



Prise en charge de l'infection à Monkeypox aux Cliniques Universitaires de Bukavu, en République Démocratique du Congo

Management of Monkeypox infection at the University Clinics of Bukavu, in the Democratic Republic of the Congo

Makombo Wabula Nestor^{1&2}., Maurice. Kassa^{1&2}., Kyoni Assumani Lambert^{1&2} & Kubali Mwisa wa Mupenda Victor¹

1. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Shabunda
2. Hôpital Général de Référence de Shabunda

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.21871338>

Résumé

Introduction : l'infection à Monkeypox ou variole de singe/variole simienne est une maladie infectieuse virale due au virus. **Matériels et méthode** : l'étude de cas aux Cliniques Universitaires de Bukavu, du juin au Décembre 2025. La collecte de données est faite par le questionnaire et consultation des fiches des malades. L'analyse de données, par Epi- info. L'échantillonnage est aléatoire simple, sur l'infection de Monkeypox. **Résultats** : le centre de ceux- ci a reçu 64 cas. Les patients avec infections de Monkeypox étaient de 64 cas. Caractéristique sociodémographiques le sexe masculin était plus touché avec 65,6% et cliniques sont fièvres, éruption cutanée et céphalées. La prise en charge est de 100% d'isolement, prévention était de l'éducation soit 100% et moyen de contamination est inconnue avec 75%. **Conclusion** : les patients étaient de sexe masculin, signes cliniques sont céphalées, fièvres et éruption cutanées, traitement symptomatique et le mode de contamination était contact direct. Renforcement de sensibilisation communautaire sur le Mpox, intégrer un accompagnement psychosocial systématique.

Mots- Clés : *Prise en charge de l'infection - Monkeypox aux Cliniques Universitaires de Bukavu - R D.C.*

Abstract

Introduction: Monkeypox infection or monkeypox/simian smallpox is a viral infectious disease caused by the virus. **Materials and method**: a case study at the University Clinics of Bukavu, from June to December 2025. Data collection was done through a questionnaire and consultation of patient records. Data analysis was performed using Epi-info. The sampling was simple random sampling on Monkeypox infection. **Results**: the center received 64 cases. Patients with Monkeypox infections were 64 cases. Socio-demographic characteristics: the

male sex was more affected at 65.6%, and clinical features were fever, skin rash, and headaches. Management included 100% isolation, prevention was through education at 100%, and the mode of contamination was unknown in 75%. **Conclusion:** the patients were male, clinical signs were headaches, fever, and skin rashes, treatment was symptomatic, and the mode of contamination was direct contact. Strengthening of community awareness on Mpox, integrating support.

Keywords: *Management of infection - Monkeypox at the University Clinics of Bukavu - D.R.C.*

1. Introduction

L'infection à Monkeypox ou variole de singe/variole simienne est une maladie infectieuse virale due au virus, transmise essentiellement par des rongeurs à l'homme à l'homme par contact avec les gouttelettes respiratoires infectieuses, des lésions cutanées ou des objets contaminés. Les symptômes sont comparables à ceux de la variole, son traitement est symptomatique (1). Est une maladie zoonotique virale réémergence qui a pris une ampleur mondiale depuis l'épidémie de 2022, révélant des insuffisances majeures dans la prise en charge : accès limité aux tests diagnostiques rapides, rareté des antiviraux et vaccins, absence de protocoles standardisés et forte stigmatisation freinant le recours aux soins(2).

En Afrique, bien que la maladie soit endémique, la prise en charge demeure symptomatique faute de ressources pour le diagnostic de confirmation(3). Le diagnostic de prise en charge est ralenti par l'absence de laboratoires de biologie moléculaire, les mesures de prévention sont insuffisantes et les professionnels manquent de formations spécialisées (4).

En République Démocratique du Congo, pays le plus touché du continent, la surveillance repose sur les centres de références éloignés. L'absence d'un protocole national opérationnel, combinée à la non disponibilité des antiviraux, expose les patients à des complications évitables et contribue à la transmission communautaire(5).

