

A photograph showing a person in a muddy field, possibly a water source, holding a blue container. The foreground shows a stream of water flowing through a field of tall grasses and other vegetation. The person is wearing a light-colored shirt and dark boots.

République démocratique du Congo

**Évaluation rapide intégrée
en santé publique, zone de
santé d'Aungba, territoire
de Mahagi,
Province de l'Ituri**

Février 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

 Nutrition 7

 Abris et articles ménagers essentiels 7

 Besoins prioritaires et perceptions de l'aide 8

 Mortalité 8

DISCUSSION 8

CONCLUSION..... 9

RECOMMANDATIONS 11

ANNEXES 13

 Annexe 1 : Note méthodologique..... 13

 Annexe 2 : Analyse intégrée 14



PRINCIPALES CONCLUSIONS

La situation humanitaire dans la ZS d'Aungba était préoccupante caractérisé par des défis de santé publique importants. Les conflits intercommunautaires ont entraîné le déplacement massif des populations et avec l'accalmie observée depuis 2025, on note un retour important des personnes déplacés internes. Cette situation accentue la pression sur les ressources disponibles, notamment les sources de nourriture et de revenus. En raison de l'insécurité, les ménages avaient un accès limité aux terres. Ils s'adonnaient aux petites activités génératrices de revenus qui ne garantissent pas leur autonomie financière, ce qui réduit leur capacité d'approvisionnement en nourriture sur les marchés. Cette incapacité financière accroît aussi leur vulnérabilité aux maladies, de sorte qu'ils n'avaient plus accès aux soins à cause du paiement direct des frais de santé dans un contexte où il n'y a aucune politique de gratuité des soins. Le premier recours aux soins des ménages était l'automédication, traduisant cette inégalité d'accès aux services de santé : **28,6% des personnes ayant eu besoin de soins déclaraient ne pas y avoir eu accès**, et parmi celles ayant pu consulter (70,6%), 54% s'étaient rendues dans une pharmacie plutôt que dans un centre de santé. L'inadéquation des services d'assainissement, d'accès à l'eau potable et l'hygiène expose les populations aux maladies infectieuses dont le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës qui étaient les maladies les plus fréquentes dans la ZS Aungba. La proportion de ménages en insécurité liée à l'eau était estimée à 78,2% et la principale source d'approvisionnement en eau était des puits non protégés et les eaux de surface (60,1%).

Face aux difficultés de disponibilité et d'accès aux nourritures, les ménages avaient une consommation alimentaire limitée et adoptaient des stratégies d'adaptation de stress, de crise voire d'urgence : 56% des ménages présentaient un score de consommation alimentaire limité et 20% un score pauvre, tandis que 84% des ménages se trouvaient en situation de faim modérée et 9% en situation de faim sévère.

Tous ces facteurs expliquent la prévalence élevée de **la malnutrition aiguë globale**, basée sur la mesure du périmètre brachial (PB), était estimée à **36,56% (IC à 95% : 29,63 – 43,49)**, largement supérieure au seuil critique de 15%, la malnutrition aiguë modérée était estimée à 27,4% (IC95% : 21,6 – 33,3%) et la malnutrition aiguë sévère était de 9,7% (IC95% : 5,8 – 13,6). Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 3,67 décès/10 000/jour, suggérant une surmortalité dans ce groupe cible. L'absence totale de services de nutrition dans les formations sanitaires visitées était un facteur déterminant dans l'état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes ou allaitantes : 100% des enfants de 6 à 59 mois et 97,4% des femmes enceintes et/ou allaitantes n'étaient inscrits à aucun programme nutritionnel, et aucun programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) ni intrant nutritionnel n'était disponible dans les formations sanitaires visitées.

Au regard des résultats de l'évaluation, les interventions devraient être axées sur la relance urgente des services de nutrition, la réactivation des programmes de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) et l'approvisionnement des centres de santé en intrants nutritionnels, afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants et des femmes. Le renforcement de l'accès et de la qualité des services de santé de base constituerait également une priorité afin d'améliorer le recours aux services de santé. L'amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux pratiques d'hygiène devrait également être au cœur des interventions afin de réduire l'exposition de la population aux maladies d'origine hydrique et infectieuses. Enfin, le renforcement de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence des ménages apparaît essentiel pour limiter les stratégies d'adaptation négatives et améliorer durablement l'état nutritionnel des populations. Sans interventions rapides et coordonnées dans ces secteurs clés (nutrition, santé, WASH et sécurité alimentaire), la situation sanitaire pourrait continuer à se détériorer dans les prochains mois, en particulier chez les enfants et les autres groupes vulnérables.



CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le territoire de Mahagi, province de l'Ituri, les violences armées et les conflits intercommunautaires continuent d'entraîner des déplacements massifs avec un impact majeur sur les conditions de vie des communautés hôtes. Face à une relative accalmie sur le plan sécuritaire, on observe un retour progressif des populations déplacées. Au 30 juin 2025, le territoire de Mahagi accueillait près de 49 600 retournés et 378 000 déplacés internes, dont une large part vit dans une grande précarité¹. La dynamique de retour des populations était prépondérante dans les aires de santé de Yilo, zone de santé (ZS) d'Aungba) et de Ndara Muswa (ZS d'Angumu), selon un rapport de la coordination humanitaire (OCHA), entre janvier et mars 2025¹. Ces mouvements de retour massif exercent une pression supplémentaire sur les services socio-sanitaires déjà fragilisés.

La zone de santé d'Aungba avait été identifiée comme **une zone de santé « à suivre de près »** dans le bulletin n°61 du Système de Surveillance Nutritionnelle et de Suivi des Alertes Précoces (SNSAP)² de septembre 2025, suggérant l'existence de vulnérabilités nécessitant une attention accrue, et il n'y a pas de données actuelles sur la situation humanitaire et sanitaire. Par ailleurs, le rapport d'analyse des besoins aigus (ANA)³, réalisée en décembre 2025 par l'équipe REACH, avait classé cette zone « **en risque de surmortalité** ».

C'est dans ce contexte qu'une évaluation rapide intégrée en santé publique a été menée dans la zone de santé de Aungba avec le soutien financier de UKHIH (United Kingdom Humanitarian Innovation Hub) et DoS (Department of State des Etats-Unis d'Amérique).

L'objectif de cette évaluation était d'analyser la gravité des mouvements de déplacements massifs des populations 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 **2 au 7 février 2026** utilisant une approche mixte quantitative et qualitative. Un échantillon représentatif de 361 ménages a constitué la population d'étude pour l'enquête quantitative. La composante qualitative comprenait 22 entretiens avec des informateurs clés (IC), sélectionnés de manière raisonnée en fonction de leur rôle et de leur expertise, y compris 6 responsables communautaires, 3 professionnels de santé, un agent de santé impliqué dans la prise en charge nutritionnelle et 12 membres de la communauté. En complément, 19 observations directes ont été réalisées, dont 6 dans des lieux de vie communautaires, 6 au niveau des latrines et 7 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'évaluation](#)⁴.

¹ [Ituri : à Mahagi, plus de 24.000 personnes retournées en situation de grande vulnérabilité | Actualite.cd](#), consulté le 15/12/2025

² [RD Congo : Surveillance Nutritionnelle et Suivi des Alertes Précoce \(SNSAP\) Bulletin N°61 \(Période Analysée : Juillet - Septembre 2025\) - Democratic Republic of the Congo | ReliefWeb](#), consulté le 15/12/2025

³ [REACH Initiative Analyse des besoins aigus présentation de décembre 2025](#), consulté le 23/02/2026

⁴ [REACH IPHRA TDR ZS-dAungba janvier2026.pdf](#)



RESULTATS

Sécurité alimentaire et moyens de subsistance

Dans la ZS d'Aungba, les indicateurs de la sécurité alimentaire reflétaient une détérioration des moyens d'existence des ménages et une certaine insécurité alimentaire. Le niveau de consommation alimentaire était limite pour **56% des ménages et pauvre pour 20% des ménages enquêtés**. Seulement 24% des ménages avaient un niveau de consommation alimentaire acceptable. L'échelle de la faim dans les ménages révélait que plusieurs ménages étaient confrontés aux expériences de privation alimentaire au cours des 30 derniers jours avant l'enquête : faim très sévère (1%), **faim sévère (9%), faim modérée (84%), faim légère (5%)**. **L'accès à la nourriture était problématique** : 88,9% des ménages rapportaient des difficultés d'accès, principalement liées à l'indisponibilité des denrées en quantité suffisante (54,8%), au manque de moyens financiers (37,1%) et à l'éloignement des sources d'approvisionnement (31,2%). Pour se procurer la nourriture, les ménages procédaient aux échanges de nourriture contre le travail (38,2%), utilisaient leur propre production (30,5%) ou devaient en acheter sur le marché (27,1%). En cas d'indisponibilité de nourriture, les ménages avaient recours aux stratégies basées sur la consommation. L'indice réduit moyen des stratégies d'adaptation (rCSI) indique une moyenne de 17,2 **et 57% des ménages** étaient catégorisés **en sévérité 'moyenne' et 43% des ménages** étaient catégorisés en sévérité **'élevée'**. La majorité réduisait la taille des portions des repas (85,9%), réduisait le nombre de repas journaliers (84%) et restreignait la consommation alimentaire des adultes au profit des enfants (51,8%). Cette situation est aggravée par la qualité d'eau utilisée pour la préparation des aliments où 42% des ménages utilisaient l'eau des puits non protégés et 13,3% utilisaient des eaux de surface, prédisposant ces ménages aux risques de maladies d'origine hydrique qui fragilisent leur état de santé et par la même occasion leur état nutritionnel.

