

République démocratique du Congo

Évaluation rapide intégrée en santé publique

Zone de santé d'Oicha

Territoire de Beni
Province du Nord-Kivu

Octobre 2025



À propos de REACH

REACH facilite le développement d'outils et de produits d'information qui renforcent la capacité des acteurs de l'aide humanitaire à prendre des décisions fondées sur des données probantes dans les contextes d'urgence, de relèvement et de développement. Les méthodologies utilisées par REACH incluent la collecte de données primaires et l'analyse approfondie, et toutes les activités sont menées via des mécanismes de coordination de l'aide inter institutions. REACH est une initiative conjointe d'IMPACT Initiatives, d'ACTED et du Programme pour les applications satellitaires opérationnelles de l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche (UNITAR-UNOSAT). Pour plus d'informations, veuillez consulter [notre site Web](#). Vous pouvez nous contacter directement à [:geneva@reach-initiative.org](mailto:geneva@reach-initiative.org) et suivez-nous sur Twitter @REACH_info.

Principales conclusions

La situation de santé publique était globalement modérée, avec un taux de mortalité estimé à 0,19 pour 10 000 personnes/jour (IC à 95 % : 0 à 0,57), donc inférieur au seuil d'urgence¹. Cependant, les faiblesses du système de santé, la dégradation des conditions d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA), l'insécurité alimentaire persistante ainsi que la précarité des abris pourraient continuer d'accroître la vulnérabilité des populations.

L'évaluation mettait en évidence des lacunes importantes dans les secteurs EHA, santé et abris. Le traitement de l'eau était quasi inexistant, alors que 10% des ménages utilisaient des sources non protégées. La majorité des ménages recourait à des latrines précaires et partagées et 70,4% des ménages déplacés vivaient dans des abris en planches surpeuplés, dépourvus de literie et de moustiquaires. Bien que l'accès aux soins fût globalement satisfaisant, les services préventifs étaient absents et les intrants pour le VIH et la tuberculose étaient indisponibles, tandis que l'absence de gratuité des soins accentuait les inégalités pour les populations les plus vulnérables.

La combinaison de facteurs de vulnérabilité notamment l'insécurité limitant fortement l'accès aux champs, ainsi que les risques épidémiques liés à la promiscuité et aux mauvaises conditions d'hygiène des lieux de vie et des latrines pourrait continuer à détériorer la situation en matière de santé publique. Cette situation nécessite une surveillance continue et des actions préventives ciblées pour prévenir une aggravation rapide.

La zone de santé (ZS) d'Oïcha est confrontée à une crise humanitaire prolongée, alimentée par les attaques des groupes armés.² Selon l'équipe cadre de la ZS, depuis 2019, les déplacements massifs ont saturé les capacités d'accueil locales, avec une concentration des personnes déplacées internes (PDI) dans des sites formels et les ménages hôtes. Au 30 mars 2025, près de 9 800 PDI étaient recensés dans les sites formels selon le cluster coordination et gestion des camps (CCCM)³.

Les résultats de l'évaluation indiquent une situation, préoccupante de la sécurité alimentaire. Dans les sites de PDI, 68% des ménages rapportaient une consommation alimentaire limitée qui correspond à la phase 3 du cadre intégré de classification de l'insécurité alimentaire aiguë (IPC AFI), tandis que dans les villages, 53% des ménages rapportaient une consommation alimentaire acceptable (phase 1 ou 2 IPC AFI). Toutefois, il existe des ménages qui rapportaient une consommation alimentaire pauvre (phase 4 IPC AFI), notamment dans les sites (11%). Concernant l'échelle de faim des ménages, 41% des ménages présentaient une faim modérée, situation plus prononcée dans les sites de PDI (70%) que dans les villages (14%). Par ailleurs, **7% des ménages faisaient face à une faim très grave**. L'indice réduit des stratégies d'adaptation (rCSI) indiquait que la majorité des ménages (62%) avaient recours à des stratégies d'adaptation élevées, telles que la restriction de la consommation alimentaire des adultes afin de permettre aux jeunes enfants de manger. De son côté, l'indice des stratégies de survie liées aux moyens d'existence (LCSI) montrait que 47% des ménages adoptaient des stratégies d'urgence, suivies de 30 % ayant recours à des stratégies de crise,

¹ Selon le comité de validation des enquêtes en RDC, le taux d'urgence pour la population générale est fixé à 2 décès/10 000 personnes/jour

² <https://actualite.cd/2025/01/12/rdc-les-Groupes-armés-responsables-de-plus-de-650-morts-en-ituri-et-au-nord-kivu-depuis-juin>, consulté le 08/09/2025

³ Rapport cluster CCCM, mars 2025

telles que la réduction du nombre de repas et le retrait des enfants de l'école. Depuis un incident impliquant une ONG internationale⁴ en 2023, ou un groupe de jeunes s'étaient attaqués à des véhicules affrétés pour le transport de vivres destinés aux PDI et avaient incendié ces moyens de transport, l'aide humanitaire en sécurité alimentaire aurait été fortement réduite dans la zone.

Les conditions d'eau hygiène et assainissement (EHA) étaient jugées moyennes mais comportaient des risques sanitaires importants. **La consommation moyenne d'eau potable était de 10 litres par personne et par jour (LPPD), lorsque la norme Sphère recommande un minimum de 15 LPPD.** Dans les sites, 86,3% des ménages et, dans les villages, 79% des ménages consommaient moins de 15 litres d'eau par personne et par jour. Plus de la moitié des ménages (62,3%) utilisaient une source d'eau potable, principalement des robinets publics. Cette proportion d'accès à l'eau potable était moins importante dans les sites (58,2%) et meilleure (66,3%) pour les ménages dans les villages. Cependant, il est à noter que la proportion des ménages qui ne traitaient pas l'eau de consommation était très élevée, **96 % des ménages dans les villages et 98 % dans les sites de déplacement, faisant envisager que les populations considéraient l'eau puisée comme d'embée potable.** Sachant que seule l'eau provenant de sources améliorées et aménagées est considérée comme potable, il est à craindre un risque élevé de maladies d'origine hydrique. La majorité des ménages avait recours à des latrines non améliorées (90,1% dans les villages et 74,5% dans les sites), lesquelles étaient le plus souvent partagées avec d'autres ménages (57,4% et 95% respectivement). Les observations directes ont révélé des mauvaises conditions d'hygiène dans les lieux de vie, particulièrement dans les sites de PDI, augmentant les risques épidémiologiques.

Il convient de souligner que les points d'eau de Tenambo 2 et d'Oïcha 1er nécessitent des travaux de nettoyage et de débouillage afin d'en améliorer le fonctionnement et la qualité sanitaire.

Les populations, tant des sites que des villages, exprimaient le besoin en nutrition et en santé comme principales priorités, par ordre d'importance. Chez 8 ménages sur 10, aucune maladie n'avait été noté durant les deux semaines précédant la collecte des données. Parmi les 41 personnes qui avaient signalé des maladies, **la fièvre demeurait le symptôme prédominant touchant 33,6% des personnes dans les sites et 25% dans les villages.** La majorité (84%) des personnes ayant recherché des soins déclarait avoir pu y accéder. Il y avait un meilleur accès aux soins de santé dans les sites de PDI (87%) que dans les villages (80,2%). Cependant, le paquet minimum de services était très étroit pour les PDI à cause des capacités de la clinique mobile qui n'offrait pas tous les services notamment les services de promotion de la santé et de prévention des maladies comme la vaccination et la maternité. Les populations étaient préoccupées par les tendances à la hausse des cas de VIH et tuberculose dont les intrants de prise en charge étaient indisponibles dans les formations sanitaires. Aucun dispositif de protection contre le risque de maladie n'était mis à disposition des populations, les informateurs clés (IC) soulignant que l'absence de gratuité des soins constituait un obstacle majeur, notamment pour les ménages les plus vulnérables, renforçant ainsi les inégalités d'accès aux services de santé.

Les conditions d'hébergement variaient : dans les sites, la majorité des ménages (70,4%) vivaient dans des abris en planches, souvent surpeuplés et mal équipés, tandis que dans les villages, la plupart des familles (70,3%) vivaient dans des maisons achevées en terre battue parfois en ciment avec des portes et des

⁴ [Beni : Victime d'une attaque en octobre, le PAM suspend momentanément ses activités à Oïcha - Actu7.cd](#), consulté le 08/09/2025

fenêtres. **Les IC décrivaient des conditions de vie précaires dans les deux contextes, avec un manque généralisé d'ustensiles de cuisine, de literie et de moustiquaires, affectant directement la dignité et la santé des ménages déplacés.**

Contenu

PRINCIPALES CONCLUSIONS	1
CONTENU	4
Liste des acronymes	5
Liste des figures, tableaux et cartes	7
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	8
METHODOLOGIE	9
Objectifs de l'évaluation	9
Portée géographique	10
Echantillonnage et collecte de données	11
Analyse	12
Limites et considérations éthiques	12
RESULTATS.....	13
Caractéristiques démographiques des participants	13
Sécurité alimentaire et moyens de subsistance	15
Eau, assainissement et hygiène	19
Santé.....	24
Abris et articles ménagers essentiels.....	27
Besoins prioritaires	30
Mortalité.....	30
DISCUSSION	31
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	38

Liste des acronymes

- **ADF** : Allied Democratic Forces - Forces Démocratiques Alliées
- **BEmONC** : Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care - Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
- **CCCM** : Camp Coordination and Camp Management_ Coordination et gestion des camps
- **CEmONC** : Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care - Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes
- **CPN** : Consultation prénatale
- **EHA** : Eau, hygiène et assainissement
- **IC** : Informateurs clés
- **IDF/HHS** : Indice domestique de la faim
- **IPC** : Cadre intégré de classification de l'insécurité alimentaire aiguë
- **IPHRA** : Évaluation rapide intégrée en santé publique
- **IST** : Infection sexuellement transmissible
- **LCSI** : Indice de stratégies de survie pour les moyens d'existence
- **MUAC** : Mid-Upper Arm Circumference, soit en français périmètre brachial
- **PAM** : Programme alimentaire mondial
- **PCIME** : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- **PDI** : Personnes déplacées internes
- **PEV** : Programme élargi de vaccination
- **rCSI** : Reduced Coping Strategy Index - Indice réduit des stratégies d'adaptation
- **SAME** : Sécurité alimentaire et moyens d'existence
- **SCA/FCS** : Score de consommation alimentaire
- **SECAL** : Sécurité alimentaire
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine
- **ZS** : Zone de santé

Définitions clés

Les définitions opérationnelles suivantes sont adaptées à partir du glossaire de l'agence des nations unies pour les réfugiés (UNHCR)⁵

- **Personnes déplacées internes** : Ménages qui ont été forcés ou obligés de fuir ou de quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, d'une violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou causées par l'homme depuis la résurgence des conflits à l'Est de la RDC en juin 2020⁶. Ces ménages vivent depuis lors ensemble dans la ZS d'Oïcha et n'ont pas franchi de frontière d'État internationalement reconnue.
- **Les personnes retournées** : Des personnes précédemment déplacées (déplacées internes) qui sont revenues s'installer dans leur zone ou localité d'origine, de manière spontanée ou assistée, après une période de déplacement.
- **Communauté hôte** : population résidente d'une zone ou d'un village, qui accueille, de manière temporaire ou prolongée, des personnes déplacées internes (PDI), ou des retourné-es.
- **Ménages** : Groupe de personnes qui ont mangé dans la même cuisine et dormi sous le même toit la nuit précédente et qui reconnaissent l'autorité d'une seule personne en tant que chef de ménage.

