
Réponse Rapide aux Mouvements de Population (RRMP)

Rapport d'Évaluation Santé/Nutrition VILLE DE BENI.

Pour plus d'information, Contactez :

Diallo BOUBACAR

Boubacar.Diallo@savethechildren.org

ou consultez :

<http://www.rrmp.org>

Ville de BENI.

Population générale : **57.803** ménages soit **346.819** Habitants.

Déplacés : 2.711 ménages soit **16.266** personnes.

Familles d'accueils : **2.011** ménages soit **12.066** personnes.

Personnes en situation d'handicap : n.d.

Zone de Santé de BENI

Aires de Santé de *Paida, Rwangoma, Kasabinyole, Boikene, Mandrandele et Ngongolio*

Période d'évaluation du 25 au 26 mai 2015.

TABLE DE MATIERES

1.1.	Contexte	4
1.2.	Sécurité :.....	4
1.3.	Accessibilité.	4
1.4.	Contexte spécifique :	4
1.5.	Protection:.....	Erreur ! Signet non défini.
1.6.	Type d'appui et partenaires dans la zone :	5
1.7.	Mouvements de Population :	5
2.	Objectifs de l'Evaluation.	5
2.1.	Objectif global :	5
2.2.	Objectif spécifique :	6
2.3.	Résultats Attendus :.....	6
3.	Méthodologie.....	6
4.	Présentation/ Résultats des enquêtes.....	6
4.1	Enquêtes structure	6
4.1.1	Fonctionnalité des structures sanitaires.....	Erreur ! Signet non défini.
4.1.2	Organisation / Fonctionnalité de la Zone de santé (BCZS).....	Erreur ! Signet non défini.
4.2	. Enquête ménage :	Erreur ! Signet non défini.
5.	Conclusion :	9

Acronymes

PS	: Poste de Sante
SA	: Seuil d'alerte
Tx	: Taux
RECO	: Relais communautaires
PEC	: Prise en Charge
FOSA	: Formations sanitaires
CS	: Centre de Sante
CPN	: Consultation Périnatale
COSA	: Comité de santé
PEP Kit	: Kit de Prophylaxie Post-Exposition
CPS	: Consultation préscolaire.
FEFA	: Femmes Enceintes et Femmes Allaitante.
DPS	: Division Provinciale de la Santé.
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
MILD	: Moustiquaires d'insecticide en Longue Durée
HZ	: Hors Zone.
PPSSP	: Programme de Promotion de Soins de Santé Primaire.

CARTE DE LA VILLE DE BENI

0. Résumé.

La ville de Beni est dans le territoire de Beni. Administrativement, elle est divisée en 4 communes, les communes de Beu et de Ruwenzori sont à l'Est et les communes de Mulekera et de Bungulu sont à l'ouest de la ville.

La ville a accueillie depuis Octobre 2014 plusieurs vagues de déplacé venant des villages et cités se trouvant au Nord et à l'Est situé sur l'axe Beni- Eringeti long de 60 Km. Ces villages ont subi des massacre dirigé contre la population locale par les présumés rebelles de ADF Nalu. La dernière vague est celle de mi-mai 2015, des déplacés venus du Village de Mavivi situé au nord de la ville de Beni à environ 15 Km.

A nos jours, la ville a accueilli une population déplacée estimée à 2711 ménages de la dernière vague soit 16266 personnes qui s'ajoutent aux 57803 ménages autochtones de la ville de Beni. Ces déplacés vivent dans les familles d'accueil en majorité mais seulement environs 5 % vivent dans les sites spontanés d'accueil (Eglise Catholique Tamende, Eglise CECA20 Mundubiena, Eglise CECA 20 Tamende).

Sur le plan sanitaire, la population de la ville est desservie par plusieurs FOSA dont 18 CS, 1 HGR et d'autres multitudes des structures sanitaires privées dont certaines d'entre elles ont intégrées les activités de PCA.

L'analyse des indicateurs clés de vulnérabilité faite à partir des résultats des enquêtes structures a relevé des problèmes sanitaires importants :

- Une faible utilisation des services curatifs : 0,10 contact/pers/an en général chez les autochtones et 0,11 contact/pers/an chez les enfants de moins de 5 ans. Cette utilisation est pareil chez la population déplacée 0,10 contact/pers/an selon les enquêtes structure (score de vulnérabilité de 5).
- Une faible couverture en CPN : 43% chez la population autochtones et 68% chez les déplacés, résultat des enquêtes structure (score d'alerte de 5).
- Chez la population autochtone, un faible taux d'utilisation de la maternité : 30% contre 28% chez la population déplacée score d'alerte de 5 et de 5 (enquête structure).
- Faible taux de couverture DTC3/VAR : 83%/76 chez les enfants de 0 à 11 mois score d'alerte de 1 et de 3 chez les autochtones et 12%/8% chez les déplacés (enquêtes structure).

