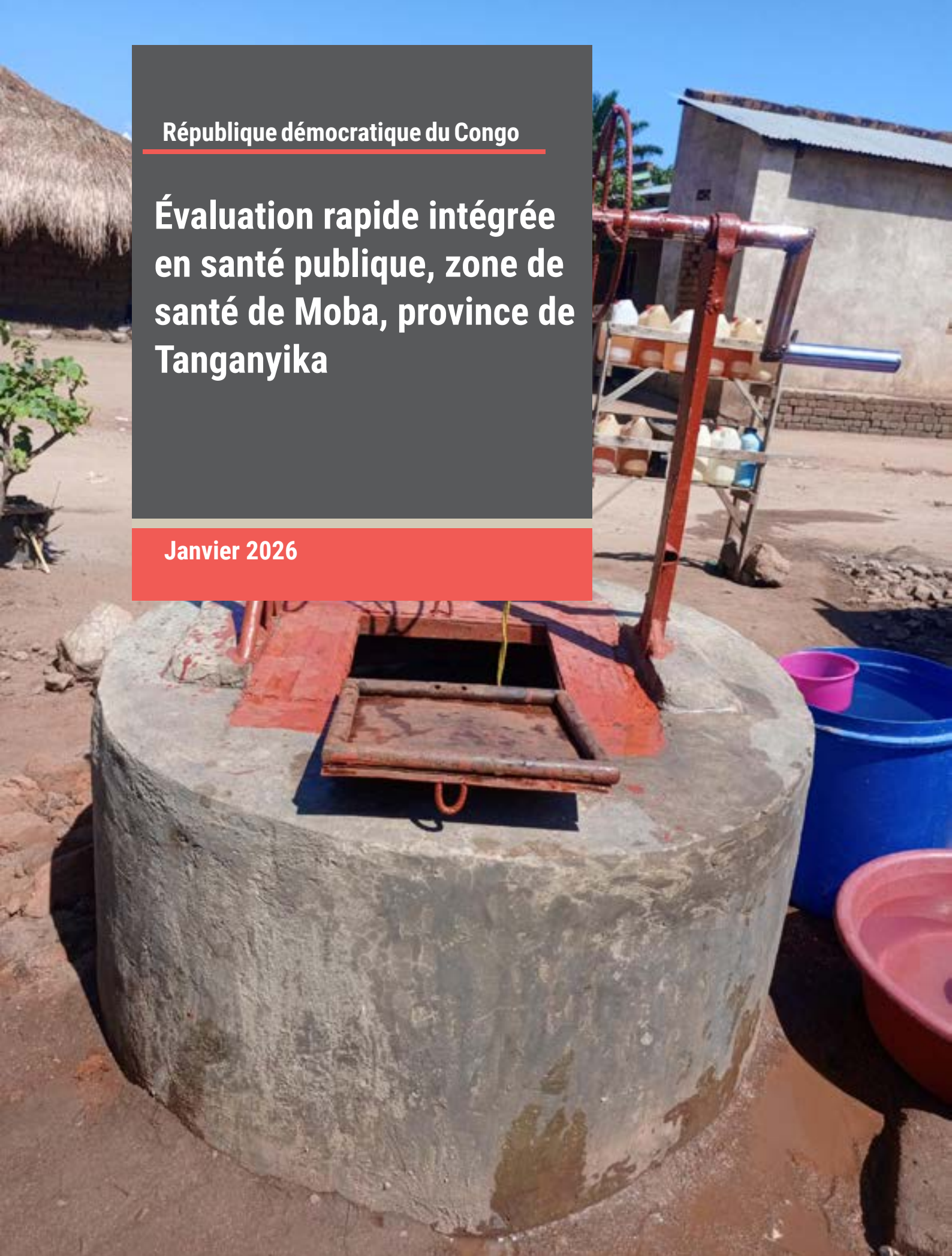


République démocratique du Congo

Évaluation rapide intégrée en santé publique, zone de santé de Moba, province de Tanganyika

Janvier 2026



United Kingdom
Humanitarian
Innovation Hub



REACH

Informing
more effective
humanitarian action

À propos de REACH

REACH facilite le développement d'outils et de produits d'information qui renforcent la capacité des acteurs humanitaires à prendre des décisions fondées sur des preuves en contextes d'urgence, de rétablissement 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-agences. REACH est une initiative conjointe des initiatives IMPACT, de l'ACTED et de l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche - Programme d'applications opérationnelles par satellite (UNITAR-UNOSAT). Pour plus d'informations, veuillez consulter [notre site web](#). Vous pouvez nous contacter directement à : geneva@reach-initiative.org et nous suivre sur Twitter @REACH_info.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2

