

Évaluation rapide auprès des infrastructures sanitaires concernant l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE)

Juin 2026 | République Démocratique du Congo

Contexte

La République démocratique du Congo (RDC) fait face à une nouvelle épidémie de maladie à virus Ebola (MVE), déclarée le 15 mai 2026 par le ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, à la suite de la confirmation de cas de virus Ebola de souche Bundibugyo dans la province de l'Ituri. Il s'agit de la 17^e épidémie d'Ebola enregistrée dans le pays depuis 1976¹. Dès les premières semaines de la riposte, l'épidémie s'est propagée à plusieurs zones de santé de l'est de la RDC, entraînant une augmentation du nombre de cas et de décès rapportés². Au 22 juin 2026, 1094 cas étaient rapportés et 277 décès confirmés³.

Le risque de propagation demeure élevé dans un contexte marqué par d'importants mouvements de population⁴, une insécurité persistante et des contraintes d'accès humanitaire susceptibles de limiter les activités de prévention, de surveillance et de prise en charge². La situation est rendue d'autant plus complexe par l'identification de la souche Bundibugyo, pour laquelle aucun vaccin homologué ni traitement spécifique n'était disponible au moment de l'évaluation⁵.

Les infrastructures sanitaires et les personnels de santé occupent une place centrale dans la réponse à l'épidémie. Elles constituent le premier point de contact pour l'identification et la prise en charge des cas suspects, la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections, la sensibilisation des communautés ainsi que le maintien des services de santé essentiels. Toutefois, plusieurs défis continuent de compliquer la mise en œuvre efficace de la riposte, notamment des capacités diagnostiques limitées dans certaines zones, des délais dans l'obtention des résultats de laboratoire, une surveillance épidémiologique insuffisante, des contraintes sécuritaires affectant l'accès aux populations, ainsi que des tensions liées à l'acceptation communautaire des activités de riposte⁶.

La désinformation, la méfiance envers certains acteurs de la réponse, la peur des centres de traitement et la fatigue des populations face à la succession des crises sanitaires et sécuritaires peuvent limiter le signalement des cas suspects et compliquer les efforts de prévention. Dans ce contexte, les structures sanitaires doivent non seulement assurer la continuité des soins courants, mais également disposer des ressources, équipements, connaissances et mécanismes nécessaires pour répondre efficacement à l'épidémie⁷.

Afin de mieux comprendre les capacités et les défis rencontrés par les infrastructures sanitaires, REACH a conduit une évaluation rapide auprès de 92 informateurs clés (IC) travaillant dans 92 établissements de santé distincts répartis à travers 27 zones de santé affectées. Cette évaluation vise à documenter les ressources et moyens disponibles, les mesures de prévention et de contrôle mises en œuvre, les activités de sensibilisation et de communication réalisées, ainsi que les principales contraintes et besoins identifiés par les personnels de santé. Les résultats présentés dans ce rapport doivent être interprétés comme indicatifs. Ils permettent néanmoins de fournir un aperçu de la préparation et de la capacité de réponse des structures sanitaires face à l'épidémie et visent à soutenir les acteurs de la riposte dans l'identification des priorités d'appui et le renforcement des interventions.

Messages clés

- Le renforcement de l'engagement communautaire, des mécanismes de dialogue et de la lutte contre les rumeurs et la désinformation apparaît comme une priorité opérationnelle. La majorité des IC (70%) ont observé des réticences, refus ou tensions envers les activités de réponse au cours de la semaine précédant l'enquête. Ces tensions se traduisaient notamment par des refus de participer aux activités de sensibilisation (84%, N=64) et des refus de signaler ou référer des cas suspects (33%, N=64), compromettant la détection précoce des cas.
- Les capacités WASH restent insuffisantes pour soutenir durablement les mesures de prévention et de contrôle des infections. Près de la moitié des structures (49%) rapportaient une disponibilité en eau insuffisante ou inexistante au moment de l'enquête, alors que l'accès à l'eau est indispensable à la prévention de la transmission de MVE. Par ailleurs, près d'un quart des structures (23%) ne disposaient pas d'au moins une toilette fonctionnelle, soulignant des contraintes persistantes en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement.
- Le manque d'équipements de protection individuelle demeure la principale contrainte des structures sanitaires. La disponibilité des équipements essentiels restait très insuffisante avec 84% des IC rapportant des stocks insuffisants ou absents de gants, 78% de masques et 95% de désinfectants. Le manque d'EPI constituait à la fois le principal défi rapporté (90%) et le besoin prioritaire exprimé (71%, N=85), soulignant l'urgence d'un appui en équipements afin de protéger le personnel de santé et renforcer la préparation des structures. En outre, seuls trois IC ont rapporté un processus de triage des patient.e.s et trois autres un espace d'isolement dédié, révélant d'importantes lacunes pour l'identification, l'isolement et la prise en charge sécurisée des cas suspects.
- Près de la moitié des structures (42%) ne disposaient d'aucun mécanisme formel permettant aux communautés d'exprimer leurs préoccupations ou de poser des questions sur la réponse Ebola, limitant la remontée des rumeurs, des inquiétudes et des résistances communautaires et réduisant les possibilités d'adapter les activités de réponse aux préoccupations locales.

