Humanitaire
Enjeux, pratiques, débats

40 | 2015
Épidémies : ce qu'Ebola nous dit

Ebola : comment le virus est sorti de la clairière

François Grünewald

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/humanitaire/3135
ISSN : 2105-2522

Éditeur
Médecins du Monde

Édition imprimée
Date de publication : 1 mai 2015
Pagination : 32-43
ISSN : 1624-4184

Référence électronique
François Grünewald, « Ebola : comment le virus est sorti de la clairière », *Humanitaire* [En ligne], 40 | 2015, mis en ligne le 15 avril 2015, consulté le 24 octobre 2022. URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/3135

Tous droits réservés

Ebola : comment le virus est sorti de la clairière

Par François Grünewald

Un peu plus d'un an après le démarrage de l'épidémie, les équipes militaires britanniques et américaines se retirent des pays d'Afrique de l'Ouest où elles étaient intervenues. On a enfin l'impression que la situation est revenue sous contrôle, même si les organisations médicales insistent sur la prudence de rigueur, s'agissant d'un virus qui aime à se déjouer des prévisions. À la faveur de ce répit que l'on espère durable, François Grünewald opère un retour en arrière sur cette crise en même temps qu'une mise en perspective historique et géopolitique des risques sanitaires auxquels elle renvoie.

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, celle du chikungunya dans les Caraïbes et le retour des grippes aviaires soulignent la forte probabilité de nouvelles menaces biomédicales dans les décennies à venir. Les modes de vie ont changé, les équilibres biologiques ont été modifiés, entraînant de nouvelles conditions d'apparition ou de modification des pathogènes. Les dynamiques de propagation épidémique ont évolué du fait de la mobilité croissante et accélérée des hommes et des marchandises. Ainsi, le fait que ces épidémies « nationales » deviennent transfrontalières, qu'elles puissent passer d'un continent à l'autre, font qu'elles évoluent parfois du stade « épidémie » à celui d'alerte « pandémie » voire d'« urgence de santé publique de portée internationale » (USPPI), et que leurs impacts sur l'économie et la sécurité puissent devenir importants, doit faire entrer durablement la santé dans le champ de l'analyse géopolitique[1].

Là où tout a commencé

Une classe d'agents pathogènes très dangereux, la famille des virus à fièvre hémorragique, comme les virus Ebola, Lassa ou Marburg, dits de classe P4[2], a pendant longtemps associé une forte mortalité locale avec une faible propension à être à l'origine de grandes épidémies. C'était le « syndrome de la clairière ». Dans ces villages isolés en pleine forêt équatoriale, les bassins de contamination restaient d'une taille limitée et l'épidémie s'éteignait d'autant plus vite que le virus tue rapidement, empêchant ainsi la dynamique de contamination de gagner de l'espace : elle cesse dès que la population à contaminer est passée en dessous d'une certaine taille qui ne permet plus la transmission et la reproduction du virus.

1. Voir notre rapport sur les risques non intentionnels : http://www.urd.org/IMG/pdf/JH_Rapport_URD_DAS_vf_Mimosa-2.pdf

2. C'est pour traiter ces virus (Ebola, Marburg, Lassa, Congo) qu'ont été créés des laboratoires très protégés dits P4. Pour y pénétrer, il faut avoir été accrédité. La procédure d'entrée dans ces laboratoires est très contraignante pour éviter les sorties de matériel contaminé. Il faut prendre une douche, revêtir un scaphandre (sous pression positive de façon à ce qu'en cas de déchirure accidentelle de la combinaison scaphandre, l'air sortira du scaphandre, plutôt que d'y rentrer, évitant ainsi toute contamination) relié à l'une des prises fournissant de l'air renouvelé indépendamment de l'atmosphère du laboratoire ; quand on sort du laboratoire, une douche chimique en scaphandre est imposée avant de sortir du sas.

L'épidémie s'arrête, mais la survie du virus n'est en général pas compromise, d'autant que l'on vient de découvrir de nouveaux porteurs sains parmi la faune, pouvant devenir agents de transmission directe à l'homme (chauve-souris).