Les capacités de production étaient limitées pour faire face aux besoins des ménages qui s'adonnaient aux activités génératrices de revenus précaires. La majorité des ménages dépendait d'activités instables et saisonnières, notamment le travail journalier agricole (60,1%), la vente de produits agricoles (20,2%) et la vente de bois de chauffage (10,5%), limitant leur capacité à générer des revenus réguliers. En conséquence, **37% des ménages avaient adopté des stratégies liées aux moyens de subsistance d'urgence**, dont la consommation de semences destinées aux cultures (35%), compromettant les campagnes agricoles futures, le recours à la prostitution (11,1%) ou la vente d'une maison/terrain (6,6%), tandis que 29% et 15% avaient respectivement recours à des stratégies de sévérité 'stress' et de 'crise'. Selon les informateurs clés (IC), cette situation s'expliquerait principalement par la perte d'actifs productifs liée aux déplacements, l'abandon ou la perte des terres agricoles, l'interruption prolongée des activités agricoles, ainsi que la forte dépendance des ménages à l'agriculture dans un contexte marqué par des contraintes sécuritaires limitant l'accès aux terres. L'ensemble de ces facteurs contribuerait à une dégradation progressive mais significative des moyens d'existence et à une aggravation de l'insécurité alimentaire des ménages.

Eau, hygiène et assainissement (EHA)

Les résultats mettaient en évidence une situation en EHA de gravité moyenne, caractérisée par des contraintes d'accès à l'eau potable et des conditions d'assainissement et d'hygiène inadéquates, **exposant la population aux risques sanitaires**. Bien que la consommation moyenne d'eau atteignît 16 litres par personne et par jour (LPPD), valeur supérieure au seuil de 15 LPPD fixé par les normes Sphère (15LPPD), les **services d'approvisionnement en eau demeuraient limités pour la grande majorité des ménages selon l'échelle JMP** (WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation

and Hygiene)⁵. En effet, plus de la moitié des ménages (55,6%) mettaient entre 30 minutes et une heure pour collecter l'eau, ce qui correspond à un niveau de service « limité » selon l'échelle JMP. Seulement 34,8% des ménages accédaient à l'eau en moins de 30 minutes à partir des puits tubulaires protégés correspondant au niveau de service « basiques » selon l'échelle JMP. **La principale source d'eau utilisée par les ménages pour la boisson était les puits non protégés (47,1%). La situation est encore plus préoccupante pour 13% des ménages qui utilisaient les eaux de surface, sans traitement préalable à domicile, exposant cette partie de la population aux risques sanitaires.** En matière de capacités de stockage d'eau, 98,3% des ménages disposaient en moyenne de 1,6 récipients pour recueillir l'eau, principalement des jerrycans rigides de 20L (76,9% des ménages) et des jerrycans de 10L (10,7% des ménages).

Les conditions d'assainissement étaient inadéquates. Les latrines à fosse sans dalle ou à ciel ouvert représentaient le type de latrines le plus fréquent (77%) partagées en moyenne avec deux autres ménages. Par ailleurs, **0,5% des ménages** pratiquaient la défécation à l'air libre, aggravant davantage les risques de contamination environnementale.

Les pratiques d'hygiène étaient essentielles, **81% des ménages ne disposant pas de savon et aucun dispositif de lavage des mains n'avait été observé à proximité des latrines.** Selon les IC, cette situation s'expliquait principalement par l'insuffisance des ressources financières des ménages et le faible accès aux activités génératrices de revenus, limitant leur capacité à investir dans des infrastructures WASH adéquates. Une minorité d'IC soulignait également que l'instabilité des populations et la crainte de nouveaux déplacements réduisaient l'investissement dans des installations durables. Les observations directes révélaient un environnement insalubre, marqué par la présence visible de fèces humaines et animales ainsi que des amas d'ordures, traduisant une gestion inadéquate des excréta et des déchets solides, ce qui expose les populations aux risques de maladies hydriques et oro-fécales.