Méthodologie et limites

À la suite de l'apparition de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE), REACH a déployé une évaluation rapide afin de soutenir les acteurs de la réponse par la production d'informations sur la préparation et la capacité de réponse des infrastructures sanitaires dans les zones affectées. Cette évaluation s'inscrit dans une initiative plus large d'évaluations à distance menées auprès de différentes catégories d'IC dans le cadre de la réponse à l'épidémie. Une première évaluation a été publiée concernant les comportements, attitudes et pratiques (CAP) des membres de la communauté dans 11 zones de santé affectées⁸.

Le présent rapport repose sur des entretiens téléphoniques réalisés auprès de 92 IC travaillant dans 92 établissements de santé distincts répartis à travers 27 zones de santé touchées par l'épidémie au moment du début de la collecte (voir "Profil démographique des IC"). Le questionnaire a été conçu afin de recueillir des informations sur les capacités des infrastructures sanitaires à faire face à l'épidémie, notamment en matière de préparation, de disponibilité des ressources et équipements, de mesures de prévention et de contrôle des infections, de sensibilisation et communication avec les communautés, ainsi que de prise en charge des cas suspects. Il visait également à documenter les principales contraintes rencontrées par les structures sanitaires et leurs besoins prioritaires. Afin de permettre une collecte rapide dans un contexte d'urgence, le questionnaire a été volontairement limité aux indicateurs jugés les plus pertinents pour orienter la réponse.

La collecte de données s'est déroulée du 10 au 16 juin 2026. Le nombre d'IC ciblés par zone de santé a été défini proportionnellement à la taille de la population de chaque zone de santé. Dans la mesure du possible, un minimum de trois entretiens a été réalisé par zone de santé afin de permettre une triangulation des informations recueillies. Les répondant.e.s ont été sélectionné.e.s à partir des bases de contacts disponibles au sein de REACH. Au total, 92 entretiens ont été réalisés auprès d'informateurs clés travaillant dans ou avec des infrastructures sanitaires.

Plusieurs **limites méthodologiques** doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport. Tout d'abord, cette évaluation repose sur une méthodologie d'informateurs clés. Les données collectées reflètent donc les connaissances, perceptions et expériences des personnes interrogées, et non celles de l'ensemble des infrastructures sanitaires ou du personnel de santé des zones évaluées. Les résultats sont ainsi purement indicatifs et ne peuvent être considérés comme statistiquement représentatifs. Ils visent principalement à mettre en évidence des tendances générales concernant les capacités, les ressources, les mesures mises en œuvre, ainsi que les contraintes et besoins rapportés par les IC des structures sanitaires.

Par ailleurs, le nombre limité d'entretiens réalisés dans certaines zones de santé ne permet pas de produire des analyses comparatives robustes entre zones de santé, ni d'identifier de manière fiable les différences potentielles entre types d'infrastructures sanitaires. Les résultats sont donc analysés de manière agrégée à l'ensemble des zones couvertes.

Plusieurs contacts n'ont pas pu être joints malgré plusieurs tentatives d'appel. Bien qu'aucun refus de participation n'ait été enregistré, certains répondant.e.s ont dû interrompre temporairement les entretiens en raison de leurs activités professionnelles ou disposaient d'un temps limité pour répondre aux questions. La collecte par téléphone ne permettait par ailleurs ni d'observer directement les infrastructures ni de vérifier les informations rapportées.

Les données recueillies reposent sur les déclarations des répondant.e.s et peuvent être sujettes à différents biais, notamment des biais de rappel ou de désirabilité sociale. Les participant.e.s peuvent avoir eu tendance à surestimer certaines capacités ou mesures mises en place, ou à rapporter des réponses perçues comme socialement ou professionnellement attendues. À l'inverse, dans un contexte d'urgence humanitaire, certains répondant.e.s peuvent également avoir sous-estimé les capacités ou les ressources disponibles de leur structure dans l'espoir de favoriser l'obtention d'un appui extérieur. Ce risque de sous-déclaration semble toutefois avoir été partiellement atténué par les explications fournies en amont de l'entretien, précisant que la participation à l'évaluation n'était pas liée à une éventuelle assistance humanitaire et n'influencerait pas les décisions d'allocation de l'aide. En outre, le nombre d'établissements de santé couverts par l'évaluation (n=92) a dépassé la cible initialement fixée (n=80), atteignant un taux de réponse de 115%, ce qui contribue à limiter les biais.

Enfin, cette évaluation a été conduite durant les premières phases de l'épidémie et dans les zones de santé les plus affectées au moment du démarrage de la collecte. Dans un contexte de riposte en constante évolution, les capacités des structures sanitaires, la disponibilité des ressources, les mesures mises en œuvre ainsi que les contraintes rencontrées sont susceptibles d'évoluer rapidement. Les résultats reflètent donc uniquement la situation observée au moment de la collecte des données.

