De l’épidémie à la riposte: comment un système de santé peut contribuer à enrayer les épidémies

Van uitbraak tot aanpak: hoe een krachtig zorgsysteem epidemieën mee kan stoppen

Webinar
Mardi 29 septembre 2026
Dinsdag 29 september 2026

Contenu de la session / Inhoud van de sessie

- **Bienvenue et quelques règles d'usages**
  Welkom en enkele huisregels
- **Dr Denis Porignon**
- **Dr. David Montaño Inturias**
- **Questions/Vragen?**

Bienvenue et quelques règles de maison
Welkom en enkele huisregels

- Cette session se déroulera en grande partie en français mais sera traduite simultanément
- Veuillez noter que cette session sera enregistrée
- Veuillez éteindre votre microphone pendant la présentation
- Après les 2 interventions, vous aurez la possibilité de poser des questions
- Si vous souhaitez poser une question pendant la présentation, vous pouvez déjà le faire dans la fonction « chat »
- Pendant « l'heure » des questions, vous pouvez lever votre main numérique pour indiquer que vous avez une question, et vous serez le suivant dans la file d'attente

- Deze sessie zal in het grotendeels in het Frans gehouden worden maar wordt simultaan vertaald.
- Houd er rekening mee dat deze sessie wordt opgenomen
- Gelieve uw microfoon uit te zetten tijdens de presentatie
- Na de 2 uiteenzettingen krijgt u de kans om vragen te stellen
- Als u tijdens een presentatie een vraag wilt stellen, kunt u dit al doen in de 'chat'-functie
- Tijdens het 'vraaguurtje' kunt u uw digitale hand opsteken om aan te geven dat u een vraag hebt, en u bent dan de volgende in de rij

Pr. Denis Porignon

Expert en politique de santé internationale – ULiège - Président de Médecins sans Vacances

Expert internationaal gezondheidsbeleid – ULiège - Voorzitter van Artsen zonder Vakantie

Les systèmes de santé et leur résilience

1. Ce qu'ils sont… ou ne sont pas !
2. Les crises et au-delà…
3. La résilience ce que ça veut dire...
4. … et comment la renforcer

Qu’est-ce qu’un système de santé pour les gens ?



Une version familière : la pyramide sanitaire

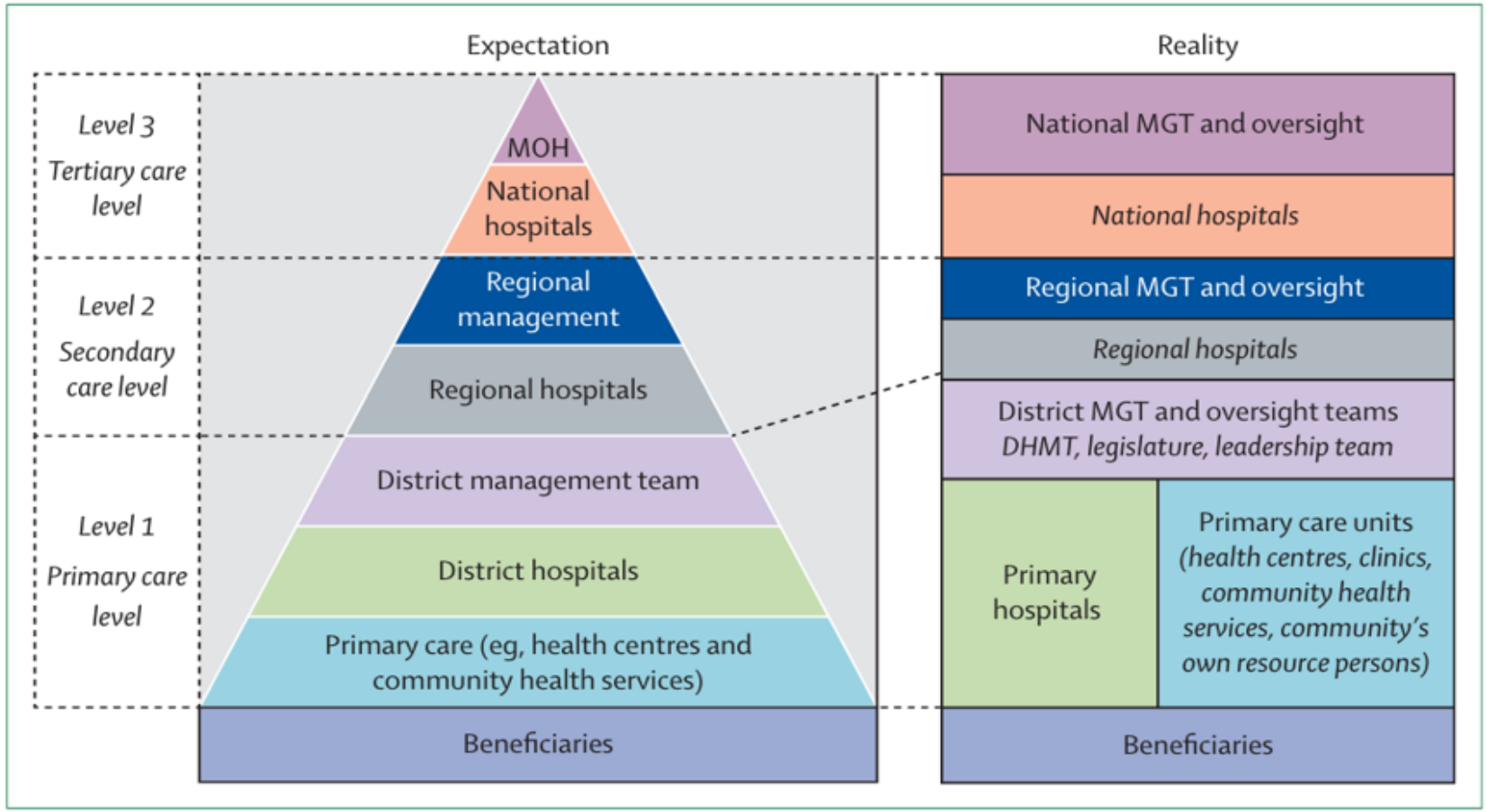
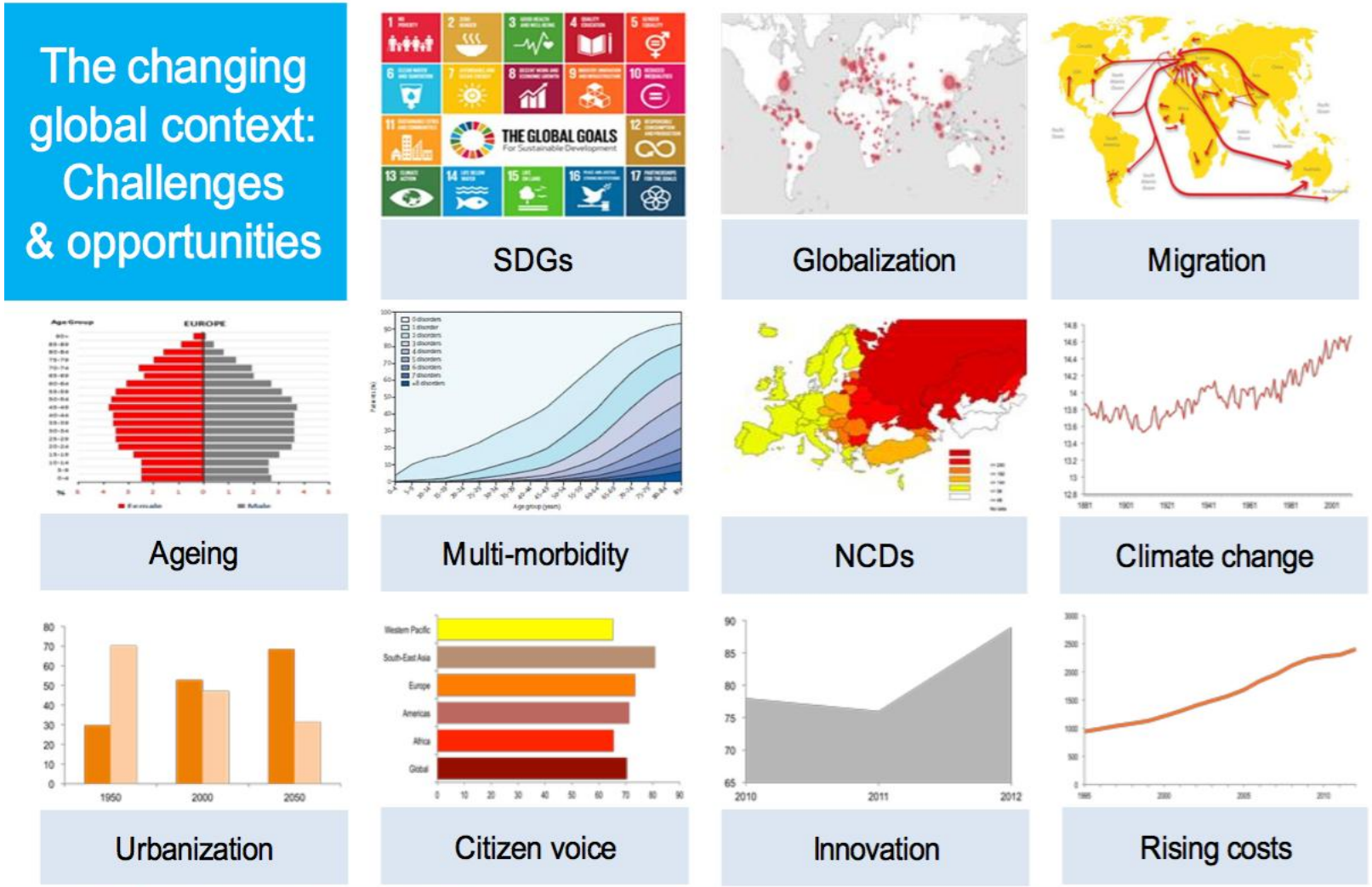


Figure 2: **Expected and actual organisation of health services in the WHO African region**
The figure presents the authors' consolidation of health-system concepts from the region. Resource persons are community members with specific skills that could be useful in supporting health-care activities. These persons could be formally trained (eg, community health workers) or untrained (eg, grandmothers or caregivers). MOH=Ministry of Health. MGT=management. DHMT=district health management team.

