



Situation de la Maladie à Virus Ebola (MVE) dans les pays de la CEMAC

Flambée à virus Bundibugyo (RDC & Ouganda) avec des implications épidémiologiques et une riposte coordonnée pour l'Afrique centrale

Programme de Sécurité Sanitaire en Afrique Centrale (HeSP-CEMAC) · Mise à jour : 10 septembre 2026 — données épidémiologiques consolidées arrêtées au 8 septembre 2026 (RDC : Ministère de la Santé / OMS / ECDC) et au 27 août 2026 (Ouganda — date de la clôture formelle OMS/Africa CDC). USPPI déclarée le 17 mai 2026 (OMS) · Urgence de sécurité sanitaire continentale déclarée le 18 mai 2026 (Africa CDC).

• USPPI active (OMS) • Urgence continentale (Africa CDC) • 17^e flambée d'Ebola en RDC • 2^e plus grande épidémie d'Ebola de l'histoire mondiale • 1^{er} en RDC — Rt retenu 1,08, nouveau ralentissement • Espèce Bundibugyo — sans vaccin homologué

ALERTE — SITUATION AU 10 SEPTEMBRE 2026 (données arrêtées au 8 septembre)

6 686 cas confirmés et 3 226 décès confirmés en RDC (CFR 48,3 %), dont 819 hospitalisés en isolement · +500 cas et +219 décès depuis l'édition du 3 septembre · L'OMS chiffre un déficit de 1 600 lits et 5 000 soignants supplémentaires pour la prise en charge (5-8 sept.) · Ouganda : dossier resté clos depuis le 27 août (20 cas, 18 guérisons, 2 décès — létalité 10 % ; frontière avec la RDC maintenue fermée) · 61 des 151 zones de santé de 6 provinces affectées · demeure la plus grande épidémie d'Ebola jamais enregistrée en RDC et la 2^e mondiale, derrière l'Afrique de l'Ouest 2014-2016 · Rt retenu à 1,08 [IC 95 % : 1,02 – 1,14] au 4 septembre : nouveau ralentissement depuis le 1,13 de l'édition précédente, transmission toujours au-dessus du seuil de contrôle (section IX) · Nord-Kivu se dégrade nettement (CFR 65,4 %, nouvelle zone touchée) tandis que le Sud-Kivu atteint 97 jours sans nouveau cas · nouveau plan national RDC sur 180 jours (1,3 Md\$) lancé le 5 septembre ; plan humanitaire régional de 2,13 Md\$ toujours financé à 48 % seulement.

6 686

Cas confirmés — RDC
+500 depuis le 3 septembre

3 226

Décès confirmés — RDC
CFR 48,3 %

61 / 151

Zones de santé affectées
6 provinces (RDC)

20

Cas — Ouganda (clôturée le 27 août)
2 décès · létalité 10 %

1,08

Rt retenu au 4 septembre
IC 95 % : 1,02 – 1,14 (vs 1,13 le 31 août)

1 600 / 5 000

Lits / soignants manquants (OMS)
pour porter la capacité à 3 000 lits

97 j

Sans nouveau cas — Sud-Kivu
Nord-Kivu en dégradation (CFR 65,4 %)

2^e

Rang mondial (nombre de cas)
1^{er} en RDC · devant 2018-2020

Évolution depuis l'édition du 3 septembre 2026 — lecture décisionnelle rapide

Indicateur	3 septembre (données 31 août)	10 septembre (données 8 sept.)	Évolution
Cas confirmés — RDC	6 186	6 686	+500 (× 1,08)
Décès confirmés — RDC	3 007	3 226	+219 (× 1,07)



Indicateur	3 septembre (données 31 août)	10 septembre (données 8 sept.)	Évolution
Létalité (CFR confirmé)	48,6 %	48,3 %	-0,3 point
Zones de santé affectées	60 (6 provinces)	61 (6 provinces)	+1 ZS • Nord-Kivu
Rang (taille de la flambée)	2 ^e mondial • 1 ^{er} en RDC	2 ^e mondial • 1 ^{er} en RDC	rang inchangé, écart au record 2018-2020 élargi
Rt estimé (retenu)	1,13 [1,07 – 1,19]	1,08 [1,02 – 1,14]	nouveau ralentissement, mais > 1
Interruption des chaînes	national 84,4 % • Bas-Uélé 60,9 %	national ≈ 84 % • Nord-Kivu en dégradation	maillon faible : Nord-Kivu, non plus Bas-Uélé seul
Contre-mesures médicales	Ervebo (rVSV-ZEBOV) autorisé en Phase 3	PARTNERS élargi, capacités toujours en déficit	1 600 lits et 5 000 soignants manquants (OMS)
Ouganda	clôture formelle OMS/Africa CDC (27 août)	dossier resté clos, aucune évolution	confirmé, sans changement
Financement	plan révisé à 2,13 Md\$, financé à 48 %	+ nouveau plan national RDC 180 j (1,3 Md\$, 5 sept.)	trois plans coexistent, décaissement toujours en cause

Cette édition marque une inflexion plus qu'une rupture : +500 cas et +219 décès en une semaine, un rythme sensiblement plus lent que celui du mois précédent. Le Rt retenu poursuit son repli (1,13 → 1,08), confirmant une deuxième décélération consécutive — mais la borne basse de l'intervalle de crédibilité (1,02) montre que la transmission n'est pas encore maîtrisée. Le point le plus préoccupant n'est plus le Bas-Uélé, désormais stable, mais le Nord-Kivu, où la létalité grimpe à 65,4 % et une nouvelle zone de santé vient d'être touchée. L'OMS a par ailleurs chiffré pour la première fois le déficit matériel de la riposte : 1 600 lits et 5 000 soignants supplémentaires nécessaires.

■ Faits saillants depuis l'édition du 3 septembre

Évènement	Portée
Deuxième ralentissement consécutif du Rt (1,13 → 1,08)	L'estimation recalculée sur la série actualisée jusqu'au 8 septembre confirme la tendance déjà observée un mois plus tôt : Rt = 1,08 [IC 95 % : 1,02 – 1,14] au 4 septembre, contre 1,13 fin août et 1,36 fin juillet. Le Rt brut au tout dernier jour de données (0,83) est probablement affecté par le délai habituel de consolidation des bases INSP et n'a pas été retenu comme référence. La transmission ralentit donc pour la deuxième édition consécutive, sans être maîtrisée. Voir section IX.
Nord-Kivu : nouveau point de dégradation	Le Nord-Kivu totalise désormais environ 1 027 cas et une létalité de 65,4 %, en forte hausse, avec une nouvelle zone de santé touchée au cours de la semaine. C'est la province qui appelle la vigilance la plus immédiate, alors que le Bas-Uélé — la province frontalière CEMAC — se stabilise sans nouveau cas rapporté sur les dernières 24 heures.
Sud-Kivu : 97 jours sans nouveau cas	Le Sud-Kivu, où le tout premier foyer avait été circonscrit précocement, atteint 97 jours consécutifs sans nouveau cas confirmé — bien au-delà du seuil de 42 jours utilisé pour

Évènement	Portée
	déclarer une zone exempte de transmission active. C'est la meilleure nouvelle géographique de cette édition, à l'autre extrémité du spectre par rapport au Nord-Kivu.
L'OMS chiffre pour la première fois le déficit de capacités	Sur environ 1 400 lits installés dans 59 centres de traitement, l'OMS estime qu'il en faudrait 1 600 de plus pour atteindre une capacité cible de 3 000 lits — soit, à raison de trois soignants par lit, environ 5 000 professionnels de santé supplémentaires à recruter et former. Le rythme d'ouverture de nouveaux centres reste inférieur à celui de l'extension des foyers de contamination.
Nouveau plan national RDC sur 180 jours (1,3 Md\$)	Le 5 septembre, le gouvernement congolais et ses partenaires (OMS, Africa CDC) ont lancé un plan multisectoriel révisé sur 180 jours, chiffré à 1,3 Md\$, destiné à servir de feuille de route opérationnelle pour les six prochains mois. Il s'ajoute — sans le remplacer — au plan humanitaire régional révisé de 2,13 Md\$ annoncé le 27 août, toujours financé à 48 % seulement.
Ituri : gros plan sur la zone de santé de Lita	Un décompte détaillé de la zone de santé de Lita (territoire de Djugu, Ituri) illustre l'ampleur locale de la flambée : 224 cas confirmés, 120 décès et 100 guérisons depuis les deux premiers cas du 18 mai — soit une létalité locale de 53,6 %, supérieure à la moyenne nationale.
Aucun cas dans un État membre CEMAC	Aucun cas confirmé ou probable n'a été notifié dans un État membre de la CEMAC à la date du 10 septembre 2026. Le Bas-Uélé, frontalier direct de la RCA, n'a rapporté aucun nouveau cas sur les dernières 24 heures précédant le 8 septembre — un signal de stabilité à confirmer sur la durée plutôt qu'à interpréter comme un point d'inflexion.
Essai PARTNERS élargi	L'essai thérapeutique PARTNERS (MBP134 + remdesivir) poursuit son recrutement en Ituri ; le nombre de sites et de patients inclus continue de croître, sans résultat d'efficacité encore publié.
Frontières & cas exportés	Aucun cas exporté vers un pays tiers depuis l'évacuation de juillet vers l'Allemagne. L'ordonnance américaine de restriction d'entrée, dont l'échéance initiale se situait à la mi-août, doit être vérifiée auprès du CDC pour son statut au 10 septembre 2026.

Note méthodologique (10 septembre 2026). Les chiffres de cette flambée évoluent quotidiennement et sont régulièrement révisés. Cette mise à jour privilégie les **cas confirmés** comme base d'analyse. Les 2 à 4 derniers jours de toute série de cas confirmés sont structurellement sous-rapportés (délai de consolidation des bases INSP) : le Rt calculé sur le tout dernier jour de données (0,83) est probablement biaisé à la baisse et n'a pas été retenu ; la section IX explique le choix méthodologique retenu (Rt à J-4). La somme des cas par province (Figure 2) est une estimation reconstituée à partir des derniers points confirmés par province (5 septembre) et du total national (8 septembre) : le détail provincial exact au 8 septembre n'était pas disponible au moment de la rédaction. Le bilan réel demeure probablement **sous-estimé** (capacités diagnostiques limitées, décès communautaires en cours d'investigation ; l'OMS estimait le 14 juillet que l'ampleur réelle pouvait représenter deux à quatre fois les cas recensés). Les projections de la section IX ont été recalculées sur la série actualisée jusqu'au 8 septembre ; leurs hypothèses et limites y sont explicitées. **Sources principales** : INSP/COUSP-RDC (SitRep N° 106 à 114), OMS/AFRO (mise à jour du 2 sept.), Radio Okapi (SitRep 114, 8 sept.), Ministère de la Communication RDC (8 sept.), Xinhua (plan RDC 180 j, 5 sept.), Afrik.com (déficit lits/soignants OMS, 8 sept.), Actualite.cd (zone de santé de Lita, 5 sept.), OCEAC/CEMAC (voir Références).

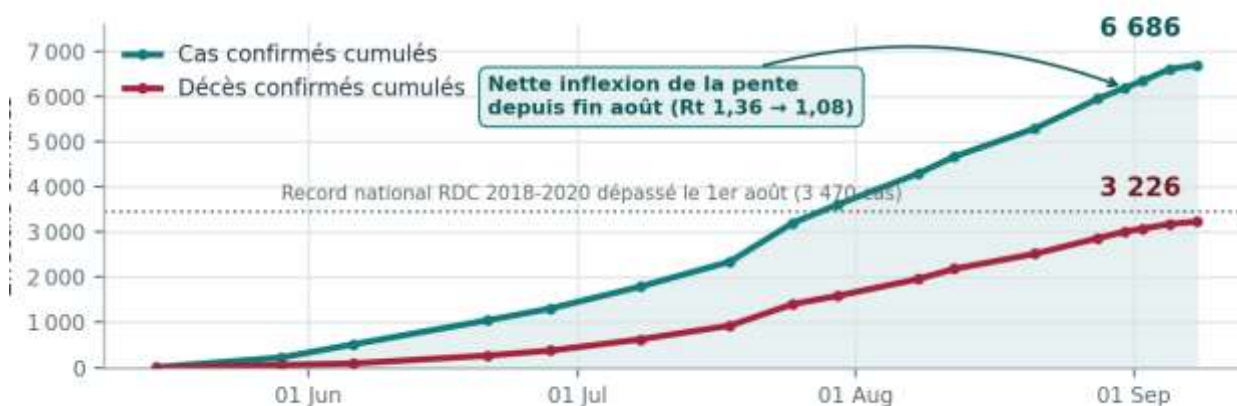
I SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ACTUELLE (RDC & OUGANDA)

La flambée à virus Bundibugyo a **confirmé un deuxième ralentissement consécutif de la transmission**. Avec **6 686 cas et 3 226 décès en RDC aux données du 8 septembre**, la 17^e épidémie demeure la plus grande jamais enregistrée en RDC ainsi que la **2^e plus grande épidémie d'Ebola de l'histoire mondiale**, derrière la seule Afrique de l'Ouest 2014-2016. Le fait marquant de cette édition est que le **ralentissement observé le mois dernier se poursuit** : le R_t retenu recule de 1,13 à 1,08, deuxième repli consécutif, tandis que le centre de gravité géographique du risque se déplace du Bas-Uélé (désormais stable) vers le Nord-Kivu, en nette dégradation. L'estimation du nombre de reproduction reste supérieure au seuil de contrôle : **$R_t = 1,08$ [IC 95 % : 1,02 – 1,14]**, contre 1,13 fin août ; la létalité se stabilise à 48,3 % et le Sud-Kivu atteint 97 jours sans nouveau cas, à l'opposé du Nord-Kivu.

