

Ebola 2014-2015 : le prix à payer d'un fiasco à tous les étages

Ebola 2014-2015: the price to pay for a multi-floor flop



Pr Olivier Bouchaud

Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Avicenne, AP-HP, et université Paris XIII-Paris Cité Sorbonne, Bobigny.

Fin septembre, aéroport de Bujumbura, Burundi (Afrique de l'Est) : accueil à la descente de l'avion par un pistolet... thermique appliqué sur la tempe. La voix électronique annonçant "la température corporelle est de 37,4 °C" permet de franchir le barrage (qu'arriverait-il si d'aventure la voix s'affolait et annonçait une température de 39 °C ? Mystère, car rien autour n'annonce une suite adaptée...).

Comment en est-on arrivé là ? Pour la deuxième fois de toute son existence (la première remonte à la crise rwandaise), Médecins sans frontières (MSF), par la voix de sa présidente "internationale", annonce être débordé et réclame l'aide des États industrialisés (et même, de façon sous-entendue, de leurs armées, seules capables d'apporter une réponse opérationnelle à la hauteur des enjeux). Les chiffres officiels de 5 335 victimes et de 2 622 morts (au 18 septembre 2014) ne correspondent à rien, ou plutôt ne reflètent que les cas officiellement identifiés, tout comme la prévision de 20 000 cas début novembre (dont la moitié au Liberia) [1]. Les personnes qui se trouvent sur place parlent de 3 à 5 fois plus de cas et de décès réels.

C'est dans les 2 pays secondairement touchés après la Guinée-Conakry, le Liberia et la Sierra Leone, que la situation est la pire : la courbe épidémique est quasiment verticale, rendant illusoire la prévision du pic... À Monrovia, où MSF a monté un centre de prise en charge du virus Ebola de 200 lits – ce qui n'est pas rien –, le personnel d'accueil refuse tous les jours 20 à 25 cas suspects, faute de place.

Où vont les malades refoulés ? Sachant que beaucoup d'autres refusent de se présenter dans les centres de dépistage ou de se signaler – et encore plus leurs contacts –, par manque de confiance dans un système de santé oublié et donc déliquéscent, par crainte d'être abandonnés sans eau ni nourriture, séparés de leur famille (ce qui est, culturellement, difficilement imaginable) et enterrés sans les rites traditionnels (qui seraient responsables, en Guinée, de 60 % des cas de transmission du virus) [2], au risque d'amener la malédiction sur eux et leurs familles. Les autorités locales, dépassées, ont imposé la crémation de tous les morts, indépendamment de la cause du décès. La communauté indienne a prêté son four crématoire en attendant l'arrivée des 2 fours commandés par MSF : fin août, 180 corps étaient brûlés chaque jour. Car, si la mortalité due au virus Ebola est importante (de l'ordre de 50 % ; 70 % selon certaines estimations [1]), la mortalité "générale" explose également, faute de structures de soins fonctionnelles pour les pathologies courantes, au point que MSF France prévoit de monter des centres de soins médicaux "non Ebola".

En effet, si, paradoxalement, les structures de niveau 1 (dispensaires) résistent à peu près, les hôpitaux de district et de référence sont en plein collapsus, voire fermés (comme l'hôpital pédiatrique de Freetown) faute de soignants, ceux-ci ayant été victimes du virus (80 à 120, selon les sources de l'OMS) ou ayant déserté devant l'absence d'un minimum de protection (gants, eau, savon) et de matériel de soins. Et qui "du Nord" pourrait blâmer les "déserteurs", alors qu'on a vu parfois le personnel navigant, pourtant hyperprotégé et informé, et pas réellement exposé, faire valoir son droit de retrait, bloquant des avions et fermant des lignes, contribuant ainsi au marasme général en limitant l'afflux de matériel et de soignants internationaux et générant une profonde anxiété chez les expatriés, non pas tant à cause du risque épidémique, maîtrisable pour eux, mais du risque de rester bloqués sur place.

La vie au quotidien est profondément perturbée, bien au-delà des services de santé : administrations et écoles fermées, commerce et vie économique paralysés... L'OMS elle-même est sérieusement concernée, avec 150 personnes mobilisées à temps plein.

Pourquoi cette (première) épidémie ouest-africaine a-t-elle pris de court tout le monde et enflammé 3 pays, sachant que le "vrai" pire n'est pas exclu, rien n'empêchant fondamentalement, au-delà du Nigeria, que les autres pays de la sous-région (aux frontières totalement poreuses), comme la Côte d'Ivoire ou le Mali, ne soient touchés ? Chacun (y compris le modeste auteur de ce texte) prédisait que, tout comme pour la vingtaine d'épidémies connues depuis 1976 n'ayant jamais dépassé les 500 cas, les choses allaient se calmer rapidement. De fait, en mai, l'incidence baissait... avant de repartir en flèche ! Rétrospectivement, et au-delà d'un hypothétique facteur de virulence particulier, le contexte sociogéographique n'est pas le même. Si les épidémies précédentes ont éclaté dans des foyers isolés de pays forestiers d'Afrique centrale moins peuplés et avec des voies de communication limitées, dans le cas présent, à l'inverse, l'épidémie a démarré aux confins sud-est de la Guinée frontaliers du Liberia, en milieu urbain (Guéckédou, Macenta), densément peuplé, au sein d'une population très mobile et qui passe fréquemment les frontières. L'impossibilité de contrôler les déplacements des populations a entraîné une dissémination des foyers, la quasi-totalité du territoire du Liberia et de la Sierra Leone étant maintenant concernée. Par ailleurs, trier les patients n'est pas simple : d'une part, les symptômes ne sont pas spécifiques, les manifestations hémorragiques étant finalement relativement rares (moins de 1/4 des cas), modérées et tardives ; d'autre part, l'effet de masse du milieu urbain pose des problèmes logistiques énormes : à Monrovia, on estime que 4 000 personnes fébriles devraient être examinées et triées chaque jour. Si les capacités diagnostiques (par PCR) sont suffisantes, elles sont centralisées, et, là encore, la logistique ne suit pas : combien de prélèvements (ou de résultats) se sont égarés en route, ne sont jamais parvenus au laboratoire ou n'étaient plus identifiables à leur arrivée ?

