

 **1 061 365**
Individus déplacés
estimés en famille d'accueil

 **755 992**
Individus retournés
dont 68% lors de derniers 18 mois


 **88 463**
PDIs en site sous
coordination

 **35 182**
PDIs estimées
en site spontané

 **13 302**
Informateurs clés

 **4 327**
Villages évalués

 **78%**
de la province couverte

 **67%** PDIs
femmes et enfants

Perceptions des besoins prioritaires:

 **1**
Accès à
l'eau potable

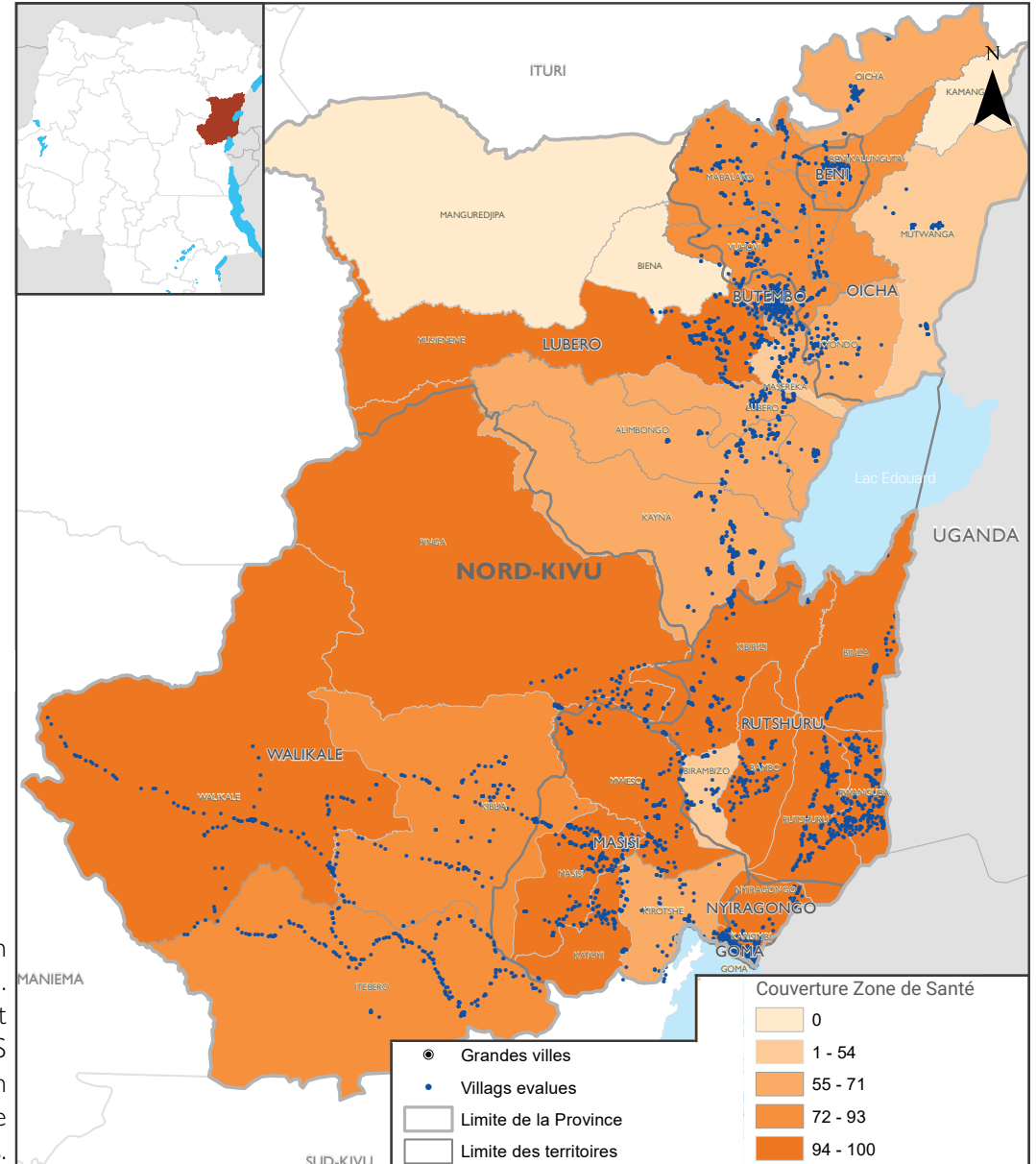
 **2**
Accès à la
santé

 **3**
Accès aux
vivres

INTRODUCTION

Ce Dashboard présente les principaux résultats de suivi de mouvement de la population dans la province du Nord-Kivu à l'issue du 5ème cycle d'évaluation conduit par la DTM. Ces évaluations ont été réalisées à travers un exercice de collecte de données conduit du 17 septembre au 11 novembre 2020, en collaboration avec l'ONG locale AIDES (Action et Intégration pour le Développement et l'Encadrement Social) et la Division Provinciale des Affaires Humanitaires (DIVAH Nord-Kivu). Lors ce cycle, un total de 4 327 villages, couvrant 31 zones de santé, a été évalué grâce à 13 302 informateurs clés.

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



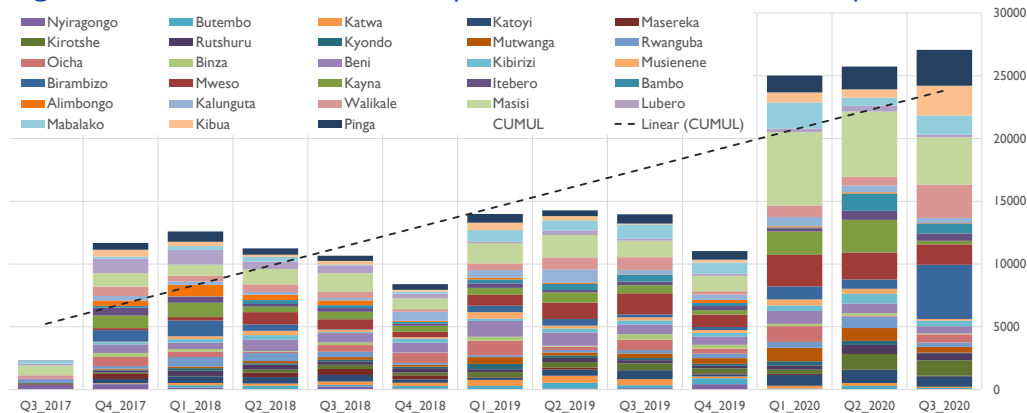
DÉPLACEMENT

Au cours de ce 5ème cycle d'évaluation couvrant la période de septembre à novembre, les évaluations DTM ont permis de relever 1 061 365 Personnes Déplacées Internes (PDI) en famille d'accueil et 35 182 personnes déplacées en site spontané dans la province du Nord-Kivu (C3). En prenant en compte les 88 463 personnes déplacées dans les sites sous la coordination de HCR et de l'OIM, il est estimé à 1 185 000 personnes le nombre de déplacés dans la province, soit environ 12% de la population totale du Nord-Kivu, d'après les statistiques de la Division Provinciale de la Santé (DPS). Selon nos modélisations, Le nombre total des PDI dans la province a augmenté d'environ 250 000 (32%) depuis le début de 2019, dont 150 000 (19%) depuis le début de 2020. En moyenne, sur toute la province du Nord-Kivu, il est estimé que 69% des PDI sont du genre féminin et 31% du genre masculin, dont 13% d'enfants de moins de cinq (5) ans.