PRINCIPALES CONCLUSIONS 3

CONTEXTE ET JUSTIFICATION 4

RESULTATS 5

 Sécurité alimentaire et moyens de subsistance 5

 Eau, hygiène et assainissement (EHA) 5

 Santé 6

 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) 6

 Abris et articles ménagers essentiels 7

 Besoins prioritaires et perceptions de l’aide 7

 Mortalité 7

DISCUSSION 8

CONCLUSION 9

RECOMMANDATIONS 10

ANNEXES 11

 Annexe 1 : Note méthodologique 11

 Annexe 2 : Analyse intégrée 12

PRINCIPALES CONCLUSIONS

De l'analyse intégrée des données de l'enquête, on note que la situation en matière de santé publique dans la zone de santé (ZS) de Moba dans la province de Tanganyika est globalement d'une sévérité moyenne évaluée sur des preuves de niveau modéré des indicateurs de la mortalité et d'accès aux services de santé. Le taux brut de mortalité a doublé passant de 0,53/10000 par jour en 2023 selon les données de l'enquête nutritionnelle du Pronanut à 1,07 décès par 10000 personnes par jour – intervalle de confiance 95% (IC95%) : 0,42 - 1,72 –. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a été multiplié par 10 passant de 0,51/10000 par jour à 5,07 décès par 10000 personnes par jour (IC95%: 1,17 - 8,92). Cette augmentation de la mortalité pourrait s'expliquer principalement par les niveaux élevés de maladies infectieuses notamment les épidémies de choléra et de Mpox survenues dans la province de Tanganyika et dont la zone de santé (ZS) de Moba était durement touchée, puis la mortalité maternelle et par des niveaux modérés de malnutrition aiguë.

Les lacunes en matière de santé publique sont très importantes. Face à la résurgence des épidémies de choléra et de rougeole dans la province de Tanganyika déjà affectée par l'épidémie de Mpox, les capacités de réponse du système de santé sont très réduites. Les contraintes financières entraînent un ralentissement de la mise en oeuvre des interventions pour prendre en charge les cas. Les services d'approvisionnement en eau étaient inadéquats. Les populations étaient confrontées à une insuffisance d'accès à l'eau potable avec une dépendance accrue aux eaux de surface que seulement 21,1% des ménages traitaient avec des pastilles de chlore. L'accès aux services de santé était insuffisant notamment pour les femmes enceintes qui continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance médicale avec de nombreuses complications d'accouchement pouvant entraîner des décès maternels. Pendant la saison des pluies, les inondations détruisent les champs avec un impact négatif très important sur les moyens d'existence.

Il est urgent de renforcer la couverture en eau potable, l'assainissement du cadre de vie et sensibiliser les populations à l'hygiène pour réduire les risques de résurgence des épidémies de choléra. Le positionnement des ONG pour la couverture des services de nutrition dans la zone de santé de Moba est un facteur favorisant l'amélioration des indicateurs de malnutrition. Il y a un besoin en couverture et utilisation des services de santé à combler par le renforcement de l'offre de services de santé, la mise en oeuvre du dispositif minimum d'urgence pour la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la promotion de la santé et la prévention des maladies.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Depuis le début de l'année 2025, les communautés du territoire de Moba dans la province du Tanganyika en République Démocratique du Congo (RDC) font face à une crise sanitaire et socio-économique, aggravée par des inondations récurrentes qui ont entraîné d'importantes pertes de moyens de subsistance et accru l'insécurité alimentaire¹. Une analyse du « Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire » (IPC) réalisée en septembre 2025 a classé la zone en phase de crise (phase 3), avec une prévalence de la malnutrition aiguë globale dépassant 15% et un risque de basculement dans la période projetée de janvier à juin 2026 vers la phase d'urgence². La situation épidémiologique était aussi préoccupante, marquée par de nombreuses flambées de maladies transmissibles telles que le choléra, plus de 640 cas suspects notifiés depuis le début de l'année 2025 avec 20 décès dans la zone de santé (ZS) de Moba avec des difficultés de prise en charge liées à des ruptures d'intrants sanitaires, et l'épidémie de Mpox, avec plus de 240 cas enregistrés au premier trimestre 2025^{3,4}.

Par ailleurs, des mouvements de population étaient observés, notamment des déplacements internes liés aux affrontements entre les forces armées de la RDC et des groupes armés, qui ont poussé plus de 12 000 personnes à fuir leurs localités pour se regrouper dans plusieurs aires de santé de la ZS^{5,6}.

En discutant avec les acteurs et les partenaires y compris le cluster sécurité alimentaire (SECAL) du Tanganyika et afin de mieux comprendre les besoins des populations vivant dans les villages les plus affectés par les chocs récents dans la ZS de Moba, REACH, avec le soutien financier de UKHIH (United Kingdom Humanitarian Innovation Hub) et DoS (Department of State des Etats-Unis d'Amérique), a conduit en novembre 2025 une IPHRA dans la ZS de Moba.

L'objectif de cette évaluation était d'analyser la gravité des chocs récurrents sur la santé publique et d'identifier les priorités d'intervention afin de contribuer à la réduction de la morbidité, de la malnutrition et de la mortalité au sein des populations affectées.

La collecte des données s'est déroulée du 25 au 29 novembre 2025 utilisant une approche mixte quantitative et qualitative. Un échantillon représentatif de 265 ménages a constitué la population d'étude pour l'enquête quantitative. La composante qualitative comprenait 19 entretiens avec des informateurs clés (IC), sélectionnés de manière raisonnée en fonction de leur rôle et de leur expertise, y compris cinq responsables communautaires, trois professionnels de santé, un agent de santé impliqué dans la prise en charge nutritionnelle et dix membres de la communauté. En complément, 19 observations directes ont été réalisées, dont 05 dans des lieux de vie communautaires, 06 au niveau des latrines et 08 au niveau des points d'eau, afin d'apprécier les conditions environnementales et l'accès aux services essentiels. Pour plus de détails, veuillez consulter l'annexe 1 et les termes de référence de l'évaluation⁷.