⁵ [Glossaire principal des termes du HCR | HCR](#)

⁶ [Evaluation Rapide Multisectorielle \(ERM\) dans la localité d'Oïcha, Province du Nord-Kivu, République Démocratique du Congo, 21 - 22 octobre 2020 - Democratic Republic of the Congo | ReliefWeb](#)

Liste des figures, tableaux et cartes

Figure 1 : Carte géographique des localités évaluées dans la ZS d'Oicha	10
Figure 2 : Maladies déclarées dans l'ensemble des localités évaluées les deux semaines précédant l'enquête.....	25
Tableau 1 : Synthèse des méthodes de collecte de données utilisées dans l'évaluation IPHRA de la ZS d'Oicha	12
Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des participants	14
Tableau 3 : Sécurité alimentaire et moyens de subsistance, indicateurs de base.....	16
Tableau 4 : Sécurité alimentaire et moyens de subsistance, indicateurs de base (suite)	18
Tableau 5 : Eau, hygiène et assainissement, indicateur de base	19
Tableau 6 : Eau, hygiène et assainissement, indicateur de base (suite)	21
Tableau 7 : Eau, hygiène et assainissement, indicateur de base (suite)	23
Tableau 8 : Santé - indicateurs de base	26
Tableau 9 : Résultats abris et articles ménagers essentiels (AME).....	27
Tableau 10 : Risques intégré de surmortalité.....	34
Tableau 11 : Recommandations.....	39

Contexte et justification

L'évaluation a été réalisée dans un contexte de crise sécuritaire prolongée, marqué par les incursions répétées des groupes armés, actif en République Démocratique du Congo (RDC) depuis les années 1990⁷. Depuis 2019, la ZS d'Oicha, située dans le territoire de Beni, province du Nord-Kivu, est régulièrement ciblée par des attaques de ce groupe⁸, entraînant une situation d'insécurité chronique⁹. Cette instabilité a provoqué d'importants déplacements internes de population, notamment depuis des villages à haut risque situés dans les ZS de Beni et d'Oicha, vers d'autres localités de la ZS d'Oicha considérées comme relativement plus sûres¹⁰. Selon les données publiées par le Cluster CCCM¹¹, 9 777 PDI étaient recensées dans les sites formels de la ZS d'Oicha au 30 mars 2025. Ces déplacements massifs ont entraîné des répercussions significatives sur la santé publique, en exacerbant la pression sur les structures sanitaires et en aggravant les besoins humanitaires. D'après le rapport de suivi de la mobilité de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM)¹², basé sur les données collectées entre avril et mai 2025, les besoins prioritaires rapportés par les IC dans la zone concernaient l'alimentation, l'accès aux soins de santé, ainsi que l'EHA.

Après consultation avec les clusters Santé, SECAL et EHA pour identifier les zones prioritaires, en raison du manque de données récentes, REACH a retenu la zone de santé (ZS) d'Oicha pour cette évaluation rapide intégrée en santé publique (IPHRA) rendue possible grâce au soutien financier de H2H Network. **L'objectif de cette évaluation était de déterminer la gravité des effets de la crise sécuritaire sur la santé publique et définir les priorités en matière de santé publique pour la réponse humanitaire afin de réduire la morbidité, la malnutrition et la mortalité excessive dans la zone de santé d'Oicha.** Ce rapport présente de manière détaillée la méthodologie adoptée pour la collecte des données dans la ZS d'Oicha. Il expose ensuite les principaux résultats de l'évaluation, organisés par thématiques essentielles à la santé publique, notamment la santé, la mortalité, la SECAL, l'EHA, ainsi que les abris. Enfin, le rapport se conclut par une conclusion synthétique mettant en évidence les principaux résultats clés de l'évaluation.

⁷ [20220808 ehtools 4412 rapport erm hd africa commune beu ville de beni zs beni.pdf](#)

⁸ [RAPPORT ERM ZS OICHA \(003\)](#)

⁹ [Intersos Evaluation rapide multisectorielle rapport oicha février 2024.pdf](#)

¹⁰ [Evaluation Rapide Multisectorielle \(ERM\) dans la localité d'Oicha, Province du Nord-Kivu, République Démocratique du Congo, 21 - 22 octobre 2020 - Democratic Republic of the Congo | ReliefWeb](#)

¹¹ Rapport cluster CCCM, juin 2025

¹² [DR Congo - North Kivu: Mobility Tracking 13 \(April - May 2025\) - Democratic Republic of the Congo | ReliefWeb](#)

Méthodologie

Objectifs de l'évaluation

L'objectif général de cette évaluation était de déterminer la gravité des effets de la crise sécuritaire persistante sur la santé publique et définir les priorités initiales en matière de santé publique pour la réponse humanitaire afin de réduire la morbidité, la malnutrition et la mortalité dans la zone de santé d'Oïcha.

Spécifiquement :

- identifier les caractéristiques démographiques de la population cible.
- Estimer la proportion de la population ayant des besoins en matière de soins de santé au cours des deux semaines précédant la collecte des données (tous les besoins en matière de soins de santé, les besoins non satisfaits, les besoins par sexe/âge/symptôme).
- Comprendre les principaux obstacles qui empêchent la population cible d'accéder aux services de santé.
- Évaluer la disponibilité et la fonctionnalité des services de santé.
- Estimer la couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants âgés de 9 à 59 mois.
- Estimer la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- Estimer le taux brut de mortalité de la population générale au sein des sites de PDI et des villages de la ZS d'Oïcha durant la période de rappel de **90 jours** (du 20 avril 2025, date marquant la fête de pâque jusqu'au milieu de la collecte des données probablement le 18 juillet 2025).
- Estimer la proportion de la population cible présentant des carences en matière de consommation alimentaire,
- Comprendre la disponibilité et l'utilisation de la nourriture au niveau des ménages
- Comprendre les principaux obstacles à l'accès à la nourriture pour la population cible.
- Estimer la couverture approximative des interventions de sécurité alimentaire d'urgence dans la population cible.
- Estimer la proportion de la population qui utilise des stratégies d'adaptation basées sur les moyens de subsistance pour accéder à la nourriture ou à d'autres besoins fondamentaux, ainsi que la gravité de ces stratégies.
- Estimer la proportion de la population présentant des lacunes en matière de consommation d'eau, tant en termes de quantité que de qualité (litres par personne et par jour, source principale d'eau potable).
- Estimer la proportion de la population ayant accès à des installations sanitaires améliorées
- Comprendre les principaux obstacles à l'accès à l'eau, à l'accès aux toilettes et à la pratique de gestes d'hygiène pour la population cible.
- Évaluer la fonctionnalité des points d'eau utilisés par la population cible au sein de la communauté et dans les établissements de santé ou de nutrition.
- Évaluer la fonctionnalité des latrines utilisées par la population cible au sein de la communauté et dans les établissements de santé ou de nutrition.
- Identifier la présence de risques environnementaux liés à l'assainissement (déchets solides, débordements d'eaux usées, stagnation des eaux, etc).
- Évaluer les principaux types d'abris utilisés par la population.
- Estimer la proportion de la population ayant accès à des produits non alimentaires essentiels (savon, moustiquaires, comprimés de traitement de l'eau, couvertures, bâches, matériel de cuisine, jerrycans, etc).

Portée géographique

L'évaluation s'est tenue dans la zone de santé d'Oicha, précisément dans trois sites de personnes déplacées internes (PDI) ainsi que dans trois villages hôtes situés au sein de cette même zone, tous sélectionnés de façon aléatoire conformément aux normes et standards IPHRA.

Selon le plan d'action opérationnelle¹³ de la ZS d'Oicha, elle est située dans le territoire de Beni au Nord-Kivu (RDC), est une région à dominante rurale marquée par un climat équatorial et une végétation de forêt tropicale humide. Sa population est principalement composée du groupe ethnique Nande, qui pratique majoritairement l'agriculture de subsistance axée sur la culture du manioc, du maïs et des légumineuses, complétée par un élevage modeste et la pêche. L'alimentation locale repose essentiellement sur le manioc transformé, les légumes-feuilles et les céréales, avec une consommation limitée de protéines animales liée aux contraintes économiques et à l'insécurité qui restreint l'accès aux champs. Cette insécurité liée aux activités des groupes armés accentue la vulnérabilité des populations en compromettant leur accès aux biens, aux services et aux moyens de subsistance essentiels¹⁴.

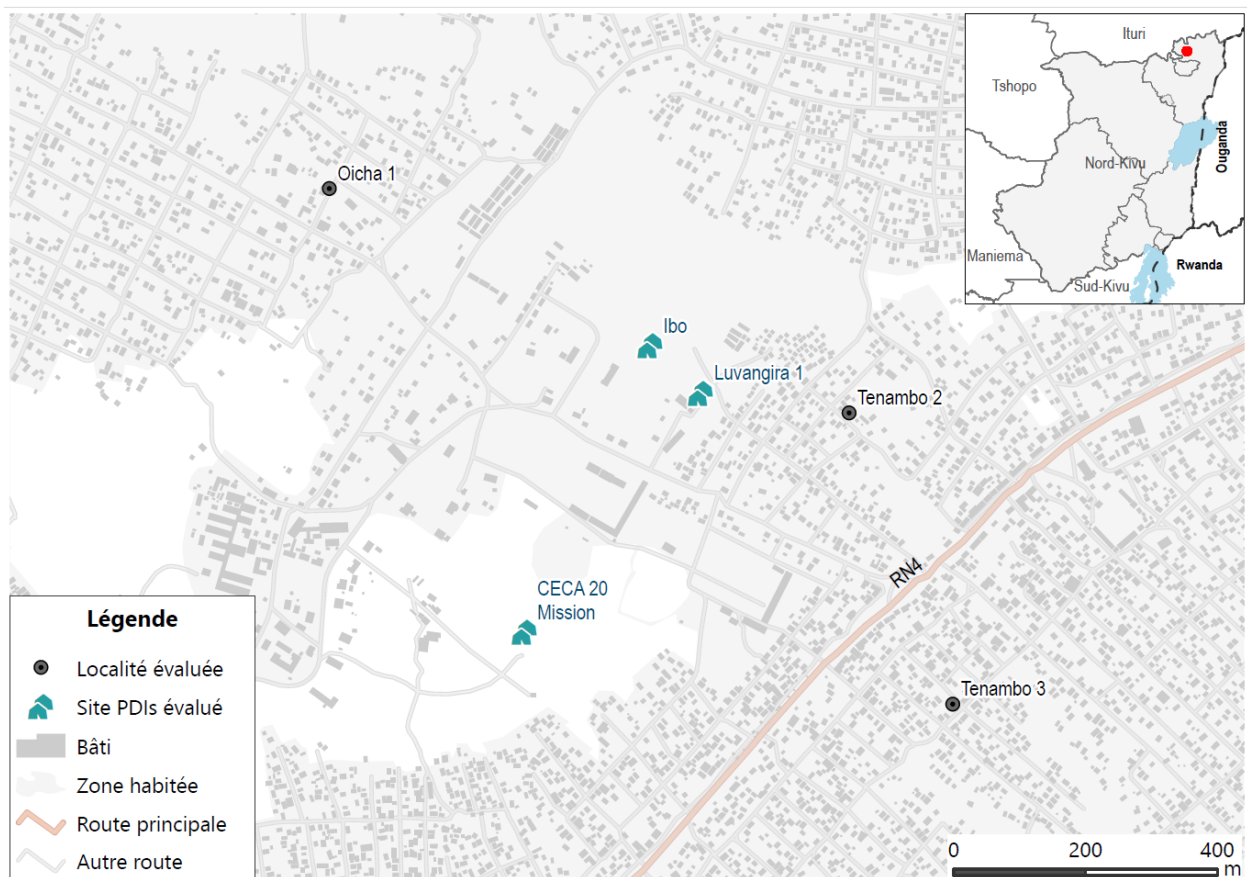


Figure 1: Carte géographique des localités évaluées dans la ZS d'Oicha

¹³ Division provinciale de la santé du Nord-Kivu, zone de santé d'Oicha - PAO consolidé, 2024-2025

¹⁴ Division provinciale de la santé du Nord-Kivu, zone de santé d'Oicha - PAO consolidé, 2024-2025

Echantillonnage et collecte de données

L'évaluation IPHRA a été menée dans la ZS d'Oicha et a consisté en une enquête transversale avec une collecte de données quantitatives et qualitatives.

