



# Epidémie d'infections à virus Ebola Bundibugyo RDC - Ouganda

Point au 28 mai 2026  
Données très provisoires

ALEXANDRA MAILLES, POUR L'ÉQUIPE SPF

# Bundibugyo Ebolavirus

- **Connu depuis 2007**
- **Deux épidémies :**
  - Ouganda 2007 : 56 cas confirmés, 37 décès
  - RDC 2012 : 31 cas confirmés, 18 probables, 24 décès
  - Létalité globale 30 – 50%
- **Pas de vaccin, pas de traitement spécifique**
- **Classe de confinement maximale (P4)**
- **Réglementation MOT (microorganismes et toxines)**
- **Maladie à signalement obligatoire (ex *DO*) dès le cas possible**
- **17<sup>e</sup> épidémie de MVE en RDC**
- **Epidémie précédente en Iturie et Nord Kivu : 2018/2020, 3470 cas, Ebola Zaire**

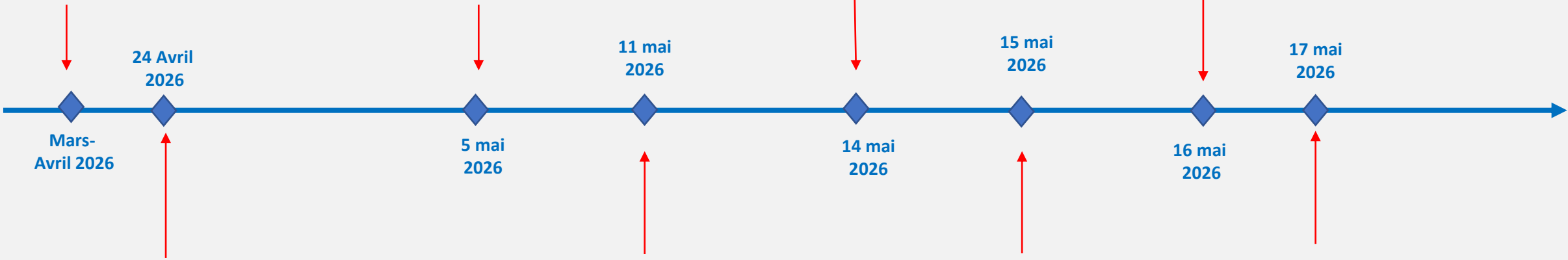
# Alertes et éléments initiaux

- Mentions de décès et de cas groupés sur les réseaux sociaux
- Plusieurs tests Ebola négatifs en Ituri
- 3 volontaires Croix Rouges seraient décédés sans diagnostic

- OMS alertée
- Décès en excès
- 4 soignants décédés, FHV

- Confirmation du diagnostic d’Ebola en RDC, suspicion Bundibugyo
- Publication alerte African CDC

