



REVIEW ARTICLE

GESTION DE LA 17^e ÉPIDÉMIE DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA DANS LA PROVINCE DE L'ITURI: Rôle des acteurs dans une riposte en contexte de conflit armé.

¹Prof. Michel Remo Yossa, ²Prof. Robert Bungishabaku Katho and
³Dr. Nancy Say Kana

¹PhD en Sciences de Gestion, République Démocratique du Congo; ²PhD en Théologie, République Démocratique du Congo; ³PhD en Sciences de l'Education, République Démocratique du Congo

ARTICLE INFO

Article History:

Received 15th April, 2026
Received in revised form
20th May, 2026
Accepted 25th June, 2026
Published online 31st August, 2026

Keywords:

Ebola, virus Bundibugyo, Ituri, RDC, santé publique, gestion des urgences sanitaires, riposte multisectorielle, conflit armé

*Corresponding author:

Prof. Michel Remo Yossa

ABSTRACT

Déclarée le 15 mai 2026 dans la province de l'Ituri, au nord-est de la République démocratique du Congo (RDC), la 17^e épidémie de Maladie à Virus Ebola que connaît le pays depuis 1976 se distingue par une propagation plus rapide que toute épidémie d'Ebola antérieurement documentée, par son caractère interprovincial et transfrontalier, et par la rareté de la souche en cause, le virus Bundibugyo, pour lequel aucun vaccin ni traitement homologué n'est disponible bien que quelques cas d'essais cliniques sont en cours. A ce jour, 103^{ième} jours après sa déclaration officielle, l'épidémie a déjà conquis six provinces du pays faisant 2744 décès, 770 patients en isolement/Hospitalisation, 1269 patients guéris sur 5713 cas recensés, se propageant au-delà de la province de l'Ituri vers le Nord-Kivu, le Sud-Kivu, Haut-Uélé, Bas-Uélé Tshopo, et jusqu'en Ouganda, pays voisin. Cette crise sanitaire survient dans un contexte régional marqué par des décennies de conflits armés, la présence de dizaines de groupes armés, des déplacements massifs de population et des attaques répétées contre les agents et les structures de santé. Mobilisant les cadres théoriques de la gestion des urgences de santé publique et de la coordination multi-acteurs, cet article propose une analyse systématique du rôle joué par les différentes catégories d'acteurs notamment les autorités nationales et provinciales congolaises, les organisations internationales, les partenaires techniques et financiers bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les communautés locales et les tradipraticiens dans la riposte à cette épidémie, ainsi que des défis spécifiques que l'insécurité, la méfiance communautaire et la fragilité du système de santé font peser sur son contrôle effectif.

Copyright©2026, Michel Remo Yossa et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Prof. Michel Remo Yossa, Prof. Robert Bungishabaku Katho and Dr. Nancy Say Kana. 2026. "A case of huge mucinous cystadenoma of ovary in a perimenopausal women with two previous caesarean section: A case report and review of literature", *International Journal of Recent Advances in Multidisciplinary Research*, 13,(08), 12710-12715.

INTRODUCTION

Contexte et justification: La RDC est le pays où le virus Ebola a été identifié pour la première fois en 1976, près de la rivière Ebola, dans l'actuelle province de la Mongala. Depuis cette date, le pays a connu, à des intervalles plus ou moins réguliers, une succession d'épidémies localisées qui ont fait de la RDC, le pays le plus fréquemment confronté à cette maladie hémorragique virale à l'échelle mondiale (OMS, 2025). La dernière épidémie en date avant celle étudiée dans cet article s'est achevée en décembre 2025 à Bulape, dans la province du Kasai, après quatre mois d'une réponse jugée rapide et bien coordonnée avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cinq mois à peine après cette clôture, une nouvelle flambée épidémique a été confirmée le 15 mai 2026 dans la province de l'Ituri (Ministère de la santé 2026), au nord-est du pays : il s'agit de la 17^e épidémie de maladie à virus Ebola que connaît la RDC depuis 1976.