Après un examen des données secondaires, qui nous a permis de mieux comprendre la dynamique des déplacements, les interactions intercommunautaires, la présence des acteurs humanitaires et la disponibilité des services de base, le calcul de la taille de l'échantillon, incluant un module sur la mortalité, a été effectué à l'aide du logiciel **ENA (Emergency Nutrition Assessment)**, en intégrant un facteur de correction pour population finie (FPC), compte tenu de la taille réduite de la population (<10 000 personnes) avec un intervalle de confiance à 95% et une marge d'erreur de $\pm 10\%$. Au total, **101 ménages ont été enquêtés dans les villages et 98 dans les sites de PDI**,

Deux strates ont été définies : les personnes déplacées internes (PDI) vivant dans les sites, et les communautés hôtes y compris les populations de retour résidant dans les villages. En considérant que les groupes qui les composent partagent des conditions de vie relativement homogènes, notamment en matière d'accès aux services de santé et à l'aide humanitaire.

La base de sondage comprenait l'ensemble des sites de PDI de la ZS d'Oicha et les villages les hébergeant. Trois sites et trois villages ont été sélectionnés de manière aléatoire à l'aide du logiciel R, selon un échantillonnage proportionnel à la taille. Puis, à partir des listes de ménages disponibles dans les sites et établies en collaboration avec les chefs de localité dans les villages, les ménages ont été sélectionnés de façon aléatoire.

La collecte de données primaires s'est déroulée du **19 au 24 juillet 2025**.

En parallèle, le volet qualitatif avait consisté à une collecte de données par 3 méthodes :

- Entretien individuel avec **21 IC** sélectionnés de manière raisonnée en fonction de leur rôle et de leur expertise : **6 leaders communautaires** (3 dans les sites, 3 dans les villages), 3 professionnels de santé (1 dans une structure située dans un site de PDI, 2 dans des structures situées dans les villages) ; et **12 membres de la communauté** (6 dans les sites, 6 dans les villages), sélectionnés aléatoirement.
- **26 observations directes** : 6 sur les lieux de vie communautaires (3 dans les villages, 3 dans les sites), 9 sur les latrines (5 dans les villages, 4 dans les sites) et 11 sur les points d'eau (7 dans les villages, 4 dans les sites).

Pour plus de détails, veuillez consulter les termes de référence de l'évaluation¹⁵.

¹⁵ [REACH-RDC TDR Evaluation-rapide-integree-en-sante-publique Juillet-2025.pdf](#)

Tableau 1: Synthèse des méthodes de collecte de données utilisées dans l'évaluation IPHRA de la ZS d'Oicha

Type de données	Méthode de collecte	Outils / Logiciels utilisés	Échantillon collecté	Période de collecte
Quantitatif	Échantillonnage aléatoire simple stratifié	R (tirage aléatoire), ENA (calcul de taille)	101 ménages dans les villages et 98 ménages dans les sites	19–24 juillet 2025
Qualitatif – IC	Entretiens semi-structurés avec informateurs clés	Guides d'entretien	6 leaders communautaires ; 3 professionnels de santé ; 12 membres de la communauté	19–24 juillet 2025
Observation directe	Visites sur site avec grilles d'observation	Fiches d'observation	6 lieux de vie ; 9 latrines ; 11 points d'eau	19–24 juillet 2025

Analyse

Les données des ménages ont été nettoyées et analysées à l'aide des scripts R d'IPHRA, développés par le siège d'IMPACT. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de R et présentées sous forme de proportion, moyennes ou médianes selon le cas. Pour faire ressortir les données de l'ensemble des populations évaluées, une pondération a été appliquée afin de tenir compte des différences de taille de chaque population.

Pour les données qualitatives (entretiens avec les informateurs clés, les observations directes), elles ont été analysées à l'aide de la grille d'analyse de saturation des données (DSAG) de REACH.

Limites et considérations éthiques

La méthodologie IPHRA se veut être une méthode d'évaluation rapide permettant d'évaluer les principaux indicateurs de santé publique et de couverture des services et quelques limites sont à prendre en considération dans la compréhension des résultats et leur généralisation :

- **Pas une analyse causale** : La méthode IPHRA vise à comprendre l'ampleur des besoins de santé publique et les lacunes des services. Cependant, compte tenu de cette approche, elle ne peut pas pleinement expliquer les raisons ou les causes des résultats. Une analyse et une triangulation avec des composantes qualitatives peuvent fournir une indication, mais celle-ci sera probablement limitée.
- **Non généralisable** : Les méthodes d'échantillonnage en grappes ne sont pas recommandées pour les évaluations IPHRA. L'utilisation d'un échantillonnage raisonné signifie que les résultats (bien que représentatifs par strate) ne doivent pas être généralisés à une population plus large que les sites et établissements évalués.
- **Probablement pas à saturation** : Pour les composantes qualitatives, la taille des échantillons n'est probablement pas suffisante pour atteindre une saturation complète des réponses de la population. L'objectif est de fournir des informations succinctes permettant de les comparer aux résultats des enquêtes auprès des ménages.

Résultats

Caractéristiques démographiques des participants

L'évaluation a couvert un total de 199 ménages, représentant 1 202 personnes avec une taille moyenne de six membres par ménage. La répartition de la population enquêtée par sexe indiquait une majorité de femmes (54,3%) et 45,7% d'hommes. Le tiers de la population cible était âgé de 19 à 59 ans (35,2%) et la langue dominante était le Swahili (tableau 2).

En complément des données quantitatives, des informations qualitatives ont également été recueillies par l'équipe d'évaluation.

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des participants

	Villages n=101	Sites n=98	Dans l'ensemble N=199
Enquête auprès des ménages			
Statut de déplacement			
Population hôte	74,3%	0%	37,7%
PDI	0%	100%	49,2%
Retourné	25,7%	0%	13,1%
Groupes d'âge (en année)			
00-02	7,2%	8,7%	7,9%
03-05	8,3%	8%	8,2%
06-10	17,1%	20,2%	18,6%
11-18	21,5%	27,0%	24,1%
19-59	39,1%	31,0%	35,2%
59 ans et plus	6,7%	5,2%	6,0%
Informations sur les ménages			
Ménages dirigés par des femmes	3,5%	1%	2,3%
Taille moyenne des ménages	6,2	5,9	6
Sexe des membres du ménage			
Masculin	45,8%	45,5%	45,7%
Féminin	54,2%	54,5%	54,3%
Langues préférées pour recevoir les informations (écrites/orales)			
Swahili	100% / 99%	98% / 96,9%	99% / 98%
Français	26,7% / 29,7%	6,1% / 7,1%	16,6% / 18,6%
Kinande (Nande)	11,9% / 26,7%	10,2% / 11,2%	11,1% / 19,1%
Entretiens avec des informateurs clés			
IC Leader communautaire	3	3	6
IC Membre de la communauté	6	6	12
IC professionnel de la santé	2	1	3
Observations			
Observation communautaire	3	3	6
Observation des latrines	5	4	9
Observation des points d'eau	7	4	11

Sécurité alimentaire et moyens de subsistance

L'analyse croisée des différents indicateurs de sécurité alimentaire révélait une situation préoccupante dans la zone de santé d'Oicha. **Selon le score de consommation alimentaire (SCA, 56 % des ménages présentaient une consommation alimentaire limitée (figure 3), correspondant à la phase 3 (crise) de la classification de l'insécurité alimentaire aiguë (IPC AFI), avec une situation plus sévère parmi la population PDI (68%) que dans les villages (45%). L'indice domestique de la faim (HHS) indiquait que 41% des ménages ressentait une faim modérée (tableau 3), également caractéristique d'une phase de crise (IPC 3), les sites de PDI étaient plus affectés (70%) que les villages (14%).**

L'indice réduit des stratégies d'adaptation (rCSI) montrait que 62% des ménages avaient eu recours fréquemment, au cours de la semaine précédant l'enquête, à des hautes stratégies d'adaptation basées sur la consommation telles que la restriction de la consommation alimentaire des adultes afin de permettre aux jeunes enfants de manger (tableau 3). Enfin, l'indice de stratégies de survie pour les moyens d'existence (LCSI) indiquait que 47% des ménages avaient utilisé des stratégies basées sur les moyens d'existence d'urgence au cours des 30 derniers jours, avec une prévalence plus importante dans les villages (51%) que dans les sites (43%). Ces stratégies variaient selon les groupes de population. Dans les villages, les plus couramment utilisées, par ordre d'importance, étaient la consommation d'aliments immatures (77%), l'emprunt d'argent pour acheter de la nourriture (62%) et la consommation des semences prévues pour la saison suivante (49%). En revanche, dans les sites de PDI, les principales stratégies adoptées étaient l'emprunt d'argent pour l'achat de nourriture (68%), la vente de biens domestiques (58%) et la consommation d'aliments immatures (52%).

Tableau 3 : Sécurité alimentaire et moyens de subsistance, indicateurs de base

	Villages n=101	Sites n=98	Dans l'ensemble N=199
Score de consommation alimentaire (FCS)			
Acceptable	53%	20%	37%
Limité	45%	68%	56%
Pauvre	2%	11%	7%
Echelle de la faim des ménages (HHS)			
Aucun	35%	8%	17%
Petit	52%	15%	28%
Modéré	14%	70%	41%
Grave	0%	6%	8%
Très grave	0%	1%	7%
Indice réduit des stratégies d'adaptation (RCSI)			
Faible	2%	0%	1%
Moyen	39%	35%	37%
Haut	60%	65%	62%
Indice de stratégie d'adaptation pour les moyens d'existence (LCSI)			
Aucun	6%	6%	6%
Stress	9%	24%	17%
Crise	34%	27%	30%
Urgence	51%	43%	47%
Principales sources de nourriture¹⁶			
Première source de nourriture			
Production propre de culture (jardins)	53,5%	42,9%	48,2%
Marché (achat comptant ou à crédit)	27,7%	22,4%	25,1%
Echange de nourriture contre du travail	16,8%	26,5%	21,6%
Deuxième source de nourriture			
Echange de nourriture contre du travail	10,9%	26,5%	18,6%
Soutien des voisins/parents	22,8%	15,3%	19,1%
Marché (achat comptant ou à crédit)	34,7%	18,4%	26,6%
Troisième source de nourriture			
Aucun	55,4%	64,3%	59,8%
Emprunts/dettes	33,7%	21,4%	27,6%
Ménages enregistrés et recevant une distribution générale de nourriture/argent liquide/bon			
Oui	0%	6,1%	3%
Non	100%	93,9%	97%

¹⁶ Les réponses étaient mutuellement exclusives : les répondants ne pouvaient pas cocher la même option comme première, deuxième ou troisième source de nourriture. Par conséquent, les pourcentages indiqués pour chaque source sont calculés par rapport au total des réponses à chaque rang et n'atteignaient pas les 100 %.

Modalités d'aide reçues au cours des 6 mois précédant l'enquête			
Nourriture en nature	0%	83,3%	83,3%
Bons pour les moyens de subsistance (intrants)	0%	16,7%	16,7%

L'analyse des sources d'approvisionnement alimentaire (tableau 3) révélait que la production propre, principalement issue **des jardins familiaux**, constituait la principale source pour près de la moitié (48,2%) des ménages. Néanmoins, le quart (25,1%) des ménages obtiendrait leur nourriture sur le marché en priorité. Ceci se traduisait d'ailleurs dans l'évaluation de la 2ème source prioritaire de nourriture car à cette question un peu plus du quart (26,6%) des ménages avait déclaré acheter la nourriture sur les marchés locaux, en espèces ou à crédit suivi de ceux qui bénéficiaient du soutien des voisins ou des parents (19,1%).

En revanche, 59,8% des ménages déclaraient ne disposer d'aucune troisième source d'approvisionnement alimentaire. Par ailleurs, **des obstacles à l'approvisionnement alimentaire** avaient été identifiés au cours de l'enquête. **L'insécurité représentait le principal frein pour 85,9% des ménages**, car elle entraînait l'arrêt des activités agricoles génératrices de revenus. En conséquence, **les populations autochtones n'avaient plus accès aux terres souvent situées à plusieurs kilomètres des habitations**, tandis que **les personnes déplacées avaient perdu leurs champs en fuyant les zones de conflit**. Cette contrainte accentuait la précarité des ménages, qui ne disposaient plus des ressources nécessaires pour subvenir à leurs besoins alimentaires. À ce facteur s'ajoutaient des contraintes financières, mentionnées par 13% des ménages comme un obstacle à l'approvisionnement, ainsi que l'éloignement des terres, évoqué par 12% d'entre eux comme une autre cause majeure de difficulté. Les IC avaient rapporté les mêmes barrières.

