

Évaluation rapide intégrée en santé publique

Zone de santé de Aungba

Territoire de Mahagi, province de l'Ituri

Février 2026 | République Démocratique du Congo

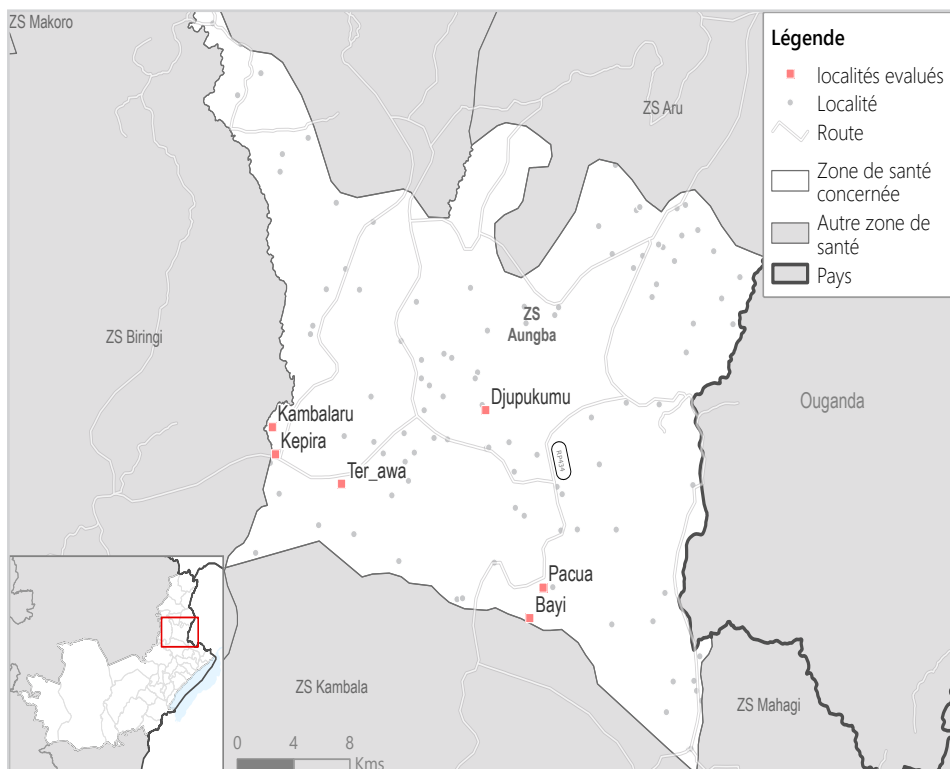
Messages clés

- La zone de santé (ZS) d'Aungba présentait une situation sanitaire préoccupante, marquée par une forte prévalence des maladies infectieuses et un accès limité à l'eau potable et aux services de santé à cause de contraintes économiques. Les enfants de moins de cinq ans étaient particulièrement vulnérables : le taux brut de mortalité était estimé à 3,67 pour 10 000 enfants par jour (IC 95 % : 1,96 – 5,37), nettement supérieur au seuil de l'OMS (2 décès pour 10 000 enfants par jour) traduisant une surmortalité importante dans cette tranche d'âge.
- La prévalence de la malnutrition aiguë globale selon la mesure du périmètre brachial (PB) était extrêmement élevée à 36,6% (n=186, IC95 % : 29,6 – 43,5), dépassant largement le seuil critique de 15%, ce qui traduisait une situation nutritionnelle alarmante liée notamment à l'absence prolongée de services et de programmes de prise en charge nutritionnelle et les difficultés d'accès à la nourriture en raison de l'indisponibilité des denrées en quantité suffisante pour les ménages, le manque de moyens financiers et l'éloignement des sources d'approvisionnement.
- Le niveau d'insécurité alimentaire était préoccupant: 56% des ménages avaient une consommation alimentaire limite et 20%, une consommation alimentaire pauvre. Plus du 1/3 des ménages (37%) avaient adopté des stratégies liées aux moyens de subsistance d'urgence pour faire face aux besoins de nourriture.

Contexte et justification

Dans le territoire de Mahagi, province de l'Ituri, les conflits armés avaient entraîné des déplacements massifs, avec environ 378 000 personnes déplacées internes (PDI) et 49 600 retournées vivant dans une grande précarité en Juin 2025. Le retour progressif des populations, notamment dans certaines aires de santé, accentuait la pression sur des services socio-sanitaires déjà fragilisés¹. La zone de santé d'Aungba avait été identifiée par le SNSAP² comme une zone de santé « à suivre de près » en raison de vulnérabilités nutritionnelles, et classée par l'ANA³ en situation de risque de surmortalité. Par ailleurs, le manque de données humanitaires récentes, notamment sur la classification IPC AFI, limitait la compréhension précise de la sévérité de l'insécurité alimentaire, renforçant la nécessité d'une évaluation pour orienter les interventions en santé publique.

