ISSN: 3139-1141

Vulnérabilités genrées et riposte communautaire face à la Maladie à virus Ebola en Ituri et au Nord-Kivu : rôles socio-économiques, violences basées sur le genre et participation des femmes

Bahati Matembera[1], Et Boyabengo Makanza Innocent[2]

Résumé

La maladie à Virus Ebola (MVE) constitue un groupe sanitaire dont les conséquences dépassent largement le domaine biomédical. Dans les provinces de l'Ituri et du Nord-Kivu, où les crises sécuritaires, les déplacements des populations, la pauvreté et la fragilisation des services sociaux se combinent, les effets d'une épidémie sont socialement différenciés selon le genre. Cet article analyse les vulnérabilités genrées et la participation des femmes à la riposte communautaire contre la MVE, en mettant particulièrement l'accent sur la dixième épidémie de 2018-2020 et sur dix-septième épidémie, déclarée en mai 2026 et provoquée par le virus Ebola Bundibugyo.

L'étude repose sur une analyse documentaire et secondaire de données épidémiologiques, rapports institutionnels et travaux scientifiques portant sur l'Ituri et le Nord-Kivu. Les données disponibles montrent que lors de l'épidémie de 2018-2020, les femmes représentaient 57% des cas d'Ebola recensés dans l'Est de la RDC. Une enquête menée auprès de 1395 adultes dans le Nord-Kivu a également montré des différences significatives entre hommes et femmes en matière de connaissances, de croyances, d'acceptation vaccinale et de recours aux soins. Une autre étude mixte portant sur 800 adultes en Ituri et au Nord-Kivu a montré que les membres des communautés étaient surtout mobilisés pour la diffusion de l'information et estimaient pouvoir contribuer davantage à la riposte s'ils étaient d'avantage associés aux décisions.

Pour l'épidémie de 2026, les données de l'OMS montrent qu'au 23 septembre, 7890 cas confirmés et 3799 décès avaient été rapportés en RDC dont 6032 cas en Ituri et 1480 au Nord-Kivu. Les données de l'UNFPA mettent parallèlement en évidence une forte perturbation des services de santé reproductive : baisse de 62,5% de l'utilisation des contraceptifs oraux de courte durée et de 54,3% de celle des contraceptifs injectables dans les zones concernées. En juillet 2026, 129380 personnes ont bénéficié d'activités de prévention et de réponse aux violences basées sur le genre.

L'article montre ainsi que les femmes doivent être analysées simultanément comme population exposée aux risques et comme actrices de la riposte. Leur rôle dans la communication, les soins, la médiation communautaire, la surveillance, l'orientation des personnes et la protection sociale constitue une ressource importante pour l'efficacité de la réponse.

Mots-clés : maladie à virus Ebola, genre, vulnérabilité, femmes, violences basées sur le genre, riposte communautaire, participation, santé reproductive.

[1] *Enseignant – chercheur à l'Université de Goma ; chercheur sur les questions du Genre (Droits des femmes, participation politique de femmes, contribution de femmes aux mécanismes de construction de la paix), communication sociale – de crise ; Diplômé d'Etudes Supérieures et Doctorant en Sciences Politiques et Administratives à l'Université de Kisangani.*
E-mail : bahatimat@gmail.com; bahatimat@unigom.ac.cd

[2] *Enseignant- Chercheur en Epidémiologie, One Heath et Promotion de la Santé Communautaire ; Humanitaire et Apprenant en Master de Spécialisation en Santé, Environnement et Développement Durable à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Goma/République Démocratique du Congo. E-mail : innocentboyabengo@gmail.com*

ISSN: 3139-1141

Introduction

Les épidémies de maladies infectieuses ne produisent pas les mêmes effets sur toutes les catégories sociales. L'exposition au risque, l'accès à l'information, le recours aux soins, la mobilité, les responsabilités familiales et la capacité à participer aux décisions sanitaires sont structurés par des rapports sociaux, économiques et cultures. Le genre constitue ainsi une variable importante dans l'analyse des conséquences des crises sanitaires.