Concernant l'assistance humanitaire, 97% des ménages évalués déclaraient ne pas avoir bénéficié d'une aide humanitaire en sécurité alimentaire, en espèces ou en coupons les six mois précédant l'enquête.

Dans les sites de PDI, les informateurs clés soulignaient plus spécifiquement que l'absence d'assistance alimentaire depuis deux ans, l'inaccessibilité aux activités génératrices de revenus et la rareté des travaux journaliers constituaient des obstacles majeurs à l'accès à une nourriture suffisante ou de qualité. **Les PDI dépendaient ainsi fortement de la solidarité des autochtones**, principalement à travers l'accès à la terre pour pratiquer l'agriculture. Quelques ménages tentaient également de survivre grâce à des travaux occasionnels de journaliers ou à la production et vente d'huile de palme.

Dans les villages hôtes, en plus des contraintes sécuritaire, les leaders communautaires rapportaient, que le manque de revenus et d'opportunités économiques limitait la capacité des ménages à acheter de la nourriture, même lorsqu'elle était disponible sur le marché.

Face à ces contraintes communes, les ménages déplacés développaient des mécanismes d'adaptation précaires, fondés sur la solidarité communautaire ainsi que sur des activités de subsistance telles que l'artisanat ou le maraîchage de survie.

Tableau 4 : Sécurité alimentaire et moyens de subsistance, indicateurs de base (suite)

	Villages n=101	Sites n=98	Dans l'ensemble N=199
Principaux obstacles à l'accès à la nourriture¹⁷			
Problèmes de sécurité lors des déplacements	90,1%	81,6%	85,9%
Problème financier	12,9%	13,3%	13,1%
Vivre trop loin des sources de nourriture	13,9%	10,2%	12,1%
Transport vers la source de nourriture est trop cher	13,9%	7,1%	10,6%
Nourriture pas disponible en quantité suffisante	7,9%	13,3%	10,6%
Interdiction d'accès aux sources de nourriture	10,9%	8,2%	9,5%
Principales sources de revenus			
Première source principale de revenus			
Travail journalier agricole (ferme, jardins, potagers)	49,5%	34,7%	42,2%
Vente de bois de chauffage/charbon de bois	8,9%	26,5%	17,6%
Vente de produits agricoles	16,8%	16,3%	16,6%
Deuxième source principale de revenus			
Travail journalier agricole (ferme, jardins, potagers)	27,7%	30,6%	29,1%
Travail quotidien occasionnel (petit commerce, taxi)	26,7%	18,4%	22,6%
Troisième source principale de revenus			
Aucun	89,1%	83,7%	86,4%
Source d'eau utilisée pour la cuisine			
Robinet public	55,4%	64,3%	59,8%
Puits non protégé	22,8%	11,2%	17,1%
Forage ou puits tubaire bien protégé	20,8%	21,4%	21,1%
Eau de surface (rivière)	1%	3,1%	2%
Principale source d'énergie utilisée pour la préparation des aliments			
Charbon (charbon de bois, charbon de bois minéral)	5,9%	6,1%	6%
Fumier de vache, de chameau	1%	0%	0,5%
Bois de chauffage	93,1%	93,9%	93,5%

Il convient de noter que les ménages privilégiaient les sources protégées, notamment l'eau provenant des robinets publics pour cuisiner dans 60% des cas puis le forage ou puits tubaire bien protégé (17,1%) (tableau 4). L'analyse des revenus mettait en évidence une précarité structurelle persistante (tableau 4). Bien que les activités agricoles génératrices de revenus pour les populations soit nettement réduites du fait de l'insécurité : **42,2% des ménages dépendaient du travail agricole journalier comme principale source de revenu, et 22,6% déclaraient le recours à des activités occasionnelles comme source secondaire** ; une situation plus retrouvée dans les villages (26,7%) que dans les sites (18,4%). Par ailleurs, **86,4% des ménages ne disposaient d'aucune troisième source de revenu**, traduisant une faible diversification économique. En complément, les IC interrogés dans les villages et les sites de PDI confirmait **une précarité économique généralisée, principalement liée à l'insécurité persistante qui limiterait l'accès aux terres agricoles, autrefois essentielles à la subsistance**. Dans les sites de PDI, les IC soulignaient l'absence

¹⁷ Les répondant.es avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%

d'opportunités économiques et de travail stable, contraignant les déplacés à recourir à des activités précaires telles que la coupe de bois ou les petits travaux journaliers, jugés insuffisants pour répondre aux besoins essentiels. Dans les villages, les IC indiquaient que les habitants, y compris les retournées, seraient également affectés par la perte des revenus agricoles et le manque d'alternatives viables, aggravant ainsi la vulnérabilité économique de l'ensemble des ménages.

Concernant les sources d'énergie, la quasi-totalité des ménages (93,5%) avait recours au bois de chauffage pour la préparation des repas, ce qui témoignait d'une dépendance aux ressources naturelles locales (tableau 4).

Eau, assainissement et hygiène

Tableau 5 : Eau, hygiène et assainissement, indicateur de base

	Villages n=101	Sites n=98	Dans l'ensemble N=199
Moyenne de litres d'eau potable par personne et par jour			
Moyenne	10,87	9,17	10,04
Catégorie de consommation d'eau potable en litres par personne et par jour des ménages (LPPD)			
< 7,5LPPD	23,2%	47,4%	35,1%
7,5 – 15 LPPD	55,6%	38,9%	47,4%
> 15LPPD	21,2%	13,7%	17,5%
Principales sources d'eau potable utilisées par les ménages			
Robinet public	66,3%	58,2%	62,3%
Puits non protégé	7,9%	12,2%	10,1%
Forage ou puits tubaire bien protégé	23,8%	22,4%	23,1%
Eau de surface (rivière)	1%	7,1%	4%
Principales méthodes de traitement de l'eau			
Pas de traitement	96%	98%	97%
Pastille de chlore/Aquatab	2%	1%	1,5%
Faire bouillir de l'eau	2%	1%	1,5%
Temps de collecte de l'eau			
Moins de 30 minutes	51,5%	38,1%	44,9%
30 minutes à moins d'une heure	25,7%	20,6%	23,2%
Une heure à moins d'une demi-journée	17,8%	14,4%	16,2%
Une demi-journée	2%	6,2%	4%
Eau disponible à l'intérieur de l'enceinte	3%	20,6%	11,6%
Nombre moyen de conteneurs de collecte et de stockage d'eau possédés			
Moyenne	1,58	1,47	1,53

Dans l'ensemble des localités évaluées, **la consommation moyenne d'eau potable par personne et par jour s'élevait à 10,04 litres**, soit en deçà de la norme établie par les standards Sphère qui est de 15L¹⁸. Il faut néanmoins nuancer que cette consommation moyenne est légèrement supérieure au seuil de 7,5LPPD établie comme minimum en période de crise. Par ailleurs, on observe que 35,1 % des ménages

¹⁸[Le manuel Sphère 2018 | Sphère](#)

consommaient moins de 7,5 LPPD. Ce déficit était plus marqué chez les PDI, dont près de la moitié (47,4 %) consommaient moins de 7,5 LPPD. Les principales sources d'approvisionnement étaient **les bornes-fontaines publiques (62,3%), les forages protégés (23,1%) et les puits non protégés (10,1%)**. Ces proportions étaient confirmées par les observations directes des points d'eau sur le terrain révélant que les points d'eau utilisés par les PDI dans les sites étaient majoritairement constitués de robinets publics ou de bornes fontaines, tandis que peu de points d'eau observé correspondait à une source non aménagée.

À l'inverse, les villages présentaient une diversité d'infrastructures, incluant des puits non protégés et des sources naturelles. **Les observations directes montraient une prédominance de points d'eau améliorés dans les villages abritant les sites de PDI**. Trois points d'eau étaient des robinets publics ou des bornes-fontaines, deux étaient des sources aménagées, et un était un puit de forage, ce qui indiquait un accès relativement favorable à des infrastructures d'eau protégées. Toutefois, un cas de puits non protégé était observé.

L'une des préoccupations concernait le traitement de l'eau pour la boisson : **97% des ménages n'effectuaient aucun traitement avant usage**. Les observations directes des sites indiquaient qu'aucun comité de gestion de l'eau n'existait sur les sites étudiés. Parmi les points d'eau observés, un seul disposait d'un comité de gestion de l'eau. Cela révélait une absence de mécanismes communautaires formels de gestion de l'eau dans la majorité des sites visités, ce qui pouvait poser des défis en matière d'entretien, de gestion des conflits d'usage et de pérennisation des infrastructures. Les observations dans les sites de PDI indiquaient que la réhabilitation ou la réparation des points d'eau observés n'était pas nécessaire, ce qui suggérait que les installations étaient actuellement fonctionnelles et en bon état. Les observations directes dans les villages révélaient que, sur les points d'eau examinés, trois nécessitaient une réhabilitation, tandis que quatre n'en avaient pas besoin. Plus précisément, les points d'eau de Tenambo 2 et Oicha 1er devaient faire l'objet de travaux de nettoyage et de débouillage afin d'améliorer leur fonctionnement et leur qualité sanitaire.

La sécurité de l'eau au niveau des ménages était jugée moyenne selon les standards Sphère. **La majorité des ménages disposait en moyenne de 1,5 contenants pour la collecte et le stockage**, principalement des seaux de 20 litres (52,6%) et des jerrycans rigides de 20 litres (33,8%). La veille de la collecte, 97,7% des ménages avaient rempli leurs récipients en moyenne deux fois.

Les entretiens avec les informateurs clés et les observations directes ont révélé une situation contrastée entre les sites de PDI et les villages abritant ces sites en matière d'accès à l'eau.

Dans les **sites de PDI**, l'approvisionnement en eau était généralement **réglementé par des plages horaires précises** (souvent entre 10h–12h, 14h–16h et 17h–19h), sauf sur un site où **l'accès était permanent** en raison de la présence d'une source naturelle coulant continuellement. Dans les **villages**, deux types de régimes d'accès étaient observés : certains points d'eau restaient **ouverts en continu**, tandis que d'autres fonctionnaient à des **heures fixes**, avec des interruptions liées au **remplissage des réservoirs**.

Malgré ces contraintes, plusieurs IC estimaient que l'approvisionnement restait globalement satisfaisant, bien que des **difficultés saisonnières** aient été signalées, notamment la **détérioration de la qualité de l'eau** et **l'allongement des files d'attente** pendant la saison des pluies.

Dans les **villages accueillant des sites de PDI** (notamment à Ténambo 2 et Oicha 1), les IC ont toutefois rapporté un **accès très limité à l'eau potable**. Le **nombre insuffisant de points d'eau** par rapport à la population provoquait de longues files d'attente, exposant particulièrement les **femmes à des risques accrus de violences sexuelles** lors de la collecte d'eau. De plus, **le paiement exigé dans plusieurs points d'eau** constituait un obstacle supplémentaire pour les ménages vulnérables. Enfin, dans certaines zones,

notamment à **Oïcha 1**, la **limitation du volume d'eau distribué par personne** ne permettait pas de couvrir les besoins domestiques essentiels.

