

Évaluation rapide auprès des établissements scolaires 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 10 juillet 2026, 1863 cas et 672 décès avaient été 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 établissements scolaires jouent un rôle essentiel dans la riposte. Ils constituent des espaces privilégiés pour diffuser des informations fiables sur la maladie, promouvoir les comportements préventifs auprès des élèves, du personnel éducatif et des familles et contribuer à la détection précoce d'éventuels cas suspects. Cependant, ils représentent également des environnements où les interactions quotidiennes entre un grand nombre d'élèves et de membres du personnel peuvent favoriser la transmission de la maladie en l'absence de mesures de prévention adaptées. Des évaluations menées dans les zones affectées mettent en évidence d'importantes lacunes dans la préparation des établissements scolaires face au risque épidémique. De nombreuses écoles ne disposeraient pas d'infrastructures adéquates de prévention et de contrôle des infections. Les protocoles de prévention et de réponse seraient souvent absents ou peu connus, les interactions entre les établissements scolaires et les autorités sanitaires demeureraient insuffisantes⁶.

Ces défis s'inscrivent dans un contexte plus large marqué par la circulation de rumeurs et de fausses informations, la méfiance envers certains acteurs de la riposte, la peur des structures de prise en charge et les conséquences des crises sécuritaires successives, qui peuvent freiner l'adoption des mesures de prévention et le signalement rapide des cas suspects⁷. Les établissements scolaires doivent ainsi être en mesure de poursuivre leurs activités tout en disposant des connaissances, des ressources et des mécanismes nécessaires pour réduire les risques de transmission et contribuer efficacement à la riposte. Afin de mieux comprendre le niveau de préparation des établissements scolaires face à l'épidémie de MVE, **REACH a conduit du 18 au 24 juin une évaluation rapide auprès de 93 informateurs clés travaillant dans 93 établissements scolaires distincts répartis dans 27 zones de santé affectées**. L'évaluation visait à documenter les connaissances du personnel et la disponibilité des supports d'information, les activités de sensibilisation menées, les mesures de prévention mises en œuvre au sein des établissements, ainsi que les principales contraintes et les besoins rencontrés pour prévenir et gérer l'épidémie. Les résultats présentés dans ce rapport doivent être interprétés comme indicatifs. Ils fournissent néanmoins un aperçu de la préparation des établissements scolaires et de leur capacité à répondre au risque épidémique, afin d'éclairer les acteurs de la riposte dans l'identification des priorités d'appui et le renforcement des interventions.

Messages clés

Au moment de la rédaction de ce rapport, les établissements scolaires sont fermés en raison des vacances scolaires et le ministère a émis une note (effective en Ituri et dans le grand Nord-Kivu) interdisant les rassemblements d'enfants durant cette période afin de limiter les risques de propagation de l'épidémie. Cette période constitue néanmoins une opportunité pour renforcer la préparation du secteur de l'éducation en vue de la reprise des activités scolaires prévues en septembre. Les résultats de cette évaluation rapide mettent en évidence les priorités suivantes :

- **L'insuffisance de savon, chlore, eau ou autres désinfectants, le manque d'EPI, et/ou de ressources financières figuraient parmi les contraintes les plus fréquemment citées (respectivement part 65%, 50% et 33% des IC) pour prévenir ou répondre au risque Ebola au sein des écoles.** Face à ces défis opérationnels, les formations du personnel doivent donc s'accompagner de fourniture d'équipements pour permettre aux écoles de jouer un rôle actif dans la prévention et le contrôle des infections.
- **Seuls 32% des IC (29) avaient reçu une formation spécifique sur la MVE au cours de la nouvelle épidémie. En parallèle, 84% des IC (77) ont rapporté que leurs établissements avait mené ou menait encore des activités d'information ou de sensibilisation communautaire sur le MVE.** Ces résultats témoignent de l'engagement important des établissements scolaires dans les efforts de sensibilisation communautaire, malgré des capacités techniques encore limitées. Afin de consolider le rôle des écoles dans la sensibilisation, la lutte contre la désinformation et l'engagement communautaire, il est recommandé de renforcer la formation des enseignant.e.s et des chef.fe.s d'établissement, notamment sur les symptômes de la MVE, l'application des mesures de Prévention et de Contrôle des Infections (PCI) et les attitudes à avoir face à un cas suspect de MVE.
- **L'eau n'était pas disponible au point principal d'approvisionnement dans 43% des infrastructures au moment de l'enquête. 39% des écoles disposaient d'une source d'approvisionnement non améliorée ou n'en avait pas du tout.** Ces lacunes compromettent la mise en œuvre effective des pratiques d'hygiène recommandées et soulignent la nécessité d'améliorer durablement les services EHA dans les écoles, en garantissant l'accès à l'eau potable, à des installations sanitaires fonctionnelles et à des dispositifs de lavage des mains adéquats.
- Enfin, ces différents constats mettent en évidence la nécessité de renforcer la préparation du secteur Éducation en vue de la rentrée scolaire. Le renforcement de la coordination avec les secteurs Santé, WASH et RCCE constituent également des priorités pour assurer une reprise scolaire sûre dans le contexte de l'épidémie de MVE.

