

AFRICA CDC SOUTIENT

La mise en œuvre immédiate des décisions du Gouvernement de la RDC pour stopper l'épidémie d'Ebola à virus Bundibugyo



ADDIS ABEBA, ETHIOPIE,

Les Centres africains de prévention et de contrôle des maladies (Africa CDC) remercient S.E. le Président Félix-Antoine Tshisekedi Tshilombo pour son leadership et les orientations claires qu'il a données afin de faire progresser un ensemble complet de mesures audacieuses et innovantes visant à maîtriser l'épidémie de maladie à virus Bundibugyo. Africa CDC remercie également S.E. le Dr Samuel Roger Kamba, Ministre de la Santé publique, Hygiène et Prévoyance sociale, pour son ferme soutien dans la traduction de ces orientations en actions concrètes.

Cette appropriation nationale confère l'autorité, la rapidité et la redevabilité nécessaires pour déployer une riposte d'urgence à grande échelle.

« Face à cette urgence sans précédent, mon gouvernement a décidé d'agir avec célérité et à grande échelle. Nous allons lancer une vaccination à grande échelle et une riposte centrée sur les villages afin d'identifier chaque cas suspect et chaque décès, et de veiller à ce que la protection, les soins et des informations fiables parviennent à chaque communauté. Notre objectif est clair : sauver des vies, rétablir la confiance et mettre fin à cette épidémie. »

— S.E. Félix-Antoine Tshisekedi Tshilombo, Président de la République démocratique du Congo, 5 août 2026



Attendre des preuves parfaites pendant que des personnes meurent est inacceptable. Agir comme si la plausibilité constituait une preuve l'est tout autant. Africa CDC refuse ce faux choix entre protéger les populations...

Cette action ne peut plus attendre, pour les raisons suivantes :

- **Ampleur et rapidité.** Selon les données du Gouvernement de la RDC communiquées le 7 août, 4 120 cas confirmés et 1 887 décès ont été enregistrés au cours des douze semaines suivant la déclaration de l'épidémie. À un stade comparable après la déclaration, cela représente environ neuf fois plus de cas confirmés et six fois plus de décès que lors de l'épidémie de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest.
- **Extension géographique.** Les données du Gouvernement de la RDC montrent que l'épidémie est passée de 11 zones de santé dans une province (Ituri), le 15 mai 2026, à 53 zones de santé réparties dans cinq provinces (Ituri, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Haut-Uele et Tshopo), au 7 août 2026.
- **La transmission progresse plus vite que les opérations conventionnelles.** Selon Africa CDC, seuls environ 10 % des contacts attendus ont été identifiés, et près de 70 % des contacts répertoriés font l'objet d'un suivi, soit un niveau inférieur à la cible opérationnelle de 95 %. Des rapports récents indiquent qu'environ quatre nouvelles infections sur cinq surviennent en dehors des chaînes de transmission connues et que plus de 60 % des décès surviennent dans les communautés. Ces tendances laissent penser qu'une transmission non détectée avait peut-être commencé plusieurs mois avant l'identification de l'épidémie.
- **Érosion de la confiance communautaire.** Les échanges avec les dirigeants et les représentants communautaires montrent que de nombreuses communautés se sentent insuffisamment respectées et associées à la riposte. La perturbation et le coût des services de santé essentiels, auxquels s'ajoutent les besoins humanitaires et les obstacles à l'accès aux soins, érodent davantage la confiance dans la riposte.

