

Évaluation rapide intégrée en santé publique, zone de santé d'Oïcha territoire de Beni, province du Nord-Kivu

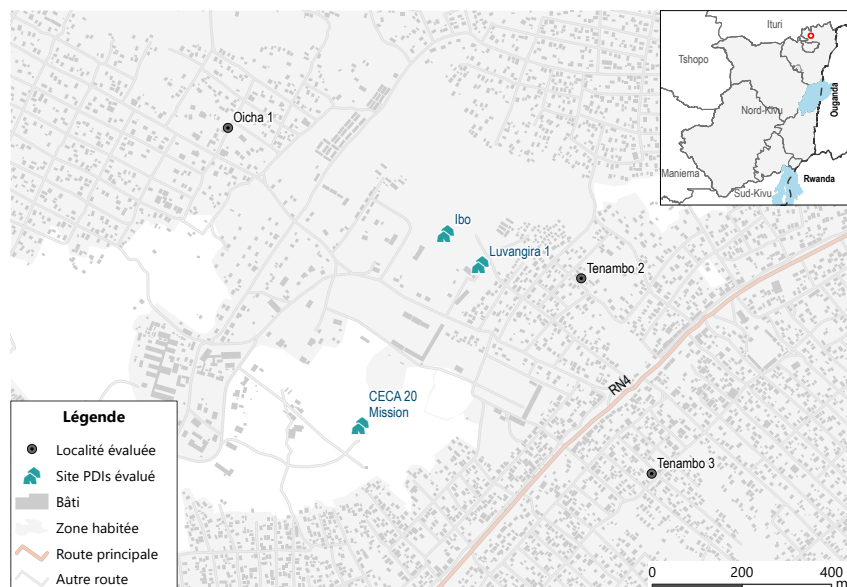
Octobre 2025 | République démocratique du Congo

Contexte et justification

Le territoire de Beni dans le Nord-Kivu fait face aux attaques des groupes armés, dont les incursions répétées aggravent la situation sécuritaire déjà très fragile. Au 1er trimestre de l'année 2025, les violences ont entraîné le déplacement de 9 777 personnes déplacées internes (PDI)¹ dans la zone de santé d'Oïcha. Cette dynamique a accru la pression sur les infrastructures sanitaires déjà très insuffisantes et inadéquates pour absorber les besoins de services de santé, sécurité alimentaire (SECAL), eau hygiène et assainissement (EHA)². La zone de santé (ZS) d'Oïcha est une zone qui abrite des sites de PDI dont les besoins en services de santé restaient sous-évalués.

L'objectif de cette évaluation était de comprendre la gravité des besoins en matière de santé publique dans les sites de PDI et dans les villages et définir les priorités pour orienter la réponse humanitaire afin de réduire la morbidité, la malnutrition et la mortalité dans la zone de santé d'Oïcha.

Couverture géographique



Messages clés

- Il y a une insécurité alimentaire qui touche aussi bien les PDI et que les villages. Soixante-deux pour cent (62%) des ménages ont recours à des stratégies d'adaptation d'urgence (rCSI – IPC 4), et les ménages sont en phase 3 IPC pour l'indice domestique de la faim.
- L'accès aux services de santé était satisfaisant notamment dans les sites de PDI grâce à une clinique mobile. En revanche, le paquet minimum d'activités est plus étendu dans les villages que dans les sites, car la clinique mobile ne fournit pas les services d'accouchements et les services préventifs comme la vaccination.
- Dans les villages, il n'y a pas de dispositifs de gratuité des soins qui demeurent payant, un facteur de risque de non-utilisation des services de santé.
- Dans les sites de PDI, les latrines communautaires sont souvent insalubres, pleines, et trop proches des points d'eau (75 % à moins de 30 mètres), augmentant les risques de maladies diarrhéiques.

Cette fiche d'information présente un aperçu des résultats clés, avec un focus sur les résultats quantitatifs. Pour plus de détails, veuillez consulter le rapport complet de l'évaluation, disponible [ici](#).

Méthodologie

L'évaluation a consisté en une enquête transversale combinant la collecte de données quantitatives et qualitatives. Les ménages de trois sites de personnes déplacées internes (PDI) et de trois villages ont été sélectionnés selon un échantillonnage stratifié simple, proportionnel à la taille de chaque population. La collecte des données s'est déroulée du 19 au 24 juillet 2025 et a inclus 101 ménages dans les trois villages et 98 ménages dans les trois sites. En complément des données quantitatives, 21 entretiens semi-structurés ont été réalisés avec des informateurs clés (IC), ainsi que 26 observations directes portant sur les lieux de vie (6), les latrines (9) et les points d'eau (11).