C'est ainsi que tout a démarré, dans ces petits villages autour de Kolodengo, à 7 km de Gueckedou, au cœur du Bec de perroquet, cette zone de forêt entre la Guinée, la Sierra Leone et le Liberia. Au Groupe URD, nous connaissions bien cette zone pour l'avoir longuement parcouru pendant les conflits des années 1990 et y avoir réalisé de nombreuses études et évaluations. Dans cette aire de la forêt, où la structuration sociale passe par les rites dans la forêt magique et les sociétés secrètes, les problèmes de santé sont souvent traités par les médecines traditionnelles, voire la magie. De toute façon, l'hôpital est trop loin et le poste de santé inconséquent. La gestion des corps passe alors par des rites particuliers : n'oublions pas que le vaudou vient de ces forêts profondes…

Dès décembre 2013, sans doute, Ebola avait déjà tué mais ce n'est qu'en janvier 2014 que l'alerte a commencé à résonner et le premier cas a été réellement confirmé en mars 2014. Dans les villages de la forêt guinéenne, pour qui la rivière Nyongwa n'est pas réellement une frontière, on fit appel à une herboriste sierra-léonaise connue, qui vint, ne guérit personne, et s'en retourna dans son Kailahun profond porteuse du virus : Ebola avait traversé la frontière. Par la route qui partait vers Kissidougou et Conakry, ou par celle qui descendait vers Kenema, Bo et Freetown, le virus allait entrer « dans l'espace ouvert ». Et tout a basculé, obligeant à des changements de paradigmes majeurs dans un monde où la mobilité est devenue une des clés de l'économie à tous les niveaux (recherche d'emploi vers les villes, commerce des produits agricoles, tourisme) facilitée par l'amélioration des moyens de transport, le percement des routes dans la forêt et où la peur est un fort facteur de fuite, voire de rejet des soignants et autres intervenants.

Une réponse complexe à inventer en permanence

Parmi les premiers, MSF (notamment la section belge qui concentrait le peu d'expérience Ebola existant) s'est mobilisée, innovant de façon ingénieuse pour concevoir les Ebola Treatment Centers (ETC), et découvrant que face à cette épidémie extrêmement mortelle, il est au moins aussi important de protéger le personnel soignant que de prendre en charge les malades. La

Croix-Rouge française s'est aussi rapidement déployée sur la zone de Guinée forestière avec une première équipe sur le terrain dès le mois de mars. D'autres ONG, comme ALIMA en Guinée, et quelques grandes ONG britanniques se sont finalement lancées dans la délicate aventure des ETC. Le nombre de lits disponibles a finalement atteint son pic alors que l'épidémie elle-même avait largement entamé son retour à l'étiage.

Il est important de rappeler qu'on ne soigne pas Ebola, pour l'instant en tout cas et même si les laboratoires se sont empressés depuis de lancer moult recherches sur les vaccins, les traitements et les méthodes de confirmation des cas qui devraient donner des résultats pour la prochaine épidémie. On soutient les corps malades en les nourrissant, en les hydratant, et en traitant les maladies associées. Quelques-uns en sortent vivants, entre la moitié et les deux tiers y meurent. La pression psychologique est très rude sur le personnel qui rentre dans la *high risk zone*, prend 15 minutes pour s'équiper, passe quelques heures à voir à travers le masque des femmes, des hommes, des enfants dont la plupart mourront, ne touche personne et met encore 15 minutes pour se déshabiller après le passage devant le pulvérisateur de chlorine. Cela s'avère très difficile pour les équipes expatriées, d'où une forte rotation et de nombreuses difficultés de recrutement, malgré les efforts de formations à Genève, à Bruxelles, à Madrid.