Des orientations présidentielles à la mise en œuvre opérationnelle. Lors de la réunion du 5 août 2026, le Gouvernement de la RDC, sous la direction du Président Tshisekedi, a pris des décisions politiques courageuses pour maîtriser l'épidémie. Ces décisions sont résumées dans le concept : « Une seule riposte, six interventions qui se renforcent mutuellement » :

1. Une riposte centrée sur les villages, conduite par des agents de santé communautaires (ASC) de confiance et appuyée par la transformation numérique. Chaque village touché sélectionnera des ASC de confiance qui seront ses interlocuteurs directs auprès de la riposte. Ils seront formés, équipés, supervisés et rémunérés pour détecter les alertes, soutenir le suivi des contacts, favoriser l'orientation précoce, expliquer la vaccination, appuyer les enterrements dignes et sécurisés et relayer les préoccupations des communautés. Cette relance village par village permettra d'établir l'ampleur réelle de l'épidémie, de retrouver les chaînes de transmission manquées et de produire une liste complète et vérifiée des contacts pour un suivi quotidien immédiat. Chaque ASC sera équipé et connecté, au moyen des réseaux mobiles ou satellitaires disponibles, afin de signaler en temps réel les alertes, les contacts, les orientations, les

vaccinations et les ruptures de produits essentiels.

2. Une utilisation élargie du vaccin Ervebo homologué, encadrée par un protocole. Lancer la vaccination avec Ervebo dans les zones prioritaires dès que les autorisations nationales et l'allocation du GIC auront été obtenues. Commencer par la vaccination en anneau, les travailleurs de première ligne et les personnes vivant dans les foyers où la transmission est la plus intense, puis étendre progressivement la couverture géographique dans le cadre du protocole directeur, à mesure que l'innocuité, la qualité des données, la préparation opérationnelle et les signaux d'efficacité en temps réel le permettent. La vaccination constitue également une occasion de renforcer, avec l'appui des ASC des villages, la recherche active des cas, la gestion des contacts, la prévention et le contrôle des infections, les enterrements dignes et sécurisés ainsi que les soins cliniques.

3. La gratuité des services de santé essentiels et la rémunération régulière du personnel. Suspendre temporairement les paiements directs des usagers et protéger l'accès aux soins de santé primaires essentiels dans les zones touchées par Ebola, en : 1) garantissant le paiement prévisible des agents de santé des établissements publics et privés afin de prévenir les grèves, au moyen de contrôles transparents de la paie ; 2) assurant un approvisionnement ininterrompu en équipements de protection individuelle, produits de diagnostic, médicaments, matériels d'eau et d'assainissement et autres fournitures essentielles ; et 3) garantissant le fonctionnement des centres de santé afin de favoriser un recours plus précoce aux soins, de réduire la transmission cachée et de préserver la continuité des soins courants.

4. L'accès au traitement et à la prophylaxie post-exposition dans le cadre de protocoles approuvés. Élargir rapidement l'accès aux soins de soutien optimisés et au remdésivir pour les patients admissibles présentant une infection confirmée en laboratoire, conformément aux directives nationales relatives à l'usage compassionnel. Les contacts à haut risque devraient avoir accès à la prophylaxie post-exposition par l'obeldésivir, conformément au protocole approuvé. Nous analysons les leçons de l'Ouganda, où le remdésivir a été utilisé tant chez les patients que chez les contacts.

5. La prise en charge des enjeux humanitaires, y compris la réouverture sécurisée des écoles. Intégrer l'assistance humanitaire dans la riposte, notamment l'alimentation, l'eau, la protection, le soutien psychosocial, les services essentiels et, lorsque cela est possible, le retour volontaire et sécurisé des personnes déplacées internes vivant dans les camps. Les écoles devraient rouvrir en septembre, sur la base d'évaluations des risques, avec des dispositifs de lavage des mains, des enseignants formés, le signalement rapide des cas suspects et des procédures d'orientation clairement définies. Les ASC devraient relier les écoles, les familles et les équipes de riposte afin de protéger les enfants, de prévenir la stigmatisation et d'assurer la continuité de l'éducation en toute sécurité.

