

DU International

Infections émergentes : une approche « One Health »

Travaux dirigés

One Health & Ebola Bundibugyo en RDC et Ouganda

2025-2026



Problématique intégrée pour un groupe de stagiaires

Problématique générale

Comment concevoir une surveillance et une gestion intégrées du risque Ebola en République démocratique du Congo (RDC) à l'interface humains-faune sauvage-environnements-systèmes de soins, dans le contexte de l'épidémie 2026 touchant la République Démocratique du Congo et l'Ouganda marquée par une mobilité transfrontalière, des contraintes sécuritaires, des incertitudes épidémiologiques et l'absence de contre-mesures homologuées spécifiques ?



1. Contexte actualisé et données issues des sources récentes

La maladie à virus Ebola est une maladie virale sévère et souvent mortelle due à un virus de la famille des *Filoviridae* et du genre *Orthoebolavirus*. Trois espèces parmi les six que compte le genre *Orthoebolavirus* ont été associées à de grandes épidémies : le virus Ebola (responsable de la « maladie à virus Ebola »), le virus Soudan (responsable de la « maladie à virus Soudan ») et le virus Bundibugyo (responsable de la « maladie à virus Bundibugyo »). Pour ce TD, nous étudierons l'épidémie de maladie à virus Bundibugyo, confirmée le 15 mai 2026 en République démocratique du Congo (RDC) et qui connaît une diffusion transfrontalière vers l'Ouganda. Elle a été déclarée le 17 mai comme urgence de santé publique de portée internationale par l'OMS. Cette épidémie constitue un cas d'école One Health car elle implique des interfaces faune sauvage-humains-environnement socio-culturels (communautés, soins, pratiques funéraires, mobilités humaines...) avec des implications en matière de logistique, sécurité et diplomatie sanitaire.

Contrairement au virus Ebola au sens strict (ou virus Ebola Zaïre), il n'existe pas de vaccin ou de traitement spécifique homologué contre la maladie due au virus Bundibugyo ; les vaccins candidats doivent être évalués dans des protocoles de recherche éthiques. La réponse repose donc d'abord sur la détection précoce, l'isolement, les soins de support optimisés, la prévention et le contrôle des infections, le traçage des contacts impliquant des inhumations sûres et dignes et un engagement communautaire.

Point clé pour le TD

Cette épidémie est un cas One Health parce qu'elle permet de prendre en considération les réservoirs probables au sein de la faune sauvage, les changements d'usage des terres, les activités minières et forestières, les déplacements de populations, les structures de soins, les laboratoires, les frontières, les pratiques funéraires, la communication du risque et la gouvernance internationale sous Règlement Sanitaire International (RSI).

2. Faits récents à intégrer dans l'analyse

Dimension	Éléments fournis à exploiter	Ce que les stagiaires doivent en faire
Épidémiologie humaine	Épidémie déclarée en RDC le 15 mai 2026 ; diffusion vers l'Ouganda avec cas importés. Au 26-28 mai 2026, les chiffres rapportés par l'ECDC indiquent 121 cas confirmés en RDC dont 17 décès, 1 077 cas suspects dont 246 décès, et 7 cas confirmés en Ouganda dont 1 décès.	Distinguer les cas suspects, probables et confirmés ; documenter la date de mise à jour.
Origine géographique	Le foyer initial documenté concerne la province d'Ituri, notamment les centres de santé des districts et localités de Mongbwalu, Rwampara et Bunia ; l'extension concerne aussi le Nord-Kivu et le Sud-Kivu. L'Ouganda rapporte des cas liés à des voyages depuis la RDC.	Reconstituer les chaînes spatiales de transmission virale : localités, structures de soins, axes routiers, sites miniers, points de passage frontaliers, lieux de prise en charge.
Agent infectieux	Confirmation par l'INRB de Kinshasa de la maladie à virus Bundibugyo dans 8 des 13 premiers échantillons analysés.	Préciser l'agent pathogène dans les communications ; vérifier les méthodes diagnostiques ; discuter les limites du diagnostic décentralisé et du délai d'acheminement des échantillons.
Transmission	Introduction humaine présumée par contact avec la faune sauvage infectée ou des produits animaux ;	Construire la chaîne faune-environnement-exposition humaine, puis les amplifications