La prise de conscience tardive du fait que l'épidémie n'évoluait pas "comme d'habitude" explique en partie que l'ampleur de la catastrophe n'ait été perçue que si tard. Ajoutons à cela l'éloignement de la capitale des foyers initiaux, le retard initial (l'OMS n'a été informée de l'épidémie que le 23 mars 2014, alors que les premiers cas sont apparus fin 2013), les "pudeurs" politiques (on murmure que le gouvernement guinéen n'aurait même pas répondu à une proposition officielle d'aide de l'armée canadienne) et la fausse certitude que l'épidémie allait bien finir par "rentrer dans le rang". Le résultat a été une mobilisation internationale bien trop tardive et insuffisante dès le début (et encore maintenant), la France n'ayant, hélas,

pas plus brillé que les autres par sa réactivité. Eu égard aux connaissances sur la transmission du virus et au contexte sociogéographique inhabituel de son émergence évoqué plus haut, pourquoi les modélisations (dont on fait grand cas) n'ont-elles pas prévu ce qui est advenu ?

Au stade actuel, quelles réponses apporter ? Pour éviter le pire, la prévention de la diffusion du virus dans les pays limitrophes (même si les cas nigériens pourraient être cités comme contre-exemple, la diffusion par les transports aériens est peu probable) et la préparation des systèmes de santé de ces pays à une possible émergence épidémique sont fondamentales. Le nécessaire est-il fait ? N'aurait-ce pas été ici le champ d'action, certes moins valorisant, dans lequel les autorités de santé de notre pays, et notamment la direction des hôpitaux, auraient dû s'investir en utilisant largement les réseaux francophones préexistants (par exemple, le groupe d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau [GIP ESTHER]), en lieu et place du silence assourdissant auquel on assiste ? Silence rompu seulement par des directives jusqu'au-boutistes eu égard à une transmission pas si facile que ça, émanant de multiples sources et faisant prendre des risques vitaux – par la restriction des soins – aux patients fébriles revenant des pays cibles, qui ont mille fois plus de risque d'avoir contracté le paludisme que la fièvre Ebola. Dans les 3 pays concernés, le message de MSF doit être entendu : sans des interventions massives avec des unités mobiles de diagnostic et de soins d'urgence pour mailler les territoires dont seules les armées des pays riches disposent, l'hécatombe n'est pas près de s'arrêter. Les populations, même habitées par une terreur bien compréhensible donnant naissance à toutes les rumeurs imaginables, ne sont pas folles : dès lors que des soins de base largement accessibles feront chuter la mortalité, la confiance reviendra, et les "fiévreux", comme leurs contacts, ne s'enfuiront plus. Ce ne sont en effet pas les anticorps monoclonaux de ZMapp® (anecdotiquement utilisés et sans preuve de leur efficacité), ni même les sérums de convalescents (s'ils sont efficaces – ce qu'il faut urgemment évaluer –, qui va les produire en respectant les normes de sécurité et en quantité suffisante ?), et encore moins les futurs inhibiteurs d'ARN polymérase qui vont infléchir la mortalité. À l'inverse, une bonne vieille "réa" de soluté hydroélectrolytique, même accrochée à un clou sous une tente de fortune, mais largement accessible, ferait chuter la mortalité de 70 à 20 %. Le "Yalta" entre la France, les États-Unis et le Royaume-Uni pour, respectivement, la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone, qui a du sens d'un point de vue opérationnel, est une base pour cet effort. Pour plus tard, le vaccin, dont on annonce les premiers grands essais dans 6 mois (?!), et, à (beaucoup !) plus long terme – rêvons un peu –, l'infléchissement de la pauvreté (car c'est bien elle – ou, plutôt, ceux qui l'entretiennent – qui est responsable de ce désastre) éviteront peut-être une nouvelle épidémie de cette ampleur.

1. WHO Ebola Response Team. Ebola virus disease in West Africa — The first 9 months of the epidemic and forward projections. *N Engl J Med* 2014 Sep 22 [Epub ahead of print].

2. Chan M. Ebola virus disease in West Africa — No early end to the outbreak. *N Engl J Med* 2014;371(13):1183-5.

Pour le mot de la fin, on serait tenté de rappeler les propos prémonitoires de Charles Nicolle, il y a 80 ans, sur l'apparition de nouvelles maladies infectieuses, et d'ajouter qu'elles nous surprendront toujours. Oui, l'infectiologie a de l'avenir...