



Bas - Uélé

**Mission d'évaluation des besoins humanitaires
dans le District de Bas-Uélé
Du 1er au 15 Mars 2007**

**Rapport de l'évaluation de la situation humanitaire
à Buta, Aketi, Titule, Bambesa, Dingila, Ango et Bondo (District de Bas Uélé)
Mission effectuée par l'OMS, le PAM, la FAO, LWF, Monuc (PIO) et OCHA
du 1^{er} au 15 Mars 2007**

Résumé

Le rapatriement volontaire des réfugiés congolais du Soudan l'année dernière à Buta n'a pas connu une bonne exécution dans sa phase de réinsertion, par manque de synergie entre les différents partenaires impliqués dans cette opération. A ce jour, aucun lopin de terre ne leur a été attribué pour les travaux agricoles. L'insécurité alimentaire s'installe au sein de cette communauté. A leur arrivée, aucun cas de malnutrition n'a été signalé, mais lors de notre passage dans le site¹, 47 cas des enfants mal nourris ont été recensés ; 164 enfants sont non scolarisés, 11 personnes sont mortes dont 4 enfants, de faim et par manque des soins médicaux appropriés. Vu les conditions socio-économiques dont ils sont victimes, 7 familles (+/- nanties) sont reparties au soudan en passant par Buta-Beni (par avion) - Kasindi-Kampala jusqu'à Juba au soudan. 27 autres personnes sont reparties à pieds, en passant par Dingila-Tapili-Doruma-Bangadi et Juba. A cette allure, seules les personnes âgées et sans soutien au soudan pourront rester à Buta, attendre leurs derniers jours, si aucun secours humanitaire ne leur est apporté.

Le manque des médicaments essentiels dans la plupart des structures sanitaires visitées, la persistance de don de sang non qualifié dans certaines formations de référence, (Les ruptures fréquentes des intrants font que pour la zone de santé d'Aketi, 14 transfusions ont été faites avec du sang non qualifié, de janvier 2007 à ce jour), la vétusté des infrastructures de santé, la carence en eau potable, une chimère dans la quasi-totalité des ménages (seulement 12% de la population accède aux points d'eau aménagés), la montée en flèche des cas des violences sexuelles au sein des communautés (les antennes de CAMPS de Buta, d'Aketi et Titule ont notifié respectivement 244, 200 et 170 cas de violence sexuelle de Juin 2006 à ce jour), l'inexistence des intrants et autres matériels aratoires, la diminution de production est de l'ordre de 40 à 50%, les aléas climatiques,..... sont potentiellement des risques auxquels la population du Bas Uélé est exposé et pourrait continuer à l'être si rien n'est fait².

Eut égard de ce qui précède, une grande partie du District par rapport aux autres districts de la Province, pourrait favoriser que la province ne puisse évoluer à double vitesse. D'un côté, les zones de santé en phase de développement, avec le soutien des partenaires et de l'autre côté les zones de santé en phase d'urgence comme c'est le cas de Ango, Bambesa, Titule et Monga. L'absence des partenaires³, la rupture des stocks en médicaments essentiels génériques font que l'utilisation des services des soins curatifs soit moindre. L'absence des structures obstétricales de base fait que sur 100000 naissances vivantes on observe 700 de décès maternels. Aucune enquête nutritionnelle n'a été effectuée dans la zone de santé d'Aketi. Néanmoins 49 cas de MPC ont été notifiés en 2006. Ces 49 cas sont peut être la partie visible de l'iceberg car souvent la malnutrition survient dans les familles démunies et sans moyen pour assumer les coûts des soins. Le faible poids de naissance est de 12% corroborant une malnutrition globale de la population. L'insuffisance de la prise en charge des nouveaux nés fait que le taux de décès des moins de 7 jours est de 16%.

La phase d'urgence du Programme de l'Unicef dans le district sanitaire de Dingila connaît ses débuts, avec la formation des prestataires des soins mais l'approvisionnement en médicaments n'est pas encore assuré⁴.

Par ailleurs, à Dingila, Aketi et Bambesa, le niveau de destruction des infrastructures de deux sociétés commerciales, la CODENOR et le CFU a eu une incidence dans la détérioration de la situation socio-économique des habitants du Bas Uélé.

¹ L'équipe d'évaluation s'est rendue au site des rapatriés le 2 mars 2007.

² Le manque d'exploitation de l'information sur les réalités du District du Bas Uélé fait que cette partie de la Province Orientale ait été longtemps oublié.

³ la BAD devrait soutenir les zones de santé du Bas Uélé depuis 2003, mais jusqu'à présent rien n'est fait dans la plupart des ces zones Buta, Bondo, Monga, Aketi,...

⁴ L'Unicef a rassuré que toutes les commandes pour les équipements et médicaments ont été passées et un lot important des matériels pour les zones de santé, les centres de santé et les relais communautaires sont en voie d'être acheminés dans les tous prochains jours.

Les Mbororo, nomades armés, venus du soudan, et de la RCA sont installés dans les plaines de Dakwa, Digba, et autres localités (territoire d'Ango) depuis plus de 5 ans. C'est pendant la saison sèche que leur effectif augmente. Aucun recensement n'a été effectué pour connaître leur nombre. Des accrochages entre les mbororo et la population locale, en Septembre 2006 a entraîné un sentiment de haine et xénophobie entre les deux communautés. Les mbororo n'étant plus bien servis par la population en produits agricoles, ils dévastent et récoltent les champs de la population locale sans autorisation, ce qui ne fait que tendre les relations déjà conflictuelles, pouvant provoquer à la longue des affrontements armés. La réhabilitation d'urgence des bretelles des chemins de fer des Uélé entre Bumba-Aketi-Bondo aura un effet d'entraînement sur plusieurs secteurs de la vie dans cette partie de la Province.

