)	82	1	70	2	155	52,72
TOTAL		144	14	124	12	294	100

Commentaire : Ce tableau montre la tendance des typologies d'incidents de protection qui ont touché les personnes dans les aires de santé de Masisi et de Rusayo : Les SGBV viennent en tête avec 52,72% des cas, suivi des violations du droit à la liberté (17%), puis des violations du droit à la vie et à l'intégrité physique (13,95%), ensuite des violations 1612 (11,57%) et enfin des violations du droit à la propriété (4,76%).


Tableau n° 14. Nombre d'incidents collectés en lien avec le SGBV

N°	Typologie de SGBV	Statuts des victimes					
		Femme	Homme	Fille	Garçon	Totaux	%
1	Violence physique	18	1	3	2	24	15,48
2	Violence psychologique	7	0	9	0	16	10,32
3	Harcèlement	2	0	3	0	5	3,22
4	Violence sexuelle, y compris le viol	43	0	29	0	72	46,45
5	Mariage forcé, y compris le mariage d'enfants	0	0	6	0	6	3,90
6	Mutilations génitales féminines	1	0	14	0	15	9,68
7	Harcèlement sexuel	4	0	4	0	8	5,16
8	Avortement et stérilisation forcés	7	0	2	0	9	5,80
TOTAL		82	1	70	2	155	100

Commentaire : Dans ce tableau, les 155 cas de SGBV répertoriés comprennent 46,45% des cas des violences sexuelles et viol ; 15,48% des cas des violences physiques ; 10,32% des cas des violences psychologiques ; 9,68% des cas des mutilations génitales féminines ; 5,80% des cas d'avortements et stérilisation forcés ; 5,16% des cas de harcèlement sexuel ; 3,90% des cas des mariages forcés, y compris le mariage d'enfants et de 3,22% des cas de harcèlement.

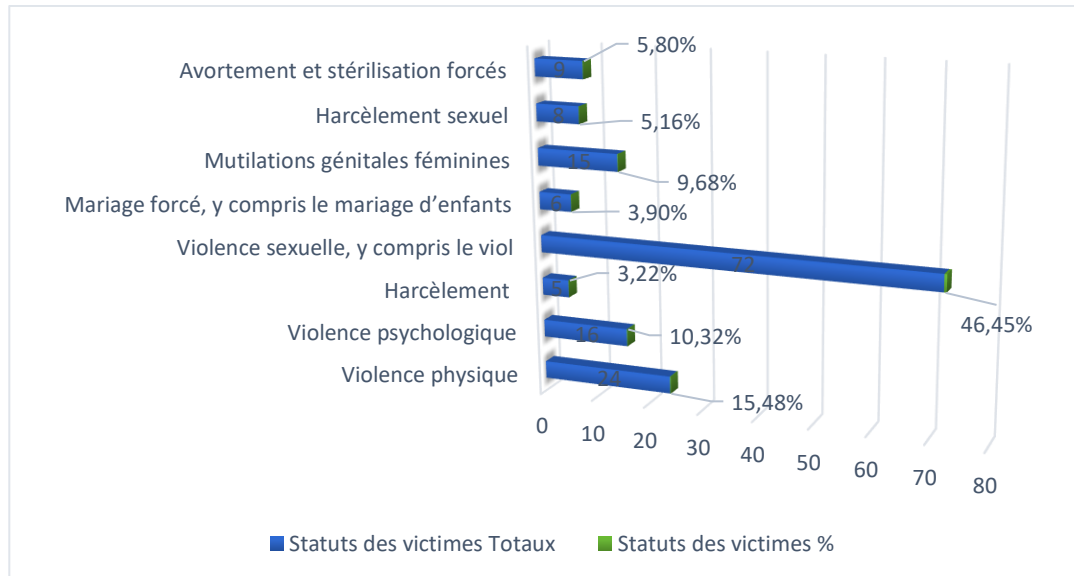
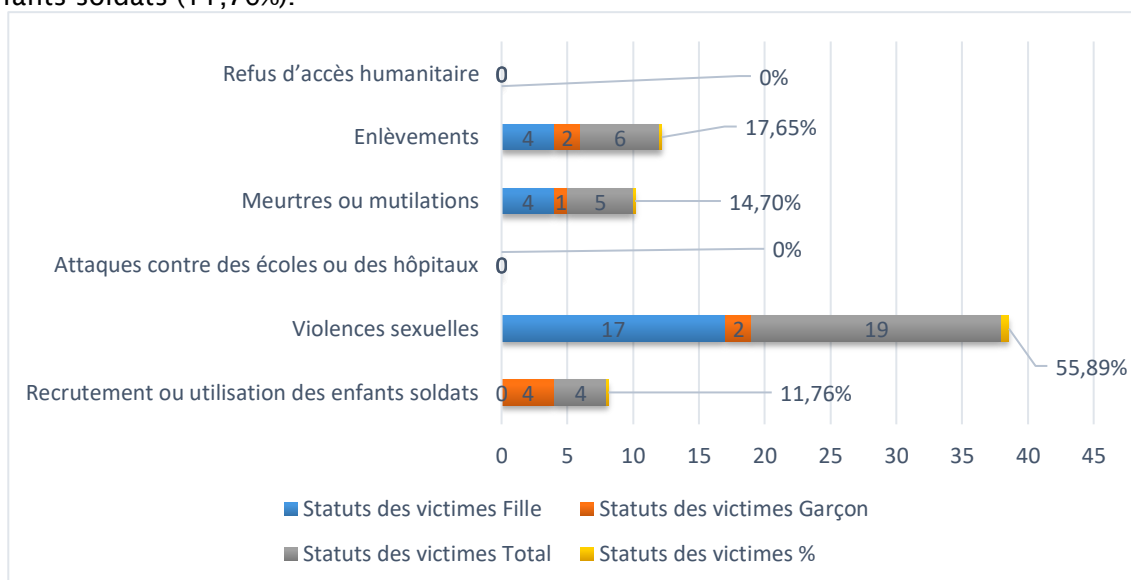