Cette dimension apparaît particulièrement importante dans les contextes de conflit et de fragilité institutionnelle. Dans l'Est de la République Démocratique du Congo, les provinces de l'Ituri et du Nord-Kivu sont caractérisées depuis plusieurs années par la coexistence de conflits armés, de déplacements de populations, de pauvreté, de faiblesse des infrastructures sanitaires et de difficultés d'accès humanitaire. Une épidémie qui survient dans un tel environnement ne constitue donc pas uniquement un problème de transmission virale : elle perturbe les relations sociales, les activités économiques, les services de santé et les mécanismes de protection.

La question du genre est particulièrement importante dans le cas des femmes. Dans de nombreux contextes africains, les femmes assurent une part importante des tâches domestiques, de la prise en charge des enfants, des soins aux malades, de l'approvisionnement en eau et de la préparation des aliments. Ces responsabilités peuvent augmenter leur exposition aux agents infectieux lors d'une épidémie.

L'expérience de la dixième épidémie d'Ebola en RDC, qui s'est déroulée principalement dans le Nord-Kivu et l'Ituri entre 2018 et de 2020, fournit des éléments empiriques particulièrement importants. Cette épidémie a infecté 3481 personnes et causé 2290 décès. Les femmes représentaient 57% des personnes infectées, alors qu'aucune différence biologique permettant d'expliquer cette disproportion n'avait été établie. Les chercheurs ont notamment relié cette situation aux rôles sociaux et familiaux différenciés selon le genre.

La question reste actuelle avec la dix-septième épidémie d'Ebola en RDC. Déclarée officiellement le 15 mai 2026, cette épidémie est due au virus Ebola Bundibugyo. Initialement identifié en Ituri, elle s'est progressivement étendue à plusieurs provinces, notamment le Nord-Kivu. Au 23 septembre 2026, l'OMS rapportait 7890 cas confirmés et 3799 décès à l'échelle nationale. L'Ituri comptait 6032 cas confirmés et le Nord-Kivu 1480.

La présente étude s'interroge donc sur la manière dont le genre structure simultanément l'exposition au risque, l'accès aux services, les conséquences socio-économiques, les violences basées sur le genre et la participation à la riposte communautaire.

La question centrale est la suivante :

Comment les rapports sociaux de genre influencent-ils les vulnérabilités et la participation des femmes à la riposte communautaire contre la maladie à virus Ebola en Ituri et au Nord-Kivu ?

Trois questions secondaires orientent l'analyse :

- Comment les rôles socio-économiques des femmes contribuent-ils à leur exposition aux risques liés à Ebola ?
- Comment l'épidémie affecte-elle l'accès des femmes aux services de santé reproductive et aux mécanismes de protection contre les VBG ?
- Dans quelle mesure les femmes participent-elles aux mécanismes communautaires de prévention, de communication, de surveillance et de contrôle de l'épidémie ?

1. Contexte de la maladie à virus Ebola en Ituri et au Nord-Kivu

1.1. L'expérience de l'épidémie de 2018-2020

La deuxième épidémie d'Ebola en RDC constitue une référence importante pour comprendre les dynamiques actuelles. Entre août 2018 et juin 2020, 3481 personnes ont été infectées et 2290 sont décédées.

Une étude consacrée aux femmes dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri ne souligne que les femmes étaient particulièrement exposées en raison de leurs responsabilités familiales, notamment la prise en charge des malades et les pratiques funéraires. Les femmes étaient également fortement présentées dans les professions de santé et dans les activités impliquant des contacts fréquents avec la population.

Cette situation permet de comprendre que la vulnérabilité ne doit pas être interprétée comme

ISSN: 3139-1141

une caractéristique naturelle des femmes. Elle est en grande partie produite par l'organisation sociale des responsabilités.

1.2. La dix-septième épidémie : le virus Bundibugyo

Le 15 mai 2026, la RDC a officiellement déclaré sa dix-septième épidémie d'Ebola après la confirmation du virus Bundibugyo en Ituri.