Zone de santé	Nombre de répondant.e.s	
	échantillonnés	atteints
Aru	4	4
Aungba	3	3
Bambu	2	3
Beni	6	7
Bunia	7	6
Damas	1	2
Fataki	2	4
Gethy	2	3
Goma	4	5
Karisimbi *	2	2
Katwa	8	8
Kilo	1	3
Komanda	3	4
Lita	1	3
Logo	2	3
Mambasa	2	3
Mangala	1	2
Miti Murhesa	4	3
Mongbalu	2	4
Nizi	2	3
Nyankunde	1	2
Oicha	4	2
Rimba	2	2
Rwampara	3	3
Kyondo	4	2
Kalunguta	3	3
Butembo	4	3
TOTAL	80	92

* La ZS de Karisimbi a été incluse dans l'évaluation, des cas suspects y ayant été signalés avant d'être finalement écartés.

Dans le cadre de cette évaluation, les données relatives aux structures de santé ont été collectées auprès d'informateurs clés, définis comme des personnes disposant d'une connaissance directe du fonctionnement, des ressources et des activités de leur établissement de santé. La majorité des répondant.e.s étaient des membres du personnel médical d'établissements de santé, dont certain.e.s étaient directement impliqués dans la réponse Ebola. D'autres IC étaient des acteurs communautaires collaborant avec les structures sanitaires dans le cadre des activités de sensibilisation ou de surveillance communautaire. Les six personnes classées dans la catégorie « Autre » occupaient des fonctions non cliniques au sein des établissements de santé, notamment en tant que secrétaires, comptables ou hygiénistes.

Les infrastructures sanitaires couvertes par l'évaluation étaient majoritairement des centres de santé et des hôpitaux. Les centres de santé constituent le premier niveau de prestation des soins et disposent généralement de capacités plus limitées en termes d'équipements spécialisés et de prise en charge des cas complexes que les hôpitaux. La majorité des établissements évalués étaient des structures de petite ou moyenne taille, comprenant moins de 50 lits (69/92). Toutes les infrastructures contactées étaient fonctionnelles et pleinement en activité.

Informations sur les IC



Age moyen : 41 ans

Poste des répondant.e.s :

Infirmier titulaire	26
Infirmier	22
Médecin	18
Relais communautaire	14
Laborantin	2
Sage-femme	2
Pharmacien	1
Epidémiologiste	1
Autre (personne travaillant dans une structure de santé)	6

Informations sur les infrastructures

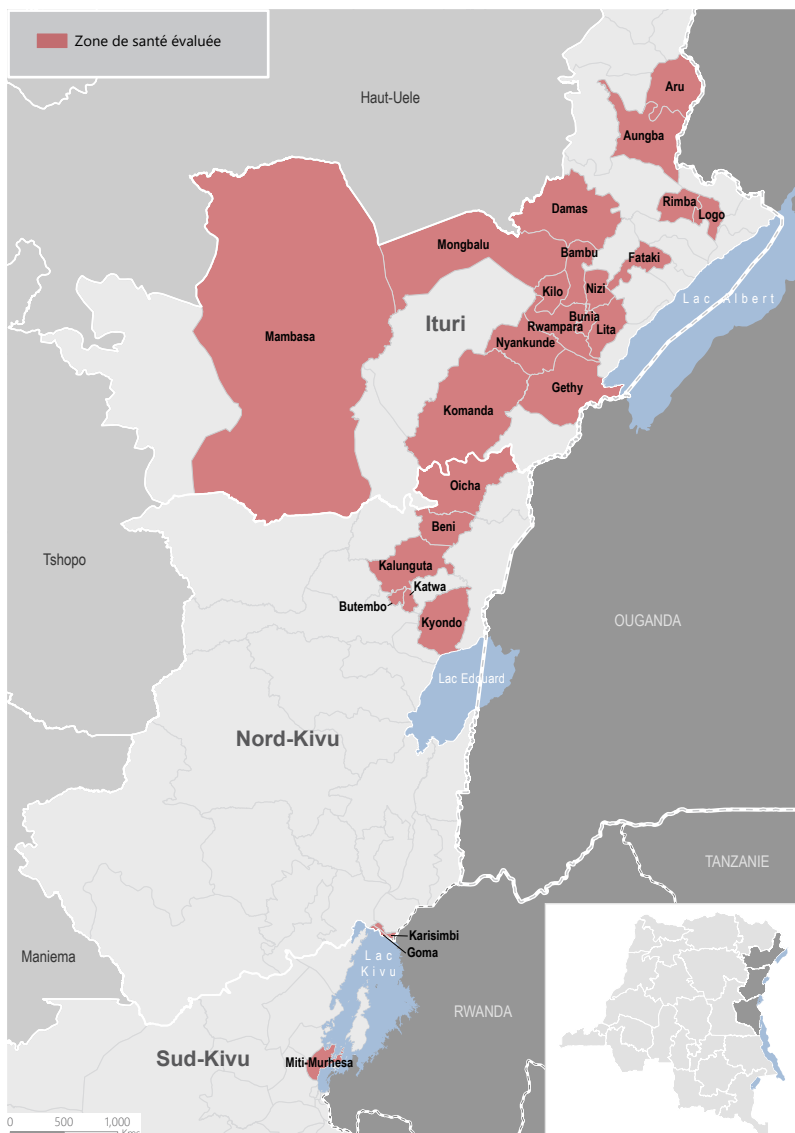
Type d'infrastructures sanitaires

Centre de santé	57
Hôpital	25
Clinique	4
Poste de santé	3
Bureau central de la zone de santé	2
Dispensaire	1