Couverture géographique



Objectif de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation était d'analyser la situation de 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.

Méthodologie

La collecte des données s'est déroulée du 2 au 7 février 2026 selon une approche mixte, combinant une enquête quantitative auprès de 361 ménages issus des villages de Kambalaru, Kepira et Ter-Awa (aire de santé de Kepira) ainsi que Bayi, Djupukumu et Pacua (aire de santé d'Alotho), et une composante qualitative incluant 22 entretiens avec des informateurs clés et 19 observations directes. Les résultats traduisent la situation des aires de santé accueillant les PDI et les retournés et ne peuvent être généralisables à toute la zone de santé d'Aungba.

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



United Kingdom
Humanitarian
Innovation Hub



REACH

Informing
more effective
humanitarian action

Estimation de la mortalité

Le taux brut de mortalité était estimé à 0,77 décès pour 10 000 personnes par jour (IC95% : 0,44–1,11), inférieur au seuil d'urgence. En revanche, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans atteignait 3,67 décès pour 10 000 enfants par jour (IC95% : 1,96–5,37), dépassant largement le seuil critique de l'OMS (2 décès pour 10 000 enfants par jour), traduisant une surmortalité préoccupante dans cette tranche d'âge.

Cette situation était associée à une forte vulnérabilité des enfants, marquée par une couverture vaccinale insuffisante

Cette prévalence élevée indiquait une détérioration importante de l'état nutritionnel, liée à l'interruption prolongée des programmes de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, ainsi qu'à un accès limité à la nourriture. Cette rupture de l'offre de services contribuait probablement à l'augmentation des cas observée par le personnel de santé depuis la fin des projets nutritionnels par les partenaires et les organisations non gouvernementales (ONG) depuis plus d'un an.

Plus largement, cette surmortalité s'inscrivait dans un contexte de vulnérabilité multidimensionnelle, caractérisé par la précarité des ménages, un accès limité aux soins de santé et une forte exposition aux maladies telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. Cette situation était aggravée par l'inadéquation des services d'approvisionnement en eau potable et des services d'assainissement.

Caractéristiques sociodémographiques des participants

	Total (N=361)
Statut de déplacement	
Hôtes	4,1%
Retournés	63,2%
PDI	32,7%
Groupes d'âge (en année)	
00-02	11,2%
03-05	7,9%
06-10	19,8%
11-18	20,6%
19-59	38,4%
Plus de 59 ans	2,1%
Information sur les ménages	
Ménages dirigés par des femmes	16,2%
Taille moyenne des ménages	4,55

	Total (N=361)
Sexe des membres du ménage	
Masculin	49,7%
Féminin	50,3%
Langues préférées pour recevoir les informations orales	
Alur	99,4%
Français	0,6%
Langues préférées pour recevoir les informations écrites	
Alur	99,7%
Lingala	0,3%

Sécurité alimentaire et moyen d'existence

Dans la zone de santé d'Aungba, la situation alimentaire des ménages était préoccupante. La consommation alimentaire était limite pour 56% des ménages, pauvre pour 20% et acceptable seulement pour 24%. L'échelle de la faim montrait que 84% des ménages avaient souffert de faim modérée, 9% de faim sévère. L'accès à la nourriture était difficile pour 88,9% des ménages, en raison de l'indisponibilité des denrées (54,8%), du manque de moyens financiers (37,1%) et de l'éloignement des marchés (31,2%). Les stratégies d'adaptation incluaient la réduction des portions (85,9%), la diminution du nombre de repas (84%) et la restriction de la consommation des adultes au profit des enfants (51,8%).

L'indice rCSI moyen était de 17,2, avec 57% des ménages en sévérité moyenne et 43% en sévérité élevée.

Les moyens d'existence reposaient sur des activités précaires : travail journalier agricole (60,1%), vente de produits agricoles (20,2%) et bois de chauffage (10,5%). En urgence, 35% des ménages consommaient les semences, 11,1% recouraient à la prostitution et 6,6% vendaient une maison ou un terrain. L'utilisation d'eau de puits non protégés (42%) ou de surface (13,3%) accroissait les risques de maladies hydriques, aggravant la vulnérabilité nutritionnelle.

Selon les informateurs clés, cette dégradation s'expliquait par la perte d'actifs productifs, l'abandon ou la perte des terres agricoles, l'interruption prolongée des activités agricoles et la forte dépendance des ménages à une agriculture instable dans un contexte sécuritaire contraignant.