	transmission interhumaine par contact direct avec sang/liquides biologiques ou objets contaminés ; risque accru lors les soins et des rites funéraires.	communautaires, nosocomiales et funéraires.
Contexte opérationnel	Zones touchées marquées par l'insécurité, une crise humanitaire, des déplacements de population y compris transfrontalières, les activités minières, réseaux de santé formels et informels et le déficit de confiance communautaire.	Analyser comment ces facteurs modifient la détection, l'isolement, le traçage des contacts, la protection des soignants et l'acceptabilité des mesures par la population et les communautés.
Gouvernance (acteurs clefs à impliquer)	L'OMS a déclaré le 17 mai 2026 que l'événement constituait une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI, ou PHEIC en anglais), sans recommander de suspension générale des vols ni de refus d'entrée des voyageurs.	Identifier qui alerte, qui décide, qui finance, qui partage les données et comment éviter des restrictions disproportionnées ou stigmatisantes.

3. Objectifs pédagogiques renforcés

- Identifier les composantes humaines (acteurs associés), animales, environnementales, sociales, sécuritaires, économiques et politiques d'un risque Ebola en contexte de crise.
- Construire une représentation intégrée des chaînes d'exposition au virus : faune sauvage, environnement, activités humaines, soins, funérailles, mobilités transfrontalières et contacts étroits.
- Hiérarchiser les hypothèses d'émergence du virus et d'amplification en distinguant les faits établis, les signaux faibles, les hypothèses plausibles, les incertitudes et les données manquantes.
- Évaluer les forces et limites des dispositifs suivants en RDC : prévention, alerte, diagnostic, investigation, isolement, prise en charge, traçage des contacts, inhumations et communication.
- Proposer un modèle opérationnel de surveillance et de gouvernance One Health utilisable par des décideurs sanitaires, vétérinaire/faune, sécuritaires et humanitaires.
- Formuler une recommandation proportionnée au risque, respectueuse des droits des personnes et sans stigmatiser un territoire, une communauté ou une activité économique.

4. Déroulé proposé du TD

Étape	Travail attendu	Production intermédiaire
Phase 1 - Cadrage (30 min)	Lecture du contexte, répartition des rôles, formulation de la problématique, présentation des faits établis et des données à vérifier.	Liste commune : faits / hypothèses / incertitudes.
Phase 2 - Documentation ciblée (60 min)	Recherche d'informations dans les sources institutionnelles et scientifiques : OMS, OMS Afrique, ministères de la santé, Africa CDC, ECDC, CDC, publications et rapports humanitaires.	Mini-bibliographie annotée avec date de consultation et statut des données.
Phase 3 - Analyse intégrée (75 min)	Construction d'une figure représentant toutes les interfaces humains-faune-environnement avec une analyse critique des mesures de	Schéma One Health + tableau de priorisation.

	prévention, surveillance, investigation et contrôle.	
Phase 4 - Proposition opérationnelle (45 min)	Élaboration d'un dispositif de surveillance/gouvernance One Health et d'un argumentaire pour décideurs.	Draft de protocole de surveillance et un draft d'argumentaire (Plan d'action en 10 mesures maximum).
Phase 5 - Restitution (10 min/groupe)	Présentation synthétique : hypothèses, incertitudes, décisions prioritaires, indicateurs de succès et messages au public.	Pitch de 5 minutes + 1 support visuel.

5. Situation-problème proposée

Scénario de départ

Dans une province de l'est de la RDC (Ituri), plusieurs décès dans les communautés et des cas graves de fièvre hémorragique sont signalés, touchant également des professionnels de santé des centres de soin. Le laboratoire national confirme une maladie à virus Ebola souche Bundibugyo. Des patients, des contacts et des voyageurs se déplacent entre zones minières, structures de soins, familles, marchés et points frontaliers. L'Ouganda confirme des cas importés. Les données sont incomplètes, évolutives et parfois contradictoires. Votre groupe est mandaté pour produire une analyse One Health et proposer un plan de prévention et de gestion visant à interrompre la transmission, protéger les soignants et limiter la diffusion transfrontalière sans mesures disproportionnées.

Le groupe doit travailler avec l'idée que les données disponibles sont provisoires : il faut expliciter le niveau de preuve, la date de consultation, les données manquantes et les investigations nécessaires pour confirmer ou infirmer chaque hypothèse. Les chiffres issus des bulletins et pages institutionnelles doivent être vérifiés le jour du TD.