C'est encore plus éprouvant pour les équipes locales qui savent qu'elles seront de toute façon moins bien prises en charge en cas de contamination, étant en général non évacuées vers l'étranger. Dans ce cadre, le concept du centre dédié à la prise en charge de personnel soignant contaminé mise en place en Guinée avec soutien du gouvernement français a facilité la prise en charge de ces acteurs de la santé contaminés dans l'exercice de leur fonction, mais hélas, il est arrivé bien tard dans la dynamique de l'épidémie. Le rôle de ces ETC est d'abord de sortir les malades ou présumés tels de leur milieu et de les isoler. C'est la pointe d'un iceberg, la partie « à la lumière » et attirante pour les bailleurs de la pyramide de rupture des chaînes de contamination. La multiplication des ETC est certainement nécessaire, mais ne doit être qu'une partie de la stratégie de lutte contre Ebola. C'est hélas celle qui attire le maximum de moyens humains et financiers, au détriment d'autres au moins aussi importants. On notera la complexité symptomatique ; de nombreuses pathologies de la zone entraînent elles aussi des fièvres, des vomissements, sans parler de la fièvre de Lassa, fièvre hémorragique aussi causée par un virus de classe P4, transmise par un petit rongeur qui pollue les stocks de céréales, mais qui en revanche peut être traitée. Le danger est de mettre ensemble en

zone d'isolement des patients Ebola et d'autres malades non Ebola mais montrant des symptômes similaires. Les travaux pour mettre au point des tests diagnostic rapide sont ici essentiels.

Le reste est, hélas, plus obscur. La base de la pyramide de rupture des chaînes de contamination consiste en des efforts au niveau des communautés pour pousser à l'acquisition des bons comportements face aux personnes suspectes, aux morts, aux nécessités de brûler ce qui a pu être souillé. Ce deuxième étage de la pyramide, énorme opération logistique, est le domaine d'excellence du Mouvement Croix-Rouge. Les sociétés nationales font des efforts considérables, avec le soutien de la Fédération internationale (FICR) et d'un certain nombre de Croix-Rouge du Nord. Dès mars 2014, la Croix-Rouge française déployait ses premières équipes d'appui logistique. Le choix initial du Mouvement Croix-Rouge avait été de rester en dehors des ETC, pour lesquels la précision des gestes du personnel médical était au cœur des procédures d'entrée et de sortie de la *hot zone* et de s'investir sur les autres enjeux de la pyramide de rupture des chaînes de contamination. Il s'est finalement aussi impliqué sur le volet ETC notamment à Kenema (Sierra Leone) avec une forte implication des Croix-Rouge espagnole, puis danoise, allemande et finlandaise. Au système de santé national échoit la mise en place du système d'alerte, avec des numéros d'urgence qui permettent de déclencher les déploiements des équipes mobiles. La Croix-Rouge française, quant à elle, s'est lancée dans la mise en place d'un ETC en Guinée, dans la zone de Macenta, à la demande du gouvernement français et en s'appuyant sur la réserve sanitaire, avec hélas assez peu de coordination avec la Croix-Rouge guinéenne. Les capacités et la volonté des services de santé nationaux, et notamment des directions régionales et locales de la santé ont été des facteurs essentiels, car c'est souvent à leur niveau que peuvent être prépositionnés les moyens humains et logistiques. Comme le montre l'expérience acquise en Ouganda, la gestion d'une épidémie comme Ebola dépend en effet de la rapidité du déploiement des équipes chargées du *containment* de chaque foyer émergeant. Il faut une forte capacité à bouger très vite, sur des routes et des pistes souvent en état dramatique, pour aller chercher les cas suspects, mettre en place les tests, prendre en charge les cas confirmés, assurer la recherche des contacts possibles de ces cas, voire mettre en place des systèmes d'isolement. C'est là, dans cette « zone de tous les dangers » que les équipes Croix-Rouge ont dû faire face aux plus grands défis, par rapport aux rejets des premiers mois.

Les équipes qui arrivent dans les villages où habitent des cas suspects, qui doivent s'équiper de leurs combinaisons, doivent brûler tout ce qui peut être contaminé ne sont pas toujours bien

reçues. Brûler les corps, comme cela fut fait un moment en Sierra Leone, ou les enterrer sans les rituels, a été très mal ressenti par les populations et il a fallu revenir à l'enterrement.

