

Ebola : le rôle crucial des ONG médicales internationales

Focus sur le rôle d'une organisation non gouvernementale, Alima, dans la mise en œuvre de la lutte contre l'épidémie Ebola.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 52.

Augustin Augier
Secrétaire général d'Alima
(The Alliance for International
Medical Action)

Un retour rapide sur l'histoire de l'épidémie d'Ebola ayant frappé l'Afrique de l'Ouest, en 2014 et 2015, permet de mettre en lumière le rôle crucial joué par les organisations non gouvernementales (ONG), et ce dans toutes les dimensions de la réponse mise en œuvre. En effet, c'est une ONG internationale, Médecins sans frontières (MSF), qui a identifié le début de l'épidémie, mis en place les premiers éléments de réponse (centre de traitement Ebola à Guéckédou, dès mars 2014, et déploiement d'équipes en zones rurales pour contrôler la transmission de l'épidémie), puis alerté, dès le mois d'avril 2014 et avec la plus grande vigueur en juin 2014, sur l'ampleur de l'épidémie et le fait que celle-ci n'était plus sous contrôle.

Le 8 août 2014, soit cinq mois après le début officiel de l'épidémie, l'OMS décrétait l'état d'urgence de santé publique.

On s'est alors rendu compte que seules les ONG parvenaient à mobiliser rapidement les ressources financières, humaines et logistiques nécessaires à la mise en place des centres d'isolement et de traitement, et qu'elles seules pouvaient avoir accès aux communautés les plus touchées par l'épidémie. Ce dernier aspect ne sera pas abordé en détail ici car il a fait l'objet d'une étude approfondie qui nous semble exhaustive [15].

Certes, des opérateurs publics ont participé à la réponse. Le rôle des sociétés nationales de la Croix-Rouge a été déterminant. Par ailleurs, l'OMS et le CDC d'Atlanta (Center for Disease Control and Prevention) ont tenté, avec plus ou moins de succès, de structurer la surveillance épidémiologique. Presque tous les laboratoires déployés étaient des struc-

tures quasi gouvernementales et des équipes paraétatiques, dont l'Eprus (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), qui ont joué les forces d'appoint. Enfin, au Libéria, l'armée américaine a servi de maître d'œuvre à la construction de la majorité des centres de traitement Ebola (CTE). Cependant, à notre grande surprise (à la vue notamment de la puissance du déploiement de l'armée américaine), tous ces acteurs ont reconnu le rôle unique joué par les ONG internationales dans la réponse à l'épidémie, et notamment celui de MSF, qui, rappelons-le, a hospitalisé plus des deux-tiers des cas recensés d'Ebola.

Le fait que la gestion d'une urgence de santé publique ait été ainsi déléguée, dans sa plus grande partie, à des acteurs privés, doit nous interroger. Les ONG doivent penser leur rôle d'acteur de santé publique mais ne peuvent le faire seules. Les processus de décision à l'œuvre dans des situations sanitaires aussi extrêmes doivent être beaucoup plus transparents, inclure des mécanismes de contrôle démocratiques et permettre une répartition claire des responsabilités ; autant d'éléments qui ont cruellement manqué lors de cette épidémie. La réforme proposée par l'OMS ne prend pas en compte la dimension nécessaire de ce débat.

Possibilité et utilité de soigner les personnes atteintes de maladie à virus Ebola

L'ampleur de l'épidémie a contribué de façon unique au développement d'une meilleure connaissance et d'une meilleure compréhension de la maladie à virus Ebola, ainsi qu'à



la possibilité d'une prise en charge partielle de celle-ci. Dans la plupart des précédentes épidémies d'Ebola ou de Marburg, le standard des soins était assez limité, et le rôle des ONG internationales se résumait souvent à celui d'auxiliaires de l'État, participant essentiellement à l'isolement des patients mais ne prodiguant pas ou peu de soins. Ce dernier fait s'explique par trois raisons principales : l'agencement même des centres de traitement Ebola ; la peur de la contamination ; le manque de connaissances quant aux mécanismes de la maladie et aux solutions thérapeutiques. L'épisode épidémique de 2014-2015 nous a permis, comme nous allons le détailler ci-dessous, de mettre à l'épreuve des solutions permettant de dépasser ces trois obstacles.

