

Évaluation rapide intégrée en santé publique parmi les personnes retournées

Zone de Santé de Nyiragongo

Territoire de Nyiragongo, province du Nord-Kivu

Octobre 2025 | République démocratique du Congo

Messages clés

- La situation globale des personnes retournées dans la zone de santé (ZS) de Nyiragongo en matière de santé était fortement précaire. Le taux brut de mortalité était estimé à 0,69 décès pour 10 000 personnes par jour avec un intervalle de confiance à 95% (0,32 - 1,07). Ce taux est proche du seuil d'urgence de l'OMS qui est de 1 décès/10 000 personnes par jour, ce qui démontre une situation préoccupante qui nécessite une vigilance accrue.
- Sur le plan alimentaire, 73% des ménages présentaient une consommation alimentaire limitée et 72% recouraient aux stratégies d'adaptation élevées telles que la restriction alimentaire ; 83% des ménages rapportaient une faim modérée.
- Les indicateurs relatifs à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH) révélaient une insécurité hydrique affectant 91% des ménages avec une consommation moyenne d'eau à 9 litres par personnes par jour (LPPD), dépendant presque exclusivement de l'eau de pluie et de sources non protégées, ce qui expose les ménages au risque de maladies diarrhéiques.

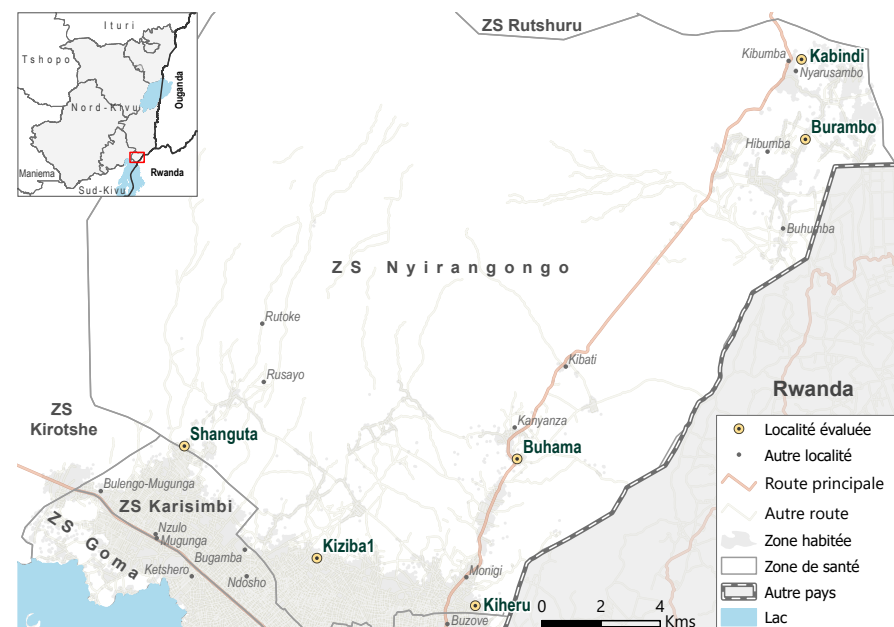
Contexte et justification

La ZS de Nyiragongo, dans le Nord-Kivu, subit depuis janvier 2025 les effets du conflit armé qui a entraîné le démantèlement des sites de personnes déplacées internes (PDI). Au 31 août 2025, 44 565 personnes retournées¹ y étaient recensées, ce qui peut entraîner une pression sur les ressources locales disponibles. Selon la Croix-Rouge, 85 % des formations sanitaires dans la zone de santé de Nyiragongo connaissent des pénuries de médicaments essentiels et près de 40 % du personnel qualifié ont quitté leurs postes en raison des violences². Sur le plan de la sécurité alimentaire, la ZS était classée en phase 3 IPC avec plus de 200 000 personnes en situation d'urgence³.

Ces différents facteurs indiquent une crise humanitaire pour laquelle une réponse s'avère nécessaire. D'où l'intérêt de la présente évaluation rapide intégrée en santé dont l'objectif était de déterminer la gravité des effets de la crise sécuritaire persistante sur la santé publique et d'identifier les priorités d'intervention afin de réduire la morbidité, la malnutrition et la mortalité au sein des populations retournées.

