



Bulletin trimestriel du programme des urgences sanitaires

Bureau pays de l'OMS en RDC

Janvier – Mars 2026

EPR Emergency Preparedness and Response



Organisation mondiale de la Santé
République Démocratique du Congo

Sigles et abréviations

| | | | |
|----------------|---|--------------------|---|
| ALIMA | Alliance for International Medical Action | MSF | Médecins Sans Frontières |
| CATI | Case area targeted interventions | MSPH-PS | Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévoyance sociale |
| CERF | Central Emergency Response Fund | MVE | Maladie à virus Ebola |
| CICR | Comité international de la Croix-Rouge | OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| COUSP | Centre des opérations d'urgence de santé publique | OSL | Opérations et support logistique |
| CREC | Communication sur les risques et engagement communautaire | PCI | Prévention et contrôle des infections |
| CRRDC | Croix-Rouge de la République démocratique du Congo | PECH | Prise en charge holistique |
| CTC | Centre de traitement du choléra | PEP | Prophylaxie post-exposition |
| CTMpox | Centre de traitement mpox | PFA | Paralysie flasque aiguë |
| DPS | Division provinciale de la santé | PMSEC | Plan multisectoriel d'élimination du choléra |
| EAS | Exploitation et abus sexuels | PNECHO L-MD | Programme national d'élimination du choléra et de lutte contre les autres maladies diarrhéiques |
| ECHO | European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations | PRSEAH | Prevention and response to sexual exploitation, abuse and harassment |
| e-SPAR | Electronic State Parties Self-Assessment Annual Reporting | PTRO | Point de traitement de réhydratation orale |
| EIR | Équipes d'intervention rapide | RAA | Revue après action |
| EPR | Préparation et réponse aux urgences | RDC | République démocratique du Congo |
| FCDO | Foreign, Commonwealth and Development Office | RECO | Relais communautaires |
| GIBS | Groupe Inter-Bailleurs Santé | RIA | Revue intra-action |
| HEPRR | Health Emergency Preparedness, Response and Resilience | RSI | Règlement sanitaire international |
| IDTM | Infectious Disease Treatment Module | SGI | Système de gestion des incidents |
| IEHK | Interagency Emergency Health Kit | SMSPS | Santé mentale et soutien psychosocial |
| IMS | Incident Management System | SRO | Sels de réhydratation orale |
| INRB | Institut national de recherche biomédicale | SSR | Santé sexuelle et reproductive |
| INSP | Institut national de santé publique | TDR | Test de diagnostic rapide |
| MAPI | Manifestations adverses post immunisations | UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| MONUSCO | Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo | USD | United States Dollars |
| | | UTC | Unité de traitement du choléra |
| | | VVS | Victimes des violences sexuelles |
| | | WASH | Water, Sanitation and Hygiene |

1. Résumé

Les trois premiers mois de 2026 ont été marqués par l'intensification des actions de réponse à la crise humanitaire à l'Est du pays, aux épidémies de choléra, mpox, rougeole et la mise en œuvre d'activités post-Ebola.

En effet, le choléra demeure l'urgence principale, avec 83 266 cas et 2 384 décès entre la semaine 1-2025 et la semaine 8-2026 (létalité : 3 %). Kinshasa reste l'épicentre avec 30 % des cas. En outre, l'épidémie de mpox a enregistré 11 577 cas suspects et 130 décès, tandis que la rougeole compte 44 379 cas suspects et 428 décès.

Dans le même temps, la crise humanitaire persistante en Ituri, au Nord-Kivu et au Sud-Kivu a entraîné le déplacement de 6,47 millions de personnes.

Des avancées importantes ont été enregistrées dans le cadre du renforcement des capacités de mise en œuvre du RSI (2005). Elles concernent notamment la surveillance, la communication des risques, la sécurité sanitaire des aliments, les zoonoses et la gestion des points d'entrée. Deux exercices clés ont orienté la réponse :

- Revue Intra-Action Choléra : des recommandations ont été formulées pour améliorer la coordination, le système d'information, le WASH, le quadrillage communautaire.
- Revue Après-Action Ebola : les recommandations ont été formulées en vue du renforcement de la coordination multisectorielle, la mise en place de stocks de contingence et le renforcement des capacités à tous les niveaux de la préparation aux urgences.

En matière de réponse, la surveillance et le diagnostic ont été renforcés avec l'expansion du diagnostic mpox via RadiOne et la dotation de 1 500 cartouches GeneXpert.

La réponse au choléra s'est intensifiée à Kinshasa et dans d'autres provinces prioritaires avec le quadrillage communautaire, l'ouverture du CTC de Binza Ozone et la distribution massive d'intrants. Plus de 12 tonnes d'intrants médicaux ont été prépositionnées dans les zones prioritaires.

Avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires, 25 kits rougeole ont été distribués pour la prise en charge de près de 14 000 personnes dans 13 zones de santé.

Les capacités de 4 236 acteurs de première ligne ont été renforcées à travers des interventions ciblées en surveillance, PCI, PEC, CREC, et diagnostic de laboratoire dans le cadre de la résilience post Ebola.

L'OMS a renforcé les capacités opérationnelles des services de santé grâce à des investissements ciblés dans les infrastructures (Bureau de la zone de santé de Bulape, bâtiments administratifs et hospitaliers de l'HGR Bulape), les laboratoires, l'accès à l'eau potable et l'approvisionnement en médicaments dans les 7 zones de santé autour de Bulape, améliorant la continuité et la qualité des soins.

Cependant, plusieurs défis persistent, notamment l'insuffisance de ressources humaines formées à la gestion des urgences sanitaires et à la surveillance intégrée des maladies et à la riposte aux niveaux provincial et des zones de santé (3e niveau des zones de santé) ; la faible couverture du pays en laboratoires de santé publique et la faible mobilisation des autres secteurs dans la lutte contre le choléra ; et l'insuffisance de coordination multisectorielle au niveau des provinces.

1. Summary

The first three months of 2026 were marked by an intensification of response actions to the humanitarian crisis in the eastern part of the country, outbreaks of cholera, mpox and measles, as well as the implementation of post-Ebola response actions.

Cholera remains the primary public health emergency, with 83,266 cases and 2,384 deaths reported between epidemiological week 1-2025 and week 8-2026, corresponding to a case fatality rate of 3%. Kinshasa continues to be the epicenter, accounting for 30% of reported cases. In addition, 11,577 suspected cases of mpox with 130 deaths were recorded, along with 44,379 suspected measles cases, including 428 deaths.

At the same time, the protracted humanitarian crisis in Ituri, North Kivu and South Kivu has resulted in the displacement of 6.47 million people.