6. Chronologie et chaîne d'exposition à reconstruire

Moment	Événement ou question	Données à documenter
Avant l'alerte	Cas sporadiques ou décès communautaires non identifiés ; exposition possible à la faune sauvage, aux carcasses, à la chasse, au commerce de viande de brousse ou à des environnements forestiers/miniers.	Date de début des symptômes, lieux de résidence/travail, contacts animaux, activités forestières, marché/viande de brousse, historique de cas similaires.
24 avril - 5 mai 2026	Premier cas suspect actuellement connu : un professionnel de santé avec symptômes évocateurs ; alerte OMS le 5 mai pour maladie inconnue à forte mortalité.	Chronologie clinique, structure de soins, précautions appliquées, contacts soignants/famille, événements funéraires.
13-15 mai 2026	Investigations rapides dans les zones de Mongbwalu et Rwampara ; confirmation en laboratoire du virus Orthoebolavirus Bundibugyo et déclaration officielle de l'épidémie par la RDC.	Prélèvements, chaîne de transport, résultats RT-PCR, capacités de laboratoire, définition de cas, cartographie des alertes.
15-17 mai 2026	Confirmation de cas importés en Ouganda ; détermination de l'USPPI/PHEIC par l'OMS.	Itinéraires transfrontaliers, points de passage, contacts en transport, coordination RSI, communication aux pays voisins.
Phase d'expansion	Augmentation du nombre de cas suspects et confirmés, extension	Courbe épidémique, chaînes de transmission, suivi quotidien des

	géographique de l'épidémie vers d'autres provinces, difficultés de suivi des contacts en contexte d'insécurité.	contacts 21 jours, interruptions de suivi, incidents sécuritaires.
Réponse et recherche	Mise en place de centres de traitement, renforcement IPC, surveillance, essais cliniques de candidats thérapeutiques/vaccins si faisable.	Indicateurs de performance, délais diagnostic/isolément, disponibilité EPI, acceptabilité communautaire, protocole éthique.

7. Questions de travail

Question 1 - Représentation One Health de l'épidémie

Proposez une représentation schématique du système épidémique pour montrer la chaîne d'exposition depuis les réservoirs probables et les environnements à risque jusqu'aux cas humains, en intégrant les mobilités transfrontalières, les structures de soins, les funérailles, la prise en charge clinique, les laboratoires, les points d'entrée et les décisions de gouvernance. Produisez au moins deux niveaux : un schéma global et un zoom sur une zone de santé ou un point de passage frontalier.

Attendu méthodologique

Les schémas doivent distinguer les flux biologiques (virus, liquides biologiques, faune, surfaces), les flux humains (soins, familles, funérailles, travail, transport), les flux d'informations (alertes, résultats, notification RSI, communication publique) et les décisions de gestion.

Question 2 - Hypothèses d'émergence et d'amplification

Sur la base d'une documentation récente, listez et hiérarchisez les hypothèses expliquant l'apparition et l'expansion de l'épidémie : introduction zoonotique, exposition professionnelle ou domestique à la faune, amplification nosocomiale, transmission lors de funérailles, transmission communautaire en contexte de mobilité et importations transfrontalières. Pour chaque hypothèse, indiquez les arguments en faveur, les arguments contre, les données manquantes et les investigations nécessaires.

Question 3 - Analyse critique prévention/surveillance/investigation/gestion

Réalisez une analyse critique des étapes de prévention, surveillance, investigation et gestion : avant l'alerte, lors des premiers décès, dans les structures de soins, pendant le traçage des contacts, aux frontières, puis pendant la communication publique. Identifiez points forts, points faibles, retards possibles, difficultés éthiques et contributions possibles d'une approche One Health.

Question 4 - Modèles organisationnels

Proposez des modèles organisationnels permettant de prévenir et gérer de futurs risques Ebola avec une dimension One Health efficace. Présentez un modèle international sous RSI/USPPI et un modèle national/provincial pour une zone de santé à risque. Précisez les acteurs clefs, la gouvernance, les responsabilités, flux de données, seuils d'alerte, messages au public et indicateurs d'efficacité.

Question 5 - Environnement, activités humaines et anticipation

Discutez comment déforestation, exploitation des mines, fragmentation des habitats, chasse, commerce de viande de brousse, insécurité, déplacements de population, saisons des pluies et difficultés d'accès aux soins peuvent modifier le risque Ebola. Proposez trois indicateurs environnementaux et sociaux utilisables comme signaux précoces.

