

République démocratique du Congo

Évaluation rapide intégrée en santé publique

Zone de santé de Nyiragongo

Territoire de Nyiragongo
Province du Nord-Kivu

Décembre 2025

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.

Principales conclusions

Un taux de mortalité de 0,69 décès pour 10 000 personnes par jour (IC95 % : 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 jour¹.

La combinaison d'une insécurité alimentaire sévère, d'un accès insuffisant à l'eau potable, d'infrastructures EHA défectueuses et d'un système de santé faiblement performant laisserait présager une aggravation de la situation humanitaire dans les mois à venir en l'absence de mesures correctives. Dans un tel contexte, une hausse de la mortalité serait probable, en particulier parmi les groupes les plus vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées ainsi que les femmes enceintes et allaitantes.

L'évaluation mettait en évidence une situation préoccupante dans les secteurs de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (EHA), caractérisée par des risques sanitaires majeurs pour la population, tandis que les indicateurs de santé traduisaient un niveau d'atteinte modéré. En effet, l'absence quasi généralisée de traitement de l'eau avant consommation (92% des ménages), combinée à une forte dépendance à l'eau de pluie comme source d'approvisionnement (71,8%), exposait les ménages à un risque élevé de maladies hydriques. Cette vulnérabilité était renforcée par des conditions d'assainissement très précaires, avec 81% des ménages utilisant des latrines à fosse sans dalle et à ciel ouvert, majoritairement partagées (64%), à raison de trois ménages par latrine en moyenne. Par ailleurs, l'insécurité liée à l'eau demeurait largement répandue, affectant 90,9% des ménages, tandis que la consommation moyenne d'eau, estimée à 9 litres par personne et par jour (LPPD), restait nettement inférieure au standard minimum de 15 LPPD recommandé par les standards Sphère, soulignant ainsi l'ampleur des besoins et la nécessité d'interventions ciblées en EHA et en santé.

¹ [Guidelines for mortality surveillance](#), consulté le 24/11/2025

Contenu

PRINCIPALES CONCLUSIONS	1
CONTENU	2
Liste des acronymes	3
Liste des figures, tableaux et cartes	5
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	6
METHODOLOGIE	7
Objectifs de l'évaluation	7
Portée géographique	8
Echantillonnage et collecte de données	9
Analyse	11
Limites et considérations éthiques	11
RESULTATS	12
Caractéristiques démographiques des participants	12
Sécurité alimentaire et moyens de subsistance	13
Eau, assainissement et hygiène	16
Santé	17
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	19
Abris et articles ménagers essentiels	20
Besoins prioritaires et perception de l'aide	21
Mortalité	22
DISCUSSION	23
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	29

Liste des acronymes

- **ADF** : Allied Democratic Forces - Forces Démocratiques Alliées
- **BEmONC** : Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care - Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
- **CCCM** : Camp Coordination and Camp Management_ Coordination et gestion des camps
- **CEmONC** : Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care - Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes
- **CPN** : Consultation prénatale
- **EHA** : Eau, hygiène et assainissement
- **IC** : Informateurs clés
- **IDF/HHS** : Indice domestique de la faim
- **IPC** : Cadre intégré de classification de l'insécurité alimentaire aiguë
- **IPHRA** : Évaluation rapide intégrée en santé publique
- **IST** : Infection sexuellement transmissible
- **LCSI** : Indice de stratégies de survie pour les moyens d'existence
- **MUAC** : Mid-Upper Arm Circumference, soit en français périmètre brachial
- **PAM** : Programme alimentaire mondial
- **PCIME** : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- **PDI** : Personnes déplacées internes
- **PEV** : Programme élargi de vaccination
- **rCSI** : Reduced Coping Strategy Index - Indice réduit des stratégies d'adaptation
- **SAME** : Sécurité alimentaire et moyens d'existence
- **SCA/FCS** : Score de consommation alimentaire
- **SECAL** : Sécurité alimentaire
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine
- **ZS** : Zone de santé

Définitions clés

Les définitions opérationnelles suivantes sont adaptées à partir du glossaire de l'agence des nations unies pour les réfugiés (UNHCR)²

- **Personnes déplacées internes** : Ménages qui ont été forcés ou obligés de fuir ou de quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, d'une violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou causées par l'homme depuis la résurgence des conflits à l'Est de la RDC en juin 2020³. Ces ménages vivent depuis lors ensemble dans la ZS d'Oicha et n'ont pas franchi de frontière d'État internationalement reconnue.
- **Les personnes retournées** : Des personnes précédemment déplacées (déplacées internes) qui sont revenues s'installer dans leur zone ou localité d'origine, de manière spontanée ou assistée, après une période de déplacement.
- **Communauté hôte** : population résidente d'une zone ou d'un village, qui accueille, de manière temporaire ou prolongée, des personnes déplacées internes (PDI), ou des retournés-es.
- **Ménages** : Groupe de personnes qui ont mangé dans la même cuisine et dormi sous le même toit la nuit précédente et qui reconnaissent l'autorité d'une seule personne en tant que chef de ménage.

² [Glossaire principal des termes du HCR | HCR](#), consulté le 24/11/2025

³ [Evaluation Rapide Multisectorielle \(ERM\) dans la localité d'Oicha, Province du Nord-Kivu, République Démocratique du Congo, 21 - 22 octobre 2020 - Democratic Republic of the Congo | ReliefWeb](#), consulté le 24/11/2025

Liste des figures, tableaux et cartes

Figure 1 : Carte géographique des localités évaluées dans la ZS de Nyiragongo.....	9
Tableau 1 : Synthèse des méthodes de collecte de données utilisées dans l'évaluation IPHRA de la ZS de Nyiragongo.....	10
Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des participants.....	12
Tableau 3 : Sécurité alimentaire et moyens de subsistance, indicateurs de base.....	13
Tableau 4 : Eau, hygiène et assainissement, indicateurs de base	16
Tableau 5 : Santé - indicateurs de base.....	17
Tableau 6 : ANJE - Indicateurs de base.....	19
Tableau 7 : Résultats abris et articles ménagers essentiels (AME)	20
Tableau 8 : Risques intégrés de surmortalité	25
Tableau 9 : Recommandations	30

Contexte et justification

La zone de santé (ZS) de Nyiragongo est située à l'Est de la République Démocratique du Congo (RDC) dans le territoire du même nom, dans la province du Nord-Kivu. Depuis le conflit armé de janvier 2025, plusieurs sites de personnes déplacées internes (PDI) autour de Goma et Nyiragongo avaient été démantelés, contraignant de nombreuses familles à regagner leurs villages d'origine dans des conditions particulièrement fragiles⁴. Selon la Commission Mouvements de Population (CMP), la ZS de Nyiragongo accueillait 44 565 personnes retournées au 31 août 2025⁵.

Cette dynamique de retour exerçait une pression considérable sur des ressources locales déjà limitées. Sur le plan sanitaire, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) rapportait que 85 % des structures de santé du Nord-Kivu souffraient de pénuries en médicaments essentiels et que près de 40 % avaient perdu du personnel qualifié en raison de la violence⁶. Sur le plan alimentaire, la mise à jour du cadre intégré de la sécurité alimentaire (IPC-AFI) de mars 2025 classait la ZS en crise (phase 3 de l'IPC), avec plus de 200 000 personnes en situation d'urgence (phase 3+)⁷. Parallèlement, la prévision nutritionnelle pour janvier-juin 2025 indiquait une phase d'alerte (phase 2 IPC-AMN), avec un risque de malnutrition aiguë affectant entre 5 et 9,9 % des enfants⁸.

En outre, le Groupe de Travail sur l'Analyse des Crises et la Qualité de la Réponse (GTACQ)⁹ avait classé la ZS de Nyiragongo en zone « hotspot, tous acteurs », traduisant des besoins urgents vitaux non couverts par les structures humanitaires de première ligne. Face à cette combinaison de facteurs : pression démographique, détérioration du système de santé, insécurité alimentaire, vulnérabilité nutritionnelle il est apparu essentiel de disposer de données actualisées pour orienter efficacement la réponse humanitaire.