Significant progress has been made in strengthening capacities for the implementation of the International Health Regulations (IHR, 2005), particularly in the areas of surveillance, risk communication, food safety, zoonotic diseases, and management of points of entry. Two key exercises guided the response:

- Cholera Intra-Action Review: recommendations were formulated to improve coordination, information systems, WASH interventions, and community-based micro-planning.
- Ebola After-Action Review : recommendations focused on strengthening multisectoral coordination, establishing contingency stockpiles, and enhancing preparedness capacities at all levels.

In terms of response activities, surveillance and diagnostic capacities were strengthened, notably through the expansion of mpox diagnostics via RadiOne and the provision of 1,500 GeneXpert cartridges.

The cholera response was intensified in Kinshasa and other priority provinces through community-based micro-planning, the opening of the Binza Ozone Cholera Treatment Centre (CTC), and the large-scale distribution of essential supplies. More than 12 tons of medical supplies were pre-positioned in priority areas. With the support of WHO and other partners, 25 measles kits were distributed to support the treatment of nearly 14,000 people across 13 health zones.

The capacities of 4,236 frontline responders were strengthened through targeted interventions in surveillance, Infection Prevention and Control (IPC), case management, Risk Communication and Community Engagement (RCCE), and laboratory diagnostics, as part of post-Ebola resilience efforts.

WHO strengthened the operational capacities of health services through targeted investments in infrastructure (the Bulape Health zone central office, administrative and hospital buildings of Bulape General Referral Hospital), laboratories, and access to safe drinking water, as well as through the supply of essential medicines in seven health zones surrounding Bulape, thereby improving service continuity and the quality of care.

However, several challenges persist, including insufficient trained human resources in public health emergency management at provincial and health-zone levels; limited capacity in Integrated Disease surveillance and response (IDSR), 3rd edition, at the health-zone level; inadequate national coverage of public health laboratories; insufficient engagement of other sectors in the fight against cholera; and weak multisectoral coordination at the provincial level.

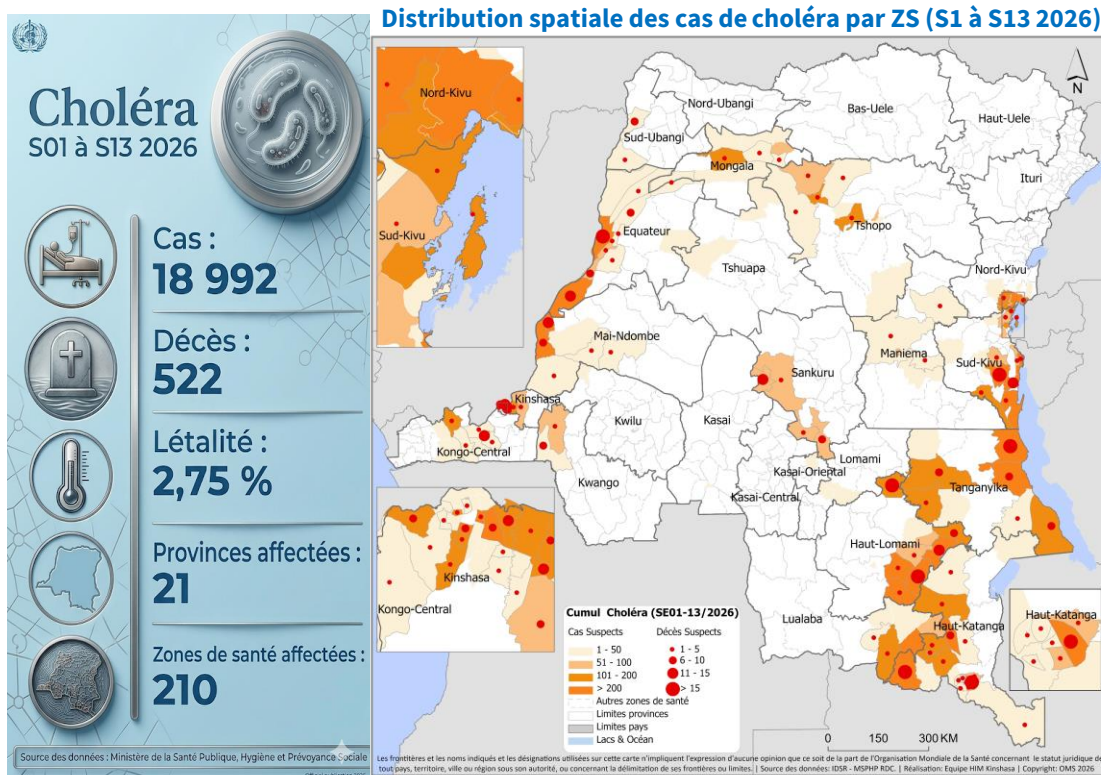


2. Situation des urgences sanitaires en RDC

2.1. Situation épidémiologique en RDC

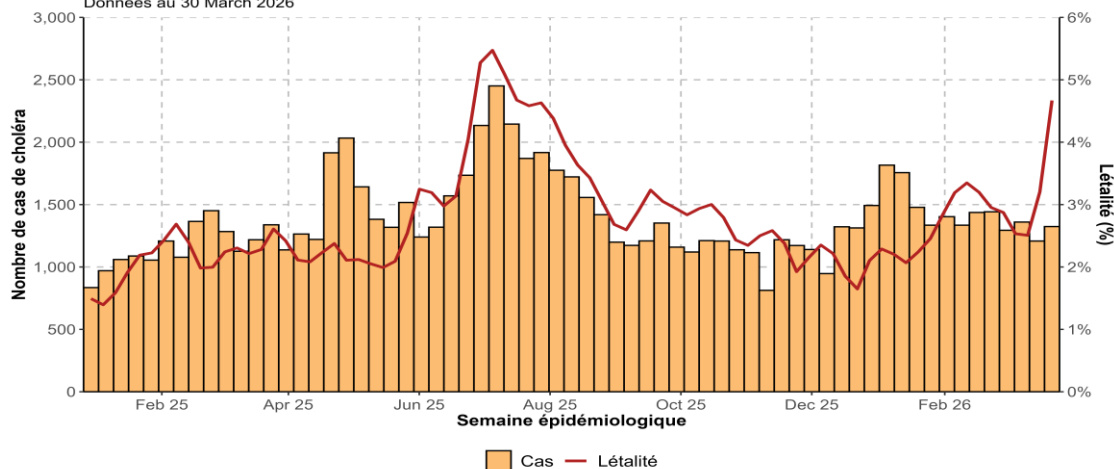
Choléra : Depuis la semaine épidémiologique 30 de l'année 2024, plus de 500 cas sont notifiés chaque semaine. Entre la semaine 1 et la semaine épidémiologique 13 de l'année 2026, 18 992 cas et 522 décès ont été rapportés dans 210 zones de santé de 21 provinces, dont 54,7 % des cas à Kinshasa, au Sud-Kivu, au Kongo Central et au Nord-Kivu.