6. Une coordination renforcée et une redevabilité financière de bout en bout. Le Président Tshisekedi a appelé à renforcer la coordination, à accroître la transparence financière et à utiliser plus efficacement

les ressources disponibles afin d'accélérer la maîtrise de l'épidémie. Chaque partenaire doit déclarer les montants reçus et leur affectation. À la demande du Gouvernement de la RDC, Africa CDC travaille avec l'OMS à la mise en place d'un mécanisme unifié de suivi financier afin que les ressources soient alignées sur les priorités nationales et parviennent rapidement aux opérations de première ligne. La solidarité des États membres africains et des partenaires a été sans précédent : plus de 450 millions de dollars US ont déjà été mobilisés pour la riposte à Ebola, en plus des financements consacrés à l'action humanitaire. Nous saluons également les 242 millions de dollars US de nouveaux financements annoncés par le Gouvernement des États-Unis le 5 août et appelons tous les partenaires à maintenir leur engagement et à fournir un appui supplémentaire pour combler le déficit de financement nécessaire afin de mettre fin à cette épidémie.

Ces six interventions sont conçues pour fonctionner comme un modèle opérationnel unique. La vaccination crée un nouveau point d'engagement ; les ASC sélectionnés par les villages transforment cet engagement en alertes plus rapides, en un meilleur suivi des contacts et en une confiance accrue ; la gratuité et l'approvisionnement des services rendent crédible l'orientation précoce ; le traitement et la prophylaxie post-exposition ouvrent aux patients et aux contacts admissibles une voie d'accès à des soins encadrés par des protocoles ; l'appui humanitaire protège la vie quotidienne et la scolarisation en toute sécurité ; enfin, le suivi financier de bout en bout garantit que les ressources parviennent aux opérations de première ligne.

« C'est au sein des communautés que l'on met finalement fin à Ebola. Placer les communautés au centre signifie les écouter et respecter leurs connaissances. Lorsque les communautés dirigent et que les institutions les soutiennent par la science, la solidarité et la redevabilité, nous pouvons interrompre la transmission, sauver des vies et mettre fin à cette épidémie. »

— **Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, 5 août 2026**

Concernant la vaccination avec le vaccin Ervebo

Dans le contexte d'urgence actuel, marqué par l'accélération rapide de l'épidémie de maladie à virus Bundibugyo en RDC, l'utilisation stratégique du vaccin Ervebo existant, en raison de son potentiel de protection croisée, constitue la seule stratégie vaccinale actuellement

disponible. Elle doit être déployée rapidement et à plus grande échelle afin de réduire les formes graves et les décès, dans le cadre d'un protocole approuvé sur les plans éthique et réglementaire et assorti d'une surveillance active appropriée de l'innocuité et de l'efficacité.

Cette recommandation est motivée par l'urgence de l'épidémie, par l'accumulation de données — encore non concluantes — en faveur d'une protection croisée, ainsi que par le profil d'innocuité établi et la disponibilité d'Ervebo.

« Attendre des preuves parfaites pendant que des personnes meurent est inacceptable. Agir comme si la plausibilité constituait une preuve l'est tout autant. Africa CDC refuse ce faux choix entre protéger les populations et produire des données probantes. Notre position est d'agir dès maintenant dans le cadre d'un protocole transparent, éthique et scientifiquement rigoureux, en mettant en œuvre la décision du Président Tshisekedi et du Gouvernement de la RDC, tout en protégeant les populations et en répondant de manière décisive à la question de l'efficacité. »

— **S.E. le Dr Jean Kaseya, Directeur général d'Africa CDC, 5 août 2026**

Le tableau ci-dessous résume l'état actuel des connaissances sur les effets potentiels de protection croisée du vaccin Ervebo homologué contre le virus Bundibugyo. Il présente les enseignements de chaque étude, les principales limites des données disponibles et leurs implications pour la prise de décision.