8. Matrice d'analyse à compléter

Étape	Santé humaine	Faune sauvage / réservoirs	Environnement / mobilités	Gouvernance / communication
Prévention et préparation avant exposition	Information populations/soignants/voyageurs ; réduction des contacts avec liquides	Surveillance événementielle faune sauvage ; signalement de mortalités	Cartographie interfaces forêt-villages-mines ; gestion des	Protocoles avant saison à risque, plan de prévention ; responsabilités ministère



	biologiques ; préparation des structures de triage.	animales ; messages sur chasse, carcasses et viande de brousse.	déchets et points d'eau ; identification des zones d'accès difficile.	santé/faune/environnement ; implication des leaders communautaires.
Surveillance et alerte	Détection fièvres hémorragiques, décès inexplicables, clusters familiaux/soignants ; notification rapide ; line-list.	Système de notification mortalité faune ; collaboration parcs, chasseurs, ONG, vétérinaires et écologues.	Suivi mouvements populations, marchés, axes miniers, points frontaliers ; signaux de crise humanitaire.	Seuils d'alerte ; EWARS (Early Warning Alert and Response Systems)/IDSR (Integrated Disease Surveillance and Response) ; partage transfrontalier ; vérification des alertes sous 24 h.
Investigation source/transmission	Courbe épidémique ; arbre de contacts ; exposition soins/funérailles ; diagnostics différentiels ; prélèvements (sécurité biologique)	Hypothèses réservoirs ; enquête faune et pratiques de chasse ; collecte d'informations sans interventions écologiques risquées.	Analyse lieux de vie/travail/soins ; flux routiers et frontaliers ; sécurité d'accès aux sites.	Coordination terrain-labo-autorités ; communication des incertitudes ; protection des données personnelles.
Mesures de contrôle	Isolement ; soins de support optimisés ; IPC ; EPI ; suivi contacts 21 jours ; soutien psychosocial.	Éviter les manipulations d'animaux morts ; communication sur risques liés à la faune ; coordination avec services faune/environnement.	Décontamination ; circuits de déchets ; aménagement triage ; inhumations sûres et dignes ; hygiène aux lieux collectifs.	Décisions proportionnées ; pas de stigmatisation ; gestion sécuritaire négociée ; information aux voyageurs sans fermeture inutile.
Retour d'expérience	Délais alerte-diagnostic-isolement ; infections nosocomiales ; mortalité ; séquelles et programme survivants.	Qualité des données faune ; réseaux locaux ; zones d'interface à surveiller.	Indicateurs prédictifs utiles ; vulnérabilités d'accès ; zones de conflit et de mobilité.	Clarté des responsabilités ; coût/bénéfice des mesures ; confiance communautaire ; adaptation des plans de préparation.

9. Tableau de hiérarchisation des hypothèses

Hypothèse	Arguments en faveur	Arguments contre / limites	Données nécessaires	Niveau de preuve attendu
Introduction zoonotique initiale	Ebola est lié à des réservoirs probables de chauves-souris frugivores et à des contacts avec animaux infectés ou carcasses ; zones	Réservoir exact rarement documenté ; exposition individuelle à démontrer ; risque	Entretien cas/familles, activités chasse/forêt, lieux de travail, informations faune,	Fort si concordance temps-lieu-exposition et séquences compatibles.

	forestières/minières possibles.	de conclure trop vite sur la faune.	analyses phylogénétiques.	
Amplification nosocomiale	Décès de professionnels de santé, soins sans diagnostic initial, triage et EPI parfois insuffisants.	Doit être distingué d'expositions communautaires ; les données de parcours de soins peuvent être incomplètes.	Liste des structures fréquentées, audits IPC, contacts soignants, dates de soins, infections chez personnels.	Fort si chaînes soins-cas secondaires documentées.
Transmission lors de funérailles	Les rites impliquant contact avec le corps peuvent transmettre Ebola ; décès communautaires rapportés.	Sensibilité sociale ; risque de stigmatisation ; présence effective de contacts corporels à documenter.	Historique des funérailles, participants, pratiques, contacts, temps entre décès et nouveaux cas.	Moyen à fort si cluster post-funérailles compatible.
Transmission communautaire en contexte de mobilité	Mouvements miniers, commerciaux, familiaux et déplacés ; marchés et réseaux transfrontaliers.	Les liens épidémiologiques peuvent être difficiles à reconstruire en contexte d'insécurité.	Cartographie déplacements, téléphone/transport si disponible, données points d'entrée, contacts perdus.	Moyen à fort si plusieurs chaînes relie lieux de mobilité et cas.
Importation transfrontalière vers l'Ouganda	Cas ougandais avec lien de voyage depuis la RDC ; proximité et flux transfrontaliers.	Pas nécessairement transmission locale ; risque de surestimer le risque global.	Itinéraires, contacts en transport, suivi 21 jours, séquences, données aux points de passage.	Fort si lien voyage-séquence-contact confirmé.
Combinaison de mécanismes	Une introduction initiale peut être suivie d'amplification soins/funérailles/mobilités ; explique les foyers multiples.	Complexe à démontrer ; risque de modèle trop large et non falsifiable.	Intégration épidémiologie, laboratoire, mobilité, anthropologie, données sécuritaires et environnementales.	Fort si le modèle explique mieux les dates et liens que les hypothèses uniques.

