


NOTE D'ANALYSE

No 002



**LA 17^{ÈME} RÉSURGENCE DE LA
MALADIE À VIRUS EBOLA EN ITURI :**
Fragilité structurelle, urgence
sanitaire et défis de gouvernance

1.Introduction

L'histoire de la maladie à virus Ebola (MVE) dans la province de l'Ituri est marquée par deux crises sanitaires majeures, la dixième épidémie de la République Démocratique du Congo survenue entre 2018 et 2020, ainsi que la toute nouvelle détectée en mi-mai 2026, après une circulation discrète du virus commencée dès le mois d'avril. Selon un décompte rapporté le 4 juin par le ministère congolais de la santé, le nombre de cas confirmé s'élève 381 dont 63 décès, soit un taux de létalité de près de 20% en RDC.

L'Ouganda en compte 16 cas confirmés. Quelques jours plus tôt, l'OMS avait désigné cette 17^{ème} épidémie comme une urgence de santé publique de portée internationale.

L'Ituri est la province la plus touchée, elle compte à elle seule plus de 90% de cas. Les autres provinces affectées sont le Nord Kivu et le Sud Kivu.

A ce jour, il est rapporté quelque 5 cas certifiés guéris, ce qui rassure tout que la maladie est curable si évidemment la prise en charge commence tôt. Au-delà de la frontière congolaise, seul l'Ouganda est déjà touché, il compte à ce jour une quinzaine des cas confirmés.

Décès

20 %

Cas confirmés en Ituri

90 %

5

cas certifiés guéris

La réapparition du virus Ebola en province de l'Ituri n'est malheureusement ni un fait isolé, ni une surprise totale. Elle s'inscrit dans la longue série de résurgences épidémiques qui rappellent à quel point la République démocratique du Congo demeure un espace de forte vulnérabilité sanitaire. Elle relance le débat sur les faiblesses structurelles du système sanitaire national, et ses implications sur la cohésion sociale dans un contexte marqué par l'imbrication de la crise sécuritaire, la crise sociale et la faiblesse de l'appareil de l'Etat.

L'objectif de la présente analyse est de rappeler le danger que représente cette épidémie et d'attirer l'attention de la communauté et des décideurs sur les leçons tirées des déficiences de la riposte contre de l'épidémie de 2018-2020.

De par sa structure, le papier apprécie, dans sa deuxième section, le caractère propice de l'Ituri pour la résurgence de la MVE ; il cherche, dans sa troisième section, à montrer pourquoi ce virus est récurrent en RDC, avant de mettre en évidence, en section quatrième, le danger de l'apparition d'une souche non-Zaïre. Avant de conclure, quelques leçons issues de l'épidémie de 2018-2020 sont explorées dans la cinquième section.



2. L'Ituri, un terreau propice pour la propagation d'Ebola

Pour comprendre pourquoi la maladie à virus Ebola (MVE) ressurgit en Ituri, il faut sortir d'une lecture strictement biomédicale. Une épidémie ne se développe dans un contexte social, économique, sécuritaire et institutionnel qui lui est favorable. L'Ituri cumule en effet plusieurs facteurs de risque. C'est région de grande mobilité humaine, à denses interactions homme-faune, et surtout fortement marquée par l'insécurité.



2.1. Une mobilité humaine intense

Les zones de santé affectées, notamment Bunia, Rwampara et Mongbwalu, sont caractérisées par des mouvements importants de la population. Bunia attire chaque jour des commerçants, des déplacés internes, des artisans miniers, des taximotards, des touristes et d'autres aventuriers venant des territoires voisins ou des pays lointains. Mongbwalu, en particulier, est un centre minier où l'exploitation artisanale de l'or entraîne des flux permanents et peu contrôlés des personnes. Il s'y observe, de tout temps, d'importants flux entrants et sortants des personnes. Or, comme toute épidémie, la MVE se propage précisément dans un contexte où les contacts humains sont denses et peu traçables.