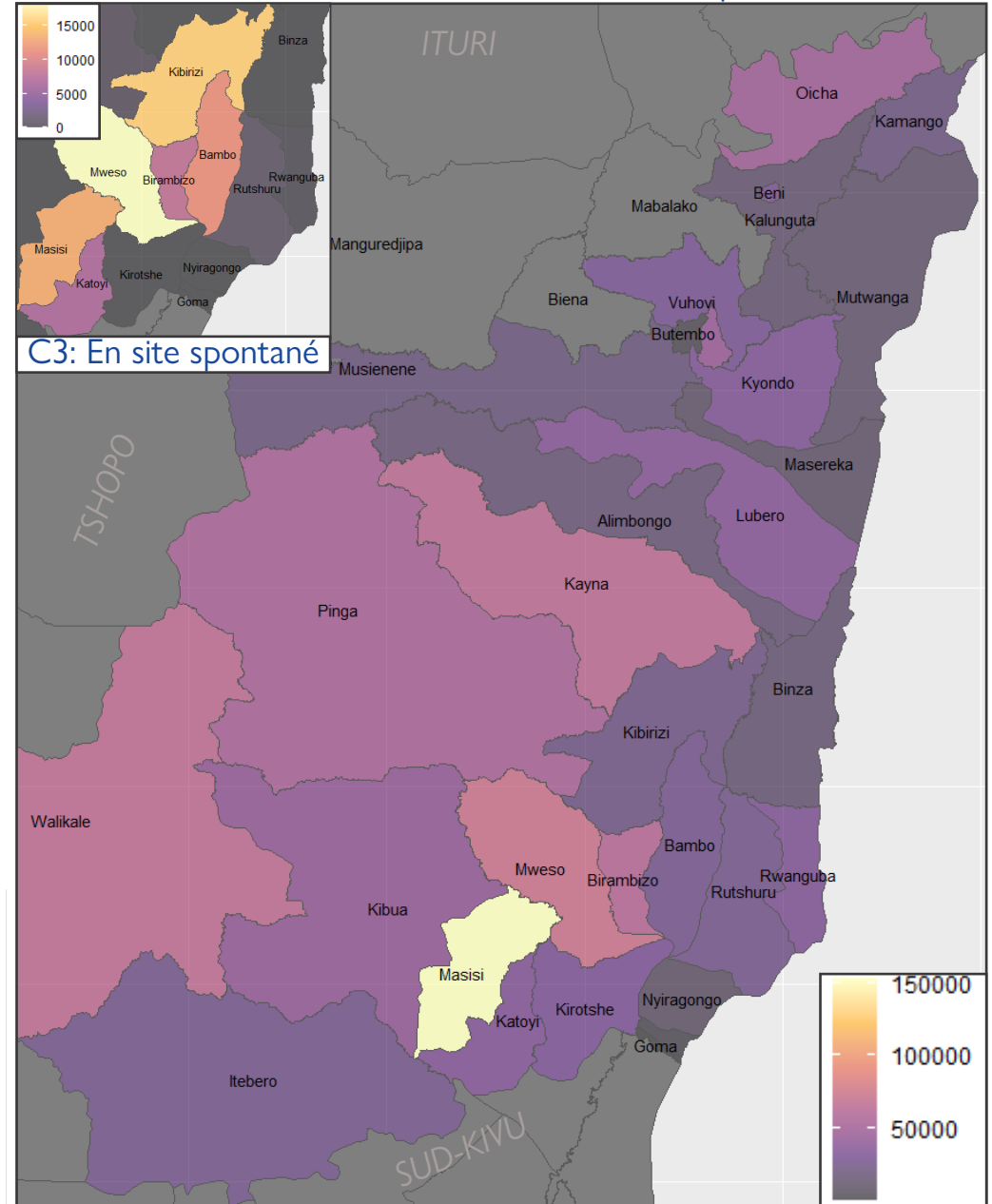
Selon les données récoltées, les PDI en famille d'accueil au Nord-Kivu se trouvent dans le territoire de Masisi (27% du total), Beni (19% dans le territoire, 4% dans la ville de Beni), Walikale (18%), Rutshuru (17%) et Lubero (17% dans le territoire, 3% à Butembo). Les sites spontanés recensés dans le cadre de cet exercice sont concentrés dans les territoires de Masisi et Rutshuru, ce qui est probablement lié à l'intensité des déplacements et des défis liés à l'accès à la terre dans ces territoires. Comme pour la répartition de la population générale, on constate que la moitié (50%) de la population déplacée en famille d'accueil est concentrée dans une minorité (11%) des villages.

Au cours des dix (10) premiers mois de l'année 2020, les principales zones de provenance des PDI ont été la ZS de Masisi (92 000 personnes, soit 20% de la population), Pinga (77 000, soit 46%) et Birambizo (35 000, soit 8%) (F1 et C2). Alors que la majorité des PDI au Nord-Kivu ont été accueilli dans leur zone de santé d'origine, d'importants mouvements de population ont été observés au sein de la province et entre le Nord-Kivu

Fig. 1: Trimestre d'arrivée des personnes actuellement déplacées



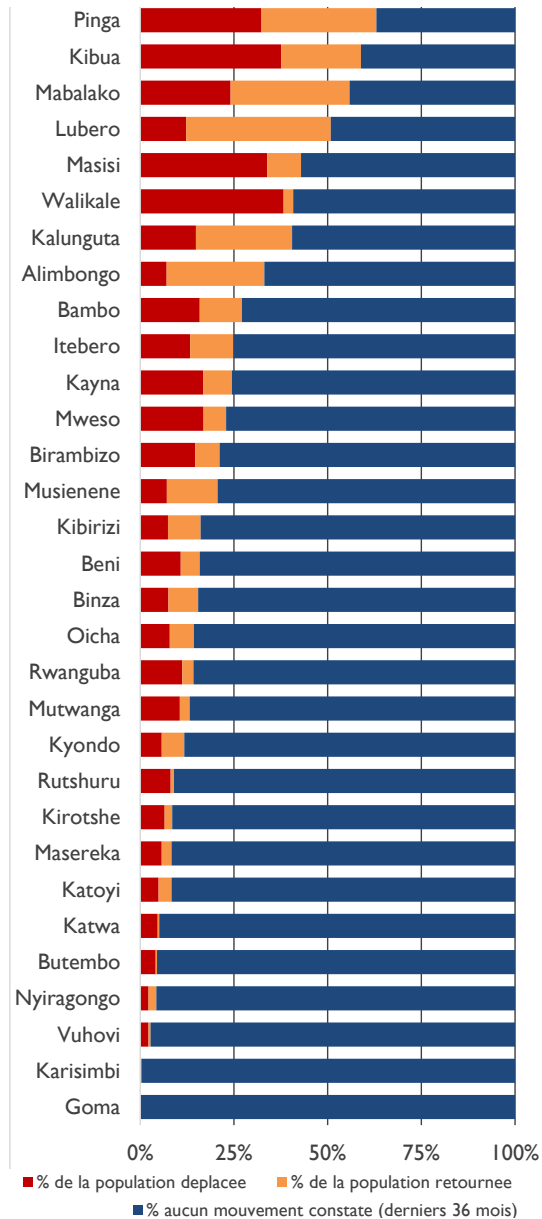
Carte 2: Nb. estimé des PDI en famille d'accueil, par Zone de Santé



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

Fig. 2: Indice de pression

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



DÉPLACEMENT (SUITE...)

et les autres provinces. Selon les estimations, le Nord-Kivu accueille environ 30 000 PDIs en provenance d'autres provinces, dont la majorité (18 000) provient de l'Ituri.

Certaines zones de santé (ZS) ont subi des déplacements particulièrement intenses. Il est estimé que deux tiers (68%) de la population originaire de la ZS de Pinga est actuellement déplacée, suivie par les ZS de Masisi (36%), Beni (21%) et Bambo (19%). Les personnes déplacées de la ZS de Pinga ont majoritairement cherché refuge dans les zones voisines de Walikale, Kibua et Kayna (F7). Certaines zones « hôtes » (notamment Walikale, Mabalako et Kayna) accueillent un nombre important des PDIs fuyant d'autres zones (F3).

Les ZS où les PDIs ont ajouté plus de pression sur la population locale sont Kibua (38%), Walikale (38%), Masisi (34%), Pinga (32%) et Mabalako (24%) (F2). Les populations déplacées sont d'autant plus vulnérables face à la pression relativement élevée dont font face les communautés d'accueil. Dans l'ensemble du Nord-Kivu, les déplacements sont majoritairement liés à l'activisme des groupes armés (88%), aux violences intercommunautaires (5%) et pour d'autres raisons (7%). En général, la réponse « autre » fait référence aux taxes et rançonnements illégaux ou encore à de multiples facteurs compliquant relativement les mouvements. (F7).