Tableau n° 15. Types des violations 1612 monitorés

N°	Catégorie des violations 1612	Statuts des victimes			
		Fille	Garçon	Total	%
1	Recrutement ou utilisation des enfants soldats	0	4	4	11,76
2	Violences sexuelles	17	2	19	55,89
3	Attaques contre des écoles ou des hôpitaux	0	0	0	0
4	Meurtres ou mutilations	4	1	5	14,70
5	Enlèvements	4	2	6	17,65
6	Refus d'accès humanitaire	0	0	0	0
TOTAL		25	9	34	100

Commentaire : Il ressort de ce tableau que les violences sexuelles contre les enfants ont pris une place prépondérante parmi les violations 1612 avec 55,89% suivi des enlèvements (17,65%), puis des meurtres et mutilations (14,70%), et enfin le recrutement ou utilisation des enfants soldats (11,76%).





IV.2.3. Activités menées dans le programme de l'EHA

DMP-RDC est un acteur dans le secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Le contexte de la RDC, particulièrement dans les provinces de l'Est en lien avec le secteur de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement fait état des plusieurs maladies enregistrées qui sont des conséquences non seulement des conditions de logement, de mauvaises habitudes alimentaires, mais beaucoup plus de l'insalubrité et la malpropreté occasionnant les maladies de mains sales ; considérant que la problématique liée à l'eau, hygiène et assainissement dans une zone entraîne la propagation des pathologies contagieuses ; considérant que depuis près d'une décennie l'humanité est secouée par des catastrophes naturelles entraînant des problèmes d'insalubrité mais également de promiscuité de la population nécessitant la promotion du secteur Wash pour une réponse holistique ; considérant les crises sanitaires parfois à portée internationale qui ont touchées nos zones d'intervention, à l'occurrence la COVID-19 ; considérant l'endémicité des maladies hydriques, diarrhéiques dans la région dont le problème d'eau, hygiène et assainissement est l'un des facteurs favorisant leur propagation, DMP-RDC a développé plusieurs activités dans l'AS de Mudja notamment, en faveur des communautés déplacées, retournées et d'accueil. Il est à marteler que l'eau c'est la vie et il n'y a pas de vie sans la santé et pas de santé dans un environnement malsain où les conditions d'hygiène et d'assainissement ne sont pas observées.