2.2. L'exploitation minière et les interactions homme-faune

Mongbwalu se trouve au cœur de la forêt tropicale et équatoriale de l'Ituri, au nord-est de la République Démocratique du Congo. Cette commune rurale du territoire de Djugu est caractérisée par une végétation dense et un climat équatorial. La forte démographie de cette commune est un indicateur d'une grande demande de denrées alimentaires sur le marché local. C'est sans doute que la proximité de cette commune par rapport à la forêt l'érige en un marché privilégié de la viande de brousse. Dans ce contexte précis, chasseurs, revendeurs et consommateurs de la viande de brousse sont exposés de manière permanente au risque de zoonose.



Il est connu que les flambées d'Ebola trouvent souvent leur origine dans un passage du virus depuis des réservoirs animaux vers l'homme, probablement via des chauves-souris frugivores ou d'autres animaux sauvages. Dans des milieux où la chasse, la consommation de viande de brousse relève de la culture alimentaire locale, le risque de contracter le virus Ebola est sans cesse élevé.

STOP Ebola

Eviter de manger la viande de la chauve-souris, singe et d'autres animaux de la brousses morts



2.3. Prévalence de l'insécurité

L'Ituri reste profondément marquée par l'activisme des groupes armés, ceux-ci s'y comptent par dizaine. Les déplacements forcés de populations, la méfiance intercommunautaire et la fragilité de l'autorité publique sont la conséquence de ce contexte. L'activisme des ADF dans les Territoires d'Irumu et de Mambasa, les actions subversives de la milice CODECO et de la CRP de Thomas Lubanga font de cette province l'une des provinces les plus instables de la RDC. C'est d'ailleurs à ce titre que l'état de siège y avait été décrété en 2021.



Ce contexte bien trouble préfigure une riposte plutôt difficile, aux résultats peu reluisants. Les équipes médicales ont besoin d'un minimum de sécurité pour accéder rapidement aux foyers, tracer les cas-contacts, les isoler, ou pour inhumer les morts de manière sécurisée. La sécurité est aussi une condition essentielle pour sensibiliser les communautés à un comportement conséquent. Sans garantie de sécurité, la MVE se présente, dans cette province particulièrement, comme une crise en plus de celles qui existent déjà, et non comme un problème à résoudre grâce aux atouts qu'offre le système de gouvernance ambiant. C'est donc à juste titre que le DG de l'OMS, Dr. Gebreyesus, de passage dans cette province, avait appelé tous les belligérants à observer un cessez-le-feu, même temporaire, pour faire face à ce mal commun.



3. Récurrence de la maladie à virus Ebola en RDC : défaut de gouvernance sanitaire ou amnésie historique collective ?

Cette nouvelle épidémie de la MVE amène à se demander pourquoi la RDC en est constamment sujette. La réponse à cette question peut se décliner en quatre orientations. D'abord, l'Afrique est à considérer comme un creuset de ce virus. Ensuite, la défaillance institutionnelle est responsable de la fragilité du système sanitaire RDC. Par ailleurs, la méfiance populaire à l'égard de la maladie dénote que la population n'en a jamais été assez sensibilisé. Enfin, la persistance des conflits paralyse le système de santé.

3.1. Ebola, un virus bercé en Afrique

Le virus Ebola n'a jamais complètement disparu des écosystèmes africains. Lorsqu'on se remémore l'hécatombe de l'Afrique de l'Ouest de 2014 et celle de 2019 en RDC, il y a lieu de croire que le creuset du virus Ebola est en Afrique. Cela est d'autant avéré que depuis 50 ans, ce virus n'est renseigné qu'en Afrique noire. Il existe probablement, sur le continent africain, des conditions qui lui sont favorables. Des pays comme le Gabon, le Cameroun, le Congo, l'Ouganda ont en effet aussi subi des secousses sanitaires à cause de ce virus. Cependant, la RDC passe pour la star dans cette équipe. Non seulement le virus y a été découvert depuis 50ans, et depuis lors, il y a resurgi 17 fois, chaque épisode venant avec son lot de malheurs.

Certes, avec une telle expérience dans la lutte contre cette maladie, la RDC ne devrait pas frissonner lorsqu'elle réapparaît. Mais, plus d'un peut se demander pourquoi le système sanitaire congolais reste si fragile et visiblement peu capable à l'arrêter. La création de l'Institut National de Recherche Biologique (INRB) visait sans doute l'objectif d'éliminer ce virus du pays, mais lorsqu'on compte le nombre d'épisodes accumulées à ce jour, il y a de quoi s'interroger sur l'efficacité de cet Institut. Quels types de recherche réalisent-ils ? Que fait-on des résultats de ses recherches ? Quel financement reçoit-il ? Depuis 1976, en quoi est-il pertinent pour le Gouvernement ? Toutes ces questions, et bien d'autres sans doute, méritent d'être soulevé si tant est vrai que presque tous les coins du pays ont déjà été touchés. Exception faite de l'espace Katanga (sud du pays), toutes les parties du pays ont déjà subi, c'est vrai à des degrés divers, les affres de cette maladie. Du statut de scandale géologique, la RDC se prête-t-il bien à devenir un curieux « scandale sanitaire » !



3.2. La défaillance institutionnelle

La défaillance institutionnelle est une autre raison de la récurrence de la MVE en RDC. Chaque flambée révèle les limites d'un système de santé qui agit toujours dans l'urgence, sous perfusion des partenaires internationaux, sans parvenir à transformer durablement la surveillance épidémiologique locale. En RDC, malgré l'expérience accumulée en conséquence des précédentes épidémies, les capacités locales restent peu consolidées.

À chaque nouvelle crise, on redécouvre les mêmes faiblesses :

- insuffisance de laboratoires de proximité ;
- déficit du personnel formé ;
- faiblesse de la surveillance communautaire ;
- rupture des chaînes logistiques ;
- méfiance des populations envers les autorités sanitaires ;
- coordination parfois tardive entre niveau local, national et international.

Il devient dès lors légitime de se demander combien d'épidémies à virus Ebola il faut encore pour que l'État congolais soit vraiment sensible à ce danger, et s'engage véritablement dans sa prévention.

Dans cette même perspective, si la convocation rapide d'une réunion de crise par l'Africa CDC à la suite des alertes reçues est fort appréciable, elle révèle cependant que les réponses aux grandes urgences sanitaires en RDC dépendent encore fortement des institutions extérieures, notamment de l'OMS, de l'Africa CDC, de l'UNICEF ou d'ONG internationales. La chronicité de cette dépendance est inconfortable pour un État moderne, et soulève, non sans gêne, la question relative à l'effectivité de la souveraineté sanitaire en RDC.

Il convient cependant de saluer la subvention de dollars américains vingt millions (us\$ 20,000 000) que le Gouvernement de la RDC a décaissé en vue d'organiser rapidement la riposte. Ce montant est sans doute une goutte d'eau dans l'océan lorsqu'on sait que l'Africa CDC a évalué le coût global de la riposte à 319 millions de dollars américains. En espérant que la solidarité internationale va rapidement se déclencher, il est bon de rappeler qu'un système sanitaire efficace doit être en mesure de se créer ses propres moyens pour son fonctionnement.

Comme la MVE est endémique en RDC, on se serait plu d'apprendre la mobilisation du Fonds de réserve pour la prise en charge des épidémies à cette occasion ! Mais un Fonds pareil n'existe pas en RDC, la gouvernance sanitaire se fait par état de besoin, et cette pratique fragilise tout le système sanitaire. Ici les épidémies sont manifestement gérées grâce à la bienveillance de ceux qu'il est devenu courant d'appeler des « partenaires ». A tout le moins, ce statut reconnu aux Organisations et autres agences étrangères est, de notre point de vue, aliénant ; il véhicule, pour qui y regarde de près, une forme de re-colonisation voulue dans un secteur où l'État est censé être présent et agissant.

Dans le cadre du programme gouvernemental de développement (PDL-145), tous les territoires devraient être dotés en infrastructures de base pour simplifier l'accès aux services de base comme l'éducation, la santé, l'eau ... à la population. La résurgence de la maladie à virus Ebola permet de se rendre compte que ce programme n'est que du saupoudrage. En tout cas, la qualité et l'insuffisance des structures de santé, telle qu'elles se sont dévoilées à Mungbwalu et à Rwampara, ne permettent pas de croire à un changement dans le secteur de la santé à la fin de la mise en œuvre du programme.

Par ailleurs, la communication sur l'apparition de la maladie est intervenue en mi-mai 2026 alors que le virus ravageait discrètement depuis avril 2026. Ce décalage laisse à penser que l'information n'est pas vite montée auprès des décideurs soit parce que les tout premiers témoins de la maladie en doutaient par manque de suffisamment d'informations, soit parce que l'infrastructure de transmission d'informations fonctionne inefficacement.

Quoi qu'il en soit, la gestion d'une épidémie requiert des institutions solides et, par voie de conséquence, un système d'information efficace. Celui-ci est le pilier d'un système sanitaire robuste ; son fonctionnement dépend de la manière dont les expériences passées sont capitalisées. Mais l'on ne peut construire un système d'information réputé efficace si ces animateurs sont collectivement affectés par une amnésie historique. L'incapacité de tirer des leçons des expériences passées fait malheureusement que l'histoire se répète, chaque fois, en RDC.

3.3. La méfiance populaire

Dans plusieurs zones où la maladie à virus Ebola est apparue en RDC, elle est perçue moins comme une maladie qu'un stratagème politique pour anéantir une couche d'opposants ou pour s'attirer de l'argent de la communauté internationale. Lors des épidémies passées, surtout au Nord-Kivu et en Ituri entre 2018 et 2020, la riposte était systématiquement confrontée à la résistance communautaire, elle était sujette à des rumeurs et la désinformation. Aussi, le vaccin était-il refusé et les centres de traitement vandalisés. A l'époque, il s'observait au Nord-Kivu, notamment dans le pays Nande, comme si les wanande étaient très hostiles au pouvoir. A cet effet, la manipulation d'une élité politique locale subversive et manipulatrice et d'une bourgeoisie locale frustrée de n'avoir été que marginalement impliquée dans la passation des marchés dérivés de l'épidémie était à l'œuvre. En conséquence, ce peuple percevait en cette maladie, une autre stratégie de son extermination, en plus de la mouvance terroriste ADF que le Gouvernement ne savait anéantir. Dans l'imaginaire collectif des wanande, les ADF étaient alors une fabrication du président Kabila, avec lequel certains leaders politiques Nande étaient à couteau tiré. Ceux-ci pouvaient facilement torpiller le mécanisme de la riposte en manipulant sournoisement la population.



Signaler rapidement le cas suspect au centre de santé le plus proche



Ne pas toucher le malade



Aller à l'hôpital si vous présentez ces signes

Par ailleurs, à la 10^{ème} épidémie, il s'était observé des comportements qui heurtaient la culture et d'autres pratiques locales : la vie ostentatoire du personnel engagé dans la riposte, la forte militarisation de la riposte, l'enterrement des morts sans participation des membres de la famille du défunt ni office religieux, des soignants dont peu parle la langue locale (pas de kinande, pas de swahili non plus), etc. Tout, la maladie et le système de prise en charge, était étrange et brutal pour la population si bien que celle-ci s'était systématiquement méfiée de toute l'offre de soins proposés. La méfiance s'était très vite convertie en défiance.

Aujourd'hui aussi, il s'observe des cas de violences, notamment au sujet des enterrements. A Rwampara, à Mongbwalu, à Bunia, etc., la population reste sceptique quant au contenu des cercueils, et en vue de satisfaire son souhait d'organiser seule les cérémonies funéraires, elle s'en prend à l'équipe de la riposte et accroît le risque de propagation du virus. A d'autres endroits, les malades sont cachés. Cette cascade de la violence renseignée ci et là dans les provinces affaiblit évidemment tout le mécanisme de riposte.

Par ailleurs, la mise à l'écart des experts locaux, associée aux traumatismes dus aux massacres, œuvre de l'ADF, pouvait révolter la population au point de la rendre réfractaire aux orientations édictées par le mécanisme de riposte. Ce dernier, malgré la forte mobilisation de la générosité financière internationale dont elle avait bénéficié, ne pouvait être, dans ce contexte contrariant, efficace.

3.4. La persistance des conflits

Bien aussi, il n'est pas anodin de rappeler que la zone dans laquelle la 10^{ème} épidémie avait prévalu, était fortement infestée par des groupes armés qui, par leur ancrage communautaire, s'invitaient également sur la scène, d'une part en décourageant la population à observer les mesures-barrières, et d'autre part, en menaçant les individus impliqués dans la riposte. Une zone sous tension armée est assurément une zone où les chaînes de soins de santé se brisent.

Aujourd'hui, mieux qu'hier, le double besoin de la santé et de la sécurité dans les provinces affectées requiert que la riposte soit mise en branle avec délicatesse et clairvoyance. L'Ituri, nous l'avons dit ci-haut, est un théâtre des groupes armés de diverses natures, le Nord Kivu et le Sud-Kivu sont, l'un et l'autre, soumis à une double gouvernance, celle de l'autorité de Kinshasa, d'une part, et celle de l'AFC-M23, d'autre part. Pendant que les parties sous l'autorité de l'AFC-M23 sont financièrement asphyxiées parce que les banques n'y fonctionnent plus, la MVE, si elle s'y propage, pourrait être prise pour un coup de grâce à une population qui est déjà à terre. Une population économiquement très fragilisée ne peut être que peu sensible à l'austérité que lui suggèrent les mesures-barrières : « un ventre creux n'a point d'oreilles ! », dit l'adage populaire.



A cet égard, la riposte ne doit pas être que technique. Elle doit intégrer non seulement des médecins et épidémiologistes, mais surtout des acteurs de médiation communautaire, des autorités locales, des leaders religieux. Elle requiert l'adhésion de tous les acteurs, rebelles, FARDC et leurs alliés respectifs sous peine qu'elle ne se convertisse en un cimetière de financements à engager. Pour son succès, la riposte doit être holistique, en prenant en compte les appréhensions socio-culturelles, les susceptibilités anthropo-économiques, et la complexité de la conjoncture politico-sécuritaire dans la zone affectée.

Symptômes à surveiller

Forte fièvre avec frissons



Douleurs musculaires et faiblesse



Maux de tête et maux de gorge



Saignements inexplicables



Vomissement et diarrhée

4. Les défis de la souche “Bundibugyo”

La principale préoccupation relative à cette 17^{ème} épidémie de la maladie à virus ebola est qu'elle relève de la souche « non-Zaïre » ; elle est plutôt de la souche Bundibugyo. Cette révélation est d'autant grave que les vaccins actuellement existants, c'est-à-dire Ervebo (dose unique) et Zabdeno/Mvabea (deux doses) ne peuvent être alignés en vue de s'en prémunir. En fait, les stratégies de riposte en RDC se sont beaucoup structurées autour de l'expérience du Zaïre ebolavirus, et, partant, l'utilisation de ces deux types de vaccins.

Cette souche Bundibugyo ebolavirus, pose plusieurs défis, notamment :

- les outils vaccinaux disponibles ne lui sont pas adaptés;
- les protocoles thérapeutiques peuvent nécessiter des ajustements ;
- la communication au public doit être rigoureuse pour éviter la confusion ;
- les partenaires régionaux doivent revoir leurs scénarios de préparation.

Dans l'histoire récente, l'Ouganda a connu des flambées de Bundibugyo ebolavirus, notamment en 2000 et plus récemment en 2022. La circulation de cette souche aujourd'hui dans les provinces de l'Ituri, du Nord Kivu et du Sud Kivu, et la proximité géographique avec l'Ouganda renforce la nécessité d'une riposte plutôt régionale concertée. C'est donc à juste titre que le Directeur Général de l'OMS a attiré l'attention de tous les pays de la région de participer solidairement à l'initiative gestante de la riposte. La méfiance entre pays devrait céder place à la coopération, tout en tenant compte de l'importance d'humaniser tout le mécanisme à mettre en place. On peut dès lors se demander à quoi servent les organisations régionales, si tant est vrai, que depuis que l'épidémie est apparue la Communauté de l'Afrique de l'Est est restée bien silencieuse comme une carpe sous eaux. Tout est comme si, dans cette organisation, la santé est mal cotée par rapport à d'autres aspects de la vie des populations.

5. Leçons des épidémies passées : ce qu'il ne faut plus répéter

La RDC a déjà payé un lourd tribut suite au virus Ebola. L'épidémie de 2018-2020 au Nord-Kivu et en Ituri demeure la deuxième plus grande de l'histoire mondiale après celle d'Afrique de l'Ouest de 2014-2016. Elle avait causé plus de 3 400 cas et environ 2 280 décès.

Elle avait surtout montré que :

- une riposte militarisée ou perçue comme imposée peut échouer ;
- les communautés ne doivent pas être traitées comme de simples bénéficiaires, mais comme des partenaires ;
- la vaccination seule ne suffit pas sans confiance sociale ;
- l'enterrement sécurisé doit être anthropologiquement négocié ;
- la communication doit être claire, locale, rationnelle et continue.

Si ces leçons ne sont pas intégrées dans la mise en œuvre de la riposte, le fiasco de 2020 risque de se reproduire. Face à cette nouvelle résurgence, plusieurs priorités s'imposent, à savoir :

a) Isoler et tracer sans délai les cas suspects :

tout retard dans le traçage des contacts favorise une propagation silencieuse. Les équipes de terrain doivent être déployées rapidement dans les zones de santé de Rwampara, Mongwalu et Bunia.

b) Renforcer la communication de proximité :

il faut combattre les rumeurs au risque qu'elles soient toxiques à la riposte. Cela suppose d'impliquer dans la chaîne de communication tous les acteurs pertinents comme les autorités de base, les chefs coutumiers, les leaders religieux, les relais communautaires, les radios communautaires locales, les enseignants, les associations de jeunes et de femmes, les associations ethno-culturelles et les survivants (vainqueurs) de la 10^{ème} épidémie pour autant qu'ils sont organisés en association.



c) Sécuriser la riposte :

sans accès sécurisé aux zones touchées, il sera impossible de contenir l'épidémie. Il ne s'agit pas de sur-militariser la riposte, il s'agit de la sécuriser de manière que les groupes armés et autres mouvements subversifs n'en perturbent aucunement l'opérationnalité.

d) Activer immédiatement la coopération transfrontalière :

l'Ouganda en particulier doit être étroitement associé à la surveillance, au partage de données et aux mesures de prévention. En date du 23 Mai 2023, il s'est tenu une réunion transfrontalière à Kampala relative à l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Cette réunion a permis de développer plusieurs actions afin de coordonner les actions régionales sur la riposte de la MVE, dont le renforcement de la surveillance transfrontalière et les systèmes d'alerte précoce, l'harmonisation de la préparation aux points d'entrée et le suivi de la mobilité de la population, ... Ces actions concertées entre les pays de la région doivent être à fréquence régulière pour endiguer une maladie qui est désormais connue comme une urgence régionale. Il ne s'agit pas de fermer les frontières, il s'agit de les laisser ouvertes car des vies en dépendent, mais d'en renforcer la surveillance avec responsabilité.





6. Conclusion

La résurgence d’Ebola en Ituri n’est pas seulement un épisode de plus dans la chronique sanitaire congolaise ; elle est le symptôme d’une fragilité plus profonde. Elle nous rappelle qu’en Ituri, la maladie circule là où l’État peine à protéger, là où la pauvreté oblige à la mobilité, là où l’insécurité désorganise les soins, et là où la confiance publique reste fragile.

Ebola n’est donc pas simplement un virus. En Ituri, il devient le reflet d’un territoire sous tension, où se croisent crise sanitaire, exploitation minière, déplacements humains, conflits armés et faiblesse institutionnelle. Tant que ces facteurs structurels ne seront pas sérieusement affrontés, les résurgences risquent de continuer, avec à chaque fois le même scénario : alerte, panique, riposte d’urgence, accalmie temporaire, puis retour du virus. La véritable question n’est donc pas seulement de savoir comment stopper cette 17^{ème} flambée, mais surtout faire en sorte que la RDC cesse d’être un terrain récurrent des urgences sanitaires évitables. Le pays-solution serait –il en passe d’être sans solution contre un virus qui lui est pourtant familier !