Aux Cliniques Universitaires de Bukavu, la prise en charge de la Mpox n'est pas formalisée : il n'existe pas de protocole institutionnel, de circuit de triage et d'isolement dédié, ni de stock d'antiviraux. Les prestataires de soins expérimenté, n'a pas reçu de formation spécifique, et les mesures de contrôle des infections sont générales, sans adaptation aux spécificités de la maladie (7). Ces insuffisances exposent aux risques élevés, de complications graves de transmission intra- hospitalière et de saturation de services lors d'une éventuelle flambée. Elles justifient la mise en place d'un projet structuré de prise en charge de l'infection à Mpox, adapté aux réalités locales et intégrant prévention, diagnostic précoce, traitement et suivi (8). La recrudescence des cas, tant aux autorités sanitaires qu'aux prestataires de soins. Les choix de cette thématique se justifie par la nécessité d'améliorer les connaissances, les pratiques et les attitudes vis- à- vis de cette pandémie encore mal connu du grand public. Suite à cette infection qui fait le sujet d'actualité dans le monde, en particulier dans notre pays et sa virulence dans nos milieux,

la question de recherche est comment se fait la prise en charge des cas de Mpox aux Cliniques Universitaires de Bukavu ?

2. Matériels et Méthodes

Les pratiques de prise en charge de la maladie à Mpox, permet de recueillir les données riches et détaillées auprès des patients, en mettant en lumière la prise en charge dans le contexte local.

2.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude des cas portant sur la monkeypox à la Cliniques Universitaires de Bukavu, pendant la période du juin au 31 Décembre 2025.

2.2. Présentation des Cliniques Universitaires de Bukavu

Les Cliniques Universitaire de Bukavu (CUB) sont une structure médico-universitaire située dans la ville de Bukavu, au Sud-Kivu, en République Démocratique du Congo. Elles font partie intégrante de la faculté de médecine de l'Université Officielle de Bukavu (UOB) et ont pour double vocation : la formation des étudiants en médecine et des professionnels de santé, ainsi que la prestation de soins de santé de qualité à la population. Les CUB se distinguent par leur statut de centre de référence tertiaire, recevant des patients provenant de différentes zones de santé du Sud-Kivu.

2.3. Historique et Services organisés.

Elles ont vu le jour au début des années 2000, suite à une initiative conjointe entre l'Université Officielle de Bukavu et ses partenaires institutionnels. Depuis leur création, les CUB ont évolué progressivement pour devenir un centre hospitalier universitaire, en intégrant des services spécialisés, des laboratoires, une pharmacie, et des activités de recherche en santé. Les CUB offrent une large gamme de services médicaux et académiques, notamment : Consultations externes (médecine interne, pédiatrie, chirurgie, gynéco-obstétrique, dermatologie etc.). Hospitalisation avec plusieurs pavillons adaptés aux pathologies différentes. Service de maternité et prise en charge des urgences gynéco-obstétricales. Laboratoire d'analyses biomédicales, pharmacie et imagerie médicales. Formation et supervision des étudiants en médecine, stage cliniques. Recherche clinique en collaboration avec les institutions académiques. Prise en charge de certaines maladies émergentes, comme le Mpox, dans le cadre des urgences de santé publique.

2.4. Echantillonnage et population cible

L'échantillonnage est aléatoire simple, sur l'infection à monkeypox. La population cible est constituée des patients suivi et pris en charge pour Mpox aux CUB.

Choix et taille d'échantillon : est exhaustive, c'est-à-dire tenant en compte les personnels soignant présents le jour de notre enquête.

2.5. Variables d'étude

Caractéristique sociodémographiques et cliniques, la prise en charge, prévention et moyen de contamination.

2.6. Collecte des données.

La collecte des données est faite par la consultation des fiches de malades et par de questionnaire et par la technique de convenance.

2.7. Analyse des données.

Les données sont dépouillées à l'aide du Microsoft, Excel, ou analysées dans Epi info puis interprétées dans Microsoft Office Word.

3. Critères d'inclusion

Sont inclus dans notre étude, tous les patients suivis pour Mpox aux cliniques universitaires de Bukavu trouvés au moment de notre collecte des données dont les dossiers comprennent tous les éléments nécessaires à notre étude

4. Considération Ethique

Les principes éthiques ont été respectés lors de la collecte de données : la confidentialité, le consentement éclairé de participations et la bienveillance.

5. Résultats

5.1. Le tableau sur en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques

Variables	n= 64	%
Sexe		
Masculin	42	65,6
Féminin	22	34,3
Age		
0-23 mois	10	15,6
24 – 59 mois	18	29
Supérieur à 15 ans	36	56,2
Profession		
Chauffeur	02	3,1
Commerçant	16	25
Creuseur	04	6,2
Etudiant	08	12,5
Sans	34	53,1
Niveau d'instruction		
Aucun	28	43,7
Primaire	04	06,2
Secondaire	22	34,3
Supérieur	08	12,5
Lieu de résidence		
Ibanda	28	43,7
Kadutu	08	12,5
Bagira	20	31,2
Hors ville	08	12,2

Le sexe masculin était le plus touché, les personnes avec un âge supérieur à 15 ans sont les plus touchées, les personnes sans emploi sont la catégorie des personnes les plus touchées par le Mpox, la majorité de nos enquêtés, était sans niveau d'instruction et provient de la commune d'Ibanda.