La persistance de l'épidémie résulte de facteurs distincts. À l'Ouest du pays, elle est liée à la forte densité urbaine, aux inondations, à l'insalubrité, à l'insuffisance d'eau potable et aux campements de pêche sur les îlots ou les rives du fleuve Congo. À l'Est, les défis liés à l'insalubrité et à l'accès à l'eau potable sont aggravés par les déplacements dus aux conflits armés et par la présence de campements miniers.



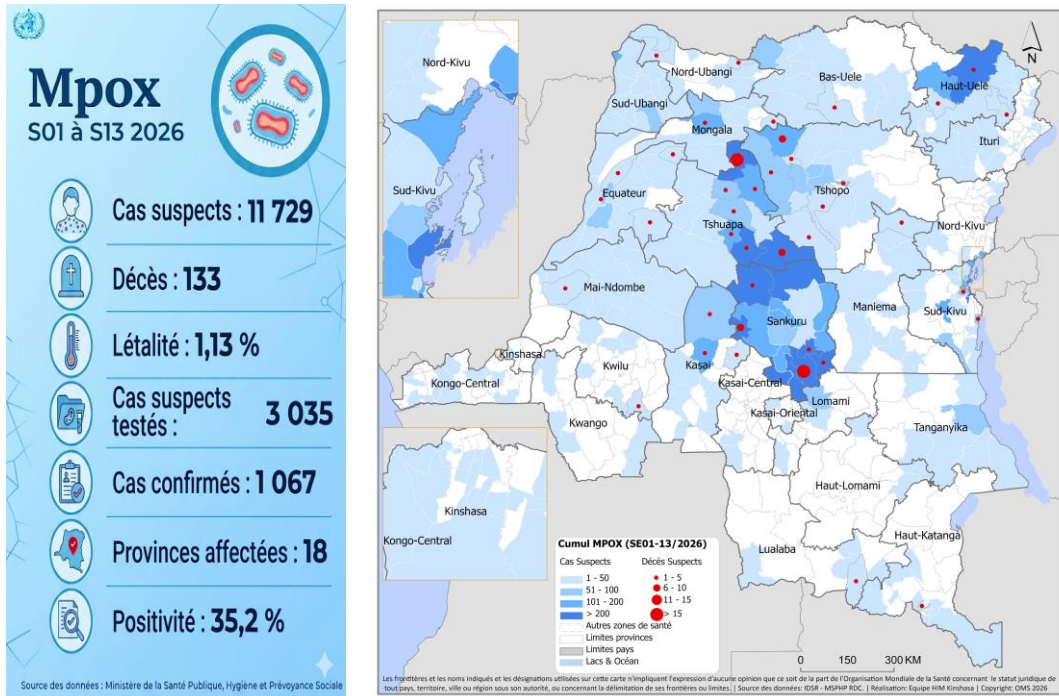
Tendance hebdomadaire des cas de choléra et de la létalité en RDC, jan 2025 à mars 2026

Données au 30 March 2026

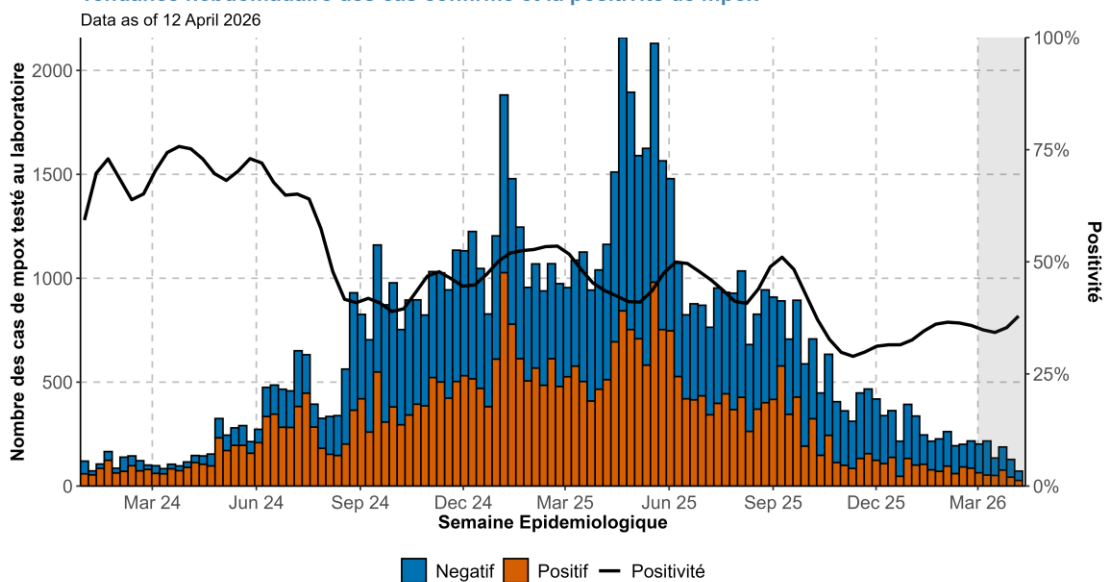


Mpox : Entre la semaine 1 et la semaine épidémiologique 13 de l'année 2026, la RDC a notifié 11 729 cas suspects de mpox et 133 décès (létalité : 1,13 %). Parmi les cas suspects, 3 035 ont été testés (26 %), dont 1 067 confirmés (positivité de 35,2 %) dans 89 zones de santé réparties dans 18 provinces. Le Sud-Kivu, le Sankuru et le Nord-Kivu concentrent à eux seuls 70 % des cas confirmés au niveau national.