Santé

Dans la Zone de Santé d'Aungba, les résultats mettaient en évidence une situation sanitaire préoccupante, marquée par une forte prévalence de maladies infectieuses et un accès limité aux services de santé. Au cours des deux semaines précédant l'enquête, 22% des répondants avaient déclaré avoir eu besoin de soins de santé, principalement pour des symptômes évocateurs de maladies infectieuses, notamment la fièvre (54,7%), la toux (42,5%) et la diarrhée (13,3%). La tendance était la même selon les IC qui identifiaient le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques comme les principales affections affectant la communauté. Les enfants de moins de cinq ans apparaissaient particulièrement vulnérables, 53,7% ayant présenté un besoin de soins au cours de la même période. Selon les IC, ces problèmes de santé s'expliquaient en grande partie par des facteurs structurels, notamment l'accès limité à une eau potable sûre et l'insuffisance de moustiquaires imprégnées d'insecticide, favorisant respectivement la propagation des maladies hydriques et du paludisme.

Les contraintes économiques constituaient un obstacle majeur à l'accès aux soins. Parmi les 70,6% de répondants ayant pu accéder à un service de santé lorsqu'ils en avaient besoin, plus de la moitié (54%) s'était rendue directement dans une pharmacie, tandis que 28,6% des personnes interrogées déclaraient avoir des besoins en santé non satisfaits. Selon certains IC, les coûts des soins et l'absence de mécanismes

⁵ [Drinking water | JMP](#) WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene

de gratuité contribuaient également aux pratiques à risque comme les accouchements à domicile. En matière de santé sexuelle et reproductive, les IC rapportaient que les difficultés liées à la gestion de l'hygiène menstruelle notamment l'indisponibilité de serviettes hygiéniques, le manque de moyens financiers pour s'en procurer et l'insuffisance d'informations exposaient les femmes aux risques sanitaires supplémentaires. Le taux de couverture vaccinale contre la rougeole (88,5%) était encore en dessous du seuil minimal de 95 % requis pour prévenir efficacement les flambées épidémiques, traduisant une vulnérabilité élevée des enfants face à cette maladie.

Nutrition

La prévalence de la malnutrition aiguë globale basée sur la mesure du périmètre brachial était estimée à 36,6% (n=186, IC95 % : 29,6 – 43,5), largement supérieure au seuil critique de 15%, mettait en évidence **une situation nutritionnelle alarmante chez les enfants de moins de cinq ans**. La malnutrition aiguë modérée était estimée à 27,4% (IC95% : 21,6 – 33,3%) et la malnutrition aiguë sévère (MAS) était de 9,7% (IC95% : 5,8 – 13,6) dont 0,5% de MAS avec œdème. Les IC apportaient quelques explications à cette situation : selon le personnel de santé, **l'absence de tout programme PCIMA depuis plus d'une année, conjuguée au manque d'intrants et d'équipements, avait entraîné l'interruption complète des activités nutritionnelles au niveau des formations sanitaires**. Cette rupture de l'offre de services signifiait que les cas de malnutrition n'étaient plus détectés ni pris en charge précocement au niveau communautaire ou dans les centres de santé primaires, mais systématiquement référés vers l'hôpital général de référence, ce qui pouvait retarder l'accès au traitement.

L'augmentation des cas observée depuis la fin des projets suggérait ainsi un effet direct de l'arrêt des programmes nutritionnels sur la détérioration de la situation nutritionnelle. En outre, **La totalité des enfants âgés de 6 à 59 mois (100%) et 97,4% des femmes enceintes et/ou allaitantes n'étaient pas inscrits à un programme de nutrition**. Aucun service de nutrition n'était disponible dans les formations sanitaires visitées.

Chez les 53 femmes enceintes pour lesquelles le périmètre brachial (PB) était mesuré, 1,9% étaient en situation de malnutrition aiguë modérée et 3,8% en situation de malnutrition aiguë sévère. De même, parmi les 90 femmes allaitantes évaluées, 26,3% présentaient une malnutrition aiguë modérée et 6,3% une malnutrition aiguë sévère.

Abris et articles ménagers essentiels

Dans la ZS d'Aungba, **la majorité des ménages vivait dans des cases traditionnelles (77,6%) et une proportion significative résidait dans des abris de fortune (20,2%)**, exposant les populations aux risques accrus liés aux intempéries, à la sécurité et à l'hygiène. Selon la majorité des informateurs clés (IC), cette situation résultait principalement de l'insuffisance de ressources financières pour construire ou réhabiliter des habitations durables, combinée aux séquelles du conflit intercommunautaire passé, qui avait entraîné la destruction de nombreuses maisons et renforcé la crainte des ménages de reconstruire des logements susceptibles d'être à nouveau incendiés. Les IC soulignaient également que, dans un contexte de ressources limitées, les ménages priorisaient la nourriture au détriment de l'amélioration de leur habitat.

