

Editorial - Ebola: on ne gagnera pas cette guerre sans les communautés

2014-10-16 16:39:43 By The Editorial Team

[Michel Muvudi](#)

Expert en Financement de la Santé
RDC



Dans ce billet, Michel Muvudi, spécialiste en santé publique partage son expérience personnelle face à Ebola lors de l'épidémie de Mwaka (RDC) en 2007. Sa leçon principale est qu'il faut construire la réponse sur les communautés.

L'épidémie de la maladie à Virus d'Ebola (MVE) frappe terriblement notre continent, et plus spécialement les populations d'Afrique Centrale et de l'Ouest. De nombreux observateurs ont relevé que cette épidémie met en exergue la faiblesse de nos systèmes de santé. On a aussi compris la place prise par la migration intrarégionale aujourd'hui en Afrique. Tous nous nous interrogeons sur l'issue de cette épidémie.

J'ai récemment eu l'occasion de discuter avec les collègues de MSF et de centres de recherche revenant d'Afrique de l'Ouest. Le récit sur ce qui est en cours là-bas m'a glacé d'effroi : des milliers de personnes qui viennent dans les centres de prise en charge et qui ne trouvent pas des soins appropriés. Les morts, m'ont-ils dit, se comptent dans la communauté, aux portes des hôpitaux et dans les centres de prise en charge. Lorsque je compare ce qui s'est passé par le passé dans mon pays, la République Démocratique du Congo (RDC) et ce qui se passe actuellement en Afrique de l'Ouest, je me dis qu'il faut renforcer la solidarité africaine et même internationale autour de cette problématique. A ce titre, je soutiendrai l'éventuelle action des CoPs contre Ebola.

Je ne sais pas s'il faut dire que la RDC a eu la "chance" de connaître plusieurs épidémies ? Mais au moins on se rend compte que ces vagues d'épidémies ont permis d'apprendre de nos erreurs mais

aussi de nos succès. La RDC a connu 7 épidémies d'abord identifiées comme MVE (Yambuku, 1976 ; Tandala, 1977 ; Kikwit 1995 ; Mweka 1, 2007 ; Mweka 2, 2008 ; Isiro, 2012 ; Djera, 2014). Elles avaient des profils assez différents. Personnellement, je me suis retrouvé impliqué dans la lutte contre la MVE lors des épidémies Mweka 1 et Mweka 2. Aujourd'hui, je suis de plus loin l'actuelle épidémie encore active dans la Province de l'Equateur à Djera. Qu'est-ce que j'ai appris ?

A Mweka, lorsque l'épidémie 1 a éclaté, il a fallu plusieurs mois pour que les équipes se rendent compte qu'il s'agissait en fait de la MVE et non autre chose. Alors que j'effectuais une visite de supervision dans quelques hôpitaux ruraux pour d'autres aspects (à l'époque, j'étais coordonnateur provincial d'un programme spécialisé et responsable de la commission provinciale des urgences et catastrophes), je fus informé par le personnel de santé d'un afflux inhabituel des malades dans plusieurs structures de santé pour des raisons de fièvres interminables, de diarrhées, de maux de ventre avec vomissements – la plupart arrivait à l'hôpital après un passage par les centres de santé.

J'ai été voir ces malades de tout âge et j'ai pensé comme mes confrères à une probable épidémie de fièvre typhoïde – la région est connue pour sa pénurie en eau potable. Dans les jours qui suivirent, les malades continuèrent à affluer et certaines commencèrent à décéder, principalement à la suite de déshydratation. Nul ne pensait à la MVE. En visitant un pavillon, on nous présenta le cas d'un jeune garçon mort dans les heures qui précédaient et qui avait présenté des signes hémorragiques vers la fin. Le mot 'Ebola' vous 'frappe' alors dans le cerveau – mais peut-être par défense, on résiste. Un collègue de l'OMS qui était avec moi dans cette mission, proposa qu'on fasse un prélèvement et qu'on expédie l'échantillon au laboratoire.

La confirmation nous écrasa. Cette épidémie en cours depuis plusieurs mois était donc le retour d'Ebola. Dans une telle situation, le film se déroule alors très vite dans votre tête : vous savez par exemple que plusieurs collègues de votre système de santé vont mourir – vous envisagez votre propre décès.