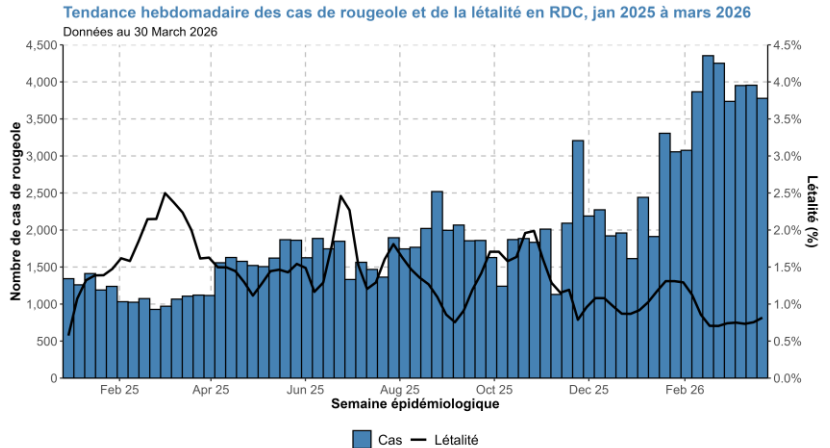
Distribution spatiale des cas suspects et décès de mpox par ZS (S1 à S13 2026)



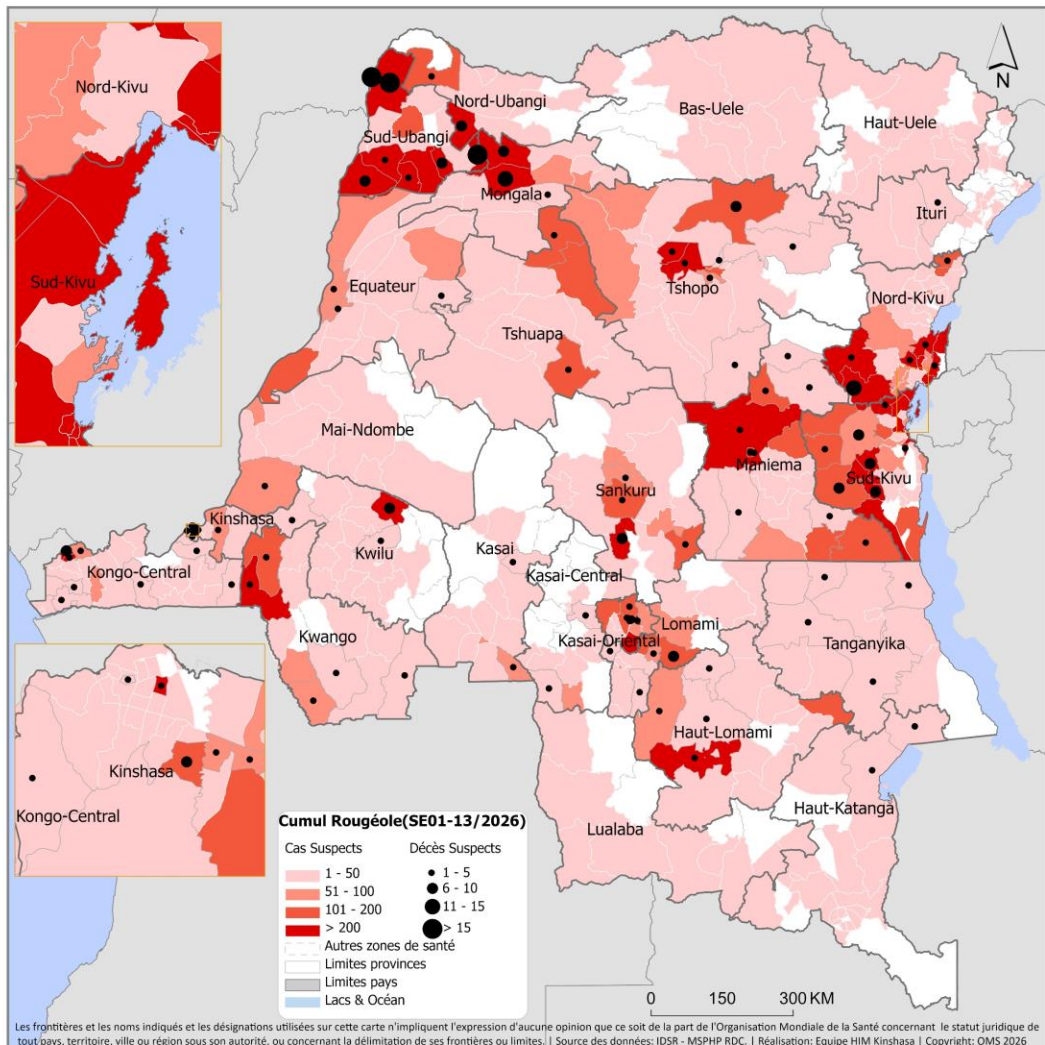
Tendance hebdomadaire des cas confirmé et la positivité de mpox



Rougeole : Depuis le début de l'année 2026, on assiste à une augmentation continue du nombre de cas de rougeole en RDC. Les provinces les plus touchées sont le Nord et Sud-Kivu, le Haut-Katanga et le Sud-Ubangi.



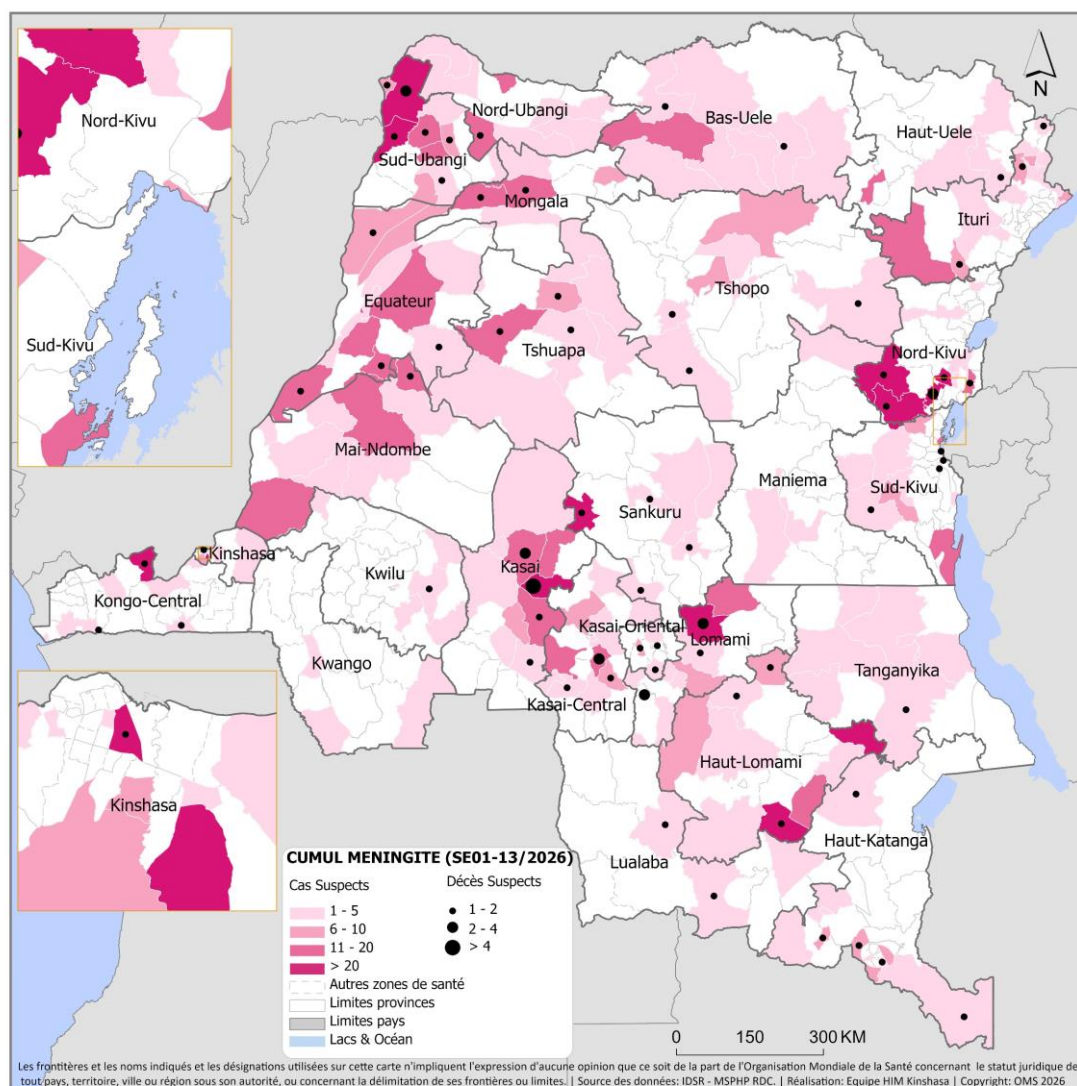
Distribution spatiale des cas de rougeole par ZS (S1 à S13 2026)