Ainsi, après consultation avec les clusters Santé, Sécurité Alimentaire (SECAL) et EHA, et afin de mieux comprendre les besoins des populations retournées, REACH, avec le soutien financier de H2H Network et DoS (Department of State des Etats-Unis d'Amérique), a conduit en octobre 2025, une évaluation rapide intégrée en santé publique (IPHRA) dans la ZS de Nyiragongo. 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 affectées.

Le présent rapport détaille la méthodologie de collecte des données, expose les principaux résultats organisés selon les thématiques clés de la santé publique (santé, mortalité, SECAL, EHA et abris), puis conclut par une synthèse des constats majeurs et des recommandations prioritaires pour orienter la réponse humanitaire.

⁴ [DRC: More than 3 million displaced people have returned home, UN says | Africanews](#), consulté le 24/11/2025

⁵ Rapport du CMP, réunion du 09/09/20265, consulté le 24/11/2025

⁶ [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

⁷ <https://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1159546/?iso3=COD>, consulté le 24/11/2025

⁸ <https://reliefweb.int/report/DRC/republique-democratique-du-congo-analyse-ipc-de-la-malnutrition-aigue-juillet-2024-juin-2025-publie-le-9-septembre-2024>, consulté le 24/11/2025

⁹ <https://app.powerbi.com-GTACQ>, consulté le 24/11/2025

Méthodologie

Objectifs de l'évaluation

L'objectif général de cette évaluation était de déterminer la gravité des effets de la crise sécuritaire sur la santé publique et définir les priorités initiales en matière de santé publique pour la réponse humanitaire afin de réduire la morbidité, la malnutrition et la mortalité dans la zone de santé de Nyiragongo.

Spécifiquement :

- Identifier les caractéristiques démographiques de la population cible.
- Estimer la proportion de la population ayant des besoins en matière de soins de santé au cours des deux semaines précédant la collecte des données (tous les besoins en matière de soins de santé, les besoins non satisfaits, les besoins par sexe/âge/symptôme).
- Comprendre les principaux obstacles qui empêchent la population cible d'accéder aux services de santé.
- Évaluer la disponibilité et la fonctionnalité des services de santé.
- Évaluer les habitudes d'allaitement et de consommation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence pour les enfants de moins de 2 ans.
- Identifier les difficultés rencontrées par les accompagnants dans les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.
- Estimer la couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants âgés de 9 à 59 mois.
- Estimer la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- Estimer le taux brut de mortalité de la population générale au sein des localités de la ZS de Nyiragongo durant la période de rappel de **107 jours** (du 30 juin 2025, date marquant la fête d'indépendance de la RDC jusqu'au milieu de la collecte des données probablement le 15 octobre 2025).
- Estimer la proportion de la population cible présentant des carences en matière de consommation alimentaire,
- Comprendre la disponibilité et l'utilisation de la nourriture au niveau des ménages
- Comprendre les principaux obstacles à l'accès à la nourriture pour la population cible.
- Estimer la couverture approximative des interventions de sécurité alimentaire d'urgence dans la population cible.
- Estimer la proportion de la population qui utilise des stratégies d'adaptation basées sur les moyens de subsistance pour accéder à la nourriture ou à d'autres besoins fondamentaux, ainsi que la gravité de ces stratégies.
- Estimer la proportion de la population présentant des lacunes en matière de consommation d'eau, tant en termes de quantité que de qualité (litres par personne et par jour, source principale d'eau potable).
- Estimer la proportion de la population ayant accès à des installations sanitaires améliorées
- Comprendre les principaux obstacles à l'accès à l'eau, à l'accès aux toilettes et à la pratique de gestes d'hygiène pour la population cible.
- Évaluer la fonctionnalité des points d'eau utilisés par la population cible au sein de la communauté et dans les établissements de santé ou de nutrition.
- Évaluer la fonctionnalité des latrines utilisées par la population cible au sein de la communauté et dans les établissements de santé ou de nutrition.

- Identifier la présence de risques environnementaux liés à l'assainissement (déchets solides, débordements d'eaux usées, stagnation des eaux, etc.
- Évaluer les principaux types d'abris utilisés par la population.
- Estimer la proportion de la population ayant accès à des produits non alimentaires essentiels (savon, moustiquaires, comprimés de traitement de l'eau, couvertures, bâches, matériel de cuisine, jerrycans, etc.

Portée géographique

L'évaluation s'est déroulée dans la zone de santé de Nyiragongo, précisément dans six villages, tous sélectionnés de manière aléatoire proportionnellement à leur taille de population conformément aux normes et standards de l'IPHRA.

Selon la Cellule d'analyse des indicateurs de développement (CAID)¹⁰, le territoire de Nyiragongo, qui dispose d'une unique zone de santé portant le même nom, est délimité au nord par le territoire de Rutshuru, au sud par la ville de Goma, à l'est par la République du Rwanda et à l'ouest par le territoire de Masisi. Il bénéficie d'un climat tropical humide caractérisé par l'alternance de quatre saisons : une petite saison sèche (janvier-février), une grande saison pluvieuse (mars-mai), une grande saison sèche (juin-août) et une petite saison pluvieuse (septembre-décembre). Sur le plan hydrographique, le territoire ne dispose ni de sources ni de cours d'eau, ce qui contraint la population à parcourir de longues distances pour s'approvisionner en eau.

L'économie locale repose principalement sur l'agriculture, qui constitue la source de subsistance de plus de 65% des ménages. Les principales cultures comprennent les choux, les carottes, divers légumes et fruits en petites quantités, ainsi que le maïs et les haricots, également produits en quantités limitées. La pomme de terre représente toutefois la culture phare du territoire. Sur le plan sanitaire, Nyiragongo ne compte qu'un seul hôpital de référence, situé à Kibumba dans le groupement de Buhumba.

Le territoire abrite par ailleurs le parc national des Virunga et le volcan Nyiragongo. La présence du volcan confère aux sols de Nyiragongo une certaine complexité : les coulées de lave récentes empêchent encore l'installation durable de l'agriculture, tandis que les coulées plus anciennes, décomposées, offrent des sols parfois superficiels mais très fertiles, favorisant certaines activités agricoles.

Il convient de souligner que l'enquête a été conduite pendant la période de soudure, phase critique de l'année où la disponibilité alimentaire au niveau des ménages est généralement faible et où la vulnérabilité nutritionnelle est accentuée.