Fig. 4: Répartition des PDIs

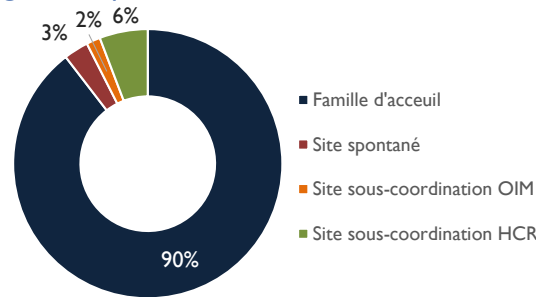


Fig. 7: Raisons de déplacement

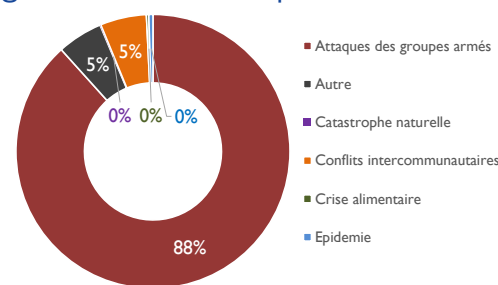


Fig. 5: Taille moyenne des ménages PDIs



Fig. 6: Démographie des PDIs

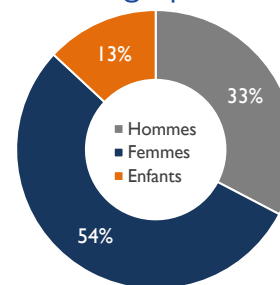


Fig. 3: Analyse des flux (PDIs)

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

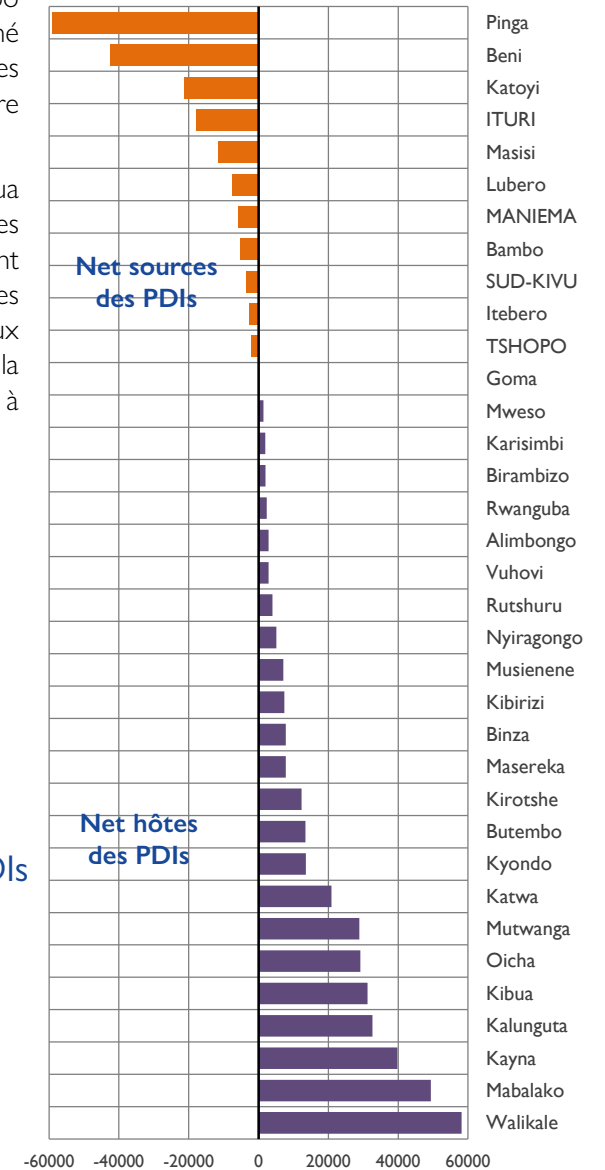


Fig. 7: Flux des déplacements, provenance (gauche), accueil (droite)
Échelle = 1,0 : 1,0

