

Évaluation rapide des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) concernant l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE)

Juin 2026 | République Démocratique du Congo

Contexte

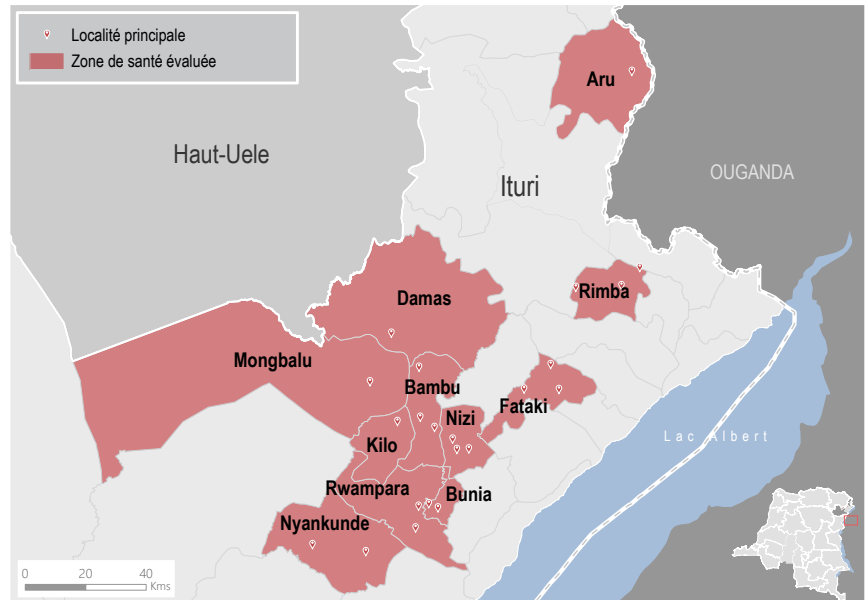
La République démocratique du Congo (RDC) fait face à une nouvelle épidémie de maladie à virus Ebola (MVE), déclarée le 15 mai 2026 par le ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, à la suite de la confirmation de cas de virus Ebola de souche Bundibugyo dans la province de l'Ituri. 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.

Le risque de propagation demeure élevé dans un contexte marqué par d'importants mouvements de population³, 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'évaluation⁴.

Au-delà des aspects biomédicaux de la riposte, les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des populations jouent un rôle déterminant dans la prévention et le contrôle de la transmission. L'adoption de comportements préventifs, l'acceptation des mesures de santé publique, la confiance envers les acteurs de la riposte ainsi que l'accès à une information fiable influencent directement l'efficacité des interventions mises en œuvre.

Dans ce contexte, REACH a conduit une évaluation rapide des connaissances, attitudes et pratiques auprès de membres des communautés vivant dans plusieurs zones de santé affectées par l'épidémie. Cette évaluation vise à fournir un aperçu des connaissances relatives à la MVE, des perceptions du risque, des comportements de prévention adoptés ainsi que des principales sources d'information mobilisées par les communautés. Les résultats présentés dans ce rapport doivent être interprétés comme indicatifs. Ils permettent néanmoins de mettre en évidence certaines tendances observées au sein des communautés et visent à soutenir les acteurs impliqués dans la communication sur les risques, l'engagement communautaire et les activités de prévention de la MVE.

