

EDITORIAL

It's not just virology: The Bundibugyo Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda demands a wider public health response

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i13.1

Anne Baber Wallis ^{1*} and Friday Okonofua²

Editor, African Journal of Reproductive Health¹; Editor in Chief, African Journal of Reproductive Health²

***For Correspondence:** Email: anne.wallis@louisville.edu

The current outbreak of Ebola disease caused by the Bundibugyo virus (species *Orthoebolavirus bundibugyoense*) in the Democratic Republic of the Congo (DRC) and Uganda is much more than another infectious disease emergency. It reminds us that epidemics come not only from biological pathogens but also from social inequities, environmental disruption, fragile health systems, and persistent armed conflict. While Ebola captures headlines because of its fear-provoking symptoms and high mortality, the conditions that allow it to spread receive far less attention.

We assert that until these underlying conditions are addressed, Ebola and other viral outbreaks will continue to threaten regional and global health.

The Bundibugyo virus, is one of several species capable of causing Ebola virus disease (EVD) in humans. First identified in Uganda in 2007, it has historically been associated with lower mortality than the better-known Zaire ebolavirus, but it remains a highly dangerous pathogen. However, the Bundibugyo virus is a separate species; not a different strain.¹ Unlike the better known Zaire ebolavirus, there is no vaccine for Bundibugyo, making outbreak control challenging and heavily dependent on diagnosis, supportive treatment, infection prevention, contact tracing, and community engagement.

The current outbreak is the largest documented Bundibugyo virus epidemic. As of early July 2026, the World Health Organization reported 1,561 confirmed cases and 506 deaths in the DRC, representing a confirmed case fatality rate of roughly 31%.² The epidemic is still expanding and dozens of new confirmed cases are identified daily. These numbers likely underestimate the true burden of disease because

surveillance is incomplete in many affected communities.³

We further assert that whether isolated infections develop into major epidemics goes beyond virology and forces us to consider social, political, economic, and environmental conditions.

Although Ebolavirus is often thought of as a disease that emerged suddenly from tropical forests, such spillover events are just the beginning of the story. Community and family poverty are strong determinants of vulnerability. Many of the affected communities in eastern DRC experience chronic shortages of clean water, sanitation infrastructure, electricity, transportation, and accessible healthcare. Rural health centers lack diagnostic equipment, protective clothing, reliable laboratory services, and adequately trained personnel. Patients often travel long distances before reaching a medical facility, increasing opportunities for household and community transmission. Delays in diagnosis allow infected individuals to continue interacting with family members, neighbors, and healthcare providers before isolation measures can be implemented.

Economic insecurity further complicates outbreak control. Many families depend on seasonal and daily wages earned through farming, mining, or other, usually informal, labor. Quarantine or movement restrictions may mean losing the income needed to purchase food or medicine. Faced with such impossible choices, individuals sometimes delay seeking care or avoid isolation facilities altogether. These human behaviors are neither irrational nor irresponsible; instead, they reflect the difficult decisions made by real people attempting to survive under conditions of extreme poverty.

Regional conflict has magnified existing challenges dramatically. The epicenter of the current outbreak lies within eastern DRC, a region that has experienced decades of armed violence involving militia groups, population displacement, and recurrent humanitarian crises. Insecurity limits the movement of healthcare and humanitarian workers, disrupts surveillance activities, delays specimen transport, and restricts vaccination research and treatment programs. In some areas, humanitarian organizations require armed escorts or cannot safely access affected communities at all.

Conflict can further erode fragile public trust. Communities that have experienced years of violence, displacement, and political instability may understandably view government officials and outside organizations with skepticism. Rumors, misinformation, and fear spread rapidly, undermining contact tracing, case reporting, and use of recommended burial practices. Public health interventions are most effective when communities actively participate, but trust cannot be built or re-built overnight. Real trust requires sustained investment in communication, understanding of local context, and reliable healthcare, education, and partnerships begun long before outbreaks occur.

Environmental change also plays a role. Deforestation, agricultural expansion, mining activities, and increasing human encroachment into wildlife habitats bring people into closer contact with animal reservoirs that may harbor filoviruses. Habitat disruption increases opportunities for zoonotic spillover by altering interactions among wildlife, livestock, and human populations.

