



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

40 | 2015

Épidémies : ce qu'Ebola nous dit

Ebola : chronique d'une catastrophe annoncée

Table ronde organisée le 12 février 2015 et animée par Paul Benkimoun

Paul Benkimoun, Gilbert Potier, Michel Janssens, Frédéric Le Marcis et Antoine Petibon



Éditeur

Médecins du Monde

Édition électronique

URL : <http://humanitaire.revues.org/3130>

ISSN : 2105-2522

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2015

Pagination : 12-31

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Paul Benkimoun, Gilbert Potier, Michel Janssens, Frédéric Le Marcis et Antoine Petibon, « Ebola : chronique d'une catastrophe annoncée », *Humanitaire* [En ligne], 40 | 2015, mis en ligne le 15 avril 2015, consulté le 04 octobre 2016. URL : <http://humanitaire.revues.org/3130>

Ce document est un fac-similé de l'édition imprimée.

© Tous droits réservés

T Table ronde

Ebola : chronique d'une catastrophe annoncée

Table ronde organisée le **12 février 2015**

Animée par **Paul Benkimoun**,
journaliste santé/médecine au journal *Le Monde*

Gilbert Potier,

médecin, directeur des opérations internationales de Médecins du Monde

Frédéric Le Marcis,

professeur en anthropologie sociale à l'École normale supérieure de Lyon

Michel Janssens,

médecin, coordinateur médical du projet MSF malaria en zones Ebola (Liberia, fin 2014)

Antoine Petibon,

responsable du pôle programmes internationaux, direction des relations et opérations internationales de la Croix-Rouge française

Paul Benkimoun

Ebola me renvoie d'une certaine manière à ce que disaient les experts nationaux ou internationaux lorsqu'ils étaient récemment interrogés sur la grippe : ils répondaient en substance que la question n'était pas de savoir *si* nous aurions une nouvelle pandémie grippale, mais de savoir *quand* elle surviendrait. Dans le cas d'Ebola, devait-on également s'y attendre, ce qui nous aurait peut-être permis d'anticiper davantage la réponse ? Cette question de rapidité de la réaction, et finalement de responsabilité, a été soulevée quand on a mis en balance les atermoiements de l'OMS alors que des alertes remontaient du terrain, de l'intérieur même de l'OMS ou de la part d'organisations non gouvernementales. Par ailleurs, ce qui expliquerait sans doute de mauvaises appréciations, cette épidémie sort-elle de l'ordinaire du fait des zones géographiques, de son ampleur ou de sa vitesse de propagation ?

Mais on a vu également – et ce n'est pas commun – des réactions de forte réticence, voire d'agressivité sur des soignants, des humanitaires. Est-ce l'ampleur du phénomène qui peut l'expliquer, dans la mesure où l'on a vu intervenir à la fois des acteurs étatiques et militaires mais aussi des ONG ou certaines dimensions socioculturelles qu'on a souvent évoquées, comme les rites funéraires ?

Michel Janssens

C'est évidemment une épidémie exceptionnelle, par le fait qu'elle s'est propagée dans les villes et qu'après quarante

ans d'alertes sur le même virus, personne n'avait prévu que celle-ci allait exploser de cette manière et toucher autant de monde. Pour l'heure, nul ne peut expliquer pourquoi. On parle de la déforestation, des chauves-souris... C'est à coup sûr multifactoriel. Le fait est qu'on a tous été pris de court.

Frédéric Le Marcis

Il y a effectivement une dimension exceptionnelle par l'ampleur, par le fait que cela touche au sang et à des angoisses puissantes. Comme pour toutes les épidémies, on est dans une épreuve du pouvoir, laquelle a touché aussi bien l'OMS que Médecins Sans Frontières, s'agissant notamment de la qualité des soins. Et c'est aussi une épreuve pour la société puisqu'on voit réapparaître, comme on l'avait vu sur le sida, des stéréotypes du type « l'épidémie survient parce que ce sont des gens qui mangent du singe ou vivent trop proches des animaux ». Cette épidémie indexe d'une certaine manière des gens qui, du point de vue occidental, n'auraient pas suffisamment fait la séparation entre les espèces alors que nous, Occidentaux, aurions réglé cette question en mettant nos animaux sauvages dans des espaces fermés. C'est un peu une résurgence de la frontière entre le Nord et le Sud et de nos manières respectives de vivre. Mais cela n'épargne pas les pays de la zone concernée : en Guinée, des tensions sont apparues entre musulmans et non-musulmans, les premiers accusant les seconds – en particulier les populations forestières – d'être les porteurs de l'épidémie. Dans un autre registre, on indexe aussi les « ignorants » qui ne comprennent pas pourquoi il faut appliquer la *no-touch policy*, c'est-à-dire ne pas toucher les gens. À vrai dire, on retrouve des éléments classiques d'une épidémie, et d'autres plus exceptionnels.