Carte 1: Zones de santé évaluées



Messages clés

- Les résultats pourraient présenter une **vision relativement plus optimiste** de la situation, les répondant.e.s étant principalement des membres informés et influents au sein de leurs communautés. Environ 15% des personnes contactées ont refusé de participer à l'enquête, parmi lesquelles figuraient des personnes exprimant de la méfiance envers la MVE ou les activités de la riposte. Les niveaux de méfiance et de scepticisme pourraient ainsi être sous-estimés, soulignant l'intérêt d'approches complémentaires pour mieux comprendre les perceptions de ces groupes.
- La quasi-totalité des répondant.e.s connaissait l'existence de la maladie, ses principaux symptômes ainsi que ses modes de transmission les plus courants. Ces résultats doivent néanmoins être interprétés à la lumière du profil des répondant.e.s et ne reflètent pas nécessairement le **niveau de connaissance** de l'ensemble de la population.
- La **radio**, citée par 75% des répondant.e.s comme principale source d'informations récentes sur la MVE, apparaissait comme un canal stratégique pour les activités de communication sur les risques et d'engagement communautaire (RCCE), en raison de sa large portée et du niveau de confiance qui lui est accordé.
- Si les **mesures de prévention** les plus connues, telles que le lavage des mains, étaient largement rapportées, des lacunes subsistaient concernant certaines pratiques importantes, notamment l'évitement des funérailles de personnes décédées de la MVE (63%) et le port de gants lors de la prise en charge d'une personne malade (30%) ou du nettoyage de fluides corporels (8%). Ces écarts semblent liés non seulement à la sensibilisation mais aussi à l'accès aux équipements de protection, identifié comme un besoin récurrent par les répondant.e.s.
- La **recherche de soins et la notification des cas et décès suspects** demeurent des points d'attention prioritaires. Plus d'un quart des répondant.e.s n'a pas spontanément mentionné le recours à une structure de santé en cas de symptômes suspects et seuls environ 60% ont cité l'appel à un numéro d'alerte ou l'information des autorités en cas de décès. Ces comportements, essentiels à la détection précoce et à l'activation rapide de la riposte, gagneraient à être davantage mis en avant dans les activités de sensibilisation.
- Les **besoins exprimés** par les répondant.e.s suggéraient que les efforts de réponse ne devraient pas se limiter à la sensibilisation générale. Ils ont notamment appelé à renforcer les comportements clés (recherche de soins, notification des cas et décès suspects) et à améliorer l'accès aux matériels de prévention.

Sources d'information sur la santé

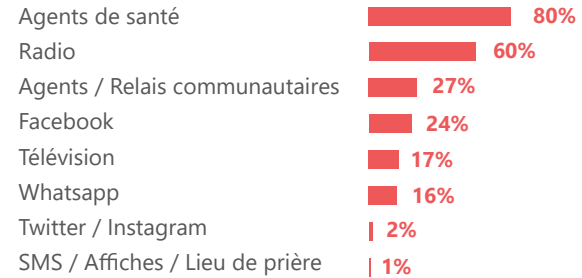
Conformément à la structure du questionnaire CAP, l'analyse débute par des questions portant sur la santé et les maladies de manière générale. La confiance accordée aux différentes sources d'information en santé constitue un facteur transversal susceptible d'influencer les connaissances, attitudes et pratiques liées à Ebola examinées dans les sections suivantes, tout en permettant de comparer ces perceptions générales avec celles observées spécifiquement dans le contexte de la MVE.

Au cours de la semaine précédant l'enquête, **87%** des répondant.e.s ont rapporté avoir recherché des informations sur comment se protéger des maladies transmissibles.

Les acteurs du système de santé et les mécanismes de communication communautaires jouaient un rôle clé dans la diffusion de l'information sanitaire.

La radio demeure un canal essentiel pour la diffusion des messages de santé publique. Bien que moins fréquemment cités, les réseaux sociaux apparaissent également comme des sources d'information importantes.

Figure 1 : Principales sources d'information sur la santé et les maladies ⁶



Niveau de confiance dans l'information obtenue sur la santé et la maladie

Les résultats indiquaient un niveau de confiance particulièrement élevé envers les acteurs du système de santé et les canaux institutionnels d'information. Les agents de santé, les relais communautaires, la radio ainsi que les leaders communautaires et religieux figuraient parmi les sources bénéficiant du plus fort niveau de confiance.

À l'inverse, les tradipraticiens apparaissent comme la source la moins fiable aux yeux des répondant.e.s, une proportion importante déclarant ne pas leur faire confiance du tout. Les médias sociaux, bien qu'utilisés comme source d'information par une partie des répondant.e.s, suscitaient un niveau de confiance plus modéré.

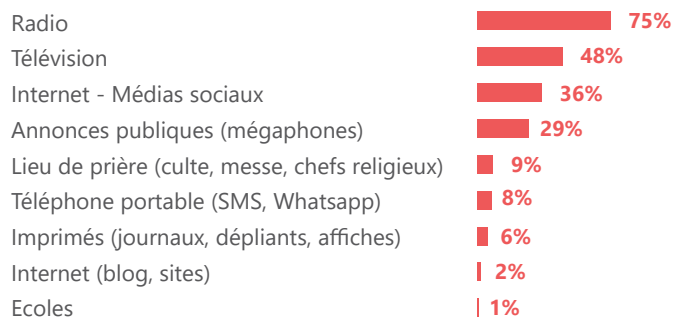
Degré de confiance	Beaucoup	Moyen	Un peu	Pas du tout	Pas d'opinion
Agents de santé	63%	37%			
Relais communautaires	52%	45%	2%	1%	1%
Tradipraticiens	3%	40%	16%	40%	
Radio	56%	41%	2%		1%
Télévision	34%	55%	8%	2%	2%
Affiches / dépliants	32%	48%	17%	2%	1%
Médias sociaux	8%	66%	21%	4%	
Leaders communautaires	37%	56%	6%	1%	
Lieux de prière	37%	58%	5%		
Membres de la famille	3%	72%	24%		
Amis	10%	56%	33%	1%	
Ecole	27%	51%	18%	3%	1%
Bouche à oreille	3%	48%	35%	15%	
Formations Sanitaires (FOSA)	36%	47%	15%	2%	1%
SMS	16%	51%	29%	4%	