Ci-dessous les barrières d'accès évoquées par les leaders communautaires, les responsables sanitaires:

Plusieurs raisons sont à la cause de ces sous utilisations : (1) Le manque des moyens financiers pour accéder aux soins de santé au niveau des structures sanitaires fonctionnant avec un système de recouvrement des couts, (2) les couts élevés de ces services offerts aux malades (3) la fuite de malades vers les FOSA privées de la place.

L'analyse des indicateurs clés de vulnérabilité faite à partir des résultats des enquêtes structures a révélé des problèmes sanitaires et plaide pour une intervention multisectorielle chez la population tant déplacée qu'autochtone (Famille d'accueils vulnérables) dans un bref délai.

1. Introduction à de l'évaluation

1.1. Contexte

La ville de Beni se trouve en entièresité dans le territoire de même nom. Située au nord et à 55 km de la ville de Butembo, Elle est cosmopolite avec plus de 5 tribus vu son ouverture très facile avec le pays voisin, l'Ouganda.

1.2. Sécurité :

La zone est contrôlée par la police nationale congolaise, l'ANR et les éléments de FARDC. Signalons aussi la présence de la MONUSCO dans la ville de Beni.

1.3. Accessibilité.

Toute la ville de Beni est accessible par les camions, voitures, motos et vélos. Tous les réseaux (Vodacom, Tigo, Air Tel, Orange) arrosent la ville. A cote de la ville de Beni, il existe un aéroport international du nom de MAVIVI.

Les Radios Motos de Butembo - Oicha et Ruwenzori Voice Radio(RVR) et Okapi y sont suivies par la majorité de la population.

1.4. Contexte spécifique :

La zone est occupée en majorité par la tribu Nande, Bapakombe et Babumba à plus ou moins 90%.

Deux saisons (pluvieuse et sèche) couvrent l'année dans cette zone. Mais la première prime sur la seconde à plus de 70%.

Sur le plan économique, 60% de la population de la zone pratique l'agriculture (haricot, bananes plantins, riz, huile de palme). Sa production permet à la population de subvenir à ses besoins vitaux dans tous les secteurs. Le commerce et les agents de l'Etat viennent en 2^e position, occupant une proportion de 30% de la population.

Les activités artisanales, les travaux journaliers et des emplois permanents occupent plus ou moins une proportion de 10% de la population.

La population de la ville de Beni est desservie par une adduction gravitaire d'eau potable, construite par Solidarité Internationale (SI) vers les années 2007-2008, en partenariat avec la REGIDESO de la ville de Beni. La majorité de la population a accès à l'eau potable.

Comme signalé si haut, la population de la ville de Beni consulte dans plusieurs FOSA parmi lesquelles 18 CS, 1 HGR et d'autres multitudes des structures sanitaires privées dont certaines d'entre elles ont intégrées les activités de PCA. Une ambulance assure les transports des cas de référence vers l'hôpital général de Beni.

1.5. Type d'appui et partenaires dans la zone :

Aucun partenaire en SSP n'est présent dans les 6 FOSA concernées par notre évaluation.

1.6. Mouvements de Population :

Selon les informations reçues des leaders de la place et du comité des Idps, la ville de Beni est une zone de déplacement.

A nos jours, la ville a accueilli une population déplacée estimée à **2.711** ménages de la dernière vague, soit 16266 personnes qui s'ajoutent aux **57.803** ménages autochtones de la ville de Beni. Ces déplacés vivent dans les familles d'accueil en majorité, mais seulement environs 5 % vivent dans les sites spontanés d'accueil (Eglise Catholique Tamende, Eglise CECA20 Mundu-Biena, Eglise CECA 20 Tamende).

Tableau 1 : Répartition démographique avant et après la crise dans la zone d'accueil.