Cette 17^e épidémie présente des caractéristiques qui la distinguent nettement des flambées précédentes. Elle est causée par une souche rare du virus, l'ébolavirus Bundibugyo, pour laquelle il n'existe pour le moment ni vaccin ni traitement homologué, à l'instar du vaccin Ervebo qui a démontré son efficacité contre la souche Zaïre (Ministère de la santé, 2026).

Problématique: Cet article s'articule autour de la question centrale suivante: quel rôle ont joué les différentes catégories d'acteurs nationaux, internationaux, communautaires dans la gestion de la 17^e épidémie de maladie à virus Ebola dans la province de l'Ituri, et comment leur coordination a-t-elle été affectée par le contexte spécifique de conflit armé et de fragilité sécuritaire qui caractérise cette région de la RDC ? Cette question se décline en plusieurs sous-questions : quelle a été la chronologie et l'ampleur épidémiologique de cette épidémie depuis sa déclaration officielle ? Quel rôle spécifique ont joué les autorités nationales et provinciales congolaises, les organisations internationales, les partenaires bilatéraux, les

organisations non gouvernementales et les communautés locales dans la riposte engagée? Quels défis l'insécurité, la méfiance communautaire et la fragilité structurelle du système de santé ituriens ont-ils fait peser sur l'efficacité de cette coordination multi-acteurs? Quelles perspectives et recommandations permettraient de renforcer la gestion des futures urgences sanitaires dans ce type de contexte de conflit armé chronique?

Objectifs de l'étude: Cette étude poursuit quatre objectifs : (i) retracer la chronologie et l'ampleur épidémiologique de la 17^e épidémie de maladie à Virus Ebola dans la province de l'Ituri depuis sa déclaration officielle le 15 mai 2026 ; (ii) analyser le rôle spécifique joué par chaque catégorie d'acteurs mobilisée dans la riposte à cette épidémie ; (iii) examiner les défis particuliers que le contexte de conflit armé chronique de l'Ituri fait peser sur l'efficacité de cette riposte multi-acteurs ; et (iv) formuler des recommandations opérationnelles à l'intention des autorités sanitaires congolaises et de leurs partenaires pour la gestion des futures urgences sanitaires en contexte de fragilité sécuritaire.

Intérêt et originalité de l'étude: Si la littérature sur la gestion des épidémies d'Ebola en RDC s'est considérablement développée depuis la grande épidémie du Nord-Kivu et de l'Ituri de 2018-2020, qui a fait à peu près 2 299 morts en près de deux ans, les analyses portant spécifiquement sur la 17^e épidémie, déclarée en mai 2026, demeurent par nature très récentes et encore peu nombreuses dans la littérature académique, la crise étant toujours en cours au moment de la rédaction de cet article. L'originalité de cette étude se situe dans son ancrage dans l'actualité la plus immédiate de cette crise sanitaire et par son focus spécifique sur l'analyse du rôle différencié des acteurs mobilisés, dans un contexte de conflit armé qui distingue cette épidémie des autres urgences sanitaires survenues dans des contextes plus stables, tout en la rapprochant des enseignements tirés de l'épidémie de 2018-2020 dans la même région.

Cadre théorique

La gestion des urgences de santé publique: Le champ de la gestion des urgences de santé publique, formalisé notamment à travers le Règlement sanitaire international de l'OMS (2005) et son mécanisme de déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), fournit le premier cadre théorique mobilisé dans cet article. Ce cadre définit un ensemble de fonctions essentielles de la riposte à une épidémie notamment sa coordination, sa surveillance épidémiologique, sa prise en charge clinique, sa prévention et contrôle des infections, sa communication sur les risques et engagement communautaire et sa logistique organisées autour d'une structure de commandement unifiée, destinée à assurer la cohérence de l'action d'un grand nombre d'acteurs opérant simultanément sur un même théâtre d'opération sanitaire.