Le fonctionnement classique d'un centre de traitement Ebola ne réunit pas les conditions minimales pour que médecins et personnels infirmiers puissent effectuer la surveillance médicale requise par l'état de la grande majorité des patients. Les conditions de travail avec les équipements de protection individuelle ne permettent que trois ou quatre entrées par jour des équipes de soignants dans les unités de prise en charge, chacune d'une durée maximale d'environ une heure. Pendant cette heure d'activité, les personnels soignants ont une visibilité réduite (buée sur le masque), font face à une chaleur étouffante (35 à 40 °C sous la combinaison) conduisant à une déshydratation réelle (non corrigible car on ne boit pas en équipement de protection individuelle). Cet inconfort général semble incompatible avec la mise en œuvre de soins médicaux à la hauteur des symptômes. Il existe pourtant des solutions.

Tout d'abord, il s'agit de renverser le paradigme en n'isolant plus le personnel soignant mais le patient infecté. Des unités individuelles d'isolement ont ainsi été développées, permettant au personnel soignant de surveiller le patient, contrôler ses constantes, administrer des solutés et adapter le traitement depuis l'extérieur sans avoir à porter un équipement de protection individuelle. Cela ne supprime pas l'usage très contraignant des équipements de protection individuelle mais le limite à l'admission du patient, aux opérations de décontamination et à d'éventuels actes invasifs de réanimation. Ce type d'unités individuelles d'isolement continue d'être étudié et développé, notamment par Alima, et représente une perspective et un espoir réels pour le personnel médical, qui peut ainsi se réapproprier le soin. Pouvoir dire

Présentation d'Alima

Alima est une jeune organisation humanitaire médicale créée en 2009 et qui intervient dans neuf pays d'Afrique subsaharienne pour réduire la mortalité dans les crises : conflits, épidémie d'Ebola, de choléra, rougeole, mortalité infantile, malnutrition aiguë... En 2015, Alima a soigné 650 000 patients et réalisé 45 000 hospitalisations d'urgence.

L'intervention d'Alima contre la maladie à virus Ebola a débuté en septembre 2014 et comprenait trois volets à l'échelle de l'Afrique de l'Ouest : soigner les patients infectés grâce à la mise en place et au fonctionnement d'un centre de traitement de 40 lits à Nzérékoré, en Guinée forestière ;

mettre en œuvre dans les communautés touchées, et de façon préventive au Sénégal, au Mali et au Burkina Faso, la surveillance épidémiologique et les mesures de contrôle de l'infection ; contribuer à l'essai thérapeutique Inserm JIKI d'évaluation de l'efficacité de l'antiviral Favipiravir. En 2016, Alima a rouvert son centre de traitement Ebola de Nzérékoré pendant 42 jours afin de prendre en charge les nouveaux patients confirmés Ebola. Par ailleurs, Alima est partenaire de l'Inserm et du NIH en Guinée pour l'essai vaccinal Ebola PREVAC. Alima a reçu le premier prix de l'Union européenne 2015 pour son rôle dans la lutte contre Ebola. 📌

aux médecins et infirmiers qu'ils vont pouvoir pratiquer des soins dans le contexte d'une épidémie Ebola n'est pas une petite victoire.

Cette épidémie a démontré que l'on pouvait élargir, de façon systématique, l'offre de soins directe aux patients. Au-delà du traitement systématique du paludisme, indispensable dans ces zones d'intervention, la mise en place d'une voie intraveineuse, de façon là aussi systématique, a été réalisée dans un certain nombre de centres de traitement Ebola, notamment celui d'Alima, sans entraîner de risques majeurs d'exposition pour le personnel soignant. Par ailleurs, l'introduction d'outils diagnostiques simples permettant d'avoir accès à des indicateurs biologiques, en particulier le diagnostic de confirmation sur le terrain et en temps réel de l'infection, ainsi que les examens biochimiques (grâce au déploiement d'appareils du type le Piccolo Express) ont permis aux équipes médicales de repérer les défaillances d'organes (fonctions rénale et hépatique, marqueurs pronostiques de cytolyse et myosite aiguë et sévère, et de déséquilibre acido-basique). Surtout, la mesure des électrolytes sanguins a permis de gérer la suppléance intensive hydroélectrolytique, et de penser, à travers la construction du projet de soins, des stratégies thérapeutiques adaptées [64]. Indépendamment du projet de soin et du bénéfice individuel pour le patient, le développement du dossier patient et sa densification par la collecte systématique de données individuelles, centralisée dans

le cas d'Alima dans une base de données longitudinale mise en place et mise à jour en temps réel et sur le terrain, grâce à une collaboration avec Epicentre (association créée par MSF pour la recherche et la formation), a permis d'améliorer significativement notre connaissance de la maladie.