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

Couverture géographique



Méthodologie

L'évaluation a consisté en une enquête transversale combinant la collecte de données quantitatives et qualitatives, suivant la méthodologie «Integrated Public Health Rapid Assessment (IPHRA)». La population cible pour cette évaluation était composée de personnes retournées vivant dans les villages de la ZS de Nyiragongo. Six villages ont été sélectionnés à l'aide du logiciel R à partir d'une liste de villages incluant des populations retournées, selon un échantillonnage proportionnel à la taille de la population. A l'aide du logiciel ENA, en prenant en compte un intervalle de confiance 95%, une marge d'erreur de 10% et le taux brut de mortalité estimé à 0,82 selon l'enquête nutritionnelle de Septembre 2025, au total 287 ménages étaient inclus dans l'échantillonnage. La sélection des ménages de façon aléatoire était faite à partir des listes de ménages établies ensemble avec les chefs de localité dans chaque village. La collecte des données s'est déroulée du 15 au 24 octobre 2025.

Puis, 30 entretiens semi-structurés ont été réalisés avec des informateurs clés (IC: responsables communautaires, professionnels de santé et membres de la communauté), ainsi que 28 observations directes portant sur les lieux de vie communautaire (6), les latrines (13) et les points d'eau (09).

Limites de la méthodologie IPHRA

La méthodologie IPHRA permet une évaluation rapide des principaux indicateurs de santé publique et de couverture des services. Il ne s'agit pas d'une analyse causale et les résultats même s'ils sont représentatifs des zones évaluées, ne sont pas généralisables au-delà de la zone étudiée, et les données qualitatives requièrent une prudence dans leur interprétation en fonction de la population cible (retournées), de la période de l'enquête (soudure) notamment pour les indicateurs de sécurité alimentaire.

Estimation de la mortalité

Un taux de mortalité de 0,69 décès pour 10 000 personnes par jour (IC 95% : 0,32–1,07) était estimé dans l'ensemble des localités évaluées sur la période de rappel de 107 jours. Toutefois, la borne supérieure de l'intervalle de confiance dépassait le seuil d'alerte recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la population générale, fixé à 1 décès pour 10 000 personnes par jour .

Les principales causes de décès rapportées étaient les maladies aiguës (paludisme, fièvre, rougeole, choléra) à 46,2%, et les maladies chroniques (cancer, maladies cardiaques, diabète, accident vasculaire cérébral) à 38,5%.

Caractéristiques sociodémographiques des participants

	Total (N=287)
Statut de déplacement	
Retourné	100%
Groupes d'âge (en année)	
18-29	30%
30-44	36%
45-54	17%
55-79	16%
Information sur les ménages	
Ménages dirigés par des femmes	12,1%
Taille moyenne des ménages	5,68
Sexe des membres du ménage	
Masculin	46%
Féminin	54%
Langues préférées pour recevoir les informations écrites	
Swahili	86,4%
Kinyabwisha	32,8%
Kinyarwanda	9,8%
Langues préférées pour recevoir les informations orales	
Swahili	96,2%
Kinyabwisha	38%
Kinyarwanda	15,7%

Sécurité alimentaire et moyen d'existence

Les données de l'enquête révèlent que 86% des ménages recouraient aux stratégies d'adaptation des urgences (LCSI). Il s'agissait de la privation de nourriture au profit des enfants, la rationalisation des repas ou la réduction du nombre de repas par jour. Ces comportements s'expliqueraient par un accès restreint aux champs en raison de l'insécurité, de l'occupation des terres, de la destruction des parcelles et des conditions climatiques défavorables.

L'absence d'activité génératrice de revenus réduisait la capacité des ménages à faire face aux dépenses de nourriture et des produits non alimentaires. Les enfants étaient exposés à une alimentation peu diversifiée avec un risque accru de malnutrition.