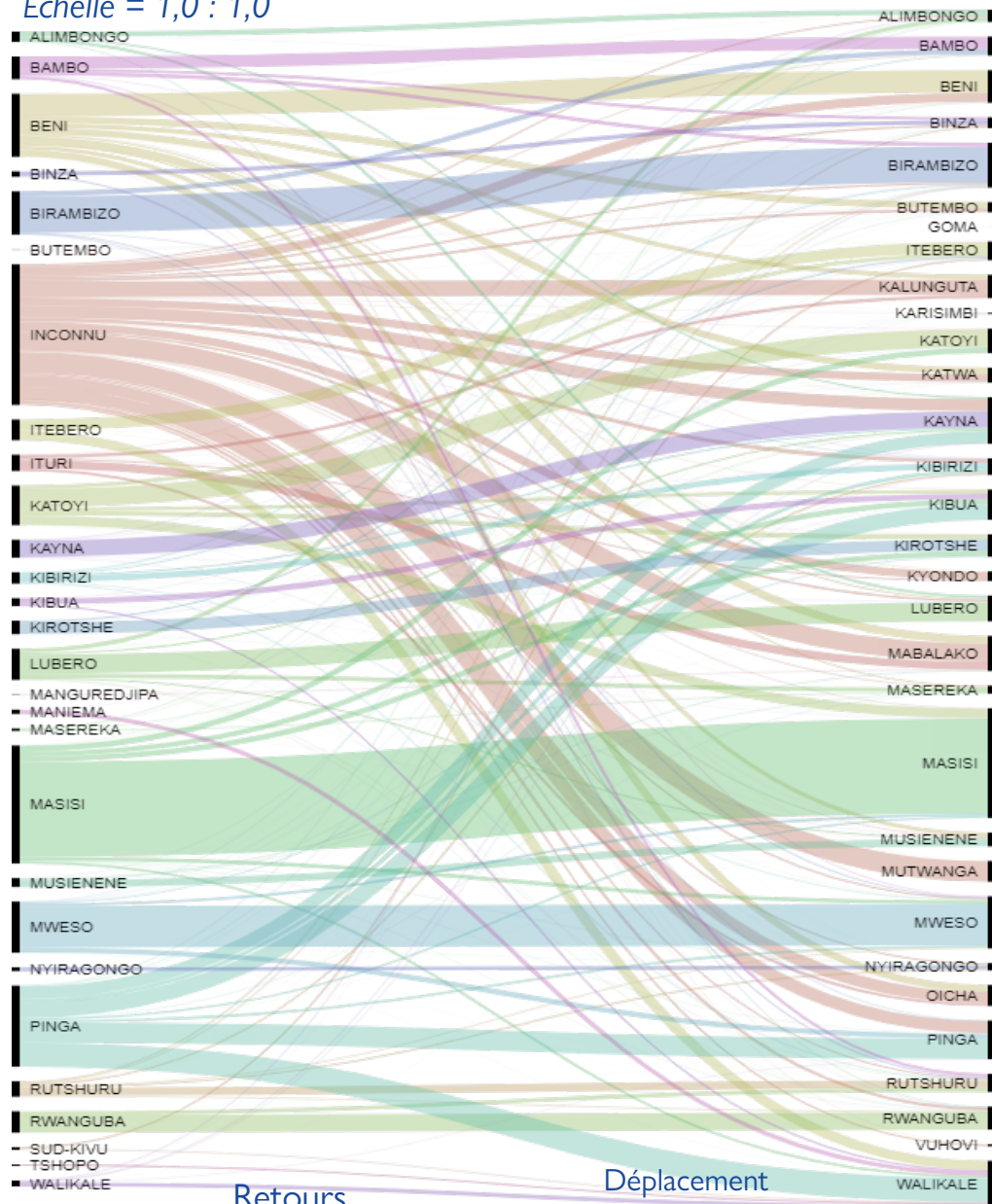
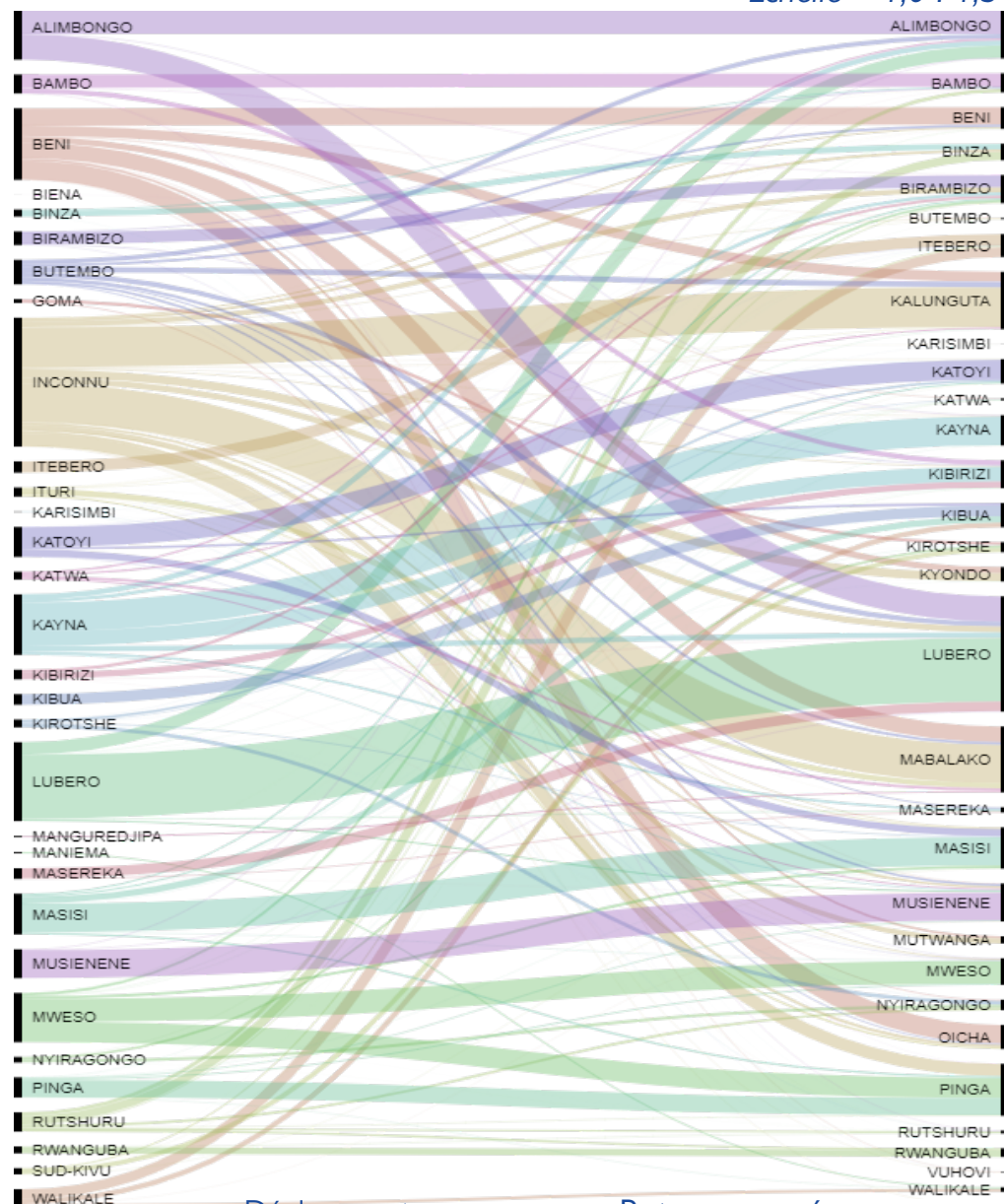


Fig. 8: Flux des retours, accueil (gauche), provenance (droite)
Échelle = 1,0 : 1,3



← Retours potentiels au futur

○ Déplacement passé (36 mois) non encore retourné

→

← Déplacement passé (36 mois) déjà retourné

○ Retours passés (36 mois)

→

MOUVEMENTS DE RETOUR

Selon les données recueillies, 755 992 personnes déplacées ont regagné leurs villages d'origine au Nord-Kivu ces trois (3) dernières années, dont 68% lors des 18 derniers mois. La majorité des retours a été motivé par l'amélioration de la situation sécuritaire dans le village de provenance (55%), suivi par l'amélioration de la situation alimentaire (23%), le regroupement familial (10%), la présence d'opportunités économiques (10%), les raisons scolaires (4%) et l'amélioration de la situation sanitaire (1%) (F9). Les ZS qui ont connu les plus grands mouvements de retour depuis trois (3) ans sont Lubero (113 000), Mabalako (65 000), Alimbongo (63 000), Kalunguta (57 000) et Pinga (51 000) (C4).

Les retournés (dont le retour date de moins de trois ans) représentent une proportion importante de la population totale de certaines zones de santé ce qui pourrait augmenter la pression subie par les populations n'ayant jamais quitté les villages. Les zones comptabilisant les plus forts taux de retournés sont : Lubero (39%), Mabalako (32%), Pinga (31%), Alimbongo (26%) et Kalunguta (26%) (F3 et F8).

Selon notre modélisation sur les tendances passées, nous estimons un taux de retour d'environ 4% de déplacés par mois ; soit un retour d'environ 39% des déplacés chaque année. D'après cette modélisation, nous estimons le retour d'au moins 300 000 personnes au cours des douze prochains mois. Ces estimations et projections sont indicatives et susceptibles d'être révisées avec l'inclusion de nouvelles données, la prise en compte de nouveaux paramètres et l'application des méthodes d'analyse approfondies.