Gilbert Potier

L'épidémie a été exceptionnelle pour plusieurs raisons. D'abord la difficulté d'anticipation. Ensuite, une difficulté de coordination une fois que l'épidémie était là. Sur le terrain, les avis divergeaient, on ne s'entendait pas : fallait-il décréter des quarantaines ou pas, placer les gens dans des centres ou non ? Et au final on n'était pas très satisfait de la manière dont la prise en charge se faisait. Enfin, l'impact sociétal est à la mesure de l'impact sanitaire, à savoir – à ce jour – plus de 9 000 morts pour près de 23 000 personnes contaminées. Pour autant, s'il y a une grande virulence du virus, on est face à une petite propagation : en clair, le virus tue beaucoup, mais il n'est pas très contagieux. Ce qui nous a surpris finalement, c'est la manière dont il s'est diffusé, alors qu'en théorie, il ne devait pas le faire à cette vitesse-là. Sans doute l'urbanisation, la multiplication des mobilités et des voies de circulation y ont-elles contribué : n'oublions pas que l'épidémie a flambé dans trois pays très proches. Et puis, comme cela a été dit, on a retrouvé les phénomènes habituels à toutes les épidémies : le déni, la peur, les boucs émissaires, le mystico-religieux. Ainsi, au Liberia, beaucoup d'associations venaient des États-Unis pour prôner la guérison par l'imposition des mains : autant dire que les premiers à mourir furent les guérisseurs... Pour autant, ces « fondamentaux » des comportements humains ne sont pas propres à ces pays d'Afrique de l'Ouest. Pour avoir été personnellement et professionnellement confronté à l'épidémie de chikungunya qui avait touché 300 000 personnes à La Réunion en 2006, je peux témoigner que l'on a connu les mêmes réactions de rejet et de peur quand on a vu l'armada de gens se précipiter à notre chevet, après beaucoup d'atermoiements aussi. De ce point de vue-là, Ebola ne nous a rien appris, sinon que l'anticipation et l'information restent ce qu'il y a de plus efficace dans les épidémies.

Antoine Petibon

Globalement, la crise a été ignorée par les États africains impliqués tout simplement parce qu'ils sont absents des régions où Ebola s'est déclaré. Et pour cause, on a là des pays - Liberia et Sierra Leone en tête - qui avaient été touchés des années avant par des guerres interminables : ce sont des États qui ne sont pas en capacité de répondre. En Guinée, le message n'arrivait pas à passer dans les communautés qui, on peut le comprendre, n'ont pas l'habitude de voir arriver des bataillons d'expatriés en scaphandres avec un message pas du tout rassurant. Refusant d'être traités par les médecins, les gens se tournaient alors vers le traditionnel qui était tout autant en échec. S'agissant de la Croix-Rouge française, nous avons été impliqués sur la réponse Ebola de mars à septembre 2014 dans le cadre d'un dispositif assez léger de mobilisation et de sensibilisation communautaires : les messages passaient très difficilement. J'y suis allé à plusieurs reprises mais, en juillet, la coordination était catastrophique, faute de leadership, de gens charismatiques à suivre sur une démarche orchestrée, ordonnée. Tout le monde y allait de son petit pré carré et Ebola a fini par mobiliser tous les moyens des systèmes de santé locaux, au détriment des autres crises sanitaires ou des maladies chroniques qui ne s'étaient pas arrêtées pour autant. De ce point de vue-là, cela a été une vraie catastrophe.

Paul Benkimoun

J'aimerais revenir sur ces comportements « postcoloniaux » ou « néocoloniaux » qui, dans le cas d'Ebola comme dans d'autres, veulent que le savoir soit du côté des personnes qui viennent aider. Pour autant, les gens ne comprenaient pas toujours pourquoi ils devaient venir dans les centres et finalement comment leur donner tort de penser qu'ils avaient plus de risques d'être contaminés qu'en restant chez eux.