- Premiers bilans du terrain en Ituri
- Premier cas au N Kivu



24 Avril 2026

11 mai 2026

15 mai 2026

17 mai 2026

Mars-Avril 2026

5 mai 2026

14 mai 2026

16 mai 2026

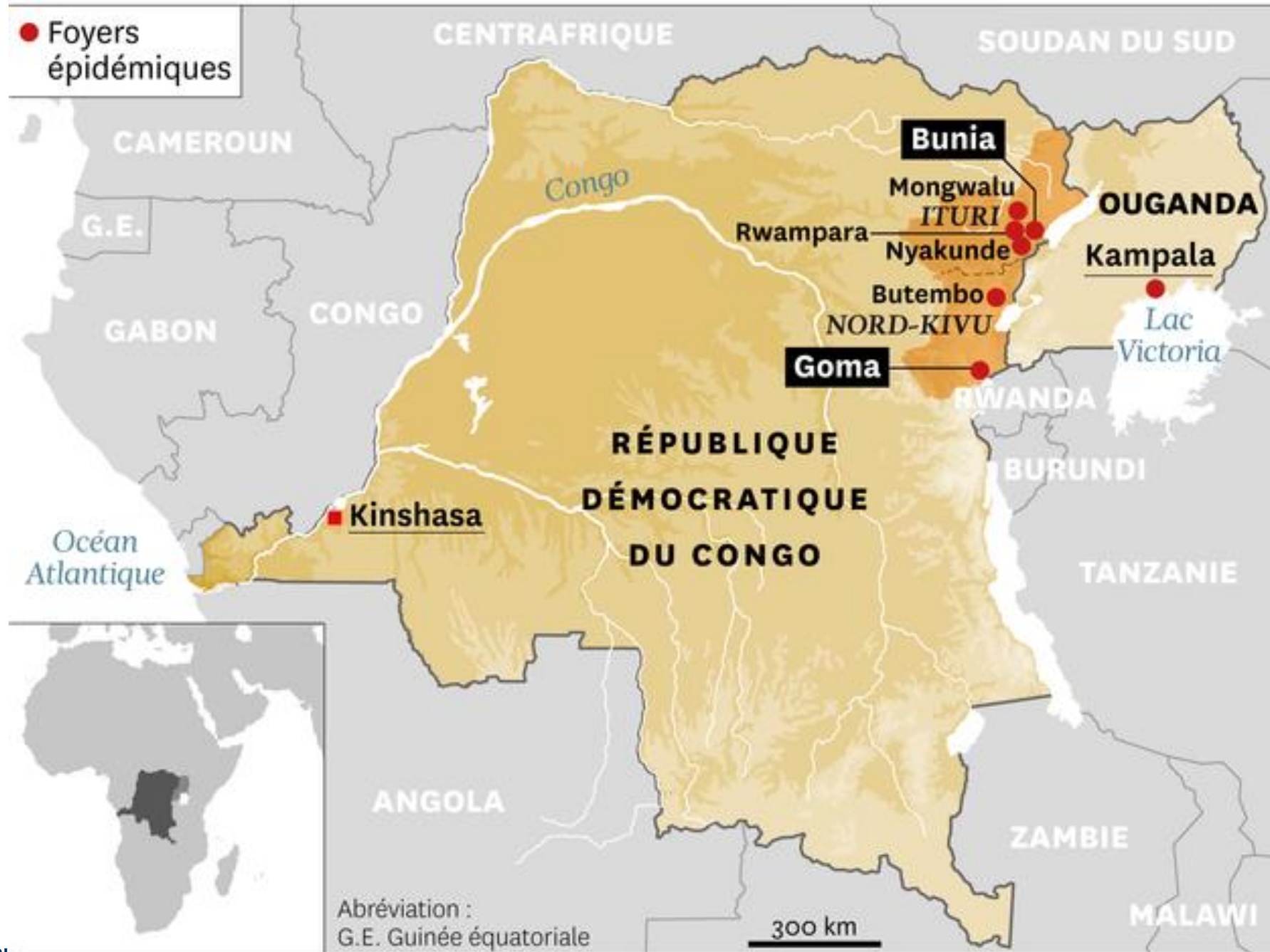
- DDS cas index
- Soignant, Bunia (Ituri)
- Décès le 27/4
- Cas primaire ??????

- Hospitalisation d’un cas de FHV en Ouganda,
- Originaire de RDC
- Décès le 14 /5
- Corps renvoyé en RDC

- Confirmation du cas en Ouganda, déclaration d’épidémie
- Identification Bundibugyo en RDC

- Déclaration OMS USPPI
- Nombreux cas suspects
- Clusters de décès

● Foyers  
épidémiques



# Bilan provisoire au 27/5/26 (et problèmes)



## RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

- Environ 1077 cas suspects dont 228 décès
- 121 cas confirmés dont 17 décès
- Environ 2.200 contacts identifiés
- 281 patients admis dans 17 CTE
- 1 cas confirmé USA évacué en Allemagne

## OUGANDA

- 7 cas confirmés dont 1 décès
- 3 cas importés de RDC
- 4 cas secondaires du 1<sup>er</sup> cas (1 chauffeur, 3 soignants)



## PROBLÈMES

- Faible capacité diagnostique, fiabilité des PCR GenXpert
- Investigations compromises, forte incertitude sur les données
- Contact tracing <20%
- Désinformations, rumeurs, violence
- Enterrements non sécurisés
- Volonté de coordination africaine forte mais mise en œuvre difficile