L'objectif poursuivi par ce programme EHA pour l'an 2022 est de contribuer à l'amélioration de l'environnement sanitaire par la promotion de l'accès à l'eau potable et d'un cadre de vie salubre.

Faute d'appui extérieur, les activités se sont appesanties dans une aire de santé, celle de Mudja en zone de santé de Nyiragongo, territoire de Nyiragongo en province du Nord Kivu.

Les activités clés menées sont les suivantes :

- Identifier et former les agents de santé, notamment le personnel de première ligne dans la l'AS de Mudja affectée par le choléra ;
- Installer 3 points de lavage des mains dans un carrefour, une école et une église ;
- Distribuer les kits hygiène/choléra à 100 ménages des vulnérables affectés par le choléra.
- Identifier et procéder à la désinfection d'un foyer potentiel de contamination du choléra
- Mettre en place deux sites de chloration d'eau aux points de puisage d'eau près du site des PDI
- Organiser des séances de sensibilisation sur l'EHA, notamment sur les techniques de traitement de l'eau, la gestion des ménagers, l'hygiène corporelle et vestimentaire ainsi que l'assainissement du cadre de vie.

Tableau n° 16. Indicateur des activités Wash réalisées

N°	Indicateur	Bénéficiaires				
		Homme	Femme	Garçon	Fille	Total
1	Nombre des agents de santé formés	18	12	5	5	40
2	Nombre des personnes sensibilisées sur l'EHA	156	229	76	90	551
3	Nombre des points de chloration mis en place aux sites de puisage					2
4	Nombre des kits hygiène choléra distribué aux ménages affectés					100
5	Nombre des foyers potentiels de contamination désinfecté					1
6	Nombre d'aires de lavage des mains installées dans les communautés affectées					3

Commentaire : Il ressort de ce tableau que 40 personnes de 1^{ère} ligne ont été formé dont 42,5% de sexe féminin ; 551 personnes ont été sensibilisées sur l'EHA dont 57,89% de sexe féminin ; 100 kits choléra ont été distribués aux ménages ayant été touchés par l'épidémie de choléra ; 3 points de lavage des mains et 2 points de chloration d'eau ont été installés ; 1 foyer de contamination a été désinfecté.



Photos illustratives des formations, sensibilisations communautaires et points de lavage des mains



V. LEÇONS APPRISES DANS L'ANNEE 2022

Malgré les avancées des opérations vers l'atteinte des objectifs assignés en l'an 2022, quelques difficultés ont émaillé la vie de l'organisation au cours de l'année finissante. En effet, la pandémie mondiale de COVID-19 et les perturbations corolaires ont été à la base de la revisitation des stratégies d'intervention, ce qui nous a amené, à l'instar d'autres intervenants, à développer plus des approches virtuelles dans la coordination ainsi que dans la mise en œuvre de certaines activités des formations. Cependant, quelques réunions ont été organisées en présentiel en respectant les mesures de restriction prévues par les autorités du pays : limitation des participants aux réunions à maximum de 25 personnes, distanciation sociale, port de masque, etc.