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 affectées](#)⁸. Une seconde a été menée auprès d'[informateurs clés travaillant dans 92 établissements de santé distincts répartis à travers 27 zones de santé affectées](#)⁹.

Le présent rapport repose sur des entretiens téléphoniques réalisés auprès de 93 IC travaillant dans 93 établissements scolaires 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 élaboré afin d'évaluer le niveau de préparation des établissements scolaires face au risque d'épidémie. Il vise à documenter les connaissances du personnel et la disponibilité des supports d'information, les actions de sensibilisation menées auprès du personnel, des élèves et des parents, les mesures de prévention mises en place au sein des établissements, ainsi que les principales contraintes et les besoins rencontrés pour prévenir et gérer l'épidémie de MVE. 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 18 au 24 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 ou partagés par le Cluster Education.

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 du personnel éducatif des établissements scolaires 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 scolaires.

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 scolaires. 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, tandis que d'autres ont refusé de participer à l'enquête. Au total, 7 personnes contactées ont refusé de participer à l'enquête, dont une a explicitement exprimé de la méfiance envers l'existence de la MVE ou les activités de la riposte. Les perceptions de ces personnes ne sont donc pas capturées dans les résultats présentés. Bien que leur nombre reste limité et que la plupart des IC semblaient croire en l'existence de la MVE, ces refus ont pu contribuer à une sous-représentation des opinions critiques ou sceptiques à l'égard de la maladie et des acteurs de la réponse. 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 scolaires couverts par l'évaluation (n=93) a dépassé la cible initialement fixée (n=81), atteignant un taux de réponse de 115%, ce qui contribue à limiter les biais.

L'évaluation ayant été menée en fin d'année scolaire, durant la période des examens et des révisions, de nombreux établissements fonctionnaient selon un mode adapté, avec une fréquentation réduite des élèves alors que le personnel restait présent. Dans le contexte de l'épidémie d'Ebola, plusieurs établissements ont indiqué avoir anticipé cette période afin de limiter les risques d'exposition. Au début de la collecte, ces situations ont parfois été interprétées comme un fonctionnement « pleinement fonctionnel » par les enquêteur.trice.s. En raison du degré d'interprétation des répondant.e.s et les enquêteur.trice.s à cette question, ces résultats ne sont pas présentés.

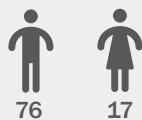
Enfin, dans un contexte de riposte en constante évolution, les connaissances et capacités des établissements scolaires, les mesures mises en œuvre ainsi que les contraintes rencontrées sont susceptibles d'évoluer rapidement. Les résultats reflètent donc uniquement la situation observée au moment de la collecte des données.

Dans le cadre de cette évaluation, les données relatives aux structures scolaires 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. La majorité des répondant.e.s étaient des enseignant.e.s. Les autres IC étaient des responsables ou responsables adjoint.e.s des écoles.

Les établissements scolaires couverts par l'évaluation étaient majoritairement des écoles conventionnées confessionnelles. À la différence des écoles publiques (dites « étatiques »), théoriquement gratuites en RDC depuis la mise en œuvre de la politique de gratuité de l'enseignement primaire en 2019¹⁰, ces établissements sont gérés en partenariat avec des confessions religieuses. Les écoles enquêtées accueillaient en moyenne 452 élèves, dont 241 filles et 211 garçons.