10. Données et documents à rechercher

- Données épidémiologiques : définitions de cas, cas suspects/probables/confirmés, décès, dates de début des symptômes, lieux d'exposition, chaînes de transmission, contacts listés et suivis.
- Données cliniques : incubation, signes précoces, gravité, soins de support, critères d'isolement, de sortie et de suivi des survivants.
- Données virologiques : espèce virale Bundibugyo, méthode RT-PCR, validation des tests, séquences disponibles, comparaison avec souches historiques.
- Données faune/environnement : contacts avec chauves-souris, primates ou carcasses, pratiques de chasse, déforestation, mines, fragmentation et accès aux zones forestières.
- Données opérationnelles : capacités de laboratoire, EPI, circuits de triage, centres de traitement, inhumations sûres et dignes, transport d'échantillons, déchets infectieux.
- Données sociales et éthiques : confiance communautaire, rumeurs, consentement aux essais cliniques, acceptabilité du suivi des contacts, sécurité des équipes, respect des droits.

11. Livrables attendus

- Une carte conceptuelle One Health au format schéma ou poster, avec au moins deux échelles d'analyse.
- Un tableau de hiérarchisation des hypothèses avec niveau de preuve et données manquantes.
- Une analyse critique en 4 volets : prévention, surveillance, investigation, gestion.
- Un plan d'action opérationnel pour la surveillance et la gestion de l'épidémie d'Ebola en RDC en 10 mesures maximum, priorisé et daté.
- Un argumentaire de 5 minutes destiné à un décideur politique, une autorité sanitaire, une coordination humanitaire ou un responsable frontalier.
- Une liste courte de sources fiables, avec date de consultation et statut des données : confirmé, provisoire ou hypothétique.

12. Plan d'action opérationnel type en 10 mesures

1. Activer une cellule One Health de gestion d'urgences (Incident Management) associant santé humaine, laboratoires, soins, vétérinaires/faune, environnement, sécurité, affaires frontalières, anthropologie, logistique et communication.
2. Vérifier rapidement la définition de cas, la liste des cas, les diagnostics, la chronologie et la classification suspect/probable/confirmé.
3. Décentraliser la détection : équipes d'alerte par zone de santé, investigation des alertes sous 24 h, transport des échantillons et RT-PCR avec assurance qualité.
4. Isoler et prendre en charge les cas dans des structures sûres, avec soins de support optimisés, triage, circuits séparés et protection des soignants.
5. Renforcer l'IPC dans toutes les structures de soins : formation, supervision, EPI, hygiène des mains, déchets, désinfection et prise en charge des expositions professionnelles.
6. Lister et suivre les contacts pendant 21 jours, en priorisant les contacts à haut risque si les ressources sont contraintes, et en assurant soutien social et psychosocial.
7. Mettre en place des inhumations sûres et dignes, négociées avec les familles, leaders religieux/traditionnels et équipes communautaires.
8. Construire une communication de confiance : ce qui est établi, ce qui est probable, ce qui reste inconnu, gestes de prévention, accès aux soins, lutte contre les rumeurs.
9. Organiser la coordination transfrontalière : partage des alertes, points de passage, contacts qui voyagent, information aux voyageurs, sans restriction de trafic non recommandées.
10. Préparer un retour d'expérience avec indicateurs : délai alerte-diagnostic-isolement, proportion de contacts suivis, infections soignants, acceptabilité communautaire, coûts évités et amélioration des protocoles.

