

Nouvelle épidémie d’Ebola (République démocratique du Congo) : « La difficulté n’est pas sanitaire, mais géopolitique et sécuritaire »

mercredi 20 mai 2026, par [COQ-CHODORGE Caroline](#), [PIARROUX Renaud](#)

Une épidémie d’Ebola s’est déclarée dans l’est de la République démocratique du Congo. L’alerte est très tardive, une centaine de morts sont déjà déclarés. L’épidémiologiste Renaud Piarroux juge la situation critique, aussi parce qu’elle survient dans une zone en proie aux conflits, dans une période de tensions internationales.

Le 17 mai, l’Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré une urgence de santé de portée internationale. Car la veille, le 16 mai, des laboratoires d’analyses ont identifié 264 cas et 80 morts liés au virus Ebola. L’OMS a exclu le risque d’une pandémie, mais plusieurs pays d’Afrique sont menacés par ce nouveau foyer. Il s’est déclaré en République démocratique du Congo (RDC), dans les provinces d’Ituri et du Nord-Kivu, à l’est du pays, le long du fleuve Congo ; deux cas sont également suspectés sur l’autre rive, en Ouganda, chez deux personnes venues de RDC. Pour l’OMS, tous les pays frontaliers de la RDC sont à haut risque.

Une épidémie s’était déjà déclarée dans le Nord-Kivu en 2018-2019. La souche Ebola « Zaïre » était alors en cause. Cette fois, c’est une autre souche d’Ebola, nommée « Bundibugyo », qui circule. Les symptômes ressemblent d’abord à une grippe : de la fièvre, des maux de tête, des courbatures, de la fatigue. Puis surviennent des vomissements et des diarrhées, qui peuvent être hémorragiques. Environ la moitié des malades meurent.

L’entrée d’un hôpital à Rwampara, dans la province de l’Ituri, en RDC, 19 mai 2026. © Photo Jorkim Jotham Pituwa / AFP

Dans son livre *Sapiens et les microbes. Les épidémies d’autrefois. Des origines à 1918* (CNRS éditions, 2026), l’épidémiologiste Renaud Piarroux, chercheur à l’Institut Pierre-Louis d’épidémiologie et de santé publique, retrace l’histoire, les origines et la dynamique des grandes épidémies contemporaines. Il consacre deux chapitres aux fièvres hémorragiques, notamment Ebola, identifiée pour la première fois en 1976 à Yambuku au Zaïre, rebaptisé, depuis, RDC.

Cette nouvelle épidémie d’Ebola est la dixième. Elle a été très tardivement repérée, dans une région livrée aux guerres, où la population vit dans une extrême précarité, avec un accès très difficile aux soins. Renaud Piarroux s’inquiète de la possibilité pour les soignant·es d’accéder à ces zones, mais aussi du contexte géopolitique de désengagement des principaux pays financeurs de l’OMS, alors que les États-Unis de Trump n’en sont déjà plus membres.

« Mediapart » : En 2014 et 2015, la plus grande épidémie d’Ebola a sévi en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria et a causé plus de 11 000 décès. La situation est-elle comparable aujourd’hui ?

Renaud Piarroux : Cette épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest avait alors été négligée pendant plusieurs mois. Les premiers cas avaient été signalés en mars 2014, mais l’OMS a attendu le mois d’août pour qualifier l’épidémie d’urgence de santé publique de portée mondiale. Mais on a alors fait beaucoup de progrès dans la prise en charge des malades, la recherche de traitements et de vaccins.

Ces progrès ont permis de maîtriser l’épidémie de 2018-2019, qui a fait plus de 2 000 morts. Elle est apparue cette fois à l’est de la RDC, déjà dans les provinces du Nord-Kivu et d’Ituri, qui sont parmi les régions les plus instables d’Afrique. Malgré la difficulté d’apporter des soins à la population, des médicaments ont fait baisser la mortalité, de 50 à 30 % environ, et un vaccin a permis de protéger les populations exposées au virus et les soignant·es.

Aujourd’hui, la nouvelle épidémie se présente mal pour plusieurs raisons. Elle est repérée très tardivement, quand il y a déjà aux alentours de cent décès, ce qui est énorme. Ensuite, elle ne va pas bénéficier des acquis des deux précédentes épidémies, qui impliquaient la souche Zaïre. Cette fois, c’est la souche Bundibugyo qui circule, du nom d’une ville en Ouganda où a eu lieu une première épidémie en 2007-2008, qui a fait 37 morts. Une deuxième épidémie d’Ebola Bundibugyo a eu lieu en 2012 et a fait 29 morts. Celle-ci est donc la troisième.

