



Mini Review

**Les systèmes de santé ouest africains à l'épreuve de la maladie à virus Ebola :
Quelles stratégies pour y faire face ?**

Health systems west african testing of Ebola virus disease : What strategies to deal ?

A Diaby¹, AS Mohamed^{2*}, I Tall³, D Boiro⁴

Résumé

Les épidémies répétitives de la maladie à virus Ebola (MVE) constituent un véritable problème de santé publique en Afrique. En effet, depuis septembre 1976, date de son isolement et sa première description au Nord de l'ex Zaïre (l'actuelle République Démocratique du Congo) et au sud du Soudan, plusieurs pays africains ne cessent de vivre des épisodes récurrents d'épidémies de la maladie hémorragique à virus Ebola avec ses corollaires des souffrances humaines, des décès et de fardeau économique. Cet article, à travers une mini revue de la littérature fait un état des lieux de la faible résilience des systèmes de santé des pays les plus touchés avant même l'apparition de l'épidémie, propose des stratégies de prévention et de lutte face aux urgences et enfin mettre en exergue des défis majeurs des systèmes de santé ouest africains.

Mots clés : Systèmes de santé ; Maladie à virus Ebola ; Afrique de l'ouest

Abstract

Repetitive epidemics of Ebola virus disease (EVD) is a serious public health problem in Africa. Since September 1976, date of its isolation and its first description in the north of the ex-Zaire (now Democratic Republic of Congo) and southern Sudan, several African countries continue to experience recurrent episodes of epidemics Ebola hemorrhagic disease with its corollaries of human suffering, deaths and economic losses. This article, through a mini review of the literature, takes stock of the low resilience of the health systems of the most affected countries even before the onset of the epidemic, proposes strategies for the prevention and fights against emergencies and finally highlight major challenges of West African health systems.

Keywords: Health Systems; Ebola virus disease; West Africa.

1. Méthodologie

L'approche méthodologique a consisté à recenser systématiquement toute la documentation de toute la littérature en anglais et en français en ligne essentiellement sur les banques de données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Liverpool School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et de Google Scholar. Les mots clés de recherche utilisés étaient : situation, health systems, Guinea, Sierra Leone or Liberia, combination, truncation, Ebola Virus Disease ; Resilience, West Africa, Du fait de la spécificité de la thématique et de la faible disponibilité d'informations sur le rôle des systèmes de santé en Afrique dans la lutte contre la maladie à virus Ebola, la méthode de l'étude de portée, qui n'établit pas de discrimination entre les études sur des critères méthodologiques (Arksey et O'Malley, 2005) a été utilisée. Conformément à cette méthode de l'étude de portée, il n'a pas été établi de distinction entre les études selon l'approche adoptée (étude qualitative ou quantitative), ni tenté d'attribuer plus ou moins de poids à leurs données. Le contenu des travaux sélectionnés a été extrait, puis synthétisé selon une méthode descriptive et analytique en rapport avec la thématique.

Au total, sur trente documents, dix-sept ont été inclus dans cette mini-revue dont neuf articles évalués par les pairs. Treize autres documents ont été retirés de notre travail, car n'abordant pas le sujet sous l'angle d'attaque souhaité (lien entre système de santé et maladie à virus Ebola).

La plus part de ces documents se sont appesantis, soit sur les stratégies de développement de telle ou telle fonction du système de santé ou le renforcement du système face aux pathologies endémiques sur le continent.

2. Aperçu sur les systèmes de santé ouest africains

Les systèmes de santé ouest africains en général et particulièrement ceux de la Guinée, de la Sierra Leone et du Liberia étaient, au début de la flambée, confrontés à des difficultés de tous ordres : insuffisance de structures sanitaires, insuffisance du personnel qualifié, l'inaccessibilité (géographique, financière et culturelle) aux soins surtout pour les plus démunis, mauvaise gestion du service publique de santé, insuffisance dans la qualité des prestations, etc [1-3]. En effet, selon Ridde [4], les systèmes de santé ouest-africains sont relativement fragiles, peu utilisés par les populations et dont les faiblesses organisationnelles et les dysfonctionnements sont connus. Les trois pays au cœur de l'épidémie ont des niveaux de développement faibles. En effet, ils sont tous les trois en queue du classement mondial selon l'indice de développement humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2013) : Libéria (174^e/188), Sierra Léone (177^e) et Guinée (178^e). Par ailleurs, la part du produit intérieur brut (PIB) consacrée aux dépenses de santé y est très faible (1,3 % au Libéria, 1,1 % en Sierra Léone, 0,7 % en Guinée) [5-7]. Les populations de ces pays sont pauvres : plus de la moitié des habitants y vivent avec moins de 1,25 dollar par jour (43 % en Guinée, 53 % en Sierra Léone et 84 % au Libéria) selon Simon-Lorière et Lysaniuk [8]. En outre, les médecins y sont enfin très peu nombreux : 0,1 médecin pour 1 000 habitants en Guinée, 0,022 en Sierra Léone et 0,014 au Libéria [8].