¹⁰ [Caid.cd](#)-consulté le 25/11/2025

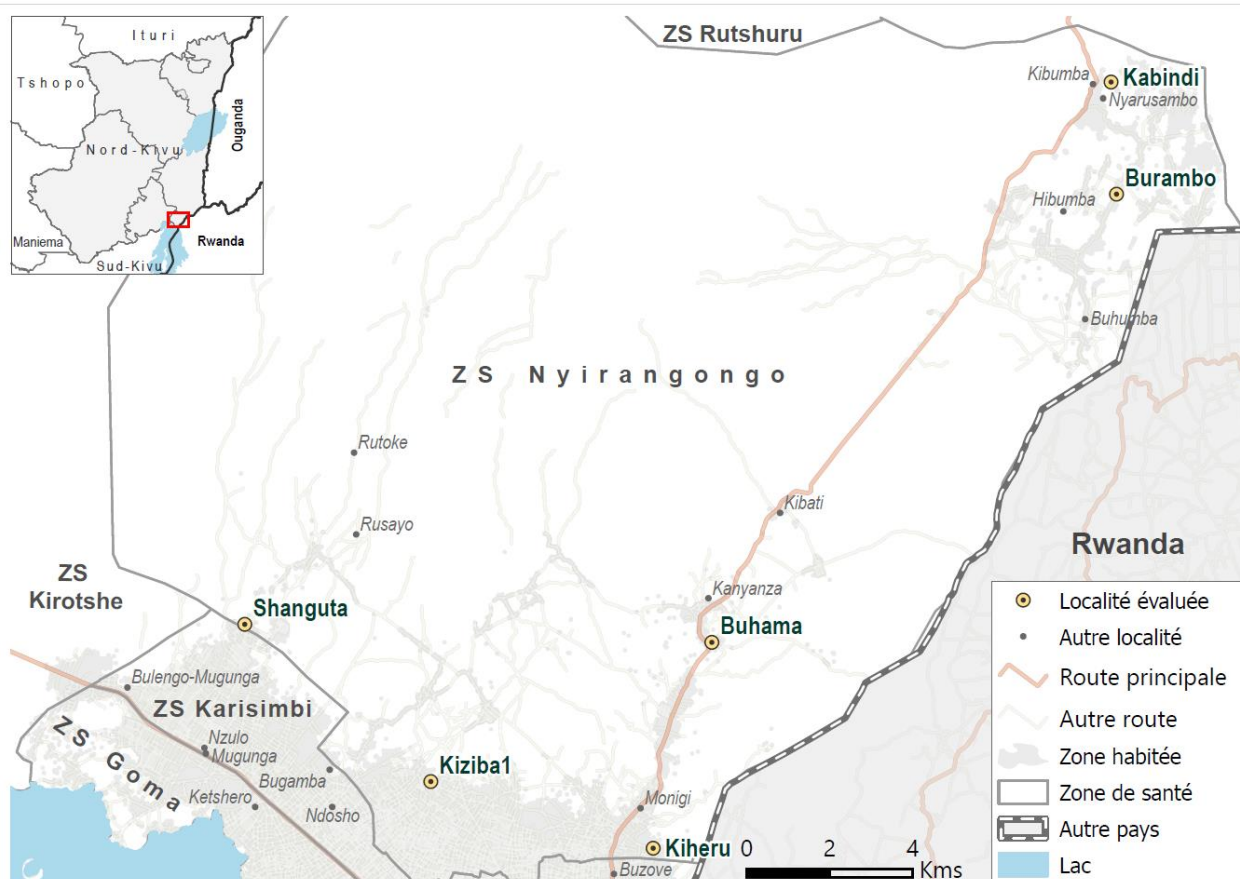


Figure 1: Carte géographique des localités évaluées dans la ZS de Nyiragongo

Echantillonnage et collecte de données

L'évaluation IPHRA a été menée dans la ZS de Nyiragongo et a consisté en une enquête transversale avec une collecte de données quantitatives et qualitatives. La collecte de données primaires s'est déroulée du **15 au 24 octobre 2025**.

La population ciblée pour cette IPHRA était composée de personnes retournées vivant dans les villages de la ZS de Nyiragongo. La base de sondage, constituée à partir des données transmises par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), regroupait l'ensemble des villages abritant des personnes retournées dans la zone de santé. **Six villages ont été sélectionnés de manière aléatoire à l'aide du logiciel R à partir d'une liste de villages incluant des populations retournées par village**, selon un échantillonnage proportionnel à la taille de la population. Ensuite, à partir des listes de ménages établies en collaboration avec les chefs de localité dans chacun des villages, les ménages ont été sélectionnés de façon aléatoire.

Après un examen des données secondaires, qui nous a permis de mieux comprendre la dynamique des déplacements, les interactions intercommunautaires, la présence des acteurs humanitaires et la disponibilité des services de base, le calcul de la taille de l'échantillon, incluant un module sur la mortalité, a été effectué à l'aide du logiciel **ENA (Emergency Nutrition Assessment)**, avec un intervalle de confiance à 95% et une marge d'erreur de $\pm 10\%$.

Au total, **287 ménages ont été enquêtés dans les six villages ciblés de la ZS de Nyiragongo**.

La collecte des données qualitatives avait consisté en :

- Entretien avec les IC : **30 IC** sélectionnés de manière raisonnée en fonction de leur rôle et de leur expertise : **6 responsables communautaires, 7 professionnels de santé, 4 personnels de santé impliqués dans la prise en charge nutritionnelle, 1 membre d'une ONG intervenant dans le domaine de la sécurité alimentaire et 12 membres de la communauté.**
- **28 observations directes** : 6 sur les lieux de vie communautaires, 13 sur les latrines et 09 sur les points d'eau.

Pour plus de détails, veuillez consulter les termes de référence de l'évaluation¹¹.

Tableau 1: Synthèse des méthodes de collecte de données utilisées dans l'évaluation IPHRA de la ZS de Nyiragongo

Type de données	Méthode de collecte	Outils / Logiciels utilisés	Échantillon collecté	Période de collecte
Quantitatif	Enquête ménage	R (tirage aléatoire), ENA (calcul de taille)	- 287 ménages	15–24 octobre 2025
Quantitatif	Entretiens individuels	Kobo	- 7 personnels de santé - 4 personnels de santé impliqués dans la prise en charge nutritionnelle - 1 membre d'une ONG intervenant en SECAL	15–24 octobre 2025
Qualitatif – IC	Entretiens semi-structurés avec informateurs clés	Guides d'entretien	- 6 responsables communautaires ; - 7 professionnels de santé ; - 12 membres de la communauté	15–24 octobre 2025
Observation directe	Visites sur site avec grilles d'observation	Fiches d'observation	- 6 lieux de vie ; - 13 latrines ; - 09 points d'eau	15–24 octobre 2025

¹¹ ...

Analyse

Les données des ménages ont été nettoyées et analysées à l'aide des scripts R d'IPHRA, développés par le siège d'IMPACT. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de R et présentées sous forme de proportion, moyennes ou médianes selon le cas. Pour faire ressortir les données de l'ensemble de la population évaluée, une pondération a été appliquée afin de tenir compte des différences de taille de chaque population.

Pour les données qualitatives, l'analyse a été réalisée à l'aide de la grille de saturation des données, conçue spécifiquement pour les IPHRA par l'unité Santé publique du siège d'IMPACT.

Limites et considérations éthiques

La méthodologie IPHRA se veut être une méthode d'évaluation rapide permettant d'évaluer les principaux indicateurs de santé publique et de couverture des services et quelques limites sont à prendre en considération dans la compréhension des résultats et leur généralisation :

- **Pas une analyse causale** : La méthode IPHRA vise à comprendre l'ampleur des besoins de santé publique et les lacunes des services. Cependant, compte tenu de cette approche, elle ne peut pas pleinement expliquer les raisons ou les causes des résultats. Une analyse et une triangulation avec des composantes qualitatives peuvent fournir une indication, mais celle-ci sera probablement limitée.
- **Non généralisable** : Les méthodes d'échantillonnage en grappes ne sont pas recommandées pour les évaluations IPHRA. L'utilisation d'un échantillonnage raisonné signifie que les résultats (bien que représentatifs par strate) ne doivent pas être généralisés à une population plus large que les sites et établissements évalués.
- **Probablement pas à saturation** : Pour les composantes qualitatives, la taille des échantillons n'est probablement pas suffisante pour atteindre une saturation complète des réponses de la population. L'objectif est de fournir des informations succinctes permettant de les comparer aux résultats des enquêtes auprès des ménages.
- L'évaluation ciblait spécifiquement les personnes retournées ; toutefois, dans deux des six localités évaluées (Kabindi et Burambo), l'ensemble de la population était composé de retournés. Par conséquent, dans ces deux localités, les résultats reflètent davantage la situation de la population dans son ensemble.
- Étant donné que l'enquête a été conduite en période de soudure, les résultats relatifs à la sécurité alimentaire doivent être interprétés avec prudence. En effet, cette période accentue temporairement les indicateurs de vulnérabilité alimentaire, ce qui peut surestimer la gravité de la situation.