L'enquête SMART menée dans le territoire de Nyiragongo en septembre 2025 avait révélé un taux de malnutrition aiguë globale de 2,5 %, en dessous du seuil d'alerte de 10 % fixé par l'OMS. Cependant, les IC avaient rapporté une situation nutritionnelle en dégradation conduisant à une tendance à l'augmentation des cas de malnutrition. Les ruptures fréquentes d'intrants nutritionnels, les difficultés économiques des ménages et les perturbations sécuritaires ayant limité les activités agricoles et la disponibilité alimentaire expliqueraient cette tendance.

Score de Consommation Alimentaire (SCA)⁴

Acceptable **24%**
Limité **73%**
Pauvre **3%**



Indice domestique de la faim (IDF/HHS)⁵

Aucune faim **1%**
Petite faim **5,5%**
Faim modérée **83%**
Faim sévère **9%**
Faim très sévère **2%**

Indice réduit des stratégies d'adaptation (rCSI)⁶

Faible **0%**
Moyen **28%**
Haut **72%**



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

Aucune **0%**
Stress **5%**
Crise **9%**
Urgence **86%**

Sources alimentaires et assistance humanitaire



32,8% des ménages dépendaient du travail contre nourriture comme première source de nourriture et 36,8% avaient recours à l'emprunt ou à l'endettement comme 2ème source de nourriture.



Les ICs jugeaient qu'il y avait une inaccessibilité financière à la nourriture, ainsi qu'un accès limité aux champs pour la production agricole, ce qui contribuait à l'indisponibilité des denrées alimentaires.

Santé

La situation sanitaire dans les villages accueillant les retournés de la ZS de Nyiragongo était de gravité moyenne sur la base de preuves de niveau modéré. L'insécurité liée à l'eau rendait les conditions d'hygiène médiocre, ce qui est source de maladies infectieuses. Le profil épidémiologique des localités évaluées était dominé par le paludisme et les maladies diarrhéiques. Au cours des 2 semaines précédant l'enquête, 42,5% des ménages ont déclaré avoir été malades. Parmi elles, 82,5% avaient pu accéder aux soins, soit au total 35,1% de la population enquêtée qui avait accès aux soins.

Les dysfonctionnements de l'approvisionnement en intrants de santé dus à la situation sécuritaire ont aggravé les épidémies et mis en danger les personnes atteintes de maladies chroniques comme le VIH/sida, la tuberculose, l'hypertension et le diabète, dont les traitements ont été suspendus. Selon les IC, la principale limite à l'accès et l'utilisation des services de santé était l'inaccessibilité financière.

Principaux lieux d'obtention des soins de santé des ménages

Poste de santé publique **31,6%**
Pharmacie **31,3%**
Centre de santé gouvernementale **16,6%**

Enfants de 9 à 59 mois vaccinés contre la rougeole

Oui, d'après le rappel maternel **82%**
Oui, d'après la carte **9,9%**
Non **4%**

Enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A

Oui	95,8%	
Non	4,2%	

Quatre-vingt-deux pour cent (82 %) des enfants âgés de 9 à 59 mois seraient vaccinés contre la rougeole selon les déclarations maternelles, mais seuls 9,9% étaient en mesure de présenter une carte de vaccination. Par ailleurs, 95,8% avaient reçu une supplémentation en vitamine A, en accord avec le seuil recommandé par les normes Sphère, qui préconisent qu'au moins 95% des enfants aient une supplémentation en vitamine A.

Eau, hygiène et assainissement

L'état de lieu du secteur WASH était de gravité moyenne caractérisée par une couverture très faible et inégalement répartie du service d'approvisionnement en eau dans les zones évaluées. Il y a une forte dépendance à l'eau de pluie (24%) et aux sources naturelles non aménagées, en raison du manque d'infrastructures publiques fonctionnelles.

Les principales sources améliorées d'eau étaient les robinets publics (49,8%), les camions-citernes (11,1%), les forages et puits protégés (2,1%). La consommation moyenne d'eau était de 9 LPPD, nettement en dessous du standard Sphère de 15LPPD.

L'insécurité liée à l'eau affectait 91% des ménages avec un accès difficile : 49,6% des ménages consacraient entre une heure et une demi-journée à la collecte, et 92,3% ne traitaient pas l'eau avant consommation.

