



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

40 | 2015

Épidémies : ce qu'Ebola nous dit

« Je ne sais pas si cette épidémie d'Ebola était si imprévisible que cela... »

Entretien avec Emmanuel Baron. Propos recueillis par Boris Martin

Emmanuel Baron et Boris Martin



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/3136>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2015

Pagination : 44-51

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Emmanuel Baron et Boris Martin, « « Je ne sais pas si cette épidémie d'Ebola était si imprévisible que cela... » », *Humanitaire* [En ligne], 40 | 2015, mis en ligne le 15 avril 2015, consulté le 10 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/3136>

« Je ne sais pas si cette épidémie d’Ebola était si imprévisible que cela... »

Entretien avec Emmanuel Baron.

Propos recueillis par **Boris Martin**,
rédacteur en chef

On le sait, Médecins Sans Frontières aura été en première ligne dans la lutte contre Ebola. Ce que l’on sait moins, c’est qu’en matière épidémiologique, l’ONG dispose d’une cellule dédiée : Épicentre. Médecin généraliste formé à l’épidémiologie, Emmanuel Baron s’est engagé avec Médecins Sans Frontières de nombreuses années sur le terrain et au siège avant de rejoindre Épicentre dont il est aujourd’hui le directeur.

Boris Martin – Quelles sont les attributions d'Épicentre, que l'on pourrait rapidement présenter comme la cellule épidémiologique de Médecins Sans Frontières ?

Emmanuel Baron – Épicentre, c'est d'abord une association loi 1901, une entité distincte de Médecins Sans Frontières, mais dont le conseil d'administration est contrôlé et les comptes sont consolidés par cette dernière. C'est une sorte de « satellite » de MSF, à côté de la Fondation qui héberge le CRASH (Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires) ou encore de MSF Logistique. L'idée, lorsque la structure a été créée en 1986, était de sortir de la transmission informelle de l'expérience accumulée par MSF pour documenter, notamment selon une approche quantitative et les méthodes de l'épidémiologie, l'activité de l'ONG. Depuis, Épicentre vient appuyer MSF dans ses prises de décision par la quantification de certaines problématiques de santé auxquelles elle est exposée.

On a commencé nos enquêtes dans les situations d'urgence avant d'aller sur le champ des épidémies proprement dites. Pour cela, nous nous sommes inspirés de méthodes existantes développées notamment aux États-Unis où certains de nos médecins étaient allés se former avant de créer Épicentre. Ces méthodes de l'épidémiologie, nous les avons appliquées progressivement à d'autres questions plus directement ancrées dans la pratique médicale : quel est le meilleur traitement, le meilleur outil de diagnostic, comment améliorer notre prise en charge médicale, etc. ?

On a ainsi progressivement glissé vers la recherche médicale, qu'il s'agisse du traitement de la maladie du sommeil, de la tuberculose, de l'infection à VIH, de l'efficacité de tel vaccin ou de la validité de certains tests diagnostiques du paludisme.

Enfin, nous avons aussi une activité de formation, à l'attention des volontaires de Médecins Sans Frontières à travers des stages dits de « réponse aux épidémies » ou le fameux « PSP » - population en situation précaire - afin qu'ils apprennent à maîtriser les outils de décision dans nos contextes d'intervention. Épicentre, qui travaille pour tous les centres opérationnels de Médecins Sans Frontières, est réparti sur trois sites - Paris, Maradi au Niger, et Mbarara en Ouganda -, sans compter les épidémiologistes qui peuvent être basés à New York, à Bruxelles, à Genève ou à Barcelone. Si nous travaillons essentiellement pour les programmes de Médecins Sans Frontières, il nous arrive de faire des consultations pour les Nations unies ou d'autres ONG comme Save The Children. Nous travaillons aussi en partenariat avec des universités, comme la London School of Hygiene and Tropical Medicine ou des institutions de recherche, comme l'Institut Pasteur en France. Dernière précision : le financement d'Épicentre provient essentiellement de la collecte de fonds publics de MSF.

Plus globalement, Épicentre sert à soutenir la parole publique de Médecins Sans Frontières : nous sommes en quelque sorte sa caution scientifique.