Caractéristiques des participants

	Villages (n=101)	Sites (n=98)	Total (N=199)
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)			
< 5	15,5%	16,7%	16,1%
06-18	38,6%	47,2%	42,7%
19-59	39,1%	31,0%	35,2%
59 et plus	6,7%	5,2%	6,0%
Sexe			
Masculin	45,8%	45,5%	45,7%
Féminin	54,2%	54,5%	54,3%

Limites de la méthodologie IPHRA

La démarche méthodologique n'est pas appropriée pour des inférences statistiques.

L'IPHRA permet d'évaluer l'ampleur des besoins et des lacunes, mais ne permet pas d'en identifier pleinement les causes. Les données qualitatives peuvent apporter des éclairages complémentaires, bien que limités.

En raison du recours à un échantillonnage raisonné (et non en grappes), les résultats reflètent uniquement la situation des zones et sites évalués et ne peuvent être extrapolés à une population plus large.

Besoins prioritaires

- L'accès à la nourriture était la priorité des ménages aussi bien dans les sites de PDI que dans les villages hôtes.
- Les incursions des groupes armés limitent fortement l'accès aux terres agricoles, réduisant ainsi la capacité des ménages à pratiquer leurs activités agricoles et à subvenir à leurs besoins alimentaires.
- Les conditions de vie dans les sites et les villages, marquées par la promiscuité, le manque d'abris adéquats et l'insuffisance d'articles ménagers essentiels, augmentent le risque de maladies.
- La population exprimait un besoin urgent de soins gratuits, incluant les soins préventifs tels que la vaccination, tandis que la précarité économique des ménages constituait un obstacle majeur à l'accès aux services de santé.

Sources alimentaires et accès



La production propre (jardins familiaux) constituait la principale source de nourriture pour 48,2% des ménages, suivie par l'achat sur les marchés (26,6%).



Les ICs (leaders communautaires et membres des populations locales) confirmaient une insécurité alimentaire généralisée, liée à l'insécurité persistante (incursions des ADF) compromettant l'accès aux terres agricoles.



Bien que de l'assistance humanitaire ait été observée, notamment à travers la présence d'une clinique mobile et la réhabilitation d'abris, les ménages rapportaient que l'aide en sécurité alimentaire aurait fortement diminué dans la zone depuis 2023.

Sécurité alimentaire et moyen d'existence

Les résultats de l'évaluation indiquent une situation préoccupante en matière de sécurité alimentaire. Dans les sites de PDI, 68 % des ménages rapportaient une consommation alimentaire limitée, correspondant à la phase 3 du Cadre intégré de classification de l'insécurité alimentaire aiguë (IPC AFI), tandis que dans les villages, 53% des ménages déclaraient une consommation alimentaire acceptable (phase 1 ou 2 IPC AFI). Toutefois, certains ménages rapportaient une consommation alimentaire pauvre (phase 4 IPC AFI), notamment dans les sites (11%).

Concernant l'échelle de la faim des ménages, 41% présentaient une faim modérée, une 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.

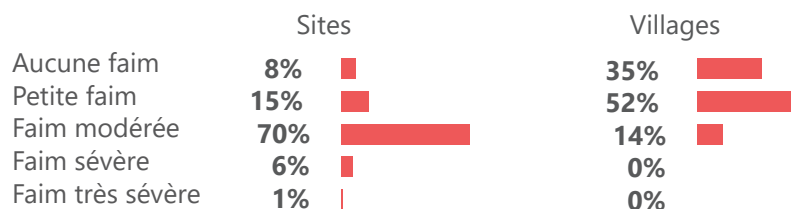
L'indice réduit des stratégies d'adaptation (rCSI) indiquait que la majorité des ménages, tant dans les sites (65%) que dans les villages hôtes (60%), avaient recours à des stratégies d'adaptation élevées, telles que la restriction de la consommation alimentaire des adultes afin de permettre aux jeunes enfants de manger.

De son côté, l'indice des stratégies de survie liées aux moyens d'existence (LCSI) montrait que 43% des ménages dans les sites et 51% dans les villages adoptaient des stratégies d'urgence, suivis de 30% ayant recours à des stratégies de crise, telles que la réduction du nombre de repas et le retrait des enfants de l'école.