Tous les IC rapportaient que les ménages ne disposaient pas de biens non alimentaires (vêtements, chaussures, literie, couvertures), en quantité suffisante, principalement en raison du manque de moyens financiers, certains précisant que les ressources disponibles étaient prioritairement allouées aux besoins des enfants.

Besoins prioritaires et perceptions de l'aide

Les IC ont été questionnés sur les besoins prioritaires dont la satisfaction améliorerait leur situation. Et de l'analyse des données rapportées par la majorité des IC, **les deux premiers besoins prioritaires étaient l'argent c'est-à-dire une assistance en espèces/cash, et la santé**, puis vient la nourriture. D'autres besoins avaient été rapportés tels que les services d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable, les abris. De manière générale, il semble qu'il n'y avait pas de problèmes majeurs liés à l'aide humanitaire apportée dans les localités visitées. Cependant quelques rares IC avait évoqué les critères de ciblage des bénéficiaires qui ne seraient pas assez bien compris, d'autant que certains IC n'auraient jamais bénéficié d'aide humanitaire.

Mortalité

Le taux brut de mortalité (CDR), était estimé à 0,77 décès pour 10 000 personnes par jour (IC à 95% : 0,44 – 1,11) sur une période de rappel de 145 jours. Cette valeur était inférieure au seuil d'urgence fixé par la norme Sphère, établi à 1 décès pour 10 000 personnes par jour. En revanche, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (U5DR) était estimé à 3,67 décès pour 10 000 enfants par jour (IC à 95% : 1,96 – 5,37), nettement au-delà du seuil d'urgence de 2 décès pour 10 000 enfants par jour. Il traduit une surmortalité chez les enfants de moins de 5 ans sur la période analysée.

DISCUSSION

Cette évaluation multisectorielle dans la ZS Aungba, a révélé la vulnérabilité multidimensionnelle des populations des localités visitées dont les causes sont interconnectées et produisent des effets incompatibles à la santé et à la dignité humaine. La précarité des ménages, et les effets persistants des crises passées contribuaient à entretenir un cercle de vulnérabilités affectant simultanément la santé, la nutrition et les conditions de vie des populations.

Il y avait des besoins en soins de santé non couverts pour une large partie des ménages confrontés aux risques de maladies transmissibles en rapport avec l'insalubrité et l'inadéquation des services d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable. Il s'agit du paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques représentaient les maladies les plus fréquentes. Le premier recours en cas de maladie était l'auto-médication plutôt qu'aller consulter dans les formations sanitaires. Dans un contexte d'absence de politique de protection sociale contre le risque de maladie, l'accès aux soins dépendait de la capacité financière des ménages confrontés au paiement direct des frais de santé. Cette situation constituait un obstacle majeur pour l'équité en santé.

Les enfants de moins de 5 ans étaient les plus vulnérables et particulièrement exposés représentant plus de la moitié de ceux ayant présenté un besoin de soins au cours des deux semaines précédant l'enquête. La couverture vaccinale contre la rougeole était faible (85%) et les services nutritionnels inexistant, témoignant du taux élevé de malnutrition aiguë globale 36,6% (IC95% : 30,2 – 42,9) et surtout de la malnutrition aiguë modérée estimée à 27,4% (IC95% : 21,6 – 33,3%). Cette prévalence élevée de la malnutrition aiguë globale indique une détérioration importante de l'état nutritionnel des enfants liée à l'interruption prolongée des programmes de prise en charge communautaire et dans les formations sanitaires de la malnutrition aiguë et de l'accès à la nourriture par les ménages. Cette rupture de l'offre de services contribuait vraisemblablement à l'augmentation des cas observée par le personnel de santé depuis la fin des projets nutritionnels. Par ailleurs, la forte proportion d'enfants et de femmes enceintes ou allaitantes non inscrits dans un programme nutritionnel est un reflet de l'absence quasi totale de services nutritionnels dans la zone, ce qui limitait considérablement les possibilités de prévention, de dépistage et



de prise en charge. Ces facteurs sont probablement contributifs de la surmortalité observée chez les enfants de moins de 5 ans.