La théorie des parties prenantes appliquée à la gouvernance sanitaire: La théorie des parties prenantes, initialement développée dans le champ du management stratégique par Edward Freeman (1984), offre un second éclairage pertinent pour analyser la multiplicité des acteurs impliqués dans la riposte à une épidémie de grande ampleur : autorités publiques nationales et provinciales, organisations internationales, partenaires techniques et financiers bilatéraux, organisations non gouvernementales, structures communautaires locales,

chacun disposant d'intérêts, de ressources, de légitimités et de capacités d'action distincts, dont la coordination effective conditionne largement l'efficacité globale de la riposte. Cette approche invite à ne pas réduire l'analyse de la gestion épidémique aux seules autorités sanitaires officielles, mais à considérer l'ensemble de l'écosystème d'acteurs, y compris des acteurs non étatiques ou informels dont le rôle, notamment en contexte de conflit armé, peut s'avérer déterminant.

L'approche « Une seule santé » et la résilience des systèmes de santé

L'approche « Une seule santé », qui reconnaît l'interdépendance entre la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale, est particulièrement pertinente pour une maladie zoonotique telle qu'Ebola, dont le réservoir animal demeure encore incomplètement caractérisé pour la souche Bundibugyo. Cela complète ce cadre théorique en soulignant la nécessité d'une coordination intersectorielle dépassant le seul secteur sanitaire. Cette approche est complétée par la littérature sur la résilience des systèmes de santé, qui souligne la capacité différenciée des systèmes de santé à absorber, à s'adapter et à se transformer face à un choc épidémique, laquelle capacité conditionnée par le niveau de préparation préalable, la disponibilité de ressources humaines et matérielles, et la solidité du lien de confiance entre les institutions sanitaires et les populations qu'elles desservent avec un lien de confiance particulièrement fragilisé dans un contexte de conflit armé chronique tel que celui de l'Ituri.

La théorie de l'engagement communautaire dans la riposte épidémique

Enfin, la littérature consacrée à l'engagement communautaire dans la gestion des épidémies, largement enrichie par les enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest de 2014-2016 puis de l'épidémie du Nord-Kivu et de l'Ituri de 2018-2020, souligne que l'efficacité de la riposte sanitaire dépend de façon déterminante de l'acceptabilité sociale des mesures de contrôle par les populations affectées, elle-même conditionnée par la qualité du dialogue engagé avec les leaders communautaires, religieux et traditionnels, et aussi par la prise en compte des représentations culturelles locales de la maladie, qui peuvent, en l'absence d'un tel dialogue, se traduire par des phénomènes de déni.

MÉTHODOLOGIE

Cet article repose sur une démarche qualitative de type revue de littérature narrative et analyse documentaire, mobilisant trois catégories de sources, sélectionnées et analysées jusqu'au 25 Août 2026. Il s'agit, des sources académiques relevant de la gestion des urgences de santé publique, des sources institutionnelles de première main relatives à la riposte elle-même rapports de situation de l'Institut national de santé publique (INSP) de la RDC, des sources journalistiques et d'analyse spécialisées dans les enjeux sécuritaires et humanitaires de l'Est de la RDC, permettant de contextualiser la riposte sanitaire au regard de la crise sécuritaire régionale. L'analyse thématique des sources collectées a permis de construire une synthèse structurée autour des catégories analytiques retenues dans cette étude. Cette approche de synthèse documentaire présente l'avantage de s'appuyer sur des sources institutionnelles de première main récentes pour

analyser une crise sanitaire encore en cours, tout en reconnaissant les limites inhérentes d'une telle démarche. En effet, le caractère évolutif de la situation épidémiologique implique que certaines données chiffrées mobilisées dans cet article, arrêtées au 25 Août 2026, seront rapidement dépassées par l'évolution ultérieure de la crise. Pour cette raison, et par précaution méthodologique, ces sources sont discutées en détail avec une relecture assurée à la fin d'article.

RÉSULTATS

Le rôle des acteurs dans la riposte à l'épidémie

Les autorités nationales congolaises: coordination politique et opérationnelle: Le gouvernement congolais a rapidement structuré une réponse institutionnelle de haut niveau à l'épidémie, sous l'autorité directe du Président de la République, Félix-Antoine Tshisekedi, qui a présidé personnellement plusieurs réunions de la Task Force nationale de riposte contre Ebola, notamment sa quatrième réunion tenue le 13 juillet 2026 à la Cité de l'Union africaine à Kinshasa, consacrée à la persistance de l'épidémie en Ituri et à la tendance à son extension vers d'autres provinces du pays. À cette occasion, le Chef de l'État a désigné le Docteur Steve Ahuka, figure reconnue de la lutte contre Ebola en RDC, en qualité de manager terrain de la riposte, une nomination destinée à renforcer la coordination opérationnelle sur le terrain face à l'extension géographique de la crise.