La majorité des écoles enquêtées étaient localisées dans la Province de l'Ituri (57 écoles évaluées), suivi du Nord-Kivu (32) et du Sud-Kivu (4).

Informations sur les IC



Âge moyen : 36 ans

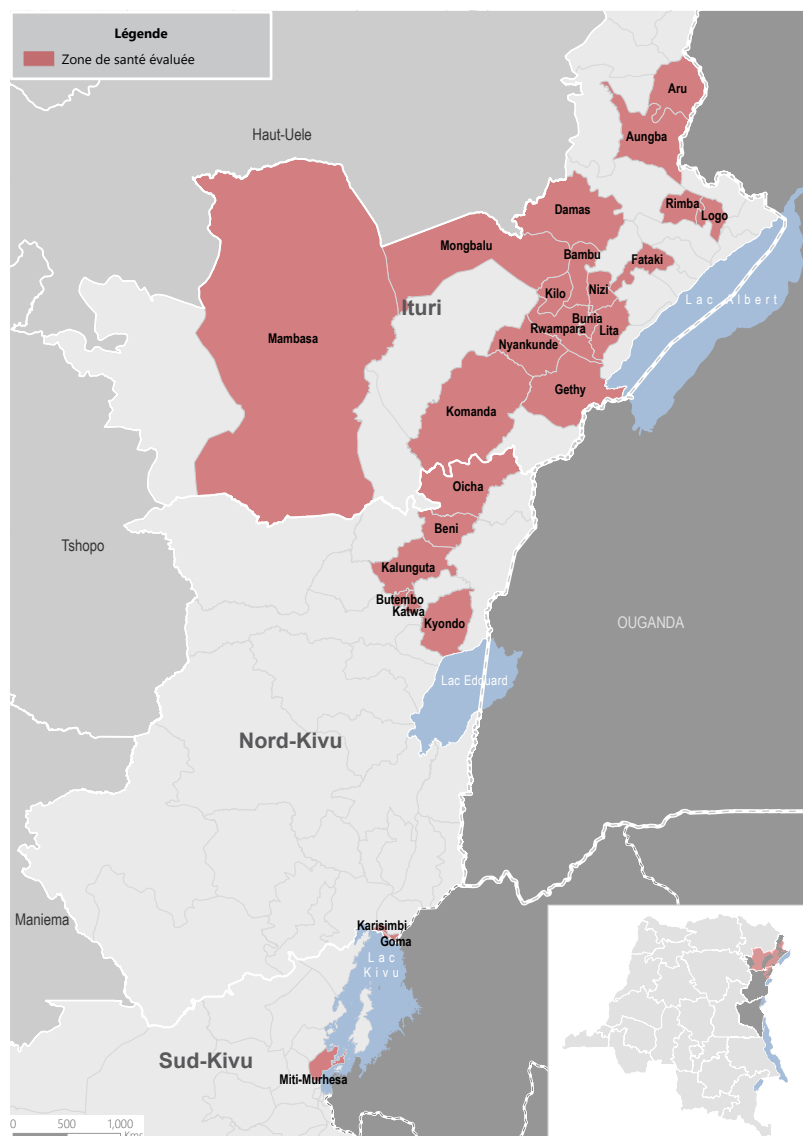
Poste des répondant.e.s :

Enseignant(e)	58
Directeur(trice) adjoint(e) / responsable administratif	20
Chefs d'établissement scolaire	14
Personnel administratif	1

Informations sur les infrastructures

Type d'établissement scolaire	Statut de l'établissement
Ecoles primaires	51
Ecole secondaires	41
Ecole pré-primaires	1
École conventionnée confessionnelle	46
École publique / étatique	32
École privée agréée	14
École communautaire	1