Résultats

Caractéristiques démographiques des participants

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des participants

Ménages	
N=287	
Enquête auprès des ménages	
Statut de déplacement	
Retourné	100%
Groupes d'âge (en année)	
18-29	30%
30-44	36%
45-54	17%
55-79	16%
Informations 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 orales	
Swahili	96,2%
Kinyabwisha	38%
Kinyarwanda	15,7%
Langues préférées pour recevoir les informations écrites	
Swahili	86,4%
Kinyabwisha	32,8%
Kinyarwanda	9,8%

L'évaluation a couvert un total de 287 ménages, représentant 1 630 personnes avec une taille moyenne d'environ 6 membres par ménage. La population ciblée pour cette IPHRA était composée de **personnes retournées** vivant dans les villages de la ZS de Nyiragongo.

La répartition de la population enquêtée par sexe indiquait **une majorité de femmes (54%) et 46% d'hommes**.

En complément des données quantitatives, des informations qualitatives ont également été recueillies par l'équipe d'évaluation.

Sécurité alimentaire et moyens de subsistance

Tableau 3 : Sécurité alimentaire et moyens de subsistance, indicateurs de base

Ménages	
N=287	
Score de consommation alimentaire (FCS)	
Acceptable	24%
Limité	73%
Pauvre	3%
Echelle de la faim des ménages (HHS)	
Aucun	1%
Petit	6%
Modéré	83%
Sévère	9%
Très sévère	2%
Indice réduit des stratégies d'adaptation (RCSI)	
Faible	0%
Moyen	28%
Haut	72%
Indice de stratégie d'adaptation pour les moyens d'existence (LCSI)	
Aucun	0%
Stress	5%
Crise	9%
Urgence	86%
Principales sources de nourriture¹²	
Première source de nourriture	
Echange de nourriture contre du travail	32,8%
Marché (achat comptant ou à crédit)	27,2%
Production propre de culture (jardins)	23,3%
Deuxième source de nourriture	
Emprunts/dettes	36,8%
Soutien des voisins/parents	26,5%
Marché (achat comptant ou à crédit)	15,3%
Troisième source de nourriture	
Aucun	45,6%
Emprunts/dettes	17,1%

¹² Les réponses étaient mutuellement exclusives : les répondants ne pouvaient pas cocher la même option comme première, deuxième ou troisième source de nourriture. Par conséquent, les pourcentages indiqués pour chaque source sont calculés par rapport au total des réponses à chaque rang et n'atteignaient pas les 100 %.

Principales sources de revenus	
Première source principale de revenus	
Travail journalier agricole (ferme, jardins, potagers)	39,4%
Travail quotidien occasionnel (petit commerce, taxi)	16,7%
Travail journalier qualifié (menuiserie, coiffure, maçonnerie)	10,8%
Deuxième source principale de revenus	
Aucun	24,4%
Prêt communautaire	15,3%
Travail journalier agricole (ferme, jardins, potagers)	10,5%
Troisième source principale de revenus	
Aucun	63,1%
Mendicité	22,1%
Source d'eau utilisée pour la préparation des aliments	
Robinet public	47%
Collecte des eaux de pluie	24,7%
Camion-citerne	14,6%
Principale source d'énergie utilisée pour la préparation des aliments	
Bois de chauffage	88,5%
Charbon (charbon de bois, charbon de bois minéral)	10,8%
% ménages ayant reçu une assistance humanitaire au cours des 6 mois précédant la collecte des données	
Oui	64,5%
Non	35,5%
Modalités d'aide reçues au cours des 6 mois précédant l'enquête n= 185	
Sécurité alimentaire	58,9%
Santé	18,9%
Nutrition	10,8%
Principaux obstacles à l'accès à la nourriture¹³ n= 127	
Domage à la principale source de nourriture	50,4%
La nourriture n'est pas disponible en quantité suffisante	32,3%
Problème de sécurité lors des déplacements vers la source de nourriture	22,8%

Les données indiquaient une dégradation marquée de la situation alimentaire. En effet, **73 % des ménages présentaient une consommation alimentaire limitée, 24 % un score de consommation acceptable et 3 % une consommation alimentaire pauvre**, traduisant une fréquence et une diversité alimentaires inadéquates. Par ailleurs, les ménages étaient fortement confrontés à la faim, avec **83 % déclarant une faim modérée et 9 % une faim sévère**. Selon les responsables communautaires et les membres de la communauté, la situation de la consommation alimentaire des ménages était jugée préoccupante. De nombreux ménages mettaient en œuvre des stratégies d'adaptation négatives pour faire face à cette situation, notamment **la privation de nourriture au profit des enfants, la rationalisation des repas et la réduction du nombre de repas quotidiens**. Ces stratégies comportementales étaient généralement adoptées lorsque les ménages ne pouvaient pas accéder à une alimentation suffisante, en moyenne trois

¹³ Les répondant.es avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%

jours au cours des sept jours précédant l'enquête. Enfin, **la proportion de ménages ayant eu recours à des stratégies d'adaptation sévères s'élevait à 72 %.**

Selon les IC, 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. Les champs étaient occupés par d'autres personnes ou se situaient loin des ménages, parfois dans des zones de conflit, ce qui empêchait les agriculteurs de mener des activités agricoles. Les IC indiquaient également que de nombreux ménages passaient fréquemment des journées entières sans manger, parfois jusqu'à deux fois par semaine.

Concernant les sources de nourriture, **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 2^{ème} source de nourriture.**

Par ailleurs, **86% des ménages recouraient à des stratégies d'urgence**, telles que la vente de terres ou de logements (5%), la mendicité (56%) et la consommation de semences destinées à la saison agricole suivante (48%). **La proportion de ménages appliquant des stratégies de crise s'élevait à 9%**, comprenant la réduction des dépenses de santé ou le retrait des enfants de l'école pour diminuer les coûts (49%), la vente de bétails productifs (15%) et la récolte et la consommation d'aliments immatures (51%). **Les stratégies de stress concernaient 3% des ménages enquêtés**, notamment la vente de biens domestiques (70%), l'emprunt d'argent (90%), l'utilisation des économies du ménage (46%) et la vente d'animaux (15%). Ces pratiques témoignaient d'une érosion avancée des moyens d'existence.

Selon les IC, on observait une fragilisation marquée des moyens de subsistance. Les responsables communautaires soulignaient que la perte d'accès aux terres cultivables, désormais occupées ou situées en zones à risque, compromettait gravement les activités agricoles, obligeant de nombreux ménages à recourir à des travaux occasionnels éloignés, notamment dans les territoires de Masisi ou Rutshuru. Le manque de semences et d'intrants agricoles, combiné à l'insécurité, empêchait la reprise des activités agricoles, poussant les ménages vers des activités génératrices de revenus peu rentables, telles que le petit commerce, la vente de bois ou les travaux journaliers, souvent inaccessibles à certaines catégories vulnérables (personnes âgées, femmes enceintes). Certaines femmes se livraient à la prostitution pour subvenir aux besoins du ménage, et des cas de vol et de mendicité étaient également rapportés comme moyens de subsistance.

Enfin, 39,4 % des ménages dépendaient du travail journalier comme principale source de revenus, révélant une précarité économique très marquée.