Recommandations Générales

- ☑ Soutenir les enfants de moins de 10 ans des rapatriés du Soudan (47 enfants avec une malnutrition aigue dont 28 garçons et 19 filles ; 38 avec une malnutrition modérée) qui se trouvent dans une situation de détresse à Buta (centre nutritionnel de supplémentation et centre nutritionnel thérapeutique). (Clusters Santé et Nutrition) ;
- ☑ Faciliter l'insertion sociale des retournés congolais du Soudan en leur assurant une sécurité alimentaire, la scolarisation des enfants, l'accessibilité aux soins de santé pendant au moins 9 mois le temps optimum pour qu'ils soient à mesure de se prendre en charge ;(FAO, Cluster Santé, HCR) ;
- ☑ Appuyer les Zones de Santé d'Aketi, de Titule, Likati, Monga, Ango et Bondo en urgence dans le domaine de l'accessibilité aux soins et un paquet minimum d'activités en matière de soins de santé primaire, et en Santé de la Reproduction. Vu la paupérisation de la population une tarification forfaitaire est à envisager. (Cluster Santé) ;
- ☑ Appuyer 12.000 ménages agricoles en intrants agricoles de base : semences vivrières améliorées, outils aratoires performants, ainsi que les intrants de pêche et des intrants vétérinaires, (géniteurs performants pour l'élevage), tout en garantissant leur couverture par les vivres de protection, notamment à Ango, Bambesa et Dingila. (Cluster Sécurité Alimentaire/Agriculture) ;
- ☑ Etendre les activités de la Synergie sur les violences sexuelles dans cette partie de la Province pour la prise en charge médicale, psycho-sociale et juridique, notamment à Ango (Initiative conjointe de lutte contre les violences sexuelles) ;
- ☑ En rapport avec la problématique des Mbororo, renforcer le contrôle de la circulation le long des frontières poreuses du territoire de Ango en vue de protéger la population civile (Autorités gouvernementales) ;
- ☑ Aménager et réhabiliter les sources d'eau, voire les adductions d'eau ainsi que la réhabilitation d'urgence des structures scolaires et des voies d'accès, notamment à Titule, Dingila, Bambesa, Aketi, Ango et Bondo;(Cluster Eau, assainissement et Hygiène, Education) ;
- ☑ Trouver des partenaires pour appuyer les zones de santé dans la mise sur pied du paquet complet de lutte contre le Sida à l'instar de l'intervention de GTZ/Santé dans la zone de santé de Buta, notamment la zone de Santé de Monga, de Titule et de Bambesa (CPIA, Cluster Santé) ;
- ☑ S'assurer auprès de la Banque Africaine de Développement, BAD, de la mise effective sur pied de son intervention dans le district sanitaire de Buta, à défaut, plaider pour trouver un autre intervenant pour le district sanitaire de Buta. (OCHA, & Cluster Santé) ;

Participants à la Mission :

- Augustin Kibaya, **FAO**, Kisangani
- Valentin Angongolo, **PAM** Kisangani
- Gérard Kasongo, **LWF** Kisangani
- Dr Musa Kiyele, **OMS** Buta
- Dr Jean Paul Assimbo, **OMS**, Dingila
- Daniel Wangisha, PIO, **Monuc** Kisangani

- Sylvestre Ntumba Mudingayi, **OCHA** Kinshasa
- Olivier Eyenga, **OCHA** Kinshasa

Itinéraire :

La mission a parcouru en jeeps 4X4 en aller et retour 700 km, (Buta-Aketi ;Buta-Titule-Bambesa-Dingila) ; en avion plus de 2500 Km (Kisangani-Buta ; Buta-Ango, Ango-Bondo ; Bondo-Kisangani) selon l'itinéraire ci-après, grâce à Aviations Sans Frontière/Belgique, au véhicule de l'OMS et aux motos.

- 28 Février 2007 : Kisangani-Buta
- 1^{er} Mars 2007 : Kisangani-Buta
- 3 Mars 2007 : Buta-Aketi
- 5 Mars 2007 : Aketi-Buta
- 6 Mars 2007: Buta- Dingila
- 7 Mars 2007: Dingila-Bambesa
- 8 Mars 2007 : Bambesa-Titule
- 9 Mars 2007 : Titule-Buta
- 10 Mars 2007 : Buta-Ango
- 12 Mars 2007 : Ango- Bondo
- 15 Mars 2007 : Bondo- Kisangani

1. Les Objectifs de la Mission :

- a. Evaluer la situation humanitaire dans le District de Bas Uélé.
- b. Identifier les besoins humanitaires prioritaires pour le plan d'action humanitaire 2007

2. Résultats Attendus :

- Besoins humanitaires identifiés, les lacunes cernées et les recommandations formulées ; (La cartographie des besoins humanitaires du district du Bas Uélé dressée) ;

3. Méthodologies du Travail :

- La collecte de l'information a été assurée par une équipe multisectorielle à l'aide d'un questionnaire d'évaluation rapide (voir annexe) et des questionnaires sectoriels pour chaque cluster. Des focus-groupes, des interviews semi structurées, des réunions avec les autorités politico administratives et les représentants de la société civile, des visites de terrain dans les hôpitaux et centres de santé, l'observation des sources d'eau et des latrines... ont été utilisées comme techniques de collecte. Les données sectorielles ont été par la suite compilées et restituées aux autorités avant le départ des équipes. Une revue documentaire a précédé les visites de terrain.

4. Déroutement de la Mission :

L'actuelle mission s'est focalisée pour cette deuxième partie de la Province sur le district du Bas-Uélé. (Sauf le territoire de Poko). La circulation est très difficile dans cette partie de la province à cause des infrastructures routières qui se trouvent dans un état de délabrement très avancé. Nous avons utilisé l'avion de ASF/B pour nous rendre respectivement à Buta, Ango, et Bondo. Pour les territoires d'Aketi (Titule) et de Bambesa (Dingila), nous avons utilisé le véhicule de l'OMS, pool de Dingila.

Le district administratif du Bas Uélé se trouve dans la partie Nord-Est de la Province Orientale, a une population de 927.426 Habitants sur une superficie de 142.239 Km², soit une densité de 6,5 Hab /Km². Il a 6 districts : Buta, Bondo, Ango, Aketi, Poko, Bambesa, avec Buta comme chef lieu de district. (Buta est situé dans le territoire qui porte le même nom).

Il est limité :

- au nord par la République Centrafricaine (RCA) ;
- au Sud par le District de la Tshopo
- à l'Est par le District du Haut Uélé
- à l'Ouest par le District de la Mongala de la province de l'Equateur.

Le district du Bas Uélé se trouve entièrement en climat tropical avec alternance de 2 saisons : la saison sèche et la saison des pluies. La végétation est faite essentiellement de la forêt tropicale dans sa grande partie et de la savane boisée au Nord, le long de sa frontière avec la RCA. La faune est diversifiée et faites des gros gibiers surtout dans la partie Nord.

L'hydrographie est fournie ; le district est drainé par les grandes rivières : la rivière Bomu qui fait frontière avec la RCA, les rivières Bomokandi, Bima, Rubi, Likati, Itimbiri, Uéré et Uélé, qui a donné son nom au District.

La cité de Buta, chef lieu de District, est un carrefour important relié par route à Bumba, Isiro, Bondo et Kisangani. Ces routes sont en très mauvais état, si bien que le moyen de transport le plus utilisé est le vélo. La voie ferrée qui reliait autrefois Bumba à Mungbere, en passant par Buta n'est plus opérationnel. Il existe à Buta un aéroport de classe nationale qui est sous exploité. Les territoires visités ont aussi des pistes non utilisés.