Ville	Communes	Pop. Avant mvt		Population actuelle		Pop Idps		PSH et indigents
		(hab.)	(M)	(hab.)	(M)	(M)	(M)	
BENI	Beu	83935	13989	86221	14370	2286	381	n.d.
	Rwenzori	52428	8738	56526	9421	4098	683	
	Bungulu	72972	12162	77574	12929	4602	767	
	MULEKERA	137484	22914	142764	23794	5280	880	
TOTAL		346819	57803	363085	60514	16266	2711	n.d.

Source Info : FG ville de Beni, les statistiques de FOSA (Paida, Rwangoma, Kasabinyole, Boikene, Mandrandele et Ngongolio) et le dénombrement des déplacés fait par le comité des déplacés dans la ville de Beni en Mai 2015.

2. Objectifs de l'Evaluation.

2.1. Objectif global :

- Evaluer le niveau de vulnérabilité en santé et nutrition dans lequel se trouve cette population déplacée dans la ville de Beni.

2.2. Objectif spécifique :

- Evaluer le besoins en santé de la population déplacée et autres vulnérables ;
- Identifier les structures sanitaires d'accueil de la population déplacée;
- Evaluer les capacités de structures sanitaires d'accueil ;
- Déterminer les problèmes liés à l'accessibilité aux soins de santé et y apporter une réponse adéquate.

2.3. Résultats Attendus :

- Les structures sanitaires d'accueil de la population déplacée sont identifiées et leurs capacités d'accueil sont évaluées;
- Les problèmes liés à l'accessibilité aux soins de santé sont connus et des solutions adéquates sont proposées.

3. Méthodologie.

La méthodologie suivante a été utilisée:

- Observation directe et causeries participatives.
- Organisation des focus groups avec des leaders communautaires et santé.
- Enquêtes des structures.
- Revue documentaire des outils et données des FOSA.

Les cotes d'alertes dans ce rapport indiquent le degré de vulnérabilité relatifs aux indicateurs et montrent de manière globale si la situation est préoccupante ou non, ainsi :

- *la cote de 4 à 5 signifie un seuil d'action prioritaire* qui nécessite une intervention rapide ;
- *la cote de 1 à 3 signifie que la situation est moins alarmante.* Elle est probablement inquiétante mais ne justifie pas une intervention d'urgence au sens humanitaire.

4. Présentation/ Résultats des enquêtes structure

Aucun CS de la ZS n'offre un PMA complet. Les activités qui sont faiblement intégrées sont celles de la lutte contre le VIH, la PCIMA et la prise en charge du diabète. Les activités de dépistage et de prise en charge du VIH /SIDA sont intégrées dans les structures de deuxième niveau situées dans 6 aires de santé.

Ces structures assurent la prise en charge pour l'ensemble des cas de la zone de santé. La transfusion sanguine est assurée également dans les structures de deuxième niveau qui sont localisées dans 5 aires de santé. Parmi elles on trouve aussi certaines structures privées

La PCIMA a été intégrée dans 6 AS, les unités nutritionnelles supplémentaires ne sont pas fonctionnelles car les intrants spécifiques ne sont pas disponibles. Le dépistage est essentiellement passif lors des consultations curatives dans tous les centres de santé.

La distribution des MILDS n'est pas intégrée dans les activités de routine, la zone de santé n'ayant pas un partenaire pour appuyer l'approvisionnement de cet intrant.

L'activité de planning familial est entravée par l'insuffisance de la sensibilisation et le manque d'intrants dans les FOSA. Les résultats sont très faibles dans toutes les 6 aires de sante et l'activité n'est pas intégrée.

Le monitoring pour action réalisée en 2014 a montré que les femmes enceintes n'utilisent pas les maternités des centres de sante parce que les infrastructures sont en mauvais état. Les CS disposant d'une table d'accouchement acceptable et d'un minimum des matériels pour l'accouchement occupent une proportion

de 78%. Le personnel formé est disponible dans les CS ; cependant on remarque une insuffisance dans l'utilisation du partogramme. Les résultats du MAA montrent que la couverture effective est moins de 10% sur l'ensemble de la ZS.

Noter que la principale question que l'équipe de planification doit se poser est de savoir si le CS dispose de tous les nécessaires pour réaliser correctement l'activité et que l'activité ainsi réalisée procure un maximum de satisfaction à ceux qui l'utilisent.

Le nombre des CS disposant des équipements suffisant pour assurer le PMA complet représentent une proportion de 35%.