5.2. Le tableau en rapport avec les caractéristiques cliniques et la prise en charge

Variables	n = 64	%
Les caractéristiques cliniques		
Céphalées, fièvre et éruptions cutanées	40	62,5
Eruptions cutanées	24	37,5
La prise en charge		
Mesures d'isolement	64	100
Traitement symptomatique	58	90,6
Traitement antiviraux	06	09,3
Soutien psychologique		
Oui	40	62,5
Non	34	53,1
Complications rencontrées		
Oui	30	46,8
Non	34	53,1
Si oui, n = 30		
Surinfection cutanée	14	46,6
Septicémie	08	26,2
Pneumonie	08	26,6
Durée d'hospitalisation		
Supérieure à sept jours	58	90,6
Inférieure à 7 jours	06	09,3
Suivi post- hospitalisation	64	100

La plupart des enquêtés ont présenté des fièvres, éruptions cutanées et céphalées, suivi de ceux n'ayant présenté que les éruptions cutanées. Tous les enquêtés ont été soumis à un isolement strict, suivi d'une majorité ayant bénéficié d'un traitement symptomatique ; un soutien psychologique était également offert à un grand nombre des patients. Les complications ont été rencontrées chez la grande partie de nos enquêtés, dont le plus fréquentes étaient des surinfections cutanées. La durée d'hospitalisation était supérieure à sept jours pour la grande partie et un suivi après hospitalisation envisagée.

5.3. Tableau en rapport avec la prévention et moyen de contamination

Variables	n = 64	%
Mode de contamination		
Inconnu	48	75
Contact direct avec un porteur	16	25
Education sur la prévention	64	100

La plupart de la population, était contaminée par une voie inconnue et la totalité de celle-ci avait reçu une éducation sanitaire sur la prévention.

6. Discussion des résultats

6.1. Caractéristiques sociodémographiques

Notre étude se focalise sur 65 cas de Mpox issus du centre de diagnostic et de prise en charge de la maladie aux Cliniques Universitaires de Bukavu. La plus part des patients était de sexe masculin avec 42 cas soit 65,6%. Les cas de Mpox concernaient plus la tranche d'âge supérieure à 15 ans avec 36 cas soit 56,2%. Du point de vue sexe, nos résultats sont en accord avec ceux de Levis Amisi et al, qui ont trouvé la prédominance masculine(24). Ces résultats se justifient par le fait que les hommes sont les plus exposés à force d'un no- respect des principes de prévention une probabilité multipartenaire. La tranche d'âge supérieure à 29 ans a été majoritaire avec 42%, suivie par celle de moins de 20 ans avec 29 ans dans l'étude ce qui corrobore avec nos résultats (24). Les personnes sans emploi représentaient la majorité des cas de Mpox, 53% suivi des commerçants 25%, ces résultats concordent avec ceux d'études menées en contexte urbain ou semi- urbain, où les populations vulnérables économiquement ou socialement précaires sont souvent les plus touchées par les maladies émergentes en raison de l'accès limité à l'information, aux soins ou à des conditions d'hygiène adéquates(Nguema et al, 2023)(25). La forte représentation des commerçants peut s'expliquer par leur exposition régulière aux contacts physiques dans les marchés ou lieux de forte influence, favorisant la transmission interhumaine par contact cutané ou objets contaminés.

Les résultats de notre étude montrent que 43,7% des cas n'avaient aucun niveau d'instruction, tandis que 34, 3% avaient un niveau secondaire. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés d'une étude au Nigeria (Ogoina et al, 2022)(26), où la majorité de cas étaient observés chez les personnes à faible niveau d'éducation. Cela suggère que le manque d'instruction pourrait limiter l'accès à l'information sanitaire, réduire la capacité à adopter des comportements préventifs, et aggraver les facteurs de risque d'exposition. Le milieu de résidence, la commune d'Ibanda est la plus touchée avec 43, 7%, suivie de Bagira 21,8% et 18, 7%. Cette répartition pourrait être influencée par la densité de population, le niveau d'urbanisation, Ibanda en tant que commune centrale, présente une plus grande mobilité et des échanges interpersonnels intenses. Ce constat rejoint les observations faites, qui ont signalé que les zones urbaines densément peuplées étaient des foyers potentiels de transmission plus rapides du Mpox (2023).