Dans leur ensemble, les articles publiés dans des revues à comité de lecture et les prépublications fournissent des données biologiquement plausibles et de plus en plus concordantes indiquant qu'Ervebo pourrait conférer une protection hétérologue partielle contre le virus Bundibugyo, notamment contre les formes graves et les décès. Des essais cliniques randomisés demeurent nécessaires pour produire des données robustes et déterminer le niveau d'efficacité clinique contre ce virus. Les décisions de déploiement doivent donc mettre en balance l'accumulation des données, la gravité de l'épidémie, le profil d'innocuité établi du vaccin et l'absence d'autres vaccins homologués.

Données disponibles	Ce que montrent les données	Ce qui demeure inconnu	Précisions supplémentaires (2026)
Études de provocation chez des primates non humains Falzarano et al. (2011) ; Mire et al. (2013)	Des études utilisant le virus authentique ont montré la survie de 3 PNH sur 4 après vaccination par rVSV-ZEBOV, contre 1 sur 4 dans les groupes témoins, ainsi que la survie de 3 PNH sur 3 après un schéma séquentiel d'amorçage SUDV suivi d'un rappel EBOV.	Les groupes étaient très petits ; l'épreuve de provocation n'était pas uniformément létale ; et le schéma ayant assuré une protection complète ne reposait pas sur Ervebo seul.	Ensemble, ces études apportent une preuve de concept préclinique directe qu'une vaccination fondée sur la glycoprotéine d'EBOV peut conférer une protection hétérologue, tout en montrant que celle-ci peut dépendre du schéma utilisé.
Anticorps de liaison chez l'être humain PREVAC / L'homme et al. (2026)	Parmi 179 échantillons, les schémas vaccinaux homologués contre Ebola ont induit des anticorps détectables se liant au BDBV. Chez les personnes ayant reçu Ervebo, au jour 28, la liaison médiane au BDBV était de 282 MFI, contre 1 788 MFI pour l'EBOV homologue, soit environ 6,3 fois moins.	Les anticorps de liaison ne constituent pas un corrélat validé de protection contre le BDBV ; l'étude n'a évalué ni la neutralisation ni l'efficacité clinique.	Une réactivité croisée a été observée entre les plateformes vaccinales, les groupes d'âge et les différents temps de mesure, fournissant des données reproductibles d'immunogénicité chez l'être humain, mais aucune estimation directe de la protection.
Neutralisation de pseudovirus Hoffmann et al. (2026)	La plupart des sérums de personnes ayant reçu Ervebo ont neutralisé des pseudovirus portant la glycoprotéine de la souche actuelle du BDBV, mais moins efficacement que les pseudovirus portant la glycoprotéine de l'EBOV.	Les essais sur pseudo-virus ne reproduisent pas l'infection par le virus authentique et ne permettent pas d'établir une protection contre la maladie, les formes graves ou le décès.	Ces résultats fournissent des données fonctionnelles allant au-delà de la simple liaison des anticorps et démontrent une activité contre la glycoprotéine du virus responsable de l'épidémie, tout en demeurant un marqueur de substitution de laboratoire.
Immunogénicité chez le furet Wight et al. (2026)	La vaccination utilisant la plateforme Ervebo a produit des IgG réactives au BDBV. Le titre moyen géométrique au point final était de 16 582 contre la glycoprotéine du BDBV, contre 56 554 pour celle de l'EBOV, soit environ 3,4 fois moins.	Les animaux n'ont pas été soumis à une provocation par le BDBV ; l'étude a mesuré la liaison, et non la neutralisation ou la protection.	L'étude démontre la présence constante d'anticorps à réactivité croisée après vaccination par rVSV-EBOV. Elle ne permet pas d'affirmer une protection de 100 %.
Cohorte longitudinale en RDC Halbrook et al. (pré-publication, 2026)	Parmi 1 081 personnes précédemment vaccinées à Beni et à Mbandaka, environ la moitié des participants de Beni présentaient une séro-réactivité à la glycoprotéine du BDBV après la vaccination.	Cette association n'a pas été observée de manière constante à Mbandaka. L'analyse reposait sur un critère de liaison et était observationnelle.	Les différences entre les sites suggèrent que les réponses à réactivité croisée peuvent varier selon la population, l'immunité initiale, les expositions antérieures ou le contexte de l'essai.
Observations pendant l'épidémie Surveillance en RDC et foyer de Mongbwalu (2026)	Neuf cas confirmés ayant des antécédents documentés de vaccination par Ervebo auraient survécu, et parmi 242 décès pour lesquels le statut vaccinal était disponible, aucun n'était enregistré comme vacciné. Dans un foyer probable touchant des agents de santé, les 3 personnes vaccinées ont survécu, tandis que les 5 personnes non vaccinées sont décédées.	Les antécédents vaccinaux et les dénominations étaient incomplets ; le foyer n'a pas été confirmé en laboratoire ; et les biais de survie, de constatation et de confusion sont importants.	Ces observations permettent de formuler des hypothèses et peuvent indiquer une protection contre les issues graves, mais elles ne permettent pas d'établir l'efficacité vaccinale.
Cohorte du personnel hospitalier LaRoche et al. (2026)	Dans un hôpital de Bunia, 37 membres du personnel ont été admis avec des symptômes infectieux ; 11 ont été testés positifs au BDBV. Trois des 11 cas confirmés avaient été vaccinés. Deux cas confirmés sont décédés : l'un n'était pas vacciné et le statut de l'autre était inconnu.	La cohorte était de petite taille ; la documentation relative aux tests et à la vaccination était incomplète ; et les différences d'exposition, de prise en charge et de sélection empêchent toute estimation de l'efficacité.	Les résultats sont compatibles avec une protection croisée partielle, sans toutefois la prouver, et renforcent la nécessité d'une surveillance prospective de l'innocuité et de l'efficacité pendant le déploiement.