Eau, assainissement et hygiène**Tableau 4** : Eau, hygiène et assainissement, indicateurs de base

Ménages N=287	
Moyenne/Médiane de litres d'eau potable par personne et par jour	
Moyenne	9
Médiane	6.67
Catégorie de consommation d'eau potable en litres par personnes et par jour des ménages (LPPD)	
< 7,5LPPD	55,6%
7,5 – 15 LPPD	22,6%
> 15LPPD	21,8%
Principales sources d'eau utilisées par les ménages pour boire	
Robinet public	49,8%
Collecte des eaux de pluie	24%
Camion-citerne	11,1%
Principales méthodes de traitement de l'eau	
Pas de traitement	92,3%
Pastille de chlore/Aquatab	2,8%
Faire bouillir de l'eau	4,9%
Temps de collecte de l'eau	
Moins de 30 minutes	12,6%
30 minutes à moins d'une heure	34,5%
Une heure à moins d'une demi-journée	49,6%
Une demi-journée	2,2%
Eau disponible à l'intérieur de l'enceinte	0,4%
Existence de conteneurs au sein du ménage pour collecter et stocker de l'eau	
Oui	99,3%
Non	0,7%
Nombre moyen de conteneurs de collecte et de stockage d'eau possédés par les ménages	
Moyenne	1,55

Les résultats montraient une insécurité liée à l'eau généralisée, affectant **90,9% des ménages qui déclaraient avoir une insécurité liée à l'eau**. La consommation moyenne n'était que de 9 LPPD, nettement en dessous du standard Sphère de 15LPPD. **Plus de la moitié des ménages (55,6%) disposaient d'un volume inférieur au seuil minimal en temps de crise aigüe de 7,5 LPPD.**

Bien que 99,3% des ménages possédaient des conteneurs de stockage (en moyenne 1,5 conteneurs de 20L par ménage), **29,4% avaient connu un manque d'eau au cours des 15 jours précédents la collecte des données**. Les principales sources améliorées d'eau étaient **les robinets publics (49,8%), les camions-citernes (11,1%), les forages et puits protégés (2,1%)**. Il y avait aussi une proportion de ménages qui collectaient les eaux de pluie (24%) pour la cuisson et la boisson.

L'accès restait contraignant : **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**. Les IC expliquaient ces insuffisances et

révélaient une **forte dépendance aux eaux de surface, notamment l'eau de pluie, les mares et les rivières, en raison de la couverture insuffisante des services d'approvisionnement en eau.**

La pénurie d'eau était généralisée dans les localités évaluées. Lorsqu'il existait des points d'eau, comme les bornes-fontaines, le ravitaillement devenait payant. Pour de nombreux ménages vivant dans la précarité, l'inaccessibilité financière constituait un facteur limitant leur consommation d'eau. Les observations corroboraient également les disparités de stockage entre ménages : les plus aisés disposaient de dispositifs élaborés, tandis que les plus vulnérables se contentaient de quelques bidons. Cette situation limitait la quantité d'eau utilisée quotidiennement, réduisant les usages à la boisson et à la cuisine, au détriment de l'hygiène et de la salubrité. Les ménages ayant un accès limité à l'eau développaient des stratégies d'adaptation, de sorte que seules les femmes se lavaient, par exemple, afin d'économiser l'eau.

La situation d'assainissement et d'hygiène dans les ménages enquêtés était préoccupante. **80,8% des ménages utilisaient des latrines à fosse sans dalle et à ciel ouvert, et 63,8% partageaient ces installations avec d'autres foyers (en moyenne trois ménages par latrine).**

Concernant l'hygiène, **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. De plus, 11 latrines sur 13 étaient situées à moins de 30 mètres d'une source d'eau, ce qui augmentait le risque de contamination.

Les entretiens et observations révélaient des contraintes structurelles et comportementales aggravant la situation : déficit généralisé en infrastructures fonctionnelles, pratique persistante de la défécation à l'air libre, absence de gestion organisée des déchets solides, sols rocheux réduisant les capacités de construction, et contraintes économiques des ménages. Les femmes étaient particulièrement vulnérables, en raison de l'absence d'espaces d'intimité et de produits d'hygiène menstruelle.

Santé

Tableau 5 : Santé - indicateurs de base

Ménages N=287	
Maladie au cours des 2 semaines précédant la collecte des données	
Oui	42,5%
Non	57,5%
Maladie au cours des 2 semaines précédant la collecte des données, ventilées par tranche d'âge¹⁴	
Moins de 5 ans	92,8%
De 6 à 18 ans	62,8%
De 19 à 59 ans	50%
59 ans et plus	72,6%

¹⁴ Il s'agit des effectifs cumulés des réponses positives ("oui") des personnes, toutes tranches d'âge confondues, ayant déclaré avoir été malades au cours des deux semaines précédant la collecte des données.

Maladie (principaux symptômes)	n=122
Fièvre	51,4%
Maux de tête	34,1%
Diarrhée	25,5%
Douleur abdominale	24,4%
Accès aux soins de santé lorsque le besoin était ressenti	n=122
Oui	82,5%
Non	17,5%
Principaux lieux d'obtention des soins de santé lorsque le besoin était ressenti	n=101
Poste de santé publique	31,6%
Pharmacie	31,3%
Centre de santé gouvernementale	16,6%
Obstacles à l'accès aux soins de santé lorsque le besoin était ressenti	n=101
Aucun obstacle	74%
Impossibilité de payer le coût des médicaments	17,5%
Le service recherché n'était pas disponible	4,5%
Enfants de 9 à 59 mois vaccinés contre la rougeole	n=27
Oui, d'après les souvenirs de la mère	82%
Oui, d'après la carte ou le carnet de vaccination	9,9%
Non	4%
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	n=29
Oui	95,8%
Non	4,2%

Les données reflètent une situation sanitaire préoccupante dans les villages accueillant les retournés de la ZS de Nyiragongo. Elles indiquaient que, **42,5% des personnes interrogées ont déclaré avoir été malades au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi elles, 82,5% avaient pu accéder aux soins, soit au total 35,1% de la population enquêtée qui avait accès aux soins. Les symptômes présentés étaient** principalement de **la fièvre (51,4%), des maux de tête (34,1%) et de la diarrhée (25,5%)**. Selon les IC, les principaux problèmes de santé rencontrés par la communauté de Nyiragongo étaient liés aux maladies diarrhéiques, au choléra, au paludisme, à la fièvre typhoïde et à l'épidémie de Mpx. Certains IC mettaient également en avant les problèmes de malnutrition. L'un des facteurs évoqués était la consommation d'eau impropre à la consommation. Dans une moindre mesure, les problèmes d'accouchement à domicile étaient mentionnés, de même que les maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle (l'HTA) ou le stress, qui pouvaient survenir chez certains membres de la communauté. Des cas d'infection sexuellement transmissibles (IST) après viol étaient également rapportés. Par ailleurs, les blessures liées au conflit, responsables de handicaps, seraient les conséquences sanitaires directes des violences et l'insuffisance de la prise en charge médicale.

Au total, 82,5% des individus déclaraient avoir pu accéder aux soins lorsqu'ils en avaient besoin. Parmi eux, 31,6% avaient eu recours à un poste de santé public, tandis que 31,3% s'étaient directement adressés à une pharmacie. La majorité (74%) rapportait n'avoir rencontré aucun obstacle pour accéder aux services de santé. Cependant, Les IC, responsables communautaires et membres de la communauté, rapportaient que la principale limite à l'accès équitable aux services de santé était l'inaccessibilité financière. Plusieurs membres des communautés faisaient face à une précarité qui les empêchait d'utiliser les services de santé dans les formations sanitaires. Par ailleurs, les formations sanitaires ne disposaient pas d'une capacité suffisante d'offre de soins. C'était notamment le cas du centre de santé de Nyiragongo, qui devait référer

de nombreux patients vers l'hôpital de référence. Or, les soins y étaient payants et plus coûteux. Les médicaments n'étaient pas toujours disponibles dans le centre de santé, ce qui accroissait la vulnérabilité des ménages en matière d'accès équitable aux services de santé. En revanche, quelques IC rapportaient qu'il existait une politique de gratuité des médicaments et des aliments thérapeutiques pour la prise en charge de la malnutrition. Ils précisaient toutefois que l'ensemble de la population n'était pas informé de cette politique de gratuité.