Michel Janssens

Il est vrai que les gens n'y venaient pas spontanément : il fallait les sensibiliser, détecter les cas suspects et, le cas échéant, aller les chercher pour les y conduire. Il faut dire qu'on ne soigne pas à proprement parler les malades d'Ebola, on prend seulement en charge leurs symptômes.

Du coup, il était très difficile pour les personnels d'assumer que ces centres soient avant tout des mouiroirs dans lesquels, hormis donner à boire et à manger, ils ne pouvaient finalement pas faire grand-chose. L'idée - terrible - était donc de limiter la contagion, c'est-à-dire qu'il s'agissait moins de sauver ceux qui étaient à l'intérieur que de protéger ceux qui étaient à l'extérieur de ces centres. Certes, les gens l'ont vite compris, ils venaient volontairement mais une fois qu'ils étaient diagnostiqués positifs, ils n'avaient plus le droit de sortir. Vous avez certainement vu aussi cette vidéo où un patient qui s'était échappé du centre de Monrovia avait été poursuivi et rattrapé par des hommes en tenues de « cosmonaute », avant tout parce qu'il risquait de se faire lapider par la population. D'une certaine manière, les équipes faisaient de la police sanitaire : on dit qu'on donne le droit au malade de décider, mais s'il est positif, il ne peut pas sortir ; en plus, il doit donner tous ses contacts, familiaux et autres, pour se soumettre à une investigation certes bienveillante mais intrusive. Avant que les centres soient mieux organisés, c'est-à-dire qu'il y ait une zone de quarantaine pour les cas suspects et une autre zone pour ceux qui ne l'étaient pas, on pouvait entasser trente personnes - tous cas confondus - sur vingt lits : la perception qu'il s'agissait de mouiroirs n'était donc pas complètement erronée. Peu à peu, tous les survivants qui ressortaient ont pu témoigner que tout le monde ne mourrait pas.

Par ailleurs, et contrairement aux centres choléra par exemple, les centres Ebola sont construits de telle manière que l'on peut voir

de l'extérieur les gens qui sont à l'intérieur, même si l'on a réservé des lieux d'intimité, ne serait-ce que pour laisser les gens mourir dignement. Il faut savoir aussi que ces centres sont situés en pleine ville, que les ambulances qui amènent les patients sont des pick-up à l'arrière desquels on charge les cas suspects - il fait tellement chaud qu'on ne pourrait pas tenir plus d'une demi-heure en combinaison dans une ambulance « classique ». Il est donc difficile de dire que ce sont là des conditions de prise en charge humaines : disons qu'on ne peut pas faire mieux.

Frédéric Le Marcis

En fait, on a l'impression, vu de l'étranger, que l'on assiste à une épidémie d'Ebola en Afrique. En réalité, on a plusieurs épidémies dans une même sous-région. Ce que Michel Janssens décrit sur Monrovia est différent de ce qui se passait à Gueckedou ou en Guinée forestière. D'une certaine manière, on réduit l'épidémie à quelque chose d'assez obscur qui alimente nos soifs d'exotisme, alors qu'on a vraiment intérêt à repenser chacune des expériences de ces trois pays, et même dans différentes régions à l'intérieur de ces pays, à l'aune de la grande Histoire, notamment coloniale : le centre MSF à Gueckedou est ainsi situé dans le même lieu où l'on traitait les grandes endémies de l'époque coloniale, comme la trypanosomiase, et que l'on appelle d'ailleurs encore localement « la trypano ». Ce sont là des formes de continuité symbolique qui renvoient à l'histoire ancienne. À une époque plus récente, Nzérékoré en Guinée forestière était une zone d'extraction minière dont l'État était totalement absent pour cause de guerre au Liberia et en Sierra Leone. Cela explique que la seule « institution » en charge du bien