Ces chauffeurs, ces équipes mobiles médicales qui parcourent la forêt à la recherche de ces bombes contaminantes que sont les malades, dont certains meurent dans le véhicule, payent un lourd prix pour leur dévouement. Pièces indispensables mais obscures de la mécanique globale de réponse, ils sont bien moins médiatisés que les « bons docteurs ». Les bailleurs n'ont pas répondu très généreusement aux demandes de soutien logistique, du fait de la méfiance face à des administrations souvent jugées comme corrompues. Seul le CDC d'Atlanta a rapidement promis 200 véhicules pour renforcer la mobilité de ces équipes mobiles. Sorti de la forêt, le virus se répand vite vers des zones urbaines : d'abord les villes secondaires sur les grands axes du commerce et de la migration économique – Kissidougou, Faranah en Guinée, Kenema, Bo en Sierra Leone –, pour rejoindre les zones à forte concentration des capitales.

L'urbanisation accélérée et sans planification des dernières décennies de Conakry, ville de tous les désordres, y compris politiques, ou de Freetown et de Monrovia, capitales de pays ayant vécu des guerres civiles longues, rend ces villes très vulnérables. Les conditions sanitaires dans un bidonville, dans une ville touchée par la guerre, une catastrophe ou une mauvaise gouvernance urbaine ont ouvert les portes à l'épidémie. Tout ceci est bien sûr aggravé dans des contextes où des ruraux sont déplacés par la guerre ou la pauvreté, avec des bidonvilles de toutes formes et dimensions, dans des zones à forte densité habitées par des populations pauvres.

De plus, les profils épidémiologiques de ces villes montrent une forte prévalence et une incidence importe de nombreuses pathologies dont les symptômes peuvent être très proches de ceux d'une contamination Ebola, surchargeant les mécanismes de lutte et de contrôle de l'épidémie. Repérer à temps un cas suspect dans les bidonvilles aux rues étroites des bords de mer des trois capitales, entre barres rocheuses et mangrove, puis l'évacuer, représente un défi impressionnant.
La faible compréhension de ces contextes et la faible mobilisation des capacités des sciences sociales pour les comprendre et chercher des points d'entrée, plus la politisation de certaines interventions ont conduit à huit morts, dont un préfet, en Guinée forestière. On notera le risque important de « stigmatisation » des familles des personnes contaminées, ainsi que des individus qui sortent guéris ou confirmés « négatifs ».

Cette épidémie a en effet un fort impact sur les comportements. Dans des sociétés où le toucher est important, on a pu observer de vrais changements dans les rituels des salutations et des relations sociales. Des dynamiques de rejet et de stigmatisation sont aussi régulièrement rencontrées, avec des risques forts pour les « survivants ». Il importe de comprendre ces phénomènes pour trouver la bonne réponse et les messages appropriés. Le passage par la *happy shower* (dernière douche de décontamination à la sortie de l'ETC ou de la zone d'isolement) n'est en effet souvent pas la dernière épreuve. Il faut affronter le deuil, le regard des autres. Heureusement, le nombre non négligeable de célébrations des retours au village peut rendre optimiste sur les capacités de réintégration de ces sociétés si résilientes, comme on l'a vu après les phases de conflit. Là encore, les sociétés secrètes et la forêt magique jouent leur rôle d'appui à la cicatrisation, bien au-delà de nos efforts d'aide psychosociale si souvent inadaptée culturellement…

La situation est très évolutive tant géographiquement qu'en termes de morbidité. Les systèmes de suivi finalement mis en place avec l'aide du CDC d'Atlanta[3] et le renforcement des capacités des équipes d'épidémiologistes de l'OMS et des gouvernements de la région permettent de suivre au quotidien l'apparition des nouveaux cas, de la mortalité et de la morbidité de la maladie. Dès septembre 2014, le CDC tentait de modaliser l'épidémie et ses évolutions possibles[4]. Heureusement, la route prise par cette dernière n'a pas suivi le scénario « catastrophe » identifié comme possible – 1,4 million de victimes prévues pour début janvier 2015. Dès le 19 novembre[5] en effet, le CDC indiquait que le chiffre tournerait davantage autour de 14 000 victimes, seuil qui n'a d'ailleurs sans doute pas été atteint.