Figure 1 — Progression cumulée des cas et décès confirmés en RDC (15 mai → 8 septembre 2026)

Progression cumulée des cas et décès confirmés — RDC

15 mai → 8 septembre 2026 (date de rapportage) · échelle linéaire



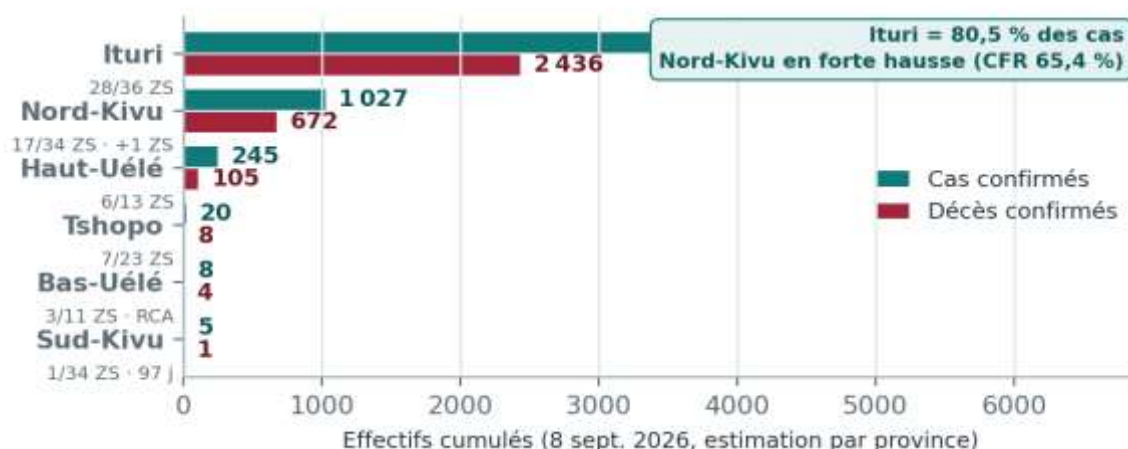
Lecture. La pente continue de s'infléchir : 6 186 cas au 31 août, 6 342 le 2 septembre, 6 604 le 5 septembre, 6 686 au 8 septembre — soit un gain hebdomadaire nettement plus faible que lors des éditions précédentes. Le palier du 22 juillet (+370 cas en 24 h) correspond pour l'essentiel à l'intégration des bases harmonisées de l'Ituri et du Nord-Kivu ; il a été redistribué dans l'analyse de tendance de la section IX. La létalité s'est stabilisée pour la première fois (48,6 % → 48,3 %), signe possible d'une amélioration marginale de la prise en charge malgré le déficit de lits documenté par l'OMS. **Sources :** INSP/COUSP-RDC (SitRep N° 106 à 114) ; OMS/AFRO ; Radio Okapi ; Ministère de la Communication RDC.

Figure 1 — Cas confirmés cumulés et décès confirmés cumulés en RDC, par date de rapportage. Échelle linéaire.

Figure 2 — Répartition géographique des cas confirmés (données au 5-8 septembre 2026, estimation)

Répartition géographique des cas et décès confirmés

RDC : 61 zones de santé de 6 provinces — Bas-Uélé et Sud-Kivu stables, Nord-Kivu en dégradation



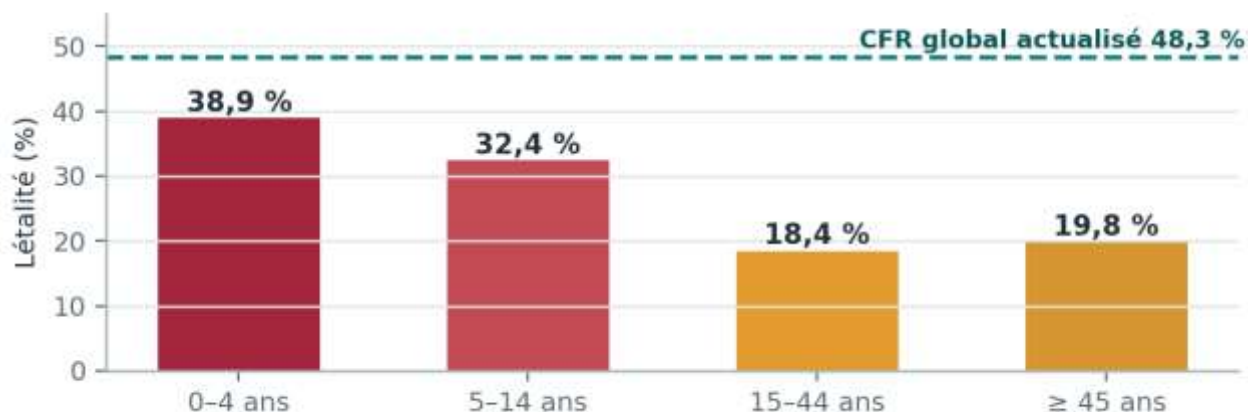
Lecture. L'Ituri concentre environ 5 381 cas et 2 436 décès (80,5 % des cas) sur 28 de ses 36 ZS. Le **Nord-Kivu se dégrade nettement** : environ 1 027 cas et 672 décès, soit une **létalité de 65,4 %**, avec une nouvelle zone de santé touchée. Le Haut-Uélé (≈ 245 cas), la Tshopo (≈ 20 cas), le Bas-Uélé (≈ 8 cas, stable, frontière RCA) et le Sud-Kivu (≈ 5 cas, 97 jours sans nouveau cas) restent globalement stables. Au total, **Sources** : INSP/COUSP-RDC ; Radio Okapi (SitRep 114, 8 sept.) ; estimation propre pour la clé de répartition provinciale, le détail exact au 8 sept. n'étant pas publié au moment de la rédaction.

Figure 2 — Cas et décès confirmés par province (RDC) et total Ouganda ; nombre de ZS affectées indiqué.

Figure 3 — Létalité (CFR) par groupe d'âge en RDC

Létalité par groupe d'âge — gradient pédiatrique

Répartition Africa CDC (analyse de juin 2026, non réactualisée) ; ligne = CFR global au 8 septembre



Lecture. Les jeunes enfants paient le plus lourd tribut : la létalité atteint 38,9 % chez les 0-4 ans et 32,4 % chez les 5-14 ans, nettement au-dessus des classes adultes (18,4 % chez les 15-44 ans ; 19,8 % chez les ≥ 45 ans). Ces taux proviennent de l'analyse Africa CDC de juin et n'ont pas été réactualisés, alors que le CFR global s'établit désormais à 48,3 % : c'est le gradient — et non le niveau — qu'il faut retenir. Il impose une priorité aux soins de soutien optimisés pédiatriques et à la protection des ménages avec enfants. **Sources** : Africa CDC (répartition par âge, juin 2026) ; OMS/INSP (CFR global au 8 septembre).

Figure 3 — Létalité parmi les cas confirmés, par tranche d'âge ; ligne pointillée = CFR global actualisé (48,3 %).

Figure 4 — Vitesse épidémique : délai pour atteindre 1 000 décès confirmés

Vitesse épidémique : délai pour atteindre 1 000 décès confirmés

La flambée de 2026 a franchi ce seuil le 21 juillet, 67 jours après la déclaration du 15 mai



Lecture. La flambée actuelle a franchi le seuil des 1 000 décès confirmés le 21 juillet, soit 67 jours après la déclaration du 15 mai — contre environ 140 jours pour l'épidémie d'Afrique de l'Ouest 2014-2016 et environ 245 jours (huit mois) pour la flambée du Nord-Kivu 2018-2020. Au 8 septembre, 116 jours après la déclaration, la RDC avait déjà enregistré plus de trois fois le total de décès que la flambée de 2018-2020 avait mis 22 mois à atteindre. Cette cinétique confirme, même avec le ralentissement récent du Rt, le caractère hors norme de cette flambée. **Sources :** OMS ; Africa CDC ; Radio Okapi ; ONU Info (briefings d'août-septembre) ; US CDC (MMWR, 2026).

Figure 4 — Nombre de jours entre la déclaration et le franchissement de 1 000 décès confirmés, comparé aux deux plus grandes flambées antérieures.

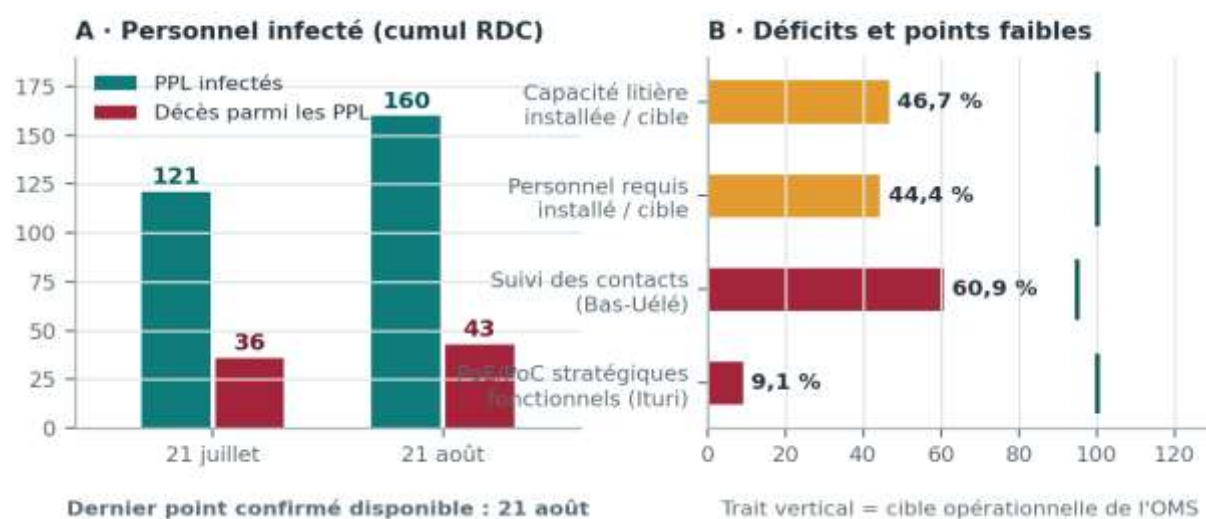
I.1 — Interruption des chaînes, personnel soignant et capacités de triage

Trois dynamiques déjà identifiées se confirment, avec un déplacement géographique notable : (1) la **surveillance couvre mieux, mais le point faible se déplace** — le suivi des contacts national reste proche du seuil de 85 %, mais c'est désormais le Nord-Kivu, avec sa létalité de 65,4 % et sa nouvelle zone touchée, qui concentre l'attention plutôt que le seul Bas-Uélé, redevenu stable ; (2) le **personnel de première ligne reste exposé et démobilisé** — 160 PPL infectés et 43 décès (dernier point confirmé, 21 août), sans mise à jour plus récente disponible ; (3) les **capacités de prise en charge et de triage saturent** — l'OMS chiffre pour la première fois un déficit de 1 600 lits et 5 000 soignants, et seul 1 des 11 points d'entrée stratégiques de l'Ituri (9,1 %) fonctionne sans interruption. Ce triptyque explique pourquoi, malgré deux ralentissements consécutifs du Rt national, la transmission reste au-dessus du seuil de contrôle (section IX).