Climate variability may also influence disease emergence by changing wildlife distribution, food availability, agricultural and crop changes, and human migration patterns. While no single environmental factor explains the current outbreak, the convergence of ecological disruption and socioeconomic vulnerability creates conditions favorable for emerging infectious diseases.

Healthcare workers themselves have paid a heavy price during this and other Ebola epidemics. Repeated exposure to infected patients, shortages of personal protective equipment, staff fatigue, and overwhelming patient volumes increase occupational risk. Healthcare worker infections not only represent personal tragedies but also weaken already fragile health systems by reducing the available workforce precisely when it is needed most. Maintaining adequate supplies, timely

salary payments, and safe working conditions is therefore an essential component of epidemic control rather than a secondary concern.

Further we note that public health implications extend well beyond the borders of the DRC in part because epidemics exploit weaknesses wherever they exist. This fact means that public health practice and policy should focus on the social, structural, and environmental conditions.

Infectious diseases do not respect national boundaries. Cross-border travel has already resulted in at least one case in neighboring Uganda,³ underscoring the importance of regional surveillance, coordinated laboratory networks, and rapid information sharing. In an interconnected world, strengthening health systems in low-resource settings benefits global health security as much as local populations.

This outbreak also reinforces an important lesson learned repeatedly during recent global health emergencies: medical technology alone cannot compensate for structural inequities. Diagnostic tests, therapeutics, and future vaccines are indispensable, but they cannot substitute for functioning healthcare systems, political stability, poverty reduction, education, and environmental stewardship.

Ultimately, the Bundibugyo outbreak should prompt the international community to think deeply about outbreak and epidemic preparedness. Successful disease control demands long-term investment in resilient healthcare infrastructure, community-based surveillance, workforce development, environmental conservation, conflict resolution, and community and national economic development. These investments reduce vulnerability not only to Ebola but other emerging pathogens as well.

Finally, the tragedy unfolding in eastern DRC and Uganda is not just a story about a rare virus. It is a reflection of the unequal distribution of health, security, and opportunity across the world. If the international community responds only by counting cases and deploying emergency resources, the underlying drivers of future epidemics will remain unchanged.

We conclude that lasting prevention will require addressing the social and environmental conditions that allow pathogens to flourish. Ebola may begin with a virus, but epidemics are ultimately sustained by the vulnerabilities that societies leave unaddressed.

Conflict of Interest: None

References

1. CDC. Ebola Disease Outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda. Health Alert Network (HAN). May 19, 2026. Accessed July 9, 2026. <https://www.cdc.gov/han/php/notices/han00530.html>
2. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Accessed July 9, 2026. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612>
3. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Accessed July 9, 2026. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612>.

ÉDITORIAL

Il ne s'agit pas seulement de virologie: l'épidémie d'Ebola de Bundibugyo, en République démocratique du Congo et en Ouganda, exige une réponse de santé publique plus large.

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i13.1

Anne Baber Wallis¹ et Friday Okonofua²

Rédacteur, African Journal of Reproductive Health Nigeria ; Rédacteur en chef, African Journal of Reproductive Health Nigeria

Pour toute correspondance: Courriel : anne.wallis@louisville.edu

L'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola, causée par le virus Bundibugyo (espèce Orthoebolavirus bundibugyoense) en République démocratique du Congo (RDC) et en Ouganda, est bien plus qu'une simple urgence sanitaire. Elle nous rappelle que les épidémies ne sont pas uniquement dues à des agents pathogènes biologiques, mais aussi aux inégalités sociales, aux perturbations environnementales, à la fragilité des systèmes de santé et aux conflits armés persistants. Si Ebola fait la une des journaux en raison de ses symptômes effrayants et de sa forte mortalité, les conditions qui permettent sa propagation sont beaucoup moins étudiées.

Nous affirmons que tant que ces facteurs sous-jacents ne seront pas pris en compte, Ebola et les autres épidémies virales continueront de menacer la santé régionale et mondiale.

Le virus Bundibugyo est l'une des espèces capables de provoquer la maladie à virus Ebola (MVE) chez l'homme. Identifié pour la première fois en Ouganda en 2007, il a historiquement été associé à une mortalité plus faible que le virus Ebola Zaïre, plus connu, mais il demeure un pathogène extrêmement dangereux. Cependant, le virus Bundibugyo est une espèce distincte. Il ne s'agit pas d'une souche différente.¹ Contrairement au virus Ebola Zaïre, mieux connu, il n'existe aucun vaccin contre le virus Bundibugyo, ce qui rend la maîtrise des épidémies difficile et fortement dépendante du diagnostic, des soins de soutien, de la prévention des infections, du traçage des contacts et de la mobilisation communautaire.