3. www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/qa-mmwr-estimating-future-cases.html

4. *Estimating the Future Number of Cases in the Ebola Epidemic – Liberia and Sierra Leone, 2014-2015*, www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6303a1.htm?s_cid=su6303a1_w

5. « Worst-Case Ebola Scenario Won't Happen: CDC », www.webmd.com/news/20141119/ebola-scenario-cdc

Une réaction internationale insuffisante

Alors que la coordination des efforts est évidemment essentielle, OCHA – certes confronté au même moment aux crises syrienne, centrafricaine et soudanaise – a fait le choix de ne pas s'engager de façon lourde, déployant essentiellement du personnel junior pour appuyer l'OMS dans les secteurs de la cartographie et de la gestion de l'information. Le rôle du CDC d'Atlanta été fondamental pour la mise en place des premiers mécanismes de suivi épidémiologique.

Vu les faiblesses de l'OMS régionale et des bureaux nationaux, et face aux angoisses de plus en plus fortes de la communauté

internationale quant à une épidémie en train de devenir « hors contrôle », les Nations unies ont mis en place une structure particulière de coordination, l'United Nations Mission for Ebola Epidemic Response (UNMEER), dirigée par de vieux routiers onusiens de la gestion des crises, comme David Nabaro. Basée à Accra, au Ghana, elle a des représentations dans les trois principaux pays touchés. Mais le coût financier lié à la mise en place de cette structure est considérable, faisant d'autant plus ressortir les répercussions de la faiblesse de l'OMS.

À Freetown, l'aide britannique (DFID) s'est fortement mobilisée, débloquant plusieurs centaines de millions de livres sterling pour le déploiement des ONG, s'impliquant avec l'armée sierra-léonaise, dans un centre d'opération destiné au repérage, puis à la gestion des malades et des corps sur la région Ouest, notamment ses districts urbains et ruraux. Supporté par la Royal Navy et ses hélicoptères, le représentant du DFID a presque joué le rôle de coordinateur humanitaire. Au Liberia, pays auquel ils sont liés par l'histoire du retour des anciens esclaves, les États-Unis ont déployé *via* USAID et OFDA des ressources humaines importantes et bien organisées, des moyens financiers et logistiques conséquents tandis que sur ordre du président Obama, le Pentagone déployait les militaires et toute leur puissance logistique, d'ingénierie et d'organisation.

La crise Ebola a aussi mis en question la solidarité africaine, avec une CEDEAO et une Union africaine plus que timides. La peur a parfois évolué en panique, conduisant certains gouvernements à bloquer des frontières, une réaction finalement assez dangereuse. En tout état de cause, ceux qui veulent passer trouvent toujours le moyen de le faire, par les routes de traverse, la porosité des frontières de la région étant très forte du fait des répartitions familiales et éthiques, à cheval sur l'ensemble des tracés hérités de la colonisation. Ainsi le Sénégal qui a rapidement fermé ses frontières avec la Guinée, comme à Kédougou, s'interroge sur le sort des points de passage avec le Mali, notamment dans les zones du Fouta. Les premiers cas au Mali (sept dont six morts, la plupart liés au cas décédé à Kayes) ont semé une véritable panique. Les risques de contamination liés aux mouvements non contrôlés de populations dans les zones d'orpaillage illégal du Fouta-Djalon aux frontières guinéo-sénégalo-maliennes ont assez vite attiré l'attention, précisément en raison de l'activité « hors la loi » qui y prévaut : qui irait appeler les numéros d'urgence et demander une évacuation sanitaire ? En tout état de cause, même si des plans de contingence et des efforts de formation ont été fournis, la plupart des structures de santé de cette zone sont sous-équipées et

incapables de mettre en place rapidement un sas d'isolement pour gérer les cas suspects. La grande porosité de cette région avec la Guinée demandera que cette attention soit renforcée dans les mois qui viennent.

Ce que révèle Ebola

L'épidémie d'Ebola a démarré dans des pays pauvres, aux systèmes de santé évanescents et aux gouvernances encore en construction après des années de crise et de conflit. Elle a joué un rôle de révélateur de nombreuses faiblesses. La mobilisation des États a démontré encore une fois son importance.