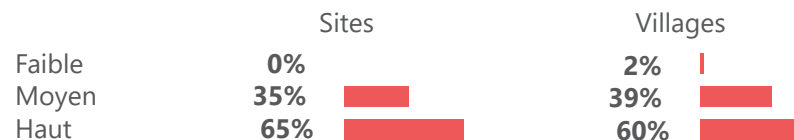
Score de Consommation Alimentaire (SCA)³



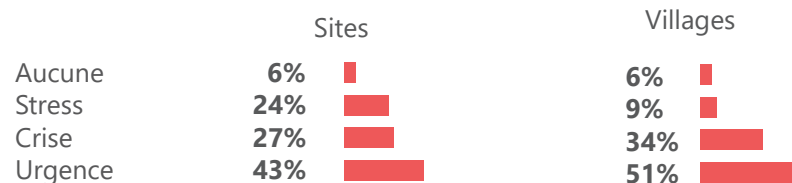
Indice domestique de la faim (IDF/HHS)⁴



Indice réduit des stratégies d'adaptation (rCSI)⁵



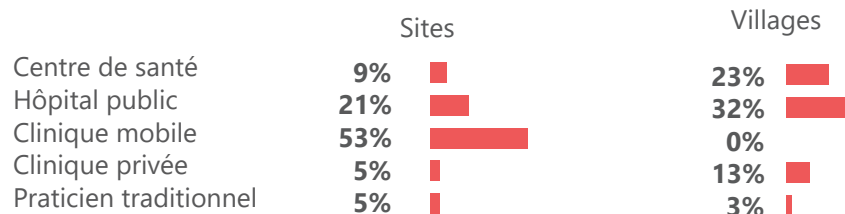
Indice des stratégies d'adaptation pour les moyens d'existence (LCSI)⁶



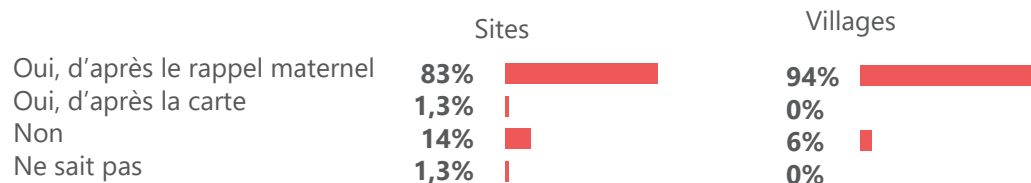
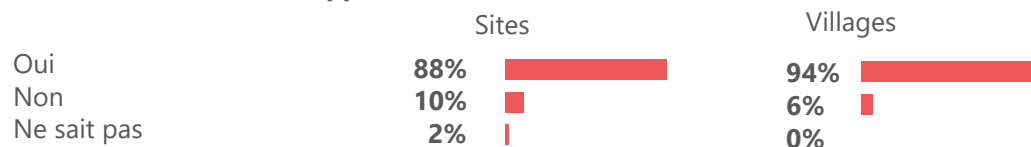
Santé

Grâce à la présence d'une clinique mobile opérée par une ONG internationale, les personnes déplacées internes (PDI) bénéficiaient d'un accès relativement meilleur aux soins de santé que les communautés hôtes, qui dépendaient principalement de l'hôpital public local. Toutefois, cette clinique mobile ne disposait pas des capacités nécessaires pour fournir l'ensemble du paquet minimum de services de santé, se limitant aux soins curatifs, à la santé mentale, à la planification familiale, au dépistage nutritionnel et aux consultations générales. Le stress post-traumatique constituait une préoccupation sanitaire majeure chez les PDI, tandis que dans les villages, les communautés s'inquiétaient de la prise en charge du VIH, notamment chez les femmes enceintes, ainsi que de la tuberculose et du paludisme, dont les intrants médicaux étaient souvent absents. La crise humanitaire a entraîné l'interruption de plusieurs services de santé essentiels, rendant urgent l'identification de mécanismes adaptés pour assurer leur continuité.

Principaux lieux d'obtention des soins de santé des ménages



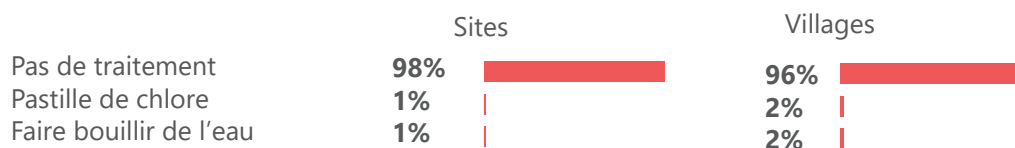
Dans les villages, 32 % des personnes consultaient à l'hôpital public et 23 % se rendaient dans les centres de santé. Dans les sites de déplacement, la majorité (53 %) accédait aux soins via la clinique mobile.

Enfants de 9 à 59 mois vaccinés contre la rougeole**Enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A**

Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des enfants âgés de 9 à 59 mois dans les sites et 94 % dans les villages étaient vaccinés contre la rougeole. Cependant, il est important de noter que très peu de ménages disposaient d'une carte de vaccination (1,3 % dans les sites et 0 % dans les villages). Concernant la supplémentation en vitamine A, 88 % des enfants dans les sites et 94 % dans les villages en avaient bénéficié. Ces taux demeurent en deçà des seuils recommandés par les normes Sphère, qui préconisent qu'au moins 95 % des enfants soient vaccinés contre la rougeole et supplémentés en vitamine A.