Capacité d'accueil des infrastructures :

1-20 lits	43
21-50 lits	26
51-100 lits	8
101-300 lits	7
Ne sait pas	8

Carte 1: Zones de santé évaluées



Informations sur les infrastructures

L'accès à des services adéquats d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) constitue un élément essentiel de la prévention et du contrôle des infections dans le cadre d'une épidémie de MVE. La disponibilité d'eau, d'installations sanitaires fonctionnelles et de dispositifs d'hygiène adaptés contribue à réduire les risques de transmission au sein des infrastructures sanitaires et à protéger à la fois les patient.e.s et le personnel de santé. Afin de mieux comprendre les capacités des structures interrogées, une section du questionnaire était consacrée à l'évaluation de certaines composantes clés de la situation EHA au sein des infrastructures sanitaires.



49% des structures sans accès suffisant à l'eau



23% des structures sans au moins une toilette utilisable (disponible, en état de marche et privée)



91% des structures avec une station de lavage fonctionnelle

Figure 1 : Principaux points d'approvisionnement en eau de l'établissement (%)

Source protégée	23%
Puits tubulaires / forage	22%
Eau courante à l'intérieur de l'établissement	21%
Eau de pluie	12%
Puits protégés	10%
Sources non protégées	5%
Puits non protégés	3%
Eau de surface	2%
Camion-citerne	1%
Pas d'eau	1%

Figure 2 : Types de latrines pour les patient.e.s dans les structures (%)¹⁰

Latrines à fosse avec dalle	53%
Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées au système d'égouts	30%
Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées à une fosse	29%
Latrines à fosse sans dalle / fosse ouverte	13%
Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées à des canalisations ouvertes	3%
Toilettes à compostage	2%

Figure 3 : Traitement ou élimination des déchets infectieux (%)¹⁰

Incinération (autre type qu'un incinérateur à deux chambres)	57%
Brûlage dans une fosse protégée	41%
Incinération (incinérateur à deux chambres de 850-1000 °C)	22%
Brûlage à l'air libre	18%
Dépôt des déchets infectieux à l'air libre, sans traitement	9%
Autoclavage	2%
Pas de traitement, déchets infectieux collectés et éliminés hors site	1%
Pas de traitement, déchets infectieux enfouis dans une fosse protégée prévue à cet effet	1%

Parmi les 79% d'IC (73/92) ayant indiqué que la principale source d'approvisionnement en eau n'était pas l'eau courante à l'intérieur de l'établissement, 40 ont rapporté que ce point d'approvisionnement se situait directement sur le site de l'infrastructure. Dix-neuf IC ont indiqué qu'il était situé à moins de 500 mètres de l'établissement, tandis que 13 ont déclaré qu'il se trouvait à plus de 500 mètres. Selon les critères du JMP, un point d'approvisionnement en eau situé à plus de 500 mètres de l'établissement ne répond pas au standard de service de base en matière d'eau dans les structures de santé⁹. Dans le contexte de riposte à la MVE, les infrastructures dont la principale source d'eau est éloignée, ainsi que celles recourant à des sources non améliorées, peuvent rencontrer davantage de difficultés à assurer un approvisionnement régulier en eau et à maintenir de manière continue les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI). Par ailleurs, au moment de l'enquête, un peu plus de la moitié des IC (51%) estimaient que l'eau était disponible en quantité suffisante au niveau du principal point d'approvisionnement. À l'inverse, 36% rapportaient une disponibilité limitée de l'eau, tandis que 13% indiquaient qu'il n'y avait pas d'eau au moment de l'entretien.

La majorité des IC (91%) ont rapporté que l'établissement avait des installations d'hygiène pour les mains en état de marche aux points de prestation de soins au moment de l'enquête. Quelques IC (7%) ont néanmoins répondu qu'il y avait des installations mais qu'elles n'étaient pas en état de marche (pas d'eau, de savon ou de gel hydroalcoolique) et 2% ont répondu qu'il n'y avait pas d'installation du tout.

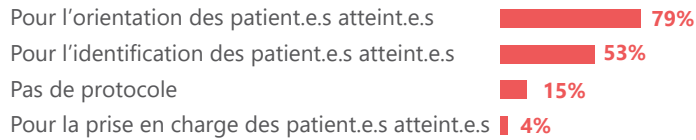
Les latrines à fosse avec dalle constituaient le type d'installation sanitaire le plus fréquemment rapporté, suivies des toilettes à chasse d'eau raccordées au système d'égouts ou à une fosse. Si la quasi-totalité des toilettes à chasse d'eau raccordées à une fosse (27/27) ou au système d'égouts (27/28) étaient considérées comme utilisables, cette proportion était plus faible pour les latrines à fosse avec dalle, dont seulement 38/49 répondaient aux critères d'utilisation (disponibles, fonctionnelles et privées). Ainsi, 11 de ces installations (22%) n'étaient pas utilisables au moment de l'enquête.