Le Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance sociale a qualifié l'épidémie d'« urgence absolue », a par ailleurs organisé un appui logistique direct à la riposte provinciale, illustré notamment par la remise officielle de cent trente-cinq motos à la Division provinciale de la santé de l'Ituri. Le Ministre a informé que le Gouvernement avait d'urgence débloqué 50 millions de dollars américains pour financer le plan de riposte et sur le plan scientifique, l'Institut national de recherche biomédicale (INRB), basé à Kinshasa, a joué un rôle déterminant dans la confirmation initiale des premiers échantillons prélevés en Ituri, tandis que l'Institut national de santé publique (INSP) a assuré la production régulière de rapports de situation détaillés, documentant l'évolution de l'épidémie zone de santé par zone de santé.

L'Organisation mondiale de la santé: appui technique et déclaration d'urgence internationale: L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a joué un rôle central dans la riposte internationale à l'épidémie, en déployant dès les premiers jours une équipe en Ituri pour appuyer les autorités sanitaires congolaises dans les investigations épidémiologiques, notamment la recherche des contacts et la collecte d'échantillons sur le terrain. Le Directeur général de l'OMS, le Docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, a personnellement suivi et communiqué sur l'évolution de la situation dès les premiers jours de la crise, avant de déclarer, le 17 mai 2026, que l'épidémie constituait une urgence de santé publique de portée internationale, plus haut niveau d'alerte prévu par le Règlement sanitaire international et une déclaration qui a permis de mobiliser rapidement des ressources financières et techniques additionnelles, notamment 500 000 dollars débloqués depuis le Fonds d'urgence de l'organisation dès les premiers jours de la riposte.

Le Centre africain de prévention et de contrôle des maladies : un acteur continental de premier plan: Le Centre africain

de prévention et de contrôle des maladies (Africa CDC), agence spécialisée de l'Union africaine créée dans le sillage de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016), a joué un rôle de premier plan dans la riposte à la 17^e épidémie congolaise, déclarant à son tour une urgence de santé publique continentale le 18 mai 2026, au lendemain de la déclaration de l'OMS, et co-pilotant avec cette dernière, le plan conjoint de riposte de six mois lancé le 5 juin. Cette implication d'Africa CDC traduit la montée en puissance progressive des mécanismes continentaux africains de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, complémentaires de l'action de l'OMS, et témoigne également d'une appropriation africaine croissante de la gouvernance des crises sanitaires survenant sur le continent.

Les partenaires bilatéraux internationaux: un appui financier et diplomatique différencié: Les partenaires bilatéraux internationaux de la RDC ont apporté un soutien substantiel à la riposte, au premier rang desquels les États-Unis, qualifiés de premier partenaire de la RDC dans la lutte contre Ebola par le chargé d'affaires de l'ambassade américaine à Kinshasa, monsieur Lan J. McCary, qui a annoncé, lors de la réunion de la Task Force nationale du 13 juillet 2026, que son pays avait déjà consacré plus de six cents millions de dollars à la riposte, avec l'engagement de poursuivre cet effort. Il faut noter que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies a par ailleurs annoncé l'envoi d'experts dans la région dès les premiers jours de la crise, tandis que la visite officielle du Président sud-africain, Cyril Ramaphosa, à Kinshasa le 2 juillet 2026, a été spécifiquement présentée comme destinée à réaffirmer le soutien de Pretoria face à l'épidémie, illustrant la mobilisation diplomatique de haut niveau suscitée par cette crise sanitaire à l'échelle du continent.