Sur le plan sanitaire, le district de Buta est divisé en 2 districts sanitaires : district sanitaire de Buta et district sanitaire de Dingila. Le district sanitaire de Buta comprend 7 zones de santé : Aketi, Bili, Bondo, Buta, Likati, Monga, Titule. Le district sanitaire de Dingila comprend 4 zones de santé : Ango, Ganga-Dingila, Poko et Viadana.

Que ce soient dans les hôpitaux, les centres de santé ou les écoles, les équipements ont été pillés pendant les deux guerres que le pays a connues. Ceux qui ont échappé à ce pillage sont devenus vétustes voire inutilisables. Tous les hôpitaux ne disposent ni d'eau courante pour la sanitation et l'hygiène ni de source d'énergie pour la lumière et la gestion des urgences nocturnes.

Les différents territoires visités par la mission :

- **Territoire de Buta** : Ce territoire compte deux zones de santé : Buta et Titule. La cité de Buta, chef lieu du District administratif de Bas Uélé, du District sanitaire de Buta, du territoire de Buta, est le siège du Bureau Central. La zone de santé de Buta est limitée :
 - Au nord par la zone de santé de Bili
 - Au sud par les zones de santé de Banalia et de Basali
 - A l'est par la zone de santé de Titule
 - A l'Ouest par la zone de santé d'Aketi.

La zone de santé a une population de 147185 habitants sur une superficie de 8958 Km² soit une densité de 16 habitants au Km².

La zone de santé de Buta est reliée à Kisangani, Bondo, Isiro, Bumba par route. Ces routes sont en très mauvais état et leur praticabilité en saison des pluies est très difficile. La voie ferrée qui relie **Bumba à Mungbere en passant par Aketi, Buta, Isiro** n'est plus opérationnelle ; la société CFU qui l'exploitait étant tombée en faillite depuis une dizaine d'année. Il existe à Buta un aéroport de classe nationale qui est sous utilisé.

- **Territoire de Aketi,**

Il est limité au :

- Au nord par le territoire de Bondo
- A l'est par le territoire de Buta
- Au Sud par les territoires de Basoko et de Bumba province de l'Equateur
- A l'ouest par le territoire de Wapinda (province de l'Equateur).

Le territoire d'Aketi comprend 2 zones de santé : ZS Aketi et ZS de Likati

La population du territoire d'Aketi est de 122 134 habitants⁵. Par contre les sources sanitaires du BCZS Aketi font état de 108.029 habitants dans la zone de santé d'Aketi sans compter la population de la zone de santé de Likati qui est de 55.936 habitants⁶.

Le territoire d'Aketi est drainé par les rivières Likati, Itimbiri, Tele et Tinda.

- **Territoire de Bondo**, La zone de santé de Bondo se trouve en territoire de Bondo. Ce territoire compte 3 zones de santé : Bili, Bondo, Monga. La zone de santé de Bondo a une population de 83986 habitants sur une superficie de 13700 Km² soit une densité de 6 habitants au Km². Elle est limitée :
 - Au nord par la République Centrafricaine
 - Au sud par la zone de santé de Likati dans le Territoire d'Aketi
 - A l'est par la Zone de Santé de Bili
 - A l'ouest par la zone de santé de Monga.

Bondo, siège du bureau central est relié à Buta, Aketi par route. Toutes ces routes sont en très mauvais état. Une piste d'atterrissage pour petits porteurs et Antonov dessert le centre de Bondo. La Zone de santé comprend 4 collectivités sur les 10 du territoire (Duaru, Gaya, Goa et Mobenge-Mondila) ; cette zone de santé est habitée en majorité par les zandé.

- **Territoire de Ango** : Territoire complètement enclavé, un des territoires oublié, avec une longue saison sèche qui crée une insécurité alimentaire. Le problème de l'eau se pose, les puits ont taris, les sources sont sèches, les gens sont clairsemés et en brousse, Superficie de 34.304 km², avec une population de 80.279 Hab, soit une densité de 2 Hab/km². La non viabilité du milieu fait que la plupart des jeunes ont quitté Ango pour la RCA, au niveau de Mbuki, centre de Négoce.
- **Territoire de Bambesa** : Pour une superficie de 9139 Km² et une population estimée à 147.585 Hab, Bambesa est limité au Nord par le territoire de Ango, au Sud par Banalia, à l'Est par Poko et à l'Ouest par Buta. Ce territoire est très enclavé et l'économie est composée essentiellement de l'agriculture. L'habitat est en pisé, l'eau potable est difficile, les sources sont non aménagées, les routes ne sont que des sentiers, les ponts sont plutôt des dangers publics. Difficulté pour les échanges commerciaux, pas de phonie au niveau du territoire, population à vocation agricole, beaucoup de gens se sont déplacées (à cause du défrichement de la forêt, de l'insécurité et de la dévastation des champs par les animaux prédateurs) et ne savent rentrer à cause de l'insécurité, pas d'outils ni intrants agricoles, pas de semences améliorées. Les postes de santé ne sont que de noms, sans matériels, toute la population n'est pas atteinte lors des journées des vaccinations, présence de Medair et de l'Unicef. Manioc, aliment de base, 45% des cas de malnutrition et 80% de la population recourt à la médecine traditionnelle. Depuis Aout 2006, Medair n'appuie plus les structures sanitaires de Bambesa. Bambesa, avec 9 chefferies dont 5 appartenant aux Bua (avec une minorité de Kango, des riverains, à côté de la rivière Uélé et Bomokandi), et 3 aux Kere et une aux Anzande.

5. Voies d'accès dans le District.

Le délabrement avancé des routes rend l'accès au district du Bas Uélé et dans tous ses territoires très difficile surtout en saison des pluies. Beaucoup de ponts en grume sont en très mauvais état si bien que le véhicule qui transportait l'équipe interagence devait passer à gué. Aketi chef lieu de territoire est relié par route à Bumba, Buta et Bondo. La voie ferrée qui part de Bumba à Mungbere en passant par Aketi, Buta, Isiro n'est plus opérationnelle ; la société qui l'exploitait est tombée en faillite depuis une dizaine d'année. Une piste d'atterrissage pour petits porteurs se trouve à Aketi mais elle nécessite un entretien régulier.

⁵ Selon les sources administratives du Bureau de territoire.

⁶ Selon les sources sanitaires.

6. Situation Sécuritaire.

Dans la plupart des localités visitées, la sécurité semble être assurée, notamment par la Police Nationale congolaise qui est néanmoins gratifiée des cas d'exactions, tracasseries, et excès de zèle dans l'accomplissement de sa mission.