Méningite

De la semaine 5 à la semaine épidémiologique 12 de l'année 2026, la zone de santé de Mangembo, dans la province du Kongo Central, a connu une flambée de cas de méningite. Un total de 49 cas suspects, dont 9 décès, a été enregistré, soit une létalité de 18,4 %. Des prélèvements ont été effectués chez 34 patients, dont 4 se sont révélés positifs à *Neisseria meningitidis* W135 à l'INRB.

Distribution spatiale des cas et décès de méningite par ZS (S1 à S13 2026)



Monitoring des signaux et alertes

Depuis le début de l'année, 45 signaux et alertes de santé publique ont été détectés via la plateforme EIOS, dont 36 ont été vérifiés et investigués. Parmi ces événements, 3 concernaient des pollutions environnementales et une suspicion d'intoxication radiologique. L'ensemble de ces alertes, documentées par le Bureau pays de l'OMS en RDC, a fait l'objet d'analyses et d'investigations conjointes avec les autorités nationales compétentes.

2.2. Situation humanitaire en RDC

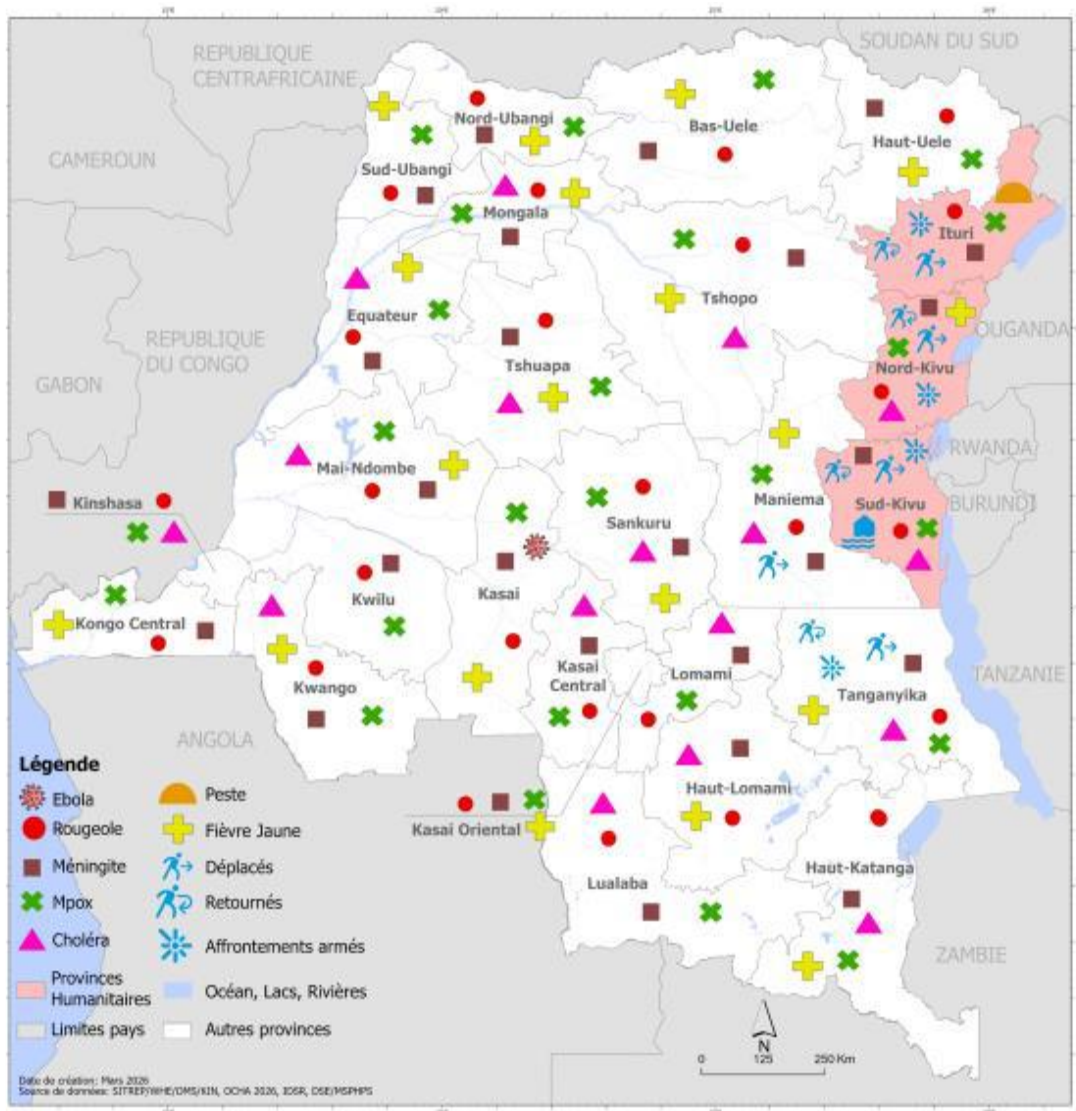
La situation humanitaire reste précaire et instable, avec la poursuite des affrontements armés et l'activisme des groupes armés dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri.

Ces trois provinces comptent plus de 5,3 millions de déplacés internes et près de 4 millions de retournés.