Carte 1: Zones de santé évaluées

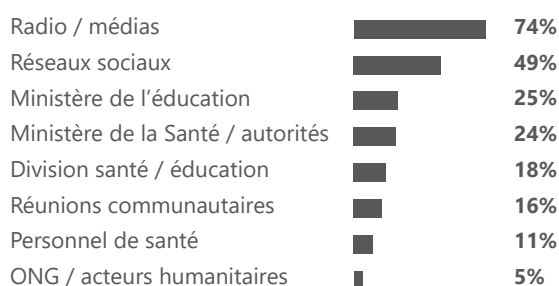


Zone de santé	Nombre de répondant.e.s	
	échantillonnés	atteints
Aru	4	4
Aungba	3	3
Bambu	2	2
Beni	6	6
Bunia	7	8
Damas	1	3
Fataki	2	3
Gethy	2	3
Goma	4	4
Karisimbi	3	1
Katwa	8	7
Kilo	1	2
Komanda	3	3
Lita	1	3
Logo	2	3
Mambasa	2	2
Mangala	1	3
Miti Murhesa	4	4
Mongbalu	2	3
Nizi	2	3
Nyankunde	1	3
Oicha	4	4
Rimba	2	3
Rwampara	3	3
Kyondo	4	3
Kalunguta	3	3
Butembo	4	4
TOTAL	81	93

Connaissances sur le MVE

Au moment de l'enquête, quasiment tous les IC (92) ont rapporté que leurs établissements avaient été informés de l'épidémie. La radio et les médias demeuraient un canal essentiel pour la diffusion des messages de santé publique. Les réseaux sociaux apparaissaient également comme des sources d'information importantes. Ces tendances sont alignées avec les résultats du "Suivi de la crise Ebola sur le secteur Education" publié le 23 juin, et développé à partir d'informations collectées auprès de 195 établissements scolaires, localisés dans les provinces de Sud-Kivu, Nord-Kivu, du Kasai, du Kasai-Central et de l'Ituri.¹¹

Figure 1 : Principaux moyens d'information de l'épidémie d'Ebola ou des mesures associées (%) ¹²



Formation



des IC (29) avaient reçu une formation spécifique sur la MVE au cours de la nouvelle épidémie.

A titre de comparaison, dans le cadre du "Suivi de la crise Ebola sur le secteur Education"¹¹, seuls 5% des IC interrogés en Ituri, Nord-Kivu et Sud-Kivu avaient mentionné avoir reçu une formation spécifique sur le MVE. Cette différence peut notamment s'expliquer par le fait que cette évaluation ciblait *spécifiquement les établissements scolaires situés dans les zones de santé touchées par l'épidémie*, ce qui n'était pas le cas de l'évaluation conjointe des besoins menée par le Cluster Education. Dans la majorité des cas (20/29), l'ensemble du personnel de la structure avait suivi la formation, tandis que 8 IC ont mentionné que seul.e.s certain.e.s membres du personnel avaient été formé.e.s. 1 IC a rapporté avoir été l'unique personne de son établissement à recevoir une formation. Cette situation suggère que les investissements en matière de formation du personnel doivent être intensifiés afin de garantir une meilleure couverture et un transfert plus large des connaissances. Les mesures de protection contre la MVE et la reconnaissance des symptômes de la maladie constituaient les thématiques les plus fréquemment abordées lors des formations.

Figure 2 : Thématiques abordées par la formation reçue ¹²

Comment se protéger contre la MVE	29/29
Sur les symptômes de la MVE	25/29
Attitudes face à un cas suspect de MVE	21/29
Informations et/ou conseils à donner aux élèves/parents et à la communauté	16/29
Comment rompre la chaîne de transmission	11/29
Prévention et contrôle des infections (PCI)	3/29

Parmi les IC formés au cours de la nouvelle épidémie, 25/29 estimaient que leurs niveaux de connaissance étaient "très bon" ou "bon".

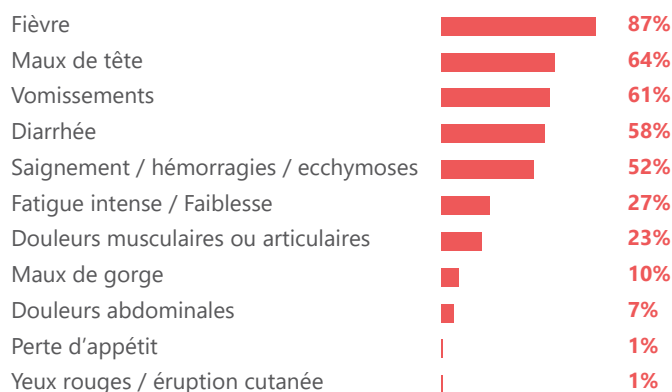
83% d'entre eux (24/29) se sentaient capables de donner des explications sur la MVE aux élèves, aux parents et à la communauté. Parmi les 5 IC ayant indiqué ne pas être en mesure de le faire, les principales informations jugées manquantes concernaient la vaccination (4/5), le triage et l'isolement des cas (3/5), et/ou les enterrements dignes et sécurisés (4/5).¹⁰