commun que représente la santé, avec laquelle les populations étaient en rapport, était non pas l'État, mais MSF qui intervenait sur le paludisme, le sida ou les parasitoses. Autant dire que lorsque, à la faveur d'Ebola, l'État guinéen s'engage aux côtés de MSF, la population ne peut pas percevoir cela comme une forme de bienveillance de la part de l'État, mais comme une tentative d'exploitation. À cet égard, une rumeur qui circule dans le pays est très révélatrice. Elle fait intervenir Bernard Kouchner, lequel est ami avec le président guinéen Alpha Condé pour être allé à l'école avec lui. Alpha Condé aurait même offert une villa en Guinée à Kouchner. Dans la population, on fait alors le lien avec le conflit entre le président guinéen et Jean-Marie Doré, ancien Premier ministre de la transition parti avec l'arrivée de Condé et originaire de la forêt... Dans la perspective des élections présidentielles de 2015, et alors qu'Alpha Condé a beaucoup déçu, on raconte que ce dernier craint un vote défavorable des habitants de la forêt. Pour réduire la masse des votants, il aurait donc appelé Kouchner pour que celui-ci envoie MSF tuer les gens en forêt au moyen d'une maladie quelconque. Et les gens de trouver confirmation dans le fait que, avant Ebola, MSF avait mené une campagne de lutte contre les parasitoses qui nécessitait de mesurer et prendre le poids des enfants pour déterminer les doses d'antiparasites : en réalité, cela ne pouvait être que pour préparer les sacs funéraires que l'on allait utiliser plus tard pour les victimes d'Ebola ! Cela a beau être évidemment faux et aberrant, en Guinée cela est apparu comme extrêmement logique et percutant,

d'autant que l'on sait aussi depuis longtemps que l'armée américaine travaille sur Ebola comme arme biologique. Et je peux vous dire de source sûre – que je ne veux pas citer évidemment – que de hauts responsables politiques se sont vraiment posé la question de savoir si cette épidémie d'Ebola était véritablement naturelle et spontanée... Autrement dit, ces différentes échelles géographiques (sous-régionale, régionale, internationale) et historiques (anciennes et récentes) fabriquent un terreau dans lequel l'épidémie a fait son lit. En cela, Ebola me semble moins une épidémie extraordinaire qu'inédite, d'autant plus si l'on rajoute la militarisation de la réponse qui est assez nouvelle en matière d'épidémie, et en plus à l'initiative de Médecins Sans Frontières, ce qui est encore moins courant.

Par ailleurs, la réponse est forcément impactée par l'incertitude scientifique qui entoure le virus, notamment ses modes de transmission. On l'a déjà dit : on a parlé des chauves-souris ou de l'impact de la déforestation, mais on n'a aucune preuve de cela. Du coup, la prise en charge des malades comme leur retour à la vie normale quand ils ont survécu est problématique. J'ai moi-même accompagné un patient sorti guéri, un jeune Peul qui m'explique que comme sa femme avait du mal à croire qu'il était guéri, il avait dû envoyer son frère le lui expliquer. À peine sorti de la zone *high risk*, alors qu'on lui a expliqué que tout allait bien, une *health promotor* de MSF lui explique qu'elle lui remet quand même 50 préservatifs parce qu'il est encore contaminant. Je vous laisse imaginer comment il a pu expliquer dans sa famille et son entourage qu'il était guéri !

Enfin, je voudrais soulever le point suivant. Cela fait longtemps que Médecins Sans Frontières sait prendre en charge Ebola, si bien qu'on l'a vu mettre en place un dispositif projeté qui est sa marque de fabrique. Il n'empêche que cette réponse technique a été rattrapée d'une certaine manière par le politique : on s'est rendu compte qu'il ne suffisait pas d'envoyer un dispositif efficace dans un territoire pour prendre en charge une épidémie, mais qu'il fallait composer avec des réalités complexes, sur lesquelles on ne peut pas agir simplement. Par exemple, j'accompagnais les équipes MSF qui diffusaient les messages de prévention ; elles avaient eu l'idée de recueillir toutes les rumeurs circulant autour de la maladie pour produire des contre-messages. C'était une fausse bonne idée selon moi : c'est comme si des enfants qui ont volé des bonbons disaient à leurs parents qu'ils n'ont pas volé ces bonbons, car on les croit encore moins. Et quand MSF disait qu'elle ne volait pas les corps – une rumeur parmi d'autres née de l'interdiction des rites funéraires traditionnels –, cela ne servait à rien parce que c'était la nature même du dispositif et la façon de procéder qui étaient complètement alimentées par ces rumeurs et ces angoisses : c'étaient des réponses pragmatiques qu'il fallait produire et non pas du discours. C'est l'une des leçons d'Ebola selon moi.