¹ [Radio Okapi- Inondations dans la ZS de Moba janvier 2026](#)

² [IPC RDC - Rapport d'analyse, sept. 2025](#)

³ [Radio Okapi- Tanganyika : Au total 32 cas de choléra enregistrés à Moba en deux semaines](#)

⁴ [Congo Quotidien-Mpox à Moba : 240 cas suspects \(mars 2025\)](#)

⁵ [Tanganyika : l'armée neutralise trois miliciens Maï-Maï Bakata Katanga au village Kamena dans le territoire de Moba | Actualite.cd](#)

⁶ [OIM-Tableau de bord DTM Tanganyika, juin-juillet 2025](#)

⁷ [REACH IPHRA TDR ZS-de-Moba Novembre2025.pdf](#)

RESULTATS

Sécurité alimentaire et moyens de subsistance

Dans la ZS de Moba, l'insécurité alimentaire apparaît globalement de gravité moyenne, avec des signaux précoces de détérioration structurelle. La principale barrière d'accès à la nourriture était le manque de moyens financiers pour 52,9% des ménages. Même si 95% des ménages présentaient un score de consommation alimentaire (FCS) acceptable, suggérant un accès à une alimentation diversifiée relativement satisfaisant⁸, 21% des ménages souffraient d'une faim légère, 33% des ménages souffraient d'une faim modérée et 46% des ménages avaient rapporté ne pas souffrir de faim. Certains ménages développaient des stratégies de réduction à un seul repas par jour selon les informateurs clés, le nombre de jour moyen d'utilisation de la stratégie de réduction des repas était de 2 jours avec un score rCSI moyen de 18,71%. Les principales sources alimentaires des ménages étaient les marchés (56,1%), la production propre (18,8%) et les produits de la pêche (11,4%), tandis que le recours à l'aide alimentaire était négligeable (1,9%). Cette dépendance à la production individuelle et aux marchés pourrait fragiliser la résilience aux chocs économiques et environnementaux. Selon les IC, la baisse de la productivité halieutique, liée au non-respect des périodes de fermeture de la pêche, et l'insécurité (vols de matériel de production et des rendements agricoles), pourrait expliquer la hausse des prix et une raréfaction des denrées sur les marchés⁸. Cette pression contribue à l'amenuisement des moyens d'existence et la mise en place de stratégies d'adaptation basées sur les moyens d'existence, pour faire face au manque de nourriture. Plus d'un tiers (35%) des ménages utilisaient des stratégies de stress, principalement l'emprunt d'argent (49%), l'utilisation des économies du ménage (38%) et la vente d'avoir non productifs (25%)⁸. En outre, 28% des ménages adoptaient des stratégies de crise, telles que le retrait des enfants de l'école (18%) et la consommation de récoltes immatures (14%)⁸. Enfin, 12% recouraient à des stratégies d'urgence, incluant la consommation de semences destinées à la culture (4%), la mendicité (1%) et la vente de terrains (1%)⁸. Les stratégies d'urgence (12%) incluaient également des comportements à haut risque rapportés par les IC (vol, prostitution, adhésion à des groupes armés), révélant une érosion des capacités d'adaptation des ménages.

Eau, hygiène et assainissement (EHA)

La situation en EHA était caractérisée par des acquis en matière d'accès à l'eau mais il persistait des vulnérabilités liées à la sécurité de l'eau. La consommation moyenne d'eau était de 14,3 litres par personne et par jour – LPPD – (médiane : 10 LPPD), légèrement inférieure à la norme minimale de 15 LPPD recommandée par les standards SPHERE pour couvrir les besoins essentiels en contexte humanitaire⁸. En revanche, **36,6% des ménages** rapportaient une insécurité liée à l'eau – score WISE (water insecurity experiences) moyen = 1,94 – avec une dépendance aux eaux de surface (**29,4%**), malgré la présence de sources améliorées telles que les **forages protégés (30,6%)** et les **robinets publics (25,3%)**. **Seuls 21,1% des ménages** déclaraient traiter l'eau à l'aide de pastilles de chlore avant consommation, contrairement aux recommandations de l'OMS et des standards Sphère en matière de traitement de l'eau⁸. L'accès à l'eau était effectif chez **68,3% des ménages** qui pouvaient collecter l'eau en moins de **30 minutes** (aller-retour). En matière d'assainissement, 49,1% de ménages utilisaient des latrines à fosse sans dalle, 36,6% des latrines à fosse avec dalle et 8,3% des latrines à compost. Ces latrines étaient parfois partagées par 3 ménages en moyenne. Il n'y avait pas de dispositif de lavage des mains à proximité des latrines et 41,5% des ménages ne disposaient pas de savon, ce qui expose les communautés aux risques sanitaires accrus. Cette situation devenait particulièrement critique en période

⁸ <https://spherestandards.org/handbook/>

d'inondations, lesquelles favoriseraient la contamination fécale de l'environnement et augmenteraient le risque de maladies diarrhéiques (choléra), conformément aux alertes de l'OMS en contextes lacustres et inondables⁹. Selon les IC, les inondations récurrentes et le manque de moyens financiers pour la construction de latrines adéquates constituaient des facteurs aggravants majeurs, tandis que la présence d'ONG dans certains villages (Majengo, Nsibala et Kizungi) contribuait à atténuer localement la gravité de la situation, sans toutefois couvrir l'ensemble de la zone de santé.