Connaissances et préoccupations concernant la MVE

Tous les répondant.e.s avaient déjà entendu parler de la MVE. Lorsqu'il leur était demandé, sous forme de question ouverte, ce qu'ils avaient principalement entendu à propos de la maladie, les répondant.e.s ont surtout insisté sur sa gravité, évoquant fréquemment son caractère mortel (70 mentions) et dangereux (46 mentions). Par ailleurs, 18 répondant.e.s ont indiqué avoir entendu que la maladie était contagieuse, tandis que 7 ont souligné qu'elle était réelle, en contraste avec les rumeurs niant l'existence de la MVE. Quelques personnes ont mentionné l'absence de vaccin ou de traitement spécifique (5 mentions) ainsi que l'origine animale de la maladie (2 mentions).

Figure 2 : Dernier canal par lequel les répondant.e.s ont reçu des informations sur la MVE (%) ⁶



Les analyses croisées ne révèlent pas de différences notables dans les canaux d'information sur la MVE selon le genre ou le statut socio-économique des répondant.e.s. La radio demeure de loin la principale source d'information citée, suivie de la télévision.

La quasi-totalité des répondant.e.s (93%) considéraient que l'épidémie de MVE était une réalité dans leur environnement. Parmi les dix répondant.e.s ayant indiqué que la maladie n'existait pas dans leur communauté, aucun.e ne remettait en cause l'existence de la MVE. Leurs réponses suggèrent plutôt que la maladie n'avait pas encore atteint leur localité ou leur zone immédiate de résidence et qu'ils n'avaient pas encore rencontré des équipes de la riposte, tout en reconnaissant le risque de propagation.

Comme mentionné précédemment, 19 personnes contactées ont refusé de participer à l'enquête après que les enquêteurs ont présenté l'objet de l'appel. Parmi elles, quatre ont associé la MVE à des pratiques de sorcellerie et ont exprimé de la méfiance à l'égard de l'entretien pour cette raison. Quatre autres ont explicitement déclaré ne pas croire à l'existence de la maladie. Bien que ces personnes ne soient pas incluses dans l'échantillon final, leurs réactions suggèrent la persistance de certaines croyances et perceptions à l'égard de la MVE.

Concernant l'origine de la maladie, la majorité (97/121) des répondant.e.s ayant reconnu l'existence de la MVE ont identifié le contact avec un animal infecté, vivant ou mort, comme principale cause d'apparition de la maladie. Par ailleurs, 52 participant.e.s ont indiqué que la MVE était introduite dans la communauté par des cas importés de l'extérieur, tandis que dix ont spécifiquement mentionné les étrangers comme source d'introduction de la maladie. Une seule personne a fait référence à l'« Ebola business », reflétant la perception selon laquelle la maladie serait introduite de manière intentionnelle à des fins lucratives.

Ces observations font écho à des tendances plus largement observées par une enquête récente menée par Ground Truth

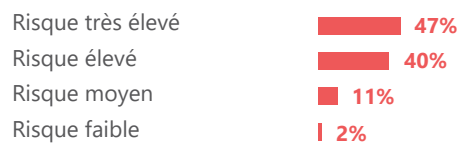
Solutions (GTS), selon laquelle 60% des répondant.e.s estimaient que certaines personnes de leur communauté ne croyaient pas à l'existence de l'épidémie. Les raisons évoquées incluaient notamment un manque d'information ainsi que des croyances selon lesquelles la maladie aurait été fabriquée ou introduite à des fins financières ou de contrôle de la population⁷.