L'accès à la nourriture était une préoccupation pour les ménages enquêtés. Les ménages étaient confrontés à la faim sévère (9%) ou à une faim modérée (84%). Les ménages ont développé des stratégies d'adaptation pour faire face à l'amenuisement des moyens d'existence. En raison des conflits intercommunautaires, les ménages ont perdu leur source de revenus, notamment les terres. Selon la majorité des répondants, cette situation résulte essentiellement de la précarité et de la faiblesse des moyens de subsistance. Les ménages avaient été touchés par un important conflit intercommunautaire ayant entraîné des déplacements massifs. À la suite d'une accalmie observée dans les mois précédant la collecte des données, une partie de la population avait commencé à regagner leur localités d'origine, tandis que d'autres demeuraient encore déplacés. Ces mouvements de population auraient, selon les IC, entraîné des pertes significatives de biens productifs, l'abandon ou la perte des terres agricoles, ainsi qu'une interruption prolongée des activités agricoles. L'absence de production agricole dans un contexte où l'agriculture constitue la principale source de revenus a fortement réduit la disponibilité alimentaire des ménages et leur capacité à générer des revenus à travers la vente de produits agricoles. Le coût élevé des denrées alimentaires sur les marchés, la pénurie des semences et la persistance de l'insécurité comme obstacles majeurs à la reprise des activités agricoles, limitaient la capacité de production des ménages. Ils s'adonnent aux petites activités génératrices de revenus qui ne garantissent pas une autonomie financière. Les mouvements des populations accroissent la pression sur les moyens d'existence déjà rares, ce qui accentue la fragilité des ménages face aux besoins alimentaires. L'insécurité alimentaire dans la ZS Aungba est préoccupante.

Les conditions de logement étaient précaires. Les observations directes montraient que de nombreux abris étaient endommagés (à cause du conflit intercommunautaire qui avait entraîné la destruction de nombreuses habitations) ou insuffisamment équipés, parfois dépourvus de portes, de fenêtres ou de toitures adéquates, offrant une protection limitée contre les intempéries et les vecteurs de maladies. De telles conditions pouvaient favoriser l'exposition aux moustiques, contribuant potentiellement à la transmission du paludisme, mais également accroître la vulnérabilité aux infections respiratoires, en particulier chez les enfants. La crainte que de nouvelles violences puissent survenir semblait avoir dissuadé certains ménages de reconstruire des habitations permanentes.

Dans ce contexte de ressources limitées, les ménages semblaient adopter des stratégies de priorisation des besoins essentiels. Les IC rapportaient que les ressources disponibles étaient principalement consacrées à l'alimentation et aux besoins des enfants, ce qui limitait les investissements dans l'amélioration de l'habitat ou l'acquisition de biens non alimentaires tels que les vêtements, la literie ou les couvertures. Cette priorisation pouvait contribuer à maintenir les ménages dans un cycle de vulnérabilité, où l'insuffisance des conditions de vie augmentait les risques sanitaires, lesquels à leur tour accentuaient les besoins économiques et la fragilité des ménages.

CONCLUSION

La situation humanitaire dans la ZS d'Aungba était préoccupante. Les défis de santé publique étaient importants. Il y a des inégalités d'accès aux soins de santé en raison de l'inaccessibilité financière des ménages des localités visitées dont les activités génératrices de revenus étaient insuffisantes pour couvrir les besoins en santé, nutrition et conditions de vie.



La faim touche une grande proportion de ménages qui adoptaient des stratégies d'adaptation de stress, crise voire d'urgence pour faire face à l'insuffisance des moyens d'existence. Cette situation se reflète dans la prévalence élevée de la malnutrition aiguë globale dont l'impact est plus important chez les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes. L'absence de programme de prise en charge de la malnutrition aiguë, combinée au manque d'intrants et d'équipements dans les structures de santé, limitait fortement les capacités de dépistage, de prévention et de traitement des cas. Aucune assistance humanitaire n'adresse cette vulnérabilité des populations. Les services de santé étaient inadéquats. La couverture vaccinale contre la rougeole était insuffisante et le niveau d'assainissement et d'hygiène expose les ménages aux maladies infectieuses, notamment le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. Le taux brut de mortalité estimé suggère une surmortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Les conditions de vie des ménages étaient précaires. Une proportion importante de ménages vivait dans des abris précaires, souvent endommagés et insuffisamment équipés pour garantir une protection adéquate contre les intempéries et les risques sanitaires.

Il s'avère nécessaire de réactiver à court terme les services de prise en charge de la malnutrition et de promotion des pratiques nutritionnelles au niveau communautaire.