Antoine Petibon

Il est vrai que l'on a été jusqu'à bouleverser les rites d'enterrement qui, en Guinée forestière notamment, était un des vecteurs de la propagation. Mais à partir du moment où l'on touche ces fondamentaux culturels, le message ne passe pas bien. Toujours pour aller dans votre sens, c'est vrai que MSF a focalisé sa communication sur la prise en charge

thérapeutique et c'est bien, mais en soi c'est déjà la fin du processus de prise en charge. Tout ce qui est en amont, c'est-à-dire la sensibilisation des populations, la formation des leaders communautaires, la promotion de l'hygiène est également important et réclamait des moyens. Or, les États se sont emparés du message de MSF, en mettant beaucoup de moyens pour le thérapeutique alors qu'il aurait peut-être fallu se focaliser un peu plus sur le travail auprès des communautés. Et désormais, maintenant que le gros de la crise est apparemment passé, que le thérapeutique a joué son rôle, il y a encore moins de fonds pour ce travail, pourtant essentiel pour contribuer à endiguer une éventuelle reprise de l'épidémie.

Frédéric Le Marcis

Une caractéristique de la santé publique, c'est son absence de mémoire... Les anthropologues ont bien expliqué comment, au début de l'épidémie du sida, le fait de dire que cette maladie tuait beaucoup a notamment empêché la large diffusion du test. Sur Ebola, on a fait exactement la même chose.

Gilbert Potier

Dans le cas d'Ebola, c'est d'abord l'impact sanitaire du virus sur les soignants qui a créé les difficultés. Au Liberia, un dixième des médecins a été touché directement par le virus, si bien qu'on ne pouvait que fermer les hôpitaux pour rediriger les malades Ebola vers des CTE. Mais dans le même temps, il y avait une épidémie de paludisme dont les symptômes pouvaient faire penser à Ebola : certains CTE ne pouvaient même pas les prendre en charge, demandant aux malades de prendre des antibiotiques ou des antipaludéens et de revenir si la fièvre ne baissait pas. Donc, nous étions dans une sorte de déni de l'approche de la maladie et la politique du non-contact était quelque chose d'insupportable pour des gens qui venaient consulter les soignants. C'est d'ailleurs une des

raisons pour lesquelles MDM s'est penchée sur la partie prévention auprès des communautés, une démarche facilitée par le fait qu'on travaillait déjà dans ces dernières, notamment auprès des injecteurs de drogue par intraveineuse.

Antoine Petibon

Il faut savoir en effet que les pays en question sont tous déstructurés économiquement. Les médecins, déjà très peu nombreux, sont loin d'être bien payés à l'hôpital si bien qu'ils ont tous des activités annexes en cabinets privés. Mais si l'effort s'est porté avant tout sur les structures étatiques existantes, en formations et en dotations matérielles, les cabinets privés n'étaient pas dans le spectre de la réponse globale et l'on s'est retrouvé avec un fort niveau de contamination dans ces derniers.

Paul Benkimoun

Vous avez évoqué des distorsions dans la manière dont les faits étaient relatés sur place et à l'étranger. Il est vrai que, pour m'être rendu à Freetown en Sierra Leone où j'avais contacté la porte-parole de l'OMS sur place, celle-ci me disait que la vie était beaucoup plus normale que ce qu'on pouvait penser vu de Paris d'où on imaginait le chaos total. Et l'on se souvient du vent de panique qui soufflait en France au moindre malaise suspect d'une personne d'origine africaine. Comment, dans vos organisations respectives, avez-vous perçu ces différences de représentations ?

Michel Janssens

C'est vrai qu'on avait vraiment l'impression, quand on était là-bas, que les gens d'ici étaient devenus fous ! Contrairement à ce qui peut se passer dans des contextes de guerre, les rues de Monrovia n'étaient pas parsemées de cadavres, on pouvait se promener dans des quartiers sans rien voir. Certes, nous autres

humanitaires appliquions la *no-touch policy*, mais comment voulez-vous que les habitants, qui vivent souvent à huit dans une pièce de 3 m², sans eau courante, l'appliquent, malgré les messages de prévention ? Ils savent qu'Ebola tue, mais s'en protéger est moins évident. Donc, tout le monde viole ces règles et chacun, notamment chez les soignants, gère le doute. Quant aux habitants, ils sont tellement habitués au mépris et à l'indifférence que génère la pauvreté qu'il n'y avait pas de grande révolte. Il faut dire que s'il y a des cadres soignants qui ont été contaminés, d'autres se sont enfuis en attendant que ça passe... Mais on a trouvé aussi des gens exemplaires dans les centres Ebola, comme un malade guéri qui s'occupait de son voisin de lit avec lequel il avait sympathisé – sans qu'on soit sûr qu'il n'allait pas se re-contaminer certes... Autrement dit, on a des contre-exemples d'humanité dans ce monde de brutes !