Concernant les facteurs favorisant la propagation de la MVE, les répondant.e.s ont avant tout cité le manque d'information au sein des communautés (116/121). Les contacts avec des personnes malades lors de leur prise en charge (35/121) et la manipulation d'animaux infectés (34/121) figuraient également parmi les facteurs les plus fréquemment mentionnés. Dix personnes ont également estimé que la banalisation de la MVE ou le manque de vigilance contribuaient à sa propagation.

93% des répondant.e.s ont rapporté que la plupart des gens de leur communauté pensaient qu'il y avait une épidémie de MVE au moment de l'enquête

La quasi-totalité des répondant.e.s (98%) pensaient qu'ils pouvaient attraper ou tomber malade de la MVE. Parmi ces derniers, la majorité craignaient d'attraper la maladie, avec 87% des répondant.e.s estimant que le risque de contracter la MVE était élevé.

Figure 3 : Perception du risque de contracter la MVE (%)



Peu de variations apparaissent dans la perception du risque de contracter la MVE selon les caractéristiques des répondant.e.s. Les participant.e.s protestant.e.s étaient proportionnellement plus nombreux à considérer ce risque comme très élevé, mais la perception du risque demeurait globalement élevée quel que soit le groupe analysé. De même, aucune différence notable n'a été observée selon les canaux d'information utilisés. Dans l'ensemble, les résultats indiquaient une forte perception du risque de contracter la MVE au sein des communautés interrogées.

Connaissance sur les modes de transmission

Figure 4 : Modes de transmission connus (%) ⁶

Contact direct avec les fluides corporels	97%
Contact avec les fluides corporels d'une personne décédée de la MVE	77%
Contact direct avec des objets contaminés par des fluides corporels d'une personne malade ou décédée de MVE	49%
En serrant la main des gens	24%
En mangeant des animaux sauvages	23%
Rapports sexuels avec une personne infectée par la MVE	15%
Rapports sexuels avec une personne guérie de la MVE	2%
Transmission par l'air	1%
Ne sait pas	1%

La faible proportion de répondant.e.s ayant cité les rapports sexuels avec une personne guérie révèle une lacune de connaissance sur une voie de transmission documentée lors des précédentes épidémies.

Mesures de protection

Les résultats suggèrent une bonne connaissance de plusieurs mesures de prévention contre la MVE, notamment le lavage régulier des mains avec du savon, connu et déclaré comme pratiqué par l'ensemble des répondant.e.s. Les mesures liées à la réduction des contacts avec les personnes décédées de la MVE semblaient également relativement bien connues. Toutefois, près d'un tiers des répondant.e.s n'a pas mentionné le fait de ne pas participer aux funérailles d'une personne décédée de la MVE parmi les mesures de prévention appliquées. Des lacunes plus importantes encore étaient observées concernant les mesures nécessitant des équipements de protection individuelle. Moins d'un tiers des répondant.e.s déclaraient porter des gants lors de la prise en charge d'une personne malade, et seuls 8%

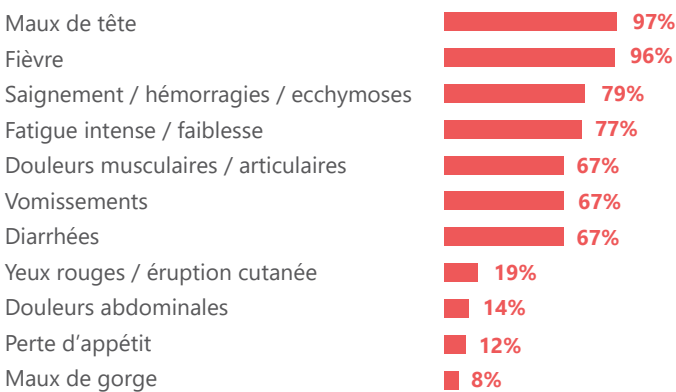
mentionnaient le port de gants lors du nettoyage de vomissures ou d'autres fluides corporels.

Pour la plupart des mesures, le niveau d'application déclaré était légèrement inférieur au niveau de connaissance. Les résultats suggèrent que certaines pratiques à haut risque, notamment celles liées aux funérailles et à la manipulation de personnes malades ou de fluides corporels, devraient rester des messages prioritaires dans les activités de sensibilisation. Ils indiquent également que, au-delà des enjeux de sensibilisation, des contraintes d'accès aux équipements de protection individuelle pourraient jouer un rôle dans la mise en œuvre effective de certaines mesures. Cette hypothèse est appuyée par le fait qu'un nombre important de répondant.e.s ont exprimé un besoin en matériel de prévention (cf. Recommandations faites).