Hormis le délai initial très long, Mweka 1 fut bien géré. Les alertes furent lancées et nous avons pu apprécier l'arrivée prompt des collègues de MSF Belgique. En collaboration avec les structures de santé provinciales du gouvernement, ils ont rapidement mis en place une stratégie de réponse à l'épidémie consistant en la prise en charge des cas, le suivi des contacts ainsi que les enterrements sécurisés. C'était pour moi à la fois une école mais aussi un ouf de soulagement car nos structures de santé étaient dépassées par le phénomène.

Je ne suis pas infectiologue, mais ma propre leçon est que le défi avec Ebola peut déjà résider dans sa détection. Antérieurement, la MVE était reconnaissable par ses signes hémorragiques très caractéristiques et son évolution assez rapide qui conduisait très vite à la mort. Quand je regarde la situation de Mweka et celle aujourd'hui de Djera, je réalise qu'au début, la MVE se manifeste de plus en plus chez des personnes par des signes atypiques comme la fièvre, les maux de tête, les douleurs musculaires, les vomissements, la diarrhée etc. Tous ceux d'entre nous qui avons eu une activité clinique en Afrique sub-Saharienne savons que ces symptômes sont le quotidien du clinicien africain. Sans surprise, ils induisent en erreur tant l'entourage du malade que le personnel de la santé. Cette 'fourberie' du virus fait qu'à Mweka, à Djera et ailleurs, les personnes affectées suivent leurs stratégies habituelles de soins : l'automédication, les tradipraticiens, les incantations spirituelles ou les formations sanitaires. Quand le bon diagnostic est posé, il est souvent très tard : entretemps, le malade a déjà contaminé d'autres personnes dans sa famille et dans sa communauté.

Mais comme je le disais plus haut, la RDC a appris. La nouvelle épidémie de la MVE a été identifiée plus rapidement que les précédentes. Alors que les premiers événements apparaissaient dans la

population, j'ai déjà eu des coups de fils, des messages venant des collègues travaillant dans les districts sanitaires concernés : ils considéraient déjà l'option d'être face à la MVE. Quand ils me demandaient mon avis, je ne pouvais que les conforter dans leurs appréhensions. En effet, ce qu'ils me rapportaient était similaire à la situation atypique que nous avons vue et vécue auparavant. Cette rapidité qui semble désormais intégrée dans notre système de santé (serait cela la fameuse résilience du système de santé de la RDC ?) a contribué énormément au contrôle de l'épidémie. Notre population a également appris : comme dans les épidémies précédentes, le système de santé a bénéficié de la collaboration des communautés. Lorsqu'elles sont sensibilisées, informées, impliquées dans la riposte, le succès s'obtient assez rapidement. Il est donc important dans la planification des programmes de santé de donner une part assez importante à la participation de la communauté.

Et c'est peut-être mon principal message à mes collègues du continent : jouons la carte communautaire. Mon expérience est que la population renferme une force incontournable pour juguler une épidémie de MVE. Nous avons remarqué que ce sont principalement les relais communautaires et les agents de la Croix-Rouge qui étaient au-devant pour rechercher activement et notifier auprès du personnel de santé, les cas suspects retenus et identifiés dans la communauté. Ce sont ces relais communautaires engagés dans la lutte qui ont participé activement à la diffusion des messages sur le changement des comportements et qui ont fortement renforcé l'interface communauté-service de santé. Notre vision des systèmes de santé est souvent trop centrée sur les formations sanitaires ou le personnel technique (infirmier ou médecin). Le paradoxe avec Ebola est qu'il faut certes des centres de traitement avec des médecins et infirmiers en 'scaphandres d'astronaute', mais il faut tout autant construire la réponse sur la population, dans tout son dénuement, mais aussi sa force de survie.

Pas de naïveté toutefois. L'action communautaire est un combat de longue haleine. Personnellement, j'avais été choqué d'apprendre que malgré des semaines entières de sensibilisation et d'information, certains de mes concitoyens continuaient à consommer de la viande de brousse. Mais bon, c'est notre réalité : la population est extrêmement pauvre et survit comme elle peut. Cela nous renvoie à la nécessité d'une approche multisectorielle – oui Ebola, c'est aussi tout le défi du développement.

Copyright :

All this contents are published under [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.5 Generic License](#).
for reproduced, please specify from this website [Politiques Internationales de Santé](#) AND give the URL.
Article link : <http://www.santemondiale.org/ihpfr/?p=5124>