Du côté des expatriés, il est vrai que l'on a eu des difficultés à recruter, mais en même temps certaines personnes ne voulaient plus partir que pour Ebola, malgré des pressions familiales incroyables qui ont fait que certains cachaient même leur destination à leurs proches.

Antoine Petibon

Sur place, la communauté expatriée subissait une pression monstrueuse, du fait de cette *no-touch policy* qui changeait tous les référentiels de proximité, d'empathie avec les patients. D'une certaine manière, il vaut presque mieux vivre près d'une zone de guerre : on est beaucoup plus en anticipation. Là, on était sur une menace permanente, diffuse, complexe à gérer, et psychologiquement harassante, destructrice presque. Pourtant, à Conakry, on vit tout à fait correctement, les gens vont au restaurant, les taxis fonctionnent. J'ai même assisté à une manifestation où les habitants de quartiers qui n'étaient alimentés ni en électricité, ni en eau depuis trois mois demandaient d'accéder à ces

services ! Ils étaient loin des problématiques sanitaires, même si l'accès à l'eau et à l'électricité joue dans une crise de cet ordre.

Paul Benkimoun

En termes de perception, c'était un peu pareil dans les rédactions où c'était tout juste si nos collègues ne nous disaient pas « adieu » quand on devait partir en zone touchée par Ebola ! On a par exemple demandé à l'un de mes collègues, parti avec MSF dans la région frontalière à Gueckedou, de rester chez lui pendant près d'un mois à son retour alors qu'il n'avait aucun symptôme.

Gilbert Potier

En août 2014, alors qu'on était au pic de l'épidémie dans certains pays, un journaliste m'a demandé si les Guinéens qui arrivaient dans le Calaisis étaient potentiellement porteurs d'Ebola. J'ai répondu par une boutade que si un cas d'Ebola devait arriver, ce serait plus probablement le fait d'un Calaisien qui serait allé se faire bronzer en Sierra Leone et qui aurait repris l'avion en moins de 48 heures et non d'un migrant qui aurait mis des mois à rejoindre le Nord de la France ! Et le journaliste m'a tout de même demandé si j'étais sûr de moi... Dans le même temps, les chiffres montaient de manière inquiétante au Liberia où notre coordinateur général était tellement calme que je finissais par me demander s'il n'était pas dans le déni, un syndrome qu'on peut retrouver chez certains humanitaires qui sont tellement confrontés à la mort qu'ils pensent être immortels, ou presque. En fait, nous étions dans une zone où l'on faisait beaucoup de prévention - à base de messages, de dispositifs de lavage à l'eau chlorée - et où les chiffres de l'épidémie ont vite chuté.

Frédéric Le Marcis

Je voudrais préciser que les professionnels de santé qui travaillent dans les centres de traitement en Guinée sont en fait des médecins

stagiaires qui, en temps normal, ne sont pas payés du tout. C'est là le résultat de la politique d'ajustement structurel des années 1980 qui a conduit à dégraisser la fonction publique et à moins financer le système de santé. En Afrique plus généralement, ce système corrompu fonctionne selon ce que Jean-Pierre Olivier de Sardan appelle les PAC – parents-amis-connaissances : on est pris en charge à la mesure de ce qu'on peut proposer en sous-main et de son réseau de relations. L'arrivée d'Ebola a provoqué un appel d'air extrêmement important pour tous ces agents de santé qui n'avaient pas de salaire jusqu'alors et qui en touchent de très importants aujourd'hui à tel point qu'on dit d'eux qu'ils « bouffent l'argent d'Ebola ». Et cela pose la question de l'après car ils sont tellement mal vus par leur communauté qu'ils risquent de ne pas revenir : d'une certaine manière, Ebola prépare ou relance leurs carrières. Et comment leur reprocher ? Par certains côtés, les Européens qui viennent en mission Ebola font aussi leur carrière humanitaire, mais ils ne viennent que cinq semaines : ce ne sont pas les mêmes termes dans l'engagement. Ces agents de santé africains ont assuré des soins pendant des mois, au péril de leur vie ; on ne peut pas nier le fait qu'ils se soient engagés pour leur pays, mais ils étaient aussi en train de sauver leur peau, concrètement et financièrement. Mais c'est quelque chose qui n'est pas suffisamment pris en compte dans la gestion de l'après-Ebola.