Ce que justifie l'ensemble des données disponibles.

Les données soutiennent le lancement immédiat d'une utilisation élargie d'Ervebo à grande échelle, encadrée par un protocole, en commençant par les contacts et les contacts de contacts admissibles ; les agents de santé ; le personnel des laboratoires, des ambulances et des centres de traitement ; les équipes chargées des enterrements dignes et sécurisés ; les ASC ; les responsables religieux ; les chefs de village ; les autres intervenants ; ainsi que les personnes exposées de manière répétée dans les foyers de forte transmission en raison de leur activité professionnelle, notamment les conducteurs de taxi-moto. L'inclusion doit respecter le protocole approuvé et les exigences d'innocuité propres au produit, avec une extension rapide à mesure que l'innocuité, la préparation opérationnelle, la dynamique de l'épidémie et les données d'efficacité en temps réel le permettent. Chaque dose doit contribuer au suivi des infections confirmées en laboratoire, des formes graves et des décès. La vaccination doit renforcer — et non remplacer — la recherche active des cas, le diagnostic rapide, l'isolement et les soins de soutien, la prévention et le contrôle des infections, les enterrements dignes et sécurisés, la gestion des contacts et l'engagement communautaire fondé sur la confiance.

Un partenariat solide, sous la direction du Gouvernement, est désormais indispensable pour lancer rapidement ces nouvelles interventions dans les foyers prioritaires. La mise en œuvre de l'utilisation élargie d'Ervebo, encadrée par un protocole, nécessitera la libération rapide des vaccins demandés par l'intermédiaire du Groupe international de coordination (GIC), l'appui de Gavi aux coûts opérationnels et une microplanification décentralisée rigoureuse, fondée sur les villages, afin d'assurer un déploiement sûr, ciblé et efficace. Africa CDC, l'OMS, l'UNICEF, MSF et les autres partenaires devraient continuer à travailler en étroite collaboration avec le Gouvernement pour accélérer ces étapes et soutenir la mise en œuvre.

Préparation opérationnelle — tirer parti de la plateforme Ervebo homologuée et du stock mondial.

Ervebo est un vaccin à dose unique préqualifié par l'OMS contre la maladie causée par le virus Ebola Zaïre et bénéficie d'une vaste expérience en matière d'innocuité et de déploiement. Les systèmes existants de distribution et de pharmacovigilance rendent possible une mobilisation rapide.