RAPPORTS SECTORIELS PAR CLUSTERS

1. SANTE :

Problèmes identifiés

- Dans tout le District sanitaire de Buta, les zones de santé n'ont pas d'intervenants structurels et par conséquent ne disposent pas d'appui en médicaments essentiels. **La zone de santé d'Aketi ne dispose pas de médicaments essentiels.** Un seul centre de santé confessionnel « Mobati » dispose de peu de médicaments essentiels.
- Le district du Bas Uélé est le seul de la province où beaucoup de programmes ne sont pas encore intégrés.
- De toutes les zones de santé, seule la zone de santé de Buta dispose d'un paquet complet d'intervention grâce à l'appui de GTZ Santé. Pour les autres zones de santé, seule la sécurité transfusionnelle est intégrée. Cependant ces zones de santé connaissent des ruptures intempestives des intrants de la sécurité transfusionnelle. Le PNMLS a ouvert sa coordination locale à Buta en 2006. Quatre projets communautaires dans le cadre de la sensibilisation et dépistage volontaire ont été financés en fin 2006 et sont opérationnels sur le terrain, mais uniquement à Buta.
- L'utilisation des services des soins curatifs est de **7,5%** pour l'ensemble de la zone de santé d'Aketi. Il est de **27%** dans la zone de santé de Buta et de 26,3% dans le district sanitaire de Dingila en 2006.
- **CPN** : le taux d'utilisation des CPN au niveau du District Sanitaire de Buta est de **12%**. Les femmes sont plus occupées par la survie et ne viennent au centre de santé que pour recevoir le vaccin. Le taux de référence de grossesse à risque **est de 3%**. Dans la Zone de Santé de Buta, ce taux est des CPN est de 79% avec un taux de détection des grossesses à **haut risque de 9%**.
- **Maternité : au niveau du District sanitaire de Buta**, le taux d'utilisation de la maternité est de **10%**. Le service obstétrical de base manque cruellement. La mortalité des moins de 7 jours est de **3,5%**. Le taux de décès maternel est de plus de **200 pour 100.000** naissances vivantes. A la zone de santé de Buta, le taux d'utilisation de la maternité est **de 30%**. La zone de santé compte 2 maternités : l' HGR et Centre de santé Mobenge. La proportion des NN de faible poids est de **9,7%**. La mortalité des moins de 7 jours est de **9%**. La proportion des décès maternels est de 300 pour 100.000 accouchements. Les deux maternités sont situées dans la cité de Buta. L'intérieur de la zone de santé n'est pas couvert en structures obstétricales de base.
- Seul l'HGR dispose d'un personnel qualifié pour la gestion efficace des urgences obstétricales. La proportion des faibles poids de naissance est de **8,6%**.
- **La CPS** : le taux d'utilisation des consultations pré scolaires est de **7,6%**. Dans la plupart de cas, la CPS s'arrête avec le calendrier vaccinal. Car beaucoup de centre de santé ne disposent pas de balance pour pouvoir suivre la croissance des enfants.
- **La lutte contre le Sida** : A part la sécurité transfusionnelle dont l'approvisionnement en intrant est assuré par la coordination provinciale du PNTS, les autres volets de cette lutte ne sont pas encore intégrés. Même pour la sécurité transfusionnelle, les ruptures de stock en intrants sont fréquentes. Pour les 8 rapports mensuels reçus (janvier à Août 2006), 100 transfusions ont été effectuées avec **14 transfusions de sang non qualifié**. Notons que pour la sécurité transfusionnelle les prestataires ne sont pas encore formés pour la gestion de ce programme.
- L'hôpital de Buta mis en service en 1981 est aujourd'hui en état de délabrement très avancé parce que construit en matériel préfabriqué. Il nécessite un remplacement des murs ; la toiture et le pavé sont encore bons.

- 14 centres de santé sur 85 dans la zone de santé de Buta sont en matériaux durs. Ces centres datent presque tous de la période coloniale et nécessitent une réhabilitation lourde ou carrément une désaffectation. Les autres centres de santé sont en en pisé et en chaume.
- **Lutte contre le paludisme, Santé de reproduction** : ces programmes ne sont pas encore intégrés. L'équipe cadre du BCZ n'est pas informée encore de la politique nationale de lutte contre le paludisme. Les prestataires ne sont pas encore formés en **PCME**. Pour le District sanitaire de Dingila (Paludisme) ce programme était intégré grâce à l'intervention Medair (moustiquaire imprégné) ;
- **PEV de routine, Lèpre et Tuberculose**. Les deux programmes sont déjà bien intégrés dans le District avec une couverture géographique de 97% pour le PEV et de 96% pour le programme lèpre et tuberculose. La zone de santé connaît assez des difficultés pour la mise sur pied des activités du PEV de routine. La couverture vaccinale est de : BCG **76%** DTC3 **56%** VPO3 **51%**, VAR **36%**, VAA **44%**, VAT2+ **56%**. La zone de santé connaît cependant des ruptures intempestives des intrants : VAR rupture de 90 jours ; pétrole 64 jours. Le personnel n'est pas suffisamment motivé pour mettre sur pied la stratégie avancée.
- **Selon** le MCZ d'Aketi : « la population de sa ZS n'est pas prise en charge sur le plan sanitaire »
- Nutrition : ce programme n'est pas encore intégré, mais des cas sous notifiés ont été relevés.
- PNLO. Ce programme est déjà intégré dans toutes les zones de santé et a mis à la disposition des zones de santé des moyens logistiques. Ces activités sont intermittentes. Le traitement à l'ivermectine sous directive communautaire est à son 4^e cycle pour le district de Buta et au 3^e pour le district de Dingila
- Les causes de morbidité sont par ordre décroissant dans le district sanitaires de Buta

MALADIES	PROPORTION
Paludisme	41%
IRA	21%
maladies diarrhéiques	18%
Grippe	6%
IST/ Sida	5%

La létalité est par ordre décroissant

Maladies	Létalité
TNN	58%
Méningite	17%
Paludisme	0,60%
IRA	0,20%
Maladies diarrhéiques	0,20%

De manière générale on peut noter les indicateurs ci-après pour le District sanitaires de Buta :

- Morbidité élevée due paludisme : **69%**
- Mortalité élevée due au tétanos : **58%**
- Morbidité élevée due au VIH/SIDA : pas d'étude de séroprévalence menée dans la communauté mais une étude menée chez les femmes enceintes en CPN dans la cité de Buta avait donné une séroprévalence de **7,4%**. Mais on n'avait pas atteint la taille requise de l'échantillon.
- Incidence élevée des décès maternels : **700/100000** naissances.
- Prévalence élevée de l'onchocercose : **65%**
- Morbidité due aux maladies diarrhéiques : **27%**
- Maladies réémergentes : trypanosomiase humaine africaine à Bili : **9** cas confirmés dont **4** cas ont été pris en charge.
- Les hôpitaux et les centres de santé ne disposent pas de médicaments essentiels pour une prise en charge adéquate des malades.