Cinq CS disposent d'un frigo soit 21,7% dans l'ensemble. Deux sur six n'ont pas de table d'examen (NGONGOLIO, PAIDA,). Au CS de Ngongolio pas d'armoire pour les médicaments. Certains CS n'ont pas de boîte de pansement (NGONGOLIO et PAIDA)

Les bâtiments sont en mauvais état, soit à construire parce que les bâtiments sont en pisé ou inexistant. Huit CS nécessitent une réhabilitation mineure (KASABINYOLE); et dix CS ont besoin de la construction des nouveaux bâtiments (PAIDA, NGONGOLIO).

La majorité des CS (59,4%) a un taux de recouvrement des recettes inférieur à 80%.

Les dépenses de la ZS sont proportionnellement de 6% pour les salaires, 45% pour les primes, 31% Médicaments, 15% pour le fonctionnement et 3 % pour l'investissement.

L'approvisionnement mensuel en médicaments essentiels de 6 structures sanitaires se fait de la CDR vers celles-ci via la pharmacie zonale.

Tableau 2 - Indicateurs clés de la vulnérabilité en santé :

Indicateurs	Population générale		Population déplacées	
	Valeur	Alerte	Valeur	Alerte
Taux de morbidité spécifique chez les enfants < à 5 ans (Paludisme).	30%	3	n.d.	-
Couverture vaccinale DTC3 (0 à 11 mois).	83%	1	12%	5
Couverture vaccinale VAR (0 à 11 mois).	76%	3	8%	5
Taux d'utilisation des services curatifs (Nombre de Contact par Habitant et par An)	0,10	5	0,10	5
Taux d'utilisation des services curatifs chez les moins de 5 ans (Nombre de Contact par Habitant et par An)	0,11	5		
Taux de consultations prénatales	43%	5	68%	3
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	30%	5	28%	5
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois avec PB<125 mm en consultations curatives	n.d.	-	n.d.	-
PTME (Taux de séropositivité chez les femmes enceintes au cours des 3 derniers mois précédant l'évaluation)	n.d.	-	n.d.	-
SGBV (Incidence des cas de survivants des violences sexuelles).	n.d.	-	n.d.	-

Sources info : 5 CS (Paida, Rwangoma, Kasabinyole, Boikene, Mandrandele et Ngongolio).

D'une manière générale, les indicateurs clés de santé sont au rouge dans la globalité selon les enquêtes structure et plus grave encore chez les déplacés. Notons que la plupart des autochtones utilise les multitudes des structures sanitaires privées de la ville avec une déperdition des informations sanitaire sur l'utilisation des services sanitaire des structures intégrées par la population autochtone. Pour la population déplacée, le résultat repris dans le tableau ci-dessous révèle une réalité non douteuse d'autant plus que cette population n'a pas des moyens financiers pouvant leur faciliter l'accès aux structures privées.

- Taux d'utilisation Curative :

Les 3 derniers mois, les services curatifs ont été fonctionnels malgré la faible utilisation à 0.10 contact/pers/an pour l'ensemble des patients des 6 aires de santé soit 1.659 malades ont consulté sur une cible de 16666 (score d'alerte de 5). Chez les déplacés l'utilisation est de 0,10 dans une période de 30 jours au score d'alerte de 5.

- Morbidité

Selon les informations reçues du rapport du Conseil d'Administration 2014 de la ZS de Beni, les pathologies dominantes sont: Paludisme, IRA, Diarrhée simple, Grippe et l'anémie.

- Maternité

Le taux d'utilisation de la maternité est de 30% seuil d'alerte 5, chez les autochtones, soit 201 femmes enceintes ont accouché dans les FOSA durant les trois derniers mois sur une cible de 667. Chez la population déplacée, ce taux est de 28% soit 46 accouchés sur une cible de 143 durant les 30 derniers jours.

- CPN/PF

En général la couverture en CPN reste aussi faible, 220 femmes enceintes ont été reçu en CPN sur les 667 femmes attendues, soit un taux d'utilisation de 33% (score d'alerte de 5). Chez les déplacés, l'utilisation est de 68% score d'alerte de 3, soit 110 femmes enceintes ont utilisé les services de CPN sur une cible de 163 le mois.

- CPS/Vaccination

La couverture DTC3/VAR est successivement de 83%/76% score d'alerte de 1 et de 3 chez la population autochtone. Chez les déplacé ces couvertures DTC3/VAR sont de 12% et 8%.

Organisation / Fonctionnalité de la Zone de santé (BCZS).