Dans ces conditions, on peut se poser la question de savoir : quelle fonction essentielle du système de santé parmi les six grandes fonctions selon l'OMS [4] (la prestation des services de santé ; le personnel de santé ; l'information sanitaire ; les médicaments et vaccins ; le financement du

système de santé ; et la gouvernance et leadership), les systèmes ouest africains savaient-ils remplir correctement ? Pourtant, les défis de nos systèmes de santé sont et seront de plus en plus grands au regard des prévisions de l'évolution démographique ainsi que la raréfaction des ressources publiques. Dans un tel contexte, la flambée épidémique de la MVE commencée en Guinée en décembre 2013 avant de se répandre rapidement au Libéria et en Sierra Leone voisins ne peut qu'aggraver une situation déjà vulnérable.

3. Que savons-nous de la maladie virus Ebola ?

L'histoire du virus Ebola

Formellement identifié et décrit pour la première fois en septembre 1976 au nord de la République Démocratique du Congo (ex Zaïre) et au sud du Soudan [9, 10], il existe, à l'ère actuelle trois espèces virales isolées responsables de la fièvre hémorragique virale (FHV) sur le continent africain, à savoir Ebola Zaïre, Ebola Soudan et Ebola Côte d'Ivoire [11]. Depuis cette date, plusieurs autres pays africains ont connu des épisodes d'épidémies de la fièvre hémorragique à virus Ebola dont les plus récents sont : la Côte d'Ivoire en 1994, la République démocratique du Congo (RDC) en 1995, l'Afrique du Sud en 1996, le Gabon en 1996 et en 2001, l'Ouganda en 2000 et le Congo en 2001 [11-14]. La létalité moyenne durant ces précédentes épidémies de fièvres hémorragiques Ebola en Afrique est estimée à 70 % [14].

Le mode de contamination

Si la transmissibilité du virus Ebola d'un primate à l'homme est bien établie, à l'ère actuelle mais le réservoir naturel reste inconnu [11, 13, 15]. En Afrique, les chauves-souris frugivores sont considérées comme les hôtes naturels des filovirus,

auxquels appartient l'espèce virale Ebola, même si par ailleurs les traces d'Ebola aient été retrouvées [11, 14]. Ebola peut se transmettre à l'homme lors de la manipulation d'animaux porteurs du virus, vivants ou morts : chimpanzes, gorilles, singes, chauves-souris des genres *Hypsignathus* et *Epomops*, d'antilopes forestières et porcs-épics [14]. Les virus Ebola sont hautement transmissibles par contact direct avec le sang infecté, les sécrétions, les tissus, les organes et autres fluides corporels des personnes infectées mortes ou vivantes. La transmission indirecte par des objets inanimés contaminés par des liquides organiques infectés (fomites) est possible. Le principal mode de transmission dans les foyers humains reste la transmission de personne à personne par contact direct avec une personne infectée d'Ebola symptomatique ou morte, d'où le risque élevé de transmission lors des cérémonies et la manipulation des cadavres funéraires. En outre, le génome du virus Ebola a été détecté dans le sperme jusqu'à 91 jours après le début de la maladie et le virus Ebola répliquatif a été détecté dans le sperme 41 jours après l'apparition de la maladie [16]. Au cours de l'évolution d'une FHV, le virus est largement disséminé dans l'organisme. Ainsi, le sang, l'urine, les vomissements, les selles, le pus, le sperme et la salive des malades atteints de FHV sont contagieux, d'où un risque important pour le personnel de santé et pour la communauté. [17].

Le traitement

A ce jour, il n'existe ni traitement ni vaccin spécifique contre Ebola. Les patients se contentent d'un traitement symptomatique et des soins intensifs pour les cas graves [14]. Cependant, 25 à 35 % des patients survivent à l'épisode aigu et évoluent spontanément vers la guérison [13]. Dans le contexte de flambée d'épidémie, seul le respect

strict et rigoureux des mesures d'hygiène de base associées aux soins permettent d'éviter la propagation de l'épidémie et de réduire le nombre de victimes [14]. Il s'agira :

- (i) d'isoler les malades ;
- (ii) de protéger les agents de santé par le port d'un équipement adéquat de protection individuelle ;
- (iii) de désinfecter les matériels et l'environnement souillés ;
- (iv) d'organiser des cérémonies funèbres sécurisées dans la dignité ; etc.