Les organisations non gouvernementales et humanitaires: Les organisations non gouvernementales et humanitaires, dont la Croix-Rouge, ALIMA, MSF Belgique, MSF Suisse, Samaritan's Purse, PPSSP, PAM, Solidarités International ont joué un rôle opérationnel de terrain déterminant dans la riposte, contribuant notamment à la prise en charge des corps selon des protocoles funéraires sécurisés, l'une des mesures les plus critiques pour interrompre les chaînes de transmission d'Ebola, d'autant plus que la maladie se transmet notamment du cadavre d'une victime à un parent en deuil lors des rites funéraires traditionnels. La Croix-Rouge a par ailleurs alerté dès les premières semaines de la crise sur le fait que l'épidémie n'avait pas encore atteint son pic et pourrait durer jusqu'à un an, une évaluation qui a contribué à mobiliser une réponse internationale à la mesure de la gravité anticipée de la crise. D'autres organisations non gouvernementales ont contribué au montage de centres de traitement et d'hôpitaux de campagne en périphérie de Bunia, face à la saturation rapide des établissements hospitaliers existants de la capitale provinciale (HGR Bunia, ISTM/Nyankunde, Nyankunde village avec SP, Rwampara avec ALIMA, Centre Médical Evangélique, Clinique Salama, Clinique Elikya avec MSF Belgique, etc.)

Les acteurs communautaires: relais communautaires et tradipraticiens: Les acteurs communautaires ont joué un rôle à la fois indispensable et particulièrement exposé dans la riposte à l'épidémie. Les relais communautaires, chargés notamment de la recherche des contacts et de la sensibilisation de proximité à Bunia, ont dû faire face à des agressions et à un climat de déni persistant au sein de certaines communautés

locales, la maladie ayant, dans plusieurs localités, été initialement perçue comme une « maladie mystique », relevant de la sorcellerie ou d'un empoisonnement, ce qui a retardé l'alerte officielle de plusieurs semaines et compliqué durablement le travail de terrain des équipes de riposte.

Parallèlement, les praticiens de la médecine traditionnelle largement consultés par les populations locales, en particulier les plus vulnérables financièrement et pour lesquelles les soins de qualité en secteur biomédical demeurent coûteux, ont revendiqué une reconnaissance comme acteurs à part entière de la lutte contre Ebola, alors même que les organisations non gouvernementales impliquées dans la riposte peinaient à surmonter seules la méfiance de la population. Cette revendication a conduit à l'organisation d'une formation officielle sur la prévention et le contrôle des infections et l'eau, l'hygiène et l'assainissement (PCI-WASH) au bénéfice de deux cent quatre-vingts prestataires de soins issus de structures étatiques, privées et traditionnelles dans la zone de santé de Mongbwalu, traduisant une reconnaissance institutionnelle progressive du rôle potentiel des tradipraticiens dans la chaîne de riposte, à condition d'un encadrement technique approprié.

Un acteur non étatique de facto : les groupes armés et le M23: Enfin, la spécificité la plus marquante de la gestion de cette 17^e épidémie, par rapport aux crises sanitaires survenues dans des contextes plus stables, réside dans le rôle de facto joué par les groupes armés opérant dans l'est de la RDC, en particulier le Mouvement du 23 mars (M23) qui contrôle notamment les villes de Goma et de Bukavu depuis le début de l'année 2025. La confirmation d'un cas à Goma sous contrôle du M23 dès le 17 mai 2026, ainsi que la référence, par le porte-parole du mouvement lui-même, à un cas signalé au Sud-Kivu chez un malade en provenance de Kisangani, illustrent la nécessité, pour les acteurs sanitaires internationaux et congolais, de composer directement ou indirectement avec ce groupe armé pour assurer l'accès aux populations et la continuité des activités de surveillance et de prise en charge dans les zones sous son contrôle, une configuration inédite qui transforme la santé publique en un terrain supplémentaire de la rivalité politique et militaire opposant Kinshasa à Kigali dans la région.