Le partenariat entre des ONG et des équipes de recherche : un vaste champ trop peu exploré

Une dernière étape cruciale pour replacer les médecins dans leur rôle de soignants a consisté à développer une vision prospective quant aux traitements mis en œuvre. Médecins, soignants et patients se voyaient ainsi offrir le recours à des moyens thérapeutiques, et l'image de l'offre de soins prodiguée dans les centres de traitement Ebola devenait attractive. Dès l'été 2014, du personnel international contaminé était rapatrié en Europe et aux États-Unis pour y être pris en charge. Les acteurs impliqués dans la lutte contre Ebola se sont alors rendu compte qu'il existait des molécules prometteuses dans le traitement de la maladie.

À l'automne 2014, plusieurs institutions ont tenté de développer des essais cliniques et se sont heurtées à de nombreux obstacles : absence de capacité de laboratoire pour surveiller la sécurité thérapeutique, manque de personnel formé aux essais cliniques disponibles sur le terrain, lenteur du développement des protocoles et de l'accès aux financements

nécessaires. Malgré la réelle volonté politique des autorités de régulation des pays concernés et les moyens financiers des plus grands organismes de recherche internationaux, très peu d'essais cliniques ont été lancés et encore moins ont été menés à leur fin.

Alima, pour sa part, a eu la chance de rencontrer les équipes Inserm du Pr Denis Malvy et du Dr Xavier Anglaret, qui ont mis en place l'évaluation de l'antiviral Favipiravir, dans le cadre de l'essai JIKI en Guinée [81]. Grâce à l'extraordinaire flexibilité de cette équipe Inserm, à sa connaissance du terrain et à sa rigueur scientifique, nécessaire à la bonne conduite d'un essai thérapeutique, Alima est devenue l'un des centres d'investigation de cet essai en moins de six semaines. La mise en œuvre d'un tel essai thérapeutique dans un centre de traitement Ebola de Guinée forestière a apporté un réel espoir aux patients et permis de bouleverser l'identité du centre auprès de la communauté : il ne s'agissait plus d'un centre d'isolement où l'on allait pour mourir mais d'un centre de prise en charge et de traitement. Cet essai clinique, comme c'est souvent le cas, a eu aussi un effet bénéfique indirect pour les patients, en forçant tous les

acteurs du projet de prise en charge à élever encore le niveau de l'offre des soins prodigués, pour atteindre les prérequis de robustesse et de capacité de surveillance nécessaires à la conduite d'un essai thérapeutique.

Conclusion : le partenariat entre unités de recherche et ONG doit être développé

Au-delà des questions posées par la délégation assumée et non anticipée de problématiques de santé publique de premier ordre aux acteurs privés que sont les ONG, la principale leçon de la situation sanitaire extrême représentée par l'épidémie Ebola d'Afrique de l'Ouest repose, selon nous, dans le fait que cette épidémie a souligné l'impérieuse nécessité de se donner les moyens de mener des recherches médicales dans les pays les plus pauvres, mais aussi la faisabilité de telles entreprises. Le fait d'avoir réussi à monter un essai thérapeutique en si peu de temps ne doit pas faire oublier la faillite structurelle de la recherche médicale dans les crises sanitaires des pays les plus pauvres. Ebola doit agir comme un révélateur de la nécessité d'investir massivement dans le développement de ce champ, seul à même de réduire la mortalité chronique et

aiguë entraînée par d'autres crises sanitaires plus létales encore qu'Ebola, et malheureusement beaucoup plus silencieuses : pathologies oubliées ou négligées telles que, parmi tant d'autres, la malnutrition infantile, les maladies diarrhéiques ou la rougeole.

Alima, dont le modèle est basé sur une alliance entre experts humanitaires internationaux, ONG nationales et instituts de recherche, a d'ailleurs développé, depuis l'épidémie Ebola 2014-2015 et en partenariat avec les mêmes équipes Inserm, un projet conjoint ayant pour objectif le développement des outils et ressources nécessaires au déploiement de la recherche clinique dans le contexte d'urgences sanitaires humanitaires. Ce programme, dont les équipes principales sont basées à Abidjan, permet déjà de développer des projets de recherche sur la malnutrition et les maladies infectieuses. De telles initiatives, prometteuses à tous points de vue, ont besoin d'un soutien institutionnel et de l'accompagnement de professionnels de la santé publique et de la recherche clinique. Puisse le drame de l'épidémie Ebola affermir cette conscience et cette exigence, et permettre un tel soutien. ♡