En matière de gestion des déchets, l'OMS recommande l'incinération des déchets infectieux fortement souillés plutôt que leur désinfection et leur réutilisation, compte tenu de la difficulté à garantir une décontamination sûre dans les milieux aux ressources limitées¹¹. Si la plupart des infrastructures avaient recours à des méthodes correspondant aux critères d'un niveau de service élémentaire, près de 30% rapportaient des pratiques moins sûres, telles que le brûlage à l'air libre ou le dépôt à ciel ouvert sans traitement. Ces pratiques peuvent accroître les risques d'exposition du personnel de santé, des patient.e.s et des communautés.

Préparation des structures

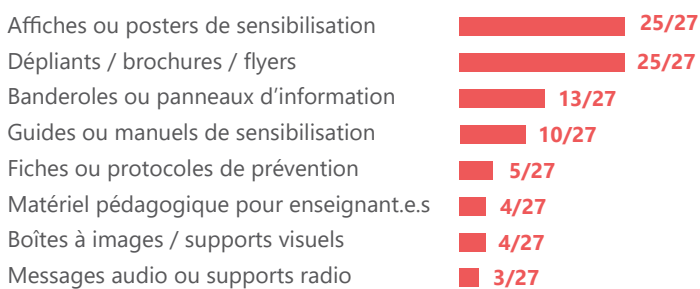
La majorité des structures (85%) disposait d'un protocole de prise en charge ou de référencement des cas suspects de maladie à virus Ebola. Les 15% n'en disposant pas révèlent des écarts de préparation susceptibles de limiter l'application cohérente des procédures de détection et de gestion des cas suspects.

Figure 4 : Structure disposant d'un protocole de prise en charge ou de référencement d'un cas suspect Ebola (%)¹⁰



La majorité des IC (70%) a indiqué avoir reçu du matériel d'information sur Ebola. Parmi ces derniers, les supports les plus fréquemment mentionnés étaient les affiches ou posters de sensibilisation (94%, N=64), suivis des dépliants, brochures ou flyers (69%) et des banderoles ou panneaux d'information (25%). Près d'un tiers des IC (30%) ont néanmoins rapporté que leur structure n'avait reçu aucun matériel d'information au moment de l'enquête. L'absence de supports de communication pourrait limiter la capacité de certaines structures à sensibiliser efficacement les populations aux mesures de prévention, à lutter contre les rumeurs et la désinformation et à encourager le recours aux soins et le signalement des cas suspects.

Figure 5 : Type de matériel dont les structures n'ayant pas reçu de matériel auraient besoin¹⁰



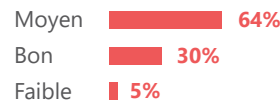
Sensibilisation et communication

La quasi-totalité des infrastructures sanitaires (98%) a rapporté mener ou avoir mené des activités d'information et de sensibilisation sur Ebola. Ces activités ciblaient principalement les membres de la communauté (81%, N=90), suivis des patient.e.s et de leurs accompagnant.e.s (58%), des leaders locaux (53%) et du personnel des structures de santé (46%). Un IC a rapporté qu'aucune activité n'était en cours au moment de l'enquête, tandis qu'un second a précisé que des activités étaient prévues mais n'avaient pas encore débuté.

Figure 6 : Principaux messages diffusés¹⁰

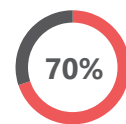
Mesures barrières	83/87
Symptômes et signes	80/87
Modes de transmission	43/87
Eviter les contacts à risque	32/87
Lutte contre les rumeurs / désinformation	27/87
Prévention lors des funérailles	20/87
Signalement / Recours aux soins	17/87

Figure 7 : Perception du niveau d'information de la population fréquentant la structure (%)



Parmi les 28 structures (30%) ayant rapporté un bon niveau d'information de la population fréquentant l'établissement, 16 avaient reçu du matériel d'information. Presque toutes disposaient d'affiches (16/16) ou de flyers (15/16) d'information.

