



Maladie à virus Ebola : qu'avons-nous appris de cette crise ?

Christian Chidiac

Président

de la Commission spécialisée
Maladies transmissibles, HCSP

Bruno Grandbastien

Président

de la Commission spécialisée
Sécurité des patients, HCSP

Coordonnateurs du groupe
expert Ebola du HCSP

Le 21 mars 2014, la République de Guinée confirmait l'existence d'une épidémie de maladie à virus Ebola, l'OMS faisant état par la suite d'une extension en Sierra Leone et au Libéria principalement, puis au Nigéria. L'épidémie, très rapidement, s'est caractérisée par le taux de mortalité élevé et par la transmission au personnel soignant. En août 2014, l'OMS décrétait finalement l'état d'urgence sanitaire. Au total, plus de 28 000 cas confirmés, probables et suspects ont été recensés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, dont 11 310 décédés. En juin 2016, l'OMS déclarait la fin de la transmission en Guinée et au Libéria. Cette épidémie, de par son ampleur, mais aussi de par les réactions qu'elle a engendrées dans les pays directement impactés et dans tous les pays du monde, est emblématique d'une « mondialisation » des risques infectieux avec, ces dernières années, des crises sanitaires qui se sont multipliées (MERS-CoV dans la péninsule Arabique, pandémie grippale...).

Une telle crise sanitaire pose en premier lieu la question de la prise en charge des patients atteints. Cette question a été prioritaire dans les trois pays les plus touchés. Elle interpelle également, pour ces pays, sur les conditions du diagnostic et de cette prise en charge au plus proche des patients. Le modèle des centres de traitement Ebola a été une réponse dont il est intéressant d'évaluer l'efficacité. En l'absence de traitement spécifique efficace, la recherche a pu proposer des stratégies pour évaluer très rapidement différentes pistes thérapeutiques (antiviraux, vaccins...), permettant leur utilisation selon une procédure d'autorisation spéciale de l'OMS, et la mise en route d'essais cliniques et de suivis de cohortes, nécessaires en particulier à l'étude des résurgences virales et des syndromes post-Ebola. L'absence de thérapeutique spécifique efficace met également la prévention de la diffusion de ce virus en première ligne.

Pour le reste du monde, l'enjeu était de maîtriser autant que possible l'introduction du virus sur le territoire. La France n'a pas échappé à la nécessité d'une organisation à mettre en œuvre très vite, dans un contexte d'incertitudes scientifiques. Pour l'hospitalisation des patients suspects de maladie à virus Ebola, c'est le modèle d'établissements de santé de référence habilités qui a été promu en France. En comparant les stratégies développées par les différents pays, plusieurs modèles ont été choisis avec une prise en charge clinique plus ou moins centralisée (nombre d'établissements sur un territoire), un diagnostic positif assuré par un nombre très limité de laboratoires experts et une diffusion plus ou moins large d'outils de diagnostic rapide. Dans les pays développés, la dimension éthique de ces prises en charge très spécifiques a été un des éléments du choix des organisations ; pour un patient suspect

de maladie à virus Ebola, il ne fallait pas qu'il y ait une perte de chance du fait d'un retard de diagnostic d'une autre pathologie (paludisme...) dont le traitement pouvait être urgent. Un tel regard éthique pouvait également être porté sur la désorganisation entraînée par l'hospitalisation d'un patient suspect de maladie à virus Ebola, susceptible d'impacter d'autres patients hospitalisés ou devant l'être dans ces secteurs.

L'expertise autour de la maladie à virus Ebola, son animation pour aider les pouvoirs publics, a été une autre dimension de cette organisation spécifique. En France, la création d'un groupe d'experts piloté par le HCSP et associant disciplines médicales et microbiologiques, sociétés savantes, collèges de spécialité, ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), experts de différentes commissions spécialisées du HCSP et du secrétariat général, a été la solution proposée par les pouvoirs publics, permettant d'assurer le maximum d'homogénéité dans les recommandations transmises aux acteurs, mais aussi la réactivité la plus adaptée aux évolutions des connaissances.

La création d'une Task Force nationale dédiée à la coordination de toutes les actions de lutte contre la maladie à virus Ebola, en France, en Afrique en appui aux pays les plus touchés, avec un focus sur la Guinée et en lien avec les partenaires européens et nord-américains, a permis d'organiser la riposte à cette situation d'urgence sanitaire de portée internationale.

En effet, aider à la résolution de la crise sanitaire dans les pays où elle a émergé est apparu comme la principale mesure de contrôle de sa diffusion mondiale. Ce modèle de Task Force a d'ailleurs été repris pour la gestion d'une autre crise sanitaire, plus chronicisée, le développement de l'antibiorésistance.

Apprendre de ces expériences pour mieux préparer les crises sanitaires qui ne manqueront pas de survenir doit être une priorité à la fois des systèmes de santé de chaque pays, mais aussi des organisations internationales.

Dans ce contexte épidémiologique très particulier, ce dossier d'*Adsp* propose un éclairage de ce qui a pu être mis en place dans les pays développés pour éviter ou limiter l'impact de l'introduction du virus sur les territoires nationaux. Il synthétise modestement les principaux éléments de l'histoire de cette épidémie, les éléments cliniques et biologiques, l'épidémiologie, la riposte en France et la prise en charge dans les pays du Sud.

Nous espérons que ce retour d'expérience permettra de capitaliser l'énergie qui a été déployée pour répondre à cette crise sanitaire. Si une crise émergente est par définition imprévisible, il est cependant de notre responsabilité de nous y préparer sans être obligés de tout réinventer.

Que tous les auteurs soient remerciés pour leur contribution. ■