Défis spécifiques d'une riposte en contexte de conflit armé

L'insécurité et les attaques contre les structures et agents de santé: Le défi le plus structurant pour la riposte à cette 17^e épidémie demeure l'insécurité chronique qui caractérise l'est de la RDC, où le ciblage des soins de santé est un phénomène généralisé, avec plus d'une centaine d'attaques recensées contre des agents de santé en Ituri au cours de la seule année 2025, précédant l'épidémie elle-même. Ce phénomène, déjà largement documenté lors de la précédente épidémie du Nord-Kivu et de l'Ituri de 2018-2020, expose directement les équipes de riposte à des risques physiques significatifs, complique l'accès à certaines zones sanitaires touchées. Le cas illustratif est celui du 15 juillet 2026 où un incident meurtrier a eu lieu au centre de santé de Nyakunde dans le territoire d'Irumu, faisant état de trois morts, à la suite d'un conflit entre personnel soignant et famille d'une patiente enceinte, aggravé par l'intervention de membres armés de la milice FPIC/Chini ya Kilima (Radio Okapi ; <https://www.bing.com>, 2026) entraînant la mort du chef de la milice. Ces événements ont entraîné la fuite de plusieurs patients et la désorganisation des services de santé.

La méfiance communautaire et les résistances à la riposte: La méfiance communautaire à l'égard de la riposte sanitaire officielle constitue un deuxième défi majeur, alimenté par des rumeurs et des interprétations culturelles de la maladie initialement perçue, dans plusieurs localités, comme relevant de la sorcellerie ou de l'empoisonnement, retardant l'alerte officielle de plusieurs semaines. Cette méfiance, documentée de façon récurrente lors des épidémies d'Ebola survenues dans cette région depuis 2018, s'est traduite concrètement, lors de cette 17^e épidémie, par des agressions et des situations de déni rencontrées par les relais communautaires chargés de la recherche des contacts à Bunia.

La saturation des capacités hospitalières et logistiques: La rapidité de progression de l'épidémie a très vite conduit à la saturation des capacités hospitalières de Bunia, contraignant les autorités sanitaires et leurs partenaires à monter des centres de traitement et des hôpitaux de campagne en périphérie de la ville et en zone rurale, tandis qu'environ six centres de santé de bonne réputation dont CME, Clinique Salama de Bunia etc ont dû être temporairement fermés pour désinfection au début du mois de juin 2026, réduisant d'autant la capacité de prise en charge des autres besoins de santé de la population dans un contexte déjà marqué par une offre de soins fragile. Cette saturation illustre les limites structurelles des capacités hospitalières et logistiques face à une épidémie dont la vitesse de propagation a dépassé toutes les épidémies d'Ebola précédemment documentées (Ministère de la santé, 2026).

L'absence de vaccin et de traitement homologués contre la souche Bundibugyo: L'absence de vaccin ou de traitement homologué contre l'ébolavirus Bundibugyo, à la différence de la souche Zaïre pour laquelle le vaccin Ervebo a démontré son efficacité lors de l'épidémie de 2018-2020, constitue un défi technique et scientifique majeur pour la riposte à cette 17^e épidémie. Si des experts ont envisagé l'utilisation du vaccin Ervebo par extrapolation, en l'absence de données d'efficacité spécifiques contre cette souche, et si des essais cliniques étaient en préparation à la mi-2026, la riposte reposait, au moment de la rédaction de cet article, essentiellement sur des mesures non pharmaceutiques classiques notamment l'isolement des cas, la recherche des contacts, la prévention et contrôle des infections, la protocoles funéraires sécurisés dont l'efficacité dépend directement du niveau d'acceptabilité communautaire évoqué précédemment.

La coordination transfrontalière et la gestion des tensions diplomatiques: La propagation transfrontalière de l'épidémie vers l'Ouganda a nécessité une coordination sanitaire renforcée entre les deux pays, dans un contexte où la fermeture partielle des frontières et la suspension des vols et du transport de passagers décidées par l'Ouganda dès le 21 mai 2026 ont généré des conséquences économiques significatives pour les échanges commerciaux transfrontaliers. La réunion ministérielle extraordinaire de la Communauté d'Afrique de l'Est, tenue les 1^{er} et 2 juin 2026, a permis de définir une réponse régionale coordonnée privilégiant le renforcement de la surveillance aux points d'entrée plutôt qu'une fermeture totale des frontières. Il est à noter que la république de l'Ouganda a dépêché un groupe d'experts pour appuyer également les équipes de la riposte. Cette collaboration s'est faite remarquée en date du 7 juillet par la présence du ministre ougandais Chris Baryomunsi, en charge de la santé publique à Bunia.