La couverture en eau restait insuffisante au regard des standards Sphère : seuls 44,9 % des ménages accédaient à une source en moins de 30 minutes, et 23,2 % mettaient entre 30 minutes et une heure. **Les débits observés étaient également faibles** : Le débit variait entre 0,2 et 1,2 m³/h (soit environ 3,3 à 20 L/min) dans les sites PDI (pour 1 000 à 1 315 personnes par point), et entre 0,43 et 1,2 m³/h (soit environ 7,2 à 20 L/min) dans les villages.¹⁹

Tableau 6 : Eau, hygiène et assainissement, indicateur de base (suite)

	Villages n=101	Sites n=98	Dans l'ensemble N=199
Ménages ayant accès au savon			
Pas de savon dans la maison	64,4%	81,6%	72,9%
Oui, mais pas de savon dans la minute qui suit	10,9%	1%	6%
Oui, savon apporté en moins d'une minute	24,8%	17,3%	21,1%
Ménages ayant accès à des latrines fonctionnelles			
Sac en plastique et Sceau	1%	1%	0,5%
Latrines à fosse sans dalle/à ciel ouvert	90,1%	74,5%	82,4%
Latrines à fosse avec dalle	8,9%	24,5%	16,6%
Latrines partagées			
Oui	57,4%	95,9%	76,4%
Non	42,6%	4,1%	23,6%
Nombre de ménages partageant les latrines			
Moyenne	3,71	10,1	7,6
Médiane	3	6	6

Dans l'ensemble des localités évaluées, **72,9% des ménages n'avaient pas accès au savon**, une situation plus marquée dans les sites de PDI (81,6 %) que dans les villages (64,4%), comme le confirmaient les informations fournies par les IC. En effet, dans les sites de PDI, les membres de la communauté déplacée rencontraient d'importantes difficultés pour maintenir une bonne hygiène personnelle, bien que des douches et de l'eau pour la toilette existaient dans les sites. En réalité, **le manque de savon et de produits de toilette constituait un obstacle majeur à l'hygiène individuelle**, touchant l'ensemble des groupes, hommes comme femmes. **Les femmes étaient particulièrement vulnérables en raison de l'absence de produits d'hygiène menstruelle**. Ce défaut d'hygiène corporelle pouvait entraîner des maladies, et les femmes souffraient d'infections liées à une mauvaise hygiène menstruelle. Le problème financier était unanimement cité comme la cause principale de cette situation. **Les familles déplacées donnaient la priorité à l'achat de nourriture au détriment des produits d'hygiène. Une absence de sensibilisation à l'hygiène intime chez les femmes était également mentionnée comme un facteur aggravant.**

À l'inverse, dans les villages évalués, les IC indiquaient qu'il n'existait pas de problème majeur lié à l'hygiène personnelle : les produits essentiels, tels que le savon et les serviettes hygiéniques, restaient accessibles

¹⁹ Sphère recommande un débit de 17 L/min pour 500 personnes

dans les boutiques locales, ce qui permettait aux ménages de maintenir leur propreté malgré des ressources limitées.

Dans l'ensemble des localités évaluées, **l'assainissement restait moyen**. Une large majorité des ménages (82,4%) **déclaraient utiliser des latrines à fosse sans dalle**, ce qui indiquait un niveau de service non amélioré selon les standards internationaux²⁰. De plus, **76,4% des répondants signalaient qu'ils partageaient les latrines avec d'autres ménages**, ce qui soulevait des questions liées à la sécurité, à l'intimité et à l'hygiène. Ces constats étaient corroborés par les entretiens menés avec les IC, en particulier dans les sites de PDI, où les **latrines étaient jugées insuffisantes, insalubres, parfois pleines et fortement mutualisées**, exposant les populations à des risques sanitaires accrus. Des cas fréquents de diarrhée chez les enfants y étaient notamment rapportés. Dans les sites de CK20 Mission et d'Ibo, les principales préoccupations concernaient la surcharge des infrastructures existantes et leur insalubrité, ainsi que l'inadéquation entre les besoins en latrines et les disponibilités. En effet, les latrines étaient trop peu nombreuses par rapport au nombre de ménages et beaucoup étaient pleines ; certaines n'étaient pas entretenues correctement, ce qui favorisait l'apparition de maladies dans les sites. **Les principaux obstacles identifiés comprenaient le manque de moyens financiers, de matériaux de construction, d'espace disponible ainsi qu'une gestion communautaire souvent défailante.**

À l'inverse, dans les villages évalués, les IC indiquaient une situation globalement meilleure : en général, les communautés avaient accès aux toilettes ; la majorité des ménages disposaient de leurs propres latrines. Cependant, des préoccupations subsistaient quant à la qualité, l'entretien et l'hygiène de ces installations. Les latrines étaient souvent mal construites, en bois, peu profondes en raison du niveau élevé de la nappe phréatique, et mal entretenues. Il arrivait que plusieurs ménages partagent une seule latrine. Un autre facteur aggravant résidait dans le manque de sensibilisation à l'importance de l'hygiène et de l'entretien des latrines, Il y avait donc un besoin manifeste de sensibilisation à la promotion de bonnes pratiques sanitaires, afin de réduire les risques de propagation des maladies.

Les observations directes venaient renforcer ces constats tout en soulignant des écarts significatifs par rapport aux normes SPHERE. Dans les sites de PDI, bien que les latrines communautaires respectent le ratio d'urgence (1 latrine pour 50 personnes), **leur proximité avec les points d'eau (75% à moins de 30 mètres) exposait à des risques de contamination, en violation de la distance minimale requise**. L'insalubrité observée (présence d'excréments, dalles fissurées) et **l'absence de dispositifs de lavage des mains** pourraient aggraver les risques sanitaires dans les communautés. Dans les villages, la majorité des ménages disposaient de latrines familiales, respectant les distances sanitaires et les ratios d'usage, **mais leur qualité restait faible (60% sans dalle, 40% sans toit), et l'entretien était irrégulier ce qui pourraient compromettre leur durabilité**. Aucun des contextes n'atteignait l'objectif Sphère de « zéro matière fécale dans l'environnement », ni ne garantissait un accès à des infrastructures résilientes.

²⁰[Latrines publiques : une gestion indispensable pour améliorer l'hygiène et la santé publique dans le monde. - J'équilibre](#)

Tableau 7 : Eau, hygiène et assainissement, indicateur de base (suite)

	Villages n=101	Sites n=98	Dans l'ensemble N=199
Fréquence des ajustements dans les habitudes du foyer dus à des contraintes liées à l'eau			
Jamais (0 fois)	43,6%	49%	46,2%
Rarement (1 à 2 fois)	18,8%	24,5%	21,6%
Parfois (3 à 10 fois)	25,7%	8,2%	17,1%
Souvent (11 – 20 fois)	11,9%	16,3%	14,1%
Toujours (plus de 20 fois)	0%	2%	1%
Fréquence de l'impossibilité de se laver les mains après une activité salissante			
Jamais (0 fois)	61,4%	58,2%	59,8%
Rarement (1 à 2 fois)	7,9%	14,3%	11,1%
Parfois (3 à 10 fois)	17,8%	19,4%	18,6%
Souvent (11 – 20 fois)	12,9%	7,1%	10,1%
Toujours (plus de 20 fois)	0%	1%	0,5%
Fréquence de la perception d'un manque d'eau potable selon les besoins du ménage			
Jamais (0 fois)	38,6%	49%	43,7%
Rarement (1 à 2 fois)	26,7%	23,5%	25,1%
Parfois (3 à 10 fois)	22,8%	13,3%	18,1%
Souvent (11 – 20 fois)	11,9%	13,3%	12,6%
Toujours (plus de 20 fois)	0%	1%	0,5%
Fréquence de l'inquiétude liée à une insuffisance d'eau pour les besoins du ménage			
Jamais (0 fois)	40,6%	38,8%	39,7%
Rarement (1 à 2 fois)	17,8%	30,6%	24,1%
Parfois (3 à 10 fois)	24,8%	10,2%	17,6%
Souvent (11 – 20 fois)	15,8%	18,4%	17,1%
Toujours (plus de 20 fois)	1%	2%	1,5%
Catégorie de gravité des besoins en eau			
Insécurité liée à l'eau			43,2%
Eau sécurisée			56,8%

Malgré une insécurité liée à l'eau rapportée par 43,2% des ménages, dans l'ensemble des localités évaluées, la majorité des ménages indiquaient **qu'ils ne s'étaient jamais inquiétés de ne pas disposer d'une quantité suffisante d'eau pour répondre à leurs besoins (39,7%), qu'ils n'avaient jamais eu à modifier leurs programmes en raison de contraintes d'approvisionnement en eau (46,2%), qu'ils ne s'étaient jamais abstenus de se laver les mains après une activité salissante pour économiser l'eau (59,8%), et qu'ils n'avaient jamais été confrontés à une pénurie d'eau potable au sein du ménage (43,7%).**

Santé

Les données issues de l'enquête auprès des ménages montrent **qu'une large majorité des individus évalués (79,4%), toutes localités confondues, déclaraient ne pas avoir été malades au cours des deux semaines précédant la collecte**. Parmi les 247 personnes ayant rapporté un épisode de maladie, **la fièvre constituait le symptôme le plus fréquent**, aussi bien dans les sites de PDI (33,6%) que dans les villages (25%). Plus de 8 personnes sur 10 (83,8%) **en besoins de soins de santé, y avaient accès**. Dans les villages, ils étaient 80,2% et dans les sites PDI, 87%. Il y avait un meilleur accès aux soins de santé dans les sites de PDI que dans les villages visités. **Dans les sites de PDI, 52,6% des ménages citaient la clinique mobile d'une ONG comme principale structure de soins de santé, tandis que dans les villages, 32,3% des ménages privilégiaient l'hôpital public**.

L'incapacité à couvrir le coût des médicaments, mentionnée par 65% des ménages, constituait le principal obstacle limitant l'accès aux soins. Parmi les enfants âgés de 9 à 59 mois vivant dans les ménages, 88,6 % étaient rapportés comme vaccinés contre la rougeole selon les déclarations des mères, tandis que seuls 0,7 % l'étaient sur la base de la présentation d'une carte de vaccination.

Dans les villages, les IC indiquaient qu'aucun problème majeur de santé physique n'était observé, les cas de handicap ou de blessures visibles étaient rares mais les IC rapportaient des cas de maladies graves.

En revanche, dans les sites de PDI, les perceptions étaient différentes : certains IC rapportaient des affections telles que des troubles visuels, des blessures accidentelles ou des problèmes auditifs, souvent attribués au paludisme, à l'anémie ou à l'absence de soins appropriés. D'autres IC insistaient davantage sur **les troubles psychologiques, évoquant des signes de stress post-traumatique liés aux violences passées**. Il était également souligné que **certaines personnes malades ne déclaraient pas leur état de santé, faute de moyens pour accéder aux soins**, et que la présence ponctuelle d'une clinique mobile ne permettait pas de répondre aux besoins médicaux de manière satisfaisante, en raison notamment de l'absence de certains services tels que la maternité, du manque de laboratoire pour les examens, et de la limitation de la gratuité des soins aux seuls enfants, ce qui restreignait davantage l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables.

Concernant l'accès aux soins, les IC interrogés dans les villages comme dans les sites de PDI estimaient que les difficultés étaient généralisées et touchaient autant les hommes que les femmes. Dans les sites de PDI, les IC relevaient **des affections physiques liées aux travaux pénibles, des complications obstétricales chez les femmes enceintes, ainsi qu'un recours fréquent à la médecine traditionnelle en raison du manque de moyens ou de l'indisponibilité des services**. Ils mentionnaient également l'insuffisance de médicaments, la limitation des jours de consultation, l'insécurité nocturne et le coût élevé du transport comme obstacles majeurs. Dans les villages, les IC indiquaient que **les femmes enceintes vivant avec le VIH étaient décrites comme particulièrement vulnérables**, et de **nombreux adultes, exclus des soins gratuits, se tournaient vers des traitements traditionnels jugés peu efficaces**. Enfin, l'insécurité persistante, notamment liée aux incursions des groupes armés, semblait limiter les activités économiques et accentuer la précarité des ménages, réduisant encore leur capacité à accéder aux soins.