Avant ces opérations, les cas sont classés comme suit :

- « *suspects* » : personne vivante ou décédée présentant les principaux symptômes (une fièvre supérieure à 38,5 °C, des céphalées, des douleurs musculaires (généralement abdominales), des diarrhées et des vomissements) et ayant transité à proximité de sujets probablement atteints ou ayant manipulé de la viande de brousse provenant d'une zone d'endémie d'Ébola ;

- « *probables* » : personne vivante avec des symptômes, évalués par un clinicien, compatibles avec la maladie à virus Ébola ou personne décédée ayant eu un lien épidémiologique fort avec un cas confirmé.

L'ensemble de ces mesures de biosécurité doivent nécessairement s'accompagner par des campagnes d'information et de sensibilisation de la population ainsi que la mise en œuvre d'un programme intensif de mobilisation sociale destiné à promouvoir les comportements de prévention contre cette maladie.

4. Comment les systèmes de santé doivent s'y prendre ?

Pendant la phase épidémique

Dans un contexte d'urgence et du fait de la similarité des symptômes de la maladie hémorragique à virus Ebola avec d'autres

pathologies endémiques dans la région, les systèmes de santé doivent être capables d'absorber rapidement la situation d'urgence, mais aussi d'assurer le continuum des services essentiels à la population. Par conséquent, les stratégies d'intervention de prévention et de lutte doivent être multisectorielles (*secteurs sanitaires et non sanitaires*) en symbiose avec la participation des communautés concernées. Elles doivent consister prioritairement à : a) mobiliser des ressources humaines, matérielles et financières internes et à la coordination des activités de soins aux patients, de prévention et de lutte par une seule entité de tutelle. Cette mobilisation interne sera au besoin renforcée par l'apport de la communauté internationale ; b) mettre en place un système de surveillance active des cas suspects d'Ebola ainsi que le suivi en isolement de tous les sujets contacts pendant au moins 21 jours suivant leur dernière exposition à la MVE ; c) mettre en place avec les communautés concernées un programme d'intervention sociale ayant pour objectif d'informer et de sensibiliser (*avec tact et pédagogie*). Celui-ci véhiculera des messages clés visant l'adoption des comportements afin de diminuer la transmission interhumaine ; d) assurer la continuité de la prise en charge clinique des patients Ebola au niveau des zones affectées.

A côté de ces mesures d'urgence, le continuum des soins essentiels pour les autres pathologies doit être assuré en renforçant rigoureusement les précautions sécuritaires standards. Dans le cas contraire, le nombre de décès dû à l'effondrement général des services de santé (pour des causes sans rapport avec le virus Ebola) peut être supérieur au nombre de décès directement dû à la flambée épidémique [3].

Après la phase épidémique

Les premiers jours suivant l'annonce de la fin de l'épidémie seront des moments opportuns pour un

état des lieux exhaustif de l'ensemble du système de santé en mettant en exergue des goulots d'étranglement sur le fonctionnement du système ainsi qu'à la gestion de la flambée épidémique.

Cette évaluation pourra servir ultérieurement de référence pour le pays et pour la communauté internationale. Par ailleurs, les systèmes de santé de ces pays devront désormais se donner les moyens pour faire face à une éventuelle épidémie d'Ebola dans l'avenir, du fait, non seulement de l'absence d'identification du réservoir naturel du virus, mais également de l'absence de traitement spécifique et du vaccin contre cette maladie pour l'instant.

5. Commentaire

Loin de faire le procès des systèmes de santé des pays actuellement touchés par l'épidémie de la MVE, il est en réalité, difficile même pour les systèmes de santé dits robustes, de réagir rapidement à une subite flambée épidémique, quand bien même ces pays n'avaient jamais enregistrés officiellement de cas de FHV antérieurement. Alors, il a fallu du temps de compréhension pour ensuite commencer à s'organiser au moment où le virus était déjà hors de contrôle pour ces pays.

En dépit des souffrances, des décès et des pertes économiques considérables causés par cette catastrophe sanitaire, les gouvernements des pays africains, aidés par des partenaires externes, doivent élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à rendre les systèmes de santé plus solides et plus résilients afin d'atténuer la vulnérabilité de ces pays dans l'avenir [3].

En effet, au regard d'un certain nombre de constat

tels que : a) la transmissibilité du virus Ebola d'un primate non humain à l'homme ; b) le pic d'Ebola chez l'animal précédent les cas humains ; c) de la contamination à travers l'environnement souillé et par d) manque d'hygiène publique, il est important que la santé des populations ne fasse plus uniquement l'affaire du seul secteur de la santé.

A ce titre, Arthur [11] a souligné que les conditions climatiques semblent favoriser l'émergence de fièvre hémorragique d'Ebola lorsque la végétation reprend après le retour des pluies.

En plus des services chargés du climat, les services de l'environnement, de l'assainissement et hygiène publique, le secteur de l'éducation, de l'équipement et des transports ainsi que le système de surveillance et d'alerte précoce doivent ensemble conjuguer leurs efforts en mettant une stratégie commune dont la santé sera au cœur des préoccupations de toutes les politiques sectorielles.