Santé

Sur le plan épidémiologique, **la ZS de Moba constituait une zone très affectée par le Mpox**, avec 2 930 cas suspects et 2 décès enregistrés au 31 août 2025 dans la province du Tanganyika, dont plus de 200 cas suspects notifiés au premier trimestre 2025 dans la seule zone de santé de Moba¹⁰. La résurgence récurrente du choléra témoigne d'une dégradation des conditions d'hygiène et d'assainissement responsable d'une crise sanitaire persistante : plus de 640 cas suspects et 20 décès avaient été rapportés depuis le début de l'année 2025, avec 94 cas suspects notifiés la semaine précédant l'enquête¹¹. Ces épidémies accentuent les besoins de routine en santé qui restent non couverts. La couverture vaccinale contre la rougeole était de 69,7% selon le souvenir de la mère, 17,2% selon le carnet de vaccination et 13,1% des enfants de 9 à 59 mois n'était pas vaccinés. La supplémentation en vitamine A dans les 6 derniers mois était estimée à 73,4% des enfants de 6 à 59 mois.

Au cours des deux semaines précédant l'enquête, 26,7% des répondants (n=71) avaient déclaré avoir eu besoin de soins. Parmi eux, 38,1% (n=27) n'avaient pas pu accéder aux services de santé, principalement pour des raisons financières, notamment l'incapacité de payer les médicaments (25%), ce qui entrave la réalisation de l'accès rapide et équitable aux soins essentiels pour tous. Les symptômes rapportés, notamment la fièvre (60,1%), les maux de tête (30,1%), les douleurs abdominales (22,4%) et la diarrhée (11,5%), traduisaient une forte prévalence de maladies infectieuses transmissibles. Les enfants de moins de cinq ans constituaient un groupe particulièrement vulnérable, 72,8% d'entre eux étant tombés malades au cours des deux semaines précédant la collecte des données. Les populations avaient recours en priorité aux pharmacies (35,6%), ce qui témoigne d'une auto-médication face à la maladie ; puis l'hôpital public et le centre de santé (31,7%) et les tradiparticiens (10,2%). Selon les IC, les accouchements à domicile non assistés étaient fréquents, en raison de l'absence de services obstétricaux complets, notamment la césarienne, ce qui augmente le risque de mortalité maternelle. Les difficultés d'accès aux services de santé étaient liées aux barrières financières, des ruptures de médicaments (amoxicilline, intrants choléra), l'absence de traitement spécifique contre le Mpox dans les formations sanitaires, ainsi que par l'inaccessibilité géographique de certains villages, tels que Kabaya, obligeant les populations à parcourir de longues distances ou à recourir aux pirogues. L'ensemble de ces facteurs, combinés à des conditions structurelles préexistantes (pauvreté, faible couverture sanitaire de proximité) et à des risques environnementaux (zones lacustres, insalubrité), expliquerait la dégradation de la situation sanitaire dans la zone de santé de Moba, classée de gravité moyenne (voir annexe 2).

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

En matière d'allaitement, 68,2% des enfants de moins de deux ans avaient été allaités la veille de l'enquête, un taux nettement en – dessous du seuil recommandé par les normes Sphère (>80%) et l'OMS, qui préconisent la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus¹². Alors, la proportion

⁹ <https://www.who.int/>, OMS, *Cholera Fact Sheet*, consulté le 16/01/2026

¹⁰ [SitRep SE35 Mpox en RDC](#)

¹¹ [Radio Okapi-32 cas de choléra à Mulunguzi, Moba \(Mars 2025\)](#)

¹² <https://www.who.int/>, OMS, *Infant and young child feeding*, <https://handbook.spherestandards.org>, Sphere, *Infant and Young Child Feeding Standard*, Handbook 2018, p. 175–177, consulté le 16/01/2026



restante d'enfants non allaités (31,8%) était importante, en particulier dans un contexte humanitaire où l'allaitement constitue une source essentielle de nutrition et de protection immunitaire. Les barrières à l'allaitement maternel étaient d'ordre culturel (35,7%), l'état de grossesse de la mère (21,4%), la baisse de sécrétion du lait maternel (14,3%), le recours aux substituts du lait maternel (14,3%) ainsi que le manque de temps lié à la charge de travail (7,1%). Concernant l'alimentation complémentaire, aucun enfant n'atteignait la diversité alimentaire minimale (MDD) telle que définie par l'OMS, laquelle exige la consommation d'au moins cinq groupes alimentaires sur huit au cours des 24 heures précédentes¹³. Les aliments les plus fréquemment consommés étaient le lait maternel (65,9%) et les céréales/racines (54,5%), tandis que la consommation de produits laitiers (9,1%), de fruits et légumes riches en vitamine A (15,9%) et d'aliments d'origine animale (20,5%) restait largement insuffisante. Les principaux obstacles identifiés étaient essentiellement d'ordre économique : 61,4% des ménages avaient évoqué une incapacité financière 9,1% un déficit d'information sur l'importance de l'alimentation complémentaire et 6,8% des ménages rapportaient les prix élevés des denrées alimentaires, compromettant ainsi l'accès des enfants à une alimentation diversifiée et nutritive.