Les entretiens menés avec les professionnels de santé mettaient en évidence des différences notables entre les services proposés dans les structures médicales communautaires des villages et ceux assurés par la clinique mobile implantée sur un site de PDI. Dans les villages, les structures communautaires offraient généralement un paquet minimum d'activités de soins de santé essentielles, intégrées couvrant les volet curatif, préventif et promotionnel y compris la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), la

vaccination (PEV), le traitement des maladies non transmissibles (diabète, hypertension), du VIH, de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que les consultations prénatales et postnatales et les accouchements assistés avec kits propres. Ces structures disposaient également de lits d'hospitalisation, de laboratoires et, dans certains cas, de services de radiologie.

Cependant, les professionnels soulignaient plusieurs lacunes persistantes : l'absence de soins obstétricaux d'urgence (BEmONC/CEmONC) dans certaines structures, des horaires restreints pour les accouchements, un personnel insuffisamment formé sur des thématiques comme les violences basées sur le genre (VBG) ou la nutrition, ainsi que des barrières financières affectant particulièrement les groupes vulnérables tels que les PDI et les communautés pygmées.

En revanche, la clinique mobile sur le site de PDI se concentrait sur les soins primaires : consultations générales, PCIME, santé mentale, planification familiale, et dépistage nutritionnel (MUAC). Elle assurait un volume élevé de consultations prénatales mais présentait des lacunes majeures : absence de PEV, de traitement du VIH/tuberculose, de soins obstétricaux d'urgence, de kits d'accouchement, et de services de radiologie.

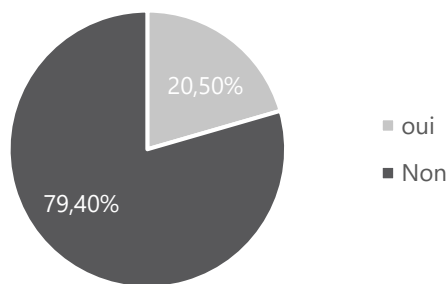


Figure 2 : Maladies déclarées dans l'ensemble des localités évaluées les deux semaines précédant l'enquête

Tableau 8 : Santé - indicateurs de base

	Villages	Sites	Dans l'ensemble
Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir eu un besoin en matière de santé au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête			
	n=101	n=98	N=199
Oui	18,6%	22,7%	20,5%
Non	81,3%	77,3%	79,4%
Ne sait pas	0,2%	0%	0,1%
Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir eu un besoin en matière de santé au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête, ventilé par tranche d'âge²¹			
Moins de 5 ans	50,6%	45,7%	47,8%
Plus de 5 ans	84,8%	108%	95,4%
Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir eu un besoin en matière de santé au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête, ventilé par sexe²²			
Homme	14,3%	19,8%	16,9%
Femme	22,2%	25,1%	23,6%
Maladie au cours des deux semaines précédant la collecte des données (principaux symptômes)			
	n=19	n=22	N=41
Fièvre	25%	33,6%	29,6%
Diarrhée	12,1%	19,8%	16,2%
Toux	18,1%	24,4%	21,5%
Respiration rapide et difficile	0,9%	2,3%	1,6%
Infection des yeux ou yeux rouges	2,6%	2,3%	2,4%
Infection de la peau	4,3%	10,7%	7,7%
Infection de l'oreille	0%	0,8%	0,4%
Eruption/bosse sur la tête ou le cou	0,9%	1,5%	1,2%
Maladie au cours des deux semaines précédant l'enquête			
Par statut de déplacement			
Communauté hôte	20,4%	0%	20,4%
Ménage retourné	14%	0%	22,7%
Ménage déplacé	0%	87,7%	14%
Accès aux soins de santé lorsque le besoin était ressenti n=101 n=98 N=199			
Oui	80,2%	87%	83,8%
Non	19,8%	13%	16,2%
Ménages confrontés aux principaux obstacles à l'accès aux soins de santé			
	n=20	n=13	N=33
Impossibilité de payer le coût des médicaments	60,9%	70,6%	65%
N'a pas eu besoin d'accéder aux services	13%	5,9%	10%

²¹Il s'agit des effectifs cumulés des réponses positives ("oui") des personnes, toutes tranches d'âge confondues, c'est-à-dire des moins de 5 ans et des 5 ans et plus, ayant déclaré avoir été malades au cours des deux semaines précédant la collecte des données.

²² Il s'agit des effectifs des réponses positives ("oui") des personnes ayant déclaré avoir été malades au cours des deux semaines précédant la collecte des données, ventilés par sexe.

Principaux lieux d'obtention des soins de santé des ménages			
	n=101	n=98	N=199
Centre de santé gouvernemental	22,6%	8,8%	15%
Clinique d'une ONG	0%	52,6%	29%
Clinique privée	12,9%	4,4%	8,2%
Hôpital privé	2,2%	0%	1%
Hôpital public	32,3%	21,1%	26,1%
Poste de santé public	8,6%	0%	3,9%
Praticien traditionnel	3,2%	5,3%	4,3%
Enfants de 9 à 59 mois vaccinés contre la rougeole			
Oui, d'après les souvenirs de la mère	94,4%	83,3%	88,6%
Oui, d'après la carte ou le carnet de vaccination	0%	1,3%	0,7%
Non	5,6%	14,1%	10,1%
Ne sait pas	0%	1,3%	0,7%
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A			
Oui	93,5%	88%	90,6%
Non	6,5%	9,6%	8,1%
Ne sait pas	0%	2,4%	1,3%

Abris et articles ménagers essentiels

Tableau 9 : Résultats abris et articles ménagers essentiels (AME)

	Villages	Sites	Dans l'ensemble
	n=101	n=98	N=199
Types d'abris			
Abris de fortune	1%	20,4%	10,6%
Appartement solide/fini	25,7%	0%	13,1%
Aucun (dormir à l'air libre)	0%	1%	0,5%
Autres (maison en planche)	0%	70,4%	34,7%
Bâtiment inachevé/non fermé	3%	2%	2,5%
Maison achevée	70,3%	6,1%	38,7%
Capacité des ménages à préparer des repas au sein des abris			
Oui, sans problème	48,5%	41,8%	45,2%
Oui, avec des problèmes	51,5%	48%	49,7%
Non, ce n'est pas possible	0%	10,2%	5%
Raisons évoquées de l'impossibilité de cuisiner à l'intérieur de l'abris			
Insuffisance des AME (ustensiles de cuisine)	7,7%	31,6%	20,2%
Espace insuffisant pour cuisiner	65,4%	52,6%	58,7%
Insuffisance de combustible pour la cuisson	5,8%	5,3%	5,5%
Capacité à dormir au sein des abris			
Oui, sans problème	51,5%	43,9%	47,7%
Oui, avec des problèmes	48,5%	52%	50,3%
Non, ce n'est pas possible	0%	4,1%	2%
Raisons évoquées de l'impossibilité de dormir à l'intérieur de l'abris			
Insuffisance des AME (literies, moustiquaires)	57,1%	65,5%	61,5%
Espace insuffisant	59,2%	63,6%	61,5%
Espace non sécurisé	4,1%	10,9%	7,7%
Espace inadéquat (fuites en cas de pluie)	0%	7,3%	3,8%

Capacité des ménages à stocker de la nourriture et de l'eau au sein des abris²³			
Oui, sans problème	45,5%	50%	47,7%
Oui, avec des problèmes	54,5%	41,8%	48,2%
Non, ce n'est pas possible	0%	8,2%	4%
Ménages éclairés à la tombée de la nuit			
Oui, sans problème	34,7%	22,4%	28,6%
Oui, avec des problèmes	60,4%	36,7%	48,7%
Non, ce n'est pas possible	5%	40,8%	22,6%
Problèmes d'électricité à la tombée de la nuit			
Electricité intermittente et insuffisante	21,2%	40,8%	31,7%
Pas d'électricité, pas de lampe solaire	78,8%	59,2%	68,3%
Capacité à effectuer l'hygiène personnel dans le lieu de vie			
Oui, sans problème	45,5%	50%	47,7%
Oui, avec des problèmes	53,5%	43,9%	48,7%
Non, ce n'est pas possible	1%	6,1%	3,5%
Raisons évoquées de l'impossibilité de l'hygiène personnel dans le lieu de vie			
Manque d'AME (savons)	36,4%	42,9%	39,4%
Espace insuffisant/inadéquat (manque d'intimité)	61,9%	59,2%	60,6%
Espace non sécurisé	23,6%	20,4%	22,1%

Les conditions d'habitat variaient sensiblement entre les villages et les sites de PDI. D'après les enquêtes ménages, **les abris en planches étaient les plus répandus sur les sites de PDI (70,4%), tandis que dans les villages, les maisons solides ou achevées prédominaient (70,3%)**. Par ailleurs, 20,4 % des ménages vivant sur les sites déclaraient résider dans des abris de fortune.

Les IC confirmaient cette tendance, en précisant que **dans les villages, l'arrivée massive de déplacés entraînait une surpopulation des logements existants, souvent inadaptés pour accueillir plusieurs familles**. Cette promiscuité pourrait s'accompagner d'une dégradation progressive des conditions d'habitat.

Sur les sites de PDI, bien que certaines organisations humanitaires aient construit des abris en planches plus stables, une part importante de la population vivait encore dans des structures précaires, exposées aux intempéries, ou partageait un même abri entre plusieurs ménages.

Dans les deux contextes, le manque de ressources financières constituait un obstacle majeur à l'amélioration des conditions de logement, aggravé par l'insécurité qui empêchait le retour vers les zones d'origine, ainsi que par le coût élevé des loyers dans les villages.

Les enquêtes ménages indiquaient que l'impossibilité de cuisiner ou de dormir à l'intérieur des abris était principalement liée à l'insuffisance d'espace (58,7% pour la cuisine, 61,5% pour le sommeil) et au manque d'articles ménagers essentiels (20,2% et 61,5% respectivement). Les données croisées avec les entretiens des IC corroboraient ces résultats, décrivant des abris souvent exigus et mal équipés, ne permettant pas une organisation fonctionnelle de la vie quotidienne. Le manque de matelas, de couvertures, de nattes et d'ustensiles de cuisine était récurrent, affectant particulièrement les enfants et les personnes vulnérables.

L'analyse des entretiens IC révélait une situation similaire concernant les conditions de logement dans les villages accueillant des PDI. Si certains IC soulignaient une forte pression sur les ressources d'hébergement due à l'afflux massif de déplacés, entraînant promiscuité et surcharge des familles hôtes, d'autres estimaient la situation moins problématique. L'insécurité empêchant le retour des PDI et le manque de moyens financiers limitaient toute amélioration des conditions de logement. En revanche, à Tenambo3, bien que la vie ne fût pas idéale, la majorité des habitants disposait d'un lieu de vie relativement acceptable, et aucune situation de crise majeure n'avait été signalée.

Les réponses des informateurs clés rencontrés dans les sites de PDI variaient quant à l'accès à un lieu de vie convenable pour les personnes déplacées internes (PDI). Tous reconnaissaient les efforts fournis par une organisation, qui avait construit des maisons en planche sur le site. Cependant, les conditions de vie restaient inégalement réparties. Certains ménages vivaient encore dans des abris de fortune faute de moyens, tandis que d'autres disposaient de logements plus stables. Un informateur considérait ces logements comme satisfaisants et estimait qu'il n'existait pas de problème majeur de logement. En revanche, un autre soulignait des difficultés importantes liées à l'aménagement des abris : manque de lits, de matelas, de couvertures, et surpeuplement. Le manque de ressources financières était unanimement identifié comme l'obstacle principal à un lieu de vie convenable.

En général, les membres de la communauté ne rencontraient pas de problèmes graves concernant l'accès aux vêtements, chaussures, couvertures et literie. Cependant, dans le village d'Oicha 1, l'IC apportait une nuance importante liée à l'arrivée des PDI. Ces dernières arrivaient souvent sans vêtements, chaussures ni literie, ce qui obligeait les familles hôtes à partager les leurs. Cette solidarité communautaire, bien que salubre, accentuait la pression sur les ressources disponibles dans les ménages. Le manque d'effets personnels parmi les PDI était directement lié à l'insécurité, qui les poussait à fuir précipitamment leur lieu d'origine.