Un peu plus de la moitié des IC ayant suivi une formation (15/29) a indiqué avoir reçu du matériel d'information lors de cette dernière. La totalité avait reçu des affiches ou posters de sensibilisation, suivis des dépliants, brochures ou flyers (14/15) et des banderoles ou panneaux d'information (13/15). Les affiches de sensibilisation, dépliants, brochures et flyers étaient identifiés comme les besoins prioritaires parmi les IC n'ayant pas reçu de matériel de communication. 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.

Connaissance des symptômes

La fièvre, les maux de têtes et les vomissements étaient les 3 symptômes les plus fréquemment identifiés comme signes de la MVE par les IC (respectivement par 87%, 64% et 61% des IC interrogés). Il convient de noter qu'aucun IC n'a été en mesure d'identifier l'ensemble des symptômes précoces de la MVE pouvant apparaître entre 2 et 21 jours après le contact avec le virus (la fièvre, les douleurs musculaires et articulaires, les maux de tête intenses, la faiblesse et fatigue, les maux de gorge et la perte d'appétit).¹³

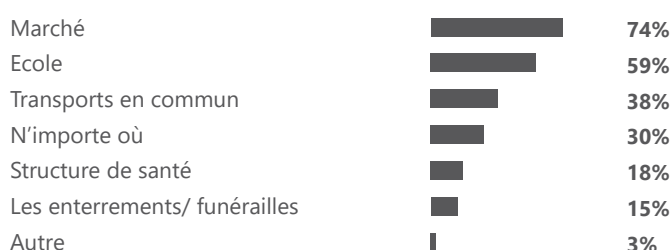
Figure 3 : Symptômes connus (%) ¹²



Aucune des options n'a été lue aux participant.e.s. Il a été demandé aux participant.e.s d'indiquer autant de symptômes qu'ils en connaissaient.

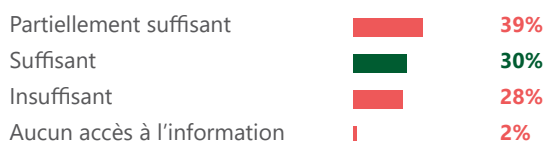
Le marché, l'école et les transports en commun faisaient partie des contextes les plus fréquemment associés avec un risque élevé de contamination par la MVE. Par contraste, les enterrements et funérailles n'étaient mentionnés que par 15% des IC interrogés.

Figure 4 : Selon vous, dans quels contextes ou environnements le risque d'attraper la MVE est-il le plus élevé ? (%) ¹²



Préparation des structures

Figure 5 : Niveau d'information disponible pour le personnel de l'établissement sur Ebola (%)



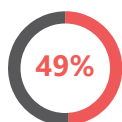
Le niveau d'information à destination du personnel de l'établissement était globalement perçu comme insuffisant. Signe encourageant cependant, 98% des IC interrogés rapportaient que le personnel savait où se rendre en cas de symptômes évocateurs du MVE. Il convient de noter qu'il n'était pas demandé aux IC de préciser le protocole qu'ils auraient adopté.

Prévention et mesures prises

Figure 6 : Principales mesures prises ¹²

Stations de lavage de mains	80/84
Gel alcoolique pour les mains	29/84
Désinfection après un cas ou cas suspect avec chlore ou savon	23/84
Prise de température à l'entrée	13/84
Triage des déchets	7/84
Suivi de la température	3/84
Pulvérisation des bottes/ chaussures à l'entrée	1/84