# Evaluation de risque

OMS 22/05/2026



Overall risk		
National	Regional	Global
Very High	High	Low

Confidence in available information		
National	Regional	Global
Moderate	Moderate	Moderate

ECDC 21/05/2026



- Risque très faible pour la population dans l'UE/EAA
- Risque pour des soignants européens déployés faible si respect des mesures de protection

# Recommandations en France

**Avis du HCSP de 2022**

**Conduite à tenir et questionnaire d'évaluation des patients suspects**

***A venir : contact tracing***

**ZONE À RISQUE AU 28 MAI 2026**

**RDC : Ituri + Nord Kivu + Sud Kivu  
Ouganda**

**PATIENT SUSPECT :**

**Retour de zone *ou* contact avec un cas possible ou confirmé ailleurs**

**+**

**Signes cliniques**

**CLASSEMENT EN CAS POSSIBLE : CLINICIEN EN CHARGE + ESR + CNR**

# Recommandations en France (2)

## POUR MÉMOIRE, EXPOSITIONS À RISQUE

- **Contact avec tout fluide corporel d'un patient infecté, ou suspecté d'être infectée par un virus de FHV, décédé ou vivant,**
- **Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse, crue ou peu cuite dans la zone de circulation virale**
- **Travail dans un laboratoire détenant des souches de virus responsables de FHV ou des échantillons contenant de tels virus**
- **Contact direct avec des animaux sauvages issus ou en provenance d'une zone de circulation virale**
- **Rapport sexuel avec une personne guérie de MVE**

# Cas particulier de Mayotte

**Risque d'introduction : très faible**

**Impact d'un cas importé : modéré**

## **Migrations significatives entre RDC et Mayotte**

**Trajet d'une durée variable, compatible avec durée d'incubation dans les conditions les plus favorables, difficile à vérifier**

### **Populations migrantes de RDC**

- Camps de migrants : risque de chaîne de transmission si introduction
- Hors de camps : risque de recours tardif aux soins, cas et contacts difficiles à tracer

**Adaptation des recommandations en cours pour anticiper de possibles nombreux patients suspects difficiles à évaluer**

**Surveillance à base communautaires**

# Capacités diagnostiques en France

**A CE STADE, RÉALISATION DE TOUT DIAGNOSTIC AU CNR 24/7**

**07 87 94 76 47**

**[cnr-fhv@pasteur.fr](mailto:cnr-fhv@pasteur.fr)**

<https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/fievres-hemorragiques-virales>

**Après classement par triade clinicien + ESR +CNR**

## **TESTS DISPONIBLES**

- PCR filovirus générique
- PCR spécifique Bundibugyo
- PCR spécifiques des autres Ebolavirus

**PAS DE SÉROLOGIE À DATE**

# Pour aller plus loin

## RDC

<https://sante.gouv.cd/epidemie/ebola-bundibugyo-2026>

## OUGANDA

<https://health.go.ug/>

## AFRICAN CDC

<https://africacdc.org/ebola/>

## ECDC :

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-ebola-disease-outbreak-caused-bundibugyo-virus-democratic>

## OMS

<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON603>

## ARTICLES SCIENTIFIQUES

- Mac Neil et Al. Proportion of deaths and clinical features in Budibugyo ebola virus infection, Uganda. EID 2010
- Wamal et al. Ebola hemorrhagic fever associated with novel virus strain, Uganda, 2007/8. EID 2010
- Clark DV et al. Long-term sequelae after ebola virus diseases in Bundibugyo, Uganda. Lancet ID 2015

# Conclusions

- Cette crise va durer
- Les chiffres, lieux et évaluations de risque vont évoluer
- L'évaluation des patients suspect est cruciale
  - Rater un cas entraîne une chaîne de transmission
  - Classifier un cas par excès est une perte de chance
- Beaucoup de ressources, d'expérience et d'expertise en France : se préparer sans affolement
- La désinformation et les rumeurs nous guettent aussi