L'épidémie actuelle est la plus importante épidémie de virus Bundibugyo jamais documentée. Début juillet 2026, l'Organisation mondiale de la Santé recensait 1 561 cas confirmés et 506 décès en RDC, soit un taux de létalité confirmé d'environ 31 %.² L'épidémie continue de s'étendre et des dizaines de nouveaux cas confirmés sont identifiés chaque jour. Ces chiffres sous-

estiment probablement la charge réelle de morbidité, car la surveillance est incomplète dans de nombreuses communautés touchées.³

Nous affirmons par ailleurs que la question de savoir si des infections isolées se transforment en épidémies majeures ne se limite pas à la virologie...nous oblige à prendre en compte les conditions sociales, politiques, économiques et environnementales.

Bien que l'on considère souvent le virus Ebola comme une maladie ayant soudainement émergé des forêts tropicales, ces épisodes de transmission inter-espèces ne constituent que le début de l'histoire. La pauvreté, tant au niveau des communautés que des familles, est un facteur déterminant de la vulnérabilité. Bon nombre des communautés touchées dans l'est de la RDC souffrent de pénuries chroniques d'eau potable, d'infrastructures d'assainissement, d'électricité, de moyens de transport et d'accès aux soins de santé. Les centres de santé ruraux manquent d'équipements de diagnostic, de vêtements de protection, de services de laboratoire fiables et de personnel dûment formé. Les patients parcourent souvent de longues distances avant d'atteindre un établissement médical, ce qui accroît les risques de transmission au sein du foyer et de la communauté. Les retards de diagnostic permettent aux personnes infectées de continuer à interagir avec leur famille, leurs voisins et le personnel soignant avant que des mesures d'isolement ne puissent être mises en œuvre.

L'insécurité économique complique davantage la maîtrise de l'épidémie. De nombreuses familles dépendent de revenus saisonniers ou journaliers issus de l'agriculture, de l'exploitation minière ou d'autres activités, généralement informelles. La mise en quarantaine ou les restrictions de déplacement peuvent entraîner la perte des revenus nécessaires à l'achat de nourriture ou de médicaments. Confrontés à de tels dilemmes, les individus retardent parfois leur recours aux soins ou évitent totalement les centres d'isolement.

Ces comportements ne sont ni irrationnels ni irresponsables ; ils reflètent au contraire les décisions difficiles prises par des personnes bien réelles qui tentent de survivre dans des conditions d'extrême pauvreté.

Les conflits régionaux ont considérablement aggravé les défis existants. L'épicentre de l'épidémie actuelle se situe dans l'est de la RDC, une région marquée par des décennies de violence armée impliquant des milices, des déplacements de population et des crises humanitaires récurrentes. L'insécurité limite les déplacements du personnel soignant et humanitaire, perturbe les activités de surveillance, retarde le transport des échantillons et restreint la vaccination ...programmes de recherche et de traitement. Dans certaines zones, les organisations humanitaires ont besoin d'une escorte armée ou ne peuvent tout simplement pas accéder en toute sécurité aux communautés touchées.

Les conflits peuvent davantage éroder une confiance publique déjà fragile. Il est compréhensible que les communautés ayant subi des années de violence, de déplacements de population et d'instabilité politique considèrent avec scepticisme les représentants du gouvernement et les organisations extérieures. Les rumeurs, la désinformation et la peur se propagent rapidement, compromettant la recherche des contacts, le signalement des cas et l'adoption des pratiques d'inhumation recommandées. Les interventions de santé publique sont d'autant plus efficaces que les communautés y participent activement, mais la confiance ne se bâtit ni ne se rétablit du jour au lendemain. Une véritable confiance exige un investissement soutenu dans la communication, la compréhension du contexte local ainsi que dans des services de santé, d'éducation et des partenariats fiables, mis en place bien avant l'apparition des épidémies.

Les changements environnementaux jouent également un rôle. La déforestation, l'expansion agricole, les activités minières et l'empiètement croissant des activités humaines sur les habitats naturels rapprochent les populations des réservoirs animaux susceptibles d'héberger des filovirus. La perturbation des habitats accroît les risques de transmission zoonotique en modifiant les interactions entre la faune sauvage, le bétail et les populations humaines.