- *Organisation BCZS - Système financier/organisationnelle :*

Le BCZ est érigé en dehors de la parcelle de l'HGR, à moins de 200 mètres. La parcelle du BCZ est spacieuse et abrite le bâtiment des bureaux, une paillote, le bloc des toilettes et une fondation en cours de construction. Tous les membres de l'ECZ ont un local pour travailler ; cependant l'espace est insuffisant à la pharmacie. Il n'y a pas un local pour la CDF et un garage pour les motos. La salle des réunions est utilisée comme dépôt de la pharmacie, salle de CDR et garage pour les motos.

Le personnel du BCZS est composé de 15 personnes dont le médecin chef de zone, 2 infirmiers superviseurs, 1 nutritionniste, 1 préposé à la pharmacie, 1 TDR, 1 caissier, 1 chauffeur, 1 comptable, 1 administrateur gestionnaire des institutions sanitaires, 1 secrétaire, 2 sentinelles et 2 ouvriers.

- *Matériels roulants :*

Bien que le BCZS possède un véhicule de marque Land cruiser, 4 motos et 8 vélos; les activités de supervision restent en souffrance.

- *Système de référencement:*

Les cas compliqués sont directement référés à l'HGR de Beni au bord d'une ambulance gérée par le comité de gestion de l'HGR mise à la disposition de la population de la cité de Beni.

En général le taux des référés des CS vers les structures de référence est faible (4,6) ainsi que la proportion d'arrivée à l'HGR.

Une grande partie des référés des CS n'arrivent pas dans les structures de références intégrées à cause de la prolifération des structures privées non intégrées.

Les données des référés arrivés dans les autres formations médicales ne sont pas disponibles au niveau du BCZ car ces structures ne rapportent pas.

- *Système/Sources d'approvisionnement en MEG:*

Bien que la zone de sante de Beni dispose d'une pharmacie zonale, les structures de santé de la place s'y ravitaillent rarement. Les gestionnaires de ces FOSA préfèrent aller se ravitailler dans les pharmacies de la ville de Beni et de Butembo, car les prix restent plus abordables que ceux du BCZS.

- **PEV :**

On note une insuffisance de la chaine de froid au niveau du BCZS qui dispose d'un seul frigo et 2 congélateurs fonctionnels et doit servir de site de stockage pour toutes les aires de sante situées dans la ville. Au total, la zone dispose de 143 boites isothermes parmi lesquelles 52 gyostil et 91 kits polio. Dans toute la zone de sante, l'on signale 5 frigos pour 23 CS. Il y a donc une insuffisance incontestable en chaines de froid dans la zone de sante de Beni.

5. Conclusion :

Au vu de ce qui précède, la population déplacée de la ville de Beni n'a pas accès aux services de santé des structures pour raison de manque de moyen financier afin de faire face au système d'auto fonctionnement des structures sanitaires qui fonctionne sous un mode de recouvrement des couts aux malades. Aucun partenaire de santé n'est présent dans la ville pour faciliter l'accès des vulnérables aux soins.

Tableau 3 : Scoring de Vulnérabilité focalisé à la population déplacée

Indicateurs de scoring	Résultat
Ménages Vulnérable > 450 ménages	2.711 Ménages Déplacés, avec environs 2.011 familles d'accueil.

1 décès survenu dans la population en mouvements et ou affectées par une épidémie.	1 décès d'un enfant de moins de 5 ans mort du Paludisme compliqué d'Anémie qui n'a pas eu accès aux soins
Taux de morbidité au sein des populations en mouvement et celles affectées compris entre 40% et 100%.	Non disponible (pas eu d'enquête ménage). Néanmoins, il faut noter que la ville de Beni est une zone endémique au Paludisme. Les mauvaises conditions d'hébergement dans lesquels sont reçus ces ménages déplacés (cuisine non protégée) favoriseraient une flambée des cas.
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois avec PB<125mm avec présence ou non d'œdèmes compris entre 8 et 10% lors des enquêtes ménages	Non disponible (pas eu d'enquête ménage).
Taux d'utilisation des services curatifs ≤ 0.5 lors des enquêtes structures de santé	0.10 contact/pers./ans de taux d'utilisation dans les structures.
Taux de couverture vaccinale en VAR chez les enfants de 12 à 23 mois < 60% lors des enquêtes ménages	Non disponible (pas eu d'enquête ménage).