RECOMMANDATIONS

Dimension/Preuve	Gravité	Point	Priorités de réponse
Mortalité – Taux de décès des moins de 5 ans (U5DR) était estimé à 3,67 décès pour 10 000 enfants par jour (IC à 95% : 1,96 – 5,37)	Haute	moyen terme	Mettre en œuvre une réponse multisectorielle intégrée visant à réduire les facteurs de risque de mortalité , notamment : renforcement des services de santé primaires et de la prise en charge des urgences, réactivation des services nutritionnels (PCIMA), amélioration de l'accès à l'eau potable et intensification des mesures de prévention des maladies (distribution de moustiquaires, promotion de l'hygiène) et promotion de la santé.
Malnutrition – Prévalence de la malnutrition aiguë globale basée sur le PB : 36,67 % (IC 95 % : 29,63–43,49) , Absence de programme PCIMA et d'intrants nutritionnels dans les structures de santé ; 100 % des enfants 6–59 mois et 97,4 % des femmes enceintes/allaitantes non inscrits dans un programme nutritionnel.	Haute	Court terme	Réactiver d'urgence les programmes de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) dans les structures de santé et au niveau communautaire ; assurer l'approvisionnement en intrants nutritionnels (ATPE, F75/F100, suppléments) ; renforcer le dépistage communautaire actif par le PB et référer précocement les cas ; mettre en place des programmes de prévention de la malnutrition (ANJE, supplémentation, éducation nutritionnelle).
Santé (Morbidité) : 22% des répondants avaient eu besoin de soins durant les deux semaines précédant l'enquête ; symptômes dominants : fièvre (54,7%), toux (42,5%), diarrhée (13,3%) . Les IC identifiaient le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques comme pathologies les plus fréquentes.	Haute	Court terme	Renforcer les services de soins de santé primaires dans les structures locales ; intensifier les interventions de prévention du paludisme (distribution de moustiquaires imprégnées, sensibilisation) ; renforcer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et les activités communautaires de prévention et de promotion de la santé.
Santé (Accès aux soins) Parmi les personnes ayant eu besoin de soins, 70,6% seulement avaient pu accéder aux soins, dont 54% principalement via les pharmacies ; 28,6% avaient des besoins de santé non satisfaits. Plusieurs services spécialisés (nutrition, SONU, VIH/TB, VBG) étaient interrompus.	Haute	moyen terme	Réduire les barrières financières et géographiques à l'accès aux soins par des mécanismes de gratuité ciblée ; soutenir la réhabilitation des services essentiels interrompus (nutrition, santé maternelle d'urgence, VIH/TB, VBG) ; déployer des stratégies avancées ou cliniques mobiles dans les zones éloignées.
Santé sexuelle et reproductive (SSR) – Recours rapporté aux accouchements à domicile lié aux contraintes financières ; difficultés d'accès aux produits d'hygiène menstruelle (indisponibilité, manque de moyens financiers, manque d'information).	Moyenne	moyen terme	Renforcer les services SSR (consultations prénatales, accouchements assistés) ; mettre en place des mécanismes de gratuité pour les accouchements ; soutenir la distribution de kits d'hygiène menstruelle et les activités d'information sur la santé reproductive.



<p>Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) – Majorité des points d'eau non aménagés ou non protégés (rivières, puits non protégés) et en nombre insuffisant ; faible traitement de l'eau au niveau des ménages ; facteurs favorisant les maladies hydriques.</p>	<p>Moyenne</p>	<p>Court terme</p>	<p>Réhabiliter et créer des points d'eau protégés afin d'améliorer l'accès à l'eau potable ; distribuer des produits de traitement de l'eau ; renforcer les activités de promotion de l'hygiène et de sensibilisation communautaire ; améliorer l'accès aux infrastructures d'assainissement de base.</p>
<p>Abris et biens non alimentaires (NFI) – 77,6% des ménages vivaient dans des cases traditionnelles et 20,2% dans des abris de fortune ; abris endommagés (absence de portes, toitures, fenêtres) ; insuffisance de vêtements, couvertures et literie</p>	<p>Haute</p>	<p>Moyen terme</p>	<p>Mettre en œuvre des interventions d'appui aux abris (réhabilitation ou kits d'abris d'urgence) ; distribuer des kits NFI essentiels (couvertures, moustiquaires, literie, vêtements) ; soutenir les ménages vulnérables pour l'amélioration progressive des conditions de logement.</p>
<p>Sécurité alimentaire et moyens de subsistance – Les ménages priorisaient leurs ressources pour l'alimentation, limitant les dépenses pour d'autres besoins essentiels ; contraintes économiques importantes et stratégies d'adaptation négatives utilisées.</p>	<p>Moyenne</p>	<p>Court à Moyen terme</p>	<p>Mettre en œuvre des interventions de sécurité alimentaire et de relance des moyens de subsistance (assistance alimentaire ciblée, transferts monétaires, appui aux activités génératrices de revenus) ; soutenir les activités agricoles et halieutiques locales afin d'améliorer la disponibilité et l'accès aux aliments.</p>

Annexe 1 : Note méthodologique

L'IPHRA a été conduite dans la zone de santé d'Aungba et a reposé sur une enquête transversale combinant la collecte de données quantitatives et qualitatives. La collecte des données primaires s'est déroulée du 2 au 7 février 2026.

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 intervalle de confiance de 95 % et d'une marge d'erreur de ± 10 %.