Eau, hygiène et assainissement

La consommation moyenne d'eau était faible, estimée à 10,04 litres par personne et par jour (LPPD), soit en dessous du seuil recommandé par les normes Sphère (15 LPPD), avec 47,8 % des PDI consommant moins de 7,5 LPPD. Les principales sources d'approvisionnement en eau étaient les bornes-fontaines publiques (62,3 %), les forages protégés (23,1 %) et les puits non protégés (10,1 %). La couverture en eau demeurait insuffisante au regard de la taille de la population, seuls 44,9 % des ménages ayant accès à une source en moins de 30 minutes. Par ailleurs, 76,4 % des répondants déclaraient partager les latrines avec d'autres ménages, soulevant des préoccupations en matière de sécurité, d'intimité et d'hygiène.

Principales méthodes de traitement de l'eau

La quasi-totalité des ménages, 98 % dans les sites et 96 % dans les villages, n'effectuait aucun traitement de l'eau avant consommation, exposant ainsi les populations à un risque accru de maladies hydriques.

Ménages ayant accès au savon

La quasi-totalité des ménages, 82 % dans les sites et 65 % dans les villages, ne disposaient pas de savon, ce qui pourrait compromettre l'hygiène domestique et personnelle des membres du ménage.

Abris et articles ménagers

Les conditions d'habitat variaient sensiblement entre les villages et les sites de personnes déplacées internes (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. L'afflux massif de déplacés avait fortement accru la pression sur les ressources d'hébergement, entraînant une promiscuité marquée, notamment dans les localités de Tenambo 2 et d'Oïcha 1. Dans les villages, les PDI arrivaient souvent sans articles ménagers, obligeant les familles hôtes à partager les leurs. Cette solidarité communautaire, bien que louable, accentuait la pression sur des ressources déjà limitées.

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.

Conclusions et recommandations

Cette évaluation rapide multisectorielle, menée dans la ZS d'Oïcha, 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.

Dans les villages, le quart de la population était constitué des personnes déplacées qui sont retournées, ce qui traduit un retour de plus en plus important des déplacés, témoin d'un besoin urgent des populations déplacées à retourner dans les zones d'origine malgré la situation de crise humanitaire persistante.

L'afflux de PDI et de retournés exerce une pression sur les ressources locales en santé, abris, eau, hygiène et assainissement et accentue la vulnérabilité des populations face au risque socio-sanitaire et révèle les lacunes critiques dans la couverture humanitaire actuelle.

Il y a lieu de mettre en place des mécanismes pour la continuité des services de santé et un dispositif d'équité en santé pour les communautés de Oïcha.

L'urgence d'aide humanitaire face aux problèmes d'eau et d'assainissement se pose avec acuité pour faire face au risque d'épidémie du péril hydro-fécal.

L'évaluation IPHRA offre un éclairage sur l'ajustement à faire pour la réponse humanitaire par rapport aux réalités du terrain, en tenant compte des évolutions probables du contexte sécuritaire et des besoins des populations affectées.

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 et suivez-nous sur Twitter @REACH_info.

Notes de fins

1. Cluster CCM [Democratic Republic of the Congo | CCCM Cluster](#) (accès le 30.09.2025)
2. [MT_NORD_KIVU_JUIN_2025.pdf](#) (accès le 30.09.2025)
3. Le score de consommation alimentaire (FCS) est un indicateur de la diversité alimentaire, et prend en compte la fréquence des repas et l'importance des différents groupes d'aliments dans la consommation alimentaire des ménages. Pour l'évaluer, les ménages ont été interrogés sur la fréquence de consommation de différents groupes d'aliments au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête.4. HHS ou indice domestique de la faim est un indicateur qui évalue les stratégies de consommation alimentaire adoptées par les ménages confrontés à un manque d'accès à la nourriture.
4. L'indice domestique de la faim (HHS) est un indicateur utilisé pour mesurer la gravité de la faim au niveau des ménages au cours des 30 jours précédant la collecte des données.
5. L'indice réduit des stratégies d'adaptation (rCSI) est un indicateur qui recueille des informations sur l'utilisation et la fréquence d'utilisation par les ménages de cinq différentes stratégies d'adaptation alimentaires sur les 7 derniers jours.
6. L'indice des stratégies d'adaptation des moyens d'existence (LCSI) est un indicateur dérivé d'une série de questions portant sur l'expérience vécue par le ménage en termes de pression sur les moyens d'existence et de liquidation des avoirs liés à un manque de nourriture ou d'argent au cours des 30 jours précédant l'enquête.