



**Regard rétrospectif
sur la prise en charge
de l'épidémie Ebola
et notamment sur
l'intervention des sciences
sociales, qui a permis
une meilleure tolérance
des dispositifs préconisés
par les experts.**

Anne-Marie Moulin

Directeur de recherche émérite, UMR
SPHERE 7219 (Science, philosophie,
histoire), CNRS-université de Paris 7,
membre du HCSP

Sur la trace des épidémies d'Ebola pour éviter leur retour

Le délai entre les premiers cas d'Ebola, rapportés *a posteriori* aux derniers jours de 2013, l'émergence de l'épidémie et le diagnostic viral en mars 2014, et la déclaration de mobilisation de l'OMS en août 2014 résument le défi à relever aujourd'hui : en finir avec le retard de la riposte et surtout l'impréparation scientifique, l'absence de traitements et de vaccins adéquats. La fin officielle de l'épidémie, annoncée en décembre 2015, se prolonge donc en examen de conscience : comment a-t-on pu à ce point manquer au devoir d'anticipation ? La *preparedness* est le maître mot de la modernité, aux antipodes de stratégies conçues après coup. Le retour en arrière pour assurer l'avenir sonne donc l'heure des bonnes résolutions : intervenir sur les points de faiblesse, capitaliser les acquis.

Les anthropologues : des facilitateurs d'intervention

Le premier acquis a été l'intervention des anthropologues. À défaut de vaccins et de médicaments miracles, au moins ne pas empirer la situation. On redécouvre au passage qu'une épidémie microbienne est aussi une épidémie de la peur et par voie de conséquence une épidémie de rumeurs, et que celles-ci tuent. Les violences exercées sur les équipes d'intervention rappellent d'innombrables épisodes du passé. Par exemple, pendant les épidémies de choléra du XIX^e siècle, les médecins ont été fréquemment assaillis comme autant de semeurs de « peste » au sens large, accusés d'empoisonner les puits. L'idée que la « chlorinisation », les aspersion d'eau javellisée, est une « cholérisation » a circulé au Mozambique pendant la dernière épidémie de

choléra en 2015-2016, soit l'exact pendant de ce qui s'est passé pour Ebola, où les équipes ont été accusées de répandre le virus avec le désinfectant. À qui profite le malheur, se demandent les populations.

Les anthropologues se sont employés à assurer une meilleure tolérance des dispositifs préconisés par les experts pour interrompre la transmission. S'entendre avec des représentants de la population avant toute intervention, définir des enterrements acceptables (avec visage découvert) pour permettre « l'ancestralisation » ou l'accès des défunts à l'au-delà, pour qu'ils ne reviennent pas tourmenter les vivants. Au besoin, inventer des rituels comme pour cette femme enceinte morte d'Ebola dont, selon la tradition, il fallait à tout prix extraire le fœtus (une manœuvre à haut risque d'infection), pour lui offrir un destin *post mortem* apaisé. Si les anthropologues ont élaboré dans ses grandes lignes la conduite à tenir, les termes du compromis entre science et tradition peuvent varier d'un village à l'autre. Sans parler des trente-deux langues en Guinée nécessaires à la traduction, il n'est pas toujours facile, avec l'anthropologie dite rapide (un peu une contradiction dans les termes), d'être à la hauteur à la fois des exigences de la discipline et de l'urgence sur le terrain.

La fin de l'épidémie ne signifie pas pour autant la fin des problèmes. La malnutrition a augmenté, les vaccinations ont marqué le pas dans des pays désorganisés par la disparition de leur personnel de santé (les soignants avaient dix fois plus de chances d'être infectés que les autres). En Guinée, le paludisme a tué plus qu'Ebola pendant la seule année

2015, sans parler des malades qui, une fois écarté le diagnostic d’Ebola, n’ont pas été pris correctement en charge pour leur pathologie propre à la sortie du centre.

L’épidémie tue aussi après l’épidémie par la stigmatisation qu’elle entraîne. Les survivants ont perdu parents, voisins, travail et peinent à reprendre leur place dans la famille et la communauté, tant la vie économique et sociale a été bouleversée. L’intégration dans les équipes médicales des survivants, témoins vivants de l’efficacité des interventions, n’est souvent pour eux qu’un secours provisoire, dépendant du maintien de l’activité des ONG. En outre, leur statut de porteurs du virus les expose à un soupçon tenace, d’autant que les consignes de prudence dans les rapports sexuels (trois mois de préservatifs leur sont remis à la sortie des centres de traitement Ebola) sont brouillées par les incertitudes sur le délai exact de contagiosité des sécrétions génitales : selon certains, il pourrait dépasser neuf mois!

