

INTRODUCTION

Marc GENTILINI *

Vous ne l'appellerez plus jamais « **fièvre hémorragique Ébola** » mais **Maladie à Virus Ébola** (MVE). Ainsi en a décidé l'Organisation Mondiale de la Santé, qui, à cause de moyens d'alerte notoirement insuffisants ou inadaptés, n'a pu dénoncer l'épidémie de l'ouest africain qu'avec retard, bien après l'alerte donnée par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) dont *Médecins Sans Frontières-Belgique* ¹.

Que ce virus soit, comme tous, sans frontières ; qu'il les franchisse et contamine les États voisins des foyers initiaux n'émeut guère l'opinion publique internationale. Mais, à partir du moment où il est capable de franchir les *continents*, de quitter le sien, alors tous les scénarios cataclysmiques sont imaginés pour créer, dans le public, l'image d'une pandémie apocalyptique.

Cette paranoïa ne se justifie pas. Elle est la conséquence d'un emballement médiatique incontrôlable, lié à la peur panique que créaient autrefois les maladies pestilentielles et qui ressurgit avec l'émergence d'un virus meurtrier.

Il y a quelques jours, un vol en provenance de Dubaï a été immobilisé sur l'aéroport de Boston parce que, à bord, cinq passagers s'étaient plaints de symptômes grippeux. L'aéronef fut placé en quarantaine pendant deux heures jusqu'aux conclusions d'équipes spécialisées, en tenue de protection. Pourtant, aucun des cinq passagers n'avait voyagé en Afrique de l'ouest alors que, sur le tarmac attendaient de très nombreuses ambulances !...

*
* *

L'épidémie a surpris mais il faut rendre hommage aux ONG qui ont, non seulement alerté, les premières, les autorités sanitaires internationales mais se sont engagés tôt dans la lutte contre ce virus. Est-ce à dire pour autant que la prise en compte de l'affection a été efficace et que le fait d'être le premier sur place confère automatiquement la compétence requise ? La réponse est non et bien des erreurs ont été commises jusqu'à faire d'une maladie de la forêt lointaine une épidémie urbaine.

Dès le début de la maladie, la communication a été désastreuse et les mesures coercitives, légitimes mais appliquées brutalement dans les trois États concernés, a

* Membre de l'Académie nationale de médecine

¹ Ce manque de moyens sur le terrain a déjà été la cause d'un retard à l'alerte concernant l'épidémie de SIDA en 1981 et une prise de position excessive lors de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009.

entraîné souvent une rupture entre les équipes soignantes et la population locale. C'est une erreur fréquente commise par l'administration et les agents de santé de ne pas prendre le temps d'expliquer, avec l'aide des responsables locaux, les messages préventifs qui perdent de leur clarté et créent des conflits parfois violents.

*
* *

Apparu en 1976, dans un village au bord de la rivière Ebola, au nord-Zaïre et au sud Soudan, cette maladie, nouvelle à l'époque, tuait 80 à 90 % des malades déclarés ². Outre la létalité élevée, l'affection effrayait, s'en prenant d'abord aux *soignants*, aux *religieux* et aux *européens* censés être mieux protégés que la population locale, et qui, à la surprise de tous, mouraient les premiers, comme tous ceux placés en première ligne !

Depuis cette date, une trentaine d'épidémies à virus Ébola est venue frapper l'Afrique forestière, du Zaïre à la Guinée.

Je me souviens, non seulement de l'épidémie de 1976, mais de celle, quelques années plus tard, de Kitwits au cours de laquelle deux journalistes reporters envoyés par leur hebdomadaire pour faire le point et ramener des images se présentèrent dans leur salle de rédaction à leur retour mais reçurent l'ordre de ne pas entrer et de se rendre immédiatement à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière où je les reçus avec surprise, désarmés qu'ils étaient par cette attitude alors qu'ils avaient bravé tous les dangers ³. Personne n'avait songé à les isoler avant qu'ils ne pénètrent dans un centre hospitalier, au cœur de Paris. À cette époque, d'après discussions ont eu lieu concernant la construction de chambres de haute sécurité pour y incarcérer les porteurs de virus suspects ou confirmés.

*
* *

La gestion de telles crises sanitaires est difficile, en particulier dans les pays où les structures hospitalières sont insuffisantes et les ressources humaines fragiles. C'est le cas de la Guinée, de la Sierra Leone et du Libéria ⁴.

À la suite de l'épidémie de 1976, avec l'apparition du virus Ébola, succédant elle-même aux alertes en 1967, avec le virus Marburg, et de 1969 avec la fièvre de Lassa, on peut dresser la liste des affections virales graves depuis cette époque jusqu'à 2014 (Tableau I). Mais de nombreux autres agents émergents sont attendus dans les décennies à venir ⁵.

² Rappelons le rôle joué par Gilbert Raffier, médecin coopérant français, et celui de Peter Piot, jeune chercheur belge.

³ L'un d'eux était le fils du Pr. Didier Fritel que quelque uns parmi vous avez bien connu et apprécié.

⁴ À Monrovia, sa capitale, les premières victimes parmi le personnel soignant ont été les membres de l'Ordre de Saint Jean de Dieu, avec trois décès le 2, le 11 et le 12 août 2014.

⁵ Virus Zika.