	Mesures de protection connue (%) ⁶	Mesures de protection appliquées (%) ⁶
Se laver régulièrement les mains avec du savon	100%	100%
Ne pas toucher le corps d'une personne décédée de MVE	94%	89%
Ne pas participer à des funérailles d'une personne décédée de la MVE	68%	63%
Porter des gants avant de s'occuper d'une personne malade	41%	30%
Recevoir le vaccin contre la MVE	24%	N/A
Porter des gants avant de nettoyer les vomissures ou autres liquides d'une personne malade	13%	8%
Accepter la désinfection de la maison si nécessaire	8%	1%
Éviter de consulter un tradipraticien	3%	2%

Connaissance des symptômes

Figure 6 : Symptômes connus (%)⁶



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 connaissent.

Les symptômes les plus rapportés étaient les maux de tête et la fièvre (97% et 96%). Les autres symptômes étaient également relativement bien connus, avec plus de 50% des répondant.e.s mentionnant des signes importants tels que la fatigue intense, les douleurs musculaires, les vomissements et les diarrhées. En revanche, les symptômes plus secondaires ont été cités par moins de 20%. Enfin, personne n'a déclaré ne connaître aucun symptôme ni remis en cause l'existence de la maladie.

Les connaissances relatives aux comportements à adopter en cas d'apparition de symptômes compatibles avec la MVE apparaissent plus mitigées.

La majorité des répondant.e.s ont indiqué qu'ils se rendraient dans un établissement de santé, public ou privé. Néanmoins, une proportion non négligeable (35 sur 131) n'a pas spontanément mentionné le recours à une structure de santé parmi les mesures qu'elle prendrait. Par ailleurs, un répondant a explicitement déclaré qu'il ne se rendrait pas à l'hôpital en cas de symptômes.

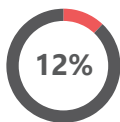
Quel que soit le genre, le statut socio-économique ou l'appartenance religieuse des répondant.e.s, les comportements les plus fréquemment mentionnés consistaient à se rendre dans un centre de santé public, informer le personnel de la riposte et/ou contacter le numéro d'alerte local. Les hommes semblaient légèrement plus nombreux à envisager un recours à un établissement de santé privé que les femmes, bien que cette observation doive être interprétée avec prudence compte tenu du faible nombre de femmes interrogées.

Figure 7 : Mesures prises par l'Ic en cas de symptômes (%)⁶

Se rendre dans un centre de santé publique pour se faire soigner	69%
Informé le personnel d'intervention	60%
Appeler le numéro d'alerte locale	53%
Informé les autorités	45%
Se rendre dans un établissement de santé privé pour se faire soigner	15%
Se tenir à l'écart d'autres personnes	3%
Se rendre chez un tradipraticien pour se faire soigner	1%



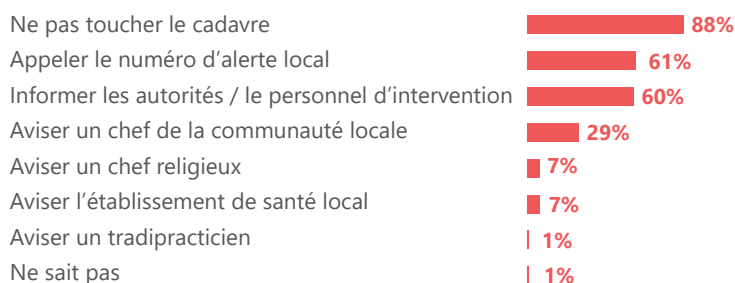
Coutumes funéraires et attitudes



des répondant.e.s n'ont pas mentionné qu'ils éviteraient de toucher ou de laver le corps en cas de décès d'une personne de la communauté lié à la MVE ou à une cause inconnue.

Dans l'ensemble, les réponses suggéraient une bonne compréhension des comportements attendus en cas de décès lié à la MVE ou de cause inconnue. Une large majorité des répondant.e.s (88%) ont mentionné l'absence de contact avec le corps du défunt, conformément aux recommandations de la riposte. Dans une moindre mesure, 61% des répondant.e.s ont indiqué qu'ils appelleraient un numéro d'alerte local et 60% qu'ils informeraient les autorités ou le personnel d'intervention. Ces résultats indiquent que les comportements liés à la notification restent moins systématiques que les mesures d'évitement des contacts et devraient constituer un axe renforcé des efforts de sensibilisation.