Depuis le début de la réponse à Ebola, la méfiance communautaire, alimentée par les rumeurs, la désinformation et certaines croyances locales, constitue un défi majeur pour les acteurs de la riposte. Des rumeurs circulent notamment selon lesquelles la maladie serait une invention ou que les agents de santé contribueraient eux-mêmes à sa propagation. Cette défiance se traduit par des refus de collaboration avec les équipes de la réponse, la dissimulation de personnes malades, des retards dans l'identification et le suivi des cas ainsi qu'une réticence à fréquenter les structures de santé. Dans certains cas, elle engendre également des tensions et des comportements hostiles, voire violents, envers les intervenant.e.s, allant des menaces verbales aux attaques physiques, notamment lors des activités de recherche des contacts ou d'inhumation sécurisée¹².



des IC ont rapporté avoir observé, au cours de la semaine précédant l'enquête, des réticences, refus ou tensions de la part de la communauté envers les activités de réponse Ebola

Lorsqu'il leur a été demandé s'ils avaient observé, au cours de la semaine précédant l'enquête, des réticences, refus ou tensions de la part de la communauté envers les activités de réponse à Ebola, 61% des IC ont indiqué en avoir observé occasionnellement, tandis que 9% ont rapporté que ces situations survenaient fréquemment. Parmi les 64 IC ayant signalé des réticences ou tensions, les rumeurs et la désinformation ont été de loin les causes les plus fréquemment citées (84%, N=64). D'autres facteurs mentionnés incluaient le manque d'informations claires sur la maladie et la réponse (47%), la peur des centres de traitement et d'isolement (45%), ainsi qu'un manque de confiance envers les autorités ou les acteurs de santé (28%). Peu de répondant.e.s ont évoqué de mauvaises expériences lors de précédentes réponses à Ebola (5%) ou le comportement de certains membres du personnel impliqué dans la réponse (1%).

Figure 8 : Principales conséquences des refus et tensions¹⁰

Refus de participer aux activités de sensibilisation	54/64
Refus ou méfiance envers les équipes sanitaires ou humanitaires	28/64
Refus de signaler ou référer les cas suspects	21/64
Diffusion de rumeurs ou désinformation sur Ebola ou la réponse	17/64
Refus de suivi des contacts / des investigations sanitaires	6/64
Refus ou résistance aux mesures d'isolement ou de prise en charge	5/64
Refus ou tensions autour des enterrements sécurisés	5/64
Refus de la désinfection des maisons ou des lieux concernés	3/64
Contestations verbales ou disputes avec les équipes de réponse	2/64
Peur ou panique au sein de la communauté	2/64

Les résultats concernant les conséquences de ces refus indiquent que les réticences communautaires peuvent affecter non seulement la diffusion des messages de prévention, mais également des activités essentielles à la détection précoce et au contrôle de la transmission. La persistance de rumeurs et de désinformation (17/64) apparaît à la fois comme un facteur alimentant ces tensions et comme une conséquence de celles-ci.

Cela souligne l'importance de renforcer les stratégies d'engagement communautaire, de communication des risques et de collaboration avec les acteurs locaux de confiance afin de favoriser l'acceptation des activités de réponse. En outre, la majorité des IC (58%) ont rapporté que les patient.e.s ou membres de la communauté avaient la possibilité de poser des questions, de partager des préoccupations ou de déposer une plainte concernant la réponse Ebola, alors que 42% n'ont pas mentionné cette possibilité.

Prévention et mesures prises

La quasi-totalité (98%) des IC a rapporté que leur établissement avait mis en place au moins une mesure de prévention contre Ebola au moment de l'enquête. Néanmoins, les résultats mettent en évidence plusieurs lacunes importantes dans l'application des mesures de PCI. La prise de température à l'entrée, pourtant considérée comme une mesure de base pour la détection précoce des cas suspects, n'était pas rapportée dans 14% des structures (N=90). D'autres mesures essentielles apparaissaient également inégalement mises en œuvre : un tiers des IC n'a pas mentionné la présence de stations de lavage des mains (34%) et la moitié n'a pas rapporté de procédures de désinfection après la prise en charge d'un cas ou d'un cas suspect (50%). Les mesures de prévention ayant été recueillies au moyen d'une question à choix multiples, la présence de stations de lavage des mains a pu être moins fréquemment rapportée que dans la question portant spécifiquement sur leur disponibilité.

Les résultats mettent également en évidence des lacunes plus importantes concernant les mesures de détection précoce et de gestion des risques, avec seulement 3% ayant rapporté un processus de triage des patient.e.s et 3% un espace d'isolement dédié. Les capacités permettant d'identifier rapidement, isoler et prendre en charge un cas suspect semblaient ainsi limitées. Ces résultats appellent à renforcer l'accompagnement des structures de santé sur les protocoles de triage, d'isolement et de surveillance des cas, tout en assurant la disponibilité des équipements et infrastructures nécessaires à leur mise en œuvre.