La versions Piliers du Système de Santé de l'OMS
[Building blocks]

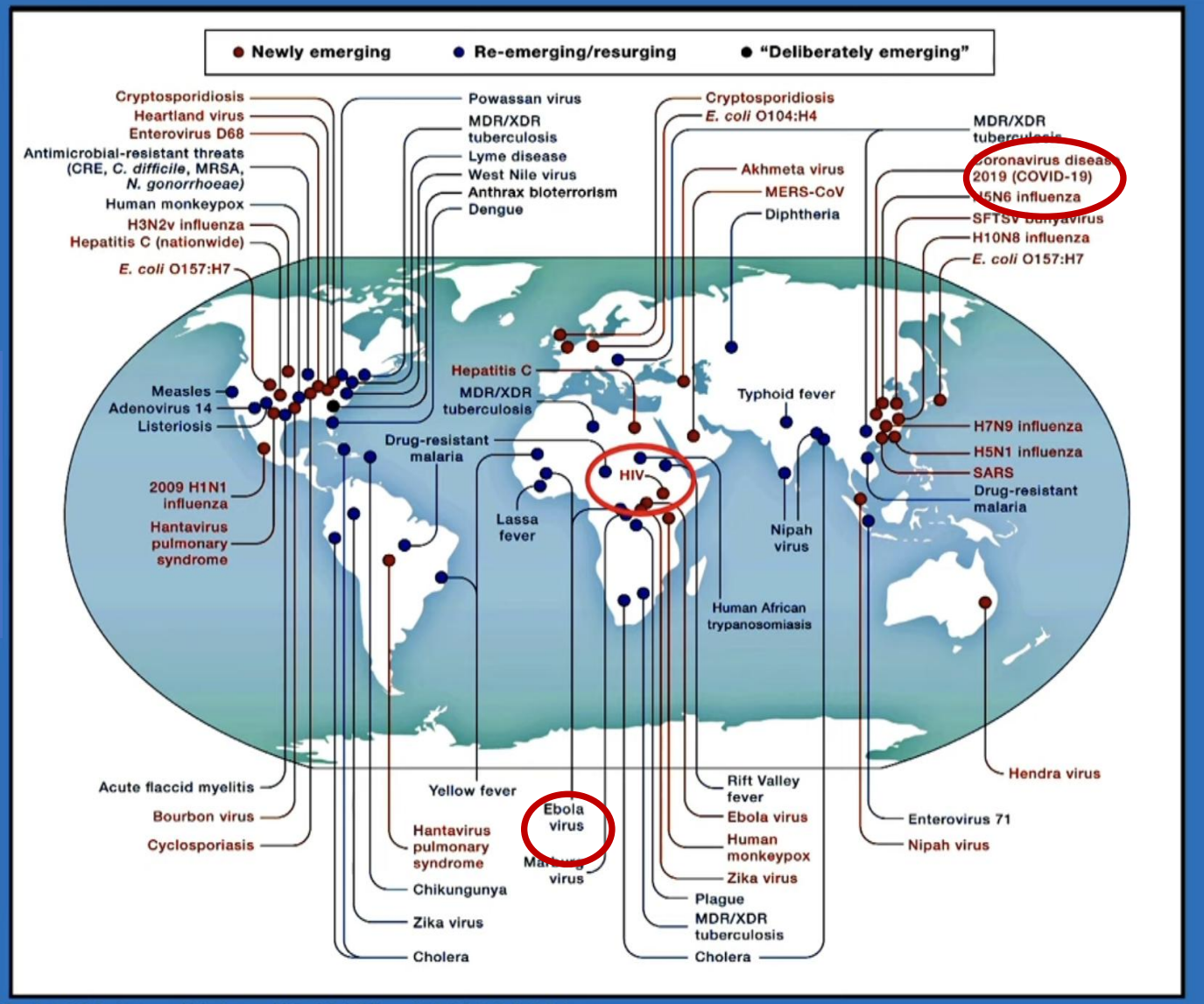


Les systèmes de santé sont soumis à des crises et à des stress dont ils sont obligés de tenir compte…



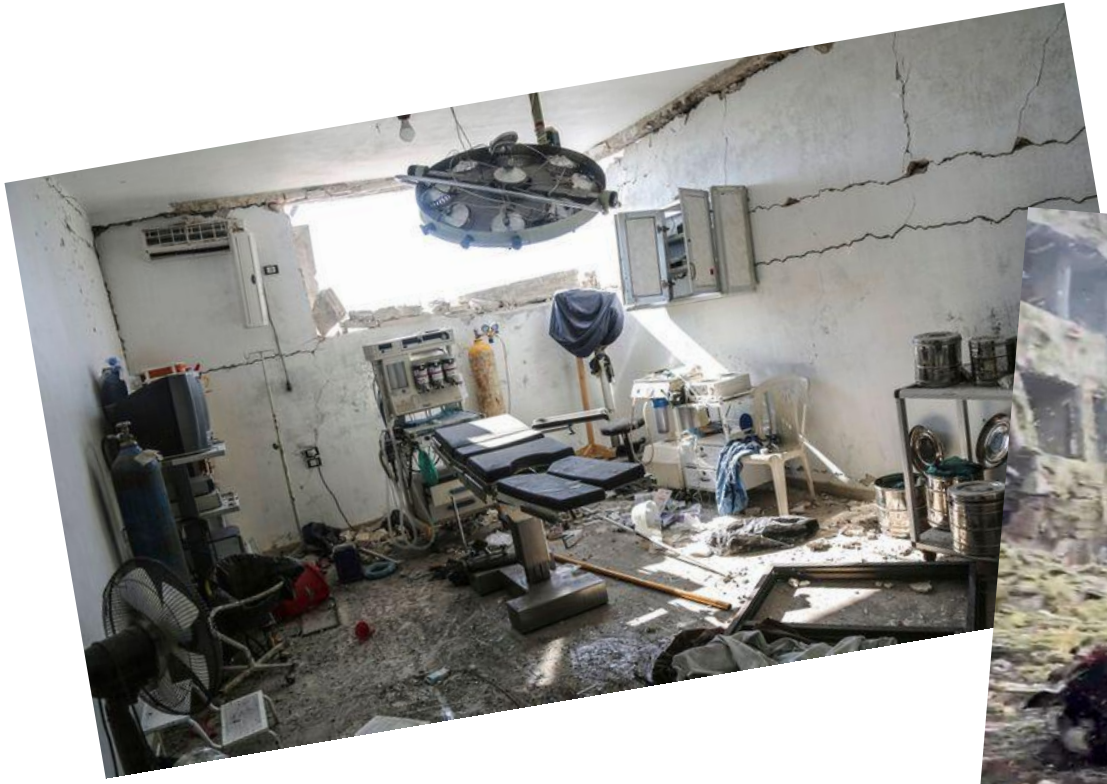
Source: WHO Global Health Observatory Data Repository, 2015

Maladies émergentes et ré-émergentes au niveau mondial de 1981 à 2020



Morens DM & Fauci AS. *Cell 2020*, https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.021

Il y a également la reconstruction des systèmes de santé dans les suites d'un conflit majeur…



Inside the al-Rahma hospital in Idlib Syria after it was bombed in August 2019. Pic: AP



A car burns outside the maternity hospital hit by Russian forces in Mariupol

Sky News Thursday 10 March 2022 15:32
Ukraine war: Why Russia is bombing hospitals in Ukraine – and how Putin has done it before | World News | Sky News

La résilience des systèmes de santé : oui, ça existe !