Figure 8 — Personnel soignant et performance de la riposte : le double signal PCI

Capacités de prise en charge : l'OMS chiffre un déficit de 1 600 lits et 5 000 soignants

Cumul PPL au 21 août ; capacités litières/personnel et suivi des contacts au 5-8 septembre 2026



Lecture. Le nombre de personnels de première ligne infectés reste, au dernier point confirmé disponible (21 août), à 160 (43 décès, létalité 26,9 %) ; aucune mise à jour plus récente n'a été publiée à la date de cette édition. Le panneau B situe désormais le déficit le plus documenté : l'OMS chiffre un besoin de 1 600 lits et 5 000 soignants supplémentaires (46,7 % et 44,4 % des cibles actuellement installés), tandis que le suivi des contacts au Bas-Uélé (60,9 %) et les points d'entrée stratégiques de l'Ituri (9,1 % fonctionnels) restent les points faibles persistants. **Implication CEMAC directe :** le déficit de capacités est désormais documenté au niveau national par l'OMS elle-même — c'est un argument de poids pour un plaidoyer CEMAC chiffré sur le financement (voir intervention n° 5 et section VIII). **Sources :** OMS/AFRO ; Afrik.com (déficit lits/soignants, 8 sept.) ; INSP/COUSP-RDC SitRep N° 106 (28 août) ; ONU Info (briefing Harneis, 21 août).

Figure 8 — Panneau A : PPL infectés/décédés (21 juil. → 21 août, dernier point disponible). Panneau B : déficits de capacités et points faibles persistants.

Σ Tableau synoptique

Paramètre	Information — état au 5-8 septembre 2026
Pays affectés	RDC (foyer) — Ituri (épicode : 28/36 ZS, ≈ 5 381 cas, 80,5 % du total), Nord-Kivu (17/34 ZS, ≈ 1 027 cas, en forte hausse), Haut-Uélé (6/13 ZS, ≈ 245 cas), Tshopo (7/23 ZS, ≈ 20 cas), Bas-Uélé (3/11 ZS, ≈ 8 cas — frontière RCA, stable), Sud-Kivu (1/34 ZS, ≈ 5 cas — 97 j sans nouveau cas). Total : 61 des 151 ZS de 6 provinces. Ouganda — épidémie clôturée le 27 août 2026, sans évolution depuis (OMS/Africa CDC).
Agent pathogène	Virus Bundibugyo (Orthoebolavirus bundibugyoense) — espèce distincte du virus Ebola/Zaïre (≈ 30 % de divergence nucléotidique). 17 ^e flambée d'Ebola en RDC depuis 1976 et 3 ^e flambée connue à virus Bundibugyo (Ouganda 2007 ; RDC/Isiro 2012). Réservoir suspecté : chauves-souris frugivores. Spillover estimé en janvier–février 2026.
Bilan (RDC)	6 686 cas confirmés, dont 3 226 décès confirmés (CFR 48,3 %) ; 819 hospitalisés en isolement ; 1 563 guérisons (au 8 sept.). +500 cas et +219 décès depuis le 31 août. Ituri ≈ 5 381 cas · Nord-Kivu ≈ 1 027 · Haut-Uélé ≈ 245 · Tshopo ≈ 20 · Bas-Uélé ≈ 8 · Sud-Kivu ≈ 5. Plus grande épidémie d'Ebola jamais enregistrée en RDC ; 2 ^e au monde.
Bilan (Ouganda) — clos	20 cas confirmés, 18 guérisons, 2 décès (létalité 10 %). Épidémie déclarée terminée le 28 juillet 2026 (niveau national) puis formellement clôturée par l'OMS et Africa CDC le 27 août 2026, au terme des 42 jours suivant la sortie du dernier patient (16 juin). 15 cas importés de



Paramètre	Information — état au 5-8 septembre 2026
	RDC, 5 acquis localement parmi les contacts et soignants exposés. La frontière avec la RDC demeure fermée.
Létalité (CFR)	48,3 % parmi les cas confirmés (3 226/6 686), en légère baisse pour la première fois (48,6 % au 3 septembre) et vraisemblablement sous-estimée. Létalité par province (estimation au 5-8 sept.) : Ituri ≈ 45,3 %, Nord-Kivu ≈ 65,4 % (en forte hausse), Haut-Uélé ≈ 42,9 %, Bas-Uélé ≈ 50 %, Tshopo ≈ 40 %, Sud-Kivu ≈ 20 %. CFR par âge (Africa CDC, juin) : 0-4 ans 38,9 %, 5-14 ans 32,4 %, 15-44 ans 18,4 %, ≥ 45 ans 19,8 %.
Transmission	Contact direct avec sang, sécrétions ou liquides biologiques de personnes malades/décédées, ou surfaces contaminées. Amplification en milieu de soins (160 PPL infectés au dernier point connu ; 9,1 % seulement des points d'entrée stratégiques de l'Ituri fonctionnels ; déficit de 1 600 lits et 5 000 soignants selon l'OMS) et lors d'enterrements non sécurisés. Pas de transmission aérienne. Incubation : 2 à 21 jours.
Diagnostic	Le GeneXpert de terrain ne détecte pas le Bundibugyo (sondes calibrées sur le Zaïre) — ≈ 1 mois de riposte perdu avant la déclaration. L'OMS a accordé le 2 juillet une inscription pour usage d'urgence (EUL) au premier test moléculaire validé pour le Bundibugyo. Réseau diagnostique décentralisé désormais actif dans les 6 provinces touchées, avec deux laboratoires mobiles installés par l'Ouganda côté congolais (Aru, Kasenyi).
Traitements / Vaccins	Aucun vaccin ni traitement homologué. L'OMS a autorisé fin juillet un essai de Phase 3 de l'Ervebo (rVSV-ZEBOV) contre le Bundibugyo (stock Gavi de 500 000 doses) — un revirement après l'avoir déconseillé le 28 mai pour protection croisée jugée insuffisante. Trois essais en cours : Ervebo (rVSV-ZEBOV, autorisé en essai de Phase 3 fin juillet, stock Gavi de 500 000 doses) ; PARTNERS (MBP134 + remdesivir, traitement ; recrutement élargi) ; EBO-PEP (obeldesivir, prophylaxie post-exposition) ; BD-Ebov (ChAdOx1 BDBV, vaccin Phase I, 1 ^{re} vaccination humaine le 24 juil.). Aucune disponibilité opérationnelle attendue avant 2027. Voir sections V et IX.
Évaluation du risque (OMS)	TRÈS ÉLEVÉ au niveau national (RDC) · ÉLEVÉ en RDC et dans les pays limitrophes du foyer · FAIBLE pour le reste de la Région africaine et au niveau mondial. USPPI (OMS) et urgence continentale (Africa CDC) maintenues. Estimation propre (section IX) : probabilité d'au moins une importation dans l'espace CEMAC à 90 jours comprise entre 35 % et 67 % selon la trajectoire de la riposte en RDC — nouvelle baisse par rapport à l'édition précédente (42-80 %), reflet du ralentissement continu du Rt.
Interruption des chaînes	Suivi des contacts national proche de 85 % ; Bas-Uélé stable à 60,9 %, mais Nord-Kivu en dégradation (CFR 65,4 %) (estimation au 5-8 sept.). Insécurité, déplacements et forte mobilité continuent d'entraver l'interruption effective des chaînes. Rt retenu à 1,08 au 4 septembre.
Contexte aggravant	Insécurité et conflit armé persistants (Ituri, Nord-Kivu — ADF, CODECO, M23). Déficit de capacités désormais chiffré par l'OMS : 1 600 lits et 5 000 soignants supplémentaires nécessaires. Saturation persistante : seul 1 des 11 points d'entrée stratégiques de l'Ituri fonctionnel. Plan humanitaire régional financé à 48 % seulement ; nouveau plan national RDC de 1,3 Md\$ tout juste lancé (5 sept.), dont le financement effectif reste à mobiliser.

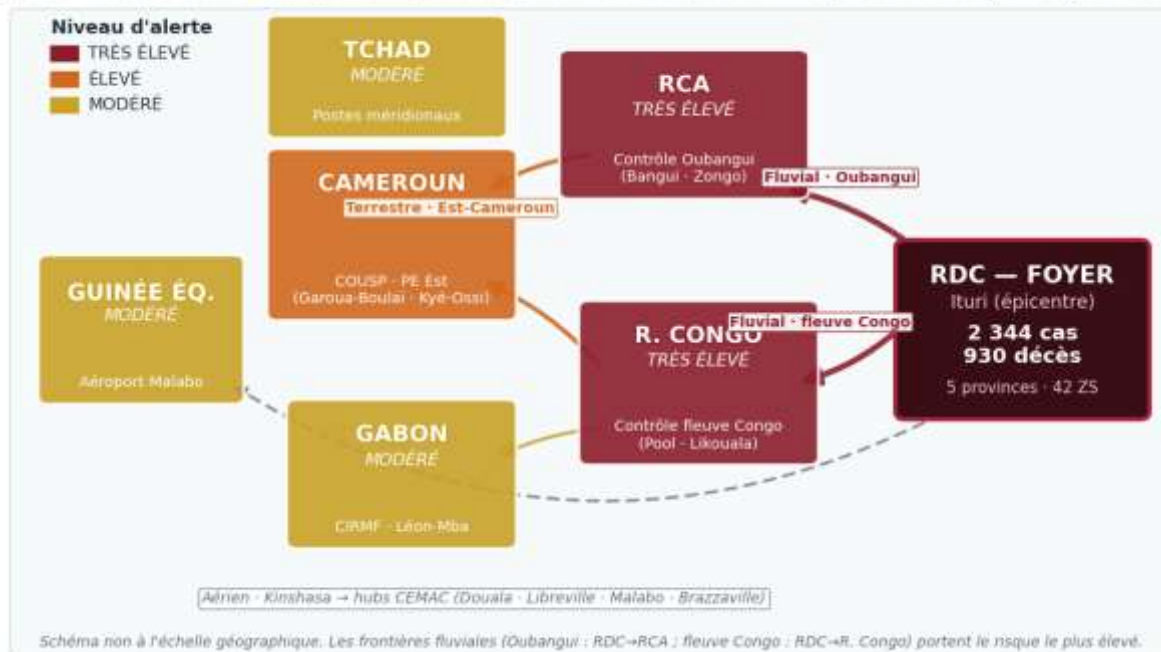
II STATUT DE LA MVE DANS LES PAYS CEMAC & APPUI POTENTIEL DU HESP-CEMAC

Aucun cas n'a été enregistré à ce jour dans un État membre de la CEMAC. Les niveaux d'alerte ci-dessous reflètent la proximité des foyers actifs, les volumes de flux transfrontaliers et la capacité nationale de

surveillance, et sont **rehaussés par la nouvelle donne épidémiologique** : 61 zones de santé touchées dans 6 provinces. Le Bas-Uélé — frontalier direct de la RCA — s'est stabilisé depuis fin août, sans nouveau cas sur les dernières 24 heures avant le 8 septembre. L'appui mobilisable est indiqué au titre des composantes du HeSP-CEMAC (C1 à C5).

Figure 5 — Géographie schématique du risque d'importation et voies d'entrée dans l'espace CEMAC

Figure 5 — Hiérarchie du risque d'importation et voies d'entrée vers l'espace CEMAC (au 20 juillet 2026)



Lecture. Les frontières fluviales portent le risque le plus élevé : Oubangui (RDC → RCA) et fleuve Congo (RDC → R. Congo), au trafic peu contrôlé. Viennent ensuite les axes terrestres de l'Est-Cameroun (Garoua-Boulaï, Kyé-Ossi) et les liaisons aériennes depuis Kinshasa vers les hubs CEMAC. **Source :** analyse de l'auteur d'après OMS, ECDC, Africa CDC.

Figure 5 — Schéma non à l'échelle. Niveaux d'alerte par pays et principales voies d'importation depuis le foyer (RDC — Ituri).

Pays / Cadre	Niveau	Mesures gouvernementales	Appui potentiel HeSP-CEMAC
Cameroun • Préparation	ÉLEVÉ	COUSP en alerte renforcée • dépistage aux PE aéroportuaires (Yaoundé-NSI, Douala) et terrestres (Garoua-Boulaï, Kyé-Ossi) • alerte des équipes de surveillance • laboratoires de référence (CPC, LNSP) en alerte pour le Bundibugyo • coordination US Embassy (FHI 360/STRIDES) et OMS-Cameroun.	Activation des plans de préparation (C3) • équipes mobiles de surveillance aux PE prioritaires (C2) • diagnostic rapide du Bundibugyo LNSP/CPC (C2) • formation accélérée PCI/MVE des agents frontaliers (C3) • pré-positionnement d'EPI à l'Est (C3).
RCA • Préparation	TRÈS ÉLEVÉ	Cellule de crise activée • contrôle renforcé à la frontière RDC (fleuve Oubangui) • formation d'urgence des soignants ; isolement dans les FOSSA de référence • alerte aux postes de Bangui, Zongo, Libenge • coordination OMS/OCHA/MSF.	Surveillance épidémiologique communautaire (C2) • pré-positionnement d'EPI et stocks d'urgence (C3) • centre d'isolement de référence à Bangui (C3) • consultants en gestion des urgences (C4).