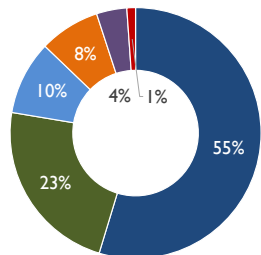
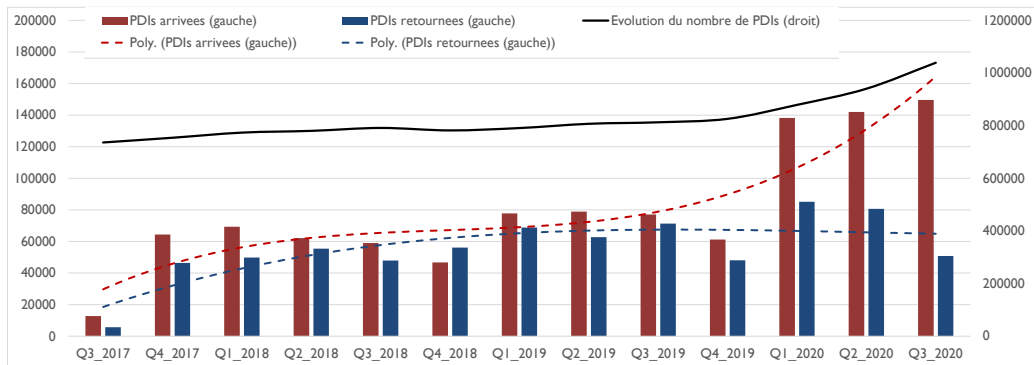
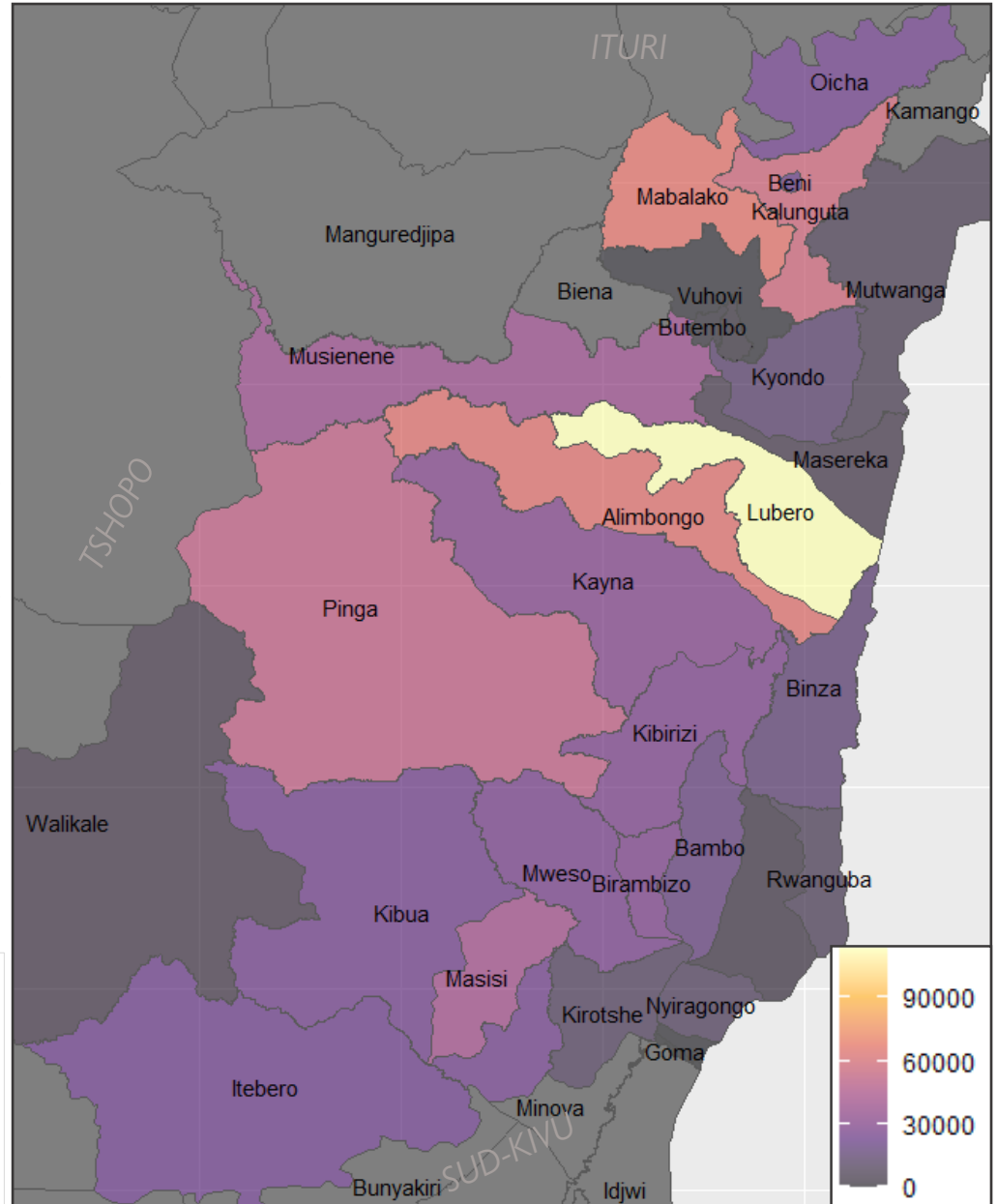


Fig 9: Raisons de retour

Fig 10: Retours et évolutions du déplacement



Carte 4: Nb estimé de retournes au Nord-Kivu, par ZS

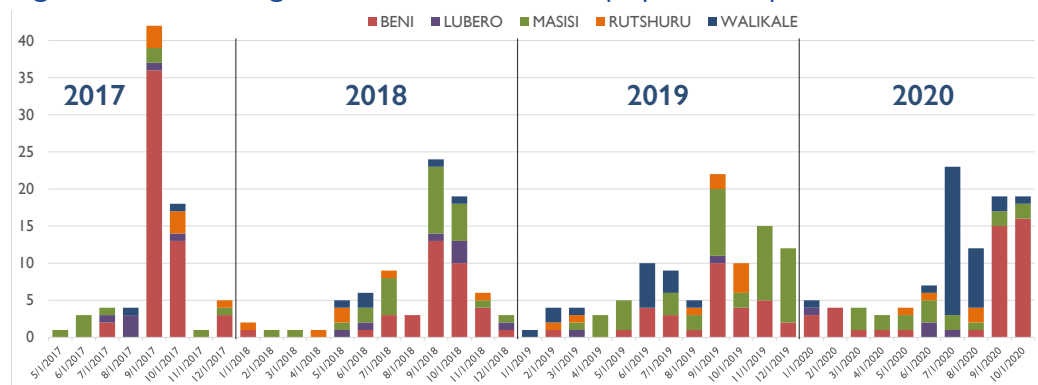


Les cartes de ce rapport ne sont fournies qu'à titre d'illustration. Les représentations ainsi que l'utilisation des frontières et des noms géographiques sur ces cartes peuvent comporter des erreurs et n'impliquent ni jugement sur le statut légal d'un territoire, ni reconnaissance ou acceptation officielles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

SÉCURITÉ

Dans l'ensemble des villages évalués par les informateurs clés au Nord-Kivu en octobre 2020, 2% ont été reporté comme complètement détruits ou vidés de leur population, et 9% comme partiellement détruits ou vidés de leur population. Dans 98% des villages toujours habités, 76% ont été jugés sécurisés par les informateurs clés. En revanche, 98% des villages évalués dans la zone de santé d'Oicha ont été déclarés non sécurisés par les interlocuteurs (informateurs clés) de nos équipes. Le constat se retrouve pour les zones de santé de Pinga (57%), Nyiragongo (64%) et Rutshuru (50%) (C5). Sur l'ensemble des villages évalués au Nord Kivu, on estime que 11% auraient été directement touchés par les conflits ou les catastrophes naturelles (et par conséquent détruits ou vidés complètement ou en partie de leur population) au cours des 36 derniers mois, et plus de 2% depuis janvier 2020. Les zones de santé les plus touchées au cours des trois dernières années sont Oicha (91%), Pinga (49%), Beni (41%), et Masisi (33%).

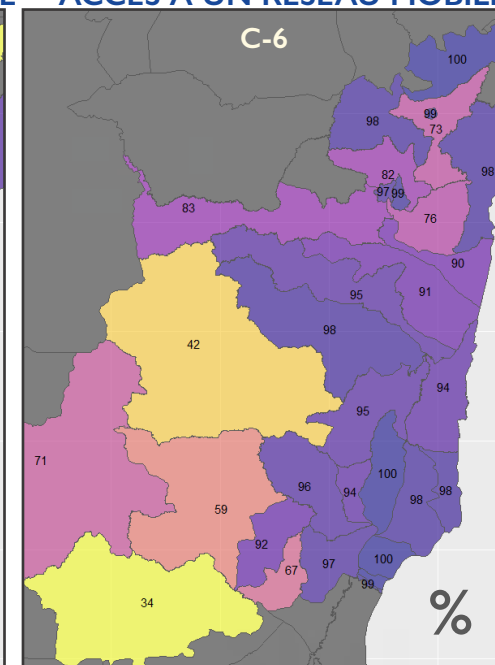
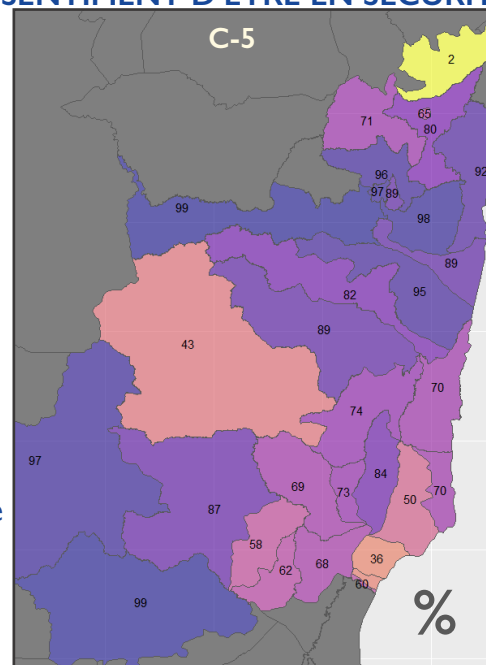
Fig. 11: Nb. de villages détruits ou vidés de population, par mois et territoire