Dans les sites de PDI visités, **les IC signalaient tous l'existence d'un grave problème lié au manque de vêtements, de chaussures et de couvertures parmi les PDI vivant dans les sites.** Tous les membres de la communauté étaient concernés, avec une attention particulière portée aux enfants, qui étaient les plus touchés par le manque de vêtements et de chaussures. Le principal obstacle identifié était le manque de ressources financières. D'autres IC soulignaient que l'absence de revenus empêchait les ménages de se procurer ces articles de première nécessité ou de développer des activités génératrices de revenus qui leur auraient permis de les acquérir.

Besoins prioritaires

L'analyse des entretiens avec les IC, qu'ils soient responsables communautaires ou membres de la communauté, mettait en évidence une forte convergence sur les besoins les plus importants dans les villages et les sites accueillant des PDI. Trois priorités majeures se dégageaient de manière récurrente : **l'accès à l'alimentation, aux soins de santé, et à des conditions de vie dignes.**

Le besoin le plus critique identifié était le manque de nourriture. Ce problème était unanimement cité comme la priorité absolue par les IC des villages comme des sites. L'arrivée massive des PDI accentuait la pression sur les ressources locales, ce qui aggravait la vulnérabilité nutritionnelle comme en témoigne la très faible consommation, au cours des sept jours précédant l'enquête, de légumineuses, de fruits, de viande, de produits laitiers et de sucre (en moyenne moins de deux jours) et exposait les ménages à des stratégies d'adaptation négatives. En deuxième position, les difficultés d'accès aux soins de santé étaient largement rapportées. Les responsables communautaires des villages soulignaient l'insuffisance des services médicaux, notamment dans certaines localités où le manque de médicaments et d'infrastructures sanitaires était particulièrement préoccupant. Les membres de la communauté confirmaient ces constats, évoquant des services de santé inadéquats ou inaccessibles. Sur les sites de PDI, les IC insistaient sur le manque de médicaments, l'absence d'ambulances, et les difficultés spécifiques rencontrées par les enfants et les femmes enceintes.

Le troisième besoin prioritaire variait selon les localités et les profils des répondants, mais restait centré sur les conditions de vie. Dans les villages, les responsables communautaires mentionnaient tour à tour le manque de logements décents, ou le manque d'abris pour tous. Les membres de la communauté évoquaient également le manque de logement, l'accès limité à l'eau potable, l'absence de latrines, et la surpopulation dans les habitations. Sur les sites de PDI, les informateurs identifiaient comme troisième priorité les besoins en éducation, le manque d'opportunités d'emploi.

Mortalité

Un taux de mortalité estimé à 0,19 pour 10 000 personnes/jour (IC à 95 % : 0 à 0,57) a été observé dans l'ensemble des localités évaluées au cours de la période de rappel de 90 jours utilisée pour l'enquête.

Discussion

Les résultats de l'évaluation mettent en évidence une forte interdépendance entre les différents secteurs étudiés. L'insécurité alimentaire apparaît étroitement liée à l'arrêt des activités agricoles causé par l'insécurité (rapporté par 85,9 % des ménages), ce qui pousse les familles à recourir à des stratégies d'adaptation d'urgence, plus fréquemment observées dans les villages (51 %) que dans les sites de PDI (43 %). Ce contraste avec les résultats de la sévérité de l'expérience de la faim rapportée par les ménages (HHS), plus sévères dans les sites, pourrait s'expliquer par le fait que, dans les villages, les ménages disposaient encore de certains biens ou ressources leur permettant de mettre en œuvre des stratégies plus importantes, telles que la consommation des semences prévues pour la saison suivante (stratégie d'urgence). À l'inverse, dans les sites, les ménages ressentaient la faim plus sévèrement mais disposaient de très peu de moyens, ce qui limitait leur capacité d'adaptation. Les contraintes financières, rapportées par 13 % des ménages, constituent le deuxième facteur limitant l'accès à la nourriture et contribuent à l'aggravation de l'insécurité alimentaire. Cette précarité économique se répercute également sur le secteur EHA : les ménages, faute de moyens, n'étaient pas en mesure d'acheter ou de traiter l'eau (97 % ne la traitent pas) ni d'acquérir du savon (72,9 % n'y avaient pas accès), compromettant ainsi les pratiques d'hygiène de base. Ces déficits en EHA, particulièrement prononcés chez les PDI, résultent d'une combinaison de faibles revenus et d'un accès limité aux infrastructures. L'absence d'infrastructures sanitaires adéquates (82,4 % des ménages utilisaient des latrines non améliorées, souvent partagées) accentue les risques de maladies hydriques et infectieuses dont la prévalence pourrait nettement augmenter en saison de pluie, aggravant ainsi la vulnérabilité sanitaire. Enfin, les conditions d'habitat viennent renforcer cette dynamique : dans les sites, les abris précaires (en planches ou de fortune) et le manque d'espace pour cuisiner ou dormir (58,7 % et 61,5 % respectivement), combinés à l'insuffisance d'articles ménagers essentiels (jusqu'à 61,5 % des ménages concernés), affectent directement la sécurité alimentaire (impossibilité de cuisiner), la santé (exposition aux intempéries) et l'hygiène (absence de matériel de base). Ces interactions multiples illustrent un enchaînement de vulnérabilités où la dégradation d'un secteur tend à accentuer celle des autres, renforçant ainsi un cercle vicieux de précarité multidimensionnelle.

S'agissant de la consommation d'eau, les besoins étaient plus importants dans les sites de PDI, où près de la moitié des ménages consommaient moins de 7,5 litres par personne et par jour. Il est intéressant de constater que les deux tiers des ménages vivant dans les villages (66,3 %) et plus de la moitié de ceux vivant dans les sites (58,2 %) avaient accès à une source d'eau potable. Des efforts notables semblent avoir été fournis pour améliorer l'accès à l'eau, notamment à travers l'installation de robinets publics, de forages ou de puits tubulaires bien protégés. Cependant, environ 19 % des ménages PDI faisaient face à des problèmes de qualité de l'eau, celle-ci provenant souvent de puits non protégés ou de sources de surface.

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus lors de la dernière évaluation rapide multisectorielle menée dans une zone de santé voisine de celle d'Oicha (ZS de Beni) en 2022²⁴, réalisée auprès des PDI et des communautés hôtes, ainsi qu'à ceux de l'évaluation conduite dans la ZS d'Oicha en 2024²⁵ auprès des PDI résidant dans les centres collectifs et les sites de déplacement. Cette comparaison permet d'informer le lecteur sur l'évolution des différents indicateurs de santé publique dans la zone.

²⁴ [20220808_ehtools_4412_rapport_erm_hd_africa_commune_beu_ville_de_beni_zs_beni.pdf](#)

²⁵ [Interos Evaluation rapide multisectorielle rapport oicha février 2024.pdf](#)

Le score de consommation alimentaire (FCS) diffère de celui obtenu lors de l'évaluation menée à Beni, qui avait mis en évidence un FCS pauvre aussi bien chez les PDI (97 %) que chez les populations hôtes (94 %). Il diffère également de celui observé à Oicha, où un FCS pauvre (99 %) avait été constaté chez les PDI résidant dans les sites et centres collectifs. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, selon nos résultats, on observe une plus grande diversité d'activités de subsistance et un nombre plus élevé de personnes y participant. De plus, les PDI aidées par les communautés hôtes avaient un meilleur accès à la terre, ce qui leur permettait de cultiver de petits jardins. En revanche, concernant le LCSJ, notre résultat pour les PDI est similaire à celui observé à Oicha en 2024. Cette similarité pourrait s'expliquer par le fait que les ménages demeurent incapables de mettre en place des mécanismes d'adaptation durables, probablement en raison de l'insécurité persistante limitant l'accès aux champs et du manque d'aide alimentaire spécifique liée à la sécurité alimentaire.

S'agissant du WASH, nos résultats sont similaires à ceux observés dans la ZS d'Oicha en 2024, où 90 % des ménages utilisaient des latrines partagées par plus de quatre personnes. On notait également que 80 % des sources d'eau étaient améliorées, mais que le nombre de points d'eau restait insuffisant par rapport à la population, situation signalée par 80 % des ménages. Cette similarité pourrait s'expliquer par le fait que, depuis 2024, aucune intervention n'a été menée dans ce secteur pour améliorer la situation, si bien que les populations continuent de faire face aux mêmes conditions.

Sur le plan de la santé, les résultats diffèrent. En 2024 à Oicha, les pratiques étaient variées : 40 % des PDI se rendaient aux centres de santé pour rechercher des soins, tandis que 40 % préféraient recourir à l'automédication. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, dans notre contexte, une clinique mobile destinée aux PDI était présente dans l'un des sites.²⁶ Cependant, en ce qui concerne les obstacles à l'accès aux soins, nos résultats sont similaires à ceux observés à Oicha. En effet, le manque de moyens pour payer les soins de santé constituait l'obstacle le plus fréquemment cité.

S'agissant des abris, nos résultats diffèrent de ceux observés à Oicha en 2024, où 47 % des PDI vivaient dans des abris d'urgence construits avec les matériaux disponibles sur place (abris de fortune). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, selon nos observations, une organisation assurait la construction des abris au sein des sites. Cependant, concernant les articles ménagers essentiels, nos résultats sont similaires à ceux observés à Beni. En effet, la carence en matériel de couchage (lit, draps, couvertures) et en articles de cuisson (cuvette, louche, casserole) avait également été rapportée. Cette similitude pourrait s'expliquer par l'absence d'aide humanitaire suffisante dans ce domaine depuis un certain temps, ainsi que par la précarité économique des ménages, qui les empêche de répondre à ces besoins.

S'agissant des besoins prioritaires, nos résultats sont similaires à ceux observés à Oicha et à Beni. En effet, le besoin en nourriture a été le plus fréquemment cité. Cette similitude pourrait s'expliquer par l'insuffisance de la production agricole, liée à l'insécurité, qui plonge les ménages dans une situation d'insécurité alimentaire.

Le faible taux de décès retrouvé dans la population générale (0,19/10000/jour) pourrait s'expliquer par la petite taille de l'échantillon et par le fait que les grands mouvements de population et les chocs sécuritaires

²⁶ [Intersos Evaluation rapide multisectorielle rapport oicha février 2024.pdf](#)

liés aux incursions des groupes armés avaient eu lieu en dehors de la période de rappel par conséquent les décès qui auraient pu survenir ne sauraient être reflétés dans ces données.