6.2.Caractéristiques cliniques

Les signes cliniques les plus rapportés étaient : céphalée, fièvre et éruptions cutanées 62,5%, contre 37, 5% pour l'éruption seule. Ces résultats sont cohérents avec la littérature, où les symptômes classiques du Mpox incluent la fièvre, les céphalées, douleurs musculaires et les lésions cutanées, souvent localisés ou généralisées. Une étude multicentrique menée, a montré que plus de 80% des cas présentaient des éruptions, précédés de signes vitaux (fièvre, fatigue et douleurs), les variations pourraient être liées à la virulence de la souche circulaire, à la réponse immunitaire individuelle ou au stade d'évolution de la maladie au moment du diagnostic(28).

6.3.Prise en charge

Parmi les 64 cas de Mpox pris en charge, 100% des patients avaient bénéficié des mesures d'isolement. En rapport avec le traitement, 58 patients soit 90,6% ont reçu un traitement symptomatique, tandis que 6 patients 9,4% ont bénéficié d'un traitement antiviral. Le soutien psychologique a été assuré chez 40 patients soit 62,5%. Les complications qui ont été rencontrées chez 30 patients soit 46,9% : parmi- eux 14 soit 46,7 % avaient surinfection cutanée, 8 soit 26,7%, une septicémie et pneumonie soit 26,7 %. La durée d'hospitalisation était supérieur à 7 jours pour 58 patients soit 90,6 % et inférieur 7 jours pour six patients soit 9,4%. L'approche de prise en charge majoritaire dans la littérature récente met en avant que, pour la majorité des patients sans facteurs de risque majeur, les soins de support (isolement, hydratation, antalgiques, soins des plaies et prévention des surinfections) sont les mesures principales. Dans notre étude, le pourcentage élevé soit 90,6 % de traitement symptomatique reflète donc cette ligne directrice(29). L'utilisation d'un traitement antiviral (Tecovirimat/TPOXX), les données sont plus limitées et montrent des résultats mitigés. Dans une étude de King.C., parmi 115 participants diagnostiqués avec Mpox, 70% ont reçu tecovirimat et 37% ont reçu tôt supérieur ou égal à cinq jours. L'analyse a montré que l'initiation précoce était associé à un temps plus court jusqu'à amélioration des symptômes « - 5,5 jours (P= 04) » chez les cas sévères, mais pas chez les cas non sévères et n'a pas été associée à une résolution plus rapide de la maladie (29). Ainsi, dans notre contexte, l'usage de traitement antiviral chez 9,7 % des patients paraît proportionner, limité aux cas présentant des complications ou des risques. Sur les complications, notre taux de complications soit 46,9% paraît relativement élevé. Il est plausible que la forte proportion d'hospitalisation supérieure à 7 jours pour 90,6% et le soutien psychologique non systématique soit 62,5%, traduisent un profil de patients plus compliqué que dans certains autres contextes. Par exemple, dans l'étude menée, sur 25 patients, les données rapportaient que 40% des patients étaient guéris au sept jours et 92% au jour 21, après début de tecovirimat, mais il s'agissait d'une cohorte sélectionnée, essentiellement d'adultes hors immunodépression sévère(28).

6.4.Mode de contamination et prévention

Dans notre étude, 54,6% des patients déclaraient avoir été contaminés par contact direct avec une personne infectée, ce qui conforme le mode de transmission interhumaine de la Mpox par contact cutané ou avec les objets contaminés (draps, vêtements, etc). Ce résultat est cohérent avec à celles de l'OMS et les études menée lors de la flambée en Europe, qui ont également établi le contact rapproché comme principal mode de transmission, notamment, dans les milieux familiaux ou communautaires(27). En revanche, 29,9 % des cas n'ont pas pu identifier clairement la source de leur infection, ce qui soulève la question de la transmission silencieuse dans la communauté et d'un manque de sensibilisation ou de traçabilité des contacts. Ce constat rejoint les conclusions de Thornhill et al., qui soulignent l'existence de cas sans exposition apparente, suggérant une circulation communautaire sous- estimée(28). En termes de prévention, 60,9% des patients n'avaient appliqué aucune mesure préventive avant leur infection. Ce taux élevé démontre un déficit de sensibilisation, probablement lié à un faible niveau d'instruction

ou à une communication sanitaire insuffisante. 29,6% qui appliquaient des mesures (lavage des mains, contacts) n'étaient pas protégés efficacement, ce qui peut s'expliquer par une exposition involontaire ou un mauvais respect des gestes.