Concernant la couverture vaccinale, 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, parmi les enfants de 6 à 59 mois, 95,8% avaient reçu une supplémentation en vitamine A

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Tableau 6 : ANJE - Indicateurs de base

Ménages n=18	
Allaitement des enfants de moins de 2 ans le jour précédant la collecte des données	
Oui	95%
Non	5%
Types d'aliments consommés par les enfants de moins de 2 ans¹⁵	
Lait maternel	80%
Céréales, racines, tubercules et plantains	67%
Légumes secs (haricots)	44%
Produits laitiers	0%
Aliments à base de chair (viande, poisson)	2%
Œufs	2%
Fruits et légumes riches en vitamine A	9%
Défis auxquels les ménages font face pour l'alimentation complémentaire des enfants de moins de 2 ans¹⁶	
Manque d'argent/obstacles financiers à l'achat de la nourriture	94%
Prix élevés de la nourriture	19%
Manque d'information sur l'importance de l'alimentation complémentaire	14%
Raisons déclarées de non-allaitement des enfants de moins de 2 ans n=3	
La mère est enceinte	47,4%
Barrières culturelles/l'enfant est trop âgé pour être allaité	31,6%

Parmi les 18 personnes ayant répondu aux questions sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), toutes responsables d'enfants de moins de 2 ans, 17 avaient déclaré que leurs enfants avaient été allaités la veille de l'enquête. Une répondante a indiqué ne pas avoir allaité, en raison notamment de son état de grossesse et de l'âge de l'enfant, ce dernier n'avait plus besoin d'être allaité. Par ailleurs, **16**

¹⁵ Les répondant.es avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%

¹⁶ Les répondant.es avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%

répondants sur 18 ont rapporté que la principale difficulté liée à l'alimentation complémentaire était l'impossibilité d'acheter des denrées alimentaires, faute de moyens financiers suffisants.

Abris et articles ménagers essentiels

Tableau 7 : Résultats abris et articles ménagers essentiels (AME)

Ménages N=287	
Type d'abris	
Abris de fortune	48,1%
Maison solide/finie	25,1%
Bâtiment inachevé/non fermé	23%
Capacité des ménages à cuisiner au sein des abris	
Oui, sans problème	14,6%
Oui, avec des problèmes	79,4%
Non, ce n'est pas possible	5,9%
Raisons évoquées de l'impossibilité de cuisiner à l'intérieur des abris¹⁷ n=245	
Insuffisance des AME (ustensiles de cuisine)	77,6%
Installation de cuisson dangereuses	33,9%
Espace insuffisant pour cuisiner (fuites en cas de pluie)	33,5%
Capacité à dormir au sein des abris N=287	
Oui, sans problème	16,7%
Oui, avec des problèmes	81,9%
Non, ce n'est pas possible	1,4%
Raisons évoquées de l'impossibilité de dormir à l'intérieur de l'abris¹⁸ n=239	
Insuffisance des AME (litière, matelas, nattes, moustiquaires)	90,4%
Espace insuffisant	66,1%
Espace inadéquat pour dormir (fuites en cas de pluie)	42,7%
Capacité des ménages à stocker de la nourriture et de l'eau au sein des abris N=287	
Oui, sans problème	14,6%
Oui, avec des problèmes	73,5%
Non, ce n'est pas possible	11,8%
Raisons évoquées de l'impossibilité de stocker de l'eau/la nourriture au sein des abris¹⁹ n=239	
Manque de récipients pour le stockage de l'eau	68,6%
Manque de moyens de conservation des aliments	55,9%
Ménages éclairés à la tombée de la nuit N=287	
Oui, sans problème	8,7%
Oui, avec des problèmes	70,7%
Non, ce n'est pas possible	20,6%

¹⁷ Les répondant.es avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%

¹⁸ Les répondant.es avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%

¹⁹ Les répondant.es avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%

Problèmes d'électricité à la tombée de la nuit	n=239
Pas d'électricité et pas de lampe	51,5%
Electricité intermittente et insuffisante	45%
Capacité à effectuer l'hygiène personnel dans le lieu de vie	N=287
Oui, sans problème	4,2%
Oui, avec des problèmes	76%
Non, ce n'est pas possible	19,9%
Raisons évoquées de l'impossibilité de l'hygiène personnel dans le lieu de vie	n=275
Manque d'AME (savons)	54,2%
Espace inadéquat (manque d'intimité)	52%
Espace insuffisant	26,9%

Près de la moitié des ménages (48,1%) vivaient dans des abris de fortune, tandis que 25,1% occupaient des maisons solides achevées. Les données qualitatives attestent que la majorité des habitations a 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. Le surpeuplement et le manque d'espace vital aggravent les risques sanitaires, et l'absence d'installations d'hygiène de base contraint certains ménages à se laver à l'extérieur. 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.

Les enquêtes ménages indiquaient que l'impossibilité de cuisiner ou de dormir à l'intérieur des abris était principalement liée à l'insuffisance d'AME : manque d'ustensile pour la cuisine (77,2%) et manque de literie/matelas/nattes/moustiquaires (90,4%). L'analyse des entretiens menés auprès des responsables communautaires et des membres de la communauté faisait ressortir une situation de grande précarité en matière d'abris et d'articles non alimentaires, touchant l'ensemble de la population.

Besoins prioritaires et perception de l'aide

L'analyse des entretiens menés auprès des responsables communautaires et des membres de la communauté mettait en évidence **une mauvaise appréciation de l'aide humanitaire**, marquée par des problèmes d'accès inéquitable, de ciblage inefficace et par l'insuffisance des interventions au regard des besoins réels. Selon les IC, les distributions étaient souvent partielles, mal coordonnées et excluaient une partie des ménages vulnérables, notamment ceux absents lors de l'enregistrement ou vivant dans des zones marginalisées telles que Burambo et Kabindi. Les responsables communautaires avaient particulièrement insisté sur les erreurs administratives et sur le manque d'implication des autorités locales, qu'ils considéraient comme un facteur de désorganisation et de tensions sociales. Tout ceci aboutissait à une certaine injustice vécue par les membres de la communauté. Les IC déploraient également l'absence d'assistance durable, citant un manque de soutien dans des secteurs essentiels tels que l'alimentation, la santé, l'éducation, l'accès aux moyens de subsistance et à l'électricité.

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 jour²⁰. 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%. Au total, 92,3% des personnes décédées avaient sollicité des soins de santé dans les deux semaines précédant leur décès, et la majorité d'entre elles (33,3%) s'étaient adressées à un centre de santé gouvernemental. Dans la communauté de Nyiragongo, les IC avaient rapporté effectivement plusieurs cas de décès dont le principal facteur de risque était le défaut de soins appropriés. Les IC avaient mentionné que leur situation de précarité ne leur permettait pas d'avoir accès aux soins de santé qui sont payants pour la communauté. Certains avaient évoqué la rupture de médicaments dans les centres de santé et des cas d'accouchement à domicile qui augmentent le risque de maladie et de décès des nouveau-nés.

²⁰ [Guidelines for mortality surveillance](#), consulté le 24/11/2025

Discussion

La situation humanitaire dans les localités accueillant les retournés de la zone de santé de Nyiragongo était marquée par des vulnérabilités interconnectées, où l'insécurité alimentaire, les défaillances d'accès à l'eau, les risques sanitaires, la précarité des abris et l'effondrement des moyens d'existence se renforçaient mutuellement. La part de ménage avec une consommation alimentaire pauvre est faible (3%) pour une période de soudure. Il y a effectivement des gaps de consommation alimentaire (moyens - comme dans le tableau). On observe principalement des stratégies d'adaptation en lien avec les moyens d'existence probablement dû au calendrier saisonnier également. Il s'agit 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'expliquaient par un accès restreint aux champs en raison de l'insécurité, de l'occupation des terres, de la destruction des parcelles et de 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 chez ces enfants. Notre évaluation n'avait pas recueilli les données nutritionnelles. En revanche, l'enquête SMART menée dans le territoire de Nyiragongo en septembre 2025 avait révélé un taux de malnutrition aiguë globale de 2,5 %, mesuré selon le rapport poids/taille et se situant bien en dessous du seuil d'alerte de 10 % fixé par l'OMS. Cependant, les IC semblent rapporter 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.