Paul Benkimoun

Pourquoi, alors que d'autres maladies comme le paludisme tuent beaucoup et sont négligées, Ebola a-t-elle engendré une telle frayeur ? Plus globalement, quelles leçons retirez-vous de cette crise ?

Frédéric Le Marcis

D'abord, comme je le disais, parce que c'est une maladie qui touche le sang. Certes, elle n'est pas aussi contagieuse qu'on le pense, mais cet aspect alimente toutes les peurs. Ensuite parce que les institutions agissent, là comme ailleurs, suivant une logique biosécuritaire : d'une certaine manière, Ebola leur offre l'opportunité de tester les modèles de prise en charge d'un risque qu'elles considèrent comme croissant. Et l'armée française qui ne s'en cache pas a mis en place un centre, avec un plateau technique impressionnant, dans l'idée de tester sa capacité à intervenir sur ce genre de théâtre d'opérations avec d'autres menaces.

Paul Benkimoun

Vous n'évoquez pas la létalité. Or c'est à partir du moment où l'on a annoncé ce taux dans les médias qu'une vraie prise de conscience a émergé. En septembre-octobre 2014, il était de 70 %, désormais il est de 58 % pour toute la crise et sur les trois pays...

Frédéric Le Marcis

Rappelez-vous les estimations du Center for Disease Control and Prevention (CDC) en octobre qui annonçaient 1 400 000 morts en janvier 2015 si les conditions de prise en charge ne changeaient pas. Évidemment, elles ont beaucoup changé, mais cela a contribué à entretenir le sentiment d'urgence et de peur.

Gilbert Potier

Il y a là un vrai problème d'information qui n'est pas passé dans les médias parce que, médicalement parlant, un virus ne peut pas être à la fois virulent et contagieux : il est obligé de muter. La grippe par exemple tue 6 000 personnes en France chaque année, mais elle touche plusieurs millions de personnes qui n'en meurent pas.

Antoine Petibon

Pour autant, et comme les États bougent en fonction des messages qui sont lancés par les médias, si ces derniers n'avaient pas relayé ce qui se passait dans ces pays, il ne se serait rien passé !

Gilbert Potier

Au-delà du côté purement médiatique, l'OMS a passé en revue les dernières grandes épidémies pour déterminer que les États dépensent 40 % de l'argent de la lutte contre une épidémie à des mesures qui n'ont rien à voir avec cette dernière : rassurer les populations, prévenir, etc. Ainsi, dans le cas d'Ebola, la France a mis en place un grand plan de vigilance au niveau des aéroports et des ports : au niveau des aéroports, cela peut se concevoir, mais c'est moins évident pour les ports...

Frédéric Le Marcis

L'épidémie d'Ebola est selon moi représentative de la dépossession de la santé comme fonction de l'État en Afrique depuis plusieurs décennies. En d'autres termes, cela fait longtemps qu'en Afrique la santé est faite soit par les ONG, soit par la recherche clinique du Nord qui en cherchant des médicaments pour le Sud fait tourner les systèmes de santé.

Michel Janssens

En revanche, quand il y a une urgence, on n'a pas le temps d'aller soigner le système d'un État faible : il faut soigner les gens. À Monrovia, les gens avaient plus peur de mourir du paludisme que d'Ebola alors qu'est-ce qu'on a fait ? On a court-circuité complètement l'État et les pharmacies en allant distribuer directement à 1 million de personnes des comprimés antipaludéens tout en essayant de faire appliquer la *no-touch policy* pour éviter la contagion par Ebola dans les files d'attente. On a géré cela en direct, sans intermédiaire. Certes, on ne restructure

pas le système de santé national, mais quel est l'intérêt d'investir dans un État aussi faible ? Il faut accepter que les communautés s'organisent elles-mêmes ; de toute façon, à Monrovia par exemple, les gens ont l'habitude d'avoir un État complètement absent, ils s'en accommodent.