De surcroît, la situation sécuritaire dans les zones d'intervention nous a imposés un certain nombre des mesures dans l'opérationnalisation de nos activités, notamment la limitation des zones d'intervention : c'est le cas du projet de génération de la demande des vaccins contre la Covid-19 mené avec l'appui de l'OIM qui, au départ prévoyait les territoires de Rutshuru et de Masisi en province du Nord Kivu, mais faute de la crise du M23 qui a affecté ces deux territoires, certains sites des déplacés et points d'entrée initialement prévus étaient difficiles d'accès, ce qui a poussé les parties prenantes à la sélection d'autres zones d'intervention. Face à l'insécurité grandissante, les bénéficiaires initialement prévus dans certains coins ne pouvaient pas accéder aux sites d'organisation des activités telles que les formations, il fallait se focaliser sur les zones accessibles uniquement et pourtant ces zones enclavées offraient également un besoin d'assistance. Il fallait également développer des mesures de sécurisation des ressources, qui soient les plus promptes et dynamiques possibles face au contexte sécuritaire interchangeant dans les zones ; c'est le cas de la progression du mouvement rebelle du M23 dans certaines localités de Masisi alors que des équipes d'enquêteurs étaient dans les zones dans le cadre de la recherche sur les perceptions des déplacés et communautés d'accueil sur la vaccination contre la Covid-19 qui a nécessité un moyen supplémentaire et rapide d'évacuation des équipes vers des zones plus au moins en sécurité ; c'est aussi le cas des formations pour lesquelles les bénéficiaires se trouvant dans les zones sous contrôle des rebelles qui ont bénéficié de la formation en ligne, la même stratégie a été adoptée pour faire le suivi des activités dans ces zones. Il faut noter également d'autres impondérables auxquelles DMP-RDC a dû faire face suite à la faible collaboration avec les coordinations des secteurs WASH et protection, en particulier dans les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri

Il est de même à noter que la rencontre avec les autorités et personnalités n'est toujours pas chose aisée compte tenu de leurs multiples occupations ; ce qui a rallongé significativement les délais de nos actions voire annulé la réalisation de certaines activités.

De plus, pour permettre à plus de personnes de s'imprégner des actions de DMP-RDC, des conférences en présentiel sont envisageables, chose qui n'a pas été facile avec la pandémie de COVID-19 mais également des moyens à bord car pour organiser une conférence, des sommes exorbitantes sont requises. Nous étions également confrontés à des difficultés d'accès aux espaces publics pour afficher nos banderoles afin d'annoncer la tenue des actions car ces espaces sont payants et difficiles d'accès. Ainsi, nous avons dû repenser nos stratégies afin d'obtenir les résultats fixés.

Néanmoins, au-delà des situations pénibles vécues, il existe des opportunités sur lesquelles DMP-RDC a pu s'appuyer au cours de l'année rapportée, au nombre desquelles, nous pouvons citer l'appui du gouvernement congolais dans la matérialisation des activités par le biais des divisions provinciales de la santé, DPS/Nord Kivu-Sud Kivu-Ituri, des PEV (Programme Elargi de la vaccination) dans les 3 provinces précitées ainsi que les ECZ (Equipe cadre des zones de santé) ainsi que de la RVA (Régie des voies Aériennes) dans les 3 provinces. Il est à noter également les opportunités liées à l'implication des partenaires humanitaires à travers les réunions humanitaires qui offrent non seulement des orientations stratégiques pertinentes, mais également servent des canaux des publications des actions menées, ce qui a permis de booster la visibilité et de ranger DMP-RDC dans un cadre de compétitivité positive à l'instar d'autres intervenants.

VI. SUGGESTIONS ET RECOMMANDATION

Sur la base des faiblesses observées, la coordination de DMP-RDC prévoit le renforcement de son action en promouvant sa politique de coordination avec d'autres intervenants, en développant des approches d'intervention mettant l'accent sur la centralité de la protection, la localisation de l'action... mais également en développant horizontalement des thèmes transversaux pour des actions beaucoup plus visibles et qui répondent aux besoins de ses bénéficiaires. En plus, DMP-RDC va œuvrer dans la création des synergies d'action avec d'autres partenaires partageant sa vision, le renforcement des organisations à base communautaire et l'organisation des rencontres de plaidoyer avec différents décideurs pour. Ces stratégies vont potentiellement remédier à certaines des faiblesses identifiées au cours de cette année 2022 finissante.