Une partie des provinces du Nord et Sud-Kivu sont sous occupation. L'invasion temporaire de la ville d'Uvira, dans la province du Sud-Kivu, en janvier dernier a entraîné de nouveaux mouvements

massifs des populations vers l'axe Uvira – Baraka - Kalemie et au Burundi. Elle a causé environ 60 morts et autant de blessés, provoquant des déplacements importants de populations.

Par ailleurs, la criminalité reste élevée, avec divers incidents à Beni, Goma et Lubero au Nord-Kivu ; à Bukavu, Kabare, Mwenga et Uvira au Sud-Kivu ; ainsi qu'à Bunia, Djugu et Irumu en Ituri.





3. Préparation aux urgences sanitaires en RDC

3.1. Progrès du e-SPAR RSI (2005) en RDC (2024–2025)

L'auto-évaluation e-SPAR 2025, publiée le 27 février 2026, met en évidence des progrès significatifs réalisés par la République démocratique du Congo dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI, 2005), en particulier dans les domaines de l'approche Une seule santé (One Health) et de la collaboration multisectorielle.

Des avancées notables ont été enregistrées dans la gestion des zoonoses, la sécurité sanitaire des aliments, la communication des risques, la gestion des points d'entrée, le financement du RSI et la surveillance intégrée.

Entre 2024 et 2025, le pays a renforcé ses capacités de surveillance et de réponse aux événements de santé publique, contribuant ainsi à une meilleure préparation et à une résilience accrue face aux urgences sanitaires.

Malgré ces avancées, des défis subsistent, notamment l'absence d'un cadre juridique formalisé pour le RSI, la faible disponibilité de ressources humaines dans tous les secteurs, ainsi que les capacités limitées en matière de risques chimiques et radiologiques. Cela appelle à une consolidation continue du système de sécurité sanitaire.

3.2. Revue intra-action choléra

En 2025, la RDC a enregistré sa plus grave épidémie de choléra des vingt-cinq dernières années, avec plus de 71 200 cas et 2 070 décès. La flambée s'est poursuivie en 2026, Kinshasa concentrant près d'un tiers des cas et des décès, dans un contexte marqué par un accès insuffisant à l'eau potable, une forte densité urbaine et une vulnérabilité accrue des zones précaires.

Afin d'optimiser la riposte, l'INSP et le COUSP ont conduit avec l'appui technique de l'OMS une revue intra-action du 19 au 21 février 2026, conformément au RSI.

La revue intra-action a permis de formuler les recommandations clés, notamment le renforcement de la coordination multisectorielle, le système d'information, le WASH et le quadrillage communautaire.

Avec le soutien de l'OMS et des partenaires, ces recommandations ont permis d'ajuster la riposte, dont la mise en œuvre rapide demeure déterminante pour le contrôle de l'épidémie.



Participation de l'OMS et d'autres partenaires à la revue après action de la 16ème épidémie de la maladie à Virus Ebola. Crédit : OMS/RDC

3.3. Revue après action Ebola

Le 1er décembre 2025, la RDC a officiellement déclaré la fin de sa 16e épidémie d'Ebola, après 64 cas (53 confirmés et 11 probables) et 45 décès, tous concentrés dans la zone de santé de Bulape (Kasaï). Malgré un contexte d'isolement géographique, une riposte hautement coordonnée par le MSPHP-HP, avec l'appui de l'OMS et des partenaires, a permis de contenir l'épidémie en trois mois. Ce succès repose notamment sur le déploiement du module de traitement des maladies infectieuses (IDTM), la mobilisation de 112 experts et l'acheminement de plus de 150 tonnes de fournitures médicales.

Afin de capitaliser les enseignements de cette réponse, l'INSP/COUSP a conduit une revue après action du 25 au 28 février 2026 à Tshikapa, réunissant 149 acteurs des niveaux central, provincial et zonal, avec l'appui technique et financier de l'OMS, de la Banque

mondiale/HEPRR, de l'UNICEF, de MSF et d'autres partenaires.

Conduite conformément au RSI (2005), la revue après action a permis de formuler les recommandations clés notamment le renforcement de la coordination multisectorielle, la mise en place de stocks de contingence et le renforcement des capacités à tous les niveaux de la préparation aux urgences.

Les actions clés prévues pour les deuxième et troisième trimestres de 2026 portent sur la validation et l'opérationnalisation de la feuille de route, le déploiement des stocks de contingence et du référentiel IDTM, la formation des équipes d'intervention rapide à l'aide d'outils de pilotage standardisés, ainsi que l'organisation d'un exercice national de simulation MVE avant la fin de l'année 2026.



4. Réponse aux urgences sanitaires en RDC



Le ministre de la Santé publique, hygiène et prévoyance sociale déclare officiellement la fin de l'épidémie de mpox en RDC. Crédit : OMS/RDC

4.1. Actions majeures de l'OMS dans la réponse aux épidémies

Mpox

Au regard des indicateurs épidémiologiques, le **ministre de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale a officiellement déclaré, le 2 avril 2026, la fin de l'épidémie de mpox** en République démocratique du Congo, tout en soulignant la nécessité de renforcer le plan de résilience afin de prévenir toute résurgence éventuelle.

L'OMS a soutenu : (i) l'extension de la technologie RadiOne pour le diagnostic de la mpox dans huit laboratoires ; (ii) la formation **de 28 formateurs nationaux** ; (iii) le déploiement de **1 500 cartouches GeneXpert mpox** dans huit provinces ; (iv) l'activation de nouveaux laboratoires à Kole, Doko et Kolwezi ; et (v) l'acheminement et la formation de cinq épidémiologistes en biosécurité dans la province du Sankuru.

L'OMS a également appuyé techniquement l'organisation à Kinshasa de la revue intra-action de la réponse mpox continentale. Par ailleurs, elle a lancé **une étude sur la transmission de la mpox dans 5 zones de santé de la province du Sankuru** où cette maladie sévit sous un mode endémo-épidémique.

Les actions de mobilisation communautaire ont permis de sensibiliser plus de **250 000 personnes** contre la mpox et **70 000** contre le choléra, tout en renforçant les mécanismes d'alerte communautaire, réduisant la stigmatisation et améliorant les pratiques d'hygiène, notamment à Kinshasa, où plus de **200 alertes** ont été remontées.

Enfin, plus de **8 000 retours issus de l'écoute sociale** ont guidé l'ajustement des messages, soutenant l'élaboration du Plan national de gestion des infodémies 2026 et l'harmonisation des communications mpox et choléra.

Rougeole



20 kits de prise en charge des cas de rougeole distribués

L'OMS, en collaboration avec ses partenaires, a appuyé, enfin, l'investigation et la prise en charge des cas de rougeole ainsi que la riposte vaccinale dans les zones de santé de Kamina, du Nord et Sud-Kivu et du Sud-Ubangi.