L'épidémie a d'abord concerné plusieurs zones de santé de l'Ituri avant de s'étendre au Nord-Kivu et à d'autres provinces.

Tableau 1. Regard sur les données

Indicateur	RDC	Ituri	Nord-Kivu
Zones de santé affectée	63	28/36	16/34
Cas confirmés	7890	6032	1480
Décès	3799	Donnée provinciale non présentée dans le même bulletin	Donnée provinciale non présentée dans le même bulletin
CFR national	48,1%	-	59,7%
Situation	Transmission active	Epicentre	Deuxième province la plus touchée

Source : OMS, septembre 2026.

Ces chiffres montrent l'ampleur de la crise sanitaire, mais ils révèlent également une limite important : les données épidémiologiques courantes ne sont pas systématiquement désagrégées selon le sexe, le genre, l'âge, le statut socio-économique ou la situation de déplacement. Cette absence limite l'analyse précise des différences entre femmes et hommes.

2. Une exposition historiquement plus importante des femmes

Les données de l'épidémie de 2018-2020 constituent l'un des résultats empiriques les plus importants. Sur 3481 personnes infectées, 1970 étaient des femmes, soit 57% des cas. Cette disproportion ne semble pas pouvoir être expliquée par une différence biologique entre les sexes. Les recherches ont plutôt identifié des mécanismes sociaux.

Les femmes assument notamment une part importante :

- Des soins aux personnes malades ;
- De l'alimentation ;
- Des soins aux enfants ;
- Des tâches domestiques ;
- De l'accompagnement des personnes âgées ;
- De certaines pratiques funéraires.

La maison devient ainsi un espace potentiel de transmission.

3. Les rôles socio-économiques comme facteur d'exposition

3.1. Le travail

Le travail domestique constitue une dimension essentielle de la vulnérabilité genrée. Lorsqu'un membre du ménage tombe malade, les femmes sont souvent celles qui assurent :

- La toilette ;
- L'alimentation ;
- Le nettoyage ;
- Le changement des vêtements ;
- La surveillance ;
- L'accompagnement vers les structures de santé.

Dans une maladie extrêmement contagieuse comme Ebola, ces activités peuvent multiplier les contacts avec des personnes infectées.

La vulnérabilité est donc produite par une responsabilité sociale : prendre soin des autres.

3.2. Le petit commerce

Les femmes jouent également un rôle important dans le petit commerce et les échanges locaux. Les marchés constituent des espaces entre plusieurs ménages et communautés. Les femmes qui y vendent des produits alimentaires ou des biens de premières nécessités sont exposées à une forte mobilité relationnelle. Cependant, il serait incorrect de considérer le commerce féminin uniquement comme une source de risque. Il constitue aussi une ressource pour les ménages. Une réponse sanitaire qui impose des restrictions importantes aux marchés peut donc avoir des effets économiques différenciés sur les femmes.

3.3. L'approvisionnement en eau et en nourriture

Dans de nombreux ménage, les femmes sont responsables de l'approvisionnement

ISSN: 3139-1141

quotidien. Cette responsabilité implique des déplacements fréquents dans les quartiers, les points d'eau et les marchés.
Une stratégie de prévention efficace doit donc tenir compte de ces itinéraires sociaux. Plutôt que de limiter la sensibilisation aux établissements de santé.