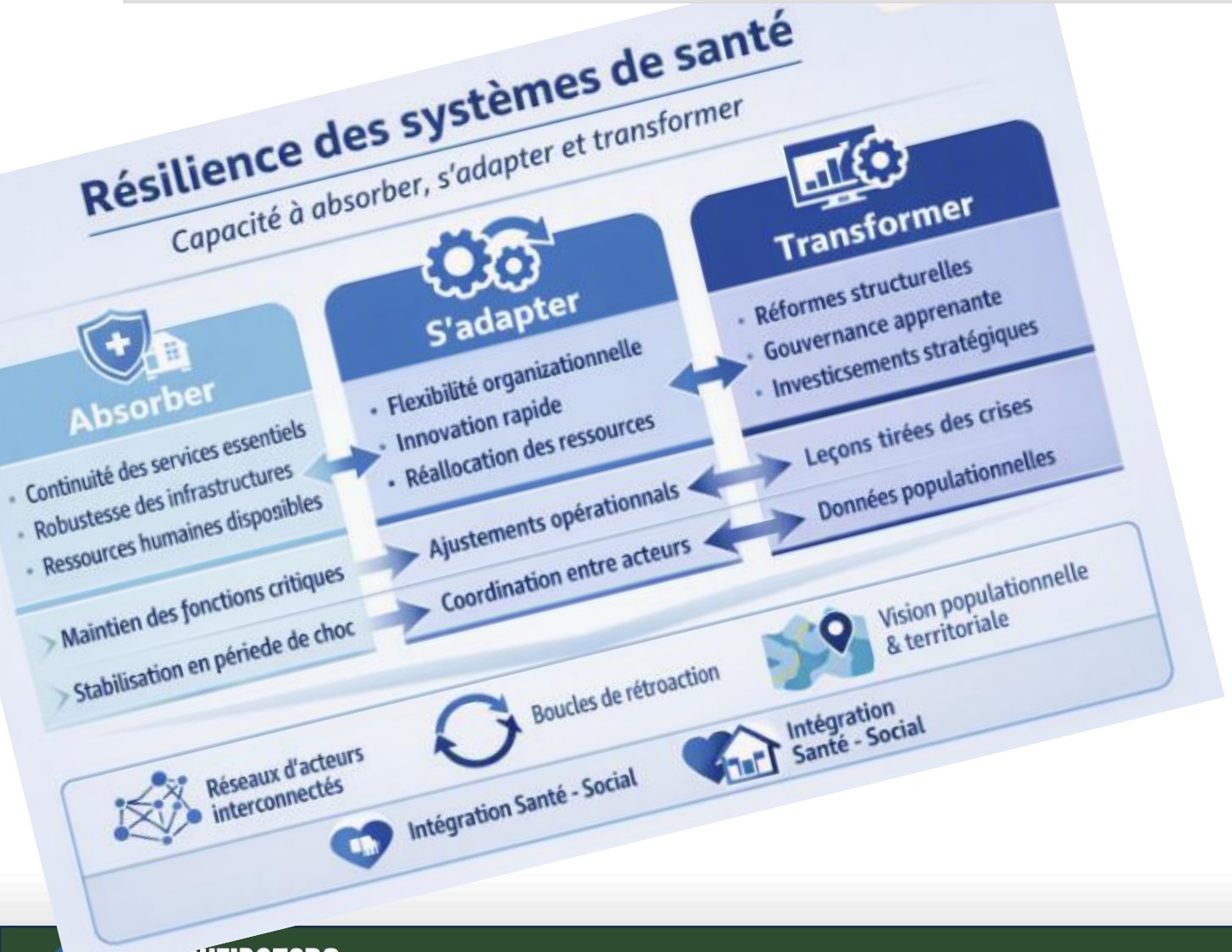
- **La résilience est une capacité dynamique : absorber, s'adapter, puis se transformer**

- **Être résilient, c'est maintenir les services essentiels malgré le choc**

- **La résilience repose autant sur la confiance que sur les moyens techniques**

- **La résilience se construit avant la crise et dans la durée**

Qu’en est-il de la resilience ?



Capacité à absorber, s’adapter, transformer

- Maintenir les services essentiels en période de crise
- Adapter l’organisation, les ressources et les pratiques
- Tirer des enseignements pour améliorer durablement le système

Dimensions clés

- **Robustesse** : infrastructures, ressources humaines, financement
- **Adaptabilité** : innovation, flexibilité organisationnelle
- **Transformation** : réformes structurelles, gouvernance apprenante

ali et al.
lth Research Policy and Systems (2024) 22:175
ps://doi.org/10.1186/s12961-024-01252-1

Open Access

RESEARCH

Exploring the inherent resilience of health districts in a context of chronic armed conflict: a case study in Eastern Democratic Rep of the Congo

Samuel Lwamushi Makali[1,2,3*], Patricia St Louis[2], Hermès Karemere[1], Alice Wautié[2], En Christian Molima Eboma[1], Rosine Bigirinama[1], Corneille Lembebu[1], Denis Porignon[5] Ghislain Bisimwa Balaluka[1,3,6,7], Philippe Donnen[2] and Elisabeth Paul[2]

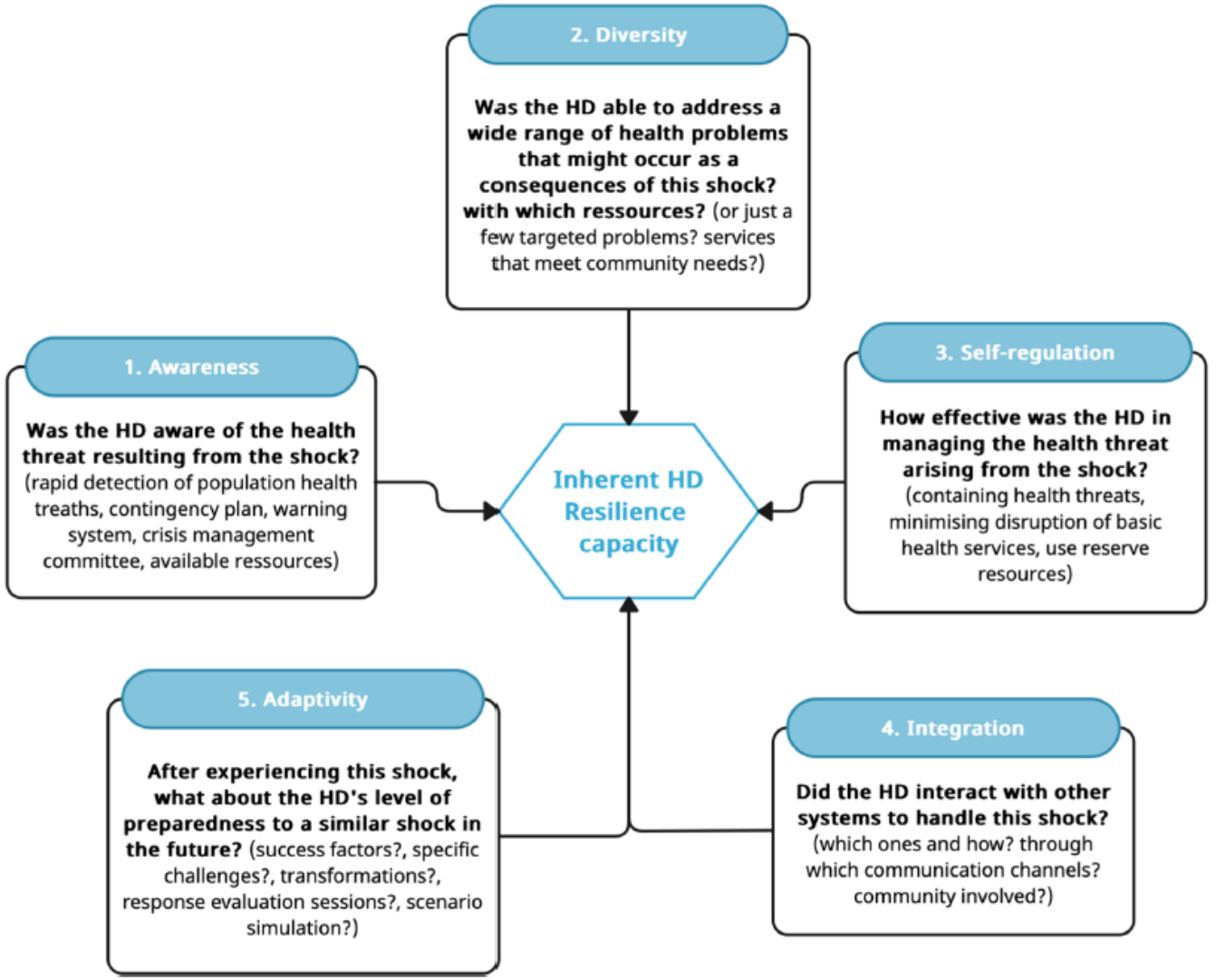


Fig. 1 Theoretical framework for exploring HD inherent resilience capacity (Adapted from Kruk et al. [31])

GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN AMBASSADEURS

Que veut dire être résilient ?