ACCÈS AUX SERVICES

Dans l'ensemble des villages évalués au Nord-Kivu, 47% ont déclaré avoir accès à une école, 46% à une structure médicale, et 87% à un réseau mobile. En revanche, la grande majorité des villages évalués dans les Zones de Santé de Vuhovi (76%), Kyondo (70%), Masereka (68%), Katoyi (67%), Beni (64%) et Kalunguta (63%) a signalé ne pas avoir accès à des écoles fonctionnelles (C7). Certaines ZS ont aussi signalé avoir un accès relativement faible aux services de santé, notamment Bambo (22%), Birambizo (26%), Rutshuru (26%), Rwanguba (29%), et Lubero (32%) (C8). Selon les informateurs clés, les réseaux mobiles les plus accessibles sont Vodacom (70% de villages), Airtel (67%) et Orange (52%). Pour la majorité des villages des zones d'Itebero (66%) et de Pinga (58%), il a été déclaré que l'accès à un réseau téléphonique mobile n'était pas possible (C6).

SENTIMENT D'ÊTRE EN SÉCURITÉ ACCÈS À UN RÉSEAU MOBILE



ACCÈS À UN ÉCOLE

ACCÈS À UN CENTRE DE SANTÉ

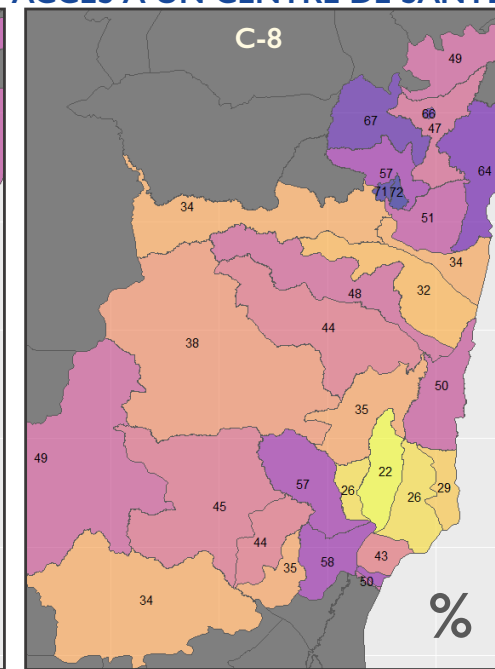
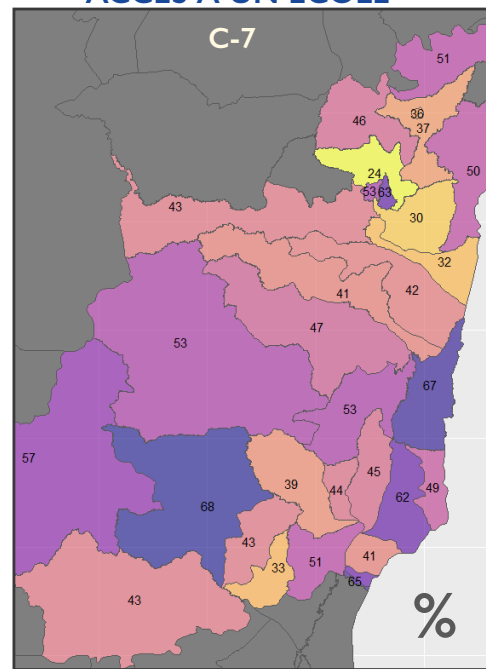
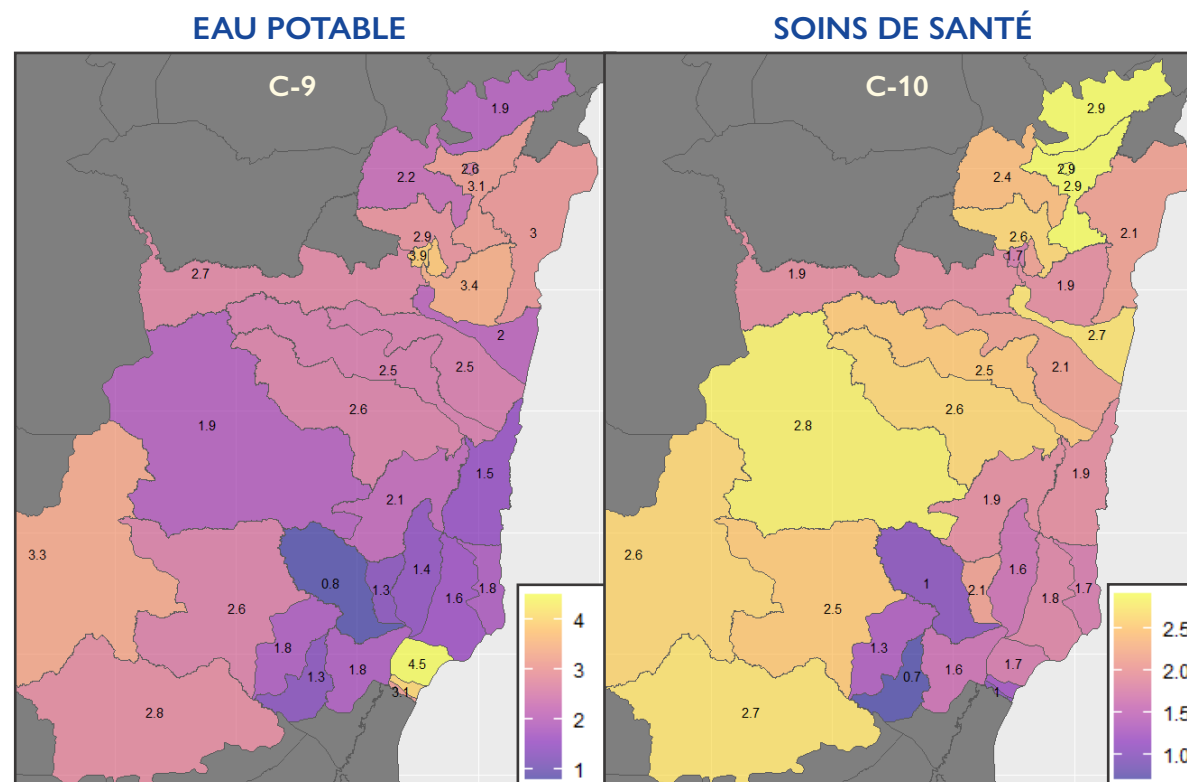


Tableau 1: Perceptions des besoins par Zone de Sante (modèle Borda) **ANALYSE DES PERCEPTIONS DES BESOINS**