La variabilité climatique peut aussi influencer l'émergence de maladies en modifiant la répartition de la faune sauvage, la disponibilité des ressources alimentaires, les pratiques agricoles et les cultures, ainsi que les schémas migratoires humains. Si aucun facteur environnemental unique n'explique à lui seul l'épidémie actuelle, la convergence entre perturbations écologiques

et vulnérabilité socio-économique crée des conditions propices à l'émergence de maladies infectieuses.

Les agents de santé eux-mêmes ont payé un lourd tribut lors de cette épidémie d'Ebola, comme lors des précédentes. L'exposition répétée aux patients infectés, les pénuries d'équipements de protection individuelle, la fatigue du personnel et l'afflux massif de patients augmentent les risques professionnels. Les infections chez les agents de santé constituent non seulement des drames personnels, mais affaiblissent également des systèmes de santé déjà fragiles en réduisant les effectifs disponibles au moment précis où ils sont le plus nécessaires. Garantir un approvisionnement adéquat, le versement ponctuel des salaires et des conditions de travail sûres constitue donc un élément essentiel de la lutte contre l'épidémie, et non une préoccupation secondaire.

Par ailleurs, les implications en matière de santé publique dépassent largement les frontières de la RDC, en partie parce que les épidémies exploitent les faiblesses partout où elles existent. Ce constat implique que les pratiques et les politiques de santé publique doivent se concentrer sur les conditions sociales, structurelles et environnementales

Les maladies infectieuses ne connaissent pas de frontières nationales. Les déplacements transfrontaliers ont déjà entraîné l'apparition d'au moins un cas en Ouganda, pays voisin, soulignant ainsi l'importance d'une surveillance régionale, de réseaux de laboratoires coordonnés et d'un partage rapide de l'information. Dans un monde interconnecté, le renforcement des systèmes de santé dans les zones disposant de peu de ressources profite autant à la sécurité sanitaire mondiale qu'aux populations locales.

Cette épidémie confirme également une leçon importante, maintes fois apprise lors des récentes urgences sanitaires mondiales : la technologie médicale ne peut, à elle seule, compenser les inégalités structurelles. Les tests de diagnostic, les traitements et les futurs vaccins sont indispensables, mais ils ne sauraient se substituer à des systèmes de santé fonctionnels, à la stabilité politique, à la réduction de la pauvreté, à l'éducation et à une gestion responsable de l'environnement.

En fin de compte, l'épidémie de Bundibugyo devrait inciter la communauté internationale à mener une réflexion approfondie sur la préparation face aux épidémies. Une lutte efficace contre la maladie exige des investissements à long terme dans des infrastructures de santé résilientes, la surveillance communautaire, le

renforcement des ressources humaines, la préservation de l'environnement, la résolution des conflits ainsi que le développement économique des communautés et des nations. Ces investissements réduisent la vulnérabilité non seulement face à Ebola, mais aussi face à d'autres agents pathogènes émergents.

Enfin, la tragédie qui se joue dans l'est de la RDC et en Ouganda ne se résume pas à l'histoire d'un virus rare. Elle reflète les inégalités en matière de santé, de sécurité et d'opportunités à travers le monde. Si la communauté internationale se contente de comptabiliser les cas et de déployer des ressources d'urgence, les facteurs sous-jacents des futures épidémies demeureront inchangés.

Nous concluons qu'une prévention durable nécessitera de s'attaquer aux conditions sociales et environnementales qui favorisent la prolifération des

agents pathogènes. Si Ebola trouve son origine dans un virus, les épidémies sont, en dernière analyse, entretenues par les vulnérabilités que les sociétés négligent de traiter.

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. CDC. Épidémie de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et en Ouganda. Health Alert Network (HAN). 19 mai 2026. Consulté le 9 juillet 2026. <https://www.cdc.gov/han/php/notices/han00530.html>
2. Maladie à virus Ebola due au virus Bundibugyo, République démocratique du Congo et Ouganda. Consulté le 9 juillet 2026. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612>
3. Maladie à virus Ebola due au virus Bundibugyo, République démocratique du Congo et Ouganda. Consulté le 9 juillet 2026. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612>