Cette insécurité alimentaire était associée à une insécurité liée à l'eau dans les villages des retournés. Cette situation fragilise les mesures d'hygiène corporelle et environnementale. Cela constituait un facteur de risque important des maladies d'origine hydrique. Ces conditions, combinées à des latrines rudimentaires, souvent partagées, mal entretenues et situées à proximité des points d'eau constituaient un risque de maladies transmissibles. Le profil épidémiologique des localités évaluées rendait compte de cette situation, étant dominé par le paludisme, la diarrhée, la fièvre, la typhoïde, le choléra ainsi que des blessures liées aux conflits, soulignant le lien entre conditions de vie, environnement sanitaire et exposition aux violences. Dans les villages accueillant les retournés de la zone de santé de Nyiragongo ; 42,5% des personnes interrogées ont déclaré avoir été malades au cours des deux semaines précédant l'enquête et 82,5% parmi eux n'avaient pas pu accéder aux soins. Les symptômes présentés (fièvre, diarrhée) suggèrent une forte circulation des maladies infectieuses en particulier les maladies diarrhéiques comme le choléra. Selon l'OMS, 5288 cas de choléra étaient enregistrés, dont 6 décès, à travers sept zones de santé : Goma, Karisimbi, Kibirizi, Kirotshe, Masisi, Nyiragongo et Rutshuru, au 15 juin 2025. Malgré le calme apparent après les violents combats de début de l'année 2025, une grande partie des habitants de la région peine encore à accéder aux soins de santé essentiels. Les dysfonctionnements de l'approvisionnement en intrants de santé dus à la crise 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.

Bien que la majorité des ménages ait affirmé avoir accès aux soins lorsqu'ils en avaient besoin, les barrières financières et la qualité des soins constituaient un frein à l'utilisation des services de santé. Les pratiques d'allaitement maternel étaient globalement positives. Cependant, l'introduction de l'alimentation complémentaire représente un défi à cause de l'insécurité alimentaire, compromettant la croissance et l'immunité des enfants. Par ailleurs, malgré un taux de mortalité globalement inférieur au seuil d'alerte, la

borne supérieure dépassait les limites attendues, révélant une situation fragile nécessitant une surveillance continue.

Les conditions d'habitat contribuaient également de manière significative à l'aggravation des risques sanitaires. La majorité des ménages vivait dans des abris de fortune construits avec des matériaux de récupération, souvent surpeuplés, mal ventilés et incapables de protéger adéquatement contre les intempéries. La promiscuité du fait du surpeuplement des abris, le manque de couvertures, d'ustensiles domestiques et d'articles d'hygiène compromettait la dignité des ménages et les rendait vulnérables aux maladies contagieuses telles que les infections respiratoires. L'intimité des femmes et les filles n'était pas garantie et elles s'exposaient au risque de protection.

Dans l'ensemble, cette évaluation met en lumière une crise multisectorielle où les vulnérabilités socio-économiques, sanitaires et environnementales compromettent la situation humanitaire déjà fragile.

Tableau 8 : Risques intégrés de surmortalité

Catégorie	Domaine	Sévérité		
		Preuve	Norme (le cas échéant)	Village abritant les retournés dans la ZS de Nyiragongo
Résultats en matière de santé	Mortalité	Un taux de mortalité de 0,69 décès pour 10 000 personnes par jour (IC 95 % : 0,32–1,07) a été estimé dans l'ensemble des localités évaluées sur la période de rappel de 107 jours. Toutefois, la borne supérieure de l'intervalle de confiance (IC95%) dépasse le seuil d'alerte recommandé par l'OMS fixé à 1 décès pour 10 000 personnes par jour.	1 décès pour 10 000 par jour 2 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 10 000 par jour	Moyenne
	Malnutrition	Notre évaluation n'avait pas recueilli les données nutritionnelles. En revanche, l'enquête SMART menée dans le territoire de Nyiragongo en septembre 2025 avait révélé un taux de malnutrition aiguë globale de 2,5 %, mesuré selon le rapport poids/taille et se situant bien en dessous du seuil d'alerte de 10 % fixé par l'OMS.	Malnutrition aiguë globale par score z du poids par rapport à la taille > 15%. Malnutrition aiguë globale par MUAC > Dépendante du contexte	Faible
	Morbidité	Dans les villages accueillant les retournés de la zone de santé de Nyiragongo ; 42,5% des personnes interrogées ont déclaré avoir été malades au cours des deux semaines précédant l'enquête et 82,5% parmi eux avaient pu accéder aux soins. Selon l'OMS, 5 288 cas de choléra étaient enregistrés, dont 6 décès, à travers sept zones de santé : Goma, Karisimbi, Kibirizi, Kirotshe, Masisi, Nyiragongo et Rutshuru, au 15 juin 2025.	>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.)	Moyenne
Facteurs contributifs directs	Consommation d'eau (quantité)	Il y avait une pénurie d'eau avec 90,9% des ménages qui déclaraient manquer d'eau. La consommation moyenne était de 9LPPD, nettement en dessous du standard Sphère de 15LPPD, et plus de la moitié des ménages (55,6%) disposaient d'un volume inférieur au seuil minimal de 7,5LPPD.	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	Haut

Facteurs contributifs directs	Sécurité alimentaire des ménages ²¹	<p>Enquête réalisée en période de soudure</p> <p>73% FCS limité, 24% FCS acceptable, 3% FCS pauvre</p> <p>6% petite faim, 83% faim modérée, 9% faim sévère, 2% faim très sévère</p> <p>72% des ménages avec une utilisation fréquente des stratégies liées à la consommation alimentaire (score élevé), 28% score correspondant à la catégorie moyenne.</p> <p>Selon les IC, les ménages peuvent passer une journée entière sans manger, priorisent l'alimentation des enfants, et adoptent parfois des comportements à risque, incluant le vol de nourriture ou, pour certaines femmes, le recours à la prostitution pour subvenir aux besoins essentiels.</p>	<p>-Les 5 principaux groupes d'aliments consommés (HDDS)</p> <p>-un score de consommation alimentaire acceptable (FCS)</p> <p>-Score rCSI faible</p> <p>-Seuils de l'échelle de la faim</p> <p>-Classification de la consommation alimentaire</p> <p>- Source des aliments</p>	Moyenne
	Sécurité de l'eau dans les ménages	<p>Bien que 99,3% des ménages possédaient des conteneurs de stockage (en moyenne 1,5 par ménage), 29,4% avaient subi des coupures d'eau au cours des 15 jours précédents. Les principales sources d'eau étaient les robinets publics (49,8%), la pluie (24%) et les camions-citernes (11,1%). Les IC révèlent une forte dépendance à des sources non protégées, notamment l'eau de pluie, les eaux de surface, en raison du manque d'infrastructures fonctionnelles.</p> <p>Les sources de données confirment une forte dépendance à l'eau de pluie et aux sources naturelles non aménagées, en raison du manque d'infrastructures publiques fonctionnelles. Les observations de terrain corroborent les propos des IC concernant la rareté et la mauvaise répartition des points d'eau, concentrés principalement le long des axes principaux, laissant les zones périphériques sans accès structuré. Les coûts élevés pratiqués par les vendeurs privés accentuent les inégalités d'accès, rendant l'eau difficilement disponible pour les ménages les plus vulnérables.</p>	<p>Au moins deux récipients d'eau par ménage, de 10 à 20 litres (un pour la collecte, un pour le stockage)</p>	Haut
	Revenu des ménages et adaptation	<p>39,4% des ménages interrogés rapportaient le travail journalier comme principale source de revenus au cours des 30 jours précédant l'enquête.</p> <p>86% des ménages enquêtés déclaraient avoir recours à des stratégies d'urgence pour faire face au manque de nourriture, notamment la mendicité ou le recours à des pratiques à haut risque telles que la prostitution (19%), ainsi que la consommation des semences initialement destinées à la prochaine saison</p>	<p>La plupart des ménages dépendent de l'aide humanitaire, de la mendicité ou d'autres stratégies d'adaptation difficiles (> 50%)</p> <p>Épuisement des sources de revenus de survie ou dépendance principalement à l'aide</p>	Haut