Disponibilités des équipements essentiels

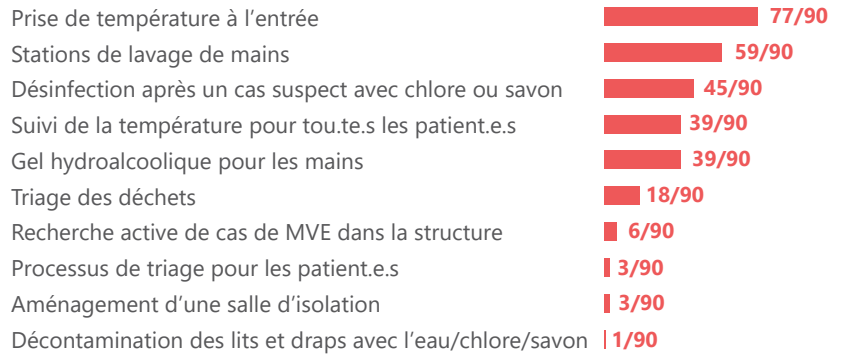
Il a été demandé aux IC d'estimer la disponibilité de plusieurs équipements PCI essentiels au sein de leur établissement au moment de l'enquête. Les résultats indiquaient d'importantes lacunes en matière d'équipements. En effet, 84% des structures avaient des stocks insuffisants ou absents de gants, 78% de masques et 95% de désinfectants. Les recommandations de l'OMS soulignent la nécessité de disposer en permanence d'équipements de protection adaptés pour assurer le dépistage, le triage et la prise en charge sécurisée des cas suspects¹¹.

Figure 10 : Disponibilité d'équipements essentiels (%)

	Absent	Insuffisant	Suffisant
Gants	4%	80%	16%
Désinfectants (gel hydroalcoolique, savon, javel)	16%	79%	4%
Masque médical ou respirateur (type N95)	20%	58%	23%
Blouse ou combinaison de protection	35%	39%	26%
Lunettes de protection	61%	23%	16%
Tablier imperméable	61%	22%	17%
Couvre-tête (charlotte ou capuche)	71%	16%	13%
Bottes en caoutchouc ou surchaussures	65%	16%	18%

Les déficits étaient encore plus marqués pour certains équipements de protection individuelle (EPI) destinés à la gestion des cas suspects ou confirmés. Une majorité d'IC a rapporté ne pas disposer de couvre-tête (71%), de bottes ou surchaussures (65%), de lunettes de protection (61%) ou de tabliers imperméables (61%). Ces équipements figurent parmi les éléments recommandés par l'OMS pour la prise en charge des patient.e.s suspecté.e.s ou confirmé.e.s de MVE. Ces résultats suggèrent que de nombreuses structures pourraient rencontrer des difficultés à protéger adéquatement leur personnel en cas de détection ou de prise en charge d'un cas suspect. Bien qu'il soit difficile d'estimer précisément les stocks disponibles pour certains équipements réutilisables, les IC ont tenté d'évaluer l'autonomie de leurs approvisionnements. En moyenne, les IC rapportaient disposer de 9 jours de stock de gants, 8 jours de stock de masques et 9 jours de stock de désinfectants. Compte tenu du fait que l'OMS recommande que les stocks d'EPI soient disponibles avant l'activation des interventions de PCI et que les contraintes d'accès demeurent importantes dans certaines zones, cette autonomie relativement limitée pourrait exposer les établissements à des ruptures rapides d'approvisionnement en cas d'augmentation du nombre de cas ou d'intensification des activités de réponse¹¹.

Figure 9 : Principales mesures prises ¹⁰



Conformément aux recommandations de l'OMS¹¹ en matière de prévention et de contrôle des infections pour les maladies à virus Ebola et Marburg (2026), toutes les personnes doivent faire l'objet d'un dépistage sans contact à l'entrée des établissements de santé, avec un accès à des stations d'hygiène des mains dans la zone de dépistage. L'OMS recommande également la mise en place de zones de triage dédiées et d'espaces d'isolement équipés pour la gestion des cas suspects. La quasi-absence de ces dispositifs dans les établissements évalués constitue une lacune importante pour la détection précoce des cas et la protection du personnel de santé. Les recommandations prévoient une décontamination systématique des surfaces à l'aide de solutions chlorées à 0,5%, avec un temps de contact de 10 minutes pour les surfaces générales et de 15 minutes pour les éclaboussures de sang ou de liquides biologiques. La MVE pouvant survivre jusqu'à 15 jours sur des surfaces non poreuses, l'absence de procédures de décontamination systématiques après la prise en charge des cas suspects dans la moitié des établissements est un constat qui mérite d'être souligné.

Contraintes et besoins



90% des infrastructures manquaient d'équipement de protection individuelle.

Les principaux défis rapportés par les IC concernaient avant tout les **capacités matérielles** des structures de santé. Le manque d'EPI (90%), de ressources financières (61%) ainsi que l'insuffisance de savon, chlore, eau ou autres désinfectants (58%) figuraient parmi les contraintes les plus fréquemment citées.

Figure 11 : Principaux défis rencontrés pour prévenir ou répondre au risque Ebola dans la structure (%)¹⁰

Manque d'équipements de protection individuelle	90%
Ressources financières limitées	61%
Manque de savon / chlore / eau / désinfectant	58%
Rumeurs / résistance	35%
Faible sensibilisation communautaire	24%
Non respect des mesures barrières	23%
Manque de formations	21%
Manque d'informations / directives	12%
Personnel insuffisant	12%
Insécurité / accès	3%

Interrogés lors d'une question ouverte sur les besoins les plus urgents de leur structure, les IC ont à nouveau très majoritairement mis en avant les EPI, mentionnés par 71% répondant.e.s (N=85). Ce résultat fait écho aux défis précédemment identifiés et confirme que la protection du personnel de santé demeure une préoccupation centrale dans le contexte de l'épidémie. Le matériel de désinfection a également été fréquemment cité (24%, N=85), indiquant que de nombreuses structures continuent de faire face à des difficultés pour mettre en œuvre de manière optimale les mesures de prévention et de contrôle des infections.