L'ensemble de ces facteurs contribuait à une détérioration progressive mais significative des moyens d'existence et à l'aggravation de l'insécurité alimentaire.



Score de Consommation Alimentaire (SCA)⁴

Pauvre	20%
Acceptable	24%
Limite	56%

Indice domestique de la faim (IDF/HHS)⁵

Aucune faim	2%	
Petite faim	5%	
Faim modérée	84%	████████████████████
Sévère	9%	
Très sévère	1%	

Indice des stratégies d'adaptation pour les moyens d'existence (LCSI)⁷

Aucune	19%	██
Stress	29%	████
Crise	15%	██
Urgence	37%	██████

Indice réduit des stratégies d'adaptation (rCSI)⁶

Haut	43%
Moyen	57%

Sources alimentaires et assistance humanitaire

Les sources principales de nourriture provenaient surtout des échanges contre travail (38,2%), de la production propre (30,5%) et des achats sur le marché (27,1%), montrant que les ménages dépendaient largement de mécanismes précaires et instables, révélant une forte vulnérabilité face aux chocs et à l'insécurité alimentaire.



Les barrières d'accès à la nourriture étaient importantes : 88,9% des ménages déclaraient des difficultés, liées surtout à l'indisponibilité des denrées (54,8%), au manque de moyens financiers (37,1%) et à l'éloignement des marchés (31,2%), traduisant une insécurité alimentaire, où même l'offre et l'accès physique restaient limités.

Santé

La situation sanitaire était dominée par les maladies infectieuses et un accès limité aux soins. Au cours des deux semaines précédant l'enquête, 22% des répondants avaient eu besoin de soins, principalement pour la fièvre (54,7%), la toux (42,5%) et la diarrhée (13,3%). Les enfants de moins de cinq ans étaient particulièrement vulnérables, 53,7% ayant présenté un besoin de soins. Selon les informateurs clés, les principales pathologies étaient le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques. Ces dernières étaient favorisées par l'accès limité à une eau potable sûre, tandis que la non utilisation des moustiquaires imprégnées contribuait à la transmission du paludisme.

Les IC ont rapporté que les contraintes économiques constituaient un obstacle majeur à l'accès aux soins. Ils indiquaient aussi qu'en santé sexuelle et reproductive, les difficultés liées à l'hygiène menstruelle, l'indisponibilité de serviettes, manque de moyens financiers et insuffisance d'informations exposaient les femmes à des risques sanitaires supplémentaires.

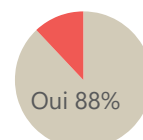
Enfin, ils soulignaient que la couverture vaccinale contre la rougeole (moins de 88%) restait en dessous du seuil requis de 95%, ce qui traduisait une vulnérabilité élevée des enfants face aux flambées épidémiques.

Nutrition

Les IC rapportaient que l'augmentation des cas observés après la clôture des projets traduisait un effet direct de l'arrêt des programmes nutritionnels depuis plus d'une année et la dégradation progressive de la situation. Ils expliquaient que l'absence de suivi régulier et de prise en charge précoce entraînait un recours tardif aux soins, ce qui contribuait à l'aggravation des cas et à une mortalité accrue.

Principaux lieux d'obtention des soins de santé des ménages

Pharmacie	54%	████████
Centre de santé gouvernemental	38%	██████
Poste de santé public	6%	██
Hôpital public	2%	

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

Oui, d'après le rappel maternel	45%	██████
Oui, d'après la carte	44%	██████
Non	11%	██



Situation nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes (FEFA)

Domaine	MAM (PB < 210 mm)	MAS (210 < PB < 230)	Pas de malnutrition
Femmes enceintes (n=53)	1,9%	3,8%	94,3%
Femmes allaitantes de moins de 6 mois	12,5%	6,3%	81,2%
Femmes allaitantes entre 6 et 23 mois	13,8%	0%	86,2%

Situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans

Domaine	Indicateur	Résultat
État nutritionnel des enfants	Prévalence de la MAG (PB/MUAC) chez les < 5 ans	36,56% (IC 95% : 29,63 – 43,49) était en situation de malnutrition aiguë globale
Couverture des programmes	Enfants 6–59 mois inscrits à un programme de nutrition	Aucun enfant n'était inscrit à un programme de prise en charge nutritionnelle
Services	Disponibilité de services nutritionnels dans les structures visitées	Aucun service disponible
Programmes	Nombre de programmes PCIMA	Aucun programme PCIMA depuis plus d'une année (selon les IC)

Eau, hygiène et assainissement

La situation des aires de santé accueillant les PDI et les retournés était de gravité moyenne, marquée par des contraintes d'accès à l'eau potable et des conditions d'assainissement et d'hygiène inadéquates. Bien que la consommation moyenne atteignît 16 LPPD, au-dessus du seuil Sphère (15 LPPD), plus de la moitié des ménages (55,6%) passaient entre 30 minutes et une heure pour collecter l'eau, correspondant à un service « limité » selon l'échelle JMP[®]. Seuls 34,8% accédaient en moins de 30 minutes aux puits protégés (« service basique »), tandis que 47,1% utilisaient des puits non protégés et 13% des eaux de surface, exposant la population aux risques sanitaires.