- Les hôpitaux et les centres de santé ne disposent pas pour beaucoup ni bâtiments appropriés ni équipement et matériel médico-sanitaire.
- Faible taux d'utilisation des services :
- Consultations curatives : **22,7%**
- CPS : **43%**
- CPN : **47%**
- Maternité : **33%**
- CPoN : **22%**
- Vétusté des infrastructures immobilières
- Faible coordination des activités
- Faible intégration des différents programmes spécialisés :PNLP, SR, NUTRITION, PNLS (une seule ZS Buta).
- Faible capacité de riposte aux épidémies.
- Faible couverture vaccinale :
- BCG : **73%**
- DTC3 : **56%**
- VPO3 : **58%**
- VAR : **40%**
- VAA : **40%**
- VAT2+ : **65%**
- Faible couverture en paquet minimum d'activité dans toutes les zones de santé
- Décès maternel : **0,7%**
- Mortalité de moins de 7 jours : **2,4%**

Causes majeures des problèmes:

NB : Faible fonctionnalité des organes de gestion et de participation communautaire.

La paupérisation extrême de la population, le manque des médicaments essentiels dans les formations sanitaires, le délabrement des infrastructures immobilières alliés à la démotivation du personnel font que les structures sont faiblement utilisées. Ainsi les chiffres ci hauts cachent encore une réalité plus amère.

Recommandations

Au Cluster santé :

- Rendre disponible sans rupture le pétrole et autres intrants PEV, en vue de permettre aux zones de santé d'améliorer leurs performances en PEV ;
- Intégrer les activités des programmes en souffrance : PCIME, PTME, PNLS, SR, NUTRITION et suivi de croissance de l'enfant et de rendre disponible les intrants spécifiques ;
- Rendre disponible les matériels de chaîne de froid et activer le processus d'installation du dépôt relais PEV à Dingila et à Digba ;
- La réhabilitation urgente de l'hôpital Général d'Aketi, et de Titule en améliorant la sanitation et l'hygiène et l'hôtellerie ;
- Trouver des partenaires pour les activités de lutte contre le Sida dans les autres zones de santé à l'instar de GTZ santé dans la zone de santé de Buta.
- Former urgemment les prestataires de soins en sécurité transfusionnelle et rendre disponible tous les intrants de la sécurité transfusionnelle.

A OCHA

- S'assurer auprès de la Banque Africaine de Développement (BAD), de l'Unicef, de Medair et des autres partenaires pour la mise en œuvre effective de leurs interventions dans les districts sanitaires de Buta et de Dingila.
- Plaidoyer pour qu'il y ait une répartition géographique équitable en terme de financement pour la couverture sanitaire de la Province.

2. NUTRITION :

Malnutrition

- Ce programme n'est pas encore intégré dans les structures sanitaires. Une enquête nutritionnelle avait été effectuée en 2002 par LWF dans la zone de santé de Buta et avait conclu que la malnutrition était un problème de santé dans cette zone de santé. La 14^{ème} communauté baptiste du Congo Nord fournit un effort pour assurer une supplémentation nutritionnelle Buta. Elle a encadré en 2006, 146 mal nourris. L'Association des femmes rurales actives pour la paix et le développement, AFRAPED, assure aussi une supplémentation nutritionnelle aux enfants avec MPC. Lors de notre passage, nous avons trouvé 5 cas souffrant de la malnutrition sévère.
- Ces deux organisations ne travaillent qu'avec leur bon sens sans aucune norme et sans l'encadrement du Bureau central.
- Aucune enquête nutritionnelle n'a été effectuée dans la zone de santé d'Aketi. Néanmoins **49 cas de MPC** ont été notifiés en 2006. **Ces 49 cas sont peut être la partie visible de l'iceberg** car souvent la malnutrition survient dans les familles démunies et sans moyen pour assumer les coûts des soins.
- Beaucoup des cas de malnutrition se retrouvent surtout chez les enfants âgés de moins de 10 ans ;
- Absence des structures viables de prise en charge des enfants mal nourris ;
- Inexistence des personnes ressources en matière de nutrition ;
- Pas de matériels adéquats de dépistage des cas ;
- Aucun partenaire d'appui dans ce secteur dans tout le district du Bas Uélé ;
- Dans la cité de Buta, au site des rapatriés (réfugiés congolais du soudan), sur 187 enfants identifiés dont l'âge varie de 6 mois à 10 ans : **47 cas** (28 garçons et 19 filles) souffrent de la malnutrition aigue et **38 cas**, parmi lesquels 21 garçons et 17 filles, sont dans un tableau de malnutrition modérée.
- La plupart des cas de malnutrition signalés au niveau des centres de santé se présentent à ces centres pour des pathologies autres que la malnutrition. Le personnel sanitaire n'étant pas avisés, mentionne ces cas dans la rubrique « autres pathologies ». L'ignorance des signes de la malnutrition occupe une place de choix dans la population à tel enseigne que tous les cas de malnutrition sont considérés comme un mauvais sort jeté sur le sujet.

Alimentation

- La majorité de la population vit dans l'insécurité alimentaire et ne se nourrit pas convenablement avec comme aliment de base le manioc ou feuille de manioc ;

Causes de la malnutrition : La pauvreté, L'ignorance, L'insuffisance de la production, Le surnombre des enfants dans la famille, L'aliment de base n'est pas très riche en protéine (feuille de manioc) ;

Recommandations

- A court terme, **approvisionner en vivre les 2 anciens centres nutritionnels** (AFRAPED et la 14^{ème} CBCN) et installer un autre centre dans le quartier des rapatriés (PAM, LWF, FAO, OCHA et MONUC).
- Intégration des activités nutritionnelles dans les structures sanitaires (par l'autorité sanitaire) ;
- Besoin de formation sur la politique nationale de la prise en charge de la malnutrition aigue (voir avec PRONANUT) ;
- Disponibiliser les intrants (vivres et non vivres, par le PAM, LWF et Unicef)
- Mettre dans chaque zone de santé deux structures de prise en charge des cas de malnutrition (CNT & CNS) par le Pronanut, en collaboration avec les partenaires (PAM, LWF, FAO, Unicef...) et les structures locales qui encadrent les mal nourris ;

- Effectuer une enquête nutritionnelle dans les zones de santé d'Aketi, Titule, Likati et Bondo pour apprécier l'ampleur du problème de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