Antoine Petibon

Sur les trois Sociétés nationales Croix-Rouge qui travaillaient sur les trois pays concernés, et dans la logique du post-Ebola, la question que doit se poser le système Croix-Rouge est de comment capitaliser sur les centaines de milliers de volontaires qui se sont engagés à nos côtés. Comment faire pour garder ce vivier-là actif, cette société civile mobilisée puisque les sociétés nationales ne sont que l'expression de la société civile ?

Frédéric Le Marcis

C'est encore l'histoire qui se réécrit. On observe aujourd'hui l'émergence de ce type de discours autour d'Ebola comme possible réformateur de la société : on pense reconstruire les systèmes de santé grâce à ce virus en mettant maintenant en place des formations, etc. C'est un peu ce qui s'est passé autour d'Ebola. Et à vrai dire, il n'y a pas de réponse définitive là-dessus. J'espère simplement que ce ne sera pas l'occasion de construire, comme dans le cas du sida, des programmes verticaux qui vont encore déstabiliser tout le monde. J'ai des doutes quand je vois, à la faveur de formations en Guinée, tout le discours et l'appareillage classiques du sida revenir en force.

Antoine Petibon

N'oublions pas néanmoins que l'on est encore à l'heure actuelle dans le temps de la réponse urgente et il y aura d'autres niveaux, me semble-t-il. Les bailleurs de fonds tentent de s'organiser pour faire en sorte que ce soit moins vertical et

plus horizontal pour la prise en charge sanitaire. Certes, on peut craindre que se remettent en place des systèmes néfastes, mais je ne veux pas présumer de l'échec avant que la machine se mette en route. Ebola a effectivement généré de l'argent, des ressources, mais on a aussi retenu certaines leçons. Selon moi, la plus importante est qu'à s'être concentré sur Ebola, on en a négligé la prise en charge des maladies chroniques : il y a eu ce qu'on pourrait appeler des « dommages collatéraux médico-sanitaires » terribles. J'espère que l'on travaillera sur cet échec et qu'on repartira sur une dynamique plus sereine. Par ailleurs, je pense qu'il nous faut être plus fin dans l'analyse car la réponse sanitaire n'était pas la même en Guinée, en Sierra Leone ou au Liberia, en ville ou à la campagne : c'est plus complexe, la problématique est différente, on ne peut pas tout mettre dans un même panier. Personnellement, j'en retire que l'on a assisté à un *mea culpa* du système onusien, et je n'en ai pas connu beaucoup. Il y a eu une vraie prise de conscience sur l'inefficacité du système d'alarme notamment. J'espère que l'on va capitaliser tout cela.

Gilbert Potier

Ebola nous rappelle que les maladies infectieuses font partie de la vie. On a cru qu'à un moment donné elles étaient éradiquées, alors qu'il n'y a pas de survie de l'espèce sans microbe. On avait aussi oublié que des gestes simples de précaution, d'hygiène universelle, permettent déjà d'en éliminer un bon nombre. Avec un peu de recul, on lira sans doute des études qui nous diront si le lavage étendu des mains et la *no-touch policy* appliqués pendant l'épidémie auront permis de faire diminuer un certain nombre d'autres maladies qui s'attrapent essentiellement par la transmission des « mains sales » : j'ai tendance à penser que c'est fort probable, même s'il reste à savoir dans quelles proportions. Une leçon est évidente néanmoins : il faut, en situation d'épidémie, partager l'information de manière transparente et cohérente.

Frédéric Le Marcis

Je ne sais si c'est lié aux mesures sanitaires prises dans le cas d'Ebola, mais cette année au moins, il n'y a pas eu de choléra à Conakry. Pour le reste, il est clair que tant du point de vue des « sciences dures » que des sciences sociales, on a appris beaucoup. Les premières disposent désormais de cohortes de patients et vont pouvoir se lancer dans des études épidémiologiques de terrain extrêmement importantes. Du point de vue politique, comme le disait Antoine Petibon, on a entendu le *mea culpa* de l'OMS, mais également de gouvernements : on saura après l'épidémie s'ils ont vraiment retenu les leçons...