DISCUSSION

L'analyse développée dans cet article invite à plusieurs mises en perspective critiques. Premièrement, le caractère par nature évolutif et encore en cours de la crise étudiée constitue une limite méthodologique majeure et assumée de cet article. En effet, les données chiffrées mobilisées, arrêtées au 25 Août 2026, seront nécessairement dépassées par l'évolution ultérieure de l'épidémie, dont l'issue d'endiguement rapide à l'image de l'épidémie de Bulape en 2025, ou prolongation sur plusieurs mois voire une année à l'image de l'épidémie du Nord-Kivu et de l'Ituri de 2018-2020, demeurerait incertaine au moment de la rédaction de cet article. Des analyses complémentaires, menées une fois la crise achevée, permettront d'établir un bilan plus complet et définitif du rôle des différents acteurs et de l'efficacité globale de la riposte engagée. Deuxièmement, la question de la responsabilité du retard de détection initiale de l'épidémie, évoquée par plusieurs épidémiologistes qui l'attribuent en partie aux restrictions budgétaires ayant affecté les programmes mondiaux de surveillance sanitaire, mérite d'être examinée avec prudence dans l'attente d'analyses rétrospectives plus approfondies, qui permettront de mieux distinguer la part respective des facteurs budgétaires internationaux, des facteurs sécuritaires locaux propres à l'Ituri, et des facteurs socioculturels liés à la méfiance communautaire en rapport avec l'explication de ce retard occasionnant pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois de circulation communautaire non détectée. C'est ce retard dans la détection qui a vraisemblablement contribué de façon déterminante à la vitesse de propagation inédite observée lors de cette épidémie. Troisièmement, l'implication de facto d'un acteur non étatique tel que le M23 dans la gestion d'une crise sanitaire d'ampleur internationale constitue une configuration sans précédent dans l'histoire des épidémies d'Ebola en RDC, qui soulève des questions éthiques et opérationnelles inédites quant aux modalités d'engagement des acteurs sanitaires internationaux avec ce type d'acteur, dans un contexte où la neutralité et l'impartialité habituellement revendiquées par les organisations humanitaires internationales se heurtent aux réalités du contrôle territorial effectif exercé par des groupes armés sur une partie du théâtre épidémique. Cette configuration mériterait de faire l'objet d'analyses spécifiques et approfondies, dépassant le cadre de cet article, consacrées aux enjeux de gouvernance sanitaire en contexte de territoires disputés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La gestion de la 17^e épidémie de maladie à virus Ebola dans la province de l'Ituri, déclarée le 15 mai 2026, illustre de façon saisissante la complexité de la riposte à une urgence de santé publique majeure survenant dans un contexte de conflit armé chronique. Cet article a montré que la riposte à cette épidémie a mobilisé une constellation d'acteurs aux rôles différenciés et complémentaires. De ce fait, cette étude formule des recommandations suivantes:

Renforcer l'intégration de la dimension sécuritaire dans la planification sanitaire: Cela consiste à intégrer plus systématiquement l'analyse du contexte sécuritaire et des dynamiques de conflit armé dans la planification et le déploiement des ripostes épidémiques dans l'Est de la RDC à travers le développement des protocoles opérationnels

spécifiques pour l'accès aux zones sous contrôle de groupes armés.

Investir massivement dans l'engagement communautaire précoce: Il est question d'investir massivement et précocement dans l'éducation pour un engagement communautaire, en mobilisant systématiquement les leaders religieux, traditionnels et communautaires locaux dès les premiers signaux d'alerte épidémiologique, avant même la confirmation officielle de l'épidémie, afin de prévenir les phénomènes de déni et de résistance qui ont retardé l'alerte de plusieurs semaines lors de cette 17^e épidémie.

Sécuriser les agents de santé et des relais communautaires: Il est important de renforcer les dispositifs de protection physique et psychologique des agents de santé et des relais communautaires directement exposés aux risques d'agression sur le terrain, condition indispensable pour maintenir leur engagement et leur capacité opérationnelle dans la durée face à l'épidémie.