²¹ [IPC Glob Ref Table FR 12 09 Material Tools.pdf](#)

Évaluation rapide intégrée en santé publique, zone de santé de Nyiragongo – Décembre 2025

		culturelle (18%). La perte d'accès aux champs, occupés par d'autres populations ou rendus inaccessibles en raison de l'insécurité, constitue la principale contrainte à la production agricole locale, aggravée par la rareté des semences, la destruction des champs et l'afflux de populations déplacées.		
	Conditions de vie	48,1% des ménages interrogés vivaient dans des abris de fortune, suivis de 25,1% qui vivaient dans des maisons solides achevées. Selon les IC, la majorité des habitations ont été détruites ou endommagées par le conflit armé, contraignant les ménages à vivre sous des bâches déchirées, dans des abris de fortune en planches ou en tôles perforées. Il y a un manque d'espace vital et le surpeuplement des abris, source de promiscuité et de risques sanitaires.	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 inexistants ou minimes.	Haut
Facteurs contributifs indirects	Environnement naturel et bâti (assainissement)	80,8% utilisaient des latrines à fosse sans dalle et à ciel ouvert. Par ailleurs, 63,8% des ménages partageaient leurs latrines avec d'autres foyers, avec une moyenne d'environ trois ménages, soit 17 personnes, par installation nettement en dessous des normes Sphère. Cependant, aucune des 13 latrines observées ne disposait d'un dispositif de lavage des mains. En outre, 11 latrines sur 13 étaient situées à moins de 30 mètres d'une source d'eau ; et les fèces humaines et animales étaient visibles dans l'environnement communautaire des localités évaluées, d'après les observations directes faites dans la communauté.	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	Selon le rappel maternel, 86,1% des enfants de 9 à 59 mois étaient vaccinés contre la rougeole, et 9,9% l'étaient selon la carte de vaccination présentée par les accompagnants, soit un total de 96% d'enfants vaccinés contre la rougeole dans cette tranche d'âge. 95,8% des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient reçu une supplémentation en vitamine A au cours des six mois précédant la collecte des données. Les IC avaient mentionné que leur situation de précarité ne leur permettait pas d'avoir accès aux soins de santé qui sont payants pour la communauté.	95% des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une dose appropriée de vitamine A à l'issue de la campagne de vaccination. 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*.	Moyen
Analyse intégrée des résultats en matière de santé				2 / 6
(Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)				
Analyse intégrée Facteurs contributifs				11/ 14

Évaluation rapide intégrée en santé publique, zone de santé de Nyiragongo – Décembre 2025

(Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)			
Score de l'analyse intégrée Total			13/ 20
(Élevé = 2 ; Moyen = 1 ; Faible = 0)			

Conclusion et recommandations

Cette évaluation rapide multisectorielle a été menée dans la ZS de Nyiragongo. Cette ZS, sous le contrôle des autorités de facto, abritait une grande partie des personnes retournées à la suite du conflit armé de janvier 2025. Ces retours massifs exerçaient une pression accrue sur les ressources locales et les services sociaux de base dans les villages accueillant ces populations. 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.

La situation alimentaire des ménages évalués demeurait extrêmement précaire, marquée par une consommation alimentaire insuffisante, une diversité alimentaire très limitée et un recours à des stratégies d'adaptation négatives, y compris des stratégies d'urgence traduisant une érosion avancée des moyens d'existence. L'insécurité persistante, la perte d'accès aux terres et l'absence d'activités génératrices de revenus constituaient les principaux déterminants de cette dégradation. Il y avait une inadéquation des services d'approvisionnement en eau, caractérisée par un accès limité à une eau potable en quantité suffisante. La dépendance à des sources non protégées, les longues distances pour accéder à une source d'eau, l'absence de traitement de l'eau et la faiblesse des pratiques d'hygiène exposaient les populations à un risque sanitaire élevé.

La situation sanitaire observée était préoccupante, avec une morbidité élevée dominée par les maladies hydriques et vectorielles, aggravée par des conditions de vie précaires et une faible mise en œuvre des mesures préventives. Malgré un accès relatif aux soins, les obstacles économiques réduisaient le recours à des services de qualité.

Les conditions d'hébergement restaient largement insuffisantes, avec près de la moitié des ménages vivant dans des abris de fortune, souvent surpeuplés et dépourvus d'équipements essentiels. Le manque d'AME affectait profondément les conditions de vie, limitant la possibilité de cuisiner, de dormir de manière adéquate et de maintenir une hygiène minimale.

Le taux de mortalité estimé demeurait globalement en dessous du seuil d'urgence, mais la borne supérieure de l'intervalle de confiance dépassait le seuil d'alerte, traduisant une situation fragile nécessitant une surveillance rapprochée. Les décès rapportés étaient principalement liés aux maladies aiguës, cohérents avec les conditions sanitaires défavorables observées.

Cette évaluation décrit un portrait précis des besoins des personnes retournées, tout en révélant des lacunes dans la couverture humanitaire existante. Elle mettait en évidence des vulnérabilités exacerbées par l'insécurité et soulignait l'urgence d'une assistance multisectorielle coordonnée.

En définitive, conformément à son objectif initial, cette évaluation constitue un jalon stratégique pour ajuster la réponse humanitaire aux réalités du terrain, en tenant compte des évolutions probables du contexte sécuritaire et des besoins des populations affectées.

Tableau 9 : Recommandations

Dimension du risque de surmortalité	Gravité	Période	Recommandation
Mortalité	Moyen	Court à moyen terme	Le taux de mortalité estimé était de 0,69 décès pour 10 000 personnes par jour, la borne supérieure de l'IC95% dépassait le seuil d'alerte de l'OMS, ce qui indique la nécessité d'une surveillance renforcée, du renforcement des systèmes de santé et de la prévention des maladies aiguës pour réduire le risque de décès évitable.
Sécurité alimentaire	Moyen	À court terme	73% des ménages présentaient une consommation alimentaire limitée et 3% une consommation alimentaire pauvre, 11% rapportaient une faim sévère ou très sévère, ce qui souligne l'importance de renforcer les interventions en matière de diversification des aliments, particulièrement en période soudure.
Eau, Hygiène et Assainissement	Haut	À court terme	Avec 90,9% des ménages déclarant une situation d'insécurité liée à l'eau, 55,6% disposant d'un volume inférieur au seuil minimum de 7,5LPPD, et 92,3% ne traitant pas l'eau avant consommation, il est nécessaire de renforcer rapidement les interventions WASH, afin de réduire les risques de maladies hydriques.
Santé	Moyen	À court terme	42,5% des personnes interrogées ont été malades au cours des deux semaines précédant l'enquête, avec une morbidité élevée dominée par le paludisme, la diarrhée et la typhoïde. Il est donc crucial de renforcer l'accès aux soins de santé primaires, afin de réduire la morbidité et prévenir les risques épidémiques.
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	Moyen	À court terme	Parmi les 18 répondants aux questions sur l'ANJE, 16 ont rapporté des difficultés pour accéder aux denrées alimentaires complémentaires, ce qui indique la nécessité de garantir une alimentation complémentaire suffisante et de qualité.
Moyens d'existence	Haut	À court terme	Étant donné que 39,4% des ménages dépendaient du travail journalier comme principale source de revenus et que 32,8% recouraient au travail contre nourriture, restaurer la résilience des ménages, surtout en période de soudure.
Abris et articles ménagers essentiels (AME)	Haut	Court terme	Près de 48,1% des ménages vivaient dans des abris de fortune et jusqu'à 90,4% manquaient de literie/ matelas/ nattes/ moustiquaires.

Assainissement	Moyen	À moyen terme	Étant donné que 80,8% des ménages utilisaient des latrines à fosse sans dalle, il convient de renforcer les infrastructures d'assainissement et de promouvoir des pratiques d'hygiène sécurisées pour limiter la contamination microbologique, avec une attention particulière portée aux femmes et aux enfants vulnérables.
----------------	--------------	---------------	--