Pays / Cadre	Niveau	Mesures gouvernementales	Appui potentiel HeSP-CEMAC
Tchad · Préparation	MODÉRÉ	Circulaires d'alerte aux directions régionales · sensibilisation aux signes d'alerte MVE · surveillance passive maintenue ; postes méridionaux en alerte.	Élaboration d'un plan de contingence MVE (C1) · formation des équipes de riposte rapide (C2) · mise en réseau avec la surveillance CEMAC (C2).
R. Congo · Préparation	TRÈS ÉLEVÉ	Plan de préparation activé · contrôle renforcé à la frontière RDC (fleuve Congo ; Pool, Likouala) · équipes de surveillance aux PE fluviaux ; sensibilisation communautaire · LNSP en alerte ; coordination MSF/OMS-Congo. Hôte des réunions de coordination sous-régionale (Brazzaville).	Dépistage renforcé aux PE fluviaux (C2) · formation urgente des EIR sur le Bundibugyo (C3) · capacités diagnostiques du LNSP (C2) · communication sur les risques & engagement (C1).
Gabon · Préparation	MODÉRÉ	Surveillance nationale en alerte · sensibilisation des professionnels aux critères MVE · surveillance renforcée à Léon-Mba (Libreville) · mobilisation du CIRMF (Franceville) pour le diagnostic.	Capacité diagnostique du CIRMF (C2) · révision des protocoles nationaux de PEC (C3) · formation à la gestion des urgences (C2).
Guinée Équatoriale · Préparation	MODÉRÉ	Diffusion d'alertes aux structures sanitaires · sensibilisation aux définitions de cas · renforcement du dépistage à l'aéroport international de Malabo.	Protocole de surveillance aux PE (C2) · formation des équipes sur la MVE Bundibugyo (C3) · communication sur les risques (C1).

III INTERVENTIONS URGENTES PROPOSÉES AU HESP-CEMAC POUR PRÉVENIR L'IMPORTATION

Huit interventions prioritaires sont proposées, avec indication de la composante mobilisée et du délai de mise en œuvre. Par rapport à l'édition du 3 septembre, l'ordre de priorité est **confirmé, avec un ajout lié au déficit de capacités chiffré par l'OMS** : les projections de la section IX montrent qu'un triage fonctionnel avec isolement en moins de 48 heures réduit d'un facteur significatif la probabilité qu'une importation dans un État membre engendre une chaîne de plus de 50 cas, et le déficit de 1 600 lits et 5 000 soignants annoncé par l'OMS rend d'autant plus urgent le pré-positionnement régional de capacités tampons. Les interventions n° 2 et n° 6 restent les plus rentables de l'ensemble du dispositif.

N°	Intervention	Description et modalités	Comp.	Délai
1	Surveillance renforcée aux PE prioritaires	Déploiement d'équipes aux PE à haut risque (Est-Cameroun : Garoua-Boulai, Kyé-Ossi ; RCA-Oubangui : Bangui, Zongo ; R. Congo-Likouala ; Mossaka, Brazzaville, aéroports de Bangui, Brazzaville, Libreville, Douala, Malabo, Ndjamen). Contrôle de température, questionnaires standardisés, dépistage à la sortie ET à l'entrée, formation accélérée — conformément aux recommandations temporaires du RSI (22 mai) et à la directive Africa CDC.	C2	0–14 j
2	Triage, isolement et protection PCI du personnel de première ligne	Mise en place d'unités de triage fonctionnelles avec circuit d'isolement, formation PCI accélérée et pré-positionnement d'EPI (FFP3, combinaisons) dans les FOSA de référence frontalières. Priorité maximale au vu du déficit de 1 600 lits et 5 000 soignants chiffré par l'OMS au niveau national et de 9,1 % seulement des	C2 C3	0–14 j

N°	Intervention	Description et modalités	Comp.	Délai
		points d'entrée stratégiques fonctionnels en Ituri : la protection des soignants reste le point de rupture des ripostes Bundibugyo.		
3	Capacités diagnostiques régionales (Bundibugyo)	Approvisionnement d'urgence en réactifs PCR spécifiques du Bundibugyo et intégration du test validé par l'EUL OMS (CIRMF-Gabon, LNSP-Cameroun, LNSP-Congo, INSP-RCA). Transport sécurisé des échantillons (catégorie A, UN2814) ; mise en réseau via RESOLAB-AC. Tenir compte de l'écueil GeneXpert (non détection).	C2	< 1 mois
4	Formation d'urgence des ERR	Formation en ligne sur la MVE à virus Bundibugyo : définition de cas, triage, PCI, prise en charge clinique, traçage, enterrements dignes et sécurisés. Intégration du profil actuel (6 686 cas, Rt retenu à 1,08, Nord-Kivu en dégradation, Bas-Uélé stable, essais cliniques en cours).	C2 C3	< 1 mois
5	Communication sur les risques & engagement	Messages de prévention adaptés aux contextes frontaliers (radio communautaire, SMS, agents communautaires) ; lutte contre la désinformation ; supports IEC/CCC intégrant la spécificité du Bundibugyo. Coordination « Une Seule Santé » et OCEAC (feuille de route MVE).	C1	< 1 mois
6	Pré-positionnement de stocks d'urgence	Évaluation et pré-positionnement d'EPI, de matériel de PEC, de kits de triage et de solutions chlorées dans les FOSA de référence des zones frontalières à risque (RCA, R. Congo, Est-Cameroun). Appui logistique via dépôt régional HeSP-CEMAC.	C3	< 1 mois
7	Partage d'informations & interopérabilité	Bulletin épidémiologique hebdomadaire régional MVE entre États membres ; activation du système d'alerte précoce inter-pays via l'OCEAC ; connexion aux alertes OMS/Africa CDC (RSI) et aux bulletins ECDC/CDC pour le suivi des cas exportés.	C2 C4	< 1 mois
8	Positionnement pour les contre-mesures (traitement, PEP, vaccin)	Suivi des essais PARTNERS, EBO-PEP (obeldesivir) et BD-Ebov (ChAdOx1 BDBV — 1re vaccination humaine le 24 juil.) ; positionnement précoce de la CEMAC pour un accès prioritaire via CEPI, le Mécanisme africain d'achats groupés (APPM) et le plan continental conjoint. Préparation d'un protocole PEP pour soignants/contacts si résultats favorables.	C3	1–3 mois

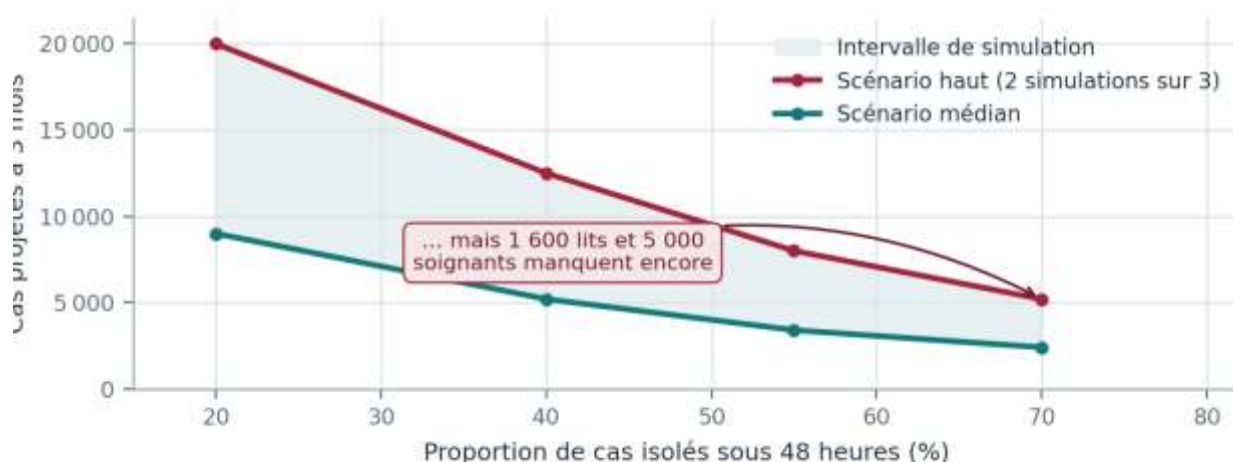
IV ANALYSE DU RISQUE ACTUALISÉE ET CONTEXTUALISÉE

L'analyse ci-dessous actualise le risque au 10 septembre 2026 (données arrêtées au 8 septembre). Elle est complétée, en section IX, par une estimation propre du nombre de reproduction, des projections à 90 jours et une quantification du risque d'importation par État membre.

Figure 6 — Modélisation prospective à 3 mois (US CDC) selon l'intensité de l'isolement

Modélisation prospective à 3 mois (US CDC) selon l'intensité de l'isolement

Nos projections propres (Fig. 11) situent la trajectoire actuelle proche du scénario médian



Lecture. Le modèle du US CDC lie l'ampleur finale à la proportion de cas isolés sous 48 h. Scénario faible maîtrise (20 % isolés) : > 20 000 cas dans 2 simulations sur 3. Scénario forte maîtrise (70 % isolés) : 94 % de probabilité de contenir sous 10 000 cas. **Nos propres projections (section IX), recalculées sur le R_t retenu (1,08), situent la trajectoire actuelle en amélioration continue par rapport aux deux éditions précédentes : à R_t maintenu, le cumul atteindrait 15 300 cas [13 200 – 17 900] début décembre, contre 18 700 cas anticipés pour un horizon comparable lors de l'édition précédente.** Le déficit de capacités chiffré par l'OMS (1 600 lits, 5 000 soignants) reste toutefois un facteur de risque à la hausse non intégré dans cette trajectoire centrale. **Sources :** US CDC (MMWR, 2026) ; OMS/AFRO ; modélisation propre (section IX).

Figure 6 — Cas projetés selon la proportion de cas isolés sous 48 h. Le repère rappelle l'écart entre suivi déclaré et interruption effective des chaînes.

Principales voies d'importation vers la CEMAC

Voie d'importation	Caractéristiques	Niveau
Fluvial · RDC → R. Congo	Fleuve Congo depuis Kisangani (Tshopo, stable). Trafic peu contrôlé. Probabilité d'importation à 90 jours estimée entre 11 % et 27 % selon la trajectoire de la riposte (section IX) — nouvelle baisse par rapport à l'édition précédente.	TRÈS ÉLEVÉ
Terrestre · RDC → RCA	Oubangui (Ouango, Mobaye, Bangui, Zongo, Libenge). Le Bas-Uélé, stable depuis fin août, borde directement la RCA. Probabilité d'importation à 90 jours estimée entre 17 % et 38 % (section IX).	TRÈS ÉLEVÉ
Aérien · Kinshasa → hubs CEMAC	Liaisons directes inter-capitales (Douala, Libreville, Brazzaville, Bangui, Malabo). Le cas français (24 juin, sous le seuil de fièvre au départ) illustre la limite du dépistage à la sortie.	ÉLEVÉ
Terrestre · Est-Cameroun	Garoua-Boulai, Kyé-Ossi. Flux miniers, populations mobiles.	ÉLEVÉ
Aérien régional · Kampala → CEMAC	Épidémie ougandaise formellement clôturée le 27 août ; frontière avec la RDC maintenue fermée. Ce vecteur d'exportation demeure clos, sous réserve de réintroduction depuis la RDC.	FAIBLE

Synthèse du risque

Facteur	Éléments d'analyse (au 28-31 août 2026)
1 • Ampleur & vitesse	6 686 cas / 3 226 décès en RDC — plus grande épidémie d'Ebola jamais enregistrée en RDC et 2 ^e mondiale. CFR 48,3 % (en légère baisse). Rt retenu = 1,08 [1,02 – 1,14] : deuxième ralentissement consécutif depuis l'édition précédente (1,13), mais transmission toujours au-dessus du seuil de contrôle.
2 • Extension géographique	6 provinces, 61 des 151 ZS. Ituri 80,5 % des cas ; forte dégradation du Nord-Kivu (≈ 1 027 cas, CFR 65,4 %, nouvelle ZS) ; le Bas-Uélé (frontière RCA) et le Sud-Kivu (97 j sans cas) se stabilisent. La Tshopo demeure la tête de pont fluviale vers l'aval du bassin du Congo.
3 • Transmission internationale	Ouganda : dossier définitivement clos (27 août), frontière avec la RDC maintenue fermée — vecteur d'exportation par Kampala neutralisé. Aucun nouveau cas exporté vers un pays tiers depuis juillet. Aucun cas dans un État membre CEMAC au 3 septembre.
4 • Contre-mesures médicales	Ervebo toujours en essai de Phase 3 ; essai PARTNERS élargi ; 2 autres essais en cours. Mais résultats à plusieurs mois et aucune disponibilité opérationnelle attendue avant 2027 au mieux. Protection à court terme toujours limitée à l'EPI, au triage et à la PCI stricte ; l'autorisation de l'essai Ervebo change l'horizon à moyen terme, non l'urgence immédiate.
5 • Modélisation (US CDC)	Nos projections (section IX) : à Rt inchangé (1,08), 15 338 cas [13 162 – 17 888] début décembre ; à Rt ramené à 0,65 en six semaines, 10 115 cas [9 405 – 10 946]. Le ralentissement observé réduit à nouveau le risque régional par rapport à l'édition précédente, sans l'annuler.
6 • Facteurs multiplicateurs CEMAC	RCA & R. Congo TRÈS ÉLEVÉ (frontières fluviales directes, systèmes fragiles ; le Bas-Uélé reste actif à la frontière RCA bien que stable) — ils portent à eux seuls environ 70 % du risque d'importation régional estimé · Cameroun ÉLEVÉ (Garoua-Boulaï, Kyé-Ossi ; risque aérien Douala/Yaoundé) · Gabon, Guinée Équatoriale, Tchad MODÉRÉ (hubs aériens, vecteur secondaire via la RCA).
7 • Transmission nosocomiale	160 PPL infectés, 43 décès (létalité 26,9 %) — facteur d'amplification persistant : déficit nouvellement chiffré par l'OMS de 1 600 lits et 5 000 soignants ; seul 1 des 11 points d'entrée stratégiques de l'Ituri fonctionnel. Impose un renforcement urgent du triage et des capacités PCI dans les FOSA frontalières CEMAC (interventions n° 2 et 6).
8 • Financement de la riposte	Plan humanitaire régional financé à 48 % seulement ; nouveau plan national RDC de 1,3 Md\$ lancé le 5 septembre ; appel de l'ONU du 27 août pour 1,1 Md\$ restants toujours sans réponse complète ; CERF déjà mobilisé pour plus de 57 M\$ en RDC et pays voisins. Le déficit de financement se traduit désormais directement en lits et en personnel manquants, chiffrés par l'OMS elle-même.