Abris et articles ménagers essentiels

Sur le plan infrastructurel, seuls 50,9% des ménages vivaient dans des maisons solides ou achevées, 40,4% résidaient dans des habitations non solides et 6,8% dans des bâtiments inachevés, une situation hors des normes Sphère, qui exigent des abris sûrs, protecteurs et adaptés aux besoins des occupants. Il y avait peu d'espace selon 39,7% des ménages, et les ménages manquaient de combustible (38%) et d'articles ménagers essentiels (37,2%). De même, 42,3% des ménages signalaient des difficultés pour dormir dans leur abri, dont 77% en raison d'une insuffisance d'articles de couchage et 9,7% à cause de conditions inadéquates liées aux fuites d'eau en période de pluie, portant atteinte au confort et à la dignité des personnes. Le stockage de la nourriture et de l'eau demeurait également limité : 49,4% des ménages rencontraient des obstacles, principalement liés au manque de récipients pour l'eau (71,2%) et à l'absence de moyens de conservation des aliments (60,6%), ce qui compromettait l'hygiène domestique et la sécurité alimentaire. Enfin, l'accès à l'éclairage était insuffisant, puisque seuls 44,5% des ménages disposaient d'un éclairage sans difficulté, contre 54% des ménages qui rencontraient des contraintes et 1,5% n'ayant aucun éclairage, réduisant ainsi la sécurité et la mobilité nocturne. Les informateurs clés confirmaient que les abris étaient souvent construits en matériaux précaires, fréquemment inondés ou effondrés pendant la saison des pluies, et que les ménages manquaient de biens essentiels tels que le savon, la literie et les vêtements.

Besoins prioritaires et perceptions de l'aide

Les principaux besoins exprimés par les répondants étaient l'assistance humanitaire alimentaire et l'équité dans l'aide. Selon les IC, il y avait des distributions d'aides alimentaires et de dalles pour les latrines. Seuls les ménages qui avaient réussi à creuser des latrines en auraient bénéficié. Ceux qui n'avaient pas pu réaliser les latrines à cause des inondations seraient restées en attente sans suite favorable. Lors de certaines distributions, les chefs de bloc ne seraient pas impliqués. Certains IC avaient rapporté qu'il n'y avait pas eu d'aide humanitaire depuis juillet 2025.

Mortalité

Le taux brut de mortalité (CMR) était estimé à 1,07 décès pour 10 000 personnes par jour (IC95%: 0,42 - 1,72) et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans était estimé à 5,07 décès par 10000 personnes par jour (IC95%: 1,17 - 8,92). Ces taux dépassent le seuil d'urgence défini par l'OMS respectivement de 1

¹³ <https://www.who.int>, OMS, *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*, consulté le 16/01/2026

décès pour 10000 personnes par jour pour le taux brut de mortalité et 2 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 10000 personnes par jour. L'intervalle de confiance était étendu, ce qui signifie que la situation était préoccupante nécessitant une vigilance accrue. Cependant, nos résultats doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de leur faible précision.

DISCUSSION

Selon les données de l'enquête nutritionnelle et de mortalité réalisée par le Pronanut dans le territoire de Moba en 2023, le taux brut de mortalité était de 0,53/10000 par jour. Chez les enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité était de 0,51/10000 par jour. Les résultats de notre enquête avaient révélé une augmentation du taux brut de mortalité qui a doublé passant à 1,07 décès par 10000 personnes par jour (IC95%: 0,42 – 1,72) et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a été multiplié par 10 passant de 0,51 décès par 10000 personnes par jour à 5,07 décès par 10000 personnes par jour (IC95%: 1,17 – 8,92). Cette augmentation de la mortalité pourrait s'expliquer par les nombreuses épidémies de cholera, rougeole et de Mpox survenues dans la province de Tanganyika et dont la ZS de Moba était durement affecté. Les enfants étaient les plus affectés et à risque de paludisme. Aussi, la mortalité maternelle est-elle préoccupante. Certaines femmes accouchent à domicile sans aucune assistance médicale en raison de manque de moyens financiers pour accéder au centre de santé, l'inaccessibilité géographique et l'offre des services chirurgicaux de base insuffisants notamment pour la césarienne. Les conditions de transport sont périlleuses, le plus souvent par voie fluviale et parfois des cas de décès surviendraient sur le trajet selon les IC.

Sur le plan nutritionnel, les problèmes de malnutrition étaient importants avec des difficultés de traitement des cas de malnutrition. L'enquête nutritionnelle réalisée par le Pronanut en 2023 avait révélé un taux de MAG de 12% à Moba. Grâce à l'appui des ONG partenaires, la prise en charge de la malnutrition s'est nettement améliorée. Le taux de guérison est passé à 99,8%, taux d'abandon = 0,1%, taux de mortalité = 0%. Les indicateurs de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) étaient donc favorables, tel que attesté par le rapport d'activité présenté par le personnel de santé pendant la collecte de données. Il est nécessaire d'évaluer le taux de malnutrition actuel pour mesurer l'impact réel de cet appui des partenaires à Moba.

Les activités génératrices de revenus dans les villages de Moba étaient dominées par le travail quotidien occasionnel qui occupe 25,7% des ménages, suivi du travail salarié (12,1%). Selon les IC, la majorité de la population s'adonnerait aux activités de pêche en raison des nombreux cours d'eau présents. Cependant, les communautés de pêcheurs ne respectaient pas toujours les périodes de fermeture de la pêche et cela entraînait une baisse de la production halieutique, responsable d'une augmentation des prix des denrées alimentaires sur le marché. Or la majorité des ménages semblent avoir des revenus instables et obtiennent leur nourriture sur les marchés principalement (56,1%). Selon les IC, cette situation serait aggravée par l'insécurité, étant donné que les pêcheurs se faisaient voler leur matériel de pêche et leur production halieutique, aboutissant à une cessation d'activité. Pour faire face à cette situation, plusieurs jeunes s'investissent dans le vol et les jeunes femmes dans la prostitution, selon les IC. Les jeunes rejoindraient les groupes armés pour perpétrer des vols et pillages. Ces stratégies d'urgence représentaient 12% des stratégies d'adaptation des moyens de subsistance. Les autres stratégies d'adaptation relevaient des stratégies de crise (28%) et de stress (35%).