13. Grille indicative d'évaluation

Critère	Attendu	Points
Intégration One Health	Les dimensions humaine, faune sauvage, environnementale, sociale, sécuritaire et de gouvernance sont articulées et non juxtaposées.	5
Qualité de la documentation	Sources récentes, fiables, citées, avec distinction claire entre faits, hypothèses et données provisoires.	4
Analyse critique	Les limites, incertitudes, angles morts, biais de détection et arbitrages éthiques sont explicites.	4
Pertinence opérationnelle	Les propositions sont réalistes, priorisées, adaptées aux échelles internationale, nationale, provinciale et locale, et accompagnées d'indicateurs.	4
Clarté de la restitution	Message synthétique, visuel, compréhensible par un décideur	3

non spécialiste, sans dramatisation excessive ni stigmatisation.

14. Annexe - Fiche repère Ebola, Bundibugyo et One Health

À retenir

Réservoirs probables : chauves-souris frugivores, avec possible transmission à d'autres animaux sauvages. Transmission à l'humain : contact direct avec sang, sécrétions, déjections, organes ou liquides biologiques d'animaux infectés ou de personnes malades/décédées ; surfaces et objets contaminés. Incubation : 2 à 21 jours. Une personne n'est pas considérée comme infectieuse / contagieuse avant l'apparition des symptômes. Risques d'amplification : soins réalisés sans mesures de prévention et de contrôle des infections, funérailles avec contacts du corps, mobilités, confiance insuffisante, retards diagnostiques. Prévention : détection rapide, isolement, soins de support, IPC, EPI, traçage des contacts, inhumations sûres et dignes, communication communautaire, soutien social.

Exemples de questions à poser aux décideurs

- Qui déclenche l'alerte et selon quels critères : décès communautaires, infection chez un soignant, cluster familial, cas frontalier ?
- Quelles données doivent être partagées entre médecins, laboratoires, vétérinaires/faune, environnement, autorités frontalières, humanitaires et OMS ?
- Comment investiguer vite tout en protégeant les équipes dans les zones d'insécurité ?
- Comment suivre les contacts sans coercition, stigmatisation ni perte de revenus pour les familles ?
- Quels soutiens matériels rendent les mesures acceptables : nourriture, eau, communication, transport, soutien psychosocial ?
- Quels investissements de préparation coûtent moins cher qu'une crise internationale ?

15. Sources conseillées pour les stagiaires

Source	Utilisation dans le TD	Accès
OMS - page situation Ebola RDC 2026	Situation générale, opérations, surveillance, recherche, formation. Date de consultation : 29/05/2026.	https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-outbreak---drc-2026
OMS - Disease Outbreak News, 16 et 21 mai 2026	Description de l'alerte, confirmation du virus Bundibugyo, chiffres provisoires, zones touchées, risk assessment.	https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news
OMS - Déclaration USPPI/PHEIC et recommandations temporaires	Gouvernance RSI, recommandations aux États affectés, pays voisins et autres États Parties.	https://www.who.int/news/item/22-05-2026-first-meeting-of-the-ihc-emergency-committee-regarding-the-epidemic-of-ebola-bundibugyo-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-2026-temporary-recommendations
OMS Afrique - pages RDC/Ouganda et rapports de situation	Suivi régional, sitreps, riposte, enjeux opérationnels.	https://www.afro.who.int/health-topics/disease-outbreaks/ebola-who-african-region
ECDC - outbreak page	Actualisation Europe/monde ; chiffres au 26-28 mai 2026 ; évaluation du risque pour UE/EEE.	https://www.ecdc.europa.eu/en/ebola-virus-disease-outbreak-democratic-republic-congo-and-uganda

CDC - Health Alert Network	Recommandations aux cliniciens, laboratoires, santé publique et voyageurs.	https://www.cdc.gov/han/php/notices/han00530.html
Fiche OMS maladie à virus Ebola	Transmission, incubation, diagnostic, prévention et contrôle, soins de support, IPC.	https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-disease
Publications scientifiques	Articles sur Bundibugyo virus, réservoirs, transmission nosocomiale, anthropologie de la riposte, essais cliniques et historique des épidémies en Afrique centrale.	PubMed, Lancet, NEJM, BMJ, PLOS, Nature, WHO R&D Blueprint

Consigne de prudence bibliographique

L'épidémie étant évolutive, les chiffres doivent être vérifiés le jour du TD auprès des agences sanitaires. Dans la restitution, indiquez la date de consultation des données et évitez de présenter des chiffres provisoires comme définitifs. Les données de presse doivent être croisées avec des sources institutionnelles ou scientifiques.