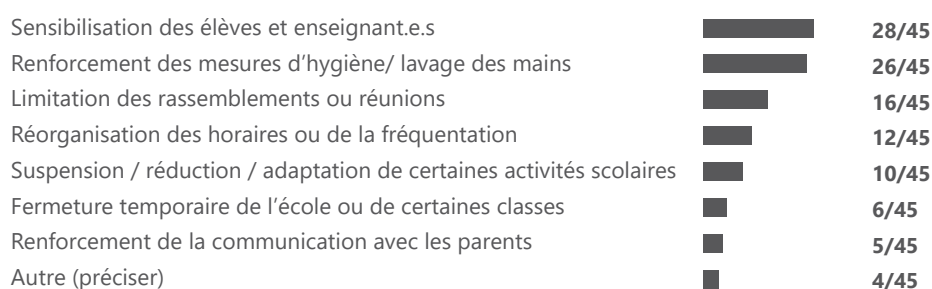
La grande majorité (91%, N=84) des IC a rapporté que leur établissement avait mis en place au moins une mesure de prévention contre Ebola au moment de l'enquête. Néanmoins, les résultats mettent en évidence plusieurs lacunes importantes dans l'application des mesures de PCI. Parmi ces 84 établissements, la présence de stations de lavage de mains était la mesure largement la plus rapportée par les IC (95%, N=84). Cependant, d'autres mesures essentielles apparaissaient inégalement mises en œuvre. La prise de température à l'entrée, pourtant considérée comme une mesure de base pour la détection précoce des cas suspects, était rapportée dans seulement 15% des structures et seuls 27% des IC ont mentionné la mise en place de procédures de désinfection après la prise en charge d'un cas ou d'un cas suspect.



49% des IC (45) ont rapporté que l'école avait modifié son fonctionnement en raison de l'épidémie d'Ebola ou du risque d'épidémie.

La sensibilisation des élèves et des enseignant.e.s est apparue comme la mesure la plus fréquemment citée parmi les changements de fonctionnement des établissements scolaires. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence, car il sous-estime probablement l'ampleur des actions de sensibilisation effectivement mises en œuvre dans les établissements (voir la section « Sensibilisation et communication » pour plus de détails). Cette sous-estimation peut s'expliquer par le fait que de nombreux IC n'ont pas spontanément considéré ces activités comme relevant d'un changement de fonctionnement de l'établissement. Outre le renforcement des mesures d'hygiène, les principales mesures instaurées avaient pour objectif de diminuer le risque d'exposition à la MVE en réduisant la taille des groupes et les occasions de rassemblement.

Figure 7 : Principales modification de fonctionnement des établissements scolaires, en raison de l'épidémie d'Ebola ¹²



Infrastructures en Eau, Hygiène et Assainissement

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 scolaires et à protéger à la fois les apprenant.e.s et le personnel éducatif. 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 scolaires.



L'eau n'était pas disponible au point principal d'approvisionnement dans **43%** des infrastructures



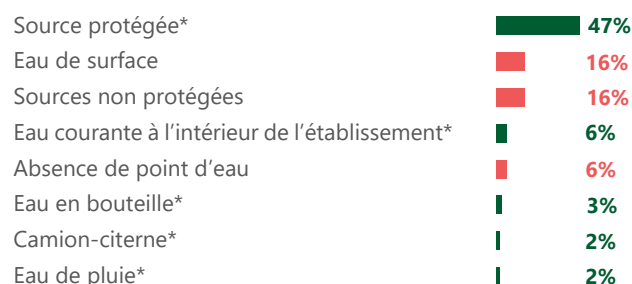
26% des structures ne disposaient pas d'une toilette utilisable (disponible, en état de marche et privée)



85% des structures disposaient d'une installation pour l'hygiène des mains en état de marche¹⁴

Figure 8 : Principaux points d'approvisionnement en eau de l'établissement (%)

* : Sources d'eau considérées comme "améliorées".



Selon les critères du [Joint Monitoring Programme \(JMP\)](#), les écoles disposant d'une source d'eau potable améliorée et dont l'eau est disponible au moment de l'enquête sont classées comme bénéficiant d'un service « élémentaire ». Les écoles qui ne disposent pas d'eau, mais qui bénéficient d'une source d'approvisionnement améliorée, sont classées comme ayant un service « limité ». Enfin, celles qui disposent d'une source d'approvisionnement non améliorée ou qui n'en ont pas du tout sont classées comme n'ayant « aucun service ».¹⁵

Figure 9 : Niveau de service des points d'eau des établissements (%)



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 PCI. Par ailleurs, 43% des IC indiquaient qu'il n'y avait pas d'eau au moment de l'entretien. La majorité des IC (85%) ont rapporté que l'établissement avait au moins une installation pour l'hygiène des mains en état de marche au moment de l'enquête. Quelques IC (5%) 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 10% 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 latrines à fosse sans dalle/ fosse ouverte. Ces dernières sont considérées comme des installations non-améliorées, n'étant pas conçues pour séparer de manière hygiénique les excréments de tout contact avec les êtres humains. De manière inquiétante, 26% des établissements scolaires (24) ne disposaient pas de toilette utilisable (disponible, en état de marche et privée) au moment de l'enquête.