Remise officielle de l'UTC à la zone de santé de Binza-Ozone à Kinshasa par l'OMS.
Crédit : OMS/RDC

Choléra



865 000 USD mobilisés pour l'intensification de la réponse choléra dans 9 provinces les plus touchées



25 prestataires formés sur la prise en charge des cas sévères de choléra, **327** Kits WASH distribués aux ménages affectés



541 671 Aquatabs et **15 860** litres de Ringer Lactate distribués

40 PTRO installés

Pour faire face à la flambée des cas de choléra en début d'année 2026 dans la ville de Kinshasa, l'OMS a appuyé le COUSP, à travers le Système de gestion de l'incident choléra, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'intensification de la réponse.

La mise en œuvre dudit plan à Kinshasa et dans d'autres provinces prioritaires a permis d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie et de réduire de manière significative l'incidence et la létalité du choléra.

Cette intensification était centrée sur l'offre d'un paquet communautaire d'interventions constitué de la désinfection, de la chloration de l'eau, de la communication sur les risques et engagement communautaire, de la distribution des sachets



Activité communautaire (quadrillage) de réponse à l'épidémie de choléra dans l'As Finda, zone de santé Binza ozone, ville de Kinshasa . Crédit : OMS/RDC

de réhydratation orale et la recherche active des cas dans les ménages autour des cas. En plus du paquet d'activités communautaires, un appui a été apporté à la prise en charge des cas, y compris la référence, à la coordination des interventions, à l'investigation et au diagnostic biologique des flambées.

L'OMS a mobilisé plus de 911 000 USD pour accompagner l'intensification de la réponse choléra dans les provinces de Kinshasa, Equateur, Mai-Ndombe, Tshopo, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema, Sankuru et Haut-Lomami.

Méningite



277 940
personnes vaccinées

L'OMS et les partenaires ont soutenu l'investigation et la réponse à la flambée de méningite dans la zone de santé de Mangembo dans la province du Kongo Central. Ces actions ont permis de contrôler l'épidémie en 7 semaines.

L'OMS a donné, enfin, un appui technique et financier au ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale de la RDC pour l'organisation d'une campagne de vaccination préventive contre la méningite dans les zones de santé de Banalia et Bengamisa dans la province de la Tshopo et dans les zones de santé de Buta, Ganga, Titule et Poko dans la province du Bas-Uele.

Au total 277.940 personnes ont été vaccinées entre le 26 et le 31 mars 2026.



L'OMS approvisionne les établissements des soins de santé en intrants, médicaments pour améliorer la prise en charge des patients. Crédit : OMS/RDC

4.2. Réponse à la crise humanitaire à l'Est de la République démocratique du Congo

Face à la crise humanitaire complexe dans l'Est de la RDC, l'OMS, avec l'appui du FCDO et de l'UNCERF, a déployé une réponse intégrée en collaboration avec les autorités sanitaires et les partenaires humanitaires dans 14 zones de santé prioritaires.

Cette intervention constituée de la fourniture des kits sanitaires d'urgence, des kits PCI et des lits, a permis la prise en charge gratuite de plus de **28 000 patients**, dont **1 380 blessés** de guerre et personnes affectées par le choléra, la mpox et la rougeole.

La Représentante par intérim de l'OMS a effectué une visite à Uvira dans la province du Sud-Kivu afin d'apprécier les besoins humanitaires dans cette partie de la province sous occupation et rassurer les autorités congolaises de sa détermination

à soutenir la réponse sanitaire dans cette partie du pays. Au cours de cette visite, l'Organisation mondiale de la santé a remis **30 tonnes de kits sanitaires d'urgence**. Par la suite, une antenne a été ouverte à Uvira et constituée de trois agents.

Aussi, l'OMS a poursuivi les activités de réponse à la mpox dans les provinces du Nord et Sud-Kivu avec la vaccination de près de **30 000 personnes**.

En ce qui concerne le choléra, l'OMS et les autres partenaires ont mis à la disposition des UTC/CTC des kits pour la prise en charge des cas et la PCI, et soutenu les activités de quadrillage/CATI, d'approvisionnement en eau dans les zones de santé affectées dans les provinces du Nord et Sud-Kivu.



5. Résilience et renforcement du système de santé post- Ebola à Bulape



Formation sur la prévention et le contrôle des infections dans la zone de santé de Bulape.
Crédit : OMS/RDC

Renforcement des capacités des équipes locale pour la préparation aux urgences

Des supervisions formatives conjointes ont été menées dans les établissements de soins et au sein des communautés. Elles ont permis de briefer 300 prestataires de santé et 410 relais communautaires (RECOs) sur la surveillance des maladies.

Parallèlement, 627 agents de santé issus des secteurs médical, infirmier, laboratoire, animal et environnemental ont été formés à la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR, 3^e édition) ainsi qu'aux techniques de laboratoire.

En outre, 105 membres des équipes d'intervention rapide ont été formés et déployés dans sept zones de santé.

Un total de 2 304 acteurs communautaires, incluant des relais communautaires (RECOs),

tradipraticiens et agents de santé animale, ont été formés à la surveillance à base communautaire et à la communication sur les risques et engagement communautaire.

Par ailleurs, 490 agents de santé ont été formés aux mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans cinq zones de santé : Bulape, Mweka, Kakenge, Mushenge et Dekese.

Renforcement de la détection des maladies à potentiel épidémique

Le renforcement du système d'alerte précoce avec un focus sur les fièvres hémorragiques virales (FHV), mpox, choléra, rougeole et fièvre jaune a permis de collecter, vérifier, investiguer et tester 25 cas suspects de FHV dans 8 zones de santé. Tous ces cas suspects ont été testés négatifs pour Ebola et Marburg aussi bien à Bulape qu'à Kinshasa.