La population cible de cette IPHRA était constituée des ménages vivant dans les villages accueillant les personnes déplacées internes (PDI) dans la zone de santé d'Aungba. La base de sondage, élaborée à partir des données transmises par les autorités sanitaires de la ZS, comprenait l'ensemble des villages accueillant les PDI 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, six (06) 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 leur population déplacée. 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.



Annexe 2 : Analyse intégrée

Catégorie	Domaine	Sévérité		
		Preuve	Norme (le cas échéant)	
Résultats en matière de santé	Mortalité	Le taux brut de mortalité (CDR) : 0,77 décès pour 10 000 personnes par jour (IC à 95% : 0,44–1,11). Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (U5DR) : 3,67 décès pour 10 000 enfants par jour (IC à 95% : 1,96 – 5,37).	1 décès pour 10 000 par jour 2 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 10 000 par jour	Haut
	Malnutrition	La prévalence de la malnutrition aiguë globale basée sur le PB : 36,56% (IC à 95% : 29,63–43,49) Malnutrition aiguë modérée 27,4% (IC95% : 21,6 – 33,3%) et malnutrition aiguë sévère 9,7% (IC95% : 5,8 – 13,6)	Malnutrition aiguë globale par score z du poids par rapport à la taille > 15%. Malnutrition aiguë globale par MUAC > Dépendante du contexte	Haut
	Morbidité	22% des répondants avaient eu besoin de soins de santé, avec une prédominance de symptômes évocateurs de maladies infectieuses tels que la fièvre (54,7%), la toux (42,5%) et la diarrhée (13,3%). 28,6% des ménages en besoins de soins n'avaient pas eu accès aux soins	>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.)	Haut
Facteurs contributifs directs	Consommation d'eau (quantité)	15,92 LPPD (médiane : 13,33 LPPD) 78,2% des ménages déclaraient une insécurité liée à l'eau et la majorité s'approvisionnait auprès de sources non protégées (47,1% puits non protégés, 13% eaux de surface), sans aucun traitement préalable à domicile.	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	56% des ménages présentaient un score de consommation alimentaire limité et 20% un score pauvre, traduisant un déficit alimentaire important. Par ailleurs, 84% des ménages se trouvaient en situation de faim modérée et 9% en situation de faim sévère. 88,9% des ménages rapportaient des difficultés, principalement liées à l'indisponibilité des denrées en quantité suffisante (54,8%), au manque de moyens financiers pour acheter de la nourriture (37,1%) et à l'éloignement des sources d'approvisionnement (31,2%). 38,2% dépendaient d'échanges de nourriture contre travail, 30,5% se fiaient à leur propre production et 27,1% achetaient des denrées sur le marché. 43% des ménages avaient recours à des stratégies d'adaptation sévères	-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	98,3% des ménages disposaient en moyenne de 1,5 réservoir, principalement des jerrycans rigides de 20 litres (76,9%).	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	La majorité des ménages dépendait de sources de revenus instables et saisonnières : le travail journalier agricole (60,1%), la vente de produits agricoles (20,2%) et la vente de bois de chauffage (10,5%). 37% des ménages avaient adopté des stratégies	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



Evaluation rapide intégrée en santé publique dans la ZS d'Aungba, province de l'Ituri – février 2026

	Conditions de vie	Cases traditionnelles (77,6%) et abris de fortune (20,2%).	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)	Latrines à fosse sans dalle ou à ciel ouvert (77%), 10,5% pratiquaient encore la défécation à l'air libre 74% des ménages partageaient leurs latrines avec en moyenne trois autres ménages.	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
	Adéquation des services de santé	70,6% de répondants ayant pu accéder aux soins lorsqu'ils en avaient ressenti le besoin, la majorité (54%) s'était rendue directement dans une pharmacie. 28,6% des personnes interrogées déclaraient des besoins en santé non satisfaits. La vaccination contre la rougeole concernait 45,3% des enfants selon le souvenir des mères et 43,2% selon la carte de vaccination, tandis que 88% des enfants avaient reçu une supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois.	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	Dans la Zone de Santé d'Aungba, la situation nutritionnelle était fortement préoccupante. La totalité des enfants âgés de 6 à 59 mois (100 %) et 97,4 % des femmes enceintes et/ou allaitantes n'étaient pas inscrits à un programme de nutrition. Aucun service de nutrition n'était disponible dans les structures de santé visitées : il n'existait ni programme PCIMA, ni intrant nutritionnel.	Couverture du programme PCMA	Haut
Analyse intégrée des résultats en matière de santé (Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)				6/6
Analyse intégrée Facteurs contributifs (Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)				9/ 16
Score de l'analyse intégrée Total (Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)				15/ 22