4. Genre, information et comportement préventifs

Une enquête menée dans le Nord-Kivu auprès de 1395 adultes pendant l'épidémie de 2018-2020 apporte des résultats particulièrement instructifs. Les hommes présentaient un score moyen de connaissance exacte sur Ebola de 12,06 contre 11,08 chez les femmes, différence statistiquement significative ($p < 0,001$).
La même étude montre que la connaissance exacte d'Ebola était associé à :

- Une plus grande acceptation de la vaccination ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$) ;
- Un recours plus important aux soins formels ($\beta = 0,39$; $p < 0,001$) ;
- Davantage de comportements protecteurs ($\beta = 0,35$; $p < 0,001$)

La croyance dans les rumeurs était quant à elle associée négativement à l'acceptation vaccinale ($\beta = 0,30$; $p < 0,001$).
Ces résultats sont importants pour l'analyse de la riposte communautaire : ils montrent que l'accès à une information fiable n'est pas neutre du point de vue genre.
L'étude montre également un résultat intéressant : les femmes déclaraient davantage de comportements individuels de protection que les hommes, alors que les hommes présentaient une meilleure connaissance exacte et un recours plus important aux soins formels.
Cette apparente contradiction montre que la femme peut être très active dans la protection familiale tout en étant moins bien intégrée dans certains circuits formels d'informations et de soins.

5. Participation communautaire et limites de l'implication des populations

Une étude mixte conduite en Ituri et au Nord-Kivu auprès de 800 adultes a examiné la participation communautaire pendant la riposte à Ebola.
L'étude à utiliser :
Un questionnaire auprès 800 adultes ;
Des groupes de discussions ;
Des entretiens approfondis avec des leaders communautaires religieux et des survivants ;
Des groupes séparés de jeunes femmes, jeunes hommes, femmes adultes et hommes adultes.
Les résultats montrent que les membres des communautés étaient principalement mobilisés dans la diffusion de l'information.
Cependant, les participants estimaient pouvoir contribuer davantage s'ils étaient pleinement associés à la riposte.
Ce résultants révèle une distinction importante entre :
Etre mobilisé pour transmettre un message et participer à la définition de la réponse.
La première correspond à une participation essentiellement opérationnelle. La seconde renvoie à une participation décisionnelle.
Cette distinction est fondamentale pour analyser la place des femmes.

6. Les femmes comme actrices de la communication communautaires

La communication communautaire constitue l'un des domaines dans lesquels la participation des femmes peut être particulièrement importante.
Les femmes disposent souvent de réseaux constitués autour :

- Des familles ;
- Des associations ;
- Des marchés ;
- Des groupes religieux ;
- Des structures communautaires ;
- Des organisations féminines ;
- Des services de santé ;
- Des réseaux de voisinage.

Ces réseaux peuvent faciliter la circulation de messages sanitaires.
En 2020, l'OMS et les autorités congolaises ont explicitement intégré les associations de femmes dans la mobilisation communautaire. Entre le 25 mai et le 24 juin 2026, plus de 2,5 millions de personnes ont été sensibilisées en Ituri, au Nord-Kivu et au Sud-Kivu et 2832 leaders communautaires ont été mobilisés. Les associations de femmes et de jeunes figuraient parmi les acteurs locaux engagés. Ces données démontrent que les femmes sont reconnues comme

ISSN: 3139-1141

une composante de la riposte communautaire. Elles ne permettent toutefois pas de déterminer quelle proportion des 2832 leaders était constituée de femmes. Cette distinction doit être maintenue dans une analyse scientifique.

7. Femmes, confiance communautaire et gestion des rumeurs

La confiance représente un élément déterminant de la riposte.

Les expériences documentaires en 2026 montrent que les communautés peuvent résister à certains mesures lorsqu'elles les perçoivent comme incompatibles avec leurs pratiques culturelles. En Ituri, l'OMS a documenté un cas à Mutumbi dans lequel une famille avait refusé pendant plus de 24 heures l'intervention de l'équipe chargée d'un enterrement sûr et digne. Un dialogue communautaire a finalement permis de trouver un compromis entre le protocole sanitaire et les pratiques funéraires locales. Cette situation illustre une dimension essentielle de la riposte : la solution sanitaire doit pouvoir être négociée avec les communautés. Dans cette perspective, les femmes peuvent exercer une fonction de médiation, particulièrement lorsqu'elles sont reconnues par les familles et les réseaux communautaires.

8. Vulnérabilités liées à la santé sexuelle et reproductive

L'une des conséquences les plus importantes de l'épidémie de 2026 concerne la continuité des services de santé reproductive.