C'est ici l'opportunité pour DMP-RDC de plaider en faveur des décisions critiques à prendre en compte par le gouvernement de la RDC, y compris, mais sans s'y limiter, la participation des citoyens en situation de vulnérabilité, telles que les survivants des violations des droits humains, les personnes en situation de handicap ainsi que d'autres personnes à besoins spécifiques, tout en mettant un focus sur l'intégration du genre. DMP-RDC est plus réceptive et ouverte à toute sollicitation et à toute opportunité de partenariat selon son objet.

Nous suggérons au gouvernement et aux collectivités locales d'accompagner les associations, organisations et d'autres personnes qui se mobilisent pour leurs causes en leur permettant de bénéficier des avantages et opportunités disponibles qui leur sont destinés. Des renforcements de capacités devraient être proposés aux personnes qui sont déjà durablement touchés par la vulnérabilité sans précédent et des actions de réinsertion socioéconomique seraient au rendez-vous pour leur résilience à la vue de la tendance pour les personnes touchées par un phénomène humanitaire à recourir à des actes et solutions illicites tels que l'intégration aux groupes armés, l'immigration irrégulière, le tabagisme, l'alcoolisme, les braquages et les violences sexuelles.

Le gouvernement de la RDC devrait développer des mécanismes à la fois de canalisation des aides humanitaires extérieures vers les zones accessibles et d'information des associations locales sur les aides disponibles. Pour promouvoir la localisation des actions, les organisations locales devraient constituer la main d'œuvre appropriée pour exécuter les actions sur le terrain, grâce à une politique efficace de partenariat préalablement définie.



CONCLUSION

Malgré un contexte particulièrement difficile, DMP-RDC n'est pas restée en marge des actions humanitaires notamment sur des interventions en faveur des personnes en besoin dans son rayon d'action, afin de contribuer à réduire la souffrance humaine dans les régions à caractère humanitaire. Les animateurs de DMP-RDC à différents niveaux, ont pu imprimer des bons comportements, aussi bien au niveau stratégique et dans le terrain.

En dépit des difficultés intrinsèques et extrinsèques rencontrées, l'ONG a pu mener plusieurs activités sur une grande partie du territoire national notamment dans le cadre des activités appuyées ou à fonds propres. Des actions de mise en place de partenariats, notamment locaux, ont constitué l'approche basale des activités de cette année 2022.

Nous tenons à remercier le partenaire OIM qui a contribué énormément à la réalisation des objectifs assignés au cours de l'année 2022 grâce à son appui au projet de génération de la demande des vaccins par les familles déplacées, communautés d'accueil, utilisateurs des points d'entrée et communautés environnantes, un projet qui a couvert les provinces du Nord Kivu, du Sud Kivu et de l'Ituri et qui a permis de booster au mieux les indicateurs de vaccination dans le pays en prenant en compte les populations mobiles. Également un sentiment de reconnaissance est à exprimer à l'endroit du partenaire DKT-RDC qui a apporté un appui considérable en produits de santé sexuelle et reproductive en faveur des personnes déplacées et communautés d'accueil dans les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri, un appui à caractère humanitaire alors que DKT-RDC développe une politique de vente de ses produits, bien attendu pour un prix accessible. L'héroïsme et l'humanisme caractéristiques des membres de l'ONG DMP-RDC avec des donations spéciales afin de constituer des fonds propres à l'organisation pour son fonctionnement et ses actions dans les domaines non appuyés par les partenaires, ont permis à DMP-RDC de s'aligner parmi les organisations viables et compétitives au cours de cette année rapportée.

Enfin nous saluons le bénévolat auquel les membres de la coordination ont souscrit pour matérialiser la vision de l'organisation pendant les moments difficiles avec des activités non payantes, mais également le volontariat des points focaux dans les différentes zones d'intervention qui prouve suffisamment l'engagement de DMP-RDC en faveur de l'humanité.

Fait à Goma, le 16 Janvier 2023

Pour la Direction de l'Exécutif de DMP-RDC

Dr Guillaume Katembo Kachanira

Contacts : guillaume@diasporamedicaleplusrdc.org

gkkachanira@gmail.com

+243 994 103 660 ; 859 135 277