Il a ainsi fallu que l'Arabie saoudite annonce que les pèlerins guinéens ne pourraient venir cette année faire le hadj pour que le gouvernement guinéen réalise qu'il avait un vrai problème et se mobilise. Jusque-là, le président lui-même montrait une désinvolture incroyable, organisant même des manifestations de masse en zone à risque. Les gouvernements sierra-léonais et libériens ont été plus réactifs même si l'épidémie n'a pas épargné leurs pays. De fait, lors de la traversée de chaque village sierra-léonais dans la zone touchée, des *check points* avaient été installés, équipés de matériel pour se laver les mains, une mesure totalement absente en Guinée.

Une des grandes difficultés dans la gestion de cette épidémie est le manque de connaissance sur le virus. Si les rumeurs sur un rôle éventuel d'Al-Qaïda dans sa propagation font partie des fantasmes de politique-fiction, on ne connaît encore pas réellement ni les porteurs sains, ni les processus de primo-infection, ni le temps durant lequel le virus reste actif dans les cadavres ou chez les survivants (l'hypothèse d'une rémanence durable dans les testicules est de plus en plus avancée, avec le risque de contamination par voie sexuelle), ni enfin combien de temps dure l'immunité acquise.

La prise de conscience que l'épidémie pouvait facilement traverser les frontières et les continents a été un fort déclencheur de ces efforts internationaux. Était-ce déjà « trop peu, trop tard » comme le dénonçait MSF qui a démontré là encore sa force de frappe en tenant en Guinée le rôle de « proue du navire » guidant les efforts internationaux ?

L'épidémie d'Ebola a en tout cas démarré à un moment où l'OMS se trouvait dans un état financier attristant, victime de coupes budgétaires de plusieurs centaines de millions d'euros et d'une forte

réduction de ces capacités de déploiement rapide[6]. Le prix à payer de cette situation peut être terrifiant, même si les efforts d'imagination et d'innovation déployés dans de nombreux laboratoires publics et privés sont sans doute maintenant très importants. Aurait-on pu mobiliser davantage le cluster santé et le mécanisme des équipes médicales étrangères (*foreign medical teams* ou FMT) dans le cadre d'une OMS plus engagée et réactive ?

6. Le budget de l'OMS est actuellement de 3,98 milliards de dollars, tandis que celui du Center for Disease Control (CDC) d'Atlanta est d'environ 6 milliards de dollars.

Un des effets de l'épidémie d'Ebola aura été également de masquer le reste des problèmes sanitaires des pays concernés, qui sont pourtant énormes : le paludisme, les maladies liées à l'eau ou encore le choléra restent des tueurs toujours présents, créent un terreau fertile à Ebola et voient les moyens normalement utilisés contre eux mobilisés dans la lutte contre l'épidémie en cours : si la lutte contre Ebola est essentielle, attention à ne pas trop déshabiller Pierre pour habiller Paul !

Mais l'épidémie d'Ebola a d'autres conséquences. De nombreuses entreprises se sont retirées, ou ont interrompu leurs travaux, comme cette société sénégalaise qui construisait la route entre Kenema et Kailahun. Les équipes expatriées des entreprises chinoises et de grandes multinationales comme Rio Tinto ont quitté les pays concernés, laissant au mieux des entreprises tournant au ralenti. Les pertes de revenus sont très importantes pour les familles des travailleurs maintenant au chômage. On notera néanmoins que les grands acteurs du secteur extractif ont investi pour la sécurité de leur personnel, avec quelques attentions pour les communautés vivant dans et autour des zones d'exploitation.

Ceci aura des effets significatifs sur les économies nationales, entraînant des baisses importantes des rentrées fiscales et des risques de paralysie de services des États de la zone. Pour cette région qui commençait à enfin retrouver une croissance économique après des années de guerre, c'est évidemment dramatique, même s'il faut prendre garde à ne pas « crier au loup ». Ainsi, en octobre 2014, la Banque mondiale évaluait-elle les pertes économiques des trois pays les plus touchés à 25 milliards de dollars. Finalement, dans son rapport de janvier 2015[7], l'estimation retombait dans une fourchette bien plus basse, entre 500 millions et 6,2 milliards de dollars.