En matière d'assainissement, 77% des ménages recouraient aux latrines à fosse sans dalle ou à ciel ouvert, parfois partagées par plusieurs ménages. Il y avait un besoin d'hygiène dans l'ensemble des ménages enquêtés car 81% des ménages ne disposaient pas de savon pour l'hygiène corporelle et vestimentaire; et aucun dispositif de lavage des mains n'était observé près des latrines.

Selon les IC, ces conditions s'expliquaient par le manque de ressources financières et la crainte de nouveaux déplacements, limitant l'investissement dans des infrastructures durables.

Les observations directes confirmaient un environnement insalubre, marqué par la présence de fèces et d'ordures, traduisant une gestion inadéquate des excréta et des déchets solides.

Abris et articles ménagers essentiels

La majorité des ménages vivait dans des cases traditionnelles (77,6%) ou des abris de fortune (20,2 %), les exposant aux intempéries, à l'insécurité et aux conditions d'hygiène précaires. Selon les IC, cette situation résultait du manque de ressources financières et des séquelles du conflit intercommunautaire, qui avait détruit de nombreuses maisons et renforçait la crainte de reconstruire des abris qui seraient amenés à être détruits de nouveau. Dans un contexte de moyens limités, les ménages privilégiaient la nourriture au détriment de l'amélioration de l'habitat.

Tous les IC rapportaient également une insuffisance de biens non alimentaires (vêtements, chaussures, literie, couvertures), les ressources disponibles étant prioritairement consacrées aux besoins des enfants.

Besoins prioritaires et perception de l'aide

- **Assistance en espèces / cash** : les IC rapportaient que l'argent constituait le premier besoin prioritaire, permettant aux ménages de répondre directement à leurs urgences.
- **Santé et sécurité alimentaire** : selon les IC, l'accès aux soins et à la nourriture représentaient des besoins essentiels, étroitement liés aux contraintes financières et à la vulnérabilité des ménages.
- **Services de base** : d'après les IC, l'eau potable, l'assainissement et les abris figuraient également parmi les besoins prioritaires, traduisant des lacunes persistantes dans les services essentiels.
- **Perception de l'aide humanitaire** : les IC indiquaient qu'il n'y avait pas de problèmes majeurs liés à l'assistance, mais certains soulignaient une incompréhension des critères de ciblage, précisant qu'ils n'avaient jamais bénéficié d'aide.



Conclusions

La situation en santé publique dans les localités accueillant les PDI et le sretournés dans la ZS d'Aungba était préoccupante, marquée par un taux élevé de malnutrition et de mortalité chez les enfants moins de 5 ans. Une grande proportion de ménages souffrait de la faim et recourait aux stratégies négatives, ce qui se traduisait par une prévalence élevée de la malnutrition aiguë, particulièrement chez les enfants et les femmes enceintes/allaitantes.

L'absence de programmes de prise en charge, combinée au manque d'intrants et d'équipements, limitait les capacités de dépistage et de traitement de la malnutrition. Les services de santé restaient inadéquats, avec une couverture

vaccinale insuffisante et des conditions d'hygiène précaires favorisant les maladies infectieuses. L'absence de programmes de prise en charge, combinée au manque d'intrants et d'équipements, limitait les capacités de dépistage et de traitement. Les services de santé restaient inadéquats, avec une couverture vaccinale insuffisante et des conditions d'hygiène précaires favorisant les maladies infectieuses.

Les conditions de vie étaient fragiles, une part importante des ménages vivant dans des abris précaires. Il s'avérait nécessaire de réactiver rapidement les services de prise en charge de la malnutrition et de renforcer les pratiques nutritionnelles communautaires.

A 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 fin

¹ [Ituri: A mahagi, plus de 24000 personnes retournées en situation de grande vulnérabilité/actualite.cd](#), consulté le 15/12/2025

² [Surveillance Nutritionnelle et suivi des Alertes Précoce \(SNSAP\) bulletin N°61, consulté le 15/12/2025](#)

³ [REACH Initiative Analyse des besoins aigus, présentation de décembre 2025](#), consulté le 23 février 2026

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ [Drinking water](#) | JMP WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene