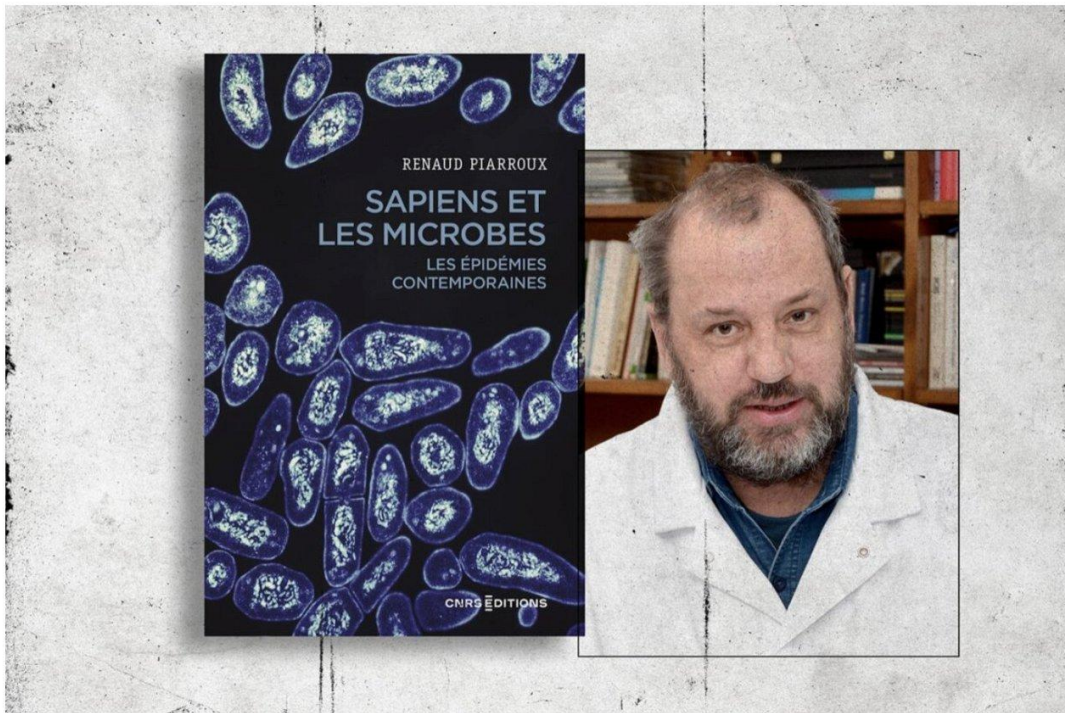
« On constate une accélération ces vingt dernières années. La cause est l’augmentation de la population dans des zones forestières tropicales d’Afrique. »

Elle survient encore à l’est de la République démocratique du Congo, dans la province d’Ituri, et de l’autre côté de la frontière en Ouganda. Je suis allé dans cette zone en 2010 pour investiguer une épidémie de peste. C’est un endroit ravagé par la guerre et très dangereux.

Il y a des gisements d’or et de diamants, qui sont le carburant de ces guerres. Dans les mines, les conditions de vie sont calamiteuses et favorisent les épidémies. Il y a une telle insécurité que la population n’a confiance en aucune institution. Ce sont les réseaux sociaux qui ont rapporté les premiers morts, et non les hôpitaux, parce que le système de santé est à terre.

Quelles sont les voies de contamination par le virus Ebola ?

Ce sont les fluides corporels qui transmettent le virus : le sang, la sueur, l’urine, le sperme, les matières fécales. C’est une maladie du nursing : les personnes sont contaminées en prenant soin de leurs proches malades. Le personnel soignant qui prend en charge les malades est aussi très exposé, ainsi que les personnels des laboratoires, qui manipulent du sang.



Renaud Piarroux, chef de service de parasitologie et mycologie médicale à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris. © Photomontage Mediapart avec DR

Le malade est le plus contagieux quand il a des symptômes, ou immédiatement après son décès. Mais il y a aussi des contaminations à distance : des malades qui ont survécu peuvent conserver le virus et le transmettre, notamment par voie sexuelle.

Comment la souche Bundibugyo se distingue-t-elle de la souche Zaïre ?

On ne sait pas grand-chose des particularités de cette souche Bundibugyo. Les deux précédentes épidémies étaient restées limitées, mais c'était peut-être lié au contexte. Quant à la létalité, elle semble être aux alentours de 50 % [la moitié des malades décèdent – ndlr], peut-être moins. Lors des premières épidémies d'Ebola Zaïre on était autour de 80 % de létalité. Mais 50 %, cela reste considérable.

L'OMS a immédiatement déclaré une urgence de santé publique de portée internationale. La réponse vous paraît-elle cette fois à la hauteur ?

La bonne réponse est de mettre en place des centres de soins avec des équipements adaptés, de monter des équipes pour aller identifier les cas, de les faire hospitaliser, de faire de la prévention communautaire auprès de la population.

La difficulté ne sera pas sanitaire, mais géopolitique et sécuritaire. On ne peut pas demander à l'OMS de régler le problème de la guerre. Comment faire adhérer aux mesures de prévention des populations qui vivent dans une telle insécurité ? Qui va aller apporter des soins dans des zones aussi dangereuses, et dans quelles conditions ?

« En termes de dangerosité, cette épidémie d’Ebola n’a rien à voir avec l’hantavirus. Je crains pourtant que sa médiatisation soit moins forte. »

Cette maladie fait le lit des rumeurs, parce qu’on ne revoit pas les corps et qu’on ne peut pas les enterrer. Si une équipe va dans un village prendre en charge un malade pour l’amener dans un centre de traitement, et que cette personne ne revient pas, l’équipe risquera d’être lynchée si elle revient. En 2018, des centres de traitement d’Ebola ont été attaqués par la population.

Ebola est une zoonose, une maladie transmise d’un animal à l’homme ainsi qu’aux primates. Le réservoir animal du virus est-il connu ?

Il y a des indices, mais pas de certitudes. En 2005, des éléments tangibles ont été apportés qui incriminaient des chauves-souris : elles étaient porteuses d’anticorps contre Ebola, ou de fragments d’ARN du virus. Mais on n’a pas la preuve définitive, car on n’a jamais trouvé de virus vivant sur des chauves-souris.

Des hommes ont été contaminés au contact de grands singes, parce qu’eux aussi sont touchés par des épidémies violentes d’Ebola, qui ont pu décimer jusqu’à 90 % d’un groupe. On l’a vu au Gabon ou au Congo.

Le virus Ebola a été identifié pour la première fois en 1976. Assiste-t-on à une accélération des émergences de ce virus ?

Si on fait une fresque temporelle, on constate une accélération ces vingt dernières années. La cause est l’augmentation de la population dans des zones forestières tropicales d’Afrique. Le risque de voir subvenir une épidémie augmente de manière presque exponentielle, parce qu’il y a de plus en plus de contacts avec la faune sauvage, et parce que la population humaine est de plus en plus dense, ce qui multiplie les contaminations entre humains.

L’OMS a exclu le risque pandémique, une extension de l’épidémie sur plusieurs continents. Or, un médecin américain contaminé a été rapatrié en Allemagne pour être soigné. N’est-ce pas un risque ?

Dans les épidémies d’Ebola, il peut y avoir des contaminations de soignants européens ou américains présents sur place, qui sont rapatriés pour être soignés. En 2014, il y a eu des cas de contamination secondaires dans des hôpitaux en Espagne et aux États-Unis. Mais c’est très marginal, même si on en a beaucoup parlé.

Comme on a aussi beaucoup parlé de l’hantavirus des Andes, qui était plus une épidémie médiatique. Il a fallu beaucoup répéter que ce virus était connu, qu’il était peu transmissible, qu’il n’avait causé que de toutes petites épidémies en Argentine.

En termes de dangerosité, cette épidémie d’Ebola n’a rien à voir. Je crains pourtant que sa médiatisation soit moins forte. Car elle survient à une mauvaise période : celle de Trump et d’un désengagement plus général, y compris des Européens, sur la santé mondiale. C’était déjà difficile de mobiliser des fonds en 2018, alors en 2026... Cette épidémie a tous les indicateurs en rouge : pour résumer, elle survient au mauvais endroit et à la mauvaise période.

Caroline Coq-Chodorge