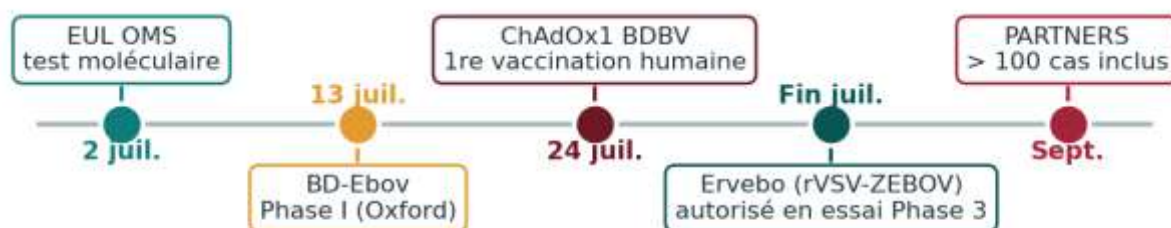
V CONTRE-MESURES MÉDICALES — ÉTAT DES ESSAIS ET POSITIONNEMENT CEMAC

Après 19 ans sans aucune contre-mesure spécifique du Bundibugyo, **trois premières évaluations humaines ont été lancées en trois semaines**, et un test diagnostique dédié a reçu l'inscription pour usage d'urgence de l'OMS. Fin juillet, l'OMS a en outre autorisé un essai de Phase 3 du vaccin Ervebo (rVSV-ZEBOV) — un revirement stratégique après l'avoir déconseillé en mai. L'essai PARTNERS poursuit son recrutement en Ituri. Les résultats des essais spécifiques au Bundibugyo restent toutefois à plusieurs mois et aucune disponibilité opérationnelle n'est attendue avant 2027 — les projections de la section IX ne leur attribuent donc aucun effet sur l'horizon de 90 jours.

Figure 9 — Chronologie des contre-mesures médicales spécifiques du Bundibugyo (juillet 2026)

Contre-mesures spécifiques du Bundibugyo : un revirement notable sur l'Ervebo

Depuis 19 ans sans outil dédié — juillet-septembre 2026



Lecture. Cinq jalons en quatre semaines : EUL d'un test diagnostique (2 juil.) ; essai de traitement PARTNERS (2 juil.) ; lancement de l'essai vaccinal Phase I BD-Ebov (13 juil.) ; essai de prophylaxie post-exposition EBO-PEP (14 juil.) ; première vaccination humaine contre le Bundibugyo (24 juil.). **L'essai EBO-PEP est potentiellement le plus déterminant pour l'endiguement** : une prophylaxie orale efficace protégerait directement soignants et contacts — les deux populations les plus exposées, avec 160 PPL déjà infectés — et constituerait, pour la CEMAC, le premier outil transposable à la protection de ses propres équipes de première ligne. **Sources** : OMS (2 juil., fin juil.) ; Université d'Oxford (13 et 24 juil.) ; ANRS/ALIMA (14 juil.) ; CEPI ; Gavi.

Figure 9 — Jalons des trois essais cliniques, de l'inscription diagnostique d'urgence et de la 1re vaccination humaine, juillet 2026.

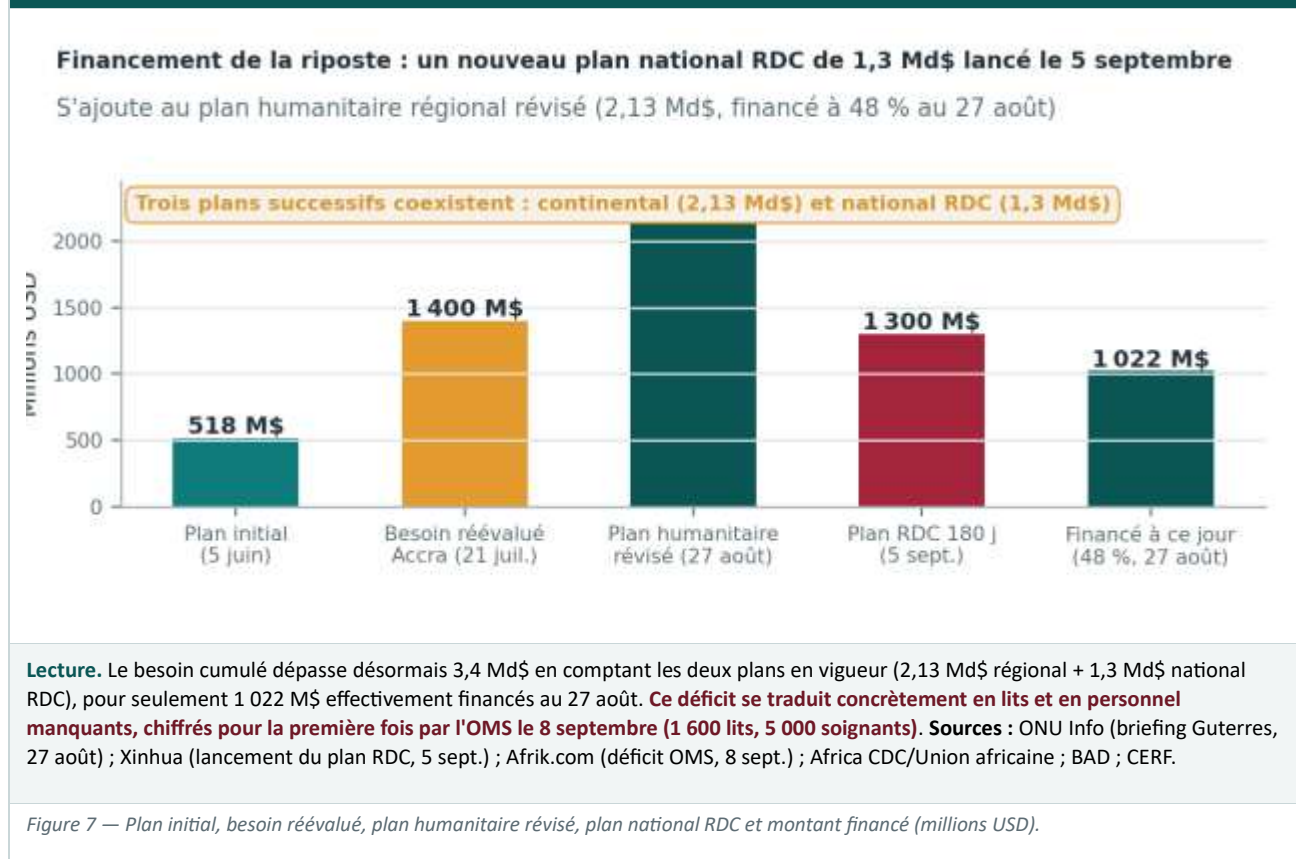
Essai / Produit	Type	Détails et pilotage	Portée pour la CEMAC
PARTNERS MBP134 + remdesivir	Traitement (essai contrôlé randomisé)	1er patient le 2 juil. Sponsorisé par l'OMS, piloté par l'INRB ; coordination ITM Anvers, Université d'Oxford, Africa CDC. MBP134 (anticorps monoclonal pan-Ebola, Mapp) + remdesivir (Gilead, 2 000 flacons donnés). Design adaptatif (ajout possible du maftivimab). Recrutement élargi en septembre, cible toujours > 1 000 patients.	Premier standard de soins potentiel du Bundibugyo. Anticiper l'intégration aux protocoles nationaux de PEC (C3) et l'accès via le plan continental.
EBO-PEP obeldesivir	Prophylaxie post-exposition (1re pour un filovirus)	Recrutement dès le 14 juil. en Ituri. Piloté par l'ANRS (France), l'INRB et ALIMA, avec MSF et Africa CDC. Obeldesivir (antiviral oral, même métabolite actif que le remdesivir) administré aux soignants et contacts exposés.	Levier d'endiguement le plus direct pour la protection des soignants frontaliers CEMAC. Préparer un protocole PEP (intervention n° 8).
BD-Ebov ChAdOx1 BDBV	Vaccin (Phase I)	Lancé le 13 juil. par l'Oxford Vaccine Group (Royaume-Uni) ; 1re vaccination humaine le 24 juil. — 1er essai vaccinal au monde ciblant le Bundibugyo. Vecteur adénoviral (plateforme Oxford/AstraZeneca). 50 adultes 18-55 ans. Programme CEPI de 8,6 M\$; le Serum Institute of India a produit ≈ 620 000 doses et fourni 4 000 doses d'investigation.	Positionnement précoce pour un accès prioritaire (CEPI, APPM). Stock SII de ≈ 620 000 doses disponible si l'efficacité est démontrée ; les études complémentaires préparées en Ouganda ouvrent une voie régionale d'accès dont la

Essai / Produit	Type	Détails et pilotage	Portée pour la CEMAC
		Études complémentaires en préparation en Ouganda.	CEMAC devrait demander à être partie prenante. L'autorisation de l'essai Ervebo (Phase 3, stock Gavi de 500 000 doses) offre une seconde voie d'accès à explorer en parallèle.

VI MOBILISATION INTERNATIONALE & CONTINENTALE

Le Sommet virtuel de haut niveau des Chefs d'État africains (16 juin) a été prolongé par une **réunion de haut niveau à Kinshasa le 2 juillet** (Présidents Tshisekedi et Ramaphosa, Africa CDC). Le plan de réponse humanitaire révisé, annoncé le 27 août, s'élève à 2,13 Md\$ (dont 300 M\$ pour les seules activités Ebola) et reste financé à 48 % seulement. Le 5 septembre, la RDC et ses partenaires ont lancé un plan national complémentaire sur 180 jours, chiffré à 1,3 Md\$. Le décaissement effectif demeure le maillon faible des deux plans.

Figure 7 — Mobilisation financière de la riposte : trois plans successifs, un déficit persistant



Principales décisions et engagements (16 juin – 8 septembre 2026)

Décision / Engagement	Portée
910 M\$ d'engagements (Sommet AU, 16 juin)	Dont 80 M\$ des États membres africains. Traceur hebdomadaire des promesses, décaissements, livraisons et écarts résiduels piloté par Africa CDC.