L'UNFPA rapporte une diminution de :

- 62,5% de l'utilisation des contraceptifs oraux de courte durée ;
- 54,3% de l'utilisation des contraceptifs injectables.

Ces chiffres concernent les zones couvertes par le rapport de l'UNFPA et ne doivent pas être extrapolés à l'ensemble des femmes de la RDC. Plus de 360 000 femmes en âge de procréer étaient concernées par les zones où l'accès à la contraception constituait un enjeu particulier. En juillet 2026, l'UNFPA indique avoir soutenu des services de santé reproductive ayant atteint 82 291 personnes dans 130 structures sanitaires et quatre centre de traitement Ebola. Ces données montrent que la crise Ebola produit une deuxième crise, moins visible : celle de la continuité des services de santé reproductive.

9. Grossesse, maternité et risque sanitaire

La grossesse constitue une situation particulièrement sensible pendant une épidémie d'Ebola.

Les difficultés concernent notamment :

- Les conséquences prénatales ;
- Les accouchements ;
- Les urgences obstétricales ;
- La prévention des infections ;
- La prise en charge des complications ;
- L'accès aux équipements de protection.

En Ituri, l'UNFPA a rapporté en août 2026 la formation de 100 prestataires et personnes auxiliaires issus de 26 structures sanitaires prioritaires. L'objectif était notamment de renforcer la capacité des structures à assurer des soins obstétricaux sûrs dans le contexte d'Ebola. Un responsable technique de la Division provinciale de la santé de l'Ituri rapportait alors plus de 112 cas confirmés parmi les prestataires de première ligne, dont plus de 35 décès. Ces chiffres doivent être considérés comme des données rapportées par cet acteur provincial dans le cadre du rapportage de l'UNFPA, et non comme une estimation indépendante.

10. Vulnérabilité économique et violence basées sur le genre

Les crises sanitaires peuvent affecter les femmes par l'intermédiaire des mécanismes économiques. Lorsque les marchés ralentissent que les déplacements diminuent ou que les ménages perdent des revenus, les femmes exerçant dans le petit commerce, les services ou les activités informelles peuvent être particulièrement affectées. La dépendance économique peut à son tour renforcer certaines situations de violence et d'exploitation. L'UNFPA indique que les perturbations socio-économiques liées à l'épidémie de 2026 ont contribué à accroitre les vulnérabilités aux VBG, y compris les risques d'exploitation et d'abus sexuels. En juillet 2026, l'organisation et ses partenaires ont rapporté avoir atteint 129380 personnes par des activités de prévention et de réponses aux VBG. Ces données montrent que la

ISSN: 3139-1141

VBG doit être intégrée à la riposte sanitaire et non traitée comme une problématique secondaire.

11. Exploitation et abus sexuels dans le contexte de la réponse humanitaire

L'arrivée massive d'acteurs humanitaires et sanitaires dans une zone affectée par une crise peut également créer des risques spécifiques de protection.

En septembre 2026, l'OMS a documenté des activités menée à Bunia avec des femmes et des filles sur la prévention de l'exploitation et abus sexuels dans le contexte de la riposte Ebola.

Les activités comprenaient notamment :

- L'information sur les droits ;
- La sensibilisation aux comportements inappropriés ;
- La connaissance des mécanismes de plainte ;
- La mise en place de mécanismes confidentiels de signalement.

Cette dimension est essentielle : une riposte sanitaire ne peut être considérée comme pleinement communautaire si elle ne garantit pas simultanément la sécurité et la dignité des personnes qu'elle cherche à protéger.

12. Les femmes déplacées comme catégorie particulièrement exposée

L'Ituri et le Nord-Kivu sont caractérisés par d'important mouvement de populations.

Les déplacements sont caractérisés par d'importants mouvements de populations.