B. M. - Quelles sont, dans le passé, les grandes épidémies sur lesquelles Épicentre a eu à travailler ?

E. B. - Il y en a eu beaucoup ! Mais si je devais évoquer celles qui nous ont fait avancer, j'évoquerais d'abord l'épidémie de pellagre [maladie due à la malnutrition, NdIR] parmi les réfugiés mozambicains au Malawi au tout début des années 1990 : en mettant en évidence cette pathologie, MSF a contribué à changer la ration alimentaire qu'on donnait aux malades. Je pense aussi à l'épidémie de bérubéri [dû au manque de vitamine B1 dans l'alimentation, NdIR] à la Maca, la maison d'arrêt centrale d'Abidjan, en 2002. Mais nous avons surtout eu à intervenir sur des épidémies de méningite, rougeole, choléra ou les fièvres hémorragiques. Dans ces cas, que fait Épicentre ?

D'abord, il s'agit de « décrire » l'épidémie, ce qu'on appelle aussi « l'investigation » : qui est atteint, où, depuis quand et pour combien de temps ? C'est une description classique qui a l'avantage d'être structurante. Ensuite, on va essayer de tester des solutions préventives ou d'organisation de soins, voire des thérapies : c'est le chloramphénicol huileux, puis plus tard la

ceftriaxone, dans le traitement de la méningite au Sahel ; c'est la ciprofloxacine dans les épidémies de shigellose à Goma en 1994... Enfin, on va chercher à décrire la dynamique de l'épidémie, c'est-à-dire son évolution possible à partir des données collectées et de ce que nous savons de ses modes de transmission, et ce que certaines solutions pourraient apporter. À vrai dire, ce n'est pas là où l'on a été historiquement les meilleurs, mais sur les épidémies de rougeole, par exemple, on a mis en évidence que dans certaines zones, il était intéressant de continuer à vacciner, y compris quand l'épidémie était assez avancée, car cela avait un impact sur sa dynamique. Cette recommandation a été reprise d'ailleurs par l'OMS.

B. M. - Quel a été le rôle d'Épicentre dans la crise Ebola ?

E. B. - Pour Épicentre, cette épidémie illustre deux choses. D'abord la palette de nos compétences et de nos capacités à faire des études dans ce type d'endroit : nous pouvons rapidement nous déployer sur des terrains pour mettre en œuvre les méthodes que j'ai évoquées. Ensuite, contrairement à ce que pensent beaucoup d'ONG qui donnent exclusivement la priorité à l'action, les études qui accompagnent la pratique clinique ne sont pas facultatives.

Concrètement, quand l'alerte a été donnée en mars 2014, nous avons rapidement pu estimer que, dans la zone de Gueckedou en Guinée, des cas suspects de fièvres étaient compatibles avec la définition de cas d'Ebola dès décembre 2013, même si on ne l'a jamais prouvé. Ce travail rétrospectif, on a pu le mener parce que nous disposions déjà d'un système de surveillance du paludisme dans la région. Dès lors, MSF intervient aussitôt et commence à déployer des centres de soin et à traiter les cas. De notre côté, certes on suit l'épidémie, mais on a des difficultés à faire des projections « intelligentes », en tout cas différentes des modélisations qui prévoient jusqu'à plus d'un million de cas à l'horizon janvier 2015... Sans vouloir être sévère, elles présentaient assez peu d'intérêt, faute d'opérationnalité, et servaient essentiellement la carrière de ceux qui les écrivaient ! La perversion, c'est que cela a desservi, selon moi, le travail de modélisation qui reste tout de même très intéressant en ce qu'il peut représenter un appui pour l'action. Pour notre part, nous avons essayé d'éclairer MSF du mieux que nous pouvions sur le monitoring de ses activités cliniques, en essayant de donner un appui à des actions moins quantifiables, comme le *contact tracing*¹, l'alerte, l'explicitation des modes de transmission, etc. Autrement dit, nous étions dans une approche aussi opérationnelle que possible de l'épidémiologie. Nous avons

1. Dispositif permettant de suivre les personnes ayant été en contact avec un malade d'Ebola pendant une période de vingt et un jours, la période d'incubation de la maladie.