Décision / Engagement	Portée
Réunion de Kinshasa (2 juil.) — ≈ 1,5 Md\$	Présidents Tshisekedi et Ramaphosa à l'INRB, sous l'égide d'Africa CDC, avec OMS, Banque mondiale, UE, Royaume-Uni. > 100 M\$ pledged par des pays africains. Signal politique fort de solidarité continentale.
Nouveau plan national RDC sur 180 jours (5 septembre) — 1,3 Md\$	Lancé par le gouvernement congolais avec l'appui de l'OMS et d'Africa CDC, ce plan multisectoriel sert de feuille de route opérationnelle pour les six prochains mois (dépistage précoce, recherche des contacts, engagement communautaire). Il s'ajoute au plan humanitaire régional révisé de 2,13 Md\$ (27 août), financé à 48 %. Le CERF a déjà alloué plus de 57 M\$ à la RDC et aux pays voisins.
Contre-mesures & recherche	Poursuite des essais PARTNERS (recrutement élargi), EBO-PEP et BD-Ebov, et de l'essai Ervebo en Phase 3 (stock Gavi de 500 000 doses). CEPI et Serum Institute of India maintiennent un stock de ≈ 620 000 doses du candidat ChAdOx1 BDBV.
Souveraineté sanitaire africaine	Appel à opérationnaliser le Mécanisme africain d'achats groupés (APPM) et à soutenir l'Agence africaine du médicament (AMA) comme plateformes d'accès accéléré aux contre-mesures.
Frontières ouvertes & appuis financiers	Appel réitéré à lever les restrictions de voyage non fondées ; directive Africa CDC : renforcer le dépistage à la sortie plutôt que fermer les frontières. Clôture formelle de l'épidémie ougandaise (27 août) par l'OMS et Africa CDC. La BAD a approuvé un don de 13 M\$; le Royaume-Uni 20 M€ ; l'Union européenne 15 M€ et 2,5 M€ additionnels en tests.
Coordination sous-régionale CEMAC	Le Bas-Uélé, frontalier direct de la RCA, s'est stabilisé depuis la réunion de haut niveau de l'OMS à Bangui de mi-août ; aucune nouvelle réunion transfrontalière n'a été rapportée depuis. Le protocole d'accord RDC-Ouganda demeure un modèle directement transposable à l'axe Oubangui (RCA) et au fleuve Congo (R. Congo) si la situation au Bas-Uélé se dégradait à nouveau.

VII ACTIONS ENTREPRISES PAR LA COMMISSION DE LA CEMAC

COMMUNAUTÉ ÉCONOMIQUE ET MONÉTAIRE DE L'AFRIQUE CENTRALE

Réunion de concertation d'urgence des Ministres de la Santé — coordination de la lutte contre la MVE

Réunis le 9 juin 2026 par visioconférence, les Ministres de la Santé de la CEMAC ont adopté des mesures communes face à la résurgence de la maladie à virus Ebola. Ils ont validé une feuille de route régionale basée sur l'approche « Une Seule Santé », structurée autour de quatre axes prioritaires, pour un coût de 1,167 milliard FCFA. Les États membres se sont engagés à renforcer la surveillance, les capacités de laboratoire, la protection du personnel de santé et la communication sur les risques. Ils ont également réaffirmé l'importance d'une coordination régionale renforcée pour prévenir et contrôler la menace épidémique.

Développement postérieur (6–8 juillet 2026)

Une nouvelle réunion d'urgence, tenue à Brazzaville sous la supervision de la CEMAC, a réuni les responsables de la surveillance épidémiologique et de la sécurité transfrontalière, les laboratoires, les

COUSP/PHEOC et les partenaires techniques, afin d'harmoniser les dispositifs régionaux de contrôle et de prévention. L'inquiétude porte sur la porosité des frontières et l'intensité des flux de population.

Réunion consultative ministérielle transfrontalière de haut niveau sur le risque de la maladie à virus Bundibugyo (MVB)

Du 14 au 15 août 2026 à Bangui, les ministres de la Santé de la RDC, de la RCA, de la République du Congo, du Soudan du Sud et de l'Ouganda se sont réunis sous l'égide de l'OMS, d'Africa CDC et de la CEMAC pour renforcer la préparation régionale face à l'épidémie de maladie à virus Bundibugyo (MVB) en RDC.

Les participants ont à l'unanimité reconnu un risque élevé de propagation transfrontalière en raison de la porosité des frontières et de l'intensité des mouvements de population.

La réunion a abouti à un accord de principe sur :

- un protocole d'accord de coopération transfrontalière entre les cinq pays ;
- un plan d'action régional de préparation et de riposte ;
- le renforcement de la surveillance, du partage des données et de la coordination aux frontières ;
- l'harmonisation des procédures aux points d'entrée ;
- le développement de l'initiative régionale « **Congo-Ubangi-Sangha Basin Initiative** » pour renforcer la sécurité sanitaire dans le bassin du Congo.

Les pays se sont engagés à finaliser le protocole d'accord, mobiliser des ressources pour sa mise en œuvre et évaluer les progrès réalisés lors d'une réunion de suivi dans un an.

VIII IMPLICATIONS POUR LA PRISE DE DÉCISION (SYNTHÈSE DÉCISIONNELLE)

Cette section traduit l'analyse en éléments directement actionnables pour la coordination HeSP-CEMAC et les États membres.

Trois messages clés

- **L'endiguement en RDC progresse pour la deuxième édition consécutive ; la préparation régionale demeure la priorité.** Le nouveau repli du R_t (1,13 → 1,08) confirme une tendance, mais la transmission demeure au-dessus du seuil de contrôle et le centre de gravité du risque s'est déplacé du Bas-Uélé (stabilisé) vers le Nord-Kivu (en dégradation). Nos projections situent la fin de la flambée au plus tôt entre mars et juin 2027, et seulement si R_t est ramené à 0,70 ou moins. La fenêtre d'action pour la CEMAC reste ouverte, aucun cas n'y étant encore détecté.
- **Le triage à l'entrée des structures est le meilleur investissement.** Le déficit de capacités est désormais officiellement chiffré par l'OMS elle-même (1 600 lits, 5 000 soignants), et non plus seulement déduit d'indicateurs indirects. Nos simulations confirment qu'un triage fonctionnel avec isolement rapide reste le levier le plus rentable pour limiter la taille d'une éventuelle chaîne de transmission après importation.
- **Se positionner maintenant sur les contre-mesures.** L'autorisation de l'essai Ervebo en Phase 3, l'élargissement du recrutement de PARTNERS et le nouveau plan national RDC de 1,3 Md\$ changent l'horizon à moyen terme, mais aucun outil médical ne sera disponible avant 2027 et le déficit de capacités matérielles est désormais documenté noir sur blanc par l'OMS. Sur les 90 prochains jours, la préparation de la CEMAC repose entièrement sur le triage, l'isolement et la PCI.



Matrice de décision — actions immédiates recommandées

Priorité	Action recommandée	Déclencheur	Délai	Comp.
1 • Critique	Installer un triage fonctionnel, pré-positionner les EPI et former à la PCI dans les FOSA de référence frontalières (RCA, R. Congo, Est-Cameroun)	Immédiat (déficit OMS de 1 600 lits/5 000 soignants ; 9,1 % de points d'entrée fonctionnels en Ituri)	0–14 j	C2 C3
2 • Critique	Renforcer le dépistage à la sortie ET à l'entrée aux PE fluviaux et aéroportuaires ; questionnaires + prise de température + traçage voyageurs	Immédiat	0–14 j	C2
3 • Élevée	Approvisionner les laboratoires en réactifs Bundibugyo (test EUL) et vérifier que le GeneXpert n'est pas utilisé seul comme test d'exclusion	< 1 mois	< 1 mois	C2
4 • Élevée	Activer le bulletin hebdomadaire régional MVE et l'alerte précoce inter-pays via l'OCEAC ; connexion aux flux OMS/Africa CDC/ECDC	< 1 mois	< 1 mois	C2 C4
5 • Structurante	Mandater une cellule HeSP-CEMAC pour sécuriser l'accès prioritaire aux contre-mesures (CEPI, APPM) et préparer un protocole PEP soignants/contacts	Résultats préliminaires EBO-PEP ; extension des études vaccinales vers l'Ouganda ; données de l'essai Ervebo Phase 3	1–3 mois	C3 C4
6 • Continue	Communication sur les risques adaptée aux zones frontalières ; lutte contre la désinformation ; coordination « Une Seule Santé »	Continu	Continu	C1

Seuils de bascule — quand rehausser la posture régionale

- **Premier cas confirmé ou probable dans un État membre CEMAC** → activation de la composante 5 (situations épidémiques), isolement immédiat, traçage à 90 %+ et notification RSI sous 24 h.
- **Cas confirmé dans une nouvelle zone de santé du Bas-Uélé, reprise de la dégradation au Nord-Kivu au-delà des niveaux actuels, ou premier cas dans un État membre CEMAC** → passage de la RCA et de la R. Congo en posture de riposte pré-positionnée (équipes et stocks déployés, pas seulement en alerte).
- **Détection d'un cas exporté par voie aérienne vers un hub CEMAC** → activation des plans aéroportuaires, recherche rétrospective des contacts de vol, information des pays de transit.
- **Résultats favorables d'EBO-PEP, de PARTNERS ou de l'essai Ervebo Phase 3, ou autorisation d'urgence du ChAdOx1 BDBV** → bascule d'une logique de préparation vers une logique d'accès aux contre-mesures (protocole PEP pour soignants, intégration au protocole national de PEC).

IX PROJECTIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET IMPLICATIONS POUR LA CEMAC

Cette section additionnelle applique aux données consolidées au 8 septembre 2026 les outils standards de la modélisation d'épidémie, recalculés depuis l'édition du 3 septembre afin de répondre à trois questions que la seule description épidémiologique ne tranche pas : **combien de temps la flambée va-t-elle durer, quelle ampleur peut-elle atteindre, et quel risque en découle concrètement pour chaque État membre de la CEMAC**

? Les estimations proposées n'engagent aucune des institutions citées ; les hypothèses, la calibration et les limites sont explicitées au fil du texte et récapitulées en IX.6.

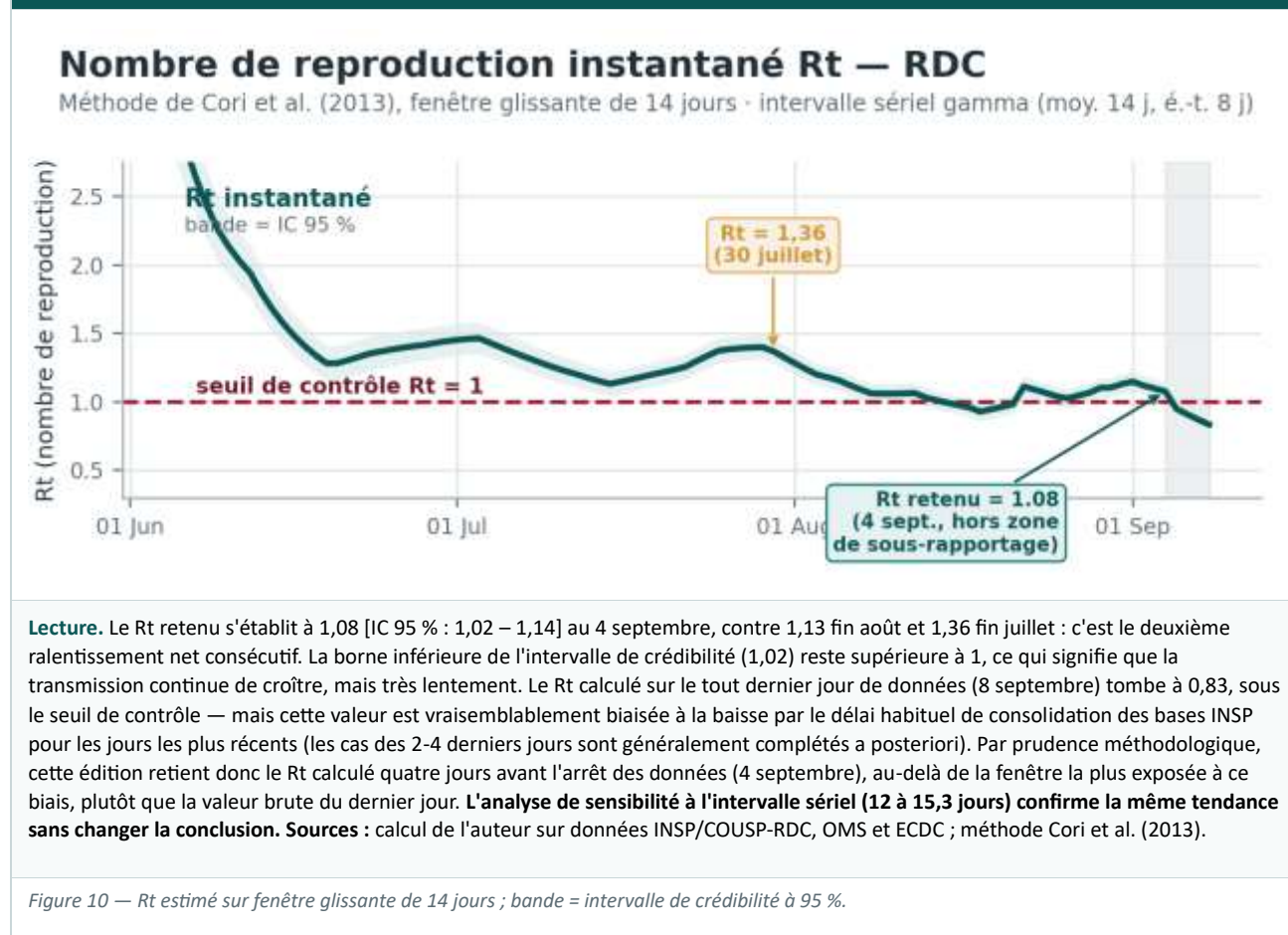
Méthodes et données

Les analyses reposent sur la série consolidée des cas confirmés en RDC (INSP/COUSP, OMS, ECDC), reconstruite au pas quotidien par interpolation du cumul. Le palier du 22 juillet (+370 cas en 24 h), qui résulte de l'intégration des bases harmonisées de l'Ituri et du Nord-Kivu, a été redistribué sur les six semaines antérieures au prorata de l'incidence, afin de ne pas être interprété comme une accélération de la transmission. Quatre outils sont mobilisés : (1) l'estimation du nombre de reproduction instantané par la méthode de Cori et al. (2013), sur fenêtre glissante de 14 jours, avec un intervalle sériel gamma de moyenne 14 jours et d'écart-type 8 jours ; (2) la projection stochastique par équation de renouvellement (Nouvellet et al., 2018), 4 000 simulations, descendance binomiale négative de paramètre de surdispersion $k = 0,18$ (Althaus, 2015) ; (3) un balayage de la cible de R_t pour estimer la date d'extinction et la taille finale ; (4) un modèle d'importation de Poisson couplé à un processus de branchement pour l'espace CEMAC.