Les déplacements peuvent accroitre les vulnérabilités des femmes par :

- La rupture des réseaux sociaux ;
- La perte de revenus ;
- La difficulté d'accès aux soins ;
- La promiscuité ;
- L'exposition aux violences ;
- La dépendance à l'aide humanitaire ;
- La difficulté à suivre les messages sanitaires.

Les sites de déplacement deviennent également des espaces importants pour la communication communautaire. L'OMS a notamment documenté l'expérience de Kigonze, un site de personnes déplacées à la périphérie de Bunia, où des relais communautaires ont travaillé directement avec les femmes.

13. Le rôle des femmes dans les mécanismes informels de riposte.

La participation des femmes ne doit pas être évaluée uniquement à travers les structures officielles. Une partie de leur contribution peut être informelle.

Tableau 2. Formes de contribution des femmes

Domaine	Contribution potentielle des femmes
Information	Transmission des messages sanitaires
Prévention	Promotion des mesures d'hygiène
Surveillance	Signalement de symptômes et alertes
Orientation	Accompagnement vers les structures sanitaires
Médiation	Dialogue avec les familles
Protection	Indentification des risques de VBG
Santé reproductive	Orientation vers les services
Soutien social	Accompagnement des familles
Gestion des rumeurs	Correction des informations erronées
Cohésion sociale	Maintien des liens communautaires

Source : Tableau adapté de l'observation sur le terrain

Cette contribution peut être peu visible dans les statistiques officielles.

Ainsi, le nombre de femmes présentes dans les équipes formelles ne suffit pas pour mesurer leur contribution réelle.

14. Les femmes comme intermédiaires entre communauté et système de santé

L'une des fonctions importantes des femmes peut être celle d'intermédiaire.

Elles peuvent transmettre aux équipes sanitaires :

- Les inquiétudes des familles ;
- Les difficultés d'accès aux soins ;
- Les rumeurs ;
- Les résistances ;
- Les besoins spécifiques des femmes enceintes.
- Les problèmes liés aux VBG ;
- Les préoccupations des ménages.

Dans ce modèle, la femme n'est pas seulement une bénéficiaire du système de santé.

Elle devient un acteur de traduction sociale de la réponse sanitaire.

Cette fonction est particulièrement importante dans les contextes où la confiance envers les institutions est faible.

ISSN: 3139-1141

15. Ituri et Nord-Kivu : deux espaces présentant des dynamiques différenciées

Les données de septembre 2026 montrent que l'Ituri reste l'épicentre de l'épidémie avec 6032cas confirmés. Le Nord-Kivu constitue la deuxième province la plus affectée avec 1480cas. Cependant, le Nord-Kivu présentait à cette date le taux de létalité provincial le plus élevé rapporté par l'OMS, soit 59,7%. L'OMS précise que les facteurs expliquant ce niveau élevé font encore l'objet d'investigations.

Il serait donc prématuré d'attribuer cette différence à un facteur unique comme le genre.

Plusieurs facteurs doivent être étudiés conjointement :

- Accès aux soins ;
- Délai de prise en charge ;
- Insécurité ;
- Déplacement des populations ;
- Capacité des structures sanitaires ;
- Surveillance ;
- Mobilité ;
- Informations ;
- Pratique communautaire ;
- Situation socio-économique

16. De la vulnérabilité à l'agentivité

L'un des principaux apports de cette analyse consiste à passer d'une conception exclusivement victimisante des femmes à une femme à une conception fondée sur l'agentivité.

L'agentivité renvoie à la capacité des acteurs à agir dans des structures sociales qui peuvent pourtant limiter leurs possibilités