3. SECURITE ALIMENTAIRE

Problèmes identifiés

La mission a trouvé que la situation humanitaire est précaire pour environ 70 à 80% de la population. Les causes principales de cette précarité sont les suivantes :

- Sur le plan quantitatif : la production agricole est faible et insuffisante tant du point de vue de la production des cultures vivrières, de la pêche que de l'élevage. Cette diminution de production est de l'ordre de 40 à 50% soit un peu plus que pour le Haut Uélé. Les gens prennent un seul repas par jour composé essentiellement des racines et feuilles de manioc, la viande et le poisson étant rare. A Bambesa, Dingila, Makongo et Zobia, la population consomme les bananes de table à la place des plantains ;
- La qualité des nourritures consommées par la population est médiocre à cause de sa pauvreté en éléments nutritifs. Ce qui occasionne un déséquilibre nutritionnel et par conséquent la malnutrition.
- La disponibilité des aliments n'est pas permanente car la population manque des réserves destinées à la période de soudure (saison sèche). La population vit au jour le jour avec le risque de famine que cela comporte dès qu'il y a un événement de déstabilisation ;
- L'accessibilité aux aliments par le biais des échanges est très faible. Les marchés sont presque vides, néanmoins le peu de productions agricoles réalisées sont vendues aux Mbororo (région de Ango) et aux creuseurs de diamants et Or. Ce genre d'échanges dépouillent encore davantage les populations. Le risque de la famine est donc imminent.

Recommandations :

- Appuyer **12.000 ménages** agricoles en intrants agricoles de qualité (semences vivrières et maraichères, outils aratoires, intrants de pêche et géniteurs performants pour l'élevage). La répartition selon les activités de production est la suivante :
 - Culture vivrières et maraichages : 80%
 - Pêche : 10%
 - Elevage : 10%
- Fournir de toute urgence aux retournés congolais du soudan résidant à Buta **165 Kits de maraichage de case....**
- Remettre **100 Kits de maraichage** pour renforcer les capacités opérationnelles des 3 CNS à Buta : AFREPAD, 14^{ième} CBCN et MAKAL
- Mettre rapidement un Point focal FAO à Buta.

4. EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

Problèmes identifiés

- Insuffisance des points d'eau aménagés : pendant la saison sèches beaucoup de rivières et des sources tarissent.
- L'HGR et les centres de santé ne disposent pas d'eau courante. Dans l'ensemble de la zone de santé d'Aketi, il n'y a que **deux sources** aménagées situées dans la cité d'Aketi sur la route Buta. De ces deux sources, une tarit complètement en saison sèche. Ces deux sources se situent en position excentrique par rapport à l'agglomération à 3-4 kms de marche.
- L'hygiène hospitalière laisse à désirer. L'HGR à Aketi et les centres de santé ne disposent pas de latrines, ni des points d'eau. L'HGR a un incinérateur de fortune fabriqué par MSF/B à base de fût vide. La cité est envahie par de l'herbe créant des conditions propices aux gîtes larvaires.

- **A Buta.** 9 puits aménagés par le CICR et 13 sources d'eau aménagées par Oxfam/Q sont fonctionnels. Une source se trouve dans l'aire de santé Makala et une autre dans l'aire de santé Bale. Pendant la saison sèche un puit et 4 sources tarissent. L'hôpital ne dispose pas de latrines hygiéniques ni d'eau courante. Dans ces conditions il devient fastidieux de maintenir un certain degré d'hygiène hospitalière. La sécurité des injections n'est pas assurée car des seringues usagées sont jetées n'importe où. Les gardes malades jettent les déchets des ménages juste à côté de la cuisine si bien qu'en saison des pluies il y a des mouches tout autour des pavillons. Les centres de santé ne disposent ni d'eau courante, ni de latrine, ni d'incinérateur.
- **80% de la population** du district font recours aux sources naturelles non aménagées et **10% des puits non aménagés**, pour recueillir l'eau de boisson non claire, boueuse ou laiteuse dans des récipients non appropriés.
- La distance séparant les sources à la majorité des consommateurs n'est pas moins de 1,5 Km;
- Les débits de ces sources naturelles sont très faibles en saison sèche où il faut patienter 30 à 45 minutes pour espérer recueillir 20 litres d'eau claire ;
- Manque total des filtres d'eau dans les ménages ;
- Environ 1% seulement de la population, surtout les cadres acceptent de bouillir l'eau ou de la traiter avec la chloramine ou les autres produits ;
- **Du point de vue assainissement :** Les ménages disposent des latrines mais la majorité ne sont pas protégées (sans enclos, ni maisonnette etc...)
- Présence des excréments autour des maisons et dans les cours, car l'élevage des caprins se fait en stabulation libre ;
- Présence des ordures entassées à côté des maisons, pas de fosses à ordures, présence également des milieux inondables favorisant la prolifération des moustiques. A Aketi, la rivière Aketi, presque stagnante et mal entretenue est l'un des grandes gîtes des moustiques ; Un peu partout dans le district, les eaux de rivière sont des réservoirs des moustiques.
- Faible utilisation par la population des moustiquaires imprégnées et d'insecticides. A Buta, seules les mamans se trouvant à la maternité de l'HGR bénéficient des moustiquaires imprégnées

Recommandations

- Sensibiliser la population sur la purification d'eau par l'usage de chloramine et autres produits ;
- Ne consommer que de l'eau bouillie (CRRDC, ASF, ONGs locales) ;
- Aménager les sources et puits d'eau (Oxfam, LWF, CICR) ;
- Sensibiliser la population sur la salubrité des milieux (Administration publique) ;
- Disponibiliser les moustiquaires imprégnées d'insecticides à 1 \$ et gratuitement aux personnes vulnérables, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (ASF...) ;
- Sensibiliser la population sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées (ASF....) ;

5. EDUCATION

Problèmes identifiés

- Le taux de déperdition scolaire est très élevée (moyenne du **district 23%**) et varie selon les territoires : (Ango : 22%, Bambesa 30%, Bondo 21% ; Buta 20% et Aketi 23%) avec causes principales la pauvreté, grossesse ou mariage précoce, l'afflux vers les sites d'exploitation artisanale des matières premières, la pêche pendant la saison sèche, les parents analphabètes n'éprouvent aucun intérêt d'envoyer les enfants à l'école ;
- Baisse considérable du taux de scolarité suite à la détérioration des conditions socio-économiques ;
- 70% des écoles du district du Bas Uélé sont construites en pisés ;
- 8 écoles primaires à Bondo fonctionnent sous les manguiers ;
- Quasi inexistence des mobiliers scolaires (bancs, tableau.....) ;

- 80% d'écoles fonctionnelles ne disposent pas de manuels pour soutenir le nouveau programme ;
- 40% des enseignants des écoles primaires sont sous qualifiés et non mécanisés

Recommandations

- Extension du programme de cantine scolaire dans le Bas Uélé afin de stimuler les parents à envoyer des enfants à l'école ;
- Amorcer le projet « Education » dans le Bas Uélé par l'Unicef et LWF;
- Extension du Projet « toutes les filles à l'école », par l'Unicef programme à d'autres écoles
- Pourvoir les manuels scolaires afin de soutenir le nouveau programme scolaire.