7. Conclusion et recommandations

Pendant notre séjour de recherche sur la prise en charge de Mpox aux Cliniques Universitaires de Bukavu, nous avons constaté que les patients étaient de sexe masculin et de l'âge jeune, avec une prédominance de chômage et le niveau d'instruction était faible. Les signes cliniques les plus rapportés sont les céphalées, fièvre et éruptions cutanées. La prise en charge des patients, étaient traitement symptomatique. Le mode de contamination et préventive : contact direct avec la personne infectée, ce qui confirme le mode de transmission interhumaine de la Mpox par contact cutané ou avec des objets contaminés. Comme recommandations : renforcement de sensibilisation communautaire sur le Mpox, intégrer un accompagnement psychosocial systématique pour tous les patients et encourager l'adoption des mesures de prévention (hygiène, isolement et alerte rapide).

8. Bibliographie

1. Roland.L.,Paul.T.,(2024) *Clinical Characteristics and Outcome of Mpox patients Admitted to the Bukavu University Clinics in the Democratic Republic of Congo from. Open cohort study*, Bukavu. Willey – Journal of Tropical Medicine.
2. Mission COREB(2024) *Infection par le Mpox virus : Etat de connaissances*. Paris COREB, page 69.
3. WHO (2022) Clinical management and infection prevention and control for monkeypox : interim rapid response guidance.
4. Bunge.E.M(2022) The changing epidemiology of human Monkeypox – a potential threat? PLoS Negl Trop Dis: e0010141
5. World Health Organization (2022) Monkeypox – Democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News.
6. WHO Africa (2022) Monkeypox outbreak in the Democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News.
7. Observation institutionnelle(2023) Données internes des Cliniques Universitaires de Bukavu.
8. World Health Organization (2022) Monkeypox : public health advice for gatherings.
9. Coignard. H., Masse.V., Chatel. F(2022) Infection par le Monkeypox virus: Etat des connaissances. Mission COREB. 2022 : 58.
10. World Health Organization (2022) Mpox. Outbreak: global trends. Genève.
11. Santé publique France(2022) Monkeypox: point de situation du 18 octobre.www.worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global
12. Projet atteindre les objectifs et maintenir le contrôle épidémique (épiC)(2023) Fiche d'information sur Mpox et considérations relatives aux programmes sur le VIH.
13. Bunge.E. M., Hoet.B ;Chen.L., Lienert. F., & al(2022) The changing epidemiology of human Monkeypox – A potential threat? A systematic review. PLoS Negl Trop Dis, 16(2).

14. Mitjà. O., Ogoina.D.,Titanji.B.K., & al(2023) Monkeypox Lancet.401(10370): 60 – 74
15. Ilaka. N., Batumbo. B., Jonas.N & al(2024) Connaissance, attitude et pratique de la population de la zs de Bolomba sur le risque et prévention de monkeypox. International Journal of Social Sciences and Scientific Studies.
16. Bahizire.C(2023) Communication pour le Changement de Comportement de la population sur le Mpox. Division provinciale de la santé du Sud – Kivu. Agence de presse. Bukavu.
17. Minisanté RDC(2024) Centre des opérations d’urgence de santé publique. Rapport sur Mpox.
18. Faiza.A & al(2022) *Maladies infectieuses tropicales*. Troisième édition, Paris.
19. Muyembe. J.T.,(2022) Evaluation des vaccins anti- variole du singe en RDCongo.
20. Institut National de securité (2023) Monkeypox et les fièvres hémorragiques virales. Paris.
21. Programme national de lutte contre le Monkeypox et les fièvres hémorragiques virales(2023). Manuel de formation sur Monkeypox. 4eme Edition Kinshasa. P.88.
22. Institut Pasteur(2024) Mpox. Institut Pasteur, www.pasteur.fr
23. Public Health Ontario (2020) Monkeypox. IPAC recommandations for Healthcare settings. Toronto. www.publichealthontario.ca.
24. Levis.A.K(2024) Profil des cas de Mpox. Surveillance épidémiologique, zs Kakokolo. Kinshasa.
25. Nguema.L & al (2023) Mpox transmission dynamics in low – income settings : vulnerability and reponse strategies. African Health Monitor, 30(2), 45 – 52
26. Ogoina.D & al (2022) Clinical and demographic characteristics of confirmed human monkeypox cases in Nigeria: A multi – centre study. Lancet Infection Dis, 22(10),1338 – 1346
27. WHO RDC (2023) Rapport de surveillance Mpox. Kinshasa : bureau OMS – RDC
28. Thornhill. J.P & al (2022) Monkeypox virus infection in humans across 16 countries. New England Journal of Medecine, 387(8), 679 – 691.
29. Betancourt.W.Q & al (2024) association of Tecovirimat Therapy With Mpox Symptom Improvement: A Cross – sectional Study – King County. Washington. The journal of Infectious Diseases.