IX.1 — Où en est réellement la transmission ? Le nombre de reproduction

Le nombre de reproduction instantané R_t mesure le nombre moyen de personnes infectées par un cas à un instant donné. C'est le seul indicateur qui distingue une hausse des cas due à une transmission croissante d'une hausse due à l'amélioration de la détection — distinction décisive dans une flambée où les capacités diagnostiques sont passées de 1 à 14 laboratoires en dix semaines.

Figure 10 — Nombre de reproduction instantané (R_t) en RDC, 15 mai → 8 septembre 2026



IX.2 — Quelle ampleur à trois mois ? Projections au 7 décembre 2026

Quatre trajectoires de R_t ont été projetées sur 90 jours, horizon retenu par convention internationale pour les projections d'épidémie à filovirus. Au-delà, l'extrapolation perd sa valeur informative : l'effort de riposte et les

comportements réagissent eux-mêmes à l'incidence. Le scénario A n'est donc **pas une prévision** mais un contrefactuel — ce qui adviendrait si rien ne changeait.

Figure 11 — Projection du cumul de cas confirmés à 90 jours selon quatre trajectoires de Rt

Projection à 90 jours selon quatre trajectoires de Rt

Équation de renouvellement stochastique (Nouvellet et al.) · 4 000 simulations · médiane et intervalle à 95 %



Lecture. À R_t inchangé (scénario A, 1,08), le cumul atteindrait 15 338 cas [13 162 – 17 888] début décembre — un total à nouveau inférieur aux 18 724 cas anticipés par l'édition précédente pour un horizon comparable, confirmant l'effet cumulatif du ralentissement du R_t sur deux éditions consécutives. Ramener R_t à 0,90 en douze semaines (scénario B) limiterait le cumul à 13 362 cas ; le ramener à 0,65 en six semaines (scénario C) le contiendrait à 10 115 cas. **L'écart entre les scénarios C et A — désormais d'environ 5 220 cas et 2 520 décès évités en trois mois — continue de se resserrer, signe que la marge de manœuvre de la riposte diminue à mesure que la trajectoire de base s'améliore d'elle-même.** Sources : modélisation de l'auteur ; méthode Nouvellet et al. (2018).

Figure 11 — Médiane et intervalle à 95 % sur 4 000 simulations ; trait vertical = date d'arrêt des données.

Tableau IX.1 — Projections à 90 jours (au 7 décembre 2026)

Scénario	Rt visé	Cumul de cas [IC 95 %]	Décès cumulés	Incidence hebdo. fin nov.-déc.
A · Statu quo	1,08	15 338 [13 162 – 17 888]	≈ 4 179	≈ 820/sem.
B · Amélioration progressive	0,90 en 12 sem.	13 362 [11 757 – 15 271]	≈ 3 224	≈ 421/sem.
C · Contrôle accéléré	0,65 en 6 sem.	10 115 [9 405 – 10 946]	≈ 1 656	≈ 65/sem.
D · Dégradation de la riposte	1,45 en 4 sem.	34 237 [27 184 – 42 326]	≈ 13 307	≈ 5 355/sem.

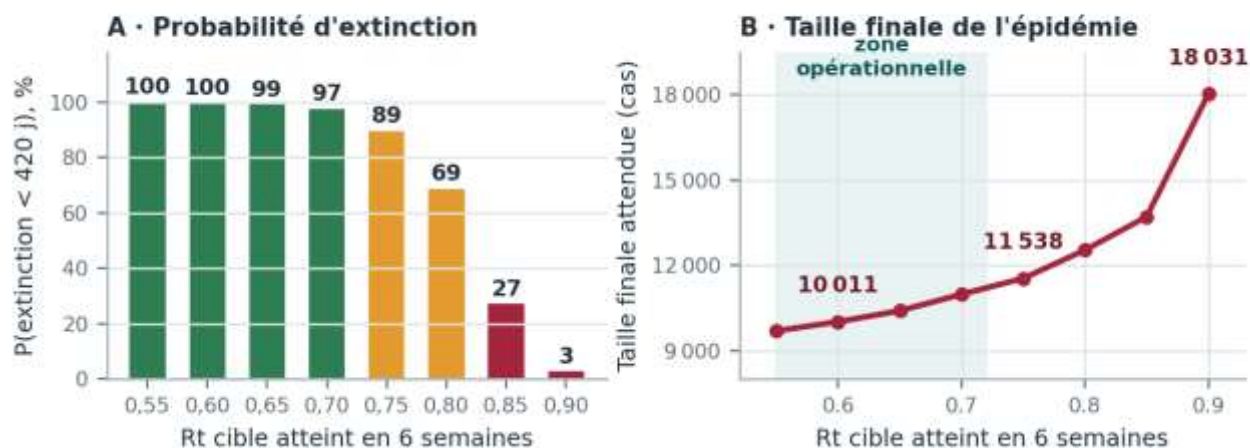
IX.3 — Combien de temps ? Franchir $R_t = 1$ ne suffit pas

Le résultat le plus contre-intuitif de cette analyse demeure valable malgré deux ralentissements consécutifs du R_t . Passer sous le seuil de contrôle est nécessaire mais très insuffisant : à $R_t = 0,90$, nos simulations donnent une probabilité d'extinction de seulement 1 % dans les quatorze mois, avec une taille finale proche de 16 800 cas. **Le seuil réellement opérationnel se situe à $R_t \leq 0,70$.**

Figure 12 — Probabilité d'extinction et taille finale selon le niveau de R_t atteint

Un nouveau ralentissement, mais le seuil opérationnel reste $R_t \leq 0,70$

À $R_t = 0,90$, l'extinction reste très improbable dans les 14 mois ($P = 3\%$)



Lecture. Le panneau A montre l'effondrement de la probabilité d'extinction dès que la cible dépasse 0,75 : 97 % à $R_t = 0,70$, 69 % à $R_t = 0,80$, 3 % à $R_t = 0,90$. Le panneau B montre le coût correspondant en cas cumulés. En pratique, seule la zone $R_t \leq 0,70$ permet d'envisager une déclaration de fin d'épidémie à un horizon prévisible : nos simulations la situent alors entre mars et juin 2027, pour une taille finale de l'ordre de 9 700 à 11 000 cas — une fenêtre quasi inchangée par rapport aux deux éditions précédentes, car la durée dépend surtout de la cible finale de R_t et non du point de départ. **Conséquence directe pour la CEMAC : la posture de préparation régionale doit être planifiée et budgétée sur au moins trois trimestres, et non sur quelques semaines.** Sources : modélisation de l'auteur ; 700 simulations par valeur cible, horizon 420 jours.

Figure 12 — Panneau A : probabilité d'extinction sous 420 jours. Panneau B : taille finale attendue de l'épidémie.

Tableau IX.2 — Date attendue de déclaration de fin d'épidémie selon le R_t atteint

Niveau de maîtrise	R_t visé	$P(\text{extinction})$	Déclaration de fin	Taille finale
Contrôle très intensif	0,55	100 %	mars 2027	≈ 9 689 cas
Contrôle accéléré (scénario C)	0,65	99 %	mai 2027	≈ 10 397 cas
Seuil opérationnel	0,70	97 %	juin 2027	≈ 10 977 cas
Contrôle partiel	0,75	89 %	juillet 2027	≈ 11 538 cas
Contrôle limité	0,80	69 %	août 2027	≈ 12 536 cas
R_t sous 1 seulement	0,90	3 %	au-delà de 14 mois	≈ 18 031 cas

IX.4 — Quel risque pour chaque État membre de la CEMAC ?

Le risque d'importation est modélisé comme un processus de Poisson dont l'intensité est proportionnelle à l'incidence projetée en RDC. Le taux d'exportation par cas est calibré sur l'expérience observée : quinze cas exportés vers l'Ouganda sur environ 3 600 cas (frontière adjacente, avant fermeture) et sept pays atteints hors foyer lors de l'épidémie d'Afrique de l'Ouest.

Pour l'espace CEMAC — situé à 800-1 500 km du foyer et sans frontière terrestre directe avec l'Ituri — on retient un taux de $1,3 \times 10^{-4}$ par cas confirmé, réparti entre États selon un indice de connectivité fluviale, terrestre et aérienne.

Figure 13 — Risque d'importation dans l'espace CEMAC et effet du niveau de préparation

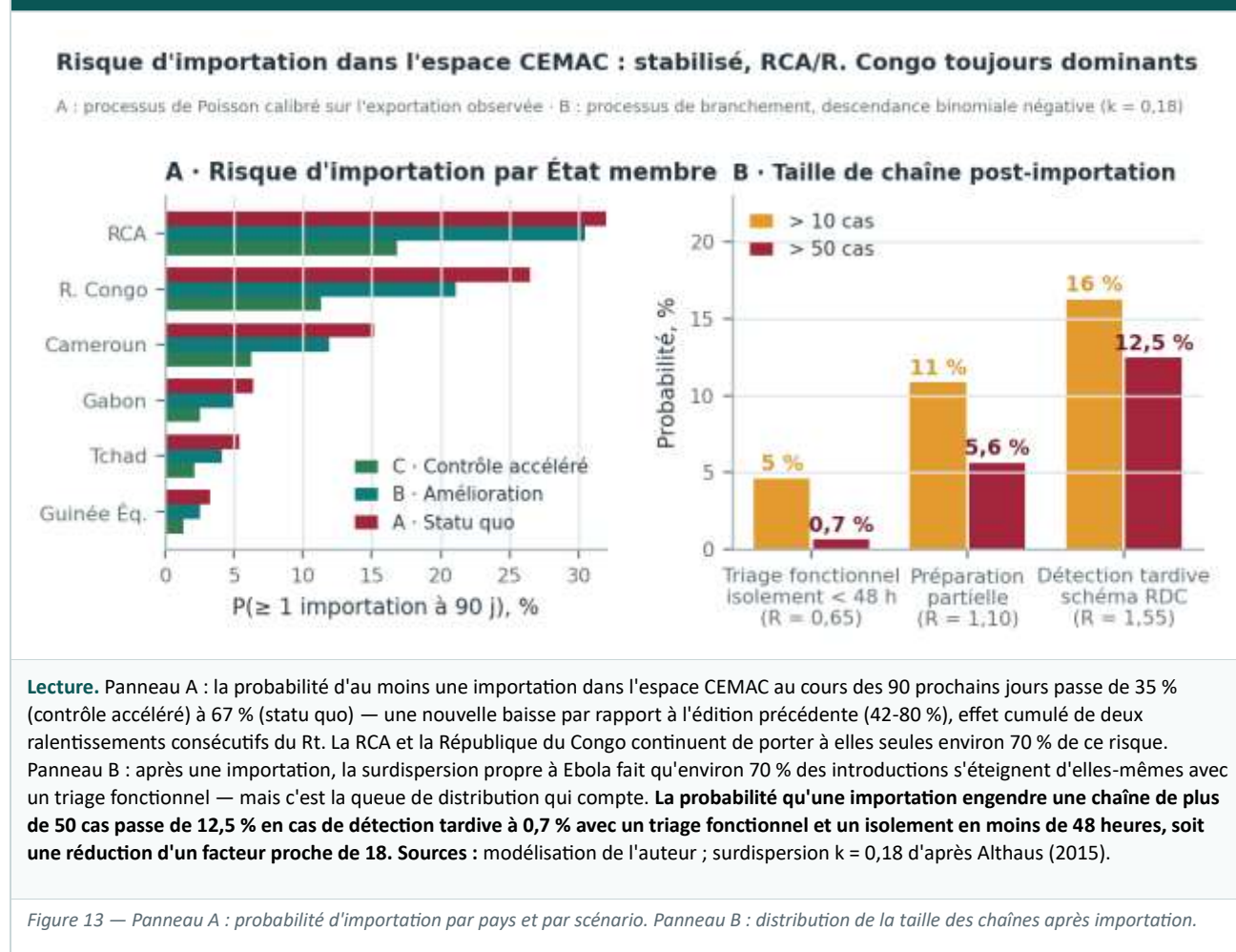


Tableau IX.3 — Probabilité d'au moins une importation à 90 jours, par État membre

État membre	Scén. C	Scén. B	Scén. A	Principales voies d'entrée
RCA	17 %	31 %	38 %	Oubangui (Bangui, Zongo, Libenge) ; Bas-Uélé stable mais toujours actif à la frontière
R. Congo	11 %	21 %	27 %	Fleuve Congo depuis Kisangani (Tshopo) ; Likouala, Pool
Cameroun	6 %	12 %	15 %	Aérien Douala/Yaoundé ; Garoua-Boulai via la RCA
Gabon	3 %	5 %	6 %	Aérien Libreville ; vecteur secondaire via la RCA
Tchad	2 %	4 %	5 %	Aérien N'Djamena ; axe méridional via la RCA
Guinée Équatoriale	1 %	3 %	3 %	Aérien Malabo



Espace CEMAC (au moins un État)	35 %	57 %	67 %	espérance de 1,1 importation(s) en scénario A — poursuite de la baisse par rapport à 1,6 lors de l'édition précédente
---------------------------------	------	------	------	---

IX.5 — Ce que les projections imposent : six recommandations

Les recommandations ci-dessous découlent directement des résultats quantitatifs qui précèdent. Chacune indique le résultat qui la fonde, la composante HeSP-CEMAC mobilisée et l'échéance.