TABLEAU I. – Viroses émergentes ou réémergentes de 1967 à 2014

1967	Marburg
1969	Fièvre de Lassa
1976	Ebola (Zaïre, Soudan...)
1981	Sida
2000	Dengue hémorragique
2002	SRAS
2005	Chickungunya
2009	Grippe H1N1
2014	Ebola (Guinée, Sierra Leone, Liberia, etc.)

*
* *

Cette crise est certes **sanitaire** avec une létalité entre 50 et 80 % mais réduite à 15 % si le patient reçoit une alimentation et surtout une réhydratation précoce et intense qui ont fait souvent défaut au début de l'épidémie.

Mais elle est aussi **médiatique**. Les journalistes ont créé *l'épidémie de la peur* et développé le scénario catastrophe que nous avons évoqué, un véritable terrorisme sanitaire !

Elle est aussi **sociale**, avec des obstacles de communication auprès des populations refusant les mesures coercitives d'isolement.

Elle est également **économique**, entraînant dramatiquement, dans les trois pays concernés (Libéria, Sierra Leone, Guinée), une chute de 2,5 points du Produit Intérieur Brut (PIB).

Sans parler de conséquences **confessionnelles** inattendues avec, par mesure préventive, la réduction des quotas pour le pèlerinage de La Mecque.

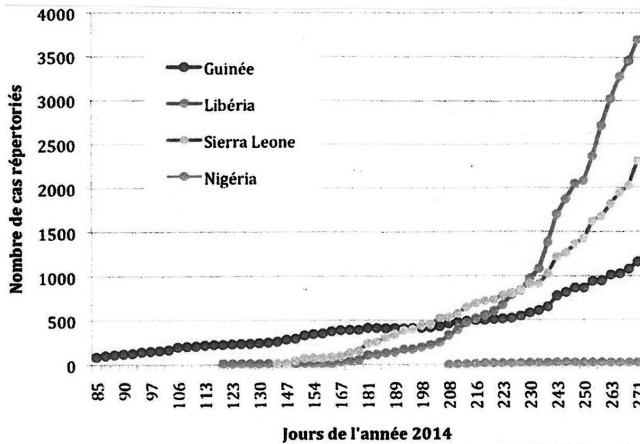
Enfin, cette crise a et aura un retentissement **politique** menaçant les pouvoirs locaux et constituant un « danger potentiel pour la sécurité mondiale si les pays touchés venaient à s'effondrer » (Barack Obama, septembre 2014).

*
* *

Le **cumul des cas confirmés**, probables et suspects (Tableau II), montre qu'en dépit de sa population la plus élevée, dépassant les deux autres pays réunis, la Guinée a été cependant la moins touchée des trois.

La maladie est meurtrière. Le virus Ebola est incontestablement le plus agressif des virus connus, en dehors de celui de la rage. Mais tout compte fait, c'est un agresseur qui peut être contenu et c'est un virus qui devrait permettre la mise au point d'un vaccin plus rapidement que pour d'autres.

TABLEAU II



Cumul des cas confirmés, probables et suspects (source OMS)

* *
* *

Henri Agut, chef du Service de virologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, décrira l'agresseur, ce qu'on en connaît et précisera les modes de détection de l'agent pathogène ou de sa *trace*.

François Bricaire, associé à **Christophe Rapp**, médecin de l'hôpital Bégin, qui n'a pu être présent ce jour, rappelleront la symptomatologie imprécise et trompeuse et la conduite à tenir devant un malade confirmé, contaminant, ou devant un suspect.

Aboubakar Sidiki Diakité, Directeur général de la Santé de Guinée vous parlera, à cœur ouvert, de la situation dans son pays et dans l'ouest africain, de l'aide dont il a pu bénéficier, de celle qu'il attend.

Anne Bideau décrira l'engagement de la Croix-Rouge française en Guinée dans la lutte contre la MVE.

Denis Malvy, chef du service des maladies infectieuses et tropicales au CHU de Bordeaux, définira les enjeux et les perspectives des antiviraux dans cette affection.

Pierre Bégué conclura et nous présenterons tous deux, à propos de cette épidémie, les *recommandations* que pourraient adopter l'Académie.

* *
* *

TABLEAU III

- **De décembre 2013 à décembre 2015, en deux ans, le virus a tué :**
 - En Guinée, 2 536 malades sur 3 804 cas ;
 - Au Libéria, 4 806 malades pour 10 666 cas ;
 - En Sierra Leone, 3 955 malades pour 14 122 cas.
- On relève **525 soignants décédés** dans les trois pays concernés.
- Au total : **28 637 cas** dont **11 315 décès**.
- **L'épidémie, fin 2015, est maîtrisée mais la situation reste fragile.**

À noter en outre :

En Italie, 1 cas ; en Espagne, 1 cas ; en Grande-Bretagne, 1 cas

Aux États-Unis, 4 cas dont 1 décès.

Au Mali, 8 cas, dont 6 décès ; au Sénégal, 1 cas ; au Nigéria, 20 cas dont 8 décès.

**Évolution de l'épidémie de la maladie à Virus Ébola
de 2013 à 2015 ⁶**

⁶ Encart ajouté le 20 février 2016 lors de la parution des articles de la séance du 4 novembre 2014.