également fait quelques enquêtes en population, notamment pour essayer d'estimer la sous-déclaration des cas à Monrovia : nous avons ainsi démontré qu'on était probablement à trois fois plus de cas que ceux qui étaient déclarés. Nous avons aussi quantifié le nombre de structures de santé qui ne fonctionnaient pas. Et nous avons d'autres enquêtes en cours, par exemple de séroprévalence dans les populations pour voir s'il y a eu des cas asymptomatiques, c'est-à-dire des gens qui ont été malades puisqu'ils ont des anticorps, mais qui n'ont pas exprimé la maladie. On a également mis en place une enquête de mortalité rétrospective pour affiner les taux de mortalité et tenter de mettre en évidence que certaines personnes sont mortes à cause d'Ebola mais pas du fait d'Ebola. Je pense aux gens morts du paludisme, car les structures de soins étaient fermées.

Quant à la partie étude clinique cette fois – vaccin, traitement, diagnostic –, on a été assez peu présents car MSF a fait d'autres choix que ceux que nous proposons sur les traitements. On en discute toujours avec MSF. On n'a pas encore mené d'études sur le diagnostic, même s'il y a des tests intéressants qui devaient être mis à disposition de nos équipes, si bien qu'on pourrait se lancer dans cette voie. Quant aux vaccins, on est en train de conduire une étude en Guinée.

B. M. – Quelle a été, au fond, la spécificité de cette épidémie ?

E. B. – Il faut dire d'abord qu'on ne s'est pas donné les moyens de la prédire, me semble-t-il. Ce qui, au départ, était circonscrit dans une zone réduite – même si elle couvre trois pays –, on l'a retrouvé à une échelle plus large. Quand on regarde avec le recul, on a l'impression que ce sont des espèces de flammèches qui sont parties de cette zone-là pour s'implanter plus durablement dans les grandes capitales, Freetown, Monrovia, Conakry, alors que les épidémies de moindre importance dans des zones rurales se sont progressivement éteintes. On a tous dit, moi le premier, en septembre-octobre, que l'évolution était imprévisible : à vrai dire, aujourd'hui, je ne sais pas si cette épidémie d'Ebola était si imprévisible que cela...

Ce qui n'était pas prévisible, en revanche, c'était la rapidité avec laquelle les mesures d'hygiène, de précaution et de prévention, tant individuelles que collectives, allaient être comprises, admises et utilisées par la population. Aujourd'hui, la chute du nombre de nouveaux cas s'explique probablement en bonne partie par le suivi de ces précautions.

Cette crise est spécifique en ce que, même si le virus était connu, c'était la première fois qu'un tel épisode survenait dans cette zone, particulièrement peuplée de surcroît. Par ailleurs, cette

épidémie est particulière en ce que c'est une maladie qui tue énormément, mais qui n'est pas si contagieuse qu'on l'imagine. En résumé, selon moi, ce sont la localisation géographique de l'épidémie, le fait qu'elle touche une population et des autorités « inexpérimentées » pour y faire face ainsi que son ampleur qui en font la spécificité.

Je rajouterai deux éléments à cette triple explication : d'abord le fait que le virus a frappé, au début en tout cas, beaucoup de personnels médicaux qui ont ainsi payé un lourd tribut sans compter que cela a contribué à désorganiser la réaction ; ensuite l'opposition de la population. C'est rare, mais cela peut arriver de rencontrer cette réticence : j'y ai été confronté en Angola en 2005, à l'occasion d'une épidémie de fièvre de Marburg, un virus très proche d'Ebola, où l'on était pris à partie par la population qui nous accusait de tous les maux. Il y a au moins une erreur qu'on n'a pas reproduite avec Ebola : tous les centres de santé sont « ouverts », en tout cas transparents, c'est-à-dire que l'on voit de l'extérieur ce qui s'y passe. Ce n'était pas le cas en Angola, si bien qu'on était accusés de tuer les gens, de boire leur sang, etc. Et je suis persuadé que cela ne tient pas au contexte africain : placée dans une situation similaire, avec un tel battage médiatique, je pense qu'une bonne partie de la population française « dévisserait » de la même manière.