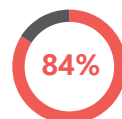
Figure 10 : Types de latrines (%)¹²

* : Installations d'assainissement considérées comme "améliorées".

Latrines à fosse avec dalle*	51%
Latrines à fosse sans dalle / fosse ouverte	37%
Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées à une fosse*	14%
Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées au système d'égoûts*	11%
Toilettes à compostage*	10%
Toilettes / Latrines suspendues	4%

Ces résultats sont cohérents avec l'existence de vulnérabilités structurelles en matière d'infrastructures d'EHA, identifiées de manière récurrente dans les évaluations menées au cours des années précédentes.^{11,16} Ces lacunes limitent concrètement la mise en œuvre quotidienne des mesures barrières dans les écoles.

Sensibilisation et communication



des IC (77) ont rapporté que l'école a mené ou mène au moment de l'enquête des activités d'information ou de sensibilisation communautaire sur la MVE.

Ces activités ciblaient principalement les élèves (95%, N=77), suivis des enseignant.e.s (78%), du personnel administratif (52%), des parents (48%) et des communautés (18%).

Figure 11 : Public ciblés par les activités d'information ou de sensibilisation communautaire¹²

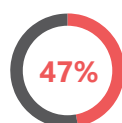
Élèves	73/77
Enseignants	60/77
Personnel	40/77
Parents	37/77
Communauté	15/77

La forte proportion d'établissements ayant mené ou menant au moment de l'enquête des activités de sensibilisation témoigne du rôle central des écoles dans la diffusion des messages de prévention auprès des communautés. Cette implication est conforme aux orientations du cadre opérationnel et du paquet minimum du Cluster Éducation, qui recommandent de sensibiliser les élèves, les enseignants, les parents et les comités de parents d'élèves aux mesures barrières.¹⁷

Figure 12 : Principaux messages diffusés¹²

Mesures barrières	77/77
Symptômes et signes	57/77
Éviter les contacts à risque	45/77
Modes de transmission	39/77
Prévention lors des funérailles	21/77
Signalement / recours aux soins	16/77
Lutte contre les rumeurs / désinformation	13/77

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. Lorsqu'il a été demandé aux IC 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, 42% des IC ont indiqué en avoir été témoin occasionnellement, tandis que 5% ont rapporté que ces situations survenaient fréquemment.



des IC (44) 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

Parmi les 44 IC ayant signalé des réticences ou tensions, les rumeurs et la désinformation ont été de loin les causes les plus fréquemment citées (84%, N=44).

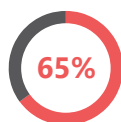
Cette tendance est similaire à celle capturée lors de l'évaluation rapide menée au sein des infrastructures sanitaires en juin.⁸ D'autres facteurs mentionnés incluaient le manque d'informations claires sur la maladie et la réponse (34%), la peur des centres de traitement et d'isolement (34%), ainsi qu'un manque de confiance envers les autorités ou les acteurs de santé (30%). Peu de répondant.e.s ont évoqué de mauvaises expériences lors de précédentes réponses à Ebola (9%) ou le sentiment que la communauté n'est pas écoutée (5%).

Selon les IC interrogés, ces réticences se traduiraient le plus fréquemment par un refus de participer aux activités de sensibilisation et/ou une méfiance envers les équipes sanitaires ou humanitaires.

Figure 13 : Principales conséquences des refus et tensions ¹²

Refus de participer aux activités de sensibilisation	35/44
Refus ou méfiance envers les équipes sanitaires ou humanitaires	19/44
Refus de signaler ou référer les cas suspects	9/44
Refus du suivi des contacts ou des investigations sanitaires	3/44
Refus de la désinfection des maisons ou des lieux concernés	2/44
Refus ou résistance aux mesures d'isolement ou de prise en charge	3/44
Refus ou tensions autour des enterrements sécurisés	1/44
Diffusion de rumeurs ou désinformation sur Ebola ou la réponse	1/44

Contraintes et besoins



65% des infrastructures manquaient d'équipement de protection individuelle.