TYPE Original Research
PUBLISHED 12 May 2023
DOI 10.3389/fpubh.2023.1105537

Health

A synthesis of concepts of resilience to inform operationalization of health systems resilience in recovery from disruptive public health events including COVID-19

Geraldine McDarby*, Redda Seifeldin, Yu Zhang, Saqif Mustafa, Mila Petrova, Gerard Schmets, Denis Porignon, Suraya Dalil and Sohel Saikat*

Special Programme on Primary Health Care, World Health Organization, Geneva, Switzerland

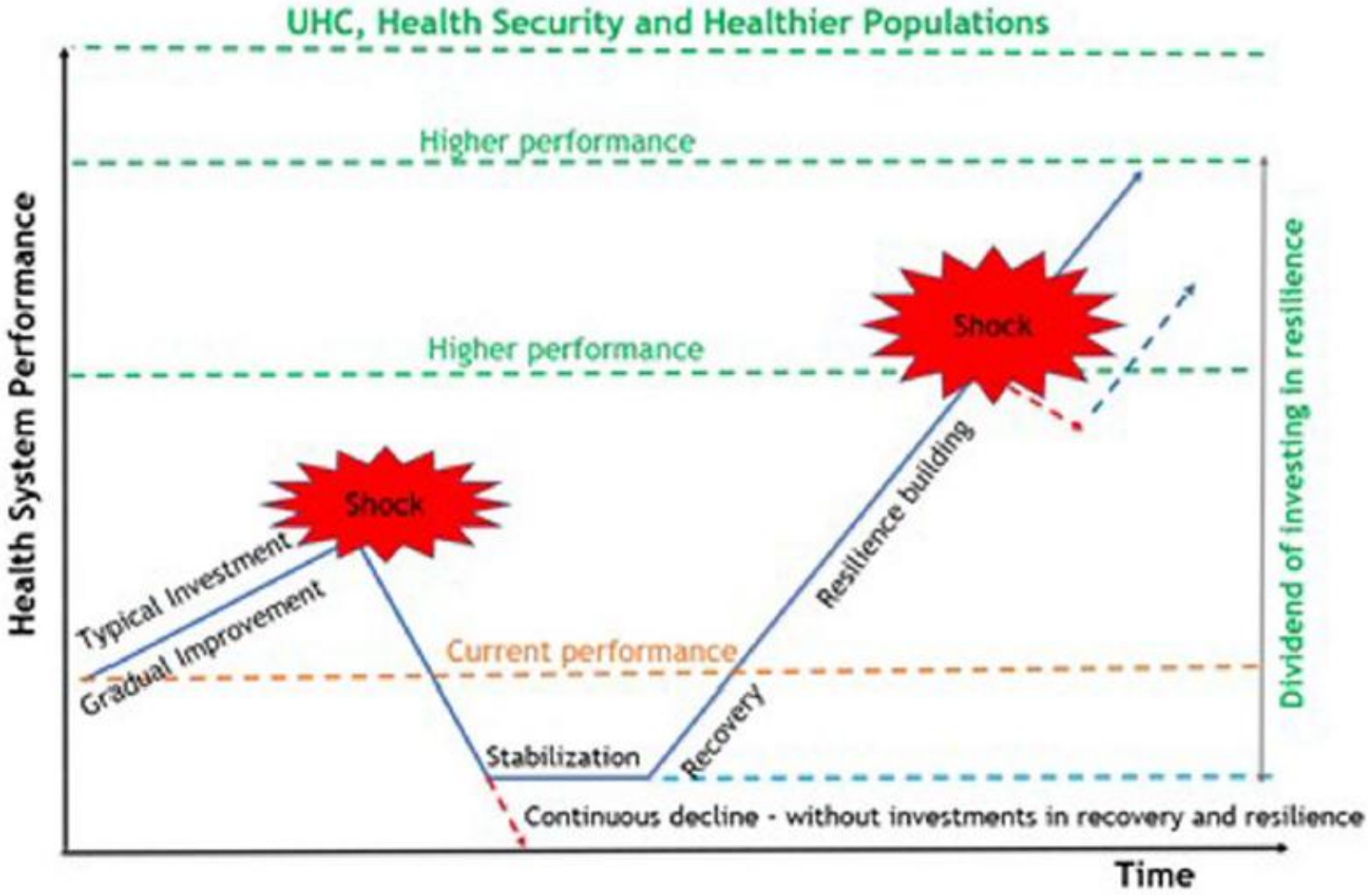


FIGURE 1
The resilience dividend.

GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN AMBASSADEURS

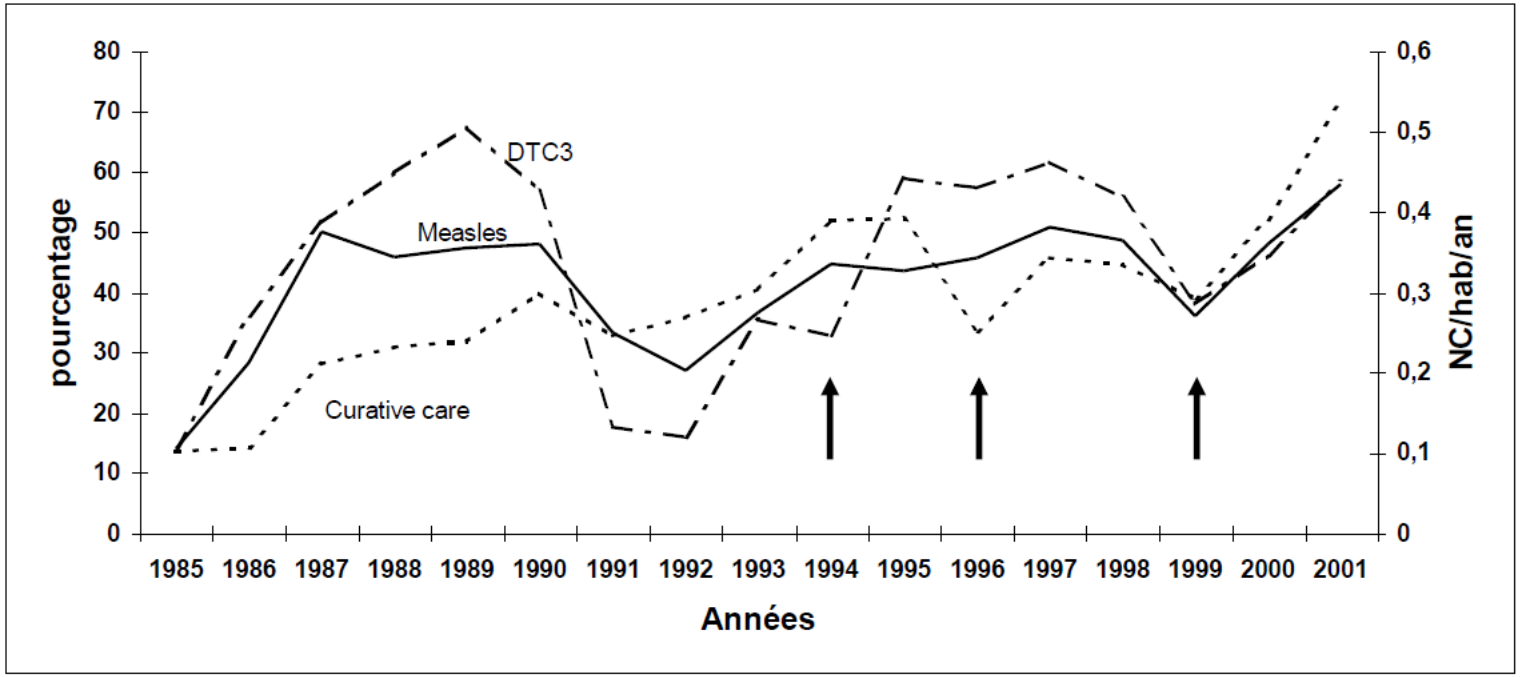
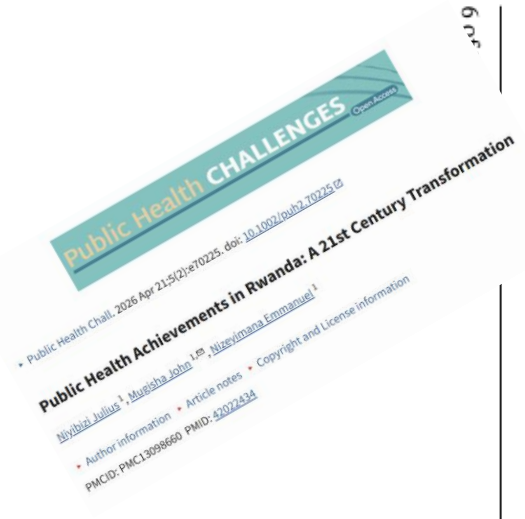


Figure 1 : Evolution des performances de base du DS de Rutshuru entre 1985 et 2001.
Note : DTC3 et Measles exprimés en pourcentage ; utilisation du curatif exprimé en nouveaux cas par habitant par an (NC/hab/an)

D. Porignon : Adéquation des systèmes de santé de districts en situation critique, Thèse de doctorat 2003



Public Health Chall. 2026 Apr 21;5(2):e70225. doi: 10.1002/puh2.70225
Niyibizi Julius [1], Mugisha John [1,2], Nizeyimana Emmanuel [1]
Author information • Article notes • Copyright and License information
PMCID: PMC13098660 PMID: 42072434

TABLE 1 | Comparison of East African Communities' World Health Organization (WHO) building blocks using most recent Demographic Health Survey.

HO building block and indicator	Burundi	DRC	Kenya	Rwanda	Uganda	Tanzania
1. Service delivery						
% of women with 4+ antenatal care visits (ANC4+)	49%	45%	66.6%	98%	57%	65%
% of births in a health facility	84%	83%	88%	93%	73%	81% live birth and 93% still birth
% of basic vaccination (12–23 months)	85%	21%	80%	96%	55%	53%
% of children u5 with fever who received antimalarial treatment	69%	51%	42%	62%	87%	75%
2. Health workforce						
Estimated skilled health workers per 1000 population	≤1	From 1 to 2.2	From 1 to 2.2	≤1	≤1	≤1
CHW coverage	11,845 CHWs	—	58,079 (CHVs)	45,000	179,000 (CHVs)	0
3. Health information systems (HIS)						
National use of DHIS2	Addressing challenges to implementation of DHIS2	In the buildup of DHIS2 capacity	Fully implemented with dashboards	Strong performance with real-time data use	Successfully implemented	Becoming active and expanding
U5 birth registration	84%	34%	76%	86%	40.4%	68%
4. Access to essential medicines & technologies						
% of modern contraceptive use	23%	11%	57%	35.1%	38%	31%
% of households with at least one ITN	63%	73%	73%	88%	84%	
% of ITNs used the night before survey	46%	69%	57%	66%	83%	74%

(Continues)

GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN AMBASSADEURS



JOURNAL ARTICLE

Understanding the performance of county health service delivery in Kenya: a mixed-method analysis FREE

Wu Zeng ✉, Anita Musiega, Joyce Oyasi, Laura Di Giorgio, Jane Chuma, Ruoyan Lu, Haksoon Ahn

Key messages

- Inefficiency remains a concern in county health systems in Kenya.
- The causes of inefficiency are multifaceted. Public financial management, including a shortage of funding, lack of autonomy in procurement and delays in payment, is one of the main drivers of the inefficiency in Kenya's county health systems.
- Given the multifaceted nature of inefficiency drivers, it is necessary to adopt a holistic approach to address inefficiency concerns to improve the county health systems.

GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN AMBASSADEURS
AMBASSADEURS

Comment faire face et soutenir la capacité de résilience des systèmes de santé ?

1. **Accroître les investissements nationaux et mondiaux dans les fondements des systèmes** de santé et la gestion des urgences, tous aléas confondus

2. **Institutionnaliser** des mécanismes de **mobilisation de l'ensemble de la société**

3. **Tirer parti de la réponse actuelle** pour renforcer la préparation aux pandémies et les systèmes de santé

4. **Investir dans les fonctions essentielles de santé publique (FESP)**, notamment pour gérer les urgences, tous aléas confondus

Comment faire face et soutenir la capacité de résilience des systèmes de santé ?

5. **Renforcer les soins de santé primaires (SSP)** pour la sécurité sanitaire et la CSU

6. **Lutter contre les inégalités préexistantes** et l'impact disproportionné de la crise sur **les populations marginalisées et vulnérables**

7. **Créer** des conditions propices à la **recherche, à l'innovation et à l'apprentissage**



Table 1: Summary of change in approach through Health EDRM

FROM	TO
Event-based	Risk-based
Reactive	Proactive
Single-hazard	All-hazard
Hazard-focus	Vulnerability and capacity focus
Single agency	Whole-of-society
Separate responsibility	Shared responsibility of health systems
Response-focus	Risk management
Planning for communities	Planning with communities

GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN AMBASSADEURS
SANTÉ POUR TOUS AMBASSADEURS

Fig. 1. Average life expectancy at birth in Ukraine.[8]

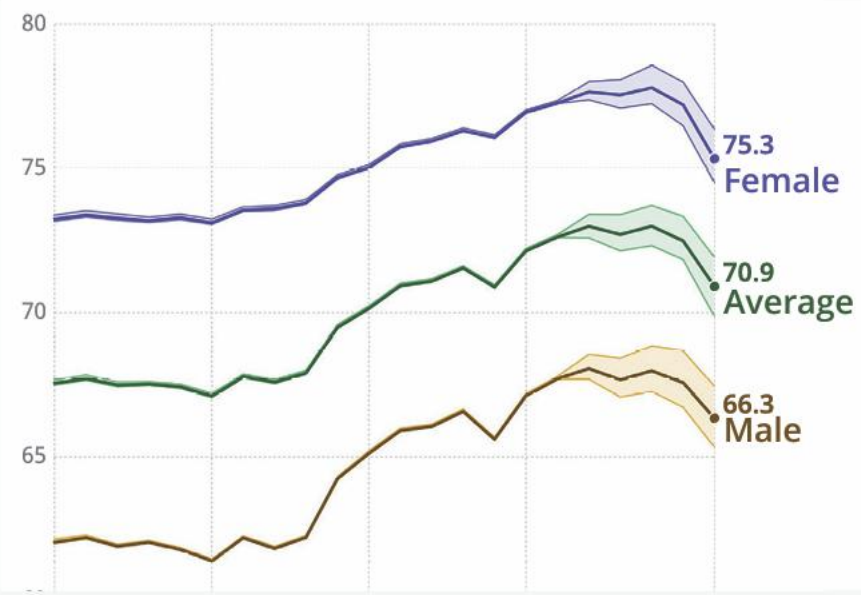


Fig. 3. Proportional mortality by NCD.[10]



Fig. 4. High prevalence of NCD risk factors in Ukraine.[11]

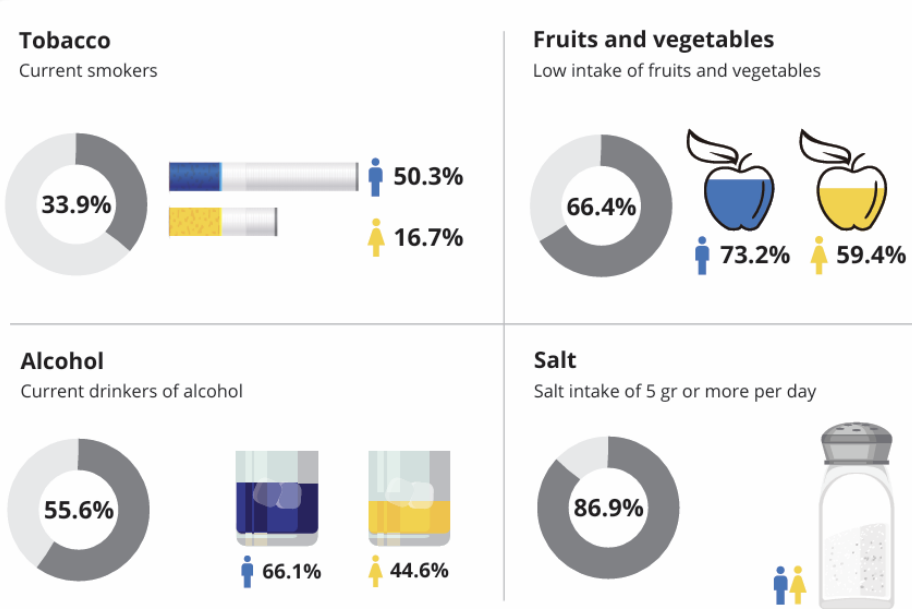
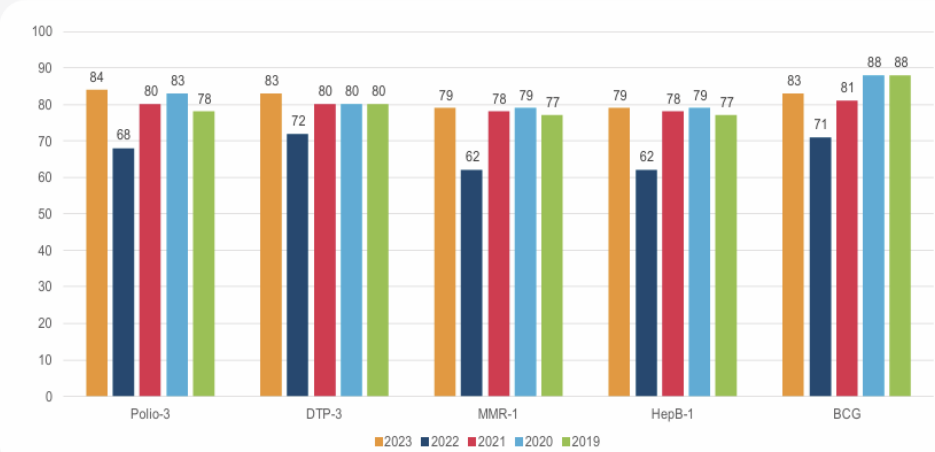


Fig. 6. Immunization coverage in Ukraine, 2019–2023.[13]



Ukraine, Ministry of Health 2025

1

APPROVED
by the Resolution of the Cabinet of Ministers of
Ukraine No. 34-r from January 17, 2025