6. HABITATS

- La plupart des maisons sont en pisées. Les infrastructures immobilières dont disposent les territoires visités datent pour la plupart de la période d'avant l'indépendance. Ces bâtiments ont déjà largement dépassé leur demi-vie. L'hôpital d'Aketi⁷ s'écroule déjà et devient presque un danger pour le personnel et les malades. Les zones de santé de Likati, Monga et Titule sont de nouvelles zones de santé nées du découpage de 2003. Elles ne disposent pas d'hôpitaux généraux de référence proprement dits. C'étaient des centres de santé de référence qui auraient dû être réhabilités en HGR. Sauf celui de Monga construit par l'Eglise Baptiste au début des années quatre-vingts, les 2 autres sont en état de délabrement avancé.
- Vu la saison sèche, la plupart des maisons sont incendiées par les feux des brousses, ce qui provoque des dégâts considérables.
- A cause des difficultés d'accès, il est difficile d'avoir des habitations en dur. Les matériaux proviennent de Bumba ou d'Isiro. Étant donné la proximité physique des ménages avec la forêt, le bois est excessivement utilisé comme source d'énergie dans le ménage, ce qui cause aussi des fois des incendies.
- L'eau est difficilement conservée à cause du manque de récipients. L'utilisation du savon fabriqué localement à base d'huile de palme et des extraits des papayers est courante dans les territoires visités.

Recommandations

- Distribution de bidons pour l'eau potable dans les certaines zones et de savon à une frange de la population qui est à la recherche permanente de l'eau.

7. PROTECTION

Problèmes identifiés

A/ Violences sexuelles :

- L'antenne CAMPS a été ouverte à Aketi au mois de juin 2006. Depuis lors, 200 cas de violence sexuelle ont été pris en charge sur le plan social et psychologique. La prise en charge médicale est à venir. Le côté pénal de ces violences demeure encore occulté et le plus souvent ce sont des arrangements en famille qui sont l'issue finale des ces cas.
- L'antenne CAMPS de Buta a déjà enregistré 244 cas de violence sexuelle pour lesquels elle a assuré une prise en charge psychosociale. Un centre de réinsertion sociale est ouvert. Les victimes y sont initiées à des activités génératrices de revenu : la couture et la boulangerie. La prise en charge médicale est assurée par l'HGR Buta. 2 médecins et 2 infirmiers ont été formés sur la prise en charge des victimes des violences sexuelles. Le Fonds des Nations Unies pour la population approvisionne l'HGR en médicaments pour la prise en charge des

⁷ En 2006, une mission InterAgence s'est rendue à Aketi, à la suite d'un ouragan qui s'est abattu dans le chef lieu du territoire et qui a emporté la toiture de l'Hôpital Général de référence. Une année après, aucune action n'a été prise à cet effet.

victimes. Le volet judiciaire reste encore à renforcer. Toute fois certaines condamnations des bourreaux ont déjà été prononcées par le tribunal de Buta.

- Problèmes des mines à Titule Signalé notamment à Nkumu, Andoma et Adebota, à 4 Km vers la route de Bambesa, précisément à Mwakasa.

B/ Sécurité et Justice :

Recommandations

- Evacuer en urgence vers Kisangani les 2 victimes graves de viol de Buta et d'Aketii (celle d'Aketi avec des fustilles graves) pour la prise en charge médicale (UNFPA et MONUC) ;
- Mettre sur pied le paquet complet de prise en charge des victimes des violences sexuelles dans toutes les zones de santé.
- Etendre les activités de la Synergie sur les violences sexuelles dans cette partie de la Province pour la prise en charge médicale, psycho-sociale et juridique, notamment à Ango (Initiative conjointe de lutte contre les violences sexuelles) ;

Mouvement des Populations :

Mouvement des populations ; En Janvier 2006, un accord tripartite avait été signé entre les Gouvernements Congolais, Soudanais et le HCR pour le rapatriement des Réfugiés Congolais.⁸ Ce rapatriement a été patronné par le HCR et exécuté par OXFAM QUEBEC. Ils sont actuellement 401 personnes réparties dans 156 familles⁹ au site construit pour eux. Ils vivent dans une promiscuité et une paupérisation extrême. 164 enfants non scolarisés; 47 enfants souffrent de malnutrition. 13 vieillards vulnérables dont 5 aveugles qui ne peuvent plus rien pour leur propre survie. Certains adultes présentent également des signes de dénutrition. La prise en charge médicale était assurée à l'HGR/Buta. Un lot des médicaments donné par UNFPA étaient pré positionnés à l'HGR Buta où les soins leurs étaient dispensés moyennant paiement des actes médicaux. Actuellement, ce lot de médicament est épuisé. Ces ménages sont installés dans les cases de fortunes (en bois et pailles), ne tenant pas compte de la taille familiale, construites par Oxfam, sur les avenues Buta et Ndambo au Quartier BOKAPO.

Pour ce qui est du fond de réinsertion socio-économique pour le petit commerce, un bon nombre d'entre eux se sont vus extorqués par les militaires et les policiers pendant leurs temps d'ambulants.

Jusqu'à ce jour, aucun lopin de terre ne leur a été attribué pour les travaux agricoles. L'insécurité alimentaire s'installe avec acuité au sein de ces rapatriés.

A leurs arrivées, aucun cas de malnutrition n'a été signalé et à ce 2 mars 2007¹⁰, lors de notre passage dans le site, **47 cas des enfants mal nourris** sont dénombrés ; **164 enfants non scolarisés** bien que la prise ne charge scolaire des enfants soit prévu dans le protocole d'accord, **11 personnes sont mortes dont 4 enfants**, de faim et par manque des soins médicaux.

Vu les conditions socio-économiques dont ils sont victimes, 7 familles (+/- nanties) sont réparties au soudan en passant par Buta-Beni (par avion) – Kasindi-Kampala et Juba au soudan. 27 autres personnes sont réparties à pieds, en passant par Dingila-Tapili-Doruma-Bangadi-et Djuba.

A l'allure où vont les choses, seules les personnes âgées et sans soutien au soudan pourront rester à Buta, attendre leurs derniers jours, si un secours humanitaire ne leur est pas apporté.