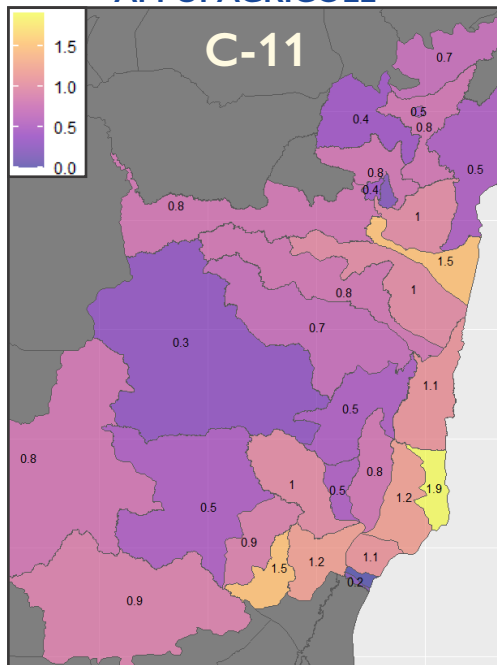
Territoire	Zone de sante	Villages	EAU POTABLE	SANTE	VIVRES	ABRIS	AGR	ROUTES	EDUCATION	HYGIENE	AME	APPUJ AGRICOLE	PROTECTION
Beni	Beni	161	2.6	2.9	1.1	1.7	1.5	1.5	1.5	0.8	0.6	0.5	0.2
	Kalunguta	192	3.1	2.9	1.4	1	1	1	1.9	0.7	0.9	0.8	0.2
	Kyondo	131	3.4	1.9	1.4	0.9	1.5	1.5	1.7	0.9	0.6	1	0.2
	Mabalako	141	2.2	2.4	2.2	1.3	1.4	1.4	1.5	0.6	1.4	0.4	0.2
	Mutwanga	90	3	2.1	1.2	2.4	1.1	1.1	2.2	0.6	0.6	0.5	0
	Oicha	50	1.9	2.9	1.4	1.2	1.6	1.6	0.6	0.6	0.6	0.7	1.9
	Vuhovi	103	2.9	2.6	1.1	2.3	1	1	1.8	0.6	0.5	0.8	0.2
Goma	Goma	124	3.1	1	1.2	0.1	2.5	2.5	0.7	3.2	0.2	0.2	0.3
	Karisimbi	234	4	1.2	1	0.2	2.3	2.3	0.6	2.9	0.4	0	0.2
Lubero	Alimbongo	74	2.5	2.5	2.3	1.4	1.2	1.2	1.2	1.1	0.4	0.8	0.3
	Butembo	159	3.9	1.7	0.4	0.3	1.6	1.6	1.4	2.8	0.5	0.4	0.4
	Katwa	205	3.8	2.1	0.4	0.3	1.8	1.8	1.8	2.6	0.2	0.2	0.1
	Kayna	130	2.6	2.6	1.8	1.8	1.6	1.6	1.1	0.2	0.9	0.7	0.1
	Lubero	176	2.5	2.1	2.1	1.2	1.7	1.7	1.4	0.7	0.5	1	0.2
	Masereka	108	2	2.7	1.8	0.6	1.8	1.8	1.6	0.3	0.5	1.5	0.3
	Musienene	242	2.7	1.9	1.2	0.7	2.1	2.1	1.7	0.8	0.7	0.8	0.2
Masisi	Katoyi	81	1.3	0.7	2.5	3.9	1.3	1.3	0.6	0	1.6	1.5	0.1
	Kirotshe	123	1.8	1.6	2.4	2.1	1.6	1.6	0.9	0.8	0.9	1.2	0.1
	Masisi	321	1.8	1.3	2.9	3.1	1.1	1.1	1.2	0.2	1.2	0.9	0.2
	Mweso	108	0.8	1	3.1	3.3	1.6	1.6	0.7	0.1	1.6	1	0.1
Nyiragongo	Nyiragongo	61	4.5	1.7	1.3	0.9	1.4	1.4	1	1	0.2	1.1	0.6
Rutshuru	Bambo	74	1.4	1.6	3	2.1	1.5	1.5	0.5	0.3	2.2	0.8	0
	Binza	69	1.5	1.9	2.7	2	1.9	1.9	0.6	0.2	1.2	1.1	0
	Birambizo	85	1.3	2.1	3.2	2.4	1.2	1.2	0.6	0.2	2.1	0.5	0
	Kibirizi	79	2.1	1.9	2.9	2.4	1.3	1.3	0.7	0.5	1.3	0.5	0.1
	Rutshuru	115	1.6	1.8	2.1	2.5	1.5	1.5	0.9	0.8	0.9	1.2	0.2
	Rwanguba	288	1.8	1.7	1.6	2.2	1.6	1.6	1.1	0.3	1	1.9	0.1
Walikale	Itebero	210	2.8	2.7	1.1	1.8	1.4	1.4	1.8	0.3	0.8	0.9	0
	Kibua	78	2.6	2.5	2.5	2.3	0.9	0.9	1.2	0.1	1.7	0.5	0
	Pinga	96	1.9	2.8	1.9	2.8	1.1	1.1	1.2	0.2	1.4	0.3	0.3
	Walikale	152	3.3	2.6	1.8	1.5	1.2	1.2	2	0.1	0.5	0.8	0
MOYENNE			2.6	2	1.7	1.6	1.5	1.5	1.3	0.9	0.9	0.8	0.2

Selon les réponses fournies par les informateurs clés, l'eau potable (1), les soins de santé (2) et les vivres (3) ont été classés comme les trois besoins les plus prioritaires. Néanmoins, d'après les réponses des informateurs clés, les besoins prioritaires varient considérablement d'une zone de santé évaluée à une autre. En général, les villages accueillant les PDI's priorisent en majorité l'assistance en abris, les articles ménagers essentiels (AMEs) et les vivres (C15). Labri est priorisé en Katoyi, Mweso, Masisi et Pinga et dans d'autres zones dans les communautés d'accueil des PDI's (C17). Quant aux vivres (assistance alimentaire), elles sont particulièrement priorisées dans les ZS de Birambizo, Mweso, Masisi et Kibirizi (C13). Les ZS les plus urbanisées ont donné une priorité élevée à l'eau potable, à l'assainissement et l'hygiène ainsi qu'aux activités génératrices de revenus (AGR, C9 et C16). L'hygiène et l'assainissement sont particulièrement priorisés dans les ZS de Goma, Karisimbi, Butembo et Katwa (C16). L'éducation est fortement priorisée dans les ZS de Mutwanga, Kalunguta, et Itebero. Finalement, la protection est principalement priorisée dans la ZS de Oicha (C8). Pour plus d'informations sur la construction des indicateurs selon le modèle "Borda", prière de consulter la section sur la méthodologie à la fin de ce dashboard.

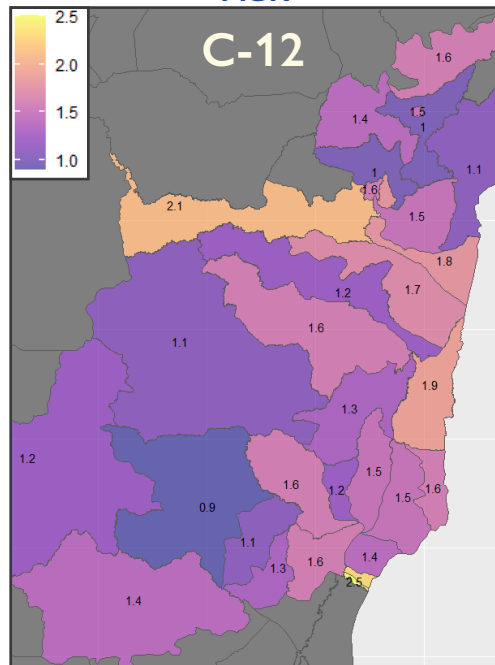
ATTENTION: Les échelles (et donc les couleurs) varient entre les cartes individuelles C9 à C18 pour mieux visualiser les variations. Pour comparer entre les secteurs, il est conseillé d'utiliser le **Tableau 1**.