7. www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2015/01/20/ebola-most-african-countries-avoid-major-economic-loss-but-impact-on-guinea-liberia-sierra-leone-remains-crippling

Par chance, ces pays de la forêt humide recèlent des écosystèmes extrêmement variés et productifs, avec des systèmes rizicoles de bas-fond et de colline, avec parfois des possibilités de double cycle cultural, une profusion de systèmes basés sur les tubercules (manioc, igname, patate douce) qui assurent un étalement de la

disponibilité alimentaire sur toute l'année et d'importantes ressources alimentaires sauvages de la forêt. Des crises alimentaires de type Sahel sont donc improbables.

En revanche, les familles en sites d'isolement, ou en situation de mobilité réduite du fait de la forte prévalence de cas dans leur proximité, auront sans doute plus de difficultés. Il faudra les aider à faire face à la crise de façon très ciblée. Les marchés de brousse restent approvisionnés, et les prix des produits locaux sont moins fluctuants que ceux importés car les prix de ces derniers augmentaient, le fait que les bateaux abordaient moins les ports de ces pays contaminés créant une situation de rareté. Si la vigilance doit être de mise sur ces questions de sécurité alimentaire et si la veille sur les prix et les évolutions des pratiques alimentaires doit être attentive, la résilience des systèmes agricoles et alimentaires de ces pays aux agroécosystèmes tropicaux humides extrêmement productifs est très importante.

Continuité historique ?

Les grandes pandémies ne sont pas des phénomènes nouveaux. Certaines font partie de la mémoire collective de l'humanité, depuis les dix plaies d'Égypte, la peste noire du Moyen Âge, la rougeole accompagnant la colonisation en Amérique du Sud ou la grippe espagnole qui, après la Première Guerre mondiale, tua plus que le conflit lui-même.

L'histoire de ces grandes épidémies est fortement liée à l'augmentation de la mobilité des biens et des personnes : maladies transportées par les explorateurs et les commerçants (tuberculose, syphilis, rougeole, etc.), ayant des effets dévastateurs sur les populations autochtones de l'Amérique latine et des Caraïbes et façonnant l'histoire en induisant la disparition massive des « premiers habitants ». Ebola, après le SRAS parti d'Asie et touchant l'Europe, l'épidémie de H1N1 démarrant au Mexique et s'étendant sur les autres continents et le chikungunya dans les Caraïbes remontant jusqu'à Lyon en France métropolitaine, est le dernier épisode de ces nouvelles dynamiques épidémiques. Ces dernières nous rappellent l'importance du diagnostic rapide et de la mobilisation nécessaire pour « tuer l'épidémie dans l'œuf » avant qu'elle n'atteigne une masse critique plus difficilement maîtrisable. La résolution prise lors de la réunion extraordinaire du comité directeur de l'OMS le 25 janvier 2015 propose une nouvelle dynamique centrée sur une plus forte mobilisation du cluster santé et des FMT, et demande la

mise en place de *Standby capacities* (sorte de réserve médicale rapidement mobilisable) pour éviter les dérèglements observés lors de la gestion de la crise de 2014 ainsi que le renforcement des systèmes nationaux de veille et d'intervention rapide. Sommes-nous dans la bonne direction ou allons-nous créer de « nouvelles et coûteuses bureaucraties » ? Saura-t-on utiliser l'expérience de pays comme l'Ouganda[8] ou celle accumulée par MSF ? L'avenir le dira…

8. http://www.dw.de/how-uganda-stopped-previous-ebola-outbreaks/a-17869469

Défi majeur engendrant peurs paniques et réponses difficiles qui modifient nos paradigmes et les priorités, Ebola a bousculé bien des gens, remis en cause bien des habitudes. Il faudra raison garder, être imaginatif et généreux, mais surtout renforcer à la fois la vigilance sur le terrain et la recherche sur ces risques qui ne feront que se multiplier.

L'auteur

François Grünewald est directeur général du Groupe URD (www.urd.org).
Le présent article fait suite à un travail d'évaluation du déploiement des outils globaux du Mouvement Croix-Rouge dans le cadre de la réponse Ebola. Il a été précédemment publié, dans des versions différentes, sur le site grotius.fr et dans le n° 14 de la revue *Humanitaires en mouvement* de l'URD.