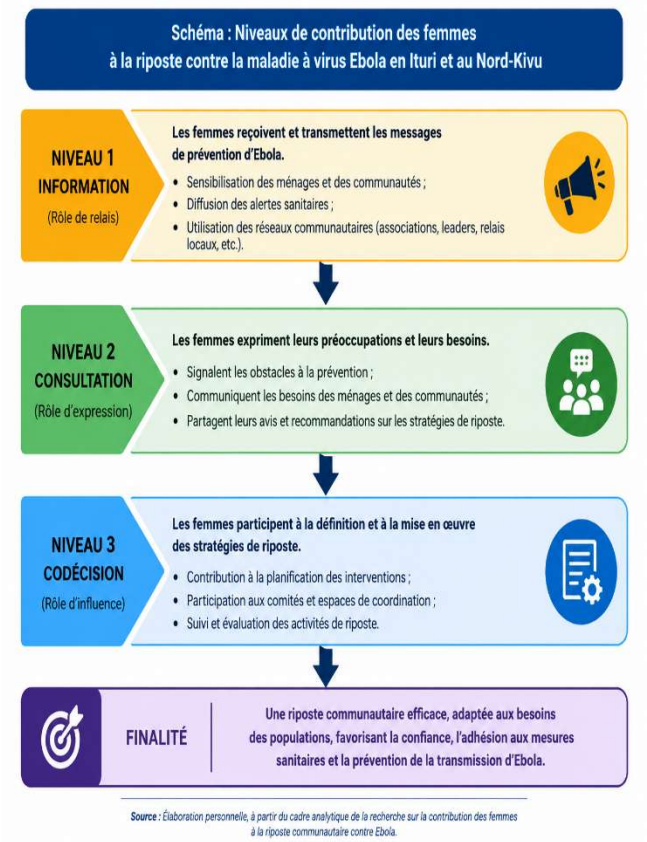
Dans le contexte d'Ebola, cette agentivité peut être observée à travers :

- La création des réseaux de sensibilisation ;
- L'accompagnement des malades ;
- La médiation familiale ;
- La transmission des alertes ;
- La lutte contre les rumeurs ;
- La défense des droits des femmes ;
- La prévention des VBG ;
- L'orientation vers les services ;
- La participation aux associations ;
- Le dialogue avec les équipes de riposte.

Cette perspective permet donc de considérer la femme comme sujet de la riposte et non uniquement comme objet de protection.

17. Une participation encore principalement opérationnelle

Les données disponibles suggèrent cependant que la participation communautaire reste souvent concentrée sur la mise en œuvre. L'étude menée auprès de 800 adultes en Ituri et au Nord-Kivu monte que les membres des communautés étaient principalement mobilisés pour diffuser l'information et estimaient pouvoir contribuer davantage s'ils étaient pleinement associés.



Les femmes participent à la conception et à l'adaptation des interventions. Le défi de la riposte communautaire consiste à progresser du premier niveau vers les niveaux de consultation et de codécision.

18. Une lecture intersectionnelle des vulnérabilités

Toutes les femmes ne sont pas exposées de la même manière. Une femme médecin, une commerçante, une adolescence déplacée, une femme enceinté, une agricultrice et une responsable d'organisation féminine disposent de ressources et rencontrent des contraintes différentes. La variable « femme » ne suffit donc pas à expliquer la vulnérabilité.

ISSN: 3139-1141

Conclusion

L'analyse des vulnérabilités genrées et de la riposte communautaire face à Ebola en Ituri et au Nord-Kivu montre que le genre constitue une dimension fondamentale de la gestion des épidémies. Les données de l'épidémie de 2018-2020 démontrent que les femmes ont représenté 57% des cas d'Ebola dans l'Est de la RDC. L'étude quantitative menée auprès de 1395 adultes dans le Nord-Kivu révèle également des différences significatives entre hommes et femmes en matière de connaissance, d'information, de croyances et de comportements préventifs. Les données relatives à l'épidémie de 2026 montrent parallèlement l'ampleur exceptionnelle de la crise. Au 23 septembre 2026, 7890 cas confirmés et 3799 décès étaient rapportés en RDC. L'Ituri demeurait l'épicentre avec 6032 cas et le Nord-Kivu constituait la deuxième province la plus affectée avec 1480 cas.

Les effets de cette crise dépassent toutefois les statistiques de contamination. La baisse de l(utilisation des contraceptifs, les difficultés rencontrées par les femmes enceintes, les perturbations des services de santé reproductive et l'accroissement des risques de VBG montrent que les conséquences de l'épidémie sont profondément sociales et genrées.