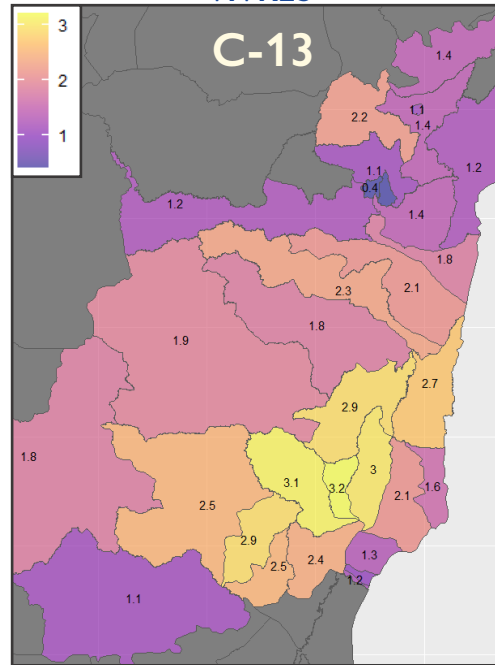
APPUI AGRICOLE



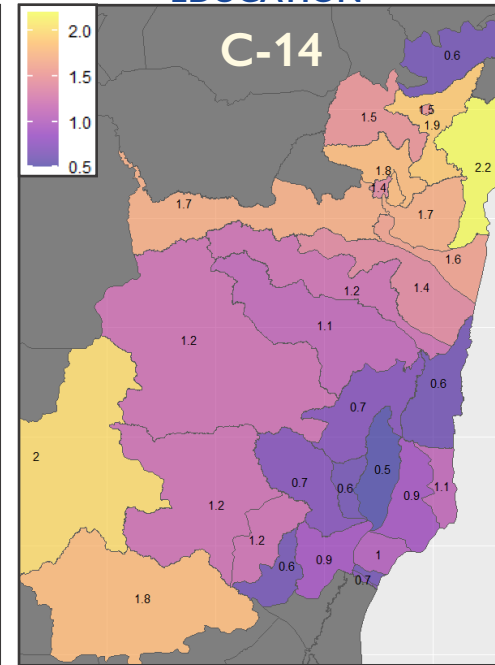
AGR



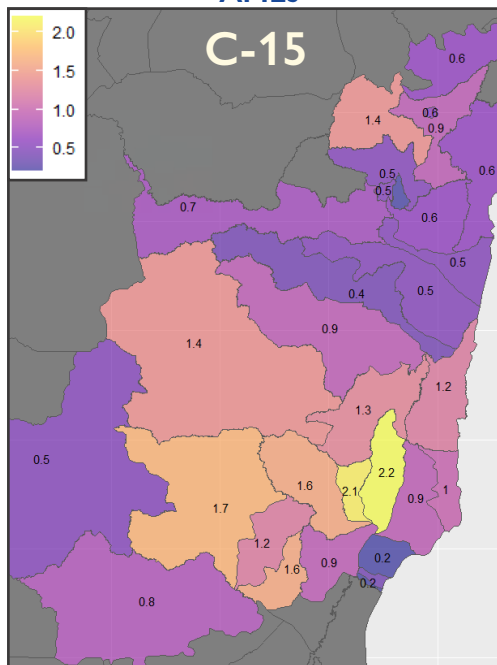
VIVRES



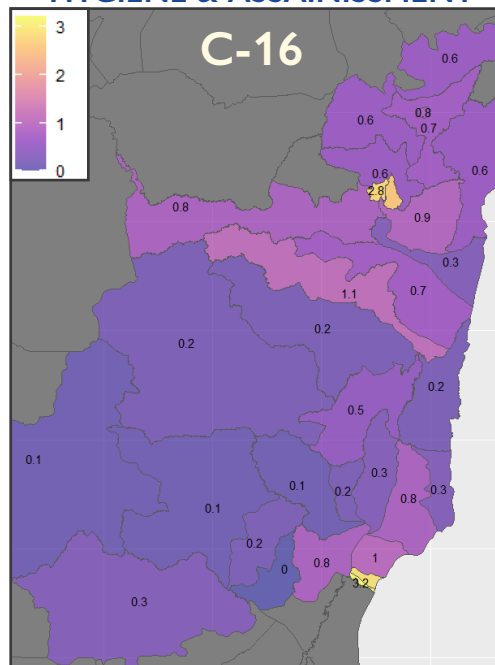
ÉDUCATION



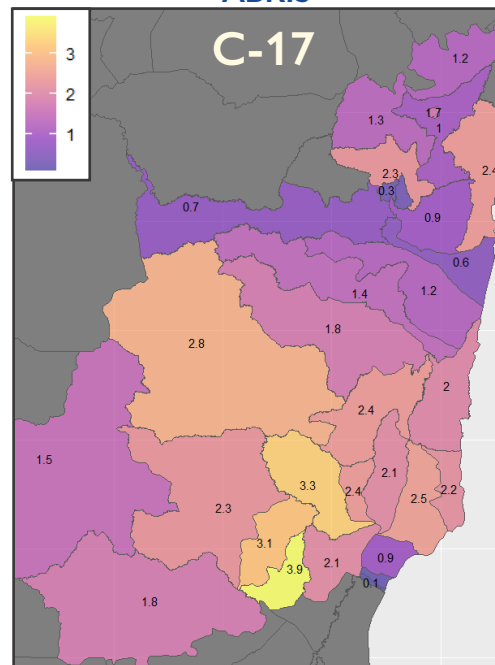
AMÉs



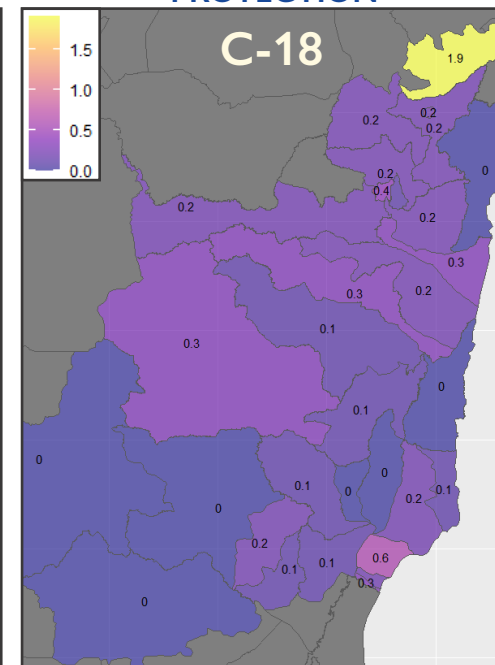
HYGIÈNE & ASSAINISSEMENT



ABRIS



PROTECTION



MÉTHODOLOGIE

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

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

La DTM cible une couverture d'au moins 80% des villages. Dans les cas où la DTM ne couvre pas tous les villages de la liste, nous avons, par le passé, ajouté à la DTM les informations disponibles les plus récentes pour les villages non couverts. Cependant, à moins que nous sachions que la couverture a été fortement affectée par des problèmes opérationnels dans une zone donnée, nous ne substituerons pas les données des cycles précédents pour les villages qui n'ont pas pu être couverts sans évaluation et explication détaillée. Cette pratique est principalement mise en place pour éviter un double comptage dans les cas où ces villages ont été rendus inaccessibles en raison de l'insécurité. Nous pouvons généralement supposer qu'une grande partie des populations déplacées ou retournées qui y résidait auparavant a été déplacée à nouveau vers d'autres villages que nous avons pu couvrir. L'évaluation des mouvements a débuté il y a trois ans et s'est poursuivie pendant 12 trimestres (soit 36 mois). La présence des personnes déplacées et retournées arrivées avant la date d'évaluation ne fait pas l'objet d'une évaluation systématique lors des exercices de collecte. Néanmoins, les données des évaluations précédentes et les corrélats (par exemple, la modélisation de ces « non retournés » via les taux de retours récents qui ont été déplacés pendant plus de 3 ans) peuvent être utilisés pour estimer leur nombre. Les mouvements de population sont ventilés par trimestre d'arrivée. Cela permet aux

NOS ACTIVITES AU NORD-KIVU SONT SOUTENUES PAR



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Suède
Sverige

Canada

partenaires d'utiliser la base de données publique pour évaluer les mouvements sur une période précise (e.g. les derniers 12 mois en particulier). Nous prenons soin de relier l'arrivée des personnes déplacées ou retournées dans un village à un village de provenance, et presque toutes les arrivées sont liées à une zone de santé de provenance définie. Le lien élargi des sources de mouvements de population est à la base de la matrice de suivi des déplacements, destiné à la fois à analyser les flux pour mieux comprendre les facteurs de déplacement, la pression démographique et le potentiel pour les mouvements à venir.

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

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

PUBLICATION 29 JANVIER 2021

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



SITE INTERNET



E-MAIL



BASE DE DONNÉES