HEALTH SYSTEM DEVELOPMENT STRATEGY
for the period up to 2030

MINISTRY
OF HEALTH
OF UKRAINE

Primary goal of the Strategy

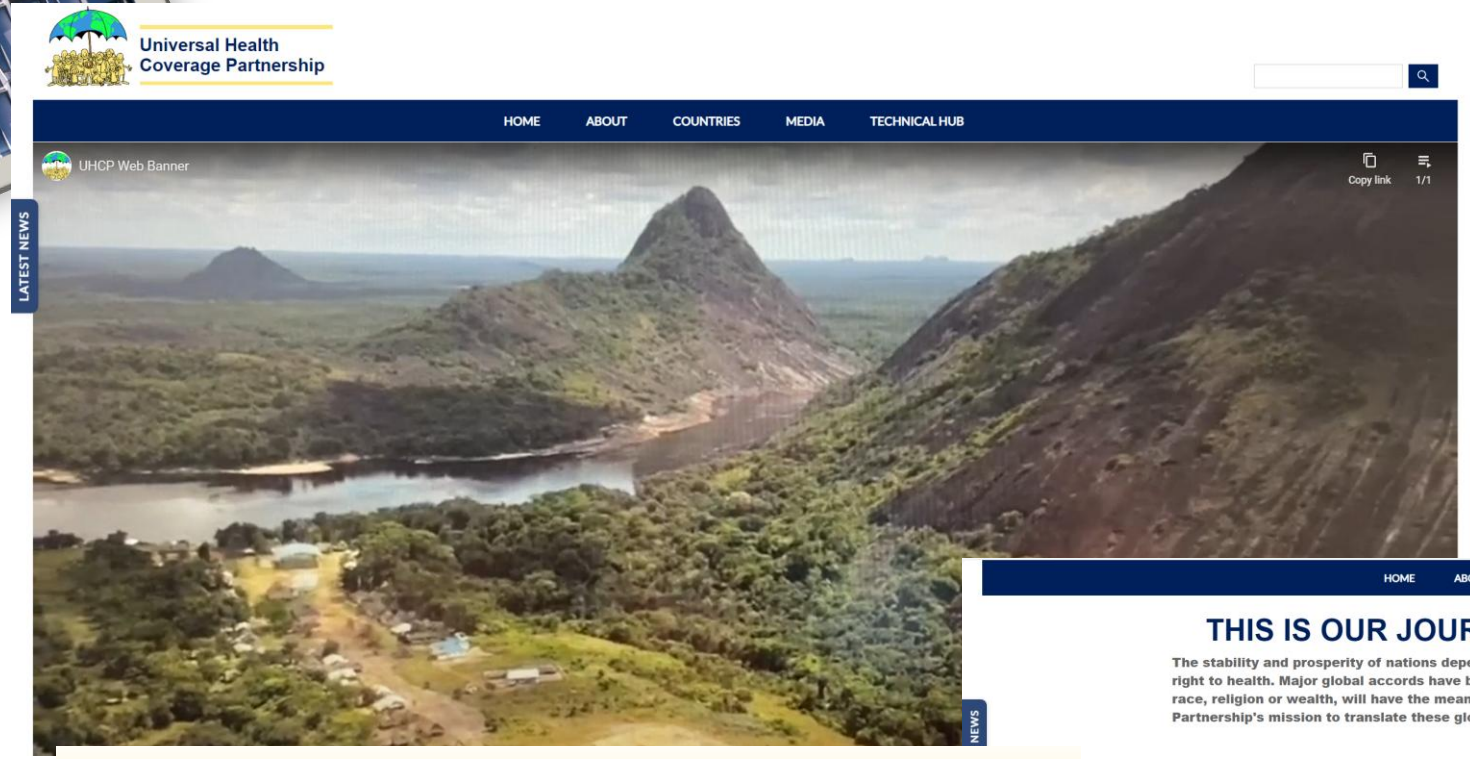
The Strategy's primary goal is to further develop the health-care system by enhancing its resilience and readiness to respond to challenges and threats according to the One Health principle. This includes expanding universal access to quality, free-at-point-of-use health-care services and medicines to improve the length and quality of life for the population; ensuring financial protection to prevent catastrophic health-care expenses; and fostering a value-based approach to health within society.

NATIONAL HEALTH STRATEGY 2030

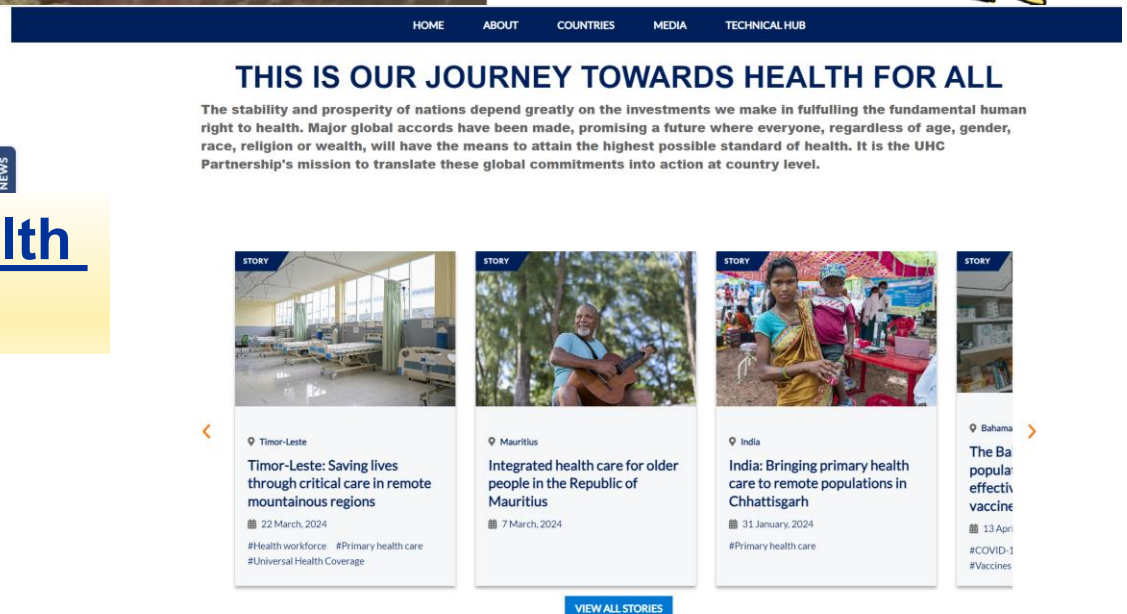
Ukraine, Ministry of Health 2025

Un *exemple d'appui pays* relatif aux politiques de santé et à la planification stratégique









Main Home Page | Universal Health Coverage Partnership (who.int)

Ctrl+Click to follow link

Basic indicators

№	Indicators	2010	2015	2022
1	% of population who have been covered by PHC services.	82%	92%	97%
2	% of PHC facilities which are provided with equipment	76%	85%	92%
3	Average number of visits to PHC	4,8	5,5	7,6
4	% of public expenditure for PHC from total public budget for health	34,6%	35,1%	40,7%
5	% PHC facilities which are working according to the family medicine principles	56%	74%	88%
6	% of PHC facilities which are using evidence based medicine clinical protocols	67%	79%	93%
7	Number of doctors and nurses who have been covered by family medicine training	Doctor: 271 (4,4%) Nurse: 327 (3,0%)	Doctor: 4154 (7,7%) Nurse: 6652 (62,3%)	Doctor: 4597 (82,3%) Nurse: 9669 (73,4%)



Minstry of Health Tajikistan, 2023

GEZONDHEIDSZ VOOR IEDEREEN AMBASSADEURS
SANTÉ POUR TOUS AMBASSADEURS

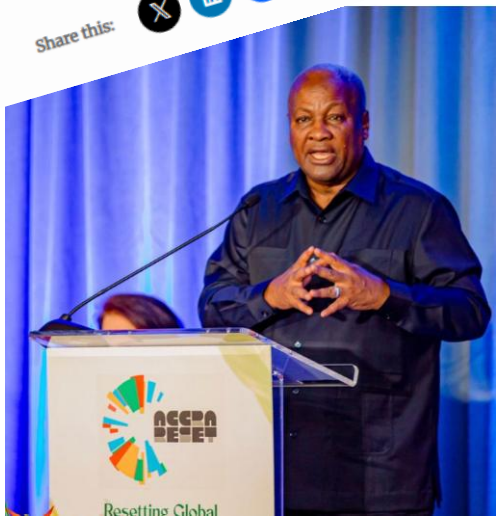
Health Policy Watch
Independent Global Health Reporting

Antimicrobial Resistance | Infectious Diseases | Pandemics & Emergencies | Non-Commun Diseases

Accra Reset's Plan for Health Sovereignty Includes Closing Some Global Health Bodies

Health Systems 22/09/2026 · Kerry Cullinan

Share this:



However, it also proposes that global health institutions "whose main business is passing money, commodities and products to countries" should be "strategically reformed" immediately, in terms of 'the 4Cs' – "commit, collaborate, consolidate and close".

First up are the five global health institutions that "account for the largest flows of funds and commodities and most of the burdensome processes experienced at country level".

These are Gavi, the Vaccine Alliance; the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; the World Bank's Global Financing Facility; the Pandemic Fund (also housed at the World Bank) and Unitaid.

However, it also notes that disease-specific partnerships "whose separate maintenance is increasingly difficult to justify" are on the chopping block, including UNAIDS, Roll Back Malaria, Stop TB, and the Global Polio Eradication Initiative (GPEI).

Within a year, countries should develop National Health Plans (NHPs) that include multi-year health investment plans, and map domestic and external resources, financing gaps, and "a realistic financing pathway".