Un partenariat solide et concret est désormais nécessaire. Africa CDC soutient la décision du Gouvernement de la RDC de soumettre sa demande officielle au GIC le mercredi 12 août 2026, après l'obtention des approbations nationales requises sur les plans éthique et réglementaire. Africa CDC appelle le GIC à examiner d'urgence le dossier complet et à autoriser l'intégralité de la quantité demandée par la RDC, conformément à la stratégie vaccinale approuvée, à la préparation opérationnelle et aux mesures de sauvegarde du stock mondial. Africa CDC demande une décision accélérée afin que l'UNICEF puisse organiser la livraison immédiatement après l'approbation. Africa CDC salue l'engagement de Gavi à soutenir les coûts opérationnels dès que la RDC aura soumis sa demande chiffrée. Gavi a également annoncé jusqu'à 40 millions de dollars US pour accélérer l'accès aux vaccins, ainsi que 10 millions de dollars US supplémentaires pour la riposte à l'épidémie et la continuité de la vaccination systématique. Le paquet budgétisé final devrait financer

les opérations de chaîne du froid, le transport, les équipes de vaccination, les ASC, la surveillance de l'innocuité, les systèmes de données, la communication, la supervision et une redevabilité financière indépendante, en lien avec les microplans nationaux et décentralisés approuvés.

La microplanification est déjà en cours. Africa CDC, l'OMS et l'UNICEF finalisent, avec le Programme élargi de vaccination de la RDC (PEV), l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) et les équipes nationales et opérationnelles, les microplans nationaux et décentralisés. Ceux-ci précisent : les provinces, zones de santé et villages prioritaires ; les populations cibles et l'allocation des doses ; les équipes de vaccination et de supervision ; les itinéraires de la chaîne du froid ; la participation éclairée ; la surveillance des événements indésirables ; la prévention et le contrôle des infections ; la collecte des données ; la sécurité ; la gestion des déchets ; l'engagement communautaire ; et la redevabilité quotidienne relative aux doses et aux résultats.

Pendant l'utilisation élargie du vaccin Ervebo, Africa CDC et ses partenaires veilleront à ce que :

- **Des données probantes utilisables soient produites.** Consigner les antécédents médicaux, la vaccination, l'exposition, l'état clinique, toute vaccination antérieure contre Ebola, le statut de grossesse lorsqu'il est pertinent et les événements indésirables graves dans une plateforme sécurisée et interopérable. Relier les données épidémiologiques à la surveillance génomique tout en protégeant la confidentialité.
- **La surveillance active de l'innocuité et la participation éclairée soient garanties.** Déployer des équipes de pharmacovigilance sur chaque site ; assurer l'évaluation clinique rapide des événements indésirables ; appliquer des processus de participation éclairée adaptés au protocole approuvé d'utilisation élargie ; et mettre en place des mécanismes consultatifs communautaires avant le début de la vaccination.
- **Les résultats soient communiqués de manière transparente et les opérations adaptées aux nouvelles données. Mettre en place un contrôle indépendant des données** et de l'innocuité, des analyses prédéfinies et des règles de décision claires. Publier rapidement le protocole, le plan d'analyse et les résultats. Si un bénéfice est démontré, élargir équitablement l'accès ; si une absence de bénéfice ou un préjudice est établi, suspendre, arrêter ou modifier la stratégie.

« La sécurité et la souveraineté sanitaires de l'Afrique sont indissociables. Nous devons agir tôt, agir ensemble et agir sur la base de la science. L'Afrique est fière du leadership audacieux d'Africa CDC dans la protection de la santé des populations du continent et du monde entier. »

— **S.E. Mahmoud Ali Youssouf, Président de la Commission de l'Union africaine, Réunion présidentielle de haut niveau, Burundi, 16 juin 2026**