⁸ qui étaient au Soudan depuis 1964

⁹ 162 familles avec 463 personnes ont bénéficié de Kit de réinsertion du HCR-Oxfam/Q à leur arrivée entre le et le 29 Juin 2006, après 6 rotations.

¹⁰ Date à laquelle nous sommes arrivé à ANgo.

Ces rapatriés sollicitent les vivres, les médicaments et les terres pour les travaux agricoles.

Un autre mouvement de population est observé dans le territoire de Ango, où les Mbororo, armés, venus du soudan, et de la RCA sont installés dans les plaines de Dakwa, Digba, et autres localités depuis plus de 5 ans. C'est pendant la saison sèche que leurs effectifs augmentent davantage ; Aucun recensement n'a été effectué pour connaître leur nombre.

Des accrochages, entre les mbororo et la population locale ont eu lieu l'année dernière entraînant un sentiment de haine et xénophobie entre les deux communautés.

Les mbororo n'étant plus bien servis par la population en produits agricoles, ils dévastent et récoltent les champs de la population locale sans autorisation.

Conséquences

Risque d'occupation forcée de ces parties du territoire d'Ango par les Mbororo si aucune n'est prise par les autorités compétentes.

Recommandations :

- Assister en vivres les rapatriés du soudan durant 6 mois dont 3 mois de distribution générale et 3 mois des vivres contre travail ou contre formation (OCHA, MONUC, PAM) ;
- Accorder des lopins de terre aux rapatriés pour les travaux agricoles et les assister en intrants agricoles (Administration Publique, FAO, PAM...)
- Dénombrer les Mbororo et gérer toutes les entrées et sorties par la DGM ;
- Diminuer la perméabilité de la frontière en renforçant la présence de la police et des FARDC dans ces zones et territoire de Ango. (les autorités nationales).

QUELQUES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Problèmes identifiés :

Les activités économiques se limitent au niveau du chef lieu du district et des territoires. Mais en périphéries, il n'existe pas d'activités économiques organisées. On note :

- L'absence de magasins et boutiques dans la plupart des endroits visités, notamment à Bambesa, Titule, Ango.
- L'utilisation de l'huile de palme pour l'éclairage à Dingila, même dans les hôpitaux pour les interventions chirurgicales nocturnes (Hôpital général d'Ango).
- Certaines contrées sont entièrement enclavées par rapport à Buta et Kisangani. Des commerces à Vélo entre Buta et l'intérieur du district, avec quelques jeunes qui prennent le risque d'effectuer ces trajets.
- Les sociétés d'exploitation cotonnière CODENOR, du chemin de fer, CFU à Dingila, à Aketi, Bambesa, Buta sont délaissées et complètement abandonnées.
- Difficultés d'échanges commerciaux entre Bumba et Aketi/Buta par manque de locomotive au niveau du CFU.

A/ Elevage

L'élevage est de type traditionnel. Les animaux en dehors du pillage au temps des guerres, ont été exterminés par les maladies (peste porcine et pseudo peste aviaire. La dernière épizootie date de juillet 2006). La volaille (poules et canards) reste encore à proportion trop basse.

B/ Pêche

La pêche est une activité économique de la région grâce à deux cours d'eau importants et poissonneux (Uélé, Kibali, Dungu). Par manque d'intrants de pêche, cette activité est plus pratiquée par les femmes qui utilisent le matériel artisanal (nasse).

En dehors de ces deux activités, aucune autre n'est réalisée dans la région. Ce qui rend de plus en plus difficile les conditions de vie de la population. Ceci crée un déséquilibre alimentaire grave par manque des protéines animales suffisantes.

Commercialisation

Le revenu de la population est difficile à apprécier suite à la baisse de la production agricole dans cette contrée. Le peu de produits est vendu soit essentiellement au Soudan où la population trouve les produits manufacturés à un coût moindre par rapport à Dungu et un meilleur prix pour ses produits vivriers. Sur l'axe Bambesa-Titule, à Ango, on n'a noté ni boutique ni pharmacie.

Il apparaît que la situation dans ce district est critique dans la mesure où la population a de la peine à atteindre un niveau minimum d'auto-prise en charge la rendant très vulnérable aux situations de crise, surtout aux épidémies.

Recommandations

- Montage d'un camion rail disponible reliant les tronçons Bumba-Buta via Aketi (315 km) et komba-bondo (121 km).
- La distribution des intrants des pêches en faveur de 500 unités de pêche,
- La distribution des noyaux d'élevage (porc, lapin et volaille) en faveur de 20 groupements,
- L'ouverture d'une pharmacie vétérinaire en vue de lutter contre les maladies des animaux d'élevage,
- Le renforcement de la capacité institutionnelle, organisationnelle et technique des acteurs de terrain ;

On peut juste noter que jusqu'à ce jour, il n'y a pas de téléphone cellulaire à Ango, ni à Bambesa. En plus, ces deux territoires ne disposent pas non plus de radio communautaire.

Réponse humanitaire actuelle dans le district :

- **OMS** : Surveillance des maladies à potentiel épidémique et campagne d'accélération vaccinale.
- **UNICEF** : Revitalisation du District sanitaire de Dingila.
- **UNFPA/Unicef/HCDH** ; Projet conjoint de lutte contre les violences sexuelles : Intervention dans la prise en charge globale (sanitaire, psycho-sociale, judiciaire et économique) des victimes de violences sexuelles.
- **ACORD, CAMPS/CELPA** : Prise en charge psychosociale et accompagnement.
- **AMAD ;AMID ;ANEM ;PDHA ;AFRAPED ;Femmes chrétiennes pour la défense des droits de la femme et des enfants ; GTZ/SANTE, FONDATION DAMIEN, OMS/APOC ; Communauté Baptiste (Norvege-NORAD) ; BDOM/CARITAS, CICR, CTB, LEDA (L'Eau D'Abords) ;**

Recommandations opérationnelles de la Mission :

- ☑ ***Au CPIA, Désigner un point focal humanitaire pour le district de Bas – Uélé (OMS). (La FAO aura un point focal pour la sécurité alimentaire dans les prochains jours) ;***
- ☑ ***Aux Clusters et au CPIA de la Province Orientale, d'orienter la stratégie pour le Plan d'Action Humanitaire 2007 dans cette partie en soumettant des projets conséquents qui permettront d'alléger les souffrances de ces populations.***
- ☑ ***Au Coordonnateur Humanitaire d'élargir la couverture du Plan d'action Humanitaire 2007 de la Province Orientale aussi dans le Bas Uélé, en le couplant avec un programme de relèvement dont le volet des voies d'accès et de la réhabilitation des infrastructures sociales devront renforcer le travail à amorcer au deuxième pilier du Plan d'Action Humanitaire 2007 par les différents intervenants.*** (End of report)