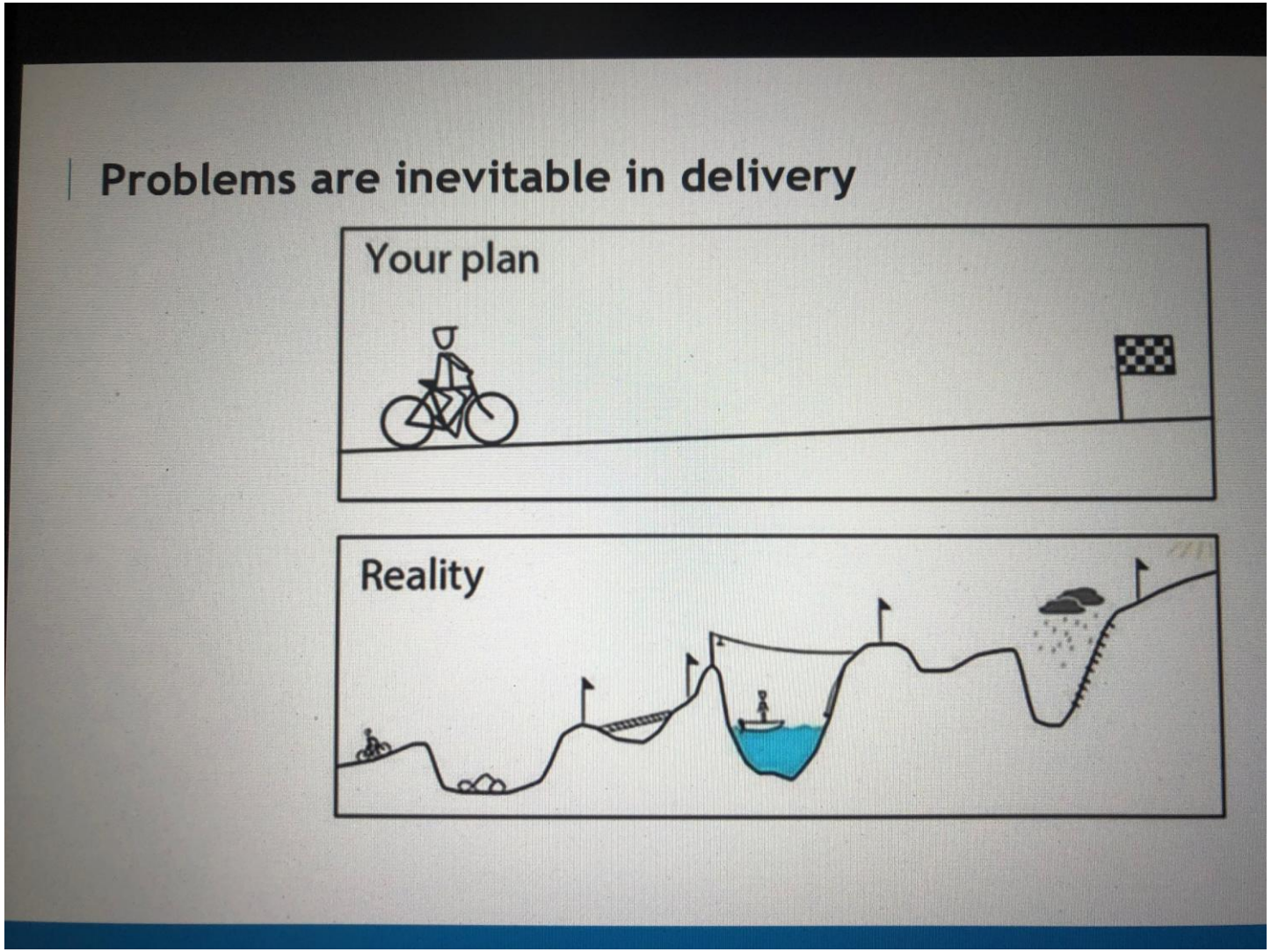
"Domestic resources become the foundation for core national responsibilities, while external financing is redirected towards managed transitions, capacity development, fragile settings, regional functions, emergencies and global public goods," the report stresses.

In the medium-term, NHPs can start to take on the functions of international organisations over a five- to 10-year period, managed by a country-led process with international partner buy-in.

Is a dream a lie if it don't come true?

... or is it something worse?

The River, Bruce Springsteen



Dr. David Montaño Inturias

Directeur Régional - Région des Grands Lacs
Médecins du Monde Belgique

Regionaal directeur - Regio van de Grote Meren
Dokters van de Wereld België

Le choc : un système déjà sous tension

39 944
cas de rougeole au Sud-Kivu — 601 décès

6 494
cas de choléra au Sud-Kivu — 80 décès, 23 zones de santé sur 34

34 / 34
zones de santé touchées par le Mpox depuis 2023

125+
groupes armés actifs à l'Est de la RDC

En même temps. Mêmes équipes, mêmes budgets, mêmes routes coupées.

47 des 80 décès du choléra sont survenus dans la communauté, pas en structure de santé.

La campagne de vaccination contre la rougeole — 5 millions d'enfants visés — a été reportée deux fois cet été. Depuis, les cas reculent : 932 en semaine 35 contre 1 029 la semaine précédente.

14,9 millions de personnes ont besoin d'assistance en RDC ; 26,6 millions en insécurité alimentaire.

Division Provinciale de la Santé Sud-Kivu, septembre 2026 · OMS via ONU Info, 1er septembre 2026 · Global Humanitarian Overview 2026

La 17e épidémie Ebola : une épidémie hors normes

Souche Bundibugyo

Aucun vaccin homologué contre cette souche : Ervebo, Inmazeb et Ebanga ne couvrent que la souche Zaïre.

Ervebo est déployé malgré tout auprès des personnels de première ligne, sans efficacité démontrée contre Bundibugyo.

Une vitesse inédite

Cas confirmés multipliés par huit en moins de deux semaines fin mai 2026.

En moins de quatre mois, plus de cas et de décès que l'épidémie de 2018-2020, qui avait duré deux ans.

Déjà au-delà des frontières

Cas confirmés à Kampala, en Ouganda, dont des soignants infectés.

Près de 70 % de probabilité qu'un cas atteigne le Soudan du Sud dans les douze semaines.

Détectée trois semaines après les premiers symptômes du cas index.

Ministère de la Santé RDC, SitRep MVEBDB n°121, 12 septembre 2026 · Africa CDC, 17 août 2026 · The Lancet Infectious Diseases, 2026

Où en est l'épidémie

24 avril 2026

Premiers symptômes du cas index présumé — un infirmier d'un centre médical de Bunia

15 mai 2026

Déclaration officielle : 8 cas confirmés, 246 cas suspects, 80 décès

17 mai 2026

L'OMS déclare une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale

12 septembre 2026

7 200 cas confirmés · 3 475 décès · létalité 48,3 % · 62 zones de santé sur 167 · 7 provinces

1 nouveau cas toutes les 17 minutes. 1 décès toutes les 34 minutes.

L'Ituri concentre 78 % des cas. Au Nord-Kivu, la létalité atteint 61,9 % — contre 45,6 % en Ituri.

Task Force Présidentielle Ebola 17, SitRep MVEBDB n°121, 12 septembre 2026 — rythme calculé sur la moyenne des neuf derniers jours (85 cas et 42 décès par jour).

Ce qui bloque — et ce que nous avons fait quand même

Accès physique et sécurité

Aéroport de Goma fermé ; axe Bunia-Mahagi impraticable ; pont effondré en Ituri

Attaques de drones presque doublées au 2e trimestre 2026, à 65 (INSO)

L'accès et la sécurité n'ont pas changé après l'accord de paix (INSO, T2 2026)

2025, année la plus meurtrière pour les humanitaires en RDC depuis au moins 2020 : 13 tués, 626 incidents

Défiance, désinformation, danger

Huit membres d'équipes de riposte blessés dans des incidents liés à l'Ebola, sur fond de défiance et de désinformation (INSO, T2 2026)

Centre d'isolement détruit à Rwampara ; trois travailleurs de santé tués

Deux à trois jours pour faire circuler une information dans certaines zones, faute de réseau

En Ituri, un enfant sur trois n'est pas scolarisé et 45 % achèvent le primaire — contre 18-19 % et 65-67 % dans les deux Kivus

Sud-Kivu, mai 2026 : 90 prestataires formés · 300 relais communautaires · 40 sites de chloration · 59 structures appuyées.

INSO, Safety and Access Review T2 2026 · OCHA, 2024 et 2025 · Social Science in Action, 2026 · UNICEF, MICS-EAGLE 2021 · Médecins du Monde Belgique Sud-Kivu, mai 2026

Comment une riposte s'organise réellement

Le plan de riposte du Sud-Kivu répartit le travail en 11 piliers, chacun confié à des co-leads désignés.

Les 9 autres piliers

Surveillance — OMS, UNICEF, WV-CGPP

Prise en charge médicale et nutritionnelle — OMS, MSF

Points d'entrée et de contrôle — OIM, WV-CGPP

Laboratoire — OMS, UNICEF

Appui psychosocial — OMS, UNICEF

Soutien alimentaire et nutritionnel — PAM, UNICEF

Vaccination — OMS, UNICEF

Observatoire PSEA — OMS, UNICEF

Coordination — OMS, UNICEF

Les 2 piliers où MdM est co-lead

Prévention et contrôle des infections, et enterrements dignes et sécurisés

avec UNICEF, l'OMS, IMA et AFPDE

Communication sur les risques et engagement communautaire

avec UNICEF, AFPDE et WV-CGPP

Là où nous intervenons : 4 zones de santé, 27 aires de santé, 59 structures appuyées, 90 prestataires formés, 300 relais communautaires.

Plan de riposte MVE actualisé, Division Provinciale de la Santé Sud-Kivu, 2 juin 2026 · Plan de réponse MdM à la MVE Sud-Kivu, août 2026 — Katana 10 AS, Ibanda 12 AS, Miti-Murhesa 4 AS, Kadutu 1 AS

PCI : ce qui garde les portes ouvertes

Sans prévention des infections, un centre de santé fait deux choses : il devient un lieu de transmission, et les gens cessent d'y venir.

Le centre amplifie

Sans triage ni isolement temporaire, une structure devient un lieu de transmission — pour les patients comme pour les soignants.

Les gens cessent d'y aller

Par peur d'y croiser un malade d'Ebola, on n'y va plus non plus pour le paludisme, pour accoucher, pour faire vacciner ses enfants.

L'épidémie tue par ce qu'elle empêche

Cette mortalité indirecte n'apparaît dans aucun bilan d'épidémie — mais elle a été mesurée, et elle est du même ordre que la mortalité directe.