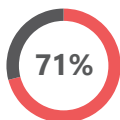
Figure 8 : Mesures prises par l'ic si un membre de la communauté venait à décéder de la MVE ou d'une cause inconnue (%) ⁶



Quelle que soit l'appartenance religieuse, la majorité des répondant.e.s ont indiqué qu'ils ne toucheraient pas ou ne laveraient pas le corps d'une personne décédée de la MVE. Les réflexes consistant à contacter le numéro d'alerte local ou à informer les autorités et les équipes d'intervention sont également largement partagés entre les différents groupes religieux. Quelques variations apparaissaient concernant le recours aux autorités communautaires ou religieuses. Les membres des Eglises du Réveil étaient notamment plus nombreux à déclarer qu'ils aviseraient un chef de la communauté ou un responsable religieux en cas de décès.



Perceptions de la riposte



des répondant.e.s ont rapporté avoir vu quelqu'un de l'équipe de riposte dans sa communauté pendant l'épidémie actuelle

Sur les 93 répondant.e.s ayant rapporté avoir vu quelqu'un de l'équipe de riposte dans sa communauté, la grande majorité (91/93) se sont dits satisfait.e.s de la manière dont les équipes de la riposte travaillaient avec les membres de la communauté.

Parmi ces derniers, 31 ont fait mention de l'engagement et la qualité du travail réalisé par les équipes. De nombreux répondant.e.s ont également mis en avant la rapidité des interventions (28 mentions) et ont rapporté apprécier les activités de sensibilisation (21 mentions) contribuant à améliorer les connaissances de la population sur la MVE.

Par ailleurs, 17 répondant.e.s ont cité les mesures concrètes mises en œuvre dans le cadre de la riposte, notamment la désinfection des lieux, l'installation de dispositifs de lavage des mains ou la gestion sécurisée des enterrements.

De manière transversale, certain.e.s répondant.e.s ont souligné que, malgré des ressources limitées et un manque d'équipements, les acteurs de la riposte étaient perçus comme faisant de leur mieux pour protéger les communautés. Les deux seules personnes ayant rapporté de l'insatisfaction ont mentionné le manque d'agents de santé.



Recommandations faites

À la fin de l'entretien, les répondant.e.s avaient la possibilité de partager tout commentaire, préoccupation ou recommandation supplémentaire concernant la MVE. La recommandation la plus fréquemment formulée concernait le **renforcement de la sensibilisation** (48 mentions). Plusieurs répondant.e.s ont estimé que certaines personnes au sein de leur communauté restaient insuffisamment informées sur la maladie, ses modes de transmission ou les mesures de prévention à adopter. Ces derniers ont appelé à intensifier les activités de sensibilisation, à augmenter le nombre d'agents mobilisés sur le terrain et à assurer une diffusion plus régulière de l'information auprès de la population.

Les besoins matériels constituaient également une préoccupation importante. Vingt-huit répondant.e.s ont évoqué un **manque de matériel de prévention et d'équipements de protection**, tels que les masques ou dispositifs de lavage des mains ou autres équipements destinés à réduire les risques de transmission. De plus, 15 répondant.e.s ont souligné la nécessité d'**apporter un soutien accru aux agents de santé et aux équipes de riposte**, notamment à travers la mise à disposition de ressources, d'équipements et de moyens opérationnels leur permettant d'exercer efficacement leurs activités.

Par ailleurs, plusieurs répondant.e.s ont exprimé des attentes concernant **l'accès aux vaccins, aux médicaments et aux soins** (10 mentions). Enfin, quelques personnes ont mis en avant les difficultés liées au **transport des malades et au déploiement des activités de riposte** (5 mentions), appelant à un renforcement des moyens logistiques disponibles.

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

⁴ WHO (16 mai 2026). [Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of Congo & Uganda](#)

⁵ US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2023). [A Guide to Adapting and Using Knowledge, Attitudes, and Practices \(KAP\) Surveys During an Ebola Response](#)

⁶ Les répondants avaient la possibilité de sélectionner toutes les options pertinentes pour répondre à cette question, de ce fait les pourcentages peuvent dépasser 100%.

⁷ Ground Truth Solutions (GTS) (9 juin 2026). ["May God help our government solve this problem" - Perceptions, suggestions and fears of people living at the centre of the Ebola outbreak](#)