6. Conclusion

A l'issue de ce tour d'horizons sur la maladie hémorragique à virus Ebola, nous constatons que les facteurs de propagation de cette maladie sont liés entre autres : aux modes d'alimentation de la population à base de viande de brousse, l'insuffisance d'hygiène corporelle individuelle et collective, le manque d'assainissement du milieu, le faible niveau d'éducation de la population entre autres, mais surtout de la capacité très limitée des systèmes de santé des pays les plus touchés. A cet égard, il est important que toutes les leçons soient tirées de cette épidémie par les Etats africains en faisant de sorte que les systèmes de santé soient dotés en amont de moyens d'intervention pour faire face à ce type de situations et mettre la santé de la population au cœur des politiques pour le développement.

***Correspondance**

Azhar Salim Mohamed (azhar1er@gmail.com)

Reçu: 13 Nov, 2017 ; **Accepté:** 16 Jan, 2018; **Publié:** 19 Jan, 2018

¹Institut de Formation et de Recherche en Population, Développement et Sante de la Reproduction (IPDSR/UCAD). BP : 45550 Dakar-Fann, Sénégal

²Centre de Santé des HLM, Dakar ,Sénégal

³UFR Sciences Juridiques et Politiques de l'Université Ouaga II, Burkina Faso.

⁴Service de Pédiatrie - Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

[1]. Performances Management Consulting (PMC). La Santé en Afrique subsaharienne : Panorama, Problématiques, Enjeux et Perspectives. Dakar : PMC ; 2010.

[2]. Gorgen H, Kirsch-Woik T, Schmidt-Ehry B. Le système de santé de district. Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique. Wiesbaden : Die Deutsche Bibliothek ; 2004.

[3]. World Health Organization (WHO). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. Bull World Health Organ 2014;92:850. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.149278>. Consulté le 26/08/2017.

[4]. Ridde V. L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues. Montréal : Presses de l'Universités de Montréal ; 2012, 344p.

[5]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Stratégie de Coopération de l'OMS avec la Guinée / Un aperçu. Genève : OMS ; Mai 2013. Disponible sur : www.afro.who.int/en/guinea/country-cooperation-strategy.html.pdf. Consulté le 20/12/2014.

[6]. Statistics Sierra Leone (SSL) and ICF Macro. Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008. Calverton, Maryland, USA: Statistics Sierra Leone (SSL) and ICF Macro; 2009.

[7]. World Health Organization (WHO). The Country Cooperation Strategy Liberia / at a glance. Geneva: WHO; 2014. Disponible sur: <http://www.who.int/countries/en/>. Consulté le 20/12/2014.

[8]. Simon-Lorière H, Lysaniuk B. « La diffusion d'Ébola dans les pays de la Mano River : *approche géographique* », *EchoGéo* [En ligne], Sur le Vif, mis en ligne le 02 février 2015, consulté le 05 mars 2015. Disponible sur : <http://echogeo.revues.org/14096>.

[9]. World Health Organization (WHO). Report of an International Commission. Ebola haemorrhagic fever in Zaïre, 1976. Bulletin of the World Health Organization 1978;56(2):271-293.

[10]. World Health Organization (WHO). Report of a WHO/International Study Team. Ebola haemorrhagic fever in Sudan, 1976. Bulletin of the World Health Organization 1978;56(2):247-270.

[11]. Arthur RR. Ebola in Africa: discoveries in the past decade. Euro Surveill 2002;7(3):33-36.

[12]. Formenty P, Epelboin A, Allarangar Y, Libama F, Boumandouki P, Koné L, et al. Séminaire de formation des formateurs et d'analyse des épidémies de fièvre hémorragique due au virus Ebola en Afrique centrale de 2001 à 2004. Bull Soc Pathol Exot 2005;98(3):244-254.

[13]. Minibaize S, Leroy E, Georges-Courbot MC, Capron M, Lansoud-Soukate J, Georges A. Réponse immune précoce et contrôle de l'infection par le virus Ebola. MS. Médecine sciences 1999;15(10):1168-1171.

[14]. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation. Genève : OMS ; 2014.

[15]. Crowcroft NS, Morgan D, Brown D. Viral haemorrhagic fevers in Europe: effective control requires a co-ordinated response. Euro surveill 2002;7(3):31-32.

[16]. World Health Organization (WHO). Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes. Who's framework for action. Geneva: WHO ; 2007.

[17]. Centers for Disease Control and Prevention et Organisation Mondiale de la Santé. Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1998 : 1-208.

Pour citer cet article:

Diaby Alou, Mohamed Azhar Salim, Tall Ibrahim et al. Les systèmes de santé ouest africains à l'épreuve de la maladie à virus Ebola : Quelles stratégies pour y faire face *Jaccr Africa 2018; 2(1):27-33.*