B. M. - Paradoxalement, Médecins Sans Frontières a été unanimentement saluée - pour mobiliser la communauté internationale comme pour agir sur le terrain -, mais c'est à l'intérieur de l'ONG aujourd'hui que le débat fait rage. Une lettre ouverte de certains responsables a notamment employé des termes très forts disant que MSF aurait « collectivement échoué à démontrer que la survie de chaque patient était une bataille qu'il fallait mener », que la médecine populationnelle - de masse en somme - l'aurait emporté sur la médecine individuelle, comme l'a expliqué Rony Brauman² plus tard. C'est encourageant sur la liberté de parole au sein de MSF, mais cela pose de graves questions...

E. B. - Je ne pense pas que le problème se pose exactement en ces termes. L'une des questions qui font débat est de savoir si le déploiement opérationnel a permis de conjuguer correctement les deux impératifs qui sont de soigner les malades et d'éviter que la transmission de la maladie continue de façon intense. Aujourd'hui, on se dit que, très certainement, de bonnes choses ont été faites sur ce second impératif, mais que MSF aurait sans doute pu mieux faire sur le premier. Le débat est vif au sein de l'ONG, mais ce n'est pas le premier et ce ne sera évidemment pas

2. « Rony Brauman : contre Ebola, "le traitement symptomatique a parfois été négligé, voire oublié" », *Libération.fr*, 3 février 2015

le dernier : c'est aussi la force de certains à MSF de se questionner, voire de se remettre en question ouvertement. Il faut se souvenir que Médecins du Monde est née d'une discussion très véhémement au sein de Médecins Sans Frontières à la fin des années 1970. D'ailleurs, je ne vois pas comment tout groupe humain qui travaille ensemble n'est pas traversé de temps en temps, dans des situations extrêmes, par des conversations extrêmes : pour aller dans des situations difficiles, il faut être soi-même un peu excessif. Pour autant, cette discussion interne se fait le plus souvent dans le respect des individus et de la cause collective portée par MSF : c'est le plus important.

B. M. - Vous faisiez le parallèle avec la scission MdM-MSF qui s'est faite - à tort ou à raison, là n'est pas la question - au nom du refus d'un développement de MSF vers une « machine humanitaire ». N'est-ce pas un peu ce qui se joue aujourd'hui autour du débat sur Ebola au sein de MSF : la réussite et la performance indiscutée de MSF ne font-elles pas qu'elle en oublie, malgré elle, le sens de son action, supposée être conduite au plus près des populations et de leurs souffrances ?

E. B. - Ce n'est pas exactement comme cela que je le dirais, même si la question est aussi pertinente qu'il est difficile d'y répondre. Je dirais que l'accroissement de la « machine MSF », qui n'est pas appelé à réduire dans les prochaines années, imposera de se poser des questions en termes institutionnels, de responsabilité, de capacité à gérer une structure aussi importante. Le sens de l'action n'est nullement oublié, mais je dirais qu'il nous faut faire attention à ce que, dans les discussions internes, l'équilibre entre celui-ci et la mobilisation des ressources soit bien conservé. Cela renvoie évidemment au lien entre développement de la structure et passage générationnel, voire culturel : au fil des ans - et MSF a plus de 40 ans - et de cette taille qui n'a cessé de grandir, les gens changent ; il est normal que certains, plus récents, défendent d'autres choses, au risque de contredire « l'esprit de la maison ». Ce serait la même chose dans une autre structure, même sans lien avec l'humanitaire, c'est dans l'ordre des choses : on ne peut pas cadenasser une « boutique » de plusieurs milliers de personnes. Le risque de dilution est réel, mais tant qu'il n'y aura pas dilution du sens premier qui est de soigner les gens, on tiendra le cap.

Pour aller plus loin

Jean-Hervé Bradol et Claudine Vidal (dir.), *Innovations médicales en situations humanitaires. Le travail de Médecins Sans Frontières*, L'Harmattan, novembre 2009. Et notamment le chapitre « Mesurer, analyser, publier et innover », écrit par Emmanuel Baron, p. 41-56.

Émission *Priorité santé* (RFI) du 20 août 2014, où Emmanuel Baron présente Épicentre :
www.rfi.fr/emission/20140820-2-epicentre-centre-recherche-msf/#./?&_suid=1426001520609020972287175225152