Dans le même temps, les femmes participent à la réponse à travers les associations, les réseaux communautaires, la communication, la sensibilisation, l'accompagnement des familles, la protection et la médiation. L'enjeu scientifique et opérationnel n'est donc pas seulement de déterminer combien de femmes sont victimes d'Ebola, mais également de comprendre comment elles contribuent à contrôler l'épidémie et dans quelle mesure leurs connaissances et leurs expériences sont intégrées dans les décisions de riposte.

La principale leçon est ainsi que la lutte contre Ebola gagne à considérer les femmes simultanément comme population exposée, bénéficiaires de protection, professionnelles de santé, relais communautaires, médiatrices, actrices économiques et participantes aux mécanismes de décision. Une riposte véritable communautaire devrait donc évoluer d'une logique de mobilisation des femmes comme simples relais vers une logique de participation, de consultation et de codécision.

Références bibliographiques

Bandura, A. (2001). '' Social cognitive Théory : An Agentic Perspective'' Annual Review of Psychology, 52, 1-26

Bourdieu, K (1998). La domination masculine. Paris : Seuil.

Crenshaw, K. (1989). '' Demarginalizing the Intersection of Race and Sex''.University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139-167.

Diarra, T., Okeibunor, J., Diallo, A.B., et al. (2023) '' community involvement in Reponse to Ebola Virus Disease Epidemic in North Kivu and Ituri, Democratic Republic of Congo. A Mixed-Methods study'' journal of immunological Sciences, Suppl.3,131-140

Kabeer, N. (1999). '' Ressources, Agency, Achievements : Reflections on the Measurement of Women's Empowement and Change, 30(3), 435-464.

UNFPA. (2026a). UNFPA DRC Ebola Response Appeal. Kinshasa : UNFPA.

UNFPA. (2026b). Situation Raport on the Ebola Crisis-July 2026. UNFPA Eastern and Southern Africa Regional Office.

UNFPA RDC. (2026c). Riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Ituri : les prestataires des structures de santé privées équipés pour protéger mères et nouveau-nés. Kinshasa.

UNFPA RDC. (2026d). Bulletin sur les violences basées sur le genre. Kinshasa.

UNITED NATIONS SECURITY COUNCIL. (2000). Resolution 1325 (2000) on Women, Peace and Security. New York : United Nations.

WHO. (2026a). Ebola disease caused by Bundibugyo virus,Democratic Republic of the Congo & Uganda. Desease outbreak News.

WHO. (2026b). Ebola disease caused by Bundibugyo virus-democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News, 25 September 2026.

WHO. (2026c). Africa CDC and WHO call for Urgent, community-led action to contain Ebola in the DRC. Geneva/Kinsasa.

WHO AFRICA. (2026a) En Ituri, la lutte contre Ebola avance grâce au dialogue avec les communautés.

WHO AFRICA. (2026b).community dialogue building trust in Ebola response in the Democratic Republic of the Congo.

ISSN: 3139-1141

WHO AFRICA. (2026c). Reconciling Ebola response and community needs to prevent transmission.

WHO AFRICA. (2026d). Protecting women and girls against sexual abuse, expploitation during the Ebola outbreak.

WHO &GOVERNMENT OF THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO. (2026). Joint statement concerning the outbreak of Ebola disease caused by the Bundibugyo virus. 31 May 2026.

WHO&IFRC. (2020). Risk Communication and Community Engagement Readiness and Response to Coronavirus Disease. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2019). Addressing violence against women in health emergencies. Geneva.

Protective Behaviors Associated with Gender During the 2018-2020 Ebola outbreak in Eastern Democratic Republic of the Congo. (2022). JAMA Network Open.

The impact of the Ebola Virus Disease Epidemic among Women in the Provinces of North Kivu and Ituri in the Democratic Republic of the Congo.(2020).