Bureau central de la zone de santé de Bulape après réhabilitation et équipement.
Crédit : OMS/RDC

Investir dans la résilience du système de santé post-Ebola

- Réhabilitation et équipement du bâtiment administratif et la salle des réunions du Bureau central de la ZS de Bulape avec 13 tables de bureau, 42 chaises de Bureau, 3 armoires métalliques, 4 splits ;
- Électrification solaire du bâtiment du BCZ Bulape (6 KVA), HGR Bulape (10 KVA) et labo de Mweka (6 KVA) ;
- Réhabilitation et équipement de deux laboratoires (Bulape et Mweka) : 2 machines GeneXpert MVE, 2 réfrigérateurs, 3 Splits.
- Réhabilitation/construction de la maternité, de pédiatrie, laboratoire, triage, bloc opératoire et des centres de santé de Mpianga et Dikolo ;
- Adduction en eau potable avec un kit solaire (2 pompes submersibles solaires, 10 KVA de panneaux solaires, 3 tanks de 5 000 L chacun, 2 tanks de 3 000 L chacun à l'HGR, réseau d'adduction en eau potable...);
- Approvisionnement en médicaments essentiels et génériques dans les ESS de 7 zones de Santé (Bulape, Kole, Bena Dibebe, Dekese, Kakenge, Mweka et Mushenge) ;
- Dotation en équipement énergétique (groupe électrogène 14 KVA, 6,5 KVA et 5 KVA) et plomberie (matériels de maintenance du réseau d'eau)



Suivi de la mise en œuvre des interventions menées par les partenaires humanitaires dans la province du Nord-Kivu. Crédit : OMS/RDC

6. Réalisation du Cluster Santé en RDC

Le début de l'année 2026 a été marqué par la présentation de l'aperçu des besoins humanitaires et du plan de réponse, confirmant une crise sanitaire systémique et prolongée, avec **7,5 millions de personnes dans le besoin** et un **budget de 105 millions USD**, dont seulement **8 % mobilisés** à ce stade, limitant fortement la capacité de réponse.

Le Cluster Santé a maintenu une coordination active aux niveaux national et subnational, mobilisant **43 partenaires avec des projets actifs**. Au total, **412 034 personnes ont bénéficié de services de santé d'urgence**, principalement à travers les soins de santé primaires et les cliniques mobiles. Les interventions ont couvert la prise en charge des blessés, la santé sexuelle et reproductive en situations d'urgence, la prise en charge des survivantes de violences sexuelles, ainsi que la santé mentale et le soutien psychosocial.

Des avancées notables ont été enregistrées dans la coordination et le plaidoyer, notamment grâce au renforcement de la cartographie des acteurs, à l'analyse des gaps, à la réduction des duplications et à une coordination accrue de la réponse aux épidémies majeures (choléra, rougeole, mpox).

Le **partenariat renforcé avec le GIBS** constitue une avancée stratégique, favorisant un meilleur alignement entre financements humanitaires et de développement et soutenant la continuité des services essentiels.

Cependant, la réponse reste sévèrement affectée par des contraintes d'accès humanitaire, un environnement sécuritaire complexe et une augmentation significative des coûts logistiques, exacerbée par la fermeture des aéroports de Goma et Bukavu. Le sous-financement persistant a entraîné le retrait de certains partenaires et accentué les gaps, notamment dans les programmes verticaux (paludisme, VIH, tuberculose, vaccination), dans un contexte de gouvernance fragilisée dans le Kivu.

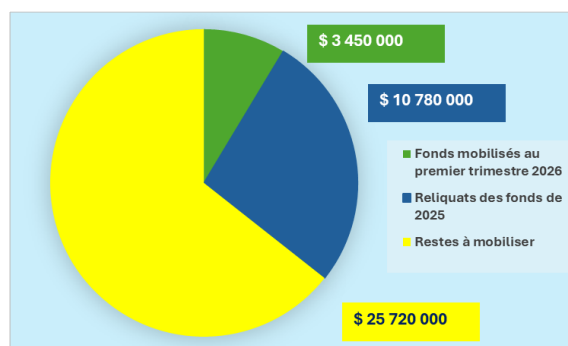
Les ruptures critiques d'intrants médicaux essentiels et la faible couverture vaccinale dans les zones humanitaires exposent les populations à un risque élevé de flambées épidémiques. Face à la persistance des épidémies et aux contraintes opérationnelles, un plaidoyer renforcé demeure essentiel afin d'améliorer l'accès humanitaire, lever les obstacles opérationnels et mobiliser des financements adaptés pour assurer la continuité des services de santé essentiels.



L'équipe de l'OMS s'associe à la communauté pour lever les contraintes d'accès aux zones d'intervention. Crédit : OMS/RDC

7. Mobilisation des ressources

Le programme des urgences sanitaires de l'Organisation mondiale de la santé en République démocratique du Congo a mobilisé un total de 3 450 000 dollars US auprès du CERF, du Royaume-Uni, du Japon et de la Grèce, pour appuyer la préparation et la réponse aux urgences en RDC, soit 11,8 % des fonds à mobiliser en 2026.



8. Défis

- Insuffisance des ressources humaines qualifiées dans la gestion des urgences sanitaires au niveau des provinces et zones de santé.
- Faible disponibilité de ressources humaines formées sur la surveillance intégrée des maladies et ripostes 3ème édition au niveau des zones de santé.
- Faible couverture du pays en laboratoire de santé publique.
- Faible mobilisation des autres secteurs dans la lutte contre le choléra.
- Insuffisance de coordination multisectorielle au niveau des provinces.

9. Perspectives

- Organiser les sessions de formation sur la gestion des urgences sanitaires en faveur des acteurs au niveau provincial et zonal
- Poursuivre la formation des prestataires des zones de santé sur la surveillance intégrée des maladies et riposte.
- Mobiliser les partenaires en vue de l'expansion du réseau de laboratoires afin d'assurer un meilleur système d'alerte et diagnostic.
- Mener le plaidoyer pour l'implication des autres secteurs dans la lutte contre le choléra.
- Accompagner la mise en place des COUSP provinciaux.

Nos Partenaires



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE
SOCIALE



BILL & MELINDA
GATES foundation



Liste des contributeurs

Dre Anne Ancia, Représentante ai de l'OMS en RDC.

Dr Patrick Abok, Représentant adjoint ai de l'OMS en RDC.

Dr Richard Fotsing, Chef du Programme de préparation et de réponse aux urgences sanitaires RDC.

Dr Amadou Diallo Mouctar, Dr Valentin Mukinda, Dr Guy Kalambayi, Dr Didier Bompangue, Dr Brian Ajong, Dr Lamine Diassy, Dr Florian Diur, Halima Djibo, Marlène Dimegni Bermi, Eugène Kabambi, Katson Maliro, Dre Olga Ntumba, Dr Jean Marie Tshilumbu, Henri Mbiya, Dr Traoré Alou, Dr Jean de Dieu Lukwesa, Dr Emmanuel Mpeti, Elvis Mulamba, Dre Cadet Islande, Wouna Ahmadou, Joel Kosianza, Dr Guy Kongolo, Dr Guy Saidi Namufakage.

En outre, nous reconnaissons la contribution des collègues des piliers, qui ont fourni des mises à jour hebdomadaires qui ont été largement utilisées pour alimenter le bulletin trimestriel.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Dre Anne Ancia, Représentante a.i de l'OMS en RDC : anciaa@who.int

Dr Richard Fotsing, Chef du Programme de préparation et de réponse aux urgences sanitaires à l'OMS RDC : fotsingri@who.int