Accélérer la recherche sur les contre-mesures médicales spécifiques à la souche Bundibugyo: Accélérer à l'échelle internationale, les efforts de recherche et développement de vaccins et de traitements spécifiquement homologués contre l'ébolavirus Bundibugyo, dont l'absence constitue un défi technique majeur pour la riposte actuelle. La nécessité d'une surveillance permanente des épidémies est souhaitable pour favoriser la détection en temps des dangers et éviter d'exposer les prestataires de soins aux risques de contamination comme c'est le cas actuel. Envisager la dotation en laboratoires dignes et crédibles dans les provinces en risque, car Kinshasa reste très éloigné des populations nécessiteuses.

Consolider la coordination multi-acteurs et la gouvernance de la Task Force nationale: Consolider les mécanismes de coordination multi-acteurs mis en place autour de la Task Force nationale de riposte contre Ebola, en clarifiant les rôles et responsabilités respectifs des autorités nationales, provinciales, des organisations internationales, des partenaires bilatéraux et des organisations non gouvernementales avec le mot d'ordre : « un plan, un budget, une équipe » prôné par le ministre de la sante pour éviter de travailler en ordre dispersé.

Renforcer la coordination sanitaire régionale et transfrontalière: Enfin, la sixième recommandation consiste à pérenniser et à approfondir les mécanismes de coordination sanitaire régionale amorcés à travers la réunion ministérielle extraordinaire de la Communauté d'Afrique de l'Est de juin 2026, notamment par l'opérationnalisation effective du groupe de travail technique régional chargé de la surveillance épidémiologique transfrontalière, afin de prévenir la récurrence de tensions diplomatiques et de fermetures unilatérales de frontières lors de futures crises sanitaires susceptibles d'affecter simultanément plusieurs pays de la région des Grands Lacs africains. En définitive, l'endiguement durable de cette 17^e épidémie, comme la préparation aux crises sanitaires futures dans cette région particulièrement exposée, supposent une mobilisation résolue et mieux coordonnée de l'ensemble des acteurs identifiés dans cet article, articulant impérativement la dimension strictement sanitaire de la riposte à une prise en compte réaliste des dynamiques sécuritaires, communautaires et politiques qui structurent durablement le contexte de l'Est de la RDC. Des recherches futures, menées une fois cette crise achevée, permettront d'établir un bilan plus

complet de l'efficacité de cette riposte multi-acteurs et d'en tirer des enseignements pour la gestion des prochaines urgences sanitaires.

RÉFÉRENCES

Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (2026). *Rapport sur le Virus Bundibugyo, VirusDisease (BVD): Fact Sheet*. Addis-Abeba .

Centre d'études stratégiques de l'Afrique. (2026). *Épidémie d'Ebola en RDC : explication*.

Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Boston : Pitman.

Guka, Grace (2024). Ituri : Rapport OCHA sur le déplacement de près de 2 millions des déplacés enregistrés entre janvier 2021 et février 2024 :

Institut de relations internationales et stratégiques. (2026). *RDC : la riposte Ebola face à l'instabilité politique et sécuritaire*.

Institut national de santé publique (2026). *Rapport de situation n°016 de la 17ème épidémie de la maladie à virus Ebola-Bundibugyo*, Kinshasa : INSP.

ONU Info. (2026). RD Congo : l'OMS confirme une nouvelle flambée d'Ebola en Ituri.

Organisation mondiale de la santé. (2026). *Bundibugyo Virus Disease Outbreak: Democratic Republic of the Congo*, situation report, 17-18 mai 2026. Genève : OMS.

Plateforme Sciences sociales pour l'action humanitaire. (2026). *Épidémie d'Ebola en Ituri (RDC) – Aperçu du contexte*.

Radio Okapi. (2026). *Tendance à l'extension d'Ebola dans d'autres provinces : Félix Tshisekedi désigne un manager terrain de la riposte*.

UNRIC - Centre d'information des Nations Unies. (2026). *Ebola : ce qu'il faut savoir sur la souche qui se répand en RDC*.

US Centers for Disease Control and Prevention. (2026). *Ebola Outbreak: Current Situation*, Atlanta : CDC.

Wikipédia. (2026). *Épidémie de maladie à virus Ebola dans la province d'Ituri*.