Les résultats indiquent que les capacités matérielles des structures scolaires sont limitées. L'insuffisance de savon, chlore, eau ou autres désinfectants (65%), le manque d'EPI (50%), et/ou de ressources financières (33%) figuraient parmi les contraintes les plus fréquemment citées pour prévenir ou répondre au risque Ebola au sein des écoles. Le manque de formation apparaissait également parmi les principaux défis identifiés par les IC.

Figure 14 : Principaux défis rencontrés pour prévenir ou répondre au risque Ebola dans la structure (%) ¹²

Manque de savon/chlore/eau/désinfectant	65%
Manque de formation	50%
Manque d'EPI ou équipements	50%
Ressources financières limitées	33%
Manque d'information/directives	15%
Non respect des mesures barrières	11%
Faible sensibilisation communautaire	8%
Rumeurs / résistance	7%
Aucun	2%
Personnel insuffisant	1%

Au moment de l'enquête, 97% des IC ont mentionné que leurs établissements n'avaient pas reçu d'assistance humanitaire au cours des 30 derniers jours. Interrogés lors d'une question ouverte sur les besoins les plus urgents de leurs structures, les IC ont à nouveau très majoritairement mis en avant le manque de protection individuelle (EPI), le manque de savon et plus généralement le manque d'eau et d'infrastructure EHA (notamment en matière de stations de lavage de mains et de latrines). Ce résultat fait écho aux défis précédemment identifiés et s'inscrit par ailleurs dans un contexte de fragilités structurelles plus larges des infrastructures en EHA, préexistantes à l'épidémie de MVE.

Notes de bas de page

¹ Nations Unies. (15 mai 2026). [RD Congo : l'OMS confirme une nouvelle flambée d'Ebola en Ituri](#)

² WHO (21 mai 2026). [Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of Congo](#)

³ INSP (8 juillet 2026). [SitRep Ebola - N°55](#)

⁴ REACH (29 mai 2026). [2026 Ebola Outbreak: Mobility and Health System Vulnerabilities in Eastern DRC and Bordering Areas](#)

⁵ WHO (16 mai 2026). [Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of Congo & Uganda](#)

⁶ ActionAid (21 mai 2026). [Lack of protective equipment against Ebola in schools and communities is a "ticking time bomb", says ActionAid](#)

⁷ CAT-DRC (Juin 2026). [Mongbwalu et Rwampara face à Ebola : Evolution épidémiologique, perceptions communautaires et enjeux d'adhésion à la riposte](#)

⁸ REACH (Juin 2026). [Evaluation rapide des connaissances, attitudes et pratiques \(CAP\) concernant l'épidémie de maladie à virus Ebola \(MVE\)](#)

⁹ REACH (Juin 2026). [Evaluation rapide auprès des infrastructures sanitaires concernant l'épidémie de maladie à virus Ebola \(MVE\)](#)

¹⁰ Banque Mondiale (15 juin 2020). [La Banque mondiale soutient la gratuité de l'enseignement primaire et l'amélioration de la santé maternelle et infantile en RDC](#)

¹¹ Cluster Education (23 juin 2026). [République démocratique du Congo : Suivi de la crise Ebola sur le secteur Education](#)

¹² Les répondants avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%.

¹³ CDC (23 avril 2024). [Signs and symptoms of Ebola disease](#).

¹⁴ Tous les IC ayant indiqué la présence d'une station de lavage de mains au sein de leurs établissements ont également mentionné que leurs structures disposaient d'une installation pour l'hygiène des mains en état de marche.

¹⁵ Joint Monitoring Program (JMP) OMS-UNICEF [Schools](#)

¹⁶ Cluster Education (septembre 2023). [Évaluation conjointe complète des besoins en éducation \(JENA\) dans les zones touchées par les conflits en RDC](#)

¹⁷ Cluster Education (10 juin 2026). [Cadre opérationnel et paquet minimum Education pour la préparation et la réponse à l'épidémie d'Ebola en RDC](#).