Ce que nous faisons, concrètement

Évaluer les capacités PCI et WASH de chaque structure · Installer un triage fonctionnel à l'entrée · Créer un espace d'isolement temporaire · Redynamiser les comités d'hygiène · Approvisionner en intrants · Former les équipes cadres et les prestataires

Objectif : détecter tôt, isoler, référer en sécurité — et garder la structure ouverte pour tout le reste.

Sierra Leone 2014-2015 : autant de décès maternels indirects (3 600 à 4 900) que de décès directs d'Ebola. Et 10 900 décès supplémentaires par paludisme.

Plan de réponse MdM à la MVE, Sud-Kivu, août 2026 · Sochas, Channon et Nam, Health Policy and Planning, 2017 · Walker et al., The Lancet Infectious Diseases, 2015

Sans confiance, pas de détection

74 % des décès d'Ebola surviennent dans la communauté : des personnes jamais détectées. On ne détecte pas quelqu'un qui se cache.

Un ancrage communautaire

Des relais communautaires issus des villages, qui parlent la langue et que leurs voisins connaissent

Des communautés protectrices déjà mobilisées par notre programme de santé sexuelle et reproductive

Un travail de longue date : les messages de prévention passent par des réseaux qui existaient avant l'épidémie

Gestion des rumeurs, de l'infodémie et des feedbacks communautaires

Et un ancrage institutionnel

Les comités d'hygiène intégrés dans la gestion ordinaire des structures de santé

Les outils et procédures institutionnalisés au-delà de la période d'intervention

Un travail conduit avec la Division Provinciale de la Santé, jamais à côté d'elle

Les mécanismes d'alerte restent actifs après le départ des partenaires

Notre approche est double : ancrer dans la communauté et ancrer dans l'institution. C'est ce qui reste quand nous partons.

Plan de réponse MdM à la MVE, Sud-Kivu, août 2026 — objectifs stratégiques 2, 3 et 5, et sections sur la pérennisation · SitRep MVEBDB n°121, 12 septembre 2026

Détecter et isoler : ce qui change l'issue

20 %

de malades détectés et isolés

65 % de probabilité de dépasser 20 000 cas

70 %

de malades détectés et isolés

94 % de chances de rester sous 10 000 cas

Ni le budget, ni le plateau technique : la vitesse de détection. Et détecter, ce sont des personnes.

Et cela se vérifie en ce moment même

Au Sud-Kivu, 82 jours sans nouveau cas confirmé depuis le 10 juin. Au niveau national, le suivi des contacts se maintient à 88 %.

Mais 28 des 38 décès du 12 septembre sont survenus dans la communauté — des personnes jamais détectées, jamais isolées.

CDC, « Modeled Scenario Projections for the Ebola Disease Outbreak Caused by Bundibugyo Virus », MMWR, 2026 · Task Force Présidentielle Ebola 17, SitRep n°121, 12 septembre 2026 · MdM Belgique Sud-Kivu, septembre 2026

Ce que les coupes ont coupé : la capacité de voir

Financement humanitaire américain pour la RDC : 900 M$ en 2024 → 179 M$ l'année suivante

La surveillance communautaire

Des années d'investissement dans des agents et des membres des communautés formés à reconnaître un signal et donner l'alerte.

« Vous n'avez plus vos yeux et vos oreilles de première ligne sur le terrain. »

Le transport des échantillons

La logistique - parfois un avion - qui acheminait les prélèvements des zones reculées vers les laboratoires.

L'analyse des premiers prélèvements a pris du retard fin avril 2026.

La couverture du terrain

Une grande ONG internationale est passée de cinq zones de santé à deux en Ituri.

Les autres n'étaient plus surveillées.

Ce n'est pas l'argent pour soigner qui a manqué d'abord. C'est l'argent pour voir.

Trois semaines entre les premiers symptômes du cas index et la déclaration de l'épidémie.

NPR, 21 mai 2026 · Physicians for Human Rights, 2026 · STAT News, 19 mai 2026

Sur quoi tombent les coupes

43 %

payés directement par les ménages, de leur poche

38 %

bailleurs extérieurs

16 %

État congolais

Il n'y a pas d'amortisseur. Un bailleur qui se retire, c'est une facture qui arrive chez le patient.

25 $ de dépense de santé par habitant et par an — pour un seuil de 86 $ recommandé par les Nations Unies.

En 2024, plus de 70 % de l'action humanitaire en RDC était financée par les États-Unis.

En 2025, l'aide humanitaire américaine mondiale est passée de 14 à 3,7 milliards de dollars arrêt de près de 83 % des programmes USAID.

Dépenses courantes de santé, RDC, données 2021 — LHSS / Abt Associates pour l'USAID, 2023 · Physicians for Human Rights, 2026 · Fortune, juillet 2026

Le prix du sous-financement : Minova, Sud-Kivu

100 $
une césarienne

50 $
un prématuré

– 34 %
de fréquentation de la maternité en deux mois

217 %
d'occupation des lits à Numbi (95 % en octobre 2025)

Financement arrêté : le Projet Multisectoriel de Nutrition et de Santé - Banque mondiale, pas un financement américain.

Vaccins contre la rougeole indisponibles de longs mois en 2025, alors que l'épidémie touchait 24 des 34 zones de santé.

Et à Bunyakiri : le choléra tue 14,3 % des malades.

Unités non spécialisées · personnel non formé · rupture d'intrants · aucune activité communautaire · « pas de partenaire qui vient en appui ». Correctement pris en charge, le choléra tue moins de 1 %.

MSF, « Minova et le Sud-Kivu au bord de la rupture sanitaire », 7 mai 2026 · Note de plaidoyer MdM pour l'appui à la riposte choléra, Sud-Kivu, 2026

Minova n'est pas une exception

L'échelle réelle

34 zones de santé au Sud-Kivu, donc au moins 34 hôpitaux généraux de référence

MSF a chiffré ce qui s'est passé dans un seul d'entre eux

Des centaines de centres de santé n'ont jamais eu de subvention : ils doivent facturer pour exister

Ruptures d'approvisionnement dans la majorité des zones de santé de la province

Mesuré à l'échelle des deux Kivus

85 % des établissements de santé en pénurie de médicaments (OCHA)

3 centres sur 5 pillés ; consultations d'enfants de moins de 5 ans en baisse de 50 % (CICR)

Vaccinations passées de 67 000 à 29 000 enfants par trimestre (CICR)

Plus de 6 000 décès évitables projetés avant la fin de l'année (OCHA)

14 % de la population du Sud-Kivu est déplacée — et 95 % de ces personnes vivent chez l'habitant.

OIM, 26 mars 2026 : 1 232 251 déplacés, dont 1 178 705 en familles d'accueil · CICR, 17 juin 2025 (109 centres étudiés) · OCHA, octobre 2025

Ce que nous en tirons

La localisation répond à la question « qui ». Le nexus répond à la question « pendant combien de temps ». Il faut les deux.

PLURIANNUEL

une équipe cadre de zone de santé se construit en cinq ans et se perd en six mois

FLEXIBLE

basculer sur une épidémie sans attendre un avenant de six mois

SORTIE DÈS LE 1er JOUR

planifier la transition dès le départ, avec la structure locale

Et deux mises en garde sur la manière d'allouer ce qui reste

Sur les deux milliards de la dernière enveloppe américaine, 2 % seulement sont allés à des organisations locales, pendant que les personnels nationaux absorbent l'essentiel du risque.

Et concentrer les moyens sur une seule épidémie laisse les autres sans réponse : le paludisme tue plus de personnes chaque jour que l'Ebola (MSF, août 2026). Ce qu'il faut financer, ce n'est pas une riposte de plus — c'est un dispositif de préparation qui tienne pour toutes.

Un centre de santé qui soigne tout le monde est l'une des rares institutions qui tienne encore en travers des lignes de conflit.

Geneva Solutions, 2026 · The New Humanitarian, janvier 2026 · IASC, Cluster Simplification and Adapting In-Country Coordination, mars 2026 · Grand Bargain, 2016

Ce qu'il faut retenir

1. Le même virus tue 46 % des malades en Ituri et 62 % au Nord-Kivu. Ce n'est pas le virus qui change d'une province à l'autre — c'est ce qu'il reste du système pour l'affronter.

2. Financé à 43 % par les malades et à 16 % seulement par l'État, un système n'a pas d'amortisseur : chaque retrait de bailleur devient une facture pour un patient.

3. Un bâtiment se pille, un stock se pille — une équipe formée, non. Mais ce qui tient aujourd'hui tient sur les épaules des soignants : on ne construit pas une politique de santé sur l'héroïsme individuel.

4. Transférer la responsabilité sans les moyens, ce n'est pas de la localisation. La localisation dit qui ; le nexus dit pendant combien de temps. Il faut les deux.

Un financement stable et flexible, même modeste, vaut mieux qu'un grand engagement annoncé puis retiré.

Vous avez des questions ?

Heeft u vragen?

N’oubliez pas de remplir le formulaire d’évaluation ☺.

Vergeet het evaluatieformulier niet in te vullen ☺

Au plaisir de vous retrouver la prochaine fois!

Graag tot de volgende keer!



GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN

SANTÉ POUR TOUS

POWERED BY

DOKTERS VAN DE WERELD

ARTSENZONDERVAKANTIE
MEDECINSSANSVACANCES

memisa
Together for health

MÉDECINS DU MONDE

MEDECINSSANSVACANCES
ARTSENZONDERVAKANTIE

memisa
Together for health