N°	Recommandation	Résultat de modélisation qui la fonde	Comp.	Échéance
1	Planifier et budgéter la posture régionale de préparation sur douze mois, et non sur quelques semaines ; inscrire une ligne dédiée au budget HeSP-CEMAC 2027.	Même sous contrôle accéléré ($R_t = 0,65$), la déclaration de fin d'épidémie n'interviendrait pas avant mai 2027. À $R_t = 0,90$ (proche du scénario de dégradation), l'extinction dépasse quatorze mois.	C3 C4	Immédiat
2	Faire du triage fonctionnel avec isolement en moins de 48 heures l'indicateur unique de préparation des FOSA frontalières, mesuré et rapporté mensuellement ; y adosser désormais un plaidoyer sur le déficit de lits et de personnel chiffré par l'OMS.	La probabilité qu'une importation engendre plus de 50 cas chute de 12,5 % à 0,7 % entre détection tardive et triage fonctionnel. Aucune autre mesure n'a ce rendement.	C2 C3	0-30 j
3	Concentrer 70 % des moyens de préparation régionaux sur la RCA et la République du Congo, en priorité sur l'axe Oubangui et le fleuve Congo depuis Kisangani.	Ces deux États portent environ 70 % du risque d'importation régional estimé ; leur probabilité d'importation atteint 38 % et 27 % en scénario A, en baisse continue mais toujours dominante.	C2 C3	0-30 j
4	Transposer à l'axe Oubangui et au fleuve Congo le dispositif RDC-Ouganda : protocole d'accord bilatéral, laboratoires mobiles et unité d'isolement installés côté congolais.	L'Ouganda a clos définitivement son épidémie le 27 août avec 20 cas et une létalité de 10 % — la plus faible jamais documentée pour le Bundibugyo — en agissant en amont de sa frontière ; ce dossier reste clos sans évolution depuis.	C2 C4	1-3 mois
5	Porter au niveau de la Commission de la CEMAC et d'Africa CDC un plaidoyer chiffré sur l'écart de financement et sur le déficit de capacités désormais reconnu par l'OMS elle-même (1 600 lits, 5 000 soignants).	Le plan humanitaire révisé (2,13 Md\$) reste financé à 48 % ; l'écart entre les scénarios C et A représente encore environ 5 200 cas évitables en trois mois en RDC et un risque d'importation régional de 35 % à 67 %.	C1 C4	Immédiat
6	Instituer un suivi mensuel du R_t en RDC comme indicateur d'alerte régional : deux ralentissements consécutifs (1,36 → 1,13 → 1,08) montrent que cet indicateur évolue progressivement et doit guider, plus que le décompte brut des cas, le niveau de la posture régionale.	Le R_t est le seul indicateur distinguant une hausse des cas due à la transmission d'une hausse due à l'amélioration de la détection — distinction confirmée décisive par les deux ralentissements successifs observés.	C2 C4	1-3 mois

IX.6 — Limites et conditions d'interprétation

Ce que ces projections ne disent pas



Les résultats ci-dessus sont des projections conditionnelles, non des prévisions. Six limites doivent accompagner toute utilisation. Premièrement, la série de cas confirmés sous-estime la transmission réelle : l'OMS estimait le 14 juillet que l'ampleur véritable pouvait représenter deux à quatre fois les cas recensés ; les projections héritent de ce biais et les valeurs absolues doivent être lues comme des minima. Deuxièmement, le modèle de renouvellement ne représente pas explicitement la structure spatiale : il traite la RDC comme une population homogène, alors que la transmission est désormais tirée par deux dynamiques distinctes — une décélération en Ituri et une accélération au Nord-Kivu — que le R_t national agrège sans les distinguer. Troisièmement, le R_t retenu pour cette édition (J-4) écarte volontairement le signal le plus récent pour éviter un biais de sous-rapportage ; si ce choix protège contre un optimisme artificiel, il retarde d'autant la détection d'une inflexion réelle si elle survient. Quatrièmement, les trajectoires de R_t restent des hypothèses de travail, non des prédictions du comportement de la riposte ; le déficit de capacités désormais chiffré par l'OMS (1 600 lits, 5 000 soignants) est un facteur de dégradation potentiel non intégré dans le scénario central. Cinquièmement, l'indice de connectivité utilisé pour le risque d'importation repose sur un dire d'expert et non sur des données de flux de passagers mesurées. Sixièmement, aucune contre-mesure médicale n'est intégrée à l'horizon de 90 jours. Ces projections seront réactualisées à chaque édition du présent rapport de situation.

≡ RÉFÉRENCES (VANCOUVER)

1. Institut National de Santé Publique (RDC) / Radio Okapi. Rapport de situation n° 114 de la Task Force présidentielle Ebola [Internet]. Kinshasa ; 8 septembre 2026 [consulté le 10 sept. 2026]. Disponible sur : <https://www.radiookapi.net/2026/09/09/actualite/sante/ebola-en-rdc-le-bilan-actualise-seleve-3-175-morts-sur-6-600-cas>
2. Ministère de la Communication et des Médias (RDC). Point de situation Ebola : 6 686 cas confirmés, 3 226 décès [Internet]. Kinshasa ; 8 septembre 2026 [consulté le 10 sept. 2026]. Disponible sur : <https://www.journaldupays.com/2026/rdc-6-686-cas-debola-confirmer-et-3-226-deces/>
3. Xinhua / Bernama. DR Congo launches updated 180-day Ebola response plan, seeks 1.3-bln-USD funding [Internet]. Kinshasa ; 5 septembre 2026 [consulté le 10 sept. 2026]. Disponible sur : <https://www.thestar.com.my/news/world/2026/09/05/dr-congo-launches-updated-180-day-ebola-response-plan-seeks-13-bln-usd-funding>
4. Afrik.com. Ebola RDC 2026 : plus de 3 175 morts, l'OMS alerte sur le manque de lits et de soignants [Internet]. Paris ; 8 septembre 2026 [consulté le 10 sept. 2026]. Disponible sur : <https://www.afrik.com/ebola-rdc-3175-morts-riposte-manque-soignants>
5. Actualite.cd. Ebola en RDC : au moins 120 décès en trois mois dans la seule zone de Lita [Internet]. Kinshasa ; 8 septembre 2026 [consulté le 10 sept. 2026]. Disponible sur : <https://actualite.cd/2026/09/08/>
6. Congo Quotidien. Ebola en RDC : l'Ituri concentre 80 % des cas confirmés [Internet]. Kinshasa ; 9 septembre 2026 [consulté le 10 sept. 2026]. Disponible sur : <https://www.congoquotidien.com/2026/09/09/ebola-epidemie-ituri-drc/>
7. AllAfrica / RFI. Le bilan actualisé s'élève à 3 175 morts sur 6 600 cas confirmés [Internet] ; 9 septembre 2026 [consulté le 10 sept. 2026]. Disponible sur : <https://fr.allafrica.com/stories/202609090372.html>
8. ONU Info. Ebola en RDC : une sixième province touchée, l'OMS renforce la riposte régionale (Bas-Uélé, réunion de Bangui) [Internet]. New York : Nations Unies ; 13-17 août 2026 [consulté le 3 sept. 2026]. Disponible sur : <https://news.un.org/fr/story/2026/08/1159315>
9. Journal de Kinshasa. Ebola en RDC : 6 041 cas confirmés, la riposte se stabilise avec 82,4 % de suivi des contacts [Internet]. Kinshasa ; 31 août 2026 [consulté le 3 sept. 2026]. Disponible sur : <https://www.journaldekinshasa.com/ebola-rdc-point-situation-29-aout-2026-6041-cas-82-pourcent-suivi-contacts/>
10. France Info / AFP. L'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo dépasse les 6 000 cas confirmés [Internet]. Paris ; 31 août 2026 [consulté le 3 sept. 2026]. Disponible sur : <https://www.franceinfo.fr/sante/maladie/ebola/>
11. Coalition for Epidemic Preparedness Innovations / Gavi. Autorisation de l'essai Ervebo (rVSV-ZEBOV) en Phase 3 contre le Bundibugyo — stock de 500 000 doses [Internet]. Genève ; fin juillet 2026 [consulté le 3 sept. 2026].
12. Africa CDC. In Kinshasa, President Tshisekedi leads Ebola response push as President Ramaphosa brings African solidarity [Internet]. Kinshasa/Addis-Abeba : Africa CDC ; 2 juil. 2026 [consulté le 3 sept. 2026]. Disponible sur : <https://africacdc.org/news-item/>
13. Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. *Am J Epidemiol*. 2013 ; 178(9):1505-12.
14. Nouvellet P, Cori A, Garske T, et al. A simple approach to measure transmissibility and forecast incidence. *Epidemics*. 2018 ; 22:29-35.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Ebola Outbreak: Current Situation & entry measures (ordonnance reconduite le 13 juil. 2026 pour 30 jours) [Internet]. Atlanta : CDC ; mis à jour le 13 juil. 2026 [consulté le 28 juil. 2026]. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/index.html>
16. Althaus CL. Ebola superspreading. *Lancet Infect Dis*. 2015 ; 15(5):507-8.
17. Wallinga J, Lipsitch M. How generation intervals shape the relationship between growth rates and reproductive numbers. *Proc Biol Sci*. 2007 ; 274(1609):599-604.
18. Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. First-in-human trial of ChAdOx1 BDBV — programme CEPI/Serum Institute of India (8,6 M\$; ≈ 620 000 doses constituées) [Internet]. Oslo : CEPI ; 24 juil. 2026 [consulté le 3 août 2026]. Disponible sur : <https://cepi.net/>
19. Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale. Communiqué final — Réunion de concertation d'urgence des Ministres de la Santé des États membres de la CEMAC (lutte contre la MVE). Brazzaville : Commission de la CEMAC ; 9 juin 2026.



20. OCEAC. Feuille de route — Actions de préparation et de riposte à la MVE en zone CEMAC (approche « Une Seule Santé ») [Internet]. Yaoundé : OCEAC ; 2026 [consulté le 3 août 2026]. Disponible sur : <https://oceac.org/>
21. Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale. Manuel d'exécution du Programme de Sécurité Sanitaire en Afrique Centrale (HeSP-CEMAC) — version actualisée d'avril 2025. Bangui : Commission de la CEMAC ; 2025.

Situation de la MVE dans les pays de la CEMAC — HeSP-CEMAC. Mise à jour du 10 septembre 2026 (données consolidées arrêtées au 8 septembre 2026 pour la RDC ; épidémie ougandaise formellement close depuis le 27 août 2026, sans évolution). Sources officielles : INSP/COUSP-RDC, OMS/AFRO, Radio Okapi, Ministère de la Communication (RDC), Africa CDC, ministère ougandais de la Santé, ANRS, ALIMA/MSF, CEPI, Gavi, Université d'Oxford, BAD, OCEAC/CEMAC. Les projections de la section IX sont produites par les auteurs et n'engagent pas les institutions citées ; leurs hypothèses et limites y sont explicitées. Les chiffres épidémiologiques sont provisoires et font l'objet d'une révision et d'une harmonisation continues.