La plupart des ménages vivaient dans des abris qui offraient une protection minimale contre les événements climatiques. Dans certains villages de la ZS de Moba, les abris sont construits en matériaux précaires avec une toiture en paille qui laisse infiltrer l'eau pendant la saison des pluies. Les abris seraient



souvent inondés pendant la saison des pluies et finissent par s'effondrer. Les ménages manquaient des articles de maison comme le savon, la literie, les vêtements, ce qui obligeait certains enfants à se partager les vêtements. En revanche, les ménages des villages de Majengo et Nsibala semblaient moins affectés par ces conditions de vie difficiles selon les IC.

CONCLUSION

L'IPHRA menée dans la ZS de Moba mettait en évidence une situation fragile, marquée par des vulnérabilités structurelles susceptibles d'évoluer rapidement vers une crise humanitaire en l'absence de mesures appropriées. Le taux brut de mortalité a doublé pour atteindre le seuil d'alerte défini par l'OMS; il est davantage le reflet des épidémies de choléra et de Mpox dans la province de Tanganyika dont la zone de santé de Moba était durement affecté, plutôt que les conséquences d'une insuffisance nutritionnelle en rapport avec une dégradation éventuelle de la sécurité alimentaire (annexe 2).

Il apparaît urgent d'agir sur les facteurs de résurgence récurrente de ces épidémies de choléra en renforçant les interventions d'assainissement du milieu de vie, assurer une adéquation des services d'approvisionnement en eau potable et le renforcement du système de santé. L'action des ONG qui interviennent dans la lutte contre la malnutrition après la crise sécuritaire porterait des fruits et cet exemple doit s'étendre dans le secteur de l'assainissement et des services de santé. La mise à contribution des relais communautaires dans la sensibilisation pour l'hygiène individuelle et collective pourrait apporter des résultats satisfaisants dans la prévention des maladies diarrhéiques.

RECOMMANDATIONS

Dimension/Preuve	Gravité	Point	Priorités de réponse
Mortalité – Taux brut de mortalité : CMR = 1,07 décès/10 000 personnes/jour	Haute	Court terme	Mettre en œuvre une réponse multisectorielle intégrée axée sur les risques d'épidémies de choléra et de Mpox afin de prévenir une augmentation de la mortalité.
Eau – Consommation d'eau : Consommation moyenne de 14,4 L/personne/jour (norme Sphère ≥15 L) ; 29,4% des ménages dépendaient des eaux de surface ; Seulement 21,1% des ménages traitaient l'eau avant consommation.	Moyenne	Court terme	Améliorer l'accès à l'eau potable par l'optimisation et l'extension des points d'eau afin d'atteindre les standards Sphère ; Réduire la dépendance aux eaux de surface par la réhabilitation et la création de points d'eau protégés, en priorité dans les zones lacustres ; Intensifier la distribution de produits de traitement de l'eau et renforcer les actions de promotion de l'hygiène au niveau communautaire.
Sécurité alimentaire – Moyens de subsistance : 12% des ménages adoptaient des stratégies d'adaptation d'urgence et 28% recouraient aux stratégies de crise	Moyen	Court terme	Mettre en œuvre des interventions de protection et de relance des moyens de subsistance (cash, appui à la pêche durable, AGR alternatives) afin de réduire le recours aux stratégies négatives.
Santé – Besoins en soins : 26,7% des répondants avaient eu besoin de soins de santé au cours des deux semaines précédant la collecte des données	Moyenne	Court terme	Renforcer l'offre de soins de santé primaires ; Lever les barrières financières et géographiques par des mécanismes de gratuité ciblée et des stratégies de soins avancées et mobiles.
Santé – Accès aux soins : 38,1% des personnes ayant eu besoin de soins n'avaient pas pu les obtenir	Haute	Court terme	Lever les barrières financières et géographiques par des mécanismes de gratuité ciblée et des stratégies de soins avancées et mobiles.
Santé – Vaccination : Couverture vaccinale rougeole de 86,9% (seuil OMS ≥95%)	Moyenne	Court terme	Mettre en œuvre des activités de rattrapage vaccinal pour atteindre l'immunité collective.
Nutrition – Micronutriments : 73,4% des enfants avaient reçu la vitamine A	Moyenne	Court terme	Renforcer les campagnes de supplémentation en vitamine A afin d'atteindre une couverture universelle.

ANNEXES

Annexe 1 : Note méthodologique

L'IPHRA a été conduite dans la zone de santé de Moba et a reposé sur une enquête transversale combinant la collecte de données quantitatives et qualitatives. La collecte des données primaires s'est déroulée du 25 au 29 novembre 2025.

Le calcul de la taille de l'échantillon, incluant un module sur la mortalité, a été réalisé à l'aide du logiciel ENA (Emergency Nutrition Assessment), sur la base d'un IC95 % et d'une marge d'erreur de ± 10 %.