La disponibilité en latrines comprenait 80,8% de latrines à fosse sans dalle et à ciel ouvert et 63,8% des ménages partageaient ces installations avec d'autres foyers (en moyenne 3 ménages par latrine).

Principales méthodes de traitement de l'eau

Pas de traitement	92,3%	
Pastille de chlore	2,8%	
Faire bouillir de l'eau	4,9%	

Ménages ayant accès au savon

Non	85,4%
Oui	14,6%



85,4% des ménages ne disposaient pas de savon, et aucune des 13 latrines observées ne possédait de dispositif de lavage des mains avec eau et savon.

Abris et articles ménagers

Près de la moitié des ménages (48,1%) vivaient dans des abris de fortune, tandis que 25,1% occupaient des maisons solides achevées, et 23% vivaient dans des bâtiments inachevés. D'après les enquêtes ménages, la majorité des habitations aurait été détruite ou endommagée par le conflit, obligeant les ménages à s'installer dans des abris précaires (bâches déchirées, planches, tôles perforées), exposés aux intempéries et à l'humidité.

Les ménages manquent également de biens essentiels (vêtements, chaussures, couvertures, literie), en particulier pour les enfants. Le manque de moyens financiers constitue le principal obstacle à l'amélioration des conditions de vie, limitant la reconstruction des abris et l'accès aux articles non alimentaires essentiels.

Besoins prioritaires et perception de l'aide

- Selon les répondants IC, l'assistance humanitaire ne serait pas durable particulièrement dans l'alimentation, la santé, l'éducation, les moyens de subsistance et l'électricité. Elle serait marquée par des problèmes d'accès équitable, de ciblage inefficace qui excluerait les ménages absents lors des enregistrements de bénéficiaires. Les IC avaient exprimé le besoin d'impliquer davantage les leaders communautaires.
- Les besoins prioritaires exprimés par les IC s'articulaient autour des questions d'éducation des enfants, de la prise en charge de la mobilité des personnes handicapées et des activités génératrices de revenus.
- En effet, selon les IC, le conflit a engendré la fermeture des écoles, accru le nombre de victimes porteuses de handicap et la perte des sources de revenus. Les ménages n'avaient plus accès aux terres agricoles, ce qui réduisait leur capacité à pratiquer les activités agricoles et à subvenir à leurs besoins alimentaires.
- Les conditions de vie marquées par le manque d'abris adéquats et l'insuffisance d'articles ménagers essentiels, le niveau d'assainissement de l'environnement et les services d'accès à l'eau inadéquats augmentent les risques sanitaires.

Conclusions et recommandations

L'évaluation rapide intégrée en santé publique menée dans la ZS de Nyiragongo met en évidence une situation humanitaire inquiétante pour les populations retournées à la suite du conflit armé de janvier 2025.

Les ménages font face à une insécurité alimentaire sévère, un accès limité à l'eau potable, une morbidité élevée dominée par le paludisme, le choléra et la fièvre typhoïde, ainsi que des conditions d'hébergement précaires.

La fragilité des moyens d'existence et l'insuffisance des services sociaux de base accentuent la vulnérabilité des populations, en particulier des femmes et des enfants. Bien que le taux de mortalité estimé demeure globalement en dessous du seuil d'urgence, l'intervalle de confiance très étendu avec la borne supérieure au-delà du seuil d'alerte de l'OMS fait évoquer une situation préoccupante nécessitant une surveillance accrue.

Les décès rapportés étaient principalement liés aux maladies aiguës, en rapport avec les conditions sanitaires défavorables observées.

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

Cette évaluation constitue un jalon stratégique pour ajuster les interventions, en tenant compte des évolutions sécuritaires et des besoins prioritaires des communautés 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 fin

1. [Rapport du CMP Août 2025, consulté le 24/11/2025](#)

2. [République démocratique du Congo : l'accès aux soins de santé devient de plus en plus difficile dans le Nord et le Sud -Kivu | Comité international de la Croix-Rouge, consulté le 24/11/2025](#)

3. [Democratic Republic of the Congo: Acute Malnutrition Situation For July - December 2025 and Projection for January - June 2026 consulté le 24/11/2025](#)

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.