Tableau 10 : Risques intégré de surmortalité

Catégorie	Domaine			Sévérité		
		Preuve	Norme (le cas échéant)	village	site	Dans l'ensemble
Résultats en matière de santé	Mortalité	0,1 décès pour 10000 par jour pour la population générale et 0 décès pour les moins de 5 ans	1 décès pour 10 000 par jour 2 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 10 000 par jour	Faible	Faible	Faible
	Malnutrition	Pas disponible	> 10 % GAM par MUAC	N/A	N/A	N/A
	Morbidité	La majorité des ménages (77,3 % dans les sites et 81,3 % dans les villages) n'avait pas été malade au cours des deux semaines précédant l'enquête et parmi ceux qui étaient malades, ils avaient eu accès aux soins lorsqu'ils en avaient besoin (80,2 % dans les villages et 87 % dans les sites). Les IC mentionnaient toutefois des insuffisances en matière de disponibilité de médicaments, de certains services essentiels tels que la maternité, ainsi que des lacunes dans la formation du personnel de santé.	>20% des personnes dont les besoins en matière de soins de santé ne sont pas satisfaits L'établissement de santé dispose de médicaments et de dispositifs médicaux essentiels	Faible	Faible	Faible
	Consommation d'eau	62,3 % des ménages déclaraient avoir accès à une source d'eau potable, principalement un robinet public, et 44,9 % pouvaient s'y approvisionner en moins de 30 minutes. Toutefois, la quasi-totalité (97 %) ne procédait à aucun traitement de l'eau avant	2,5 - 3 lpd pour la boisson et l'alimentation ; 2 - 6 lpd pour les pratiques d'hygiène ; 3 - 6 lpd pour la cuisine de base ; 15 lpd à toutes fins utiles	Faible	Faible	Faible

		de la consommer. La consommation moyenne de l'eau était de 10LPPD				
Facteurs contributifs directs	Sécurité alimentaire des ménages ²⁷	Dans l'ensemble, 56 % des ménages présentaient un FCS limité, avec 68 % dans les sites et 45 % dans les villages et la majorité des ménages avait un rCSI haut (65% dans les sites, 60% dans les villages)	-Les 5 principaux groupes d'aliments consommés (HDDS) -un score de consommation alimentaire acceptable (FCS) -Score rCSI faible -Seuils de la CIB HHS -Classification de la consommation alimentaire Source des aliments	Moyen	Haut	Haut
	Sécurité de l'eau dans les ménages	Le nombre moyen de récipients utilisés pour la collecte et le stockage de l'eau était de 1,5, ce qui reste inférieur aux standards.	Au moins deux récipients d'eau par ménage, de 10 à 20 litres (un pour la collecte, un pour le stockage)	Moyen	Moyen	Moyen
	Revenu des ménages et adaptation	Dans l'ensemble des localités évaluées, 47 % des ménages recouraient à des stratégies d'adaptation d'urgence pour faire face au manque de nourriture, une proportion plus élevée dans les villages (51 %) que dans les sites de PDI (43 %).	La plupart des ménages dépendent de l'aide humanitaire, de la mendicité ou d'autres stratégies d'adaptation difficiles (> 50 %) Épuisement des sources de revenus de survie ou dépendance principalement à l'aide	Haut	Haut	Haut
	Conditions de vie	Les observations directes ont mis en évidence un état d'insalubrité, marqué par la présence d'excréments humains et animaux, dans la quasi-totalité des localités évaluées.	Pourcentage d'abris et/ou de sites d'installation situés dans des zones où les menaces, les risques et les dangers naturels ou causés par l'homme sont inexistantes ou minimes.	Moyen	Moyen	Moyen

²⁷ [IPC Glob Ref Table FR 12 09 Material Tools.pdf](#)

Facteurs contributifs indirects	Environnement naturel et bâti (assainissement)	Les observations directes ont mis en évidence un état d'insalubrité, marqué par la présence d'excréments humains et animaux, dans la quasi-totalité des localités évaluées.	Pourcentage d'abris et/ou de sites d'installation situés dans des zones où les menaces, les risques et les dangers naturels ou causés par l'homme sont inexistants ou minimes.	Moyen	Moyen	Moyen
	Fonctionnalité du marché	Non évalué		Non évalué	Non évalué	
	Adéquation des services WASH	Les latrines respectaient le standard d'urgence (1 latrine pour 50 personnes) cependant, certaines latrines observées étaient situées à proximité des points d'eau et la présence de matières fécales humaines et animales étaient observées dans certains lieux de vie surtout dans les sites de PDI. 79% des ménages n'avaient pas accès au savon, absence de dispositif de lavage des mains selon les observations directes réalisées.	20 personnes par latrine (objectif à moyen terme) ; 50 personnes par latrine (urgence) ; Pas de matières fécales humaines dans l'environnement de vie ; Les latrines sont situées à au moins 30 mètres des sources d'eau ; les latrines sont situées à au plus 50 mètres des abris ;	Moyen	Haut	Haut
	Adéquation des services de santé	Dans l'ensemble des localités évaluées, 90,6 % des enfants avaient reçu une supplémentation en vitamine A et 88,6 % étaient vaccinés contre la rougeole. Les informateurs clés, tous professionnels de santé, ont néanmoins confirmé la présence du Programme élargi de vaccination (PEV) dans les structures sanitaires. Les soins de santé étant payants, ils ont souligné que l'absence de gratuité constituait un frein majeur à l'accès aux services, incitant certains habitants à ne pas fréquenter les structures. Toutefois, dans certaines structures encore appuyées par des ONG, les soins demeurent gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et les	95 % des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une dose appropriée de vitamine A à l'issue de la campagne de vaccination. 95% des enfants âgés de 6 mois à 15 ans sont vaccinés contre la rougeole 100 % des établissements de santé ne facturent pas de frais pour les soins de santé prioritaires 100 % des personnes n'effectuent pas de paiements directs lorsqu'elles accèdent à des soins de santé ou les utilisent*.	Moyen	Moyen	Moyen

		femmes enceintes, selon leurs témoignages.				
	Adéquation des services de nutrition	Non évalué		N/A	N/A	N/A
Analyse intégrée des résultats en matière de santé				0 / 4	0 / 4	0 / 4
(Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)						
Analyse intégrée Facteurs contributifs				08 / 14	10 / 14	10 / 14
(Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)						
Score de l'analyse intégrée Total				08 / 18	10 / 18	10 / 18
(Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)						
Déclaration sur le risque de surmortalité			

Conclusion et recommandations

Cette évaluation rapide multisectorielle, menée dans la ZS d'Oicha, s'inscrivait dans un contexte d'insécurité persistante marquée par les incursions répétées des groupes armés, responsables de déplacements massifs de populations. Ces mouvements exerçaient une pression accrue sur les ressources locales et les services de base, tant dans les villages hôtes que dans les sites de PDI. L'objectif principal était d'analyser l'impact de cette crise sécuritaire sur la santé publique et d'identifier les priorités humanitaires afin de réduire la morbidité, la malnutrition et la mortalité excessive.

En matière de sécurité alimentaire, la situation demeurait préoccupante : plus de la moitié des ménages présentaient un score de consommation alimentaire limité (phase 3 IPC), conséquence directe de l'insécurité qui entravait l'accès aux terres agricoles et réduisait la production agricole locale, principale source de nourriture. Les ménages recouraient à des stratégies de crise, telles que la réduction du nombre de repas, le retrait des enfants de l'école. Aucun appui significatif en sécurité alimentaire n'avait été rapporté depuis 2023.

Dans le secteur de la santé, l'accès aux services de santé est satisfaisant notamment dans les sites. En revanche, le paquet minimum d'activités est bien plus large dans les villages que dans les sites car les structures de soins comme la clinique mobile ne fournit pas les services d'accouchements et les services préventifs comme la vaccination. Il n'y a pas de dispositifs de gratuité des soins qui demeurent payant. L'absence de gratuité constituait un obstacle majeur, incitant au recours à la médecine traditionnelle. Les structures sanitaires étaient fonctionnelles mais sous-équipées et manquent d'intrants pour la prise en charge de la tuberculose et du VIH qui était une préoccupation majeure pour les femmes enceintes. La couverture vaccinale contre la rougeole et la supplémentation en vitamine A restaient inférieures aux standards Sphère.

Dans le secteur WASH, les besoins apparaissaient modérés : plus de la moitié des ménages avaient accès à une source d'eau potable en moins de 30 minutes, mais le traitement de l'eau restait quasi inexistant, aucun ménage ne disposait de dispositif de lavage des mains et l'insalubrité communautaire était largement observée, surtout dans les sites de PDI, où l'on pouvait constater une accumulation d'excréments humains et animaux dans les espaces de vie et aux abords des latrines exposant les populations à des risques sanitaires, notamment à des épidémies.

Un seul cas de décès avait été notifié, et cela ne rend pas réellement compte de la situation de crise humanitaire avec les conflits des groupes armés. Une attention particulière dans l'évaluation de cet indicateur s'avère nécessaire pour les prochaines évaluations IPHRA.

Pour les abris et les AME, les conditions de vie restaient précaires tant dans les sites que dans les villages. Dans les sites, la majorité des ménages vivaient dans des abris en planches, souvent surpeuplés, avec un manque d'ustensiles de cuisine, de literies et de moustiquaires. Dans les villages, bien que les habitants occupaient des maisons solides, ils faisaient face aux mêmes insuffisances en AME. Dans les deux contextes, le manque de moyens financiers limitait l'accès à un logement décent et à l'achat d'articles de première nécessité sur le marché.

Les besoins prioritaires exprimés par les IC concernaient l'assistance en vivres, les soins de santé, les abris et les AME, avec une forte préoccupation pour la sécurité dans les champs et villages d'origine.

Cette évaluation dressait un portrait précis et nuancé des besoins des déplacés, des communautés hôtes et des retournés, tout en révélant des lacunes critiques dans la couverture humanitaire actuelle. Elle mettait en évidence des vulnérabilités exacerbées par l'insécurité et soulignait l'urgence d'une assistance multisectorielle coordonnée, associée à un plaidoyer renforcé pour le rétablissement de la sécurité, condition essentielle à tout retour volontaire et digne.

Au-delà de l'urgence, l'étude montrait la nécessité de combler les lacunes d'information sur la mortalité, la nutrition, les mécanismes communautaires de résilience et les dynamiques de cohabitation entre déplacés et hôtes. Une cartographie détaillée des capacités locales, des risques de protection et des tensions potentielles permettrait d'anticiper les effets secondaires de l'aide et d'optimiser la réponse.

En définitive, conformément à son objectif initial, cette évaluation constituait un jalon stratégique pour ajuster la réponse humanitaire aux réalités du terrain, en tenant compte des évolutions probables du contexte sécuritaire et des besoins différenciés des populations affectées.

Tableau 11 : Recommandations

Dimension du risque de surmortalité	Gravité	Période	Recommandation
Consommation alimentaire des ménages	Haut	À court terme	Dans l'ensemble, 56 % des ménages présentaient une consommation alimentaire limitée, ce qui souligne l'importance de renforcer la couverture des interventions en matière de Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence (SAME) afin de répondre rapidement aux besoins urgents en consommation alimentaire et d'éviter que les ménages épuisent leurs stratégies d'adaptation restants.
Adéquation des services de santé	Moyen	À moyen terme	Selon les informateurs clés, l'absence de gratuité des soins constituait un obstacle majeur à l'accès aux services de santé, poussant une partie de la population à recourir à la médecine traditionnelle, souvent source de complications médicales. De plus, certains services essentiels, tels que la maternité, étaient absents dans plusieurs structures de santé. Face à cette situation, il est recommandé de mettre en place des programmes de santé plus inclusifs, intégrant à la fois les soins curatifs et préventifs afin d'améliorer l'accès et la qualité des services pour l'ensemble des populations.
Conditions de vie	Moyen	À moyen terme	Vingt pour cent des ménages vivant dans les sites déclaraient résider dans des abris de fortune. Le manque d'abris a également été identifié comme un besoin prioritaire par les informateurs clés. Par ailleurs, les observations directes ont mis en évidence la détérioration de nombreux abris. Au vu de cela, il est recommandé d'ajuster les programmes de construction d'abris en cours dans les localités en y ajoutant un volet de réparation des abris endommagés, incluant une composante axée sur la

			fourniture des matériaux nécessaires à la reconstruction et sur la formation des populations à ces pratiques.
Adéquation des services WASH	Moyen	A moyen terme	<p>Les conditions d'assainissement restaient critiques : la majorité utilisait des latrines non améliorées, souvent partagées, et plus de 80 % des ménages dans les sites n'avaient pas accès au savon. Les observations confirmaient l'absence quasi totale de dispositifs de lavage des mains et la présence fréquente de matières fécales dans l'environnement, en particulier dans les sites de PDI, par conséquent il est important de renforcer l'accès à l'eau potable, de promouvoir le traitement de l'eau au niveau des ménages, et d'investir dans l'amélioration des infrastructures d'assainissement (latrines améliorées, dispositifs de lavage des mains et accès au savon), en ciblant prioritairement les sites de PDI où les risques sanitaires sont les plus élevés.</p> <p>L'état de saturation quasi généralisée des latrines observées lors des visites, associé à l'absence de savon signalée par la majorité des ménages (72,9 %) et aux problèmes d'insalubrité rapportés par les IC, souligne la nécessité de mettre en œuvre des interventions d'assainissement ciblées, notamment la vidange des latrines et l'amélioration de l'hygiène des lieux de vie.</p>
Adéquation des services de santé	Haut	À court terme	La couverture vaccinale et la supplémentation en vitamine A, inférieures aux normes Sphère, soulignent la nécessité de renforcer les services de santé préventifs afin d'assurer une meilleure protection des enfants.