La population cible de cette IPHRA était constituée des ménages vivant dans les villages les plus affectés par les chocs récents dans la zone de santé de Moba. La base de sondage, élaborée à partir des données transmises par les autorités sanitaires de la ZS, comprenait l'ensemble des villages directement exposés aux chocs (inondations et épidémies) et pour lesquels les données secondaires disponibles faisaient état de lacunes multisectorielles documentées au cours des six mois précédant la collecte.

Compte tenu des ressources disponibles, cinq villages ont été sélectionnés de manière aléatoire à l'aide du logiciel R, à partir de la base de sondage, selon un échantillonnage proportionnel à la taille de la population. Par la suite, les ménages ont été sélectionnés de façon aléatoire à partir des listes établies en collaboration avec les chefs de localité dans chacun des villages ciblés (Kabaya, Kitutu, Ntoto, Kinzungi, Nsibala, Majengo).

Annexe 2 : Analyse intégrée

Catégorie	Domaine			Sévérité
		Preuve	Norme (le cas échéant)	Villages exposés aux chocs (inondations et épidémies) dans la ZS de Moba
Résultats en matière de santé	Mortalité	<p>Selon l'enquête nutritionnelle et de mortalité réalisée par le Pronanut dans le territoire de Moba en 2023, le taux brut de mortalité était de 0,53/10000 par jour et 0,51/10000 par jour pour les enfants de moins de 5 ans. Les résultats de notre enquête avaient révélé une augmentation du taux de mortalité qui a doublé passant à 1,07 décès par 10000 personnes par jour (intervalle de confiance 95% : 0,42 - 1,72) et multiplié par 10 passant à 5,07 décès pour les enfants de moins de 5 ans (intervalle de confiance 95% : 1,17 - 8,92). Cette augmentation de la mortalité pourrait s'expliquer par les nombreuses épidémies de choléra et de Mpox survenues dans la province de Tanganyika et dont la zone de santé de Moba était durement affecté. Aussi, la mortalité maternelle est-elle préoccupante dans la ZS de Moba. Beaucoup de femmes accouchent à domicile dans des conditions à risque sans aucune assistance médicale en raison de manque de moyens financiers pour accéder au centre de santé, de l'inaccessibilité géographique et l'offre des services chirurgicaux de base insuffisants notamment pour la césarienne.</p>	<p>1 décès pour 10 000 par jour 2 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 10 000 par jour</p>	Haut
	Malnutrition	<p>En 2023, la population de Moba était en situation d'urgence face à la malnutrition. Cependant, la situation s'était nettement améliorée grâce à l'appui de partenaires et les sensibilisations auprès des ménages par les relais communautaires qui mènent des activités de dépistage précoce de la malnutrition. Le service de nutrition présente par ailleurs des indicateurs satisfaisants.</p>	<p>Malnutrition aiguë globale par score z du poids par rapport à la taille > 15%. Malnutrition aiguë globale par MUAC > Dépendante du contexte</p>	Faible
	Morbidité	<p>La ZS de Moba était durement affectée par les épidémies de Mpox dans la province de Tanganyika qui a enregistré au 31 août 2025, 2930 cas suspects dont deux décès. La ZS de Moba avait connu une flambée de cas au premier trimestre de l'année 2025 avec plus de 200 cas suspects enregistrés¹⁴. Plus de 640 cas suspects de cholera ont été enregistrés depuis le début de l'année 2025, dont 20 décès. Au cours de la semaine précédant l'enquête, 94 cas suspects ont été notifiés, sans décès.¹⁵. Au cours des deux semaines précédant l'enquête, 26,7% des répondants avaient eu besoin de soins de santé et parmi eux, 61,9% avaient bénéficié des services de santé. Les enfants étaient les plus touchés, 37% des enfants de moins de 5 ans avaient des besoins en soins de santé au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête. Les femmes enceintes continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance médicale avec de nombreuses complications d'accouchement.</p>	<p>>20% des personnes dont les besoins en matière de soins de santé ne sont pas satisfaits Cas confirmés de maladies pouvant indiquer une épidémie (rougeole, choléra, fièvre hémorragique, méningite bactérienne, etc.)</p>	Haut

¹⁴ [SitRep SE35 Mpox en RDC](#)

¹⁵ [Radio Okapi. Plus de 600 cas suspects de cholera à Moba](#)

Evaluation rapide intégrée en santé publique dans la ZS de Moba, province du Tanganyika – décembre 2025