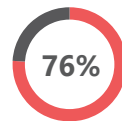
Les besoins exprimés concernaient également le **renforcement des capacités des structures à prévenir et gérer d'éventuels cas de MVE**. Les IC ont ainsi mentionné des besoins en médicaments (17%, N=85), en matériel de prise en charge des patient.e.s (16%) ainsi qu'en infrastructures et équipements liés à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (54%). Bien que moins fréquemment cités, les besoins en capacités de triage et d'isolement (8%), en ressources financières (12%) et en personnel supplémentaire (5%) indiquent que certaines structures pourraient rencontrer des difficultés à détecter, isoler et prendre en charge rapidement des cas suspects si l'épidémie venait à s'intensifier.

Ces défis s'inscrivent par ailleurs dans un contexte de fragilités structurelles plus larges du système de santé, préexistantes à l'épidémie de MVE. Des analyses issues des données de la MSNA avaient déjà mis en évidence des niveaux élevés de renoncement aux soins de santé¹³, atteignant entre 61 et 80% dans la plupart des zones de santé de l'Ituri, et jusqu'à 81–95% dans certaines zones de santé d'Ituri et du Grand Nord-Kivu¹⁴. Ces difficultés d'accès aux soins, combinées aux contraintes opérationnelles, constituent un ensemble d'obstacles majeurs susceptibles de limiter la capacité globale du système de santé à prévenir, détecter et répondre efficacement à l'épidémie de MVE. Pour de nombreuses structures, le renforcement de la préparation à Ebola nécessiterait ainsi non seulement la mise à disposition

d'équipements de protection, mais également des interventions plus larges visant à améliorer les infrastructures de santé et leurs capacités opérationnelles.

Au-delà des contraintes matérielles et opérationnelles rencontrées au sein des établissements, plus d'un tiers des IC ont également signalé l'impact des rumeurs et des résistances communautaires (35%), tandis qu'environ un quart ont mentionné la faible sensibilisation des communautés (24%) et le non-respect des mesures barrières (23%) comme des défis importants. La réponse à Ebola ne dépend ainsi pas uniquement du renforcement des capacités des structures de santé, mais également d'**efforts continus d'engagement communautaire** et de lutte contre la désinformation afin de favoriser l'adhésion aux mesures de prévention.

Cette importance de l'engagement communautaire se reflète également dans les besoins exprimés par les IC. Plus d'un quart des répondant.e.s (26%, N=85) ont mentionné les activités de sensibilisation communautaire parmi les priorités, soulignant la nécessité de renforcer l'accès à l'information et de lutter contre les rumeurs dans un contexte où les réticences et la désinformation demeurent présentes. Ce constat correspond d'ailleurs aux recommandations formulées par les membres de la communauté ayant participé à l'évaluation CAP réalisée début juin, au cours de laquelle le renforcement de la sensibilisation apparaissait comme la recommandation la plus fréquemment citée (48 mentions)⁴.



76% des établissements n'avaient pas été appuyés par un partenaire humanitaire au cours des 30 derniers jours

Notes de bas de page

- Nations Unies. (15 mai 2026). [RD Congo : l'OMS confirme une nouvelle flambée d'Ebola en Ituri](#)
- WHO (21 mai 2026). [Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of Congo](#)
- INSP (22 juin 2026). [SitRep Ebola - N°39](#)
- REACH (29 mai 2026). [2026 Ebola Outbreak: Mobility and Health System Vulnerabilities in Eastern DRC and Bordering Areas](#)
- WHO (16 mai 2026). [Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of Congo & Uganda](#)
- MSF (15 juin 2026). [Ebola en RDC : la réponse est insuffisante face à la gravité de la situation, alerte MSF](#)
- CAT-DRC (Juin 2026). [Mongbwalu et Rwampara face à Ebola : Evolution épidémiologique, perceptions communautaires et enjeux d'adhésion à la riposte](#)
- REACH (Juin 2026). [Evaluation rapide des connaissances, attitudes et pratiques \(CAP\) concernant l'épidémie de maladie à virus Ebola \(MVE\)](#)
- Joint Monitoring Program (JMP) OMS-UNICEF. (2024) [Health care facilities](#)
- Les répondants avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%.
- WHO (17 mai 2026). [Infection prevention and control guideline for Ebola and Marburg diseases](#)
- Gavi The Vaccine Alliance (15 juin 2026). [In the DRC fighting Ebola means fighting rumours](#)
- Le renoncement aux soins de santé désigne les situations dans lesquelles une personne ayant eu besoin de soins au cours des trois mois précédant la collecte n'a pas pu y accéder.
- REACH (11 juin 2026). [Regional overview: mobility patterns and health access vulnerabilities](#)