La communication : outil indispensable et à améliorer

Si tous s’accordent sur l’apport de l’anthropologie, tous soulignent aussi le caractère crucial de la communication. Mais le déploiement de celle-ci s’est avéré à double tranchant. Certes les messages diffusent et portent grâce aux chaînes de télévision, radios, portables, posters, mais les messages ne sont pas toujours les bons. En décrivant en termes vagues les premiers signes de l’infection, en insistant sur la contagiosité du virus sans indiquer précisément les moyens d’éviter la transmission, ils ont pu accroître la panique et favoriser la fuite et l’abandon des malades. Certains messages ont été franchement erronés, en particulier l’interdit jeté sur la viande de brousse, sans préciser que le danger provenait avant tout des charognes. Beaucoup ont été hors sujet, comme les recommandations d’hygiène générale : balayage, gestion des ordures. Bref, un art encore à améliorer, d’autant plus difficile qu’il intervient sur un terrain éminemment politique et sous contrôle. Les pouvoirs publics entendent avant tout désarmer les ennemis de l’intérieur et tirer bénéfice des événements sur la scène internationale. Quant aux scientifiques, il leur manque toujours des éléments du puzzle pour parfaire une communication.

La communication a soigné le lancement des essais du vaccin rVSV-ZEBOV-GP¹ en

mars 2015 en Guinée. Il avait été décidé de ne pas opérer en population générale. Le Dr Sakoba Keita, coordinateur guinéen de la riposte à Ebola, a été le premier vacciné devant la télévision, et les dix premiers des 10 000 vaccinés ont posé pour la postérité. Mais on sait qu’il sera difficile de conclure sur l’efficacité du vaccin avant l’épidémie suivante...

De bonnes résolutions ont donc été prises : réorganiser et approvisionner les structures de santé afin de rétablir la confiance des populations. La surveillance sanitaire a été posée comme un des objectifs prioritaires de la santé dite globalisée. Un atout pourrait être une plateforme qui permette d’adapter rapidement un prototype vaccinal commun en lui adjoignant un motif moléculaire spécifique de chaque pathogène émergent de la famille à laquelle appartient le dernier variant d’Ebola, voire d’autres familles.

La *preparedness* est donc en route : une communication impeccable, claire et précise, un partage de responsabilités à tous les niveaux des sociétés, un système de santé restauré, une collaboration internationale vigilante et soutenue. Et une levée des incertitudes subsistant sur l’allumage des épidémies et les critères de contagiosité.

Il est néanmoins difficile de tirer toutes les leçons d’une comparaison intrarégionale. L’aide internationale s’est organisée dans chaque pays en fonction des liens historiques : avec les États-Unis au Libéria, le Royaume-Uni en Sierra Leone, et la France en Guinée. La différence importante entre le nombre de cas, plus élevé au Libéria et en Sierra Leone qu’en Guinée, reflète peut-être des différences dans les critères diagnostiques retenus (cliniques *ou* virologiques). La gestion de l’épidémie a aussi été différente : au Libéria, la pratique de l’incinération obligatoire a suscité une vague d’enterrements clandestins. De façon plus générale, dans le passé, le manque d’échanges et de collaboration entre l’Afrique de l’Ouest francophone et l’Afrique de l’Est anglophone a pu retarder la détection précoce des épidémies émergentes.

Remarquons au passage l’embargo sur l’Histoire : on a révisé le vocabulaire. Les autorités ne voulaient pas entendre parler de quarantaine, de funeste mémoire, évoquant la détention dans des lazarets et des déserts hostiles. On a donc pratiqué le « diagnostic » comme « l’isolement » « communautaires », ce dernier revenant à maintenir les contacts suspects au domicile, sous le regard de la collectivité, avec l’aide de l’équipe de soins, qui

passait quotidiennement avec le thermomètre. Rompant avec les campagnes de masse, la vaccination s’est limitée aux sujets-contacts, avec « microcerclages » dans les villages, selon la méthode dite « en anneau » (*ring*) ou encore « en ceinture ».

Bonnes résolutions. Les centres de traitement, mis en œuvre en Guinée dès octobre 2014, avec un taux de mortalité inférieur à 40 %, ont fait la preuve que, hors traitement spécifique, la prise en charge symptomatique améliorerait l’évolution. La Russie a annoncé la mise au point de vaccins et promis de restructurer l’ancien institut Pasteur de Kindia. Le réseau des instituts Pasteur a signé à Conakry le projet d’un institut spécialisé dans la surveillance des maladies émergentes et pris soin au passage de débaptiser l’institut de Kindia, fondé en 1922. Mais qu’advient-il des structures improvisées qui se sont révélées très performantes, comme les laboratoires mobiles? Les financements promis commencent à traîner en longueur. Passe pour l’oubli de l’Histoire, mais pas pour celui des promesses! ♣

1. Stomatite vésiculeuse, Merck-Sharp et Dohme.