Facteurs contributifs directs	Consommation d'eau (quantité)	L'accès à l'eau dans la ZS de Moba était caractérisé par une consommation d'eau moyenne de 14,4LPPD (médiane=10LPPD), légèrement inférieure à la norme SPHERE de 15LPPD. Il faut noter que 37,6% des ménages avaient une consommation moyenne supérieure à 15LPPD. Les interruptions d'approvisionnement en eau affectaient seulement 4,1% des ménages dans les deux semaines précédant l'enquête.	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	Moyen
Facteurs contributifs directs	Sécurité alimentaire des ménages ¹⁶	Le score de consommation alimentaire (FCS) montrait que la majorité des ménages (95 %) présentaient une consommation alimentaire acceptable. Les résultats de l'échelle de la faim des ménages (HHS) indiquaient que plus de la moitié des ménages (54 %) déclaraient avoir connu une forme de faim, dont 33 % une faim modérée et 21 % une faim légère. L'indice réduit des stratégies d'adaptation (rCSI) révélait que l'ensemble des ménages recourait à des stratégies d'adaptation liées à l'alimentation. Plus de la moitié des ménages (52 %) présentaient un niveau moyen et 48 % un niveau élevé. L'indice des stratégies d'adaptation pour les moyens d'existence (LCSI) montrait que 25 % des ménages ne déclaraient aucune stratégie négative, tandis que 35 % adoptaient des stratégies de stress, 28 % des stratégies de crise et 12 % des stratégies d'urgence.	-Les 5 principaux groupes d'aliments consommés (HDDS) -un score de consommation alimentaire acceptable (FCS) -Score rCSI faible -Seuils de l'échelle de la faim -Classification de la consommation alimentaire - Source des aliments	Moyen
	Sécurité de l'eau dans les ménages	94,7% des ménages possédaient des conteneurs de stockage (en moyenne 2,12 conteneurs par ménage), principalement des jerrycans rigides de 20 litres (65,2%) et des seaux de 20 litres (30,7%). Cependant, 36,6% des ménages rapportaient une insécurité liée à l'eau et une dépendance aux eaux de surface (29,4%)	Au moins deux récipients d'eau par ménage, de 10 à 20 litres (un pour la collecte, un pour le stockage)	Moyen
	Revenu des ménages et adaptation	Les principales sources d'approvisionnement alimentaire des ménages étaient les marchés (56,1%), la production propre (19%) et les produits de la pêche (11,4%), et l'aide alimentaire était marginal (1,9%). En ce qui concerne les stratégies d'adaptation, 75% des ménages recouraient à des stratégies négatives pour faire face au manque de nourriture. Parmi celles-ci, 35% adoptaient des stratégies de stress, principalement l'emprunt d'argent (49%), l'utilisation des économies du ménage (38%) et la vente de biens du foyer (25%). Par ailleurs, 28% des ménages mettaient en œuvre des stratégies de crise, telles que le retrait des enfants de l'école (18%) et la consommation d'aliments immatures (14%). Enfin, 12% recouraient à des stratégies d'urgence, incluant la consommation de semences destinées à la culture (4%), la mendicité (1%) et la vente de terrains (1%).	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	Moyen
	Conditions de vie	50,9% des membres des ménages vivaient dans des habitations solides ou achevées, tandis que 40,4% résidaient dans des structures non solides (en bois ou en tôle) et 6,8% dans des bâtiments inachevés ou non fermés.	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
Facteurs contributifs indirects	Environnement naturel et bâti (assainissement)	49,1% des ménages utilisaient des latrines à fosse sans dalle, 36,6% des latrines à fosse avec dalle et 8,3% des latrines à compost. Ces latrines étaient parfois partagées par plusieurs ménages (environ trois ménages selon les données quantitatives et jusqu'à cinq ménages selon les informateurs clés). Cette situation favoriserait la contamination fécale de l'environnement et augmenteraient le risque de maladies diarrhéiques, notamment le choléra. La situation en matière d'hygiène était jugée dégradée, marquée par l'absence	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

¹⁶ [IPC Glob Ref Table FR 12 09 Material Tools.pdf](#)

Evaluation rapide intégrée en santé publique dans la ZS de Moba, province du Tanganyika– décembre 2025

		de dispositifs de lavage des mains à proximité des latrines et par un manque de savon rapporté par 41,5% des ménages.		
	Adéquation des services de santé	Parmi les 26,7% (n = 71) des répondants ayant eu besoin de soins de santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, 38,1% (n = 27) n'avaient pas pu y accéder. La couverture vaccinale contre la rougeole était estimée à 86,9 % chez les enfants de 9 à 59 mois des ménages enquêtés, et 73,4% des enfants de 6 à 59 mois avaient reçu une supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois. Les IC avaient identifié comme principaux obstacles d'accès aux soins des barrières financières et géographiques. Par ailleurs, des cas de ruptures de médicaments pendant les épidémies de choléra avaient également été rapportés.	95% des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une dose appropriée de vitamine A 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 Pas plus de 4 jours de rupture de stock pour les médicaments essentiels >20% des personnes dont les besoins en matière de soins de santé ne sont pas satisfaits	Moyen
	Adéquation des services de nutrition	Le centre de santé de Moba Port dispose de services ambulatoires pour la prise en charge des cas de malnutrition aiguë modéré et sévère sans complications. Les autres cas sont référés vers une unité nutritionnelle de traitement intensif. Le centre dispose d'une grande capacité de stockage pour les intrants alimentaires. Le personnel est disponible pour offrir des services de prise en charge de la malnutrition. Les matériels de prise en charge sont aussi disponibles avec un approvisionnement régulier mensuel grâce à l'appui d'une ONG internationale. Les services sont disponibles pour toute la communauté et les ménages n'ont pas d'obstacles pour utiliser les services de nutrition. La prise en charge de la malnutrition s'est nettement améliorée. Le taux de guérison est de 99,8%, taux d'abandon =0,1% taux de mortalité =0%. Les indicateurs de la PCIMAS étaient donc très favorables. Cependant, les villages les plus proches et ceux rattachés au centre de santé sont les plus favorisés. Les RECO organisent régulièrement les sensibilisations pour la prévention et le dépistage précoce des cas de malnutrition.		Faible
Analyse intégrée des résultats en matière de santé (Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)				4/ 6
Analyse intégrée Facteurs contributifs (Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)				7/ 16
Score de l'analyse intégrée Total (Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)				11/ 22